

## **Samenvatting**

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

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

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

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

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

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