



ITINERA INSTITUTE MEMO

2009/19

03 | 12 | 2009

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?



François Dave
Senior Fellow

INHOUDSTAFEL

1	INLEIDING	3
2	DE DIAGNOSE	4
2.1	DE WETTELIJK OMSCHREVEN FUNCTIES VAN DE MUTUALITEITEN	4
2.1.1	De drie basisfuncties	4
2.1.2	De nieuwe functies	4
2.2	DE UITDAGINGEN VAN DE 21STE EEUW	5
2.2.1	De wijziging van de vraag en de toenemende druk op de kosten	5
2.2.2	De evolutie van de informatie- en communicatietechnologie	6
2.2.3	De Europese richtlijnen	7
2.2.4	Uitbreiding van de functies	7
2.3	DE VIER STERKE PUNTEN	8
2.3.1	De bekommernis om de toegankelijkheid	8
2.3.2	Geen selectie van risico's	8
2.3.3	De verwezenlijking van de twee belangrijkste opdrachten	9
2.3.4	Actieve deelname aan het overlegmodel	9
2.4	VIER MOGELIJKHEDEN TOT VERBETERING	9
2.4.1	De derde opdracht wordt maar heel gedeeltelijk uitgevoerd	9
2.4.2	In het kader van het medebeheer moet men actiever naar efficiëntie streven	10
2.4.3	Naar meer individuele responsabilisering	11
2.4.4	De papiermolen is nog steeds te groot	12
3	VIER KANSEN LIGGEN VOOR HET GRIJPEN	12
3.1	UITBOUW VAN DE DERDE FUNCTIE DOOR ACTIEF DEEL TE NEMEN AAN DE BEGELEIDE KEUZE VAN DIENSTEN	12



ITINERA INSTITUTE MEMO

2009/19

03 | 12 | 2009

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

3.1.1	De geleidelijke ontwikkeling naar de derde functie	12
3.1.2	De hoofdrolspeler worden in het informeren van de burger-patiënt	13
3.1.3	Promotie van de kwaliteits- en resultaatgerichtheid	14
3.1.4	Complementair werken	16
3.2	HET MEDEBEHEER EFFICIËNTER MAKEN, DOOR EEN TRANSPARANT DATABEHEER IN PARTNERSCHAP	16
3.2.1	De beschikbare gegevens optimaal gebruiken	16
3.2.2	Een denkproces ontwikkelen in een geest van partnerschap en transparantie	17
3.2.3	De private uitgaven beter begrijpen	18
3.2.4	Evolutie naar nieuwe modellen	19
3.3	DE FINANCIËLE VERANTWOORDELIJKHEID VERSTERKEN	21
3.3.1	Het beheer van ziektedoelgroepen en patiëntendoelgroepen	21
3.3.2	Actieve promotie van een geïntegreerde en gecoördineerde aanpak, onder meer inzake preventie	22
3.3.3	Herziening van de nomenclatuur	23
3.3.4	Stimulansen	24
3.4	ACTIEF DEELNEMEN AAN HET E-HEALTH GEBEUREN	24
3.4.1	Realisatie van interne informaticaprojecten	25
3.4.2	Bijdragen tot de externe informaticaprojecten	26
4	ACTIVEREN VAN DE VERANDERING	26
4.1	KEUZES MAKEN	26
4.2	PARTNERSCHAPPEN ONTWIKKELEN	27
4.3	DE MOED VOOR EEN AMBITIEUS INTERN STRATEGISCH RECONVERSIEPLAN	27
4.4	OP FEDERAAL EN REGIONAAL NIVEAU EEN DENKPROCES BEVORDEREN GERICHT OP DE MIDDELLANGE EN LANGE TERMIJN	28
4.5	NAAR EEN PROACTIEVE AANPAK OP EUROPEES NIVEAU	28
5	BESLUITEN	29

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

1 INLEIDING

Aansluitend bij het boek dat in december vorig jaar verschenen is over de Toekomst van de Gezondheidszorg (1), is het belangrijk om dieper in te gaan op de rol die de verschillende actoren kunnen spelen bij het zoeken naar concrete oplossingen voor de uitdagingen van de 21ste eeuw.

Deze nota beperkt zich tot de mutualiteiten en dat in hoofdzaak om twee redenen : ten eerste omdat zij in ons land een centrale rol spelen die zowel de verplichte verzekering als de aanvullende verzekering bestrijkt, ten tweede omdat - net zoals dat een aantal jaren geleden in de banksector al het geval is geweest - de informatisering van alle papierstromen ook de mutualiteiten tot het heroriënteren van functies en tot het herdefiniëren van hun strategische positionering zal brengen.

Dit is een moeilijke oefening vermits er nog maar heel weinig over is gepubliceerd. Om die reden heb ik - vooraleer ik deze nota heb geschreven - van gedachten gewisseld met de Association Internationale de la Mutualité (AIM) over de rol die de mutualiteiten mogelijk kunnen spelen. Bij deze ideeënuitswisseling zijn wij uitgegaan van de besluiten van onze studie over de aspecten in onze gezondheidszorg die moeten worden verbeterd.

De studie toont duidelijk aan dat het voortbestaan van onze gezondheidszorg op middellange en lange termijn bedreigd wordt door het ontbreken of het onvoldoende aanwezig zijn van een aantal sleutelfuncties, zoals :

- de informatie van de burger-patiënt en de gerichtheid op kwaliteit en op resultaten
- de coördinatie tussen de zorgverstrekkers
- de organisatie van acties specifiek gericht op een betere preventie
- het op punt stellen van een visie en een plan voor de middellange en de lange termijn

Deze sleutelfuncties voor onze gezondheidszorg bestaan momenteel niet of nauwelijks in ons land.

In andere landen, daarentegen, worden deze taken wel vervuld door organisaties die niet louter de medische kosten vergoeden, maar die ook een rol spelen op het vlak van coördinatie, preventie en informatie. In Europa en daarbuiten bestaan hiervan tal van voorbeelden.

In België zijn deze functies echter officieel aan geen enkele schakel van het gezondheidssysteem toegewezen en zijn de stimulansen en de verantwoordelijkheden die met deze functies gepaard gaan niet ontwikkeld.

Door dit denkproces hebben wij de « best practices » uit andere landen kunnen identificeren. Ze zouden natuurlijk moeten worden aangepast, vermits de functies en de rollen die in ons land bij wet aan de mutualiteiten zijn toegewezen erg specifiek zijn. Men moet dus oplossingen bedenken die rekening houden met de specifieke eigenschappen en de sterke punten van onze gezondheidszorg.

De bedoeling van deze nota is om een gedachtenproces op gang te brengen over de rol die de mutualiteiten kunnen spelen bij het aangaan van de erg grote uitdagingen van deze eeuw en dat in het kader van een duurzame gezondheidszorg die ernaar streeft om « een systeem te zijn dat een kwalitatieve zorgverlening garandeert die voor iedereen open staat en dat tegelijkertijd in staat is om de kosten te beheersen ».

We stellen hier niet de relevantie in vraag van het huidige systeem dat een van de pijlers van onze gezondheidszorg is en dat in de wetgeving verankerd is. Maar we willen wel nadenken over welke strategieën het best worden gevolgd, rekening houdend met de wettelijke basis en met de uitdagingen van de 21ste eeuw.

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

Twee belangrijke opmerkingen vooraf :

1. De voorgestelde discussie betreft enkel de mogelijke wijzigingen in de rol van de mutualiteiten en niet in die van de privé-verzekeraars. De mogelijke wijzigingen in de rol van de privé-verzekeraars verdient een afzonderlijke discussie en een afzonderlijke nota. In punt 3.2. hebben we het wel over de gewenste wijziging in de verhouding tussen mutualiteiten en privé-verzekeraars.

2. Met deze nota willen we een allesomvattend overzicht maken van alle nieuwe functies en rollen die de mutualiteiten op zich zouden kunnen nemen. Het weze duidelijk dat ze niet alles tegelijk kunnen doen. Het is dan ook aan de mutualiteiten om duidelijk te maken waar hun voorkeur ligt en om de rollen te kiezen die ze wensen te spelen. De functies die ze niet of slechts gedeeltelijk op zich willen nemen, moeten duidelijk aan andere organisaties worden toevertrouwd. In alle andere landen, waar de mutualiteiten niet zo'n dominante rol spelen, zijn alternatieven voorhanden. Mochten de mutualiteiten helemaal geen andere rol op zich willen nemen in de toekomst, dan kan dit hun bestaansreden - op termijn - in het gedrang brengen.

2 DE DIAGNOSE

2.1 De wettelijk omschreven functies van de mutualiteiten

2.1.1 De drie basisfuncties

De Wet van 6 augustus 1990 (2) omschrijft de mutualiteiten als verenigingen van natuurlijke personen, die in een geest van voorzorg, wederzijdse steun en solidariteit als doel hebben het fysisch, psychisch en sociaal welbevinden te bevorderen.

De wet kent drie belangrijke functies aan de mutualiteiten toe :

- a) deelnemen aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, geregeld door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 ;
- b) financieel tussenkomen in de kosten van hun leden en de personen ten laste van hun leden voor de preventie en de verzorging van ziekten en invaliditeit en het toekennen van uitkeringen bij arbeidsonbekwaamheid of in situaties waarin het fysisch, psychisch of sociaal welbevinden kan worden aangemoedigd (Wet van 22 december 2003) ;
- c) het verstrekken van hulp, informatie, advies en assistentie met het oog op het bevorderen van het fysisch, psychisch en sociaal welzijn, onder meer door het uitvoeren van de opdrachten bedoeld onder a) en b).

2.1.2 De nieuwe functies

De Wet van 1994 (3) vertrouwt daarenboven aan de mutualiteiten een heel belangrijke nieuwe verantwoordelijkheid toe, nl. die van het medebeheer van de verplichte ziekteverzekering. De eerste opdracht van de mutualiteiten in het kader van de verplichte ziekteverzekering gaat daarmee veel verder dan die van de loutere uitvoering. Door hun aanwezigheid in de organen van het RIZIV geeft de Wet van 1994 aan de mutualiteiten een cruciale verantwoordelijkheid bij het medebeheer van de verplichte ziekteverzekering.

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

Deze opdracht omvat ondermeer :

- de verdeling van de middelen voor de ziekteverzekering
- de tariefakkoorden en conventies met de zorgverstrekkers
- de aanpassing van de nomenclatuur voor medische zorgen

Meer algemeen zijn de mutualiteiten verantwoordelijk voor het efficiënt beheer van de uitgaven.

Dit gebeurt ondermeer via de Commissie voor Begrotingscontrole die aan het Verzekeringscomité, aan de Algemene Raad en aan de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting uiterlijk op 15 september van het jaar voorafgaand aan het begrotingsjaar besparingsmaatregelen voorstelt die in sommige sectoren kunnen worden toegepast met het oog op het bepalen van een algemene begrotingsdoelstelling, rekening houdend met de groeinorm en met de stijging van de gezondheidsindex.

Sinds 1995 is ook het principe van de financiële verantwoordelijkheid van toepassing : de financiële middelen voor de ziekteverzekering in België worden tot op zekere hoogte over de mutualiteiten verdeeld op basis van een normatieve verdeelsleutel die rekening houdt met de verwachte, aanvaardbare ziektekosten van hun leden. Hierdoor worden de mutualiteiten zelf voor een stuk financieel verantwoordelijk indien de medische uitgaven van hun leden het hen toegekende budget zouden overschrijden. In dezelfde periode zijn ook elders in Europa gelijkaardige systemen ingevoerd.

Tot in de jaren negentig bestond het systeem voor de financiering van de mutualiteiten gewoon uit de terugbetaling van de medische uitgaven van hun aangeslotenen. Om de mutualiteiten aan te sporen tot het beperken van de gezondheidsuitgaven werd geleidelijk aan het principe van financiële verantwoordelijkheid ingevoerd met een combinatie van een vooruitblikkende en een terugblikkende betaling. Sinds 1995 ontvangt elke mutualiteit bij voorbaat een theoretisch bedrag dat moet overeenstemmen met de verwachte uitgaven van haar leden. De financiering die daadwerkelijk aan de mutualiteiten wordt toegekend, wordt dan berekend op basis van het gewogen gemiddelde van dit theoretisch bedrag en van de werkelijk gedane uitgaven, met een verdeelsleutel 40%-60%. Elke mutualiteit is ten belope van 25% financieel aansprakelijk voor het verschil (in plus of in min) tussen de haar toegekende financiering en de werkelijk gemaakte uitgaven. Om te vermijden dat de mutualiteiten zouden worden bestraft voor het onderschatten van hun globaal budget is het tekort waarvoor zij verantwoordelijk zijn beperkt tot 2% van hun globaal budget.

2.2 De uitdagingen van de 21ste eeuw

Bij het begin van deze nieuwe eeuw worden de mutualiteiten met vier grote uitdagingen geconfronteerd :

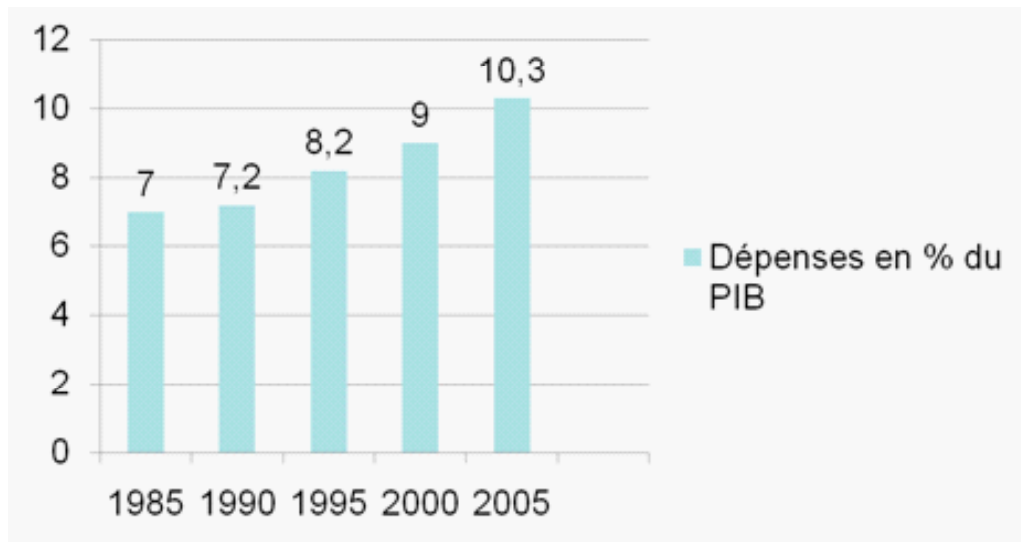
2.2.1 De wijziging van de vraag en de toenemende druk op de kosten

Elk systeem van gezondheidszorg is aan een sterke druk onderhevig : de toenemende verwachtingen van de burgers-patiënten, de ontwikkeling van chronische ziekten, de vooruitgang in technologieën en behandelingsmethoden, de veroudering van de bevolking, enz. Alle studies zijn het erover eens dat de samenloop van deze factoren een heel grote druk op de kosten zal uitoefenen.

De grootste uitdaging van de mutualiteiten bestaat erin om bij te dragen tot het instandhouden van onze gezondheidszorg. Een duurzame gezondheidszorg is « een systeem dat in staat is om de kosten te beheersen en om iedereen op rechtvaardige wijze toegang te geven tot goede zorgen ». Niet enkel ons land wordt met deze grote uitdaging geconfronteerd ; de systemen voor gezondheidszorg in alle geïndustrialiseerde landen ter wereld kennen dezelfde uitdaging.

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

Het betreft hier een forse uitdaging in het kader van de uitgebreide verantwoordelijkheden van medebeheer van de mutualiteiten, te meer daar de persoonlijke bijdrage van de patiënten de afgelopen 15 jaar enkel maar is toegenomen. (4)



Een en ander leidt tot de volgende essentiële vragen :

- hoe kunnen de mutualiteiten bijdragen tot een zo hoog mogelijke efficiëntie van de middelen die in de sector worden ingezet en hoe kunnen ze nieuwe vormen van beleid invoeren opdat deze efficiëntie in alle sectoren gegarandeerd wordt ?
- hoe kunnen ze er binnen deze context voor blijven zorgen dat de op solidariteit gebaseerde aanvullende verzekeringen betaalbaar blijven ?

2.2.2 De evolutie van de informatie- en communicatietechnologie

Net zoals de banksector in het vorig decennium, zullen ook de mutualiteiten een omwenteling beleven wanneer papieren documenten de plaats zullen ruimen voor elektronische gegevensuitwisseling en communicatie.

De belangrijkste uitdaging bestaat erin om de verdwijning van de papierstroom uit te breiden tot alle functies van de mutualiteiten. Dit zal leiden tot het volgende :

- net zoals in de banksector e-banking het licht heeft gezien, zullen er voor de leden van de mutualiteiten elektronische loketten komen waartoe de patiënten zelf vanuit de verschillende zetels toegang zullen hebben ; in het algemeen zal er, naar analogie met e-banking, «e-mut» ontstaan ;
- de verschillende categorieën zorgverstrekkers (dokters, apothekers, verplegers, enz.) zullen moeten overstappen naar elektronische kaarten waardoor de gegevens automatisch zullen worden uitgewisseld vanuit het kabinet van de zorgverstrekker, net zoals elektronische facturatie, elektronische voorschriften en het elektronisch medisch dossier ...

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

Deze belangrijke evolutie vergt het herbekijken van de verschillende functies, net zoals dat in de banken het geval is geweest. Net zoals de banken hun netwerk van loketten hebben moeten omschakelen, zullen ook de mutualiteiten hun personeel dat voor deze taken instaat moeten omscholen.

In beide gevallen heeft men grosso modo de keuze uit twee opties. Ofwel vervangt men het personeel dat met pensioen gaat niet of gaat men zelfs tot ontslagen over, en vermindert men zo het personeelsbestand, ofwel voert men een echt omscholingsbeleid om alle functies en nieuwe vereisten in te vullen.

2.2.3 De Europese richtlijnen

De Europese Commissie is lang huiverig geweest om tussen te komen in de sector van de gezondheidszorg. Ze beperkte zich doorgaans tot tussenkomsten in sectoren zoals die van de geneesmiddelen, maar in de organisatie - en dus de kern - van de sector wilde ze niet wetgevend optreden.

Of men het nu toejuicht of niet, de invloed van Europa op de gezondheidszorg doet zich echter meer en meer gelden en deze trend zal zich nog versterken. Zo is er onder meer het volgende :

- in april 2009 heeft het Europees Parlement in eerste lezing een voorstel van richtlijn aanvaard met betrekking tot grensoverschrijdende zorgen dat de mogelijkheid voorziet dat patiënten zich in het buitenland laten verzorgen ;
- de richtlijnen m.b.t. diensten en verzekeringen hebben een rechtstreekse invloed op de manier waarop de aanvullende verzekeringen kunnen worden georganiseerd;
- meer in het algemeen, de toenemende mobiliteit van de gezondheidswerkers, in een context van schaarser wordende bronnen, en de samenwerking tussen de structuren zoals de ziekenhuizen.

2.2.4 Uitbreiding van de functies

Zoals beschreven in punt 2.1., krijgen de mutualiteiten in ons land steeds meer taken toebedeeld.

Eenzijds houdt dit een groot probleem in, maar anderzijds is het een reëel voordeel. Het houdt een groot probleem in omdat de gelijktijdige verantwoordelijkheid voor de basisfuncties en voor de nieuwe functies een zware maatschappelijke verantwoordelijkheid met zich brengt en een actieve inzet vereist voor het efficiënt beheer van de beschikbare middelen. Maar het is ook een reëel voordeel omdat, wanneer de informatisering van de papierstromen tot een drastische personeelsinkrimping zou gaan leiden, de nieuwe functies een geleidelijke omschakeling van de hele organisatie mogelijk zullen maken.

2.3 De vier sterke punten

2.3.1 De bekommernis om de toegankelijkheid

- de snelheid van toegang tot de gezondheidszorg, zowel ambulante als in de ziekenhuizen
- de toegankelijkheid voor iedere burger, wat ook zijn inkomensniveau is

De mutualiteiten hebben dit principe steeds actief verdedigd en blijven dit ook doen. Dit komt de laatste jaren met name tot uiting in de speciaal ontwikkelde statuten zoals het Omnio-statuut of de maximumfactuur. Dit is een echte verworvenheid van ons land, die zonder twijfel voor een groot deel te danken is aan de inspanningen die de mutualiteiten er gedurende decennia voor hebben geleverd. Men kan zich echter afvragen of dit principe niet tot uitwassen heeft geleid, door het aanbod en de vraag tot een overdreven hoog niveau te tillen in verhouding tot de ware noden. Al bij al blijft het een belangrijke verworvenheid van onze gezondheidszorg die we zeker moeten bewaren, zonder evenwel in excessen te vervallen.

2.3.2 Geen selectie van risico's

In een vergelijkende studie (5) van vijf landen toont professor Wynand Van de Ven aan dat zich in België geen probleem stelt van mutualiteiten die patiënten zouden selecteren op basis van hun risicoprofiel. Dit blijkt uit het volgende overzicht :

	Belgium	Germany	Israel	Netherlands	Switzerland
Financial risk	7.5%	100%	94%	36%	100*%
Number of sickness funds	6	300	4	25	98
Selection?	NO	YES	NO	Increasing	YES

Een dergelijke selectiepraktijk in functie van de risico's zou zich wel kunnen voordoen indien de mechanismen voor risicocorrectie dermate zouden falen dat de mutualiteiten er belang bij zouden hebben om de meer winstgevendere patiënten te verkiezen.

De motivatie om eventueel zo te handelen spruit voort uit het feit dat de 5% patiënten die in een jaar de hoogste uitgaven hebben, in de loop van de vier volgende jaren twee keer zoveel uitgaven zullen hebben als het gemiddelde van hun groep. Het huidige financieringsmechanisme en de niet-commerciële ondernemingscultuur van de mutualiteiten werken dit soort praktijken echter niet in de hand.

Men dient deze mooie resultaten echter te relativiseren rekening houdend met de responsabiliseringsgraad die in ons land lager ligt dan in de andere landen. Het principe van selectie gaat immers gepaard met het stijgend niveau van responsabilisering die aanzet tot het selecteren van de minst dure gevallen.

2.3.3 De verwezenlijking van de twee belangrijkste opdrachten

De mutualiteiten verwezenlijken sinds lang en goed de twee hoofdopdrachten die hen zijn toevertrouwd :

- 1) ze spelen hun rol in de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, geregeld door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 ;
- 2) de financiële tussenkomst in de kosten van hun leden en de personen ten laste van hun leden voor de preventie en de verzorging van ziekten en invaliditeit of het toekennen van uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid.

2.3.4 Actieve deelname aan het overlegmodel

Onze gezondheidszorg is gebaseerd op een voortdurend overleg tussen de verschillende spelers in het systeem. De mutualiteiten nemen deel aan dit permanent overleg dat rekening houdt met de beschikbare middelen.

De inzet van de duizenden vrijwilligers van de mutualiteiten versterkt nog deze betrokkenheid en deze wil om op een niet-commerciële manier te handelen.

Zoals we in het volgende punt zullen zien, kent deze rol in het overlegmodel ook haar beperkingen en is het zelfs een zwakke schakel.

2.4 Vier mogelijkheden tot verbetering

2.4.1 De derde opdracht wordt maar heel gedeeltelijk uitgevoerd

We kunnen niet genoeg onderlijnen hoe goed de mutualiteiten hun twee hoofdopdrachten uitvoeren, de derde hoofdopdracht verwezenlijken ze echter te weinig. Het betreft hier het verlenen van hulp, advies en steun en het verstrekken van informatie met het oog op het bevorderen van het lichamelijke, het psychische en het sociale welzijn.

De mutualiteiten hebben hier weliswaar al grote inspanningen geleverd, maar deze concentreren zich hoofdzakelijk op de volgende domeinen :

- informatie over de van kracht zijnde regelgeving
- informatie over en promotie van bijzondere statuten
- bescherming van de leden en hun belangen
- sociale dienstverlening, ook inzake pensioenen
- promotie van de gezondheid door middel van folders, brochures en voorlichtingssessies
- financiële informatie, bijvoorbeeld over de supplementen die door ziekenhuizen worden aangerekend, over de gemiddelde kost van een ziekenhuisopname, of nog over de prijs van geneesmiddelen
- marketingdifferentiatie via geboortepremies, tussenkomst in de kosten van anticonceptie, enz....

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

Er is dus zeer veel adviesverlening, informatieverstrekking en strategieën, maar deze betreffen amper de drie volgende dimensies :

- Informatieverstrekking aan de burger-patiënt over de kwaliteit van de zorgverlening :
 - o welk ziekenhuis is het best geschikt voor mijn pathologie ?
 - o welk ziekenhuis beschikt over de meeste ervaring ?
 - o waar is het risico op ziekenhuisbacterie het grootst ?
 - o is de dokter bij wie ik op consultatie denk te gaan ooit al veroordeeld ?
 - o wordt de kwaliteit van het operatiekwartier waar ik zal geopereerd worden op regelmatige tijdstippen gecontroleerd ?
 - o
- Coördinatie van de zorgverstrekking :
 - o welk zorgtraject is het meest aangewezen bij mijn pathologie ?
 - o hoe voordeel halen uit de coördinatie tussen de verschillende zorgverstrekkers ?
 - o
- Invoeren van een globale strategie voor welbepaalde pathologieën of groepen van pathologieën :
 - o hoe een preventiebeleid voeren dat m.n. gericht is op de risicopersonen en -groepen ?
 - o wat zijn de meest geschikte antwoorden en wie gaat, langs welke weg, de burger-patiënt hiervan informeren ?
 - o hoe deze doelgroepen het best ondersteunen en begeleiden ?
 - o welke diensten moeten worden ontwikkeld en hoe kunnen ze best georganiseerd worden ?

Een heleboel vragen en bekommernissen, dus, waarop vandaag echter weinig of geen antwoorden geboden worden. Wanneer we naar het buitenland kijken, stellen we nochtans vast dat antwoorden wel degelijk mogelijk zijn. Dit komt aan bod in punt 3.

2.4.2 In het kader van het medebeheer moet men actiever naar efficiëntie streven

Het overlegmodel beschikt over een aantal troeven die we in punt 2.3. hebben aangehaald. Het model vertoont echter ook een aantal belangrijke hiaten wanneer het om efficiëntie gaat.

Men kan inderdaad vaststellen dat het zoeken naar besparingen en naar efficiëntiewinst zich sinds jaren in hoofdzaak tot slechts enkele domeinen heeft beperkt, zoals de geneesmiddelen, de medische beeldvorming en de klinische biologie. Deze inspanningen richten zich bovendien bijna louter op kostenbesparingen. De genoemde domeinen zijn ongetwijfeld belangrijk, maar we moeten ons afvragen waarom er in de vele andere domeinen nauwelijks naar oplossingen of innovatieve maatregelen is gezocht. We denken hierbij aan de rusthuizen, de ziekenhuizen en het medisch personeel, waar het overlegmodel zich doorgaans beperkt tot budgetonderhandelingen waar elke belangengroep voor zijn rechten opkomt.

De uitdagingen van deze eeuw zijn dermate groot dat een nieuwe aanpak noodzakelijk is : hoe kunnen we het maximale rendement halen uit elke euro die we aan de gezondheidszorg besteden en hoe kunnen we overstappen van een louter budgetgericht model naar een model dat streeft naar de creatie van "gezondheids-waarde".

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

Dit is een heel ambitieuze en ook heel moeilijke oefening, maar ze ligt zeker binnen de mogelijkheden van de mutualiteiten. Eerst en vooral beschikken zij over een diepgaande kennis van de gezondheidszorg. Bovendien hebben zij, vanuit hun formele en informele machtspositie, de nodig politieke invloed. En, tenslotte, controleren zij zelf tal van zorginstellingen (ziekenhuizen, rusthuizen, apotheken, thuiszorgorganisaties, kinderdagverblijven) in België, maar ook daarbuiten (bv. via apotheekketens waarin zij investeren).

Bij dit derde punt kunnen we ons de - belangrijke - vraag stellen of het feit dat de mutualiteiten rechtstreeks of onrechtstreeks belangen hebben in tal van zorginstellingen op zich geen rem zet op het streven naar een hogere efficiëntie. De mutualiteiten zijn in deze zowel rechter als partij. Mag men dan van hen verwachten dat zij oplossingen gaan zoeken die de resultaten van hun eigen instellingen kunnen beïnvloeden of zelfs regelrecht in het gedrang zouden kunnen brengen ?

Het feit dat de mutualiteiten rechtstreeks of onrechtstreeks eigenaar zijn van een aantal zorginstellingen heeft het grote voordeel dat de mutualiteiten hierdoor een heel grote praktische kennis uit eerste hand hebben van het terrein en van de gevoeligheden die spelen. Maar anderzijds kan men zich de vraag stellen of het soms niet beter zou zijn dat de mutualiteiten hiervan volledig abstractie zouden maken en dat ze ongebonden naar efficiëntiewinst op zoek zouden kunnen gaan, zelfs indien dit de instellingen waarvan ze rechtstreeks of onrechtstreeks eigenaar zijn, zou kunnen benadelen.

2.4.3 Naar meer individuele responsabilisering

We vinden het belangrijk dat de financiële responsabilisering van de mutualiteiten verder uitgebreid wordt door meer toekomstgerichte financieringscriteria toe te passen. In vergelijking met de andere landen die een gelijkaardig financieringssysteem kennen, is de berekeningswijze die in België wordt toegepast al vrij verfijnd in die zin dat ze rekening houdt met heel wat risicofactoren zoals leeftijd, geslacht, inkomen, maatschappelijk niveau, het feit of iemand al dan niet van een voorkeurregeling geniet, het feit of iemand langdurig ziek is of niet, de woonplaats, enz...

Deze verdeelsleutel moet worden toegepast en moet verder worden verfijnd om te vermijden dat mutualiteiten toch zouden trachten om op basis van het risico te selecteren, een risico waarop in de literatuur (6) wordt gewezen. Een dergelijke selectie is mogelijk doordat personen die een bijkomende verzekering willen afsluiten dat wettelijk gezien enkel kunnen doen bij de mutualiteit waar ze reeds hun verplichte ziekteverzekering hebben.

Er moet worden vermeden dat de mutualiteiten zouden worden verleid tot het aanbieden van bijkomende verzekeringen in functie van het type patiënt, met andere woorden dat ze gewenste patiënten zouden aantrekken d.m.v. een bijzonder voordelige verzekering en dat ze ongewenste patiënten zouden trachten weg te houden door hen een onaantrekkelijke verzekering voor te stellen (7).

Indien men de mutualiteiten financieel aansprakelijk wil stellen, dan lijkt het ons belangrijk dat zij de beschikking krijgen over de financiële instrumenten die hen moeten toelaten om werkelijk invloed op de kosten te kunnen uitoefenen. Op de dag van vandaag hebben de mutualiteiten amper vat op de uitgaven die hun leden doen. Zowat de twee enige manieren waarop de mutualiteiten hun uitgaven kunnen verminderen is vanuit hun rol als deelnemer aan de collectieve onderhandelingen in het RIZIV en vanuit het feit dat de terugbetaling van de kosten voor bepaalde behandelingen aan de goedkeuring van hun adviserend geneesheer onderworpen is. Dit volstaat echter niet voor spelers die inmiddels - zij het in slechts heel beperkte mate - voor hun tekorten verantwoordelijk zijn.

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

Tenslotte lijkt het ons van belang dat nieuwe stimulansen ervoor zorgen dat de rol van de mutualiteiten en de privé-verzekeringen het louter administratieve overstijgt. Afgaande op de nuttige ervaringen in andere landen, moeten ook hier bijkomende stimulansen ervoor zorgen dat de mutualiteiten meer hun essentiële rol spelen inzake patiënteninformatie, preventie en ziektebeheer.

Comme nous l'avons vu ci-avant les fonctions des mutualités se sont considérablement élargies. Les gains de performance ou les économies réalisées ne sont pas synonymes de réduction drastique des moyens disponibles mais doivent plutôt être l'occasion d'une réflexion sur la réaffectation des moyens humains vers les autres fonctions qui doivent aujourd'hui être renforcées.

2.4.4 De papiermolen is nog steeds te groot

Er is reeds veel vooruitgang geboekt op het gebied van de informatie-uitwisseling tussen de mutualiteiten en de overheidsinstellingen die voor de gezondheidszorg instaan.

Dit staat in schril contrast met het feit dat de meeste documenten die afkomstig zijn van de huisartsen, de tandartsen, de ziekenhuizen en de andere zorgverstrekkers nog steeds in papieren vorm circuleren. Afhankelijk van het geval, loopt deze papierstroom ofwel rechtstreeks van de zorgverstrekker naar de mutualiteit, ofwel via de patiënt.

Hetzelfde geldt voor de voorschriften die slechts via de patiënt tot bij de apotheker geraken. Het recente artikel van Carlos de Backer en Dieter Van Huffel (8) bevestigt deze stand van zaken.

Deze grote papierstroom heeft de volgende nadelen :

- tal van soorten documenten, niet altijd gestandaardiseerd of gestructureerd, moeten opnieuw ingegeven worden, wat het kostenplaatje fors verhoogt ;
- documenten kunnen verkeerd gelezen worden, wat tot ernstige gevolgen kan leiden, bijvoorbeeld wanneer een apotheker een papieren voorschrift verkeerd leest ;
- de patiënt moet ervoor zorgen dat de papieren tot bij zijn ziekenfonds geraken ;
- de grote papierstroom leidt in het algemeen tot een weinig efficiënt systeem.

Zoals eerder besproken, is de rol van de mutualiteiten veel ruimer geworden. Productiviteitswinst en besparingen zijn dan ook geen synoniem van inkrimping van de beschikbare middelen, maar moeten eerder gezien worden als de mogelijkheid om na te denken over hoe de menselijke middelen kunnen worden ingezet in de functies die moeten worden uitgebouwd.

3 VIER KANSEN LIGGEN VOOR HET GRIJPEN

3.1 Uitbouw van de derde functie door actief deel te nemen aan de begeleide keuze van diensten

3.1.1 De geleidelijke ontwikkeling naar de derde functie

In hun huidige rol staan de mutualiteiten en de privé-verzekeraars in voor de terugbetaling van de medische kosten. Zij zien hun rol hier als schatbewaarder, die ook instaat voor de toegankelijkheid van het systeem. De informatie die zij aan hun leden verschaffen is hoofdzakelijk administratief van aard. De concurrentie wordt gespeeld op basis van de diensten die de mutualiteiten en de privé-verzekeraars aanbieden. Ze trachten zich te differentiëren door diensten gratis te maken of door hun dienstenpakket uit te breiden. Ze kennen de organisaties waarvoor ze de terugbetaling organiseren niet erg goed, waardoor ze hun leden niet kunnen oriënteren in functie van de kwaliteit van de aangeboden diensten. De terugbetaling van een aantal specifieke prestaties is aan controles onderworpen.

De mutualiteiten en privé-verzekeraars van morgen spelen in de gezondheidszorg niet langer louter de rol van terugbetaler, maar nemen actiever deel aan de keuze en de oriëntatie van de diensten. Daardoor kennen zij de organisaties en de diensten waarvan ze de terugbetaling regelen. Zij geven informatie en oriënteren de patiënten naar de meest geschikte diensten. Ze werken actief met de zorgverstrekkers samen met het oog op de verbetering van de kwaliteit en de efficiëntie van de medische praktijken. Ze werken ook heel actief samen met de patiëntenverenigingen om de kwaliteit van de geleverde diensten te beoordelen en om na te gaan hoe deze kwaliteit kan worden verbeterd.

3.1.2 De hoofdrolspeler worden in het informeren van de burger-patiënt

In vergelijking met de ons omringende landen beschikt de burger-patiënt in België over weinig of zelfs geen informatie over bijvoorbeeld de manier waarop hij zich kan oriënteren in de gezondheidszorg, over welke diensten het meest aangewezen zijn, over hoe tevreden patiënten over de geboden diensten zijn, over welk gedrag het meest aangewezen is, over welk zorgparcours het verstandigste is, enz.... Momenteel is deze informatie voorbehouden aan diegenen die er, vanwege de plaats die zij in de gezondheidszorg bekleden, toegang toe hebben.

Patiënten gaan steeds meer deze informatie verlangen en in elk land zien we dat de passieve burger een actieve burger aan het worden is. Dit verlangen vertaalt zich in een echte vraag naar informatie. Indien er geen omvattend initiatief komt, bestaat het risico dat ondermaatse initiatieven (bv. websites) een plaats veroveren.

In het buitenland hebben we onder meer deze twee voorbeelden van goede praktijken gevonden.

Het « NHS Direct » project dat in 1998 in Groot-Brittannië is gestart

NHS Direct strekt tot doel de toegang tot informatie over de gezondheidszorg te vergemakkelijken. Het is een telefonische hulplijn die wordt bemand door verpleegkundigen die gezondheidsadvies moeten verlenen (zij mogen dus geen diagnoses stellen !), 24 uur op 24, 7 dagen op 7, in Engeland en Wales. De telefonische vragen worden beantwoord door gekwalificeerde verpleegkundigen, die een speciale opleiding moeten volgen om te beantwoorden aan de criteria die door het ministerie zijn bepaald. Via NHS Direct kunnen ook per e-mail vragen worden gesteld, die dan binnen vijf dagen worden beantwoord. De website bevat een medische encyclopedie met informatie over symptomen, diagnostetests, behandelingen, operaties en diensten, maar daarnaast ook een « self help guide », een vragenforum over meer dan honderd gezondheidsvragen, alsook informatie over de plaatselijke gezondheidsdiensten, met name de huisartsen, tandartsen en apothekers van wacht.

Het « NHS Choice » project dat in juni 2007 in Groot-Brittannië is gestart

NHS Choice strekt vooral tot doel de mensen te responsabiliseren, door hen de informatie te verschaffen die nodig is om bewuste keuzes te maken, met het oog op het beter beheren van hun gezondheid en hun ziekten en het vinden van de diensten die het best hun noden lenigen. Concreet werkt dit project via een website waartoe elke Britse burger toegang heeft. Deze website is onderverdeeld in drie luiken : « Live Well » geeft informatie over een gezonde manier van leven ; « Health A-Z » bevat kwalitatieve, maar voor iedereen begrijpelijke, informatie met betrekking tot aandoeningen en behandelingswijzen ; « Choose Services », tenslotte, vergelijkt de ziekenhuiscentra in Groot-Brittannië en stelt patiënten tevens in staat om hun ervaringen te delen en van gedachten te wisselen over de kwaliteit van de Britse gezondheidszorg. De website wordt niet enkel door individuele personen gebruikt, maar ook interactief door dokters in aanwezigheid van hun patiënt.

NHS Choice is een project dat onafhankelijke kennis nastreeft, met heldere informatie van een hoog niveau onder de verantwoordelijkheid van de National Library for Health.

Mits eventueel enkele wijzigingen zijn deze projecten perfect haalbaar voor minstens sommige van onze mutualiteiten.

3.1.3 Promotie van de kwaliteits- en resultaatgerichtheid

In België heeft men gedurende lange tijd aangenomen dat het volstaat om de middelen ter beschikking te stellen en dat de resultaten dan wel automatisch zullen volgen. Alle aandacht ging dan ook naar de middelen, zonder veel aandacht voor de noodzaak om de resultaten van de ingezette middelen te analyseren, noch voor de noodzaak om over die resultaten te communiceren. De mutualiteiten hebben deze logica automatisch gevolgd. Globaal bekeken leidt ze tot goede resultaten en hebben we een goede gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is. De keerzijde van de medaille is evenwel dat er vandaag tussen de verschillende instellingen grote verschillen bestaan op het vlak van de kwaliteit van de infrastructuur, de kwaliteit van de geleverde diensten, het risico op ziekenhuisinfecties, de kwaliteit van het operatiekwartier, enz.... Dit leidt soms tot onaanvaardbare toestanden die niet aan de oppervlakte komen en daardoor kunnen blijven duren.

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

Als we de kwaliteit van onze gezondheidszorg willen verbeteren, moeten we de stap zetten van een middelenlogica naar een resultatenlogica. Dit houdt in dat gegevens van goede kwaliteit moeten worden verzameld en ter beschikking moeten worden gesteld. Dankzij deze informatiedeling zal de burger-patiënt duidelijker kunnen kiezen en worden de verhoudingen tussen de zorgverstrekkers dynamischer. De mutualiteiten zouden in deze een heel actieve rol kunnen spelen, door alle gegevens waarover zij nu sowieso al beschikken, maar die ze dan met systematisch onderzoek zouden moeten aanvullen, te analyseren en aan hun leden mee te delen.

Een ander belangrijk aspect is dat van de kwaliteitscontrole : in tegenstelling tot veel andere landen, kent ons land geen enkele verplichte procedure voor kwaliteitsaccreditatie of kwaliteitscontrole. Accreditatie mag dan nog geen kwaliteit garanderen, ze heeft tenminste de verdienste dat er dan stevige procedures worden toegepast.

Het « Danish Quality Model » illustreert goed deze gerichtheid op kwaliteit en informatie. De doelstelling van dit programma bestaat erin om alle gegevens en alle bestaande initiatieven met betrekking tot kwaliteit, te integreren en te systematiseren. Alle gegevens uit dit Deens Kwaliteitsmodel zullen ter beschikking worden gesteld van de burgers en de gezondheidswerkers. De bedoeling is tweeledig : door middel van een proces van certificering zorgen voor hoge kwaliteitsnormen in de gezondheidszorg, maar ook de patiënten informeren zodat ze in staat zijn om de beste verzorgingsinstelling te kiezen.

Alle resultaten zijn beschikbaar via een portal waar elke burger, mits hij zich aan de hand van zijn elektronische handtekening identificeert, ook zijn persoonlijk medisch dossier kan raadplegen, inclusief de behandelingen die hij in het ziekenhuis heeft ondergaan en inclusief de geneesmiddelen die hem zijn voorgeschreven.

Ook hier beschikken de mutualiteiten over de deskundigheid om, samen met anderen, initiatieven in deze richting te ontwikkelen en we kunnen ons voorstellen dat in de toekomst al hun leden toegang zullen hebben tot hoogwaardige informatie en daarnaast ook tot hun persoonlijk medisch dossier. In deze context zouden de bevoegdheid en de rol van de adviserende geneesheren kunnen evolueren van een functie van het goedkeuren van terugbetalingen tot een functie van kwaliteitsbewaker. Ook hier zou het gaan om de evolutie van een goedkeuringsfunctie naar een functie van patiëntenraadgever en permanente bewaker van de kwaliteit van de procedures die in de verschillende zorgstructuren zijn ingevoerd.

Men mag de omvang van deze taak evenwel niet onderschatten. De mutualiteiten zullen er wel degelijk een hele kluit aan hebben en er zullen op verschillende vlakken grote inspanningen moeten worden geleverd :

1. kennis van organisaties en diensten ;
2. actieve samenwerking met de zorgverstrekkers om de kwaliteit en de efficiëntie van de medische praktijken te verbeteren ;
3. samenwerking met de patiëntenverenigingen om de kwaliteit van de geleverde diensten te beoordelen en om na te gaan hoe deze kwaliteit kan worden verbeterd.

3.1.4. Complementair werken

Men mag de omvang van de hoger beschreven taken niet onderschatten. Het gaat immers om een heel groot project. Dit vergt aanzienlijke investeringen in :

1. kennis van de organisaties en de diensten ;
2. een actieve samenwerking met de zorgverstrekkers om de kwaliteit en de efficiëntie van de medische praktijken ;
3. samenwerking met de patiëntenverenigingen om de kwaliteit van de geboden dienstverlening te beoordelen en om na te gaan hoe ze zou kunnen worden verbeterd.

Dit takenpakket is te groot voor de mutualiteiten alleen; ze zullen dan ook complementair tewerk moeten gaan met andere - bestaande of nog op te richten - organisaties.

Zo is het noodzakelijk dat we, op het gebied van kwaliteit en informatie, in België een specifiek organisme oprichten om de kwaliteit te bewaken en te bevorderen, naar het voorbeeld van de Franse Haute Autorité de Santé. Net zoals in Frankrijk, zal dit nieuwe organisme de volgende doelstellingen moeten nastreven:

1. De kwaliteit van de verzorgingsinstellingen en van de ambulante geneeskunde verbeteren door de volgende maatregelen :
 - **invoeren van een systeem voor de certifiëring van de verzorgingsinstellingen:** de bedoeling hiervan is om de kwaliteit van de diensten die deze instellingen (ziekenhuizen e.a.) leveren te verbeteren en informatie ter beschikking te stellen aan het publiek over de kwaliteit van diensten die deze instellingen leveren ;
 - **evaluatie van de beroepspraktijken:** een georganiseerd verbeteringsproces dat verplichtend is voor alle artsen. Het komt neer op een dubbel engagement van de artsen : ze verbinden er zich enerzijds toe om hun klinische praktijk op bepaalde aanbevelingen te baseren en anderzijds om hun praktijken te meten en te analyseren tegenover deze aanbevelingen. Deze aanpak kan geleidelijk aan worden uitgebreid naar de andere beroepen in de gezondheidssector.

3.2 Het medebeheer efficiënter maken, door een transparant databeheer in partnerschap

3.2.1 De beschikbare gegevens optimaal gebruiken

De mutualiteiten beschikken nu al over de 800 miljoen lijnen informatie met betrekking tot alle terugbetaalde medische prestaties en over de 120 miljoen lijnen informatie met betrekking tot de terugbetaalde geneesmiddelen. Dit is de meest volledige gegevensbank die in België bestaat daar zowel het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) als het RIZIV toestemming moeten vragen aan het Intermutualistisch Agentschap om toegang te krijgen tot deze persoonsgebonden gegevens.

In het kader van het medebeheer spelen deze gegevens een cruciale rol om de nieuwe uitdaging aan te gaan : de verhoging van de efficiëntie. De overheidsinstanties staan inderdaad voor twee belangrijke beslissingen wat betreft de toewijzing van de middelen bestemd voor de gezondheidszorg. Enerzijds moeten ze de collectieve middelen bepalen die ze aan de gezondheidszorg in haar geheel willen toewijzen, met dien verstande dat die middelen via de geïnde belastingen gefinancierd worden en dat de potentiële toepassingen

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

van deze collectieve middelen heel divers zijn, daar de gezondheid in concurrentie staat met andere sectoren, zoals onderwijs, justitie, milieu, enz. Anderzijds, nadat bepaald is hoeveel middelen er naar de gezondheidszorg gaan, moeten de overheidsinstanties bepalen hoe die middelen zo goed mogelijk worden verdeeld over het geheel van de programma's in de gezondheidszorg.

De mutualiteiten spelen al een heel actieve rol in de eerste dimensie, waar het globaal budget voor de gezondheidszorg wordt bepaald en waar het respect voor dat budget wordt gecontroleerd. Ze vervullen deze opdracht goed, wat blijkt uit de aanzienlijke bonus die ze zouden moeten ontvangen voor hun bijdrage aan een goed beheer van de ziekteverzekering.

De tweede dimensie, die van de optimale aanwending van de toegewezen middelen, is daarentegen weinig uitgebouwd of blijft beperkt tot specifieke domeinen zoals het Health Technology Assessment met betrekking tot de geneesmiddelen en de technologische vernieuwingen. In dit kader is het uitstekende werk dat het KCE levert zeker het vermelden waard. Mijns inziens kan dit gebrek aan het optimaliseren van de aanwending van de middelen worden verklaard door het feit dat de belangrijke beslissingen in ons land het resultaat zijn van een consensus, doorgaans budgettair van aard, tussen de verschillende drukkingsgroepen die elk hun eigen belang verdedigen. Zo'n mechanisme sluit weliswaar niet uit dat de prioriteiten klaar en duidelijk worden bepaald, maar zeker is dat het het keuzeprocess ingewikkelder maakt.

In dit opzicht zullen de mutualiteiten in de toekomst een cruciale rol spelen, in een context waarin de vraag naar zorg gaat blijven toenemen, terwijl de beschikbare middelen beperkt zullen blijven. Dit is een gelegenheid om na te denken over een aantal essentiële vragen, zoals :

- wat zijn de « best practices » op het gebied van medische praktijken en de behandeling van pathologieën ?
- hoe kunnen de beste beheersmethoden worden bevorderd, zowel op het vlak van de kwaliteit als op het vlak van de kosten ?
- inzake de informatica en de logistiek in de zorgstructuren : wat zijn de beste ervaringen en welke toegevoegde waarde zou een samengaan kunnen hebben ?
- wat is het optimale beleid inzake hospitalisatie en hoe kunnen de middelen best worden toegewezen in een benadering van continuüm of care ?

3.2.2 Een denkproces ontwikkelen in een geest van partnerschap en transparantie

De onderhandelingen tussen de verschillende spelers zijn nog steeds in hoofdzaak een centenkwestie. Nochtans beraden dezelfde spelers in de gezondheidszorg zich wel over de efficiëntie, maar ze doen dat intern en los van elkaar.

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

Door de gegevens waarover zij beschikken en door de verantwoordelijkheden die hen in het kader van het medebeheer zijn toegewezen, bekleden de mutualiteiten een centrale plaats die hen in staat stelt om een denkproces te starten, samen met de andere hoofdrolspelers :

- de patiëntenverenigingen ;
- de zorgverstrekkers (dokters, apothekers, ziekenhuizen, kinesisten, verpleegkundige);
- de overheidsinstanties (FOD Gezondheid, RIZIV, Ministerie van Sociale Zaken, de politieke machthebbers) ;
- de leveranciers van goederen en diensten (farmaceutica, medische toestellen, banken, interimkantoren, ...) ;
- de andere mutualiteiten en de privé verzekeraars.

Ook hier is er veel werk aan de winkel. Alle spelers zouden immers hun denk- en studiec Capaciteiten moeten samenbrengen om gezamenlijk de gezondheidszorg beter trachten te maken.

Om dit gezamenlijk denkproces te ontwikkelen, zou het nuttig zijn te denken aan de oprichting van één grote openbare maar beschermde databank, die beperkt en gecontroleerd toegankelijk zou zijn voor alle bevoegde personen in het kader van hun opdracht. Momenteel vergt het teveel tijd om de gegevens te verzamelen, op te schonen en aan te vullen. De toegang tot deze databank zou beperkt en gecontroleerd worden in functie van het project waaraan de verschillende partners in het denkproces zouden werken : de universiteiten, de academische vorsers, de wetenschappelijke verenigingen, de beroepsverenigingen, de sociale instellingen, de FOD, de parastatale instellingen,...

3.2.3 De private uitgaven beter begrijpen

Het is belangrijk dat men zich, in deze queeste naar efficiëntie, niet beperkt tot enkel de openbare uitgaven, maar dat men ook de private uitgaven in de oefening betreft.

Het is essentieel om de stijging van de persoonlijke bijdrage van de burger-patiënt te analyseren en te begrijpen. Deze bijdrage is immers op tien jaar tijd met ongeveer 30% gestegen, van 21% naar 28% van de uitgaven rechtstreeks door de patiënt gedaan of door de privé-verzekeraars verzekerd.

Alle mutualiteiten betreuren deze evolutie waartegen ze zich steeds heftig hebben verzet, en ze klagen ze dikwijls aan in hun studies en jaarverslagen. Of men ze nu graag heeft of niet, feit is wel dat deze ontwikkeling zich duidelijk voordoet.

We beschikken op vandaag maar over weinig gegevens met betrekking tot de private uitgaven en hoe zij evolueren. Zo zien we dat elke burger in de apotheek heel wat aankopen doet die hem niet terugbetaald worden. Het zou uitermate nuttig zijn om deze ontwikkelingen te kunnen analyseren en begrijpen, want ook zij maken deel uit van het beleid inzake de gezondheidszorg. Wat zijn de trends en evoluties inzake de aankoop van vitamines, homeopathische producten, essentiële oliën, basisgeneesmiddelen die niet terugbetaald worden,...

Als ze de evolutie van de privé-uitgaven voortdurend analyseren, zullen de mutualiteiten beter kunnen opsporen waar er mogelijkheden tot verbetering zijn en zullen ze de toekomstige trends in het spontane bestedingspatroon beter kunnen begrijpen.

De mutualiteiten moeten dit denkproces over de ontwikkelingen in de private uitgaven samen met de privé-verzekeraars voeren, niet enkel omdat ze dan over alle elementen beschikken, maar ook om de privé-verzekeraars volop bij deze optimalisatieoefening te betrekken.

3.2.4 Evolutie naar nieuwe modellen

Deze nieuwe doelstellingen vereisen een geleidelijke verandering van de rol van de mutualiteiten en van de perceptie van de mutualiteiten door de verschillende partners.

Tot nog toe draaien de discussies hoofdzakelijk over geld. Het is vooral in die rol en in die functie dat de verschillende spelers in de gezondheidszorg de mutualiteiten bekijken.

Om de nieuwe aanpak die wij voorstaan in praktijk te brengen, moeten de rol van de mutualiteiten en de perceptie ervan evolueren naar een echt partnerschap met alle spelers. Dit is nodig :

- voor een betere toewijzing van de middelen ;
- om toegang tot innovatie te stimuleren ;
- om de efficiëntie te verhogen, de kwaliteit te verbeteren en de toegankelijkheid voor iedereen te waarborgen, ook wat betreft de private uitgaven.

Dit echte partnerschap kan zich en moet op korte termijn tot stand komen, niet enkel met de overheidsinstellingen en de vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers, maar ook met de privé-verzekeraars, de patiëntenverenigingen, de geneesmiddelenindustrie, de fabrikanten van medische toestellen, enz....

Dit nieuwe partnerschap vereist de uitwisseling van informatie, gegevens, professionele studies gebaseerd op bewezen methodologieën zoals HTA (Health Technology Assessment) en de organisatie van speciale commissies waarin alle spelers samenkomen om ook andere dan louter budgettaire onderwerpen te bespreken.

Deze nieuwe functies zullen maar echt effectief worden op voorwaarde dat :

- iedereen de nieuwe modellen en de nieuwe uitdagingen aanvaardt ;
- er een echte relatie ontstaat, gebaseerd op wederzijds respect en vertrouwen ;
- alle partners in het project stappen ;
- niet enkel het budgettaire aspect op de agenda staat.

1. **De goede praktijken en verzorgingsmethoden bevorderen bij de gezondheidswerkers en bij de gebruikers van hun diensten, door :**

- **professionele aanbevelingen:** bestemd voor alle actieve gezondheidswerkers, doorheen de hele gezondheidszorg. Deze aanbevelingen beschrijven welke zorgen het meest geschikt zijn voor een bepaalde patiënt, rekening houdend met de huidige kennis en met de huidige medische praktijken.
- **gidsen voor de medische verzorging van chronische aandoeningen:** het betreft hier gidsen die bestemd zijn voor de dokters, om hen te helpen bij de verzorging van chronisch zieken die lijden aan bv. diabetes, hepatitis C, astma enz. Voor elk van deze langdurige aandoeningen beschrijven de gidsen het zorgtraject voor de patiënt (de belangrijkste fasen, de betrokken gezondheidswerkers, enz.), alsook de medische handelingen die nodig zijn voor de behandeling en de opvolging van de pathologie. Van deze gidsen bestaat er ook een versie bestemd voor de patiënten.

2. **De gezondheidswerkers en het grote publiek informeren en de kwaliteit van de medische informatie verbeteren door :**
- **de verspreiding van instrumenten en methoden voor de verbetering van de kwaliteit van de medische zorgen:** de Franse HAS verspreidt bij de actieve gezondheidswerkers instrumenten en methoden die hen in hun praktijk helpen om de beslissing te nemen die het meest geschikt is voor bijzondere en dikwijls ingewikkelde situaties.
 - **informatie over ziekenhuisinfecties:** de HAS is belast met een nationale informatie- en bemiddelingsopdracht met betrekking tot de ziekenhuisinfecties. Via een speciaal telefoonnummer en een website, informeert de HAS het publiek over ziekenhuisinfecties en hoe ze te voorkomen, verzamelt ze de klachten van slachtoffers, informeert die slachtoffers over hun rechten en verwijst ze, indien nodig, naar de bevoegde gezondheidsinstanties. De bedoeling is om de dialoog en het vertrouwen tussen gebruikers, gezondheidswerkers en de overheid te versterken.
 - **verbetering van de kwaliteit van de medische informatie:** de HAS is belast met het voorstellen van maatregelen die de kwaliteit van de medische informatie moet verbeteren en moet waarborgen, met name van die informatie die verspreid wordt via software voor het voorschrijven van geneesmiddelen, alsook van de informatie die voor iedereen beschikbaar is op gezondheidssites op het internet. De HAS moet tevens het « charter voor het doktersbezoek » - dat moet worden nageleefd door vertegenwoordigers van de farmaceutische bedrijven - vertalen in een referentiewerk voor de certificering.

Al deze methodologieën en al deze instrumenten bestaan nu al. Grote teams hebben er jaren aan gewerkt. Het is niet nodig om ze opnieuw uit te vinden, het volstaat om ze aan te passen aan de eigenheden van onze gezondheidszorg. Kortom, het is kwestie van dat wat al bestaat lichtjes bij te schaven.

In deze nieuwe organisatie moeten de mutualiteiten de rol van bewaker spelen, zoals hierboven beschreven, en van actieve partner. Dankzij een actieve kennis van de Belgische gezondheidszorg en de wijziging van de functies die binnen de organisatie moeten worden vervuld, zouden de mutualiteiten een wezenlijke rol moeten kunnen spelen in het verwezenlijken, samen met hun partners, van deze nieuwe doelstellingen en deze nieuwe initiatieven.

3.3 De financiële verantwoordelijkheid versterken

In het kader van de financiële verantwoordelijkheid die hen is toevertrouwd, zouden de mutualiteiten moeten kunnen gestimuleerd worden om actief deel te nemen aan drie dimensies die van groot belang zijn voor de toekomst van onze gezondheidszorg.

3.3.1 Het beheer van ziektedoelgroepen en patiëntendoelgroepen

In een systeem waar de terugbetaling per prestatie de toon aangeeft, ontvangen de zorgverstrekkers - dokters, verpleegkundigen, ziekenhuizen, kinesisten - van de verzekeraars een ereloon voor elk bezoek of voor elke medische prestatie. Het inkomen van de zorgverstrekkers is dus recht evenredig met het aantal raadplegingen van de patiënt, het aantal klinische onderzoeken, het aantal chirurgische ingrepen of het aantal bezoeken van de thuisverpleegkundige. In praktijk kan dit systeem soms uitnodigen tot het opdrijven van het aantal prestaties, louter met het oog op het verhogen van het inkomen of de omzet.

Het eerste en het meest bekritiseerde gevolg van dit systeem zijn de nutteloze uitgaven voor overbodige klinische onderzoeken, dubbele medische beelden, overbodig verblijf in het ziekenhuis of opgeblazen geneesmiddelenvoorschriften.

Dit eerste gevolg is op zich al belangrijk, maar er is een tweede gevolg dat ook belangrijk is, en misschien zelfs nog belangrijker dan het eerste, namelijk wanneer handelingen en initiatieven die ziekten of de gevolgen van ziekten kunnen voorkomen, vermijden of verminderen, niet worden terugbetaald.

Het is juist om die reden dat heel wat landen nu opteren voor een aanpak van « disease management ». Dit is een systeem van gecoördineerde interventies en communicaties gericht op een doelgroep van mensen dat ernaar streeft het voorkomen en de ernst van de ziekte in kwestie te doen dalen. De patiënt ziet zijn gezondheidstoestand er door verbeteren en de verzekeraar kan er zijn kosten voor onder meer ziekenhuisopnamen en medische ingrepen door verlagen.

Disease management programma's richten hun pijlen vooral op :

- astma
- vaatziekten
- depressie
- diabetes
- hartziekten
- kanker
- chronische ziekten
- bejaardenzorg
- zwaarlijvigheid

Disease management programma's steunen op de zes volgende principes :

- de keuze van de pathologie en van het actieplan waarmee men de ziekte in kwestie, en de kosten die er verband mee houden, wil bestrijden ;
 - een duidelijk omschreven doelgroep van personen die het meest aan het risico op de pathologie in kwestie zijn blootgesteld. Deze afbakening gebeurt op basis van uitermate gesofisticeerde predictiemodellen of algoritmen aan de hand waarvan men kan bepalen welke personen het meest risico lopen op de pathologie in kwestie ;
-

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

- **een voortdurende communicatie met de leden en met de dokters**
 - a. een zeer dynamisch proces van uitnodiging, via een gespecialiseerd call center dat de leden tot deelname aan het programma uitnodigt en hen regelmatig blijft uitnodigen ;
 - b. via de post wordt er een volledig documentatie- en informatiepakket over het programma verstuurd en worden er ook regelmatig aanvullingen hierop verstuurd ;
 - c. mailing aan de dokters over het programma en de richtlijnen ervan ;
- **telemonitoring** om vanop afstand en in real time de parameters van de risicogroepen te controleren, bv. personen met een hoog risico op hartaanvallen ;
- **massale investeringen** in ondersteunende informaticatechnologieën ;
- **meting van de efficiëntie** van het programma.

Dit concept werd initieel ontwikkeld in de Verenigde Staten van Amerika en is sindsdien ook toegepast in Duitsland en daarna in Japan, het Verenigd Koninkrijk en Australië.

Bij de ontwikkeling en de toepassing van dit concept in België kunnen de mutualiteiten een belangrijke rol spelen.

En dat het concept wel degelijk zeer aangewezen is, blijkt uit de toename in ons land van chronische ziekten die bij uitstek het terrein van disease management programma's zijn :

- hart- en vaatziekten die elk jaar aan 38.000 mensen het leven kosten (36,6% van de overlijdens) ;
- kanker die verantwoordelijk is voor 27 % van de sterfgevallen ;
- de oprukkende zwaarlijvigheid die op middellange termijn tot zeer grote kosten gaat leiden.

Een dergelijke aanpak ligt in het natuurlijke verlengde van wat de mutualiteiten ook nu al doen op het vlak van informatie en preventie, maar dan op een nog veel proactievere en meer gestructureerde wijze.

Deze inspanningen zullen slechts vruchten afwerpen, en dan nog maar op middellange termijn, op voorwaarde dat er fors in geïnvesteerd wordt. Er zouden dan ook specifieke financiële stimulansen moeten worden bedacht.

3.3.2 Actieve promotie van een geïntegreerde en gecoördineerde aanpak, onder meer inzake preventie

De huidige aanpak inzake de gezondheidszorg is gesegmenteerd en is vooral gericht op het curatieve. Door de centrale positie die ze bekleden in het systeem en door het overzicht dat ze hebben op de medische prestaties die worden uitgevoerd, zijn de mutualiteiten bijzonder goed geplaatst om na te denken en actie te ondernemen met het oog op een geïntegreerde en gecoördineerde aanpak.

De traditionele verticale aanpak is inderdaad niet meer aangewezen, rekening houdend met de uitdagingen van deze tijd, zoals de vergrijzing van de bevolking en het voortschrijden van chronische ziekten.

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

De mutualiteiten zullen moeten samenwerken met de ziekenhuizen, de eerstelijnsartsen, de verpleegkundigen, de kinesisten, de thuisverzorgers en de overheid om de coördinatie en de toegang tot de medische zorgen te verbeteren.

In plaats van een gecompartmenteerde aanpak is een « continuüm of care » aanpak nodig die alle schakels van de zorgketen samenbrengt. De WGO definieert continuüm of care als volgt : « Het continuüm of care bestaat uit het aanbieden van een volledig geheel van diensten, gaande van het ziekenhuis tot thuis, dat het samenvoegen van de medische en sociale diensten binnen de gemeenschap en het ontwikkelen van verbanden tussen de zorginitiatieven op alle niveaus van het gezondheidssysteem vereist ». Deze moderne aanpak brengt alle schakels van de waardeketen en alle partners in het zorgsysteem bij elkaar.

In deze horizontale aanpak is het beheer van het zorgaanbod gericht op de patiënt. Voor elke patiënt en voor elk type pathologie wordt het meest geschikte zorgaanbod gekozen. Dit betekent dat de meest geschikte structuur zal worden gekozen, niet in functie van rendabiliteitscriteria, maar in functie van de behoeften van de patiënt. Dit betekent ook dat er een coördinatie moet worden georganiseerd tussen de verschillende zorgniveaus en tussen de verschillende zorgverstrekkers.

De Mutualité Française is een goed voorbeeld van de drijvende kracht van de mutualiteiten, met het heel interessante denkproces dat zij heeft gestart over de plaats van de mutualiteit in de vergrijzing van de bevolking. Hieruit zijn drie hoofdlijnen voor verbetering naar voren gekomen : (1) de preventie ; (2) de toegankelijkheid en de continuïteit van het aanbod ; (3) de solvabiliteit van de bejaarden. Dit denkproces heeft geleid tot een zeer gedetailleerd actieplan, met onder meer een nieuw organisatieschema voor de coördinatie tussen de verschillende partijen.

3.3.3 Herziening van de nomenclatuur

Dit is een ingewikkelde, maar zonder twijfel ook noodzakelijke opgave om de toekomst veilig te stellen. En ook hier is de rol van de mutualiteiten zeer belangrijk.

De huidige nomenclatuur voor de terugbetaling van medische prestaties werkt alvast het volgende niet in de hand :

- samenwerking tussen de verschillende spelers
- preventie
- gebruik van de informatica
- visie op middellange en lange termijn
- de globale aanpak van de pathologie
- de keuze van het beste alternatief voor de patiënt en voor de gemeenschap

De huidige nomenclatuur bevordert individuele acties gericht op de korte termijn. Bovendien zijn er tussen de verschillende medische disciplines grote verschillen inzake verloning die niet echt gerechtvaardigd zijn.

Een herziening van de nomenclatuur dringt zich op om de toekomst veilig te stellen. Het is een monnikenwerk, maar het is noodzakelijk om de nieuwe uitdagingen van deze eeuw aan te kunnen. We kunnen inspiratie putten uit de goede voorbeelden die in andere landen bestaan. Zo zijn er in Canada specifieke financiële stimulansen bedacht om een aanpak te belonen waarbij huisartsen werken met de hierboven genoemde principes voor ogen.

3.3.4 Stimulansen

Om deze functies op het voorplan te krijgen, zal men creatief te werk moeten gaan bij het ontwikkelen van nieuwe stimulansen om de mutualiteiten in de juiste richting te doen bewegen.

Afgaande op de ervaringen in het buitenland, kan men besluiten dat deze initiatieven slagen als de verzekeringsinstelling een rechtstreekse stimulans krijgt op twee niveaus :

- de kost van hun leden moet op middellange en lange termijn zo laag mogelijk zijn
- en de leden moeten een optimale toegang hebben tot de gezondheidszorg.

Deze stimulans zorgt ervoor dat de verzekeringsinstelling zich nu reeds gaat interesseren voor zieke personen, niet enkel in de zin van zij die nu reeds ziek zijn, maar ook in de zin van mensen die nu nog gezond zijn, of die althans nog geen intensief beroep op de gezondheidszorg doen. Dit is bijvoorbeeld het geval in systemen waarbij de verzekeringsinstelling per patiënt een vast bedrag ontvangt dat dus niet gelinkt is aan de gemaakte kosten. In zo'n systeem heeft de verzekeringsinstelling er belang bij om gezond gedrag bij haar leden te bevorderen en om hiervoor de beste programma's te hanteren. Het weze duidelijk dat men hierbij de grootste voorzichtigheid aan de dag moet leggen en dat men correctiemechanismen moet hanteren om elke vorm van selectiegedrag door de verzekeringsinstellingen te vermijden.

Deze oefening zou kunnen worden ondernemen door stimulansen / bonussen te ontwikkelen voor elk project en voor elke investering die wordt gerealiseerd om de nieuwe functies te bevorderen. Tot nog toe zijn de stimulansen beperkt tot de uitgaven in verband met de patiënten in de loop van slechts één jaar, louter op de korte termijn dus. Deze korte termijn stimulansen moeten worden aangevuld met stimulansen voor de middellange en de lange termijn.

3.4 Actief deelnemen aan het e-health gebeuren

De informatietechnologieën sijnpielen maar traag door in ons land. De Europese Commissie is van oordeel dat de gezondheidszorg, naar het voorbeeld van de andere sectoren, geleidelijk aan minstens 4 à 5% van haar middelen aan informatica zou moeten besteden. Deze opvatting is gebaseerd op de talrijke voordelen van de informaticatoepassingen en wordt bevestigd door de diepgaande kosten-baten analyses en door de uitwisseling van best practices tussen de verschillende landen van Europa.

De meest recente studie die de Europese Commissie gefinancierd heeft en die gepubliceerd is in het Powerhouse 2009 rapport (9) bevestigt de achterstand die ons land heeft ten opzichte van andere landen. Onze score bedraagt maar 38, daar waar Nederland en Denemarken een topscore van 63 halen. Het klassement is gebaseerd op criteria zoals de penetratiegraad van elektronische patiëntendossiers en de elektronische gegevensuitwisselingen tussen de gezondheidswerkers.

De mutualiteiten kunnen een heel belangrijke rol spelen om deze achterstand in te lopen. Hun rol is tweërlei : intern moeten ze grote informaticaprojecten uitvoeren en daarnaast kunnen ze bijdragen tot de externe informaticaprojecten.

3.4.1 Realisatie van interne informaticaprojecten

De mutualiteiten hebben in het verleden al ruimschoots blijk gegeven van hun bekwaamheid om grote interne projecten tot een goed einde te brengen. Er blijven echter nog veel zaken te verwezenlijken. Deze projecten kunnen in twee groepen worden onderverdeeld :

- **de informatisering van alle papierstromen** die vandaag nog resten. Zoals we reeds in punt 2.4.4. hebben besproken, geldt deze noodzaak tot informatisering voor de informatiestromen die van alle zorgverstrekkers afkomstig zijn:
 - o de ziekenhuizen
 - o de geneesheren-specialist
 - o de huisartsen
 - o de rusthuizen
 - o de paramedici
 - o de tandartsen
 - o de apothekers
 - o de verpleegkundigen
 - o enz.
- **de informaticaprojecten in verband met alle nieuwe functies** die we hiervoor reeds hebben besproken.

De informatica is onlosmakelijk verbonden met de nieuwe rollen die de mutualiteiten moeten vervullen, zoals in de voorafgaande hoofdstukken besproken:

- o de informatie aan de burger-patiënt
- o de promotie van de kwaliteit
- o de maximalisatie van de efficiëntie
- o het beheer van patiëntendoelgroepen en ziektedoelgroepen
- o de zorgcoördinatie

De aard van deze informaticaprojecten zal afhangen van de aard van de functie. We hebben hiervan eerder al een aantal voorbeelden aangehaald, zoals ultra-krachtige gegevensbanken en datawarehouses, specifieke software die de mutualiteit aan hun leden ter beschikking stellen, websites die aan welomlijnde functies zijn gewijd, geneeskundige diensten op afstand die chronisch zieken daadwerkelijk helpen, enz.

De technische mogelijkheden bestaan nu al en de projecten zijn dus perfect haalbaar. De informatica in de gezondheidszorg heeft immers al een omwenteling in drie golven achter de rug waardoor al deze projecten nu mogelijk zijn : de mainframe-toepassingen, met name op financieel vlak, tot het begin van de jaren negentig, gevolgd door de ontwikkeling van specifieke informaticatoepassingen voor de gezondheidssector en, tenslotte, de fenomenale ontwikkeling van het internet en de netwerken. We staan nu aan het begin van de evolutie voor de komende twee decennia, namelijk die van de echte kennisuitwisseling en -deling.

Deze projecten vergen aanzienlijke middelen, zowel financieel als qua energie en menselijke middelen. De inzet van zoveel middelen is echter gerechtvaardigd omdat informatica niet louter een technisch hulpmiddel is, maar ook een ongelooflijke drijfveer voor veranderingen. Een drijfveer voor veranderingen in het gedrag van de mensen, in de wijze waarop ze van de gezondheidszorg gebruik maken, in de wijze waarop zorgen worden gemanaged en worden gecoördineerd, en in de wijze waarop kwaliteit en preventie worden verbeterd. In een aantal gevallen zal de informatica de kosten doen dalen, maar dit zal niet altijd zo zijn, maar kostenbesparing is sowieso niet de belangrijkste, laat staan de enige doelstelling.

Al deze informaticaprojecten zullen niet alleen technische veranderingen met zich brengen, maar zullen de katalysator zijn van de grote veranderingen op het vlak van personeelsbeleid binnen de mutualiteiten. Naargelang medewerkers met pensioen gaan en er nieuwe mensen voor de nieuwe functies worden aangeworven, zullen er geleidelijk aan minder mensen de traditionele taken uitvoeren.

3.4.2 Bijdragen tot de externe informaticaprojecten

Doordat ze een centrale positie in de gezondheidszorg bekleden, hebben de mutualiteiten de macht om alle ontwikkelingen in de sector significant te beïnvloeden, zelfs wanneer het gaat om zaken waarvoor zij niet rechtstreeks bevoegd zijn of waarbij zij niet rechtstreeks betrokken zijn.

Dit betreft met name :

- de algemene verbreiding van elektronische patiëntendossiers in de ziekenhuizen ;
- de verbreiding van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de zorgverstrekkers ;
- de gewaarborgde vertrouwelijkheid en de mogelijkheid voor patiënten om hun gegevens te raadplegen, niet enkel in België maar ook vanuit het buitenland wanneer er zich daar een medische urgentie voordoet ;
- elektronische geneesmiddelenvoorschriften ;
- de administratieve vereenvoudiging ;
- de toegekende budgetten ;
- het globaal strategisch ontwikkelingsplan.

Hoewel deze projecten door andere partijen dan de mutualiteiten worden geleid, hebben ze toch rechtstreeks een invloed op de gezondheidszorg en op het « lichamelijke, psychische en sociale » welzijn van hun leden, wat onlosmakelijk verbonden is met de derde functie die uitdrukkelijk aan de mutualiteiten is voorbehouden.

De uitdaging bestaat erin om het juiste evenwicht te vinden en te bevorderen tussen de drie componenten, namelijk de federale of gewestelijke initiatieven in de aard van be-health, de individuele initiatieven die zich nu al geslaagd mogen noemen zoals het Réseau de Santé Wallon (Waals Gezondheidsnetwerk) en het belang van de burger-patiënt. Ons land kan reeds op een groot aantal succesverhalen bogen. Het komt er nu op aan om ze te kunnen veralgemenen zodat het geen geïsoleerde gevallen blijven en zodat elke burger van de beste oplossingen kan genieten.

4 ACTIVEREN VAN DE VERANDERING

De nieuwe functies die we hierboven hebben aangehaald zullen niet zomaar uit zichzelf tot stand komen. Ze vereisen een verregaand denkproces opdat ze in de praktijk zouden slagen. Het gaat hier om een echt strategische aanpak.

In dit verband komen een aantal ideeën mij spontaan voor de geest. Deze ideeën moeten zeker nog verder worden ontwikkeld, verdiept en genuanceerd.

4.1 Keuzes maken

Het spreekt voor zich dat het niet mogelijk is om alle ideeën tegelijkertijd in actieplannen om te zetten. De mutualiteiten zullen prioriteiten moeten stellen, enerzijds in functie van hun eigen mogelijkheden, en anderzijds in functie van hun eigen gevoeligheden. Het is dan ook perfect mogelijk dat de ene mutualiteit een bepaald idee als zeer interessant beschouwt, terwijl een andere mutualiteit er maar weinig in ziet.

MUTUALITEITEN : WAT ZIJN DE NIEUWE KANSEN OP LANGE TERMIJN ?

De ideeën moeten ook gespreid in de tijd worden uitgevoerd. Het gaat hier immers om een aanpak voor de lange termijn met projecten die drie tot vijftien jaar in beslag kunnen nemen, rekening houdend met de menselijke en financiële middelen, maar ook bijvoorbeeld met het personeelsverloop.

4.2 Partnerschappen ontwikkelen

Om de gelegenheden te baat te nemen, moeten er, zowel intern als extern, specifieke partnerschappen worden ontwikkeld om deze projecten te realiseren.

Extern gaat het daarbij bijvoorbeeld om :

- partnerschap met de FOD Gezondheid en het RIZIV op het gebied van informatie en kwaliteit ;
- partnerschap met de leveranciers van goederen en diensten en met de zorgverstrekkers met het oog op de efficiëntie.

Intern moeten er specifieke projectgroepen worden opgericht en moeten vooral de geesten en de taken geleidelijk aan worden geheroriënteerd naar deze nieuwe benaderingen en deze nieuwe diensten.

4.3 De moed voor een ambitieus intern strategisch reconversieplan

Op korte termijn zouden de mutualiteiten gemakkelijks halve op hun lauweren kunnen rusten en zich tot hun traditionele domeinen kunnen blijven beperken. De nieuwe uitdagingen van deze eeuw vereisen echter dat de mutualiteiten zich herpositioneren en zo twee doelstellingen bereiken :

1. het voortbestaan en de bestaansredenen op lange termijn van de organisatie veilig stellen ;
2. de gezondheidszorg als zodanig helpen om de talrijke uitdagingen van deze eeuw te overwinnen en zorgen voor een duurzame gezondheidszorg in de zin van een systeem dat met de middelen die voorhanden zijn aan iedereen goede zorgen verschaft.

Om hierin te slagen is een ambitieus plan noodzakelijk. Dit plan zal twee belangrijke gevolgen hebben :

- het zal het eigen personeel bekoren en mobiliseren. Hiervoor mag het plan niet als een last worden ervaren, maar moet uit alles blijken, uit de methodologie waarmee initiatieven worden ontwikkeld, maar ook uit de naam en het logo, dat het plan een echte meerwaarde biedt ;
- alle externe partners en ook de eigen leden zullen het plan beschouwen als een blijk van het dynamisme en de openheid van de mutualiteit.

Een coherent globaal plan zal beide effecten volop nastreven door de samenhang en de grondslagen van de verschillende projecten zichtbaar te maken. Dit zal meer effect hebben en meer dynamiek teweegbrengen dan wanneer de verschillende initiatieven een na een afzonderlijk worden voorgesteld.

4.4 Op federaal en regionaal niveau een denkproces bevorderen gericht op de middellange en lange termijn

De meerderheid van de beslissingnemers in België is er het roerend over eens dat er nauwelijks een visie voor de middellange en de lange termijn bestaat. Men bekommert zich bijna uitsluitend om de korte termijn, en de huidige crisis heeft dit enkel nog verergerd.

Het opstellen van een ambitieus intern strategisch plan voor de middellange en de lange termijn is op zich al een heel belangrijke eerste stap om aan iedereen duidelijk te maken hoe belangrijk het is om over de middellange en de lange termijn na te denken. Door zelf het plan uit te voeren geeft men een belangrijk signaal aan alle spelers van het belang dat men eraan hecht.

Een tweede stap bestaat erin om iedereen in het systeem bewust te maken van het belang om de middellange en lange termijn voor ogen te hebben. Dit kan gebeuren in alle beslissingscentra waar de mutualiteiten sowieso aanwezig zijn, maar ook door vergaderingen en evenementen die speciaal aan dit thema gewijd zijn.

En interne il s'agira de créer des groupes de projets spécifiques et surtout de faire évoluer progressivement les mentalités et les métiers vers ces nouvelles approches et ces nouveaux services.

4.5 Naar een proactieve aanpak op Europees niveau

Of men deze evolutie nu toejuicht of niet, feit is dat het vrije verkeer van goederen en diensten in Europa onze gezondheidszorg meer en meer zal beïnvloeden. Bovendien zal ons gezondheidssysteem in de toekomst niet ontsnappen aan een specifieke richtlijn over de gezondheidszorgen die uit de Bolkestein-richtlijn op de diensten zijn gelicht. Het is niet duidelijk wanneer deze richtlijn te berde zal komen, maar het is vrijwel zeker dat ze in de loop van deze eeuw het licht zal zien en wellicht nog voor 2050.

Indien we de waarden en grondslagen van onze gezondheidszorg in deze nieuwe Europese dimensie willen herkennen, moeten we nu reeds proactief stappen zetten om op het beslissingsproces te wegen. De mutualiteiten hebben alle middelen in huis die nodig zijn om het denkproces en de beïnvloedingsnetwerken te ontwikkelen.

De resultaten op de lange termijn zullen veel meer baat hebben bij een proactieve houding nu dan bij een defensieve korte termijnhouding later, te meer daar er veel op het spel staat voor een klein land als het onze. De enige manier waarop wij de discussie echt kunnen beïnvloeden is door er zo snel mogelijk, heel actief en innovatief aan deel te nemen.

5 BESLUITEN

De mutualiteiten hebben in de loop van de 20ste eeuw een heel belangrijke rol gespeeld in ons gezondheidssysteem en spelen die ook nu nog, bij het begin van de 21ste eeuw. Ze zijn bovendien een belangrijke werkgever vermits ze volgens onze schattingen ongeveer 20.000 mensen tewerkstellen.

In onze studie over de gezondheidszorg in België hebben wij tal van sterke punten geïdentificeerd, maar daarnaast ook heel wat uitdagingen voor de toekomst. Indien deze uitdagingen niet ernstig worden genomen, kan de leefbaarheid op middellange en lange termijn in het gedrang komen en kunnen er drie negatieve effecten teweeg worden gebracht:

- minder kwaliteit ;
- een verminderde toegankelijkheid voor iedereen ;
- het financieel kapseizen van een deel of van het geheel van het systeem.

Zoals uitgebreid betoogd in dit artikel dat aan hen is gewijd, kunnen de mutualiteiten - door de positie die zij bekleden en door de kennis die zij hebben over de gezondheidszorg - een cruciale rol spelen onder meer bij :

- het bevorderen van de kwaliteit
- het verhogen van de efficiëntie
- het informeren van de patiënten en het bevorderen van een geïntegreerde aanpak
- het ontwikkelen van een plan voor de middellange en lange termijn

Om deze pogingen te doen slagen, is het absoluut noodzakelijk dat men dit denkproces niet ziet als een invraagstelling of een kritiek op wat in het verleden gerealiseerd is, maar eerder als een ongelooflijke kans voor de toekomst. In een samenleving waar negatieve berichten bij het begin van deze eeuw de boventoon voeren, kunnen grote projecten veel in beweging brengen en de aanzet geven tot een positieve, motiverende dynamiek.

Deze nieuwe dynamiek is nodig omdat de bestaansredenen van de mutualiteiten in het gedrang zou kunnen komen als zij niet een aantal van de nieuwe functies op zich nemen. Anderzijds kunnen ze ook niet al die nieuwe functies tegelijk vervullen en er zullen dus keuzes moeten worden gemaakt. Sommige functies, zoals de promotie van de gezondheid, kunnen ze sowieso slechts samen met andere organisaties vervullen, naar het voorbeeld van de Hoge Raad voor de Gezondheid in Frankrijk.

Gericht kiezen, partnerschappen ontwikkelen en een ambitieus intern strategisch reconversieplan durven op te stellen zijn belangrijke componenten om de toekomst van de mutualiteiten zelf, en die van de gezondheidszorg in zijn geheel, veilig te stellen.

Footnotes;

- (1) F.Daue, D.Crainich, «De toekomst van de gezondheidszorg : diagnose en remedies», Itinera Institute, 2008
 - (2) Wet van 6 augustus 1990, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 28 september 1990 en in voege getreden op 1 januari 1991.
 - (3) Wet van 14 juli 1994 - Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 27 augustus 1994 en in voege getreden op 6 september 1994.
 - 4) Bron – OESO
 - 5) W. Van de Ven "Risk adjustment and consumer choice of sickness fund in five European countries : solidarity, efficiency and quality of care", Erasmus Universiteit Rotterdam
 - 6) Van de Ven et al. (2007) "Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: 6 years later" Health Policy, 84: 200-209.
 - 7) Schokkaert E. and C. Van de Voorde (2003) "Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system" Health Policy, 65: 5-19.
 - 8) C De Backer and D. Van Huffel (2008) « The emerging role of sickness funds within the Belgian healthcare system »
 - 9) Arne Björnberg, Ph.D., Beatriz Cebolla Garrofé, Ph.D. and Sonja Lindblad, Health Consumer Powerhouse AB, 2009.
-