

**Peter Bob Peerenboom**  
bestuurslid Nederlandse  
Vereniging Artsen Beleid  
Management Onderzoek (NVAG)

**Astrid Coppens**  
bestuurslid NVAG

GEZONDHEIDSZORG DOOR UITKOMSTFINANCIERING MET SUCCES HERVORMD

# Rwanda maakt haar zorgsector zelfbewust

Een NVAG-delegatie bezocht Rwanda en zag dat de hervorming van het zorgstelsel tot succes heeft geleid. Een fijnmazig zorgstelsel met een slim financieringsstelsel levert uitstekende cijfers op.

In 1994 is Rwanda een totaal ontwricht land; de infrastructuur van de gezondheidszorg ontbreekt vrijwel. Twee decennia later: de zorg draait, gezondheidswerkers zijn gemotiveerd en zelfbewust en de bevolking wordt gezonder. En als kers op de taart: de millenniumdoelen van de Verenigde Naties liggen binnen handbereik. De kindersterfte is gedaald van 194 per 1000 in het jaar 2000 naar 103 per 1000 in 2008. Onder de armste bevolkingsgroepen was de daling het grootste. In dezelfde periode is ook de moedersterfte drastisch gedaald: van 1071 naar 383 per 100.000. Leden van de Nederlandse Vereniging Artsen Beleid Management Onderzoek (NVAG) reisden naar Rwanda (zie kader op blz. 1123) om deze successen te duiden.

Kamonyi is één van de vele Community Health Centres (CHC's) in Rwanda en vormt een belangrijke schakel in de zorgketen van de regio. De gezondheidszorg in Rwanda is opgebouwd volgens het District Health Model van de WHO uit 1987. Dat houdt onder meer in dat verspreid over het land een netwerk van Community Health Centres is opgebouwd, op zodanige onderlinge afstand dat deze zorg voor iedereen op loopafstand bereikbaar is. In Rwanda komt dat neer op ongeveer één CHC per twintig dorpen. De CHC's leveren de basiszorg voor het gehele verzorgingsgebied: perinatale zorg, eerstelijnszorg en eenvoudige curatieve



HOLLANDESE HOOGTE

zorg. De staf in de CHC's werkt volgens protocollen en levert gegevens via computer of telefoon aan het districtskantoor. Elk dorp beschikt bovendien in principe over drie Community Health Workers (CHW's). CHW's zijn leken die gekozen worden door de dorpsgemeenschap en een korte opleiding krijgen. Zij waken over de gezondheid van hun dorpsbewoners, geven adviezen over hygiëne, vaccinaties en moeder- en kindzorg en behandelen kleine kwalen. Ze werken met duidelijke protocollen en krijgen een taakstelling omtrent de te halen prestatie-indicatoren. Een van hun taken is om meer mensen door te verwijzen naar het CHC, bijvoorbeeld voor vaccinaties of zwangerschapscontrole. Met de mobiele telefoon geven ze hun prestatie-indicatoren door aan het centrale systeem.

## **Malarianetten**

Het District Health Model is in opzet een centraal aangestuurd en centraal gefinancierd systeem. Het geld voor de zorg komt

volledig van de overheid. In het Rwanda van de jaren negentig betekende dat: van buitenlandse donoren. Zorginstellingen waren staatsinstellingen die een budget kregen om de salarissen van de zorgverleners te betalen, de zogenaamde input-financiering. Maar een functioneringsbudget was er vaak niet of nauwelijks, waardoor het onmogelijk werd om zorg te organiseren en daadwerkelijk te leveren. Toen eind vorige eeuw de donorgeldstroom opdroogde, moest Rwanda alternatieven vinden om de gezondheidszorg draaiende te houden. Na een pilot in 2002

met behulp van Nederlandse niet-gouvernementele organisaties (ngo's) is gekozen voor *performance based financing* (uitkomstfinanciering). In dit financieringsmodel wordt niet alleen gestuurd, en dus beloond, op handelingen of productie, maar ook op het correct uitvoeren van beleid gericht op gezondheidswinst: belangrijk is niet zozeer het aantal malarianetten dat is uitgedeeld, maar het percentage van de huishoudens dat een malarianet heeft; niet het aantal prenatale consulten, maar het percentage van de zwangeren dat regelmatig naar zwangerschapscontroles komt; niet het aantal verstrekte vaccinaties, maar het aantal volledig gevaccineerde kinderen. Een fundamenteel andere benaderingswijze dus.

## **Eigen verantwoordelijkheid**

Een tweede wezenlijke verandering was de decentralisatie van de verantwoordelijkheden. Gezondheidswerkers op alle niveaus krijgen duidelijke targets mee over de te behalen gezondheidsuitkomsten. Zij zijn echter zelf verantwoordelijk

Gezondheids-  
werkers krijgen  
duidelijke  
targets mee



voor de manier waarop zij de afgesproken gezondheidsdoelen nastreven. Zij kennen immers hun eigen regio het best. Na decennia van centrale aansturing was ook deze werkwijze een wezenlijke verandering.

Tegelijkertijd is gewerkt aan een systeem van medefinanciering door de gebruikers van de zorg. Aanvankelijk is geprobeerd om via eigen bijdragen van patiënten de inkomsten te verhogen. De kwaliteit van

de zorg ging hiermee wel omhoog, maar het gebruik nam af doordat de bevolking de kosten niet kon opbrengen. Na enige experimenten met een zorgverzekerings-systeem is uiteindelijk gekozen voor *community based health insurance*. Hierbij ligt de verantwoordelijkheid voor het inzamelen van het benodigde bedrag bij de gemeenschap als geheel. Door tevens het telefonisch betalen van de premie mogelijk te maken, in plaats van via de

fraudegevoeliger weg van banken of betaalkantoren, groeide de acceptatie van deze gemeenschapsverzekering. Volgens officiële cijfers is inmiddels 90 procent van de bevolking op deze manier verzekerd. Met dit geld kunnen de basiszorg, voorgeschreven medicijnen en verwezen specialistische zorg worden betaald.

### **Gebruikerstevredenheid**

Een laatste uitdaging lag in het vinden van een incentive om zowel het juiste gebruik te stimuleren als de kwaliteit van het zorgsysteem te verbeteren. Daarbij is ook gekeken wie daarvoor op welke wijze beloond mag worden en wie hierover mag beslissen. Hiertoe zijn District Community Health Boards in het leven geroepen, bestaande uit vertegenwoordigers van de lokale gemeenschappen. Zo'n Board bepaalt aan de hand van de data-analyses uit het centrale systeem welke CHC's en CHW's een bonus krijgen. De CHW's mogen een derde deel zelf houden (voor hun inspanningen; ze krijgen verder geen salaris), een derde deel gaat naar hun dorpsgemeenschap, bedoeld voor zorggerelateerde voorzieningen, en een derde deel naar het CHC. Als CHW's goed presteren hebben ze dus niet alleen zelf direct voordeel, maar hun gemeenschap ook. Daardoor stijgt de maatschappelijke waardering voor de CHW. Door dit systeem ontstond een goede verankering van betrokkenheid en verantwoordelijkheid van zowel zorggebruikers als zorgverleners.

Tot slot is aandacht besteed aan de evaluatie van de kwaliteit van de geleverde zorg. De lokale gezondheidswerkers gebruiken hiervoor kwaliteitsprotocollen en checklijsten. Verrichtingen en uitkomsten worden door gezondheidswerkers en gezondheidscentra bijgehouden en doorgestuurd naar de hogere echelons waar zij centraal worden verzameld en geanalyseerd. In de pilotfase droegen lokale gemeenschappen actief bij aan deze kwaliteitstoetsing door het meten van gebruikerstevredenheid. Op basis daarvan beslisten zij vervolgens over bonussen voor de gezondheidswerkers. Bij de lan-

## **NVAG-STUDIEREIS**

De Nederlandse Vereniging voor Artsen in Beleid, Management en Onderzoek (NVAG) organiseert ongeveer een keer per twee jaar een studiereis naar het buitenland om daar de gezondheidszorg te bestuderen. Er wordt gekozen voor een actueel thema of voor een land dat een voor Nederland interessante ontwikkeling doormaakt. In Rwanda bezochten de deelnemers onder andere het Ministry of Health, de School of Public Health, het District Hospital in Bukare en het Ruhengeri Hospital, diverse kleinere gezondheidscentra zoals in Kamonyi en in Butaro. Ook spraken zij met Community Health Workers.



HOLLANDESE HOOGTE





## Het zorgkostenbewustzijn is hoog

De rondgang van NVAG-leden langs het zorgsysteem, van universiteitskliniek tot *district health office*, van gezondheidscentrum tot gezondheidswerker, laat een consistent beeld zien van betrokken en gemotiveerde mensen en een werkende structuur. De vraag dringt zich op wat Nederland van Rwanda zou kunnen leren ter verbetering van de zorg. Drie grote verschillen vallen vooral op. Om te beginnen is in Rwanda het zorgkostenbewustzijn hoog, terwijl in Nederland jarenlang de zorgkosten geen belemmering mochten vormen voor het leveren van zorg. Het gevolg is dat de gemiddelde Nederlandse zorgconsument geen idee heeft wat de zorg kost. Ook qua organisatie van de eerste lijn zijn er lessen te leren: in Rwanda worden preventie en curatie op dezelfde plek aangeboden. Nederland daarentegen kent veel verschillende loketten en onze tariefstructuren zijn ook nog steeds gebaseerd op individuele zorgverleners. Dit is niet patiëntvriendelijk en staat efficiëntie in de weg. En ten slotte is het de moeite waard om te onderzoeken in hoeverre directe betrokkenheid van onze bevolking bij de gezondheidszorg en het mechanisme van sturen op resultaten in Nederland zou kunnen leiden tot een verbetering van de volksgezondheid. ■

### contact

p.peerenboom@tangram.info  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

Eerdere MC-artikelen over succesvolle gezondheidszorg in het buitenland vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

delijke uitrol is deze vorm van tevredenheidstoetsing niet meegenomen, maar nu, ruim tien jaar later, wordt dit alsnog overwogen omdat de ervaring hiermee in andere landen in de regio positief is.

### Trots op resultaten

Deze mix van maatregelen is een schot in de roos gebleken. Zowel het gebruik als het niveau van de voorzieningen is beduidend gestegen en dit heeft geresulteerd in een gestage verbetering van gezondheidsuitkomsten. Niet alleen zijn moeder- en kindsterfte spectaculair gedaald, ook de malaria- en hiv-incidenties zijn fors gedaald. De levensverwachting is de laatste tien jaar met ruim tien jaar gestegen. Daarmee is Rwanda hard op weg om de millenniumdoelen in 2015 te halen. Natuurlijk kon de situatie in Rwanda niet veel slechter worden na de burgeroorlog en hebben ook de relatief stabiele politieke situatie en de toenemende welvaart bijgedragen aan de volksgezondheid. Volgens de Rwandese gezondheidswerkers is de vooruitgang echter ook te danken aan de eigen verantwoordelijkheid en

relatieve autonomie die zij krijgen. Die vormen een belangrijke drijfveer voor hun inzet. Dat Rwanda ook nog eens beter scoort dan andere relatief welvarende Afrikaanse landen lijkt zijn oorsprong te vinden in het feit dat Rwandezen erg plichtsgetrouw zijn. Afspraken worden gewoon netjes nagekomen. Uitdagingen voor de toekomst zijn er natuurlijk nog. Om de volksgezondheid verder te verbeteren is het vooral belangrijk om de curatieve zorg te stimuleren, ook in de tweede lijn, en om zowel de kwaliteit als het gebruik ervan te bevorderen. Dat de zorg daardoor meer geld gaat opslokken, is onvermijdelijk. Gelukkig zien donoren en organisaties als de Wereldgezondheidsorganisatie WHO ook in dat een gezonde bevolking nodig is om een gezonde economie op te bouwen en zijn zij bereid te investeren in algemene toegang tot zorg. Een andere wens van Rwanda is regievoering over het voorzieningenniveau: het gebeurt nog te vaak dat buitenlandse organisaties voorzieningen doneren aan gezondheidscentra terwijl de echte noden elders liggen.