



Rekenhof

Financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen

Verslag in uitvoering van de resolutie van de Kamer van
Volksvertegenwoordigers van 22 oktober 2015



Verslag goedgekeurd in de algemene vergadering van het Rekenhof van 28 juni 2017

INHOUD

Hoofdstuk 1

Inleiding	4
------------------	----------

Hoofdstuk 2

Mechanisme	6
-------------------	----------

2.1 Componenten	6
-----------------	---

2.2 Kenmerken	7
---------------	---

2.2.1 Ingeperkte verantwoordelijkheid	7
---------------------------------------	---

2.2.2 Gecorrigeerde verantwoordelijkheid	7
--	---

2.2.3 Gedeelde verantwoordelijkheid	9
-------------------------------------	---

2.2.4 Overzicht	9
-----------------	---

2.3 Perspectieven	10
-------------------	----

Hoofdstuk 3

Doelstelling	11
---------------------	-----------

3.1 Omschrijving	11
------------------	----

3.2 Belang van de groeimarge	12
------------------------------	----

3.2.1 Kader	12
-------------	----

3.2.2 Omvang van de groeimarge	12
--------------------------------	----

3.3 Draagwijdte van de responsabilisering	13
---	----

3.3.1 Kader	13
-------------	----

3.3.2 Uitgaven buiten het federale beleidsniveau	14
--	----

3.3.3 Uitgaven buiten de groeimarge	15
-------------------------------------	----

3.3.4 Uitgaven buiten de ziekenfondsen	16
--	----

3.4 Gevolgen voor de financiering	17
-----------------------------------	----

3.4.1 Kader	17
-------------	----

3.4.2 Verdeling van de voorschotten	18
-------------------------------------	----

3.4.3 Beheer van de kasmiddelen	19
---------------------------------	----

3.5 Conclusies	20
----------------	----

Hoofdstuk 4

Instrumentarium	22
------------------------	-----------

4.1 Omschrijving	22
------------------	----

4.2 Uitgavenbeheersing met de andere actoren	22
--	----

4.2.1 Kader	22
-------------	----

4.2.2 Uitgavenbeheersing bij de opmaak van de begroting	23
---	----

4.2.3 Uitgavenbeheersing bij de uitvoering van de begroting	24
---	----

4.2.4	Belang van het sectoraal overleg	25
4.3	Uitgavenbeheersing door eigen initiatieven	26
4.3.1	Mogelijkheden en opportuniteiten	26
4.3.2	Risicoselectie en marktwerking	26
4.4	Conclusie	27
Hoofdstuk 5		
Boni en mali		29
5.3	Omvang van de boni en mali	37
5.3.1	Verschillen door de tijd	37
5.3.1.1	Evolutie globale boni en mali	37
5.3.1.2	Evolutie boni en mali per ziekenfonds	39
5.3.2	Verschillen tussen de berekeningsmethodes	42
5.3.2.1	Globale verschillen	42
5.3.2.2	Verschillen per ziekenfonds	43
5.4	Beheer van de boni en mali	45
5.4.1	Inhoud en omvang van het bijzonder reservefonds	45
5.4.2	Boekhoudkundig en financieel beheer van de boni en mali	47
5.5	Conclusies	48
Hoofdstuk 6		
Besluit		50
Hoofdstuk 7		
Antwoord van de minister		53
Bijlage 1		
Evolutie van het econometrisch model		54
Bijlage 2		
Impact van de aanpassing van de normatieve sleutel 2008 aan de ledentallen 2015 op de verdeling van de hoeveelheden middelen tussen de ziekenfondsen		57
Bijlage 3		
Gedeelde verantwoordelijkheid		58
Bijlage 4		
Voorlopige afrekening en financiële verantwoordelijkheid		61
Bijlage 5		
Brief van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		63

HOOFDSTUK 1

Inleiding

In een resolutie van 22 oktober 2015 besliste de Kamer van Volksvertegenwoordigers het Rekenhof een onderzoek te laten uitvoeren naar de administratiekosten, de financiële verantwoordelijkheid en de controle van de ziekenfondssector, en dit met de vraag over de drie audits te rapporteren in respectievelijk 2016, 2017 en 2018¹.

In dit verslag rapporteert het Rekenhof over de audit naar de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondssector. Zowel de private ziekenfondsen (via hun landsbond) als de openbare kassen² worden sinds 1995 met boni en mali gestimuleerd om de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering in lijn te helpen houden met een wettelijk vastgelegde groeimarge.

In zijn resolutie heeft de Kamer aan het Rekenhof gevraagd te onderzoeken of de huidige methodiek en gebruikte variabelen in het systeem van financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondssector nog relevant zijn, en of ze in de verplichte ziekteverzekering een goede basis vormen voor de verdeling van de financiële middelen en de responsabilisering voor de uitgavenevoluitie.

Het Rekenhof heeft voor deze audit de achterliggende processen en de concrete toepassing van het mechanisme in kaart gebracht aan de hand van gegevens uit de begroting en de rekeningen van de verplichte ziekteverzekering, nota's en notulen van de advies- of beheersorganen binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), interviews bij de betrokken diensten van het RIZIV, vroegere auditbevindingen van het Rekenhof, en de draagwijdte en doelstellingen van de betrokken reglementering (hoofdzakelijk de artikelen 40 en 196 tot 202 van de Ziekteverzekeringwet³). Tijdens de

¹ *Parl. St. Kamer*, 22 oktober 2015, DOC54 1218/008, Resolutie voor het verrichten door het Rekenhof van twee audits in de ziekenfondssector en een audit bij de federale overheidsinstellingen die toezicht houden op de ziekenfondsen. Met toepassing van artikel 5 en 5bis van de wet van 29 oktober 1846 op de inrichting van het Rekenhof heeft de voorzitter van de Kamer van Volksvertegenwoordigers het Rekenhof op 28 oktober 2015 verzocht de opdrachten waarvan sprake in de resolutie, te vervullen.

² Voor het beheer van de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering erkent de wetgever de volgende landsbonden: de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM), de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen (LN), het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NSVM), de Landsbond van Liberale Mutualiteiten (LLM) en de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen (LOZ). Daarnaast zijn ook twee openbare kassen actief: de Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail (NMBS) en de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV). (Uit praktische overwegingen gebruikt dit verslag het begrip ziekenfondsen in overkoepelende zin, en wordt het onderscheid tussen de begrippen landsbonden van ziekenfondsen, ziekenfondsen en openbare kassen enkel gemaakt als dit direct nuttig of nodig is).

³ De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: *Ziekteverzekeringwet*).

tweede helft van februari 2017 heeft het Rekenhof ook bij de ziekenfondsen gepeild naar hun visie op de eventuele modernisering van het systeem⁴.

De audit werd op 5 oktober 2016 aangekondigd bij de voorzitter van de Kamer, de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de administrateur-generaal van het RIZIV. De meeste onderzoekswerkzaamheden vonden plaats tussen december 2016 en februari 2017.

Het Rekenhof legde zijn ontwerpverslag op 3 mei 2017 ter commentaar voor aan het RIZIV en de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Zij hebben respectievelijk op 7 juni en 13 juni 2017 geantwoord. In dit verslag is rekening gehouden met hun antwoorden. Het antwoord van de minister is als bijlage toegevoegd.

⁴ De vijf landsbonden en de twee openbare kassen hadden immers positief gereageerd op het voorstel van het Rekenhof om daarover een consultatieronde te organiseren. Rekening houdend met de bevoegdheid van het Rekenhof werden de ziekenfondsen daarbij enkel gecontacteerd als stakeholder in het systeem en niet als geauditeerde.

HOOFDSTUK 2

Mechanisme

2.1 Componenten

De financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen is een mechanisme om hen te responsabiliseren voor de uitgavenevoluitie in de verplichte ziekteverzekering. Daarop is ook hun financiering geënt, althans voor het gedeelte dat betrekking heeft op de betaling van geneeskundige prestaties. Het mechanisme geldt immers niet voor hun administratiekosten of voor hun uitgaven in het kader van de verplichte invaliditeitsverzekering⁵.

Elk werkzaam model van responsabilisering veronderstelt een realistisch en een duidelijk afgebakend doel of gewenst resultaat aan de ene kant, en voldoende instrumenten met eventueel ook gepaste stimuli om dat doel te bereiken aan de andere kant. Toegepast op de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen is het doel hun uitgaven voor geneeskundige prestaties te laten evolueren binnen de grenzen van de groeimarge die in de Ziekteverzekeringswet is vastgelegd. Op basis van die groeimarge wordt elk jaar een bedrag van de globale begrotingsdoelstelling voor de verplichte ziekteverzekering bepaald. De ziekenfondsen worden mee verantwoordelijk gesteld voor het respecteren van de globale begrotingsdoelstelling, en beschikken daartoe over enkele instrumenten voor uitgavenbeheersing, zoals inspraak over nodige besparingen of de organisatie van informatiecampagnes.

De financiering van de ziekenfondsen werd in dat model van responsabilisering voor de uitgaven ingepast. In de loop van het jaar betaalt het RIZIV hen enkel voorschotten uit ten belope van hun aandeel in de globale begrotingsdoelstelling (*inkomstenaandeel*). Na het begrotingsjaar volgt dan een afrekening waarbij het verschil wordt vergeleken met hun uitgaven. Bij een overschot mogen de ziekenfondsen 25 % van het verschil houden (*boni*). Een tekort moeten de ziekenfondsen ten belope van 25 % zelf ten laste nemen van hun reserves (*mali*), weliswaar beperkt tot 2 % van hun inkomstenaandeel indien de begrotingsdoelstelling met meer dan 2 % wordt overschreden. Die boni en mali zouden voor de ziekenfondsen een stimulans moeten zijn om de toename van de uitgaven te helpen beperken.

Het mechanisme bestaat uit drie componenten die de leidraad vormen voor de rapportering over het onderzoek: de werking van het mechanisme wordt in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens geanalyseerd vanuit de doelstelling, het instrumentarium en de stimuli. Die indeling loopt parallel met de doorlooptijd van het mechanisme: de doelstelling wordt bepaald voordat het begrotingsjaar aanvangt en de uitgavenbeheersing wordt gerealiseerd tijdens het jaar, waarna aan de hand van een vergelijking tussen de begrote en de werkelijke uitgaven de boni of mali worden berekend.

⁵ Voor hun administratiekosten geldt een ander mechanisme van responsabilisering, zie daarover Rekenhof, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling. Verslag in uitvoering van de resolutie van de Kamer van Volksvertegenwoordigers van 22 oktober 2015*, Brussel, januari 2017, p.36-41. Beschikbaar op www.rekenhof.be.

2.2 Kenmerken

2.2.1 Ingeperkte verantwoordelijkheid

Toen na 1945 werd overgestapt van een vrijwillige naar een verplichte ziekteverzekering bleef het principe bestaan dat de ziekenfondsen, net als een verzekeraar, moesten instaan voor het evenwicht tussen hun ontvangsten en uitgaven. Die ontvangsten bestonden in hoofdzaak uit een percentage van de sociale bijdragen van hun leden, aangevuld met staatstoelagen. Als die ontvangsten niet volstonden om de verzekerde prestaties van hun leden te betalen, moesten de ziekenfondsen het tekort bijpassen uit reserves of andere eigen middelen, zoals positieve saldi van vorige jaren of bijkomende ledenbijdragen.

Dat principe was echter niet werkzaam, ook niet na diverse aanpassingen en verfijningen. Aan de ene kant liepen door de financiële verantwoordelijkheid de schulden en de daaraan verbonden leningen bij sommige ziekenfondsen jaar na jaar verder op, zodat het RIZIV de negatieve saldi uiteindelijk moest overnemen. Aan de andere kant werd algemeen aangenomen dat de financiële verantwoordelijkheid niet evenwichtig was verdeeld tussen de ziekenfondsen en de andere actoren in de verplichte ziekteverzekering: de zorgverstrekkers, de regering, de sociale partners, en de patiënten.

In die context werd beslist de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen in te perken, en dit in nauwe samenhang met een reeks maatregelen waarmee ook alle andere betrokken actoren opnieuw werden geresponsabiliseerd voor de toename van de uitgaven in de verplichte ziekteverzekering. In de beginfase (1995-1997) moesten de ziekenfondsen enkel nog instaan voor 15 % van het verschil tussen hun inkomstenaandeel en hun uitgaven. Voor 1998 en 1999 werd dat aandeel opgetrokken tot 20 %, en sinds 2000 bedraagt het 25 %. Parallel met die geleidelijke verhoging zou immers ook het instrumentarium worden uitgebouwd waarmee de ziekenfondsen de uitgavenevoluitie kunnen beïnvloeden.

2.2.2 Gecorrigeerde verantwoordelijkheid

Het vroegere mechanisme van financiële verantwoordelijkheid hield slechts in beperkte mate rekening met het verschillende ledenprofiel bij de ziekenfondsen. Een ziekenfonds dat relatief meer leden telde met een laag inkomen of vervangingsinkomen (bv. invaliden, werklozen) werd aan zijn ontvangstenzijde geconfronteerd met een lager aandeel aan sociale bijdragen. Een ziekenfonds dat relatief meer leden telde met hogere risico's op gezondheidsuitgaven (bv. ouderen) had aan zijn uitgavenzijde een hoger aandeel te betalen prestaties. Het effect van beide factoren werd nog eens versterkt omdat ze in de praktijk vaak samen voorkwamen, en helpt te verklaren waarom sommige ziekenfondsen onder het vroegere mechanisme grote schulden opbouwden terwijl andere overschotten konden boeken.

In het mechanisme dat sinds 1995 van toepassing is, ontvangen de ziekenfondsen van het RIZIV middelen op basis van hun te financieren behoeften en wordt hun financiële verantwoordelijkheid gecorrigeerd door rekening te houden met het uitgavenniveau dat volgens hun ledenprofiel mag worden verwacht. Daartoe wordt op basis van een econometrisch model een verdeelsleutel toegepast op een deel van de uitgaven. Die correctie helpt ook te voorkomen dat ziekenfondsen bij de ledenwerving risicoselectie zouden toepassen, zelfs al is dat in de sociale zekerheid niet toegestaan.

Econometrisch model

De normen voor de berekening van de te verwachten uitgaven (*normatieve uitgaven*) zijn vervat in een econometrisch model, uitgewerkt door twee universitaire teams van experts en vastgelegd bij koninklijk besluit. Het model steunt op een reeks kenmerken (*parameters*) die zijn geselecteerd omwille van hun invloed op de gezondheidsuitgaven, zoals de leeftijd, het geslacht, de sociale en professionele situatie, de woonplaats en de gezondheidstoestand. Aan de hand van statistische analyses wordt voor elke parameter bepaald in welke mate hij de gezondheidsuitgaven beïnvloedt (*coëfficiënt* of waarde per parameter). Bijlage 1 omschrijft de inhoud en de evolutie van de parameters.

Het nu geldende model bestaat uit 152 parameters en is uitgewerkt in 2008⁶. De coëfficiënten ervan werden toen bepaald aan de hand van statistische analyses op gegevens van 2002, maar zijn inmiddels meermaals geactualiseerd. Momenteel ligt er een ontwerp voor dat ook de parameters van het model aanpast om rekening te houden met de gevolgen van de zesde staatshervorming. Sommige parameters hebben immers betrekking op prestaties die niet meer tot het federale bevoegdheidsdomein behoren.

De parameters en coëfficiënten van het econometrisch model worden in deze audit niet geëvalueerd. Zoals ook uiteengezet bij de totstandkoming van de resolutie over de audit, zijn de belangrijkste problemen van het mechanisme immers van conceptuele en niet van technische aard⁷. Bovendien zijn de betrokken variabelen ook gedeeltelijk het resultaat van beleidskeuzes en vormen ze op het ogenblik van de uitvoering van de audit al het voorwerp van een evaluatie om de gevolgen van de zesde staatshervorming in het model te integreren.

Normatieve verdeelsleutel

Door de parameters en de coëfficiënten ervan toe te passen op het ledenbestand van elk ziekenfonds (bv. het aantal leden per leeftijdsgroep, opgesplitst per geslacht), wordt het bedrag aan normatieve uitgaven bepaald. Het aandeel of percentage van het ziekenfonds in de normatieve uitgaven van alle ziekenfondsen samen, is de normatieve verdeelsleutel.

Tot 2007 werd een afzonderlijke normatieve verdeelsleutel toegepast voor de uitgaven in de regeling van de zelfstandigen. Door die specifieke regeling samen te voegen met de algemene regeling van de verplichte ziekteverzekering is die afzonderlijke sleutel - na een overgangsregeling in 2008 en 2009 - niet meer nodig⁸.

Beperkte berekeningsbasis

De normatieve verdeelsleutel wordt slechts op 30 % van de uitgaven toegepast. Het grootste deel van de uitgaven wordt dus niet gecorrigeerd op basis van het ledenprofiel, en gewoon over de ziekenfondsen verdeeld volgens hun aandeel in de totale uitgaven (*uitgavensleutel*)⁹.

⁶ Koninklijk besluit van 4 mei 2012 tot vaststelling van de methode voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel en de kenmerken van de parameters met het oog op de toepassing van de definitieve financiële verantwoordelijkheid voor het jaar 2008 en de daaropvolgende jaren.

⁷ *Parl. St. Kamer*, 13 oktober 2015, DOC 54 1371/001, Gedachtewisseling met de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en vertegenwoordigers van het Rekenhof over de vraag van de minister van Sociale Zaken om het Rekenhof op te dragen twee audits uit te voeren over de financiering van de ziekenfondsen, verslag namens de Commissie voor de Financiën en de Begroting.

⁸ Zolang de normatieve verdeelsleutel voor 2010 niet is bepaald, wordt het inkomstenaandeel nog berekend aan de hand van de twee afzonderlijke sleutels. Wat betreft de vaststelling van de normatieve sleutel, zie punt 5.2.4.

⁹ Zie ook punt 3.4.2.

Dit was deels een beleidskeuze, maar deels ook toe te schrijven aan de beperkte voorspellende waarde van het model.

Bepaalde variabelen zijn nog niet in het model verwerkt wegens onvoldoende beschikbare gegevens, ontoereikende wetenschappelijke of technische inzichten, en sommige ongewenste gevolgen. Zo zijn de variabelen geweerd die de hogere uitgaven van een ziekenfonds toeschrijven aan het feit dat hun leden een relatief betere toegang hebben tot dure medische apparatuur of behandelingen (bv. door de lokale beschikbaarheid ervan). Het model corrigeert aldus niet voor gecreëerde meeruitgaven aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg, maar wel voor meeruitgaven door factoren aan de vraagzijde. Volgens het RIZIV kunnen die variabelen technisch wel in de berekening worden geïntegreerd, maar het RIZIV oordeelt dat het zich niet kan uitspreken over de opportuniteit van die integratie.

De beperkingen van het econometrisch model verklaren trouwens ook waarom de normatieve sleutel in de beginfase (1995-1997) slechts op 10 % van de uitgaven werd toegepast, en dat percentage pas werd verhoogd tot 20 % (1998-2000) en later 30 % (sinds 2001) naarmate het model gaandeweg fijnmaziger werd.

Meervoudige toepassing

De normatieve sleutel wordt toegepast bij de verdeling van de voorschotten en bij de afrekening ervan. Die afrekening gebeurt sinds 2006 in twee fasen: eerst voorlopig op basis van de uitgaven die de ziekenfondsen tijdens het betrokken jaar hebben geboekt, nadien definitief op basis van de uitgaven voor geneeskundige prestaties die effectief tijdens het betrokken jaar werden geleverd²⁰.

2.2.3 Gedeelde verantwoordelijkheid

Het mechanisme van de responsabilisering werkt ook tussen de ziekenfondsen onderling. Want hoewel de afrekening van de financiële verantwoordelijkheid resulteert in de toewijzing van individuele boni en mali aan elk ziekenfonds afzonderlijk, wordt het bedrag ervan in grote mate mee bepaald door het resultaat bij andere ziekenfondsen. Hoe dat concreet gebeurt, wordt onder punt 5.3 en in bijlage 3 toegelicht, nadat het mechanisme zelf verder werd geanalyseerd. Wel wordt hiermee al de aandacht gevestigd op een ander elementair kenmerk dat gepaard ging met de invoering van het mechanisme, met name de overstap van een individuele verantwoordelijkheid naar een mengvorm van individuele en collectieve verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen.

2.2.4 Overzicht

Uit de voorgaande punten blijkt dat een evaluatie van de impact van het mechanisme doorheen de tijd rekening moet houden met een aantal ingrijpende wijzigingen. Tabel 1 geeft daarom nog eens een overzicht van die wijzigingen.

Bij de invoering van het mechanisme was al in een deel van de wijzigingen voorzien, met name de stelselmatige verhoging van het aandeel van de financiële verantwoordelijkheid en van het aandeel van de normatieve uitgaven. Latere wijzigingen hadden betrekking op de invoering van een dubbele afrekening van de financiële verantwoordelijkheid en op de herziening van de normatieve verdeelsleutel toen de regeling voor zelfstandigen en de algemene regeling van de verplichte ziekteverzekering werden samengevoegd tot één

²⁰ Hoofdstuk 5 gaat uitgebreid in op de redenen en de gevolgen van de afrekening in twee fasen.

regeling. De normatieve verdeelsleutel wordt nu trouwens opnieuw herzien om rekening te houden met de gevolgen van de zesde staats hervorming.

Tabel 1 – Evolutie van het mechanisme van de financiële verantwoordelijkheid

Begrotings- jaar	Aandeel responsa- bilisering (in %)	Afrekening in twee fasen	Aandeel normatieve sleutel (in %)	Basis van de normatieve sleutel ¹¹	Aparte normatieve sleutel zelfstandigen
1995-1997	15	Nee	10	Sociale stand	Ja
1998-2000	20	Nee	20	Sociale stand	Ja
2001	25	Nee	30	Sociale stand	Ja
2002-2005	25	Nee	30	295 variabelen	Ja
2006-2007	25	Ja	30	295 variabelen	Ja
2008-2009	25	Ja	30	152 variabelen	Ja
2010-2014	25	Ja	30	152 variabelen	Nee
2015-2016	25	Ja	30	In herziening	Nee

Bron: Rekenhof

2.3 Perspectieven

Het Toekomstpact van 28 november 2016 tussen de ziekenfondsen en de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid stelt dat in onderling overleg zal worden onderzocht “hoe en onder welke voorwaarden geëvolueerd kan worden van de individuele responsabilisering naar een collectieve responsabilisering, mede om risicoselectie en oneerlijke concurrentie uit te sluiten”¹². Dat onderzoek zou tegen midden 2018 moeten uitmonden in een uitgewerkt voorstel tot aanpassing van het huidig mechanisme.

De concrete draagwijdte van die verbintenis leggen de ziekenfondsen enigszins verschillend uit, maar ze zijn het er wel over eens dat moet worden geëvolueerd naar een collectief georganiseerde preventie en controle (zie ook de bespreking van het instrumentarium onder punt 4.3). Over de gevolgen hiervan op de verdere toekenning van boni en mali of op de reserves die daarmee al werden aangelegd, bestaat begin 2017 echter nog geen enkele duidelijkheid.

¹¹ Voor een toelichting over de gebruikte sociale stand (weduwen, invaliden, gepensioneerden,...) en de gebruikte variabelen: zie bijlage 1.

¹² Beleidsceel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, *Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen*, 28 november 2016, p.68 (actieverbintenis 66).

HOOFDSTUK 3

Doelstelling

3.1 Omschrijving

Het mechanisme van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen is uitgewerkt tussen 1992 en 1994, een periode gekenmerkt door een strakke budgettaire discipline die noodzakelijk was om België te laten toetreden tot de Europese Monetaire Unie. De relatieve grootte van de begroting voor de verplichte ziekteverzekering, gecombineerd met de groei ervan, leidde toen tot een reeks maatregelen om de uitgaven voor geneeskundige prestaties vanaf 1995 binnen de grenzen van een wettelijk vastgelegde groeimarge te doen evolueren. Die groeimarge bestaat uit twee parameters: een groeicnorm en een index³.

- De groeicnorm bepaalt de budgettaire ruimte voor reële meeruitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar, en maakt het met andere woorden mogelijk om meer of nieuwe tussenkomsten van de ziekteverzekering ten laste te nemen of om de prijs ervan (los van een indexering) te laten stijgen. De groeicnorm is een percentage dat in de wet is vastgelegd en bij de invoering ervan was beperkt tot 1,5 %.
- De indexering past het globale uitgavniveau van het voorgaande jaar aan op basis van de levensduurte. Tot en met 2015 gebeurde dat met de verwachte gezondheidsindex in het komende begrotingsjaar, vanaf 2016 volgens indexeringsregels die eigen zijn aan de prestaties in de ziekteverzekering.

De groeimarge als richtsnoer voor de uitgavenevoluitie heeft echter aan belang ingeboet (zie punt 3.2). Bij de begrotingsopmaak wordt immers steeds vaker beslist van de bestaande groeimarge af te wijken, ofwel rechtstreeks door te sleutelen aan de groeicnorm of aan de index, ofwel onrechtstreeks door in de begrotingsdoelstelling bedragen te blokkeren die niet kunnen worden aangewend voor een bijkomende uitgavengroei in het komende jaar.

Het principe blijft niettemin dat de ziekenfondsen door middel van een financiële verantwoordelijkheid worden geresponsabiliseerd om een uitgavenevoluitie te helpen realiseren die zoveel als mogelijk in de lijn ligt van de jaarlijks vooropgestelde globale begrotingsdoelstelling. Daarvan moeten wel nog een aantal uitgaven worden afgetrokken waarin de ziekenfondsen niet tussenkomen, en waarvoor dus ook geen boni of mali mogen worden toegekend (zie punt 3.3). Het resultaat hiervan, de *aangepaste begrotingsdoelstelling*, is het bedrag waarop de ziekenfondsen in de loop van het jaar aanspraak zullen kunnen maken om hun uitgaven voor geneeskundige prestaties te financieren. De verdeling van dat bedrag over de ziekenfondsen en de thesauriële afwikkeling ervan zijn het voorwerp van specifieke voorschriften (zie punt 3.4).

³ Artikel 40 van de Ziekteverzekeringwet.

3.2 Belang van de groeimarge

3.2.1 Kader

De keuze om de uitgaven voor geneeskundige prestaties vanaf 1995 te laten evolueren met een groeionorm van 1,5 %, werd slechts enkele jaren volgehouden. Nadat de toetreding van België tot de eurozone was aanvaard, werd een inhaalbeweging noodzakelijk geacht omdat een dergelijk beperkte groeionorm “*niet zou stroken met een natuurlijke aangroei van de uitgaven en onherroepelijk zou leiden tot een reductie van het verzekeringspakket*”¹⁴. Die inhaalbeweging gebeurde van 1999 tot 2002 door een hoog bedrag aan uitzonderlijke uitgaven toe te voegen aan de groeimarge (samen voor 700,3 miljoen euro in 1999 en 2001), door het vertrekpunt van de groeimarge opnieuw vast te leggen (een forfaitaire toename van de globale begrotingsdoelstelling tot 12.412,7 miljoen euro in 2000) en ook door de groeionorm zelf te verhogen (van 1,5 % naar 2,5 % vanaf 2001).

De versoepeling van de groeimarge bleef echter niet beperkt tot een overgangsfase, maar werd bestendigd in het federale regeerakkoord van juli 2003. Volgens de tekst van dat akkoord mochten de uitgaven voor geneeskundige prestaties voortaan met 4,5 % per jaar in reële termen toenemen “*om een voor iedereen hoog niveau van kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg te waarborgen*”. Die groeionorm van 4,5 % zou uiteindelijk tot 2012 worden gehandhaafd. In 2012 en 2015 werd het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling forfaitair vastgelegd, wat feitelijk neerkwam op een nulgroei, terwijl zowel in 2013, 2014 als 2016 de groeionorm werd gewijzigd (naar 2 % in 2013, 3 % in 2014 en 1,5 % vanaf 2016).

De toegestane groeimarge is het resultaat van een beleidskeuze. Ofwel wegen budgettaire overwegingen door, en worden de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering beperkt om ruimte te creëren voor andere beleidsinitiatieven binnen en buiten de sociale zekerheid (of, specifiek bij de invoering van de groeionorm, om de toetreding tot de eurozone mogelijk te maken). Ofwel verschuift de klemtoon naar een sterkere groei van de uitgaven om een ruime toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorgen te kunnen blijven waarborgen.

De groeimarge bepaalt binnen welke grenzen de uitgaven op langere termijn moeten evolueren. Een voortdurende wijziging ervan holt de relevantie ervan dan ook volledig uit. Want terwijl de groeimarge bepalend zou moeten zijn bij de jaarlijkse beslissing over de omvang van de begroting, is de situatie nu veeleer omgekeerd. De jaarlijks beslissing over het gewenste uitgavenniveau maakt het ook voor de ziekenfondsen uiterst moeilijk om in het kader van hun financiële verantwoordelijkheid tijdig voldoende initiatieven van uitgavenbeheersing te kunnen inplannen.

3.2.2 Omvang van de groeimarge

Budgettaire analyses over de ziekteverzekering stellen nagenoeg altijd de hoogte van de groeionorm centraal. Een wijziging van de groeionorm staat inderdaad gelijk met een zekere versoepeling dan wel verstrenging van de nodige uitgavenbeheersing, en is in dat opzicht ook direct relevant om te bepalen in hoeverre de ziekenfondsen effectief voor de uitgavenevoluitie worden geresponsabiliseerd.

¹⁴ Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging*, Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, januari 2006, p.15 (reactie van het RIZIV op het ontwerpverslag). Beschikbaar op www.rekenhof.be.

Nochtans zijn andere factoren minstens even belangrijk om de uitgavenevolutive en de nodige uitgavenbeheersing te kunnen duiden: het reeds verwachte uitgavenniveau bij ongewijzigd beleid, de keuze om de beperkte budgettaire ruimte al dan niet met bijkomende besparingen te vergroten om toch een aantal nieuwe initiatieven in de begroting te kunnen opnemen, de wijze waarop de impact van nieuwe maatregelen budgettair wordt ingeschreven, en de mate waarin wordt beslist in de globale begrotingsdoelstelling bedragen te reserveren voor overdrachten of provisies (zie ook 3.3.4).

Een andere factor in de uitgavenevolutive waaraan tot voor kort weinig aandacht werd besteed, is de indexering. Nochtans verklaart die tweede component van de groeimarge ongeveer een derde van de stijging van de uitgaven sinds 1995. Het indexpercentage is een gegeven dat als dusdanig niet kan worden beïnvloed. Het Rekenhof toonde echter in vroegere verslagen aan dat een fundamenteel probleem besloten lag in de wijze waarop de begrotingsdoelstelling tot 2015 werd geïndexeerd¹⁵.

Door het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling aan te passen met de gezondheidsindex, werd jaar na jaar een hoger bedrag begroot dan wat volgens de specifieke indexeringsregels in de ziekteverzekering noodzakelijk was. Het Rekenhof berekende dat verschil over de periode 2005-2014 op minstens 1,5 miljard euro. In feite leidde de indexeringswijze tot een bijkomende groeinorm die de nodige uitgavenbeheersing en de responsabilisering van de ziekenfondsen versoepelde. Aansluitend bij de vaststellingen van het Rekenhof werd artikel 40 van de Ziekteverzekeringwet gewijzigd: sinds 2016 wordt bij de begrotingsopmaak alleen nog rekening gehouden met de specifieke indexeringsregels in de ziekteverzekering.

3.3 Draagwijdte van de responsabilisering

3.3.1 Kader

De financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen geldt niet voor de volledige begroting van de verplichte ziekteverzekering. Het mechanisme is enkel van toepassing op uitgaven voor geneeskundige prestaties, meer bepaald voor prestaties op het federale bevoegdheidsdomein, en niet op beheersuitgaven of op uitgaven die tot de globale begrotingsdoelstelling behoren maar buiten de ziekenfondsen om gebeuren (zie tabel 2). De scheidingslijn tussen die categorieën is echter niet altijd duidelijk.

¹⁵ Rekenhof, "RIZIV. Indexering van de uitgaven voor de ziekteverzekering", *Boek 2015 over de Sociale Zekerheid*, Brussel, oktober 2015, p. 93-97. Beschikbaar op www.rekenhof.be.

Tabel 2 - Relatieve draagwijdte van de financiële verantwoordelijkheid ten opzichte van het totale bedrag van de begroting 2017 voor de verplichte ziekteverzekering (in miljoen euro)

Begroting ziekteverzekering 2017	33.428,9
Uitgaven buiten het federaal beleidsniveau	-4.590,4
Uitgaven buiten de groeimarge	-4.211,3
- administratiekosten RIZIV en ziekenfondsen	-954,9
- andere beheersuitgaven	-3.256,5
Saldo: globale begrotingsdoelstelling 2017	24.627,2
Uitgaven buiten de ziekenfondsen:	-667,0
- uitgaven betaald door RIZIV	-354,1
- aftrekken voor budgettaire marges en correcties	-312,9
Saldo: aangepaste begrotingsdoelstelling 2017 (= saldo voor de financiële verantwoordelijkheid)	23.960,1

Bron: RIZIV

3.3.2 Uitgaven buiten het federale beleidsniveau

Sinds 1 juli 2014 is de zesde staatshervorming van kracht, en zijn de gemeenschappen bevoegd voor het beheer van de instellingen voor ouderenzorg (rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, centra voor dagverzorging), de investeringen voor de bouw of renovatie van ziekenhuizen en de zware medisch-technische apparatuur (bv. scanners), de mobiliteitshulpmiddelen, de *long term care*-revalidatie, de geestelijke gezondheidszorg, de preventie en de organisatie van eerstelijnsgezondheidszorg.

De gemeenschappen moeten die nieuwe bevoegdheden uitoefenen in een eigen reglementair en organisatorisch kader, maar dat kader is nog niet volledig uitgewerkt. Voorlopig blijft het RIZIV de geneeskundige prestaties die vroeger onder de ziekteverzekering ressorteerden, beheren voor rekening van de gemeenschappen. Zij nemen vanaf 1 januari 2015 wel de uitgaven ten laste van hun begroting. In de begroting 2017 voor de ziekteverzekering is voor die uitgaven 4.590,4 miljoen euro ingeschreven¹⁶, weliswaar buiten de globale begrotingsdoelstelling want te financieren door de gemeenschappen. De uitgaven voor de overgedragen bevoegdheden behoren dus ook niet langer tot het toepassingsgebied van het federale mechanisme van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen¹⁷.

Het is nog steeds niet duidelijk of en hoe de gemeenschappen eveneens een mechanisme van financiële verantwoordelijkheid op hun uitgaven zullen toepassen. Het is evenmin duidelijk

¹⁶ De grootste uitgaven in de begroting 2017 zijn die voor de instellingen voor ouderenzorg (3.043,2 miljoen euro), de investeringen voor de bouw en renovatie van ziekenhuizen en in zware medisch-technische apparatuur (762,1 miljoen euro), de *long term care*-revalidatie (272,2 miljoen euro) en de geestelijke gezondheidszorg (175,1 miljoen euro).

¹⁷ De wijziging in de samenstelling van de uitgaven vergde wel een herschikking van de parameters en coëfficiënten van de normatieve verdeelsleutel, toe te passen vanaf de afrekening van de financiële verantwoordelijkheid over het jaar 2015. Daartoe werd een voorstel uitgewerkt door de Begeleidingscommissie Financiële Verantwoordelijkheid bij het RIZIV (nota aan de Algemene raad van het RIZIV, "Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen - Model rekening houdend met de zesde staatshervorming", 6 december 2016).

of en hoe er voor de overgedragen bevoegdheden nog een verrekening moet gebeuren op de boni die vroeger zijn toegekend om er later mali mee te ondervangen.

3.3.3 Uitgaven buiten de groeimarge

De uitgaven waarop de groeinorm niet van toepassing is en die zich bijgevolg buiten de begrotingsdoelstelling situeren, bestaan uit de administratiekosten van het RIZIV en van de ziekenfondsen, althans het deel dat specifiek betrekking heeft op de verplichte ziekteverzekering (954,9 miljoen euro in 2017), en uit diverse bedragen die eveneens als beheersuitgaven worden aangemerkt (3.256,5 miljoen euro in 2017), zoals:

- dotaties van het RIZIV aan instellingen die actief zijn in het beleidsdomein van de gezondheidszorg (bv. het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg of het eHealth-platform);
- de financiering door het RIZIV van projecten in verband met de digitalisering van de gezondheidszorg (bv. het plan *eGezondheid*);
- specifieke uitgaven waar eigen ontvangsten tegenover staan (tussenkomen in het kader van internationale verdragen, aandeel van de Staat in de ligdagprijs van ziekenhuizen¹⁸);
- uitgaven voor geneeskundige prestaties die volgens de procedure van artikel 56 van de Ziekteverzekeringwet worden gekwalificeerd als een zorgvernieuwend project, als een vaccinatie- of opsporingsprogramma, of als innoverend of experimenteel geneesmiddel.

Het Rekenhof heeft er vroeger op gewezen dat vooral die laatst vernoemde projecten het ene jaar binnen en het andere jaar buiten de begrotingsdoelstelling ten laste werden genomen (bv. projecten rond kankerbestrijding)¹⁹. Die keuze houdt verband met de financiering ervan: binnen de globale begrotingsdoelstelling verminderen ze de beschikbare middelen voor andere initiatieven, daarbuiten moeten ze afzonderlijk worden gefinancierd. Hoewel het meestal om relatief beperkte bedragen gaat²⁰, betreft het een weinig transparante praktijk die ook al meermaals aanleiding gaf tot discussie in de beheersorganen van het RIZIV²¹. De bedragen die voor dergelijke projecten in de begrotingsdoelstelling zijn opgenomen, worden wel in mindering gebracht in de berekeningsbasis van de financiële verantwoordelijkheid (zie correcties onder 3.3.4).

¹⁸ Ziekenhuizen krijgen een budget voor de opname en het verblijf van patiënten. Dat ziekenhuisbudget is deels ten laste van de ziekteverzekering (via de globale begrotingsdoelstelling) en deels ten laste van de federale Staat (afzonderlijke uitgavenpost die wordt gefinancierd met ontvangsten uit de btw).

¹⁹ Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging – Opvolgingsaudit*, Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, juni 2011, p.19. Beschikbaar op www.rekenhof.be.

²⁰ Maar ook grote achterstallige betalingen voor ziekenhuisopnamen werden op die manier al 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*, Volume I, Brussel, september 2006, p. 522-524. Beschikbaar op www.rekenhof.be.

²¹ Om die reden wordt nu regelmatig voor het Verzekeringscomité een inventaris opgemaakt van de "projecten artikel 56" die binnen en buiten de globale begrotingsdoelstelling vallen.

3.3.4 Uitgaven buiten de ziekenfondsen

De globale begrotingsdoelstelling omvat enkele rubrieken waarin de ziekenfondsen niet tussenkomen, en die dus eveneens in mindering moeten worden gebracht om de draagwijdte van hun financiële verantwoordelijkheid te bepalen. Dit is duidelijk het geval voor uitgaven die het RIZIV zelf afhandelt (354,1 miljoen euro in de begroting 2017), zoals de terugbetaling van verstrekkingen verleend aan geïnterneerden, informaticapremies, premies voor de accreditering en forfaitaire vergoedingen voor de organisatie van wachtdiensten.

Daarnaast moet ook een aanpassing gebeuren voor bedragen die in de begrotingsdoelstelling zijn ingeschreven als geblokkeerde marges of budgettaire correcties en als dusdanig evenmin verband houden met een tussenkomst van de ziekenfondsen, meer bepaald:

- de geblokkeerde marges voor maatregelen die in het komende begrotingsjaar nog niet gedurende het volledige jaar van toepassing zullen zijn²² (gereserveerde bedragen) - in de mate dat die reeds bij de begrotingsopmaak kunnen worden geraamd - of voor geneeskundige prestaties waarvan wordt aangenomen dat de uitgaven onder de uitgaventrend zullen blijven, en dus nog niet moeten worden gefinancierd (*onderbenutting*; 134,9 miljoen euro voor 2017);
- de budgettaire correcties voor uitgaven die om technische en financiële redenen zowel binnen als buiten de globale begrotingsdoelstelling worden opgenomen (178 miljoen euro in de begrotingsdoelstelling 2017), in hoofdzaak uitgaven voor de ziekenhuisopname van buitenlands verzekerden²³ en uitgaven voor nieuwe projecten of experimentele prestaties (op basis van artikel 56 van de Ziekteverzekeringwet, zie 3.3.3).

De geblokkeerde marges bestaan ook uit bedragen om bepaalde meeruitgaven en minderontvangsten te kunnen ondervangen, en die vooral in de periode 2008-2011 een substantiële omvang hadden (zie tabel 3). Enerzijds wordt met die bedragen een buffer gecreëerd voor meeruitgaven aan geneeskundige prestaties, en dit zowel voor mogelijke meeruitgaven tijdens het lopende begrotingsjaar (*stabiliteitsprovisie*) als voor meeruitgaven die in de toekomst worden verwacht door de vergrijzing van de bevolking (*overdrachten voor het Toekomstfonds*²⁴, waarvoor de laatste overdracht gebeurde in 2010). Anderzijds werden

²² De kostprijs van nieuwe maatregelen wordt immers over het volledige jaar geraamd en in de begrotingsdoelstelling ingeschreven opdat het effect ervan op die manier ook correct wordt verrekend in de globale begrotingsdoelstelling van elk volgend jaar (die immers gebaseerd is op het bedrag van de doelstelling van het voorgaande jaar). Daarmee moet rekening worden gehouden bij het beoordelen van het begrotingsresultaat. Zo stelde het Rekenhof in 2011 vast dat de uitgaven voor 2010 694,5 miljoen euro onder het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling bleven, maar dat dit bedrag voor 340,2 miljoen euro bestond uit ongebruikte budgettaire marges voor initiatieven die pas in de loop van 2010 of zelfs helemaal niet werden uitgevoerd.

²³ Die uitgaven maken deel uit van de uitgaven voor internationale verdragen en vallen als dusdanig buiten de globale begrotingsdoelstelling. Ze zijn echter ook al begrepen in de ziekenhuisbudgetten: die budgetten dekken immers het geheel van de taken die een ziekenhuis voor rekening van de verplichte ziekteverzekering uitvoert, zonder dat daarbij een onderscheid kan worden gemaakt tussen het gedeelte dat betrekking heeft op de Belgische verzekerden en het gedeelte voor de buitenlandse verzekerden. Zie ook Rekenhof, "Financiering van de ziekenhuisuitgaven voor buitenlandse patiënten", 165^e Boek van het Rekenhof, Volume I, Brussel, november 2008, p. 411-421 en Rekenhof, "Financiering van buitenlandse patiënten in de ziekenhuisbudgetten - vervolgartikel", 166^e Boek van het Rekenhof, Volume I, Brussel, november 2009, p. 508-514. Ter beschikking op www.rekenhof.be

²⁴ Het Fonds voor de Toekomst van de Geneeskundige Verzorging (*Toekomstfonds*), opgericht in 2006, wordt beheerd door de RSZ.

in 2010 en 2011 ook bedragen geblokkeerd om voor de gehele sociale zekerheid de meeruitgaven en de minderontvangsten te helpen compenseren die het gevolg waren van de financiële en economische crisis (*overdrachten voor de sociale zekerheid*).

Het effect van het blokkeren van marges binnen de globale begrotingsdoelstelling wordt op langere termijn echter uitgevlakt omdat de marges deel blijven uitmaken van de globale begrotingsdoelstelling: het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling van het volgende jaar wordt immers berekend op de globale begrotingsdoelstelling van het voorafgaande jaar²⁵.

Voor de ziekenfondsen betekenen de geblokkeerde marges dat van hen wordt verwacht dat ze hun uitgaven tijdens het betrokken jaar helpen aansturen in de richting van een tijdelijk verlaagd uitgavenniveau. Voor het bepalen van de berekeningsbasis van hun financiële verantwoordelijkheid wordt het bedrag van de marges immers afgetrokken van de globale begrotingsdoelstelling.

Tabel 3 - Relatief belang van de overdrachten, provisies en onderbenutting in de groei van de uitgaven (in miljoen euro).

	2008	2009	2010	2011
Raming bij ongewijzigd beleid	20.712,3	23.095,1	23.412,6	24.716,0
Globale begrotingsdoelstelling	21.434,0	23.084,5	24.249,2	25.869,3
Geblokkeerde marges	506,3	474,6	693,9	1.395,5
<i>Overdracht voor het Toekomstfonds</i>	<i>306,3</i>	<i>299,9</i>	<i>294,2</i>	<i>0</i>
<i>Overdracht voor de sociale zekerheid</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>350,0</i>	<i>1.093,5</i>
<i>Stabiliteitsprovisie</i>	<i>100,0</i>	<i>99,7</i>	<i>49,7</i>	<i>50,0</i>
<i>Onderbenutting</i>	<i>100,0</i>	<i>75,0</i>	<i>0</i>	<i>252,0</i>

Bron: RIZIV

3.4 Gevolgen voor de financiering

3.4.1 Kader

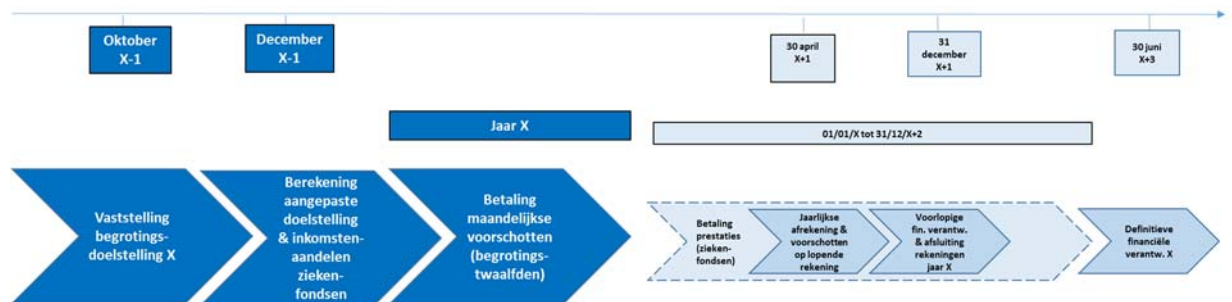
De financiering van de ziekenfondsen is gekoppeld aan hun responsabilisering voor de uitgavenevolucie. In de loop van het begrotingsjaar ontvangen zij daarom enkel voorschotten ten belope van het bedrag van de aangepaste begrotingsdoelstelling. Hun werkelijk te financieren behoeften worden pas na afloop van het begrotingsjaar vereffend, waarbij dan de verschuldigde boni of mali in rekening worden gebracht.

Dat eenvoudige principe wordt echter doorkruist doordat de verdeling van de financiering tussen de ziekenfondsen steunt op een complexe formule. Bovendien moet een nauwgezette regeling van hun kasbeheer helpen voorkomen dat ze met de voorschotten te grote

²⁵ Voor meer details over de budgettaire en financiële implicaties die verbonden zijn aan de techniek van de overdrachten, zie Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging – Opvolgingsaudit*, Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, juni 2011, p.28. Beschikbaar op www.rekenhof.be.

liquiditeitsbuffers zouden aanleggen of integendeel met liquiditeitsproblemen worden geconfronteerd²⁶.

Schema 1 - Verloop van de financiering



Bron: Rekenhof

3.4.2 Verdeling van de voorschotten

Het bedrag van de aangepaste begrotingsdoelstelling wordt over de ziekenfondsen verdeeld aan de hand van een uitgavensleutel en een normatieve sleutel²⁷:

- 70 % van het bedrag van de aangepaste begrotingsdoelstelling wordt verdeeld op basis van de uitgavensleutel, dit is de verhouding van de geboekte uitgaven tussen de ziekenfondsen onderling tijdens de vier meest recente kwartalen waarvan de uitgaven bekend zijn;
- 30 % van het bedrag van de aangepaste begrotingsdoelstelling wordt gecorrigeerd op basis van het ledenprofiel van elk ziekenfonds aan de hand van de normatieve sleutel die bij de meest recente (definitieve) afrekening van de financiële verantwoordelijkheid werd toegepast.

Het aldus vastgestelde inkomstenaandeel is het bedrag waarop elk ziekenfonds aanspraak kan maken. In de loop van het begrotingsjaar bestaan die inkomstenaandelen dus nog uit voorlopige bedragen of voorschotten, waarvan bijna drie vierden toekomt aan twee ziekenfondsen (72 % in 2017; zie tabel 4). Het bedrag van de voorschotten houdt nu rekening met de meest recente evolutie van de ledentallen²⁸.

²⁶ Dat probleem stelde zich vooral in de periode 1995-2004: de ziekenfondsen kozen er toen noodgedwongen voor de ziekenhuisfacturen onbetaald te laten.

²⁷ Artikel 202, §1, Ziekteverzekeringswet; zie ook punt 2.2.2 voor een toelichting over de normatieve sleutel.

²⁸ Met "ledentallen" worden alle bij een ziekenfonds aangesloten personen bedoeld die recht hebben op de verstrekkingen van de ziekteverzekering. Het gaat dus om de bij het ziekenfonds aangesloten gerechtigden en de personen ten laste.

Tabel 4 - Initieel bedrag van het inkomstenaandeel per ziekenfonds (in miljoen euro), berekend op basis van de aangepaste begrotingsdoelstelling 2017 (23.960,1 miljoen euro).

	LCM	LNZ	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS	Totaal
Uitgavensleutel	43,15%	4,30%	29,30%	5,85%	15,38%	0,63%	1,39%	100%
Aandeel (70%)	7.237,1	721,0	4.913,6	980,7	2.580,5	105,7	233,5	16.772,1
Normatieve sleutel	42,49%	4,52%	29,28%	5,77%	15,86%	0,68%	1,40%	100%
Aandeel (30%)	3.054,4	325,2	2.104,7	414,6	1.139,9	48,9	100,3	7.188,0
Totaal	10.291,5	1.046,2	7.018,3	1.395,3	3.720,4	154,6	333,8	23.960,1

Bron: RIZIV

De verdeling van de voorschotten tussen de ziekenfondsen wordt elk trimester opnieuw berekend om te voorkomen dat er bij de afrekening alsnog grote verschillen met de initiële verdeling moeten worden bijgesteld. De budgettaire impact van eventuele nieuwe besparingsmaatregelen wordt niet trimestrieel, maar onmiddellijk verrekend. Dit gebeurt door het verschil tussen het vroegere en het nieuwe bedrag van de begrotingstwaalfden, vermenigvuldigd met het aantal reeds doorlopen maanden, in rekening te brengen.

3.4.3 Beheer van de kasmiddelen

De voorschotten worden op maandbasis – als *begrotingstwaalfden* – ter beschikking gesteld. Die forfaitair vastgelegde bedragen volgen uiteraard het werkelijke uitgavenritme niet, wat echter op thesaurieel vlak wordt bijgesteld. Het kan immers niet de bedoeling zijn met middelen van de sociale zekerheid liquiditeitsbuffers op te bouwen bij de ziekenfondsen en ze op die manier tijdelijk ongebruikt te laten. Evengoed moet worden vermeden dat de ziekenfondsen door een tekort aan kasmiddelen hun betalingsverplichtingen aan hun leden of aan de zorgverleners niet meer kunnen nakomen.

Die context verklaart waarom het beheer van de kasmiddelen voor de ziekteverzekering aan strikte regels is onderworpen. Zo is wettelijk voorgeschreven dat het per kalenderjaar geëvalueerde dagelijkse saldo van de beschikbare middelen op de zichtrekening van een ziekenfonds gemiddeld niet meer mag bedragen dan 2,5 % van zijn jaarlijkse uitgaven²⁹. De Controledienst voor de Ziekenfondsen legt nog strengere beperkingen op, samen met een aantal regels over de aanwending van de kasmiddelen. Een overtreding van die verplichtingen wordt gesanctioneerd door de vergoeding voor de administratiekosten van een ziekenfonds te verminderen³⁰.

²⁹ Artikel 1 van het koninklijk besluit van 12 april 1984 betreffende het beheer van de financiële middelen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering door de verzekeringsinstellingen en betreffende de vermeerdering van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen met een percentage van de met toepassing van artikel 136, §2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, teruggevorderde sommen.

³⁰ Zie daarover Rekenhof, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*. Verslag in uitvoering van de resolutie van de Kamer van Volksvertegenwoordigers van 22 oktober 2015, Brussel, januari 2017, p. 38.

Wegens de verplichtingen bij het beheer van de kasmiddelen worden de begrotingstwaalfden in de loop van elke maand in schijven uitbetaald, meer bepaald op basis van de reële liquiditeitsbehoeften van de ziekenfondsen. Maar die oplossing volstaat niet als het werkelijke uitgavenritme systematisch of substantieel lager ligt dan de forfaitair vastgestelde begrotingstwaalfden, en dus te grote voorschotten ter beschikking komen. Bovenop de voorschotten komt trouwens nog het bedrag van de boni die de ziekenfondsen ter beschikking stellen om er de lopende uitgaven van de verplichte ziekteverzekering mee te financieren³¹.

Om die redenen werd bij het RIZIV een liquiditeitsbuffer ingesteld in de vorm van een wachtreserve. De ziekenfondsen kunnen een overschot aan kasmiddelen in de wachtreserve storten en soepel terug opnemen als hun kastoestand dat vereist. Voor het begrotingsjaar 2015 bedroeg het saldo in de wachtreserve +497,2 miljoen euro.

Uit de verslagen van de Controledienst voor de Ziekenfondsen kan worden afgeleid dat de verplichtingen met betrekking tot het beheer van de kasmiddelen goed worden nageleefd. Bij de consultatieronde van de ziekenfondsen werd bovendien bevestigd dat het systeem van de wachtreserve goed werkt.

3.5 Conclusies

De financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen kadert in een geheel van maatregelen om de uitgavenevolutive van de verplichte ziekteverzekering te begrenzen tot een wettelijk vastgelegde groeimarge. In de feiten bestaat echter geen echte groeimarge, en ze is evenmin de bovengrens voor de werkelijke uitgavenevolutive. Het toegestane uitgavenniveau voor meer, hogere of nieuwe tegemoetkomingen van de ziekteverzekering volgt immers al sinds 1999 geen vooraf uitgetekend groeipad meer, maar wordt elk jaar opnieuw bepaald en soms al in grote mate ingevuld met andere uitgaven zoals provisies en overdrachten.

Op die manier ontbreekt een noodzakelijk richtinggevend kader voor de uitgavenbeheersing die van de ziekenfondsen wordt verwacht. De ziekenfondsen krijgen eerst bij het vastleggen van de globale begrotingsdoelstelling – in principe uiterlijk de derde maandag van oktober – en slechts voor het komende jaar zicht op het toegestane uitgavenniveau. Indien daaruit blijkt dat ze de uitgavenevolutive substantieel neerwaarts moeten helpen ombuigen, ligt het voor de hand dat het uiterst moeilijk is dit binnen een dergelijk beperkte tijdspanne te realiseren.

Tegelijk konden de ziekenfondsen tot voor kort rekenen op boni (of lagere mali) zonder daartoe zelfs maar enig initiatief voor uitgavenbeheersing te moeten nemen. Het was immers al vooraf bekend dat het begrotingsresultaat positief zou worden beïnvloed door ongebruikte budgettaire marges voor de indexering van de geneeskundige prestaties en voor initiatieven die pas in de loop van het jaar of zelfs helemaal niet zouden worden uitgevoerd. Die buffer is echter weggevallen door een nieuwe indexeringswijze vanaf 2016, en door de ongebruikte

Beschikbaar op www.rekenhof.be. De jaarverslagen van de Controledienst voor de Ziekenfondsen omschrijven hoe de liquiditeitsmarge wordt geëvalueerd.

³¹ Zie daarover meer in detail punt 5.4.2.

budgettaire marges voor nieuwe initiatieven sinds 2013 in mindering te brengen van de berekeningsbasis bij de afrekening van de financiële verantwoordelijkheid (zie ook 5.2).

Bijkomend moet ook worden opgemerkt dat geen duidelijkheid bestaat over de regeling van de financiële verantwoordelijkheid voor de overgedragen bevoegdheden in het kader van de zesde staatshervorming.

Anders dan als instrument van uitgavenbeheersing blijkt het mechanisme wel naar behoren te werken op het vlak van de financieringswijze van de ziekenfondsen en het daaraan gekoppelde thesauriebeheer.

HOOFDSTUK 4

Instrumentarium

4.1 Omschrijving

In de mate dat de ziekenfondsen financieel verantwoordelijk worden gesteld voor de uitgavenevolatie in de verplichte ziekteverzekering, is het logisch dat zij als tegengewicht over een instrumentarium kunnen beschikken dat hen in staat stelt op de uitgavenevolatie in te grijpen. Dat principe is meermaals beklemtoond toen het mechanisme van de financiële verantwoordelijkheid werd ingevoerd³². Daarbij werd hoofdzakelijk aandacht besteed aan een instrumentarium voor uitgavenbeheersing in overleg met de andere actoren. De ziekenfondsen kunnen echter ook zelf initiatieven nemen om hun uitgaven te beperken.

4.2 Uitgavenbeheersing met de andere actoren

4.2.1 Kader

De basis voor de nodige uitgavenbeheersing - en dus voor de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen - situeert zich bij de opmaak en uitvoering van de begroting voor de verplichte ziekteverzekering. Die procedure werd tussen 1992 en 1994 en in 2005³³ grondig herzien met het doel alle betrokken actoren ertoe aan te zetten in gemeenschappelijk overleg hun verantwoordelijkheid voor de uitgavenbeheersing op te nemen.

Het forum voor het overleg bestaat uit drie beheersorganen, ingesteld bij het RIZIV: de Algemene Raad, het Verzekeringscomité en de Commissie voor Begrotingscontrole. Elk van die organen kreeg op basis van zijn samenstelling een eigen budgettaire verantwoordelijkheid toegewezen³⁴:

- De Algemene Raad bepaalt de globale begrotingsdoelstelling, de algemene beleidslijnen en de maatregelen voor het financiële evenwicht in de verzekering voor geneeskundige verzorging. De raad is samengesteld uit vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, de sociale partners en de regering. Voorstellen over de globale begrotingsdoelstelling en het algemeen beleid moeten door alle vertegenwoordigers van de regering worden goedgekeurd. De vertegenwoordigers van de zorgverleners zetelen ook in de Algemene Raad, maar hebben enkel een raadgevende stem.

³² Zie onder meer:

- Verslag aan de Koning bij het koninklijk besluit van 12 augustus 1994 tot uitvoering van artikel 204, §2, van de Ziekteverzekeringwet, Belgisch Staatsblad 31 augustus 1994, 22.044.
- Memorie van Toelichting bij het ontwerp van wet tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, Senaat, 1992-1992, 579-1.

³³ 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 Ziekteverzekeringwet.

³⁴ Artikelen 15-18 en 21-22 van de Ziekteverzekeringwet.

- Het Verzekeringscomité staat in voor taken die nauwer verband houden met de geneeskundige sectoren zelf, zowel op het vlak van de verstrekkingen (bv. bevoegdheden in verband met de toepassing van de nomenclatuur) als wat betreft de vaststelling van de partiële begrotingsdoelstelling per sector. De beslissingen worden genomen door vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en de zorgverleners. Daarnaast is in het Verzekeringscomité een raadgevende stem toebedeeld aan vertegenwoordigers van de sociale partners en een vertegenwoordiger van de Controledienst voor de Ziekenfondsen. Vertegenwoordigers van de regering zijn gerechtigd om de vergaderingen bij te wonen.
- De Commissie voor Begrotingscontrole brengt verslag uit over de uitgavenevoluitie 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 ziekenfondsen, van de sociale partners, van de regering als van de zorgverleners zitting.

De kleinere ziekenfondsen en de twee openbare kassen wijzen erop dat zij slechts beperkt of zelfs niet in de overlegorganen zijn vertegenwoordigd, en dus zelf niet op de besluitvorming ervan kunnen wegen.

Parallel aan de opmaak en uitvoering van de begroting (4.2.2 en 4.2.3) verloopt het overleg tussen de ziekenfondsen en de geneeskundige sectoren (4.2.4). De onderlinge afstemming tussen beide procedures verloopt vaak moeizaam, te wijten aan hun eigen finaliteit.

4.2.2 Uitgavenbeheersing bij de opmaak van de begroting

De zorgverleners streven bij de opmaak van de begroting een zo hoog mogelijke partiële begrotingsdoelstelling voor hun sector na³⁵. Daarnaast hebben de ziekenfondsen vanuit het perspectief van hun financiële verantwoordelijkheid belang bij een zo hoog mogelijke groeïnorm of begrotingsdoelstelling³⁶. Beide elementen bepalen immers de berekeningsbasis waaraan hun uitgaven zullen worden getoetst om hen boni of mali toe te kennen.

De groeïnorm is echter wettelijk vastgelegd, en de regering vult die marge soms al grotendeels in met reserves of provisies (zie 3.3). Het overleg tussen de actoren beperkt zich dus tot de vraag hoe ze de nog resterende budgettaire ruimte evenwichtig over de sectoren kunnen verdelen, rekening houdend met elkaars prioriteiten. Maar ook in dat overleg neemt

³⁵ In hun jaarlijkse behoefte-ramingen beperken de zorgverleners zich tot het samenstellen van een lijst voorstellen waarvan de kostprijs een veelvoud is van wat budgettair haalbaar is, en waarbij ze slechts uitzonderlijk aangeven hoe ze een bepaalde behoefte zouden kunnen financieren door middel van een besparingsmaatregel, zie Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging – Opvolgingsaudit*, Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, juni 2011, p.23-24. Beschikbaar op www.rekenhof.be.

³⁶ Vroeger liet de wet zelfs de mogelijkheid open om een lagere groeïnorm toe te passen dan het vastgelegde percentage (de tekst van de wet had het immers over een *maximale* groeïnorm), maar die mogelijkheid is om onduidelijke redenen in 2003 geschrapt; zie daarover Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging – Opvolgingsaudit*, juni 2011, p.28

de regering een leidende en beslissende rol op, onder meer ook met eigen voorstellen van nieuwe initiatieven en besparingen³⁷.

Daarbij komt nog dat de ziekenfondsen niet zijn betrokken in de totstandkoming van de begroting voor geneesmiddelen, voor de ligdagprijs³⁸ en voor uitgaven in het kader van sociale akkoorden of sommige kleinere geneeskundige sectoren. Nochtans situeerden zich in het verleden precies bij die partiële begrotingsdoelstellingen de meeste en grootste budgetoverschrijdingen³⁹. Bovendien staan de betrokken sectoren in 2017 in voor 38,3 % van de uitgaven waarvoor de ziekenfondsen financieel verantwoordelijk worden gesteld⁴⁰.

Een recente evolutie bestaat erin dat die andere sectoren meer worden betrokken bij de uitgavenbeheersing op lange termijn. Een voorbeeld daarvan is het Toekomstpact met de geneesmiddelensector (2015), waarbij de realisatie van besparingen op lange termijn onder andere moet leiden tot een lagere factuur voor de patiënt en een betere toegang tot innovatieve therapieën.

4.2.3 Uitgavenbeheersing bij de uitvoering van de begroting

Bij de uitvoering van de begroting voor de verplichte ziekteverzekering bestaat er geen rem die verhindert dat de wettelijke groeimarge wordt overschreden. Het komt er dus op aan door middel van een nauwgezette opvolging tijdig een dreigende overschrijding van een begrotingsdoelstelling vast te stellen en bij te sturen.

In 2006 toonde het Rekenhof aan dat de meeste geneeskundige sectoren hun partiële begrotingsdoelstelling tussen 1999 en 2004 hadden overschreden, in totaal voor een bedrag van 2,28 miljard euro, maar dat daartegen zelden werd opgetreden⁴¹. De daaropvolgende jaren gebeurde dat trouwens evenmin, maar dan in een context waarin niet langer sprake was van een precaire budgettaire situatie en de totaliteit van de uitgaven ver onder de globale begrotingsdoelstelling bleef.

Het is hoe dan ook uiterst moeilijk de uitgavenevolucie nog in de loop van een begrotingsjaar bij te sturen. De gegevens over de uitgavenevolucie zijn tijdens de eerste maanden van het

³⁷ Voor een uitgebreide toelichting: Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - Opvolgingsaudit*, juni 2011, p.24-27. De leidende rol van de regering zorgt soms ook voor spanningen: zo slaagde de Algemene Raad van het RIZIV er niet in de regeringsvoorstellen voor de begroting 2016 en de begroting 2017 tijdig (d.i. uiterlijk de derde maandag van oktober) goed te keuren. Bijgevolg heeft de ministerraad, overeenkomstig artikel 40, §2 van de Ziekteverzekeringwet, de begroting voor die jaren vastgelegd.

³⁸ Voor de geneesmiddelen en de ligdagprijs zijn er wel specifieke commissies waarin de ziekenfondsen zijn vertegenwoordigd: de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van het RIZIV en de Federale Raad voor de Ziekenhuisvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Wat de opmaak van de begroting betreft, hebben die commissies alleen een adviserende bevoegdheid. Daarom wordt in dit verslag ook gesteld dat de ziekenfondsen niet zijn betrokken bij de totstandkoming van die budgetten.

³⁹ Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging*, januari 2006, p. 38-41 en Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - Opvolgingsaudit*, juni 2011, p.41.

⁴⁰ Samen 9.424,5 miljoen euro (hoofdzakelijk samengesteld uit 5.036,7 miljoen euro uitgaven voor de ligdagprijs, en 4.057,8 miljoen euro voor het budget geneesmiddelen; de uitgaven voor sociale akkoorden zijn bestemd voor de verpleegkundigen in de instellingen voor bejaardenzorg en maken dus deel uit van het pakket aan bevoegdheden dat aan de gemeenschappen is overgedragen). Bij de partiële begrotingsdoelstelling geneesmiddelen moet worden opgemerkt dat de heffingen niet worden verrekend op de uitgaven, en dus de financiële verantwoordelijkheid beïnvloeden.

⁴¹ Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging*, januari 2006, p.17.

begrotingsjaar immers nog weinig richtinggevend. Eigenlijk zijn pas ten vroegste vanaf augustus-september voldoende aanduidingen voorhanden over een mogelijke overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling voor een geneeskundige sector, hoewel het RIZIV dat nadeel sinds 2005 met een zogenaamde permanente audit van de uitgavenevolucie ten dele ondervangt⁴².

Daarenboven moet nog de nodige tijd worden gerekend voor het uitwerken en invoeren van gepaste correctiemaatregelen⁴³. Omdat in dezelfde periode ook de begroting voor het volgende jaar wordt opgemaakt, wordt er meestal om pragmatische redenen voor gekozen daarin ook de beslissing over vereiste correcties te integreren. Als dan toch maatregelen worden genomen om de uitvoering van de begroting in het lopende jaar bij te sturen, blijken ze nagenoeg altijd het gevolg te zijn van een initiatief door de regering.

4.2.4 Belang van het sectoraal overleg

In de meeste geneeskundige sectoren is een akkoorden- of overeenkomstencommissie actief⁴⁴, samengesteld uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de ziekenfondsen enerzijds en van de representatieve organisaties van de betrokken zorgverleners, inrichtingen of diensten anderzijds. Binnen die commissies worden in principe op tweejaarlijkse basis akkoorden of overeenkomsten gesloten over de toe te passen prijzen, honoraria of tarieven, en over de voorwaarden waaronder de verplichte ziekteverzekering de verstrekkingen terugbetaalt.

Elk akkoord of elke overeenkomst moet ook de correctiemechanismen preciseren die kunnen worden toegepast zodra een partiële begrotingsdoelstelling wordt overschreden of dreigt te worden overschreden⁴⁵. Het is immers niet alleen belangrijk dat risico's op een budgetoverschrijding snel worden vastgesteld en geanalyseerd, maar dat op dat ogenblik ook al concreet uitgewerkte instrumenten voorhanden zijn om snel te kunnen ingrijpen. De correcties kunnen dan bestaan uit een aanpassing van honoraria, tarieven of prijzen, uit herschikkingen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, uit nieuwe technieken om de verstrekkingen te financieren, of uit regels om het volume aan verstrekkingen binnen de normen te houden die in het sectoraal akkoord zijn opgenomen.

Hoewel de akkoorden of overeenkomsten voor de ziekenfondsen de meest directe weg zijn om de uitgavenevolucie in de betrokken sectoren te beïnvloeden, ligt het primaire doel ervan in het creëren van tariefzekerheid op een voor beide partijen aanvaardbaar niveau en niet in

⁴² Over de knipperlichtenprocedure en de permanente audit in het kader van de opvolging van de uitvoering van de begroting: Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - Opvolgingsaudit*, juni 2011, p.37-40.

⁴³ De ziekenfondsen en de zorgverleners laten na concreet uitgewerkte correctiemaatregelen op te nemen in hun overeenkomsten of akkoorden: zie 4.2.4.

⁴⁴ Artikelen 42-52 van de Ziekteverzekeringwet en artikelen 11-28 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Ziekteverzekeringwet. De *akkoordencommissies* zijn organen voor het overleg tussen de ziekenfondsen en de geneesheren of de tandheeskundigen. *Overeenkomstencommissies* zijn de organen waar de ziekenfondsen in overleg treden met de volgende groepen zorgverleners: de verplegingsinrichtingen, de psychiatrische centra, de rust- en verzorgingstehuizen, de rustoorden voor bejaarden, de centra voor dagverzorging, de diensten voor thuisverpleging, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen, de apothekers, de kinesitherapeuten, de orthopedisten, de logopedisten, de opticiens, de audiciens, de bandagisten, en de verstrekkers van prothesen, toestellen of implantaten.

⁴⁵ Artikel 51, §2, van de Ziekteverzekeringwet.

het beheersen van de uitgaven. Op dit niveau worden de actoren, die nochtans wel enige invloed kunnen uitoefenen op de uitgaven, dus niet geresponsabiliseerd.

Het streven naar tariefzekerheid is echter vaak moeilijk te verzoenen met de budgettaire prioriteiten. Nieuwe besparingsmaatregelen bij de begrotingsopmaak of toegepaste correctiemaatregelen bij de begrotingsuitvoering worden dan ook vaak beschouwd als een inbreuk op de gemaakte afspraken. Om dezelfde reden blijkt in de meeste akkoorden of overeenkomsten de wettelijk vereiste clause met concreet voorbereide correctiemaatregelen te ontbreken⁴⁶.

4.3 Uitgavenbeheersing door eigen initiatieven

4.3.1 Mogelijkheden en opportuniteiten

De ziekenfondsen kunnen ook buiten de voormelde overlegstructuren de uitgaven helpen beperken, en dit zowel elk afzonderlijk als gezamenlijk. De voorbeelden die daarbij het meest worden aangehaald zijn de verdere uitbouw van hun controles op een correcte toekenning van de tegemoetkomingen van de verplichte ziekteverzekering en de organisatie van informatie- of preventiecampagnes met betrekking tot de gezondheid. Beide voorbeelden maken echter al deel uit van een specifieke evaluatie en vergoeding in het kader van de responsabilisering van de ziekenfondsen voor hun administratiekosten⁴⁷. Bovendien is het onmogelijk het effect ervan in het kader van de jaarlijkse toewijzing van boni of mali te herleiden tot een welbepaald ziekenfonds of tot een welbepaald jaar. En tot slot behoort gezondheidspreventie nu in de regel niet meer tot het federale beleidsniveau.

De ziekenfondsen merken op dat hier nog belangrijke opportuniteiten onbenut blijven. Zowel preventie als controle (bv. op het voorschrijfgedrag of op bepaalde ziektebeelden) zouden ze voortaan in grote mate gezamenlijk moeten organiseren om effectief en efficiënt, budgettair relevant en niet langer onderling concurrentieverstorend te zijn. Daartoe is echter een flankerend overheidsbeleid noodzakelijk (bv. voor het opleggen van sancties of het organiseren van de nodige informatie-uitwisseling). De ziekenfondsen beschouwen dit als de evolutie naar een collectieve responsabilisering zoals omschreven in hun Toekomstpact met de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (zie 2.3). Daarbij werden echter nog geen concreet uitgewerkte voorstellen voorgelegd.

4.3.2 Risicoselectie en marktwerking

Anders dan private verzekeraars mogen de ziekenfondsen bij hun ledenwerving geen risicoselectie toepassen om hun uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering te beperken. De Ziekteverzekeringwet en de Ziekenfondswet⁴⁸ bepalen immers nadrukkelijk dat de

⁴⁶ Voor concrete voorbeelden: Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - Opvolgingsaudit*, juni 2011, p.40.

⁴⁷ In het variabel deel van de vergoeding van de administratiekosten hebben de ziekenfondsen bijvoorbeeld alleen al voor preventiecampagnes in 2014 5,4 miljoen euro ontvangen. Voor de draagwijdte en de berekening van het variabele deel van de administratiekosten van de ziekenfondsen: zie het jaarverslag 2015 van de Controledienst voor de Ziekenfondsen (ter beschikking op www.ocm-cdz.be).

⁴⁸ De wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (hierna: *Ziekenfondswet*).

sociaal verzekerden vrije toegang moeten hebben tot een ziekenfonds van hun keuze⁴⁹. Dat principe wordt ondersteund door bij de berekening van het inkomstenaandeel van de ziekenfondsen rekening te houden met hun ledenprofiel (zie ook 2.2.2 over de normatieve verdeelsleutel).

Toch moet dat enigszins worden genuanceerd. Via het aanbod van de aanvullende verzekeringen richten ziekenfondsen zich soms rechtstreeks of onrechtstreeks op specifieke ledenprofielen. Het risico bestaat dat zij proberen langs die weg een beperkte vorm van risicoselectie toe te passen om hun uitgaven te beïnvloeden: het is immers een feit dat een kleine groep van rechthebbers verantwoordelijk is voor een vrij groot deel van de uitgaven in de ziekteverzekering⁵⁰. Over de vraag of dat ook werkelijk gebeurt, is geen informatie beschikbaar.

De ziekenfondsen kunnen hun uitgaven evenmin beperken door het aanbod aan gezondheidszorg te onderwerpen aan concurrentie, bijvoorbeeld door de toegang tot bepaalde ziekenhuizen te ontraden dan wel te stimuleren door de omvang van hun tegemoetkoming daarvan afhankelijk te maken. De verschuldigde tussenkomsten van de verplichte ziekteverzekering liggen immers vast in de nomenclatuur en de overeenkomsten of akkoorden met de zorgverleners⁵¹. Bovendien is de vrije keuze van de patiënt wettelijk gewaarborgd⁵².

4.4 Conclusie

De belangrijkste mogelijkheden voor uitgavenbeheersing door de ziekenfondsen kaderen in het overleg met de andere actoren bij de opmaak van de begroting. Dat overleg gebeurt volgens een zorgvuldig uitgewerkte procedure waarin een logisch en consistent verloop van ramingen, voorstellen en adviezen moet uitmonden in een beslissing over de aanwending van de beschikbare budgettaire ruimte. In de praktijk neemt echter de regering een leidende en beslissende rol op. Enigszins vereenvoudigd kan worden gesteld dat de ziekenfondsen bij de begrotingsopmaak maar in beperkte mate mee beslissen of en in hoeverre de bestaande uitgavenevolucie moet worden bijgestuurd. In de praktijk kunnen ze hoogstens mee bepalen hoe de nodige uitgavenbeheersing zal worden gerealiseerd. Daarnaast blijken er bij de uitvoering van de begroting hoe dan ook weinig mogelijkheden te bestaan om de uitgavenevolucie nog in de loop van het jaar bij te sturen en worden de ziekenfondsen en de zorgverleners in het kader van de akkoorden – en overeenkomstencommissies uitgavenbeheersing, doorgaans weinig of niet geresponsabiliseerd.

Het instrumentarium van de ziekenfondsen om buiten de akkoorden en overeenkomsten de uitgaven zelf te beïnvloeden – zowel individueel als gezamenlijk – kampt dan weer met

⁴⁹ Artikel 118 van de Ziekteverzekeringwet, uitgevoerd door de artikelen 252-276 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Ziekteverzekeringwet, en artikel 9 van de Ziekenfondswet. Slechts in specifieke gevallen kan het vroegere ziekenfonds de overstap van een verzekerde weigeren.

⁵⁰ Een recente studie van het Intermutualistisch Agentschap toont aan dat 53 % van de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering zich situeert bij 5 % van de rechthebbers. Zie: Intermutualistisch Agentschap, "Concentratie van gezondheidszorguitgaven in de populatie", 3 september 2014 (te raadplegen op www.aim-ima.be). Het agentschap is een kostendelende vereniging zonder winstoogmerk met als doel "de door de verzekeringsinstellingen, in het kader van hun opdrachten, verzamelde gegevens te analyseren en de informatie hieromtrent te verstrekken".

⁵¹ Zie onder meer artikel 37, 42 en 50 van de Ziekteverzekeringwet en punt 4.2.4 van dit verslag.

⁵² Artikel 127 van de Ziekteverzekeringwet.

diverse andere problemen. Bijkomende initiatieven voor uitgavenbeheersing worden al gestimuleerd via de vergoeding van het variabele deel van hun administratiekosten, situeren zich in een breder tijdsperspectief dan de jaarlijks schommelende groeimarge, of hebben een effect dat in het kader van de individuele toewijzing van boni en mali onmogelijk tot een bepaald ziekenfonds kan worden herleid. Bovendien slagen de ziekenfondsen er zonder flankerend overheidsbeleid niet in essentiële controles op de toekenning van prestaties gezamenlijk te organiseren.

De ziekenfondsen beschikken dus niet over het nodige instrumentarium om de uitgavenevoluitie aan te sturen in de richting van de globale begrotingsdoelstelling. Overigens zijn ze zelfs niet eens betrokken bij de opmaak en uitvoering van een aantal partiële begrotingsdoelstellingen die nochtans samen instaan voor meer dan een derde van de uitgaven en waar zich in het verleden de meeste budgetoverschrijdingen situeerden.

HOOFDSTUK 5

Boni en mali

5.1 Omschrijving

Het responsabiliseringsmechanisme heeft als doel om door het toekennen van boni of het ten laste nemen van mali, de ziekenfondsen aan te moedigen actief mee te werken aan de beheersing van de uitgaven door middel van de instrumenten die ze daartoe tot hun beschikking hebben. Om die doelstelling te verwezenlijken is het belangrijk dat die boni en mali correct en tijdig worden berekend en dat de methode en procedures daarvoor in de regelgeving geen rem zijn op de stimulans die moet uitgaan van die boni en mali.

5.2 Berekening

Het responsabiliseringsmechanisme dat in 1995 werd ingevoerd, voorzag in één enkele berekening van de financiële responsabilisering van de ziekenfondsen, bij het afsluiten van de rekeningen.

De toepassing bracht twee problemen aan het licht:

- Als de begrotingstwaalfden niet volstonden en de wachttreserves waren uitgeput, konden de ziekenfondsen bij gebrek aan liquide middelen niet binnen een redelijke termijn de facturen betalen of de getuigschriften voor verstrekte hulp terugbetalen⁵³.
- Verzekerden hebben twee jaar de tijd om terugbetalingen te vragen. Dat heeft een weerslag op het ritme waaraan ziekenfondsen hun uitgaven boeken, en dus op de berekeningstermijn van de responsabilisering.

De Ziekteverzekeringswet werd bijgevolg aangepast om die problemen te verhelpen:

- Om thesaurieproblemen bij de ziekenfondsen te voorkomen, werd een systeem ingevoerd waarbij jaarlijks in april X+1 een afrekening wordt gemaakt van de uitgaven.
- Door een aanbeveling van het Rekenhof om de impact van het boekingsritme bij de berekening van de boni en mali te neutraliseren⁵⁴, wordt de financiële verantwoordelijkheid sinds het boekjaar 2006 in twee fases berekend⁵⁵. Bij het afsluiten van de rekeningen vindt een eerste voorlopige berekening plaats op grond van de geboekte uitgaven van het jaar (dat zijn de uitgaven voor alle prestaties die tijdens het boekjaar werden terugbetaald)⁵⁶. Naderhand wordt de financiële verantwoordelijkheid definitief bepaald op grond van de gepresteerde uitgaven die de ziekenfondsen voor datzelfde jaar ten laste moesten nemen (dit zijn de uitgaven

⁵³ Dat heeft zich voorgedaan in de jaren 90. De directie van het RIZIV heeft toen een voorschot (op de definitieve afsluiting) van het Globaal Beheer ontvangen.

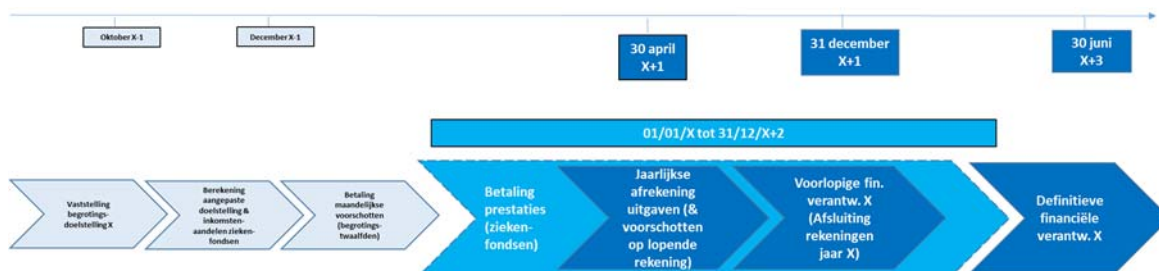
⁵⁴ Rekenhof, *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging*, Verslag aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, januari 2006. Beschikbaar op www.rekenhof.be.

⁵⁵ Wet van 24 juli 2008 houdende diverse bepalingen (I).

⁵⁶ Artikel 196 Ziekteverzekeringswet.

voor de prestaties die tijdens het kalenderjaar zijn uitgevoerd en waarvoor binnen twee jaar de terugbetaling bij de ziekenfondsen wordt gevraagd)⁵⁷.

Schema 2 - Berekeningsproces



Bron: Rekenhof

5.2.1 Jaarlijkse afrekening van de uitgaven

Binnen vier maanden na het einde van het dienstjaar stelt het RIZIV de geboekte uitgaven van het jaar X vast op basis van de documenten die de ziekenfondsen voorleggen⁵⁸.

In de maand nadat de Algemene Raad van het RIZIV de uitgaven heeft goedgekeurd, vergelijkt het RIZIV de uitgaven met de aangepaste globale begrotingsdoelstelling en maakt het voor elk ziekenfonds een afrekening.

Die afrekening omvat twee elementen:

- het verschil tussen de uitgaven van het ziekenfonds voor boekjaar X en zijn inkomstenaandeel;
- de bedragen die het ziekenfonds aan het RIZIV heeft teruggestort en niet opnieuw heeft opgevraagd in het kader van het beheer van de liquide middelen (de zogeheten wachtreserve).

Als de uitgaven van een ziekenfonds hoger liggen dan zijn inkomstenaandeel, betaalt het RIZIV aan het ziekenfonds het verschil tussen de uitgaven en het inkomstenaandeel, verminderd met 25 % van dat verschil. In voorkomend geval wordt dat verschil verhoogd met de sommen die het ziekenfonds heeft teruggestort en niet opnieuw heeft opgevraagd in het kader van het beheer van de liquide middelen⁵⁹.

Als de uitgaven van een ziekenfonds lager liggen dan zijn inkomstenaandeel, moet het ziekenfonds dat verschil aan het RIZIV terugbetalen. In voorkomend geval wordt dat verschil verminderd met de sommen die het ziekenfonds heeft teruggestort en niet opnieuw heeft opgevraagd in het kader van het beheer van de liquide middelen⁶⁰.

⁵⁷ Artikel 196bis, Ziekteverzekeringwet.

⁵⁸ Artikel 202, §2, Ziekteverzekeringwet.

⁵⁹ Artikel 202, §2, 3^e lid, Ziekteverzekeringwet.

⁶⁰ Artikel 202, §2, 4^e lid, Ziekteverzekeringwet.

Het bedrag dat aan de ziekenfondsen wordt terugbetaald, komt bovenop de maandelijkse voorschotten van het boekjaar X+1 en zorgt voor een liquiditeitenoverschot dat de ziekenfondsen nog diezelfde dag terugstorten in de wachtreserve van het RIZIV.

5.2.2 Voorlopige financiële verantwoordelijkheid

Het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV maakt in principe vóór 31 december van het jaar X+1⁶¹ de rekeningen van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen⁶² op.

Om de voorlopige financiële verantwoordelijkheid te bepalen, actualiseert de dienst Actuarieel van het RIZIV voor elk ziekenfonds zijn inkomstenaandeel en het bedrag van de geboekte uitgaven.

Om het inkomstenaandeel van elk ziekenfonds vast te stellen, bepaalt het RIZIV voor elk ziekenfonds een uitgavensleutel en een normatieve verdeelsleutel. De uitgavensleutel is gebaseerd op de geboekte uitgaven van het jaar X. De normatieve verdeelsleutel is de sleutel die werd berekend toen de laatste definitieve financiële verantwoordelijkheid werd vastgesteld. Die sleutel wordt gecorrigeerd om rekening te houden met het ledenaantal van het jaar X.

Het RIZIV berekent daarnaast een nieuwe aangepaste begrotingsdoelstelling. Daarbij worden van de globale begrotingsdoelstelling niet alleen de bedragen afgetrokken die het RIZIV rechtstreeks betaalt of die worden afgehouden van de financieringsbehoeften, maar sinds 2013 ook de gereserveerde bedragen waarmee nog geen rekening was gehouden bij de initiële begroting of bij de begrotingsaanpassingen. Het betreft de financiële middelen die in de globale begrotingsdoelstelling werden opgenomen in het kader van de uitvoering van de maatregelen met een gunstige financiële impact en die niet volledig werden benut omdat die maatregelen later dan volgens de globale begrotingsdoelstelling was gepland, werden uitgevoerd⁶³. De gereserveerde bedragen die zo in aanmerking werden genomen voor de berekening van de voorlopige verantwoordelijkheid 2013⁶⁴ beliepen 63,2 miljoen euro.

Het inkomstenaandeel wordt berekend door de twee verdeelsleutels toe te passen op die nieuwe aangepaste begrotingsdoelstelling.

Bij een boni komt het aan het ziekenfonds toegewezen aandeel (25 %) terecht in het bijzonder reservefonds van het ziekenfonds waarmee eventuele latere mali kunnen worden gedekt⁶⁵.

Bij een mali is het ziekenfonds 25 % verschuldigd van dat berekende mali. Als de globale begrotingsdoelstelling met meer dan 2 % zou worden overschreden, wordt het tekort beperkt tot 2 % van het inkomstenaandeel van elk ziekenfonds.

⁶¹ Artikel 12 van het koninklijk besluit van 22 juni 2001 tot vaststelling van de regelen inzake de begroting, de boekhouding en de rekeningen van de openbare instellingen van sociale zekerheid die zijn onderworpen aan het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid.

⁶² Artikel 12, 5°, Ziekteverzekeringwet.

⁶³ Artikel 197, §3bis, Ziekteverzekeringwet.

⁶⁴ De rekeningen 2013 zijn de laatste die werden opgesteld voor de verzekering geneeskundige verzorging.

⁶⁵ Artikel 198, §2, Ziekteverzekeringwet.

Bij het afsluiten van de rekeningen stelt de financiële dienst van het RIZIV bovendien per ziekenfonds een overzicht op van alle rechten en van alle middelen die het effectief ontving. Naargelang er sprake is van een overschot of een resttekort wordt het saldo gestort op of afgenomen van de lopende rekening van het ziekenfonds.

5.2.3 Definitieve financiële verantwoordelijkheid

Om de definitieve financiële verantwoordelijkheid van een ziekenfonds voor het jaar X te bepalen, moet het RIZIV de sleutel van de gepresteerde uitgaven en de normatieve verdeelsleutel van het jaar in kwestie berekenen.

Berekening van de uitgavensleutel

De sleutel van de gepresteerde uitgaven is het percentage uitgaven dat elk ziekenfonds heeft gepresteerd in de totale gepresteerde uitgaven voor het jaar X van alle ziekenfondsen samen.

Berekening van de normatieve verdeelsleutel

Het RIZIV bepaalt voor het jaar X de waarde van de coëfficiënten die worden toegepast op de variabelen van het econometrische model (cf. punt 2.2.2 en bijlage 1).

Het RIZIV verzamelt, verwerkt en valideert de berekeningsgegevens (uitgaven geneeskundige verzorging, variabelen per individu, farmaceutische gegevens enz.) en berekent vervolgens de normatieve verdeelsleutel.

Gepresteerde inkomstenaandelen

Daarnaast bepaalt het RIZIV het *gepresteerde begrotingsaandeel*. Dat is de aangepaste begrotingsdoelstelling (waarmee rekening werd gehouden bij de berekening van de voorlopige verantwoordelijkheid), vermenigvuldigd met een aanpassingscoëfficiënt. Die coëfficiënt is het gemiddelde, over de laatste drie bekende boekjaren, van het quotiënt tussen de gepresteerde uitgaven en de geboekte uitgaven die in de afsluiting van de rekeningen zijn vermeld.

Vervolgens stelt het RIZIV het gepresteerde inkomstenaandeel van elk ziekenfonds vast.

Berekening van de definitieve financiële verantwoordelijkheid

Het RIZIV berekent de definitieve financiële verantwoordelijkheid en kent aan elk ziekenfonds 25 % toe van het verschil tussen de gepresteerde inkomstenaandelen en de gepresteerde uitgaven van het dienstjaar of legt hen 25 % van dat verschil ten laste.

Tot slot bepaalt het RIZIV het verschil tussen de voorlopige en de definitieve financiële verantwoordelijkheid van elk ziekenfonds. Die verschillen worden toegevoegd aan of afgetrokken van het reservefonds van de ziekenfondsen bij de afsluiting van de rekeningen van het eerstvolgende jaar. Ze worden ook opgenomen in het overzicht dat het RIZIV opstelt van alle rechten van de ziekenfondsen en van de middelen die hen effectief werden gestort.

5.2.4 Termijnen en kostprijs van het berekeningsproces

Theoretische en werkelijke termijnen

De wet bepaalt termijnen voor de verschillende stappen in de berekening van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Zo moet het RIZIV de voorlopige uitgaven van het jaar X in principe binnen 4 maanden na het einde van het boekjaar bepalen⁶⁶. De

⁶⁶ Artikel 202, §2, Ziekteverzekeringwet.

afsluiting van de rekeningen van het boekjaar X en de berekening van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen moeten plaatsvinden vóór 31 december van het volgende boekjaar⁶⁷.

Na de verjaringstermijn van twee jaar berekent het RIZIV de definitieve financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen⁶⁸. Zoals al werd aangestipt, kan de definitieve financiële verantwoordelijkheid van een jaar X niet worden berekend zonder eerst de normatieve verdeelsleutel van datzelfde jaar te berekenen. Door de tijd die nodig is om de gegevens voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel te verzamelen, te controleren en te verwerken, kan die sleutel ten vroegste worden berekend vanaf 1 juni van het jaar X+3. De normatieve verdeelsleutel van het jaar 2009, bijvoorbeeld, had berekend moeten zijn in juni 2012.

De volgende tabel geeft voor elke stap in het proces aan hoeveel tijd het kostte om de berekening te maken. De tabel vermeldt de vertraging (uitgedrukt in maanden) tussen de werkelijke berekeningstermijn en de wettelijke (of theoretische) termijn.

Tabel 5 – Termijnen voor het berekenen van de financiële verantwoordelijkheid (FV)

Boek-jaar	Jaarlijkse afrekening uitgaven	Berekening voorlopige FV	Vertraging (maanden)	Berekening definitieve FV	Vertraging (maanden)
2006	25/05/2007	15/12/2008	11	10/10/2011	28
2007	28/04/2008	06/05/2010	16	18/04/2012	22
2008	08/05/2009	25/01/2012	24,5	13/06/2016	59
2009	07/05/2010	25/01/2012	12,5	Nog niet beschikbaar	
2010	22/04/2011	15/10/2012	9,5	Nog niet beschikbaar	
2011	13/04/2012	02/07/2013	6	Nog niet beschikbaar	
2012	26/04/2013	12/09/2016	32	Nog niet beschikbaar	
2013	25/04/2014	9/11/2016	22	Nog niet beschikbaar	
2014	31/05/2015	Nog niet beschikbaar		Nog niet beschikbaar	
2015	18/05/2016	Nog niet beschikbaar		Nog niet beschikbaar	

Bron: Rekenhof

De jaarlijkse afrekening van de uitgaven wordt tijdig opgesteld, maar de berekening van de voorlopige en de definitieve financiële verantwoordelijkheid loopt soms tot vijf jaar vertraging op.

De termijn voor de berekening van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid van 2012 valt te verklaren doordat de normatieve verdeelsleutel 2008 op zich liet wachten. De

⁶⁷ Artikel 196, Ziekteverzekeringwet.

⁶⁸ Artikel 196bis, Ziekteverzekeringwet.

ziekenfondsen wilden die hebben voor de afsluiting van de rekeningen 2012, maar diverse factoren hebben de opmaak van het model van normatieve verdeelsleutel 2008 vertraagd :

- De groep die het model moest herzien, was al jarenlang niet meer bijeengekomen. Sommige deskundigen waren niet meer beschikbaar en moesten worden vervangen.
- Er was veel discussie over de resultaten van de werkzaamheden van de groep. Er moesten knopen worden doorgemaakt en vervolgens moesten de beslissingen worden uitgevoerd in het model (bv. een verschillende berekening voor werknemers en voor zelfstandigen).
- De verantwoordelijke voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel was lange tijd afwezig en er was geen vervanger met voldoende kennis om zijn taken over te nemen.

Door de termijnen voor de berekening van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen (voorlopig en definitief) verliest het mechanisme aan relevantie. Enerzijds leidt het proces ertoe dat de ziekenfondsen hun inkomsten voor een jaar X pas kennen op het moment dat de definitieve verantwoordelijkheid is bepaald, en dat is jaren na de betaling van de prestaties. Anderzijds kunnen de berekeningen in elke stap van het proces (jaarlijkse afrekening van de uitgaven, voorlopige verantwoordelijkheid en definitieve verantwoordelijkheid) in belangrijke mate van elkaar afwijken. Een ziekenfonds kan bijvoorbeeld een boni hebben bij de jaarlijkse afrekening, maar een mali bij de berekening van de voorlopige verantwoordelijkheid, of vice versa.

In december 2015 keurde het RIZIV een tijdschema goed om de vertraging bij de berekening van de definitieve financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen weg te werken. Het RIZIV heeft dat tijdschema in 2016 herzien, met als argument dat uiterlijk in december 2016 aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een nieuw econometrisch model moest worden voorgelegd dat rekening houdt met de zesde staats hervorming.

Tabel 6 – Tijdschema voor de berekening van de definitieve financiële verantwoordelijkheid

Boekjaar	Tijdschema uit 2015	Herzien tijdschema uit 2016
2008	Eind 2015 – begin 2016	
2009	September 2016	1 ^e trimester 2017
2010	December 2016	1 ^e trimester 2017
2011	December 2016	1 ^e trimester 2017
2012	September 2017	September 2017
2013	December 2017	December 2017
2014	December 2017	December 2017
2015	1 ^e semester 2018	1 ^e semester 2018

Hoewel de kalender eind 2016 werd herzien, worden de nieuwe termijnen niet in acht genomen. De normatieve verdeelsleutels van 2009, 2010 en 2011, die moesten worden

berekend in het eerste trimester van 2017, waren nog niet berekend op het ogenblik waarop deze audit werd afgesloten.

Impact van de termijnen op de thesaurie

De lange doorlooptijd tussen het jaar in kwestie en de berekening van de normatieve verdeelsleutel (die wordt vastgesteld bij de berekening van de definitieve financiële verantwoordelijkheid) had gevolgen voor de thesaurie van de ziekenfondsen. De begrotingstwaalfden van de ziekenfondsen werden immers tot eind 2015 berekend aan de hand van de normatieve verdeelsleutel van 2007 (en het ledental in 2007). Eén van de ziekenfondsen (de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen - LOZ) werd daardoor systematisch ondergefinancierd. Het kreeg liquiditeitsproblemen en kon zijn leden en de zorgverleners niet binnen redelijke termijnen terugbetalen. Volgens de berekeningen van het ziekenfonds ging het alleen al voor de boekjaren 2011 en 2012 om een financieringstekort van 45 à 50 miljoen euro per jaar. Om dat probleem op te lossen, stelde het RIZIV in januari 2016 voor de LOZ een eenmalige financiële tussenkomst van 100 miljoen euro te geven. Het vroeg daartoe aan elk ziekenfonds dat een wachtreserve voor 2015 had, een deel daarvan ter beschikking te stellen. Met die delen werd rekening gehouden bij de voorlopige afsluiting van de rekeningen 2015. Die verrichting was budgettair neutraal voor de Globale Beheren.

Sinds 2016⁶⁹ en de berekening van de normatieve verdeelsleutel 2008 is een structurele oplossing uitgewerkt: voor de berekening van de begrotingstwaalfden en de voorlopige verantwoordelijkheid wordt in de verdeelsleutel rekening gehouden met de evolutie van het ledental van de ziekenfondsen tussen het jaar waarvoor de verdeelsleutel wordt gehanteerd en het jaar op basis waarvan de laatste normatieve verdeelsleutel werd berekend⁷⁰. Die nieuwe methode werd voor het eerst toegepast op de begrotingstwaalfden van 2016 en de boekhoudkundige afsluiting van het boekjaar 2012 (voorlopige financiële verantwoordelijkheid).

Dat de normatieve verdeelsleutel wordt afgestemd op de evolutie van de ledentallen heeft gevolgen voor de verdeling van de begrotingstwaalfden tussen de ziekenfondsen (cf. bijlage 2). De volgende tabel vermeldt voor elk ziekenfonds welke impact de aanpassing van de normatieve verdeelsleutel 2008 aan de ledentallen 2015 heeft gehad op hun inkomstenaandelen voor het jaar 2016.

Tabel 7 – Totale impact per ziekenfonds voor het volledige jaar 2016, berekend op 01/08/2016 (in miljoen euro)

Ziekenfonds	Verskil qua inkomstenaandeel
LCM	-76,1
LNZ	29,8
NVSM	22,7
LLM	-29,8
MLOZ	64
HZIV	4,1
NMBS	-14,6
Totaal	0

Bron: berekeningen Rekenhof op basis van RIZIV-gegevens

⁶⁹ Artikelen 28 tot 30 van de wet van 22 juni 2016 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

⁷⁰ Artikel 202, §1, 3^e lid, Ziekteverzekeringwet.

Dankzij de aanpassing konden de thesaurieproblemen bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen effectief worden verholpen.

In 2016 waren de gevolgen voor de verdeling van de middelen tussen de ziekenfondsen aanzienlijk, omdat zeven jaar moest worden ingehaald (de normatieve verdeelsleutel 2008 werd afgestemd op de ledenaantallen 2015). De komende jaren zou de impact geringer moeten zijn, omdat de in aanmerking genomen evolutie van de ledentallen slechts betrekking zal hebben op één jaar.

Uit de gegevens die het RIZIV aanleverde, blijkt echter dat het bij de berekening van de inkomstenaandelen 2017 rekening heeft gehouden met een normatieve verdeelsleutel 2008 die werd afgestemd op de evolutie van de ledentallen van 2015, en niet op die van 2016 zoals eigenlijk het geval moest zijn. Het Rekenhof is nagegaan wat de impact op jaarbasis is van de aanpassing van de normatieve verdeelsleutel 2008 aan het aantal leden in 2016 voor de inkomstenaandelen 2017. Naargelang van het ziekenfonds gaat het om -8,8 miljoen euro tot +4,4 miljoen euro. In zijn antwoord stelt het RIZIV dat het met de ledentallen van 2016 rekening heeft gehouden bij de berekening van de normatieve sleutel die vanaf mei 2017 wordt toegepast.

Kostprijs van de berekening

Zoals al werd aangegeven, verloopt zowel de berekening van de verdeling van de middelen tussen de ziekenfondsen als de berekening van de financiële verantwoordelijkheid in verschillende stappen. Die berekeningen zijn tijdrovend en duur.

De berekening van de normatieve verdeelsleutel, die nodig is om de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen te kunnen vaststellen, vereist dat heel wat gegevens worden verzameld, verwerkt en gevalideerd. Het overleg over de berekeningswijze maakt ook talrijke uitwisselingen tussen het RIZIV en de ziekenfondsen nodig. Aan die activiteiten hangt een niet verwaarloosbaar kostenplaatje, dat echter moeilijk te becijferen is.

Naast de kosten van de berekening van de normatieve verdeelsleutel, vergen de diverse stappen van de procedure voor de validering van de methode en van de gegevens één à twee dagen werk per vergadering van:

- de technische groep⁷¹;
- de begeleidingscommissie⁷²;
- de algemene raad;
- het verzekeringscomité.

De ontwikkeling van een berekeningsmodel impliceert bovendien de inzet van heel wat personeel, zowel bij het RIZIV als bij de ziekenfondsen. Zo hebben twee RIZIV-medewerkers in 2016 twee maanden (deeltijds) gewerkt aan het voorstel van een nieuw model dat vanaf

⁷¹ De technische groep is een subgroep van de begeleidingscommissie die zich buigt over het aspect "gegevens" van het model.

⁷² In de begeleidingscommissie zetelen vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, deskundigen en een aantal vertegenwoordigers van het RIZIV. De commissie valideert de resultaten van de berekeningen door de directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie van het RIZIV, die zich zo nodig laat bijstaan door externe deskundigen.

2015 zou worden toegepast. Zodra het model is goedgekeurd, moet er nog een koninklijk besluit over verschijnen.

5.3 Omvang van de boni en mali

De volgende punten behandelen de globale en individuele evolutie van de boni en mali door de tijd en de verschillen als gevolg van de gehanteerde berekeningsmethode die hierboven werd uiteengezet (zie 5.2).

5.3.1 Verschillen door de tijd

5.3.1.1 Evolutie globale boni en mali

Tabel 8 geeft een overzicht van de totale boni en mali in de jaren 1995 tot 2015 over alle ziekenfondsen, berekend op het verschil tussen de aangepaste begrotingsdoelstelling en de uitgaven. Vanaf 2006 tot 2008 worden de cijfers voor de definitieve financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen gegeven, van 2009 tot 2013 de cijfers van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid. Voor 2014 en 2015 zijn de bedragen gebaseerd op de jaarlijkse afrekening van de uitgaven⁷³.

⁷³ Artikel 202, §2, Ziekteverzekeringswet

Tabel 8 – Evolutie van de begrotingsdoelstelling, uitgaven en boni/mali (in miljoen euro)

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

^(*) Voor 2014 en 2015 werd ook rekening gehouden met de gereserveerde bedragen, respectievelijk 139,1 en 120,2 miljoen euro.

DEF = definitieve boni en mali (van toepassing vanaf 2006), PROV = voorlopige boni en mali, SCH = geraamde boni en mali

Bron: Rekenhof op basis van gegevens van het RIZIV

De tabel toont aan dat er vooral tussen 1996 en 2004 belangrijke overschrijdingen waren van de begrotingsdoelstellingen. Vanaf 2005 (met uitzondering van 2012) keerde dit proces om met verscheidene budgetonderschrijdingen, wat leidde tot een cumulatie van boni. Voor 2015 wordt opnieuw een overschrijding van de begrotingsdoelstelling verwacht.

De verschillende bewegingen kunnen worden verklaard door de evolutie van de twee belangrijkste onderliggende determinanten: de aangepaste begrotingsdoelstelling en het niveau van de uitgaven. De inhoud van deze begrippen verschilt wel over de jaren heen (onderscheid tussen de berekening tot 2005 en de berekening van de provisionele versus definitieve verantwoordelijkheid vanaf 2006).

Voor de schommelingen van de begrotingsdoelstelling die een mogelijke impact kunnen hebben op de financiële verantwoordelijkheid wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

5.3.1.2 Evolutie boni en mali per ziekenfonds

De boni en mali op het niveau van de ziekenfondsen worden bepaald door het verschil tussen hun inkomstenaandeel in de aangepaste of gepresteerde begrotingsdoelstelling en de gepresteerde of geboekte uitgaven. Tabel 9 geeft het overzicht van de jaarlijkse boni en mali per ziekenfonds.

Tabel 9 – Evolutie boni en mali per ziekenfonds (inclusief gereserveerde bedragen 2014 en 2015) (miljoen euro)

Jaar	LCM	LNZ	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS	Totaal
1995	11,5	0,8	6,8	1,5	2,4	0,3	0,5	23,8
1996	-13,0	-1,4	-9,1	-2,0	-4,3	-0,2	-0,7	-30,6
1997	2,2	0,5	-0,1	0,5	0,9	0,0	-0,3	3,8
1998	-7,3	0,0	-3,3	-0,3	-1,7	0,3	-0,6	-12,8
1999	-7,1	0,2	-6,8	-0,9	-1,9	0,4	-0,5	-16,5
2000	-21,5	-2,0	-14,4	-3,2	-7,2	-0,1	-1,0	-49,3
2001	-28,9	-1,8	-19,6	-4,2	-9,9	0,7	-1,3	-64,9
2002	36,3	1,5	13,0	0,6	7,3	0,3	-1,1	57,9
2003	-0,8	-0,4	-2,2	-2,8	-0,6	0,6	-2,3	-8,5
2004	-34,8	-3,2	-23,5	-5,1	-11,6	0,5	-1,5	-79,3
2005	15,0	1,4	8,9	2,0	1,1	1,3	-1,4	28,2
2006-DEF	51,5	5,1	38,2	7,1	14,6	1,9	1,3	119,6
2007-DEF	57,9	6,2	32,6	9,8	17,9	1,3	2,0	127,7
2008-DEF	19,8	1,8	8,6	1,5	2,7	0,4	-0,9	33,8
2009-PROV	41,0	2,5	32,0	7,6	2,8	1,9	2,7	90,5
2010-PROV	68,5	5,9	42,5	11,3	14,8	2,1	4,2	149,3
2011-PROV	21,6	1,0	8,2	4,7	-3,2	1,6	3,0	36,8
2012-PROV	-6,9	2,9	0,4	-2,7	1,5	0,6	-1,9	-6,1
2013-PROV	15,5	5,5	15,6	1,0	12,6	0,8	-0,8	50,1
2014-SCH	32,3	-1,2	13,8	8,7	-3,1	1,7	5,8	57,9
2015-SCH	-11,4	-7,3	-33,8	1,6	-26,1	-0,9	4,8	-73,2

Bron: Rekenhof

De achtereenvolgende boni sinds 2005 hebben de ziekenfondsen in staat gesteld om een reserve aan te leggen in een bijzonder reservefonds als buffer tegen toekomstige mali (zie punt 5.4.1).

Het Rekenhof merkt op dat dergelijke mali wel beperkt zijn tot 2% van het inkomstenaandeel in de jaren dat de aangepaste begrotingsdoelstelling met meer dan 2% wordt overschreden. Dit principe is opgenomen om ook de regering deels verantwoordelijk te stellen voor budgetoverschrijdingen die ontstaan doordat de begrotingsdoelstelling te laag bepaald werd. De beperking werd effectief toegepast voor de jaren 1996, 2000, 2001 en 2004. Dat leidde tot de onderstaande mali waarvoor de ziekenfondsen niet verantwoordelijk werden gesteld.

Tabel 10 – Mali niet ten laste genomen door de ziekenfondsen (miljoen euro)

Ziekenfonds	1996	2000	2001	2004	Totaal
LCM	23,1	16,1	5,6	19,4	64,2
LNZ	2,8	0,7	0,2	1,2	4,8
NVSM	17,5	9,2	4,6	13,5	44,8
LLM	3,9	1,8	0,2	2,9	8,8
LOZ	8,6	4,3	3,4	8,0	24,3
HKZIV	0,3	0,001	0,0	0,0	0,3
NMBS	1,4	1,0	0,7	1,1	4,1
Totaal	57,5	33,1	14,7	46,1	151,4

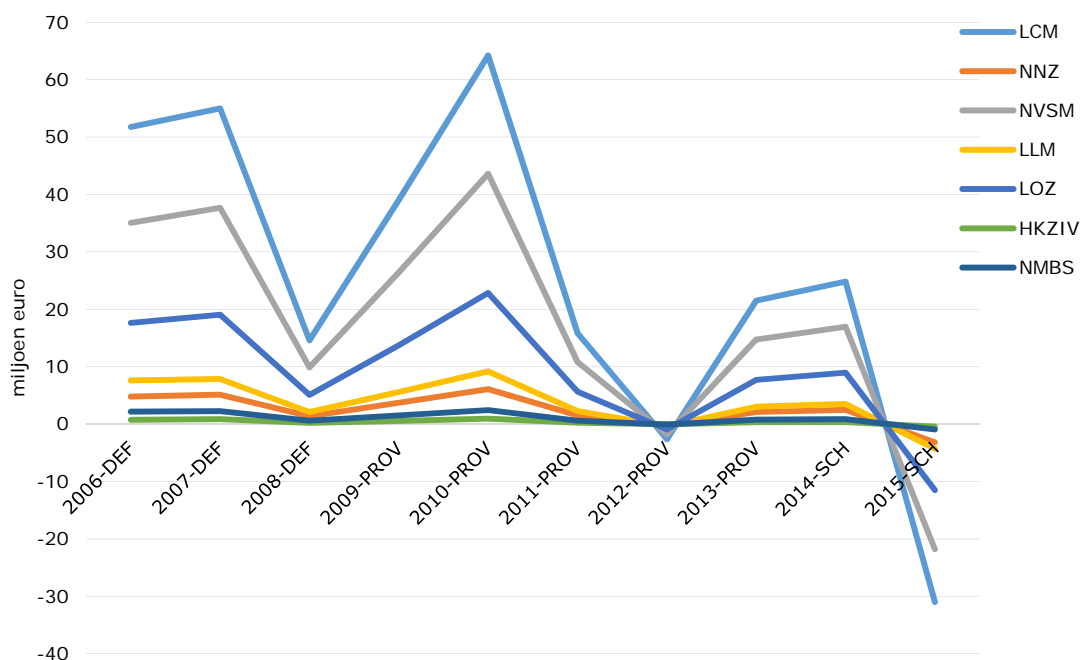
Bron: Rekenhof

De boni werden daarentegen niet beperkt. Dat verklaart voor een aantal jaar de sterke aangroei ervan. Zo bedroeg het overschot in 2006 en 2007 op basis van de definitieve financiële verantwoordelijkheid 2,7%. In 2010 was dit 2,6% op basis van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid. Mochten de boni net als de mali beperkt zijn tot 2% van het inkomstenaandeel, dan zouden ze voor die jaren respectievelijk 29,9 miljoen euro, 34,2 miljoen euro en 37,6 miljoen euro minder bedragen.

De grootte van de boni en mali verschilt tussen de ziekenfondsen (zie tabel 9). Die verschillen zijn te wijten aan het niveau van de uitgaven, voornamelijk gebaseerd op het aantal gerechtigden. Daardoor hebben de LCM en het NVSM grotere boni en mali.

De boni en mali van de verschillende ziekenfondsen volgen wel nagenoeg dezelfde richting. Dit is te wijten aan de impact van de uitgavensleutel. Die bepaalt momenteel voor 70% het inkomstenaandeel van een ziekenfonds en maakt dat het responsabiliseringsmechanisme niet alleen de ziekenfondsen individueel responsabiliseert maar ook collectief. Het mechanisme wordt in detail uitgelegd in bijlage 3. Het mechanisme vertrekt vanuit de formule om het inkomstenaandeel van elk ziekenfonds te bepalen: $((70\% \times \text{uitgavensleutel}) + (30\% \times \text{normatieve sleutel})) \times \text{aangepaste begrotingsdoelstelling}$. Als de uitgaven van één ziekenfonds toenemen terwijl die van de andere ziekenfondsen gelijk blijven, zorgt de uitgavensleutel ervoor dat het inkomstenaandeel van dat ziekenfonds stijgt en de inkomstenaandelen van de andere ziekenfondsen dalen. Omgekeerd leidt een daling van de uitgaven van een ziekenfonds, zonder dat de andere omstandigheden wijzigen, tot een lager eigen inkomstenaandeel en hogere inkomstenaandelen voor de andere ziekenfondsen. Als de uitgavensleutel a rato van 100% wordt gebruikt, zou dit leiden tot boni en mali die, in verhouding tot het gewicht van de uitgaven van een ziekenfonds, volledig gelijkmatig verlopen. Alle ziekenfondsen zouden dan gelijke boni en mali hebben in verhouding tot hun inkomstenaandeel. Grafiek 1 licht dat toe door voor de periode 2006 tot 2015 de boni en mali alleen op basis van de uitgavensleutel te berekenen. De verschillen met de huidige verdeling op basis van 70% uitgavensleutel + 30% normatieve sleutel zijn dus het gevolg van de normatieve sleutel.

Grafiek 1 – Bepaling van de boni en mali via alleen de uitgavensleutel



Bron: Rekenhof

De uitgavensleutel zorgt ervoor dat de inspanningen voor uitgavenbeheersing van een ziekenfonds deels (momenteel voor 70%) worden doorgerekend naar de andere ziekenfondsen. Op die manier worden de ziekenfondsen dus ook collectief geresponsabiliseerd. Dat leidt er echter wel toe dat het effect van een daling of stijging van de eigen uitgaven van de ziekenfondsen op hun individuele mali of boni wordt beperkt. Dit is mogelijk een stimulans om individueel niet aan uitgavenbeheersing te doen.

Bij de analyse (cf. bijlage 3) stelde het Rekenhof overigens ook een disfunctie vast in het responsabiliseringsmechanisme. Door de beperking van de mali tot 2% van het inkomstenaandeel leidt een overschrijding van de begrotingsdoelstelling met meer dan 2% voor alle ziekenfondsen samen in bepaalde situaties tot lagere totale mali (over alle ziekenfondsen) dan bij een overschrijding onder de 2%. Hogere uitgaven zouden dus kunnen leiden tot lagere mali, wat haaks staat op de doelstelling van het mechanisme. Het Rekenhof heeft dit getoetst voor het jaar 2004 (budgetoverschrijding van 3,1%). Als de uitgaven van de ziekenfondsen worden verlaagd tot een overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling onder de 2%, leidt dat inderdaad tot hogere mali. Een dergelijke disfunctie doet zich echter niet voor als voor de bepaling van het begrotingsaandeel alleen de uitgavensleutel wordt gebruikt.

De schommelingen over de jaren heen bij de verschillende ziekenfondsen zijn het gevolg van een combinatie van factoren, zoals een wijziging van de uitgaven, de aangepaste begrotingsdoelstelling en de normatieve sleutel en uitgavensleutel. Een voorbeeld licht dat toe.

Voor NVSM verhoogt het boni op basis van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid van 0,4 miljoen euro in 2012 naar 15,6 miljoen euro in 2013. De geboekte uitgaven van dit ziekenfonds stegen in 2013 met 2,9% tegenover 2,5% voor alle ziekenfondsen samen. Door de grotere verhoging van de uitgaven van dit ziekenfonds tegenover gemiddeld de andere ziekenfondsen, stijgt de uitgavensleutel (van 29,2464% naar 29,3542%). Daarnaast werd in 2013 ook een hogere normatieve sleutel (aangepast aan de evolutie van het ledental) toegepast (van 29,3649% naar 29,4035%). Door de toename van deze twee sleutels, toegepast op de aangepaste begrotingsdoelstelling die tegenover 2012 met 3,5% toenam, verhoogt het inkomstenaandeel met 3,8%. Dat is bijna een volle percent meer dan de stijging van de uitgaven. Toegepast op de grote bedragen die de ziekenfondsen beheren, heeft dit een belangrijke impact op het berekende bedrag aan mali of boni.

De complexiteit van het systeem maakt dat de ziekenfondsen soms uitleg vragen aan de Begeleidingscommissie binnen het RIZIV over de achterliggende redenen voor die verschillen en schommelingen. Dit kan vervolgens aanleiding geven tot aanpassingen, vooral wat de samenstelling van de normatieve sleutel betreft.

5.3.2 Verschillen tussen de berekeningsmethodes

Tussen de verschillende momenten waarop de financiële verantwoordelijkheid wordt berekend, kunnen verschillen bestaan, zowel globaal als op het niveau van de ziekenfondsen.

5.3.2.1 Globale verschillen

Jaarlijkse afrekening van de uitgaven versus voorlopige financiële verantwoordelijkheid

Tussen de jaarlijkse afrekening van de uitgaven in de maand april van het jaar X+1 en de voorlopige financiële verantwoordelijkheid berekend in het kader van de afsluiting van de rekeningen van het RIZIV, kunnen verschillen voorkomen. De verschillen in de uitgaven zijn eerder klein en zitten voornamelijk bij aanpassingen van de begrotingsdoelstelling. Zo werd in 2013 bij de berekening van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid een aftrek van 63,3 miljoen euro toegepast voor gereserveerde bedragen. Voor de berekening van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid van 2014 tot 2016 zullen respectievelijk nog volgende bedragen worden afgetrokken: 139,1 miljoen euro, 120,2 miljoen euro en 141,1 miljoen euro. Dit heeft voor 2013 tot 2016 een negatieve impact van respectievelijk 15,8 miljoen euro, 34,8 miljoen euro, 30 miljoen euro en 35,3 miljoen euro op de boni en mali die de ziekenfondsen denken te ontvangen tussen het moment van de afrekening van de uitgaven en de toewijzingen op basis van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid.

Voorlopige versus definitieve financiële verantwoordelijkheid

De verschillen tussen de voorlopige en definitieve financiële verantwoordelijkheid zijn uiteraard het gevolg van de aard van de uitgaven en de begrotingsdoelstelling die als basis worden genomen. Waar de berekening van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid vertrekt van een verschil tussen de aangepaste begrotingsdoelstelling en de geboekte uitgaven, is dit voor de definitieve het verschil tussen de gepresteerde aangepaste begrotingsdoelstelling en de gepresteerde uitgaven.

Tabel 11 geeft de verschillen weer voor de jaren 2006 tot 2011. Voor 2006 tot 2008 zijn de afrekeningen van het RIZIV gebruikt; voor 2009 tot 2011 heeft het Rekenhof de definitieve financiële verantwoordelijkheid en de verschillen geraamd op basis van cijfers over de gepresteerde uitgaven die het RIZIV heeft aangeleverd.

Tabel 11 – Verschillen voorlopige en definitieve financiële verantwoordelijkheid (schattingen voor 2009 tot 2011) (miljoen euro)

Jaar	Vershil gepresteerde- aangepaste begrotingsdoelstelling (a)	Vershil gepresteerde- geboekte uitgaven (b)	Vershil (c = a-b)	Boni/mali (d = c * 25%)
2006	166,9 ^(*)	258,0	-91,1	-22,8
2007	95,4	45,9	49,6	12,4
2008	124,4	271,2	-146,8	-36,7
2009	226,2	187,4	38,8	9,7
2010	187,7	140,0	47,7	11,9
2011	223,5	139,7	83,8	21,0

^(*) Voor 80,4 miljoen euro was dit verschil te wijten aan een stabiliteitsprovisie die dubbel was afgetrokken van de aangepaste begrotingsdoelstelling bij de voorlopige financiële verantwoordelijkheid alsook een onterechte aftrek hierin van 4,1 miljoen euro voor de uitgaven van een sociaal akkoord.

Bron: RIZIV en Rekenhof

Aangezien de gepresteerde begrotingsdoelstelling wordt berekend op basis van gegevens van het verleden (het gemiddelde, over de laatste drie bekende boekjaren, van het quotiënt tussen gepresteerde en geboekte uitgaven in de voorgaande drie jaren) en in de veronderstelling dat de gezondheidsuitgaven jaarlijks stijgen, kan ervan worden uitgegaan dat bij de definitieve financiële verantwoordelijkheid in principe een lagere boni of hogere mali wordt berekend dan bij de voorlopige financiële verantwoordelijkheid.

Dit is bijvoorbeeld het geval in 2006 en 2008. Met andere woorden: de begrotingsdoelstelling steeg tussen de voorlopige en definitieve financiële verantwoordelijkheid minder dan de uitgaven tussen beide berekeningstijdstippen. Daarentegen steeg in 2007 (en vermoedelijk ook in 2009, 2010 en 2011) de begrotingsdoelstelling meer dan de uitgaven. Dit is het gevolg van grotere verschillen tussen de gepresteerde en geboekte uitgaven in de voorgaande jaren. Dat beïnvloedt de coëfficiënt die wordt gebruikt bij de berekening van de gepresteerde begrotingsdoelstelling. Een groot positief verschil van één jaar heeft daarbij een impact op de toename van de gepresteerde begrotingsdoelstelling voor de komende drie jaar.

De globale verschillen en hun impact op de boni of mali zijn belangrijk. Deze verschillen, alsook het late tijdstip waarop de definitieve financiële verantwoordelijkheid wordt berekend (zie punt 5.2.4), stellen het nut van het responsabiliseringsmechanisme in vraag.

5.3.2.2 Verschillen per ziekenfonds

Naast de bovenvermelde verschillen op het globale niveau moet ook rekening worden gehouden met verschillen tussen de berekeningen per ziekenfonds, ten gevolge van de aanpassing van de uitgavensleutel en de normatieve sleutel. Tabel 12 geeft de verschillen weer per ziekenfonds voor de berekeningen in 2008. Bijlage 4 toont dit overzicht voor de jaren 2006 tot 2013.

Tabel 12 – Afrekening van de uitgaven en voorlopige en definitieve financiële verantwoordelijkheid per ziekenfonds voor 2008 (miljoen euro)

2008	LCM	LNZ	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS	Totaal
Jaarlijkse afrekening uitgaven (A)	30,8	2,2	25,8	5,9	3,2	1,4	1,4	70,5
Voorlopige financiële verantwoordelijkheid (B)	32,9	2,1	23,2	6,6	2,3	1,7	1,7	70,5
<i>Vershil (C = B - A)</i>	<i>2,1</i>	<i>-0,1</i>	<i>-2,6</i>	<i>0,7</i>	<i>-0,8</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>-0,02</i>
Definitieve financiële verantwoordelijkheid (D)	19,8	1,8	8,6	1,5	2,7	0,4	-0,9	33,8
<i>Vershil (E = D - B)</i>	<i>-13,1</i>	<i>-0,3</i>	<i>-14,6</i>	<i>-5,1</i>	<i>0,4</i>	<i>-1,3</i>	<i>-2,7</i>	<i>-36,7</i>

Bron: Rekenhof

De verschillen tussen de jaarlijkse (voorlopige) afrekening van de uitgaven en de voorlopige financiële verantwoordelijkheid ontstaan voornamelijk door de aanpassing van de normatieve sleutel tussen de twee berekeningsmomenten. Het Rekenhof merkt op dat er vooral in 2012 en 2013 grote correcties waren (zie bijlage 4), doordat de normatieve sleutel die werd gebruikt (die voor 2008) was aangepast aan het gewijzigde ledental van de ziekenfondsen (zie ook 5.2.4).

De verschillen tussen de voorlopige en definitieve financiële verantwoordelijkheid zijn dan weer een combinatie van bovenvermelde verschillen bij de begrotingsdoelstelling voor de bepaling van het inkomstenaandeel (aangepaste versus gepresteerde begrotingsdoelstelling) en de in aanmerking genomen uitgaven (geboekte versus gepresteerde uitgaven) met een gewijzigde normatieve sleutel en uitgavensleutel (aangepast door de wijziging van het uitgavenniveau per ziekenfonds).

De verschillen, zowel qua bedrag als tijdstip, tussen de jaarlijkse afrekeningen, de voorlopige financiële verantwoordelijkheid en de definitieve financiële verantwoordelijkheid, doen nieuwe problemen ontstaan. Zo kunnen de boni of mali bij de jaarlijkse afrekening van april verschillen van die bij de afsluiting van de rekeningen (voorlopige financiële verantwoordelijkheid). Vervolgens ontstaan nieuwe verschillen bij de bepaling van de definitieve financiële verantwoordelijkheid. Dat leidt tot grote onzekerheid over het definitieve bedrag. Het biedt ook weinig stimulans om correctiemaatregelen te nemen. Bovendien is het tempo voor de vaststelling van de definitieve financiële verantwoordelijkheid erg onregelmatig: door de achterstand bij de vaststelling van de normatieve sleutel wordt in sommige boekjaren geen definitieve afrekening opgemaakt (bv. in 2014 en 2015), terwijl in andere boekjaren wel een afrekening wordt opgemaakt (bv. in 2012) of zelfs meerdere afrekeningen kunnen voorkomen (dat laatste is tot nu toe nog niet het geval geweest). Dat kan op zijn beurt leiden tot belangrijke schommelingen in het reservefonds.

5.4 Beheer van de boni en mali

5.4.1 Inhoud en omvang van het bijzonder reservefonds

De boni worden toegewezen aan het bijzonder reservefonds van de verplichte ziekteverzekering⁷⁴. Dit fonds bestaat uit twee delen die los staan van elkaar:

- de stortingen van de leden (*fonds bijdragen*) of stortingen vanuit de eigen middelen van de ziekenfondsen.
- de gecumuleerde boni, alsook 80% van de intresten gegenereerd door dit deel van het fonds (*fonds boni*)⁷⁵.

Een ziekenfonds dat een boni heeft, wijst dat toe aan zijn reservefonds van de boni. Een ziekenfonds dat een mali heeft, verrekent dit eerst met zijn fonds van de boni en vervolgens met het fonds bijdragen als het fonds van de boni onvoldoende is. De verschillen worden aangerekend op het fonds in de eerst voorkomende afrekening.

De som van beide fondsen moet, na afrekening van de eventuele mali, minstens 4,46 euro per aangesloten gerechtigde bedragen⁷⁶. De Controledienst voor de Ziekenfondsen ziet toe op dat vereiste minimum. Bij een tekort moet het ziekenfonds een aanvullingsplan opstellen om terug te komen tot het minimumbedrag. De regelgeving bepaalt geen maximum, waardoor de ziekenfondsen vrij hun jaarlijkse bijdrage kunnen vaststellen, los van de werkelijke toestand van de reserves.

Tabel 13 geeft het minimumbedrag weer van die reserves eind 2015, rekening houdende met het aantal gerechtigden eind 2015.

Tabel 13 – Minimumbedrag bijzonder reservefonds

Ziekenfonds	LCM	LNZ	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS	totaal
Aantal gerechtigden eind 2015 (statistieken RIZIV)	3.207.164	352.168	2.082.842	410.569	1.392.793	64.129	75.712	7.585.377
Minimum bedrag reservefonds aan 4,46 euro per gerechtigde (in miljoen euro)	14,3	1,6	9,3	1,8	6,2	0,3	0,3	33,8

Bron: RIZIV en Rekenhof

Het Rekenhof merkt op dat het minimumbedrag, buiten een tijdelijke verhoging in 2004, ongewijzigd is gebleven ondanks de stijgende uitgaven⁷⁷. De minimumreserve van 4,46 euro

⁷⁴ Artikel 199, Ziekteverzekeringwet.

⁷⁵ Het bedrag van de intresten op het fonds is quasi onbestaande omdat de boni worden aangewend voor de financiering van de uitgaven van de gezondheidszorg.

⁷⁶ Artikel 199, §3, Ziekteverzekeringwet.

⁷⁷ Het bedrag van 4,46 euro was van kracht vanaf 1 januari 1997. Voor de jaren 1995 en 1996 was elk ziekenfonds verplicht een bijdrage van 2,23 euro per gerechtigde en per jaar te innen. Voor 2004 werd door voorziene mali beslist het bijzonder

per gerechtigde zou bijvoorbeeld de maximale mali van het jaar 2015 niet dekken (zie tabel 14). Een minimumreserve tot 15 euro per gerechtigde zou in dat geval noodzakelijk zijn⁷⁸. Bovendien moet ook rekening worden gehouden met de bijkomende mali/boni uit de definitieve afrekening van een voorgaand jaar. Zo werd in de rekeningen 2012 naast een totale mali van 6,1 miljoen euro voor de voorlopige financiële verantwoordelijkheid 2012, ook nog een negatief bedrag van 36,7 miljoen euro aangerekend voor de afrekening van de definitieve financiële verantwoordelijkheid 2008, omdat de boni (buiten LOZ) lager lagen dan het bij de voorlopige financiële verantwoordelijkheid vastgestelde bedrag (zie ook tabel 12).

Tabel 14 – Overzicht toestand bijzonder reservefonds verplichte verzekering (miljoen euro)

Ziekenfonds	LCM	LNZ	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS	totaal
Toestand reservefonds 2013 - deel boni	285,0	32,4	187,1	42,1	64,7	14,6	9,5	635,5
Toestand reservefonds 2013 - deel ledenbijdragen	40,5	3,4	14,3	1,9	9,1	1,1	0,4	70,8
Totaal bijzonder reservefonds verplichte verzekering 2013	325,5	35,9	201,4	44,0	73,9	15,7	9,9	706,3
Boni/mali voorlopige afrekening van de uitgaven 2014	32,3	-1,2	13,8	8,7	-3,1	1,7	5,8	57,9
Boni/mali voorlopige afrekening van de uitgaven 2015	-11,4	-7,3	-33,8	1,6	-26,1	-0,9	4,8	-73,2
Geraamde toestand reservefonds verplichte verzekering 2015	346,5	27,3	181,5	54,2	44,7	16,5	20,5	691,1
Schatting bruikbaarheid reserve								
Eindsaldo reservefonds minus minimumreserve	332,2	25,7	172,2	52,4	38,5	16,2	20,1	657,2
Maximale mali 2% op inkomstenaandeel 2015 (voorlopige afrekening met inbegrip aftrek gereserveerde bedragen)	49,4	4,9	34,2	6,9	17,9	0,7	1,6	115,6
Aantal jaren dat deze mali kunnen worden opgevangen	6,7	5,2	5	7,6	2,2	21,7	12,5	5,7

Bron: RIZIV en Rekenhof

Eind 2013 bedroeg het totaal van het bijzonder reservefonds voor alle ziekenfondsen samen 706,3 miljoen euro, ruim boven het vereiste minimum van 33,8 miljoen euro. Dit is voornamelijk te wijten aan de gecumuleerde boni, die inclusief intresten 635,5 miljoen euro bedroegen. Het fonds bijdragen (70,8 miljoen euro) is ook groter dan het vereiste minimum, omdat de ziekenfondsen bijkomende ledenbijdragen gevraagd hebben als buffer tegen mogelijke toekomstige mali.

reservefonds tijdelijk te verhogen tot 14,00 euro per gerechtigde. Rekening houdend met positieve vooruitzichten voor de boekjaren 2005 en 2006 werd nadien beslist om het minimumbedrag terug te brengen op 4,46 euro per gerechtigde.

⁷⁸ Maximale mali voor 2015, zijnde 115,6 miljoen euro gedeeld door 7.585.377 gerechtigden.

Als bij de toestand van 2013 ook de boni en mali 2014 en 2015 worden toegevoegd zoals berekend op basis van de voorlopige afrekening van de uitgaven, bedraagt het reservefonds eind 2015 691,1 miljoen euro. Rekening houdende met het vereiste minimum en uitgaande van een maximale mali van 2% op het eigen inkomstenaandeel voor 2015⁷⁹ werd voor elk ziekenfonds het aantal jaren ingeschat dat mali kunnen worden opgevangen door het bijzondere reservefonds zonder dat aanvullende bijdragen van de leden moet worden gevraagd. Hierbij moet uiteraard in rekening worden gebracht dat verschillende nog te verwachten definitieve afrekeningen de saldi nog zullen beïnvloeden.

Algemeen ligt het aantal jaren dat maximale overschrijdingen van het eigen begrotingsaandeel mogelijk zijn zonder negatieve impact op de ledenbijdragen, vrij hoog. Dat biedt de ziekenfondsen weinig stimuli om actief maatregelen te nemen voor de inperking van dergelijke overschrijdingen.

Het Rekenhof merkt op dat de ziekenfondsen een gedeelte van hun ledenbijdragen in het kader van de verplichte verzekering hebben toegewezen aan een bijzonder reservefonds binnen de aanvullende verzekering. Dat vormt een extra buffer om eventuele tekorten in het bijzonder reservefonds in de verplichte verzekering die ontstaan door de aanrekening van mali te dekken zonder extra bijdragen aan de leden te vragen. Tabel 15 toont de omvang van deze reserves voor de vijf landsbonden. Ook de NMBS beschikt ook over een dergelijke aanvullende reserve. De fondsen bevatten soms genoeg om enkele bijkomende jaren mali te kunnen aanzuiveren.

Tabel 15 – Toestand bijzonder reservefonds aanvullende verzekering (miljoen euro)

Ziekenfonds	LCM	LNZ	NVSM	LLM	LOZ
Bedrag	17,4	7,3	65,6	9,9	52,9
Aantal jaren dat mali (2%) kunnen worden opgevangen	0,4	1,5	1,9	1,4	3,0

Bron: Jaarverslagen ziekenfondsen en CDZ

De wettelijke bepalingen schrijven alleen een fonds in de verplichte ziekteverzekering voor. Het bestaan van een fonds in de verplichte ziekteverzekering en in de aanvullende verzekering belemmert de transparantie over de beschikbare reserves.

5.4.2 Boekhoudkundig en financieel beheer van de boni en mali

Bij de afsluiting van de rekeningen geneeskundige verzorging kent het RIZIV de ziekenfondsen 25% van de boni/mali van het dienstjaar toe. Het verwerkt het verschil tussen de betaalde voorschotten en de geboekte uitgaven boekhoudkundig als vordering of schuld op de lopende rekeningen met de ziekenfondsen en vordert of betaalt vervolgens dat bedrag aan de ziekenfondsen. De ziekenfondsen ontvangen dus wel degelijk 25% van de boni. Omdat ze maar een beperkte liquiditeit mogen aanhouden, storten ze de boni die ze niet nodig hebben om prestaties te betalen, aan het RIZIV terug. Die boni komen dan, samen met de andere overtollige kasmiddelen, terecht in de wachtreserve (zie ook 3.4.3).

⁷⁹ Hierbij moet worden toegevoegd dat vóór de staatshervorming de globale begrotingsdoelstelling hoger lag. Door de staatshervorming hebben de ziekenfondsen dus een grotere "marge" (buffer).

In de boekhouding van het RIZIV staat die wachreserve als een schuld aan de ziekenfondsen. Het RIZIV maakt daarbij geen onderscheid tussen het gedeelte van de overschotten dat gelinkt is aan de gecumuleerde boni en de overige overschotten. De ziekenfondsen daarentegen boeken de gecumuleerde boni op de balans als een reserve, de vordering ten aanzien van het RIZIV wordt geboekt in de lopende rekening. Bijgevolg kan het geheel van de boni zoals opgenomen in de reserves van de geconsolideerde rekening van de ziekenfondsen niet één op één afgestemd worden met noch de rekening noch de boekhouding van het RIZIV.

Door de liquiditeitsoverschotten, waarin dus ook de boni van de ziekenfondsen zijn begrepen, dalen de financieringsbehoeften van het RIZIV. Het RIZIV vraagt daardoor minder middelen op bij de Globale Beheren. Het RIZIV boekt voor de gecumuleerde boni (die op 31 december 2015 620,3 miljoen euro bedroegen) geen vordering ten aanzien van de Globale Beheren.

Er bestaat dus geen transparantie in de boekhouding over de gecumuleerde schuld ten aanzien van de ziekenfondsen, noch de vordering ten aanzien van het Globaal Beheer.

De ziekenfondsen beschikken niet vrij over de reserves, maar mogen mali aanrekenen op het bedrag dat ze nog van het RIZIV tegoed hebben. Het RIZIV zal daardoor dan meer geld moeten opvragen bij de Globale Beheren. De gecumuleerde boni leiden in feite dus tot een verschuiving in de tijd van de te financieren uitgaven vanuit de Globale Beheren.

5.5 Conclusies

De analyse van het proces en van de resultaten van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen toont de beperkingen en zwakke punten van het huidige mechanisme aan.

Hoewel zij in de Begeleidingscommissie zitten, geven de ziekenfondsen aan dat ze niet altijd even vertrouwd zijn met het econometrische model waarmee de normatieve verdeelsleutel wordt berekend. Sommige vragen zich af wat de oorzaak is van de boni en mali die uit de berekening van de financiële verantwoordelijkheid voortvloeien.

De relevantie van het proces voor het vaststellen van de financiële verantwoordelijkheid is niet bewezen. Enerzijds zijn gepresteerde uitgaven van een boekjaar pas twee jaar later bekend. Anderzijds varieert het inkomstenaandeel dat aan elk ziekenfonds wordt toegekend in elke fase van het proces, van bij de verdeling van de aangepaste initiële begroting tot de berekening van de definitieve verantwoordelijkheid. De ziekenfondsen kennen hun inkomstenaandeel voor een jaar daardoor uiteindelijk pas meerdere jaren na de betaling van de prestaties. De schommeling van het inkomstenaandeel en van de boni/mali die tijdens de fases van het proces worden toegekend, stimuleert de ziekenfondsen niet echt om maatregelen te nemen voor het beheer van de uitgaven.

De normatieve verdeelsleutel en de definitieve financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen kunnen in theorie 2,5 jaar na het boekjaar worden vastgesteld. In de praktijk duurt dat echter veel langer, omdat het proces zo complex is en omdat de interne capaciteit bij het RIZIV beperkt is. In 2015 stelde het RIZIV een ambitieus tijdschema voor om de vertraging in te halen, maar dat schema blijkt niet te worden nageleefd. In zijn antwoord verbindt het RIZIV zich ertoe de normatieve verdeelsleutels voor 2009 tot 2014 te berekenen voor eind 2017.

De termijnen en het toegepaste econometrische model leidden soms tot onverklaarde verschillen tussen de ziekenfondsen en tot onverwachte jaarlijkse schommelingen voor eenzelfde ziekenfonds. Er zijn oplossingen uitgewerkt voor problemen waarvan de oorzaak bekend is. Zo wordt rekening gehouden met de evolutie van het aantal leden tussen het jaar van de berekening en het jaar waarop de financiële verantwoordelijkheid betrekking heeft.

De normatieve verdeelsleutel was aanvankelijk ingevoerd om te vermijden dat ziekenfondsen aan risicoselectie zouden doen en dat zij zouden proberen de leden met de hoogste gezondheidskosten uit te sluiten. Die motivering is gerechtvaardigd als de middelen tussen de ziekenfondsen worden verdeeld op basis van het aantal leden of van de ledenbijdragen. Ze is minder relevant als de middelen worden verdeeld op basis van de uitgaven. Het ziekenfonds met het grootste uitgavenaandeel ontvangt dan immers ook een groter inkomstenaandeel.

Hoewel de regelgeving een individuele responsabilisering van de ziekenfondsen beoogde, leidt het ingevoerde mechanisme tot een collectieve responsabilisering. Het niveau van de boni of mali van een ziekenfonds hangt immers af van de gepresteerde uitgaven van de andere ziekenfondsen. Als de uitgaven van een ziekenfonds dalen, terwijl die van de andere ziekenfondsen gelijk blijven, leidt dat er automatisch toe dat de uitgavensleutel van dat ene ziekenfonds daalt en die voor de andere ziekenfondsen stijgt, wat een impact heeft voor de boni of mali van elk ziekenfonds. Dat zou de ziekenfondsen er niet toe aanzetten individueel werk te maken van een doeltreffend beheer van de uitgaven.

De mali zijn beperkt tot 2% van de aangepaste begrotingsdoelstelling. Die beperking brengt ook een disfunctie aan het licht in het mechanisme van de financiële responsabilisering. In sommige gevallen kan een overschrijding van de aangepaste begrotingsdoelstelling met meer dan 2% immers tot gevolg hebben dat de ziekenfondsen een lager mali ten laste moeten nemen dan wanneer die grens niet wordt overschreden. Bovendien is er geen gelijkaardige beperking ingesteld voor de boni. Daardoor konden aan de ziekenfondsen hoge boni worden toegekend.

In de verplichte ziekteverzekering bepaalde de wetgever dat de ziekenfondsen een bijzonder reservefonds moeten aanleggen, samengesteld uit de ledenbijdragen en de boni afkomstig van de financiële verantwoordelijkheid. Dit mechanisme van de financiële verantwoordelijkheid heeft sinds 2005 geleid tot het ontstaan van aanzienlijke reserves. Door de hoogte van die bijzondere reservefondsen zijn ziekenfondsen weinig geneigd begrotingsoverschrijdingen te vermijden.

De boni van het reservefonds zijn echter geen financiële middelen waarover de ziekenfondsen kunnen beschikken, maar vorderingsrechten waarmee eventuele toekomstige mali kunnen worden gedekt. De financiële staten van het RIZIV maken niet echt duidelijk welke bedragen de ziekenfondsen zouden kunnen opvragen in geval van een mali.

De ziekenfondsen hebben ook ledenbijdragen toegewezen aan een fonds dat werd opgericht in de aanvullende ziekteverzekering, hoewel dat niet is voorgeschreven. De wetgeving bepaalt immers alleen de oprichting van dergelijke fondsen in de verplichte verzekering. Het bestaan van dat fonds binnen de aanvullende verzekering beperkt de transparantie over de reserves die kunnen worden gebruikt om toekomstige mali te dekken.

HOOFDSTUK 6

Besluit

In haar resolutie van 22 oktober 2015 vroeg de Kamer van Volksvertegenwoordigers aan het Rekenhof een onderzoek uit te voeren naar de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Meer bepaald werd aan het Rekenhof gevraagd na te gaan of "*de huidige methodiek en de nu gebruikte variabelen vandaag nog relevant*" zijn en of ze "*een goede basis [vormen] voor de verdeling tussen de landsbonden en het responsabiliseren*" van de ziekenfondsen.

Het Rekenhof heeft onderzocht in welke mate het huidige mechanisme in zijn geheel de ziekenfondsen responsabiliseert voor de uitgavenevolutie in de verplichte ziekteverzekering, zonder daarbij een uitspraak te doen over de onderliggende beleidskeuzen (bv. de parameters van de normatieve verdeelsleutel).

Op basis van zijn onderzoek is het Rekenhof van oordeel dat niet kan worden aangetoond dat de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen een effectief instrument is om de uitgavenevolutie in de ziekteverzekering te beheersen. Dat oordeel is gebaseerd op de volgende vaststellingen.

De ziekenfondsen kunnen de uitgavenevolutie maar in beperkte mate aansturen. Ruim een derde van de globale begrotingsdoelstelling valt immers buiten het collectieve overleg tussen de ziekenfondsen en de zorgverleners, terwijl juist dat overleg een belangrijk collectief instrument van uitgavenbeheersing is. De ziekenfondsen beschikken bovendien niet over de nodige instrumenten om de uitgavenevolutie daadwerkelijk aan te sturen. Tot slot ontbreekt ook een richtinggevend financieel en budgettair kader op basis waarvan initiatieven kunnen worden genomen voor een structurele uitgavenbeheersing op langere termijn.

Er kan niet duidelijk worden aangetoond dat er een verband bestaat tussen de activiteiten van de ziekenfondsen en het daaruit voortvloeiende resultaat (boni of mali). De boni, die op basis van het resultaat van de voorlopige financiële verantwoordelijkheid 635,5 miljoen euro bedragen op 31 december 2013, moeten dan ook eerder worden toegeschreven aan factoren waarop de ziekenfondsen zelf geen invloed hebben uitgeoefend (zoals het ontstaan van een budgettaire marge binnen de globale begrotingsdoelstelling door de werking van het indexeringsmechanisme dat tot en met 2015 werd toegepast) dan aan hun activiteiten om de uitgaven te beheersen.

Het Rekenhof stelt ook vast dat het stimulerende effect van het mechanisme wordt beïnvloed door de lange doorlooptijd voor de berekening van de definitieve boni of mali. Die doorlooptijd hangt samen met de verplichting de berekeningen te baseren op de gepresteerde uitgaven. Bovendien vertragen de complexe procedures voor de vaststelling van de normatieve verdeelsleutel bijkomend de vaststelling van de boni en mali en van het inkomstenaandeel waarvoor de ziekenfondsen worden geresponsabiliseerd. Rekening houdend met de werklast die de vaststelling van de normatieve verdeelsleutel meebrengt, kan het Rekenhof niet besluiten dat de kosten voor het beheer van het systeem opwegen tegen de baten ervan.

De boni van de ziekenfondsen hebben ook gevolgen voor het thesauriebeheer. Omdat ze zijn begrepen in de liquiditeitsoverschotten, hebben ze er mee voor gezorgd dat de thesauriebehoeften van het RIZIV kunnen worden beperkt. Dat betekent dat de ziekenfondsen een vordering hebben op het RIZIV en op de Globale Beheren: als zij in de toekomst een mali hebben, zullen zij dat eerst aanzuiveren met de opgebouwde boni. Voor die aanzuivering zullen de Globale Beheren de nodige financiële middelen ter beschikking moeten stellen. De vordering van de ziekenfondsen op het RIZIV noch de vordering van het RIZIV op de Globale Beheren komen als dusdanig tot uiting op de balans van het RIZIV (waar de boni zijn begrepen in de lopende rekening tussen het RIZIV en de ziekenfondsen).

In het *Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen* van 28 november 2016 wordt voorgesteld om het huidige systeem van individuele financiële verantwoordelijkheid te vervangen door collectieve financiële verantwoordelijkheid. Dat voorstel is een beleidskeuze waarover het Rekenhof zich niet uitspreekt. Het wijst er wel op dat een aantal kenmerken van collectieve responsabilisering al tot uiting komen in het huidige systeem, vooral door de koppeling van het inkomstenaandeel van een ziekenfonds aan de evolutie van de totale uitgaven.

Het Rekenhof is van oordeel dat een systeem van responsabilisering, zowel individueel als collectief, maar een effectief en efficiënt instrument voor uitgavenbeheersing kan zijn als aan een aantal voorwaarden is voldaan:

- De doelstelling is vooraf duidelijk bepaald.
- Er is een budgettair meerjarenkader voor de uitgavenbeheersing vastgelegd.
- De ziekenfondsen beschikken over de nodige instrumenten om de uitgavenevolutive individueel en/of collectief aan te sturen.
- Een systeem van stimuli en sancties zet de ziekenfondsen ertoe aan daadwerkelijk bij de dragen tot de verwezenlijking van de beoogde doelstelling.

Dat houdt in dat de disfuncties van het huidige model, zoals de onbeperkte boni en reserves en de lange doorlooptijd, moeten worden weggewerkt. Ook kan worden nagegaan of het systeem efficiënter kan worden door de normatieve verdeelsleutel te vereenvoudigen of zelfs te schrappen in het geval van een collectieve responsabilisering.

Een bijkomende voorwaarde voor de werking van het systeem is dat de ziekenfondsen de uitgavenevolutive van een sector daadwerkelijk kunnen beïnvloeden. Dat is nu niet altijd het geval: zo hebben de ziekenfondsen weinig rechtstreekse impact op de uitgaven voor de geneesmiddelen. Voor sectoren waar de ziekenfondsen wel de uitgavenevolutive mee aansturen, moet er ook aandacht zijn voor de rol van de andere partijen (bv. de zorgverleners) in de uitgavenbeheersing.

In dat verband rijst de vraag of andere systemen van responsabilisering niet meer aangewezen zijn voor uitgavenbeheersing in de gezondheidszorg. Zo zou kunnen worden onderzocht of naar analogie van het Toekomstpact met de geneesmiddelensector uit 2015, er gelijkaardige verbintenissen op lange termijn kunnen worden gesloten voor andere sectoren, waarbij alle betrokken actoren (ziekenfondsen, zorgverstrekkers, regering, sociale partners) evenwichtig worden geresponsabiliseerd met het oog op de realisatie van sectorspecifieke doelstellingen.

Als ervoor wordt gekozen om af te stappen van het huidige systeem van financiële verantwoordelijkheid of een collectieve financiële responsabilisering in te voeren, moet in elk geval worden beslist hoe de bestaande reserves uit de boni en de bijdragen van de leden zullen worden aangewend.

HOOFDSTUK 7

Antwoord van de minister

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft bij brief van 13 juni 2017 op het ontwerpverslag geantwoord⁸⁰.

Eerst kadert de minister beknopt enkele budgettaire beleidslijnen, waarbij ze specifiek opmerkt dat de ziekenfondsen via diverse wegen ook betrokken zijn bij de uitgaven voor geneesmiddelen, de ligdagprijs, de sociale akkoorden en sommige kleinere geneeskundige sectoren. De ziekenfondsen nemen weliswaar geen deel aan de opmaak van deze diverse deelbegrotingen (zie ook punt 4.2.2).

Vervolgens geeft de minister aan dat de aangehaalde disfuncties in het responsabiliseringsmechanisme haar bijzondere aandacht wegdragen, en dat haar beleidscel de vastgestelde tekortkomingen nader zal analyseren in afwachting van de bespreking ervan in het parlement.

Tot slot gaat de minister in op de standpunten die het RIZIV in zijn antwoord van 7 juni 2017 inneemt. Daarin nuanceert of verantwoordt het RIZIV sommige vaststellingen en stelt dat het financieringsmechanisme ook een instrument vormt dat risicoselectie door de ziekenfondsen moet voorkomen. De minister is van oordeel dat het instrument in de eerste plaats bedoeld is om ziekenfondsen financieel te responsabiliseren voor de uitgavenevolutive, en het belang ervan situeert zich dan ook op lange termijn. Hiermee sluit de minister zich aan bij het uitgangspunt van het Rekenhof: het evalueren van een systeem van boni en mali dat werd opgezet om de ziekenfondsen ertoe aan te zetten de uitgavenevolutive in de verplichte ziekteverzekering in lijn te houden met de wettelijk vastgelegde groeimarge (zie ook hoofdstukken 1, 2 en 3).

⁸⁰ De brief van de minister is opgenomen als bijlage 5.

BIJLAGE 1

Evolutie van het econometrisch model

Samen met experts van universiteiten werd een model uitgewerkt waarmee het ziekenfonds rekening kan houden met leden met een minder gunstig profiel (d.i. leden waarvoor het risico bestaat dat ze duurder zijn op het vlak van de geneeskundige verzorging). Door die profielen in aanmerking te nemen bij de verdeling van de middelen, kan in principe worden voorkomen dat de ziekenfondsen hun leden selecteren op basis van hun risicoprofiel.

De normatieve uitgaven zijn de verwachte uitgaven die voortvloeien uit de toepassing van het model op de gegevens voor een welbepaald jaar.

De normatieve verdeelsleutel stemt overeen met het deel (in%) van de normatieve uitgaven voor elk ziekenfonds in het geheel van de normatieve uitgaven voor alle ziekenfondsen samen. Het aandeel van de sleutel in de berekening van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen bedraagt 30%.

De methodes om de normatieve sleutel te bepalen, zijn sterk geëvolueerd sinds het systeem werd ingevoerd. Ze hebben tot doel rekening te houden met actuele parameters die een invloed hebben op de gezondheidsuitgaven, die geacht worden de behoeften aan geneeskundige verzorging van de leden te verklaren.

Van 1995 tot 2001

Van 1995 tot 2001 werd de normatieve sleutel apart bepaald voor de regeling der loontrekkenden en voor de regeling der zelfstandigen. De globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling werd dan opgesplitst in partiële doelstellingen per regeling en in elke regeling per sociale stand met, in voorkomend geval, een onderscheid naargelang van het recht op verhoogde tegemoetkoming of niet⁸¹. De in aanmerking genomen sociale stand moest de behoeften aan geneeskundige verzorging van de leden verklaren. Wat de regeling van de werknemers betreft, ging het om de primaire uitkeringsgerechtigden, de gepensioneerden, de invaliden en de mindervaliden, de weduwnaars, weduwen en wezen, en de niet-beschermde personen. De sociale stand in de regeling der zelfstandigen omvatte de primaire uitkeringsgerechtigden, de invaliden en de mindervaliden, de gepensioneerden, de weduwnaars, weduwen en wezen, en de leden van de kloostergemeenschappen. De normatieve verdeelsleutel voor een regeling stemde overeen met het procentueel aandeel van de totale normatieve uitgaven van een ziekenfonds voor alle partiële doelstellingen van de regeling, binnen het totaal aan normatieve uitgaven voor alle ziekenfondsen samen.

⁸¹ Koninklijk besluit van 10 juni 1996 tot vastlegging van de normatieve verdeelsleutel ter opsplitsing van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen voor de jaren 1995, 1996 en 1997; Koninklijk besluit van 22 januari 1998 tot vastlegging van de normatieve verdeelsleutel ter opsplitsing van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen vanaf het jaar 1998.

Van 2002 tot 2007

Voor de jaren 2002 tot 2007 werd de normatieve sleutel ook afzonderlijk bepaald voor de werknemers en voor de zelfstandigen⁸². De uitgaven werden uitgesplitst over verschillende groepen. Verschillende parameters, bedoeld om de behoeften aan geneeskundige verzorging van de leden in aanmerking te nemen, werden toegevoegd: de diagnose van de invaliditeit, het recht op het forfait voor chronisch zieken (bedoeld voor de hoge kosten die strikt genomen geen medische kosten zijn) alsook de begunstigden van de maximumfactuur⁸³. De parameters voor de berekening van de normatieve uitgaven bestonden uit 295 variabelen: 124 voor de werknemers en 171 voor de zelfstandigen.

De jaarlijkse uitgaven voor de werknemersregeling werden door de Algemene Raad van het RIZIV⁸⁴ uitgesplitst in twee groepen:

- de jaarlijkse uitgaven voor ambulante geneesmiddelen (55 variabelen);
- de jaarlijkse uitgaven voor de andere prestaties (69 variabelen).

De jaarlijkse uitgaven voor de regeling der zelfstandigen werden uitgesplitst over:

- de jaarlijkse uitgaven voor de ambulante geneesmiddelen bestemd voor mindervalide en invalide zelfstandigen met tegemoetkoming voor de kleine risico's (50 variabelen);
- de jaarlijkse uitgaven voor de andere prestaties bestemd voor de mindervalide en invalide zelfstandigen met tegemoetkoming voor de kleine risico's (65 variabelen);
- de jaarlijkse uitgaven voor zelfstandigen zonder tegemoetkoming voor de kleine risico's (56 variabelen).

Van 2008 tot 2014

De berekeningsparameters die van toepassing waren op het moment van de audit (december 2016 – februari 2017) zijn de parameters uit het koninklijk besluit van 4 mei 2012⁸⁵. Die criteria zijn gebaseerd op een model dat in 2008 werd opgemaakt op basis van individuele gegevens. Dat model werd toegepast van 2008 tot 2014.

De parameters voor de berekening van de normatieve uitgaven bestaan uit 152 variabelen.

Naast de volgende variabelen:

- demografische variabelen: de rol van leeftijdsgroep en geslacht;

⁸² Koninklijk besluit van 17 februari 2005 tot vaststelling van de normatieve verdeelsleutel met het oog op de verdeling van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen vanaf het jaar 2002.

⁸³ De maximumfactuur (MAF) is een systeem waarbij al het remgeld wordt terugbetaald aan de leden die een bepaalde remgelddrempel hebben bereikt in de loop van het jaar.

⁸⁴ De Algemene Raad bepaalt meer in het bijzonder de algemene beleidslijnen op het vlak van geneeskundige verzorging. De raad keurt de globale begrotingsdoelstelling voor de geneeskundige prestaties goed, alsook de jaarlijkse partiële doelstellingen, waakt over het financieel evenwicht van de verzekering voor geneeskundige verzorging, treft, indien nodig, maatregelen voor begrotingscorrecties, en sluit de rekeningen van de verzekering voor geneeskundige verzorging af.

⁸⁵ Koninklijk besluit van 4 mei 2012 tot vaststelling van de methode voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel en de kenmerken van de parameters met het oog op de toepassing van de definitieve financiële verantwoordelijkheid voor het jaar 2008 en de daaropvolgende jaren.

- socio-economische variabelen: isolement, begunstigden van het leefloon, van het gewaarborgd inkomen of van OCMW-steun, sociale groepen (weduwen en wezen) en groepen die een verhoogde tegemoetkoming genieten;
- omgevingsvariabelen: het urbanisatieniveau;
- mortaliteit;
- primaire arbeidsongeschiktheid;

nam het model voortaan indirecte morbiditeitsvariabelen in aanmerking, zoals het recht:

- op tegemoetkoming voor gehandicapten;
- op verhoogde kinderbijslag voor gehandicapten;
- op bepaalde verpleegkundige forfaits;
- op tegemoetkoming voor kinesitherapieverstrekkingen wegens een zware pathologie;
- op forfaitaire tegemoetkoming voor hulp aan derden;
- op integratietegemoetkoming;
- enz.

Ook maakt een selectie van aandoenings- en diagnosegroepen deel uit van de variabelen die in aanmerking worden genomen om de normatieve verdeelsleutel te berekenen.

Het model omvat echter nog steeds geen variabelen die verband houden met het prestatieaanbod.

Aan elk van de variabelen wordt een coëfficiënt gekoppeld. Die vertegenwoordigt de kosten (in euro per jaar) die verband houden met een specifiek kenmerk. De coëfficiënten mogen bij elkaar worden opgeteld om de jaarlijkse kosten te berekenen ten laste van de ziekteverzekering voor een persoon met die kenmerken.

Het koninklijk besluit van 4 mei 2012 voorzag in een overgangsregeling voor 2008 en 2009, jaren waarvoor de begunstigden van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging worden verdeeld in werknemers en zelfstandigen. Dat onderscheid wordt niet langer gehanteerd vanaf de berekening van de normatieve sleutel 2010.

Vanaf 2015

Voor het jaar 2015 en de daaropvolgende jaren moet een nieuwe sleutel worden uitgewerkt, om rekening te houden met de zesde staatshervorming. Zo bezorgde de Algemene Raad van het RIZIV de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in december 2016 een modelvoorstel voor een normatieve sleutel, toe te passen vanaf de definitieve financiële verantwoordelijkheid van 2015⁸⁶. Dat model is gebaseerd op de individuele gegevens van 2012 en omvat ook verfijnings- en verbeteringsvoorstellen die nog bijkomend grondig moeten worden onderzocht.

⁸⁶ "Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen. Model rekening houdend met de 6^e Staatshervorming, over te maken aan de Minister voor het einde van het jaar", RIZIV, Nota aan de Algemene Raad, 6 december 2016, ARGV 2016/102.

BIJLAGE 2

Impact van de aanpassing van de normatieve sleutel 2008 aan de ledentallen 2015 op de verdeling van de hoeveelheden middelen tussen de ziekenfondsen

Tabel 16 – Normatieve verdeling voor de werknemers

Ziekenfonds	Percentage van 1/5/2016 tot 31/7/2016	Bedrag 1/5/2016 (in miljoen euro)	Percentage van 1/8/2016 tot 31/10/2016	Bedrag 1/8/2016 (in miljoen euro)	Vershil (in miljoen euro)
LCM	42,7189	2.699,8	41,7940	2.641,4	-58,4
LNZ	3,9854	251,9	4,4307	280	28,1
NVSM	30,4783	1.926,2	30,7165	1.941,3	15,1
LLM	6,0506	382,4	5,6380	356,3	-26,1
LOZ	14,3428	906,5	15,1775	959,2	52,7
HZIV	0,6566	41,5	0,7074	44,7	3,2
NMBS	1,7675	111,7	1,5358	97,1	-14,6
Totaal		6.320		6.320	0

Bron: gegevens RIZIV

Tabel 17 – Normatieve verdeling voor de zelfstandigen

Ziekenfonds	Percentage van 1/5/2016 tot 31/7/2016	Bedrag 1/5/2016 (in miljoen euro)	Percentage van 1/8/2016 tot 31/10/2016	Bedrag 1/8/2016 (in miljoen euro)	Vershil (in miljoen euro)
LCM	52,2898	326,8	49,4702	309,1	-17,5
LNZ	5,2083	32,5	5,4671	34,2	1,7
NVSM	13,6931	85,6	14,9236	93,3	7,7
LLM	7,6773	48	7,0737	44,2	-3,8
LOZ	20,8623	130,3	22,6611	141,6	11,3
HZIV	0,2692	1,7	0,4042	2,5	0,8
NMBS	x		x		
Totaal		624,9		624,9	0

Bron: gegevens RIZIV

BIJLAGE 3

Gedeelde verantwoordelijkheid

Hoewel de berekening van de financiële verantwoordelijkheid resulteert in de toewijzing van individuele boni en mali aan elk ziekenfonds, wordt het bedrag van die boni en mali in grote mate mee bepaald door het resultaat van de andere ziekenfondsen⁸⁷.

Het voorbeeld uit de tabel 18 hieronder toont hoe die gemengde individuele en collectieve verantwoordelijkheid concreet vorm krijgt. Het voorbeeld vertrekt vanuit een aangepaste begrotingsdoelstelling van 20 miljard euro. Daarin krijgen de ziekenfondsen A, B en C een inkomstenaandeel van 30% berekend op de normatieve sleutel en 70% op de uitgavensleutel. Het inkomstenaandeel van elk ziekenfonds wordt aldus berekend: $20.000 \times ((0,3 \times \text{normatieve sleutel}) + (0,7 \times \text{uitgavensleutel}))$.

In het onderliggende voorbeeld wordt de normatieve sleutel constant gehouden en worden enkele verschillende uitgavenscenario's gesimuleerd om het effect van de uitgavensleutel weer te geven. De tekorten of overschotten worden bewust hoog gehouden om de verschillen beter tot uiting te laten komen.

Tabel 18 - Voorbeeld van de gedeelde verantwoordelijkheid tussen ziekenfondsen (in miljoen euro)

Ziekenfonds	A	B	C	Totaal
Normatieve sleutel	50%	30%	20%	100%
Uitgavensleutel (geraamd)	50%	30%	20%	100%
Inkomstenaandeel op basis normatieve sleutel (30%)	3.000,0	1.800,0	1.200,0	6.000,0
Inkomstenaandeel op basis van uitgavensleutel (70%)	7.000,0	4.200,0	2.800,0	14.000,0
Totaal inkomstenaandeel	10.000,0	6.000,0	4.000,0	20.000,0
Scenario 1 uitgaven (19.900) < totaal inkomstenaandeel	9.500,0	5.900,0	4.500,0	19.900,0
overschot (-)/tekort (+)	-5,0%	-1,7%	12,5%	-0,5%
Uitgavensleutel (werkelijk)	47,7%	29,6%	22,6%	100,0%
Inkomstenaandeel op basis normatieve sleutel (30%)	3.000,0	1.800,0	1.200,0	6.000,0
Inkomstenaandeel op basis van uitgavensleutel (70%)	6.683,4	4.150,8	3.165,8	14.000,0
Totaal inkomstenaandeel	9.683,4	5.950,8	4.365,8	20.000,0
Verschil inkomstenaandeel - uitgaven	183,4	50,8	-134,2	100,0
Individuele boni (+)/mali (-) (25% van het verschil)	45,9	12,7	-33,5	25,0

⁸⁷ Zie ook J. Kesenne en J. Diels, "Ziekenfondsbudgettering", *Openbare uitgaven*, 28^e jaargang, 1996, nr.4, p. 180.

Scenario 2 uitgaven (20.250) > totaal inkomstenaandeel	9.500,0	6.250,0	4.500,0	20.250,0
overschot (-)/tekort (+)	-5,0%	4,2%	12,5%	1,3%
Uitgavensleutel (werkelijk)	46,9%	30,9%	22,2%	100,0%
Inkomstenaandeel op basis normatieve sleutel (30%)	3.000,0	1.800,0	1.200,0	6.000,0
Inkomstenaandeel op basis van uitgavensleutel (70%)	6.567,9	4.321,0	3.111,1	14.000,0
Totaal inkomstenaandeel	9.567,9	6.121,0	4.311,1	20.000,0
Verschil inkomstenaandeel - uitgaven	67,9	-129,0	-188,9	-250,0
Individuele boni (+)/mali (-) (25% van het verschil)	17,0	-32,3	-47,2	-62,5
Scenario 3 uitgaven + 2% (20.500) > totaal inkomstenaandeel	9.500,0	6.250,0	4.750,0	20.500,0
overschot (-)/tekort (+)	-5,0%	4,2%	18,8%	2,5%
Uitgavensleutel (werkelijk)	46,3%	30,5%	23,2%	100,0%
Inkomstenaandeel op basis normatieve sleutel (30%)	3.000,0	1.800,0	1.200,0	6.000,0
Inkomstenaandeel op basis van uitgavensleutel (70%)	6.487,8	4.268,3	3.243,9	14.000,0
Totaal inkomstenaandeel	9.487,8	6.068,3	4.443,9	20.000,0
Verschil inkomstenaandeel - uitgaven	-12,2	-181,7	-306,1	-500,0
Individuele boni/mali (25% van het verschil)	-3,0	-45,4	-76,5	-125,0
Bij mali: beperking tot 2% van het inkomstenaandeel	-189,8	-121,4	-88,9	-400,0
Individuele boni (+)/mali (-) (25% van het verschil)	-3,0	-30,3	-22,2	-55,6

Bron: Rekenhof

In scenario 1 wordt vertrokken van een overschot op de inkomstenaandelen van de ziekenfondsen A en B en een tekort bij ziekenfonds C. Dit leidt tot een totaal overschot van 100 miljoen euro. Daarvan komt 25 miljoen ten goede van de ziekenfondsen. A en B krijgen een boni, C een mali. Individueel worden de ziekenfondsen dus geresponsabiliseerd. A en B krijgen echter hun resultaat niet volledig doorgerekend. Door de aanpassing van de uitgavensleutel (en een gelijke normatieve sleutel) wordt hun inkomstenaandeel verminderd ten voordele van dit van C. A en B krijgen slechts 25% (45,9 en 12,7 miljoen euro) van het verschil tussen hun inkomstenaandeel en uitgaven (183,4 en 50,8 miljoen euro). De andere 75%, respectievelijk 137,6 en 38,1 miljoen euro, wordt gebruikt om 75% van het tekort van C (100,6 miljoen euro), d.i. het gedeelte dat C zelf niet ten laste neemt, te dekken. A en B worden dus mee verantwoordelijk gesteld voor de slechtere prestaties van C, wat de collectieve verantwoordelijkheid illustreert. Het saldo (75 miljoen euro) vormt een positief resultaat voor de ziekteverzekering.

In scenario 2 nemen de uitgaven van ziekenfonds B toe met 350 miljoen euro. Hierdoor neemt haar inkomstenaandeel met 170,2 miljoen euro toe (van 5.950,8 miljoen euro naar 6.121 miljoen euro). Dit weegt echter niet op tegen de uitgavenstijging zodat uiteindelijk haar

individueel resultaat (individuele verantwoordelijkheid) met 45 miljoen verslechtert tot een mali van 32,3 miljoen euro. De uitgavenstijging bij B zorgt echter indirect ook voor een slechter resultaat bij A en C. Door de stijging van de uitgaven van B, verkleint het aandeel uitgaven van A en C in de totale uitgaven en daalt, via de uitgavensleutel, hun inkomstenaandeel terwijl hun uitgaven gelijk blijven. De boni van A verkleint hierdoor terwijl de mali van C groter wordt wat nogmaals de collectieve verantwoordelijkheid illustreert.

In scenario 3 zijn de uitgaven van C met 250 miljoen euro toegenomen ten aanzien van scenario 2. Dit leidt tot een tekort op de aangepaste begrotingsdoelstelling met meer dan 2% waardoor het individuele mali van een ziekenfonds nooit groter kan zijn dan 25% van 2% van haar inkomstenaandeel. Voor B en C is dit het geval en worden de mali gelimiteerd. De 250 miljoen euro meeruitgave bij C doet haar resultaat (inkomstenaandeel verminderd met de uitgaven) dalen met 117,2 miljoen euro. De inkomsten van C stijgen wel (van 4.311,1 naar 4.443,9 miljoen euro) maar dit compenseert niet de uitgavenverhoging. Door de collectieve verantwoordelijkheid verslechteren echter ook de resultaten van A en B omdat hun respectievelijke aandelen in de totale uitgaven dalen, wat resulteert in een lager inkomstenaandeel. Een belangrijke vaststelling in dit scenario is dat globaal de drie ziekenfondsen een lager mali krijgen dan in scenario 2 met een lager tekort. In dergelijk geval worden ziekenfondsen beloond voor tekorten. Deze dysfunctie doet zich echter niet voor bij het gebruik van de uitgavensleutel aan 100%.

BIJLAGE 4

Voorlopige afrekening en financiële verantwoordelijkheid

Evolutie voorlopige afrekening van de uitgaven en voorlopige en definitieve financiële verantwoordelijkheid per ziekenfonds (miljoen euro)⁸⁸

Jaar	LCM	LNZ	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS	Totaal
2006								
Jaarlijkse (voorlopige) afrekening uitgaven	77,8	6,6	43,2	9,8	20,4	2,7	2,0	162,5
<i>Wijziging</i>	-11,2	-1,1	-2,8	-1,5	-3,3	-0,1	-0,1	-20,1
Voorlopige financiële verantwoordelijkheid	66,6	5,5	40,3	8,3	17,1	2,6	2,0	142,4
<i>Wijziging</i>	-15,1	-0,4	-2,1	-1,2	-2,6	-0,7	-0,7	-22,8
Definitieve financiële verantwoordelijkheid	51,5	5,1	38,2	7,1	14,6	1,9	1,3	119,6
2007								
Jaarlijkse (voorlopige) afrekening uitgaven	54,5	5,4	28,9	10,2	11,8	1,7	2,8	115,3
<i>Wijziging</i>	-2,0	-0,2	3,8	-1,2	0,5	0,1	-1,1	0,0
Voorlopige financiële verantwoordelijkheid	52,6	5,2	32,8	9,0	12,3	1,8	1,7	115,3
<i>Wijziging</i>	5,4	1,0	-0,2	0,8	5,5	-0,5	0,3	12,4
Definitieve financiële verantwoordelijkheid	57,9	6,2	32,6	9,8	17,9	1,3	2,0	127,7
2008								
Jaarlijkse (voorlopige) afrekening uitgaven	30,8	2,2	25,8	5,9	3,2	1,4	1,4	70,5
<i>Wijziging</i>	2,1	-0,1	-2,6	0,7	-0,8	0,3	0,4	-0,02
Voorlopige financiële verantwoordelijkheid	32,9	2,1	23,2	6,6	2,3	1,7	1,7	70,5
<i>Wijziging</i>	-13,1	-0,3	-14,6	-5,1	0,4	-1,3	-2,7	-36,7
Definitieve financiële verantwoordelijkheid	19,8	1,8	8,6	1,5	2,7	0,4	-0,9	33,8
2009								
Jaarlijkse (voorlopige) afrekening uitgaven	48,6	2,8	21,6	9,4	3,8	2,1	2,3	90,5

⁸⁸ Voor 2009 tot 2011 werd door het Rekenhof geen raming gemaakt van de definitieve financiële verantwoordelijkheid per omdat een aangepaste normatieve sleutel ontbrak.

Jaar	LCM	LNZ	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS	Totaal
<i>Wijziging</i>	-7,6	-0,4	10,4	-1,8	-0,9	-0,1	0,4	0,0
Voorlopige financiële verantwoordelijkheid	41,0	2,5	32,0	7,6	2,8	1,9	2,7	90,5
2010								
Jaarlijkse (voorlopige) afrekening uitgaven	76,4	5,4	37,4	13,6	10,2	2,4	3,9	149,3
<i>Wijziging</i>	-7,9	0,5	5,1	-2,3	4,6	-0,3	0,3	0,0
Voorlopige financiële verantwoordelijkheid	68,5	5,9	42,5	11,3	14,8	2,1	4,2	149,3
2011								
Jaarlijkse (voorlopige) afrekening uitgaven	27,0	0,7	6,0	6,2	-6,9	1,6	2,3	36,8
<i>Wijziging</i>	-5,5	0,3	2,2	-1,5	3,7	0,1	0,8	0,0
Voorlopige financiële verantwoordelijkheid	21,6	1,0	8,2	4,7	-3,2	1,6	3,0	36,8
2012								
Jaarlijkse (voorlopige) afrekening uitgaven	2,2	-1,5	-3,7	2,5	-9,7	1,4	2,8	-6,1
<i>Wijziging</i>	-9,1	4,4	4,1	-5,2	11,2	-0,8	-4,7	0,0
Voorlopige financiële verantwoordelijkheid	-6,9	2,9	0,4	-2,7	1,5	0,6	-1,9	-6,1
2013								
Jaarlijkse (voorlopige) afrekening uitgaven	35,1	0,6	15,3	8,6	0,4	1,3	4,7	65,9
<i>Wijziging</i>	-19,6	5,0	0,3	-7,6	12,1	-0,5	-5,5	-15,8
Voorlopige financiële verantwoordelijkheid	15,5	5,5	15,6	1,0	12,6	0,8	-0,8	50,1

Bron: Rekenhof

BIJLAGE 5

Brief van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
MAGGIE DE BLOCK



Uw kenmerk
A3-3.713.240 84

Dossier behandeld door
Hans Nagels

Ons kenmerk
MDB/2017/BW/HR | 548 0 15

Contact via
+32 (0) 2 528 69 00

Bijlagen

Datum
Brussel 13 JUNI 2017

Geachte Heer Voorzitter,

Ik dank u voor uw brief en uw ontwerpverslag inzake de audit van de responsabilisering van de ziekenfondsen voor de uitgaven in de ziekteverzekering. Ik heb het ontwerpverslag met bijzondere aandacht gelezen. Het RIZIV heeft de tekst eveneens geanalyseerd en u haar aanvullingen afzonderlijk overgemaakt. Daarvan heb ik kopie ontvangen, waarop in deze brief ook enkele reacties geformuleerd worden.

Ik geef u mijn inhoudelijke aanvullingen voor uw ontwerpverslag door:

- Punt 3.2.1., al. 3: ik wens te beklemtonen dat de regering een ruime toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorgen vooropstelt, ook in een beperkte budgettaire omgeving. Europese rapporten bevestigen dit.
- Punt 3.2.1., al. 4: Uitgavenbeheersing is een doelstelling die als een continu proces moet gezien worden waarbij meerjarenplanning onafhankelijk is van het geraamde jaarlijkse uitgavenniveau dat de basis vormt voor de jaarlijkse begrotingen. Het goede huishouders principe dient altijd toegepast te worden.
- Punt 4.1: er wordt besproken hoe de VI op de uitgaven kunnen ingrijpen met een instrumentarium en eigen initiatieven, terwijl dit enigszins tegengesproken lijkt op blz. 52, al. 4.
- Punt 4.2.2. al.3: er wordt gesteld dat de VI niet betrokken zijn bij de totstandkoming van de uitvoering van de begroting voor geneesmiddelen, voor de ligdagprijs, voor uitgaven in het kader

Beleidsfeet van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Finance Tower / Kredietunie 50 bus 175 / B-1000 Brussel / België
tel. +32 2 528 69 00 / info.maggiedeblock@mimoc.fed.be

be

van sociale akkoorden en voor sommige kleinere geneeskundige sectoren. Ik wil er op wijzen dat voor de geneesmiddelen de VI vertegenwoordigd zijn in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) en de commissie die werkt rond art. 81 contracten. Voor de ligdagrijn maken de VI deel uit van de overeenkomstencommissie verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen en van de Federale Raad voor Ziekenhuis Voorzieningen (FRZV, voorheen NRZV). Voor de uitgaven in kader van de sociale akkoorden is het inderdaad zo dat de VI daar niet rechtstreeks deelnemen, maar deze uitbetalingen lopen grotendeels buiten het betalingscircuit van de VI. Voor de kleine geneeskundige sectoren is het zo dat binnen de overlegstructuur in het RIZIV voor elke sector ofwel een overeenkomstencommissie ofwel een bevoegde werkgroep bestaat waarin de VI zetelen. Daar volgt elke sector zijn partiële begrotingsdoelstellingen mee op.

- Punt 4.4. al. 2: Ik neem akte van het besluit dat de VI er niet in slagen essentiële controles op de toekenning van prestaties gezamenlijk te organiseren zonder flankerend overheidsbeleid. Ik verwijs hiervoor ook naar as 3 van het Pact VI.
- Punt 5.3.1.2: De aangehaalde disfuncties in het responsabiliseringsmechanisme dragen mijn bijzondere aandacht weg en zullen nader geanalyseerd worden door mijn beleidscel.

Bijkomend geef ik graag mijn reacties op de brief die het RIZIV over het ontwerpverslag heeft opgesteld:

Het RIZIV haalt meerdere keren het argument risicoselectie aan binnen de financiële responsabilisering; financiële responsabilisering is geen instrument om risicoselectie tegen te gaan, maar wel om financieel te responsabiliseren.

Indien de regering "zich vergist" in het opstellen van de begroting, dragen de verzekeringsinstellingen daarin een medeverantwoordelijkheid. Zij zetelen in de Algemene Raad van het RIZIV die als taak heeft:

Art. 16, (16) § 1. De Algemene raad :

1° bepaalt de algemene beleidslijnen, stelt de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling vast en legt, na advies van het Verzekeringscomité, [de globale budgetten van de financiële middelen, bedoeld in artikel 69, § 4 en § 5 ter goedkeuring aan de minister voor]; <W 2002-08-22/39, art. 8, 071; Inwerkingtreding : 10-09-2002>

2° waakt over het financieel evenwicht van de verzekering voor geneeskundige verzorging, onder meer op basis van de kwartaalverslagen van de Commissie voor begrotingscontrole, zoals bepaald in artikel 18;

Dit nuanceert het gegeven dat de VI geen verantwoordelijkheid zouden dragen wanneer de uitgaven hoger uitvallen dan de geraamde uitgaven.

Het RIZIV stelt dat een lange termijn financieel kader buiten de financiële responsabilisering valt. Ik verwijs naar de aanvulling die ik eerder maakte voor het ontwerpverslag punt 3.2.1., al. 4: [cfr. supra].

Er zal onderzocht worden of de tijdsspanne van 3 jaar tussen het begrotingsjaar en de afsluiting geen gevolgen heeft voor de financiële situatie van de VI.

Wanneer het definitieve rapport van de audit zal gepubliceerd zijn, zal ik de bespreking ervan in het Parlement met veel aandacht volgen. De vaststellingen en de aanbevelingen van het rapport en de conclusies van de bespreking in het Parlement zullen teruggekoppeld worden naar de verzekeringsinstellingen en het RIZIV.

Met de meeste hoogachting,

Maggie De Block



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



WETTELIJK DEPOT
D/2017/1128/25

ADRES
Rekenhof
Regentschapsstraat 2
B-1000 Brussel

TEL.
+32 2 551 81 11

FAX
+32 2 551 86 22

www.rekenhof.be