

REKENHOF

**Begroten en beheersen
van de uitgaven voor
geneeskundige verzorging**

Opvolgingsaudit

*Verslag van het Rekenhof aan de Kamer
van Volksvertegenwoordigers*

Brussel, juni 2011



REKENHOF

**Begroten en beheersen
van de uitgaven voor
geneeskundige verzorging**

Opvolgingsaudit

*Verslag van het Rekenhof aan de Kamer
van Volksvertegenwoordigers*

*Verslag goedgekeurd in de algemene vergadering
van het Rekenhof van 29 juni 2011*

Samenvatting

Om de uitgavenevoluitie in de verplichte ziekteverzekering onder controle te houden, heeft de wetgever de jaarlijkse toename van de begroting beperkt en maatregelen uitgewerkt om in te grijpen bij een overschrijding van de begroting. Het Rekenhof toonde echter in een verslag van januari 2006 aan dat die mechanismen onvoldoende effect hadden. Uit het huidige onderzoek blijkt dat grotendeels tegemoet is gekomen aan de toen geformuleerde aanbevelingen, maar dat een essentieel knelpunt blijft bestaan.

Positief is dat de overlegorganen nu bij de opmaak van de begroting kunnen steunen op beter onderbouwde voorstellen, adviezen en cijfergegevens. Daarnaast maakt het nieuwe systeem van de permanente audit het mogelijk de uitgaven op langere termijn op te volgen en aandacht te besteden aan de onderliggende factoren die de uitgavenevoluitie verklaren. Die aanpak biedt, samen met vereenvoudigde procedures, ook een betere basis voor beslissingen over eventuele correctiemaatregelen dan de vroeger gangbare mathematische vergelijking van de begroting met de geboekte uitgaven.

Of die aanpassingen ook werkzaam zijn in een negatieve budgettaire context, moet echter nog blijken. Sinds 2005 worden immers elk jaar budgettaire overschotten gerealiseerd, voor 2010 voorlopig geraamd op 694,5 miljoen euro. Door dit globale resultaat wordt kennelijk minder de noodzaak ervaren om in te grijpen in sectoren waar wel budgettaire problemen bestaan. De correctiemechanismen worden er niet benut of uitgewerkt, en de problemen worden doorgeschoven naar de volgende begrotingsopmaak. Op basis van de begrotingsresultaten van de voorbije jaren hebben de ziekenfondsen intussen wel 552,2 miljoen euro aan boni verworven, waarbij kennelijk niet de vraag werd gesteld of en hoe die boni dan wel bijdragen tot de uitgavenbeheersing (wat nochtans het doel is van dit systeem).

Ook blijkt nu dat de toegestane budgettaire groeimarge te ruim is om de feitelijke uitgaventrend aan te sturen, en dus eigenlijk zijn doel voorbijgaat. Daarbij is niet de wettelijke groeinorm van 4,5% het grootste knelpunt, maar wel het daarboven toegekende bedrag voor de indexering van de vergoedingen. Over de periode 2005-2011 werd daarvoor bovenop het bedrag dat nodig was volgens de specifieke indexeringsregels in de ziekteverzekering meer dan 1 miljard euro extra toegekend.

Er werd nog geen initiatief genomen om die situatie recht te trekken, noch via een aanpassing van de wetgeving, noch via een verlaging van de begrotingsdoelstelling door de overlegorganen. Wel wordt nu een deel van de groeimarge overgedragen aan de andere takken van de sociale zekerheid. Die werkwijze is echter slechts op korte termijn en als overgangsmaatregel aanvaardbaar: ze ondergraaft immers volledig de opzet en de logica van de specifieke begrotingsprocedures binnen de ziekteverzekering.

Het Rekenhof beveelt dan ook aan hetzij het middel, hetzij het doel van de huidige budgettaire procedures voor uitgavenbeheersing in de ziekteverzekering te herzien. Ofwel wordt teruggekeerd naar de doelstelling waarvoor de procedures zijn geconcipieerd: een strakke beperking van de uitgavenevoluitie die de betrokken actoren dwingt keuzes te maken bij de verdeling in partiële begrotingsdoelstellingen. Ofwel wordt de keuze gemaakt de begroting zo goed mogelijk te doen aansluiten bij de feitelijke uitgaventrends in de ziekteverzekering. In dat geval heeft het geen zin meer nog verder een globaal groeipercentage te behouden in de bestaande wetgeving.

Inhoud

Verkorte citeerwijzen	7
Inleiding	8
1 Situering: opvolging auditverslag van 2006	8
2 Afbakening: uitgavenbeheersing via de begroting	8
3 Doelstelling: efficiënte budgettaire mechanismen	8
4 Kader: wijze van opmaak en opvolging van de begroting	9
5 Methode: analyse van het budgettair beheer	11
6 Rapportering: indeling volgens de problematiek	12
7 Tegensprekelijke procedure	12
Hoofdstuk 1	
Beperking van de groeimarge	13
1.1 Beoordeling van de uitgavenevolutie	13
1.2 Relativering van de groeinorm	14
1.3 Verborgene supplementen in het indexvolume	15
1.3.1 Oorsprong van het verschil	16
1.3.2 Omvang van het verschil	17
1.3.3 Toename van het verschil	18
1.3.4 Aanwending van het verschil	18
1.4 Uitgaven buiten de begrotingsdoelstelling	19
1.5 Vertekend resultaat door nieuwe maatregelen	20
1.6 Conclusie	21
Hoofdstuk 2	
Invulling van de beleidsruimte	22
2.1 Twee gescheiden circuits van beleidskeuzes	22
2.1.1 Technische ramingen van het RIZIV	22
2.1.2 Behoefteramingen van de sectoren	23
2.1.3 Advies van de Commissie voor Begrotingscontrole	24
2.1.4 Beoordeling door het Verzekeringscomité en door de Algemene Raad	25
2.1.5 Beslissende rol van de regering	26
2.2 Keuze voor budgettaire overdrachten	27
2.2.1 Feitelijke en juridische context	27
2.2.2 Budgettaire en financiële implicaties	28
2.3 Conclusie	29

Hoofdstuk 3	
Opvolging van de uitgaven	30
3.1	Nodige afweging tussen snelheid en zekerheid 30
3.2	Aanzet tot een meer regelmatig facturatie ritme 32
3.3	Aanzet tot een meer regelmatig boekings ritme 33
3.4	Inperking van de gevolgen 35
3.5	Conclusie 36
Hoofdstuk 4	
Bijsturing van de begroting	37
4.1	Nodige aanpassing van de knipperlichten procedure 37
4.2	Tussentijdse evaluaties 38
4.3	Permanente audit 39
4.4	Correctiemechanismen 40
4.5	Conclusie 41
Hoofdstuk 5	
Boni en mali voor de ziekenfondsen	42
5.1	Aanpassingen aan de berekeningsmethode 43
5.2	Boni voor 552,2 miljoen euro 43
5.3	Geen evaluatie van de doelmatigheid van het systeem 44
5.4	Conclusie 46
Hoofdstuk 6	
Heffingen en besparingen in de geneesmiddelen sector	47
6.1	Heffingen als instrument van het begrotingsbeleid 47
6.2	Uitgavenbeheersing door besparingen 48
6.2.1	Prijsverlagingen en referentiet terugbetaling 49
6.2.2	Kiwiprocedure 50
6.3	Conclusie 50
Hoofdstuk 7	
Algemene conclusie en aanbevelingen	51
7.1	Conclusies en aanbevelingen op procedureel vlak 51
7.2	Conclusies en aanbevelingen op structureel vlak 52
Hoofdstuk 8	
Antwoord van de minister	54

Verkorte citeerwijzen

Instellingen

Algemene Raad: Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Controledienst voor de ziekenfondsen: Controledienst voor de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen.

FOD Volksgezondheid: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Minister van Sociale Zaken: de minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft.

RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, en in dit onderzoek meer specifiek de Dienst voor Geneeskundige Verzorging

Toekomstfonds: Fonds voor de toekomst van de geneeskundige verzorging

Verzekeringscomité: Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Ziekenfondsen: een ziekenfonds zoals bepaald in artikel 2, §1, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding.

Wet- en regelgeving

Ziekteverzekeringwet: wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Begrotingsbesluit van 17 september 2005: koninklijk besluit van 17 september 2005 tot wijziging, met betrekking tot de vaststelling van de begroting voor geneeskundige verzorging, van de opdrachten van de Commissie voor Begrotingscontrole en de documenten met betrekking tot de afsluiting van de rekeningen, en van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

1 Situering: opvolging auditverslag van 2006

In januari 2006 bracht het Rekenhof verslag uit over een onderzoek naar de manier waarop de toename van de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering werd beheerst bij de opmaak en de opvolging van de begroting¹. Dat rapport werd op 22 maart 2006 behandeld door de Kamer van Volksvertegenwoordigers tijdens een bijzondere gemeenschappelijke vergadering van de commissie Sociale Zaken, de commissie Volksgezondheid en de subcommissie Rekenhof. De onderzoeksbevindingen werden op 24 april 2006 ook voorgesteld op een gemeenschappelijke vergadering van de Algemene Raad en het Verzekeringscomité van het RIZIV.

Op verschillende niveaus werden daarna stapsgewijs initiatieven genomen om aan de aanbevelingen uit het onderzoek tegemoet te komen. Het Rekenhof besliste na te gaan in welke mate die initiatieven tot concrete resultaten hebben geleid. Dit opvolgingsonderzoek werd uitgevoerd in de loop van 2010, waarbij eind 2010 ook werd onderzocht hoe de begroting voor 2011 tot stand kwam.

2 Afbakening: uitgavenbeheersing via de begroting

Het onderzoek richt zich op de maatregelen die bedoeld zijn om via de goedkeuring en de opvolging van de jaarlijkse begroting de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering te helpen beheersen. Of het wenselijk is om daarnaast ook door ingrepen in de toegang tot de gezondheidszorg de uitgavenevolucie aan te sturen, is een louter beleidsmatige kwestie en blijft hier dan ook buiten beschouwing.

3 Doelstelling: efficiënte budgettaire mechanismen

Met deze opvolgingsaudit wil het Rekenhof evalueren in welke mate de regelgevende, organisatorische en procedurele voorwaarden in de loop van de voorbije vijf jaar zijn aangepast om te komen tot een meer doelmatige werking van de budgettaire mechanismen voor uitgavenbeheersing in de verplichte ziekteverzekering. Voor die evaluatie werden de onderzoeksvragen uit het initiële rapport ongewijzigd behouden. Derhalve is in hoofdlijnen onderzocht:

- of de begroting wordt opgemaakt volgens de wettelijke voorschriften en of de behoefteramingen voldoende zijn onderbouwd;
- of de oorzaken van een stijging van de begrote uitgaven systematisch worden geanalyseerd;
- of de informatie voor de begrotingsopmaak en de opvolging van de uitgaven tijdig beschikbaar en kwaliteitsvol is.

¹ Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging. Verslag aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers*, Brussel, januari 2006, 68p. Ter beschikking op www.rekenhof.be.

4 Kader: wijze van opmaak en opvolging van de begroting

De uitgavenbeheersing in de verplichte ziekteverzekering steunt op het mechanisme van een bovengrens bij de opmaak van de begroting. Die bovengrens wordt eerst vastgelegd op het niveau van de totale uitgaven en vormt de *globale begrotingsdoelstelling*. Daartoe wordt uitgegaan van de globale begrotingsdoelstelling van het vorige jaar, die wordt verhoogd met een groeinorm van 4,5% en geïndexeerd.

Vervolgens wordt het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling verdeeld over de verschillende sectoren van de gezondheidszorg (bv. artsen, kinesitherapeuten, farmaceutische verstrekkingen) die elk een *partiële begrotingsdoelstelling* krijgen toegewezen. Die verdeling is het resultaat van beleidsprioriteiten en van overleg tussen de betrokken actoren. Ze wijzigt dan ook in de tijd.

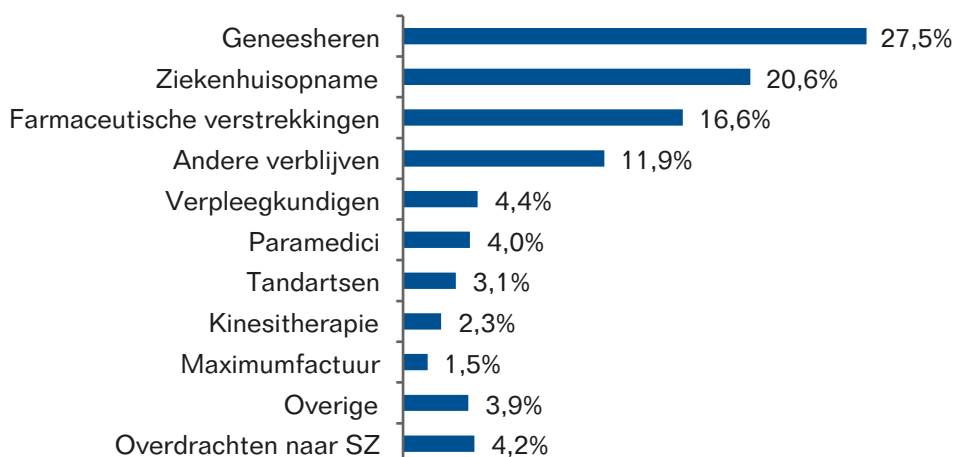
De onderstaande tabel en grafiek geven respectievelijk in absolute bedragen en procentueel de verdeling van de globale begrotingsdoelstelling weer. Daarbij wordt opgemerkt dat het wel degelijk gaat om een *doelstelling* en niet om een plafond: de werkelijke uitgaven kunnen de begrote uitgaven overschrijden. Er zijn echter procedures ingesteld om op basis van een regelmatige opvolging van de uitgavenevolatie mogelijke budgetoverschrijdingen te detecteren en corrigerend op te treden.

Tabel 1 – Verdeling van de globale begrotingsdoelstelling over de periode 2006-2011 (in duizend euro)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Farmaceutische verstrekkingen	3.417.747	3.601.557	3.897.138	4.114.558	4.174.054	4.292.935
Geneesheren	5.533.073	5.950.276	6.182.421	6.752.342	6.875.869	7.113.974
Tandartsen	562.531	598.757	678.915	725.299	773.864	810.470
Verpleegkundigen	795.176	868.271	1.009.753	1.085.383	1.103.130	1.143.373
Kinesithérapie	445.307	467.767	524.416	554.250	574.036	585.715
Paramedici	692.480	778.919	816.742	916.942	955.025	1.026.617
Ziekenhuisopname	3.908.727	4.128.810	4.471.584	4.857.880	5.020.680	5.329.503
Diverse verblijven	2.177.772	2.280.826	2.520.904	2.765.484	2.893.023	3.090.809
Maximumfactuur	314.566	268.144	285.566	339.149	363.391	379.760
Overige	625.751	675.326	740.239	673.331	871.903	1.002.720
Toekomstfonds			306.279	299.852	294.189	0
Overdrachten naar SZ					350.000	1.093.460
Totaal	18.473.130	19.618.653	21.433.957	23.084.470	24.249.164	25.869.336

Bron: jaarverslagen en begrotingsdocumenten RIZIV

Grafiek 1 – Procentuele verdeling van de globale begrotingsdoelstelling 2011 over de categorieën van prestaties en/of zorgverleners



Bron: jaarverslagen en begrotingsdocumenten RIZIV

Toelichting bij tabel 1 en grafiek 1

De verdeling in partiële begrotingsdoelstellingen gebeurt momenteel over 50 categorieën. Om het overzicht te bewaren werden ze hier samengetrokken tot 11 categorieën, geïnspireerd op de indeling in de jaarverslagen van het RIZIV (deel statistische gegevens, waar ook definities en meer details over de gebruikte cijfers zijn opgenomen)²:

- De rubriek *ziekenhuisopname* omvat de verpleegdagprijs en de forfaitaire dagprijs in algemene ziekenhuizen.
- De rubriek *diverse verblijven* heeft betrekking op opnames in rust- en verzorgingstehuizen, dagverzorgingscentra, rustoorden voor bejaarden of medisch-pediatische centra, en op opnames voor geestelijke gezondheidszorg, geïnterneerden, revalidatie of palliatieve zorgen.
- De rubriek *verpleegkundigen* betreft verstrekkingen voor thuiszorg.
- De rubriek *paramedici* betreft verstrekkingen door bandagisten, orthopedisten, opticiens, audiciens en vroedvrouwen, en de implantaten en implanterbare hartdefibrillatoren.
- De rubriek *overige* omvat een wisselend aantal diverse prestaties en uitgaven, zoals voor dialyse, logopedie, tabaksontwenning, bedden “sterke afhankelijkheid”, en multidisciplinaire eerstelijnszorg. Ook de belangrijke *overdrachten* naar het Toekomstfonds en de andere takken van de sociale zekerheid (zie hoofdstuk 2) worden vermeld.

² De jaarverslagen van het RIZIV zijn trouwens een goede en overzichtelijke informatiebron om de uitgaven in de ziekteverzekering verder te situeren tegenover andere kerngegevens (zoals het profiel van de sociaal verzekerden of van de zorgverleners, en de aard van de verstrekte gezondheidszorgen of afgeleverde geneesmiddelen).

5 Methode: analyse van het budgettair beheer

Het onderzoek heeft betrekking op het beheer door de administratieve diensten en de overlegorganen bij het RIZIV: de Algemene Raad, het Verzekeringscomité en de Commissie voor Begrotingscontrole. De wetgever belastte elk van die organen met een eigen budgettaire taak, afhankelijk van de wijze waarop ze zijn samengesteld.

- De Algemene Raad bepaalt de globale begrotingsdoelstelling, de algemene beleidslijnen en de maatregelen voor het financiële evenwicht in de verzekering voor geneeskundige verzorging. Beslissingen worden genomen door vertegenwoordigers van de sociale partners, de regering en de ziekenfondsen. De vertegenwoordigers van de zorgverleners hebben enkel een raadgevende stem. Voorstellen over de globale begrotingsdoelstelling en het algemeen beleid moeten door alle vertegenwoordigers van de regering worden goedgekeurd.
- Het Verzekeringscomité staat in voor taken die nauwer verband houden met de sectoren zelf, zowel op het vlak van de verstrekkingen (bv. bevoegdheden om de nomenclatuur te wijzigen) als wat betreft de vaststelling van de begrotingsdoelstellingen per sector. Beslissingen worden genomen door vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en de zorgverleners. Daarnaast zitten in het Verzekeringscomité ook vertegenwoordigers van de sociale partners met raadgevende stem en vertegenwoordigers van de regering met vetorecht.
- De Commissie voor Begrotingscontrole brengt verslag uit over de uitgaven-evolutie en adviseert over de begrotingsvooruitzichten onder het voorzitterschap van een begrotings- en financieel adviseur, aangesteld door de minister van Sociale Zaken en de minister van Begroting. In de commissie hebben zowel vertegenwoordigers van de regering, van de sociale partners, van de ziekenfondsen als van de zorgverleners zitting.

De werking van de Algemene Raad, het Verzekeringscomité en de Commissie voor Begrotingscontrole werd onderzocht aan de hand van de notulen van hun vergaderingen en voorbereidende documenten zoals technische nota's en studieverslagen. De notulen hebben een specifieke informatieve waarde omdat ze de standpunten van de betrokken partijen tot uiting brengen: de regering, de sociale partners (onder meer in hun hoedanigheid van financiers van het stelsel), de ziekenfondsen (in hun hoedanigheid van uitbetalingsinstelling en verdediger van de belangen van de patiënten) en de beroepsorganisaties van de zorgverleners.

Om een aantal bevindingen te onderbouwen, is ook gesteund op nota's of verslagen van het beheerscomité van de sociale zekerheid van de werknemers en het beheerscomité van het sociaal statuut van de zelfstandigen (die de financiering en begroting van de sociale zekerheid globaal begeleiden), de Controledienst voor de ziekenfondsen (die de boekhoudkundige en financiële verslaggeving van de ziekenfondsen controleert), het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, en de Technische, Boekhoudkundige en Statistische Commissie bij het RIZIV. Ook zijn de overeenkomsten of akkoorden van de sectoren nagezien.

Bij dit laatste wordt gepreciseerd dat het onderzoek niet de werking van de overeenkomsten- en akkoordcommissies evalueert. In die commissies maken de ziekenfondsen en representatieve organisaties van de betrokken beroepen, inrichtingen of diensten per sector afspraken over de prijzen en tarieven, en over de

voorwaarden waaronder de verplichte verzekering de verstrekkingen terugbetaalt³. Wel wordt rekening gehouden met de gevolgen van de overeenkomsten of akkoorden voor de toepassing van de budgettaire procedures.

6 Rapportering: indeling volgens de problematiek

Tijdens de vorige onderzoeksperiode (1999 tot 2004) kende de begroting systematisch tekorten. Vanaf 2005 konden echter telkens budgettaire overschotten worden geboekt. Wegens die volledig omgekeerde situatie moesten de klemtonen van het onderzoek worden verlegd, wat op zijn beurt heeft geleid tot een andere indeling van het verslag. Er werd overgestapt van een rapportering op het niveau van instrumenten, actoren en gegevens naar een analyse op basis van de aard van de problematiek.

Hoofdstukken 1 en 2 gaan na op welke manier de beperkte budgettaire groeimarge jaarlijks met nieuwe initiatieven en besparingen wordt ingevuld. Hoofdstukken 3 en 4 behandelen de opvolging van de begroting en de problematiek van de juiste vaststelling van de uitgaven, waarvan de omvang kan zijn beïnvloed door schommelingen in het facturatie-, betalings- en boekingsritme. Hoofdstukken 5 en 6 evalueren elk een systeem van financiële verantwoordelijkheid voor de uitgavenbeheersing: de boni en mali voor de ziekenfondsen en de recuperatiemechanismen ten laste van de geneesmiddelensector. Hoofdstuk 7 sluit het verslag met conclusies en aanbevelingen.

Bij de redactie van dit verslag is rekening gehouden met de beschikbare gegevens tot op 15 mei 2011.

7 Tegensprekelijke procedure

Het ontwerpverslag werd op 14 april 2011 toegestuurd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de betrokken administraties (het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de Controledienst voor de Ziekenfondsen).

In het verslag zijn de antwoorden verwerkt van 12 en 16 mei 2011 van respectievelijk de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van het RIZIV. De Controledienst voor de Ziekenfondsen en de FOD Volksgezondheid hebben niet gereageerd.

³ Het overleg van de ziekenfondsen met artsen of tandartsen vindt plaats in *akkoordencommissies*. Ze heten *overeenkomstencommissies* als het overleg wordt bedoeld met apothekers, ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische centra, verpleegkundigen en diensten voor thuisverpleging, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, centra voor dagverzorging, logopedisten en verstrekkers van prothesen of implantaten.

Hoofdstuk 1

Beperking van de groeimarge

De omvang van de begroting voor de verplichte ziekteverzekering wordt aangestuurd door het wettelijk verankerde instrument van de budgettaire groeimarge (artikel 40 Ziekteverzekeringwet): ten opzichte van het vorige begrotingsjaar mag de totaliteit van de uitgaven niet sterker toenemen dan met een vast percentage reële groei (de groeinorm), met het verwachte percentage van de gezondheidsindex en, in voorkomend geval, met het geraamde bedrag van vereiste uitzonderlijke of bijzondere uitgaven.

Het vertrekpunt voor dit groeipad – of het bedrag waarop de groeimarge voor het eerst werd berekend – was de begroting voor de verplichte ziekteverzekering van 1994: 9,8 miljard euro (395 miljard frank). Inmiddels is de globale begrotingsdoelstelling voor 2011 al opgelopen tot 25,9 miljard euro.

De toename is vooral opvallend groot bij vergelijking met het einde van de vorige onderzoeksperiode: de globale begrotingsdoelstelling voor 2011 ligt al anderhalve keer hoger dan in 2005. Met de omvang van de aangroei over die relatief korte periode (8,5 miljard euro) konden dus bij het vertrekpunt in 1994 nog bijna alle uitgaven worden ingedekt. Deze vaststelling doet dan ook vragen rijzen over de werking van het instrument van de budgettaire groeimarge, en in het bijzonder over de hoogte van de groeinorm van 4,5% die daarbij wordt toegepast.

1.1 Beoordeling van de uitgavenevolucie

Aan de groeimarge voor de verplichte ziekteverzekering zijn verregaande maatschappelijke gevolgen verbonden. Daarover bestaan dan ook verschillende visies. Aan de ene kant wordt beklemtoond dat de stijgende uitgaven een brede (betaalbare) toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorgen helpen waarborgen⁴, en ook een belangrijke vorm van tewerkstelling en investeringen met zich meebrengen. Aan de andere kant wordt benadrukt dat de financiering van het huidige groeiritme de ruimte voor andere beleidsinitiatieven binnen en buiten de sociale zekerheid onevenredig sterk inperkt.

De hoogte van de groeimarge kan en mag om die reden uiteindelijk enkel het voorwerp van een politieke beslissing zijn. Dat belet echter niet daartoe inzichten aan te dragen over de oorzaken van de toenemende uitgaven, temeer omdat daarover wel consensus bestaat. Dergelijke analyses kunnen grofweg in twee types worden opgedeeld naargelang ze de feitelijke dan wel de juridische oorzaken van het groeiritme analyseren.

- Ofwel worden de onderliggende feitelijke determinanten van de groei in kaart gebracht, gemeten en vergeleken in de tijd of met het buitenland. Het gaat dan om de invloed van factoren als de toenemende vergrijzing en de technologische vooruitgang, maar ook – en vaak onderschat – over de impact van wijzigingen in het beschikbare inkomen, het verstrekte aanbod en de aangerekende prijzen.

⁴ Daarbij wordt soms ook gewezen op de “gezondheidswinst” die de uitgaven mogelijk maken, zowel in economisch als in maatschappelijk opzicht (bv. productiviteit van gezondere werknemers, de waarde van een langere en betere levensverwachting). Die winst valt echter budgettair niet te ramen, waarbij nog komt dat ze ook voortvloeit uit andere uitgaven dan voor gezondheidszorg (bv. investeringen op het vlak van huisvesting, onderwijs, milieu en arbeidsomstandigheden).

De uitkomst van die studies verschilt vanzelfsprekend naargelang van hun vooropgestelde doel en draagwijdte of gebruikte methodologie⁵. Toch verhindert dat niet overeenstemming te bereiken over een model waarbij de toenemende behoefte aan gezondheidszorg wordt ingepast in de toekomstige budgettaire en financiële context.

De projecties van de Studiecommissie voor de Vergrijzing van de Hoge Raad voor Financiën, gebaseerd op hypothesen van het Federaal Planbureau en op cijfers van het RIZIV, zijn op dat vlak toonaangevend. Daarbij past het trouwens op te merken dat de Studiecommissie in zijn projecties op langere termijn afstapt van de huidige groeicijfer van 4,5%⁶.

- Ofwel wordt vertrokken van de voorwaarden waarbinnen de toepassing van de groeimarge juridisch is ingebed om te bepalen hoe de bestaande procedures en toegepaste praktijken kunnen worden aangepast of geoptimaliseerd.

Die benadering wordt gevolgd in het voorliggende onderzoek, en bijvoorbeeld ook door de Commissie voor Begrotingscontrole, door sommige onderzoekscentra en door een taskforce die bij het RIZIV werd opgericht om de procedures van uitgavenbeheersing efficiënter te laten verlopen.

1.2 Relativering van de groeicijfer

Bij de opmaak van de begroting 2011 kwam de toepassing van de groeicijfer neer op een bedrag van 1,1 miljard euro voor nieuwe, hogere of meer tegemoetkomingen voor geneeskundige zorgen in vergelijking met de begroting voor 2010. Ook in de periode 2008-2010 resulteerde de groeicijfer van 4,5% in een gemiddelde stijging van bijna 1 miljard euro per jaar. Het wekt dan ook geen verbazing dat het al dan niet verlagen van de norm centraal staat in vrijwel elk recent debat over de uitgavengroei van de verplichte ziekteverzekering.

Toch moet erover worden gewaakt het groeiritme van de uitgaven niet te vereenzelvigen met de hoogte van de groeicijfer. Hoewel de groeicijfer de grootste component is, hebben ook de andere componenten van de groeimarge een niet te onderschatten impact op het budgettaire groeiritme. Dat blijkt al uit een vergelijking in onderstaande tabel van de groeicijfer van 4,5% met de globale procentuele toename van de begroting.

⁵ De verschillen kunnen onder meer voortvloeien uit de termijn die in aanmerking werd genomen (kort, middellang of lang) of uit de aard van de uitgaven die in een vergelijking werden betrokken (uitgaven voor acute en/of langdurige zorg, verzekerde en/of niet-verzekerde uitgaven ...).

⁶ De manier waarop de groei van de gezondheidsuitgaven in deze projecties wordt geraamd, is omschreven in een methodologische nota in het jaarverslag 2010 van de Studiecommissie voor de Vergrijzing (p. 37-39). De hypothesen die daaraan ten grondslag liggen, zijn duidelijk toegelicht in: FASQUELLE N., WEEMAES S. en WILLEME P., "De gezondheidszorg-uitgaven: determinanten en projecties", *Documentatieblad FOD Financiën*, 2010, nr. 1.

Tabel 2 – Toename van de globale begrotingsdoelstelling over de periode 2005-2011 (in miljoen euro)⁷

Jaar	Begrotingsdoelstelling	Procentuele toename tegenover vorig jaar
2005	17.398,4	7,1 %
2006	18.473,1	6,2 %
2007	19.618,7	6,2 %
2008	21.434,0	9,3 %
2009	23.084,5	7,7 %
2010	24.249,2	5,1 %
2011	25.869,3	6,7 %

Bron: begrotingsdocumenten Algemene Raad

Bij het vorige onderzoek van het Rekenhof ging de aandacht specifiek uit naar de component van de uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die in de globale begrotingsdoelstelling mogen worden opgenomen. Er werd toen immers vastgesteld dat van die mogelijkheid op grote schaal gebruik werd gemaakt om de beperkingen van een lagere groeinorm van 1,5% (en nadien 2,5%) te omzeilen⁸. In die zin kan worden gesteld dat het verhogen van de groeinorm tot 4,5% het mee mogelijk heeft gemaakt om inmiddels van die praktijk af te stappen.

In het voorliggende onderzoek verschuift de aandacht naar een andere component van de groeimarge: de verwachte toename van de uitgaven door de indexering van de vergoedingen (het indexvolume). Dat bedrag mag zonder beperking mee worden opgenomen in het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling. Het indexvolume wordt echter telkens te ruim begroot, zodat met het saldo dat niet nodig is voor de indexering nog een aantal uitgaven ten laste kunnen worden genomen bovenop de beperkingen van de groeinorm.

1.3 Verborgene supplementen in het indexvolume

Het toegestane indexvolume (het bedrag zoals opgenomen in de globale begrotingsdoelstelling) blijkt substantieel groter te zijn dan het nodige indexvolume (het bedrag zoals bepaald aan de hand van de indexeringsregels die gelden in de verplichte ziekteverzekering). Voor de begroting 2011 loopt dat verschil zelfs op tot bijna 300 miljoen euro (het toegestane indexvolume bedraagt 482,5 miljoen euro terwijl het RIZIV het nodige indexvolume raamde op 186,9 miljoen euro).

Het bestaan van dat verschil wordt ook systematisch onder de aandacht gebracht in de jaarlijkse adviezen van de Commissie voor Begrotingscontrole bij de begrotingsontwerpen. Maar noch de Commissie zelf, noch de andere overlegorganen blijken die situatie te beoordelen of te verantwoorden. Daarom wordt de problematiek van het indexvolume hierna vrij uitgebreid behandeld.

⁷ Er wordt op gewezen dat in de beschouwde periode de "kleine risico's zelfstandigen" eerst gedeeltelijk en in 2008 volledig in de verplichte ziekteverzekering werden geïntegreerd. Tot 2007 gebeurde dat door in de begroting uitzonderlijke uitgaven in te schrijven. In 2008 werd de globale begrotingsdoelstelling hiertoe verhoogd met een bedrag van 439 miljoen euro.

⁸ Zie het auditrapport van 2006, randnummers 20, 60 en 122. Uit hun aard zouden uitzonderlijke uitgaven van tijdelijke aard moeten zijn. In de praktijk bleek het echter grotendeels te gaan om structurele maatregelen met een blijvend effect op de uitgaven, wat tot gevolg had dat in volgende begrotingsjaren het groeipad moest worden verlegd door een nieuw vertrekpunt voor de berekening van de begrotingsdoelstelling vast te leggen.

1.3.1 Oorsprong van het verschil

In de verplichte ziekteverzekering bestaat er geen uniforme regel voor de indexering van de verschillende soorten vergoedingen of tegemoetkomingen. Om daarin enige klaarheid te scheppen, worden de regels hierna in drie categorieën opgedeeld waarbij aan de hand van de begroting 2011 wordt aangegeven op welk aandeel van de totale uitgaven elke categorie betrekking heeft⁹:

- Voor 46% van de uitgaven geldt het indexeringsmechanisme dat is vastgelegd in een koninklijk besluit van 8 december 1997¹⁰: honoraria, prijzen en tegemoetkomingen worden in principe op 1 januari van het jaar t geïndexeerd volgens de evolutie van het rekenkundig gemiddelde van de gezondheidsindex van de maanden maart, april, mei en juni van het jaar t-1 ten opzichte van dezelfde periode van het jaar t-2.
- Voor 32% van de uitgaven wordt het bedrag jaarlijks forfaitair in de begroting ingeschreven en hoeft dus geen indexering meer te worden opgenomen. Dit is onder meer het geval voor de meeste farmaceutische verstrekkingen, de stabiliteitsprovisie en een aantal fondsen (fonds verslaving, fonds medische ongevallen, Toekomstfonds, ...).
- Voor alle resterende vergoedingen of tegemoetkomingen (22% van de uitgaven) gelden telkens eigen indexeringsregels die dan nog eens onderling sterk van aard kunnen verschillen. De index kan hier zowel bestaan uit de gezondheidsindex, de index van consumptieprijzen als een index vastgesteld aan de hand van bepaalde loonschalen. Ook kan de index volledig of slechts gedeeltelijk en op een vaste datum of pas bij overschrijding van een spilindex worden aangerekend.

Voorbeelden

- Tegemoetkomingen voor specifieke kosten verbonden aan het beheer van diensten voor thuisverpleging worden op 1 oktober van elk jaar geïndexeerd volgens de evolutie van twee welbepaalde categorieën van loonschalen die gelden binnen het paritair comité van de diensten voor gezondheidszorg.
- Sommige vergoedingen aan rust- en verzorgingstehuizen (bv. voor verzorgingsmateriaal, bijkomende zorginspanningen en kortverblijf) worden bij overschrijding van een spilindex aangepast aan de evolutie van de index van de consumptieprijzen.
- Forfaitaire tegemoetkomingen voor aids- en tuberculosebehandeling worden op 1 januari van elk jaar aangepast aan de evolutie van de gezondheidsindex, maar slechts op een deel (respectievelijk 75 en 30%) van het basisbedrag dat voor de behandeling is uitgetrokken.

In de begroting wordt echter een indexvolume ingeschreven dat volgens een nog andere regel wordt bepaald: de verwachte stijging van de gezondheidsindex in het komende begrotingsjaar moet worden toegepast op het volledige bedrag van de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar, en dus op alle (soorten) uitgaven die daarin zijn begrepen (artikel 40 Ziekteverzekeringwet).

⁹ De berekening van die aandelen is weliswaar niet volledig exact omdat voor enkele budgettaire minder belangrijke vergoedingen het indexvolume niet afzonderlijk wordt vermeld in de begrotingsdocumenten, maar mee wordt verrekend in het totale bedrag van de betrokken uitgave.

¹⁰ Koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Er kon niet worden achterhaald waarom de wettelijke bepaling over de budgettaire groeimarge abstractie maakt van de verschillende specifieke indexeringsregels binnen de verplichte ziekteverzekering, temeer omdat door die regels het nodige indexvolume al bij de opmaak van de begroting nagenoeg vaststaat (zie volgend punt).

1.3.2 Omvang van het verschil

Voor het bepalen van het nodige indexvolume geldt allereerst dat een derde van de geraamde uitgaven (32%) niet onderworpen is aan een indexering. Bovendien moet voor het grootste aandeel van de geraamde uitgaven (46%) het toe te passen indexcijfer niet meer worden geraamd: bij de opmaak van de begroting voor het jaar t (in september en oktober van het jaar t-1) is immers al precies bekend wat het rekenkundige gemiddelde is van de gezondheidsindex van de maanden maart, april, mei en juni van het jaar t-1 ten opzichte van het jaar t-2.

Voor het bepalen van het toegestane indexvolume worden de 32% niet te indexeren uitgaven toch geïndexeerd en de 46% te indexeren uitgaven volgens een andere indexvoet aangepast, in beide gevallen met de verwachte stijging van de gezondheidsindex (als dat indexpercentage dan in de realiteit anders evolueert, wordt dit niet meer verrekend). Dat verschil komt over de periode 2005-2011 neer op 1.265 miljoen euro, weliswaar met sterke schommelingen van jaar tot jaar (zie tabel 3).

Tabel 3 – Verschil tussen het toegestane en het nodige indexvolume, periode 2005-2011 (in miljoen euro)

Jaar	Toegestaan indexvolume	Nodig indexvolume	Verschil
2005	288,4	175,1	113,3
2006	396,6	236,5	160,1
2007	369,7	153,2	216,5
2008	451,1	243,9	207,2
2009	582,3	492,5	89,8
2010	288,1	105,6	182,5
2011	482,5	186,9	295,6
Totaal	2.858,7	1.593,7	1.265,0

Bron : technische ramingen RIZIV

Voor de overige 22% van de uitgaven wordt het toe te passen indexcijfer bij de begrotingsopmaak geraamd en ligt de werkelijke weerslag op de begroting – al naargelang van de evolutie van de index waaraan die uitgaven zijn gekoppeld – hoger of lager¹¹. In dat geval is de Algemene Raad bevoegd om het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling aan te passen “om rekening te houden met het verschil tussen de werkelijke prijzen en de geraamde prijzen” (artikel 40, §4 Ziekteverzekeringswet), maar daarvan werd nog geen gebruik gemaakt. In 2009 bijvoorbeeld kwam een bedrag van 30 miljoen euro vrij door een grote vertraging in de verwachte evolutie van de gezondheidsindex (vermindering met 1,95% op jaarbasis), maar dat bedrag werd gewoon herverdeeld over een aantal rubrieken waar nood bestond aan een bijkomend budget.

¹¹ Zo is in 2011 de spilindex al overschreden in april, terwijl bij de begrotingsopmaak is uitgegaan van een overschrijding in september. De meerkost – die volgens het antwoord van de minister van Sociale Zaken 56 miljoen euro bedraagt – is niet begrepen in de ramingen in tabel 3 (kolom “nodig indexvolume”).

1.3.3 Toename van het verschil

Het verschil tussen het toegestane en het nodige indexvolume neemt nog toe als ook de de feitelijk toegepaste berekeningswijze in aanmerking wordt genomen.

Artikel 40, § 1, van de Ziekteverzekeringwet bepaalt het volgende: "Voor het jaar 2004 wordt de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling vastgesteld op 16.257.831 duizend EUR. Vanaf het jaar 2005 wordt *dit bedrag jaarlijks verhoogd met een reële groeinorm van 4,5% ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het vorig jaar, alsmede met de te verwachten stijging van het gezondheidsindex-cijfer in het betrokken begrotingsjaar*".

Omdat het indexvolume deel uitmaakt van de begrotingsdoelstelling impliceert de wettelijk voorgeschreven berekeningswijze dat het indexvolume van het lopende jaar in het komende jaar niet alleen opnieuw mag worden geïndexeerd maar ook verhoogd met de groeinorm van 4,5%. Op langere termijn gaat daarvan uiteraard een sterk cumulatief effect uit.

In de praktijk wordt eerst wordt de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar verhoogd met 4,5% en pas daarna wordt dat resultaat geïndexeerd. Of die cumulatieve toepassing van de index en de groeinorm te verzoenen is met de wet (zie gecursiveerd deel van het artikel), kan niet worden afgeleid uit de algemene bewoordingen waarin artikel 40, § 1 is gesteld. Wel wordt erop gewezen dat alleen al voor 2011 het verschil tussen een cumulatieve en een afzonderlijke toepassing van de index en de groeinorm neerkomt op 21 miljoen euro bijkomende budgettaire ruimte.

Toelichting

Als de voor 2011 verwachte gezondheidsindex van 1,9% wordt toegepast op de begrotingsdoelstelling 2010 (24.249,2 miljoen euro), geeft dat een indexvolume van 461 miljoen euro. Nu wordt dezelfde index toegepast op het bedrag van de begrotingsdoelstelling 2010 verhoogd met de groeinorm van 4,5%, wat een indexvolume van 482 miljoen euro geeft.

1.3.4 Aanwending van het verschil

Het toegestane indexvolume wordt geïntegreerd in het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling en is niet langer als indexvolume identificeerbaar zodra dit bedrag over de sectoren wordt verdeeld. Op die manier creëert het verschil tussen het toegestane en het nodige indexvolume budgettaire ruimte om bovenop de beperkingen van de groeinorm nieuwe of hogere tegemoetkomingen ten laste te nemen, al kan even goed worden gesteld dat het verschil bijdraagt tot de huidige situatie van budgettaire overschotten.

Daarenboven wordt opgemerkt dat ook het nodige indexvolume niet altijd effectief voor een indexering wordt aangewend. Een dergelijke beslissing wordt per geneeskundige sector genomen in het kader van een geëigende procedure, uitgewerkt eind 2005¹². De beslissing hangt af van het feit of het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling wel toereikend is om er de normaal te verwachten uitgavenevolucie en de budgettaire impact van nieuwe initiatieven mee in te dekken.

¹² Artikel 104 van de wet van 27 december 2005 houdende diverse bepalingen vulde artikel 51, §2, van de Ziekteverzekeringwet daartoe verder aan.

Toelichting

Een overeenkomsten- of akkoordencommissie kan bijvoorbeeld beslissen om een wettelijk voorgeschreven indexering op 1 januari niet door te voeren om met die middelen een ander initiatief te financieren. De commissies kunnen ook afspreken om later op het jaar toch nog te indexeren als daartoe voldoende marge blijkt te bestaan. In dat geval komt het toe aan de Algemene Raad om, na advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, te bepalen of er voldoende marge bestaat om alsnog te indexeren. De indexering zal dan gebeuren op de eerste dag van de maand die volgt op de beslissing van de Algemene Raad.

1.4 Uitgaven buiten de begrotingsdoelstelling

De begroting van het RIZIV omvat ook een grote diversiteit aan specifieke uitgaven met als gemeenschappelijk kenmerk dat expliciet is bepaald dat zij buiten de beperkingen van de wettelijke groeimarge (en dus buiten de globale begrotingsdoelstelling) vallen.

Het gaat onder meer over uitgaven waar ook eigen ontvangsten tegenover staan (bv. tegemoetkomingen in het kader van internationale verdragen, aandeel van de Staat in de ligdagprijs van ziekenhuizen), over sommige bijzondere vergoedings-systemen (bv. voor de werking van sommige beroepsorganisaties, voor de opbouw van een aanvullend pensioen voor geneesheren en tandheekkundigen, voor de vergoeding van stagemeesters), maar ook over een aantal typische geneeskundige prestaties die overeenkomstig de procedure van artikel 56 van de Ziekteverzekeringswet worden gekwalificeerd als zorgvernieuwend project, als innovierend of experimenteel geneesmiddel of als vaccinatie- of opsporingsprogramma.

De reden om die uitgaven buiten de begrotingsdoelstelling aan te rekenen, houdt in de praktijk vaak verband met de budgettaire situatie op het ogenblik dat werd beslist het betrokken initiatief ten laste te nemen. Dat is vooral duidelijk bij de talrijke projecten die worden ingediend op basis van artikel 56 van de Ziekteverzekeringswet: volledig gelijkaardige projecten (bijvoorbeeld voor kankerbestrijding) worden het ene jaar binnen en het andere jaar buiten de begrotingsdoelstelling ten laste genomen.

Hoewel het meestal om relatief beperkte bedragen gaat¹³, is de consistentie en transparantie van het beslissingsproces daardoor problematisch¹⁴ (en geeft dat regelmatig aanleiding tot discussie in het Verzekeringscomité). Daarenboven wordt de indruk gewekt dat er buiten de globale begrotingsdoelstelling een sluitpost bestaat die desnoods kan worden aangewend om buiten de beperkingen van de groeimarge toch enkele specifieke initiatieven te realiseren.

¹³ In 2005 en in 2008 werden op die manier echter ook grote bedragen aan achterstallige betalingen voor ziekenhuisopnamen verschillend vereffend. In 2005 werd daarvoor 350 miljoen euro ingeschreven buiten de globale begrotingsdoelstelling, en in 2008 73,7 miljoen euro binnen de globale begrotingsdoelstelling. Zie ook Rekenhof, "RIZIV. Betaling van de positieve inhaalbedragen aan de ziekenhuizen voor de jaren 1997-1998", 163^e Boek van het Rekenhof, p. 522-524. Ter beschikking op www.rekenhof.be.

¹⁴ In augustus 2009 heeft het RIZIV voor het Verzekeringscomité wel een inventaris opgemaakt van de "projecten artikel 56" die binnen en buiten de globale begrotingsdoelstelling 2009 vallen. De uitgaven voor beide soorten projecten bedroegen toen respectievelijk 69 en 66,4 miljoen euro.

Zoals de minister van Sociale Zaken aangeeft¹⁵, heeft de Algemene Raad recent de eerste stappen gezet die moeten leiden tot een grotere transparantie in de financiering van de "projecten artikel 56". De Algemene Raad heeft gedetailleerde informatie gevraagd over die projecten, zodat kan worden bepaald welke projecten moeten worden opgenomen in de globale begrotingsdoelstelling en welke niet¹⁶. Er is ook beslist om de uitgaven buiten de begrotingsdoelstelling in 2011 te beperken tot 88,8 miljoen euro: nieuwe projecten moeten worden gefinancierd met de budgettaire marge die binnen de begrotingsdoelstelling beschikbaar is.

1.5 Vertekend resultaat door nieuwe maatregelen

Voor nieuwe initiatieven en besparingen wordt bij de opmaak van de begroting aangenomen dat ze van toepassing zullen zijn vanaf 1 januari, hoewel ze vaak pas na die datum kunnen worden geïmplementeerd en dus niet over het volledige jaar budgettair effect ressorteren¹⁷. De verschillen tussen het budgettaire effect van nieuwe maatregelen op jaarbasis en op basis van hun effectieve toepassingsdatum worden door het RIZIV wel duidelijk vermeld in de begrotingsdocumenten. Ze worden er omschreven als "gereserveerde bedragen".

Het RIZIV geeft aan dat "*dit de meest correcte procedure is naar de toekomst toe*"¹⁸. De budgettaire weerslag van nieuwe maatregelen zal immers alleen maar met zekerheid volledig zijn ingedekt in de begroting van het daarop volgende jaar in zoverre die weerslag ook al was verrekend in het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling van het jaar waarin ze werden ingevoerd. Zoniet zou de budgettaire ruimte voor het komende begrotingsjaar volledig kunnen worden ingenomen (of zelfs worden overschreden) als pas dan voor het eerst de budgettaire weerslag van de maatregelen op jaarbasis moet worden verrekend¹⁹. Elk gepland nieuw beleid zou op die manier kunnen worden doorkruist door initiatieven uit het verleden.

Aan die werkwijze zijn echter ook nadelen verbonden. Het grootste nadeel is dat de budgettaire resultaten door de niet-uitgegeven gereserveerde bedragen een vertekend positief beeld geven²⁰. Zo bleven de uitgaven voor 2010 694,5 miljoen euro onder het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling, maar bestaat dat bedrag uit 340,2 miljoen euro minderuitgaven voor geplande initiatieven die pas na 1 januari 2010 of zelfs helemaal niet zijn geïmplementeerd.

Een bijkomend nadeel is de mogelijke (tijdelijke) budgettaire overschatting doordat de gereserveerde bedragen het volgende jaar al integraal met de groeimarge worden verhoogd terwijl de maatregelen nog voor het eerst volledig in werking moeten worden gesteld.

¹⁵ Antwoord van de minister van Sociale Zaken van 12 mei 2011 (zie bijlage).

¹⁶ Naar aanleiding van die vraag hebben de diensten van het RIZIV in april 2011 aan de leden van de Algemene Raad voorstellen gedaan voor een structurele oplossing voor de financiering van die projecten.

¹⁷ Deze regel geldt niet voor maatregelen (vooral besparingen) in de geneesmiddelensector. Voor die sector wordt de begroting vastgelegd door de beleidscel van de minister van Sociale Zaken.

¹⁸ Evaluatierapport over de toepassing van de nieuwe begrotingsprocedure, opgesteld door het RIZIV (februari 2009) in uitvoering van artikel 13 van de bestuursovereenkomst 2006-2008 tussen de Staat en het RIZIV.

¹⁹ Van geplande maatregelen die niet worden uitgevoerd, kan de initieel geraamde weerslag dan worden uitgezuiverd bij het opmaken van de technische ramingen voor het komende begrotingsjaar.

²⁰ Ook de Commissie voor Begrotingscontrole wijst in het advies over de begroting 2011 nadrukkelijk op het door de gereserveerde bedragen "geflatterde resultaat".

1.6 Conclusie

De discussie over de uitgavenevoluitie in de verplichte ziekteverzekering wordt meestal verengd tot de groeinorm van 4,5%. Nochtans is het noodzakelijk om de volledige marge van de wettelijk toegestane groei in aanmerking te nemen. Vroeger werden de beperkingen van de groeinorm immers vaak omzeild met uitzonderlijke uitgaven. Nu blijkt ook een belangrijke bijkomende marge voor reële groei verborgen te liggen in het indexvolume omdat de wetgeving het mogelijk maakt dat daarvoor systematisch een te hoog bedrag wordt opgenomen in de globale begrotingsdoelstelling. In de begroting 2011 gaat het zelfs om een bijkomende marge van 1,2% bovenop de groeinorm van 4,5%.

Het belang en de hoogte van de groeinorm moeten trouwens ook worden gerelativeerd omdat nog steeds specifieke initiatieven buiten de globale begrotingsdoelstelling ten laste worden genomen, en vooral omdat de door de groeinorm afgebakende budgettaire ruimte snel wordt ingevuld door nieuwe initiatieven. Hun budgettaire effect wordt immers op jaarbasis in rekening gebracht, zelfs al treden ze pas in de loop van het jaar in werking. Op die manier wordt echter wel het resultaat vertekend wanneer het bedrag van de begrote en de werkelijke uitgaven met elkaar worden vergeleken.

Hoofdstuk 2

Invulling van de beleidsruimte

De ruimte voor nieuwe beleidsinitiatieven tijdens het komende begrotingsjaar wordt bepaald door het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling, berekend volgens de regels van de wettelijke groeimarge, te vergelijken met het uitgaven-niveau dat bij een ongewijzigd beleid zou worden bereikt (door een verwachte toename van het aantal geneeskundige verstrekkingen en de impact van al toegekende tarief- en prijsverhogingen). Met besparingsvoorstellen kan die beleidsruimte dan desgewenst nog worden vergroot.

De al moeilijke keuze van welke prioriteiten en nodige besparingen in de begroting zullen worden opgenomen, wordt nog eens doorkruist doordat de voorstellen naast elkaar in een zowel formeel als niet formeel geregelde procedure tot stand komen (punt 2.1). Vanaf de begroting 2008 komt daar nog bij dat de beleidsruimte ingrijpend werd ingeperkt door de beslissing om een deel van de budgettaire marge aan te wenden voor reserves in een toekomstfonds of voor het financieel evenwicht in de sociale zekerheid (punt 2.2).

2.1 Twee gescheiden circuits van beleidskeuzes

De manier waarop de beleidsruimte met concrete maatregelen wordt ingevuld, lijkt door een aangepaste procedure nu veel transparanter tot stand te komen (2.1.1 tot 2.1.4). Niettemin moet worden vastgesteld dat het eigenlijke beslissingsproces nog steeds plaatsvindt in een parallel en niet formeel geregeld circuit, zodat nauwelijks iets bekend is over de motieven om voorstellen al dan niet te behouden (2.1.5).

2.1.1 Technische ramingen van het RIZIV

In een eerste stap berekent het RIZIV het uitgavenniveau dat tijdens het komende begrotingsjaar zou worden bereikt bij ongewijzigd beleid. Die zogenaamde technische ramingen steunen in de regel op de evolutie van het volume aan geneeskundige prestaties tijdens de voorbije vijf jaar (bv. de periode 2005-2009 voor de raming van 2011), soms gereduceerd tot de voorbije drie jaar (bv. rubrieken kinesitherapie, bandagisten en orthopedisten). De kostprijs van dat geschatte volume aan prestaties wordt dan bepaald aan de hand van de actuele tarieven, honoraria of prijzen, waarbij ook de indexering wordt meegerekend.

Een eerste technische raming moet eind juni worden voorgelegd aan de overlegorganen. Die raming werd vroeger vaak ter discussie gesteld omdat ze niet actueel genoeg zou zijn. Op dat ogenblik kunnen immers nog geen gegevens worden verwerkt over het aantal geneeskundige prestaties tijdens het jaar dat het begrotingsjaar voorafgaat²¹. Het begrotingsbesluit van 17 september 2005 kwam aan dat bezwaar tegemoet door een herziene technische raming te laten voorleggen in de maand september. Daarin moet de uitgavenevolucie tot en met de maand mei van het lopende begrotingsjaar mee worden verwerkt.

²¹ Voor het lopende begrotingsjaar zijn in juni alleen de gegevens voor januari en februari bekend (zie hoofdstuk 3), wat een te beperkte basis is om ze te gebruiken in de technische ramingen.

Het verschil tussen de eerste en de tweede technische raming bleef tot nu toe steeds beperkt tot (gemiddeld) ongeveer 0,3%. Niettemin komt dat geringe procentuele verschil neer op een bedrag van enkele tientallen miljoenen euro, wat ten opzichte van het bedrag van de beleidsruimte voor mogelijke nieuwe initiatieven (bv. 370 miljoen euro voor de begroting 2011) niet onbelangrijk is. Dat verschil is in de praktijk vaak bepalend bij de beslissing om al dan niet een aantal specifieke besparingsmaatregelen te moeten doorvoeren.

Het RIZIV is er tot nu toe telkens in geslaagd die tweede raming binnen het korte beschikbare tijdsbestek op te maken. De resultaten van de eerste technische raming blijven ondertussen vooral dienstig voor de Commissie voor Begrotingscontrole en voor de sectoren zelf, omdat zij in de loop van juli en augustus voorstellen moeten uitwerken over de invulling van de begrotingsdoelstelling van het komende jaar.

2.1.2 Behoefteramingen van de sectoren

Naast de raming door het RIZIV van het uitgavenniveau bij ongewijzigd beleid leggen de verschillende sectoren voor de gezondheidszorg elk een lijst van "onontbeerlijk" geachte behoeften neer. Die behoeften kunnen zowel bestaan uit aanpassingen aan de bestaande verstrekkingen als uit nieuwe verstrekkingen.

In vergelijking met het vorige onderzoek blijkt dat de voorstellen substantieel beter onderbouwd zijn. Over het algemeen worden de behoeften op een overzichtelijke manier inhoudelijk verantwoord, wordt de budgettaire weerslag ervan geraamd en worden de voorstellen desgevallend ook gerangschikt volgens prioriteit.

Voorbeeld

Op 13 juli 2010 stelde de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen een lijst van behoeften voor 2011 vast. De lijst omvat twaalf prioritaire voorstellen voor een bedrag van 31,6 miljoen euro (bv. vier voorstellen voor het verhogen van de leeftijdsgrens met vijf jaar voor de tegemoetkoming in bepaalde prestaties), vijf minder prioritaire voorstellen voor een bedrag van 29,5 miljoen euro (bv. het terugbetaalbare jaarlijkse mondonderzoek uitbreiden tot een semestrieel onderzoek) en vier niet becijferde voorstellen (bv. het verlagen van de leeftijdsgrens voor extracties tot 18 jaar). Elk voorstel werd in een individuele fiche gemotiveerd.

Bij de verdeling in partiële begrotingsdoelstellingen werden uiteindelijk vijf prioritaire voorstellen behouden (voor in totaal 4,5 miljoen euro), maar in combinatie met de verwachte toename van de consumptie nam de begroting voor die sector wel in het totaal met 4,73% toe.

Toch blijft de vaststelling dat de sectoren zich in dit stadium nog steeds beperken tot het indienen van een lijst wensen. Het inpassen van die behoeften binnen een haalbaar budgettair kader en de zorg voor de nodige financiering ervan wordt doorgeschoven naar de volgende fasen in het begrotingsproces. Zo blijkt dat de kostprijs van de voorstellen nog altijd een veelvoud is van wat budgettair haalbaar is, en geven de sectoren slechts uitzonderlijk aan hoe ze een bepaalde behoefte zouden kunnen financieren door middel van een besparing.

Voorbeelden

- Voor de begroting 2011 werden in totaal voor 2,07 miljard euro nieuwe behoeften geformuleerd, waarbij de behoeften voor de rubriek geneesheren (wegens het ontbreken van een unaniem voorstel) nog niet eens zijn meegeteld. De eerste technische raming had nochtans al aangegeven dat de beleidsruimte voor nieuwe initiatieven minder dan 0,5 miljard euro zou bedragen.

- Voor de rubriek verzorging door kinesitherapeuten werden voor 94 miljoen euro nieuwe behoeften voor 2011 geformuleerd, waarvan 75,6 miljoen euro voor een herwaardering van de honoraria en de verplaatsingsvergoedingen. Indien dat voorstel onverkort was overgenomen, dan zou de betrokken partiële begrotingsdoelstelling met 18,4% zijn toegenomen in vergelijking met 2010. De sector stelde geen enkele besparingsmaatregel voor om die behoeften te financieren. Uiteindelijk is geen enkel van de gedane voorstellen behouden en bleef de budgettaire toename (na indexering en volgens de verwachte evolutie bij ongewijzigd beleid) voor die sector beperkt tot 2,03%.

De Commissie voor Begrotingscontrole had al herhaaldelijk kritiek op de onderschatting van de budgettaire weerslag van de gevraagde behoeften en op de vrijwel systematische overschatting van de gevolgen van de voorgestelde besparingsmaatregelen. De sectoren wijzen echter op de technische moeilijkheid van een dergelijke raming, zeker als het om een nieuwe vorm van verstrekkingen of maatregelen gaat.

2.1.3 Advies van de Commissie voor Begrotingscontrole

Sinds 2006 is er een nieuwe stap in de procedure: de Commissie voor Begrotingscontrole moet op uiterlijk 15 september een advies over de begrotingsopmaak verstrekken. Volgens de wet gaat het om *“voorstellen van besparingsmaatregelen die in sommige sectoren moeten worden toegepast teneinde de globale begrotingsdoelstelling vast te stellen met naleving van de groeicnorm en de stijging van de gezondheidsindex”* (artikel 18 Ziekteverzekeringswet). In de praktijk vult de Commissie voor Begrotingscontrole die opdracht ruim in, waardoor het advies ook een echte meerwaarde krijgt:

- Een eerste deel van het advies plaatst de opmaak van de begroting voor de ziekteverzekering in de “economische, financiële en sociale omgeving”, zoals de algemene budgettaire toestand, de gevolgen van de vergrijzing en de impact van de alternatieve financiering. Die analyse vormt dan de basis voor expliciete standpunten over het verlagen van de groeicnorm of het verhogen van de overdrachten naar het Toekomstfonds of naar de andere takken van de sociale zekerheid. Ook wordt hier het standpunt vertolkt dat er *“een groter kostenbewustzijn moet groeien bij alle zorgverstrekkers”* en beter rekening moet worden gehouden met de uiteenlopende evoluties in de verschillende sectoren voor gezondheidszorg.
- Een tweede gedeelte van het advies behandelt de begroting van de verschillende sectoren afzonderlijk. Steunend op de analyses van het RIZIV over de uitgavenevolucie wordt kernachtig aangegeven voor welke specifieke prestaties de uitgaven sterk stijgen en welke maatregelen zich daarbij opdringen (bv. analyse van de oorzaken door de betrokken sector, aanpassingen van de wetgeving, meer prijstransparantie, herziening van de nomenclatuur).

Specifiek het advies bij de begrotingsopmaak voor 2011 kende een grote weerklank. Door *“de moeilijke budgettaire situatie van de Belgische overheid”* deed de Commissie aan de Algemene Raad de aanbeveling *“om het begrotingsobjectief voor 2011 vast te leggen op een veel lager niveau dan het niveau van het strikte normbedrag om op die manier een structurele bijdrage te leveren in de vermindering van het overheidstekort en/of het tekort van de sociale zekerheid”*. Daartoe werden vijf mogelijke scenario's uitgewerkt²².

²² De vijf scenario's situeerden de omvang van de inspanning in een vork van 0,73 miljard euro (al besliste overdrachten naar het Toekomstfonds en bijdragen voor het evenwicht tot de sociale zekerheid) tot 1,15 miljard euro (tijdelijke verlaging van de groeicnorm tot 0%).

2.1.4 Beoordeling door het Verzekeringscomité en door de Algemene Raad

De wetgever laat de begroting voor de verplichte ziekteverzekering tot stand komen in overleg tussen de betrokken actoren (zorgverleners, ziekenfondsen, sociale partners en regering) en heeft de Algemene Raad en het Verzekeringscomité daarbij een cruciale rol toebedeeld. Op basis van de technische ramingen, de behoefteramingen en de besparingsvoorstellen moet het Verzekeringscomité aan de Algemene Raad een globaal bedrag van de begroting voorstellen waarin een evenwichtige verdeling van de uitgaven over alle sectoren is vervat. Aan de hand van dat voorstel moet de Algemene Raad dan de begrotingsdoelstellingen vastleggen.

Bij het vorige onderzoek bleek dat de concrete invulling van de rol van beide overlegorganen tussen 2000 en 2005 voortdurend problemen stelde²³. Ofwel kon in het Verzekeringscomité geen overeenstemming worden bereikt over een voorstel aan de Algemene Raad, ofwel bleek de voorgestelde omvang van de begroting de beperkingen van de wettelijke groeimarge te negeren.

De voorstellen die werden meegedeeld aan de Algemene Raad waren (bijgevolg) evenmin gedetailleerd uitgewerkt: er werd niet aangegeven welke behoeften prioritair moesten worden gerealiseerd, hoe de prioriteiten binnen de groeimarge van de begroting zo nodig door besparingen konden worden gefinancierd, en welke weerslag de voorgestelde behoeften of besparingen van een sector konden hebben op de uitgaven van een andere sector ("substitutie-effecten"). Ook de Algemene Raad nam het initiatief niet over en beperkte zich tot het afwachten van de voorstellen die de vertegenwoordigers van de regering zouden maken.

Het begrotingsbesluit van 17 september 2005 bakende om die reden de verantwoordelijkheden van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad scherper af. Zo moest het Verzekeringscomité rekening houden met de wettelijke groeimarge en moest in het voorstel aan de Algemene Raad ook de mogelijke verdeling in partiële begrotingsdoelstellingen worden opgenomen (wijziging van de artikelen 39 en 40, §1 van de Ziekteverzekeringwet)²⁴. Die ingrepen lijken het gewenste effect te hebben gehad. Het Verzekeringscomité is er sindsdien elk jaar in geslaagd een concreet voorstel uit te werken waarmee de Algemene Raad binnen de nieuw voorgeschreven termijnen (de derde maandag van oktober) een beslissing kon nemen.

Toch moet dit resultaat worden genuanceerd. Ten eerste werd het mee mogelijk gemaakt door een – voor de verplichte ziekteverzekering – gunstige budgettaire context. Daarenboven blijkt dat het voorstel van het Verzekeringscomité in feite moet worden beschouwd als een voorstel van de ziekenfondsen: sommige groepen van zorgverleners kunnen er zich om diverse redenen niet mee verzoenen. Tot slot blijft de vaststelling dat in de beslissing van de Algemene Raad uiteindelijk nog steeds de voorstellen van de regering doorslaggevend zijn.

²³ Zie het auditrapport van 2006, p. 24-25.

²⁴ Daardoor moesten in de wetgeving ook alle termijnen worden herzien voor het neerleggen van de voorstellen of adviezen en voor het nemen van beslissingen. De meest cruciale datum is sindsdien de derde maandag van oktober. Dan moet de Algemene Raad de globale en partiële begrotingsdoelstellingen hebben goedgekeurd, met inbegrip van de besparingen die nodig zijn om de wettelijke groeimarge te respecteren.

2.1.5 Beslissende rol van de regering

Uit de vorige punten lijkt het alsof er sinds 2006 door een aantal gerichte aanpassingen van de procedure sprake is van een logisch en consistent verloop van ramingen, voorstellen en adviezen die dan uitmonden in een beslissing over de aanwending van de beschikbare budgettaire ruimte.

Parallel met die procedure wordt de begroting echter ook voorbereid op het niveau van de beleidscel van de minister van Sociale Zaken, mee gebaseerd op bilaterale contacten met sommige belangen- of beroepsgroepen. Dat informele circuit blijkt – net zoals vroeger – nog steeds beslissend te zijn bij de keuze van de besparingsmaatregelen en de wijzigingen in het pakket van verstrekkingen ten laste van de verplichte ziekteverzekering.

Daarbij komt nog dat de overlegorganen evenmin worden betrokken bij de vastlegging van een aantal zwaar doorwegende deelbudgetten, met name voor de verpleegdagprijs, de geneesmiddelen en de sociale akkoorden²⁵. In het voorstel van het Verzekeringscomité over de bepaling en de verdeling van de begrotingsdoelstelling 2011 wordt in dat verband expliciet voorbehoud gemaakt *“vermits momenteel informatie ontbreekt over zowel het komende sociaal akkoord met de non-profitsector als over het tweede luik van het kankerplan”*.

Die beperkte betrokkenheid wekt vaak wrevel op in de overlegorganen en houdt in dat opzicht een risico in voor het voortzetten van de inspanningen die sinds 2006 zijn geleverd om de begrotingsopmaak vlotter en transparanter te laten verlopen. Enkele voorbeelden maken dit duidelijk:

- Het RIZIV maakt expliciet gewag van “de ergernis op het niveau van bepaalde partners in het Verzekeringscomité” omdat de beslissing van de Algemene Raad te fel afwijkt van hun voorstel, “vooral door typische maatregelen die genomen worden vanuit de regering” (evaluatierapport van het RIZIV over de toepassing van de nieuwe begrotingsprocedure²⁶).
- De Commissie voor Begrotingscontrole gaf in haar advies bij de opmaak van de begroting 2009 aan dat er op geen enkele manier rekening werd gehouden met haar vorige adviezen, zodat ze zich genoodzaakt zag expliciet aan te dringen op enige respons²⁷.
- De overeenkomsten- en akkoordencommissies stelden al herhaaldelijk dat het weinig motiverend is gedetailleerde behoefteramingen uit te werken als daar naderhand weinig of geen rekening mee wordt gehouden in de besluitvorming.

Voorbeeld

Voor het belangrijke deelbudget van de geneesheren maakte de overeenkomstencommissie voor 2011 geen behoefteraming op: er werden alleen eisenbundels van enkele beroepsgroepen ingediend. Daarover werd in het Verzekeringscomité van 20 september 2010 verklaard dat de voorstellen van de sector toch grotendeels opzij worden geschoven: *“wanneer men de laatste drie jaar beschouwt, dan zijn 90% van de nieuwe initiatieven door het kabinet voorgesteld, en heeft de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen voor slechts 10 miljoen euro initiatieven kunnen nemen (...)”*.

²⁵ Zie ook het auditrapport van 2006, p. 38-40.

²⁶ Rapport opgesteld door het RIZIV (februari 2009) in uitvoering van artikel 13 van de bestuursovereenkomst 2006-2008 tussen de Staat en het RIZIV.

²⁷ Dit is pas voor het eerst het geval in de beslissing van de Algemene Raad over de begroting 2011, weliswaar beperkt tot de algemene aanbeveling van de Commissie voor een budgettaire inspanning door de verplichte ziekteverzekering en dus zonder enige verwijzing naar de lijst van de concrete aanbevelingen die de Commissie had opgesteld op het niveau van de verschillende sectoren.

Dat alles staat ook haaks op de sleutelrol die de wetgever destijds aan het formele overleg in de organen van het RIZIV heeft toebedeeld²⁸. In de toelichting over de "elementaire basisbeginselen" van de Ziekteverzekeringwet was in dat verband immers nadrukkelijk gesteld dat "het vastleggen van de grote budgettaire enveloppen van de ziekteverzekering chronologisch moet losgekoppeld worden van het budgettaire regeringsconclaaf" en dat "de beslissingen zo dicht mogelijk bij de dagelijkse realiteit moeten genomen worden: de minister van Sociale Zaken mag slechts in allerlaatste instantie optreden".

2.2 Keuze voor budgettaire overdrachten

2.2.1 Feitelijke en juridische context

De wettelijke groeimarge in combinatie met de gemaakte beleidskeuzes creëerden in 2005 en 2006 een toestand van budgettaire overschotten: het feitelijke groeiritme van de uitgaven bleef voor beide jaren samen 886 miljoen euro onder de grens van de globale begrotingsdoelstelling. Dat die trend voorlopig nog zou aanhouden, kon worden afgeleid uit de ramingen bij ongewijzigd beleid die werden opgesteld voor de opmaak van de begroting 2007. Een logische gevolgtrekking van die vaststelling zou zijn geweest om de toegestane groeimarge voorlopig niet meer volledig in te vullen (of de groeinorm tijdelijk te verlagen) totdat de begroting opnieuw in de lijn kwam te liggen van de uitgaventrend.

Er werd echter voor gekozen om de bestaande groeimarge te blijven toepassen, en daaruit middelen te putten voor overdrachten naar de toekomst (vanaf 2007) en naar andere takken van de sociale zekerheid (in 2010 en 2011). De overdracht naar latere begrotingen door reserves aan te leggen in het Toekomstfonds werd gemotiveerd door te wijzen op de verwachte meeruitgaven ten gevolge van de vergrijzing van de bevolking. Die reserves kunnen dan ook pas ten vroegste vanaf 2012 worden aangesproken. De overdrachten naar de andere takken van de sociale zekerheid (die samen met de verplichte ziekteverzekering globaal financieel worden beheerd) was ingegeven door de budgettaire toestand ten gevolge van de financiële en economische crisis.

Tabel 4 – Verdeling van de globale begrotingsdoelstelling in bedragen bestemd voor lopende uitgaven en voor overdrachten, periode 2007-2011 (in miljoen euro)

Jaar	Aandeel lopende uitgaven	Aandeel Toekomstfonds	Aandeel overdrachten SZ
2007	19.444,0	174,7	–
2008	21.127,7	306,3	–
2009	22.784,7	299,8	–
2010	23.605,0	294,2	350
2011	24.775,8	–	1.093,5

Bron: begrotingsdocumenten Algemene Raad.

²⁸ Verslag namens de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden bij het ontwerp van wet tot hervorming van de Ziekteverzekeringwet, *Parl. St. Senaat*, 1992-1993, 579/2, p. 8-9.

De beslissing om met een deel van de globale begrotingsdoelstelling overdrachten te realiseren, is trouwens mee gebaseerd op een toch wel opmerkelijk juridisch argument. Vroeger was immers bepaald dat de uitgaven met *maximum* 1,5% (en later 2,5%) mochten toenemen. De term *maximum* is echter om onbekende redenen en mogelijk onbedoeld in de wettekst geschrapt bij het verhogen de groeicnorm tot 4,5%²⁹.

Uit de schrapping van de term *maximum* werd echter, onder meer ook door de Commissie voor Begrotingscontrole, afgeleid dat de norm van 4,5% een absolute verplichting is geworden en dus niet vrijwillig kan worden verminderd door de overlegorganen bij het vastleggen van de globale begrotingsdoelstelling.

2.2.2 Budgettaire en financiële implicaties

Het alternatief van de overdrachten wordt soms uitgelegd door erop te wijzen dat ze in omvang gelijkstaan aan het effect van een verlaging van de groeicnorm tot 3% (in 2010) of zelfs tot 0% (in 2011).

Voorbeeld

Het bedrag van de overdrachten naar de sociale zekerheid in 2011 (1093,5 miljoen euro) werd verkregen door de groeicnorm van 4,5% toe te passen op het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling 2010 (24.249,2 miljoen euro). Voor de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering impliceerde die beslissing dus een nulgroei.

De gevolgen van de keuze voor een systeem van overdrachten in plaats van een verlaging van de groeicnorm zijn echter zowel budgettair als financieel geenszins neutraal.

- Anders dan bij een verlaging van de groeicnorm maken de overdrachten deel uit van een begrotingsdoelstelling die jaarlijks blijft toenemen met 4,5% (+ index) zodat die toename ook budgettair verworven blijft als de overdrachten later zouden wegvallen.

Vergelijk

Indien vanaf de begroting 2007 niet was geopteerd voor een systeem van overdrachten maar voor een (elk jaar) tot 3% verlaagde groeicnorm, dan zou de globale begrotingsdoelstelling voor de verplichte ziekteverzekering in 2011 ongeveer 24,1 in plaats van 25,8 miljard euro bedragen. Dat lagere bedrag zou ook in alle komende jaren blijven doorwerken als de norm vanaf 2012 opnieuw op 4,5% zou worden gebracht.

- Anders dan bij een verlaging van de groeicnorm mag de Staat volgens de huidige financieringsregels het aandeel van de alternatieve financiering in de verplichte ziekteverzekering niet verminderen (om met dat bedrag dan op andere beleidsdomeinen initiatieven te kunnen realiseren), maar kunnen de regeringsvertegenwoordigers in de Algemene Raad wel mee beslissen over de omvang en de bestemming van de overdrachten.

²⁹ In de memorie van toelichting bij de programmawet van 22 december 2003, die in artikel 113 de groeicnorm verhoogde tot 4,5%, was immers nog gesteld dat "de bestaande maximale reële groeicnorm van 2,5% wordt vervangen door een *maximale* reële groeicnorm van 4,5%" en dat "de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering de komende vier jaar met 4,5% per jaar in reële termen *kunnen* toenemen" om aan de nieuwe noden tegemoet te komen (*Parl. St. Kamer*, 2003-2004, 51-0473/001, p. 55).

Toelichting

De stelsels van sociale zekerheid voor werknemers en zelfstandigen moeten de toename van de begrotingsuitgaven voor de verplichte ziekteverzekering sinds 2008 enkel nog financieren ten belope van de stijging van de ontvangsten uit socialezekerheidsbijdragen. Door een overdracht van belastingontvangsten (techniek van de alternatieve financiering) moet de federale Staat er dan voor zorgen dat de begroting van de verplichte ziekteverzekering bij de opmaak ervan in evenwicht is. Die nieuwe financieringswijze was een gevolg van het steeds ruimere toepassingsgebied van de verplichte ziekteverzekering – intussen kan nagenoeg de volledige bevolking aanspraak maken op de prestaties – en van de sterk stijgende impact van diverse feitelijke factoren (zoals de vergrijzing) op de uitgavenevolentie.

Over de periode 2008-2011 is de alternatieve financiering gestegen van 633,2 miljoen euro tot 3.205,9 miljoen euro, met een opvallend grote toename voor 2011 ten opzichte van 2010 (1.953,6 miljoen euro of + 64,1 %).

2.3 Conclusie

De budgettaire ruimte die door toepassing van het wettelijke instrument van de groeimarge wordt vrijgemaakt, moet ook volgens een strak omschreven wettelijk scenario worden ingevuld. Dat scenario werd met het begrotingsbesluit van 17 september 2005 verder verfijnd en blijkt in de praktijk ook vrij stipt te worden gevolgd. Intussen wordt echter op het niveau van de regering en aan de hand van informele bilaterale contacten met de betrokken belangen- en beroepsgroepen opnieuw bepaald hoeveel de beschikbare ruimte effectief zal bedragen (door overdrachten) en hoe die ruimte met concrete maatregelen zal worden ingevuld (door besparingen en nieuwe initiatieven). Die beslissingen moeten dan wel nog door de overlegorganen van het RIZIV worden geformaliseerd.

Hoofdstuk 3

Opvolging van de uitgaven

Een beleid van uitgavenbeheersing moet in de eerste plaats kunnen steunen op voldoende actuele en betrouwbare gegevens over de evolutie van de uitgaven. In de verplichte ziekteverzekering doorloopt het uitgavenproces echter verschillende fasen:

- de datum van het verstrekken van de geneeskundige prestatie;
- de datum van het indienen van het getuigschrift of de factuur voor de geneeskundige verstrekking bij het ziekenfonds, ofwel door de rechthebbende, ofwel door de zorgverlener of het ziekenhuis bij prestaties onder de zogenaamde derdebetalersregeling;
- de datum van het valideren en het inboeken van het getuigschrift of de factuur bij het ziekenfonds;
- de datum van het (terug)betalen van de geneeskundige verstrekking door het ziekenfonds.

Bij het bepalen of bij het vergelijken van de omvang van de uitgaven over een bepaalde periode zal het resultaat bijgevolg verschillen naargelang van de fase van het uitgavenproces die daarvoor in aanmerking wordt genomen. Daarom richt dit hoofdstuk zich specifiek op de verschillende gegevensstromen over de uitgaven en de gevolgen daarvan voor de raming en de opvolging van de begroting.

3.1 Nodige afweging tussen snelheid en zekerheid

Het meest logisch lijkt om de evolutie van de uitgaven op te volgen aan de hand van de geneeskundige prestaties die in een bepaalde periode zijn verstrekt. Dat vermijdt dat toevallige of externe omstandigheden waardoor een geleverde prestatie op een bepaald tijdstip wordt gefactureerd, ingeboekt of betaald, beslissend zouden zijn om een uitgave al dan niet op een bepaalde periode aan te rekenen. Deze “werkelijke uitgaven” zijn echter slechts laat met volledige zekerheid bekend: de rechthebbende mag immers het getuigschrift van de uitgave tot twee jaar na de datum van de verstrekte prestatie indienen (artikel 174 Ziekteverzekeringswet)³⁰.

Het tegenovergestelde geldt indien de uitgavenevolucie wordt opgevolgd aan de hand van de betalingen die in een bepaalde periode zijn verricht. Die gegevens zijn immers wel snel beschikbaar, maar ze geven slechts een indicatief resultaat. Als betalingen immers met enkele dagen worden vervroegd of uitgesteld in vergelijking met de betalingstermijnen in een vorige periode, dan leidt dit op zich al tot een stijging of daling van de uitgaven, zonder dat er daarom noodzakelijkerwijze ook sprake is van een toename of afname van de verstrekte prestaties. De betaalgegevens zijn trouwens nog te rudimentair om er de oorzaken van een stijging of daling van de uitgaven uit af te leiden.

³⁰ In veruit de meeste gevallen gebeurt die aangifte binnen zes maanden na de geneeskundige prestatie. Na die termijn kan dus wel al een eerste betrouwbare staat van de werkelijke uitgaven worden opgemaakt.

Tot slot is er nog de fase van het indienen van de facturen³¹ bij de ziekenfondsen en de daaraan gekoppelde inboeking van de uitgaven. Aan de hand van deze "geboekte uitgaven" wordt de begroting geraamd en opgevolgd. Daarmee is dus gekozen voor een tussenweg tussen de snelle beschikbaarheid van de betaalde uitgaven enerzijds en de zekerheid van de werkelijke uitgaven anderzijds.

De geboekte uitgaven zijn in principe drie maanden na de indiening van een factuur op het ziekenfonds bij het RIZIV bekend, en bieden als voordeel dat het ziekenfonds ondertussen al de juistheid van de ingediende uitgaven heeft geverifieerd en dat de omvang ervan niet wordt beïnvloed door mogelijke schommelingen in het ritme van de daarop volgende betalingen.

Toelichting

De procedure waarmee de ziekenfondsen de facturen voor geneeskundige verstrekkingen verwerken, verloopt in essentie als volgt.

- Eerst worden de ingediende facturen op datum van ontvangst geregistreerd. Bij elektronisch ingediende facturatiebestanden gebeuren daarbij ook automatische controles op de juiste opmaak ervan. Gegevens over de (correct) ingediende facturen in het systeem van de derde betalende worden aan het RIZIV toegestuurd op het einde van de daaropvolgende maand.
- Vervolgens worden de reglementaire voorwaarden voor de (terug)betaling geverifieerd, zowel wat betreft de rechthebbende en de zorgverlener als wat betreft de juiste vergoeding van de prestatie. Facturen die juist zijn bevonden, worden geboekt op de uitgavenstaat van de maand waarin de ontvangst van de factuur werd geregistreerd. Die maandelijkse uitgavenstaten worden bij het RIZIV ingediend op het eind van de derde maand na de maand waarop ze betrekking hebben.
- Tot slot worden de geverifieerde en ingeboekte facturen uitbetaald. Die betaling moet gebeuren binnen twee maanden na de maand waarin de (regelmatig opgestelde) factuur werd ontvangen. De ziekenfondsen moeten de gegevens over hun thesaurieverrichtingen voor de verplichte ziekteverzekering maandelijks naar het RIZIV doorsturen.

Het nadeel blijft echter dat de omvang van de uitgaven over een bepaalde periode mee wordt beïnvloed door het facturatie- en boekingsritme bij ziekenhuizen, zorgverleners en ziekenfondsen. Louter het feit dat dit ritme hoger of lager ligt in vergelijking met een voorgaande periode doet immers de omvang van de geboekte uitgaven toenemen of afnemen, terwijl die evolutie zich ondertussen mogelijk niet of zelfs in omgekeerde zin voordoet op het niveau van de verrichte prestaties en de daaraan verbonden werkelijke uitgaven.

Maatregelen die worden genomen op basis van een evolutie in de geboekte uitgaven houden daardoor het risico in dat ze door schommelingen in het facturatie- of boekingsritme zowel te vroeg als te laat kunnen komen, of dat ze naderhand ontoereikend of integendeel onnodig blijken te zijn. In het verleden was die onzekerheid vaak een argument om beslissingen uit te stellen tot het ogenblik waarop gegevens over de werkelijke uitgaven beschikbaar waren.

In theorie zou de betrouwbaarheid van de geboekte uitgaven nochtans vrij eenvoudig kunnen worden verhoogd door meer waarborgen in te bouwen voor een grotere regelmaat in het facturatie- en boekingsproces bij de ziekenhuizen, zorgverleners en ziekenfondsen. In de praktijk moet echter worden afgewogen of de

³¹ Met "facturen" wordt hier bedoeld: facturen (bv. van de ziekenhuizen, de instellingen voor residentiële zorg of voor de door apothekers afgeleverde geneesmiddelen) en de getuigschriften voor verstrekte hulp van de zorgverleners (die door henzelf of door de leden worden ingediend).

diverse implicaties van een dergelijk ingrijpen nog wel in verhouding staan tot het toegevoegde nut ervan, met name een betere bruikbaarheid van de geboekte uitgaven voor de raming en opvolging van de begroting.

Bij de vorige audit bleken op dat vlak al verscheidene voorstellen en denkpistes te bestaan die nog wel concreet moesten worden uitgewerkt. In punt 3.2 en 3.3 wordt daarvan de stand van zaken geëvalueerd.

3.2 Aanzet tot een meer regelmatig facturatie ritme

De ziekenhuizen en zorgverleners die werken in het systeem van de derde betalende, hebben er uiteraard zelf alle belang bij hun facturen zo snel mogelijk na de datum van de geneeskundige prestatie op te maken en in te dienen. De reglementering legt hen trouwens op om dat in elk geval te doen binnen twee maanden volgend op het einde van de maand waarin de verstrekking werd verleend³².

De snelheid en de regelmaat van de facturatie kan echter gemakkelijk door diverse factoren worden verstoord, zoals door een laattijdig aangekondigde of fout geïnterpreteerde wijziging van de tarificatieregels, of door organisatorische problemen na een administratieve reorganisatie in een ziekenhuis.

Als door dergelijke factoren meer tijd verloopt tussen de datum van de geneeskundige verstrekking en de datum van de facturatie, kan een sterke stijging van de werkelijke uitgaventrend onopgemerkt blijven. Als de doorlooptijd daarentegen afneemt, bijvoorbeeld bij de overstap naar een efficiënter informaticasysteem, dan kunnen gedurende een bepaalde periode meer uitgaven worden gefactureerd en kan hierdoor zelfs sprake zijn van dreigende budgetoverschrijdingen zonder dat de werkelijke uitgaventrend is gestegen.

Voorbeeld

Dat schommelingen in het facturatie ritme een grote impact kunnen hebben, wordt met volgende hypothese uit een werknota van het RIZIV duidelijk geïllustreerd. "Stel dat er in België 75.000 zorgverleners zijn. Het is mogelijk dat zij in januari van het jaar t 70.000 facturatiebestanden indienen bij de ziekenfondsen (vertraging in facturatie bij 5.000 zorgverleners) en in januari van het jaar $t+1$ 80.000 facturatiebestanden (versnelling in facturatie bij 5.000 zorgverleners). Als elke zorgverlener dan elke maand hetzelfde bedrag factureert (en de ziekenfondsen correct de definitie van de boekingsmaand toepassen), dan stijgen de uitgaven in het jaar $t+1$ met 14,3% ($=80.000/70.000$) hoewel deze stijging met geen werkelijke uitgaventrend overeenstemt."

Externe factoren sluiten nochtans niet uit om aan de hand van stimuli tot een grotere regelmaat in het facturatie ritme aan te zetten. Die stimuli kunnen zowel positief als negatief zijn. Voorbeelden zijn het verkorten van de termijnen voor de indiening en de verjaring van de facturen, het verstrakken van de controle op de facturatie³³, of zelfs het verlenen van een financiële tegemoetkoming in de administratiekosten als de voorwaarden van een tijdige en regelmatige facturatie zijn vervuld³⁴.

³² Koninklijk besluit van 19 mei 1995 tot uitvoering van de artikelen 53 en 168 van de Ziekteverzekeringswet. In geval van trimestriële facturatie, zoals bij rust- en verzorgingstehuizen, loopt de indieningstermijn van twee maanden vanaf het einde van het kwartaal waarop de factuur betrekking heeft.

³³ Bv. door de controle op de facturatie van de ziekenhuizen zoals aangestuurd door de FOD Volksgezondheid beter af te stemmen op de bevindingen van het RIZIV inzake de regelmaat van die facturatie (zie daarover meer in detail het auditrapport van 2006, p. 55-57).

³⁴ Bv. door de betaling van de component 'werkingskosten' in het budget van financiële middelen voor ziekenhuizen mee afhankelijk te maken van de naleving van criteria voor een tijdige en kwaliteitsvolle facturatie, naar analogie van de regeling die geldt voor de boeking van uitgaven door de ziekenfondsen (zie daarover punt 3.3).

De voorbije jaren werd echter prioriteit gegeven aan een indirecte maar meer fundamentele oplossing. De facturatie werd in zijn geheel benaderd en procesmatig verbeterd door stelselmatig een geïnformateerde uitwisseling uit te bouwen van de wettelijk voorgeschreven documenten en van de facturatiebestanden tussen de ziekenhuizen of zorgverleners³⁵ aan de ene kant, en de ziekenfondsen aan de andere kant (project CareNet en MyCareNet). Het behoort expliciet tot de doelstellingen van het project om te komen “tot een beduidende vermindering van het aantal verworpen facturen”³⁶.

De automatische controlemechanismen en de eenvormigheid van de geïnformateerde systemen zouden inderdaad – zeker op termijn – niet alleen moeten bijdragen tot een snelle maar ook foutloze (en in die optiek ook meer regelmatige) indiening van de facturatiebestanden³⁷. De volledige implementatie van een dergelijke nieuwe werkwijze vergt echter een lange doorlooptijd. Het Rekenhof constateerde alvast dat de noodzakelijke verdere uitbouw van het project – zowel in de breedte (meer sectoren) als in de diepte (meer functionaliteiten) – nog steeds als een prioriteit wordt beschouwd³⁸.

Ondertussen blijkt wel dat schommelingen in het facturatie ritme in de loop van 2010 nog meermaals als argument werden aangehaald om een over- of onderschrijding van een partiële begrotingsdoelstelling te verklaren (onder meer bij een vastgesteld risico op een beduidende overschrijding van de uitgaven voor het militair hospitaal, of bij het verklaren van de onderbenutting van de fondsen voor klinische biologie of voor medische beeldvorming in geval van ziekenhuisopname).

Het Rekenhof trad in het vorige verslag ook het voorstel bij van de Controledienst voor de Ziekenfondsen om de verzenddatum van de facturen in het systeem van de derde betalende te laten certificeren. Dat zou helpen te vermijden dat facturen van eenzelfde zorgverlener, aan verschillende ziekenfondsen op eenzelfde dag aan het einde van een maand, trimester of boekjaar verstuurd, op verschillende periodes boekhoudkundig worden aangerekend.

Dat voorstel werd inmiddels zonder voorwerp. De nodige homogeniteit bij de boeking werd immers hersteld door niet langer te steunen op de datum van verzending van de facturen maar op de datum van ontvangst ervan bij de ziekenfondsen, en daar tegelijk uitgebreide controles van de bedrijfsrevisoren aan te koppelen, gebaseerd op onderrichtingen van de Controledienst voor de Ziekenfondsen (zie ook de toelichting in het volgende punt).

3.3 Aanzet tot een meer regelmatig boekingsritme

De ziekenfondsen zijn onderworpen aan strikte regels voor de inboeking van uitgaven en de doorstroming van die gegevens naar het RIZIV. Ze worden bovendien via de vergoeding van hun administratiekosten aangemoedigd die regels correct na te leven.

³⁵ Tot 2009 nog beperkt tot de sector thuisverpleging, maar op het vlak van facturatie onder meer ook al concreet gepland voor artsen en rusthuizen.

³⁶ Zie ook de voorstelling van het project op www.carenet.be.

³⁷ Er moet worden voorkomen dat de voordelen van die nieuwe werkwijze teniet worden gedaan door nieuwe procedures of het verzwaren van bestaande procedures. Die negatieve effecten moeten worden beperkt tot de overgangperiode die nodig is om zich vertrouwd te met die werkwijze.

³⁸ De verdere realisatie van het project is als verbintenis opgenomen in artikel 23 van de bestuurs-overeenkomst 2010-2012 tussen de Staat en het RIZIV.

Toelichting

- Het correct toepassen van de boekingsregels door de ziekenfondsen wordt beoordeeld bij de controle op hun beheersprestaties. Die controle wordt uitgevoerd door bedrijfsrevisoren, gebaseerd op onderrichtingen van de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

De Controledienst schrijft bijvoorbeeld voor hoe de bedrijfsrevisoren verslag moeten uitbrengen over de procedures die ziekenfondsen toepassen bij de inboeking van facturen en bij de toewijzing van een uitgave aan een bepaalde boekingsmaand³⁹. De revisoren moeten onder meer aangeven in hoeverre aan volgende principes is voldaan:

- het bestaan van een procedure die het mogelijk maakt de juistheid van de ontvangstdatum van de facturen (op papier en via elektronische of magnetische drager) na te gaan;
- het van dag op dag inschrijven van de papieren facturen en de elektronische of magnetische dragers in het factuurboek;
- het bestaan van een procedure waardoor elke binnenkomende factuur, verzendingsborderel of schermafdruk (systeem Carenet) de ontvangstdatum vermeldt (datumstempel of datum vastgesteld door het systeem Carenet).

De controle op de beheersprestaties van de ziekenfondsen heeft naast de correcte aanrekening van de uitgaven (geen onterechte verschuivingen naar een andere maand van hetzelfde boekjaar of naar een ander boekjaar) nog betrekking op negen andere criteria, zoals het tijdig en volledig toesturen van administratieve, boekhoudkundige, financiële en statistische gegevens aan het RIZIV, en de verwezenlijkte inspanningen om de gezondheidsopvoeding te bevorderen en minder dure geneeskundige verzorgingsformules te gebruiken.

- De vergoeding van de administratiekosten van de ziekenfondsen hangt voor 10% af van de resultaten van de controle op de beheersprestaties (artikel 195, § 1, 2°, Ziekteverzekeringswet). Voor het laatst afgerekende jaar (2009) bedroeg dat variabele deel 100,1 miljoen euro voor alle ziekenfondsen samen.
- Naast de bedrijfsrevisoren bij de ziekenfondsen evalueert ook het RIZIV de ingediende uitgavenstaten: per ziekenfonds worden de geboekte uitgaven van een bepaalde maand vergeleken met de uitgaven voor dezelfde maand in het voorgaande jaar. Grote verschillen zijn dan een indicator voor boekingsproblemen, hoewel ze toch meestal het gevolg blijken te zijn van een gewijzigd uitgavenpatroon of facturatie ritme.

Uit wettelijk oogpunt zijn bijgevolg de nodige voorwaarden vervuld om een regelmatige gegevensverstrekking en boeking van de uitgaven te helpen waarborgen. Overigens kan geen enkele maatregel uitsluiten dat het boekingsritme van de ziekenfondsen toch nog door allerhande toevallige factoren wordt verstoord, zoals door een informaticatechnisch probleem bij de boekhoudkundige registratie.

Verscheidene specifieke tekortkomingen op het vlak van de concrete uitvoering van de reglementering – zoals opgemerkt in de vorige audit – werden intussen aangepakt⁴⁰. Als het RIZIV bijvoorbeeld problemen ervaart bij het verzamelen van gegevens bij een ziekenfonds, werd dit vroeger onvoldoende of laattijdig aan de Controledienst gemeld (die met die informatie zijn controles immers op een meer

³⁹ Zie onder meer omzendbrieven van de Controledienst voor de Ziekenfondsen van 27 en 28 oktober 2009.

⁴⁰ De verbeteringen zijn het resultaat van bijkomende onderrichtingen van de Controledienst van de Ziekenfondsen en van een aangepaste procedure voor de evaluatie van de beheersprestaties (koninklijk besluit van 21 december 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten).

gerichte manier had kunnen organiseren en uitvoeren). De voorbereidende teksten voor de bestuursovereenkomst 2010-2012 stellen daarover dat het RIZIV inmiddels heeft gezorgd voor een geïntensifieerd overleg en een tijdige uitwisseling van bevindingen met de Controledienst voor de Ziekenfondsen, en dat alles wordt opgevolgd in een boordtabel.

Niettemin is het opvallend dat alle ziekenfondsen voor vrijwel alle evaluatiecriteria jaar na jaar bijzonder hoge scores behalen. Voor de twee laatst afgerekende jaren (2008 en 2009) werd hen gezamenlijk gemiddeld 96,5% van het variabele deel van 10% van de administratiekosten toegekend⁴¹. Er wordt echter erkend dat er nood is aan een beter systeem van financiële stimuli voor een zorgvuldig administratief beheer door de ziekenfondsen. In de toelichting bij artikel 44 van de bestuursovereenkomst 2010-2012 tussen de Staat en het RIZIV wordt daarover expliciet gesteld dat er "*onvoldoende impact is op het goed functioneren*". Daarom werd de verbintenis aangegaan tegen eind 2011 voorstellen uit te werken voor een meer performante evaluatie van de beheersprestaties van de ziekenfondsen.

3.4 Inperking van de gevolgen

De onzekere overeenstemming tussen de geboekte en de werkelijke uitgaven werd niet alleen aangepakt op het vlak van de oorzaken (door aan te zetten tot een meer regelmatig facturatie- en boekingsritme), maar ook op het vlak van de gevolgen:

- Binnen de globale begrotingsdoelstelling werd een stabiliteitsprovisie aangelegd (voor 2010 en 2011: 49,7 miljoen euro). Ze vormt een soort buffer die kan worden aangesproken als in de loop van het jaar zou blijken dat de uitgaven hoger liggen dan geraamd, ook als dat specifiek te wijten is aan het feit dat de raming steunde op gegevens over de geboekte uitgaven die waren vertekend door schommelingen in het facturatie- of boekingsritme⁴².
- De gegevensstromen over de verschillende soorten uitgaven (werkelijke uitgaven, gefactureerde uitgaven, geboekte uitgaven, betaalde uitgaven) zijn beter op elkaar afgestemd: de opmaak van die bestanden werd herwerkt zodat evoluties binnen de ene categorie uitgaven beter geschikt zijn om evoluties binnen een andere categorie te helpen duiden en om de onderlinge consistentie ervan te beoordelen. Het RIZIV nam ook diverse initiatieven om over deze veeleer technische kwesties op een toegankelijke manier te rapporteren aan de overlegorganen.
- Er werd onderzocht of het mogelijk en nuttig was de evolutie van de geboekte uitgaven te helpen verklaren aan de hand van evoluties die blijken uit andere (externe) gegevensbestanden, zodat met grotere zekerheid kon worden bepaald in welke mate een stijging of daling van de geboekte uitgaven een betrouwbare voorafbeelding is van wijzigingen in het werkelijke uitgavenpatroon (waarvan de resultaten immers pas laat beschikbaar zijn, zie 3.1).

⁴¹ Voor het boekjaar 2008 betrof het 91,07 miljoen euro van een maximaal toe te kennen bedrag van 94,51 miljoen euro (96,4%), voor het boekjaar 2009 was die verhouding 96,64 miljoen euro op 100,06 miljoen euro (96,6%).

⁴² Precies om die reden had de Commissie voor Begrotingscontrole er bij de begrotingsopmaak voor 2008 en 2009 op aangedrongen een voldoende hoge stabiliteitsprovisie uit te trekken.

Dat onderzoek was geïnspireerd op een reeds succesvol toegepaste praktijk om wijzigingen in de geboekte uitgaven voor terugbetaalbare geneesmiddelen te vergelijken met wijzigingen in de verkoopcijfers van de farmaceutische industrie en gegevens over geneesmiddelen afgeleverd door apotheken en in ziekenhuizen. De koppeling van die gegevensbestanden had er immers toe geleid dat de geneesmiddelenindustrie de gebruikte gegevens voor de opmaak en opvolging van de begroting veel minder contesteerde dan vroeger.

Het concrete resultaat van het nieuwe onderzoek is dat er bij de rapportering over de evolutie van de maandelijkse uitgaven voortaan ook een koppeling wordt gemaakt met de evolutie van het aantal leden van de ziekenfondsen en met de evolutie van het aantal geboorten zoals meegedeeld door het Rijksregister.

Toelichting

Een wijziging in het ledental van een ziekenfonds gaat normaal ook gepaard met een stijging of daling van de uitgaven van dat ziekenfonds. Door de uitgaven van de betrokken maand over een tijdspanne van vier jaar eerst op te delen per ziekenfonds en daarna te vergelijken met het ledental dat het ziekenfonds op dat ogenblik had, kan worden onderzocht of de resultaten hiervan consistent zijn dan wel een mogelijk probleem bij de boeking van de uitgaven aangeven.

Een wijziging in de (snel beschikbare) geboortecijfers wordt na enige tijd weerspiegeld in het aantal bevallingen waarvoor uitgaven moeten worden geboekt. Als die correlatie in een bepaalde maand of periode afwijkt van het te verwachten patroon, dan kan dit wijzen op een ander facturatie- of boekingsritme dat normaal ook zal gelden voor de totaliteit van de geboekte uitgaven.

Vanzelfsprekend gaat het in beide gevallen enkel om indicatoren: ze vormen geen bewijs dat er ook effectief een probleem met het boekings- of facturatie-ritme is. Niettemin blijft dit toch waardevolle bijkomende informatie die vroeger ontbrak om de betrouwbaarheid van evoluties in de geboekte uitgaven te helpen ondersteunen en duiden.

3.5 Conclusie

In de verplichte ziekteverzekering is geen enkele gegevensstroom optimaal geschikt om er de raming en opvolging van de begroting op te steunen. De keuze om uit te gaan van de geboekte uitgaven bij de ziekenfondsen, is dan ook te beschouwen als een tussenweg. In vergelijking met de snel beschikbare maar onvoldoende richtinggevende betaalde uitgaven enerzijds, en de laat bekende zekerheid over de evolutie van de werkelijke uitgaven anderzijds, zijn bij de geboekte uitgaven de voor- en nadelen van beide andere gegevensstromen zo goed mogelijk verzoend.

Bij de geboekte uitgaven blijft wel onzekerheid bestaan in hoeverre de omvang ervan is beïnvloed door schommelingen in het facturatie- en boekingsritme bij de ziekenhuizen, zorgverleners en ziekenfondsen. De voorbije jaren is er echter naar gestreefd dat nadeel zo goed en evenwichtig mogelijk te ondervangen, hoofdzakelijk aan de hand van nieuwe onderrichtingen van de Controledienst voor de ziekenfondsen en door de uitbouw van een geïnformatiseerde uitwisseling van gegevens- en facturatiebestanden. De (uniforme) implementatie van die initiatieven zal bepalend zijn voor hun effectieve impact. Inmiddels is wel al concrete vooruitgang gerealiseerd door een ander initiatief van het RIZIV om de verschillende gegevensstromen over de uitgaven beter op elkaar af te stemmen, en om in de verslaggeving indicatoren aan te reiken waarmee schommelingen in het uitgavenpatroon mee kunnen worden verklaard.

Hoofdstuk 4

Bijsturing van de begroting

Bij de uitvoering van de begroting voor de verplichte ziekteverzekering bestaat er als dusdanig geen rem die verhindert dat de wettelijke groeimarge wordt overschreden. Het komt er derhalve op aan door middel van een nauwgezette opvolging en een gedegen rapportering een (dreigende) overschrijding van de begrotingsdoelstellingen tijdig vast te stellen en vooral ook bij te sturen.

Dat laatste blijkt in de praktijk echter nauwelijks te gebeuren. De vorige audit toonde aan dat de meeste sectoren van geneeskundige verzorging in de periode 1999-2004 hun partiële begrotingsdoelstelling (soms substantieel) overschreden, in totaal voor een bedrag van 2,28 miljard euro, maar dat daartegen zelden werd opgetreden. De daaropvolgende jaren werden dergelijke ingrepen evenmin noodzakelijk geacht, maar dan in een context waarbij de uitgaven globaal genomen telkens onder de globale begrotingsdoelstelling bleven.

4.1 Nodige aanpassing van de knipperlichtenprocedure

Gedurende 25 jaar regelde een gedetailleerd uitgewerkte knipperlichtenprocedure hoe de uitvoering van de begroting moest worden opgevolgd. Die procedure kwam erop neer dat de Commissie voor Begrotingscontrole trimestrieel voor alle sectoren van de gezondheidszorg de uitgavenevolutive vergeleek met het normaal te verwachten uitgavenpatroon. Als ze een risico op een beduidende budgetoverschrijding vaststelde, verstreekte ze advies over de opportuniteit om aan de betrokken sector besparingen op te leggen.

Samen met de administratie stelde het Rekenhof echter vast dat de knipperlichtenprocedure door een combinatie van factoren onvoldoende werkte⁴³, ook al was meermaals gepoogd om ze aan de hand van enkele specifieke aanpassingen te verbeteren:

- De voorgeschreven trimestriële evaluatie van de uitgavenevolutive gebeurde soms niet of pas laattijdig.
- De marges om een risico op een beduidende budgetoverschrijding te bepalen werden voortdurend ter discussie gesteld.
- De verantwoordelijkheid voor een corrigerend optreden werd al te gemakkelijk doorgeschoven naar de regering: de Commissie voor Begrotingscontrole talmde met het verstrekken van adviezen, en de overeenkomsten- en akkoordcommissies, de Algemene Raad en het Verzekeringscomité lieten na om bij budgetoverschrijdingen zelf het initiatief te nemen om de uitgaven te beperken.
- Twijfel over de juistheid of volledigheid van de cijfers over de uitgavenevolutive leidde ertoe dat beslissingen werden uitgesteld en uiteindelijk nutteloos werden doordat het begrotingsjaar ondertussen (grotendeels) was verstreken.
- Te omslachtige en soms onaangepaste procedurele voorschriften vormden een obstakel voor een effectieve implementatie van correctiemaatregelen.

⁴³ Zie voor de gedetailleerde analyse het auditrapport van 2006, p. 30-37.

Om die situatie te verhelpen, werden de regels over de opvolging van de uitgaven in het begrotingsbesluit van 17 september 2005 herwerkt. De bestaande vormvoorschriften werden vereenvoudigd en inhoudelijk verschoof de klemtoon naar een “permanente audit” van de uitgaven met een bredere informatiedoorstroming vanuit het RIZIV. Het doel was de verantwoordelijkheid van de actoren te verhogen en meer concreet afgewogen maatregelen mogelijk te maken.

Bij dat beoogde effect maakte het Rekenhof al in zijn audit van 2006 voorbehoud⁴⁴. De meeste wijzigingen in de reglementering kwamen immers neer op het expliciet en gedetailleerd formuleren van taken die eigenlijk ook vroeger al tot de hoofdopdracht van de betrokken overlegorganen mochten worden gerekend.

De overlegorganen hadden met andere woorden ook binnen de bestaande wetgeving al zelf het initiatief kunnen nemen om de opvolging van de begroting op procedureel en organisatorisch vlak bij te sturen in de zin van de vaak evidente aanpassingen die nu formeel moesten worden opgelegd. Het Rekenhof beklemtoonde dan ook dat de effectiviteit van de nieuwe reglementering in eerste instantie zou afhangen van de wil van de betrokken actoren om de uitgaven te laten evolueren binnen het vooropgestelde budgettaire kader.

In de huidige audit kon nog niet worden geëvalueerd in hoeverre het begrotingsbesluit van 17 september 2005 daadwerkelijk resulteerde in een grotere responsabilisering van de actoren: de voorbije vijf jaar was in de verplichte ziekteverzekering immers geen sprake meer van preciaire budgettaire omstandigheden die een voortdurende bijsturing van de lopende begroting noodzaakten.

Toch blijft de vaststelling dat het ook met de gewijzigde voorschriften uiterst moeilijk blijft om de uitvoering van een begroting tijdig en gericht bij te sturen. Enerzijds is dat toe te schrijven aan de manier waarop de begroting wordt opgevolgd (punten 4.2 en 4.3), en anderzijds aan het feit dat het opleggen van bijkomende besparingsmaatregelen de lopende overeenkomsten of akkoorden doorkruist (punt 4.4).

4.2 Tussentijdse evaluaties

Het RIZIV maakt in de loop van het begrotingsjaar rapporten op waarin de thesaurievooruitzichten en de evolutie van de geboekte uitgaven op maandbasis worden geëvalueerd. Daarbij worden ook de verschillende gegevensstromen over de uitgaven met elkaar vergeleken (zie hoofdstuk 3). Vanuit die optiek mag dan ook worden gesteld dat de uitvoering van de begroting nauwgezet wordt opgevolgd.

Zonder afbreuk te doen aan de intrinsieke waarde van die periodieke rapporten, moet worden vastgesteld dat de overlegorganen er in de regel gewoon akte van nemen en slechts uitzonderlijk een of ander specifiek aspect kort bespreken. Daarenboven wordt de behandeling van de rapporten vaak uitgesteld, wat uiteraard meteen afbreuk doet aan hun actualiteitswaarde. In hetzelfde verband blijkt dat de Commissie voor Begrotingscontrole de rapporten regelmatig pas agendeert nadat ze al aan bod kwamen op vergaderingen van het Verzekeringscomité of de Algemene Raad, terwijl die volgorde omgekeerd zou moeten zijn. Bij de beoordeling van de uitgavenevoluitie heeft de Commissie immers bij uitstek een signaalfunctie ten aanzien van de andere overlegorganen.

⁴⁴ Zie het auditrapport van 2006, p. 36-37 en 52.

Vanuit hun draagwijdte hebben de maandelijkse rapporten echter onvermijdelijk louter een informatieve waarde. De gegevens over de uitgavenevolutive tijdens de eerste maanden van het begrotingsjaar zijn immers nog weinig richtinggevend en de beslissende gegevens – de geboekte uitgaven – zijn pas beschikbaar vanaf het einde van de derde maand na de maand waarop ze betrekking hebben. In de praktijk zijn er dus pas ten vroegste vanaf de periode augustus-september voldoende aanduidingen voorhanden over mogelijke overschrijdingen van partiële begrotingsdoelstellingen.

Uiteraard is het op dat ogenblik al laat om nog correcties te kunnen doorvoeren waarmee de totale jaaruitgaven binnen de perken van de begrotingsdoelstelling zouden blijven, zeker omdat die maatregelen dan nog concreet moeten worden uitgewerkt (zie 4.4). Daarenboven wordt in dezelfde periode (augustus-oktober) de begroting voor het volgende jaar opgemaakt, zodat het eenvoudiger is de beslissing over eventueel vereiste correcties onmiddellijk mee te integreren in de maatregelen voor het volgende begrotingsjaar die in het licht van de technische ramingen en de budgettaire groeimarge mogelijk of noodzakelijk zijn.

4.3 Permanente audit

Om de intrinsieke nadelen van de tussentijdse evaluaties te helpen ondervangen, bepaalde het begrotingsbesluit van 17 september 2005 dat het RIZIV de uitgavenevolutive voortaan zou onderwerpen aan een “permanente audit”. Door de onderliggende factoren voor de toename van de uitgaven per sector en op langere termijn te analyseren, zou een betere basis ontstaan om de begroting te onderbouwen en desnoods met gerichte maatregelen bij te sturen. In elk geval moet regelmatig verslag worden uitgebracht over de stand van zaken bij de uitvoering van nieuwe initiatieven en besparingsmaatregelen.

Bij de invoering van het systeem was gepland om over de bevindingen van de permanente audit trimestrieel te rapporteren, maar die frequentie is wegens de belasting voor de administratieve diensten vanaf de uitgaven voor het eerste semester 2007 teruggebracht tot een verslag per semester⁴⁵.

Daarnaast wordt nog gezocht naar een manier waarop het best aan de overlegorganen kan worden gerapporteerd. De verslagen zijn aan de ene kant te omvangrijk (750 tot 1000 pagina's) om een globale behandeling door de Algemene Raad of het Verzekeringscomité mogelijk te maken, maar bieden aan de andere kant de vereiste gedetailleerde analyses om concreet nut te hebben voor de uitwerking van voorstellen door de Commissie voor Begrotingscontrole en de verschillende overeenkomsten- en akkoordencommissies.

De permanente audit betekent op zich een belangrijke vooruitgang. De kwaliteit van de analyses blijkt trouwens uit het feit dat de overeenkomsten- en akkoordencommissies ze gebruiken om mogelijke besparingsmaatregelen in hun sector uit te werken⁴⁶. Het is echter nog onvoldoende duidelijk hoe de auditrapporten kunnen of moeten worden gebruikt om maatregelen te nemen bij de opmaak of de uitvoering van de begroting, bijvoorbeeld als wordt vastgesteld dat een sector dreigt te worden geconfronteerd met een substantiële overschrijding van zijn

⁴⁵ Het RIZIV stelde in dat verband dat de verslagen over het eerste en derde trimester, gelet op het ogenblik waarop ze verschijnen, weinig geschikt zijn om invloed te hebben op de beheersing van de uitgaven.

⁴⁶ Bv. de besparingen bij de geneesheren (urgentiegeneseskunde) die de minister van Sociale Zaken en het RIZIV aanhalen in hun antwoord.

begrotingsdoelstelling. Nochtans was dat de reden om het systeem van de permanente audit in te voeren en bestond vroeger wel een uitgebreid geregelde (knipperlichten)procedure⁴⁷. Er wordt wel gepreciseerd dat de rol van de auditrapporten als instrument voor uitgavenbeheersing de voorbije jaren onderbelicht bleef, omdat de uitgavenevoluitie geen aanleiding gaf tot een dringende bijsturingen tijdens het jaar. Die vaststelling wordt ook weerspiegeld in de houding van de overlegorganen: de behandeling van de verslagen werd gaandeweg steeds minder prioritair.

4.4 Correctiemechanismen

Om de begrotingsdoelstellingen te kunnen respecteren, is het niet alleen belangrijk dat risico's op een budgetoverschrijding snel worden vastgesteld en geanalyseerd, maar ook dat op dat ogenblik de nodige instrumenten voorhanden zijn om snel in te grijpen.

Dat evidente principe is ook in de wetgeving vervat: per sector moet elk akkoord of elke overeenkomst correctiemechanismen bevatten die kunnen worden toegepast zodra een partiële begrotingsdoelstelling wordt overschreden of dreigt te worden overschreden (artikel 51, §2, Ziekteverzekeringwet). Die correctiemechanismen kunnen dan bestaan uit aanpassingen van honoraria, tarieven of prijzen, uit wijzigingen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen of uit nieuwe technieken om de verstrekkingen te financieren, maar ook uit regels om het volume aan verstrekkingen binnen de normen te houden die in de overeenkomst of het akkoord zijn opgenomen.

In vergelijking met de vorige audit blijkt weinig te zijn gewijzigd. Meestal ontbreken clausules met concreet uitgewerkte correctiemechanismen. Het Verzekeringscomité of de Algemene Raad treden daar niet tegen op bij de goedkeuring van de overeenkomsten of akkoorden, en de sectoren nemen zelf weinig of geen initiatief voor corrigerend optreden bij (dreigende) budgetoverschrijdingen.

Voorbeelden

In het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 zijn volgende maatregelen vastgelegd, die bezwaarlijk als een praktisch hanteerbaar correctiemechanisme kunnen worden beschouwd om in te gaan tegen een dreigende budgetoverschrijding:

- *“de voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgerichter voorschrijfgedrag”;*
- *“aanpassing van de vergoedingsmechanismen in geval van duidelijk omschreven verstrekkingen waarvan precies en op grond van objectieve analyses zou zijn bewezen dat ze onrechtmatig en op een onverantwoorde manier worden gebruikt”;*
- *“bevorderen van een verantwoorde vraag naar en een verantwoord gebruik van de geneeskundige verstrekkingen door de voorlichting, de sturing en een evenwichtige dekking door de verzekering van de verstrekkingen die worden uitgevoerd bij de ambulante en de in een ziekenhuis opgenomen patiënten”.*

Daarnaast voorziet het akkoord in een *“evenredige selectieve vermindering van de honoraria voor bepaalde diagnostische verstrekkingen die nader zullen worden gepreciseerd door de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen op het moment waarop het nodig is correctie maatregelen te nemen”*. Een dergelijke bepaling heeft hier uiteraard geen direct nut.

⁴⁷ De knipperlichtenprocedure staat nog in de wet, maar is door het ruimere concept van de permanente audit in de praktijk van geen tel meer.

Dat laatste wordt ook duidelijk bij vergelijking met de clause in de overeenkomst 2009-2010 tussen de logopedisten en de ziekenfondsen. Die bepaalt wel concreet dat de correctiemaatregelen worden gericht op de verstrekkingen die het meest bijdragen tot een (dreigende) overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling door voor de betrokken honoraria *“de waarden van de vermenigvuldigingsfactor R minstens te verminderen met eenzelfde percentage als dat van de voornoemde overschrijding of het risico daarop, zoals dit blijkt uit de rapporten van de permanente audit van de uitgaven”*.

Bovendien wordt eraan herinnerd dat de regels over het ingrijpen bij een risico op een budgetoverschrijding zijn opgebouwd rond een aanspreekpunt bij het RIZIV: een overeenkomsten- of akkoordencommissie of het college van geneesheren-directeurs van het RIZIV. Dat aanspreekpunt ontbreekt echter bij enkele deelbudgetten (verpleegdagprijs voor ziekenhuizen, geneesmiddelen, en enkele kleinere sectoren) waar zich in het verleden nochtans de meeste en de grootste budgetoverschrijdingen voordeden. Voor die sectoren moeten de overlegorganen of het RIZIV zich dan ook beperken tot het melden van mogelijke budgetoverschrijdingen aan de minister van Sociale Zaken of de minister van Begroting, waarbij ze hoogstens suggesties kunnen formuleren voor een mogelijk ingrijpen.

4.5 Conclusie

De omvang van de begrote uitgaven vergelijken met de maandelijkse evolutie van de geboekte uitgaven is een te enge basis om nog in de loop van het begrotingsjaar correctiemaatregelen op te leggen om de partiële begrotingsdoelstellingen te doen respecteren. Daartoe zijn de resultaten van de vergelijking immers te laat bekend. Dat doet echter geen afbreuk aan de informatieve waarde van tussentijdse evaluaties.

Het veelbelovende alternatief van de permanente audit, die door analyses van onderliggende uitgaventrends intrinsiek een veel beter instrument voor uitgavenbeheersing is, blijkt echter tot nu toe evenmin dat informatieve karakter te zijn ontgroeid. Samen met de invoering van de audit was nochtans in het begrotingsbesluit van 17 september 2005 bepaald dat de minister van Sociale Zaken en de Algemene Raad voortaan op elk ogenblik besparingsmaatregelen kunnen opleggen om de uitvoering van de begroting bij te sturen. Van die regeling blijkt echter onvoldoende dwingende kracht uit te gaan om bij vastgestelde risico's op een budgetoverschrijding concrete verdere stappen te ondernemen.

Bovendien, zoals is vermeld in een evaluatierapport over de nieuwe begrotingsprocedure, kunnen de sectoren de bijkomend opgelegde besparingsmaatregelen beschouwen als een inmenging in lopende overeenkomsten en akkoorden⁴⁸. De sectoren blijven echter zelf in eerste instantie in gebreke door in hun overeenkomsten of akkoorden geen concreet uitgewerkte correctiemaatregelen op te nemen.

Voorvoemde vaststellingen zullen opnieuw tot problemen leiden als de relatief gunstige budgettaire toestand in de verplichte ziekteverzekering omslaat. Daarbij wordt er nogmaals aan herinnerd dat in de periode 1999-2004 nauwelijks werd opgetreden tegen budgetoverschrijdingen die toen opliepen tot 2,28 miljard euro.

⁴⁸ *“Het afdwingen van punctuele correctiemaatregelen in een systeem van tweejarige overeenkomsten en akkoorden blijft moeilijk”* (rapport van het RIZIV van februari 2009 opgesteld in uitvoering van artikel 13 van de bestuursovereenkomst 2006-2008 tussen de Staat en het RIZIV).

Hoofdstuk 5

Boni en mali voor de ziekenfondsen

Sinds 1995 worden de ziekenfondsen met een systeem van boni en mali aangehouden om de uitgaven in de verplichte ziekteverzekering te helpen beheersen. De ziekenfondsen sturen die uitgavenevolutive immers mee aan, zowel globaal als in de relatie tot hun leden:

- op het globale niveau beslissen ze in de overlegorganen mee over de tarieven van de verstrekkingen, de omvang van de budgettaire uitgaven en de nodige correctiemaatregelen;
- in de relatie met hun leden kunnen ze de uitgaven onder meer beïnvloeden door preventiecampagnes of door controles op de rechtmatigheid van de facturen voor geneeskundige verstrekkingen.

Met het systeem van boni en mali, vastgelegd in de artikelen 196 tot 201 van de Ziekteverzekeringswet, wordt elk ziekenfonds verantwoordelijk gesteld voor een deel van de globale begrotingsdoelstelling⁴⁹ (het *begrotingsaandeel*). Dat aandeel wordt bepaald aan de hand van twee verdeelsleutels: 70% volgens het gewicht in de totale uitgaven van alle ziekenfondsen samen en 30% volgens het profiel van de leden (waarbij de gezondheidstoestand, de leeftijd en sociaal-economische factoren in rekening worden gebracht)⁵⁰.

Als de uitgaven van een ziekenfonds in het betrokken jaar lager liggen dan zijn begrotingsaandeel, ontvangt het 25% van dat overschot (*boni*). In het omgekeerde geval moet het 25% van het tekort zelf dragen (*mali*). Om te vermijden dat de ziekenfondsen in een te verre gaande mate financieel verantwoordelijk zouden worden gesteld voor hoog oplopende tekorten, is een beperking ingebouwd: als de globale begrotingsdoelstelling met meer dan 2% wordt overschreden, wordt het mali van de ziekenfondsen beperkt tot 2% van hun begrotingsaandeel.

Over de periode 1995-2004 werden de ziekenfondsen per saldo (als som van boni en mali) voor 175,9 miljoen euro verantwoordelijk gesteld voor de budgettaire evolutie. Sinds 2005 werd hen daarentegen (voorlopig) 552,2 miljoen euro aan boni toegekend. De omvang en de verdeling van dat bedrag gaven recent aanleiding tot kritiek en vragen⁵¹.

⁴⁹ Daarbij wordt het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling verminderd met uitgaven die niet door de ziekenfondsen maar door het RIZIV ten laste worden genomen, zoals uitgaven voor de accreditering van geneesheren of tandartsen en de tussenkomst voor het globaal medisch dossier. De begrotingsdoelstelling wordt ook verminderd met de bedragen die niet worden gefinancierd door de globale beheren van de RSZ en het RSVZ. Voor 2011 gaat het om de overdracht van 1.093,5 miljoen euro naar de sociale zekerheid en de vermindering van de thesauriebehoeften van het RIZIV met 252 miljoen euro in 2011 als gevolg van de onderbenutting van de doelstelling (waartoe de regering in maart 2011 heeft beslist).

⁵⁰ Voor een verdere toelichting over die verdeling (coëfficiënten en parameters) wordt verwezen naar de bijdrage van AVALOSSE H., CROMMELYNCK A. en DE BETHUNE X., "Rollen, opdrachten en initiatieven van de ziekenfondsen in de gezondheidszorg", *Documentatieblad FOD Financiën*, 2010, nr. 1 (deel 3: financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen).

⁵¹ Zie onder meer vraag om uitleg over "de miljoenenbonus voor de ziekenfondsen" (vraag nr. 4-1078), *Hand. Senaat* 15 oktober 2009 nr. 4-89, p. 77.

5.1 Aanpassingen aan de berekeningsmethode

Een vertraging of versnelling bij de boeking van de uitgaven door de ziekenfondsen op het einde van het jaar kan ertoe leiden dat een overschot of tekort op de begroting van dat jaar wordt vergroot of verkleind⁵². In het vorige auditrapport werd daarom gesteld dat de impact van het boekingsritme moest worden geneutraliseerd bij het bepalen van de omvang van de boni of mali.

In juli 2008 werd de regeling in die zin aangepast⁵³: vanaf de uitgaven voor het jaar 2006 wordt de financiële verantwoordelijkheid eerst voorlopig afgerekend op basis van de geboekte uitgaven voor het jaar en later definitief vastgesteld op basis van de werkelijke uitgaven die het ziekenfonds voor dat jaar ten laste moest nemen.

Ook de verdeling van de financiële verantwoordelijkheid op basis van het profiel van de leden van elk ziekenfonds werd aangepast. De daartoe gebruikte gegevens werden geactualiseerd⁵⁴, en een universitair onderzoeksteam werd gevraagd na te gaan hoe op dat vlak ook methodologische en procedurele verbeteringen konden worden aangebracht⁵⁵.

5.2 Boni voor 552,2 miljoen euro

Volgens de stand van zaken op 15 mei 2011 hebben de ziekenfondsen sinds 2005 tot en met het begrotingsjaar 2010 552,2 miljoen euro aan boni verworven: 28,2 miljoen euro voor 2005, 98,4 miljoen euro voor 2006, en op basis van nog voorlopige gegevens 115,4 miljoen euro voor 2007, 70,5 miljoen euro voor 2008, 90,5 miljoen euro voor 2009 en 149,2 miljoen euro voor 2010⁵⁶.

Over het beheer van die middelen bestaan soms misverstanden, in de hand gewerkt door een complexe regeling. Die regeling komt er in essentie op neer dat de ziekenfondsen de boni alleen maar kunnen aanwenden om er later hun mali mee te vereffenen, en dat ze die middelen intussen niet zelf mogen beheren of beleggen⁵⁷.

In afwachting van een verrekening met mali worden de middelen uit boni al gebruikt in de thesaurie van de sociale zekerheid door er de lopende uitgaven van de verplichte ziekteverzekering mee te laten betalen. Ten belope van dat bedrag zal een ziekenfonds dan ook later niet meer worden aangesproken om mali effectief te vergoeden. Enigszins vereenvoudigd zal de financiële verantwoordelijkheid op dat ogenblik dus enkel nog de vorm aannemen van een boekhoudkundige vermindering van de reserve aan boni op de balans van het ziekenfonds⁵⁸.

⁵² Over de impact van schommelingen in het boekingsritme: zie hoofdstuk 3.

⁵³ Artikelen 117 tot 122 van de wet van 24 juli 2008 houdende diverse bepalingen.

⁵⁴ Bv. door gegevens over het geneesmiddelenverbruik en uit de diagnose van ziekenhuisopnames mee te betrekken als parameters bij het beoordelen van de zorgbehoefte van de leden van een ziekenfonds, en dus voor het bepalen van de normatieve verdeelsleutel van de begroting.

⁵⁵ Bv. om ook tegemoet te kunnen komen aan de kritiek van het Rekenhof over de weerslag van de laattijdige vaststelling van de normatieve verdeelsleutel op de goedkeuring en voorlegging van de rekeningen van het RIZIV (166° Boek van het Rekenhof, Volume I, p. 487-493. Ter beschikking op www.rekenhof.be).

⁵⁶ De ziekenfondsen verschillen onderling wel sterk, zowel wat betreft de realisatie van boni of mali op hun begrotingsaandeel als op het niveau van het bedrag ervan.

⁵⁷ Zie ook artikel 199 Ziekteverzekeringswet en omzendbrief 07/08/D1 van 14 maart 2007 van de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

⁵⁸ Voor de aanzuivering van mali moeten de ziekenfondsen trouwens eerst de reserve aan boni uitputten voordat ze een beroep mogen doen op bijdragen van hun leden of een eigen inbreng.

De vaststelling dat de middelen uit boni alleen maar voor de sociale zekerheid kunnen worden aangewend, mag dus wel niet uit het oog doen verliezen dat de sociale zekerheid ten belope van dat bedrag (momenteel 552,2 miljoen euro) niet meer zal kunnen rekenen op een financiële opbrengst uit mali zodra de budgettaire situatie in de verplichte ziekteverzekering negatief evolueert.

Toelichting

Maandelijks ontvangen de ziekenfondsen van het RIZIV een voorschot in verhouding tot het hen toegewezen begrotingsaandeel, de zogenaamde begrotingstwaalfden. Als die begrotingstwaalfden hoger zijn dan hun werkelijke uitgaven en daar jaar na jaar ook nog een bedrag uit boni aan wordt toegevoegd, dan worden hun liquiditeiten al snel te groot en dreigt een substantieel deel van de middelen van de sociale zekerheid te lang ongebruikt te blijven. De ziekenfondsen worden daarom aangezet om zo weinig mogelijk liquide middelen aan te houden, via een stimulus in het systeem voor de vergoeding van hun administratiekosten.

Tot 2006 ontbrak echter een mechanisme dat de ziekenfondsen toeliet overschotten aan kasmiddelen in de loop van het jaar aan het RIZIV terug te storten (met de mogelijkheid die bedragen desnoods even soepel geheel of gedeeltelijk terug op te nemen). De nood aan een dergelijke structurele oplossing werd toen echter groot als gevolg van de budgettaire evolutie en de daaraan gekoppelde sterke aangroei van overtollige kasmiddelen. Daarom werd eind 2006 het systeem van de wachtreserve ingevoerd⁵⁹.

Het totale bedrag dat een ziekenfonds in de wachtreserve terugstortte, wordt naderhand verrekend met het bedrag dat het voor dat jaar moet terugbetalen of nog tegoed heeft omdat de door het RIZIV uitbetaalde begrotingstwaalfden al dan niet volstonden om de uitgaven te dekken. Bij die verrekening wordt ook het eigen aandeel van het ziekenfonds in het budgettaire overschot of tekort (de boni of mali) afgerekend.

Door de overtollige kasmiddelen bij het RIZIV te centraliseren in de wachtreserve, heeft het RIZIV op zijn beurt minder nood aan een storting uit de globaal beheerde kasmiddelen van de sociale zekerheid om de lopende uitgaven in de verplichte ziekteverzekering te kunnen financieren (zoals de betaling van de begrotingstwaalfden aan de ziekenfondsen). Sinds 2006 daalden de te financieren behoeften van het RIZIV op die manier met (gemiddeld) iets meer dan een half miljard euro per jaar.

5.3 Geen evaluatie van de doelmatigheid van het systeem

Elk systeem dat financiële stimuli koppelt aan een te bereiken resultaat moet geregeld worden geëvalueerd om te kunnen waarborgen dat beide componenten (middel en doel) optimaal op elkaar afgestemd blijven. Voor de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen blijkt dit echter vijftien jaar na de inwerking-treding van het systeem nog niet te zijn gebeurd. Nochtans zijn de omstandigheden die in 1995 hebben geleid tot de invoering van het systeem, grondig gewijzigd, in het bijzonder vanaf 2005:

- Van 1995 tot 2000 was door een strakke groeicnorm van 1,5% het risico op budgetoverschrijdingen groot en de marge voor budgettaire overschotten beperkt. Die context helpt te verklaren waarom wel een maximum bestaat bij de mali (begrenzing tot 2% van het begrotingsaandeel indien de globale begrotingsdoelstelling met meer dan 2% is overschreden) maar niet bij de boni. De stimuli die zouden moeten uitgaan van het systeem werden vanaf 1998 trouwens nog versterkt: het toegewezen aandeel in boni en mali werd verhoogd van 15% tot 20% en later zelfs tot 25%.

⁵⁹ Artikel 202, § 1, Ziekteverzekeringwet.

- Van 2000 tot 2005 werd de budgettaire groeimarge stelselmatig verruimd. Dat paste echter in een noodzakelijk geachte inhaalbeweging, en vergde bijgevolg niet onmiddellijk een aanpassing van de regeling van boni of mali. In die periode was trouwens sprake van grote budgetoverschrijdingen zodat de bestaande regeling over de begrenzing bij mali vermeerde dat de ziekenfondsen daar in een te hoge mate financieel voor verantwoordelijk werden gesteld.
- In 2005 zou dan toch worden geëvalueerd of het systeem in zijn bestaande vorm kon worden gehandhaafd⁶⁰. Door de budgettaire tekorten hadden de ziekenfondsen tijdens de voorgaande jaren immers hun reserve voor eventuele mali voortdurend moeten aanvullen uit eigen middelen en ledenbijdragen. Daarom zou worden nagegaan in hoeverre hun financiële verantwoordelijkheid wel in verhouding stond met de mate waarop zij de uitgavenbeheersing daadwerkelijk kunnen helpen realiseren.
Naderhand bleek 2005 echter een kantelmoment te zijn, en werden elk jaar opnieuw budgettaire overschotten gerealiseerd. Geen van de betrokken actoren blijkt sindsdien nog een initiatief te hebben genomen om het in 2005 vooropgestelde doelmatigheidsonderzoek effectief uit te voeren.

Doordat de doelmatigheid van het systeem niet is geëvalueerd, kan de voor de hand liggende vraag niet worden beantwoord waarom nu nog steeds dezelfde stimuli worden gehanteerd als in een periode toen het daarmee beoogde resultaat veel moeilijker te realiseren was (uitgavenbeheersing bij een groeinorm van 1,5% in plaats van 4,5%).

Het stimulerende effect dat zou moeten uitgaan van een systeem van financiële verantwoordelijkheid wordt ondertussen ook uitgehold doordat de stimuli onevenwichtig worden gespreid in de tijd:

- De ziekenfondsen konden vanaf 2006 op korte termijn een grote reserve aan boni opbouwen⁶¹, in die mate dat deze reserve al in 2008 meer dan dubbel zo groot was dan wat zij over de volledige periode 1995-2004 hadden moeten bijdragen (175,9 miljoen euro).
- Met het huidige bedrag aan boni (552,2 miljoen euro) kan worden aangenomen dat de ziekenfondsen, althans gezamenlijk beschouwd, minstens de komende tien jaar geen beroep zullen moeten doen op eigen middelen of ledenbijdragen om hun financiële verantwoordelijkheid voor mali te kunnen opvangen⁶².

Daarenboven wordt vastgesteld dat begrotingsoverschotten worden gerealiseerd – en dus boni worden toegekend – om de enkele reden dat bij de begrotingsopmaak geplande nieuwe initiatieven of een geplande indexering van de prestaties niet of pas later dan gepland worden uitgevoerd (zie hoofdstuk 2). Het is nochtans duidelijk dat de ziekenfondsen daaraan normalerwijze geen verdienste hebben of individuele verantwoordelijkheid voor dragen. Die vaststelling wordt weliswaar gemilderd door het feit dat de uitgaven sterker kunnen toenemen dan begroot wegens het niet (tijdig) uitvoeren van geplande besparingsmaatregelen.

⁶⁰ Algemene beleidsnota van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 3 december 2004, *Parl. St. Kamer 2004-2005*, 51-1371/031, p. 35.

⁶¹ Die sterke toename is te wijten aan de combinatie van de omvang van de budgettaire overschotten met de berekeningswijze van de boni (25% van het overschot op het begrotingsaandeel van het ziekenfonds zonder dat daarbij een maximumgrens geldt).

⁶² Bij ongewijzigd beleid en rekening houdend met de aangelegde reserve in het Toekomstfonds is het immers onwaarschijnlijk dat zich op korte termijn systematisch substantiële tekorten zullen voordoen en dat de bijzondere reservefondsen geen enkele keer meer zullen worden aangevuld met aandelen in boni. De begrenzing van de mali zou de impact van grote tekorten trouwens hoe dan ook beperken.

5.4 Conclusie

Om te kunnen waarborgen en verantwoorden dat ziekenfondsen met een systeem van boni en mali financieel worden gestimuleerd om de uitgavenbeheersing in de verplichte ziekteverzekering te helpen realiseren, ligt het voor de hand dat regelmatig wordt geëvalueerd of dit middel doelmatig werkt. In vergelijking daarmee is de vraag hoe de middelen uit boni of mali worden verrekend, uitbetaald of beheerd, van ondergeschikt belang. Toch lijkt dat voor de betrokken actoren de enige zorg te zijn: de voorbije jaren ging vrijwel alle aandacht uit naar de gehanteerde verdeelsleutels en naar de aanwending van de toegekende boni.

De noodzaak van een doelmatigheidsonderzoek van het systeem werd nochtans al nadrukkelijk erkend in de beleidsnota voor 2005 van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, maar kende dus tot op heden nog geen begin van uitvoering. Volgens die beleidsnota was het nodig de verhouding te onderzoeken tussen de individuele financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen en de mogelijkheden waarover zij beschikken om collectief (via de overlegorganen waarin ze zitting hebben) en individueel (ten aanzien van hun leden) de uitgaven te beïnvloeden. Deze audit geeft aan dat de evaluatie van het systeem in elk geval ook betrekking zou moeten hebben op volgende elementen:

- de vaststelling dat nog steeds dezelfde boni en mali worden gehanteerd, hoewel het beoogde resultaat inmiddels op een substantieel andere manier wordt ingevuld (een uitgavenbeheersing bij een groeinorm van 1,5% in plaats van 4,5%) en financieel veel zwaarder kan doorwegen (vermits de omvang van de uitgaven waarop ze worden berekend sinds de invoering van het systeem al verdrievoudigd is);
- de vaststelling dat de financiële verantwoordelijkheid in geval van mali is begrensd tot 2% van het begrotingsaandeel van het ziekenfonds terwijl geen enkel maximum wordt toegepast bij boni, hoewel ondertussen is gebleken dat de stimuli die zouden moeten uitgaan van het systeem op die manier onevenwichtig worden gespreid in de tijd en dus uitgehold (de tijdens de voorbije vijf jaar opgebouwde reserve van 552,2 miljoen euro volstaat normaal om de komende tien jaar eventuele mali op te vangen);
- de vaststelling dat de financiële verantwoordelijkheid wordt berekend door de gedane uitgaven te vergelijken met de begrote uitgaven, hoewel een substantieel aandeel van dat verschil gewoonweg te wijten kan zijn aan het niet of later dan gepland uitvoeren van in de begroting opgenomen maatregelen (nieuwe initiatieven, besparingen of een indexering) terwijl de ziekenfondsen daaraan geen verdienste hebben of individuele verantwoordelijkheid voor dragen.

Hoofdstuk 6

Heffingen en besparingen in de geneesmiddelensector

Door de omvang van de geneesmiddelenbegroting (16% van de begrote uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering), maar vooral door de frequente overschrijdingen ervan, werd voor die sector een specifiek beleid van uitgavenbeheersing ontwikkeld dat bestaat uit een combinatie van heffingen en besparingen.

6.1 Heffingen als instrument van het begrotingsbeleid

De heffingen op de omzet werden in 1990 ingevoerd om de sterke stijging van de geneesmiddelenuitgaven (financieel) te compenseren. In de daaropvolgende jaren werden nieuwe heffingen toegevoegd, hetzij als reactie op een ontsporing van de geneesmiddelenbegroting of als compensatie voor een verhoging van de begrotingsenveloppe (bv. in 2005). In 2006 werden de afzonderlijke heffingen samengevoegd tot één enkele heffing, die in 2010 en 2011 opnieuw wordt aangevuld met een (tijdelijke) crisisheffing.

De band tussen de heffingen en de uitgavenevolucie is in de voorbije jaren verwaagd. In de plaats daarvan wordt in algemene bewoordingen verwezen naar de budgettaire context van de ziekteverzekering en / of van de sociale zekerheid.

Voorbeeld

De verlenging van de gewone heffing voor 2011 moet het mogelijk maken om "een continuïteit te handhaven op het budgettair niveau in vergelijking met het in vorige jaren gevoerde beleid". De crisisheffing die voor 2010 en 2011 is ingesteld, is bedoeld om de geneesmiddelenindustrie "te laten bijdragen aan het behoud van het evenwicht in de sociale zekerheid"⁶³.

Tussen 2005 en 2010 betaalde de geneesmiddelenindustrie voor 1.618 miljoen euro aan heffingen, d.i. ongeveer 270 miljoen euro per jaar. In de periode 2001-2004 bedroeg de opbrengst nog minder dan 100 miljoen euro per jaar.

Naast die "gewone" heffingen bestaat vanaf 2001 ook een recuperatieheffing⁶⁴, waarvan de inning is gekoppeld aan de overschrijding van de begrotingsenveloppe⁶⁵.

Die heffing dekt echter niet het volledige bedrag van de vastgestelde overschrijding (sinds 2005 werd gemiddeld 63% teruggevorderd). Zo wordt het bedrag van de overschrijding in de eerste plaats verminderd met het gedeelte van de meeruitgaven waarvoor de oorzaak niet bij de geneesmiddelenindustrie ligt (principe van de *neutralisatie*). De heffing voor de geneesmiddelenindustrie wordt bovendien beperkt tot 100 miljoen euro; er wordt immers aanvaard dat de geneesmiddelenindustrie niet verantwoordelijk is voor het aandeel van andere verstrekkers (groothandelverdelers, apothekers) in de niet verwezenlijkte besparingen.

⁶³ Memorie van toelichting bij de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, *Parl. St.*, Kamer, 53-0771/001, p. 70.

⁶⁴ In deze tekst wordt de werking van het systeem toegelicht zoals dat sinds 2008 van kracht is. De vroegere systemen verschilden vooral wat de wijze van inning betreft.

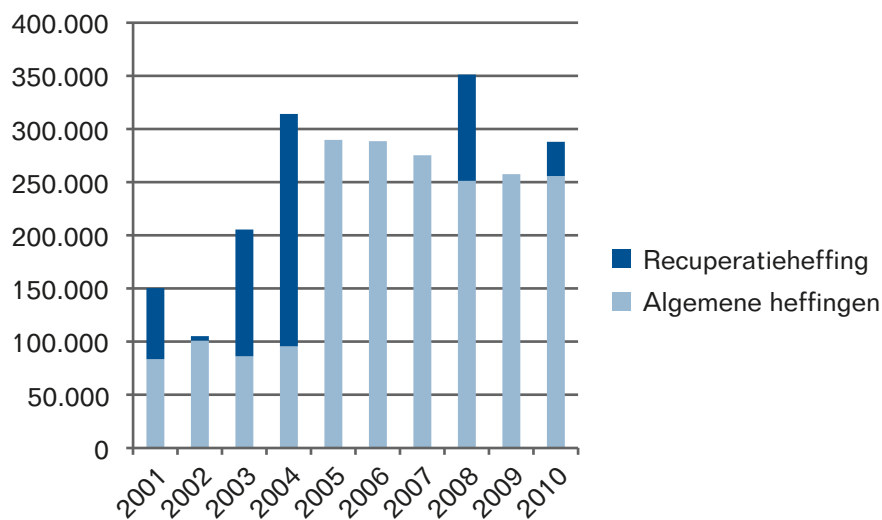
⁶⁵ Of de begrotingsenveloppe wordt overschreden, wordt bepaald aan de hand van de herziene technische ramingen in september van het begrotingsjaar.

Voorbeeld

In september 2008 wezen de herziene technische ramingen op een begrotingsoverschrijding van 124,1 miljoen euro. Door de toepassing van het systeem van de neutralisatie werd de overschrijding eerst verminderd met 6,5 miljoen euro. Omdat het saldo (117,6 miljoen euro) boven het maximum ligt, werd uiteindelijk 100 miljoen euro teruggevorderd.

De opbrengst van de recuperatieheffing is sinds 2005 sterk afgenomen (zie grafiek 2). Om een einde te maken aan een toestand van structurele (en vaak aanzienlijke) begrotingsoverschrijdingen, werd beslist om de geneesmiddelenbegroting op een "meer realistisch" bedrag vast te stellen⁶⁶ en werd bijgevolg de enveloppe substantieel verhoogd (+ 15,6%). Daardoor verminderde de omvang en de frequentie van de overschrijdingen. Tussen 2005 en 2010 werd voor 132 miljoen euro aan overschrijdingen teruggevorderd.

Grafiek 2 – Evolutie van de heffingen 2001-2010 (in duizend euro)



Bron: RIZIV

6.2 Uitgavenbeheersing door besparingen

Tussen 2005 en 2010 betaalde de geneesmiddelenindustrie niet alleen 1.750 miljoen euro aan heffingen, maar droeg ze ook bij tot de uitgavenbeheersing door besparingen voor in totaal 531,6 miljoen euro.

De besparingen moeten in de eerste plaats de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering voor merkgeneesmiddelen buiten octrooi⁶⁷ beperken: om economische redenen liggen systematische besparingen in de terugbetaling van merkgeneesmiddelen met octrooibescherming immers niet voor de hand⁶⁸.

⁶⁶ Een akkoord tussen de minister van Sociale Zaken en de geneesmiddelenindustrie bepaalde daarover dat "gefaseerd zal worden geëvolueerd naar de vaststelling van realistische budgetten" (zie ook het auditrapport van 2006, p. 20).

⁶⁷ De octrooibescherming geldt voor twintig jaar en wordt aangevraagd voordat het geneesmiddel op de markt komt. De periode waarin een door de ziekteverzekering terugbetaald geneesmiddel nog door een octrooi wordt beschermd, varieert van tien tot twaalf jaar.

⁶⁸ Voor geneesmiddelen onder octrooi kunnen het RIZIV en de producent afspreken om bv. de uitgaven boven een bepaald bedrag te compenseren. Die werkwijze, die recent enkele keren werd toegepast, levert voor de ziekteverzekering aanzienlijke besparingen op. Bij de begrotingsopmaak voor 2011 stelden de Commissie voor Begrotingscontrole en het Verzekeringscomité dan ook voor om toepassing van die werkwijze uit te breiden, maar dat voorstel is in de beslissing van de Algemene Raad is niet overgenomen.

Daarnaast worden de geneesheren ertoe aangezet om goedkoper voor te schrijven. Dit "goedkoper voorschrijven" slaat niet alleen op generische geneesmiddelen en kopieën – die op de markt worden gebracht als alternatief voor merkgeneesmiddelen met een kostprijs die beduidend lager ligt dan die van het merkgeneesmiddel –, maar ook op merkgeneesmiddelen waarvan de prijs op vraag van de producent werd verlaagd.

Voor de volledigheid worden hier nog twee maatregelen vermeld waarvoor niet systematisch besparingen worden begroot: de forfaitaire financiering van frequent gebruikte geneesmiddelen in het ziekenhuis (die op 1 juli 2006 van start is gegaan en heeft geleid tot een daling van de uitgaven voor geneesmiddelenuitgaven van de ziekenhuizen) en de weerslag van het niet indexeren van de geneesmiddelenprijzen (een maatregel die sinds 1990 onafgebroken wordt toegepast en die in 2011 neerkomt op 74 miljoen euro aan minderuitgaven⁶⁹).

Hierna worden eerst de budgettair belangrijkste besparingstechnieken toegelicht (punt 6.2.1). Daarna wordt ook aandacht besteed aan de wellicht meest besproken techniek van de voorbije jaren: de kiwiprocedure (punt 6.2.2).

6.2.1 Prijsverlagingen en referentierugbetaling

Door de verplichte prijsverlagingen⁷⁰ worden merkgeneesmiddelen buiten octrooi goedkoper voor de verplichte ziekteverzekering en voor de patiënt. Door de toepassing van het systeem van de referentierugbetaling⁷¹ op merkgeneesmiddelen buiten octrooi daalt de tegemoetkoming van de ziekteverzekering tot het bedrag dat voor een gelijkwaardig generisch alternatief wordt terugbetaald. Omdat die maatregel geen weerslag heeft op de verkoopprijs (die immers wordt vastgelegd door de minister van Economie), wordt het geneesmiddel voor de patiënt duurder. Het systeem van de referentierugbetaling moet dan ook het verbruik van generische geneesmiddelen en kopieën bevorderen.

Tussen 2005 en 2010 werd met de prijsverlagingen en het referentierugbetalingssysteem meer dan 70% van alle besparingen verwezenlijkt

Toelichting

Geneesmiddelen die in 2010 langer dan negentien jaar worden terugbetaald en waarvoor een generisch alternatief bestaat, kosten de verplichte ziekteverzekering 46,2% minder dan op het ogenblik waarop ze op de markt kwamen. Die minderuitgaven zijn het resultaat van het gecumuleerde effect van de opgelegde prijsverlagingen (15% vanaf het dertiende jaar van terugbetaling en 17% vanaf het zestiende jaar) en de vermindering van de terugbetaling bij opname in het systeem van de referentierugbetaling die op die verlaagde prijs wordt berekend. Bij de vastlegging van de globale begrotingsdoelstelling voor 2011 is voorzien in bijkomende verlagingen van de prijs en de terugbetaling bij opname in het systeem van de referentierugbetaling (totaal geraamde besparing voor 2011: 56 miljoen euro).

De prijsdalingen en het referentierugbetalingssysteem beperken weliswaar de uitgaven voor een individueel geneesmiddel, maar leiden niet noodzakelijk tot een vermindering van de uitgaven voor andere geneesmiddelen die tot dezelfde groep behoren.

⁶⁹ Zie *Open brief aan de ziekenfondsen*, Pharma.be, 27 september 2010 (te consulteren op de website www.pharma.be).

⁷⁰ Artikel 69 van de wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de uitgaven van de gezondheidszorg en houdende diverse maatregelen inzake gezondheid.

⁷¹ Artikel 35ter van de Ziekteverzekeringwet.

Voorbeeld

In de klasse van de antipsychotica zorgde de toepassing van de referentierugbetaling weliswaar voor een besparing in de uitgaven voor risperidone, maar die besparing werd volledig ongedaan gemaakt door de stijging van de uitgaven voor antipsychotica die nog niet zijn opgenomen in het referentierugbetalingsstelsel⁷².

6.2.2 Kiwiprocedure

De kiwiprocedure is een variant van de groepsgewijze herziening. Met de groepsgewijze herziening wordt de terugbetaling van een groep van geneesmiddelen met een zelfde werkzaam bestanddeel afhankelijk gemaakt van een specifieke voorwaarde. Voor de "klassieke" groepsgewijze herziening bestaat die voorwaarde erin dat geneesmiddelen alleen nog worden terugbetaald als ze worden voorgeschreven volgens de richtlijnen van goede medische praktijk die het RIZIV heeft opgesteld. Voor de kiwiprocedure zijn de verkoopprijzen de voorwaarde: op basis van de offertes van de producenten worden de geneesmiddelen ingedeeld in verschillende categorieën van terugbetaling, waarbij het geneesmiddel met de laagste prijs de hoogste terugbetaling krijgt.

Door de strakke procedureregels en doordat de kiwiprocedure – in tegenstelling tot de initiële bedoeling – enkel mag worden toegepast op merkgeneesmiddelen buiten octrooi, werd de procedure uiteindelijk alleen toegepast op cholesterolverlagers met simvastatine als werkzaam bestanddeel. Daarbij stelde het RIZIV vast dat de uitgaven voor geneesmiddelen met simvastatine als werkzaam bestanddeel in 2008 met 14,5 miljoen euro daalden, terwijl de uitgaven voor statines met een ander werkzaam bestanddeel in dezelfde periode stegen met ongeveer 26,1 miljoen euro. De stijging van de totale uitgaven voor statines vloeit voort uit de toename van het aantal patiënten dat de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven⁷³.

6.3 Conclusie

De heffingen op de omzet (ontvangsten) zijn een belangrijke component van het beleid in de geneesmiddelensector. De hoogte van die heffingen varieert voortdurend: er wordt immers niet alleen rekening gehouden met het groeiritme van de uitgaven, maar ook met ontwikkelingen buiten de geneesmiddelenbegroting (bv. in de sociale zekerheid).

Tegelijk wordt de uitgavengroei afgeremd met besparingen, vooral door de terugbetaling van de ziekteverzekering in de kosten van de geneesmiddelen te beperken. De bepalende factor in de uitgavenevolucie is echter niet de prijs, maar wel de toenemende consumptie. Die evolutie kan alleen worden aangepakt met structurele maatregelen op lange termijn (die buiten het tijdsbestek van de jaarlijkse begrotingen vallen).

⁷² RIZIV, MORSE-rapport, tweede semester 2008. Ter beschikking op www.riziv.fgov.be.

⁷³ RIZIV, MORSE-rapport, tweede semester 2008 (ter beschikking op www.riziv.fgov.be) en Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, *Statines in België: Evaluatie in het verbruik en de invloed van het terugbetalingsbeleid*, KCE Reports nr. 141A (2010), ter beschikking op www.kce.fgov.be.

Hoofdstuk 7

Algemene conclusie en aanbevelingen

De omvang en de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorgen hebben ertoe geleid dat de wetgever specifieke procedures ingesteld heeft om de budgettaire last voor de sociale zekerheid onder controle te houden. Die procedures zijn op zich goed uitgewerkt (punt 7.1), maar missen een consistente achterliggende visie (punt 7.2): de uitgavenbeheersing die ze tot doel hebben, werd al vier keer anders ingevuld.

7.1 Conclusies en aanbevelingen op procedureel vlak

In zijn vorige audit had het Rekenhof aangegeven dat de budgettaire procedures juridisch en organisatorisch moesten worden bijgesteld. Dat is intussen gebeurd door het begrotingsbesluit van 17 september 2005 en door nieuwe initiatieven vanuit het RIZIV. De opmaak van de begroting steunt nu op meer actuele cijfers en op beter onderbouwde voorstellen vanuit de overlegorganen. Ook de opvolging ervan verloopt efficiënter: de verschillende gegevensstromen over de uitgaven werden verder op elkaar afgestemd en het RIZIV analyseert regelmatig de onderliggende determinanten van specifieke uitgaventrends. De procedures voor de opvolging werden bovendien vereenvoudigd en versoepeld.

Een knelpunt blijft dat aanwijzingen van budgetoverschrijdingen in bepaalde sectoren zonder gevolg blijven. De instrumenten om in die sectoren direct en gericht in te grijpen, worden niet benut of uitgewerkt. Vastgestelde problemen worden daardoor gewoon doorgeschoven naar de begrotingsopmaak voor het volgende jaar, waar ze in het ruimere raamwerk van de globale budgettaire situatie vaak van ondergeschikt belang worden geacht⁷⁴. Intussen worden op basis van het begrotingsresultaat wel boni of mali toegekend aan de ziekenfondsen, maar kennelijk zonder de vraag te stellen of en hoe die boni of mali dan wel bijdragen tot de uitgavenbeheersing (wat nochtans het doel is van dit systeem).

Uit die laatste vaststelling vloeit logisch voort dat het huidige systeem van boni en mali van de ziekenfondsen moet worden geëvalueerd. Daarnaast wordt aanbevolen de band tussen de opvolging van de uitgavenevolucie en de uitvoering van de begroting te versterken. De Commissie voor Begrotingscontrole kan daarbij – enigszins naar analogie met de vroegere knipperlichtenprocedure maar nu met beter onderbouwde cijfers – een meer prominente rol vervullen door ook naast de begrotingsopmaak en desnoods specifiek voor een bepaalde sector voorstellen van noodzakelijke ingrepen uit te werken (waarop de betrokken actoren dan binnen een strak opgelegde termijn moeten reageren).

In elk geval moeten de sectoren zelf hun verantwoordelijkheid opnemen door in de tweejaarlijkse “tariefakkoorden” al vooraf concreet te bepalen welke acties ze zullen ondernemen als hun begrotingsdoelstelling dreigt te worden overschreden. Doordat nu aan die (overigens wettelijk opgelegde) voorwaarde meestal niet is voldaan en de Algemene Raad nalaat daarop te reageren, kan voor die sectoren nu al te gemakkelijk worden geargumenteed dat ingrepen in een lopende begroting niet wenselijk zijn omdat dit het evenwicht van het akkoord zou verstoren.

⁷⁴ De vaststellingen uit de tussentijdse rapporten en de permanente audit van de uitgaven worden momenteel enkel (beknopt) verwerkt in voorstellen van maatregelen voor de begroting van het volgende jaar die de Commissie voor Begrotingscontrole adviseert. Op die voorstellen werd echter, althans tot de begrotingsopmaak voor 2011, nauwelijks gereageerd.

7.2 Conclusies en aanbevelingen op structureel vlak

Het doel om langs budgettaire weg de uitgavenevoluitie te beheersen, werd tussen 1994 en 2011 al vier keer op een andere manier ingevuld. Initieel lag de klemtoon op een inperking van het sterk stijgende uitgavenvolume. Nu blijkt de verplichte ziekteverzekering een bron van ontvangsten te zijn geworden voor de andere takken van de sociale zekerheid.

Toelichting

- Een lager uitgavenvolume

Het instrument van de groeimarge en de daaraan gekoppelde procedures voor de opmaak en de opvolging van de begroting werd in 1994 door de wetgever opgelegd in een context van strakke budgettaire discipline. Die was noodzakelijk om België te laten toetreden tot de Europese Monetaire Unie. De klemtoon lag toen volledig op het inperken van het uitgavenvolume (en desnoods zelfs het afbuigen van feitelijke uitgaventrends), wat specifiek tot uiting kwam in de hoogte van de groeinorm die toen beperkt bleef tot 1,5%.

- Een noodzakelijke inhaalbeweging (overgangsfase)

Zodra de toetreding tot de eurozone een feit was, werd een inhaalbeweging nodig geacht omdat de bestaande budgettaire beperkingen niet strookten met een natuurlijke aangroei van de uitgaven en onherroepelijk zouden leiden tot een reductie van het verzekeringspakket⁷⁵. Die inhaalbeweging duurde van 1999 tot 2003, ging gepaard met soms grote budgettaire tekorten en had tot gevolg dat elk jaar opnieuw moest worden gesleuteld aan een van de parameters die de groeimarge bepalen, met name door:

- het toekennen van een hoog bedrag aan uitzonderlijke uitgaven bovenop de toename volgens de groeinorm en de verwachte index (samen voor 700,3 miljoen euro in 1999 en 2001);
- het verhogen van de groeinorm van 1,5% naar 2,5% vanaf 2001;
- het vastleggen van een nieuw vertrekpunt van het groeipad (een forfaitaire verhoging van de globale begrotingsdoelstelling tot 12.412,7 miljoen euro in 2000).

- Een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg

Het verlaten van de budgettaire prioriteit werd eerst als een overgangsfase beschouwd maar werd nadien geëxpliciteerd en bestendig in het federale regeerakkoord van juli 2003. Meer bepaald werd toen het engagement aangegaan om de komende vier jaar de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering met 4,5% per jaar in reële termen te laten toenemen om een voor iedereen hoog niveau van kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg te waarborgen.

Het federale regeerakkoord van maart 2008 hernam hetzelfde voornemen, maar in een inmiddels grondig gewijzigde context. Sinds 2005 lag het feitelijke groeiritme van de uitgaven immers lager dan de wettelijk toegestane groeimarge, zodat er een situatie van budgettaire overschotten was ontstaan. In plaats van de groeinorm te verlagen, werd in het regeerakkoord de praktijk bevestigd om met die overschotten reserves aan te leggen in een Toekomstfonds.

- Een noodzakelijke bijdrage aan de sociale zekerheid (overgangsfase)

De financiële en economische crisis van de tweede helft van 2008 bracht niet alleen belangrijke meeruitgaven mee voor de werkloosheidsverzekering, maar legde ook druk op de inkomsten (sociale bijdragen). In die omstandigheden werd beslist om binnen het toegestane groeiritme voor de verplichte ziekteverzekering in 2010 en 2011 een bedrag te reserveren voor een bijdrage aan het financiële evenwicht van de sociale zekerheid.

⁷⁵ Standpunt van het RIZIV over de vorige onderzoeksbevindingen van het Rekenhof (zie het auditrapport van 2006, p. 14-16).

Het systeem van de overdrachten heeft het instrument van de groeicnorm uitgehouden. In de praktijk bepalen de overdrachten immers de mate waarin de begrote uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering mogen toenemen: door hun steeds grotere omvang kan maar een beperkt gedeelte van de budgettaire groeimarge worden besteed aan uitgaven voor de ziekteverzekering.

Het instrument van de groeimarge (en in het bijzonder de groeicnorm van 4,5%) blijft niettemin behouden, omdat anders ook de budgettaire en financiële stromen naar de ziekteverzekering of naar de sociale zekerheid kunnen verminderen. Met de huidige werkwijze hebben de overlegorganen nog enige greep op de financiering, omdat ze bij de begrotingsopmaak ook de omvang van de overdrachten moeten vastleggen.

In elk geval is het huidige systeem van overdrachten enkel tijdens een korte overgangperiode aanvaardbaar. Vanaf 2012 is er in essentie geen andere keuze dan hetzij het middel, hetzij het doel van de budgettaire procedures voor uitgavenbeheersing in de ziekteverzekering te herzien en die keuze dan ook op lange termijn te blijven handhaven⁷⁶.

- Ofwel wordt gekozen voor het behoud van een globaal groeipercentage voor de verplichte ziekteverzekering (en de daaraan verbonden procedures voor de opmaak en opvolging van de begroting). Die keuze heeft echter maar ten volle zin als het ook de bedoeling zou zijn om terug te keren naar de doelstelling waarvoor de regeling is geconcipeerd: een strakke beperking van de uitgavenevoluitie die de betrokken actoren dwingt keuzes te maken bij de verdeling in partiële begrotingsdoelstellingen. De overlegstructuren die daartoe in de Ziekteverzekeringwet zijn opgenomen, werden trouwens vanuit die optiek voorgeschreven.
- Ofwel wordt de klemtoon gelegd op een toegankelijke en tegelijk kwaliteitsvolle gezondheidszorg. In dat geval is het de bedoeling dat de begroting zo goed mogelijk blijft aansluiten bij de feitelijke uitgaventrends en dringen zich derhalve meer expliciete en gedetailleerde keuzes op. Het behoud van een globaal groeipercentage heeft in die optiek geen zin. De onderliggende factoren voor de uitgavengroei, zoals de vergrijzing of innovaties, en het daaraan te koppelen beleid zijn immers geenszins uniform voor de verschillende sectoren van geneeskundige verzorging (palliatieve zorgen, tandheelkundige en farmaceutische verstrekkingen, consultaties geneesheren enz.). In dat licht zou de bestaande reglementering echter volledig moeten worden herdacht.

⁷⁶ In de vorige audit werd in dat verband berekend dat de globale begrotingsdoelstelling voor 2004 beperkt zou zijn gebleven tot 13,4 miljard euro als het initiële groeipad met een groeicnorm van 1,5% niet was gewijzigd. Ten gevolge van de inhaalbeweging lag de begroting voor 2004 echter meer dan 20% of 2,9 miljard euro hoger.

Hoofdstuk 8

Antwoord van de minister (vertaling)

Strategische Cel van Laurette ONKELINKX
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke
Integratie

Uw brief van 14 april 2011
Uw kenmerk A 4-3.502.740 B5

12 mei 2011

De heer Philippe ROLAND
Eerste voorzitter
De heer Jozef VAN INGELGEM
Hoofdgriffier
Rekenhof
Regentschapsstraat 2
1000 BRUSSEL

Opvolgingsaudit over het begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging

Mijnheer de eerste voorzitter,
Mijnheer de hoofdgriffier,

Na aandachtig onderzoek van de opvolgingsaudit "Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging" wens ik u mijn opmerkingen en commentaar mee te delen bij de vaststellingen en voorlopige conclusies van het document.

Ik wens in de eerste plaats de kwaliteit te onderstrepen van het werk dat het Rekenhof heeft verricht bij het opstellen van dit verslag. Het schetst immers een zeer correcte stand van zaken van de soms complexe problematiek van de uitgaven in de gezondheidszorg.

Ik wens er ook op te wijzen dat het gaat om een opvolgingsverslag dat duidelijk aantoonst dat de problematiek van het begroten en beheersen van de uitgaven in de gezondheidszorg kordaat aangepakt is. Er kan ook uit worden afgeleid dat sinds verscheidene jaren talrijke oplossingen en aanpassingen werden aangebracht, en zeker sinds het auditverslag van januari 2006 van het Rekenhof :

- De groeïnorm is voortaan een "all in" en er is dus ook geen sprake meer van "exogene" uitgaven.
- In september zijn technische ramingen ingevoerd die het mogelijk maken een eerste idee te hebben van de tendensen van het lopende begrotingsjaar.
- Het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole voor de opstelling van de begroting biedt een reële meerwaarde.
- De rol van de Algemene Raad en die van het Verzekeringscomité bij de opstelling van de begrotingen zijn duidelijk verdeeld.
- De door de sectoren "onontbeerlijk" geachte behoeften worden beter gestaafd en verantwoord en er worden prioriteiten vastgesteld.

- Er bestaan onderrichtingen van de Controledienst voor de Ziekenfondsen en er is een geïnformatiseerde uitwisseling van bestanden van facturering die de onzekerheden over het ritme van de factureringen en de invloed ervan op de boeking van de uitgaven moeten beperken.
- De uitvoering van de begroting wordt strikt opgevolgd (maandelijkse nota's, permanente audits enz).
- De financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen wordt berekend op grond van de gegevens over de prestaties en niet langer op grond van de gegevens over boekingen.
- ...

Die aanpassingen komen duidelijk aan bod in de opvolgingsaudit en ze worden positief beoordeeld. Toch blijven er nog enkele zwakke punten, die het Rekenhof overigens soms streng beoordeelt. Verder in deze brief zal ik vaststellingen en conclusies van het ontwerpverslag in hun juiste perspectief plaatsen en zal ik enkele nuances aanbrengen die mij belangrijk lijken.

Uit hoofdstuk 1, punt 1.3 "Verborgene supplementen in het indexvolume" zou kunnen worden afgeleid dat men het volume van de indexering zou hebben willen overschatten om bijkomende uitgaven ten laste te nemen. Dat is vanzelfsprekend niet het geval: artikel 40 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat het gezondheidsindexcijfer wordt toegepast op de globale begroting van het voorgaande jaar, verhoogd met de groeinorm. Het gaat om een beslissing van de wetgever die wordt toegepast op het ogenblik van de vaststelling van de begrotingsdoelstelling.

Tabel 3 op bladzijde 17 is weliswaar correct, aangezien daarin een verschil wordt berekend tussen twee bedragen die niet betwist kunnen worden, maar moet worden genuanceerd. Het "nodige indexvolume" is immers een lage raming van het volume dat werkelijk vereist is omdat niet altijd rekening wordt gehouden met de bedragen die vereist zijn om de indexering te dekken in de sectoren die aan het spilindexcijfer onderworpen zijn als de inflatie dat spilindexcijfer sneller overschrijdt dan verwacht. Zo zal in 2011 de overschrijding van het spilindexcijfer vijf maanden vroeger dan initieel verwacht een weerslag van zowat 56 miljoen euro hebben op het nodige indexvolume waarmee geen rekening werd gehouden in uw berekeningen in tabel 3.

Wat bovendien punt 1.3.2. "Omvang van het verschil" betreft, wordt erop gewezen dat de Algemene Raad geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om de globale begrotingsdoelstelling (naar beneden toe) aan te passen. Er moet daarom worden onderstreept dat de omgekeerde toestand de Algemene Raad er niet toe heeft aangezet de doelstelling naar boven toe te herzien wanneer de inflatiehypothesen te laag waren in vergelijking met de realiteit en dat de meerkost dan ook werd gefinancierd binnen de genormeerde algemene doelstelling.

Wat punt 1.4 "Uitgaven buiten de begrotingsdoelstelling" aangaat, wordt er in de vierde paragraaf op gewezen dat het bestaan van uitgaven buiten de begrotingsdoelstelling (zogenoemde "projecten artikel 56") de indruk wekt dat er een residuële post bestaat die, als dat nodig is, kan worden aangewend om enkele initiatieven te realiseren. Precies daarom heeft de regeringsdelegatie binnen de Algemene Raad van het RIZIV in december 2010 gevraagd dat de Algemene Raad, door middel van fiches, elk van de maatregelen die voorkomen bij de uitgaven buiten de doelstelling, zou objectiveren. Daarmee moet kunnen worden bepaald welke maatregelen structureel binnen de globale begrotingsdoelstelling ofwel moeten worden opgenomen, ofwel moeten worden opgegeven, ofwel moeten worden

geheroriënteerd qua doelstellingen of middelen. De regeringsdelegatie, die zich bewust is van de toename in de tijd van deze uitgaven buiten de doelstelling, heeft ook nog gevraagd dat de uitgaven buiten de doelstelling voor het jaar 2011 zouden evolueren binnen een beperkte enveloppe die is vastgesteld op 88.795 duizend euro. De nieuwe initiatieven 2011 kunnen worden gerealiseerd voor zover ze worden gecompenseerd binnen de globale begrotingsdoelstelling 2011.

In punt 4.3 "Permanente audit" is prake van een gebrek aan interesse voor de auditverslagen: dat is vanzelfsprekend onjuist! Er werden immers talrijke maatregelen genomen (Algemene Raad, akkoorden, conventies, ...) of voorgesteld door de Commissie voor Begrotingscontrole die voortvloeien uit vaststellingen van de auditverslagen: dat is bijvoorbeeld het geval voor besparingsmaatregelen die werden genomen in de fysiotherapie, de spoed, het dagziekenhuis

Wat betreft hoofdstuk 5 "Boni en mali voor de ziekenfondsen", heeft artikel 51 van de programmawet van 23 december 2009 een wijziging aangebracht aan artikel 197 van de wet op de verplichte ziekteverzekering die de Algemene Raad ertoe machtigt de middelen in de globale begrotingsdoelstelling te definiëren die geen overdracht van de thesaurie van de globale beheren naar de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering vereisen. Die middelen kunnen dan worden geneutraliseerd bij de vaststelling van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen. Door die bepaling kan worden geantwoord op de kritiek als zouden de ziekenfondsen bonussen ontvangen als gevolg van maatregelen uit de begroting die concrete vorm aannemen na de overeengekomen of gebudgetteerde datum. Zo zullen in 2011 de 252 miljoen euro onbenutte middelen die de regering heeft vastgesteld, uit de begrotingsdoelstelling worden gelicht bij de toepassing van de financiële verantwoordelijkheid. Daarnaast werd 77 miljoen euro aan bedragen die gereserveerd waren op initiatieven 2009, a priori afgenomen van de globale begrotingsdoelstelling om het Fonds voor de Toekomst van de Gezondheidszorg te stijven.

In hoofdstuk 6 "Heffingen en besparingen in de geneesmiddelensector", en meer bepaald in de laatste zin van de laatste paragraaf beginnend onderaan bladzijde 47, wordt gesteld dat, aangezien de terugbetaling door de ziekteverzekering ook de uitgaven van de groothandelaars en van de apothekers dekt, de bijdrage van de farmaceutische industrie beperkt is tot 100 miljoen. Aangezien er volgens mij geen enkel verband is tussen de beperking tot 100 miljoen en de uitgaven van de groothandelaars en van de apothekers, zou men hebben moeten stellen dat de uitgaven van de groothandelaars en van de apothekers voor de niet gerealiseerde besparingsmaatregelen worden beschouwd als niet te wijten aan de farmaceutische industrie, en dat de bijdrage van de farmaceutische industrie voorts beperkt is tot 100 miljoen.

Volgens paragraaf 2 van punt 6.2 "Uitgavenbeheersing door besparingen" worden de geneesheren er wel toe aangezet meer generische geneesmiddelen en kopieën voor te schrijven, maar ook merkgeneesmiddelen die als minder duur worden beschouwd, m.a.w. waarvan de prijs (ten minste) verminderd is tot die van het referentiegeneesmiddel.

Zoals ik al in de inleiding zei, ben ik van oordeel dat de opvolgingsaudit een goede stand van zaken opmaakt van de problematiek van de uitgaven in de gezondheidszorg en dat hij een goed beeld geeft van de zeer talrijke aanpassingen en verbeteringen van de jongste jaren met het oog op de optimalisering van de aanreiking van informatie over de uitgaven in de gezondheidszorg, de opmaak van de begrotingen en de controle op de naleving van die begrotingen. Dat toont aan dat

alle actoren in de sector van de gezondheidszorg bereid zijn om te evolueren naar een beter begroten en beheersen van de uitgaven in de gezondheidszorg. Die evolutie moet, zoals het verslag ook aangeeft, ook in de toekomst worden doorgetrokken; ik ben er overigens van overtuigd dat iedereen dat ook wenst.

Met de meeste hoogachting,

(w. g.)

Laurette ONKELINKX

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie

Er bestaat ook een Franse versie van dit verslag.

Il existe aussi une version française de ce rapport.

U kunt dit verslag in de taal van uw keuze raadplegen of downloaden op de internetsite van het Rekenhof.

wettelijk depot	D/2011/1128/16
druk	N.V. PEETERS S.A.
adres	Rekenhof Regentschapsstraat 2 B-1000 Brussel
tel	02-551 81 11
fax	02-551 86 22
Internetsite	www.rekenhof.be