

Het gezondheidsbeleid in België in handen van corporatieve organisaties

door Guy PEETERS

Algemeen Secretaris van het N.V.S.M.

Ik vermoed dat het de bedoeling is dat ik van al de actoren die een rol spelen in de Belgische gezondheidszorg (overheid, artsen, ziekenfondsen, ziekenhuis-koepels, geneesmiddelenindustrie, welzijnskoepels enz...) vooral het vergrootglas richt op de ziekenfondsen, op hun "al dan niet" dominante rol in de organisatie van de gezondheidszorg, op het "al of niet" legitiem zijn van hun optreden, op hun beleidsvernieuwend of -remmend effect dat ze hebben enz...

De wet LEBURTON van 1963 biedt rechtsgrond aan de bevoorrechte gesprekspartnerrol van de mutualiteiten namens de sociaal verzekerde, rol die reeds lang daarvoor de facto gespeeld werd.

Sinds 1963 sluiten ze akkoorden en overeenkomsten af met de zorgenverstrekkers die op een belangrijke wijze het reilen en zeilen bepalen in onze gezondheidszorg. Opmerkelijk is dat binnen de ziekteverzekering de macht zich, zoals elders in de sociale zekerheid, niet concentreerde bij de traditionele partners van het paritair beheer, namelijk werkgevers- en werknemersorganisaties, maar quasi uitsluitend bij ziekenfondsen en verstrekkers. De overheid heeft dus, inderdaad, een belangrijk onderdeel van het gezondheidsbeleid, namelijk de ziekte- en invaliditeitsverzekering, gedelegeerd naar of gesubcontracteerd met de partners in de ZIV, zijnde ziekenfondsen en artsen. De aanwezigheid van artsenorganisaties betekent echter een correctie op de stelling dat de verzuiling het beslissende structuurkenmerk zou zijn van de uitbouw van de sector. De artsenorganisaties zijn immers geen bolwerken van verzuiling en toch treden ze op als een drijvende factor. Zij nemen namelijk belangrijke beslissingen met betrekking tot de omvang van de vraag. De bezetting van het gezondheids- en ziekteverzekeringsbeleid draagt dus een dubbele signatuur: er zijn de zuilnetwerken en de gezondheidsprofessionals (voornamelijk geneesherenorganisaties). Ter vervollediging dient vermeld dat dit subcontracteren van beleidbevoegdheid ook geldt voor de aspecten van het gezondheidsbeleid waar de overheid de mogelijkheid had zelf te reguleren, zoals het ziekenhuisbeleid, dat zich situeert op het niveau van het departement van Volksgezondheid. De adviesorganen die hier actief zijn (N.R.Z. Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen met zijn onderafdelingen) hebben hier zulke uitgebreide gedetailleerde beleidsvoorbereidende opdrachten, dat het ziekenhuisbeleid quasi in de totaliteit door hen kan geconcentreerd worden. In deze structuren spelen de koepelorganisaties van ziekenhuizen (Caritas-VOV...) een zeer belangrijke rol.

De overheid heeft dit uitbesteden van het gezondheidsbeleid gewenst, maar met gemengde gevoelens ondergaan. De intelligentste leden uit de uitvoerende en wetgevende macht wisten dat zij geacht werden de hoofdrol te spelen in het sprookje "De kleren van de keizer". Opvallend is dat de wijzigingen die aangebracht werden, er niet gekomen zijn uit frustratie wegens het niet kunnen concipiëren van een inhoudelijk beleid, maar wel wegens onhoudbare budgettaire ontsporingen.

De staatshervorming heeft de keizer nog bloter gemaakt. Niet in eerste instantie door het definiëren van de takenpakketten die aan het federale en aan het gemeenschapsniveau werden toegewezen, maar vooral door het ontbreken van een zinvol, volwassen overleg tussen de twee beleidsniveaus. Hierdoor werd in essentiële domeinen, waar zich grote behoeften ontwikkelen, de beleidsruimte niet door de overheid ingevuld wegens vaak pietepouterig bevoegdheidsgehakketak tussen de beleidsmensen. Ik denk als laatste voorbeeld aan het organiseren van een ouderdomsverzekering.

Het beeld dat ik hiertoe heb geschetst is bewust ongenueanceerd provocerend gehouden. Het heeft echter sedert tien jaar fundamentele wijzigingen ondergaan. Daar kom ik zo dadelijk op terug.

Wat zijn nu de voor- en nadelen van deze subsidiariteit, van dit subcontracteren.

Beginnen we met de voordelen:

- De techniciteit van de partners maakt een efficiënte en vlugge besluitvorming mogelijk.
- De kost van onze ziekteverzekering is redelijk, zowel qua publieke als qua individuele financiering.
- De bestaande akkoorden tussen ziekenfondsen en zorgenverstrekkers maakten het mogelijk quasi permanent tariefzekerheid te creëren in alle sectoren. Hierdoor werd een maximale toegankelijkheid gecreëerd tot een uitgebreid zorgpakket en dit voor de ganse bevolking.

Welke zijn de nadelen:

- Het democratisch deficit zowel voor artsen als voor ziekenfondsen. De vraag stelt zich namens wie men akkoorden afsloot. De wet van de ziekenfondsen van 1990 heeft gepoogd de ziekenfondsstructuren te democratiseren. Vandaag stelt zich de vraag naar de representativiteit van de artsensyndicaten. De actuele onrust in de Vlaamse huisartsenwereld is een gevolg van een democratisch deficit in de artsenorganisaties. Men kan alleszins stellen dat dit democratisch deficit bij de partners de geloofwaardigheid van beide sterk geschaad heeft.
- Door het gezondheidsbeleid te beperken tot tariefakkoorden, ontbreekt het aan een globaal inhoudelijk gezondheidszorgconcept; met andere woorden de stukjes van de puzzel worden nooit samengelegd.
- Het paritair beheer lost geen budgettaire problemen op, waarbij een van de twee partners zwaar zou moeten inleveren. Voorbeeld is het beheersen van het uit de pan swingende budget klinische biologie in de beginjaren tachtig. Dit werd slechts fundamenteel opgelost door een overheidsingrijpen vanaf 1988. Indien de overheid geen beleidinstrumentarium opbouwt, leidt dit tot een gebrek aan enthousiasme om tussen te komen wanneer het nodig is, bijvoorbeeld wanneer het aanbod moet beheerst worden (probleem *numerus clausus* geneesheren).

Sinds 1963 zijn er mijn inziens twee keizers geweest die én beseften dat ze naakt waren en kleren hebben aangetrokken. De eerste was DEHAENE als Minister van Sociale zekerheid vanaf 1982. De tweede was MOUREAUX.

DEHAENE zorgde ervoor dat de overheid terug de hoofdreguleerder werd in het ziekenhuisbeleid. Hij zorgde voor de noodzakelijke afbouw van het beddenoverschot, gekoppeld aan de reconversie naar R.V.T.-bedden, hij startte met groeperingen en fusies van ziekenhuizen tot entiteiten met een nuttige economische grootte, hij schoeide de ziekenhuisfinanciering op een andere leest. De MOUREAUX-hervorming van 1993 herdefinieerde de verantwoordelijkheid van de verschillende partners, dit door de creatie van de Algemene Raad van de Ziektever-

zekering. In deze Algemene Raad zetelen de overheid, de sociale partners en de ziekenfondsen met stemrecht; de zorgverstrekkers zonder stemrecht. Door deze Algemene Raad wordt de globale enveloppe voor de ziekteverzekering vastgelegd. De facto gebeurt dit door de meerderheid van overheid en sociale partners. Sociale partners doen hiermee hun intrede in het bepalen van de begrotingsenveloppe. De bedoeling van MOUREAUX was macht aan verantwoordelijkheid te koppelen. Overheid en sociale partners bepalen samen wat gezondheidszorg hun waard is. Om deze hervorming te begrijpen moet men met twee deviezen rekening houden:

Eén, de internationale trend naar déregulering, naar introductie van vrijemarktmechanismen, concurrentie, privatisering, naar een terugtrekkende overheid (als dit nog mocht mogelijk zijn in deze sector in ons land).

De MOUREAUX-hervorming is dus de synthese van het antwoord op die trend en het herdefiniëren van de verantwoordelijkheden van éénieder. Boeiend in dit verband is de evaluatie van ex-staatssecretaris SIMONS over de stelselwijziging in NEDERLAND. Enkele citaten uit een opmerkelijk interview in Medisch Contact van oktober 1994: "Bovendien vind ik het gezonder als aanbieders, patiënten en verzekeraar iets meer mandaat krijgen om in eigen kring zaken te doen. De overheid zet de kalklijnen rond het speelveld, maar de spelers bepalen het spel". "Meer privatisering, meer marktwerking, meer ruimte voor het veld zodat het veld wel het elan behoudt tot vernieuwing dat het heeft getoond en minder overheidsbemoediging. Waar ligt het juiste evenwicht? Die discussie over wat houdt de overheid in handen, heb ik ook vaak met de Kamer gehad. De overheid is verantwoordelijk voor de vaststelling van het pakket, voor de inkomenspolitiek, de toedeling van kosten, de premieheffingsstructuur, de grote en kostbare voorzieningen en noem maar op, maar het moet niet zo zijn dat het tot op de millimeter de tarieven en de planning bepaalt".

Tweede gegeven was het feit dat MOUREAUX, een historicus gespecialiseerd in de geschiedenis van de 18 eeuw, gepassioneerd is door het lukken van het bestuursmodel van Maria-Thérésia en het mislukken van het bestuursmodel van Jozef II, de keizer-koster. Of het mislukken van overdreven regulering en het lukken van het betrekken van de partners, zij het soms in de vorm van een te groot aantal adviescommissies die vaak verworden tot therapeutische praatclubs.

Wat dient er nu in de toekomst te gebeuren?

De MOUREAUX-hervorming moet verstandig ingevuld worden, dwz. dat de verschillende partners écht moeten geresponsabiliseerd worden en dat tegelijkertijd moet gestreefd worden naar een democratisering en legitimatie van de partners. Deze twee oefeningen moeten tegelijkertijd plaatsvinden.

Hoe kan de rol van een verstandige overheid nu geconcipieerd worden?

- De overheid zal zijn beleidsinstrumenten in deze sector moeten vernieuwen en aanpassen. Hier denk ik bijvoorbeeld aan het verbeteren, verzamelen en hanteren van statistisch materiaal. Zodat (zoals in NEDERLAND het geval is) kan gewerkt worden met verschillende alternatieve beleidsscenario's die inspelen op actuele en toekomstige behoeften.
- De overheid zal het politiek debat moeten aanzwengelen rond belangrijke maatschappelijke uitdagingen. In deze sector is het superprioritair het debat rond de vergrijzing en de zorgimplicaties daarvan aan te vatten.

Wat met het middenveld?

Over ziekenfondsen schrijft HUYSE in zijn laatste boek "De politiek voorbij": "Moet zo'n organisatie niet met een rode kaart het maatschappelijk middenveld

uitgestuurd worden?" Dit vanuit de vaststelling dat ziekenfondsen qua werking onder het democratisch minimum vallen.

Hoe ontsnappen aan de rode kaart van HUYSE? Is er een democratisch deficit? Ja, zelfs ondanks de ziekenfondsverkiezingen van 1993 (ingevoerd door de wet van 1990). Deze waren bedoeld om de ziekenfondsstructuren transparant en democratischer te maken. Dit na verschillende "accidents de parcours" op het terrein. Dat dit geen continu democratiserend effect heeft, is evident. Er dient dus meer te gebeuren bij de twee partners, ziekenfondsen en artsen. Dat het ganse Vlaamse huisartsenkorps vandaag werkt in een sfeer van frustratie en ongenoegen over overheids- en ziekenfondsoptreden, heeft voor een belangrijk deel te maken met afspraken tussen artsen en ziekenfondsen die zij vaak zien als verafstaand van de realiteit op het terrein, niet beantwoordend aan behoeften van artsen en patiënten zoals zij die ervaren. Waarschijnlijk ligt aan de basis van dit ongenoegen het feit dat deze afspraken tussen artsen en ziekenfondsen niet uitgelegd worden aan het artsenkorps. Bij de artsen groepen dringt zich de vraag op naar representativiteit, naar sociale verkiezingen.

Wat ziekenfondsen betreft kan ik enkel mijn persoonlijke benadering schetsen en de strategie die ik voor mijn eigen organisatie ontwikkel. Het direct verband tussen organisatie en lid, de invloed van het lid op de organisatie moet versterkt worden door verschillende acties die tegelijkertijd dienen te gebeuren.

- Het versterken van de directe communicatiekanalen zoals ombudslijnen, invoellijnen die niet alleen informatie vanuit de organisatie aan het lid meegeven maar zorgen voor heel wat feed-back vanwege het lid.
- Initiatieven die de patiënten mondiger maken zoals het Geneesmiddelenboekje en de Zilveren Gids die vooral de nadruk leggen op consumentenverdediging. Deze initiatieven hebben tot doel van de sociaal verzekerde een kritisch lid van een drukingsgroep te maken.
- Intensere communicatie met alle personeelsleden van de organisatie om de dagelijkse contacten tussen lid en personeel een inhoudelijker en kritisch gestalte te geven.
- De bestaande democratische structuren meer activeren.

Globaal kunnen we stellen dat het benadrukken van de drukingsgroepfunctie naast de servicefunctie, het optreden als consumentenbond in de gezondheidszorg een stimulans is voor een organisatie om met mondige leden te leren werken.

De legitimering moet steunen op de democratische band tussen lid en organisatie en niet op financiële concurrentie tussen ziekenfondsen. Zoniet riskeert het middenveld in deze sector te verdwijnen en plaats te maken voor anonieme verzekeringsmaatschappijen of totaalontbrekende ziektekostverzekeraars.

Persoonlijk ben ik vragende partij voor wat betreft de nieuwe plaats van de ziekenfondsen in onze samenleving namelijk als drukingsgroep, als platform voor burgerparticipatie in de gezondheidszorg, als solidariteitsversterkend instrument.

Summary: The corporatist organizations and the health policy in Belgium

Before the so-called 'bill Moureaux', the health insurance policy in Belgium was contracted out by the government to the health workers and the health funds. Also in other sectors (hospitals), government contracted out. This subsidiarity has advantages and disadvantages.

Especially because of the unbearable budgetary excesses, this situation started to change since the beginning of the eighties, starting with the hospital sector. In the early nineties, the management of the sickness insurance also went through some radical changes. The budgetary envelope (budget objective) is now mainly established by those who finance the system, e.g. the government and the social partners (employers and workers), who must take their responsibilities. In this new perception, all partners must be made truly accountable.

Government must pass on statistic material in order to be able to pursue a well-informed policy. It must also crank up some social debates, namely about the demographic ageing.

Health funds and organisations of physicians need a further democratization. The health funds must accomplish at the same time several functions: pressure group, service and consumer defence.