

Van gezondheidszorg naar gezondheidswinst

Het is tijd voor nieuwe uitgangspunten in het denken over gezondheid



University of Curaçao, Willemstad

29 oktober 2015

Prof.dr. Th.W.A. Camps

TIAS Berenschot

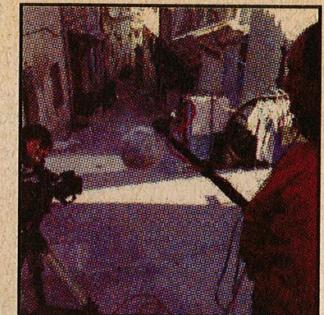
NAPA

AMIGOE WEEKENDBIJLAGE ZATERDAG 4 MEI 2002

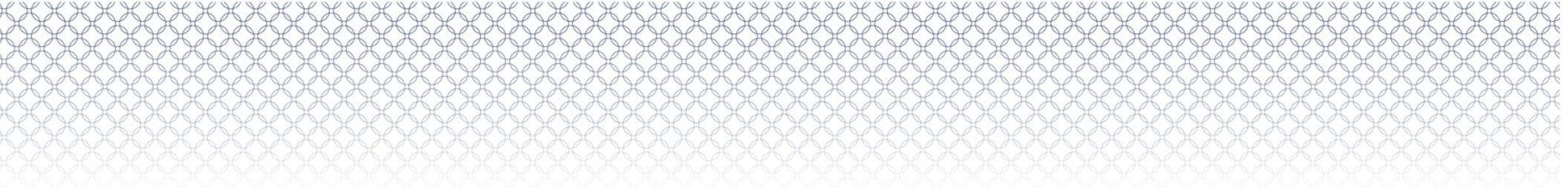
VARIA

2

Brazilië wil
meer TV-
producties



Wie durft het mes te zetten in
de Curaçaose gezondheidszorg?

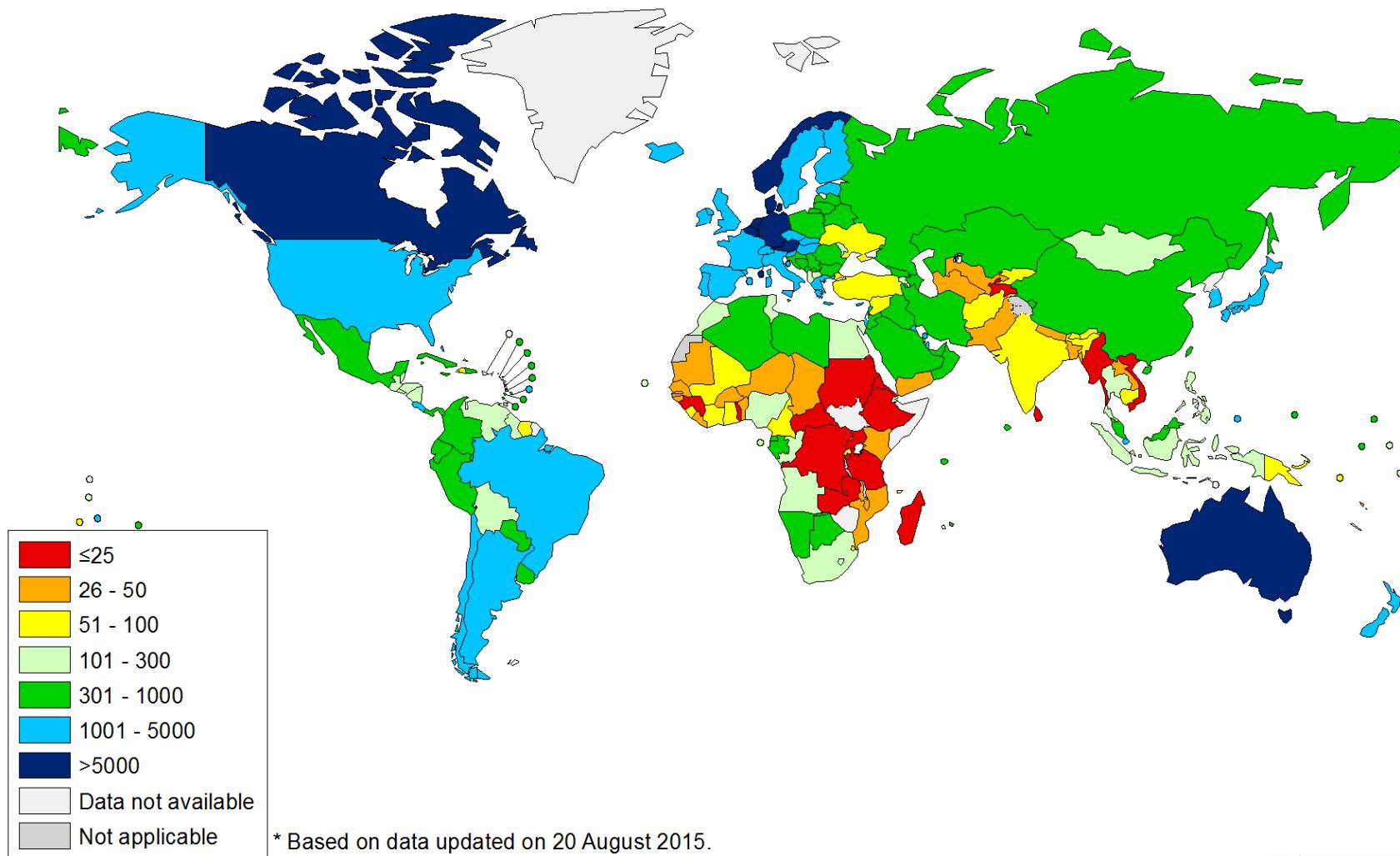


Health care, worldwide



TIAS Berenschot

Per capita total expenditure on health at average exchange rate (US\$), 2013 *



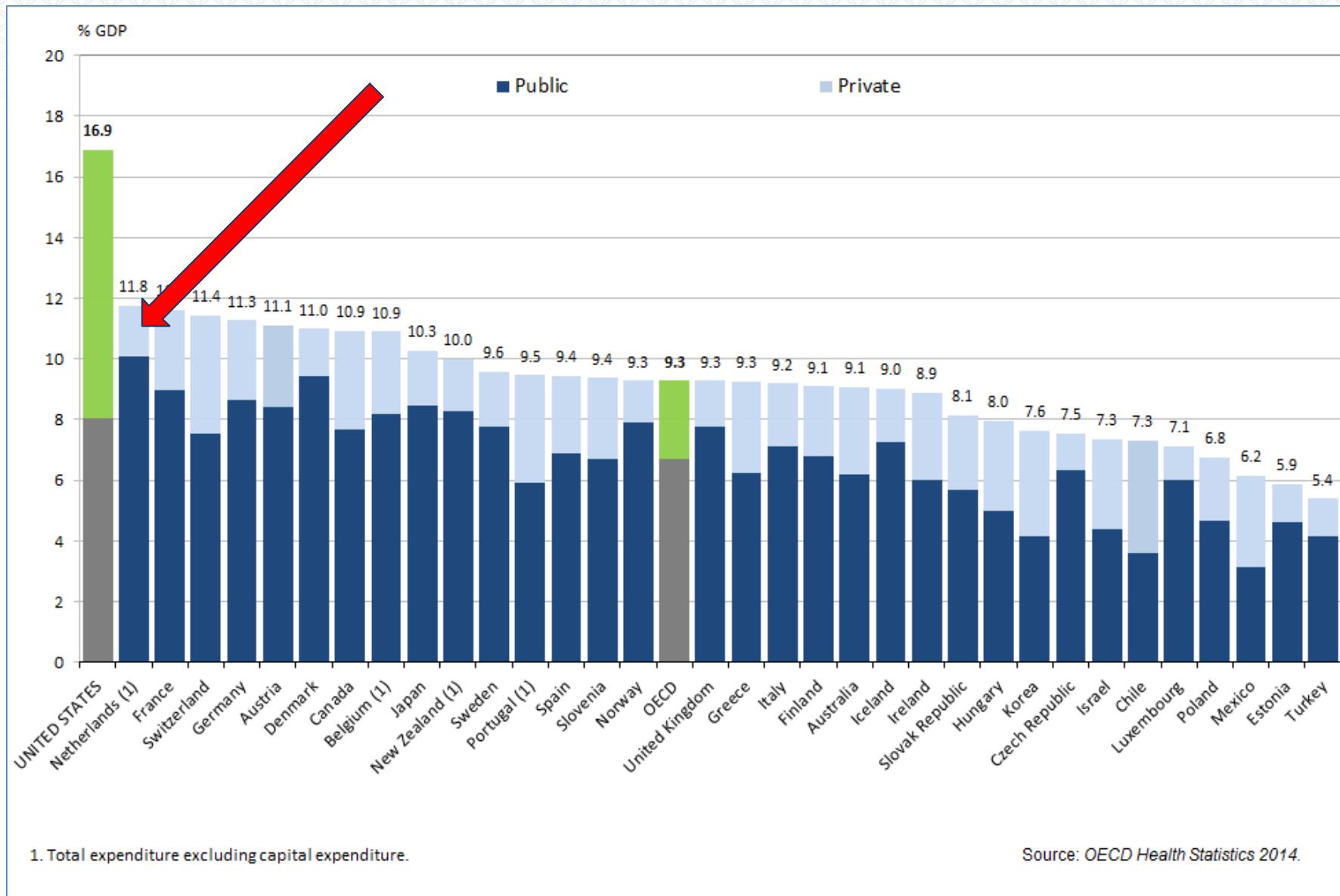
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Health Observatory, WHO
Map Production: Health Statistics and
Information Systems (HSI)
World Health Organization

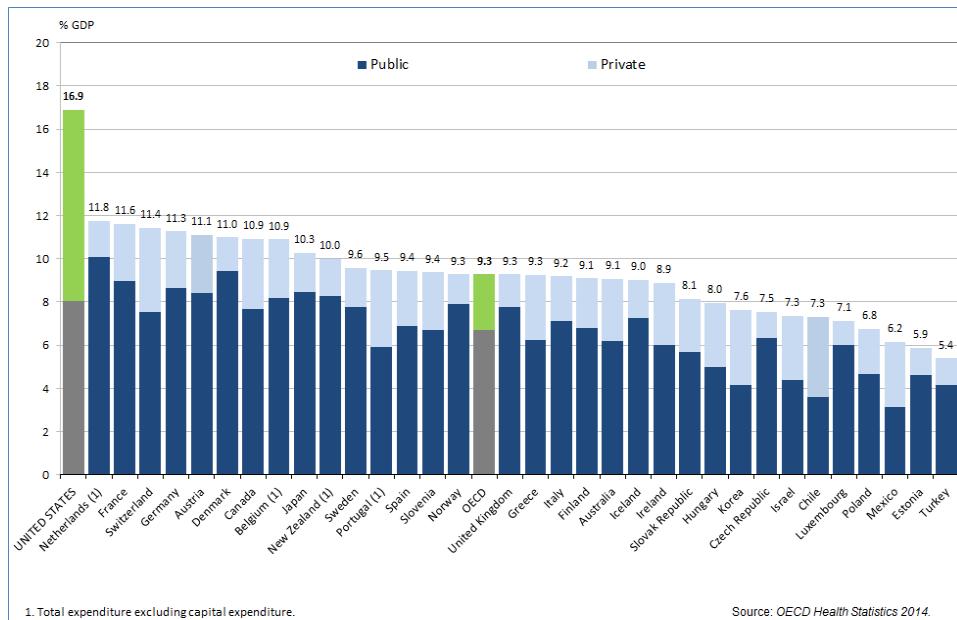


© WHO 2015. All rights reserved.

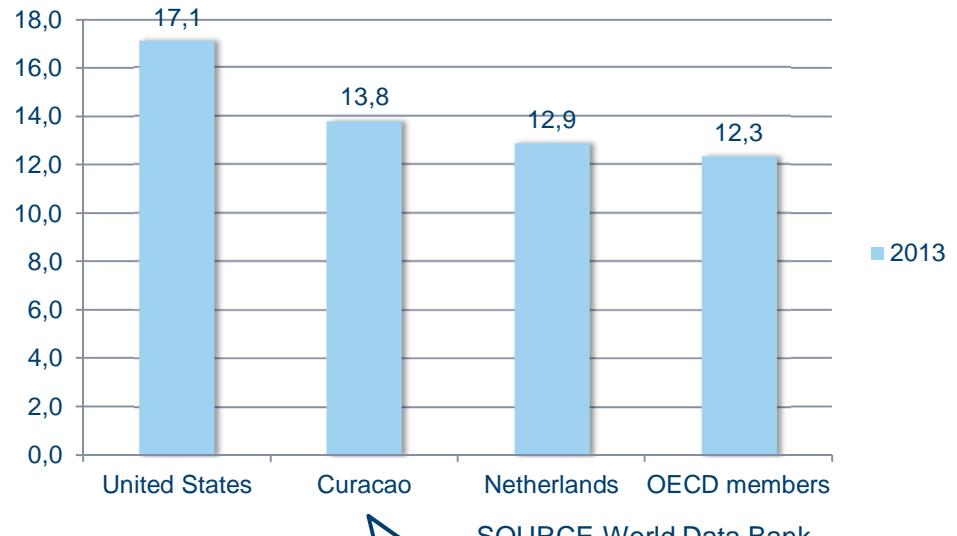
Health care expenditures as % of GDP



Health care expenditures as % of GDP



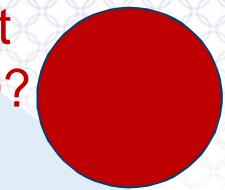
% of GDP spend on Healthcare



Around 2.500 euro per capita

What will be the next level?

2100
Life expect
above 100?



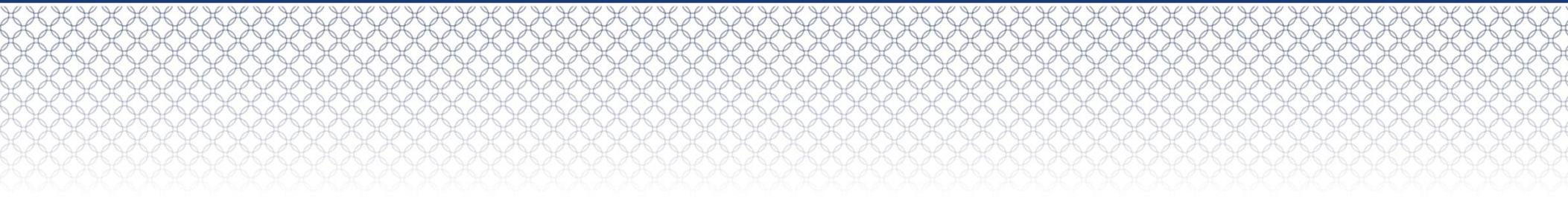
1900-
2000 life
expect
+30
years
(78)

1950
effective
health
care

1900
patient
oriented
health
care

1850-
1900 life
expect
+10
years
(48)

1850
public
health



Healthcare, basic systems

Beslissingen gezondheid en zorg



- Individuele beslissingen
 - Voeding
 - Drinkgedrag
 - Beweging
 - Work-life balance
 - Private uitgaven
- Publieke beslissingen
 - Wetgeving t.a.v. toegang, kwaliteit, betaalbaarheid
 - Nudging van gedrag

Indicator	Curacao	Suriname	Venezuela	Netherlands	Source ¹	Year
Population (thousands)	153	539	30.405	16.759	WHO (CU: VIC)	2013
Population aged under 15 (%)	19	27	29	17	WHO (CU: VIC)	2013
Population aged over 60 (%)	15	10	9	23	WHO (CU: VIC)	2013
Median age (years)	36,2	29	27	42	WHO (CU: Indexmundi)	2013
Population living in urban areas (%)	90	66	89	89	WHO (CU: Indexmundi)	2013
Total fertility rate (per woman)	2,1	2,3	2,4	1,8	WHO (CU: VIC)	2013
Number of live births (thousands)	1,96	9,6	601	179,40	WHO (CU: VIC)	2013
Number of deaths (thousands)	1,1	2,1	145,8	138,6	WHO (CU: government)	2013 (CU: 2007)
Gross national income per capita (PPP int \$)	22.619	38.860	17.890	43.210	WHO (CU: Rabobank)	2013 (CU: 2012)
World Bank income classification Lower middle	High	Upper middle	Upper middle	High	WHO (CU: VIC)	2013
Life expectancy (year) country	77	77	76	81	WHO (CU: CIA)	2013 (CU: '11-'12)
Healthy life expectancy at birth (year)	M:62,7 /F: 57,9	66	66	71	WHO (CU: VIC, CBS)	2013
Unemployment rate (%)	13	7,4	8,1	5,3	WHO (CU: CIA)	2012 (CU: '13)
Access to internet (users per 100 people)	Home: 53,1 Mobile: 27,4 PC: 19,1	40,08	57	93,17	WDB (CU: VIC)	2014 (VE:'12)

1. Curacao has a younger population than the Netherlands, but compared to Suriname and Venezuela the population is much older.
2. Curacao has a comparable life expectancy to Suriname, but the healthy life expectancy is much lower (resp. ±60,4 – 66).
3. The unemployment rate of Curacao is much higher compared to the Netherlands, Suriname or Venezuela.

¹ WHO = World Health Organization / VIC = Volksgezondheid Instituut Curacao / CIA = Central Intelligence Agency / CBS = Centraal Bureau voor Statistiek

Age and health care consumption in The Netherlands

Age groups	Percentage of the population	Percentage of total health care costs
45 – 64	23	21
65 – 84	12	31
85 +	1,5	12



Life time health care costs per person in The Netherlands

§ 50.000 Euro ♂

§100.000 Euro ♀

§50% in the last 5 years

§50% of the total costs are hospital costs

on average
€4000 per year
per inhabitant
(present age
distribution)

6 years old
Next to nothing

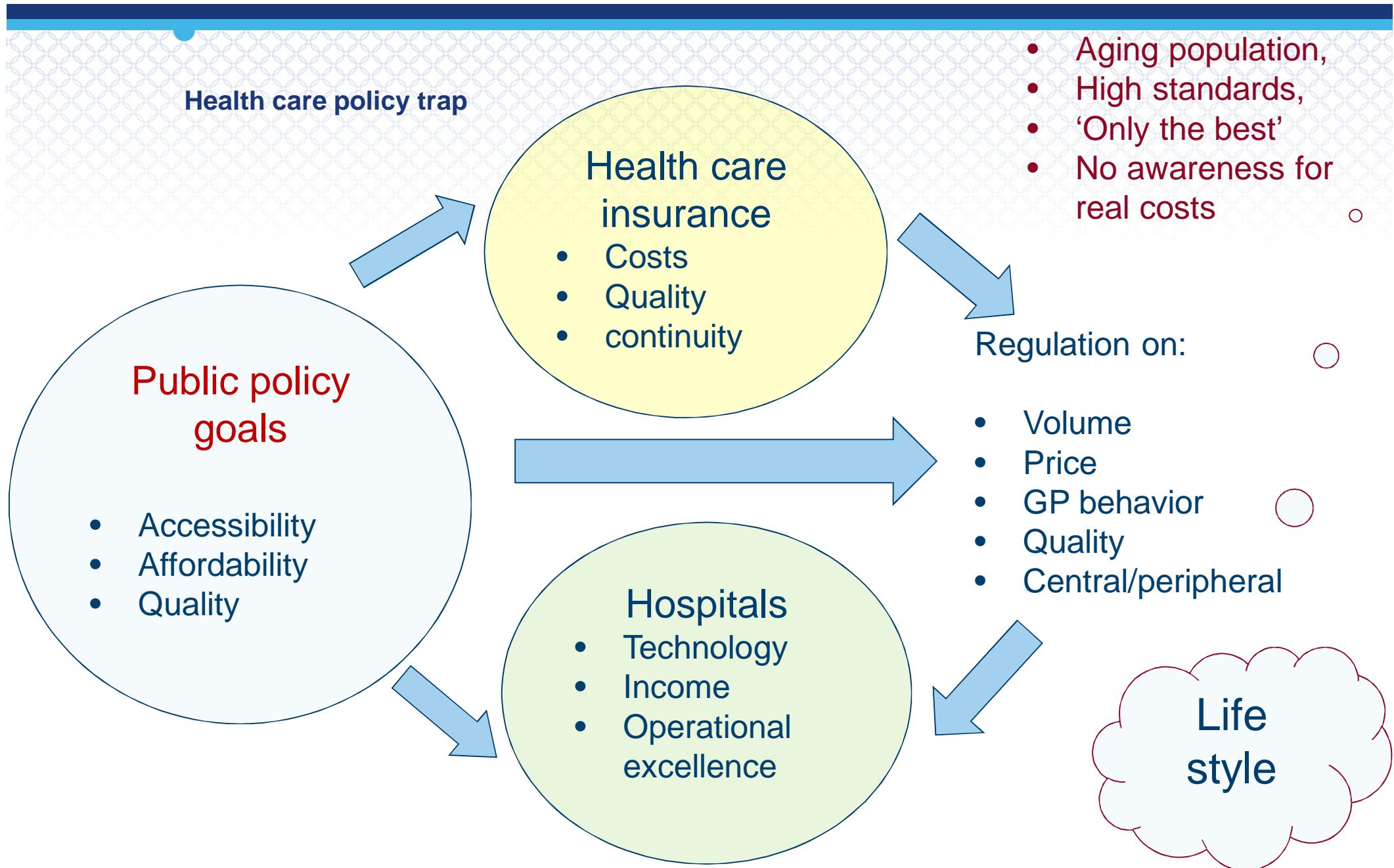
60 years old
€20.000

80 years old
€50.000

100 years old
€100.000



The health care policy trap distracts from caring for health

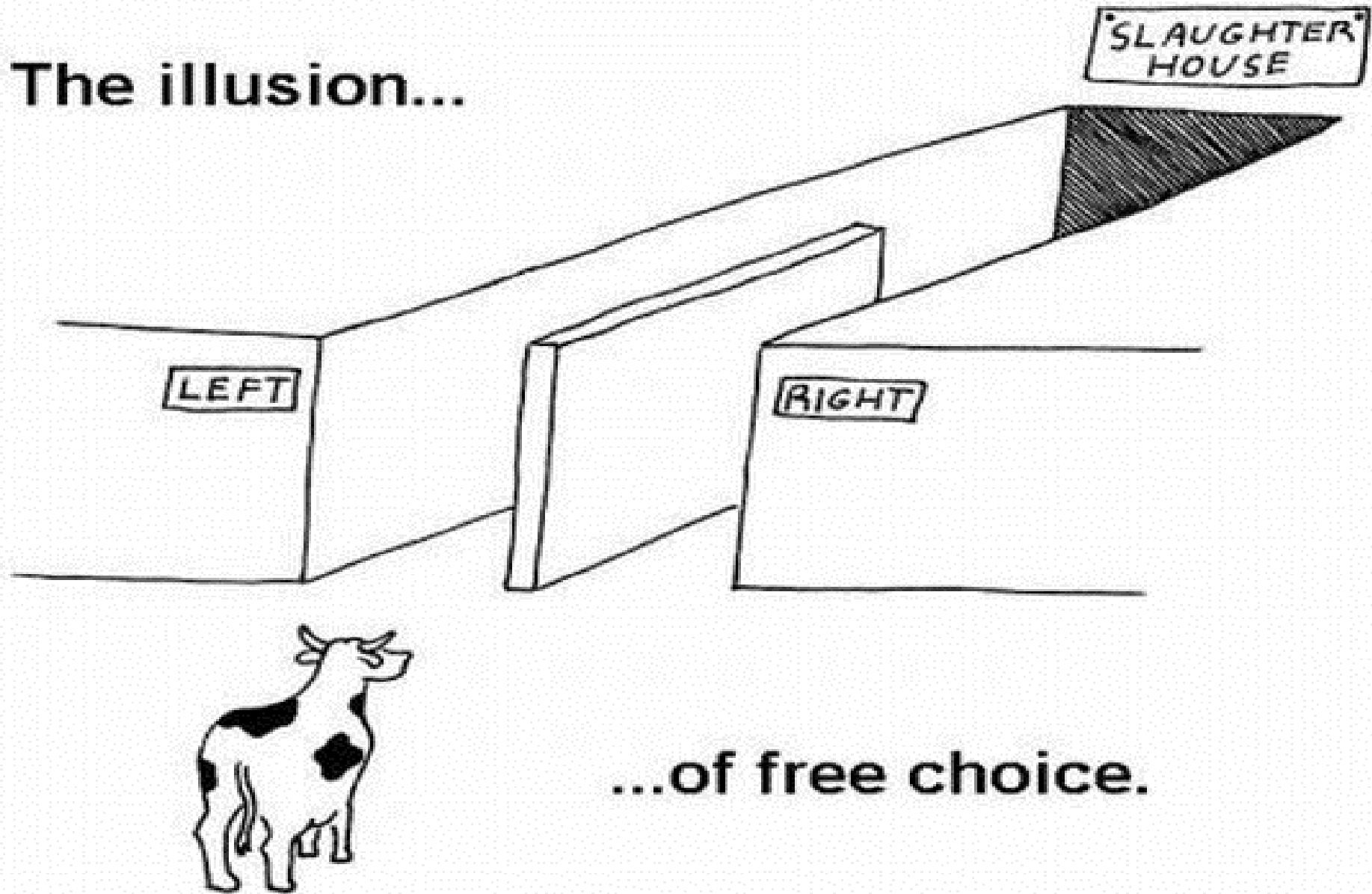


Curaçao the 3 main health problems

- Obesity and overweight
- High blood pressure and high cholesterol
- Diabetes

These are all lifestyle diseases

The illusion...



...of free choice.

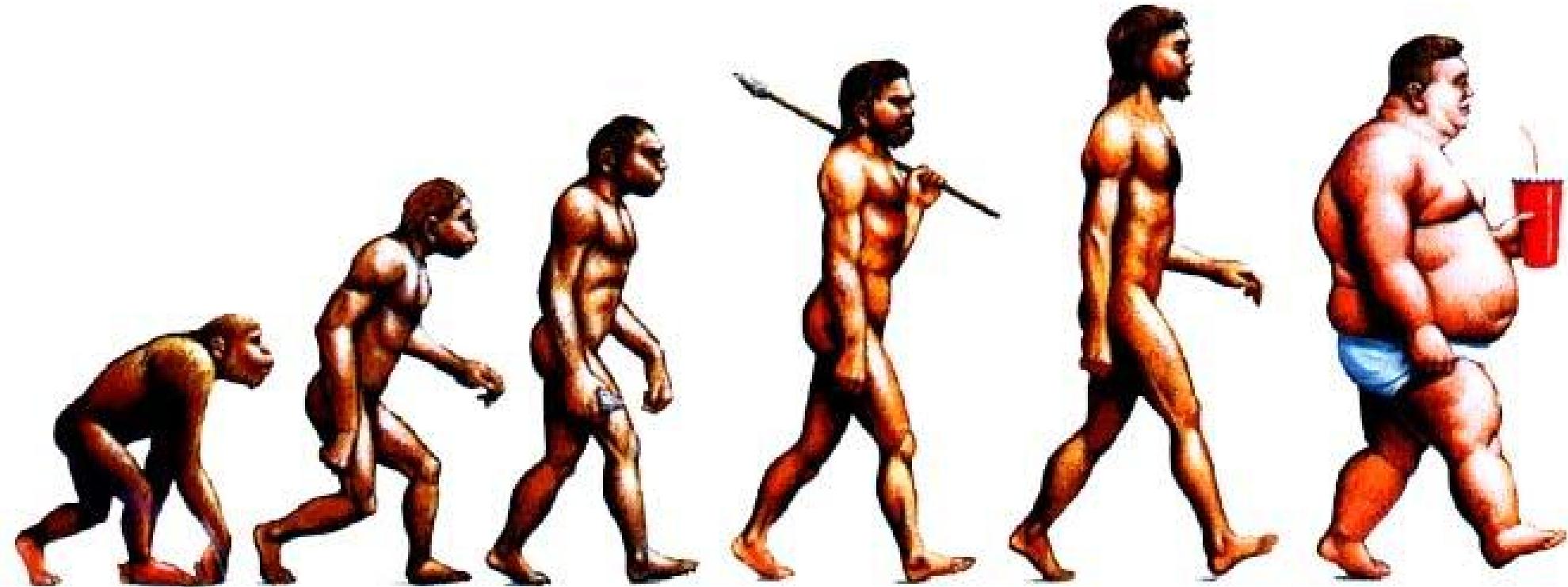
Not a real health care *market* in The Netherlands

- Free choice but in practice a law based collective arrangement
- Oligopoly of five major insurance companies
- Limited choice for the insured
- Central government is very present (moral standpoints, steering is done through agencies, regulators, inspections, authorities)
- Cure-market different from the care-market
- Limited supply; heavily regulated
- The insured have no real feeling for costs (average family with two children **think it's €2.500, in reality it's €7.500**)





https://www.google.nl/search?q=denial+head+in+the+sand&hl=nl&source=lnms&tbs=isch&sa=X&ved=0CAcQ_AUoAWoVChMI09Wi8oPnyAIvW7oaCh2kJQ_I&biw=1366&bih=605#imgrc=31Lnli_MpROzrM%3A



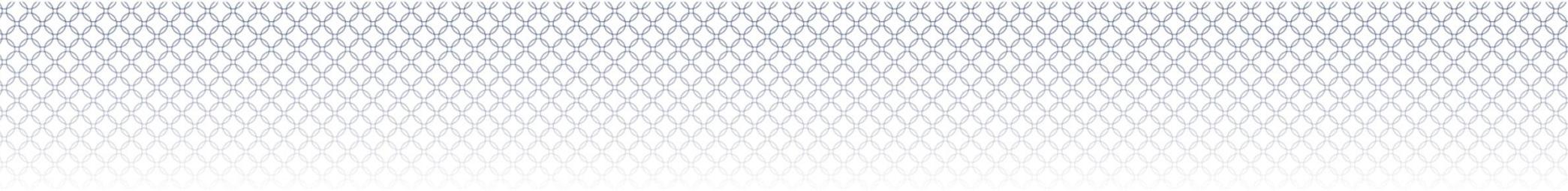
https://www.google.nl/search?q=health+development+of+mankind&hl=nl&source=lnms&tbs=isch&sa=X&ved=0CAcQ_AUoAWoVChMltrap9oLnyAlVTFkaCh0qnwkU&biw=1366&bih=605#hl=nl&tbs=isch&q=development+mankind+obesity&imgrc=L20AxizqkJeYVM%3A

It's not that diabetes,
heart disease and obesity
runs in your family. It's
that no one runs in your
family.



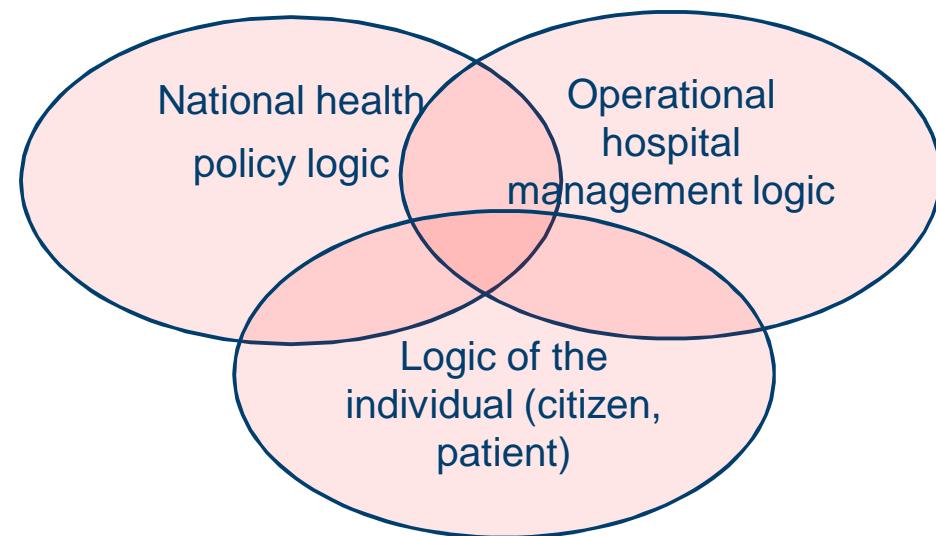
som~~ee~~cards
value card





Hospital governance, reconciliation of two non-matching logics

For hospital governance to be effective, it must incorporate two powerful and well-developed lines of health sector logic: on the one hand, **national health policy and objectives**; on the other, **operational hospital management**. One sphere is **political**, the other is **technical**. One is subjective and value based, the other is objective, with performance that can be measured both clinically and financially. The challenge for hospital-level governance is to integrate these two disparate logics into **a coherent and effective institutional-level strategy**.



Richard B. Saltman, Antonio Durán, Hans F.W. Dubois (ed), Governing Public Hospitals, Reform strategies and the movement towards institutional autonomy, WHO 2011

How it all started

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS HOSPITALES



- Religious orders
- Isolate the contagiously ill
- A place to die
- With an altar and
- Priests to save your soul and
- Barbers with a sharp knife

And how it all developed

- 1800 – 1900 Primitive facilities / contagiously ill
- 1900 – 1950 Development of hygiene, technological/pharmaceutical innovations; number of hospital beds became a key factor
- 1950 – 1975 Growth in medical specializations and medical consumption / expansion of the hospital sector (“neighbourhood hospital”)
- 1975 – 2000 Awareness that costs were becoming uncontrollable / relationship between prevention/life style and medical consumption
First ideas on concentration/differentiation
- 2000 – now Search for new ethical/medical/practical/payable standards (in very demanding societies)



Wettelijk kader zorg

- Regelingen: Lv BVZ, Lv AVBZ, Lv ZV, Lv OV, Lv Ambtenaren
- Geneeskundige behandelingsovereenkomst
- Gezondheids-Lv 1952
- LB vergoeding kosten geneesmiddelen
- Lv beperking vestiging medische beroepsbeoefenaars
- Lv Inspectie voor de volksgezondheid
- Lv op de geneesmiddelenvoorziening
- Lv organisatie bloedvoorziening
- Lv Raden voor de volksgezondheid
- Lv Toezicht Verzekeringsbedrijf



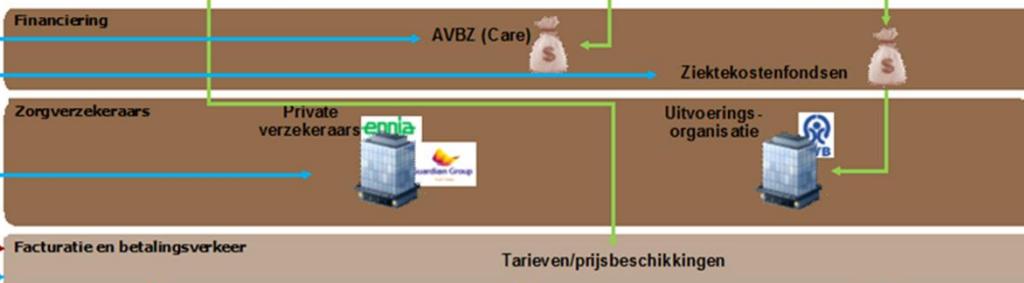
Totale Zorguitgaven in 2011

Per hoofd van de bevolking: NAF. 6006
Waarvan bijdrage overheid: NAF. 3540 (59%)

Bron: zorgrekeningen 2008-2011



www.vic.cw



Informatie over de gezondheidszorg



- Nationale GezondheidsEnquête
- Gezondheidsindicatoren
- Zorgrekeningen

Volksgezondheid Instituut Curaçao



- Epidemiologie & onderzoek
- Registratie zorgverleners
- Jeugdzorg

Geneeskundige & Gezondheidszaken

Patiënten, beroeps- en brancheorganisaties

- Patiëntenverenigingen:**
- Fundashon Alton Paas
 - SOKUDI
 - Totalika
 -

- Zorginstellingen:**
- Stichting Zorgfederatie
 - Stichting GGZ Curaçao
 -

- Beroepsverenigingen:**
- CDS (tandartsen)
 - CHV (huisartsen)
 - CVF (fysiotherapeuten)
 - CVL (logopedisten)
 - CVV (verloskundigen)
 - DSC (diëtisten)
 - NAVR (Radiologen)
 - PsyCur (psychologen)
 - VcOS (oefentherapeuten)
 - VMSC (medisch specialisten)
 -

Percentrage van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) dat in de laatste 12 maanden gebruik maakte van de diensten van een (op dalende grootte):

• huisarts	86,3%
• tandarts	50,9%
• medisch specialist	38,5%
• fysiotherapeut	12,4%
• diëtist	4,2%
• psycholoog/psychotherapeut	1,7%
• thuiszorg	1,4%
• logopedist	0,2%

Bron: de Nationale Gezondheidsenquête Curaçao, 2013.

Leveranciers

- Farmaceutische industrie
- Leveranciers therapeutische (hulp)middelen

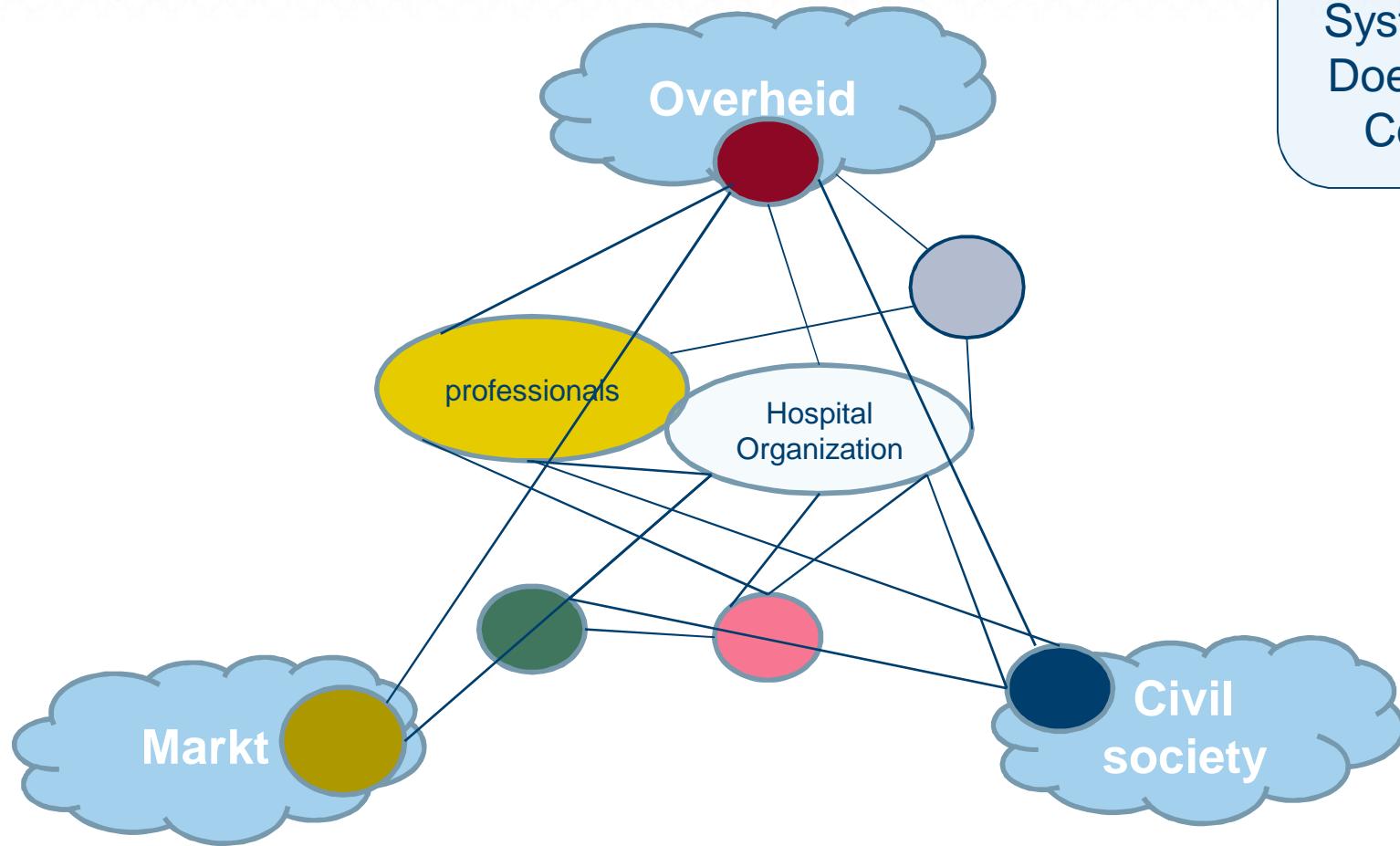
Iedereen maakt in zijn of haar leven gebruik van de (gezondheids)zorg. In ieder geval bij geboorte en bij overlijden. De kwaliteit van zorg bepaalt voor een belangrijk gedeelte hoe gezond de bevolking is en daarom de gezondheidstoestand op Curaçao. Iedere actor, van een huisarts tot een zorginstelling tot de bloedbank en een patiëntenvereniging, speelt hierin een cruciale rol.

De zorg is ook financieel-economisch belangrijk. De uitgaven bedroegen in 2011, met een total van NAF. 904 miljoen (MNAf. 750 voor gezondheidszorg en MNAf. voor 150 welzijn), 16,6% van het Bruto Binnenlands Product (BBP).



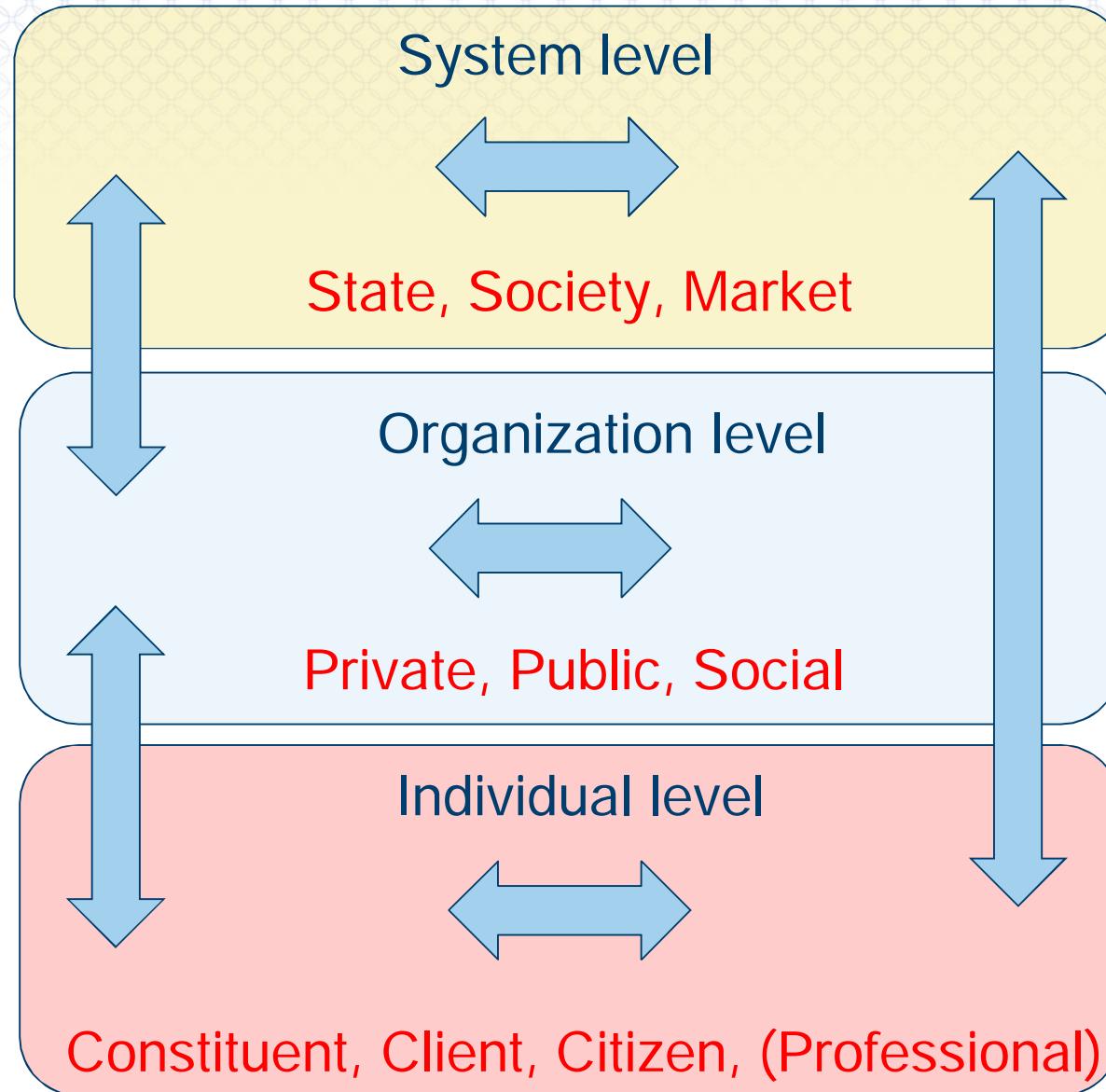
Zorgkaart Curaçao
Versie mei 2015

Spanningsvelden voor zorgorganisaties



Frenemies
Coöpetitie
Systeemdwang
Doelverlegging
Continuïteit

Who is the arbiter of value?





Room for initiatives

TIAS Berenschot

Gezondheid

WHO definitie:

Een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet van slechts de afwezigheid van andere gebreken.

(WHO 1948)

Vergelijk hiermee de definitie van 'health care':

Diensten die door medische professionals worden verleend in het belang van de patiënt



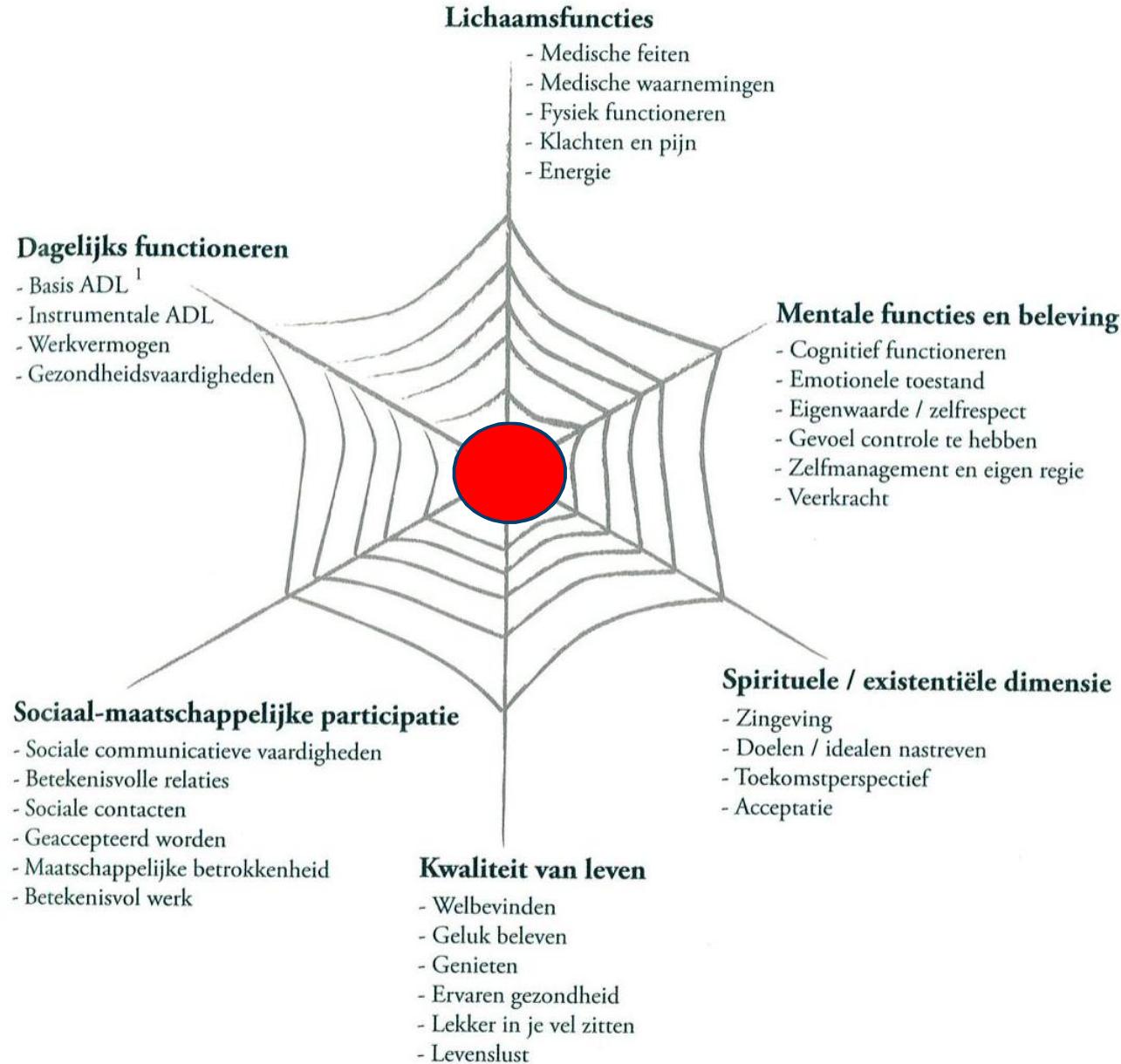
Positieve gezondheid

Definitie Machteld Huber

(Louise Bolk Instituut WUR 2011)

Het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.



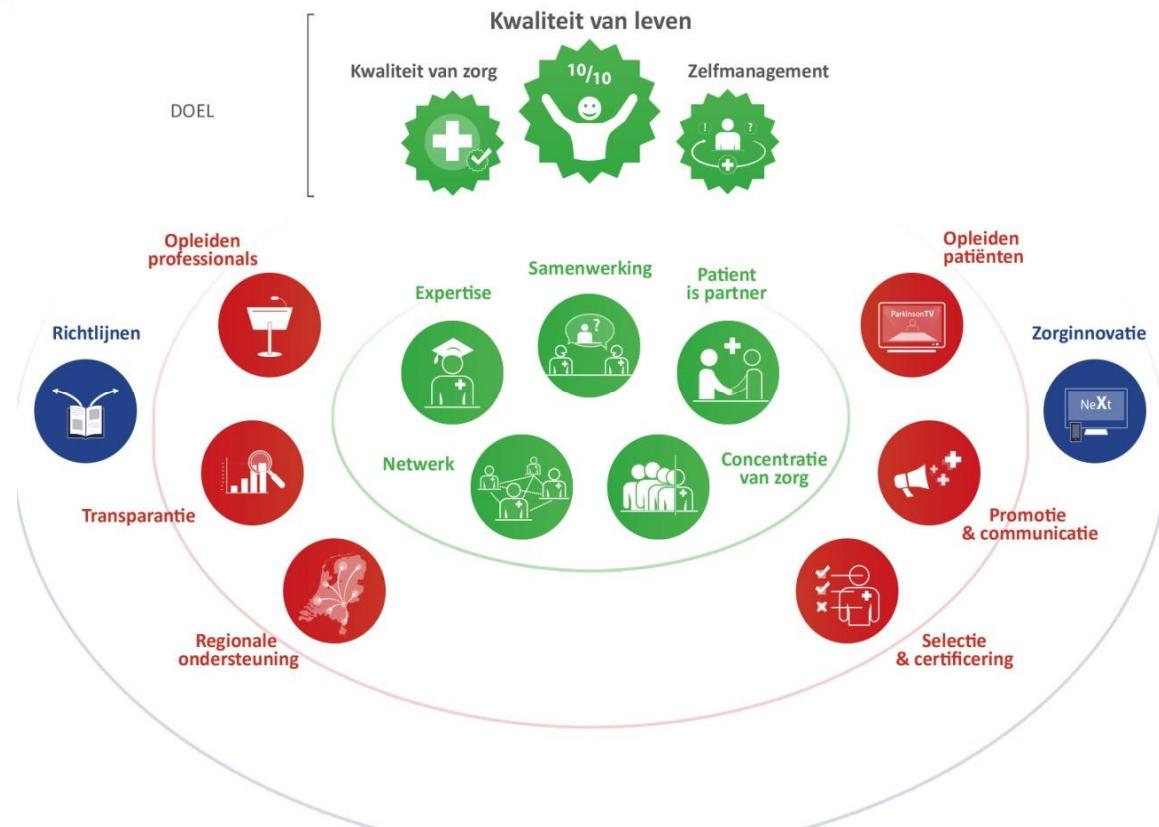
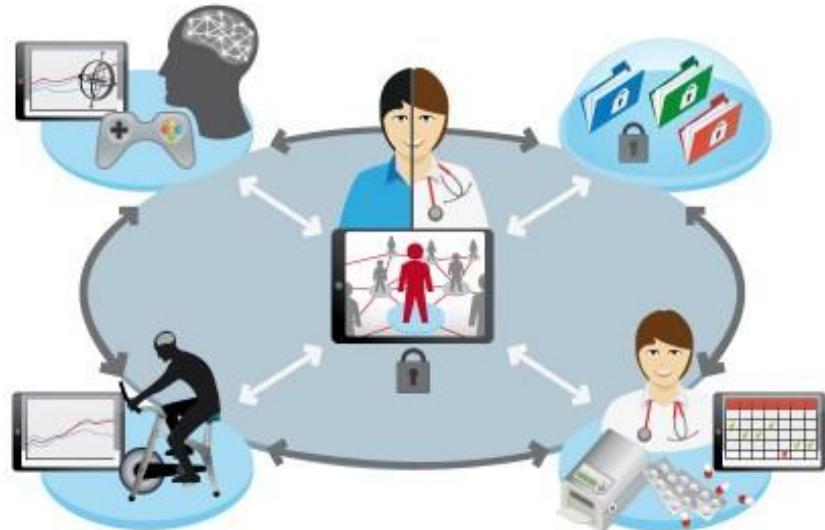


Bron: Walg/M. Huber 2013

Joint initiative: regional cooperative



Descending from Mount Olympus



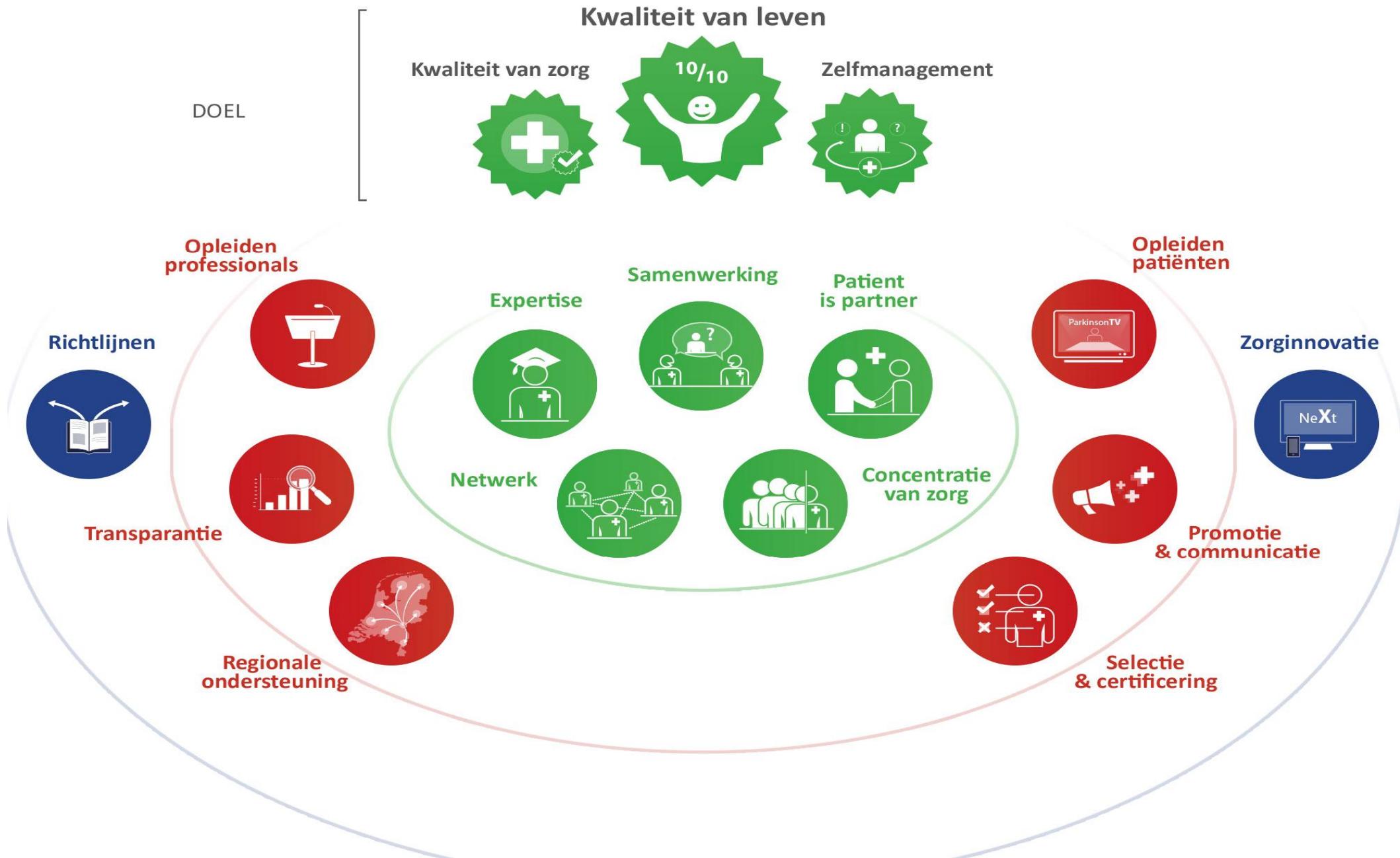
Gezondheidswinst: betalen voor minder verrichtingen

oplossingen zoeken om eruit te halen wat erin zit

In één van Bloem's onderzoeken werden parkinsonpatiënten aangezet om actiever te worden door buiten te sporten. Hun trillingen en stijfheid verminderten helaas niet; wel voelden de patiënten zich fitter. Ze ervoeren de actievere leefstijl als prettig en hadden meer grip op het eigen leven. Momenteel probeert Bloem patiënten intensiever te laten sporten. Misschien dat dat wel in verminderde klachten resulteert.

Bas Bloem is hoogleraar neurologie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen





Health Care

Health

Centrale doel: zorg leveren

Verrichting centraal

Betaling voor verrichting

Sturing door de overheid

Patiënt als 'aansluitnummer'

Specialist is de hoogste beslisser (hiërarchie)

Verzekeraar als administratief doorgeefluik

Statistieken gericht op zorg en kosten

Wetgeving gericht op herverdeling van kosten

De huisarts als laagste in de medische pikorde

Hiërarchie en ketens

Centrale doel: gezondheid bevorderen

Faciliteren van lifestyle change en preventie

Betaling voor gezondheidswinst

Sturing door het zelfstandige individu

Individu als complete persoon

Horizontale verhoudingen tussen betrokkenen

Verzekeraar als financiële hub (gezondheidswinst en verrichtingen)

Statistieken gericht op gezondheid en welzijn

Wetgeving gericht op facilitering van initiatieven

De huisarts als poortwachter en preventie-coördinator

Communities en netwerken

www.berenschot.com
contact@berenschot.com

Prof.dr. Theo Camps
Voorzitter Berenschot Groep B.V.
t.camps@berenschot.com
T +31 (0)30 291 68 07

Berenschot