

# De ziekenfondsen van morgen in Benin en Togo

Hoe kunnen de ziekenfondsgegevens beter gebruikt worden?  
Hoe kunnen de mensen overtuigd worden om lid te worden en te blijven?

Een uitgave van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, in samenwerking met Louvain Coopération  
Sint-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel  
T 02 778 92 11 - F 02 778 94 04  
commu@mloz.be

—  
Deze studie werd gerealiseerd met de financiële steun van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking, in het kader van het programma MASMUT dat uitgevoerd wordt door de Onafhankelijke Ziekenfondsen, LCM, NVSM, Louvain Coopération, Wereldsolidariteit/Solidarité Mondiale en Solso.

Redactie > Murielle Lona et Wouter Gelade  
Coördinatie > Lies Dobbelaere en Christian Horemans  
Lay-out > Leen Verstraete  
Foto's > Patchwork/Etnik, foto p.50: Johan Stockmann



# Inhoudstafel

Voorwoord	5
Dankwoord	7
Executive summary	8
<b>DEEL I: CONTEXT</b>	<b>11</b>
<b>1. Doelstellingen van de studie</b>	<b>11</b>
1.1 Inleiding	11
1.2 Motivering	11
1.3 De studie Togo-Benin	13
<b>2. De ziekenfondsen in Togo en Benin</b>	<b>14</b>
2.1 Historiek van de ziekenfondsen	14
2.2 Werking van de ziekenfondsen	17
<b>DEEL II: BEHEER VAN GEGEVENS</b>	<b>19</b>
<b>3. Overzicht van de beschikbare gegevens</b>	<b>19</b>
3.1 Ledenlijst	19
3.2 Opvolging van de betaling van de bijdragen	20
3.3 Opvolging van de prestaties per centrum	20
3.4 Boordtabel	20
3.5 Management tool	21
<b>4. Analyse van de beschikbare gegevens</b>	<b>22</b>
4.1 Inleiding	22
4.2 Profiel van de leden van de ziekenfondsen	22
4.3 Terugbetaalde prestaties	26
4.4 Exploitatie van de individuele gegevens	29
<b>5. Aanbevelingen</b>	<b>33</b>
5.1 Beheer en exploitatie van de gegevens	33
5.2 Werking van de ziekenfondsen	36
5.3 Samenwerking en coördinatie	38
<b>DEEL III: HERNIEUWEN VAN LIDMAATSCHAP</b>	<b>41</b>
<b>6. Inleiding</b>	<b>41</b>
<b>7. Literatuurstudie</b>	<b>42</b>
7.1 Betaalbaarheid	42
7.2 Begrip van de verzekering	42
7.3 Vertrouwen	43
7.4 Frequentie van uitbetalingen	43
7.5 Kwaliteit van de diensten	44
7.6 Formaliteiten bij de aansluiting	44
7.7 Moment van betaling van de bijdrage	45
7.8 Conclusie	45
7.9 Referenties	45
<b>8. Hernieuwen van lidmaatschap in Atacora, Benin</b>	<b>47</b>
8.1 Inleiding	47
8.2 Gegevens	47
8.3 Resultaten	52
8.4 Discussie	62
8.5 Aanbevelingen	64
Conclusie	69
Bijlage 1 Boordtabel	70
Bijlage 2 Bijkomende analyse	71



# Voorwoord

---

De toegang tot een betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg is een basisrecht, zowel in het Noorden als in het Zuiden. Het lijkt een evidentie, maar de verwezenlijking hiervan is een uitdaging. Vele Afrikaanse landen werken vandaag aan de sociale bescherming van hun burgers en de ontwikkeling van een universele gezondheidsdekking (*couverture santé universelle*). De Afrikaanse mutualiteiten kunnen hierin een essentiële rol spelen. Om deze redenen beslisten de acht landen van de *Union Economique et Monitaire de l'Afrique de l'Ouest* (UEMOA) om een bijzondere regelgeving uit te werken voor de omkadering van de mutualiteit.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération zijn er rotsvast van overtuigd dat de Afrikaanse mutualiteit een mooie toekomst kan hebben. Niet enkel omdat de mutualiteit de toegang tot betaalbare zorg kan garanderen, maar ook omdat de mutualiteit aan de burgers een opportuniteit geeft om op democratische wijze mee te bouwen aan deze sociale bescherming. Om de mutualistische beweging al zijn kansen te geven, bundelen verschillende Belgische actoren, waaronder de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération, hun krachten in het Programma MASMUT. Met de financiële steun van de Belgische Ontwikkelings-samenwerking steunt het Programma MASMUT de mutualistische beweging in verschillende Afrikaanse landen. Het analyseren van de werking en de uitdagingen van de Afrikaanse mutualiteit is één van de doelstellingen van het Programma MASMUT.

Want de uitdagingen zijn nog groot voor de vele mutualiteiten, zoals deze vandaag bestaan in Benin en Togo. Met deze studie willen we een bijdrage leveren voor het verder professionaliseren van de Afrikaanse mutualiteiten. Deze analyse behandelt twee domeinen:

- > De gegevens van de mutualiteit: over welke gegevens beschikken de mutualiteiten vandaag? Wat zeggen deze gegevens over het profiel van de leden, en wat moeten de ziekenfondsen doen om tot een meer efficiënt gegevensbeheer te komen?
- > De redenen van de leden om al dan niet aangesloten te blijven bij de mutualiteit: waarom haken leden af, en welke maatregelen kunnen de mutualiteiten nemen in hun communicatie en dekking om dit tegen te gaan?

Wij danken alle personen in het Noorden en het Zuiden die aan deze studie hebben meegewerkt. Dankzij hun inzet kon deze studie gerealiseerd worden. We hopen dat de inzichten en aanbevelingen in deze studie een meerwaarde betekenen voor de werkzaamheden van onze mutualistische partners in Afrika. Ze kunnen in de toekomst op de blijvende steun rekenen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération.



Félix Vanderstricht en Xavier Brenez

**Xavier Brenez,**  
Directeur-generaal van de  
Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen

**Félix Vanderstricht,**  
Directeur van Louvain Coopération



# Dankwoord

---

Deze studie kon enkel gerealiseerd worden met de hulp van verschillende mensen. Daarom willen de Onafhankelijke Ziekenfondsen enkele personen bedanken.

Eerst en vooral gaat onze dank naar Brice Titipo, Ernest N'Boma en Patrick Vanderhulst, medewerkers van Louvain Coopération, voor hun ondersteuning op het terrein en hun proactieve suggesties voor deze studie.

Marnick Vanlee, student aan de KU Leuven, verbleef zes weken in Benin voor deze studie. Hij bestudeerde het probleem van het niet-verlengen van het lidmaatschap. Wij bedanken Marnick en zijn team, Baké Sanwekoua, Awaou Kombieni en Pascal Yokossi, voor hun inzet en enthousiasme.

Zonder de medewerking van de ziekenfondsen in Benin en Togo was deze studie nooit tot stand gekomen. Vooral de ziekenfondsen van Cobly, N'Dohanta en Matéri verdienen een bijzondere vermelding. Wij danken hun medewerkers en leden voor hun beschikbaarheid en tomeloze inzet om Marnick en zijn team op het terrein te helpen en begeleiden.

In Atacora (Benin) werden leden en medewerkers geïnterviewd over de werking, de meerwaarde en toekomst van de ziekenfondsen in Benin. Deze interviews vormen een belangrijk onderdeel van de studie. Wij danken de volgende personen voor hun beschikbaarheid en medewerking:

- > De bestuurders van de ziekenfondsen van Cobly, N'Dahonta, Matéri
- > De animatoren van de ziekenfondsen: Gnammi Bio Benoît (N'Dahonta), Kona Mématon (N'Dahonta), Toumoudagou M'Poli Emmanuel (Cobly), Issifou Moustafa Yambogo (Cobly), Gnammi Sabi (Matéri), Gnammi Kouétcha Karim (Matéri)
- > Kauklay Landry, Coördinator van de Sanitaire Zone Tanguiéta-Cobly-Matéri
- > Boulga Paul Ruffin, hoofdverpleegkundige in het verzorgingscentrum van Tantéga Matéri
- > Kiki, vroedvrouw in het verzorgingscentrum van Tantéga Matéri
- > Issifou Soumouratou, hoofdverpleegkundige in het verzorgingscentrum van Cobly
- > Sinmegui Azaratou, hoofdverpleegkundige in het verzorgingscentrum van Kountori
- > Yame Rute Rafiatou, vroedvrouw in het verzorgingscentrum van Kountori
- > Aglin Alain, hoofdverpleegkundige in het verzorgingscentrum van Taïacou N'Dahonta
- > Kouaro Vintorine, vroedvrouw in het verzorgingscentrum van Taïacou N'Dahonta
- > Adamou Etiè, apotheker in het verzorgingscentrum van Dassari Matéri
- > Clémence, vroedvrouw in het verzorgingscentrum van Dassari Matéri
- > Tagali Clodile, verpleegkundige in het verzorgingscentrum van de N'Dahonta
- > Namboni Boni Bétani, verpleegkundige in het verzorgingscentrum van N'Dahonta
- > Dr Kouma Diombo, hoofdarts in het ziekenhuis Saint-Jean de Dieu en adviserende geneesheer van de ziekenfondsen ondersteund door Louvain Cooperation in Atacora, Benin
- > Dr Bakpatina Jean-Claude, adviserende geneesheer van de ziekenfondsen ondersteund door Louvain Cooperation in de Regio Savanes in Togo
- > Dr Arlos, adviserende geneesheer van de ziekenfondsen ondersteund door Louvain Cooperation in het Departement Mono in Benin
- > Gnammi Patrice, boekhouder in het ziekenhuis Saint-Jean de Dieu
- > Houedohoude Arsène, arts, adjunct-hoofd van de dienst pediatrie in het ziekenhuis Saint Jean de Dieu

Ook professor Yvette Doubongon Onibon van de universiteit van Parakou verdient een speciale vermelding voor het nalezen van de studie. Haar inzichten en suggesties waren verhelderend voor deze studie.

Dankzij de financiële ondersteuning van het Programma MASMUT door de Belgische Ontwikkelingssamenwerking werd deze studie mogelijk.

Tot slot nog een woord van dank voor alle medewerkers van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen en van Louvain Coopération die hebben meegewerkt aan dit project.

# Executive summary

---

Verscheidende Afrikaanse landen hebben vandaag de universele toegang tot gezondheidszorg (Couverture Santé Universelle) voor de bevolking op hun agenda staan. Dit is een hele uitdaging. De ziekenfondsen in die landen kunnen helpen om de toegang tot kwaliteitsvolle en betaalbare gezondheidszorg te garanderen voor iedereen. Maar ze zijn nog jong en bereiken voorlopig nog maar een klein deel van de bevolking.

Met deze studie over de ziekenfondsen in Togo en Benin willen de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération bijdragen tot de groei en professionalisering van de Afrikaanse ziekenfondsen. Het is duidelijk dat ze voor heel wat uitdagingen staan en deze studie concentreert zich op twee daarvan:

- 1) De gegevens van de ziekenfondsen: welke gegevens verzamelen ze en hoe kunnen ze die efficiënter beheren?
- 2) Ledentrouw: hoe kunnen de ziekenfondsen hun leden overtuigen om niet af te haken en dus hun lidmaatschap elk jaar te vernieuwen?

Voor de eerste uitdaging werden de gegevens over de leden geïnventariseerd en geanalyseerd. In deze studie staan aanbevelingen om deze gegevens efficiënter te beheren.

De Afrikaanse ziekenfondsen verzamelen zelf al een groot aantal gegevens over hun leden en over de terugbetalingen die de leden krijgen. Maar deze data worden slechts deels gedigitaliseerd en kunnen efficiënter worden gebruikt om indicatoren op te stellen die helpen de (financiële) situatie van de ziekenfondsen op te volgen.

Aan de hand van deze gegevens beschrijft de studie het profiel van de leden van de Afrikaanse ziekenfondsen en de gezondheidszorgen waarvoor ze een terugbetaling krijgen. Zo zien we dat de leden van het ziekenfonds geen representatief deel van de bevolking vormen: jonge vrouwen schrijven zich bijvoorbeeld sneller in bij het ziekenfonds als de kans om zwanger te worden groter wordt. Niet toevallig worden de groepen die de hoogste terugbetalingen krijgen ook het vaakst lid van het ziekenfonds.

Op basis van de analyse van de gegevens geeft deze studie verschillende aanbevelingen over het gegevensbeheer, de werking van de ziekenfondsen en de coördinatie met andere actoren. Dit zijn de belangrijkste aanbevelingen:

- > Eén management tool gebruiken voor al het gegevensbeheer van het ziekenfonds;
- > De management tool als middel voor een efficiënte opvolging van de situatie van het ziekenfonds;
- > Een gedetailleerde registratie voorzien van de reden van de consultatie;
- > Een meer representatief deel van de bevolking bereiken, inclusief de groepen met lage ziektekosten;
- > De samenwerking tussen de ziekenfondsen versterken via unies van ziekenfondsen.

Het tweede luik van de studie, en eveneens een grote uitdaging voor de ziekenfondsen, gaat over de redenen waarom ziekenfondsleden al dan niet aangesloten blijven. Zoals in andere Afrikaanse landen hebben de ziekenfondsen in Togo en Benin grote moeilijkheden om leden te overtuigen om hun lidmaatschap te verlengen. Hierdoor kunnen deze ziekenfondsen moeilijk groeien. Ze bereiken bovendien slechts een beperkt deel van de bevolking.

Via veldonderzoek bij de ziekenfondsen in Atacora (Benin) werden de oorzaken voor deze lage hernieuwingscijfers geanalyseerd. Hiervoor werden meer dan 250 enquêtes afgenomen bij leden en ex-leden van de ziekenfondsen en werden lokale actoren, zoals het zorgpersoneel en de medewerkers van de ziekenfondsen en van Louvain Coopération, geïnterviewd.

Dit veldonderzoek toont aan dat de leden een positief beeld hebben van de ziekenfondsen. Ze vinden dat de ziekenfondsen een goede dekking tegen gezondheidsrisico's bieden en de leden zijn tevreden over de werking. Ze hebben een groot vertrouwen in de ziekenfondsen en vinden dat de gezondheidscentra goede diensten leveren.



Maar er werden ook verschillende redenen geïdentificeerd waarom leden hun lidmaatschap niet verlengen. Zo hebben velen onder hen geen goede kennis van de dekking van het ziekenfonds en komt het moment waarop de bijdrage betaald moet worden, niet overeen met het moment waarop leden over het grootste deel van hun inkomsten beschikken.

Hoe kunnen de ziekenfondsen deze resultaten gebruiken om de ledentrouw te verbeteren?

Dit zijn enkele aanbevelingen uit de studie:

- > De *période de collecte* beter afstemmen op het moment dat leden hun inkomsten hebben;
- > De leden beter informeren over de dekking van het ziekenfonds;
- > De leden verzekeren dat het ziekenfonds geen bijkomende bijdrage zal vragen doorheen het jaar;
- > De samenwerking tussen de ziekenfondsen en de gezondheidscentra versterken;
- > Een belangrijkere rol voor de *cellules mutualistes de base* bij het verzamelen van de bijdragen en het promoten van het ziekenfonds.

De studie toont aan dat er nog belangrijke uitdagingen bestaan voor de ziekenfondsen in Benin en Togo. Een verder professionalisering van de ziekenfondsen is dan ook een must. De Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération hopen met de aanbevelingen in deze studie pistes en scenario's aan te reiken.

Maar naast deze professionalisering is het ook essentieel dat de ziekenfondsen erkend en ondersteund worden door de overheden van hun land. De verdere omzetting van het regelgevend kader van de *Union Economique et Monétaire de l'Afrique de l'Ouest* (UEMOA) aangaande het ziekenfonds moet daarom prioritaire aandacht krijgen.

Dankzij de financiële ondersteuning van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking zullen de partners van het Programma MASMUT ook in de komende jaren (2017 – 2021) de Afrikaanse ziekenfondsen blijven ondersteunen.



# Context

## Hoofdstuk 1 - Doelstellingen van de studie

### 1.1 Inleiding

Op het gebied van verzekeringen tegen het risico van ziekten, bestaan in Togo en Benin momenteel drie systemen die elkaar aanvullen: de overheid, de particuliere verzekeringsmaatschappijen en de ziekenfondsen. De twee landen zijn vast van plan om een universele ziekteverzekering in te voeren als een eerste stap in de richting van een echte sociale bescherming. In Togo heeft de wet 2011/03 een verplichte ziekteverzekering ingevoerd ten gunste van ambtenaren en gelijkgestelde categorieën. De prestaties in dit stelsel zijn ingegaan in maart 2012. Het *Institut d'Assurance Maladie* (INAM) staat in voor het beheer van dit stelsel.

In Benin werd de *Régime d'Assurance Maladie Universelle* (RAMU) opgestart in december 2011, maar het heeft vier jaar geduurd vooraleer er over gestemd werd. De regering van Benin had voor de organisatie van RAMU een mandaat verleend aan het *Agence Nationale d'Assurance Maladie* (ANAM). De RAMU moest voorzien in een dekking voor alle burgers in Benin. De wet over de RAMU werd gestemd in december 2015, maar werd geannuleerd in 2016 na de verkiezing van een nieuwe president. Het is de bedoeling om een nieuw systeem van sociale bescherming uit te bouwen.

De ziekenfondsen zagen het levenslicht begin jaren 90. Hun juridische kader wordt bepaald door de Verordening n° 07/2009/CM/UEMOA. Deze Verordening, die in werking getreden is op 1 juli 2011, bevat de fundamentele principes die aan de basis liggen van het ziekenfonds binnen de UEMOA, alsook de regels voor de oprichting, de organisatie en de werking van de ziekenfondsen, de unies van ziekenfondsen en de federaties.

Vandaag is het zo dat de ziekenfondsen vooral de werknemers uit de informele en rurale sector verzekeren, dit wil zeggen mannen en vrouwen die het moeilijk hebben om hun bijdragen te betalen. Het gros van deze ziekenfondsen beperkt zich tot de dekking van de kleine risico's (de duurdere grote risico's worden dus uitgesloten). Hoewel de ziekenfondsbeweging op gang komt in deze Afrikaanse landen, kunnen we nog altijd niet spreken van een grote doorbraak: het aantal leden stijgt gestaag, maar het aansluitingspercentage blijft relatief laag.

De uitdagingen waarmee deze ziekenfondsen geconfronteerd worden, zijn aanzienlijk: het enthousiasme bij de doelgroepen is aanvankelijk groot, maar de aansluitingspercentages blijken altijd lager te zijn dan gehoopt. Daarnaast is het vernieuwingspercentage laag en blijkt het moeilijk te zijn om de niet-verplichte bijdragen te innen.

Het programma MASMUT valt in deze moeilijke sociale en economische context en in een complexe situatie die voortdurend verandert. Dit programma probeert een oplossing op lange termijn te bieden voor de problemen die aan het licht komen, rekening houdend met enerzijds de ervaring en de deskundigheid opgebouwd door de ziekenfondsen uit het Noorden en anderzijds de specifieke en op de omgeving afgestemde vraag van de ziekenfondsen uit het Zuiden.

Om dit doel te bereiken, heeft de werkgroep "studies" voorgesteld om analyses te maken, waarvan de resultaten dienst zullen doen als politiek pleidooi vanwege de nationale platformen. In dit geval zullen de platformen van Togo (*Cadre National de Concertation de la Mutualité au Togo* (CNCMUT)) en van Benin (*Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales* (CONSAMUS)) de vruchten plukken van deze studie, opgestart door de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

### 1.2 Motivering

Tallose studies hebben zich gebogen over de bepalende factoren van het toetredingspercentage tot de ziekenfondsen. Omdat de aansluiting op vrijwillige basis gebeurt, blijven die percentages relatief laag, 5 à 10 % van de doelgroep<sup>1</sup>. Men is in het veld gaan kijken om een inzicht te krijgen in de mechanismen van de aansluiting, vanuit de bekommernis dat de zorg toegankelijk moet zijn voor kwetsbare bevolkingsgroepen. Een economisch element dat een verklaring kan bieden voor dit lage percentage is dit van de omgekeerde selectie: sommige gezinnen (meestal die in goede gezondheid) willen zich misschien niet aansluiten omdat ze vinden dat de aangerekende bijdrage niet opweegt tegen de lage uitgaven voor hun gezondheid die ze tot dan toe hebben gehad. Gezinnen met een minder goede gezondheid zouden wel geneigd kunnen zijn om aan te sluiten in de hoop hun hoge gezondheidsuitgaven te

**“Omdat zij de privatisering van de zorg als een permanente bedreiging voor de bevolking beschouwen, ijveren de leden van MASMUT voor de integratie van de ziekenfondsen in de universele dekking als sociaal en solidair mechanisme voor de verbetering van de gezondheid en de toegang tot betaalbare kwaliteitszorg”**

Programma MASMUT 2014–2016

1

Marleen Dekker, André Leliveld, "Understanding participation in Community Based Health Insurance: findings from Togo", African Studies Centre Leiden, The Netherlands Discussion paper for the Netherlands Ministry of Foreign Affairs, 17 October 2013



verzekeren, omdat deze zwaar doorwegen op het beperkte budget van het gezin.

In het artikel van Defourny en Failon<sup>2</sup> wordt een poging gedaan om de literatuur ter zake samen te vatten door gebruik te maken van de empirische studies over diverse landen uit Afrika ten zuiden van de Sahara. De auteurs stellen vast dat het merendeel van deze studies bemoeilijkt wordt door de onvolledige gegevens in de ledenregisters of door een probleem met de kwaliteit van de gegevens. Er is dus nog geen specifieke studie die de inventaris opmaakt van de bestaande gegevens en die deze gegevens optimaal benut voor beheersdoelinden. Dit is wat wij voorstellen in het statistische gedeelte van deze studie.

Het onderzoeksdomein van alle studies, opgenomen in de literatuur, is zeer ruim: economie, sociologie én volksgezondheid. We kunnen alleen maar vaststellen dat de wetenschappelijke onderzoekers vooral inzicht willen verwerven in de aansluitingsmechanismen aanwezig bij de bevolking, in het kader van het programma dat aangeboden wordt door de ziekenfondsen. Om deze hypothesen te toetsen aan de werkelijkheid ter plaatse, zoals deze bekend is bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, werd een onderzoek in het veld ingesteld bij de drie ziekenfondsen in Noord-Benin, die beheerd worden in samenwerking met Louvain Coopération.

De studie bestaat dus uit twee delen. Het eerste deel is een statistische analyse van de gegevens, beschikbaar bij de ziekenfondsen in Togo en Benin, met bijzondere aandacht voor het gebruik van de individuele gegevens door twee ziekenfondsen uit de regio Centrale in Togo. Het tweede deel buigt zich over de redenen waarom men zijn lidmaatschap niet hernieuwt (we hebben hier het concrete geval bestudeerd van de resultaten van een veldonderzoek, gehouden in Benin).

De onderzoeksvragen van onze studie zijn:

- > Voor het statistische gedeelte (Deel II):
  - Welke zijn de beschikbare gegevens over de leden en hun geneeskundige verstrekkingen? In hoeverre zijn die data samengevoegd en om welke drager gaat het (papier versus digitaal)?
  - Welke methodologie is voorzien voor de invoering van de data?
  - Welke zijn de aanbevelingen die uit deze statistische analyse gehaald kunnen worden?
- > Voor het gedeelte veldonderzoek (Deel III):
  - Welke redenen maken dat de leden hun lidmaatschap niet vernieuwen?
  - Welke verbeteringen kunnen wij voorstellen op basis van de resultaten, om ons steentje bij te dragen tot een grotere doelmatigheid van de promotiecampagnes?
- > De essentiële vraag die zich stelt, is de volgende:
  - Hoe gebruikt men de resultaten van de studie in een ruimer kader en hoe neemt men ze mee in de huidige reflectie over de uitbouw van de ziekenfondsen doorheen het proces van de invoering van de universele gezondheidsverzekering?

2

Jacques Defourny et Julie Failon, "Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne: un inventaire des travaux empiriques", *Mondes en développement*, 2011/1 n°153, p. 7-26. DOI: 10.3917/med.153.0007

## 1.3 De studie Togo-Benin

### 1.3.1 De keuze van de landen

De keuze van deze twee landen vloeit voort uit de samenwerking tussen de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ) en de NGO Louvain Coopération die actief is in deze landen. De voordelen hiervan zijn: de rechtstreekse toegang tot de databases, de mogelijkheid om ons te laten adviseren door de technische assistenten en deskundigen, aanwezig ter plaatse. Tot slot is er ook het feit dat we zo gemakkelijk veldonderzoek kunnen organiseren (we kunnen leden kiezen en interviewen).

De Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération werken al meer dan 10 jaar samen in het kader van de ziekenfondsen in Benin en Togo. In 2006 werden met de steun van de Onafhankelijke Ziekenfondsen twee ziekenfondsen opgericht (Cobly en N'Dahonta in de streek van Atacora in Benin). In 2014 zag een derde ziekenfonds, Matéri, het daglicht in diezelfde regio.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération bundelen hun krachten ook in Togo. Sinds 2012 bieden de Onafhankelijke Ziekenfondsen inhoudelijke steun aan de ziekenfondsen in Togo en deze samenwerking maakt deel uit van het programma MASMUT sinds 2014.

### 1.3.2 Methodologie

Het onderzoek verloopt volgens de klassieke methode voor de analyse van een probleem. Eerst komt een overzicht van de recente literatuur over de gezondheidsverzekering in ontwikkelingslanden. Daarna volgt een statistisch deel waarin de beschikbare gegevens en de bruikbaarheid voor een beter begrip van het systeem en het beheer van de ziekenfondsen bestudeerd worden. Tot slot is er een deel onderzoek in het veld bij leden en via gestructureerde interviews bij de verantwoordelijken van de ziekenfondsen, de verantwoordelijken op gezondheidsgebied en politieke actoren.

De medewerkers van Louvain Coopération, in België en in West-Afrika, alsook andere personen die deelgenomen hebben aan de studie, hebben deze methodologie én de resultaten gevalideerd. Hun commentaren werden opgenomen in dit rapport.

#### Analyse van de literatuur

In één hoofdstuk van de studie wordt de recente literatuur over de gezondheidsverzekeringen in ontwikkelingslanden geanalyseerd. Dit hoofdstuk focust op de factoren die een verklaring kunnen bieden voor de aansluitingspercentages, verbonden met de kenmerken van het gezin.

#### Statistische analyse

In eerste instantie werden de 16 ziekenfondsen die in Togo en Benin ondersteund worden door Louvain Coopération, bestudeerd. De ziekenfondsen zijn gecentraliseerd in de volgende gebieden:

- > Togo: regio Savanes (6 ziekenfondsen),
- > Togo: regio's Centrale en Plateaux (5),
- > Benin: departement Atacora (3),
- > Benin: departement Mono (2).

Om inzicht te krijgen in de organisatie van de data zijn twee onderzoekers van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, Wouter Gelade en Murielle Lona, een week naar Sokodé vertrokken in de regio Centrale in Togo. Ze hebben data verzameld die ze nodig hadden voor de studie, samen met een database Access die in 2013 gebruikt werd door twee ziekenfondsen uit Togo.

#### Veldonderzoek

Een student, Marnick Vanlee, is in het kader van zijn stage op het einde van zijn studies naar het Noorden van Benin vertrokken om daar gedurende zes weken veldwerk te doen, onder het wetenschappelijke toezicht van Wouter Gelade en met de hulp van Louvain Coopération, zowel in België als in Benin.

## Hoofdstuk 2 - De ziekenfondsen in Togo en Benin<sup>3</sup>

### 2.1 Historiek van de ziekenfondsen

#### 2.1.1 Enkele statistieken over de ziekenfondsen

Het grondgebied van Togo telt 7,5 miljoen inwoners. Er zijn 27 ziekenfondsen actief voor ongeveer 40.000 à 50.000 personen, wat neerkomt op een penetratiegraad lager dan 1%. De ziekenfondsen zijn niet aanwezig in alle zones in Togo. De penetratiegraden in de gedekte zones zijn dus hoger.

Het platform met de ondersteunende structuur in Togo, het CNCMUT heeft in 2016 een inventaris opgemaakt van de ziekenfondsen met een dubbel doel: enerzijds de balans opmaken van de ziekenfondsbeweging en anderzijds argumenten leveren voor een politiek pleidooi in het kader van de invoering van de universele dekking. Uit deze cartografie blijkt dat de ziekenfondsen als volgt gespreid zijn over het grondgebied: 6 ziekenfondsen in de regio Savanes, 2 in de streek van Kara, 4 in de regio Centrale, 1 in de regio Plateaux, 3 in de regio Maritime en ook 11 ziekenfondsen in Lomé-Commune. De CNCMUT onderscheidt 3 soorten ziekenfondsen: 27 ziekenfondsen die echt actief zijn, 2 ziekenfondsen die nog in opbouw zijn en 6 ziekenfondsen die niet-actief zijn.

In Benin is de situatie anders. Het aantal inwoners is er hoger dan 10 miljoen en in 2012, 2013 en 2014 telde het land 313 ziekenfondsen (een daling met 1/3). De penetratiegraad schommelde tussen 6 en 8% in 2012, maar deze indicator is de laatste jaren flink gedaald. Zo is het aantal leden tussen 2012 en 2014 gedaald van 108.264 tot 79.669, terwijl het aantal rechthebbenden nog sterker naar beneden ging: van 598.494 naar 224.297. Het platform van de ondersteunende structuur is CONSAMUS. Het land kent drie soorten van ziekenfondsen: de communautaire (die het meest talrijk zijn), de *mutuelles scolaires* en één *Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale* (een overheidsinitiatief) met als doelgroep de werknemers uit de informele economie van de stedelijke gebieden. Er bestaan geen bedrijfsziekenfondsen of corporatistische ziekenfondsen. Onze studie handelt over de ziekenfondsen die gesteund worden door Louvain Coopération, en meer bepaald over de ziekenfondsen uit de Regio's Centrale en Plateaux in Togo, alsook over de ziekenfondsen uit het departement Atacora in Benin. De Figuren 1 en 2 duiden de zones in Togo en Benin aan, waar de betrokken ziekenfondsen actief zijn.

3

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de volgende rapporten:

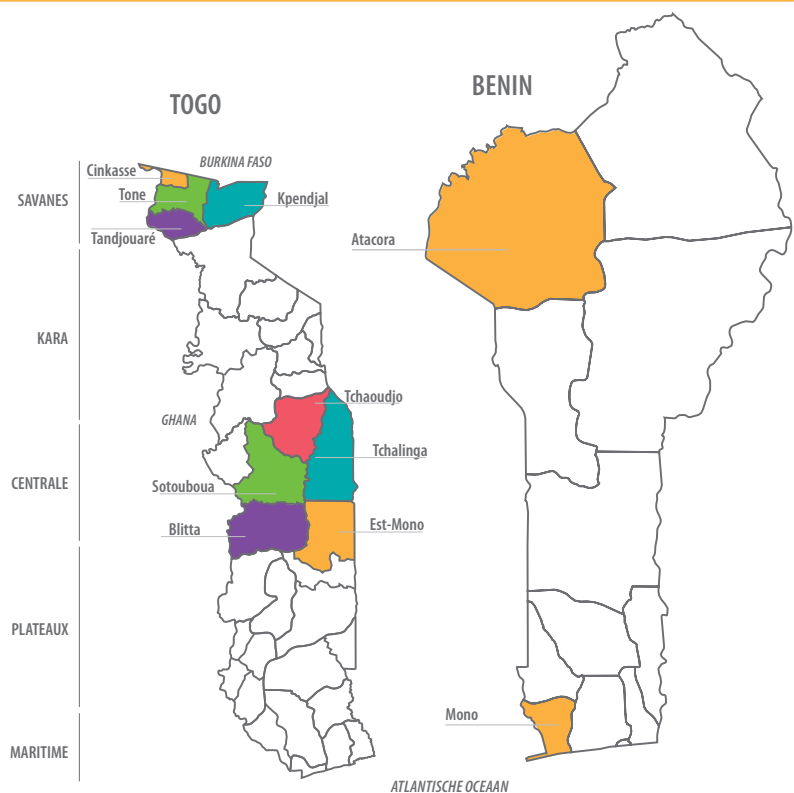
- Rapport général de l'atelier sous régional sur la mise en application de la réglementation UEMOA sur la mutualité sociale et le rôle des mutuelles de santé dans la gestion de l'assurance maladie universelle, Ouagadougou, 23-27 mai 2016
- Rapport de la conférence internationale sur les perspectives du mouvement mutualiste africain dans le cadre des couvertures santé universelles, Abidjan, 1-4 mars 2016
- Rapport du mouvement mutualiste au Togo et argumentaire sur la place des mutuelles de santé dans la couverture maladie universelle au Togo, CNCMUT, Juin 2016

#### FIGUUR 1

De kaart van Togo, regio Savanes, regio Centrale en het district Est-Mono in de regio Plateaux (in kleur).

#### FIGUUR 2

De kaart van Benin, regio Atacora en regio Mono (in oranje).



Tabel 1 bevat de statistieken over deze ziekenfondsen. Ze zijn allemaal nog relatief jong, want ze werden opgericht tussen 2007 en 2015. Zoals elders in Togo en Benin is de penetratiegraad ook hier niet echt hoog: het hoogste percentage is 16% voor het ziekenfonds van N'Dahonta in Benin.

ZIEKEN-FONDS	OP-RICHTINGS-JAAR	AANTAL LEDEN (recht-hebbers)	PENETRA-TIEGRAAD	JAARLIJKE BIJDRAGE per persoon (FCFA)	SCHADERATIO: totale terug-betalingen/ totale bijdragen
<b>TOGO – REGIO'S CENTRALE EN PLATEAUX</b>					
SOTOUBOUA	2008	7.023	9 %	2.800	98 %
TCHAUDJO	2008	5.134	7 %	2.950	185 %
TCHAMBA	2012	8.274	7 %	2.650	79 %
BLITTA	2012	10.285	7 %	2.600	102 %
EST-MONO	2012	5.731	5 %	2.600	124 %
<b>BENIN - ATACORA</b>					
N'DAHONTA	2007	2.481	16 %	1.430	76 %
COBLY	2007	3.732	8 %	1.840	116 %
MATERI	2015	2.829	3 %	1.700	73 %

**TABEL 1**

Overzicht van de indicatoren voor de ziekenfondsen van de Regio's Centrale en Plateaux in Togo en Atacora in Benin. Alle gegevens zijn van 2014, behalve de schaderatio's (2015) en de gegevens over Matéri (2016).

Wij stellen vast dat de schaderatio's - de verhouding tussen de terugbetalingen van geneeskundige verstrekkingen en de bijdragen van de leden - zeer hoog zijn. Als de schaderatio hoger is dan 100%, dan zijn de uitgaven voor terugbetalingen hoger dan de bijdragen, wat slecht is voor de financiële toestand van het ziekenfonds. In werkelijkheid zou de schaderatio tussen de 70% en 80% moeten blijven, aangezien de ontvangsten, afkomstig van bijdragen, niet louter en alleen bedoeld zijn voor terugbetalingen. We stellen vast dat de schaderatio van drie ziekenfondsen de 80% benadert en dat het veel hoger is bij alle andere ziekenfondsen. Dit is een belangrijk aandachtspunt; we zullen hier later nog op terugkomen in onze studie.

### 2.1.2 Het principe van de universele gezondheidsverzekering voor iedereen

Beide landen verklaren dat ze vast van plan zijn om een omgeving tot stand te brengen, die het mogelijk maakt om de dekking van het ziekterisico voor iedereen uit te breiden. Zij verdedigen de invoering van de universele gezondheidsverzekering om alle bevolkingsgroepen en zeker de armste te kunnen verzekeren. Dit recht op gezondheid is universeel erkend en bekrachtigd door de Verenigde Naties. Ze laten zich dus leiden door de principes die verdedigd worden door de Wereldgezondheidsorganisatie en de Internationale Arbeidsorganisatie.

### 2.1.3 Historiek van de ziekenfondsbeweging

In Togo wordt de context van de ziekteverzekering gekenmerkt door de lange ervaring van de ziekenfondsen met de organisatie van gezondheidszorg voor de gemeenschap, opgebouwd in de jaren 90. Ze werden vooral opgericht om diensten aan te bieden aan bevolkingsgroepen in de informele sector en in plattelandsstreken, die over geen enkele verzekering beschikken.

In Benin dateren de eerste initiatieven uit 1989, met de organisatie van een eerste experiment: de *Association pour le Développement de la Mutuelle Agricole au Bénin* (ADMAB), technisch en financieel ondersteund door de *Mutuelle Sociale Agricole* (MSA) te Abomey. Met de steun van de Zwitserse ontwikkelingssamenwerking in twee pilotgebieden (Borgou en Collines) werd een eerste ziekenfonds opgericht in Siranou in 1995.



Het ontbrak nog aan een wetgeving ter ondersteuning van de inspanningen voor het structureren van de werking van de ziekenfondsen (zij vielen nog onder de Wet van 1901 betreffende de verenigingen).

In juni 2009 is de juridische situatie van de ziekenfondsen sterk veranderd. Net zoals acht andere West-Afrikaanse landen hebben Togo en Benin de verordening n°07/2009/CM/UEMOA goedgekeurd. Dit is een verordening die een reglementering invoert voor de ziekenfondsen in de UEMOA. In juli 2011 heeft een uitvoerende verordening, de verordening n°07/2009/CM/UEMOA, de regels en de procedures bepaald voor de oprichting, de erkenning en de inschrijving van de ziekenfondsen en hun feitelijke structuren (unies van ziekenfondsen en federaties). Een andere uitvoerende verordening (de verordening n°003/2011/CM/UEMOA) bepaalde vervolgens prudentiële regels voor de risico's op korte termijn en voerde mechanismen in voor het waarborgen en controleren van de werking van de ziekenfondsen en van hun feitelijke structuren. In 2012 werd dan de verordening n°03/2012/CM/UEMOA goedgekeurd over het boekhoudkundig plan van de ziekenfondsen in de UEMOA. De toepassing van het *Plan Comptable des Mutuelles Sociales* (PCMS) omvat een aantal eisen die een impact hebben op het beheer van de financiële data en die wij belangrijk vinden in het kader van deze studie. De ziekenfondsen hebben zich zodanig georganiseerd dat ze op gestructureerde wijze data kunnen verzamelen en deze kunnen meedelen aan derden volgens een bepaald schema:

- > Een regelmatige boekhouding bijhouden.
- > Op het einde van het dienstjaar (kalenderjaar) het jaarlijkse financiële overzicht produceren.
- > Documenten opmaken over het financieel beheer (verslag over de uitvoering van het budget voor het voorbije jaar, begrotingsprognose voor het dienstjaar).
- > Een jaarverslag produceren.

### 2.1.4 Een stelsel van verplichte ziekteverzekering

In Togo werd in 2011 een verplichte ziekteverzekering ingevoerd door een wet (wet van 2011/03), die al twee jaar in voorbereiding was. Dit stelsel was alleen bedoeld voor overheidsambtenaren en hun gezin, al werd de mogelijkheid opengelaten om het geleidelijk uit te breiden tot de volledige bevolking. De oprichting in 2012 van het INAM bestendigt deze beslissing en toont aan dat het land vast van plan is om zijn verbintenissen op het gebied van toegankelijkheid van de gezondheidszorg waar te maken. Momenteel wordt nagedacht over een geleidelijke uitbreiding van de verzekering voor de medewerkers van parastatale organisaties en de werknemers uit de formele privésector, maar ook voor zelfstandigen en de bevolkingsgroepen uit de informele sector en rurale gebieden.

In 2008 heeft de regering van Benin het initiatief genomen om het *Régime d'Assurance Maladie Universelle* (RAMU) op te richten, met het oog op de bevordering van de financiële toegang tot geneeskundige verzorging voor de volledige bevolking. Deze beslissing heeft geleid tot de oprichting van het ANAM, het besturende orgaan. De officiële start heeft plaatsgevonden in 2011. Hij werd gevolgd door een operationele start in 2013 met een pilootfase in een aantal gebieden van het land. De wet op RAMU, die één stelsel voorstelt met een uniek zorgpakket, is gestemd in december 2015. In 2016 werden er presidentiële verkiezingen gehouden en werd Patrice Talon verkozen als nieuwe president. Hierna werd de wet N° 2015-42 die de RAMU installeerde, ingetrokken. In de plaats kwam het project *Assurance pour le renforcement du capital humain* (ARCH) dat de heropbouw van het systeem van sociale bescherming omvat. ARCH bevat drie luiken: 1) opleidingen, 2) kredieten en 3) pensioenen voor de personen die werken



in de informele economie. Dit systeem zal beheerd worden door een nationaal agentschap voor sociale bescherming en departementale agentschappen en zal steunen op privaatsamenwerkingen. Een nationale biometrische databank zal worden opgezet om de rechthebbenden te identificeren. Om dit project te implementeren werd er een *Comite national de pilotage* opgericht. Die heeft als doel om het project uit te werken en een mechanisme van sociale bescherming te definiëren, dat mensen toegang geeft tot sociale bescherming voor een beperkte kostprijs.

Zowel in Togo als in Benin is de weg naar de universele verzekering voor de volledige bevolking bezaaid met hindernissen en vraagt het allemaal veel tijd. Het gaat hier om een initiatief dat recent goedgekeurd werd en het zal alle hensen aan dekking zijn, om het te concretiseren. Bovenop de oprichting van de structuren die noodzakelijk zijn voor de ontwikkeling, is er nog een andere *conditio sine qua non*: de politieke wil om dit ambitieuze project (dat grote gevolgen heeft voor de zeer arme bevolking uit deze gebieden), tot een goed einde te brengen. Bovenop de politieke of operationele overwegingen stelt zich nog de essentiële vraag hoe die zorgpakketten gefinancierd zullen worden door de overheden in een ongunstige economische context.

## 2.2 Werking van de ziekenfondsen

### 2.2.1 Lidmaatschap

Het lidmaatschap bij de ziekenfondsen is vrijwillig en gebeurt per gezin. Leden moeten een eenmalige aansluitingspremie betalen voor registratie van de kaarthouder (titularis), waarna een jaarlijkse bijdrage gevraagd wordt per verzekerd gezinslid. Ze krijgen een lidkaart (*carnet d'affiliation*) waarin alle verzekerde gezinsleden staan met een foto.

Wanneer de jaarlijkse bijdrage betaald is, zijn de aangesloten gezinsleden gedekt tot december van dat jaar. Deze regel is niet zonder gevolgen want hoe later in het jaar ze betalen, hoe korter de periode is waarin ze gedekt zijn. Dit kan een probleem vormen voor gezinnen die niet genoeg geld hebben in het begin van het jaar. We zullen hier in Deel III van deze studie op terug komen.

Er is ook een observatieperiode. Om te vermijden dat mensen zich pas zouden inschrijven op het moment dat ze ziek worden, is er voor nieuwe leden een observatieperiode van drie maanden waarin het ziekenfonds nog niet tussenkomt (behalve voor pasgeborenen waarvan de ouders al lid waren).

Tot slot is de titularis verplicht om alle kinderen van het gezin in te schrijven. Dit is er om te vermijden dat enkel de kinderen worden ingeschreven die waarschijnlijk zorgen nodig hebben. In de praktijk valt deze regel moeilijk af te dwingen. Toch zijn de medewerkers van de ziekenfondsen van mening dat deze regel steeds meer gerespecteerd wordt. Ook hier zullen we in Deel II en III op terugkomen.

### 2.2.2 Organisatie van de ziekenfondsen

Het professionele team dat het dagelijkse beheer van het ziekenfonds op zich neemt, bestaat uit een manager, die wordt bijgestaan door animatoren die een contract hebben bij het ziekenfonds. De manager is verantwoordelijk voor de uitvoering van de strategie van het ziekenfonds, bijvoorbeeld wat de aansluiting van de leden betreft of de opvolging van de financiële indicatoren. Daarnaast staat de manager in direct contact met de verschillende zorgcentra van zijn of haar gemeente. Animatoren zijn veeleer actief op het terrein en staan het meest in contact met (potentiële) leden, via hun dagelijks werk van sensibilisering en inning van bijdragen. De organen van het ziekenfonds (de *Conseil d'Administration* en *Comité de Surveillance*) worden verkozen door de leden op de Algemene Vergadering. Het *Comité de Surveillance* doet de controle en volgt de implementatie van de beslissingen van de Algemene Vergadering op. De *Conseil d'Administration* is verantwoordelijk voor het beheer van het ziekenfonds. De *cellule mutualiste de base* (CMB) zijn aanspreekpunten van het ziekenfonds in het dorp. Zij bestaan uit leden die hun bijdrage betaald hebben. Hun rol is het verzamelen van bijdragen, het verspreiden van informatie, de vertegenwoordiging en de sociale controle. Zij spelen ook een rol in het uitwisselen van informatie tussen het ziekenfonds en haar leden. Die lokale formaties moeten de ziekenfondsen levendig houden in de dorpen van het district, zodat de dorpelingen vertrouwen hebben in de continuïteit van het project. Anderzijds vergaderen de leden van de *cellule mutualiste de base* regelmatig met de bestuursleden van het ziekenfonds. Tijdens die vergadering verdedigen ze de belangen van hun gemeenschap ten opzichte van het ziekenfonds.

De algemene vergadering waar alle leden aan kunnen deelnemen, is het moment waarop de belangrijkste beslissingen worden gemaakt. Naast het kiezen van de leden van de organen wordt er ook beslist welke dekking het ziekenfonds aanbiedt en welke jaarlijkse bijdrage hier bij hoort. De algemene vergadering is ook het moment waarop informatie verspreid wordt naar de leden.

De verschillende ziekenfondsen die ondersteund worden door Louvain Cooperation dekken telkens een andere gemeente of provincie. Ze voeren dus geen onderlinge competitie om leden aan te sluiten. In de gemeente Matéri bestond er wel een ziekenfonds dat zich voornamelijk richtte tot landbouwers (ADMAB). Het is pas nadat het succes van ADMAB afnam, dat er beslist werd om een ziekenfonds op te richten in Matéri met de ondersteuning van Louvain Cooperation en de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Voorlopig zijn de ziekenfondsen dus de belangrijkste, en vaak enige, aanbieders van een dekking voor gezondheidszorgen voor de bevolking in de rurale en informele sectoren.

### 2.2.3 Dekking

We zullen later in deze studie (zie Sectie 4.3) uitgebreid de dekking van de ziekenfondsen, en het effectieve gebruik van gezondheidszorgen beschrijven. Hier geven we een beknopt overzicht van de dekking die de ziekenfondsen aanbieden.

De exacte dekking en modaliteiten verschillen van ziekenfonds tot ziekenfonds. Voor de ziekenfondsen in Benin is er enkel een dekking voor prestaties in de lokale zorgcentra. Dit zijn centra die gemakkelijk toegankelijk zijn, maar waar enkel eenvoudige ingrepen gebeuren. De ziekenfondsen in Togo hebben ook een beperkte dekking voor meer complexe ingrepen in de ziekenhuizen.

Om deze dekking te kunnen aanbieden, sluiten de ziekenfondsen overeenkomsten af met de zorgcentra. Er is dus enkel een dekking voor de centra waarmee een overeenkomst is. Voor de meeste zorgcentra is er een overeenkomst en in het bijzonder voor de lokale centra die uitgerust worden door de overheid. Voor eenvoudige ingrepen kunnen leden bijna altijd terecht bij het dichtstbijzijnde zorgcentrum.

Ook de voorwaarden voor de tussenkomsten verschillen van ziekenfonds tot ziekenfonds. De meeste ziekenfondsen betalen een percentage van de kostprijs van de interventie, vaak tussen 50 en 70%. Het lid moet dan 30 à 50% zelf betalen. Andere ziekenfondsen werken met een franchise: zij betalen het volledige bedrag, behalve een vast bedrag dat rond de 1.000 FCFA (iets minder dan 2 euro) ligt. Het lid moet dan, onafhankelijk van de volledige kostprijs, steeds 1.000 FCFA betalen.

De betalingen gebeuren allemaal via een derdebetalersysteem. De patiënt betaalt enkel zijn persoonlijk aandeel in het gezondheidscentrum. De tussenkomst van het ziekenfonds wordt rechtstreeks door het ziekenfonds aan het zorgcentrum betaald. Behalve in uitzonderlijke gevallen moeten leden nooit geld voorschieten en daarna een terugbetaling vragen aan het ziekenfonds. De zorgcentra sturen maandelijks een factuur naar de ziekenfondsen.

Hierbij is er een belangrijke rol voor de adviserend geneesheer van de ziekenfondsen. Hij controleert regelmatig de getuigschriften die de ziekenfondsen binnen krijgen. Daarop staan zowel de diagnose als de voorgeschreven medicijnen vermeld, zodat de adviserend geneesheer kan verifiëren of er wel voldoende overeenstemming is tussen die twee. Daarbij gaat hij niet uit van zijn eigen professionele voorkeuren, maar van protocollen opgesteld door de overheid om richting te geven aan de gangbare praktijken in de gezondheidszorg. Die geven de adviserend geneesheer de autoriteit om facturen die ermee in strijd zijn, af te wijzen in naam van de ziekenfondsen. In de praktijk ligt het gevoelig om regelmatig betalingen te weigeren en wordt er bij afwijkingen advies gegevens over het correct voorschrijven. Op die manier worden problemen opgelost en leert het zorgpersoneel van de expertise van de adviserend geneesheer.

## Beheer van gegevens

Het beheer en gebruik van gegevens is cruciaal in elke organisatie. In een ziekenfonds zijn gegevens over de leden en de gezondheidszorgen die ze nodig hebben erg nuttig. Ze laten toe om de financiële situatie van het ziekenfonds op te volgen, een zicht te hebben op het gebruik van gezondheidszorgen door de leden, financiële voorspellingen te maken en een correcte bijdrage aan de leden te vragen in functie van de terugbetaalde prestaties, om te helpen om fraudegevallen op te sporen, ...

Dit deel van de studie brengt in kaart welke gegevens de ziekenfondsen verzamelen, zowel op papier als digitaal. Op basis van die gegevens kunnen we aanbevelingen formuleren in verband met het beheer en gebruik van gegevens. Hoe kunnen gegevens zo efficiënt mogelijk verzameld en beheerd worden? Wat is het profiel van de leden en welke prestaties gebruiken ze? Welke gegevens zijn het meest relevant? Hoe kunnen de gegevens effectief gebruikt worden in de werking van de ziekenfondsen? Hoe kan de informatisering van de Afrikaanse ziekenfondsen worden gepromoot?

Om een antwoord te kunnen geven op deze vragen, zijn er drie luiken (Hoofdstukken 3-5). In Hoofdstuk 3 geven we een overzicht van de gegevens die verzameld worden door de ziekenfondsen. In Hoofdstuk 4 analyseren we deze gegevens en geven we een beeld van het profiel van de leden van de ziekenfondsen en de gezondheidszorgen die ze gebruiken in het kader van hun verzekering. Op basis van deze analyse biedt Hoofdstuk 5 aanbevelingen over het beheer van gegevens en de werking van de ziekenfondsen.

### Hoofdstuk 3 - Overzicht van de beschikbare gegevens

De ziekenfondsen in Togo en Benin, die ondersteund worden door Louvain Cooperation, verzamelen heel wat gegevens. In dit hoofdstuk geven we een overzicht van deze gegevens.

In eerste instantie zijn de gegevens beschikbaar op papier. Het gaat bijvoorbeeld over getuigschriften van de kosten van een prestatie in het gezondheidscentrum of informatie over de leden en de bijdragen die ze betalen.

Een deel van die gegevens wordt gedigitaliseerd. De ziekenfondsen houden Excelbestanden bij waarin ledenlijsten, de betaling van de bijdragen en de prestaties per gezondheidscentrum staan. Door de ondersteuning en coördinatie van Louvain Cooperation worden deze gegevens op een gestandaardiseerde manier verzameld door alle ziekenfondsen waar Louvain Cooperation mee samenwerkt.

Deze informatie wordt ook gebruikt om een gedetailleerde boordtabel op te stellen. Op maandelijkse basis worden hierin indicatoren bijgehouden in verband met ledenwerving, betaalde bijdragen en betaalde tussenkomsten. Deze boordtabel is dus de tool waarmee de ziekenfondsen hun situatie op de voet kunnen opvolgen.

Zoals we later zullen zien, werd er ook een management tool ontwikkeld in Microsoft Access. Dit is een uitgebreide tool die toelaat om alle verschillende gegevens (over leden, tussenkomsten, ...) te verzamelen en te analyseren. Deze tool werd al voor een korte periode gebruikt door de ziekenfondsen van Sotouboua en Tachoudjo in Togo, maar wordt nog niet systematisch gebruikt. Het is een veelbelovend instrument en één van onze aanbevelingen zal zijn om een dergelijke tool te gebruiken om de gegevens op te volgen.

Hierna geven we een beschrijving van de verschillende gegevens die verzameld worden. We bespreken eerst de gegevens die door de ziekenfondsen worden verzameld (Secties 3.1 tot 3.3), daarna de boordtabel (Sectie 3.4) en tot slot de management tool (Sectie 3.5).

#### 3.1 Ledenlijst

De ledenlijst bevat alle informatie over de leden die lid zijn van het ziekenfonds en hun bijdrage betaald hebben. Deze lijst, die jaarlijks wordt opgesteld, bevat alle personen die hun bijdrage betaald hebben en waarvoor de wachtperiode afgelopen is. Deze lijst wordt jaarlijks opgesteld en bevat alle personen die dat jaar recht hebben op tussenkomsten van het ziekenfonds.

De lijst bevat informatie over alle leden van het gezin (zowel de titularis als de personen ten laste). Ze bevat naast het identificatienummer van het gezin en de leden ook informatie over het dorp, het geboortjaar en de familieband met de titularis van het gezin. Op basis van deze lijst wordt er een overzicht gemaakt van het aantal leden per leeftijdscategorie.



### 3.2 Opvolging van de betaling van de bijdragen

Ook de betaling van de bijdragen wordt opgevolgd in een Excelbestand. Omdat de bijdragen in verschillende schijven kunnen worden betaald, bevat het bestand gedetailleerde informatie over elke betaling die is gebeurd. Dit laat dus toe om de betaalde bijdragen te berekenen en te bepalen. Als de volledige bijdrage betaald is, heeft het lid recht op tussenkomsten door het ziekenfonds voor de rest van het jaar (na een wachtperiode van twee of drie maanden bij een eerste lidmaatschap).

### 3.3 Opvolging van de prestaties per centrum

In dit bestand vinden we gedetailleerde informatie terug over de prestaties die gefactureerd worden door de verschillende gezondheidscentra aan de ziekenfondsen. Dit bestand vermeldt voor elk centrum en voor ieder type interventie de totale maandelijkse kost en het aantal prestaties per maand. Op basis hiervan wordt de gemiddelde kost per prestatie berekend.

Dit bestand toont dus bijvoorbeeld de gemiddelde kost van prenatale zorgen in een bepaalde maand voor een bepaald gezondheidscentrum. De adviserend geneesheer kan deze informatie gebruiken om de kosten in de gezondheidscentra van nabij te volgen. Het laat toe om gezondheidscentra onderling te vergelijken en om de evoluties van de kosten van verschillende prestaties op te volgen.

### 3.4 Boordtabel

De situatie van het ziekenfonds wordt van nabij gevolgd via de boordtabel. Op maandelijkse basis worden hierin een twintigtal indicatoren opgenomen die toelaten om de toestand van het ziekenfonds te beoordelen. In Bijlage 1 (p. 70) geven we een voorbeeld van een boordtabel. In de boordtabel worden verschillende aspecten belicht: het aantal leden, ontvangen bijdragen en betaalde tussenkomsten aan de zorgcentra. Voor het aantal leden geeft de boordtabel bijvoorbeeld informatie over diegene die hun lidmaatschap hebben verlengd, maar ook over het aantal nieuwe aansluitingen. Zo kunnen we de doelstellingen in verband met ledenwerving opvolgen.

Op dezelfde manier kunnen we de tabel gebruiken om de financiële situatie op te volgen. Een indicator die hierbij erg belangrijk is, is de "schaderatio". Dit is de verhouding tussen de betaalde tussenkomsten en de ontvangen bijdragen. Deze indicator toont de financiële gezondheid van het ziekenfonds.

Een andere belangrijke indicator is de "gemiddelde kost per prestatie". Op basis van het aantal tussenkomsten en het totale bedrag van de tussenkomsten kan deze gemiddelde kost berekend worden. Omdat deze indicator van nabij wordt gevolgd, kan die helpen om financiële problemen of problemen in verband met het gedrag van de vertrekkers snel te detecteren.

### 3.5 Management tool

De management tool verzamelt alle gegevens die we in de vorige secties vermeldden. Hierin vinden we dus informatie terug over de leden en over de tussenkomsten die ze krijgen voor prestaties in de zorgcentra.

We kunnen informatie verzamelen over de leden zelf, zoals hun naam, woonplaats, sekse of geboortedatum. Maar ook de bijdragen die ze betaalden en wanneer ze die betaalden, staan in de management tool vermeld. Dit laat toe om te bepalen of ze recht hebben op tussenkomsten.

Informatie over tussenkomsten voor prestaties van gezondheidszorgen wordt voor iedere tussenkomst afzonderlijk gecodeerd. Het gaat hier onder andere om het lid dat de tussenkomst krijgt, het bedrag dat door het ziekenfonds en het lid wordt betaald, het type prestatie, het gezondheidscentrum en de datum van de prestatie.

Het is belangrijk dat de gegevens voor iedere tussenkomst afzonderlijk geregistreerd worden, zodat de tussenkomsten per lid beschikbaar zijn. Zo kan op een gedetailleerde manier de consumptie van de leden worden opgevolgd.

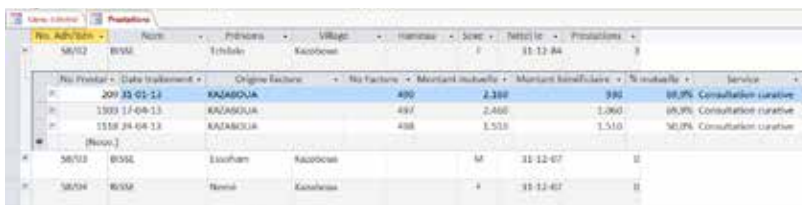
De management tool genereert automatische rapporten over de gegevens. Zo kunnen we een lijst krijgen met leden die recht hebben op tussenkomsten, of een overzicht van de totale tussenkomsten per lid of een samenvatting van het aantal leden per leeftijdscategorie. Indicatoren zoals de schaderatio kunnen trouwens ook op basis van deze gegevens berekend worden.

Dit laatste is interessant voor de beheerders van de ziekenfondsen. Zodra de gegevens zijn ingevoerd, kunnen zij op een eenvoudige manier de situatie van hun ziekenfonds opvolgen.

Deze tool is geen theoretisch concept: hij is ontwikkeld door de ziekenfondsen met de hulp van internationale experts (zie Figuren 3 en 4). De ziekenfondsen van Sotouboua en Tchoudjo in Togo hebben in 2013 deze tool enkele maanden als pilootproject getest. In deze periode hebben ze gegevens handmatig ingevoerd om een bruikbare databank te hebben. Dit vereiste heel wat werk.

Het project werd niet verdergezet omwille van technische problemen. In het kader van deze studie werden deze problemen opgelost en de tool kan opnieuw gebruikt worden. Louvain Cooperation verspreidt deze tool onder alle ziekenfondsen die ze ondersteunt in Benin en Togo. Het doel is deze tool systematisch te gebruiken en bijkomende gegevens en indicatoren toe te voegen.

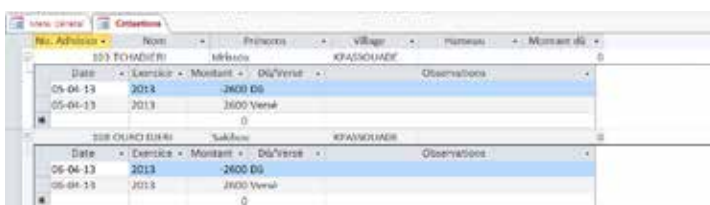
De geïnformatiseerde gegevens en de informatie uit de tool hebben we kunnen gebruiken in deze studie.



No. Adh/Date	Age	Prénoms	Village	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant
209	32-02-12	KADABOUA		490	2.380	990	88,0%	Consultation curative
1303	17-08-13	KADABOUA		490	2.400	1.060	88,0%	Consultation curative
1318	24-04-13	KADABOUA		490	1.570	1.510	80,0%	Consultation curative

FIGUUR 3

Encoding van bijdragen in de management tool.



Date	Exercice	Montant	Diagnose	Observations
05-04-13	2013	2600 Dg		
05-04-13	2013	3600 Versé		

FIGUUR 4

Encoding van prestaties in de management tool.

## Hoofdstuk 4 - Analyse van de beschikbare gegevens

### 4.1 Inleiding

De verzamelde gegevens worden gebruikt voor de werking van de ziekenfondsen en voor het opvolgen van de situatie van de ziekenfondsen. Bovendien kunnen we dankzij de gegevens een beeld krijgen van het profiel van de leden en hun gezondheidszorgen.

In dit hoofdstuk analyseren we de beschikbare gegevens. We concentreren ons op analyses die zo complementair mogelijk zijn met de analyses die ziekenfondsen regelmatig uitvoeren, zoals bijvoorbeeld het opstellen van de indicatoren in de boordtabel.

We analyseren de volgende aspecten:

- > Het profiel van de leden van de ziekenfondsen (op basis van de ledenlijsten).
- > De prestaties die worden terugbetaald door de ziekenfondsen (op basis van de opvolging van de prestaties in de centra).
- > Het gebruik van gezondheidszorgen per lid (op basis van de gegevens in de management tool).

We analyseren de gegevens van enkele ziekenfondsen die ondersteund worden door Louvain Cooperation. De methodologie van de uitgevoerde analyses is overdraagbaar naar de andere ziekenfondsen. Deze overdraagbaarheid houdt in dat een groot aantal van de aanbevelingen ook toepasbaar zijn op de ziekenfondsen die niet in aanmerkingen werden genomen voor deze studie, ondanks het feit dat we geen specifieke resultaten hebben voor deze ziekenfondsen.

Afhankelijk van de beschikbaarheid van de gegevens, analyseren we de data van de ziekenfondsen in de Regio's Centrale en Plateaux in Togo en Atacora in Benin. In Togo gaat het om de ziekenfondsen van Tchaoudjo, Blitta, Est-Mono, Sotouboua en Tchamba. In Benin spreken we over de ziekenfondsen van N'Dahonta en Cobly.

### 4.2 Profiel van de leden van de ziekenfondsen

Dankzij de ledenlijsten krijgen we zicht op het profiel van de aangesloten personen bij de ziekenfondsen. Op basis hiervan kunnen we het profiel van de leden bepalen en zien of de ziekenfondsen erin slagen om de volledige bevolking te bereiken. We analyseren de gegevens van de ziekenfondsen van de regio's Centrale en Plateaux in Togo en van Atacora in Benin.

Figuur 5 geeft een overzicht van de leeftijd en het geslacht van de leden van de ziekenfondsen in Togo. Ze toont de proportie van de leden in een bepaalde categorie op basis van een leeftijdscategorie en het geslacht. Bijvoorbeeld ongeveer 9 procent van de leden zijn jongens tussen 0 en 4 jaar. Op dezelfde grafiek zien we ook de verdeling van de leeftijd en geslacht van de bevolking van ruraal Togo<sup>4</sup>. Door ze te vergelijken krijgen we een beeld van wie lid wordt van het ziekenfonds.

In vergelijking met de bevolking van Togo zien we dat er in de ziekenfondsen:

- > groepen oververtegenwoordigd zijn: vrouwen tussen 20 en 40 jaar en jongens (maar geen meisjes) van 0 tot 4 jaar,
- > groepen ondervertegenwoordigd zijn: jonge mannen (10-24), jonge vrouwen (10-14) en ouderen (60+).

Deze resultaten komen sterk overeen met de resultaten over het gebruik van gezondheidszorg, zoals we zullen zien wanneer we de uitgaven analyseren (zie Sectie 4.4). De oververtegenwoordigde groepen zijn dezelfde groepen die de meeste gezondheidszorgen gebruiken en de hoogste tussenkomsten van de ziekenfondsen krijgen.

Vrouwen op vruchtbare leeftijd (tussen 20 en 40 jaar) zijn sterk oververtegenwoordigd bij de ziekenfondsen. Aangezien deze vrouwen tussenkomsten krijgen voor bevallingen en prenatale zorgen, lijkt het logisch dat ze zich sneller aansluiten. Daarnaast hebben ze vaak jonge kinderen. We zullen later opmerken dat de tussenkomsten van de ziekenfondsen voor die kinderen ook hoger zijn. Voor vrouwen in deze leeftijdscategorie is een aansluiting zeer interessant.

De adviserende geneesheren geven verschillende verklaringen voor het feit dat er lichtjes meer jongens dan meisjes (tussen 0 en 4 jaar) zijn aangesloten. In sommige gezinnen kunnen de jongens een belangrijkere plaats hebben en zal er daarom sneller met een jongen naar een gezondheidscentrum worden gegaan als hij ziek is. Daarnaast wordt er ook gesuggereerd dat meisjes "sterker" zijn dan jongens. De gezondheidsstatistieken tonen effectief dat de kindersterfte op jonge leeftijd (0 tot 5 jaar) hoger is bij de jongens dan de meisjes<sup>5</sup>.

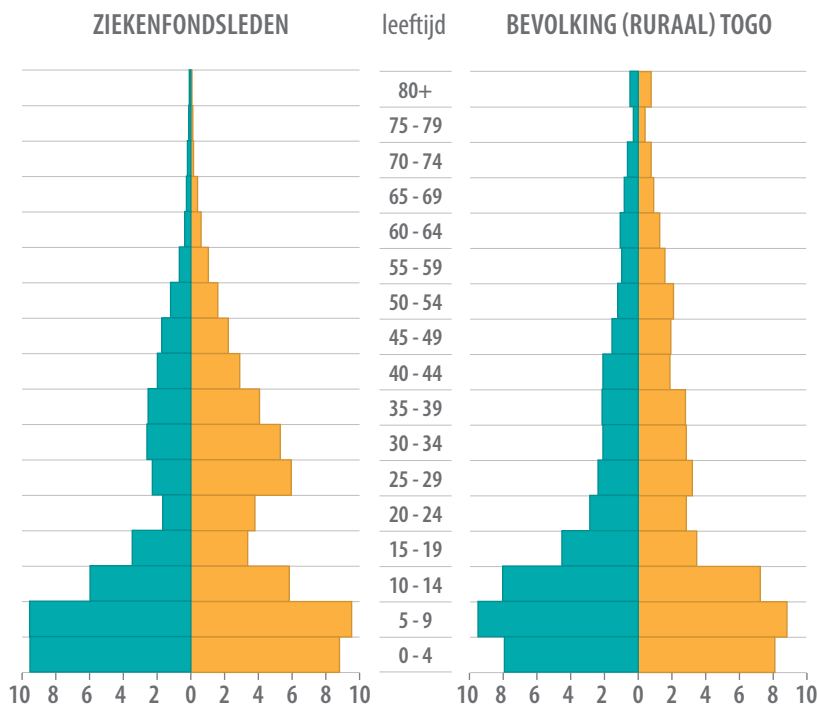
Later in de studie zullen we zien dat de tussenkomst van het ziekenfonds voor de jongens in

4

De gegevens zijn gebaseerd op een representatieve enquête van de bevolking van Togo uitgevoerd in 2013/2014. Zie: «Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire - MPDAT/Togo, Ministère de la Santé - MS/Togo et ICF International, 2015. 'Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014'». We gebruiken de gegevens voor ruraal Togo aangezien de ziekenfondsen momenteel de rurale bevolking dekken.

5

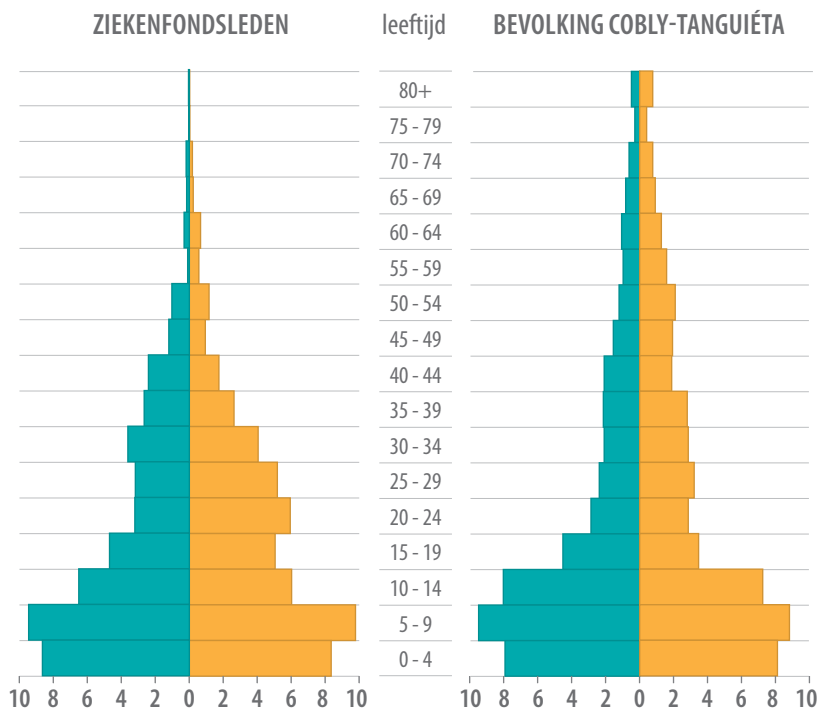
"Unicef, United Nations, World Health Organization, World Bank, 'Levels & Trends in child mortality', 2015".



FIGUUR 5

Verdeling van de leden van de ziekenfondsen (Togo, Regio's Centrale en Plateaux) en de bevolking van ruraal Togo. Per geslacht en leeftijdsgroep, 2015.

Man  
Vrouw



FIGUUR 6

Verdeling van de leden van de ziekenfondsen (Benin, Atacora) en de bevolking van de regio waarin de ziekenfondsen werken. Per geslacht en leeftijdsgroep, 2015.

Man  
Vrouw

deze leeftijdscategorie hoger is dan voor meisjes. Wat ook de reden is, deze hogere tussenkomst kan het hogere percentage aansluitingen verklaren.

In Figuur 6 doen we dezelfde analyse voor de ziekenfondsen van Cobly en N'Dahonta in de regio Atacora in Benin. We vergelijken het profiel van de ziekenfondsen met het profiel van de bevolking van de gemeenten waarin ze werken (Cobly en Tanguiéta)<sup>6</sup>.

6

Zie «Mission de décentralisation, programme d'appui au démarrage des communes, 2006, 'Etude sur le rôle des communes dans la promotion économique et la valorisation des filières porteuses', monographie de la commune de Cobly'» en «'Monographie de la commune de Tanguiéta'». Deze rapporten geven het profiel van de bevolking voor elk van deze gemeenten. Figuur 6 toont het gemiddelde voor de twee gemeenten.

Het profiel van de leden van de ziekenfondsen in Benin is gelijkaardig aan dat van de ziekenfondsen van Togo. Ook hier zijn vrouwen op vruchtbare leeftijd oververtegenwoordigd en ouderen ondervertegenwoordigd. Er zijn ook enkele verschillen. Zo zien we bijvoorbeeld geen verschil tussen het aantal jongens en meisjes van 0 tot 4 jaar die ingeschreven zijn.

We zien ook een lichte oververtegenwoordiging van mannen tussen 30 en 34 jaar. Een mogelijke verklaring is dat deze groep ook een doelgroep is voor andere programma's van Louvain Cooperation. Op deze manier zouden deze mannen gemakkelijker in contact komen met de ziekenfondsen.

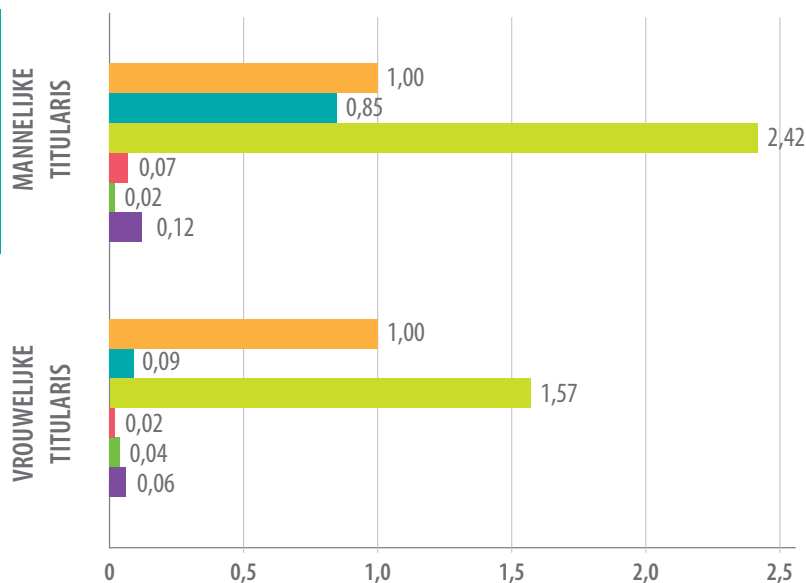
Globaal gezien lijkt het profiel van de leden in Benin op die van de leden in Togo. Hoewel we geen gegevens hebben om dit te bevestigen, lijkt het waarschijnlijk dat ook in de ziekenfondsen in Benin de groepen die hogere tegemoetkomingen krijgen, vaker lid worden van het ziekenfonds. In het vervolg van deze sectie zullen we ons concentreren op de ziekenfondsen in Togo, waarvoor de beschikbare gegevens iets gedetailleerder zijn.

De aansluiting bij het ziekenfonds gebeurt per gezin dat de beslissing maakt om zijn leden te verzekeren tegen gezondheidsrisico's. In Figuur 7 geven we een overzicht van de samenstelling van de aangesloten gezinnen. We maken een onderscheid tussen gezinnen met een mannelijke en een vrouwelijke titularis.

**FIGUUR 7**

Samenstelling van de gezinnen aangesloten bij het ziekenfonds. Regio's Centrale en Plateaux, Togo, 2015. Gemiddeld aantal leden per gezin. Per geslacht van de titularis.

- Titularis
- Echtgenoot
- Kind
- Moeder/Vader
- Kleinkind
- Andere



We zien dat de aangesloten gezinnen bijna uitsluitend uit de titularis, zijn of haar partner en hun kinderen bestaan. Af en toe worden de ouders, broer of zus, of andere familieleden van de titularis aangesloten, maar dit is uitzonderlijk.

Er is een groot verschil tussen gezinnen met een mannelijke en een vrouwelijke titularis.

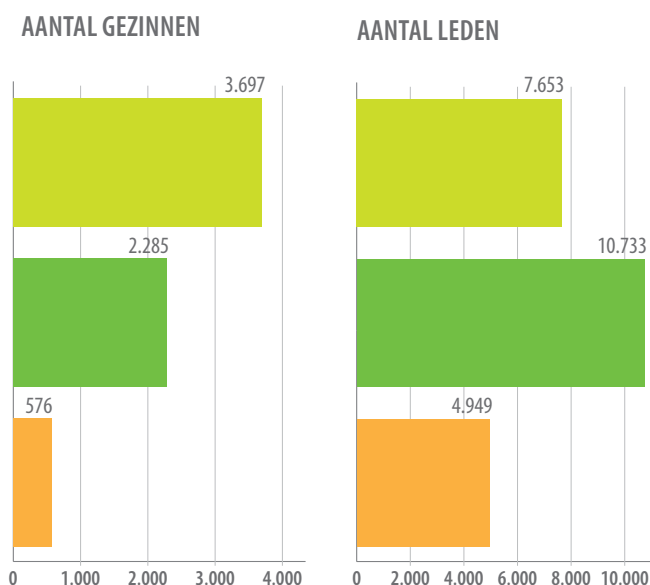
Wanneer de titularis een man is, is zijn echtgenote meestal ook lid. Ondanks het feit dat een deel van de gezinnen in Togo polygaam is, zijn er slechts zelden (minder dan 10% van de gevallen) meerdere vrouwen ingeschreven. De gezinnen met een mannelijke titularis lijken monogame gezinnen te zijn. We sluiten echter niet uit dat het ook om polygame gezinnen kan gaan, waarin de titularis zich heeft ingeschreven met één van zijn vrouwen.

Wanneer de vrouw titularis is, staat zelden ook een man ingeschreven. Dit kan zijn omdat de vrouw weduwe is of omdat men beslist om de man niet in te schrijven. Maar het kan ook zijn dat dit polygame gezinnen zijn. Voor deze gezinnen is het toegelaten om de verschillende echtgenotes als apart gezin met hun eigen kinderen in te schrijven. De polygame gezinnen lijken zich dus hoofdzakelijk op deze manier in te schrijven.

In Figuur 8 geven we een overzicht van het aantal leden per gezin. We maken een onderscheid tussen kleine gezinnen (1-3 leden), middelgrote gezinnen (4-6 leden) en grote gezinnen (7 leden). In de linker grafiek tonen we het aantal gezinnen dat is ingeschreven. De meerderheid van de gezinnen zijn kleine gezinnen en er is maar een beperkt aantal grote gezinnen met zeven of meer leden.



Kunnen we hieruit afleiden dat kleine gezinnen de belangrijkste zijn voor de ziekenfondsen? Hier moeten we voorzichtig mee zijn, aangezien kleine gezinnen per definitie weinig leden bevatten. In Figuur 8 (rechts) tonen we het totaal aantal leden per type gezin. We zien dat de helft van de leden eigenlijk lid is van een middelgroot gezin en dat het aantal leden in grote gezinnen niet verwaarloosbaar is.



**FIGUUR 8**

Links: Aantal aangesloten gezinnen, op basis van de grootte van het gezin. Rechts: Aantal aangesloten leden, op basis van de grootte van het gezin waar ze lid van zijn. Regio's Centrale en Plateaux, Togo, 2015.

- Klein gezin
- Middelgroot gezin
- Groot gezin

De ziekenfondsen moeten dus de grote gezinnen kunnen bereiken. Omdat het lidmaatschap wordt betaald per gezinslid, is het totaal bedrag dat deze gezinnen moeten betalen relatief hoog. Daarom wordt de bijdrage per lid lager wanneer een gezin een groot aantal leden inschrijft in de ziekenfondsen in de regio's Centrale en Plateaux in Togo. Maar slagen de ziekenfondsen er in om deze grote gezinnen te bereiken?

We kunnen de ingeschreven gezinnen vergelijken met de gezinnen in ruraal Togo om hier een beeld over te krijgen. Deze vergelijking is ver van perfect: aangezien vrouwen van polygame gezinnen zich apart kunnen inschrijven, zijn de mutualistische gezinnen geen volledige gezinnen. Daarom zullen we ons concentreren op de gezinnen met een mannelijke titularis, waarvan het minder waarschijnlijk lijkt dat het polygame huishoudens zijn. Maar ook dit is geen perfecte vergelijking aangezien we op deze manier de grotere polygame gezinnen hoofdzakelijk uitsluiten. Bovendien geven de medewerkers van de ziekenfondsen aan dat, ondanks de verplichting, het volledige gezin niet steeds is ingeschreven. We moeten dus erg voorzichtig zijn met de interpretatie.

De gemiddelde grootte van een gezin in ruraal Togo (5,1) is niet zo verschillend van het aantal leden in een mutualistisch gezin met een mannelijke titularis (4,5). De ziekenfondsen lijken dus typische gezinnen aan te trekken en niet enkel de erg kleine gezinnen.

Als we specifiek naar de grote gezinnen (minstens zeven leden) kijken, is 26% van de gezinnen in ruraal Togo een groot gezin tegenover slechts 16% van de ingeschreven gezinnen met een mannelijke titularis. Dit suggereert dat de grote gezinnen minder snel lid worden van een ziekenfonds. Maar, zoals hierboven vermeld, is de vergelijking die we maken ver van perfect en geeft dit geen uitsluitsel over deze vraag.

Toch leeft het gevoel bij medewerkers van de ziekenfondsen en Louvain Cooperation dat het moeilijk blijft om grote gezinnen aan te trekken. Deze resultaten, hoewel ze geen uitsluitsel brengen, zijn daar coherent mee.

### 4.3 Terugbetaalde prestaties

In deze sectie analyseren we de prestaties waarvoor de ziekenfondsen tussenkomen. Zoals in de vorige sectie analyseren we de gegevens van de ziekenfondsen van de regio's Centrale en Plateaux, Togo en Atacora, Benin voor het jaar 2015.

De exacte dekking en modaliteiten verschillen van ziekenfonds tot ziekenfonds. Voor de ziekenfondsen in Benin is er enkel een dekking voor prestaties in de lokale zorgcentra. Dit zijn centra die gemakkelijk toegankelijk zijn, maar waar enkel eenvoudige ingrepen gebeuren. De ziekenfondsen in Togo hebben ook een beperkte dekking voor meer complexe ingrepen in de ziekenhuizen.

Ook de voorwaarden voor de tussenkomsten verschillen tussen ziekenfondsen. De meeste ziekenfondsen betalen een percentage van de kostprijs van de interventie, vaak tussen de 50 en 70%. Het lid moet dan 30 à 50% zelf betalen. Andere ziekenfondsen werken met een franchise. Zij betalen het volledige bedrag, behalve een vast bedrag dat rond de 1.000 FCFA (iets minder dan 2 Euro) ligt. Het lid moet dan, onafhankelijk van de volledige kostprijs, steeds 1.000 FCFA betalen.

Ter illustratie geven we in Tabel 2 een overzicht van de prestaties waarvoor het ziekenfonds in Tchaoudjo (Togo) in 2015 een tussenkomst voorziet. De tussenkomsten in het lokale zorgcentrum (curatieve zorgen, bevalling, prenatale consultaties) worden voorzien door alle ziekenfondsen. Deze tussenkomsten dekken ook de kosten van de noodzakelijke geneesmiddelen. De kleine chirurgische interventies zijn uitzonderlijk gezien de beperkte technische middelen van de lokale zorgcentra.

Het ziekenfonds in Tchaoudjo heeft, in vergelijking met de andere ziekenfondsen, een uitgebreide dekking voor prestaties in het ziekenhuis. Het gaat om dringende chirurgische ingrepen of gemedicaliseerde hospitalisaties (maar niet om geplande chirurgische ingrepen). Wanneer er een dekking is in het ziekenhuis bevat die meestal ook pediatrie, keizersneden en de behandeling van slangenbeten.

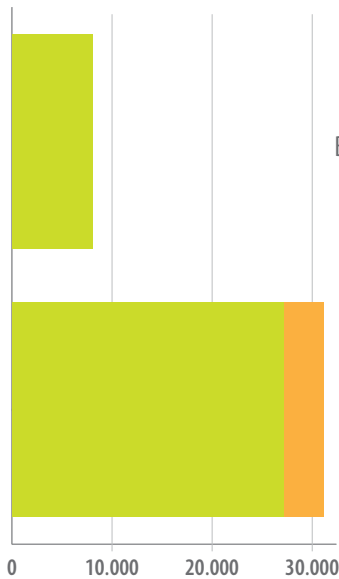
TABEL 2

Dekking van het ziekenfonds Tchaoudjo, Togo, 2015.

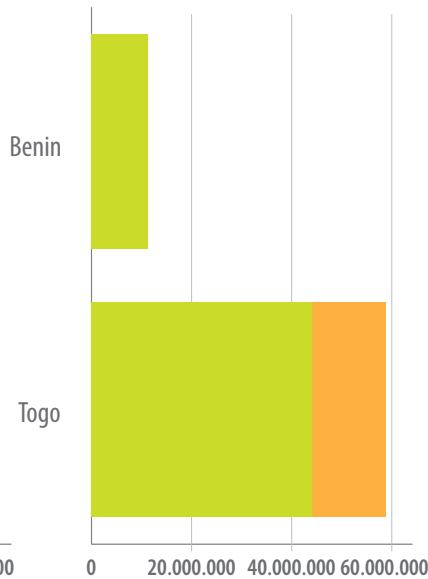
PRESTATIE	ZORG-CENTRUM	TUSSENKOMST ZIEKENFONDS (percentage van het volledige bedrag)
Curatieve zorgen	Lokaal	60%
Bevalling	Lokaal	50%
Prenatale consultaties	Lokaal	50%
Kleine chirurgische interventies	Lokaal	60%
Gemedicaliseerde hospitalisatie	Ziekenhuis	60%
Dringende chirurgische ingrepen	Ziekenhuis	100%
Pédiatrie: ernstige malaria met anemie	Ziekenhuis	60%
Keizersnede/buitenbaarmoederlijke zwangerschap	Ziekenhuis	100%
Slangenbeet	Ziekenhuis	60%

We analyseren nu het gebruik van deze prestaties. Figuur 9 toont het aantal prestaties en de totale tussenkomst van de ziekenfondsen, opgesplitst tussen prestaties in lokale gezondheidscentra en ziekenhuizen. In Benin is er enkel een tussenkomst voor prestaties in lokale gezondheidscentra. In Togo is er ook een tussenkomst voor een aantal prestaties in een ziekenhuis, maar het gaat om een beperkt aantal prestaties. Ondanks het beperkt aantal prestaties is de totale kost van de prestaties in de ziekenhuizen in Togo toch niet onbelangrijk omdat deze prestaties substantieel duurder zijn.

### AANTAL PRESTATIES



### TOTALE TERUGBETALING (FCFA)

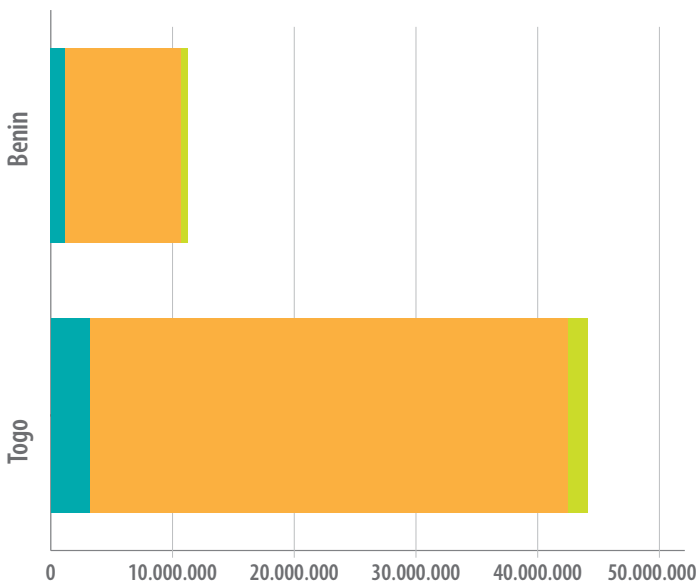


**FIGUUR 9**

Links: Aantal prestaties met tussenkomst van het ziekenfonds. Rechts: Totaal bedrag van de tussenkomst. 2015.

- Lokaal centrum
- Ziekenhuis

Er zijn weinig prestaties in ziekenhuizen door verschillende redenen. Slechts een beperkt aantal prestaties in ziekenhuizen worden terugbetaald, hoewel de ziekenfondsen op vraag van hun leden proberen om de dekking van deze "grote risico's" uit te breiden. Daarnaast wordt er ook met een verwijssysteem gewerkt. Dat betekent dat er enkel een tussenkomst is in de ziekenhuizen als de patiënten werden doorverwezen door het lokale centrum. Er is dus enkel een tussenkomst voor een prestatie in het ziekenhuis wanneer diezelfde prestatie niet in een lokaal gezondheidscentrum kan gedaan worden. Tot slot zijn de verplaatsingskosten ook een belangrijke barrière voor een aantal patiënten. Het kan duur zijn om zich te verplaatsen naar het ziekenhuis en ook veel tijd in beslag nemen, zeker wanneer de persoon moeilijkheden heeft om zich te verplaatsen. De ziekenfondsen komen niet tussen in deze verplaatsingskosten.



**FIGUUR 10**

Totale tussenkomst van de ziekenfondsen voor prestaties in lokale centra (in FCFA). 2015

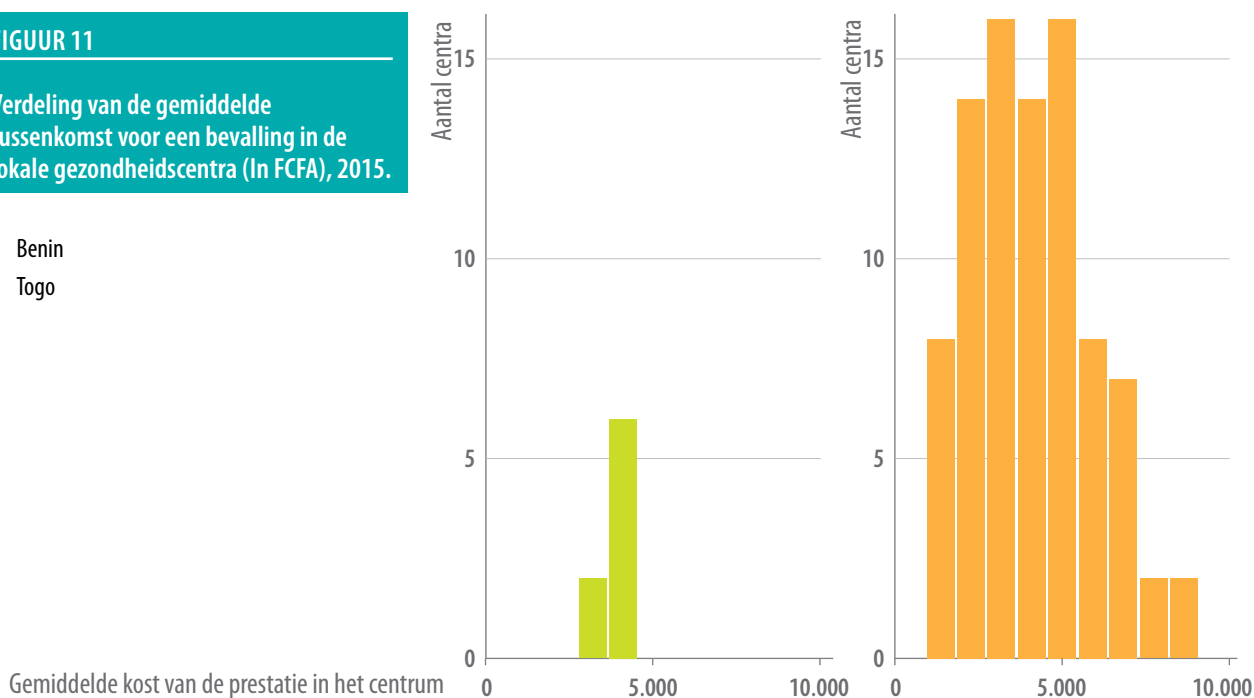
- Gewone bevalling
- Curatieve consultatie
- Prenatale consultatie



**FIGUUR 11**

Verdeling van de gemiddelde tussenkomst voor een bevalling in de lokale gezondheidscentra (In FCFA, 2015).

- Benin
- Togo



Het grootste deel van de tussenkomsten gebeurt voor prestaties in lokale gezondheidscentra. Figuur 10 geeft een overzicht van de verschillende soorten prestaties. Zowel in Benin als in Togo is een klein deel van de prestaties voor prenatale zorgen en bevallingen.

Alle andere prestaties zijn "curatieve zorgen".<sup>7</sup> Deze curatieve zorgen bevatten behandelingen voor verschillende aandoeningen. De meest frequente zijn malaria, infecties aan de luchtwegen, anemie, diarree en andere gastro-intestinale infecties en verwondingen<sup>8</sup>. In de gegevens worden deze behandelingen echter allemaal als curatieve zorgen geïnclassificeerd en we kunnen dus geen meer gedetailleerd overzicht geven van de tussenkomsten van de ziekenfondsen voor deze aandoeningen.

Op basis van deze gegevens kunnen we ook de verschillende centra met elkaar vergelijken. In Figuur 11 vergelijken we de centra op basis van de gemiddelde kost van een bevalling in een centrum. We zien bijvoorbeeld dat er in Benin zes centra zijn waar de gemiddelde kost van een bevalling ongeveer 4000 FCFA is. In Togo zijn er grote verschillen tussen de centra: In sommige centra kost een bevalling gemiddeld bijna 10.000 FCFA terwijl het in andere centra slechts 2.000 FCFA kost.

Er zijn verschillende verklaringen voor deze grote prijsverschillen. Hoewel we deze centra allemaal classificeren als lokale gezondheidscentra, zijn er verschillen. Sommige centra zijn meer geavanceerd en kunnen daarom moeilijkere (en duurdere) bevallingen doen. Maar dit alleen kan de verschillen niet verklaren. Ook binnen éénzelfde centrum rekenen verschillende verstrekkers soms andere bedragen aan.

7

In principe wordt de behandeling van slangenbeten ook terugbetaald in lokale centra. In de praktijk wordt dit echter vaak in ziekenhuizen gedaan omdat de lokale centra nog niet in staat zijn om slangenbeten te behandelen.

8

Voor meer detail, zie "Ministère de la santé, zone sanitaire de Tanguiéta-Matéri-Cobly, 'Annuaire des statistiques sanitaires', 2015"

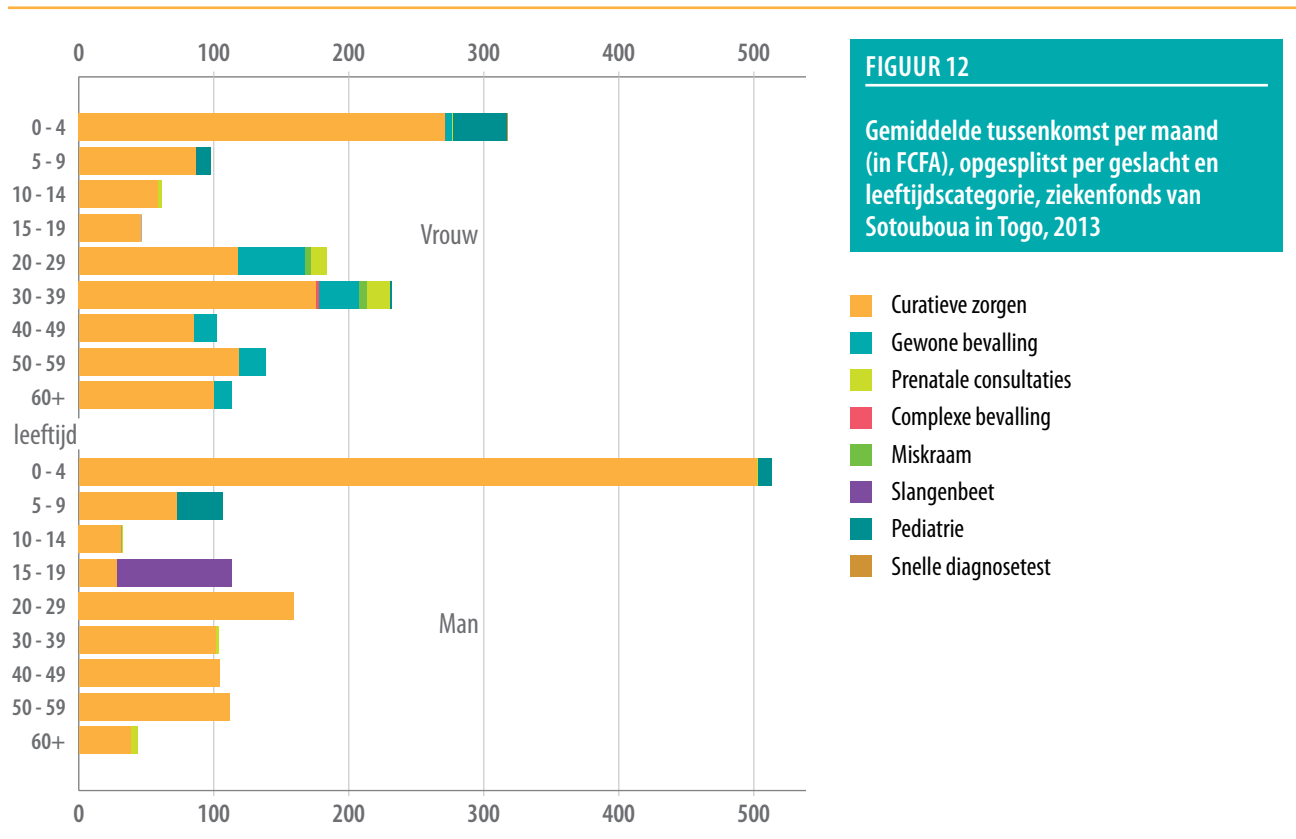
## 4.4 Exploitatie van de individuele gegevens

De laatste gegevens die we analyseren, zijn de individuele gegevens over de leden geregistreerd in de management tool.

Van januari tot april 2013 heeft het ziekenfonds van Sotouboua in Togo hierin informatie over zijn leden en over de tussenkomsten voor prestaties gecodeerd. Belangrijk hierbij is dat in de tool de prestaties telkens afzonderlijk werden ingegeven met daarbij de informatie over het lid dat de tussenkomst kreeg. Hierdoor kunnen we meer gedetailleerde analyses doen en in het bijzonder de groepen identificeren die hogere ziektekosten hebben.

In Figuur 12 geven we een overzicht van de gemiddelde tussenkomst per maand voor leden op basis van hun leeftijd en geslacht. Er zijn relatief grote verschillen tussen de verschillende groepen. Jonge kinderen (0-4 jaar) hebben de hoogste tussenkomsten. Wanneer we meer in detail kijken, zien we dat de uitgaven het hoogste zijn bij kinderen tussen 0 en 2 jaar.

De uitgaven voor jonge jongens zijn hoger dan die voor meisjes<sup>9</sup> omdat het aantal bezoeken van de jongens hoger is. Zoals we in Sectie 4.2 bespraken, geven de adviserend geneesheren hiervoor verschillende verklaringen. Jongens zouden een belangrijkere rol in de familie hebben en sneller ziek worden. Dit wordt bevestigd door de hogere sterftecijfers bij jongens dan bij meisjes (0-5 jaar).



Daarnaast zien we ook dat uitgaven hoger zijn voor vrouwen tussen 20 en 40 jaar omdat zij bijkomende tussenkomsten krijgen voor prenatale zorgen en zwangerschappen.

Tot slot zien we dat ouderen gemiddeld lagere tussenkomsten krijgen. Dit is een belangrijk verschil met de uitgaven die we zien in Westerse landen, waar de uitgaven voor de ouderen hoger zijn omdat zij vaker chronische ziekten hebben. Chronische ziekten, zoals diabetes, worden bij ouderen in Togo en Benin niet behandeld in de lokale gezondheidscentra en er is dan ook geen tussenkomst van de ziekenfondsen voor chronische ziekten.

We moeten al de resultaten in deze sectie voorzichtig interpreteren. Het gaat om gegevens van één ziekenfonds voor een periode van 4 maanden. Dus de gegevens zijn beperkt. Zo is er bijvoorbeeld door slechts één (hoge) tussenkomst voor een slangenbeet een hogere gemiddelde tussenkomst voor jongens tussen 15 en 19 jaar.

9

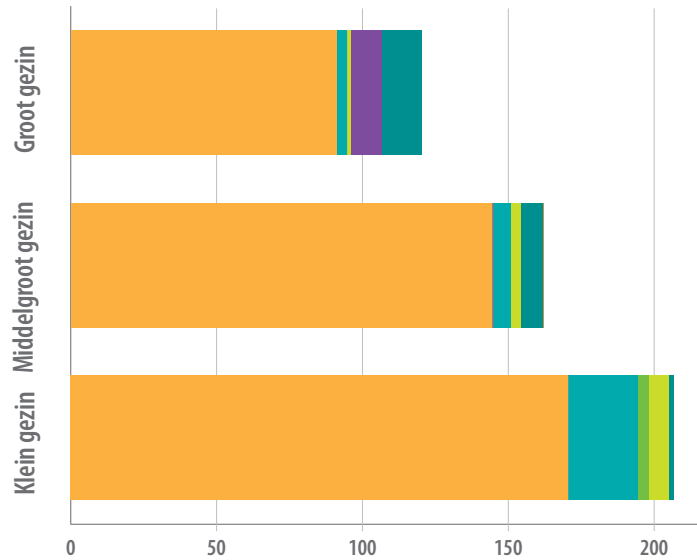
Het verschil tussen jonge jongens en meisjes is echter niet statistisch significant. Het verschil zou dus ook op toeval kunnen berusten.

Ook voor leden van kleine gezinnen lijken de tussenkomsten gemiddeld hoger dan bij andere groepen. Figuur 13 toont de gemiddelde tussenkomst per lid op basis van de grootte van de gezinnen. De gemiddelde tussenkomst voor een lid van een klein gezin is bijna dubbel zo hoog als de tussenkomst voor een lid van een groot gezin.

**FIGUUR 13**

Gemiddelde tussenkomst per lid (in FCFA), op basis van het aantal gezinsleden in het gezin, ziekenfonds van Sotouboua in Togo, 2013

- Curatieve zorgen
- Gewone bevalling
- Prenatale consultaties
- Complexe bevalling
- Miskraam
- Slangenbeet
- Pediatrie
- Snelle diagnostest

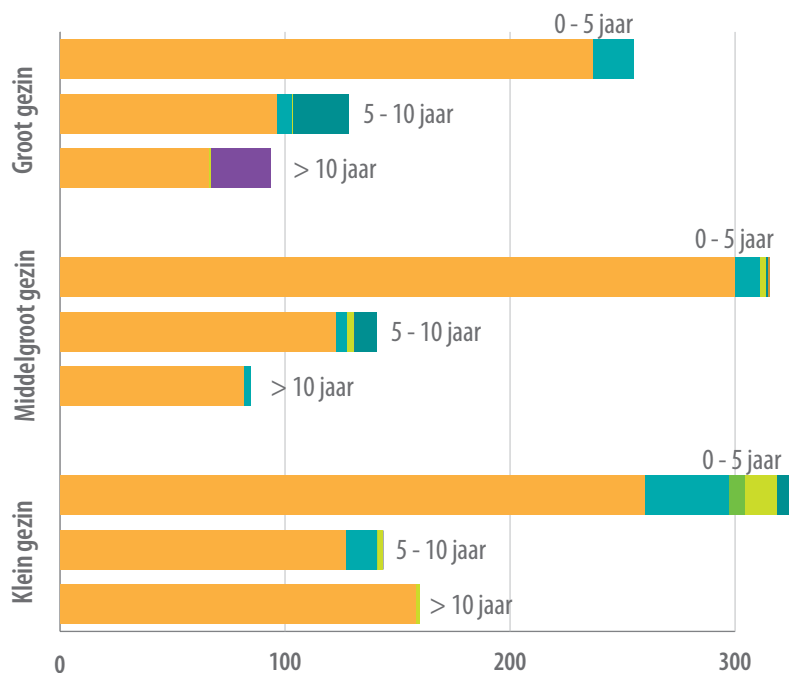


Waarom krijgen leden van kleine gezinnen hogere tussenkomsten? Om hier een antwoord op te geven, splitsen we in Figuur 14 de resultaten nog eens bijkomend op. We doen dit op basis van de gemiddelde leeftijd van de kinderen in het gezin. Wanneer we dit doen, zien we dat de verschillen tussen de kleine en grote gezinnen veel kleiner worden.

**FIGUUR 14**

Gemiddelde tussenkomst per lid (in FCFA), op basis van de grootte van het gezin en de gemiddelde leeftijd van de kinderen in het gezin, ziekenfonds van Sotouboua in Togo, 2013

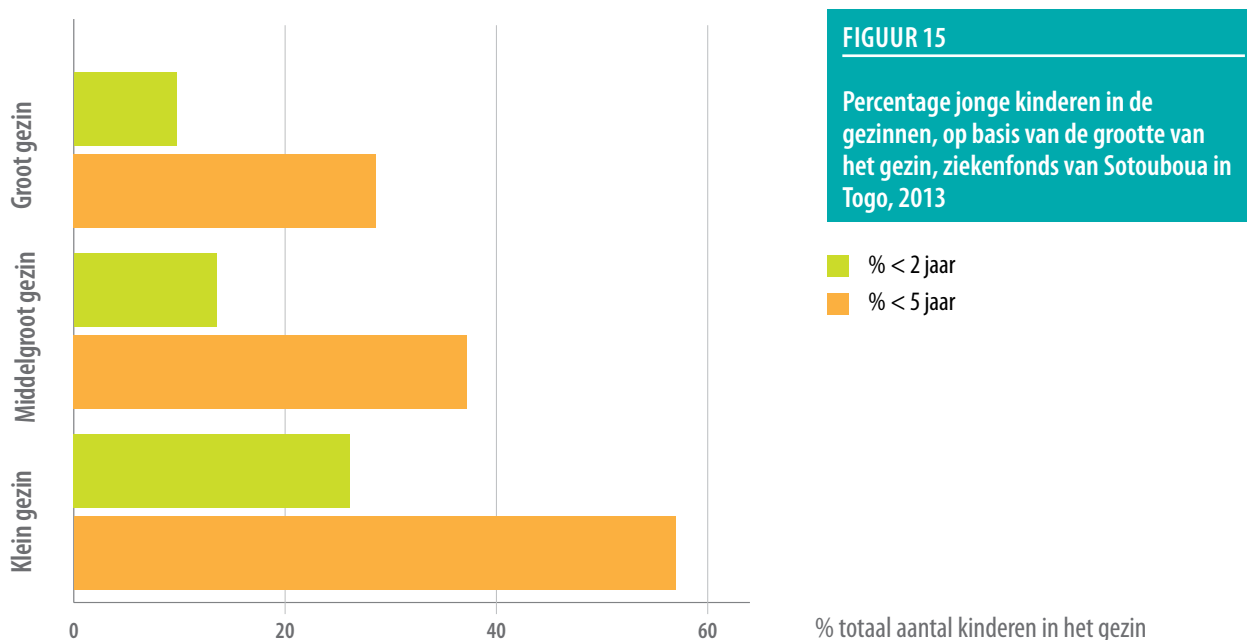
- Curatieve zorgen
- Gewone bevalling
- Prenatale consultaties
- Complexe bevalling
- Miskraam
- Slangenbeet
- Pediatrie
- Snelle diagnostest



Er zijn grote verschillen tussen gezinnen met jonge en grote kinderen. Wanneer de gemiddelde leeftijd van de kinderen minder dan 5 jaar is, zijn de uitgaven twee tot drie keer hoger dan wanneer de kinderen gemiddeld ouder dan 10 jaar zijn. Dit is niet verrassend, aangezien we al zagen dat jonge kinderen veel hogere tussenkomsten krijgen. Maar het verklaart ook de verschillen tussen kleine en grote gezinnen. Kleine gezinnen krijgen hogere tussenkomsten omdat ze meer jonge kinderen hebben. Figuur 15 bevestigt dat kleine gezinnen effectief meer jongere kinderen hebben.

Tijdens onze analyse hebben we op verschillende manieren gezien dat groepen die gemiddeld hogere tussenkomsten krijgen, meer kans hebben om lid te zijn. Dit is niet verrassend: omwille van de terugbetaalde prestaties en de hogere tussenkomsten is het interessanter voor deze mensen om lid te worden.

Voor de ziekenfondsen is het belangrijk te begrijpen waarom dit gebeurt. Om de uitgaven van de ziekenfondsen te beperken, is het interessant om een representatief deel van de bevolking te bereiken, inclusief personen met lage ziektekosten. Dit draagt bij aan de financiële stabiliteit van de ziekenfondsen (verlaging van de schaderatio's) en maakt het mogelijk om de bijdragen van de leden beperkt te houden.



Er zijn twee mogelijke hypothesen waarom de ziekenfondsen de personen met hogere ziektekosten aantrekken. De ziekenfondsen hebben een regel ingevoerd die zegt dat het volledige gezin lid moet worden bij een inschrijving. Op die manier kan worden vermeden dat een gezin enkel de zieke gezinsleden met hoge ziektekosten inschrijft. Een eerste hypothese is dus dat deze regel niet voldoende gevolgd wordt. Leden van de ziekenfondsen hebben hogere ziektekosten, omdat enkel de gezinsleden worden ingeschreven die meer dan waarschijnlijk een beroep zullen doen op de aangeboden diensten. In de literatuur heet dit fenomeen "adverse selectie".

Er bestaat ook een tweede hypothese. Misschien wordt de regel in verband met het inschrijven van het gezin wel opgevolgd, maar zijn het vooral gezinnen met de hoogste ziektekosten die zich inschrijven.

Het verschil tussen deze twee hypothesen is subtiel en het uiteindelijke resultaat hetzelfde: het ziekenfonds dekt vooral die personen in de bevolking met hogere ziektekosten. Maar het is wel belangrijk voor de ziekenfondsen om het onderscheid te maken.

- > Als de eerste hypothese waar is, moeten de ziekenfondsen een manier vinden zodat de bestaande regels beter worden opgevolgd.
- > Als de tweede hypothese klopt, moeten de ziekenfondsen proberen om ook de gezinnen met lagere ziektekosten te bereiken.

Kunnen we op basis van de gegevens bepalen of de eerste of de tweede hypothese, of misschien wel allebei, waar zijn? Dit is niet eenvoudig en we kunnen op basis van deze gegevens geen formeel onderscheid maken tussen de hypothesen.



De eerste hypothese is, op zijn minst, deels waar. Medewerkers van de ziekenfondsen en Louvain Cooperation geven aan dat het af en toe gebeurt dat het gezin niet volledig is ingeschreven. Ondanks alle inspanningen van de ziekenfondsen is het moeilijk om dit systematisch te controleren.

Het is echter belangrijk om te onderlijnen dat de gegevens ook compatibel zijn met de tweede hypothese. We zien bijvoorbeeld dat kleine gezinnen hogere tussenkomsten hebben. Maar de hoge tussenkomsten kunnen verklaard worden doordat die gezinnen jonge kinderen hebben. Bovendien zijn de titularissen van deze jonge gezinnen gemiddeld ook jonger. Het lijkt hier dus effectief om jonge, en daarom kleine, gezinnen te gaan (en niet gezinnen die enkel hun zieke kinderen inschrijven). De gegevens suggereren dat de tweede hypothese op zijn minst deels waar is, en er niet noodzakelijk een groot probleem is in verband met het inschrijven van het volledige gezin. In Deel III zullen we hier nog verder op ingaan voor de ziekenfondsen in Atacora in Benin.

In deze sectie analyseerden we de gegevens die verzameld werden met behulp van de management tool. Op basis van de eerste ervaringen met deze tool hebben de managers van de ziekenfondsen in Sotouboua en Tachoudjo een evaluatie gemaakt van de tool. Hun beoordeling is overwegend positief en ze geven suggesties ter verbetering. We komen hierop terug in de aanbevelingen.



## Hoofdstuk 5 - Aanbevelingen

De analyses in de vorige secties tonen aan dat de ziekenfondsen in Togo en Benin, met de ondersteuning van Louvain Cooperation, al een groot aantal gegevens verzamelen en digitaliseren. Op basis van deze gegevens kunnen er nuttige analyses worden uitgevoerd. Om de ziekenfondsen nog meer te professionaliseren, is het nuttig om de acties op het terrein te ondersteunen en voorstellen te doen ter verbetering.

In deze sectie geven we aanbevelingen op basis van de kwantitatieve analyses, onze kennis van de mutualistische sector en de context waarin de ziekenfondsen evolueren. Hierbij houden we rekening met de impact van het programma MASMUT en de toekomstige plannen in Togo en Benin.

We concentreren ons hierbij op verschillende domeinen. Sectie 5.1 gaat over het beheer en gebruik van gegevens, Sectie 5.2 over de werking van de ziekenfondsen. Essentieel is ook de regionale, nationale en internationale context. Sectie 5.3 gaat over samenwerking met andere actoren en coördinatie binnen het mutualistisch netwerk.

De lijst met aanbevelingen is lang en ambitieus. Het is dan ook onrealistisch om te geloven dat de ziekenfondsen, die beperkte middelen hebben, onmiddellijk al deze aanbevelingen kunnen implementeren. Daarom geven we een inschatting van hoe prioritair de aanbevelingen zijn: hoog, gemiddeld of laag. Deze prioriteiten werden bepaald op basis van de resultaten van de studie. Ze zijn voorgesteld door de onderzoekers en werden daarna gevalideerd door de medewerkers van Louvain Cooperation..

### 5.1 Beheer en exploitatie van de gegevens

#### 5.1.1 Eén management tool gebruiken voor al het gegevensbeheer van het ziekenfonds

Om de gegevens zo efficiënt mogelijk te beheren, raden we aan om alle gegevens te centraliseren in één management tool. Deze tool moet in staat zijn om alle gegevens in verband met de leden, de betaalde bijdragen en de tussenkomsten te verwerken.

De management tool die enkele ziekenfondsen al gebruikten, is zo een tool. We raden aan om deze tool verder te ontwikkelen en te gebruiken. We geven hierna enkele aanbevelingen in verband met de ontwikkeling van deze tool.

De verantwoordelijken van de ziekenfondsen die de tool al hebben gebruikt, hebben ook een eerste evaluatie gedaan. Hun evaluatie is positief, maar ze suggereren een aantal technische verbeteringen. Zo stellen ze voor dat het gemakkelijk zou zijn als de nog te betalen bijdragen automatisch worden berekend. Daarnaast vragen ze ook of het mogelijk is om een lidmaatschap automatisch te verifiëren bij het invoeren van nieuwe prestaties.

Het is erg belangrijk dat deze tool de bestaande tools vervangt. De tool moet automatisch de ledenlijsten, de boordtabellen, de opvolging van de prestaties in de gezondheidscentra, ... kunnen genereren. Hoewel het coderen van gegevens in deze tool tijdrovend is, zou hij toch efficiëntiewinst moeten creëren. Wanneer de getuigschriften en andere gegevens éénmaal gecodeerd zijn in de tool, is het niet meer nodig om ze handmatig op te zoeken en gegevens te verzamelen. Zo een tool kan ook ontwikkeld worden in samenwerking met ziekenfondsen in andere landen. We komen hierop terug bij de aanbevelingen in verband met de internationale samenwerking (Sectie 5.3).

[Prioriteit: Hoog]



#### 5.1.2 De management tool als middel voor een efficiënte opvolging van de situatie van het ziekenfonds

Zoals hierboven gezegd: de management tool moet de gegevens die momenteel handmatig worden verzameld, automatisch kunnen genereren. De boordtabellen en de opvolging van de prestaties in de centra die nu gebruikt worden om de financiële situatie van het ziekenfonds op regelmatige basis op te volgen, kunnen ook via die management tool worden gerealiseerd. De informaticatool laat een veel gedetailleerdere opvolging toe. Dit is erg waardevol voor de adviserend-geneesheer die op basis van betere informatie efficiënter kan optreden en meer gerichte controles kan doen. Dit helpt dan weer de ziekenfondsen om hun kosten onder controle te houden.

Het is ook belangrijk dat de gebruikers van de tool (de medewerkers van de ziekenfondsen) ze goed kunnen gebruiken en alle mogelijkheden kunnen benutten. Ze geven trouwens zelf aan dat ze opleidingen zouden willen volgen over boekhoudtools en ook toegang zouden willen hebben tot zulke software. Er moeten dus opleidingen worden georganiseerd als de management tool zal worden gebruikt in de ziekenfondsen. Een deel hiervan zou moeten gaan over

[Prioriteit: Hoog]



het exporteren van resultaten (in grafieken en tabellen) zodat de statistieken ook gemakkelijk getoond kunnen worden aan niet-gebruikers.

Hieronder staan enkele voorbeelden van informatie die opgevolgd zou kunnen worden via de management tool.

- > Detecteren van gezondheidsverstrekkers met een hoog aantal prestaties. Zijn er verstrekkers die meer prestaties aanrekenen dan nodig? Dit kan een teken zijn van fraude.
- > Detecteren van leden met een hoog aantal prestaties. Opnieuw, als er een onrealistisch hoog aantal tussenkomsten blijkt, kan dit op fraude wijzen.
- > Onderzoeken, per gezondheidsverstrekker of centrum, bij hoeveel bezoeken er medicatie werd voorgeschreven en om hoeveel en welk type medicatie het gaat. Op basis hiervan kunnen verschillen in voorschrijfgedrag worden opgespoord. En als het nodig zou blijken, kan dit door de adviserend geneesheer bijgestuurd worden.
- > De evolutie van kosten per prestatie en per gezondheidsverstrekker nagaan. Zijn er gezondheidsverstrekkers die veel hogere kosten aanrekenen dan anderen voor dezelfde prestatie? Wie zijn zij?
- > De opvolging van de aansluitingscampagne en, in het bijzonder, de moeilijkheden tot betaling in het begin van de campagne.
- > Een betere kennis van het profiel van de leden.  
De gegevens laten toe om te tonen welke bevolkingsgroepen (per leeftijd en geslacht) lid worden, en dus ook welke groepen geen lid worden (zie de analyses in Sectie 4.2).
- > Bepalen van de bedragen van tussenkomsten voor subgroepen van leden.  
Op welke leeftijd zijn de tussenkomsten het hoogst en het laagst? Wanneer de ziekenfondsen groepsinschrijvingen doet, zouden ze de tussenkomsten voor personen die zich zo hebben ingeschreven kunnen vergelijken met de tussenkomsten voor leden die zich individueel hebben ingeschreven.

Dit zijn slechts enkele voorbeelden van nuttige informatie die uit de management tool zou kunnen worden gehaald. De bestaande management tool is al in staat om zulke rapporten te genereren. Maar het is belangrijk om, telkens als er extra informatie aan de tool wordt toegevoegd (bijvoorbeeld over medicatie of zorgverstrekkers), ook de automatische rapportering uit te breiden. Dit laat toe deze bijkomende informatie optimaal te gebruiken in de werking van het ziekenfonds.

**[Prioriteit: Hoog]**



### 5.1.3 Gedetailleerde registratie van de reden van de consultatie

In de huidige tool wordt de reden van een bezoek aan het zorgcentrum al geregistreerd (curatieve zorgen, prenatale zorgen, ...). Het grootste deel van de prestaties valt onder curatieve zorgen. Maar omdat er veel uiteenlopende behandelingen onder curatieve zorgen vallen, geeft deze classificatie weinig concrete informatie.

Daarom stellen we voor om de categorie curatieve zorgen op te splitsen in meer gedetailleerde categorieën, zoals behandeling malaria, infecties aan de luchtwegen, anemie, .... Zo is een meer gedetailleerd beeld van de tussenkomsten van het ziekenfonds mogelijk.

Bovendien laten meer gedetailleerde gegevens toe om meer accurate voorspellingen te maken over toekomstige uitgaven. Op basis van deze gegevens kunnen we beter inschatten welke bijdrage de leden moeten betalen. Die informatie is dan weer interessant om een zicht te krijgen op de financiële stabiliteit van de ziekenfondsen.

Een bezoek aan het zorgcentrum kan verschillende redenen tegelijk hebben. Het is dus belangrijk dat de tool toelaat om meerdere redenen op te geven voor een consultatie.

Het valt buiten de scope van dit rapport om een aanbeveling te doen over de exacte opsplitsing. Een mogelijkheid is om zich te baseren op de categorieën van de gezondheidsautoriteiten. De gezondheidscentra moeten hun behandelingen al registreren en een reden van het bezoek opgeven. Door dezelfde categorieën te gebruiken, verhoogt de vergelijkbaarheid en wordt de extra last voor de gezondheidswerkers beperkt.

**[Prioriteit: Laag]**



### 5.1.4 Registratie van de gezondheidsverstrekker

Bij de registratie van de prestaties, wordt ook het zorgcentrum geregistreerd. De verstrekker die de patiënt behandelt heeft, wordt echter niet vermeld. Tot hetzelfde centrum behoren vaak verschillende praktijken van verstrekkers. Hun manier van werken, de kost van behandelingen en hun voorschrijfgedrag verschillen en er is dus ook fraude mogelijk.

Een registratie van de verschillende gezondheidsverstrekkers helpt de adviserend geneesheer om gericht op te sporen welke verstrekkers afwijken en bijvoorbeeld meer voorschrijven of anders werken. Als de adviserend geneesheer de gezondheidsverstrekkers beter kan opvolgen, kan hij ook beter controleren of de richtlijnen van het ziekenfonds goed worden opgevolgd.

### 5.1.5 Afzonderlijke registratie van geneesmiddelen

Het te veel en automatisch voorschrijven van geneesmiddelen is een probleem dat regelmatig wordt vermeld. Zowel voor de patiënten als voor de ziekenfondsen is deze overconsumptie van geneesmiddelen een belangrijke bijkomende kost.

Om dit op te volgen, is het belangrijk te weten hoeveel medicatie er precies wordt voorgeschreven. Momenteel wordt er op de attesten geen onderscheid gemaakt tussen de tussenkomst voor de consultatie en de medicatie. Daarom raden we op de korte termijn aan om de kost voor de consultatie en de kost voor medicatie afzonderlijk te hernemen.

In een later stadium is het aangewezen om de geneesmiddelen meer in detail te registreren. Geneesmiddelen kunnen individueel geregistreerd worden, maar ook per groep van geneesmiddelen. Hierbij is het belangrijk dat er een code wordt toegekend aan iedere (groep van) geneesmiddel(en), zodat ze efficiënt gecodeerd en geanalyseerd kunnen worden. Op dezelfde manier kunnen ook de tussenkomsten voor testen in het labo afzonderlijk worden geregistreerd. Wanneer er een dekking zal zijn voor prestaties in het ziekenhuis, zouden deze kosten sterk kunnen stijgen.

Meer gedetailleerde informatie over geneesmiddelen heeft verschillende voordelen. Nu zijn de voorwaarden voor de terugbetaling identiek voor alle geneesmiddelen. En dat komt omdat er geen onderscheid kan worden gemaakt tussen de geneesmiddelen. Door ze op te splitsen, kunnen de tussenkomsten worden aangepast per geneesmiddel(engroep).

Ook het opvolgen van het voorschrijfgedrag van de gezondheidsverstrekkers is een belangrijke taak van de adviserend geneesheer. Als hij meer gedetailleerde informatie heeft over de voorgeschreven geneesmiddelen, kan hij gemakkelijker en efficiënter het voorschrijfgedrag opvolgen en sneller tussenkomen wanneer nodig.

[Prioriteit: Hoog]



### 5.1.6 Bijkomende informatie over de leden registreren

Momenteel registreren de ziekenfondsen een beperkte hoeveelheid informatie over de leden zoals de leeftijd, het geslacht en de relatie met de titularis. We geven hier enkele voorbeelden van bijkomende informatie die geregistreerd kan worden:

- > Meer informatie over polygamie.  
Wanneer een gezin polygaam is, mag een vrouw zich inschrijven met haar kinderen. De man kan zich inschrijven met slechts één van zijn vrouwen. Omdat deze informatie niet geregistreerd wordt, waren we beperkt in de analyse van de grootte van de gezinnen (zie Sectie 4.2). Het zou dus interessant zijn om te registreren of een gezin polygaam is en of een inschrijving voor een volledig gezin is of slechts een deel van een polygaam gezin.
- > Informatie over de groepsinschrijvingen.  
Wanneer de ziekenfondsen meer gebruik zullen maken van de groepsinschrijvingen, is het interessant om de uitgaven op te volgen voor de personen die zich in groep inschreven. Het type van inschrijving (groep of individueel) moet daarvoor geregistreerd worden.
- > Armoede-indicatoren.  
Voor een ziekenfonds is het interessant om informatie te hebben over de eventuele armoede van de leden. Slagen ze er in om de meest kwetsbare personen van de gemeenschap te bereiken? Daalt de armoede onder de leden na verloop van tijd? Om de graad van armoede te meten, bestaan er eenvoudige en wetenschappelijk gevalideerde indicatoren<sup>10</sup>.

[Prioriteit: Laag]



### 5.1.7 Getuigschriften: gemakkelijk in te vullen en efficiënt te registreren

Verschillende aanbevelingen in deze studie gaan over het gebruik van een management tool en de registratie van bijkomende informatie. Dit impliceert dat getuigschriften systematisch gecodeerd moeten worden in de management tool. Hoewel de management tool de efficiëntie kan verhogen omdat het een aantal taken vervangt, is het registreren van al deze getuigschriften een tijdrovende bezigheid. Voor de ziekenfondsen, die beperkte middelen hebben, is dit een belangrijk aandachtspunt.

Daarom moeten de getuigschriften ontworpen zijn om gemakkelijk te coderen. Waar moeten we dan op letten?

- > "Vrije tekst", waarbij de verstrekker bepaalde informatie uitschrijft, moet zoveel mogelijk vermeden worden. Het is tijdrovend om zulke informatie te coderen en achteraf te analyseren. Bijvoorbeeld, de meest voorkomende redenen voor een bezoek aan het zorgcentrum kunnen al op het getuigschrift worden vermeld, zodat de zorgverstrekker ze alleen nog maar moet aanvinken.
- > Ook het gebruik van codes is belangrijk. Er kan bijvoorbeeld een code worden toegekend aan elk gezondheidscentrum en iedere gezondheidsverstrekker. Die code kan dan worden vermeld op het attest.

[Prioriteit: Gemiddeld]



10

Zie, bijvoorbeeld, <http://www.progressoutofpoverty.org/fr>. Ze stellen tien indicatoren voor die aangepast zijn aan verschillende landen en toelaten om de graad van armoede te meten.

[Prioriteit: Gemiddeld]



### 5.1.8 Uniek identificatienummer per lid

De registratie van gegevens laat toe om de volledige gezondheidszorgen van een lid in kaart te brengen en bijkomende analyses te doen. Doen bijvoorbeeld alle vrouwen die bevallen ook een prenataal bezoek? Of zijn er leden die een opmerkelijk hoog aantal geneesmiddelen innemen?

Om deze vragen te beantwoorden, moeten we de leden kunnen identificeren op basis van een identificatienummer. Correcte identificatie kan enkel met een uniek nummer (dat dus slechts voor één lid wordt gebruikt) en dat stabiel blijft en dus nooit verandert.

De ziekenfondsen werken met een identificatienummer. Er is zo'n nummer per gezin en binnen het gezin is er een volgnummer per lid. Samen gevoegd vormen deze nummers het identificatienummer voor het lid.

Er is één uitzondering: het volgnummer van de titularis binnen het gezin is 1. Wanneer het gezin van titularis verandert, krijgt de nieuwe titularis het volgnummer 1. Hierdoor verandert het identificatienummer van het lid en is het niet mogelijk om hem te volgen door de tijd.

Daarom raden we aan om het volgnummer van de gezinsleden niet te veranderen wanneer het gezin van titularis verandert<sup>11</sup>. Zo kan het identificatienummer effectief gebruikt worden om een lid te identificeren doorheen de tijd.

Het nadeel is wel dat de titularis niet meer geïdentificeerd kan worden op basis van het volgnummer. Er moet dus expliciet worden aangegeven in de gegevens wie de titularis van het gezin is.

## 5.2 Werking van de ziekenfondsen

[Prioriteit: Hoog]



### 5.2.1 Een meer representatief deel van de bevolking bereiken, inclusief de groepen met lage ziektekosten

Uit de analyse van de bestaande gegevens blijkt dat de leden van de ziekenfondsen niet representatief zijn voor de bevolking. Mensen die hogere ziektekosten hebben, zijn vaker lid van het ziekenfonds. Dit is in zekere zin logisch aangezien de inschrijving vrijwillig is en mensen met hogere ziektekosten meer baat hebben bij een lidmaatschap. Bovendien is dit ook een belangrijke doelgroep voor de ziekenfondsen. Voor mensen met hoge ziektekosten is financiële bescherming door het ziekenfonds erg waardevol.

Daarnaast is het belangrijk dat de ziekenfondsen de volledige bevolking bereiken, dus ook de mensen met lagere ziektekosten. Als deze mensen lid zijn, gaan de uitgaven van het ziekenfonds omlaag omdat deze personen weinig gebruik maken van de diensten van het ziekenfonds. Hierdoor kunnen de schaderatio's, die momenteel vaak te hoog zijn, verlagen. Dit draagt bij tot een goede financiële gezondheid van de ziekenfondsen. Daardoor kunnen stijgingen van de bijdragen ook vermeden worden.

Maar het is niet evident om leden met lagere ziektekosten te bereiken. Een ziekenfonds in Togo organiseert in dit opzicht een zeer interessant initiatief. Een school schrijft alle kinderen gezamenlijk in. Bij een groepsinschrijving heb je automatisch een representatieve groep met personen met hoge en lage ziektekosten. Zulke groepsinschrijvingen zijn veelbelovend om een meer representatief deel van de bevolking te bereiken.

Eender welke groep kan aangesproken worden voor een groepsinschrijving. Hierboven hadden we het over scholen, maar ook groeperingen van landbouwers of groepen die samen micro-kredieten aangaan komen hiervoor in aanmerking. Als deze groepen al gezamenlijk financiële transacties doen, zoals sparen of krediet aangaan, is het gemakkelijker om ze te overtuigen om een klein deel van de inkomsten te gebruiken als bijdrage voor het ziekenfonds.

Het is ook mogelijk om groepen aan te spreken om aan ledenwerving te doen. Via zulke groepen kan informatie over het ziekenfonds efficiënt verspreid worden en bijdragen worden betaald. Het meest interessant is echter wanneer leden zich in groep inschrijven.

[Prioriteit: Laag]



### 5.2.2 Het aanbod zo definiëren dat alle groepen regelmatig tussenkomsten krijgen

In de analyse van de gegevens zien we dat de tussenkomsten veel hoger zijn voor sommige groepen van mensen. Kleine kinderen en vrouwen tussen 20 en 40 jaar krijgen bijvoorbeeld gemiddeld veel hogere tussenkomsten voor hun gebruik van gezondheidszorgen. Adolescenten en ouderen krijgen dan weer lagere tussenkomsten. Dit is in zeker mate logisch, omdat kleine kinderen meer ziektekosten hebben. Het is goed dat de ziekenfondsen hier rekening mee houden wanneer ze bepalen voor welke prestaties ze een tussenkomst geven.

Tegelijkertijd is het bij veel ziekenfondsen zo dat leden die een jaar geen tussenkomsten krijgen, vaak geen lid blijven van het ziekenfonds omdat ze niet het gevoel hebben dat ze

11

Merk op dat deze verandering nog steeds geen perfect systeem van identificatienummers geeft. Wanneer een lid een nieuw gezin begint, schrijft hij zich in bij het ziekenfonds als titularis van een nieuw gezin. Aangezien het identificatienummer gekoppeld is aan het nummer van het gezin, zal deze persoon een nieuw identificatienummer krijgen. Om dit probleem op te lossen, zouden leden dus een identificatienummer moeten krijgen dat niet gelinkt is aan het nummer van het gezin. Dit zou echter een grote verandering zijn aan het systeem met identificatienummers, voor slechts een kleine winst.

voldoende voordeel halen uit hun lidmaatschap. De ziekenfondsen in Togo en Benin hebben regelmatig te maken met het verlies van leden (zie Deel III van deze studie). Het is belangrijk om erover te waken dat er regelmatig een tussenkomst is, zelfs voor de groepen die niet vaak naar gezondheidscentra gaan. Oudere mensen krijgen bijvoorbeeld relatief weinig tussenkomsten. Kunnen we uitzoeken welke terugbetaalbare prestaties belangrijk zijn voor ouderen? Als we die prestaties toevoegen aan het aanbod kunnen we hen overtuigen om lid te worden. Een alternatief, voor de personen die niet vaak naar de zorgcentra gaan, is het aanbieden van niet-medische diensten, zoals het verspreiden van muggennetten of acties in verband met preventie organiseren. Voor de chronische ziekten – en in het bijzonder diabetes en hypertensie – die sterk verspreid zijn in Afrika, is de behandeling te duur voor de bevolking en is er geen tussenkomst door het ziekenfonds.

De ziekenfondsen moeten echter een evenwicht behouden tussen een goede dekking voor de leden en een betaalbare bijdrage die toelaat voldoende personen aan te trekken. Daarom gaan de ziekenfondsen voorzichtig om met het uitbreiden van de dekking. Door een meer uitgebreide dekking wordt de bijdrage hoger. De leden verkiezen een beperkte en betaalbare bijdrage. Een iets uitgebreidere dekking voor groepen met lage ziektekosten kan wel extra leden aantrekken van deze groepen. Een uitgebreidere dekking zou dus een beperkte impact kunnen hebben op de bijdrage.

Toch blijft het belangrijk voor de ziekenfondsen dat veranderingen in de bijdrage van de leden zo beperkt mogelijk blijven. Al draagt iedere uitbreiding van de dekking, zelfs wanneer ze klein is, bij tot een positief beeld van de ziekenfondsen.

### 5.2.3 De inspanningen versterken om grote gezinnen aan te trekken

In de analyse observeren we twee zaken in verband met grote gezinnen. Ten eerste zijn er relatief weinig grote gezinnen aangesloten bij de ziekenfondsen. Ten tweede zijn de gemiddelde tussenkomsten per persoon lager in grote gezinnen.

De ziekenfondsen doen nu al inspanningen om grote gezinnen aan te trekken. In de ziekenfondsen van de regio's Centrale en Plateaux in Togo wordt de bijdrage per persoon met 10% verlaagd vanaf de 8ste persoon die wordt ingeschreven. Dit helpt grote gezinnen om de totale bijdrage betaalbaar te houden. Er is een groot verschil in tussenkomsten dus raden wij aan om deze korting voor grote gezinnen te verhogen als de financiële situatie van het ziekenfonds het toelaat. Er kan ook nagedacht worden over bijkomende manieren om het ziekenfonds te promoten bij deze grote gezinnen.

De ziekenfondsen kunnen ook alternatieve manieren overwegen om de korting te presenteren. In plaats van een verlaging van het bedrag per persoon is het bijvoorbeeld mogelijk om per zes ingeschreven gezinsleden één gezinslid gratis in te schrijven.

Maar zoals eerder al gezegd, moeten we voorzichtig omspringen met dergelijke veranderingen. Een verhoging van de korting kan er toe leiden dat de bijdrage voor de andere leden verhoogd moet worden. Deze veranderingen kunnen echter personen met lagere ziektekosten aantrekken, waardoor verhogingen van de bijdrage beperkt kunnen blijven.

[Prioriteit: Gemiddeld]



## 5.3 Samenwerking en coördinatie

[Prioriteit: Hoog]



### 5.3.1 Samenwerking via unies van ziekenfondsen

Zowel in Benin als in Togo zijn er veel ziekenfondsen met gelijkaardige uitdagingen. Uitwisselingen en samenwerkingen tussen de ziekenfondsen kunnen nuttig zijn.

Een goede manier om deze samenwerking te structureren is door unies van ziekenfondsen op te richten. De ziekenfondsen in Togo en Benin zijn hier mee bezig en een aantal ziekenfondsen hebben zich al verzameld in een unie.

De rol van een unie van ziekenfondsen werd uitvoerig besproken in werkgroepen die tijdens opleidingen voor medewerkers in Benin en Togo werden georganiseerd, in het kader van het programma MASMUT. In deze werkgroepen werd nagedacht over mogelijke taken voor een unie van ziekenfondsen:

- > Uitwisseling van ervaringen en beste praktijken tussen de ziekenfondsen stimuleren.
- > Contracten met de zorgcentra onderhandelen en zo de onderhandelingspositie van de ziekenfondsen versterken. De unie kan ook verantwoordelijk zijn voor het onderhandelen en aanbieden van een extra verzekering voor hospitalisatiekosten (de "grote risico's") en verplaatsingskosten bij bepaalde noodgevallen.
- > Mogelijk maken dat leden van ziekenfondsen ook een tegemoetkoming krijgen in de zorgcentra van een andere regio, die gedekt worden door een ander ziekenfonds.
- > De ontwikkeling van informaticatools centraliseren. In het bijzonder zouden alle ziekenfondsen van de unie dezelfde management tool moeten gebruiken. Dit vergemakkelijkt het vergelijken en uitwisselen van gegevens tussen de ziekenfondsen. Het zou ook interessant zijn als de gegevens niet enkel geharmoniseerd worden op het niveau van de unie, maar ook op nationaal niveau. De unies kunnen samenwerken voor een harmonisatie van de gegevens en zelfs gemeenschappelijk een tool ontwikkelen.
- > Analyse van de gegevens van de ziekenfondsen. De unie heeft als voordeel dat er expertise kan ontwikkeld worden in het analyseren van gegevens. Bovendien kan de unie de gegevens van de ziekenfondsen onderling vergelijken. De gezamenlijke gegevens geven ook een meer representatief beeld van het gebruik van gezondheidszorgen door de bevolking. Zulke analyses kunnen nuttige informatie leveren over het gezondheidssysteem en zo kan de unie een partner worden in het gezondheidsbeleid van de regering.
- > De unie kan als gesprekspartner van de overheid een groot aantal leden van de ziekenfondsen vertegenwoordigen.
- > Het gebruik van gezondheidszorgen door de leden technisch opvolgen. De unie kan ook een gemeenschappelijke adviserend geneesheer aanwerven.
- > De unie kan hulp bieden in de technische analyse van de uitgaven en eventueel ook helpen bij berekenen van de correcte bijdrage die de leden moeten betalen.
- > Dankzij een unie kunnen de risico's worden gedeeld tussen de ziekenfondsen. Omwille van onvoorziene omstandigheden, zijn de bijdragen van de leden soms niet genoeg om alle tegemoetkomingen te betalen. In dat geval is het ziekenfonds verplicht om ofwel een extra bijdrage te vragen aan de leden of om de tegemoetkomingen te verminderen. Maar om dit te vermijden, kan er een gemeenschappelijk noodfonds worden opgericht waaruit de ziekenfondsen kunnen putten. Dit is zeer delicaat, want de ziekenfondsen hebben geen sterke financiële draagkracht en zijn niet in staat om een structureel verlieslatend ziekenfonds te ondersteunen. In een eerste instantie zou zo'n fonds beperkt moeten zijn en moeten er strikte regels worden opgesteld over het gebruik ervan. Het is belangrijk dat een verlieslatend ziekenfonds de financiële stabiliteit van de andere ziekenfondsen niet bedreigt.
- > Tot slot kan een unie gemeenschappelijke diensten aanbieden aan de ziekenfondsen, onder meer in verband met communicatie en opleidingen.

[Prioriteit: Gemiddeld]



### 5.3.2 Relatie met de gezondheidsautoriteiten

Naast de ziekenfondsen verzamelen ook de gezondheidsautoriteiten gegevens over de zorgen die worden verleend in gezondheidscentra. Die gegevens zijn geharmoniseerd op nationaal niveau.

Het zou efficiënter zijn als de ziekenfondsen en de gezondheidsautoriteiten deze gegevens samen zouden registreren, maar dit lijkt weinig realistisch op korte termijn. Voorlopig zullen zowel de ziekenfondsen als de gezondheidsautoriteiten informatie verzamelen over hun prestaties. Het is belangrijk dat dit op een gelijkaardige en uniforme manier gebeurt. Dit laat toe om de gegevens te vergelijken wanneer nodig. En mocht er in de toekomst toch een stap worden gezet naar het gemeenschappelijk verzamelen van gegevens, kan dit hier alleen maar bij helpen.

Het kan ook nuttig zijn om in de toekomst gegevens van de ziekenfondsen en de gezondheids-

autoriteiten aan elkaar te koppelen. Dit zal toelaten om meer gedetailleerde analyses te maken. Om gegevens aan elkaar te kunnen koppelen, moeten personen in verschillende gegevensbanken op eenzelfde manier geïdentificeerd kunnen worden via een gemeenschappelijk identificatienummer. Momenteel lijkt dit moeilijk te implementeren. Zowel in Togo als in Benin hebben weinig mensen een identiteitskaart. Daarnaast is er wel voorzien in de regelgeving van de UEMOA rond de ziekenfondsen dat er een systeem van identificatienummers wordt opgezet, maar dit is nog niet geïmplementeerd. Wanneer de identificatienummers beschikbaar worden, zal het interessant zijn om ze op te nemen in de gegevens.

### 5.3.3 Samenwerking op internationaal niveau

In verschillende landen in West-Afrika zijn de ziekenfondsen zich aan het ontwikkelen. Ook op internationaal niveau werken de ziekenfondsen samen en wisselen ze informatie uit. Deze samenwerking gaat over de werking van de ziekenfondsen, maar ook over de nationale en internationale wetgeving over het gezondheidssysteem en de ziekenfondsen. Deze uitwisselingen dragen bij aan de professionalisering van de ziekenfondsen.

Actoren uit West-Afrikaanse landen en ziekfondsexperten uit Europa hebben elkaar al op verschillende conferenties ontmoet. In het kader van het programma MASMUT (in de periode 2014-2016), was er in Abidjan de *Conférence internationale sur les perspectives du mouvement mutualiste africain dans le cadre des ouvertures santé universelles*. Daarna was er in Ouagadougou in 2016 het *Atelier sous-regional sur la mise en application de la réglementation UEMOA sur la mutualité sociale et le rôle des mutuelles de santé dans la gestion de l'assurance maladie universelle*. In december 2016 werden er opleidingen over verschillende aspecten van de ziekenfondsen georganiseerd in Lomé voor medewerkers uit Togo en Benin. Er werd ook een infodag voorzien voor Togolese ambtenaren.

Het is belangrijk dat zulke initiatieven ook in de toekomst worden georganiseerd.

Ook het programma MASMUT draagt bij aan de samenwerking op internationaal niveau. Tijdens de conferentie in Ouagadougou hebben de deelnemers nagedacht over de thema's waarvoor internationale samenwerking, met ondersteuning van het programma MASMUT, nuttig kan zijn. Enkele belangrijke domeinen die naar voor kwamen zijn:

- > Technische ondersteuning: het ontwikkelen van gezamenlijke informatica tools voor het beheer van gegevens en voor de boekhouding.
- > Thematische ondersteuning: de uitwisseling van ervaringen in verband met best practices, hoe de ziekenfondsen structureren, lobbying, ...
- > Studies: onderzoeken naar de bijdrage van de ziekenfondsen in de regio.
- > Politieke capaciteiten versterken: lobbying bij zowel internationale organisaties (Wereldbank, UNICEF, Wereldgezondheidsorganisatie, IAO, Europese Unie, UEMOA, ...) als bij nationale overheden met ondersteuning van de andere landen.
- > Uitwisselingen tussen de platformen van verschillende landen ondersteunen door het organiseren van conferenties, werkgroepen, bezoeken voor uitwisselingen, ...

Met de ontwikkeling van een gemeenschappelijke management tool in het achterhoofd, is er in het kader van het programma MASMUT al een inventaris gemaakt van de tools die gebruikt worden in de verschillende landen.<sup>12</sup> Momenteel gebruiken de ziekenfondsen elk andere tools die erg verschillen in termen van mogelijkheden en complexiteit. Er is een interesse bij de verschillende actoren om een gemeenschappelijke tool te ontwikkelen, maar de reflectie hierover is nog in het beginstadium. In Benin werkt Louvain Cooperation wel al aan de integratie van twee tools gebaseerd op Access.

Onafhankelijk van het feit of er een gemeenschappelijke tool ontwikkeld wordt, is het belangrijk dat de situatie in verschillende landen kan vergeleken worden. Het lijkt weinig realistisch dat de individuele gegevens van ziekenfondsen van verschillende landen kunnen samengevoegd worden, zowel voor praktische als privacy redenen. Het is belangrijk dat de verzamelde gegevens vergelijkingen mogelijk maken tussen de gezondheidssystemen en de ziekenfondsen van verschillende landen. Daarom is een mogelijkheid om gezamenlijk indicatoren in verband met de leden, de kost van prestaties, ... te definiëren belangrijk. Deze indicatoren zijn dan geaggregeerde gegevens en niet meer de individuele gegevens van de leden. Ieder ziekenfonds is verantwoordelijk om deze informatie te verzamelen.

[Prioriteit: Gemiddeld]



12

Zie Sectie 2.IV van het rapport van het atelier in Ouagadougou voor een overzicht: "Atelier sous-regional sur la mise en application de la réglementation UEMOA sur la mutualité sociale et le rôle des mutuelles de santé dans la gestion de l'assurance maladie universelle, Ouagadougou, Mai 2016, 'Rapport Général'»





# Hernieuwen van lidmaatschap

## Hoofdstuk 6 - Inleiding

De meeste ziekenfondsen die we in de deze studie bestuderen, bestaan al meerdere jaren. Toch blijft de penetratiegraad – het gedeelte van de bevolking dat aangesloten is ten opzichte van het aantal mensen dat in de regio woont – relatief laag. De meeste ziekenfondsen bereiken iets minder dan 10% van hun doelpubliek. Voorlopig is dus slechts een kleine minderheid van de bevolking beschermd door het ziekenfonds tegen gezondheidsrisico's.

De ziekenfondsen in de West-Afrikaanse landen zijn niet de enige die dit probleem hebben. De internationale instellingen die werken rond de mutualiteiten, herhalen dat één van de grote uitdagingen voor de ziekenfondsen is om de penetratiegraad te verhogen. In een context waar de inschrijving vrijwillig is, lijkt die geplafonneerd te zijn op een bepaald niveau.

Als voorbeeld hebben we dit fenomeen onderzocht in de ziekenfondsen van Atacora in het noorden van Benin. In deze regio ondersteunt Louvain Cooperation de oprichting en de werking van verschillende ziekenfondsen. Daar tonen de Onafhankelijke Ziekenfondsen ook hun betrokkenheid in de Afrikaanse mutualistische beweging door, zowel op financieel als technisch vlak, de ziekenfondsen te ondersteunen.

Tabel 3 toont de evolutie en de ledentrouw van de drie ziekenfondsen in Atacora: Coby, N'Dahonta en Matéri. De ziekenfondsen in Coby en N'Dahonta bestaan al tien jaar en het aantal leden varieert jaarlijks. Het ziekenfonds in Matéri is recent opgericht en kent momenteel een scherpe stijging in het aantal leden. Dit is een fenomeen dat we vaak zien bij nieuwe ziekenfondsen. In het begin trekken ze het deel van de bevolking aan dat nood heeft aan gezondheidszorgen. Wanneer deze vraag naar gezondheidszorgen beantwoord is, wordt het moeilijker om bijkomende leden aan te trekken.

Zoals de cijfers aangeven, moeten de ziekenfondsen van Coby en N'Dahonta een grote inspanning doen om hun leden te behouden. De ledentrouw ligt tussen de 52 en 81%. Elk jaar schrijft een hoog percentage van leden zich niet opnieuw in. Om het ziekenfonds leefbaar te houden, moeten deze personen vervangen worden door op zijn minst evenveel nieuwe leden. Dit vraagt aan de werknemers van de ziekenfondsen een substantiële investering, zowel financieel als creatief, tijdens de aansluitingscampagnes.

	COBLY			N'DAHONTA			MATÉRI		
	46.700 inwoners			15.600 inwoners			83.700 inwoners		
	Aantal leden	Evolutie	Trouw	Aantal leden	Evolutie	Trouw	Aantal leden	Evolutie	Trouw
<b>2014</b>	3.732	/	74 %	2.481	/	52 %	/	/	/
<b>2015</b>	3.784	+1 %	74 %	2.822	+14 %	81 %	1.010	/	/
<b>2016</b>	3.017	-20 %	62 %	2.825	0 %	69 %	2.829	+180 %	78 %

**TABEL 3**

**Evolutie van het aantal leden van de ziekenfondsen in Atacora, Benin.**

In dit deel van de studie gaan we op zoek naar de redenen voor deze lage hernieuwingscijfers. We doen dit in twee stappen. Ten eerste analyseren we de wetenschappelijke literatuur over de redenen waarom mensen lid worden bij een ziekenfonds en dat lidmaatschap verlengen<sup>13</sup>. Daarna vullen we deze literatuurstudie aan met een terreinonderzoek dat als doel heeft de lage hernieuwingscijfers in de ziekenfondsen in Atacora te begrijpen.

In Hoofdstuk 7 geven we een kort overzicht van deze literatuur en de belangrijkste lessen die we hier uit kunnen trekken. Hoofdstuk 8 toont de resultaten van een uitgebreid veldwerk, uitgevoerd door Marnick Vanlee in het kader van zijn thesis<sup>14</sup>. Op basis hiervan geven we aanbevelingen.

13

In deze studie gebruiken we de termen "hernieuwen", "ledentrouw" en "verlengen van het lidmaatschap" als synoniemen.

14

Marnick Vanlee, 'Understanding health insurance systems and the notion of risk in Northern Bénin', KULeuven, 2016.

## Hoofdstuk 7 - Literatuurstudie

---

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van bestaande studies over de redenen waarom mensen zich aansluiten bij een ziekenfonds en hun lidmaatschap vernieuwen. We concentreren ons hierbij op de belangrijkste factoren die vaak naar voor komen in de literatuur<sup>15</sup>: betaalbaarheid, begrip van de verzekering, vertrouwen, frequentie van uitbetalingen, kwaliteit van de diensten, formaliteiten bij de aansluiting en het moment van betaling van de bijdrage.

We concentreren ons hierbij op studies die ziekenfondsen in ontwikkelingslanden bestuderen. Wanneer er slechts een beperkt aantal studies is, refereren we bijkomend aan studies rond aansluitingen bij andere soorten micro-verzekeringen, zoals landbouwverzekeringen. Als een studie niet over ziekenfondsen gaat, vermelden we dit expliciet.

### 7.1 Betaalbaarheid

---

De reden die misschien wel het vaakst wordt aangehaald voor het lage percentage aansluitingen, is dat mensen de bijdrage niet kunnen betalen. Dit is inderdaad een reden die door de leden zelf ook regelmatig wordt vermeld. In een gezondheidsverzekering in Burkina Faso was dit bijvoorbeeld de meest geciteerde reden waarom leden hun lidmaatschap niet hebben vernieuwd (Dong et al., 2009). We zien inderdaad dat de hoogte van de bijdrage een effect heeft op de aansluitingen. Wanneer de bijdrage met 10% wordt verlaagd, sluiten er zich tussen de 4 en 11% meer leden aan (Cole et al., 2013; Dercon et al., 2011; Karlan et al., 2014).

Maar de betaalbaarheid van de bijdrage is niet de enige reden voor de lage aansluitingspercentages die we zien. In het kader van landbouwverzekeringen verkochten zowel Cole et al. (2013) and Karlan et al. (2014) verzekeringen aan een sterk verlaagde prijs. Toch kochten nog steeds minder dan 50% van de mensen de verzekering. Bonan et al. (2012) en Thornton et al. (2010) gaven een gratis gezondheidsverzekering in de beginperiode en toch sloot slechts 30% van de bevolking zich aan.

De betaalbaarheid is dus zeker een belangrijke reden voor de lage aansluitingspercentages, maar een lage prijs alleen is niet genoeg om veel aansluitingen te krijgen. We bekijken nu welke andere factoren ook meespelen in de beslissing om zich aan te sluiten.

### 7.2 Begrip van de verzekering

---

De ziekenfondsen moeten er alles aan doen zodat potentiële en nieuwe leden goed begrijpen wat een verzekering inhoudt. Dat is een grote uitdaging. Het concept van een verzekering – geld betalen in ruil voor een potentiële tussenkomst voor een potentieel probleem – is niet gemakkelijk te vatten. Als mensen het begrip verzekering slecht begrijpen, kan dit een belangrijk effect hebben op de aansluitingspercentages. De beschikbare studies geven hierover een gemengd beeld.

De werking van de verzekering wordt niet altijd goed begrepen. Het beste voorbeeld hiervan is dat nieuwe leden regelmatig vragen of ze hun bijdrage terugkrijgen als ze een jaar geen tussenkomsten hebben gekregen (Basaza et al., 2008). We zien ook systematisch dat hoger opgeleiden zich sneller aansluiten bij een gezondheidsverzekering (Giesbert et al., 2011; Jehu-Appiah et al., 2011; Schneider and Diop, 2004). Het is mogelijk dat hun hoger niveau van opleiding hen toelaat de verzekering beter te begrijpen en dat ze hierdoor gemakkelijker aansluiten.

Op basis hiervan hebben verschillende onderzoekers informatiesessies georganiseerd over verzekeringen voor potentiële leden van een gezondheidsverzekering. Bonan et al. (2012) organiseerden een drie uur durende training over de verzekering en financieel management. Schultz et al. (2013) gaven modules over verschillende thema's. Dercon et al. (2011) stelden studiegroepen samen waarin gediscussieerd werd over verzekeringen. Deze informatiesessies hadden verrassend genoeg geen effect op de aansluitingen. De kans dat potentiële leden die de sessies volgden zich zouden aansluiten, bleef even groot als de kans dat mensen die de sessies niet hebben gevolgd zich zouden aansluiten.

Moeten we hieruit afleiden dat een beperkt begrip van de verzekering toch geen probleem vormt? Niet noodzakelijk. Deze studies tonen aan dat er geen effect is op de korte termijn. Meer informatie bezitten over de verzekering lijkt zich niet onmiddellijk te vertalen in meer aansluitingen.

Maar een correct begrip van verzekeringen lijkt wel een belangrijke factor voor de aansluitingen op de lange termijn. In een gezondheidsverzekering in India merken Platteau and Ugarte

15

Voor meer details, zie: J.P. Platteau, O. De Bock en W. Gelade, "The Demand for Micro-Insurance: A Literature Review", World Development, 2017



(2016) dat mensen hun lidmaatschap vaker niet vernieuwen als ze een jaar geen tussenkomsten krijgen. Ze vernieuwen hun lidmaatschap echter wel als ze een goed begrip hebben van verzekeringen. Om een duurzame verzekering uit te bouwen die zijn bestaande leden kan behouden en nieuwe leden kan aantrekken, lijkt het dus belangrijk dat de leden goed begrijpen wat een verzekering is.

### 7.3 Vertrouwen

---

Door zich aan te sluiten bij een ziekenfonds aanvaardt een lid om eerst een bijdrage te betalen en pas later tussenkomsten te krijgen. Het lid moet er dus op vertrouwen dat die tussenkomsten effectief zullen worden betaald als het nodig is. Een factor die er op wijst dat vertrouwen belangrijk is in de beslissing om lid te worden en te blijven, is de reactie van leden op tussenkomsten. Leden die een tussenkomst krijgen, hernieuwen hun lidmaatschap vaker (Fitzpatrick et al., 2011; Dong et al., 2009; Platteau and Ugarte, 2016). Hiervoor bestaan verschillende mogelijke verklaringen, maar de meest waarschijnlijke is dat de leden die een tussenkomst krijgen meer vertrouwen hebben in de verzekering. Ook bij hun landbouwverzekeringen zagen Cole et al. (2014a) en Karlan et al. (2014) dat mensen sneller verzekeringen kopen als ze merken dat hun kennissen tussenkomsten krijgen. Vertrouwen lijkt dus een belangrijke factor in de beslissing om zich aan te sluiten.

Een manier om het vertrouwen in de verzekering te verhogen, is door mensen in te schakelen die vertrouwd worden door de leden. Verschillende studies tonen aan dat wanneer vertrouwde personen verantwoordelijk zijn voor de promotie en verkoop van de verzekeringen, er een substantiële verhoging is van het aantal leden (Giné et al., 2008; Cole et al., 2013). Dit lijkt dus een efficiënte manier om het aantal aansluitingen te verhogen. Aangezien het om vertrouwen gaat, is eender welke maatregel die het vertrouwen verhoogt belangrijk. Enkele mogelijkheden: het betrekken van vertrouwde lokale organisaties, de steun van gerespecteerde personen in de gemeenschap winnen, zorgen dat er voldoende transparantie is over de verzekering, de gemeenschap betrekken bij beslissingen over het ziekenfonds.

### 7.4 Frequentie van uitbetalingen

---

We hebben al vermeld dat leden die uitbetalingen krijgen, gemakkelijker hun lidmaatschap hernieuwen. Door te zorgen dat er frequente uitbetalingen zijn, zouden leden dus langer lid blijven. In een studie in Ethiopië (Norton et al., 2011) hebben de onderzoekers rechtstreeks aan de mensen gevraagd welke soort verzekering ze verkiezen. Hun antwoord luidde dat ze inderdaad verzekeringen verkiezen die vaker uitbetalen.



Merk wel op dat het niet evident is dat een verzekering frequent uitbetaalt. Betaalbaarheid is belangrijk, maar daarnaast is het ook waardevol als de verzekering net die risico's dekt, vaak voor hospitalisaties, die een grote impact hebben op het leven van de leden. Het is moeilijk om een verzekering te maken die betaalbaar is, grote risico's dekt en ook nog eens frequent tussenkomt voor de kleinere risico's voor ambulante zorgen. Maar het is niet onmogelijk... Voor de kleine risico's kan er bijvoorbeeld een beperkte tussenkomst zijn die geen grote impact heeft op de prijs van de verzekering, maar er toch voor zorgt dat leden op regelmatige basis een tussenkomst krijgen. Zo winnen zij vertrouwen in de verzekering.

## 7.5 Kwaliteit van de diensten

---

Het is evident dat voor een gezondheidsverzekering de kwaliteit van de diensten in de zorgcentra erg belangrijk is. Verschillende studies tonen aan dat dit een van de belangrijkste factoren is in de beslissing om lid te worden (Criel and Waelkens, 2003; Basaza et al., 2008; De Allegri et al., 2006). De kwaliteit van de centra is een breed begrip en bevat niet enkel de kwaliteit van de zorgen maar ook de afstand naar het centrum. Het is dus belangrijk om met alle facetten rekening te houden. Zo ontdekten Dong et al. (2009) bijvoorbeeld dat klachten over het gedrag van het medisch personeel de tweede meest geciteerde reden was om het lidmaatschap niet te verlengen.

## 7.6 Formaliteiten bij de aansluiting

---

De manier waarop de bijdragen van de leden worden verzameld, lijkt niet zo belangrijk. Er zijn verschillende studies die echter aantonen dat er substantieel meer aansluitingen zijn wanneer het gemakkelijk wordt gemaakt om de bijdrage te betalen.

Voor een gezondheidsverzekering in Nicaragua geven Thornton et al. (2010) marktcrammers de mogelijkheid om zich direct op de markt aan te sluiten (in plaats van een procedure van een dag te doorlopen). Dit leidt tot 30 procent punt meer aansluitingen. Capuna et al. (2014) zien ook 36 procent punt meer aansluitingen wanneer ze de mensen helpen bij het invullen van de formulieren en die zelf naar het kantoor brengen. Een kostelijk alternatief pakket van maatregelen, dat bestaat uit 50% korting, SMS-herinneringen om in te schrijven en een extra informatiepakket, leidt slechts tot 5 procent punt meer inschrijvingen. Kleine wijzigingen kunnen dus een grote impact hebben op de aansluitingen.

Het is uiteraard belangrijk dat leden voldoende informatie hebben over de manier waarop ze moeten inschrijven. Zowel Fitzpatrick et al. (2011) als Platteau and Ugarte (2015) merken dat een groot deel van de leden die zich niet opnieuw inschreven, niet wisten waar ze dat moesten doen. Het is mogelijk dat het hier enkel om slecht georganiseerde verzekeringen gaat, maar het toont wel aan dat het belangrijk is om stil te staan bij hoe de leden het beste worden geïnformeerd.

## 7.7 Moment van betaling van de bijdrage

---

Naast de manier waarop de betaling van de bijdrage gebeurt, is ook het moment waarop de betaling moet gedaan worden belangrijk. Gezinnen hebben niet het hele jaar geld beschikbaar en het kan dus belangrijk zijn om de bijdragen te innen wanneer geld beschikbaar is, bijvoorbeeld na een oogst.

Het sterkste bewijs hiervan is een studie door Casaburi and Willis (2015) over een landbouwverzekering. Ze gaven de mensen de kans om een lening aan te gaan om de verzekering te kopen. De lening werd dan later terugbetaald met het geld van de oogst. Hierdoor kocht 72% van de mensen de verzekering, terwijl dit voordien slechts 5% was. Dit is een ongezien hoog aansluitingspercentage voor zo'n verzekering. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat de mensen de verzekering wel wilden kopen, maar het geld niet hadden op het moment van de verkoop. In de meeste gevallen is het niet mogelijk om verzekeringen te verkopen via een lening, zoals in bovengenoemde studie. Maar het toont wel aan dat er zorgvuldig moet nagedacht worden over het moment waarop de bijdrage gevraagd wordt. Wanneer hebben mensen geld beschikbaar? Zijn er meerdere zulke momenten en zijn deze momenten voor iedereen hetzelfde?

## 7.8 Conclusie

---

We hebben een kort overzicht gegeven van de wetenschappelijke literatuur over de redenen waarom mensen lid worden (en blijven) van een ziekenfonds. We hebben ons geconcentreerd op de factoren die als belangrijk worden beschouwd in de literatuur. Betaalbaarheid, vertrouwen in de verzekering en een goede kwaliteit van de zorgcentra kunnen een grote invloed hebben op de beslissing om lid te worden. Het lijkt ook belangrijk dat de leden de verzekering goed begrijpen. Dit speelt vooral een rol op lange termijn om ervoor te zorgen dat mensen elk jaar opnieuw lid worden. Ook kleine veranderingen in de manier waarop de inschrijvingen gebeuren en de bijdrage betaald wordt, kunnen een groot effect hebben op de beslissing om zich aan te sluiten.

## 7.9 Referenties

---

- Basaza, R., B. Criel, & Van der Stuyft, P. (2008) Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath. *Health Policy*, 87(2), 172-184.
- Bonan, J., Dagnelie, O., LeMay-Boucher, P. & Tenikue, M. (2012). *Is it all about money? A randomized evaluation of the impact of insurance literacy and marketing treatments on the demand for health microinsurance in Senegal* (LISER Working Paper No 2012-03). Luxemburg: Luxembourg Institute of Socio-Economic Research (CEPS/INSTEAD).
- Capuno, J. J., Kraft, A. D., Quimbo, S., Tan Jr, C. R., & Wagstaff, A. (2014). *Effects of interventions to raise voluntary enrollment in a social health insurance scheme: a cluster randomized trial* (Policy Research Working Papers). United States: World Bank.
- Cole, S., Giné, X., Tobacman, J., Topalova, P., Townsend, R., & Vickery, J. (2013). Barriers to household risk management: evidence from India. *American Economic Journal: Applied Economics*, 5(1), 104-135.
- Casaburi, L., & Willis, J. 2015. Time vs. State in Insurance: Experimental Evidence from Kenya Contract Farming. Unpublished manuscript. Department of Economics, Harvard University, United States.
- Criel, B. & Waelkens, M.P. (2003), Declining subscriptions to the maliando mutual health organisation in Guinea-Conakry (West Africa): What is going wrong? *Social Science & Medicine*, 57(7), 1205-1219.
- De Allegri, M., Sanon, M., Bridges, J., & Sauerborn, R. (2006). Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa. *Health Policy*, 76(1), 58-71.
- Dercon, S., Gunning, J.W., & Zeitlin, A. (2011). The demand for insurance under limited credibility: evidence from Kenya. Unpublished manuscript. Oxford University, UK.
- Dong, H., De Allegri, M., Gnawali, D., Souares, A., & Sauerborn, R. (2009). Drop-out analysis of community-based health insurance membership at Nouna, Burkina Faso. *Health Policy*, 92(2-3), 174-179.

- Karlan, D., Osei, R., Osei-Akoto, I., & Udry, C. (2014). Agricultural decisions after relaxing credit and risk constraints. *Quarterly Journal of Economics*, 129(2), 597-652.
- Fitzpatrick, A., Magnoni, B. & Thornton, R.L. (2011). *Microinsurance utilization in utilization in Nicaragua : A report on effects on children, retention, and health* (ILO Microinsurance Innovation Facility Research Research Paper No 5). Geneva: Microinsurance Innovation Facility.
- Giesbert, L., Steiner, S., & Bendig, M. (2011). Participation in micro life insurance and the use of other financial services in Ghana. *Journal of Risk and Insurance*, 78(1), 7-35.
- Giné, X., Townsend, R., & Vickery, J. (2008). Patterns of rainfall insurance participation in rural india. *World Bank Economic Review*, 22(3), 539-566.
- Jehu-Appiah, C., Aryeetey, G., Agyepong, I., Spaan, E., & Baltussen, R. (2012). Household perceptions and their implications for enrolment in the national health insurance scheme in Ghana. *Health Policy and Planning*, 27(3), 222-233.
- Norton, M., Osgood, D., Madajewicz, M., Holthaus, E., Peterson, N., Diro, R., Mullally, C., The, T.L., & Gebremichael, M. (2011). Evidence of Demand for Index Insurance: Experimental Games and Commercial Transactions in Ethiopia. *Journal of Development Studies*, 50(5), 630-648.
- Schneider, P. & Diop, F. (2004), Community-based health insurance in rwanda. In Health financing for poor people: resource mobilization and risk sharing. In A.S. Preker & G. Carrin (Eds.), *Health financing for poor people* (251-74). Washington: The World Bank.
- Schultz, E., Metcalfe, M. & Gray, B. (2013) *The impact of health insurance education on enrolment of microfinance institution clients in the Ghana national health insurance scheme, northern region* (ILO Microinsurance Innovation Facility Research Research Paper No 33). Geneva: Microinsurance Innovation Facility.
- Thornton, R.L., Hatt, L.E., Field, E.M., Islam, M., Solís Diaz, F., & González, M.A. (2010). Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua: a randomized evaluation. *Health economics*, 19, 181-206.
- Platteau, J.-P. & Ugarte, D. (2016). *Understanding and information failures: Lessons from a health microinsurance program in India* (CRED Working Papers). Belgium: University of Namur.

## Hoofdstuk 8 - Hernieuwen van lidmaatschap in Atacora, Benin

### 8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van het veldonderzoek uitgevoerd van september tot oktober 2016 in drie ziekenfondsen in Atacora, Benin. Deze studie richt zich op de factoren die de teleurstellende hernieuwingscijfers kunnen verklaren en stelt eventuele oplossingen voor. Een groot aantal personen (medewerkers van de ziekenfondsen en de zorgcentra, verantwoordelijken bij de overheden, ...) werden geïnterviewd voor deze studie. Daarnaast werden er meer dan 250 enquêtes afgenomen bij leden die in regel waren met hun bijdragen en bij ex-leden. In deze studie verwijst "ex-leden" naar personen die lid waren in 2015, maar het niet meer waren op het moment van de enquête (in 2016).

De context waarin de ziekenfondsen werken, werd al besproken in Hoofdstuk 2. Daarom concentreren we ons hier op de gegevens die we verzameld hebben voor de studie (Sectie 8.2). We analyseren deze gegevens: welke factoren zijn belangrijk voor het hernieuwen van het lidmaatschap en welke niet? (Sectie 8.3).

De belangrijkste bevindingen worden besproken in de discussie (Sectie 8.4) en we beëindigen dit deel met aanbevelingen (Secties 8.5). Enkele bijkomende analyses bevinden zich in Bijlage 2 op p. 71.

### 8.2 Gegevens

Voor het onderzoek verzamelden we gegevens op twee manieren. We deden dit via 256 enquêtes bij leden (zowel huidige als ex-leden). Daarnaast organiseerden we 27 interviews bij allerlei belanghebbenden, zoals personeel van de zorgcentra en medewerkers van de ziekenfondsen.

Dit veldonderzoek gebeurde in de gemeenten van Tanguiéta (N'Dahonta), Matéri en Cobly en in de stad Natitingou, allen gelegen in het departement Atacora in Noord-Benin. Gezien de grote variëteit aan talen in die regio, namen lokale enquêteurs de enquêtes af in de drie gemeenten. Marnick Vanlee was verantwoordelijk voor de coördinatie van het team van lokale enquêteurs en nam zelf de interviews af.

#### 8.2.1 Enquêtes

We zijn op zoek naar de factoren die de verlenging van het lidmaatschap beïnvloeden. We zijn dus vooral geïnteresseerd in de ervaring van de leden die beslisten om hun lidmaatschap te hernieuwen en van diegenen die ze niet hebben vernieuwd. Door deze twee groepen te vergelijken, krijgen we een idee van de redenen waarom het lidmaatschap niet hernieuwd werd. We namen de enquêtes af bij personen die lid waren van een ziekenfonds in 2015. We enquêteerden steeds de titularis van het gezin als vertegenwoordiger van het gezin. Binnen deze groep namen we zowel enquêtes af bij personen die hun lidmaatschap in 2016 hebben verlengd als bij mensen die dit niet hebben gedaan. Op basis van deze enquêtes kunnen we dus enkel de beslissingen van het jaar 2016 bestuderen. Uitzonderlijke gebeurtenissen in 2015 en 2016 kunnen de resultaten van de studie beïnvloeden.

Voor de selectie van de personen was het belangrijk dat de respondenten uit elk van de drie gemeenten afkomstig waren. Alleen zo waren we zeker dat er geen invloed zou zijn van een gemeente, want dat zou een vertekend beeld kunnen geven. Er werden willekeurig elf dorpen geselecteerd per gemeente. In elk dorp werden gemiddeld acht enquêtes afgenomen. Ook de selectie van de respondenten verliep willekeurig. We hebben hiervoor de ledenlijsten van de ziekenfondsen voor 2015 en 2016 gebruikt. De precieze verdeling over de geselecteerde dorpen maakten we afhankelijk van de effectieve hernieuwingscijfers in die dorpen. Als bijvoorbeeld ergens driekwart van de leden het lidmaatschap in 2016 verlengd had, werden er in dat dorp zes mensen ondervraagd die hernieuwd hadden en twee mensen die hun lidmaatschap niet hadden vernieuwd. Als een geselecteerde persoon niet beschikbaar was voor een enquête werd hij of zij vervangen door iemand met hetzelfde statuut (hernieuwd of niet hernieuwd) en geslacht.<sup>16</sup>

Voor het afnemen van de enquêtes werd een beroep gedaan op een team van drie lokale enquêteurs, al is geen van hen afkomstig uit een van de geselecteerde dorpen. De enquêteurs spreken de dominante taal van één van de drie gemeenten en ze waren dan ook uitsluitend in die gemeente actief. De – op dat moment bijna afgestudeerde – enquêteurs hebben een

<sup>16</sup>

Ongeveer 3 op de 10 geselecteerde personen waren niet beschikbaar op het moment van het interview.

achtergrond in socio-antropologisch onderzoek en waren uiterst geschikt om deze taak uit te voeren. Ze werden logistiek bijgestaan door de animatoren van de ziekenfondsen voor het transport tussen de verschillende respondenten en dorpen en voor de identificatie van de enquêteren personen. De animatoren namen zelf geen enquêtes af om te vermijden dat de correspondenten geen waarheidsgetrouwe antwoorden zouden geven. Hun taak beperkte zich tot de voorbereiding van de bezoeken van de enquêteurs en het transport tussen de verschillende respondenten. Daarbij viel op dat animator en enquêteur telkens samen verschenen bij een geselecteerd individu. De kans bestaat dus dat de mensen alsnog een sterke band tussen de twee vermoedden. Voor elk interview werd sterk benadrukt dat de studie zich onafhankelijk van de ziekenfondsen voltrok en dat de gegevens anoniem zouden blijven.

De enquête zelf bestond uit een 80-tal vragen en nam ongeveer een uur per respondent in beslag. Ze bevatte algemene vragen over afkomst, religie, bezittingen, etc. om een profiel te vormen van de ondervraagde. Daarnaast kwamen natuurlijk vragen aan bod over de werking van de ziekenfondsen en zorgcentra, over solidariteit en over de beslissing om al dan niet het lidmaatschap te verlengen. De enquête werd afgenomen met behulp van tablets, zodat de gegevens digitaal opgeslagen werden en meteen geanalyseerd konden worden.

### Hoe de gegevens interpreteren?

Tijdens deze studie zullen we de resultaten regelmatig op dezelfde manier presenteren.

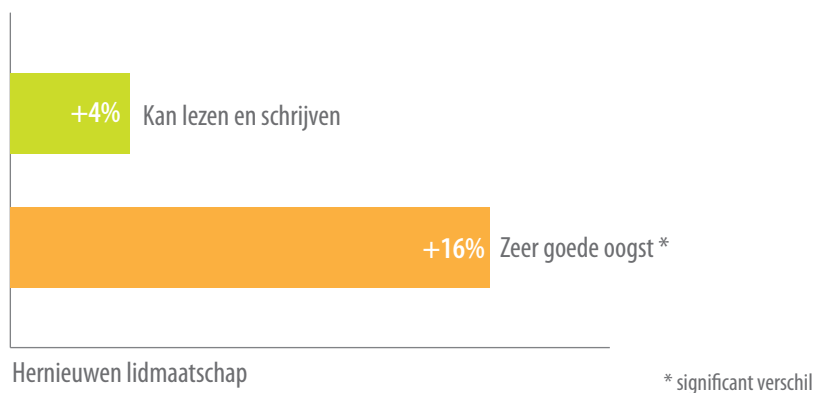
We tonen hieronder aan de hand van een voorbeeld hoe de cijfers geïnterpreteerd kunnen worden. In Figuur 16 tonen we resultaten in verband met alfabetisme en de kwaliteit van de oogst.

**FIGUUR 16**

Percentage respondenten die kunnen lezen en schrijven en een goede oogst hadden, in verhouding met het hernieuwen van het lidmaatschap.

Aandeel van de bevolking

- 44%
- 37%



Er is 4% meer kans dat personen die kunnen lezen en schrijven zich opnieuw inschrijven, dan personen die niet kunnen lezen en schrijven. In de groep van mensen die kunnen lezen en schrijven was het hernieuwingspercentage 71%. In de groep van mensen die niet kunnen lezen en schrijven, was het 67%<sup>17</sup>. Het verschil is dus 4%<sup>18</sup>. Op dezelfde manier zien we dat er 16% meer kans is dat personen die "een zeer goede oogst hadden" hun lidmaatschap zullen vernieuwen, vergeleken met personen die geen goede oogst hadden.

Om de resultaten goed te kunnen interpreteren, tonen we ook het percentage van de correspondenten die betrokken zijn. Zo zien we dat 44% van de personen kan lezen en schrijven, terwijl 37% van de personen een goede oogst hadden.

We moeten in ons achterhoofd houden dat deze enquêtes slechts bij een beperkt aantal personen (256) zijn afgenomen. Daarom is er steeds een foutenmarge voor de resultaten die we tonen. De exacte foutenmarge verschilt, maar schommelt tussen de 5 en 20%.

Daarom vermelden we steeds wanneer een resultaat "statistisch significant" is, wat betekent dat een verschil groter is dan de foutenmarge. Wanneer een verschil significant is, kunnen we dus met relatief grote zekerheid zeggen dat er effectief een verschil is. In dit geval voegen we een ster (\*) toe aan het criterium dat we onderzoeken.

Zo toont de grafiek dat het verschil voor personen met een goede oogst significant is. We zijn dus relatief zeker dat mensen die een betere oogst hebben ook vaker hun lidmaatschap hernieuwen. We zien ook dat het verschil in hernieuwen voor de mensen die kunnen lezen en schrijven niet significant is. Het is dus mogelijk dat er eigenlijk geen verschil is tussen de mensen die wel en niet kunnen lezen en schrijven.

We maken nog een belangrijke opmerking over de interpretatie van deze resultaten. Op basis van deze resultaten zullen we concluderen dat een goede oogst een belangrijke factor is

<sup>17</sup> Deze cijfers komen niet voor in Figuur 16. We zijn hoofdzakelijk geïnteresseerd in het verschil van 4% tussen deze twee cijfers.

<sup>18</sup> De correcte benaming is eigenlijk 4 percent punt, niet percent. Voor de leesbaarheid zullen we het steeds over percentages hebben.





bij het hernieuwen van het lidmaatschap. Maar we kunnen niet met zekerheid zeggen dat personen met een goede oogst niet ook op andere manieren verschillen van mensen met een slechte oogst. We kunnen dus niet uitsluiten dat de hogere hernieuwingscijfers worden veroorzaakt door eventuele andere verschillen dan een goede oogst.

Om hier toch (deels) aan tegemoet te komen, doen we een extra analyse in de bijlage. Daar kijken we naar dezelfde verschillen in hernieuwingscijfer, maar houden we ook rekening met verschillen in de eigenschappen van de leden (opleidingsniveau, rijkdom...) en andere factoren die het hernieuwen kunnen verklaren (zoals kennis van de verzekering, vertrouwen in de verzekering, ...). We zullen hier niet steeds op terugkomen, maar de resultaten in de tekst veranderen weinig als we deze bijkomende analyse doen. Hoewel ook dit geen absolute zekerheid geeft, versterkt het toch de interpretatie van de resultaten. We kunnen dus met meer vertrouwen zeggen dat, bijvoorbeeld, een goede oogst een belangrijke factor is bij het vernieuwen.

### 8.2.2. Interviews

Leden en ex-leden kunnen verduidelijken waarom de hernieuwingscijfers teleurstellend zijn. Maar naast hen zijn er ook nog andere mensen die waardevol kunnen zijn in dit debat. Het zorgpersoneel, dat de enquête niet heeft afgelegd, verdient ook speciale aandacht. En ook de medewerkers van de ziekenfondsen moeten hierin worden gehoord. De gesprekken met deze personen verliepen al dan niet individueel en volgens een semigestructureerde methodologie. Concreet wil dit zeggen dat de vragen van deze interviews wel op voorhand werden opgesteld, maar dat er ruimte werd gelaten voor uitweidingen. Waar de bedoeling van de enquêtes was om precieze informatie te verzamelen, was het objectief van de interviews om personen de vrijheid te laten om zich uit te drukken en hun ideeën te ontwikkelen. De interviews vonden gelijktijdig met de enquêtes plaats.

In Tabel 4 geven we een overzicht van de personen die werden geïnterviewd voor deze studie.

TABEL 4

Lijst met personen die geïnterviewd werden.

## LOUVAIN COOPÉRATION

Ernest N'Boma, Technisch Assistent voor de promotie van ziekenfondsen bij Louvain Coopération, Benin

Adviserend geneesheren van de ziekenfondsen in Benin en Togo

## ZIEKENFONDSEN

Management team van het ziekenfonds van Coby

Management team van het ziekenfonds van Matéri

Management team van het ziekenfonds van N'Dahonta

Gniammi Bio Benoît, animator in N'Dahonta

Kona Mêmaton, animator in N'Dahonta

Toumoudagou M'Poli Emmanuel, animator in Coby

Issifou Moustafa Yambogo, animator in Coby

Gnammi Sabi, animator in Matéri

Gnammi Kouétcha Karim, animator in Matéri

## OVERHEDEN EN ZORGCENTRA

Kaukley Landry, coördinator van de sanitaire zone van Tanguiéta-Coby-Matéri

Boulga Paul Ruffin, hoofdverpleegkundige van het zorgcentrum van Tantéga Matéri

Kiki, vroedvrouw in het zorgcentrum van Tantéga Matéri

Issifou Soumouratou, hoofdverpleegkundige van het zorgcentrum van Coby

Sinmegui Azaratou, hoofdverpleegkundige van het zorgcentrum van Kountori

Yame Rute Rafiatou, vroedvrouw in het zorgcentrum van Kountori

Aglin Alain, hoofdverpleegkundige van het zorgcentrum van Taïacou N'Dahonta

Kouaro Vintorine, vroedvrouw in het zorgcentrum van Taïacou N'Dahonta

Adamou Etiè, apotheker in het zorgcentrum van Dassari Matéri

Clémence, vroedvrouw in het zorgcentrum van Dassari Matéri

Tagali Clodile, verpleegster in het zorgcentrum van N'Dahonta

Bétani Namboni Boni, verpleger in het zorgcentrum van N'Dahonta

## HÔPITAL SAINT JEAN DE DIEU (SJDD)

Dr Kouma Diombo, hoofd algemene geneeskunde SJDD en adviserend geneesheer

Gnammi Patrice, boekhouder SJDD

Houedohounde Arsène, arts, adjunct-hoofd van de dienst pediatrie in het ziekenhuis Saint Jean de Dieu

Het zorgpersoneel uit de private en de publieke sector hebben in deze gesprekken de rol van vertegenwoordigers van de zorgsector op zich genomen. De zorgcentra van het onderzoeksgebied zijn de meest gedecentraliseerde publieke centra in Benin. Zij fungeren als eerste referentiepunt voor de lokale bevolking en er is een samenwerkingsverband met de drie ziekenfondsen. Het ligt dan ook voor de hand dat hun personeel, dat dagelijks in contact komt met mutualisten, een waardevolle bron van informatie vormt voor het onderzoek. In elke gemeente hebben we twee personeelsleden van twee zorgcentra geïnterviewd. We hebben twee personeelsleden geïnterviewd in een centrum dat een goede relatie heeft met de ziekenfondsen en twee personeelsleden in een centrum met een minder goede relatie. Het gaat niet zozeer om de relatie tussen vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en zorgpersoneel, maar veeleer over de houding van die laatste groep tegenover leden. Die zou in sommige zorgcentra te wensen over laten. Daarom leek het ons belangrijk om het personeel aan het woord laten. Afhankelijk van de beschikbaarheid, interviewden we de hoofdverpleegkundige van het centrum, de vroedvrouw, de verplegers of apotheker van het centrum.

### > Coördinator van de sanitaire zone van Tanguiéta-Cobly-Matéri

Er werd ook een gesprek voorzien met de coördinator van de sanitaire zone<sup>19</sup>. Met hem werd de algemene gezondheidstoestand in de regio besproken en ook de perceptie van solidariteit onder de lokale bevolking kwam aan bod. Hij ging ook moeilijke onderwerpen niet uit de weg, zoals de moeizame relatie tussen zorgpersoneel en leden van de ziekenfondsen. Hij gaf toe dat er hier en daar problemen zijn, voornamelijk met nieuw personeel dat nog nooit met ziekenfondsleden heeft gewerkt en dat ook nog geen opleiding heeft gekregen. Volgens hem was *vente illicite*<sup>20</sup> sinds de introductie van de ziekenfondsen sterk gedaald.

Hij verklaarde ook dat het werk van de adviserend geneesheer de kwaliteit van de zorgverlening sterk verhoogd heeft. De zorgcentra worden veel vaker bezocht sinds de introductie van de ziekenfondsen. Hij voelt dus erg veel appreciatie voor de ziekenfondsen. Bovendien verwerft hij dankzij de adviserend geneesheer en de vertegenwoordiger van Louvain Cooperation extra informatie over zijn zone. We mogen dus concluderen dat er een waardevolle relatie bestaat tussen de sanitaire zone en de ziekenfondsen.

### > Adviserend geneesheren van de ziekenfondsen van Atacora

Ook de drie adviserende geneesheren die voor Louvain Cooperation in Benin en Togo werken, gaven hun visie tijdens de gesprekken. Het gesprek met deze drie geneesheren gebeurde in groep. Hun rol bestaat er vooral in om de kwaliteit in de zorgcentra te verhogen. Ze controleren niet enkel de facturen, maar geven ook feedback over het correct toepassen van de richtlijnen. Zij beamen dus dat de zorgcentra waarmee de ziekenfondsen samenwerken een steeds hogere kwaliteit hebben.

Volgens de adviserend geneesheren zijn de zorgverleners erg belangrijk bij de ledenwerving. Als zij positief staan tegenover het ziekenfonds, of zelf lid zijn, kan dit andere mensen aanmoedigen om lid te worden.

### > Zorgverstrekkers in het ziekenhuis Saint Jean de Dieu

Er werden ook interviews georganiseerd in de private zorgsector. Hiervoor trokken we naar het regionale ziekenhuis Saint Jean de Dieu. Dit ziekenhuis werd in 1970 gebouwd en fungeert als referentiehospitaal voor de sanitaire zone. Dat betekent dat alle patiënten van de zone die niet behandeld kunnen worden in een lokaal zorgcentrum, in dit ziekenhuis opgevangen moeten worden. Saint Jean de Dieu moet haar statistieken en gezondheidsrapporten doorspelen aan de overheid, in ruil voor subsidies. Het merendeel van het personeel heeft een contract bij Saint Jean de Dieu. Het ziekenhuisteam wordt echter aangevuld door verschillende medewerkers van de overheid.

Een bezoek aan het referentiehospitaal was erg interessant. Veel leden van de ziekenfondsen zouden de diensten in dit ziekenhuis graag in de dekking van de ziekenfondsen zien. Louvain Cooperation is dan ook bezig een unie van drie ziekenfondsen op te richten, zodat onderhandelingen met Saint Jean de Dieu mogelijk zijn. Per toeval was de adviserend geneesheer van de ziekenfondsen diensthoofd van de afdeling Algemene Geneeskunde in Saint Jean de Dieu op het moment van het interview. Het was dan ook logisch dat er met dit diensthoofd werd gesproken. Ook een arts uit de pediatrie afdeling en een boekhouder van de Staat werden geïnterviewd. In deze gesprekken ging het vooral over de mogelijke samenwerking tussen het ziekenhuis en de ziekenfondsen. Hoe wenselijk is dit voor de bevolking en het ziekenhuis zelf? En is dit haalbaar voor de zorgverlening?

### > Medewerkers van de ziekenfondsen

Een ander soort gesprekken werden gehouden met medewerkers van de ziekenfondsen. Bij elk ziekenfonds werden verschillende interviews afgenomen: één met elke animator en één gezamenlijk met enkele vertegenwoordigers van het bestuur. De animatoren kregen deze centrale rol toebedeeld omdat zij een intens contact hebben met (potentiële) leden. Zij zijn ook het beste geplaatst om te spreken over het terrein. De opmerkingen van de animatoren werden vergeleken met de informatie uit de enquête. Het groepsgesprek met de manager en vertegenwoordigers van het bestuur ging vooral over de resultaten van de laatste rekruteringscampagne en de moeilijkheden die elk ziekenfonds ondervindt om ledentrouw te stimuleren.

De medewerkers van de ziekenfondsen hebben uiteraard een goed beeld van de mogelijke redenen waarom leden hun lidmaatschap niet verlengen. Meermaals haalden ze aan dat de leden beperkte middelen hebben en het voor hen niet altijd mogelijk is om de bijdrage te betalen. Maar ze geven ook enkele andere redenen op. Zo benadrukken ze dat er te weinig medewerkers zijn om langs te gaan bij de leden om de bijdragen op te halen. Daarnaast vinden

19

De sanitaire zone omvat alle gemeenten waarin de ziekenfondsen actief zijn.

20

Dit is de praktijk dat er medicatie rechtstreeks door de zorgverlener aan de patiënt wordt verkocht, in plaats van via de apotheek (zoals het zou moeten). We komen hier later meer uitgebreid op terug.

leden die een jaar geen tussenkomst hebben gekregen, het niet de moeite om het volgende jaar opnieuw lid te worden. Volgens de medewerkers zijn de leden ook slecht geïnformeerd over de dekking en reageren ze vaak ontgoocheld als blijkt dat ze geen tussenkomst krijgen, terwijl ze dachten van wel. De medewerkers gaven ook aan dat sommige leden vinden dat ze niet goed worden onthaald in de zorgcentra. En uiteraard valt het de medewerkers ook op dat de timing van de inkomsten van de oogst niet goed overeenkomt met het moment waarop de ziekenfondsbijdrage moet worden betaald.

### > Verantwoordelijken van Louvain Cooperation

Als laatste groep werd ook gesproken met de verantwoordelijken van Louvain Cooperation (Brice Titipo, verantwoordelijk voor het programma van de ziekenfondsen in Togo en Benin en Ernest N'Boma, Technisch Assistent in Benin). Brice heeft het begin van de missie begeleid en Ernest was tijdens de volledige missie beschikbaar. Zij waren een belangrijke bron van informatie over de werking van het ziekenfonds, de moeilijkheden die de ziekenfondsen ondervinden en de redenen waarom leden hun lidmaatschap niet vernieuwen. Deze studie zou niet mogelijk zijn geweest zonder hun steun.

De volgende secties van deze studie zijn gebaseerd op de inhoud van deze interviews. In de volgende sectie combineren we de resultaten van de enquêtes bij de leden, met de informatie die we verkregen via de interviews. We zullen niet steeds vermelden in welk interview we bepaalde informatie gekregen hebben, maar het spreekt voor zich dat deze informatie cruciaal was voor het tot stand komen van dit rapport. In het bijzonder in de aanbevelingen baseren we ons sterk op de ideeën en suggesties van de verschillende actoren.

## 8.3 Resultaten

---

In deze sectie onderzoeken we waarom de leden van de ziekenfondsen hun lidmaatschap vaak niet verlengen. Hiervoor baseren we ons op de gegevens van zowel de enquêtes als de interviews. Door deze gegevens samen te voegen, proberen we een zo volledig mogelijk beeld te geven van de factoren die de soms teleurstellende hernieuwingscijfers kunnen verklaren.

Op basis van de literatuurstudie en op basis van discussies met de medewerkers van Louvain Cooperation in Benin en Togo, hebben we een lijst van mogelijke factoren samengesteld. Voor ieder van hen onderzoeken we of ze een grote impact hebben op het hernieuwen.

- > Hebben leden wel voldoende middelen om de bijdrage voor het lidmaatschap te betalen? (8.3.1)
- > Zelfs als ze voldoende inkomsten hebben, is het belangrijk dat het geld beschikbaar is op het moment dat de bijdrage betaald moet worden. Komt de timing van hun inkomsten overeen met het moment dat de bijdrage betaald moet worden? (8.3.2)
- > De ziekenfondsen betalen de zorgen in de lokale zorgcentra. Worden de mutualisten daar goed ontvangen en krijgen ze daar goede zorgen? (8.3.3)
- > Om goed gebruik te maken van de bescherming van het ziekenfonds is het belangrijk dat ze een goede kennis hebben van de werking en de dekking van het ziekenfonds. Hoe goed is deze kennis? (8.3.4)
- > De werking van het ziekenfonds is gebaseerd op solidariteit. Begrijpen de leden deze solidariteitsprincipes? Daarnaast bestaan er in de dorpen ook al informele solidariteitsmechanismen. Maken die de ziekenfondsen overbodig? (8.3.5)
- > Het is cruciaal dat leden voldoende vertrouwen hebben in de ziekenfondsen. Vertrouwen ze dat de ziekenfondsen hun beloftes zullen nakomen en zullen betalen voor ziektekosten wanneer nodig? (8.3.6)
- > Tot slot is een lidmaatschap financieel het meest interessant voor diegenen die hoge ziektekosten hebben. Zijn de leden die hernieuwen hoofdzakelijk zij die veel gebruikmaken van het ziekenfonds en verwachten die leden nog hoge ziektekosten te hebben? (8.3.7)

In de komende secties trachten we een antwoord te bieden op deze vragen. Voor elk van deze vragen proberen we in te schatten hoe belangrijk deze zaken zijn en in welke mate ze bijdragen tot het hernieuwen van het lidmaatschap.



### 8.3.1 Beschikbaarheid van middelen

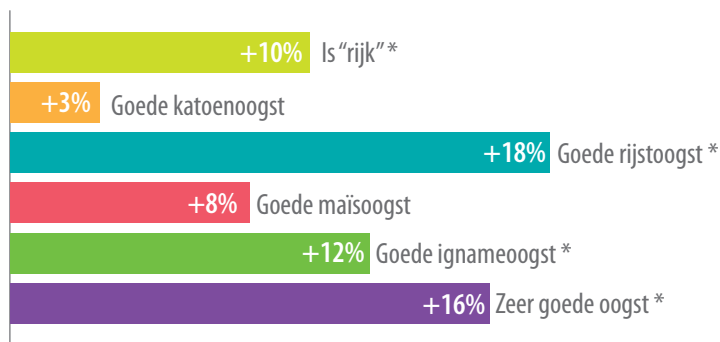
Een eerste noodzakelijke voorwaarde om het lidmaatschap te verlengen, is dat de leden effectief voldoende middelen hebben om de bijdrage te betalen. We kijken hiervoor naar de impact van de rijkdom en de kwaliteit van de oogst op het hernieuwen.

We moeten opmerken dat meer dan 90% van de beroepsbevolking die in de gemeenten van Coby, Tanguiéta (N'Dahonta) en Matéri woont actief is in landbouw. In een serie van studies uit 2006 werd vastgesteld dat 40% van de landbouwinkomsten in deze zone voortkomen uit de katoenoogst en 36% uit het telen van voedingsgewassen.<sup>21</sup> Katoen wordt geproduceerd voor export en de distributie wordt beheerd door de Beninese overheid, die het gewas opkoopt van boeren over het hele land.

De medewerkers van de ziekenfondsen benadrukken dan ook dat de katoenoogst erg belangrijk is voor de lokale bevolking. Dit betekent dat de kwaliteit van de katoenoogst en de prijs die daaraan vasthangt, een grote invloed heeft op de hernieuwingscijfers van de ziekenfondsen. Daarnaast zijn er nog andere gewassen die op grote schaal geteeld worden en waarvan het succes een rol speelt in de budgetten van veel huishoudens.

De resultaten bevestigen hoe belangrijk het is dat de inwoners voldoende middelen hebben voor ze hun lidmaatschap hernieuwen. Slechts 18 personen geven aan dat ze de bijdrage "te duur" vinden. Maar toch verklaart meer dan de helft van de oud-leden dat financiële problemen een primaire reden zijn om het lidmaatschap in 2016 niet te verlengen.

Daarnaast lijkt de rijkdom van het gezin en de kwaliteit van de oogst effectief een belangrijke impact te hebben op het hernieuwen. In Figuur 17 zien we dat er 10% meer kans bestaat dat rijkere gezinnen hun lidmaatschap zullen verlengen.



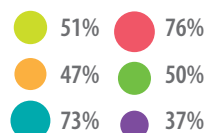
Hernieuwen lidmaatschap

\* significant verschil

FIGUUR 17

De relatie tussen rijkdom en de kwaliteit van de oogst en het hernieuwen van het lidmaatschap.

Aandeel van de bevolking



Een persoon is geclassificeerd als "rijk" als zijn gezin minstens twee van de volgende drie zaken bezit: een huis uit baksteen; een moto of auto; en twee of meer GSM's. Een oogst is goed als hij als "goed" of "zeer goed" bestempeld wordt. Een "zeer goede oogst" omvat iedereen die een zeer goede oogst had voor minstens één gewas.

Daarnaast tonen we ook de resultaten voor de kwaliteit van de oogst: het succes van de oogst heeft een sterke invloed op de verlenging van het lidmaatschap. Voor elk gewas verhoogt een goede oogst de kans op hernieuwen. Het valt wel op dat de katoenoogst op zichzelf niet de doorslaggevend factor is bij hernieuwing van het lidmaatschap. Er is maar 3% extra kans dat leden met een goede katoenoogst hun lidmaatschap zullen vernieuwen, tegen 18% voor de leden met een goede rijstogst. Dit gaat dus enigszins in tegen de algemene opvatting dat de katoenoogst het belangrijkste is voor een hernieuwing. De algemene kwaliteit van de oogst, en zeker niet enkel de katoenoogst, blijkt vooral van belang te zijn.

Het is opmerkelijk dat de rijstogst zo een belangrijke invloed lijkt te hebben op het

21

Zie «Mission de decentralisation, programme d'appui au démarrage des communes, 2006, 'Etude sur le rôle des communes dans la promotion économique et la valorisation des filières porteuses', monographie de la commune de Coby', 'Monographie de la commune de Tanguiéta' en 'Monographie de la commune de Matéri'.

hernieuwen. Een interessante kanttekening hierbij is dat vrouwen, veel meer dan mannen, rijst verbouwen en verwerken in Benin<sup>22</sup>. Daarbovenop merkten de animatoren op dat vrouwen de verantwoordelijkheid nemen over de gezondheid van het gezin en geregeld het initiatief nemen om hun gezin aan te sluiten bij het ziekenfonds. Klein (2007) suggereert dat Beninese vrouwen inderdaad hun eigen bescheiden budget beheren waarvan het grootste deel naar gezondheidszorg voor het gezin gaat.

Bijgevolg kan het verband tussen een goeie rijstoogst en hogere hernieuwingscijfers erop wijzen dat vrouwen heel wat invloed hebben op dit vlak van het huishouden. Het is opmerkelijk dat 86% van de mannelijke titularissen beweert dat zij de financiële beslissingen maken thuis, maar slechts 68% van de mannelijke titularissen bevestigt dat ze de beslissing om lid te worden of te hernieuwen alleen hebben genomen. Voor vrouwelijke titularissen liggen die cijfers op respectievelijk 69% en 67%. Deze cijfers suggereren dat zelfs wanneer de vrouw geen titularis is, zij toch een invloed uitoefent op de gezondheidsuitgaven van het gezin en dus ook op de beslissing om lid te worden van het ziekenfonds. Op deze manier dragen de ziekenfondsen bij aan het versterken van de rol van vrouwen in het huishouden en in het nemen van belangrijke beslissingen.

- > Een gebrek aan financiële middelen heeft een invloed op de hernieuwingscijfers. Leden die rijker zijn of een goede oogst hadden, verlengen vaker hun lidmaatschap.
- > Hoewel het belang van de katoenoogst vaak naar voor komt tijdens de interviews, lijken de opbrengsten van de andere gewassen minstens even belangrijk voor de heraansluiting.
- > De belangrijke rol van vrouwen in de beslissing over het lidmaatschap komt zowel in de enquêtes als in de interviews naar voren.

### 8.3.2 Moment van betaling van de bijdrage

De discussie hierboven gaat over een gebrek aan middelen. Maar het is niet alleen belangrijk dat een persoon voldoende inkomsten heeft. Deze inkomsten moeten ook beschikbaar zijn op het moment dat de ziekenfondsbijdrage betaald moet worden. Daar kijken we in deze sectie naar.

De collecte van het lidgeld wordt georganiseerd tussen januari en juni. Wanneer het volledige lidgeld betaald is, heeft het lid een dekking tot het einde van het kalenderjaar. In het ideale scenario wordt het lidmaatschap in of vlak voor januari verlengd, zodat de mutualist een heel jaar lang van goedkopere zorgverlening kan genieten.

In Figuur 18 tonen we het moment waarop de leden het grootste deel van hun inkomsten hebben. 4% van de respondenten gaf aan dat ze het merendeel van hun inkomsten tussen oktober en december verdienen. Dus enkel deze kleine groep heeft in januari voldoende middelen om hun lidmaatschap te verlengen. Daarnaast blijkt dat 33% vooral afhankelijk is van inkomsten tussen januari en maart. Ook zij kunnen nog voordeel halen uit het lidmaatschap, als ze snel beslissen tot hernieuwing. Het is vooral de 40% die zijn inkomsten tussen april en juni krijgt (vaak katoenboeren), dat maar weinig tijd heeft om het lidmaatschap te verlengen voor de boeken sluiten eind juni. Bovendien kunnen zij slechts een half jaar van de verzekering genieten.

22

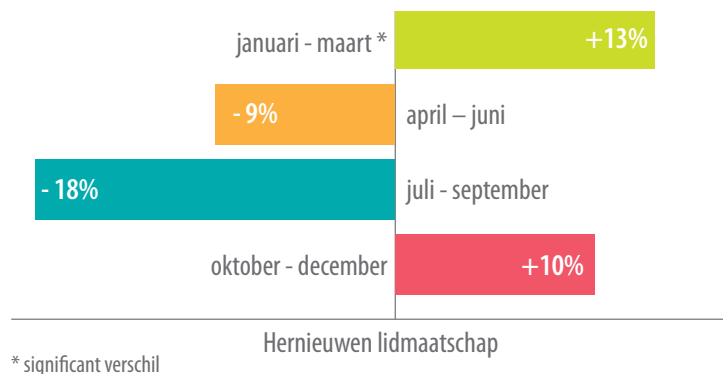
Zie de referentie in voetnoot 21.

**FIGUUR 18**

Periode waarin de leden het grootste deel van hun inkomsten hebben en de relatie met het hernieuwen van het lidmaatschap.

Aandeel van de bevolking

- 33%
- 40%
- 12%
- 4%





Dit seizoensgebonden probleem wordt door de ziekenfondsen erkend, maar voorlopig is er weinig enthousiasme om de aansluitingsperiode te verleggen of verlengen. De reden hiervoor is voornamelijk administratief. Nochtans werd tijdens het veldwerk herhaaldelijk benadrukt door vertegenwoordigers van de ziekenfondsen hoe belangrijk de katoen oogst is voor de regio. Het is algemeen geweten dat de uitbetaling ten vroegste in april en meestal vooral in mei plaatsvindt. Mensen die op dat moment hun lidmaatschap nog willen verlengen, beseffen ook dat ze veel minder lang van hun verzekering kunnen gebruikmaken. Bovendien stonden ze er de eerste maanden van het jaar alleen voor, waardoor misschien het opgespaarde geld naar gezondheidszorg is gegaan. Bovendien is het niet zo dat ze minder aansluitingspremie moeten betalen, als ze zich later in het jaar aansluiten. Sommige mensen vinden het later op het jaar nog steeds interessant om zich aan te sluiten, maar anderen verkiezen om het lidgeld voor het volgende kalenderjaar te betalen. Een substantieel deel van de leden slaat dus een jaartje over en houdt enkel genoeg geld opzij voor een hernieuwing van het volgende jaar. Maar wanneer die mensen dan worden geconfronteerd met andere zaken die geld vragen, komt de geplande verlenging van het lidmaatschap in gevaar.

Het regenseizoen in Noord-Benin valt tussen juli en september en is een belangrijk element. Tijdens die maanden is de vraag naar arbeid het hoogst, zijn de voedselvoorraden het laagst en komen ziekten, zoals malaria, het vaakst voor. Wanneer iemand zich pas inschrijft voor juli is hij toch nog gedekt voor deze periode. Dit verklaart ook meteen het immense rekruterings-succes van de laatste maanden van de *période de collecte*, die regelmatig verlengd wordt tot juli om tegenvallende resultaten goed te maken. In 2016 verlengde zo maar liefst 43% van de mutualisten het lidmaatschap tussen begin juni en eind juli. In die periode werden ongeveer evenveel nieuwe leden gerekruteerd. Bijna de helft van de leden vindt het ziekenfonds interessant genoeg om zes maanden dekking te laten vallen en zich alsnog aan te sluiten in juni of juli. De negatieve invloed van de timing van de collecteperiode op de hernieuwingscijfers is duidelijk te zien in Figuur 18. We zien dat leden met het grootste deel van hun inkomsten in het eerste en het laatste deel van het jaar (tussen oktober en maart) vaker hun lidmaatschap hernieuwen. Omgekeerd valt de negatieve invloed van de maanden april tot september op. Toch vergaren het merendeel van de respondenten (52%) op dit moment hun inkomsten.

Niettemin staat dat negen op de tien mensen in de enquête aangaf dat ze de rekruterings- en verlengingsperiode tussen januari en juni goed geplaatst vinden, zou een aanpassing of afschaffing van de beperkte periode een sterke impact kunnen hebben op de hernieuwingscijfers (in de aanbevelingen komen we hierop terug). Sommige mensen zeiden dat ze gewoon vergeten waren om het lidmaatschap te verlengen en anderen beweerden dat ze niet wisten wanneer de verlengingsperiode juist afloopt. Maar we kunnen ons afvragen of dit de echte redenen zijn. Dat is een opvallende vaststelling, wetende dat 92% van de respondenten die ooit in financiële problemen zijn gekomen door ziekte opmerken dat dit nooit gebeurd is in

de periode als lid van een ziekenfonds. Als ze tijdens de aansluitingsperiode het volledige jaar gedekt zijn (in plaats van slechts 6 maanden), zou de meerwaarde van een aansluiting voor de leden sterk kunnen stijgen.

- > De timing van de gezinsinkomsten komt niet overeen met de organisatie van de collectieperiode, waardoor een groot deel van de leden slechts zes maanden per jaar gedekt zijn.
- > Dit heeft een negatief effect op de hernieuwingscijfers. Leden waarvoor de timing van de inkomsten beter overeenkomt met de collectieperiode, hebben meer kans om het lidmaatschap te vernieuwen.

### 8.3.3 De dienstverlening in de zorgcentra

Uit de literatuurstudie bleek dat het succes van ziekenfondsinitiatieven afhankelijk is van de perceptie van het volk over de geassocieerde zorgcentra. Daarbij is vooral de kwaliteit van zorgverlening en de houding van het personeel van belang. Ook de beschikbaarheid van belangrijke medicatie is een belangrijk punt.

Al deze aspecten kwamen uitgebreid naar voor in de gesprekken met de animatoren. De pijnpunten die vaak zijn teruggekomen zijn de slechte ontvangst die leden soms krijgen, het gebrek aan medicatie in sommige zorgcentra, en de praktijk van *vente illicite*. Dit laatste is de praktijk waarbij medicatie niet via de apotheek wordt verkocht (zoals verplicht is), maar rechtstreeks door de zorgverlener. Dit is voor de leden van het ziekenfonds een groot probleem aangezien er dan geen tussenkomst van het ziekenfonds is.

Als de houding van het zorgpersoneel ten opzichte van de leden inderdaad te wensen over laat, ligt dat volgens ons aan twee zaken.

- 1) Bij de beleidsmensen van de zorgcentra is te horen dat niemand van het personeel graag met administratie bezig is. Helaas brengt de samenwerking met de ziekenfondsen extra administratie met zich mee. Patiënten die geen lid zijn van het ziekenfonds krijgen een diagnose en op basis daarvan een voorschrift, maar in de praktijk kijkt niemand na of dat voorschrift wel overeenkomt met de diagnose die gesteld is. De ziekenfondsen vereisen echter een grondig schriftelijk bewijs van de behandeling om een deel van de kosten op zich te nemen. Voor elk lid dat in een zorgcentrum wordt ontvangen, moet een factuur opgesteld worden. Dat is tijdrovend en frustrerend als heel wat andere patiënten ondertussen op een behandeling wachten.
- 2) De administratieve eis van de ziekenfondsen maakt *vente illicite* onmogelijk bij leden. Deze praktijk geeft de zorgverleners de kans wat bij te verdienen en dat is zeer aantrekkelijk aangezien de salarissen onregelmatig worden uitbetaald. Patiënten die lid zijn bij een ziekenfonds worden verwittigd dat ze beter niet ingaan op *vente illicite*, omdat ze dan niet verzekerd zijn. Zorgpersoneel dat rekt op deze bijverdienste ontvangt liever geen leden van ziekenfondsen. Zo vertelde de lokale vertegenwoordiger van Louvain Cooperation dat een verpleegster hem liet weten af te keuren dat de ziekenfondsen zelfs de Peuls van N'Dahonta<sup>23</sup> aanspreken over *vente illicite*. Ze vroeg zich af hoe zij zonder die neveninkomsten haar familie kan onderhouden.

Hoewel niemand van het zorgpersoneel de aantijgingen van *vente illicite* of een afkeer voor leden van een ziekenfonds wil bevestigen, gaf het merendeel wel toe dat de administratie een bijkomende last vormt en dat de uitbetaling van het loon soms lang op zich laat wachten. Een kleine minderheid van de geënquêteerden gaf aan dat ze het lidmaatschap in 2016 niet hernieuwd hebben omdat ze slecht werden ontvangen in de zorgcentra.

De overgrote meerderheid van de correspondenten is echter tevreden tot zeer tevreden over de kwaliteit van de zorgverlening in het zorgcentrum dat ze het vaakste bezoeken (84%). Ook over de ontvangst die ze krijgen in het zorgcentrum zijn ze (zeer) tevreden (90%). Bijna de helft vindt dat ziekenfondsleden beter ontvangen worden dan anderen. In N'Dahonta is de groep niet-ziekenfondsleden het grootst. Daar geeft maar liefst 85% aan dat patiënten die lid zijn van een ziekenfonds geprivilegieerd zijn. In Matéri zijn de resultaten ambigu en in Cobly vindt bijna iedereen dat de ene groep niet beter of slechter behandeld wordt dan de andere. 95% zegt dat ze zich zelden of nooit onheus behandeld gevoeld hebben in een zorgcentrum. We merken op dat de cijfers behoorlijk hoog liggen en daardoor kritisch benaderd moeten worden, maar van algemeen misprijzen tussen leden van een ziekenfonds en zorgpersoneel is geen sprake.

23

Een etnische groep die doorgaans op weinig steun van de gemeenschap kan rekenen.



	PERCENTAGE VAN DE LEDEN (huidige en ex-leden)
(Ze)er tevreden over de kwaliteit van de zorgen in het zorgcentrum.	84%
(Ze)er tevreden over de ontvangst in het zorgcentrum.	90%
Zelden of nooit op onheus behandeld in een zorgcentrum.	95%

**TABEL 5**
**Meningen van de leden over de kwaliteit van diensten in de zorgcentra.**

- > Uit de interviews blijkt een bezorgdheid over de goede ontvangst van ziekenfondsleden in de zorgcentra, door de administratieve last en de problemen in verband met *vente illicite*.
- > De leden van een ziekenfonds zijn zeer positief over de ontvangst en de kwaliteit van de zorgverlening in de zorgcentra. Dit lijkt dus geen belangrijke verklaring voor de lage hernieuwingscijfers.

### 8.3.4 Kennis van het ziekenfonds

Het is belangrijk dat de leden een goede kennis hebben van de dekking van het ziekenfonds zodat ze er optimaal gebruik van kunnen maken. Maar ook de praktische modaliteiten, zoals de hoogte van de premie en weten hoe het lidmaatschap verlengd kan worden, moeten gekend zijn.

De data tonen aan dat heel wat leden niet genoeg kennis hebben van de dekking waar ze recht op hebben. Twee op de drie respondenten zegt geen idee te hebben welke behandelingen verzekerd zijn door het ziekenfonds. Andere personen beweren de dekking van de verzekering wel te kennen, het gaat hier om 88 mensen in het totaal. Hun kennis is niet slecht, maar zeker niet perfect.

Dit tonen we in Tabel 6. Daarin staan veertien behandelingen of elementen die de ziekenfondsen zouden kunnen verzekeren, waarvan de eerste zeven effectief gedekt zijn en de laatste zeven niet. We zien dus dat leden weten dat de kosten van bevallingen<sup>24</sup>, prenatale consultaties, hoesten en lichte vormen van malaria gedekt zijn. Maar ze weten niet dat dit ook zo is voor parasietenbestrijding, slangenbeten en kleine chirurgische ingrepen. Voor de behandelingen die niet gedekt zijn, geeft een meerderheid effectief aan dat ze niet gedekt zijn. Maar we mogen niet vergeten dat dit gaat over de kennis van personen die beweren de dekking te kennen.

24

Bevallingen zijn gedekt maar keizersneden niet omdat keizersneden enkel in het ziekenhuis worden gedaan, en het ziekenfonds geen prestaties in het ziekenhuis dekt. Keizersneden worden gesubsidieerd door de overheid. Daarnaast hebben de zorgcentra een initiatief "femmes pour femmes" opgezet. Vrouwen die een prenatale consultatie doen betalen een bijdrage van 100 FCFA. Die bijdrage laat toe om het transport naar het ziekenhuis te betalen wanneer er een keizersnede nodig is.

INTERVENTIE	PERCENTAGE PERSONEN DIE GLOVEN DAT DE BEHANDELING GEDEKT WORDT	EFFECTIEF GEDEKT DOOR DE ZIEKENFONDSEN
Bevalling	75%	<b>JA</b>
Prenatale consultatie	81%	<b>JA</b>
Lichte vorm van malaria	91%	<b>JA</b>
Parasietbestrijding	51%	<b>JA</b>
Hoest	73%	<b>JA</b>
Slangenbeten	24%	<b>JA</b>
Kleine chirurgische ingreep	42%	<b>JA</b>
Keizersnede	11%	<b>NEE</b>
Zware vorm van malaria	25%	<b>NEE</b>
Vervoer van zwangere vrouwen	17%	<b>NEE</b>
Kosten voor tandverzorging	7%	<b>NEE</b>
Tussenkost grote chirurgische ingrepen	5%	<b>NEE</b>
Hersenvliesontsteking	8%	<b>NEE</b>
Astma	11%	<b>NEE</b>

**TABEL 6**
**Kennis van de dekking van het ziekenfonds. Antwoorden komen enkel van de 88 personen die aangeven de dekking te kennen.**



De leden hebben ook geen goede kennis van het exacte bedrag van de tussenkomsten van het ziekenfonds. In Coby en N'Dahonta kent slechts 22% het percentage van de kosten dat het ziekenfonds terugbetaalt. In Matéri weet 84% van de huidige leden dat het franchisebedrag 1.000 FCFA is, maar geen enkel ex-lid had die kennis. Slechts één op de vier geïnterviewde leden is op de hoogte van het feit dat ze in elk zorgcentrum van de zone kunnen langsgaan voor goedkopere zorgverlening. Bijna de helft denkt dat ze enkel in hun eigen gemeente naar geassocieerde zorgcentra kunnen gaan. Gelukkig weet bijna iedereen (98%) wel dat de diensten van het regionale ziekenhuis niet inbegrepen zijn en dat ze voor dringende vragen bij de animatoren terecht kunnen.

Heeft een slechte kennis van de dekking ook een invloed op de beslissing om het lidmaatschap te hernieuwen? De variabele in Figuur 19 geeft de invloed van een slechte kennis van de dekking van de verzekering weer op de ledentrouw. We zeggen dat iemand een "slechte kennis van de dekking" heeft wanneer hij of zij aangeeft geen idee te hebben van de dekking of wanneer hij of zij denkt dat minstens vier van de zeven variabelen uit Tabel 6 gedekt zijn door het ziekenfonds. Volgens die definitie heeft de meerderheid van de personen (64%) een slechte kennis van de dekking.

**FIGUUR 19**

**Relatie tussen een slechte kennis van de dekking en het hernieuwen van het lidmaatschap.**

Aandeel van de bevolking

● 64%



De kans dat de mensen uit deze groep hun lidmaatschap vernieuwen ligt 17% lager dan bij mensen met een betere kennis (Figuur 19). Een slechte kennis van de verzekeringsdekking lijkt dus de kans op hernieuwing te verkleinen. Een alternatieve verklaring voor deze resultaten is dat personen die hun lidmaatschap niet vernieuwen hebben, het laatste jaar minder in contact zijn geweest met het ziekenfonds en daarom een slechtere kennis van de dekking hebben. De literatuurstudie toont echter ook dat een slechte kennis vaak de kans op hernieuwen van het lidmaatschap verlaagt. Ondanks het feit dat we het niet met zekerheid kunnen zeggen, suggereren deze resultaten dus dat een slechte kennis een verklarende factor is voor het niet-hernieuwen bij de ziekenfondsen in Atacora.

Deze resultaten worden tegengesproken door het zorgpersoneel. Zij vinden dat de leden goed zijn ingelicht en weten waar ze recht op hebben. Dat zou willen zeggen dat de leden die niet goed op de hoogte zijn van de dekking, net diegene zijn die niet frequent naar de zorgcentra gaan, maar dat kunnen we niet met zekerheid zeggen.

Hoeveel de aansluitingspremie kost, is wel goed gekend onder de leden. Dat blijkt uit Tabel 7. Vijftig respondenten heeft geen idee hoeveel het lidgeld bedraagt, maar de schattingen van de andere 206 personen liggen dicht bij het correcte bedrag. Zo is de kennis van de bijdrage in N'Dahonta perfect en wordt in Coby en Matéri maximum 160 FCFA teveel geschat. De laagste schattingen daar zijn minder correct, maar we spreken dan over erg weinig personen. Aangezien het ziekenfonds van Matéri nog maar twee jaar bestaat, en de informatie- en sensibilisatiecampagnes nog bezig zijn, is het logisch dat de kennis in dat ziekenfonds lager is dan bij de andere ziekenfondsen.

	GEMIDDELDE SCHATTING BIJDRAGE	CORRECT BEDRAG	LAAGSTE SCHAT- TING BIJDRAGE	HOOGSTE SCHAT- TING BIJDRAGE
N'DAHONTA	1.430	1.430	1.430	1.430
COBLY	1.821	1.840	1.450	2.000
MATÉRI	1.667	1.700	800	1.850

TABEL 7

Jaarlijkse bijdrage van de ziekenfondsen vergeleken met wat de leden (en ex-leden) denken dat ze moeten betalen. Schattingen door 206 van de 256 geïnterviewden, de anderen gaven aan het bedrag niet te kennen.

De leden horen ook te weten hoe ze hun lidmaatschap kunnen verlengen. Uit de bevestigingen blijkt dat 61% van de respondenten gelooft dat je de aansluitingspremie enkel aan de medewerkers kan betalen<sup>25</sup>, terwijl er ook voldoende andere opties zijn. Hierdoor gaven sommige aan dat ze hun lidmaatschap niet hebben verlengd omdat "l'animateur n'est pas venu me voir" of "on n'est pas venu chercher mon argent". De leden zijn dus niet goed op de hoogte van de alternatieve manieren om hun lidmaatschap te verlengen. 27% kent wel de *cellule mutualiste de base*, lokale organisaties die de ziekenfondsen levendig moeten houden in de dorpen. Deze instanties zijn dus bekend bij een deel van het doelpubliek.

Een op de twee respondenten geeft aan het laatste jaar niks gehoord of gezien te hebben over de ziekenfondsen. De medewerkers van de ziekenfondsen beweren nochtans dat ze elke maand in elk dorp van hun zone passeren. 13% van de leden geeft aan zelden of nooit thuis over de ziekenfondsen te spreken. In die groep is er 37% minder kans tot een hernieuwing van het lidmaatschap. De ziekenfondsen zouden er dus goed aan doen om zich meer te manifesteren in de gemeenschappen, zodat onderwerpen als solidariteit en ziekteverzekering levendig blijven.

- > De kennis van de dekking van de ziekenfondsen is verre van perfect. Dit heeft een negatief effect op de hernieuwingen.
- > De leden kennen de jaarlijkse bijdrage wel, maar zijn niet op de hoogte van de verschillende manieren om hun lidmaatschap te verlengen. Ze wachten tot de animator hun bijdrage komt ophalen.
- > De zichtbaarheid van de ziekenfondsen in de dorpen is klein en dit zou een negatief effect kunnen hebben op de hernieuwingscijfers

### 8.3.5 Ziekenfonds als solidariteitsmechanisme

De ziekenfondsen onderscheiden zich van private verzekeringen omdat ze solidariteit in hun werking belangrijk vinden. De leden van de ziekenfondsen moeten deze filosofie ook voelen en het ziekenfonds zien als een middel om solidariteit te organiseren onder de leden. Zien de leden het ziekenfonds als een solidariteitsmechanisme of als een middel om hun persoonlijke risico's te beschermen?

Het antwoord op deze vraag is gemengd. Het ziekenfonds wordt zeker gezien als een nuttig middel om het persoonlijke risico van hoge gezondheidskosten te dekken. Het merendeel van de mensen denkt vooral aan voordelen voor zichzelf, als naar hun mening over solidariteit wordt gevraagd. Sommigen benadrukken toch ook dat zelfs de armste gezinnen dankzij het ziekenfonds toegang krijgen tot zorgverlening. Negen op de tien personen vindt het belangrijk om lid te zijn en zo het potentiële risico om ziek te worden, te kunnen opvangen.

Enkele specifieke vragen over solidariteit geven aan dat het lidmaatschap meer betekent voor de mensen dan louter risicobeperking. Bijna iedereen (94%), ongeacht of ze huidig dan wel voormalig lid zijn, gaat ermee akkoord dat het lidgeld niet terugbetaald hoeft te worden aan mensen die geen financieel voordeel gehaald hebben uit de verzekering. Ze vinden (98%) dat het lidgeld universeel moet zijn en dus niet stijgend naargelang de gezondheidstoestand of –historiek van een gezin. Bijna alle bevestigden, op vier personen na, vinden het logisch dat het lidgeld van gezinnen die weinig ziek zijn, wordt gebruikt om de gezondheidsuitgaven van andere gezinnen met veel ziektegevallen te financieren. Deze cijfers worden bevestigd in de interviews, waar de gesprekspartners aangeven dat slechts een enkeling ooit het lidgeld teruggevraagd heeft na een jaar lidmaatschap. Het ziekenfonds wordt dus duidelijk gezien als een middel om solidariteit te organiseren in de gemeenschap.

25

De kans dat de personen die dit (foutief) geloven hun lidmaatschap zullen verlengen, is hierdoor niet kleiner.

Solidariteit is een belangrijke waarde in Benin en er zijn veel bestaande informele solidariteitsmechanismen, waarbij mensen elkaar helpen in tijden van nood. Het is mogelijk dat die bestaande solidariteit al een goede bescherming biedt tegen hoge gezondheidsuitgaven en dat een aansluiting bij het ziekenfonds weinig extra bescherming biedt.

Toch is dit niet het geval. De helft van de ondervraagden geeft aan dat ze ooit in financiële problemen zijn gekomen door de kosten van gezondheidszorg. Slechts tien mensen werden daarmee geconfronteerd tijdens de periode dat ze lid waren van het ziekenfonds. Dit geeft aan dat de ziekenfondsiniciatieven een welkome toevoeging kunnen zijn bovenop de informele solidariteit die al in de gemeenschappen bestaat.

Formele solidariteit georganiseerd door het ziekenfonds wordt geapprecieerd door de samenleving. Wanneer gevraagd werd naar het gevoel van solidariteit ten opzichte van leden en niet-leden gaf 66% van de voormalige leden en 82% van de huidige leden aan dat ze zich meer solidair voelen met de eerste groep. Betekent dit dan dat de hele bevolking in de zone overtuigd is van het solidariteitsprincipe? Zeker niet, maar het suggereert wel dat mensen die betrokken zijn geweest bij het ziekenfonds, deze belangrijke solidariteitsprincipes erkennen.

- > Hoewel de ziekenfondsen in de eerste plaats worden gezien als een middel om persoonlijke risico's te dekken, erkennen zowel leden als ex-leden de solidariteitsprincipes waarop de ziekenfondsen zijn gebaseerd.
- > De bestaande informele solidariteitsmechanismen zijn niet voldoende om de gezondheidsrisico's van de gezinnen te dekken. De ziekenfondsen kunnen dus een welkome toevoeging zijn op deze bestaande mechanismen.

### 8.3.6 Vertrouwen in het ziekenfonds

Vertrouwen in het ziekenfonds is erg belangrijk voor mensen die overwegen het lidmaatschap te verlengen. Ze moeten overtuigd zijn dat ze de tussenkomsten zullen krijgen als ze die nodig hebben.

Dit vertrouwen wordt opgebouwd door een goede werking van het ziekenfonds. Slechte ervaringen met andere organisaties kunnen het vertrouwen in de ziekenfondsen aantasten. De drie gemeenten in kwestie zijn van dat scenario niet gespaard gebleven. Regelmatig duiken verhalen op van oplichters die lidgeld ophalen voor onbestaande initiatieven.

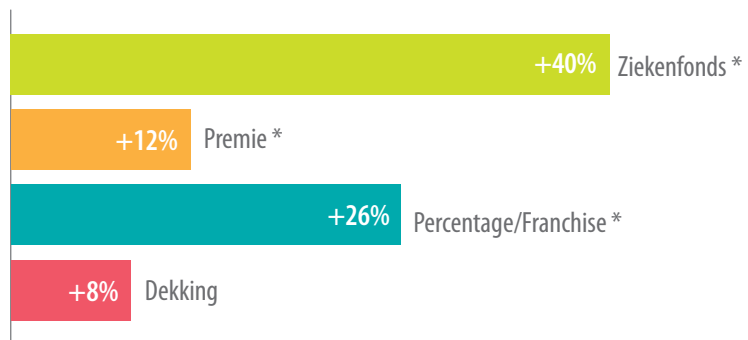
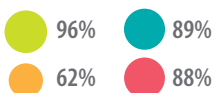
Toch blijkt uit de enquêtes dat het vertrouwen in de ziekenfondsen hoog is. 96% geeft aan vertrouwen te hebben in het ziekenfonds en haar financieel beheer (Figuur 20). Ook voor meer specifieke punten is er vertrouwen. De meeste leden en ex-leden vertrouwen er op dat er doorheen het jaar geen extra premies zullen worden gevraagd (62%) of dat er geen veranderingen zullen zijn in de terugbetalingsvoorwaarden (89%). Ze geloven er ook in dat de dekking jaar na jaar dezelfde blijft (88%).

Dit zijn zonder twijfel mooie hoge cijfers en het is duidelijk dat vertrouwen een belangrijke factor is in de beslissing om het lidmaatschap te verlengen. De cijfers verschillen afhankelijk van de exacte factor waar we het vertrouwen in meten. We zien dat de kans groter is dat leden hun lidmaatschap vaker vernieuwen, als hun vertrouwen in de ziekenfondsen hoog is. Het is dus cruciaal dat dit vertrouwen hoog blijft.

FIGUUR 20

Het vertrouwen van de leden in het ziekenfonds en de relatie met het hernieuwen van het lidmaatschap.

Aandeel van de bevolking



\* significant verschil

Hernieuwen lidmaatschap

Dat het vertrouwen in het ziekenfonds snel kan verdwijnen, tonen we in Tabel 8. Daarin splitsen we het niveau van vertrouwen op tussen de verschillende ziekenfondsen. We zien dat de verschillen tussen de ziekenfondsen niet zo groot zijn, met één uitzondering. In Cobly vertrouwt slechts 12% er op dat ze tijdens het jaar geen extra premie zullen moeten betalen. Bij de andere ziekenfondsen gaat het om 77% en 96%. Dit komt omdat het ziekenfonds van Cobly in het verleden al genoodzaakt is geweest (in 2010 en 2015) om een bijkomende premie tijdens het jaar te vragen door financiële problemen. In 2016, het jaar na deze problemen, hebben slechts 62% van de leden hun lidmaatschap hernieuwd. Ondanks het feit dat het algemene niveau van vertrouwen in het ziekenfonds van Cobly hoog blijft, zou het dus kunnen dat die problemen een negatief impact hadden op het hernieuwingspercentage. Het vertrouwen moet altijd een aandachtspunt blijven.

	PERCENTAGE DAT VERTROUWEN HEEFT IN ...			
	ZIEKENFONDS	PREMIE	PERCENTAGE/ FRANCHISE	DEKKING
N'DAHONTA	97%	77%	83 %	72 %
COBLY	96 %	<b>12 %</b>	97 %	98 %
MATÉRI	97 %	96 %	99 %	95 %

TABEL 8

Vertrouwen van de ondervraagden in verschillende aspecten van het ziekenfonds, per ziekenfonds.

- > Leden en ex-leden hebben een groot vertrouwen in de ziekenfondsen en hun werking.
- > Vertrouwen is een belangrijke factor bij het hernieuwen van het lidmaatschap. Het is dus cruciaal dat de ziekenfondsen het hoge niveau van vertrouwen bewaren.
- > Zoals het voorbeeld van Cobly aantoont, kan het bestaande vertrouwen snel verdwijnen. Vertrouwen behouden blijft een aandachtspunt.

### 8.3.7 Een beroep doen op het ziekenfonds

Lidmaatschap is financieel het meest interessant voor personen die vaak ziek zijn en dus vaker naar gezondheidscentra gaan. We zagen in Deel II van deze studie dat dit meespeelt bij de keuze om lid te worden. De groepen met hoge ziektekosten, zoals zwangere vrouwen, zijn vaker lid bij het ziekenfonds.

In deze sectie onderzoeken we of hetzelfde waar is voor hernieuwingen. Hernieuwen gezinnen die vaker ziek zijn ook vaker hun lidmaatschap? En is het mogelijk dat gezinnen enkel hun lidmaatschap vernieuwen voor die gezinsleden die het meeste ziek zijn. We kijken hier naar beide aspecten.

Het is niet zo dat gezinnen die vaker ziek zijn hun lidmaatschap meer verlengen. In Tabel 9 tonen we het aantal keren dat gezinsleden ziek waren in de laatste drie maanden voor de enquête. Tijdens deze periode waren de ex-leden geen lid meer van het ziekenfonds.

Daaruit blijkt dat er geen verschil is tussen leden en ex-leden. We vroegen ook om, op een meer subjectieve manier, in te schatten of de gezinsleden vaak ziek zijn<sup>26</sup>. Ook hierbij zien we weinig verschil tussen leden en ex-leden. In tegenstelling tot bij de keuze om aan te sluiten, lijkt het aantal tussenkomsten die leden verwachten te krijgen, geen groot belang te hebben bij de heraansluiting.

Daarnaast is er ook de vraag of alle gezinsleden worden (her)ingeschreven bij het ziekenfonds of dat enkel de personen met hoge ziektekosten worden ingeschreven. Leden zijn verplicht om iedereen in te schrijven, maar we weten dat dit niet altijd gebeurt. In Tabel 9 vergelijken we daarom het aantal kinderen in het gezin met het aantal ingeschreven kinderen. We zien dat de huidige leden gemiddeld 4 kinderen hebben, waarvan er 3,4 ingeschreven zijn. Het grootste deel, maar niet iedereen, is dus ingeschreven.

Er is ook een opvallend verschil met de ex-leden, waarvoor slechts 2,4 van de (gemiddeld) 3,9 kinderen waren ingeschreven toen het gezin nog aangesloten was. Dit zou er op kunnen wijzen dat de inspanningen van de ziekenfondsen vruchten afwerpen en dat er een steeds groter deel van het gezin wordt ingeschreven. Maar we moeten ook voorzichtig zijn. Het zou kunnen dat de ondervraagden niet altijd wilden toegeven dat ze niet het volledige gezin inschrijven. En dit zou het geval kunnen zijn voor de huidige leden. Dit kan gedeeltelijk het verschil tussen leden en ex-leden verklaren.

In Tabel 9 vergelijken we ook de ziektekosten van de leden en ex-leden. Hier zien we grote verschillen. Zoals voorheen zijn dit de ziektekosten per ziektegeval tijdens de drie maanden voor

26

Hier werd gevraagd naar de frequentie van ziekte in het hele huishouden, met modaliteiten *jamais, rarement, de temps en temps, régulièrement en tout le temps*.



de enquête. Tijdens deze periode waren enkel de ex-leden van het ziekenfonds niet gedekt door het ziekenfonds. Dit laat ons dus toe om de overblijvende uitgaven van een persoon die gedekt is door het ziekenfonds te vergelijken met de uitgaven van een persoon die alles zelf moet betalen.

Een ziektegeval kost aan de ex-leden gemiddeld 4.195 FCFA, tegen slechts 1.835 FCFA voor de leden. De bescherming door het ziekenfonds slaagt er in om de ziektekosten van de leden te verminderen.

**TABEL 9**

**Aantal ingeschreven kinderen per gezin, gemiddeld aantal ziektegevallen en gemiddelde kosten per ziektegeval, huidige en voormalige leden.**

	HUDIGLE LEDEN	VOORMALIGE LEDEN
Gemiddeld aantal kinderen	4,0	3,9
Gemiddeld aantal ingeschreven kinderen	3,4	2,4
Gemiddeld aantal ziektegevallen de laatste drie maanden	1,3	1,3
Gemiddelde uitgaven per ziektegeval	1.835 FCFA	4.195 FCFA

- > Gezinnen die vaker ziek zijn, hernieuwen daarom hun lidmaatschap niet vaker.
- > Gezinnen zijn verplicht alle gezinsleden in te schrijven. Zij doen dit niet altijd, maar het grootste deel van de kinderen wordt wel ingeschreven.
- > De ziektekosten voor huidige leden zijn veel kleiner dan die voor ex-leden. Het ziekenfonds biedt dus een effectieve bescherming tegen hoge ziektekosten.

## 8.4 Discussie

De drie ziekenfondsen die we analyseren in het kader van deze studie, spelen een belangrijke rol in de samenleving. Ze zorgen ervoor dat gezondheidszorg toegankelijk is en blijft voor mensen met weinig middelen. Zo dragen ze bij tot een hoger gezondheidsniveau en een lagere armoedegrada. Bovendien leveren twee van de drie ziekenfondsen al meer dan tien jaar diensten en genieten ze daardoor veel vertrouwen van de lokale bevolking. De samenwerking met de zorgcentra verloopt behoorlijk vlot en het werk wordt sterk geapprecieerd door de gemeenschap. Het is opvallend dat leden en oud-leden van de ziekenfondsen het lidmaatschap niet enkel beschouwen als een verzekering, maar ook als een solidariteitsmechanisme voor de deelnemers.

Deze zaken tonen aan dat de ziekenfondsen hun plaats hebben in de gemeenschap. Toch slagen ze er niet in om de ledenaantallen op te trekken. Een van de redenen daarvoor is dat ze moeilijkheden hebben om aangesloten leden te overtuigen het lidmaatschap te verlengen. Dat proces kost heel wat inspanningen en middelen, terwijl het percentage hernieuwingen nooit hoger ligt dan 80%. Om de continuïteit van de ziekenfondsen te verzekeren en vergemakkelijken, is het belangrijk om volop in te zetten op de verlenging van het lidmaatschap. Aanbevelingen hierover geven we in de volgende sectie. Tabel 10 groepeerde de belangrijkste bevindingen.

	BELANG
Rijkdom gezinnen	
Timing van de inkomsten	
Kwaliteit van de oogst	
Dienstverlening in de zorgcentra	
Kennis van de dekking van het ziekenfonds	
Visibiliteit van het ziekenfonds	
Vertrouwen in het ziekenfonds	
Een beroep doen op het ziekenfonds	

TABEL 10

Elementen om rekening mee te houden bij het hernieuwen van het lidmaatschap en het belang van deze factoren.

De algemene rijkdom van het gezin speelt zeker een rol wanneer overwogen wordt om het lidmaatschap bij het ziekenfonds te verlengen. Het lidmaatschap vergt een financiële inspanning en het ligt voor de hand dat dit makkelijker is voor rijkere gezinnen dan voor armere huishoudens. Nog een grotere speelt de timing van de inkomsten. Zelfs een gezin dat over relatief weinig middelen beschikt, is in staat het lidmaatschap te verlengen als die inkomsten op het juiste moment binnenkomen, in dit geval tussen oktober en maart. Het huishoudbudget bestaat in veel gezinnen voornamelijk uit één grote som die na de oogst wordt uitgekeerd en op dat moment worden belangrijke financiële beslissingen genomen. We zien dan ook dat die betaling heel wat aansluitingen en heraansluitingen stimuleert, dus de timing van de inkomsten ten opzichte van de rekruteringsperiode bij het ziekenfonds is belangrijk.

Hieraan hangt dan wel de voorwaarde vast dat de oogst van een goede kwaliteit is, zodat ze voldoende opbrengsten genereert voor een heraansluiting. Gezinnen die een goeie oogst noteren, zijn over het algemeen vaker geneigd het lidmaatschap te verlengen dan gezinnen die een slechte oogst achter de rug hebben. Deze vaststellingen gaan enigszins in tegen de algemene opvatting dat de katoenoogst het belangrijkste is voor een hernieuwing. De algemene kwaliteit van de oogst, en zeker niet enkel de katoenoogst, blijkt vooral van belang te zijn.

Naast de financiële aspecten zijn er ook nog andere factoren van tel die de hernieuwing bij de ziekenfondsen beïnvloeden. Leden moeten op de hoogte zijn van de dekking van de verzekering waarop ze recht hebben. Mensen die helemaal geen of slechts een vaag idee hebben van deze dekking, zijn minder geneigd om hun lidmaatschap te verlengen. Zij weten niet welke behandelingen al dan niet gedekt zijn door de verzekering en dat kan ervoor zorgen dat ze de verzekering niet juist of niet frequent aanspreken.

De kwaliteit van de dienstverlening in de zorgcentra lijkt een minder belangrijke factor in de lage hernieuwingscijfers. Een slechte ontvangst in de zorgcentra en de problemen met *vente illicite* worden vaak vermeld, maar de leden zelf lijken zeer tevreden over de ontvangst in de zorgcentra en de kwaliteit van de zorgen.

Het verwachte gebruik van de verzekering heeft volgens onze gegevens geen invloed op de hernieuwingscijfers. In tegenstelling tot wat we zagen voor de aansluitingen, hernieuwen de gezinnen die vaker ziek zijn niet per sé sneller hun lidmaatschap. Dat is een opmerkelijke vaststelling die suggereert dat leden het belang van verzekering en solidariteit inzien.

De ziekenfondsen moeten ervoor zorgen dat ze voldoende visibiliteit hebben. De ziekenfondsen vormen geen gespreksonderwerp. Hierdoor kan het zijn dat de (her-)aansluitingsperiode vergeten wordt. Meer visibiliteit zorgt dat de ziekenfondsen beter verankerd zijn in de gemeenschap en dat schept terecht de indruk dat ze er voor lange termijn blijven.

Een grotere visibiliteit kan het vertrouwen van de mensen versterken, wat een positieve invloed heeft op de hernieuwingscijfers. Momenteel scoren de drie ziekenfondsen erg goed wat het vertrouwen van hun (oud-)aanhangers betreft en het is essentieel dat dit zo blijft. De ziekenfondsen moeten de gemaakte beloftes nakomen en geen extra eisen stellen aan de leden, zoals een bijkomende premie vragen of de dekking veranderen doorheen het jaar. Zulke onverwachte wijzigingen zou het vertrouwen kunnen schenden. Een groot vertrouwen in de betrokken organisaties is onontbeerlijk om de continuïteit van de ziekenfondsen te garanderen.

Deze studie toont dat een groot aantal factoren meespeelt in het hernieuwen van het lidmaatschap. Dit is zeker niet alleen het geval voor de ziekenfondsen in Benin. Zoals we zagen in de literatuurstudie hebben jonge ziekenfondsen in ontwikkelingslanden om diverse redenen moeilijkheden om hun leden te behouden.

De resultaten van deze studie zijn in het algemeen coherent met die in de wetenschappelijke literatuur. Die literatuur geeft een lange lijst met factoren die een invloed kunnen hebben op de heraansluitingen bij een ziekenfonds.

Dit veldonderzoek heeft toegelaten om de factoren die naar voor komen in de wetenschappelijke literatuur te confronteren met de lokale context van de ziekenfondsen in Atacora. Een opmerkelijke vaststelling is dat, in tegenstelling tot in de artikels over dit onderwerp, de leden een groot vertrouwen hebben in het ziekenfonds en ze relatief tevreden zijn over de diensten aangeboden door de zorgcentra. Andere factoren die in de literatuur naar voor komen als belangrijke negatieve invloeden op de hernieuwingscijfers, worden bevestigd in deze studie, zoals een gebrek aan kennis van de dekking van het ziekenfonds of het belang van het moment waarop de bijdrage betaald moet worden.

Dit onderzoek ging enkel over de factoren die bepalen of een persoon zijn lidmaatschap verlengt. Andere onderwerpen kunnen onderzocht worden, bijvoorbeeld hoe personen met een handicap bereiken? Welke rol speelt analfabetisme in het maken van beslissingen? Hoe kunnen ziekenfondsen informatie verspreiden via alfabetiseringscampagnes? Wat is de exacte rol van de vrouw bij het maken van beslissingen rond gezondheidszorg? Hoe kunnen we vrouwen die gezinshoofd zijn beter benaderen en ze betrekken bij de ziekenfondsen?

## 8.5 Aanbevelingen

Het werk dat de drie ziekenfondsen in Atacora verrichten, wordt geapprecieerd door de lokale bevolking. Mensen onderkennen de voordelen en rapporteren weinig problemen. Bovendien mogen zij zelf beslissen welke richting de ziekenfondsen uitgaan. Toch slagen de ziekenfondsen er niet in een groot publiek blijvend aan te spreken en daardoor staan ze voor heel wat uitdagingen als ze zich in de toekomst willen blijven ontwikkelen en een prominente positie in de gemeenschappen willen innemen.

De strategie om nieuwe leden aan te trekken moet grondig worden bekeken. De organisatie van de *campagne de collecte*, wat zoveel betekent als het lidgeld ontvangen, speelt een grote rol. Er wordt nagedacht over die promotiecampagnes door alle ziekenfondsen die ondersteund worden door Louvain Cooperation in Togo en Benin. Tijdens die jaarlijkse vergaderingen worden er best practices uitgewisseld tussen de ziekenfondsen. De voorstellen in deze studie kunnen geanalyseerd worden tijdens deze vergaderingen ter voorbereiding van de volgende campagne.

Niet enkel factoren gelinkt aan de werking van de ziekenfondsen spelen een rol bij de keuze tot hernieuwen van het lidmaatschap. Daarom geven we verschillende types van aanbevelingen. Omdat er zo veel zijn, geven we aan welke aanbevelingen prioritair zijn volgens de auteurs van deze studie (prioriteit hoog, gemiddeld of laag). Deze klassering werd gevalideerd door de experts die de studie hebben nagelezen.

[Prioriteit: Hoog]



### 8.5.1 De *période de collecte* beter afstemmen op het moment dat leden hun inkomsten hebben

De *période de collecte* loopt momenteel van begin januari tot eind juli en werkt vooral goed in juli. De inschrijving geldt voor de rest van het kalenderjaar (tot december). Deze jaarindeling zorgt dat een groot deel van het doelpubliek, en dat zijn landbouwers, slechts voor een half jaar is inschreven en dat voor een tarief van een volledig jaar. Het is daarom niet verrassend dat sommige leden het lidmaatschap liever niet verlengen in juni of juli wanneer het geld van de oogst beschikbaar is. Ze sparen liever verder en betalen in januari een volledig nieuwe aansluiting. We zien duidelijk het effect hiervan op de hernieuwingscijfers. Leden die het grootste deel van de inkomsten in het midden van het jaar krijgen, vernieuwen minder vaak hun lidmaatschap.

Om dit tegen te gaan zijn er twee opties. Ofwel wordt de tijdsbeperking opgeheven en is het mogelijk op gelijk welk moment in het jaar lidgeld te betalen. Dat wil dan wel zeggen dat het lid recht heeft op 365 dagen verzekering voor elk gezinslid, vanaf de dag van betaling. Er zijn echter verschillende logistieke uitdagingen om dit systeem te implementeren.

Het meer realistische alternatief is om de aansluitingsperiode toch beperkt te houden en de start te verleggen naar de maand april of mei, wanneer de aansluitingen op gang komen. De leden kunnen dan gedekt zijn tot april van het volgende jaar. Dit zou het lidmaatschap interessanter maken voor de grote groep landbouwers die voornamelijk afhankelijk is van de inkomsten uit die periode. Naast hogere hernieuwingscijfers kan dit ook zorgen dat de leden een continue dekking hebben.

Deze verandering impliceert dat de leden jaarlijks voor een langere periode gedekt zullen zijn



en zal een verhoging van de uitgaven van de ziekenfondsen met zich meebrengen. In de logica van een goed financieel beheer, moet de impact op de uitgaven (en de bijdrage die gevraagd wordt) geëvalueerd worden voor deze maatregel wordt ingevoerd. Een verandering in de aansluitingsperiodes zal ook veranderingen meebrengen in de boekhoudkundige tools die gebruikt worden door de ziekenfondsen.

Het beste moment om de bijdrage te betalen en om de campagne te organiseren kan ook van jaar tot jaar veranderen. Zo geven een aantal gezinnen bijvoorbeeld belangrijke bedragen uit aan het *fête des femmes* in Atacora en hebben ze daarna niet meer voldoende middelen om hun bijdrage te betalen. De ziekenfondsen kunnen anticiperen op zulke evenementen bij de ophaling van de bijdragen maar ook in de communicatie rond de campagne.

### 8.5.2 Een belangrijkere rol voor de *cellules mutualistes de base* bij het verzamelen van bijdragen en het promoten van het ziekenfonds

[Prioriteit: Gemiddeld]



Leden lieten regelmatig weten dat ze hun lidmaatschap niet hebben verlengd omdat "de animator niet is langsgelopen om de bijdrage op te halen". De voornaamste aanbeveling hier is een omvorming van de rekruteringscampagne, namelijk van een push- naar een pull-model. Dat wil zeggen dat de ziekenfondsen geloof hebben in eigen kunnen en verlangen dat geïnteresseerden ook naar hen komen in plaats van andersom. De animator zou dan niet enkel meer huis aan huis gaan of dorp per dorp presentaties geven, maar de leden moeten zelf initiatief nemen om het lidmaatschap te verlengen. Natuurlijk moeten er wel lokale instanties zijn die de administratie en registratie van leden afhandelen.

Gelukkig bestaan dergelijke instanties vandaag al in de vorm van de *cellules mutualistes de base* (CMB). Deze structuren kunnen versterkt worden en een meer centrale rol krijgen in het rekruteringsproces, zodat de animatoren een meer begeleidende rol krijgen en de verantwoordelijkheid nemen over alle *cellules mutualistes de base* in hun eigen zone. Op die manier zijn de ziekenfondsen sterker aanwezig in de kleinste dorpjes en verhoogt hun zichtbaarheid. Momenteel hebben de animatoren de handen vol met het verzamelen van bijdragen. Daardoor hebben ze niet voldoende tijd voor andere taken en kunnen ze geen vertrouwensband opbouwen met de gemeenschap. Als de aansluitingen via de *cellule mutualiste de base* zouden gebeuren, is het in principe mogelijk om heraansluitingen het hele jaar door te aanvaarden. Zo zijn de ziekenfondsen full time vertegenwoordigd en wordt het lidmaatschap non-stop gepromoot.

### 8.5.3 Automatische berichten sturen naar leden waarvan het lidmaatschap gaat vervallen

[Prioriteit: Laag]



Een derde aanbeveling betreft een systeem om (automatisch) berichten uit te sturen naar leden van wie het lidmaatschap dreigt te vervallen. Dat gaat natuurlijk enkel voor mensen die een mobiele telefoon hebben en die kunnen lezen en schrijven. Andere personen kunnen net als vroeger een bezoekje verwachten van de animator of een vertegenwoordiger van de *cellule mutualiste de base*.

Dit past in een systeem waarbij het lid zelf pro-actief is in het verlengen van zijn lidmaatschap. Leden zijn zelf verantwoordelijk voor hun lidmaatschap, maar het ziekenfonds geeft wel op tijd een seintje ter herinnering. Als de aansluitingsperiode verlegd zou worden naar april of mei, zou een sms of bezoekje van de animator kunnen samenvallen met het moment dat de inkomsten van de oogst binnenkomen om leden eraan te herinneren dat de inkomsten gebruikt kunnen worden voor het verlengen van het lidmaatschap.

### 8.5.4 Meer aandacht voor de rol van vrouwen in de beslissing om te hernieuwen

[Prioriteit: Gemiddeld]



We bespraken in de tekst hoe vrouwen een centrale rol innemen in het gezin wat betreft gezondheidszorg. Hoewel zij niet de hoofdverantwoordelijkheid hebben over de financiën van het gezin – en gezondheidszorg veel kosten met zich mee brengt – spelen ze vaak een belangrijke rol in de beslissing om zich aan te sluiten bij het ziekenfonds.

Er zijn verschillende mogelijkheden om meer aandacht te hebben voor de rol van vrouwen in deze beslissing. Het zou interessant zijn om te kijken wat de impact is van de introductie van een vrouwelijke animator of vrouwelijke vertegenwoordiging in de *cellule mutualiste de base*. De ziekenfondsen doen al inspanningen om vrouwen te betrekken bij de werking van de ziekenfondsen. Zo zijn de voorzitters van de ziekenfondsen van Matéri en N'Dahonta vrouwen. Daarnaast kan de ophaling van bijdragen ook meer afgestemd worden op de inkomsten van vrouwen door meer in te zetten op partiële betalingen (*cotisation partielle*) (zie de volgende aanbeveling).

[Prioriteit: Laag]



### 8.5.5 Meer gebruik maken van *cotisations partielles*

De beschikbaarheid van middelen en de timing van het ophalen van de bijdrage komen naar voor als belangrijke factoren bij het hernieuwen. Hierboven gaven we al de suggestie om de collecteperiode beter af te stemmen op de periode waarin middelen beschikbaar zijn. Dit lost niet alle problemen op. Leden hebben niet noodzakelijk de volledige bijdrage op een bepaald moment tijdens de campagne. Zeker voor vrouwen, met kleinere maar meer regelmatige inkomstenbronnen, is dit een probleem.

Daarom raden we aan om meer in te zetten op partiële betalingen (*cotisation partielle*). Dat systeem, waarbij een gezin het lidmaatschap in schijven betaalt om de investering te spreiden, bestaat al langer maar blijft voorlopig onderbelicht en ondergebruikt. De medewerkers geven aan dat het slechts sporadisch voorkomt en dat er zich momenteel vooral landbouwers aansluiten waarvan de oogst uitbetaald is.

Ook hier kan een versterkte *cellule mutualiste de base* een belangrijke rol in spelen. Ze zijn gemakkelijk toegankelijk voor de leden zodat kleine beschikbare bedragen gemakkelijk betaald kunnen worden. Op die manier hoeft de animator enkel op regelmatige basis de bijdragen op te halen en de inschrijving af te ronden wanneer de betaling volledig is. Een systeem van betaling via GSM zou ook toelaten om vaker kleine betalingen te doen. Als zulke systemen toegankelijk zijn voor voldoende leden, kan dit een interessante manier zijn om partiële betalingen toegankelijk te maken.

[Prioriteit: Hoog]



### 8.5.6 Verzekeren dat er geen bijkomende bijdragen gevraagd zullen worden doorheen het jaar

Het vertrouwen in de ziekenfondsen is hoog en het is belangrijk dat dit zo blijft. Het grootste risico voor een vertrouwensbreuk is dat het ziekenfonds zijn beloften niet kan nakomen. Dit gebeurt wanneer het geld dat de ziekenfondsen verzamelen via de bijdragen niet voldoende is om de gezondheidszorgen van de leden terug te betalen.

Wanneer dit gebeurt, zit het ziekenfonds in een moeilijke situatie. Om te verzekeren dat ze financieel gezond blijven, zijn ze verplicht om een bijkomend bedrag te vragen aan de leden of om de dekking doorheen het jaar te veranderen, na de toestemming te vragen van een buitengewone Algemene Vergadering. Zoals we gezien hebben in het geval van het ziekenfonds van Coby, heeft dit een negatief effect op het vertrouwen in het ziekenfonds.

Om deze negatieve gevolgen te vermijden, is het belangrijk dat jaarlijks de bijdrage en de bijhorende dekking geëvalueerd worden op basis van de uitgaven van het voorgaande jaar en een goede voorspelling van de toekomstige uitgaven. Als er meer gedetailleerde gegevens over de uitgaven verzameld kunnen worden (zie de aanbevelingen in Deel II van deze studie), is het mogelijk om meer accurate financiële voorspellingen voor het volgende jaar te maken. Op basis hiervan kan een bijdrage worden vastgelegd, die volstaat om de beloofde gezondheidszorgen terug te betalen, gebruikmakend van de bestaande methodologie om een correcte bijdrage te berekenen.

Een meer precieze voorspelling van toekomstige uitgaven zal echter niet voldoende zijn om alle financiële problemen te vermijden. In uitzonderlijke situaties, zoals bijvoorbeeld bij een piek van malaria die de hele zone treft, zullen er niet-voorzienbare uitgaven zijn. Verschillende oplossingen kunnen helpen om met deze moeilijkheden om te gaan. Ten eerste zijn de schade-ratio's vandaag regelmatig hoger dan de grens van 70% tot 80%, waardoor de ziekenfondsen weinig marge hebben om met onverwachte uitgaven om te gaan. De ziekenfondsen zouden dus moeten proberen om deze indicator terug te brengen naar de lijn van 70% tot 80%.

Ten tweede kunnen de ziekenfondsen een reservefonds aanleggen. Op de lange termijn kan de unie van ziekenfondsen dit fonds beheren (zie ook de aanbevelingen in Deel II). Op korte termijn is het makkelijker om een reservefonds aan te leggen op het niveau van het ziekenfonds, met een controle door de unie. Tot slot is het belangrijk om de indicatoren in de boordtabel van nabij op te volgen om snel financiële problemen te detecteren. Het is belangrijk dat de indicatoren in de boordtabel zo snel mogelijk worden opgesteld en daarna moeten ze zo snel mogelijk worden geanalyseerd, er snel tot actie kan worden overgegaan als dat nodig zou blijken.

[Prioriteit: Hoog]



### 8.5.7 De leden beter informeren over de dekking van het ziekenfonds

Een belangrijk resultaat van deze studie is dat de leden niet goed geïnformeerd zijn over de dekking van het ziekenfonds, en dit lijkt een impact te hebben op hun beslissing om te hernieuwen.

Vandaag rekenen de ziekenfondsen sterk op de Algemene Vergadering om informatie te verspreiden naar de leden. Het personeel benadrukt dat alle informatie grondig doorgespeeld wordt op die samenkomst. Deze strategie heeft verschillende nadelen. Aanwezig zijn op de

Algemene Vergadering is zo erg belangrijk om de werking van de ziekenfondsen volledig te doorgronden en dat is niet altijd even evident. Daarnaast wordt de informatie daar mondeling doorgegeven, en kan de informatie daarna vervormd en vergeten worden.

Daarom raden we aan om informatie ook op een schriftelijke manier te verspreiden. Er zou een illustratieve brochure kunnen gemaakt worden, die elk lid ontvangt bij aansluiting. In die brochure kan worden uitgelegd wat de dekking inhoudt en wat niet. Ook wat meer uitleg over het systeem met de *bons de prise en charge* en waar en wanneer ze het lidmaatschap kunnen verlengen, kunnen een plaats krijgen in dit boekje.

In plaats van een volledige brochure kan er ook informatie gegeven worden via het *carnet d'affiliation* of op de *bons de prise en charge*. Het *carnet d'affiliation* bevat een beperkte hoeveelheid informatie. Deze informatie kan verder uitgewerkt worden. Het voordeel van de *bons de prise en charge* is dat ze elk jaar vernieuwd worden en de informatie dus jaarlijks aangepast wordt. Er zou daarop, op een zeer beknopte manier, een overzicht kunnen worden gegeven van de zorgen die gedekt zijn en de percentages van de tussenkomsten. We moeten natuurlijk wel rekening houden met analfabetisme (56% van de titularissen kan niet lezen en schrijven). We raden daarom aan om met afbeeldingen of pictogrammen te werken.

De inwoners van elk dorp moeten weten wie als aanspreekpunt fungeert bij vragen. Aangezien de leden slechts zelden in aanraking komen met de medewerkers van de centra, kunnen zij niet het enige aanspreekpunt zijn. Ook hier kan een versterkte *cellule mutualiste de base* een belangrijke rol spelen om op vragen te antwoorden en problemen gestructureerd aan te pakken. Zij verdienen een meer prominente plaats in deze informatiedeling.

### 8.5.8 Een versterkte samenwerking tussen de ziekenfondsen en de gezondheidscentra

[Prioriteit: Gemiddeld]



De ziekenfondsen en de gezondheidscentra kunnen elkaar op verschillende manieren versterken. Ten eerste kan er reclame gemaakt worden voor de ziekenfondsen in de gezondheidscentra. We zien in deze studie dat ziekenfondsleden gemiddeld bijna tweeënhalf keer minder betalen in de zorgcentra dan de anderen. Er zouden bijvoorbeeld affiches in de gezondheidscentra kunnen worden opgehangen waarop zulke voordelen in de verf worden gezet. Op die affiches kan er ook informatie over de exacte dekking vermeld staan. Naast promotie draagt dit ook bij tot de kennis van de leden over het ziekenfonds.

Het personeel van de gezondheidscentra kan tijdens de consultaties ook meer spreken over de ziekenfondsen en hun rol in de gemeenschappen. Een aansluiting komt ook de gezondheidscentra ten goede. Een lid gaat vaker naar het centrum en laat zijn gezondheid beter opvolgen. Lidmaatschap helpt het centrum zijn missie uit te voeren en draagt bij aan een gezonde financiële situatie van het centrum.

De zorgcentra zijn belast met de sensibilisatie rond biomedische gezondheidszorg en voorlichting rond besmettelijke ziektes in het district waarin het gesitueerd is. Op die manier hoopt de overheid iedereen ervan te overtuigen meer belang te geven aan de wetenschappelijk gefundeerde geneeskunde ten opzichte van de traditionele geneeskunde. Maar de zorgcentra hebben niet voldoende personeel om deze sensibilisatie grondig uit te voeren.

De ziekenfondsen kunnen dus ook een rol spelen in de sensibilisatie van de bevolking. Het ziekenfonds, en in het bijzonder de *cellule mutualiste de base*, staat dicht bij de bevolking. Zij hebben een goede positie om te werken rond sensibilisatie en preventie bij de bevolking. Werken rond preventie past in de missie van de ziekenfondsen. Preventie draagt bij aan het vermijden van ziekten en kan ook helpen om de zichtbaarheid van de ziekenfondsen te verhogen.

Aangezien dit ook een missie is van de ziekenfondsen uit het Noorden, kunnen zij deze initiatieven ondersteunen en hierover raad geven aan de medewerkers van de ziekenfondsen.

### 8.5.9 Een dekking voorzien voor de "grote risico's"

[Prioriteit: Gemiddeld]



In tegenstelling tot de ziekenfondsen in Togo, dekken de ziekenfondsen van Coby, Materi en N'Dahonta geen zorgen in de ziekenhuizen. Ze hebben wel plannen om dit te doen. Dit zou het lidmaatschap bij het ziekenfonds nog interessanter maken. 95% van de huidige en voormalige leden geeft aan dat ze meer geneigd zouden zijn het lidmaatschap te hernieuwen als de diensten van het ziekenhuis Saint Jean de Dieu inbegrepen zijn, zelfs als dat een verhoging van het lidgeld zou betekenen.

Maar we moeten dan wel op enkele zaken letten. Zo is transport vanuit de verschillende gemeenten en districten naar Tanguiéta, waar het ziekenhuis gesitueerd is, (zeker tijdens het regenseizoen) moeilijk. In sommige gevallen blijkt dit zelfs onmogelijk. Dit vervoer brengt uiteraard ook extra kosten met zich mee. De gemeente van Coby heeft geen ziekenwagen om ernstige gevallen te transporteren. Een doorverwijzing naar het ziekenhuis zal onvermijdelijk met vertraging gebeuren en kan complicaties veroorzaken. Zwangere vrouwen zijn gelukkig

gegroepeerd in Femmes pour Femmes-associaties die deze transportkosten tussen lokale zorgcentra en het ziekenhuis op zich nemen in ruil voor een kleine bijdrage. Om van de inclusie van de diensten van Saint Jean de Dieu een succes te kunnen maken, zullen de ziekenfondsen een vergelijkbare regeling moeten uitwerken. Alleen zo kunnen alle leden gebruikmaken van de diensten van het ziekenhuis.

Deze extra dekking van de ziekenhuiskosten en het vervoer naar het ziekenhuis zal wel een verhoging van de bijdrage met zich meebrengen. Om de bijdrage betaalbaar te houden voor iedereen zouden de ziekenfondsen kunnen overwegen om, in een eerste instantie, deze dekking optioneel te maken. Een piste om de kosten te verminderen is dat deze dekking door de unie van ziekenfondsen wordt aangeboden en niet door de individuele ziekenfondsen. Dit laat toe om de financiële risico's van zo een nieuwe dekking te centraliseren. De unie kan ook de haalbaarheid van de dekking bestuderen voor ze geïmplementeerd wordt.

[Prioriteit: Gemiddeld]



#### **8.5.10 Aandacht voor de rol van de adviserend geneesheer**

Dit punt is meer een aandachtspunt, dan een aanbeveling. We benadrukken de belangrijke rol die de adviserende geneesheer speelt in het systeem van de ziekenfondsen. Hij draagt bij aan de verhoging van de kwaliteit van de zorgverlening in de regio en is bovendien ideaal geplaatst om mogelijke problemen tussen zorgpersoneel en leden of het ziekenfonds te identificeren. Deze functie mag niet onderschat worden en het is belangrijk dat zowel de sanitaire zone als de ziekenfondsen het nut ervan erkennen. Het is belangrijk dat de adviserend geneesheer sterk ondersteund wordt, zodat hij zijn werk goed en efficiënt kan uitoefenen.

[Prioriteit: Laag]



#### **8.5.11 Het personeel van de zorgcentra en het ziekenhuis als ambassadeurs voor de ziekenfondsen**

Tijdens de interviews merkten we dat het zorgpersoneel al sensibiliseert over de voordelen en acties van de ziekenfondsen. Zij zullen dus ook openstaan voor het promoten van de diensten aangeboden door de ziekenfondsen. In zekere zin zijn zij de woordvoerders van de ziekenfondsen. We raden aan dat de ziekenfondsen samenwerken met het zorgpersoneel dat nu al promotie maakt voor de activiteiten van de ziekenfondsen. Deze ambassadeurs zouden dan ook best zelf lid zijn van het ziekenfonds.

# Conclusie

---

De huidige situatie van de Afrikaanse ziekenfondsen doet denken aan de lange weg die de Belgische ziekenfondsen hebben afgelegd. Gelanceerd in de 19e eeuw om arbeiders een minimale dekking te geven in geval van gezondheidsproblemen, zijn ze daarna uitgegroeid tot één van de sleutelspelers in de organisatie van de ziekteverzekering en sociale bescherming in België. Deze evolutie heeft tijd gevraagd. En tijd is iets wat ook de Afrikaanse ziekenfondsen nodig hebben.

Vandaag werken vele mutualisten in Benin en Togo aan een betere toegang tot betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, om zo bij te dragen aan de sociale bescherming van de lokale bevolking. Dit blijft een enorme uitdaging. De Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération trachten de ziekenfondsen in Benin en Togo hierin te ondersteunen. Deze studie met zijn vaststellingen en aanbevelingen kan bijdragen tot de verdere professionalisering van deze jonge organisaties. Financiële stabiliteit, een goed beheer van de ziekenfondsgegevens, een aantrekkelijke dekking voor de verzekerden, en een versterkte samenwerking via unies van ziekenfondsen zijn maar enkele van de essentiële stappen die gezet moeten worden.

Ook de nationale overheden in Benin en Togo moeten de lokale ziekenfondsen ondersteunen. Want de ziekenfondsen kunnen een belangrijke bijdrage leveren in de verwezenlijking van de universele toegang tot gezondheidszorg (*Couverture Santé Universelle*), en dit dankzij hun troeven:

- > Hun waarden van solidariteit, universaliteit en democratie;
- > Hun ervaring in het beheer van een solidaire ziekteverzekering;
- > Hun directe relatie met de leden.

Als leden van de *Union Economique et Monétaire de l'Afrique de l'Ouest* (UEMOA), moeten ook Benin en Togo het regelgevend kader van de UEMOA met betrekking tot de mutualiteit omzetten in nationale regelgeving. We roepen de regeringen van Benin en Togo op om verder werk te maken van deze omzetting, omdat dit essentieel is voor de toekomst van de ziekenfondsen en de verdere uitbouw van de sociale bescherming in hun land. Zonder de ondersteuning van de overheid gaan de ziekenfondsen een onzekere toekomst tegemoet. De Onafhankelijke Ziekenfondsen, Louvain Coopération, de andere partners van het Programma MASMUT, de nationale platformen van ziekenfondsen CNCMUT (Togo) en CONSAMUS (Benin) zullen de Afrikaanse ziekenfondsen blijven begeleiden en ondersteunen. Ze bieden hun expertise ook graag aan aan de overheden en administraties in Benin en Togo om samen aan deze weg te werken.

Dankzij de financiële ondersteuning van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking, zullen de partners van het Programma MASMUT ook in de komende jaren (2017 – 2021) de Afrikaanse ziekenfondsen blijven ondersteunen. Deze studie biedt alvast enkele pistes en scenario's waar rond gewerkt zal kunnen worden.

# Bijlage 1: Boordtabel

BOORDTABEL VAN HET ZIEKENFONDS VAN TCHAUOUDO, TOGO, 2015

Indicatoren	DOELGROEP:												VERWACHT AANTAL RECHTHEBBENDEN:											
	BEDRAG JAARLIJKSE BIJDRAGE:												AANTAL RECHTHEBBENDEN VORIG JAAR:											
	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December
Gecumuleerd aantal leden	5.119	5.166	5.208	5.226	5.250	5.259	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.119	5.166	5.208	5.226	5.250	5.259	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	
Gecumuleerd aantal leden met bijdrage OK	147	170	235	1.023	1.089	1.142	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	147	170	235	1.023	1.089	1.142	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	
Rechthebbenden:	oude (gecumuleerd)	1.475	1.822	2.256	2.459	2.587	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	1.475	1.822	2.256	2.459	2.587	2.690	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	
	nieuwe (gecumuleerd)	1.798	1.915	2.036	2.106	2.160	2.204	2.206	866	866	866	1.798	1.915	2.036	2.106	2.160	2.204	2.206	866	866	866	866	866	
	totaal rechthebbenden	3.273	3.737	4.292	4.565	4.747	4.894	4.910	4.910	3.570	3.570	3.273	3.737	4.292	4.565	4.747	4.894	4.910	3.570	3.570	3.570	3.570	3.570	
Gemiddeld aantal recht. met risico	3.190	3.570	4.235	4.360	4.662	4.821	4.900	4.900	4.211	4.211	3.190	3.570	4.235	4.360	4.662	4.821	4.900	4.900	4.211	4.211	4.211	4.204	4.105	
Aantal rechth. middelmatig risico	3.190	3.380	3.665	3.839	4.003	4.140	4.248	4.248	4.211	4.211	3.190	3.380	3.665	3.839	4.003	4.140	4.248	4.248	4.211	4.211	4.211	4.204	4.105	
Hernieuwingspercentage rechthebbenden	28,73%	35,49%	43,94%	47,90%	50,39%	52,40%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	28,73%	35,49%	43,94%	47,90%	50,39%	52,40%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	
Volledige, voor huidig boekjaar	6.640.350	8.009.150	9.646.400	10.451.750	10.988.650	11.422.300	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	6.640.350	8.009.150	9.646.400	10.451.750	10.988.650	11.422.300	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	
Gedeeltelijke	442.800	442.800	581.595	627.045	649.145	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	442.800	442.800	581.595	627.045	649.145	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	
Volledige, als voorschot	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Verworven premie die overeenstemt met risico	6.395.500	7.516.500	9.478.250	9.847.000	10.737.900	11.206.950	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	6.395.500	7.516.500	9.478.250	9.847.000	10.737.900	11.206.950	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	
beschikbaar bedrag	4.476.850	5.261.550	6.634.775	6.892.900	7.516.530	7.844.865	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	4.476.850	5.261.550	6.634.775	6.892.900	7.516.530	7.844.865	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	
terugbet. maand	458.858	801.888	813.417	1.144.643	1.146.776	1.788.411	1.422.156	1.080.624	940.047	1.003.644	458.858	801.888	813.417	1.144.643	1.146.776	1.788.411	1.422.156	1.080.624	940.047	1.003.644	786.132	734.467		
gecumul. terugbet.	458.858	1.260.746	2.074.163	3.218.806	4.365.582	6.153.993	7.576.149	8.656.773	9.596.820	10.600.464	458.858	1.260.746	2.074.163	3.218.806	4.365.582	6.153.993	7.576.149	8.656.773	9.596.820	10.600.464	11.386.596	12.121.063		
saldo	4.017.992	4.000.804	4.560.612	3.674.094	3.150.948	1.690.872	431.851	-648.773	-1.588.820	-5.610.752	4.017.992	4.000.804	4.560.612	3.674.094	3.150.948	1.690.872	431.851	-648.773	-1.588.820	-5.610.752	-6.396.884	-7.522.903		
Aantal gevallen	158	315	344	505	489	711	695	582	502	577	158	315	344	505	489	711	695	582	502	577	502	388		
Gemiddelde kost prestaties	2.904	2.546	2.365	2.267	2.345	2.515	2.046	1.857	1.873	1.739	2.904	2.546	2.365	2.267	2.345	2.515	2.046	1.857	1.873	1.739	1.566	1.893		
Schaderatio	7,17%	16,77%	21,88%	32,69%	40,66%	54,91%	66,23%	75,67%	83,89%	148,71%	7,17%	16,77%	21,88%	32,69%	40,66%	54,91%	66,23%	75,67%	83,89%	148,71%	159,74%	184,52%		
Penetratiegraad	4,16%	4,75%	5,46%	5,81%	6,04%	6,22%	6,24%	4,54%	4,54%	4,93%	4,16%	4,75%	5,46%	5,81%	6,04%	6,22%	6,24%	4,54%	4,54%	4,93%	4,93%	4,93%	4,93%	

## Bijlage 2: Bijkomende analyse

In Deel III van deze studie hebben we vaak het hernieuwingspercentage van verschillende groepen vergeleken. We zagen bijvoorbeeld dat personen met een goede oogst, vaker hun hun lidmaatschap vernieuwden. Zoals we in meer detail bespraken in de tekst (zie Sectie 8.2.1), moeten we voorzichtig zijn met de interpretatie van zulke resultaten.

Leden die een goede oogst hadden, verschillen ook op andere manieren van leden die een slechte oogst hebben gehad. We kunnen dus niet met zekerheid zeggen of het de goede oogst, of die andere verschillen zijn die het verschil in hernieuwingspercentage verklaren.

Daarom doen we in deze bijlage een bijkomende analyse. We kijken opnieuw naar het verschil in de kans op hernieuwen (bijvoorbeeld tussen mensen die een goede oogst en een slechte oogst hadden). Maar we houden nu ook rekening met andere factoren waarop deze groepen kunnen verschillen.<sup>27</sup>

In de tabel hieronder geven we een overzicht van de resultaten. De resultaten links zijn de resultaten die we in de tekst toonden en waarbij er geen rekening wordt gehouden met andere factoren. De resultaten rechts zijn de nieuwe resultaten waar we wel rekening houden met andere factoren.

Tabel 11 toont ook de lijst met factoren waar we rekening mee houden. Om de analyse eenvoudig te houden, beperken we ons tot een beperkt aantal variabelen. Enkele variabelen over de eigenschappen van de leden (alfabetisme, opleidingsniveau en rijkdom) en enkele variabelen die als belangrijke factoren voor hernieuwing naar voor komen in de tekst (vertrouwen, oogst, kennis van de dekking, ...).

Om te beoordelen of deze extra analyse de resultaten veranderen (en dus de interpretatie die we in de tekst gegeven hebben), kunnen we de resultaten in de linker- en rechterkolom vergelijken. Zoals verwacht veranderen de resultaten lichtjes, maar globaal gezien blijven de resultaten erg gelijkaardig.

We kunnen dus met meer vertrouwen zeggen dat een goede oogst, vertrouwen in het ziekenfonds en een goede kennis van de dekking effectief een belangrijk effect hebben op de keuze om te hernieuwen.

**TABEL 11**

**De impact van verschillende factoren op de kans op hernieuwen.**

	EENVOUDIGE VERGELIJKING (zoals in de tekst)		VERGELIJKING REKENING HOUDEND MET ANDERE FACTOREN (regressie)	
	Vershil in kans hernieuwen	Vershil significant	Vershil in kans hernieuwen	Vershil significant
Goeie oogst	15 %	JA	16%	JA
Zelden ziek	-8 %	NEE	-8%	NEE
Vertrouwen in het ziekenfonds	40 %	JA	32%	JA
Vertrouwen dat er geen bijkomende premie gevraagd zal worden	12 %	JA	17%	JA
Rijkdom	10 %	JA	9%	NEE
Hogere opleiding dan lagere school	6 %	NEE	-2%	NEE
Slecht geïnformeerd over dekking	-17 %	JA	-18%	JA
Alfabetisme	4 %	NEE	3%	NEE

27

Technisch doen we hiervoor een «regressie» waarbij de afhankelijke variabele de beslissing om te hernieuwen is en de onafhankelijke variabelen alle variabelen in Tabel 11 zijn.

