

Administratiekosten van de landsbonden

Hervé Avalosse – departement R&D

Alain Conrath – stafmedewerker directie - strategisch adviseur

September 2017

Samenvatting

De landsbonden van ziekenfondsen ontvangen van de overheid een bedrag van iets meer dan 1 miljard euro in het kader van hun administratiekosten. Dit is een belangrijk bedrag, maar dit moet gezien worden in samenhang met de omvang van de prestaties in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (bijna 35 miljard euro). En in vergelijking met private verzekeringsmaatschappijen, zijn de landsbonden eerder goedkoop. Ook vergeleken met andere Europese landen is België niet bepaald duurder.

Het budget voor de administratiekosten heeft een bestaansreden: het laat toe de uitgaven te dekken die verbonden zijn aan de werklust die gepaard gaat met het uitvoeren van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (terugbetalen van gezondheidskosten, uitbetalen van uitkeringen, de continuïteit van de rechten van sociaal verzekerden, gegevens aanmaken). Het grootste deel van deze uitgaven bestaat uit de loonkost voor personeel van de landsbonden.

De landsbonden besparen ook op dit budget. Alleen al voor de periode 2015-2018, is een structurele besparing gerealiseerd van 120 miljoen euro. En dit terwijl de werklust alleen maar toeneemt als gevolg van de complexiteit van de regelgeving en van sociodemografische ontwikkelingen (de bevolking groeit en verouderd).

Sleutelwoorden: administratiekosten, landsbonden

1. Algemeen kader

1.1. Betrokken actoren: de verzekeringsinstellingen en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

De uitvoering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering is het eerste werkterrein van de Verzekeringsinstellingen (VI). Onder Verzekeringsinstelling wordt verstaan: de 5 landsbonden van ziekenfondsen en de twee kassen (de Hulpkas en de kas der Geneeskundige verzorging van de NMBS). De VI hebben dus als opdracht de regelgeving voor **terugbetaling van geneeskundige verzorging en storting van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen** toe te passen. Deze regelgeving verandert voortdurend en de terugbetalingsmodaliteiten hangen van verschillende elementen af. Bijvoorbeeld: de ziekenfondsen moeten bij elk akkoord artsen-ziekenfondsen de nieuwe terugbetalingstarieven ingevolge dit akkoord toepassen.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) is belast met de coördinatie van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV). Alle partners die bij geneeskundige verzorging betrokken zijn, zetelen in de beheersorganen van het RIZIV: de overheid, de verzekeringsinstellingen, de zorgverleners (artsen, tandartsen, paramedici, enz.) en de sociale partners (vakbonden, werkgevers, middenstandorganisaties). Dit systeem functioneert dus in medebeheer: in de RIZIV-organen worden de verschillende aspecten van het beheer van de ZIV geanalyseerd en worden nieuwe maatregelen voorgesteld en geëvalueerd om eventueel te worden uitgevoerd.

1.2. Administratiekosten van de VI: Door wie worden ze bepaald? Waarvoor dienen ze?

De dotatie voor de administratiekosten bestemd voor de 5 landsbonden van ziekenfondsen (1,05 miljard euro in 2017), wordt jaarlijks vastgelegd in een door de Ministerraad overlegd koninklijk besluit¹. Het grootste gedeelte van deze dotatie (90% - het zogenaamde vaste gedeelte) wordt verdeeld tussen de landsbonden in verhouding tot hun aantal gerechtigden, waarbij een bijzondere weging wordt toegepast voor sommige gerechtigden zoals bijvoorbeeld de gepensioneerden). Voor de verdeling van de overige 10%, het zogenaamde variabele deel, wordt bovendien ook rekening gehouden met evaluatiecriteria omtrent de goede werking van de verzekeringsinstellingen (bijvoorbeeld: mededeling van de gegevens binnen de vastgestelde termijn).

Voor de Kas der Geneeskundige verzorging van de NMBS gelden dezelfde principes: de Ministerraad beslist ieder jaar over hun dotatie administratiekosten en ook bij hen hangt 10% af van een evaluatie.

Voor de werkingsmiddelen van de Hulpkas (waar iemand kan aansluiten die niet bij een klassiek ziekenfonds wenst aan te sluiten) geldt een uitzonderingsregeling: de Hulpkas ontvangt rechtstreeks het equivalent van de reële kostprijs van haar administratiekosten.

De administratiekosten dekken de uitgaven van de VI voor het beheer en de uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Met deze dotatie wordt de hele administratie opgezet om aan 11 miljoen sociaal verzekerden geneeskundige verzorging terug te betalen of uitkeringen te betalen, om de voortzetting van hun recht te bewaken en gegevens te produceren om het gezondheidsbeleid te sturen.

De administratiekosten gaan vooral naar de loonmassa van het personeel dat bij de VI werkt. Bij de 5 landsbonden samen werken ongeveer 14.000 voltijdse equivalenten die deze fundamentele opdrachten van openbare dienstverlening dagdagelijks uitvoeren. Tabel 1 toont de evolutie doorheen de tijd van het aantal voltijdse equivalenten tewerkgesteld bij de landsbonden.

Tabel 1: Voltijdse equivalenten voor de 5 landsbonden

	Aantal werknemers (in voltijdse equivalenten)
2010	14.427
2011	14.054
2012	14.278
2013	14.202
2014	14.463
2015	14.704

Bron: jaarverslag Controledienst voor de ziekenfondsen (CDZ) 2013, 2014, 2015, 2016

Opmerking. De verdeelsleutel van het vaste gedeelte zal drastisch veranderen vanaf 2018². Het kabinet stelt – volgend op een beslissing van de regering – voor om 25 miljoen euro te verdelen onder de Verzekeringsinstellingen in functie van hun inspanningen om langdurig zieken die nog kunnen werken, weer aan het werk te helpen. Naast dit bedrag van 25 miljoen euro, is ook de verdeelwijze van het vaste gedeelte grondig gewijzigd: een nieuwe categorie van leden werd toegevoegd (de rechthebbenden op de maximumfactuur), een andere werd teruggetrokken uit het systeem (de werklozen).

2. Evolutie van de dotaties voor de administratiekosten voor de landsbonden de jongste jaren

2.1. Evolutie van de hoofddotatie voor de administratiekosten voor de 5 landsbonden

In 2017 bedroeg de dotatie voor de administratiekosten 1,05 miljard euro tegenover 766,5 miljoen euro in 2003. In de periode 2003-2017 groeide deze dotatie dus gemiddeld met 2,3% per jaar, wat trager is dan de nominale groei van het bruto binnenlands product (BBP)³ in diezelfde periode. Het BBP groeide tussen 2003 en 2017 immers met 3,2% per jaar.

1 De bedragen zijn vermeld in art 195 van de Wet betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen die op 14 juli 1994 gecoördineerd werd.

2 Zie interview met Jean Hermesse, algemeen secretaris van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, in : Nicolas de Pape. La réinsertion au travail est bonne pour tout le monde. Journal du Médecin. Edition du 13-04-2018.

<http://www.lejournalmedecin.com/actualite/la-reinsertion-au-travail-est-bonne-pour-tout-le-monde/article-longread-33699.html>

Zie ook het artikel van Het Nieuwsblad van 6 april 2018: Financiële straf voor ziekenfonds dat zieken niet aan werk helpt.

https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20180406_03449084

3 Het BBP meet de rijkdom die tijdens een bepaalde periode in een land geproduceerd wordt.

Hoe wordt het jaarlijks bedrag van deze dotatie bepaald?

Uitgangspunt hiervoor is de jaarlijkse evaluatie van de 'theoretische groei' van de administratiekosten. Daartoe wordt een parameterformule gebruikt die rekening houdt met diverse variabelen zoals de loonevolutie in de bank- en verzekeringssector en bij de overheid, de evolutie van de gezondheidszorguitgaven en het aantal dagen waarvoor een uitkering is betaald. Deze parameterformule staat in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, art. 195 en wordt door het RIZIV geëvalueerd aan de hand van cijfers afkomstig van het Planbureau.

Volgens de parameterformule bedraagt de theoretische groei voor 2017 2,48%. Bijgevolg had het budget administratiekosten voor de landsbonden dus 1.080 miljoen euro moeten bedragen. Van dat bedrag werden de door de regering vastgelegde besparingen afgetrokken, waardoor uiteindelijk slechts 1.053 miljoen euro werd toegekend. Dit is dus een lichte negatieve reële groei (-0,08%).

Tabel 2 toont dat de toegekende reële groei sinds 2005 steeds lager was dan de geraamde theoretische groei volgens de parameterformule. Voor de jaren 2012 en 2013 was de groei zelfs negatief. Dit betekent dat het bedrag van het budget tijdens die twee boekjaren daalde. In 2016 en 2017 was dit opnieuw het geval, aangezien de federale regering in 2015 een meerjarencader van besparingen vastlegde op de administratiekosten van de VI (doel van dat meerjarencader: een structurele besparing van 120 miljoen euro tijdens de periode 2015 tot 2018).

Tijdens de periode 2004 tot 2017 kunnen de gedeerde ontvangsten door de landsbonden op net geen 258 miljoen euro worden geschat. Er kan dus niet gezegd worden dat op de administratiekosten van de ziekenfondsen nooit is bespaard wel integendeel!

Tabel 2: Evolutie van de dotatie aan administratiekosten (AK) voor de 5 landsbonden

	Theoretische groei	Theoretische AK (1) (x 1.000 €)	Reële groei	Reëel toegekende AK (2) (x 1.000 €)	Gederfde ontvangsten (1) - (2) (x 1.000 €)
2004	4,72%	802.661	4,72%	802.661	0
2005	4,38%	837.818	3,70%	832.359	5.459
2006	4,15%	866.902	3,70%	863.156	3.746
2007	4,01%	897.769	3,75%	895.524	2.245
2008	4,39%	934.838	3,76%	929.160	5.678
2009	5,40%	979.335	4,67%	972.546	6.789
2010	5,68%	1.027.787	4,06%	1.012.057	15.730
2011	3,81%	1.050.616	2,23%	1.034.651	15.965
2012	3,65%	1.072.416	-0,46%	1.029.840	42.576
2013	4,33%	1.074.432	-0,22%	1.027.545	46.887
2014	4,42%	1.072.962	2,41%	1.052.317	20.645
2015	3,55%	1.089.674	1,68%	1.070.012	19.662
2016	2,74%	1.099.330	-1,50%	1.054.007	45.323
2017	2,48%	1.080.146	-0,08%	1.053.130	27.016
				totaal =	257.720

Bronnen:

- Rekenhof. 2017. Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling https://www.courdescomptes.be/Docs/2017_01_VergoedingAdministratiekostenZiekenfondsen.pdf
- Nota TBSC 2016/41
- RIZIV. Historiek van de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. <http://www.inami.fgov.be/nl/themas/financiering/begroting-rekeningen/Paginas/historiek.aspx#.WsTTjNRubIU>

2.2. Specifieke dotatie voor de kleine risico's zelfstandigen

Sinds 2008 dient een bedrag administratiekosten van 11,41 miljoen euro (niet-geïndexeerd) te worden toegevoegd. De 5 landsbonden ontvangen dit voor de 'kleine risico's zelfstandigen'. Vroeger waren de zelfstandigen via facultatieve verzekeringen gedekt voor hun 'kleine risico's' (vooral ambulante zorg). Vanaf 2008 zijn de 'kleine risico's' in de verplichte verzekering geneeskundige verzorging van de zelfstandigen opgenomen. De 11,41 miljoen euro vertegenwoordigen administratiekosten voor het beheer van deze 'kleine risico's'.

2.3. Variabel deel van de administratiekosten

De landsbonden ontvangen niet het volledige bedrag van de dotatie die de regering vastlegt (idem voor de specifieke dotatie voor de kleine risico's). Voor het variabel deel (10% van de dotatie voor de administratiekosten) evalueert de CDZ volgens een tiental criteria de prestaties van de landsbonden en de Kas van de NMBS. Afhankelijk van de resultaten op deze evaluatie, kunnen de landsbonden per criterium gepenaliseerd worden: de landsbonden krijgen een deel van hun administratiekosten niet indien ze bijvoorbeeld stukken of (administratieve, boekhoudkundige, financiële, statistische) documenten laatijndig leveren of wanneer verstuurd gegevens van slechte kwaliteit zouden zijn en verbeterd moeten worden. Dit systeem responsabiliseert de landsbonden moedigt hen aan om de kwaliteit van hun beheer te blijven verbeteren. Voor het boekjaar 2015 bijvoorbeeld, kregen de 5 landsbonden een uitstekend rapport! Na de evaluatie door de Controledienst **kregen de landsbonden ongeveer 98%** van het maximum bedrag dat zij als variabel deel konden ontvangen.

Sinds 2016 is er een nieuw systeem voor het variabel deel van de administratiekosten in gebruik (Wet van 1/07/2014). Dit nieuw systeem hanteert 7 sleutelprocessen die de globale werking van de Verzekeringsinstellingen weerspiegelen:

1. Verplichting om de sociaal verzekerden te informeren
2. Correcte, uniforme en tijdige toekenning van de rechten inzake geneeskundige verzorging in uitkeringen
3. Correcte, uniforme en tijdige uitvoering van de betalingen
4. Nauwkeurige detectie en opvolging van de vorderingen
5. Organisatie van de vereiste controlemechanismen op de verschillende niveaus (terugvordering, fraudebestrijding, ...)
6. Samenwerking met het RIZIV en medewerking aan de uitvoering van het beleid van de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid
7. Boekhoudkundig beheer

Conform het toekomstpact met de verzekeringsinstellingen, zal - vanaf 2019 - het variabel deel van de administratiekosten, dat nu 10% bedraagt, jaarlijks worden verhoogd met 2,5%. Dit gedurende een periode van 4 jaar tot het variabel deel 20% bedraagt⁴.

2.4. De dotatie dekt zowel gezondheidszorg als uitkeringen

Vergeet niet dat de dotatie die de landsbonden uiteindelijk krijgen, bestemd is om de werkingskosten te dekken voor zowel terugbetaling van geneeskundige verzorging als uitbetaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, dus de 2 takken van de ZIV.

2.5. Supplementen administratiekosten

De Verzekeringsinstellingen ontvangen extra administratiekosten voor terugvorderingen.

De artikels 136, §2 en 164 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 omvatten twee gevallen:

- artikel 136, §2: maakt terugvordering mogelijk voor verstrekkingen die worden voorgeschoten bij arbeidsongevallen, beroepsziekten en ongevallen gemeen recht (hier is immers een verantwoordelijke derde en dan hoeft de ZIV deze verstrekkingen niet ten laste te nemen);
- artikel 164: maakt mogelijk om onverschuldigde verstrekkingen terug te vorderen (gevallen van fouten, fraude).

Voor de administratiekosten gelden bepaalde percentages volgens het terugvorderingsniveau⁵ en die worden toegepast op het totaalbedrag van de terugvorderingen (de gerechtsintresten inbegrepen). Hoe meer wordt teruggevorderd, hoe hoger het toegepaste percentage. Ook dit is dus een aanmoedigingsmechanisme om terugvordering te bevorderen en de VI te belonen voor dit werk.

2.6. Globaal

Tabel 3 toont hoe de dotatie van de administratiekosten, de uitgaven in de ziekte- en invaliditeitsverzekering en het BBP evolueren in de periode 2012 tot 2016.

Vaststellingen:

- De dotatie voor de administratiekosten van de 5 VI blijft stabiel. Dit in tegenstelling tot het BBP (stijging met 2,1% per jaar) en de totale uitgaven voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering (stijging met 3,3% per jaar).
- De ratio administratiekosten van de 5 VI versus de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering gaat van 3,4% in 2012 naar 3,0% in 2016.

⁴ Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen
http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/toekomstpact_verzekeringsinstellingen.pdf

⁵ ratio: teruggevorderde bedragen / geboekte uitgaven

Tabel 3: Evolutie van de administratiekosten, uitgaven geneeskundige verzorging, uitkeringen, BBP (nominale waarden)

In miljoen euro	2012	2013	2014	2015	2016	Gemiddelde jaarlijkse nominale groei	Index 2016 (2012 = 100)	
BBP	387.500	392.340	400.288	410.435	423.048	2,2%	109	
Geneeskundige verzorging	Uitgaven (federaal) (A)	24.340,0	24.950,8	25.521,0	23.417,5	23.263,5	-1,1%	96
	Uitgaven (deelstaten) (B)				2.966,7	3.676,9		
	(i) - totaal (A+B) =	24.340,0	24.950,8	25.521,0	26.384,2	26.940,4	2,6%	111
Uitkeringen	Primaire ongeschiktheid (1)	1.533,5	1.638,9	1.780,3	1.811,0	1.779,2	3,8%	116
	Moederschap (2)	642,0	657,6	654,1	640,0	649,0	0,3%	101
	Invaliditeit (3)	3.985,8	4.319,3	4.603,2	4.995,7	5.414,2	8,0%	136
	Begrafeniskosten (4)	6,7	1,5					
	Professionele revalidatie (5)	2,6	6,1	6,2	9,4	?		
	(ii) - totaal (1 tot 5) =	6.170,6	6.623,3	7.043,8	7.456,1	7.842,5	6,2%	127
(a) TOTALE uitgaven ziekte- en invaliditeitsverzekering (i+ii) =	30.510,5	31.574,1	32.564,8	33.840,3	34.782,9	3,3%	114	
Administratiekosten van de 5 landsbonden (b)	1.038,4	1.036,6	1.060,4	1.079,2	1.059,5	0,5%	102	
Administratiekosten van de twee kassen (Hulpkas en NMBS)	42,8	42,0	51,6	43,6	43,9	0,6%	103	
Bijkomende AK voor de VI	25,5	25,3	27,0	28,8	29,6	3,8%	116	
Administratiekosten RIZIV	122,1	121,3	126,1	114,5	118,3	-0,8%	97	
Ratio (b) / (a)	3,4%	3,3%	3,3%	3,2%	3,0%			

De cijfers van de uitgaven geneeskundige verzorging zijn gebaseerd op de N-documenten. Deze documenten - die alle verzekeringsinstellingen aan het RIZIV verstrekken - tonen de activiteit van de ziekenfondsen in termen van betalingsstromen aan de patiënten en/of de zorgverstrekkers. Voor de periode 2015-2016 is een deel van deze uitgaven ten laste van de deelstaten (vb : rustoorden, mobiliteitshulpmiddelen, ...) ingevolge de recentste staatshervorming. Ze staan echter nog vermeld in de N-documenten omdat de ziekenfondsen deze materies blijven uitvoeren. Opgelet, de N-documenten omvatten niet alle gezondheidszorguitgaven in de verplichte verzekering geneeskundige verzorging.

In 2013 werd de vergoeding voor begrafeniskosten geschrapt. De uitgaven voor professionele revalidatie werden van de tak 'geneeskundige verzorging' verplaatst naar de tak uitkeringen' op 1 juli 2009. Voor de gegevens betreffende geneeskundige verzorging en uitkeringen: de recentste rekeningen die zijn afgesloten, zijn die van 2012. Vanaf 2013 worden dus ramingen gehanteerd die gebaseerd zijn op diverse nota's en rapporten van het RIZIV. Dit zijn dus geen exacte cijfers maar grootteordes.

Bronnen

- BBP: Nationale Bank van België
- Nota's van het RIZIV: TBSC 2016/21, TBSC 2017/06 corr.
- Jaarverslag van het RIZIV : 2013
- ZIV-budget: 2012 tot 2016

3. De groeifactoren van de werklast

De administratiekosten die de landsbonden ontvangen moeten de uitgaven dekken die gepaard gaan met het werk dat ze moeten doen. Deze werklast neemt alleen maar toe. De belangrijkste factoren die aan deze stijging van de werklast ten grondslag liggen, zijn van structurele aard: sociodemografische evoluties, de impact van de vergrijzing en de evolutie van de geneeskunde, de nomenclatuur en de sociale wetgeving. Deze factoren lichten we in de volgende paragrafen verder toe.

3.1. Sociodemografische evolutie

De werklast van de verzekeringsinstellingen blijft verder stijgen door een aantal structurele elementen. Niet enkel is er een *demografische evolutie* in die zin dat de bevolking blijft aangroeien⁶, ook is er een *sociologische evolutie* aan de gang waarbij de structuur van de verzekerde bevolking verandert. Het aantal gerechtigden in zowel de algemene regeling als de regeling zelfstandigen stijgt voortdurend terwijl het aantal personen ten laste daalt (vooral de personen ten laste in de rubriek echtgenoot). Het werkvolume voor het beheer van een dossier “gerechtigde” is groter (jaarlijkse verificatie van de rechten) dan voor een dossier “persoon ten laste” (afgeleid recht van de gerechtigde van wie zij ten laste zijn).

Daarnaast zien we dat het aantal rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming de jongste jaren aanzienlijk gestegen is (tussen 2008 en 2017: met 3,2% per jaar⁷). Dankzij de verhoogde tegemoetkoming betalen bepaalde categorieën rechthebbenden minder remgeld (persoonlijk aandeel) bij een ziekenhuisverblijf, een raadpleging bij de arts of voor

geneesmiddelen. De verhoogde tegemoetkoming blijft voor de meeste rechthebbenden van de ziekteverzekering complex: zowel om te bepalen of zij hierop recht hebben en dit recht te openen als inzake procedures en bewijsstukken. Elk dossier vereist persoonlijk contact en begeleiding maar daarnaast zijn ook proactieve acties naar de rechthebbenden die niet wisten dat zij voor dit voordeel in aanmerking komen, nodig.

Ten slotte moet ook worden opgemerkt dat het aantal “niet-verzekerde” rechthebbenden de jongste jaren sterk gestegen is⁸. Dit heeft een impact op het werkvolume van onze diensten maatschappelijk werk en ledenbeheer die de continuïteit van het recht moeten bewaken en de rechten opnieuw in orde dienen te brengen voor wie zijn recht verliest.

3.2. Invloed van de vergrijzing

De Belgische bevolking blijft niet enkel toenemen in aantal, maar veroudert ook.

- **Wij leven langer.** Daar waar in 2000 de levensverwachting van een pasgeborene (jongen of meisje) 77,8 jaar bedroeg, was dit in 2016 al 81,3 jaar. Dit is een aanzienlijke toename. De levensverwachting bij de geboorte is met ongeveer 80 dagen per jaar gestegen. Dit ritme is sneller voor mannen met een gemiddelde winst van 95 dagen per jaar (het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen neemt dus af).
- **Minder geboorten.** De evolutie van het bruto geboortecijfer (aantal geboorten per 1.000 inwoners)⁹ toont een afname in het aantal geboorten: 12,40 in 1990; 11,40 in 2000; 10,90 in 2015.

De combinatie van deze twee trends heeft een impact op de leeftijdsstructuur van de bevolking. Het aantal 65-plussers neemt toe: van 16,8% (in 2000) naar 18,5% (in 2017).

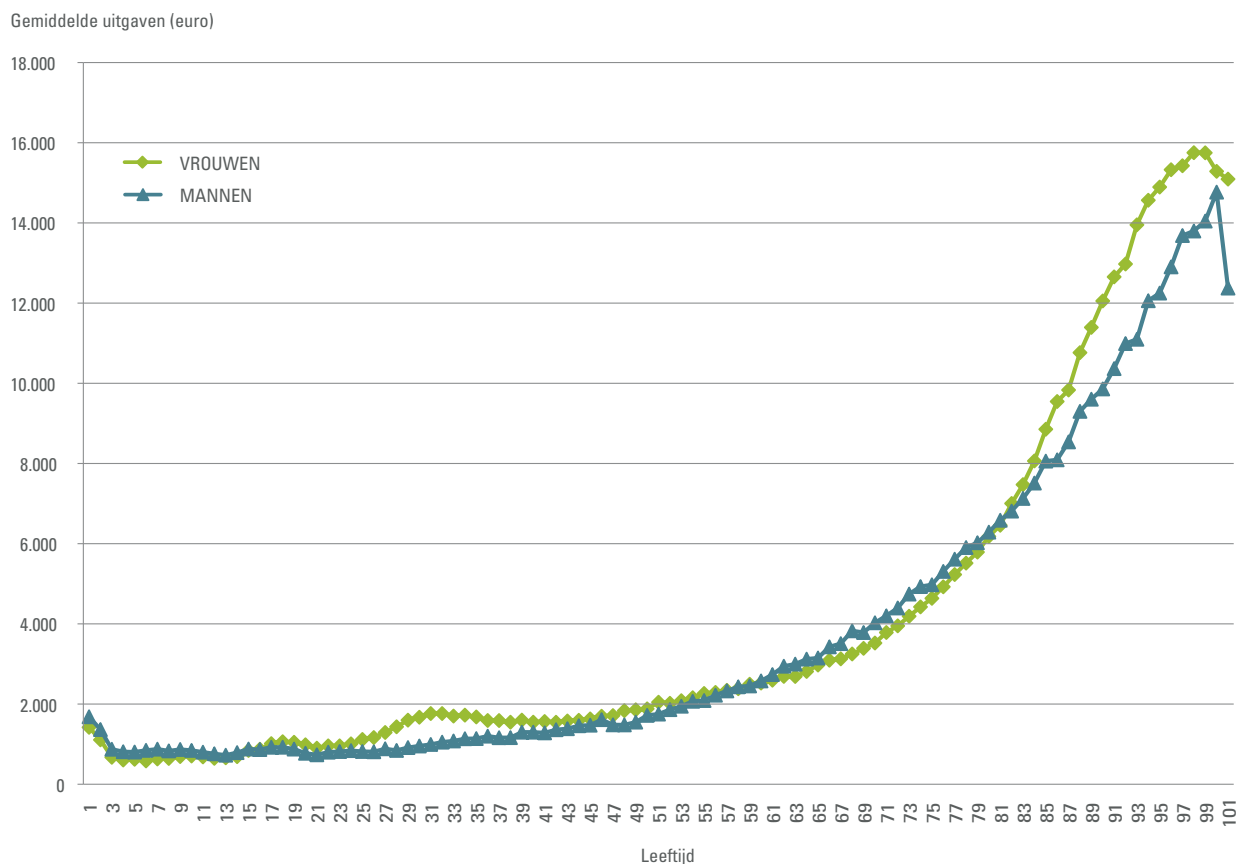
6 De jongste 10 jaar nam de bevolking met 0,7% per jaar toe (+ 876.000 personen tussen 2005 en 2017). Cijfers Belgische bevolking op 1 januari.
Bron: <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/mouvement/>

7 Op 30 juni 2008 was de verhouding rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming binnen de bevolking 14,4%. Op 30 juni 2017 bedroeg diezelfde verhouding 18,1%.
Bron: RIZIV – Dienst voor Administratieve Controle.

8 Op 30 juni 2008 waren er 89.346 ‘niet-verzekerden’. Op 30 juni 2017 waren er 114.449 niet-verzekerden.
Bron: RIZIV – Dienst voor Administratieve Controle.

9 <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/BEL/fr/SP.DYN.CBRT.IN.html>

Figuur 1: Gemiddelde uitgaven voor geneeskundige verzorging (ten laste van de verplichte ziekteverzekering) van CM-leden in 2016, volgens leeftijd en geslacht



De uitgaven voor gezondheidszorg stijgen met de leeftijd (zie Figuur 1). Een verouderende bevolking genereert niet enkel meer zorguitgaven maar doet ook het administratief werk van de Verzekeringsinstellingen toenemen.

Uit een interne analyse van het volume 'afgerekende lijnen voor uitgaven geneeskundige verzorging' bij CM blijkt het volgende.

- Dit volume 'lijnen' nam globaal toe in een periode van 10 jaar (ook al blijft het volume CM-leden vrij stabiel). Zonder informatisering en elektronische gegevensuitwisseling zou het onmogelijk zijn om deze volumes manueel te verwerken.
- Het volume van de elektronische gegevensuitwisseling nam wel spectaculair toe (ongeveer 86% van de afgerekende uitgavenlijnen in 2016) en vereiste investeringen in informatisering (voor zowel de behandelingscapaciteit als softwareontwikkeling), en de controle en validering van

deze uitgaven zorgen ook voor extra werk.

- In tegenstelling tot wat algemeen wordt aangenomen, blijven ook de niet-elektronisch uitgewisselde gegevensvolumes toenemen en deze vereisen extra invoerwerk. De toename van de niet-elektronische derde betaler en van het aantal uitgavenlijnen dat de ziekenfondsen moeten aanmaken om te voldoen aan nieuwe, complexe wetgevingen die de jongste jaren het licht zagen (bijvoorbeeld: Betalingen in het kader van de MAF, zorgforfaits, ...), is zeker niet te verwaarlozen.

Inzake uitkeringen, met name invaliditeits- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, is er een blijvende forse toename. Het aantal nieuwe gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid¹⁰ stijgt 398.401 in 2009 naar 430.230 in 2016 (algemene regeling). Hierbij valt vooral de stijging van het aantal invaliden op: in 2016

¹⁰ Alle nieuwe gevallen voor zover één ziekte dag door de uitkeringsverzekering wordt gedekt (minimaal één dag arbeidsongeschiktheid buiten de periode van het gewaarborgd loon).

Bronnen: * RIZIV. 2018. Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid - Analyse en verklarende factoren – Periode 2011-2016. http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_ziekteverzuim_primaire_analyse_2011_2016.pdf

* RIZIV. 2015. Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid - Analyse en verklarende factoren. <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/ziekteverzuim-primaire-arbeidsongeschiktheid.pdf>

waren er 390.765 invaliden tegenover 200.264 in 2000, wat een stijging is met 95%. Deze forse trend valt te verklaren door verschillende factoren zoals o.m. het stijgend aantal uitkeringsgerechtigden (door meer vrouwen op de arbeidsmarkt), het optrekken van de pensioenleeftijd voor vrouwen en **de vergrijzing van de beroepsbevolking**: in de leeftijdsschijven 45-49 jaar, 50-54 jaar en vooral 55-59 jaar is het aantal invaliden het sterkst in volume toegenomen.

De invaliditeitsgraad¹¹ steeg de jongste 20 jaar: voor de algemene regeling gaat deze globaal van 5,2% in 1997 naar 8,9% in 2016. Deze stijgt echter snel met de leeftijd: 10,0% voor de schijf 45-49, 13,8% voor de 50-54-jarigen, 18,3% voor de 55-59-jarigen, 30,3% voor de 60-64-jarigen (2016, algemene regeling).

3.3. Snelle evolutie in en toenemende complexiteit van de geneeskunde en de medische technieken, de nomenclatuur en de wetgeving

De geneeskunde, het gezondheidsstelsel evolueren snel, wat o.m. een impact heeft op de nomenclatuur van de verstrekkingen geneeskundige verzorging die de ziekenfondsen terugbetalen. Er ontstaan nieuwe verstrekkingen met specifieke toepassingsvoorwaarden (vb. dringend ziekenvervoer, daghospitalisatie), hoofdstukken van de nomenclatuur worden herzien en nieuwe – vaak complexere – toepassingsvoorwaarden worden verwacht (vb.: kinesitherapie).

De wetgeving wordt complexer om uit te voeren. Ook de maatregelen en acties die de wetgever wenst, worden steeds gericht (vb. de terugbetalingen voor chronisch zieken, de professionele reïntegratie voor personen in arbeidsongeschiktheid) hetgeen positief is daar ze rekening houden met de diversiteit aan sociale situaties. Voor de VI impliceert dit echter dat zij een doorgedreven analyse moeten maken van steeds meer gegevens teneinde haar opdrachten tot een goed einde te brengen.

Andere trend: meer proactiviteit, optimalisatie van de rechten van de sociaal verzekerden zonder dat zij administratieve formaliteiten moeten vervullen (vb automatische derde betaler, MAF-tussenkomst, toekenning VT-statuut). Daarenboven moet men ook rekening houden met de initiatieven en engagementen opgenomen in het 'Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen', ondertekend door de verzekeringsinstellingen en de Minister van Sociale Zaken. Dit Pact beoogt 'ziekenfondsen' te laten evolueren naar 'gezondheidsfondsen'. De werven zijn talrijk en divers, bijvoorbeeld informatie- en dienstverlening aan de leden, gezondheidscoaching, ...

Al deze evoluties doen de werklast toenemen: aanpassing of ontwikkeling van informatie- en beheerssystemen.

4. Vergelijking met de 'ziektelastenverzekeringen' van de commerciële private sector

Zijn de administratiekosten van de landsbonden hoog? Ter herinnering, ze vertegenwoordigen 3% van alle prestaties van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (tabel 1). We kunnen dit proberen te vergelijken met de private verzekeringsmaatschappijen.

In Tabel 4 tonen wij enkele becijferde indicaties inzake de ziektekostenverzekeringen die de private verzekeringsondernemingen beheren (vooral contracten voor hospitalisatieverzekeringen maar ook verzekeringscontracten voor tandzorg). Men merkt dat de exploitatiekosten aanzienlijk zijn: de administratie- en beheerskosten bedragen 13 tot 14% van het incasso. Als men daaraan de wervingscommissie (vergoeding voor de verzekeringsmakelaars) toevoegt, komt men op 29% van de premies voor individuele contracten, 18% voor collectieve contracten.

¹¹ Invaliditeitspercentage: aantal invaliden in de populatie van uitkeringsgerechtigden na aftrek van het aantal bruggepensioneerden. Dit is dus het risico dat een uitkeringsgerechtigde invalide wordt.

Bron: RIZIV. Verklarende factoren voor het aantal invaliden – regeling loontrekkenden en regeling zelfstandigen, periode 2007-2016. Beschikbaar op: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_verklarende_factoren_invaliditeit_2007_2016.pdf

Tabel 4: 'ziektekostenverzekeringen' van de commerciële verzekeringsmaatschappijen, enkele posten van de geconsolideerde resultatenrekeningen

In miljoen euro	Individuele contracten			Collectieve contracten			Totaal		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Geïnde premies (1)	481,3	484,8	496,2	631,4	674,3	714,2	1.112,7	1.159,1	1.210,4
Prestaties	263,6	278,0	284,5	490,1	551,8	578,8	753,7	829,8	863,3
Administratie- en beheerskosten (2)	65,4	64,5	70,3	94,4	95,0	97,3	159,9	159,5	167,6
Wervingscommissies (3)	65,6	68,9	73,5	27,2	27,5	29,9	92,8	96,4	103,4
Ratio : (2) / (1)	13,6%	13,3%	14,2%	15,0%	14,1%	13,6%	14,4%	13,8%	13,8%
Ratio : (2+3) / (1)	27,2%	27,5%	29,0%	19,3%	18,2%	17,8%	22,7%	22,1%	22,4%

Bron: Nationale Bank van België, Statistieken van de rechtstreekse verzekeringsverrichtingen "niet-leven" in België
beheerskosten voor werving, interne kosten voor beheer schadegevallen, administratiekosten.

5. Vergelijking – benchmarking met de Europese landen

Voorzichtigheid is geboden bij het vergelijken van de uitgaven inzake het administratief beheer van geneeskundige verzorging tussen de Europese landen. De gezondheidsstelsels van de verschillende landen zijn immers niet op dezelfde manier tot stand gekomen. Ook spelen in sommige landen private verzekeringen een belangrijke rol in het domein van de gezondheidszorg (bijv. in Frankrijk). Elementen als deze zorgen ervoor dat het beschikbare cijfermateriaal niet steeds eenduidig te vergelijken is tussen landen.

In België worden – net als in Duitsland, Frankrijk en Zwitserland – tussenliggende organen belast met het beheer van de uitvoering van de ziekteverzekering. Soms zijn aan deze tussenliggende operatoren ruimere opdrachten toevertrouwd dan de opdrachten die overheidsadministraties of private operatoren opnemen (opdrachten inzake gezondheids promotie, belangenbehartiging van de leden, medebeslisser bij het bepalen van het gezondheidsbeleid ...).

De interpretatie van internationale gegevens wordt dus aanzienlijk beperkt en het is niet evident te achterhalen welke activiteiten exact gevat worden in het cijfermateriaal.

De internationale gegevens zijn gestructureerd volgens de SHA 2011-classificatie¹² (system of health accounts) die tot stand kwam in samenwerking tussen de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, EUROSTAT en

de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit internationaal classificatiesysteem van de gezondheidsuitgaven omvat verschillende functies (vb. curatieve zorg, preventieve zorg, maar ook de uitgaven voor het administratief beheer van de gezondheidsstelsels), volgens verschillende financieringsbronnen.

In Tabel 5 tonen wij informatie over enkele Westerse Europese landen¹³. Deze landen zijn gerangschikt volgens het belang van de lopende gezondheidsuitgaven ten opzichte van het BBP (cf. eerste kolom van tabel 5).

Lopende gezondheidsuitgaven zijn alle gezondheidsuitgaven ongeacht de financieringsbron ervan (door de overheid of privaat) en hun functie (curatieve, preventieve zorg, ...). Ook de uitgaven voor de governance, administratie van het gezondheidsstelsel en de financiering ervan zijn hierin opgenomen. Deze laatste functie komt het best overeen met de administratiekosten.

De lopende gezondheidsuitgaven in België bedroegen in 2015 iets minder dan 43 miljard euro of 10,5% van ons BBP. Deze lopende uitgaven worden door diverse bronnen gefinancierd (cf. kolommen 2, 3 en 4 van tabel 5). Bijvoorbeeld, in België wordt bijna 77,5% van deze uitgaven solidair gedragen: door de verplichte ziekteverzekering van de sociale zekerheid of

¹² <http://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

¹³ Gegevens afkomstig van de site EUROSTAT in september 2017. De recentst beschikbare gegevens hebben betrekking op 2015 (of 2014 : deze landen zijn aangeduid met *).

rechtstreeks door de overheid (de federale overheidsdiensten, de gemeenschappen en de gewesten ...). De overige lopende gezondheidsuitgaven worden betaald door private aanvullende verzekeringen¹⁴ (voor 5%) of rechtstreeks door de private gezinnen¹⁵ (17,6%).

In kolom 5 van Tabel 5, berekenen wij de ratio van de administratiekosten ten opzichte van de lopende gezondheidsuitgaven die solidair gedragen worden. Hierbij werd het bedrag van deze uitgaven gecorrigeerd door het bedrag van de administratiekosten ervan af te trekken, teneinde

een ratio te hebben die vergelijkbaar is met die van Tabel 3. Voor België bedraagt deze ratio 3,2%. Deze ratio weerspiegelt niet enkel het relatieve belang van de administratiekosten van de 5 Verzekeringsinstellingen maar houdt ook rekening met de twee kassen (de Hulpkas en de Kas van de NMBS), het RIZIV en de andere overheden die de gezondheidsuitgaven ten laste nemen. Hun administratiekosten zijn hier echter marginaal. Sommige landen hebben een hogere ratio: Nederland, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg. Sommige landen hebben een lagere ratio: de Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk, Italië, Spanje, ...

Tabel 5: Gegevens EUROSTAT (gegevens 2015 of 2014*).

	(1)	(2)			(5)
	Lopende gezondheidsuitgaven in % van het BBP	Verdeling van de lopende gezondheidsuitgaven volgens de belangrijkste financieringsbronnen			Gesolidariseerde dekkingen - ratio administratiekosten / lopende gezondheidsuitgaven**
		Gesolidariseerde dekkingen°	Private aanvullende verzekeringen	Rechtstreekse stortingen van de gezinnen	
* Zwitserland	11,37	65,1%	8,1%	26,7%	4,5%
Duitsland	11,15	84,5%	3,0%	12,5%	5,5%
* Frankrijk	11,07	78,6%	14,4%	7,0%	4,2%
Zweden	11,01	83,7%	1,1%	15,2%	1,9%
* Nederland	10,93	80,6%	7,1%	12,3%	4,3%
België	10,48	77,5%	5,0%	17,6%	3,2%
* Denemarken	10,37	84,2%	2,0%	13,8%	2,5%
Oostenrijk	10,32	75,6%	6,5%	17,9%	2,9%
Verenigd Koninkrijk	9,88	79,6%	5,5%	14,8%	1,5%
* Finland	9,51	75,4%	5,5%	19,1%	1,9%
Spanje	9,17	71,0%	4,7%	24,2%	2,0%
Italië	9,00	74,9%	2,3%	22,8%	1,7%
* Luxemburg	6,32	82,4%	6,9%	10,7%	5,4%

° via de verplichte ziekteverzekering van de sociale zekerheid of rechtstreeks ten laste genomen door de overheid

* gegevens 2014

** gecorrigeerd bedrag van de administratiekosten

14 via de verzekeringsmaatschappijen of de ziekenfondsen

15 De gezondheidsuitgaven die de patiënten zelf betalen: remgeld, supplementen, niet-terugbetaalbare zorg, ...

6. Conclusie

De ziekenfondsen zijn zeker niet zo duur als sommigen wel eens te verstaan geven. Zij beheren een complexe materie tegen een vrij lage kostprijs. De administratiekosten die de overheid toekent, bedragen 3% van de uitgaven voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. **Ten opzichte van de privé-verzekeringsondernemingen** (hun werkingskosten bedragen 22 tot 23% van de premies) **blijken de ziekenfondsen echt goedkoop. In vergelijking met enkele buurlanden die een gezondheidszorgstelsel hebben dat vergelijkbaar is met het onze, is de relatieve omvang van de administratiekosten ten opzichte van de uitgaven niet overdreven.**

De globale dotatie voor de administratiekosten voor de 5 landsbonden bedraagt zo'n één miljard euro. Deze massa groeit echter minder snel dan onze nationale rijkdom (die door het BBP wordt gemeten) en de regering bespaarde structureel 120 miljoen euro alleen nog maar voor de periode 2015 tot 2018.

Dit toont goed dat **de ziekenfondsen aanzienlijk besparen op hun werkingskosten terwijl de werklast alsmat toeneemt.**

Het aantal gerechtigden, rechthebbenden van de verhoogde tegemoetkoming, personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering en het aantal medische verstrekkingen die getarifeerd en gecontroleerd moeten worden, nemen immers alsmat toe. Ook de wetgeving is complexer geworden. Maatregelen zoals de invoering van de maximum factuur, de inhaalpremie voor personen in invaliditeit, de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming en de invoering van het statuut voor de chronisch zieken zorgen voor een betere individuele bescherming maar geven tegelijkertijd wel extra werk aan de ziekenfondsen om zowel de rechthebbenden te detecteren als de betrokken leden op te volgen en te begeleiden.