

Een ziektekostenverzekering voor Afrika

O.P.Schellekens, M.E.Lindner, J.P.L.van Esch, M.van Vugt en T.F.Rinke de Wit

Jarenlange substantiële ontwikkelingshulp heeft niet kunnen voorkomen dat veel Afrikaanse landen gevangen zitten in een vicieuze cirkel rond de gezondheidszorg: de vraag naar zorg is groot, maar de lage kwaliteitszorg van een overbelaste publieke sector sluit hier niet op aan. Zodoende betaalt het gros der Afrikanen de gezondheidszorg contant, wat de duurste en minst solidaire optie is. Beschreven wordt een innovatieve benadering, waarbij aanbod en vraag in de gezondheidszorg in Afrika beter op elkaar afgestemd kunnen worden, de gezondheidszorg als een waardeketen wordt gezien en de ziektekostenverzekering als overkoepelend mechanisme optreedt. De vraagkant wordt gestimuleerd door middel van premiesubsidies voor patiënten die toegang tot zorg zoeken via particuliere collectieve Afrikaanse ziektekostenverzekeringen. Het zorgaanbod wordt verbeterd door investeringen in medische kennis, administratieve systemen en zorginfrastructuur. Dit initiatief komt van het Health Insurance Fund, een unieke samenwerking van publieke en private sector. Dit fonds ontving in 2006 € 100 miljoen van het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken om verzekeringsprogramma's uit te voeren in Afrika. Stichting PharmAccess is de uitvoerende partner van het fonds en presenteert hier de eerste ervaringen in Afrika.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2007;151:2680-4

Meer dan 40% van alle wereldwijde infectieziekten komt voor in Afrika ten zuiden van de Sahara (hierna te noemen 'Afrika'),¹ dat slechts 1% van de wereldwijde gezondheidszorguitgaven besteedt.² Mede daarom is de gezondheidszorg in Afrika qua kwantiteit, kwaliteit, financiering en organisatie onvoldoende om de huidige en toekomstige vraag naar zorg aan te kunnen.

De zorgsector in Afrika heeft een aantal opmerkelijke eigenschappen die verklaren waarom de toegang tot kwaliteitszorg onvoldoende blijft (tabel 1). Afrikaanse landen blijven gevangen in een vicieuze cirkel, met een overbelaste publieke sector die zorg van een lage kwaliteit levert, wat niet aansluit bij de gezondheidsproblematiek en resulteert in slechte gezondheidsuitkomsten. De Afrikaanse private sector heeft wel potentieel om goede zorg te leveren, maar blijft ondergefinancierd en kan vooralsnog weinig uitkomst bieden. Zolang de geleverde zorg, dus het aanbod van zorg, van onvoldoende kwaliteit is, is de bereidheid om te betalen voor zorg en aan verzekeringsfondsen deel te nemen, dus de vraag naar zorg, laag. Aldus blijven de opbrengsten voor de zorgverzekeraars en de daaraan verbonden klinieken en ziekenhuizen onzeker, waardoor deze geen investerings-

kapitaal kunnen aantrekken. Hierdoor blijft de kwaliteit van de aangeboden zorg laag, waarmee de cirkel gesloten wordt.

In dit artikel wordt een nieuwe aanpak beschreven, waarmee de donorgemeenschap kan bijdragen aan het doorbreken van de vicieuze cirkel door gebruik te maken van particuliere collectieve zorgverzekeringen voor afgebakende doelgroepen.

EEN BETERE AFSTEMMING VAN VRAAG EN AANBOD

Uitgangspunt van de nieuwe aanpak is dat voor een goede ontwikkeling van zorgsystemen een betere afstemming van vraag en aanbod in de zorg cruciaal is. In deze benadering wordt zowel de financiering van de zorg als de zorgverlening zelf versterkt. Hierbij wordt de zorgverlening als een waardeketen gezien, waarbij alle elementen van het zorgsysteem – ziekenhuizen en klinieken, laboratoria, geneesmiddelenvoorziening, administratieve systemen, financiering en patiënten – aanwezig dienen te zijn om zorg te kunnen leveren en een ziektekostenverzekering als overkoepelend mechanisme optreedt.

De nieuwe aanpak past een vraaggestuurde en prestatiegerichte ('output-based') benadering toe, waardoor de transparantie van ontwikkelingshulp in de medische sector wordt verhoogd. Belangrijke kenmerken van deze aanpak zijn: (a) langetermijnverplichtingen worden aangegaan ten aanzien van de solvabiliteit van de verzekeringsfondsen; (b) donorgelden worden gebruikt om de premies van lage-inkomensgroepen te subsidiëren; (c) donorgelden worden ingezet voor de verbetering van de medische zorg, infrastructuur en administratieve systemen; en (d) verzekeraars

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 9, T1-220, 1105 AZ Amsterdam.

Stichting PharmAccess International: hr.dr.s.O.P.Schellekens, bedrijfskundige; mw.dr.s.M.E.Lindner, gezondheidseconoom; hr.dr.s.J.P.L.van Esch, public health-specialist; mw.dr.M.van Vugt, internist-infectioloog. Center for Poverty-related Communicable Diseases: hr.prof.dr.T.F.Rinke de Wit, moleculair bioloog.

Correspondentieadres: hr.dr.s.O.P.Schellekens (o.schellekens@pharmaccess.org).

TABEL 1. Enkele feiten over de Afrikaanse zorgsector

- de meeste ontwikkelingshulp voor zorg wordt gesluisd via de publieke sector in Afrika*
- de publieke sector in Afrika is overbelast en onvoldoende uitgerust voor het afleveren van zorg⁴
- rijken profiteren relatief meer van de aangeboden publieke zorg^{5, 6}
- bijna 60% van de totale zorguitgaven in Afrika (exclusief Zuid-Afrika) wordt contant betaald,² met alle risico's van armoedeval en vergroting van ongelijkheid
- slechts 3% van de totale zorg in Afrika (exclusief Zuid-Afrika) wordt gefinancierd door particuliere verzekeringen²
- bij gebrek aan toegang tot donorgeld en investeringskapitaal blijft de potentiële capaciteit van de private zorgsector onderbenut⁷
- door de vaak slechte kwaliteit van de zorg blijft de bereidheid om voor zorg te betalen laag⁷⁻⁹

*www.theglobalfund.org/en/fundsraised/distribution/ 2006.

†www.theglobalfund.org/en/fundsraised/distribution/ 2006; www.ifc.org 2005.

en zorgaanbieders worden contractueel gehouden aan hun (medische) prestaties.

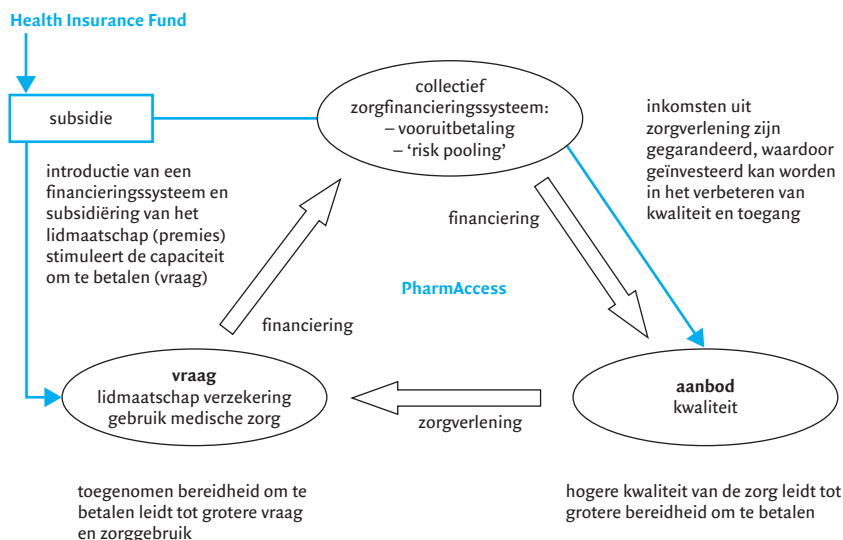
Het idee is dat deze vorm van ontwikkelingshulp de vicieuze cirkel doorbreekt, doordat de toegang tot medische zorg van goede kwaliteit toeneemt en daarmee de bereidheid om aan voorgefinancierde systemen mee te doen (figuur 1). De vraag wordt gestimuleerd door subsidiëring van verzekeringspremies, waardoor de betalingscapaciteit groeit en vooruitbetaling voor verzekeringen mogelijk wordt. Vooruitbetaling garandeert inkomsten voor zorgaanbieders, hetgeen investeringen in de zorgcapaciteit sti-

muleert en leidt tot meer en betere kwaliteit van de zorg. Dit verhoogt weer de bereidheid om te betalen, wat leidt tot een grotere vraag naar verzekeringen. Deze benadering sluit overigens aan bij de historische ontwikkeling van veel westerse gezondheidszorgsystemen, waar sociale verzekeringsystemen zijn voortgevloeid uit vrijwillige particuliere collectieve zorgverzekeringsfondsen.¹⁰

In veel Afrikaanse landen is de overheid door gebrek aan regulerende capaciteit onvoldoende in staat kwaliteit van de zorg af te dwingen. Onder zulke omstandigheden kan uitbesteding via contractuele overeenkomsten met verzekeraars en zorgverleners wél de mogelijkheid bieden om de gewenste kwaliteit te waarborgen.¹¹ Daarnaast kunnen door het inbouwen van financiële beloningen in de contracten efficiëntie en kostenbesparingen bewerkstelligd worden.

HEALTH INSURANCE FUND

Het Health Insurance Fund (het Fonds) brengt deze benadering als eerste in de praktijk in Afrika. Het Fonds werd in 2005 opgericht op initiatief van Kees Storm, voormalig topman van verzekeraar AEGON, en van Stichting PharmAccess, een Nederlandse 'not-for-profit'-organisatie die algemene basisgezondheidszorg en hiv/aidsbehandeling in ontwikkelingslanden ondersteunt. In dit publiek-private partnerschap worden donorgelden verbonden met lokale Afrikaanse 'health maintenance organisations' (HMO's) en verzekeringsmaatschappijen. HMO's zijn, naar Amerikaans model, organisaties die zowel de administratie als de medische dienstverlening verrichten, met als voordeel kortere lijnen, lagere kosten en minder mogelijkheden tot fraude.



FIGUUR 1. Schematische weergave van de nieuwe aanpak van een zorgverzekeringsstelsel voor Afrika, waarmee een betere afstemming van vraag en aanbod van zorg mogelijk wordt en de vicieuze cirkel van zorg wordt doorbroken.

De middelen van het Fonds worden gebruikt om de verzekeringspremies te subsidiëren van doelgroepen die zich aansluiten bij de HMO's. De HMO's zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de verzekeringsprogramma's. Ze contracteren een netwerk van publieke en private zorginstellingen waar de verzekerden met hun polis zorg kunnen krijgen. De betaling van verzekeraars en zorgverleners is gerelateerd aan de geleverde medische zorg en het aantal verzekerden dat zich aanmeldt, waarbij de prijzen en winstmarges van de verzekeraars contractueel zijn vastgesteld. De kwaliteit van het zorgaanbod wordt verbeterd door investeringen in medische kennis, administratieve systemen en zorginfrastructuur.

Het verzekeringspakket bestaat uit eerstelijnszorg, beperkte tweedelijnszorg, inclusief hiv/aidsbehandeling en medicatie. De programma's zijn altijd complementair aan lopende publieke zorgprogramma's.

Om het risico te spreiden richt het Fonds zich op doelgroepen die als geheel verzekerd kunnen worden. Het betreft groepen mensen met een beperkt inkomen, die in staat zijn een eigen bijdrage te leveren aan de premiebetaling. Toegang tot betere zorg als gevolg van de verzekering draagt ertoe bij dat deze mensen kunnen blijven werken. Dit is een van de belangrijkste doelstellingen van het Fonds.

Duurzaamheid van de programma's wordt bewerkstelligd door het verhogen van de efficiency van de zorg aan de aanbodkant. Dit leidt tot lagere kosten en betere kwaliteit, waardoor meer mensen zich zullen aanmelden voor een verzekering. Dit vergroot de 'risk pool' van de verzekeringsfondsen, waarbij het verzekeringsrisico over meer verzekerden gespreid wordt en door het toegenomen volume de kosten verder gedrukt kunnen worden. De eigen bijdrage van de verzekerden aan de premie, die in eerste instantie gering is, zal in de loop der jaren toenemen, terwijl het subsidieelement zal worden verlaagd, wat aan de duurzaamheid bijdraagt. Duurzaamheid wordt ook bevorderd door samenwerking met de lokale overheden op het gebied van de regulering van zorgverzekeringen en door het aantrekken van nieuwe (donor)middelen. Binnen de termijnen van het Fonds moet de opbouw van een duurzaam zorgverleningsapparaat haalbaar zijn. De individuele patiënt zal, gezien het chronische tekort aan financiële middelen voor de gezondheidszorg in Afrika, voorlopig nog moeten worden gesubsidieerd.

Het Fonds heeft PharmAccess gecontracteerd als uitvoerder van zijn programma's. PharmAccess contracteert de lokale partners, zoals de HMO's en de verzekeraars, en is verantwoordelijk voor algemeen management, coördinatie, technische assistentie en medische en administratieve kwaliteitscontrole. Deze controlemaatregelen versterken de 'output-based' benadering: er wordt slechts betaald als aantoonbaar is dat een patiënt van een dokter een toetsbaar



FIGUUR 2. Foto van een Afrikaanse marktvrouw werkzaam in Lagos, Nigeria, bij wie na het aanmelden bij de ziektekostenverzekering de bloeddruk wordt gemeten.

pakket van behandeling krijgt, dat voldoet aan vastgestelde kwaliteitseisen. Daarnaast meet een onafhankelijk bio-medisch en sociaaleconomisch onderzoek de effectiviteit van de verzekeringsprogramma's op populatieniveau. Dat laatste onderzoek wordt uitgevoerd door het Center for Poverty-related Communicable Diseases van de Universiteit van Amsterdam en het Amsterdam Institute for International Development.

Het Fonds wordt mede ondersteund door een aantal multinationals met activiteiten in Afrika, inclusief Heineken, Unilever, Shell en Celtel International. Dit laatste bedrijf is een van de grootste aanbieders van mobiele telefonie in Afrika. Heineken (2001) en Celtel (2003) behoren tot de eerste bedrijven die een integraal hiv/aidsprogramma voor hun werknemers en gezinnen in Afrika startten, onder begeleiding van PharmAccess. In 2006 ontving het fonds € 100 miljoen van het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken om verzekeringsprogramma's uit te voeren in Afrika. Het Fonds verwacht tussen 2007 en 2012 in vier Afrikaanse landen verzekeringsprogramma's uit te voeren.

HET PROGRAMMA IN NIGERIA

Het eerste programma wordt in Nigeria uitgevoerd. PharmAccess heeft hiervoor in Lagos een kantoor opgezet. De lokale partner is Hygeia, Nigeria's grootste HMO met meer dan 200 gecontracteerde klinieken, een patiëntenbestand van meer dan 200.000 mensen en 20 jaar ervaring in de gezondheidszorg. Ter voorbereiding van het programma is Hygeia doorgelicht op medisch, financieel en uitvoerend niveau. De uitkomst was positief, met aanwijzingen op welke punten de organisatie moet verbeteren. Het Fonds



FIGUUR 3. Deelnemster aan een opleiding tot automonteur voor vrouwen, 'Lady mechanic', die een verzekeringspasje toont nadat zij zich heeft aangemeld bij de ziektekostenverzekering in Lagos, Nigeria.

investeert in capaciteitsopbouw van de HMO door middel van training en advies.

Voor de doelgroepen viel de keuze op een vereniging van marktvrouwen uit Lagos (circa 40.000) en een boerengemeenschap uit Shonga in de staat Kwara (circa 75.000), 400 km ten noordoosten van Lagos. De marktvrouwen werken op verschillende markten in Lagos en hebben gemiddeld drie kinderen. Vrouwen van 'Lady mechanic', dat vrouwen wil opleiden tot automonteur, zijn onderdeel van deze doelgroep. De boerenfamilies uit Kwara zijn veel groter en worden geleid door de lokale emir. Om risico's te spreiden dienen beide doelgroepen zich met het hele gezin in te schrijven.

In januari 2007 werd het programma gelanceerd door Nigeria's toenmalige president Obasanjo en konden de eerste mensen zich inschrijven. Geïnteresseerden betalen

5-10% van de jaarlijkse premie zelf en het Fonds subsidieert het openstaande bedrag. Na betaling produceert Hygeia ter plaatse de identiteitskaarten: wordt een foto genomen, persoonsgegevens worden ingevoerd en enige medische handelingen worden verricht (figuur 2 en 3). Eind april hadden meer dan 10.000 mensen een polis gekocht.

Met een polis kunnen mensen zorg krijgen bij een van de 19 door Hygeia voor het programma gecontracteerde klinieken – 13 in Lagos en 6 in Kwara. Het merendeel van deze klinieken geeft eerstelijnszorg en 11 zorginstellingen bieden ook hoogwaardiger zorg. De klinieken komen zowel uit de private als de publieke sfeer en liggen in de leef- of werkomgeving van de doelgroepen.

Niet alleen is er tijdens de voorbereidingen van het programma gekeken naar de ligging van de klinieken, ook is nagegaan of ze voldoen aan een minimumkwaliteitsniveau. Alle klinieken hebben een speciaal budget gekregen waarmee ze de komende jaren kunnen verbeteren. De klinieken krijgen apparatuur die mede noodzakelijk is voor goede zorg en tevens wordt aandacht besteed aan het verbeteren van de kennis van het personeel en de administratieve systemen. Op medisch gebied wordt er hard gewerkt om de diagnostiek te verbeteren en betere gegevens te verzamelen. De staat Kwara zet zelf ook publiek geld in voor het verbeteren van de klinieken. De eerste medische en administratieve trainingen werden gegeven in februari 2007. In juni 2007 hadden het eerste monitoring- en het eerste evaluatiebezoek van PharmAccess plaats. Een ander voordeel voor de klinieken is de maandelijkse hoofdelijke uitkering voor elke ingeschreven patiënt. Dit genereert een gegarandeerd inkomen, waardoor de klinieken beter kunnen plannen.

Heineken, Unilever, Celtel en Shell leveren lokaal steun door werknemers en hun gezinnen ook te verzekeren via Hygeia (tabel 2). Op deze manier wordt Hygeia's 'risk pool' verder vergroot en meer in evenwicht gebracht en wordt een grotere efficiëntie in het zorgverleningssysteem bewerkstelligd. Zo dragen de bedrijven bij aan een toenemende duurzaamheid van het verzekeringsstelsel.

TABEL 2. Aantal verzekerden bij Hygeia via het Health Insurance Fund-programma in Nigeria en via Nederlandse bedrijven werkzaam in Nigeria*

bedrijf	gepensioneerden		werknemers				totaal
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	echtgenoten	kinderen	
Shell	3300-4000				4000		7300-8000
Heineken	199	183	1073	96	783	2940	5274
Unilever	0	0	779	176	773	1708	3436
Celtel	0	0		1134		1966	3100
Health Insurance Fund					10 646		10 646

*Per eind april 2007; Hygeia is een grote 'health maintenance'-organisatie (HMO) in Nigeria en is als zodanig verantwoordelijk voor de uitvoering van het verzekeringsprogramma van het Health Insurance Fund in Nigeria.

BESCHOUWING

De komende jaren zal het resultaat van deze nieuwe benadering nauwlettend in de gaten worden gehouden. Hierbij worden de kwaliteit en de capaciteit van de geboden publieke en private zorg continu gemeten en gerelateerd aan de effecten voor patiënten en aan de effecten op medisch en sociaaleconomisch niveau. De unieke situatie dat publieke donorgelden een essentiële rol spelen in het mobiliseren van middelen in de private zorgsector in ontwikkelingslanden, met als doel de kwaliteit en efficiëntie van de zorgsector te bewerkstelligen, zal bij succes zeker navolging vinden. Hiermee kan een basis worden gelegd voor een transparante en duurzame zorg economie in Afrika.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: PharmAccess wordt mede ondersteund door subsidies van het Aids Fonds en het ministerie van Buitenlandse Zaken.

Aanvaard op 23 juli 2007

Literatuur

- 1 Burden of disease statistics. Genève: WHO; 2006.
- 2 The world health report 2006: working together for health. Statistical annexes. Genève: WHO; 2006.
- 3 Marek T, O'Farrell C, Yamamoto C, Zable I. Trends and opportunities in public-private partnerships to improve health service delivery in Africa. Africa Region Human Development Working Paper Series. Washington: World Bank; 2005.
- 4 World development report 2004: making services work for poor people. Washington: World Bank; 2003.

- 5 Preker AS, Langenbrunner JC, editors. Spending wisely: buying health services for the poor. Washington: World Bank; 2005.
- 6 Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? Bull World Health Organ. 2000;78:66-74.
- 7 Carrin G. Community based health insurance schemes in developing countries: facts, problems and perspectives. Genève: WHO; 2003.
- 8 Preker A, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Arhin-Tenkorang D. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. Bull World Health Organ. 2002;80:143-50.
- 9 Litvack JI, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. Soc Sci Med. 1993;37:369-83.
- 10 Sekhri N, Savedoff W. Private health insurance: implications for developing countries. Bull World Health Organ. 2005;83:127-34.
- 11 Loevinsohn B, Harding A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. Lancet. 2005;366:676-81.

Abstract

Health care insurance for Africa. – Long-term substantial development aid has not prevented many African countries from being caught in a vicious circle in health care: the demand for care is high, but the overburdened public supply of low quality care is not aligned with this demand. The majority of Africans therefore pay for health care in cash, an expensive and least solidarity-based option. This article describes an innovative approach whereby supply and demand of health care can be better aligned, health care can be seen as a value chain and health insurance serves as the overarching mechanism. Providing premium subsidies for patients who seek health care through private, collective African health insurance schemes stimulates the demand side. The supply of care improves by investing in medical knowledge, administrative systems and health care infrastructure. This initiative comes from the Health Insurance Fund, a unique collaboration of public and private sectors. In 2006 the Fund received € 100 million from the Dutch Ministry of Foreign Affairs to implement insurance programmes in Africa. PharmAccess Foundation is the Fund's implementing partner and presents its first experiences in Africa.
Ned Tijdschr Geneesk. 2007;151:2680-4