



Perverse prikkels: we kunnen niet zonder!"

Voordracht van Guus Schrijvers bij de  
opwarmessie voor de culturele zondag op  
30 oktober over sociaal ondernemen op  
zondag 2 oktober 2016

# Drie soorten niet-perverse prikkels



Guus Schrijvers

1. Bevorderen van zelf-management
2. Shared savings voor zorgaanbieders
3. Het belonen van gezond gedrag



# Drie soorten niet-perverse prikkels



Guus Schrijvers

1. Bevorderen van zelf-management
2. Shared savings voor zorgaanbieders
3. Het belonen van gezond gedrag
4. Gedragseconomie: enkele modellen en theorieën
5. Conclusie



# Drie soorten niet-perverse prikkels



Guus Schrijvers

1. **Bevorderen van zelf-management**
2. Shared savings voor zorgaanbieders
3. Het belonen van gezond gedrag
4. Gedragseconomie: enkele modellen en theorieën
5. Conclusie



# De Triple Aim/ Christensen matrix bij het bevorderen van zorgsubstitutie bij personen met COPD



Guus Schrijvers

	Betere Gezondheid	Hogere Kwaliteit van zorg	Gelijkblijvende kosten
Zorginnovatie	De stoplichtenkaart	Bijtijds naar de huisarts	Minder spoedopnamen, meer consulten bij huisarts
ICT innovatie	Gebruik van beeldmateriaal	Internetcontact met huisarts; PGD	Minder face-to-face consulten met huisarts
Financiële innovatie	Opnemen in keten-DBC	Korting voor patiënt op premie	Populatie-gebonden bekostiging



- Populatiegebonden bekostiging van zorginstellingen en professionals (de koffie: 85%)
- Een laag volumetarief (de melk, 10%)
- Een innovatietarief (het toefje schuim, 5%)

## Gericht op het realiseren van Triple Aim:

- Betere gezondheid
- Hogere kwaliteit van zorg
- Gelijk blijvende kosten

Zie hoofdstukken 1 en 17 en verder alle andere hoofdstukken

# Het cappuccinomodel bij substitutie



Guus Schrijvers

- Het ziekenhuis ontvangt financiële middelen op basis van kenmerken van de bediende populatie
- Alle zorg wordt hieruit betaald
- Een laag volumentarief per consult: vergelijk huisartsen met 9 euro per consult
- Een innovatietarief van 5% van de populatiebekostiging
- Zorgverzekeraar en Gemeenten kopen gezamenlijk in
- Doelgroepsgewijs inkopen door zorgverzekeraar
- Gelijke tarieven voor gelijke prestaties

# Enkele vereisten te stellen aan het functioneren van het Cappuccinomodel bij substitutie:



Guus Schrijvers

1. Collectieve ambitie
2. Overeenstemming over te gebruiken indicatoren van de populatie
3. Heldere prestatie omschrijving
4. Goede registratie van de kwaliteit van zorg
5. Activity based costing
6. Keten Informatie Systeem = interoperabiliteit tussen EMD + HIS
7. Bereidheid tot voorsorteren ten behoeve van politiek en zorgverzekeraar

Zie hoofdstuk 17 van het boek



# Drie soorten niet-perverse prikkels



Guus Schrijvers

1. **Bevorderen van zelf-management**
2. Shared savings voor zorgaanbieders
3. Het belonen van gezond gedrag
4. Gedragseconomie: enkele modellen en theorieën
5. Conclusie



# Drie soorten niet-perverse prikkels



Guus Schrijvers

1. **Bevorderen van zelf-management**
2. **Shared savings voor zorgaanbieders**
3. Het belonen van gezond gedrag
4. Gedragseconomie: enkele modellen en theorieën
5. Conclusie



# Shared savings



Guus Schrijvers

- Doelmatigheidswinst gaat terug naar zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënt
- Affordable care organizations
- Zorgverzekeraar streeft naar verbetering van de contribution margin
- Ontvlecht ziekenhuizen financieel van RVE's naar profitcenters

# Drie soorten niet-perverse prikkels



Guus Schrijvers

1. **Bevorderen van zelf-management**
2. **Shared savings voor zorgaanbieders**
3. Het belonen van gezond gedrag
4. Gedragseconomie: enkele modellen en theorieën
5. Conclusie



# Drie soorten niet-perverse prikkels



Guus Schrijvers

1. **Bevorderen van zelf-management**
2. **Shared savings voor zorgaanbieders**
3. **Het belonen van gezond gedrag**
4. Gedragseconomie: enkele modellen en theorieën
5. Conclusie



# Het belonen van burgers bij gezond gedrag



Guus Schrijvers

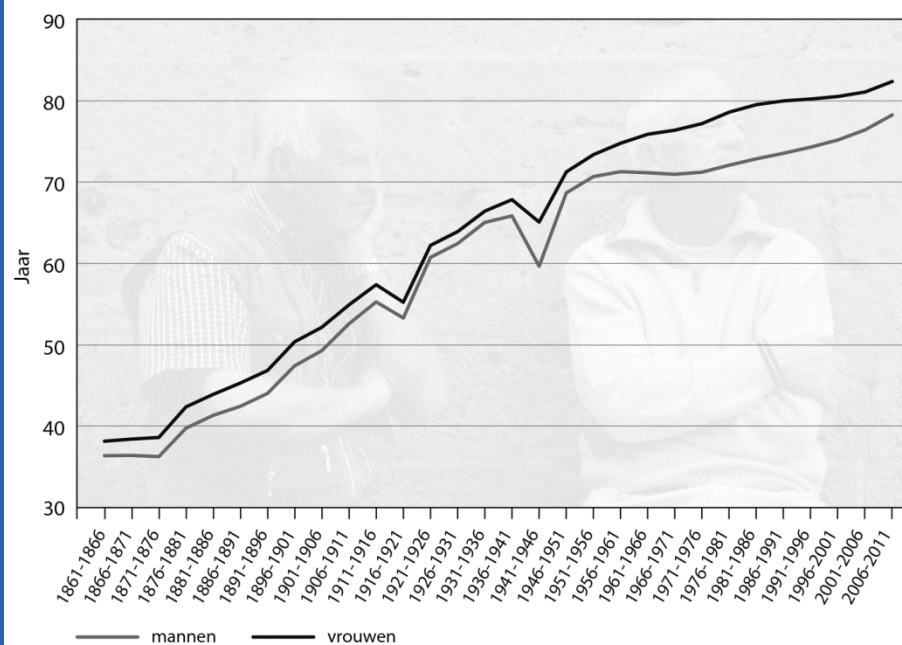
Vijf successen van preventie betreffen het terugdringen van:

1. Infectieziekten (vanaf ca. 1850)
2. alcoholgebruik (vanaf ca 1890)
3. kindersterfte (vanaf ca 1920)
4. Tabaksgebruik (vanaf 1950)
5. Verkeersdoden (vanaf ca 1970)





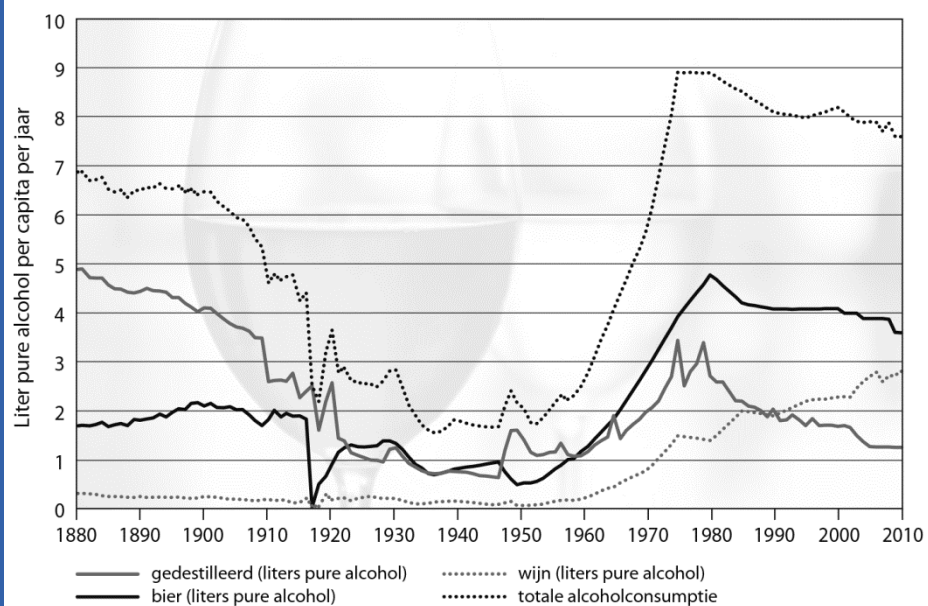
Afbeelding 2.1 Levensverwachting bij geboorte voor mannen en vrouwen: 1866 – 2011



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 30-4-2014



Afbeelding 2.2 Alcoholconsumptie in Nederland: bier, wijn en gedestilleerd, 1880 -2011

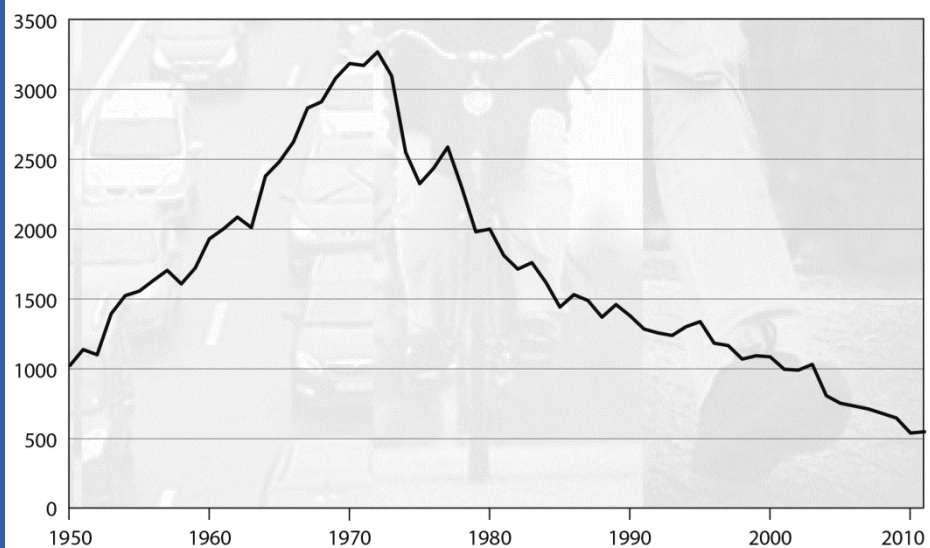


Bron: opgave in 2013 ten behoeve van dit boek door het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid





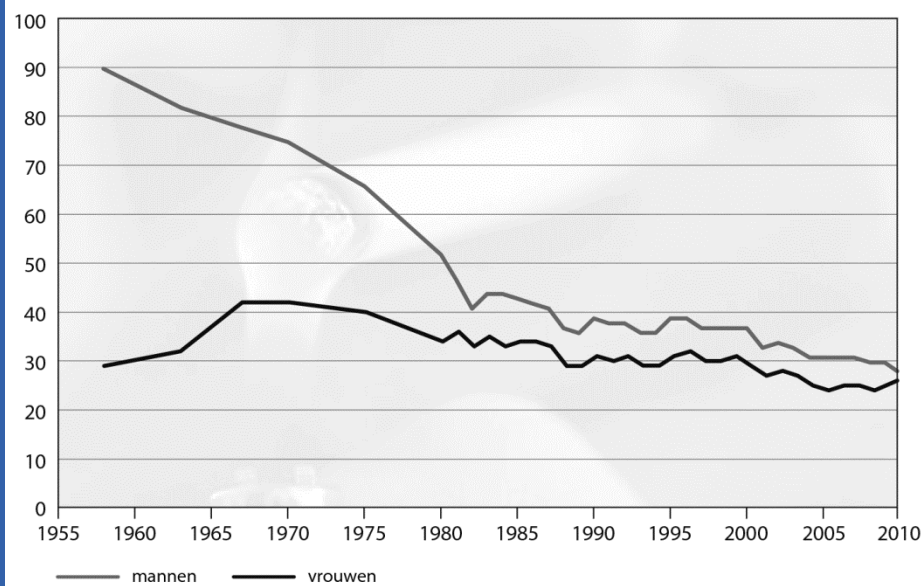
Afbeelding 2.3 Totaal aantal verkeersdoden 1950-2011



Bron: cijfers 1950 -2005: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV), De top bedwongen, balans van de verkeersonveiligheid in Nederland 1950-2005, Leidschendam, 2007. Cijfers 2006 -2012: Statline.cbs.nl geraadpleegd op 30 april 2014.



Afbeelding 2.4 Percentage rokers mannen en vrouwen 1958 – 2010



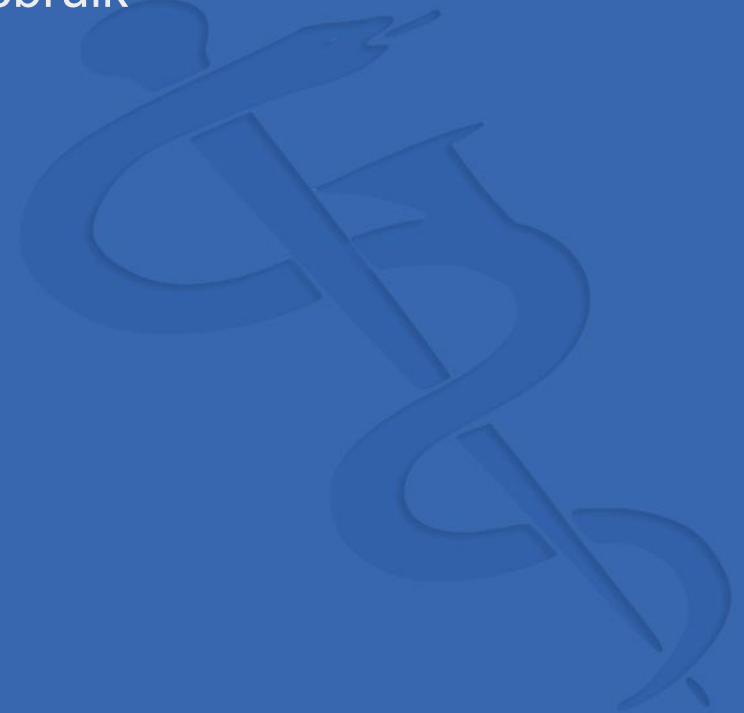
Bronnen: Gadourek: 'Riskante gewoonten' (1958); NOP & TON-enquêtes (1963-1975); TNS NIPO: 'Continu Onderzoek Rookgewoonten' (1979-2010).

# Thans: drie preventieve uitdagingen



Guus Schrijvers

1. Terugdringen van overgewicht
2. Verder terugdringen van tabaksgebruik
3. Opnieuw terugdringen van alcoholgebruik



# Nieuwe omgevingsinterventies: alcohol en roken



Guus Schrijvers

- Meegaan met de kernwaarden van de omgeving
- Make the healthy choice easier
- Alcoholontmoedigingsbeleid
- Sport en alcohol horen niet bij elkaar
- Uit je dak gaan zonder genotmiddelen, ja dat kan
- Anonieme melding van geweldmisdrijven
- Geen alcohol tijdens recepties
- Gezocht een nieuwe dokter Meinsma tegen het roken
- Stoppen met roken adviezen op pakjes sigaretten
- Stoppen-met-roken cursus aanbieden aan elke te opereren patiënt

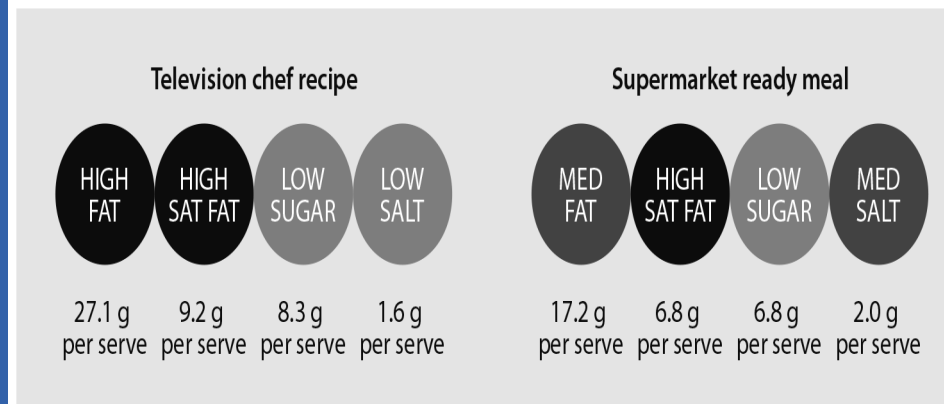
# Nieuwe omgevingsinterventies: terugdringen van overgewicht



Guus Schrijvers

- Andere inrichting van woonwijken: meer groen
- Gezondheidsetikettering
- Calorieën per gerecht op menukaart

Afbeelding 2.8 Voorbeeld van een gezondheidsetiket



Bron: Howard S, Adams J, White M. Nutritional content of supermarket ready meals and recipes by television chefs in the United Kingdom: cross sectional study. *BMJ*. 2012 Dec 14;345:e7607. doi: 10.1136/bmj.e7607.

# Financiële prikkels om gezondheid te bevorderen



Guus Schrijvers

- We is een grens aan de leefstijlsolidariteit
- Er zijn beleidsarme en beleidsvolle prikkels

Voorbeelden:

1. Goedkope buskaart voor 65-plussers
2. Lagere verzekeringspremie bij gezond gedrag
3. Hogere accijns of BTW op tabak, vet, zout en frisdrank
4. Minimumprijs voor alcohol



# Vitality's model of making members healthier



Guus Schrijvers

Know your health

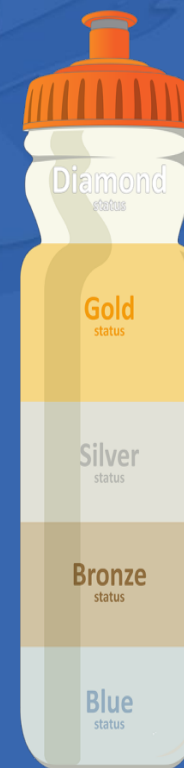
Improve your health

Enjoy the rewards

Complete the Vitality assessments

Engage in activities and earn points

Achieve a Vitality Status and enjoy the rewards





# Access to health partners



Guus Schrijvers

Up to 80% off at Gym partners



HealthyFood



CLICKS+



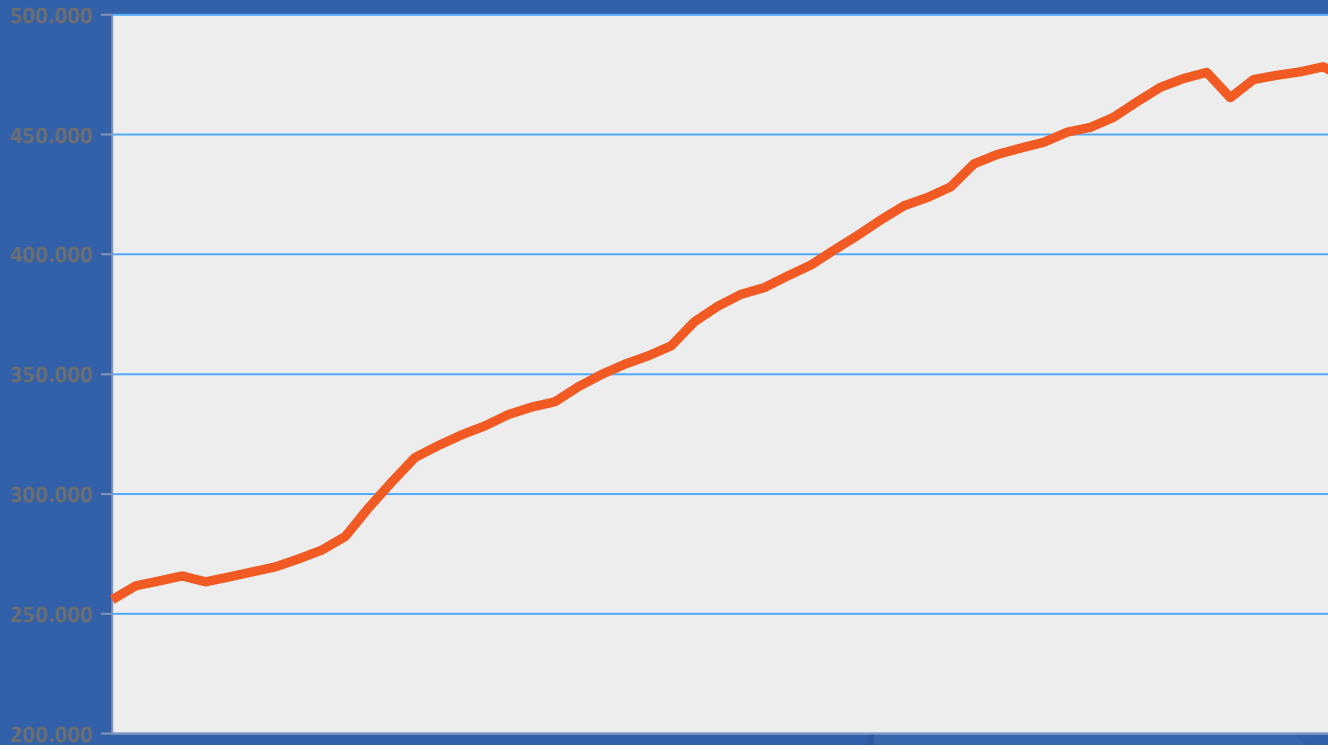
adidas



# Getting people active



Guus Schrijvers



Vitality gym members





## Cross-sectional

## Longitudinal

THE SCIENCE OF HEALTH PROMOTION

Financial Analysis

### The Association Between Medical Costs and Participation in the Vitality Health Promotion Program Among 948,974 Members of a South African Health Insurance Company

Deepak N. Patel, MMed; Estelle V. Lambert, PhD; Rosanne da Silva, BS; Hans; Mike Greyling, MSc; Craig Nossel, MBBCh; Adam Nouch, BSc; Wayne Derman, PhD; Thomas Gaziano, PhD

#### Abstract

**Purpose.** Examine the association between the level of participation in an incentive-based health promotion program (Vitality) and reported medical claims among members of a major health insurer.

**Design.** A 1-year, cross-sectional, correlational analysis of engagement with a health promotion program and hospital claim expenditure (admission costs, days in hospital, and admission cost) of members of a national private health insurer.

**Setting.** Adult members of South Africa's largest national private health insurer, Discovery Health. Incident member lists are eligible for voluntary enrollment in an incentive-based nutritional health promotion program, Vitality. Vitality 1a health insurer includes 948,974 adult members of the Discovery Health plan for the year 2008. Of these, 131,101 (13.7%) were also members of the Vitality health promotion program.

**Measures.** The study sample was grouped based on engagement and the level of engagement with the Vitality health promotion program into the following six engagement levels: 1) not engaged; 2) not engaged with any health promotion activity (2.9%); 3) low engagement (16.9%); 4) high engagement (19.5%); 5) high engagement with a focus on healthy lifestyle (25.9%); 6) high engagement with a focus on healthy lifestyle, hospital admissions, and the number of days in hospital, and hospital admission costs were compared among highly engaged members and those members who were not enrolled in the program, nonengaged, and body engaged. Data were normalized for age, gender, place, race, and chronic disease status.

**Results.** Highly engaged members had lower rates for patient, doctor visits in hospital, and four admissions compared with other groups ( $p < .001$ ). Low or no engagement was not associated with lower hospital costs. Admissions rates were also 2.4% lower for cardiovascular disease, 1.2% lower for cancer, and 20.7% lower for endocrine and metabolic diseases in the highly engaged group compared with any of the other groups ( $p < .01$ ).

**Conclusions.** Engagement in an incentive-based health promotion program, offered by a health insurer, was associated with lower health care costs. *Am J Health Promot 2011;25(1):10-16.*

Deepak N. Patel, MMed, is with the University of Cape Town, Cape Town, and Discovery Health, Johannesburg, South Africa; Estelle V. Lambert, PhD, and Wayne Derman, PhD, are with the University of Cape Town, Cape Town, South Africa; Rosanne da Silva and Mike Greyling, PhD, are with the University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa; Craig Nossel, MBBCh, and Adam Nouch are with Discovery Health, Johannesburg, South Africa; Thomas Gaziano, PhD, is with Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts. Send reprint requests to Deepak N. Lambert, PhD, UCT/MRC Research Unit for Exercise Science and Sports Medicine, University of Cape Town, P.O. Box 115, Newlands, South Africa 7725; v.lambert@uct.ac.za.

This manuscript was submitted February 17, 2009; revision was received June 22, August 11, and August 31, 2009; the manuscript was accepted for publication September 9, 2009.

Copyright © 2010 by American Journal of Health Promotion, Inc. 1042-0272/10/25(1)10-16 \$5.00. DOI: 10.4219/ajhp.2010.17524546

## PREVENTING CHRONIC DISEASE PUBLIC HEALTH RESEARCH, PRACTICE, AND POLICY

VOLUME 6: NO. 4 OCTOBER 2009

ORIGINAL RESEARCH

### Fitness-Related Activities and Medical Claims Related to Hospital Admissions – South Africa, 2006

Estelle V. Lambert, PhD; Rosanne da Silva; Deepak Patel, MD, MSc; Libero Fatti, PhD; Tracy Kolbe-Alexander, PhD; Adam Nouch; Craig Nossel, MBBCh, MBA; Wayne Derman, MBBCh, PhD; Thomas Gaziano, MD, MSc

**Suggested citation for this article:** Lambert EV, da Silva R, Fatti L, Kolbe-Alexander T, Nouch A, et al. Fitness-related activities and medical claims related to hospital admissions – South Africa, 2006. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(4). [http://www.cdc.gov/pd/iss/2009/oct/06\\_0226.htm](http://www.cdc.gov/pd/iss/2009/oct/06_0226.htm). Accessed [date].

#### PEER REVIEWED

#### Abstract

**Introduction.** We report on the effect of an incentive-based wellness program on medical claims and hospital admissions among members of a major health insurer. The focus of this investigation was specifically on fitness-related activities in this insured population.

**Methods.** Adult members of South Africa's largest private health insurer ( $n = 948,974$ ) were grouped a priori, on the basis of documented participation in fitness-related activities, including gym visits, into inactive (80%, equivalent to  $\leq 3$  gym visits/week), low active (7.9%, 4–23 gym visits/week), moderate active (5.5%, 24–48 gym visits/week), and high active (7.4%,  $\geq 49$  gym visits/week). We compared medical claims data related to hospital admissions between groups after adjustment for age, sex, medical plan, and chronic illness benefits.

**Results.** Hospitalization costs per member were lower in each activity group compared with the inactive group. This same pattern was demonstrated for admissions rates.

There was good agreement between level of participation in fitness-related activities and in other wellness program offerings; 90% of people only nominally engaged in the wellness program also were low active or inactive, whereas 84% of those in the high active group also had the highest overall participation in the wellness program.

#### Conclusion

Participation in fitness-related activities within an incentive-based health insurance wellness program was associated with lower health care costs. However, involvement in fitness-related activities was generally low, and further research is required to identify and address barriers to participation in such programs.

#### Introduction

Physical activity can reduce illnesses and deaths linked to chronic diseases (1,2). The health benefits of physical activity increase with increasing frequency, duration, and intensity of exercise (3–4). Data from longitudinal cohort studies suggest that physical inactivity is associated with at least a 1.5-fold to 2.0-fold higher risk of most chronic diseases of lifestyle, such as coronary heart disease, type 2 diabetes, and hypertension (1,5), and accounts for an estimated 1.3% of lost disability-adjusted life-years worldwide. Furthermore, studies corroborate the public health recommendation that 30 minutes of accumulated, moderate-to-vigorous intensity physical activity on most days is protective for these chronic diseases (3). The associated risk of inactivity is similar in magnitude to many other well-known risk factors, such as overweight, smoking, hyperlipidemia, and low fruit and vegetable intake (1,6).

The opinions expressed by authors contributing to this journal do not necessarily reflect the opinions of the US Department of Health and Human Services, the Public Health Service, the Centers for Disease Control and Prevention, or the authors' affiliated institutions. Use of trade names is for identification only and does not imply endorsement by any of the groups named above.

[www.cdc.gov/pd/iss/2009/oct/06\\_0226.htm](http://www.cdc.gov/pd/iss/2009/oct/06_0226.htm) • Centers for Disease Control and Prevention 1

THE SCIENCE OF HEALTH PROMOTION

For individual use only. Duplication or distribution prohibited by law.

Financial Analysis

### Participation in Fitness-Related Activities of an Incentive-Based Health Promotion Program and Hospital Costs: A Retrospective Longitudinal Study

Deepak Patel, MD, MSc; Estelle V. Lambert, PhD; Rosanne da Silva, BSc(Hons), FFA; Mike Greyling, MSc; Tracy Kolbe-Alexander, BSc, PhD; Adam Nouch, BSc; Jaco Conradie, BSc; Craig Nossel, MBBCh, MBA; Jill Borresen, BSc, PhD; Thomas Gaziano, MD, MSc

#### Abstract

**Purpose.** A retrospective, longitudinal study examined changes in participation in fitness-related activities and hospital claims over 3 years amongst members of an incentive-based health promotion program offered by a private health insurer.

**Design.** A retrospective observational analysis measuring gym visits and participation in documented fitness-related activities, probability of hospital admission, and associated costs of admission.

**Setting.** A South African private health insurer, Discovery Health, and the Vitality health promotion program. Participants: 304,054 adult members of the Discovery medical plan, 195,467 of whom registered for the health promotion program, and 112,587 members who were not on the program.

**Measures.** Members were categorized for fitness-related activities on the basis of the frequency of gym visits. Measures: Changes in objectively determined gym visits and registered participation in fitness-related activities over 3 years and measures of association between gym visits and participation (years 1–3) and subsequent probability of each of hospital admissions (years 4–5). Hospital admissions and associated cost were based on claims extracted from the health insurer database.

**Results.** The probability of a claim mediated by using general logistic regression and cost of claims estimated by using general linear models. Propensity scores were extracted and included age, gender, registration for chronic disease benefits, plan type, and the presence of a claim during the transition period, and these were used as covariates in the final model.

**Conclusions.** There was a significant decrease in the probability of inactive members (7% to 66%) over 3 years. Members who remained highly active (year 1–3) had a lower probability ( $p < .05$ ) of hospital admission in years 4 to 5 (28.7% incidence with baseline incidence number 22.5%). The odds of admission were 1.75 lower for non-registered gym visits per week (odds ratio, .57; 95% confidence interval [CI], .301–.949).

**Conclusions.** We observed an increase in fitness-related activities over time amongst members of the incentive-based health promotion program, which was associated with a lower probability of hospital admission and lower hospital costs in the subsequent 2 years. *Am J Health Promot 2011;25(1):16-24.*

**Key Words:** Health Insurance; Wellness Programs; Chronic Disease; Prevention Research; Manufacturing Research; Research Purpose; Modeling; Relationship Testing; Overweight; Body Design; Retrospective Longitudinal; Analysis; Diagnostic Measures; Behavioral Economics; Hospital Costs; Setting; Private National Health Insurer; Health Costs; Fitness; Physical Activity; Strategy; Education; Risk Reducing Behavior Change; Incentives; Target Population; Age; Adults; Target Population; Chronic Diseases; Health-Insurer Population

Deepak Patel, MD, MSc, is with UCT/MRC Research Unit for Exercise Science and Sports Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; Rosanne da Silva, BSc(Hons), FFA, is with UCT/MRC Research Unit for Exercise Science and Sports Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; Estelle V. Lambert, PhD, and Tracy Kolbe-Alexander, BSc, PhD, are with UCT/MRC Research Unit for Exercise Science and Sports Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; Adam Nouch, BSc, BSc(Conradie), BSc, Craig Nossel, MBBCh, MBBCh, and Jill Borresen, BSc, PhD, are with Discovery Health, Johannesburg, South Africa; Rosanne da Silva, BSc(Hons), FFA, is with School of Health, Behavior, and Society, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; Mike Greyling, MSc, is with School of Health, Behavior, and Society, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Send reprint requests to Estelle V. Lambert, UCT/MRC Research Unit for Exercise Science and Sports Medicine, Department of Human Biology, Faculty of Health Sciences, University of Cape Town, PO Box 115, Newlands, South Africa 7725; South Africa; v.lambert@uct.ac.za.

This manuscript was accepted June 3, 2009; revision was received September 16, 2009, and January 19, 2010; the manuscript was accepted for publication September 21, 2009.

Copyright © 2010 by American Journal of Health Promotion, Inc. 1042-0272/10/25(1)16-24 \$5.00. DOI: 10.4219/ajhp.2010.17524546

#### INTRODUCTION

Physical inactivity and sedentary living are major lifestyle factors that contribute to the growing burden of disease globally.<sup>1</sup> The effects of the increasing prevalence of inactivity are most evident in the increase in non-communicable chronic diseases of lifestyle, such as hypertension, type 2 diabetes, cancer, and coronary heart disease.<sup>2</sup>

There is compelling evidence for the beneficial effects of physical activity in the primary and secondary prevention of a large number of chronic diseases. Diseases such as type 2 diabetes,<sup>3</sup> hypertension,<sup>4</sup> cardiovascular disease,<sup>5</sup> certain cancers,<sup>6</sup> mental illnesses,<sup>7</sup> and osteoporosis<sup>8</sup> are directly impacted by increasing physical activity. All-cause mortality, as well as deaths as a result of cardiovascular diseases and cancers, are significantly decreased with increased levels of physical activity.<sup>9,10</sup>

Physical activity has also been shown to mitigate the effects of other risk factors. For example, overweight individuals who are fit have greater longevity than those normal-weight individuals who are unfit.<sup>11</sup> Likewise, it has been shown that physically active smokers have a lower risk of dying than non-active smokers.<sup>12</sup>

The enormous burden of diseases related to physical inactivity or sedentary living has significant direct and indirect economic consequences for the individual and for society.<sup>13,14</sup>

# Tussentijdse conclusie



Guus Schrijvers

- Gezondheidsbevordering had in het verleden 5x succes
- Gezondheidsbevordering vereist geïntegreerde aanpak van omgeving, gedrag en financiële prikkels



# Drie soorten niet-perverse prikkels



Guus Schrijvers

1. **Bevorderen van zelf-management**
2. **Shared savings voor zorgaanbieders**
3. **Het belonen van gezond gedrag**
4. Gedragseconomie: enkele modellen en theorieën
5. Conclusie



# Drie soorten niet-perverse prikkels



Guus Schrijvers

1. **Bevorderen van zelf-management**
2. **Shared savings voor zorgaanbieders**
3. **Het belonen van gezond gedrag**
4. **Gedragseconomie: enkele modellen en theorieën**
5. Conclusie





- Het cappuccinomodel is een voorbeeld van gedragseconomie
- Beleidsvolle prikkels?
- Nudging en libertair paternalisme
- Denk langzaam en snel: Kahneman
- Ook prikkels voor patiënten



# Triple Aim bijgezondheidsbeleid



Guus Schrijvers

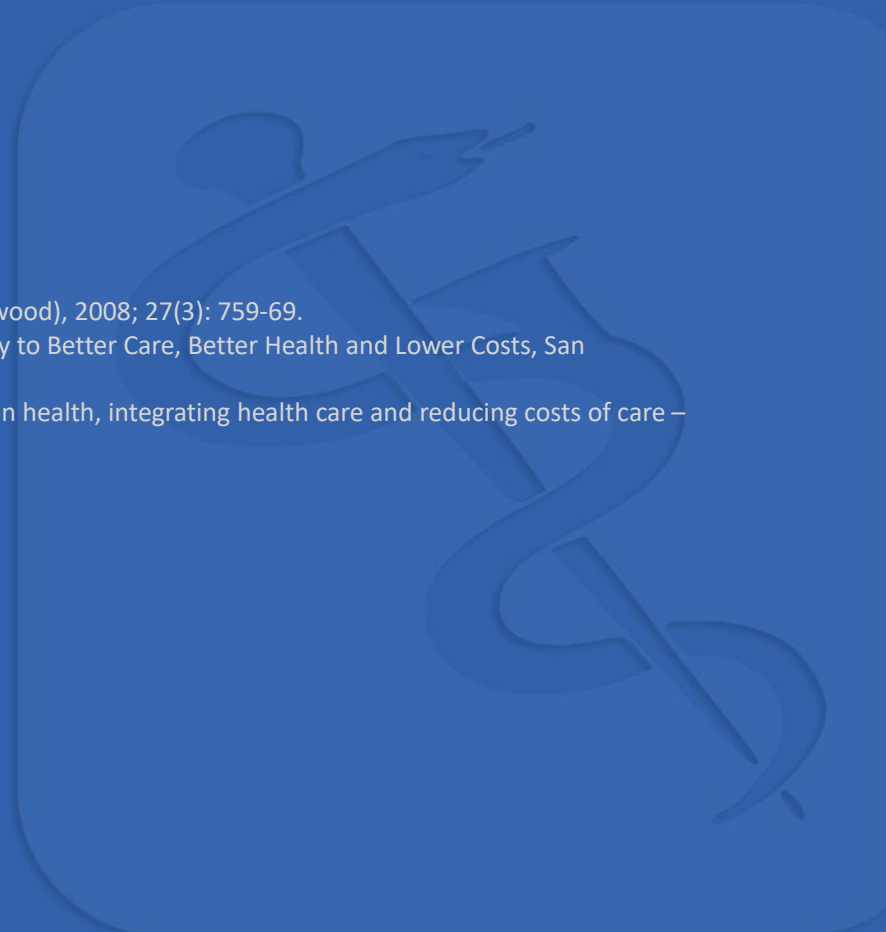
1. Betere gezondheid
2. Hogere kwaliteit van zorg
3. Gelijk blijvende kosten

## Aanbevolen literatuur:

Berwick D.M. et al., The Triple Aim: Care, Health, And Cost, *Health Aff (Millwood)*, 2008; 27(3): 759-69.

Bisognano M. et al., Pursuing the Triple Aim. Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health and Lower Costs, San Francisco: Jossey-Bass, 2012.

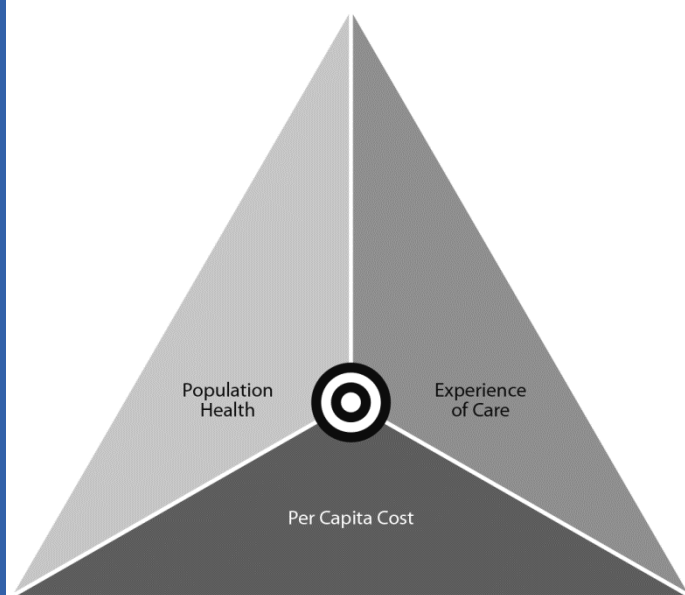
Hildebrandt H.T. et al., Triple Aim in Kinzigal, Germany: Improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK 2012, *Journal of Integrated Care* 20 (4): 205-222.



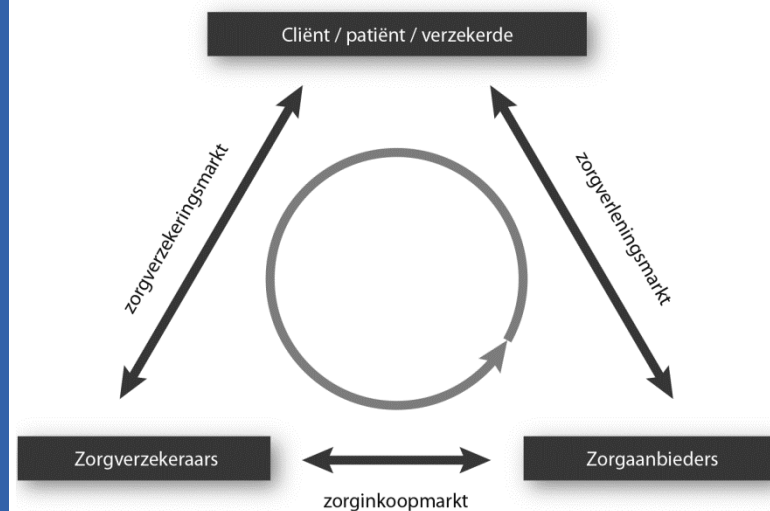


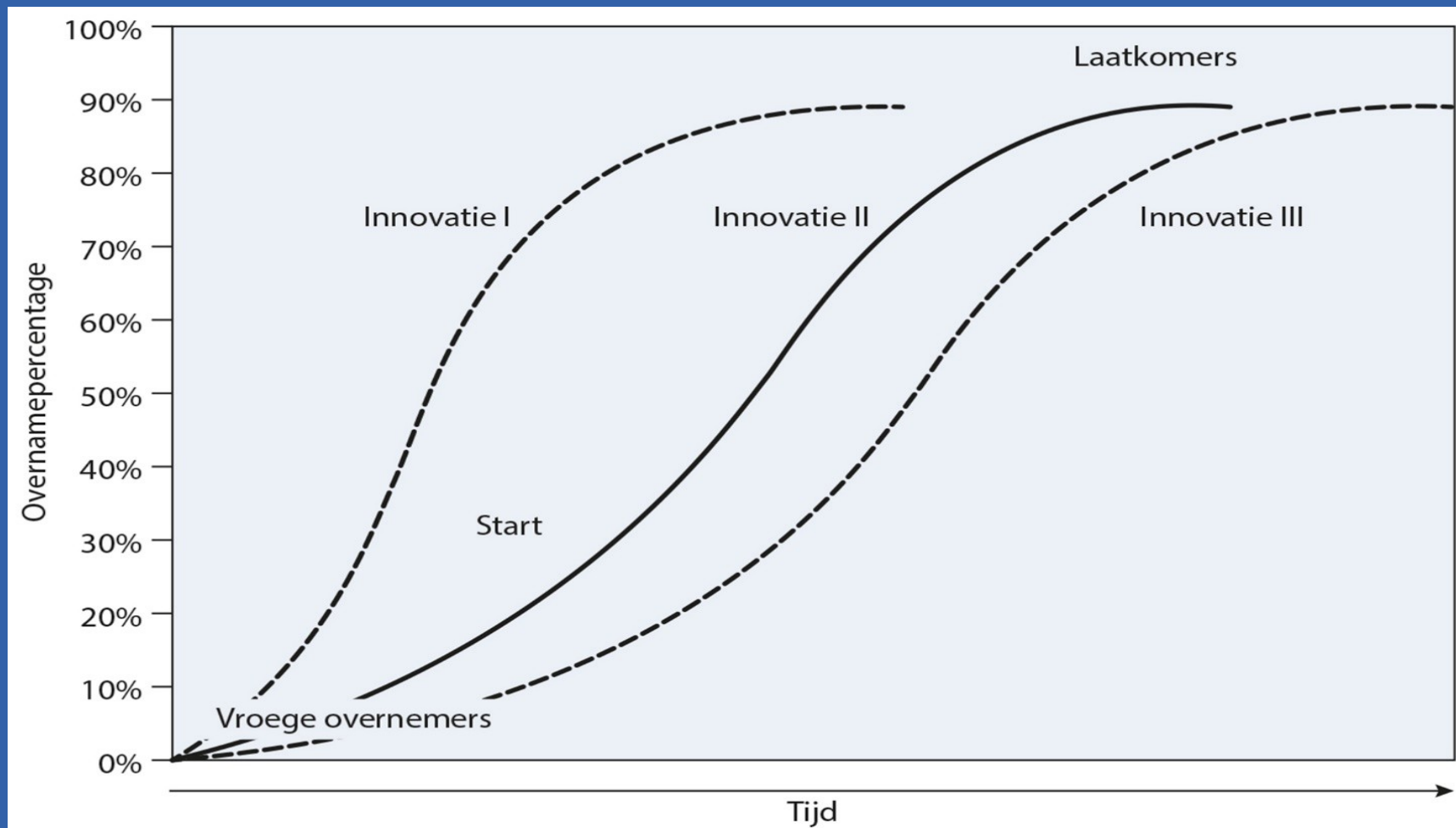


Afbeelding 1.2 Het Triple Aim model



Afbeelding 1.3 Het model van de marktwerking





Abeelding 1.7. De theoretische verspreiding van innovaties

Bron: E.M. Rogers (2007), Diffusion of innovations, 5th edition, New York: Free Press (11th edition 1962).

Bij mij te bestellen voor 15 euro en elders voor 24,95 euro; geef visitekaartje



Guus Schrijvers

GUUS SCHRIJVERS



ZORGINNOVATIE  
VOLGENS HET  
CAPPUCCINOMODEL

VOOR HETZELFDE GELD EEN BETERE GEZONDHEIDSZORG

Thoeris 



Ik dank jullie voor de  
aandacht



# Contact?



Guus Schrijvers

- [mail@guusschrijvers.nl](mailto:mail@guusschrijvers.nl)
- [www.guusschrijvers.nl](http://www.guusschrijvers.nl)
- [www.twitter.com/GuusSchrijvers](https://www.twitter.com/GuusSchrijvers)





## Waarom?

- Betere oplossingen
- Grotere kans op draagvlak
- Meer aandacht voor het probleem dan voor de oplossing

## Wat houdt het in?

1. Collectieve ambitie
2. Open communicatie tussen alle partijen
3. Heldere verdeling van verantwoordelijkheden en taken
4. Helder design management
5. Eerst discussienota en daarna concept-beleidsnota
6. Zorgverzekeraars werken met kaders
7. Gezondheidswet 1902



# Drie reflecties op de successen uit het verleden



Guus Schrijvers

1. Er bestaat chemie tussen omgevingsinterventies, gezondheidseducatie en financiële prikkels
2. Andere landen gaan verder dan de Nederlandse overheid
3. Milieubeweging doet het beter

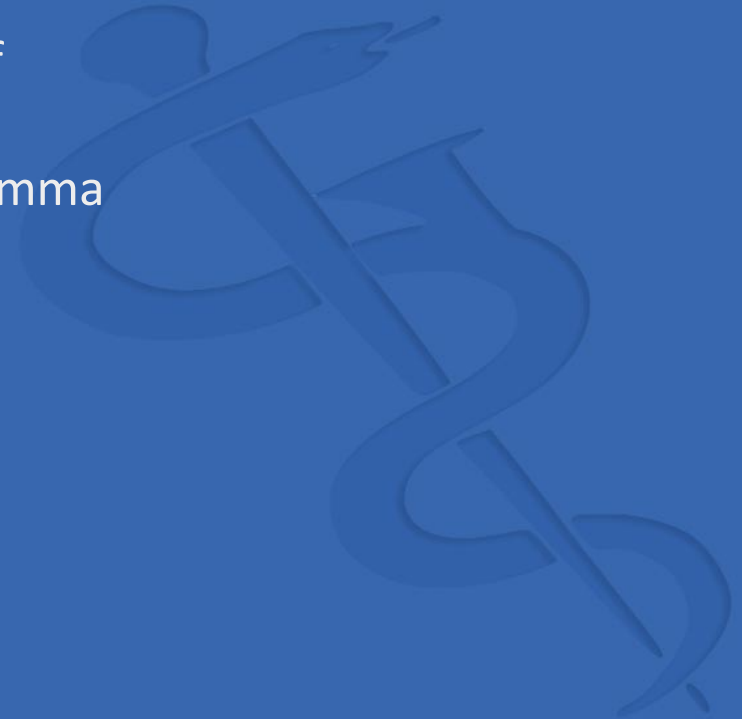


# Opbouw van de voordracht



Guus Schrijvers

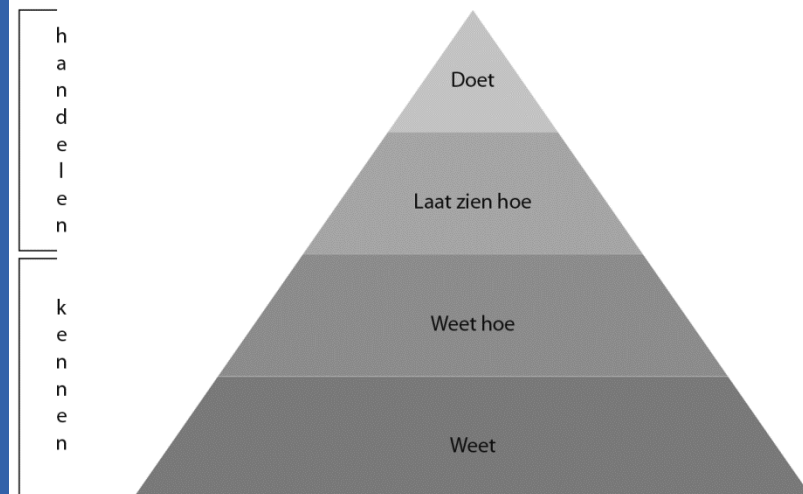
1. Vijf successen uit het verleden
2. Thans: drie preventieve uitdagingen
3. **Gezondheidseducatie, ja maar ...**
4. Omgevingsinterventies: kosten-effectief
5. Fiscaal gezondheidsbeleid
6. Het Zuid Afrikaanse spaarpuntenprogramma





- Losse interventies werken niet
- Alleen informatie verstrekking werkt niet
- Een wijkgerichte of gemeenschapsgerichte aanpak wel
- Gezondheidsdidactiek is nodig

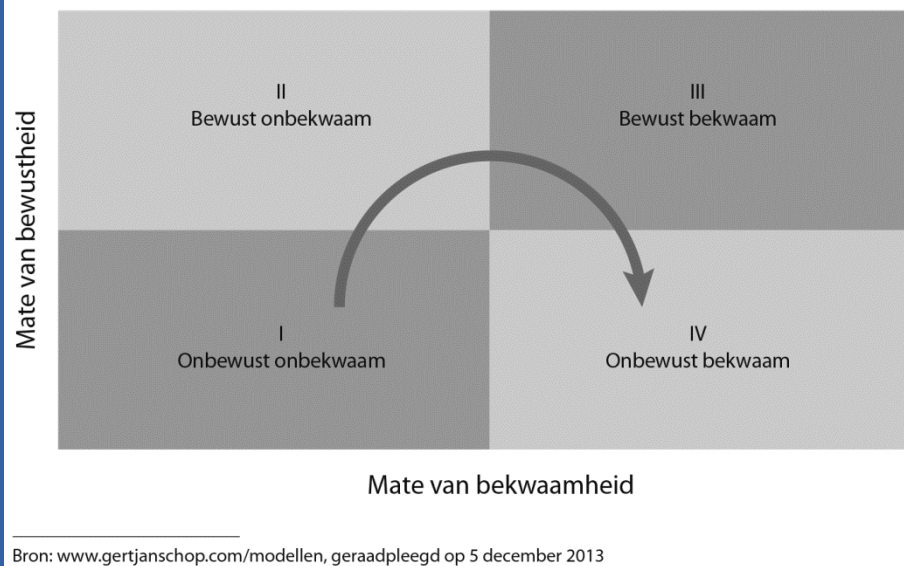
Afbeelding 3.1 De didactische driehoek van Miller



Bron: Miller GE. The assessment of clinical skills/Competence/performance. Acad Med 1990; 65: 563-7.



Afbeelding 3.2 Het model van onbewust onbekwaam naar onbewust bekwaam





Afbeelding 3.3 De leerstijlen van Kolb

Leerstijl	Kernwoorden	Leert het beste van...
Doener Accommoderen	Wat is er nieuw? Ik ben voor alles in	<ul style="list-style-type: none"><li>• directe ervaring, dingen doen</li><li>• nieuwe ervaringen, het oplossen van problemen</li><li>• in het diepe gegooid worden met een uitdagende taak</li></ul>
Bezinner Divergeren	Ik wil hier graag even over nadenken	<ul style="list-style-type: none"><li>• activiteiten waar ze de tijd krijgen/ gestimuleerd worden (achteraf) na denken over acties</li><li>• als de mogelijkheid wordt geboden eerst na te denken en dan pas te doen</li><li>• beslissingen nemen zonder limieten en tijdsduur</li></ul>
Denker Assimileren	Hoe is dat met elkaar gerelateerd?	<ul style="list-style-type: none"><li>• gestructureerde situaties met duidelijke doelstellingen (congressen, colleges, boeken)</li><li>• als ze de tijd krijgen om relaties te kun- nen leggen met kennis die ze al hebben</li><li>• situaties waar ze intellectueel uitgedaagd worden</li><li>• de kans krijgen vragen te stellen en de basismethodologie, logica etc. te achter- halen</li><li>• concepten, modellen en systemen</li></ul>
Beslisser Convergeren	Hoe kan ik dit toepassen in de praktijk?	<p>activiteiten waar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• een duidelijk verband is tussen leren en werken</li><li>• ze zich kunnen richten op praktische zaken</li><li>• ze technieken worden getoond met duidelijke praktische voorbeelden</li><li>• ze de kans krijgen dingen uit te probe- ren en te oefenen onder begeleiding van een expert</li></ul>

Bron: <http://www.thesis.nl/thesis>, geraadpleegd op 5 december 2013

# Voor gezondheidsbevordering geldt:



Guus Schrijvers

- Gezondheidsbevordering is libertair paternalistisch
- Motivational interviewing, dat is nodig
- Preventie-consult van huisartsen
- Puber consult van jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen
- Voorbeeld nemen aan revalidatie, hart- en oncologische programma's
- Geld uit curatieve zorg naar preventie: shared savings
- Burger is co-producent van gezondheid
- Patient empowerment is van belang



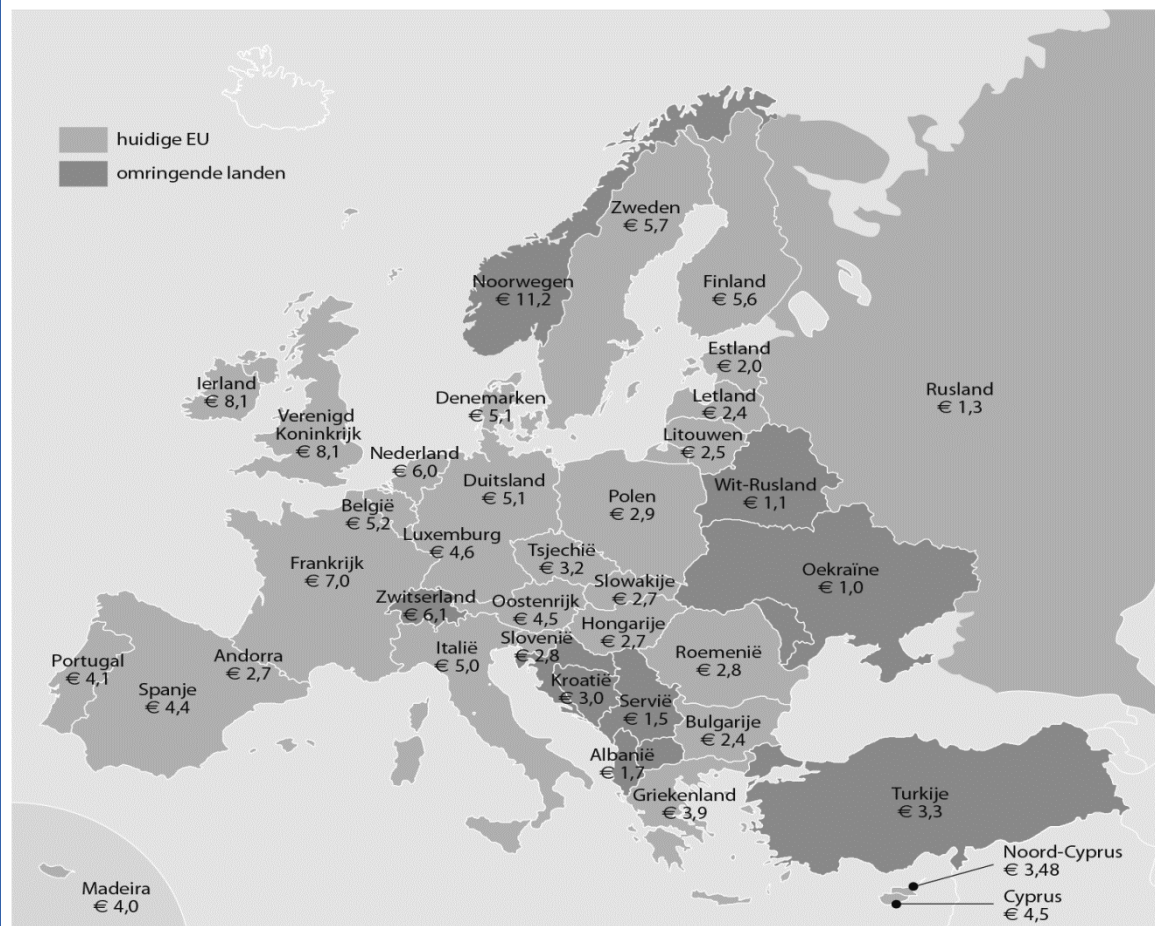
## Afbeelding 4.1 Pleidooi voor een vetbelasting in zeven stappen

1. Eetgedrag hangt meer af van de prijs van de voeding dan van gezondheidsopvoeding
2. Een vetbelasting bevordert gezondheid door minder vetinname
3. Daardoor stijgen de kosten voor de gezondheidszorg na een aantal jaren minder
4. Door de hogere indirecte belastingen op vette producten komt meer geld beschikbaar voor de overheid
5. Daaruit komt subsidie beschikbaar voor de aankoop van gezonde producten zoals groenten en fruit alsmede voor het aanstellen van leefstijlcoaches (zie paragraaf 3.3)
6. Eventueel kan ook de premie van de Zorgverzekeringswet omlaag
7. De leefstijlsolidariteit vermindert hierdoor: wie vet blijft eten is daar vrij in, maar betaalt via hogere indirecte belasting meer aan de gezondheidszorg

Bron: zie tekst



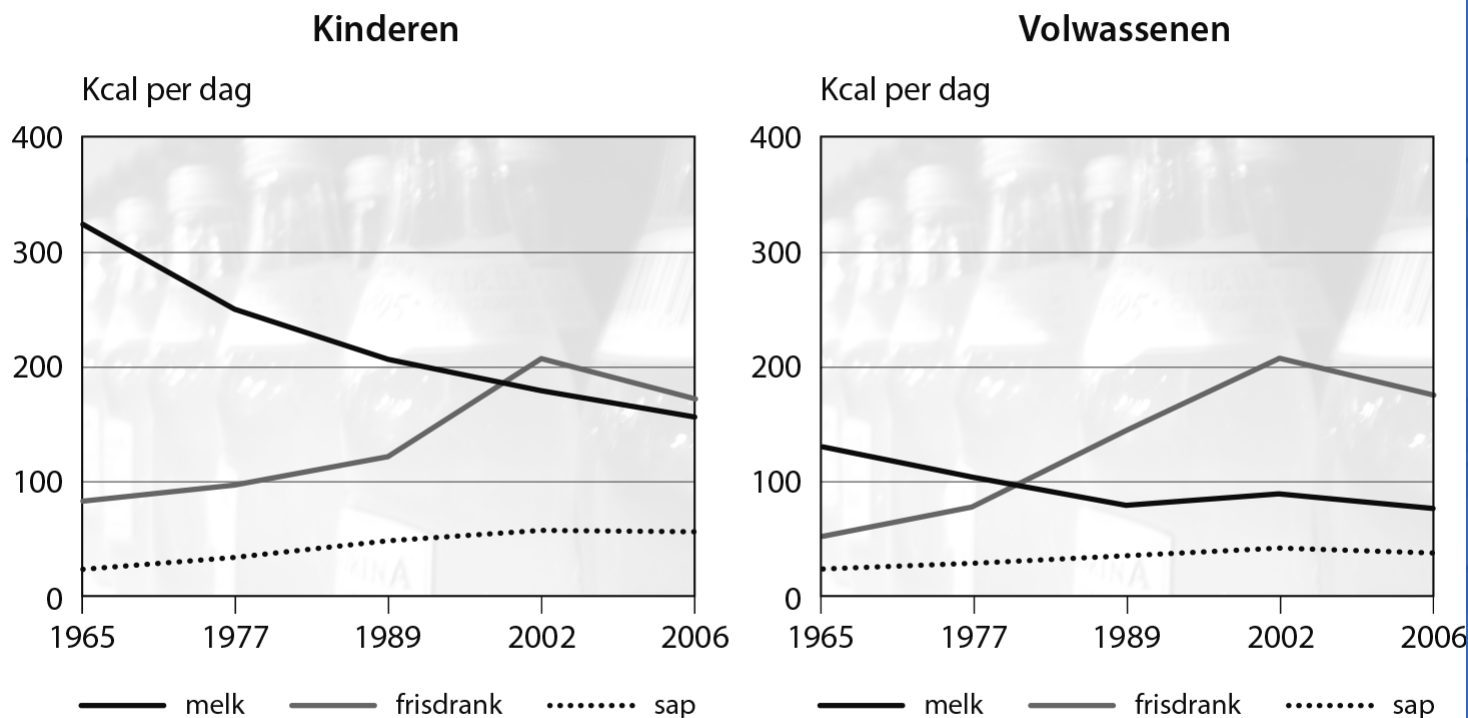
Afbeelding 4.2 Verkooprij sigaretten in Europa (2014)



Bron: [www.cigaretteprices.net](http://www.cigaretteprices.net), geraadpleegd op 16 mei 2014



Afbeelding 4.3 Consumptie in kilocalorieën van melk, frisdrank en sapjes van Amerikaanse kinderen en volwassenen 1965-2006



Bron: Brownell KD e.a, The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages, N Engl J Med 2009; 361:1599-1605 October 15, 2009 DOI: 10.1056/NEJMp0905723

# Hoge BTW tarief op zoute producten



Guus Schrijvers

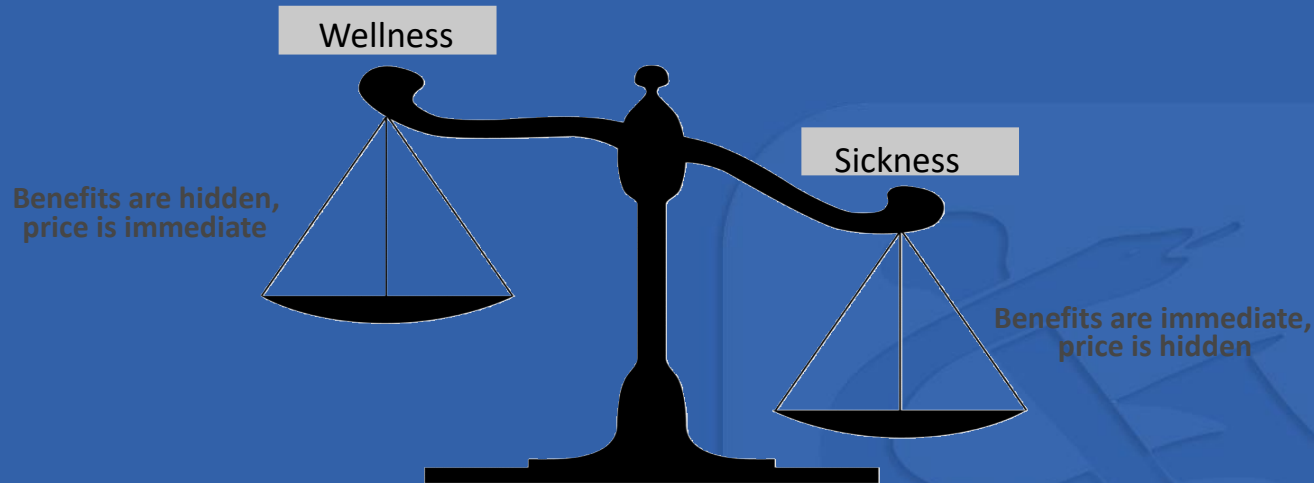
- Zout leidt tot hogere bloeddruk
- Hogere bloeddruk leidt tot hart- en vaatziekten
- Meer zout: hogere kans op een beroerte
- 85% consumeert meer dan 6 gram per dag
- Mannen gemiddeld 9,9 gram in 2012 en vrouwen 7,5 gram
- Bij 6 gram per dag: 4 tot 8 % minder hartinfarcten, 1,7% minder hartfalen en 5,8% minder beroertes
- Kosten effectiviteit is beqwezen



# The healthcare consumption paradox



Guus Schrijvers



Under  
consumption  
of preventative  
care

Lack of information

The true efficacy of different health & wellness approaches is not well understood

Over-optimism

People tend to overestimate their abilities and health status

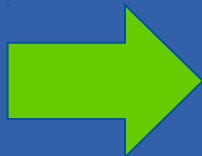
Discount the future

The future rewards of a healthy lifestyle are significantly undervalued relative to the cost today

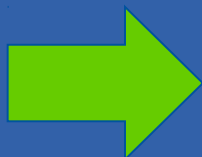


- Traditional economics premised on a rational choice perspective

1. Humans make perfectly rational decisions if given sufficient information.
2. Those decisions are intended to maximise their utility or self-interest.
3. Humans exercise maximum self-control in achieving their aims.



Little or no need for intervention



Focus on prices and/or information as main tools for policy



- Overweighting of the present
- Insensitivity to probabilities
- Framing
- Loss aversion
- Status quo / default bias

# Evolution of the research agenda

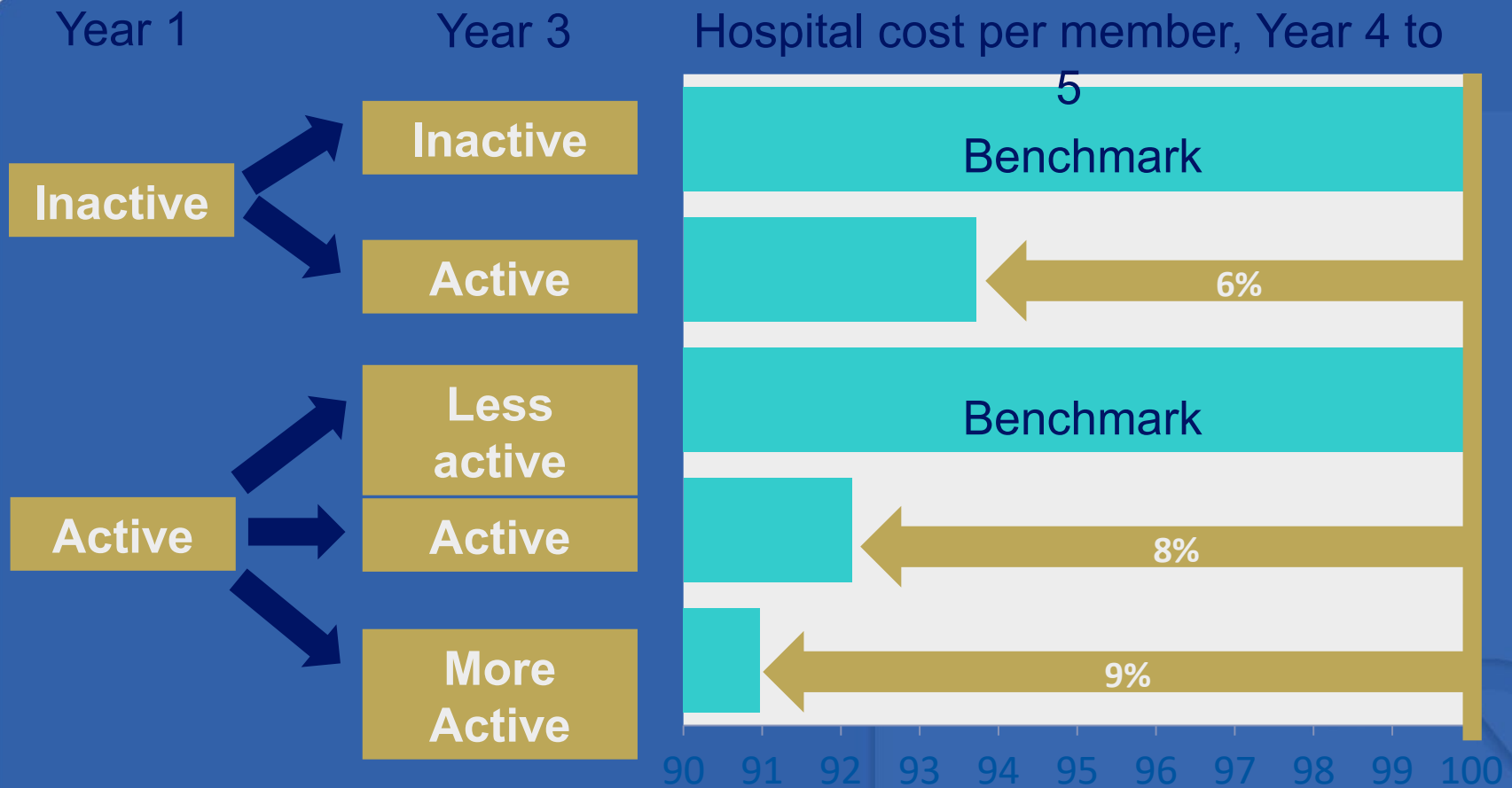


- The quality of research and the range of international collaboration has improved over time
- 2007 *Cross sectional studies*
- 2008 -2009 *Retrospective Longitudinal studies*
- 2010 *Prospective randomized studies*

# Outcomes associated with transitions between engagement levels



Guus Schrijvers





- Een door bestaande innovaties bewust gekozen verandering in het aanbod van met als doel de kwaliteit en/of de doelmatigheid van de zorgverlening te verbeteren (Schrijvers G., Zorginnovatie volgens het Cappuccinomodel, Hoofdstuk 1, p 32)
- Niet iedere innovatie is een verbetering
- Niet iedere verbetering is een innovatie





- Innovaties beginnen klein en verspreiden zich daarna
- Reorganisaties, fusies, faillissementen en herstructurering gebeuren in één keer





- **Productinnovatie:** bv biological, protonenbestraler, nieuw vaccin, andere uitvraagmethodiek, zorg-leefplan
- **Procesinnovatie:** 1. zorgpad, 2. taakherschikking, 3. nieuwe functie en 4. andere overlegvormen
- **Systeeminnovatie:**Verandering in de randvoorwaarden van het proces 1. wet- en regelgeving 2. betaaltitel en financier 3. organisatiestructuur 4. huisvesting 5. informatievoorziening en 6. energievoorziening





## Afbeelding 1.6 Negen fases om te komen tot een geslaagde zorginnovatie

1. Bewustwording dat er een probleem bestaat
2. Literatuur- en documentenstudie naar reeds elders ontwikkelde innovaties
3. Ontwerpen van de innovatie
4. Het ontwerpen van de eerste businesscase
5. Simuleren van de innovatie
6. Uitvoeren van een pilotproject bij enkele patiënten
7. Uitvoeren van een pilot bij enkele werksettings
8. Evalueren van de pilot op de drie doelstellingen van triple aim
9. Verduurzaming van de geslaagde innovatie



- De verspreiding van een innovatie die is gelukt





### Afbeelding 17.5 Negen factoren met een gunstige invloed op de verspreidingsnelheid van reeds bewezen zorginnovaties

1. Een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en taken van professionals die met de innovatie gaan werken
2. Voldoende educatieprogramma's voor professionals die de innovatie gaan overnemen
3. Adequate softwareprogramma's om de innovatie te ondersteunen
4. Voldoende publiciteit over de bewezen innovatie
5. Adequate bekostiging van de innovatie
6. De juiste schaalgrootte voor het verzorgingsgebied van de innovatie
7. Voldoende professionele vrijheid om de innovatie al dan niet over te nemen
8. Snelle besluitvorming bij raden van bestuur, zorgverzekeraars en overheid om de innovatie over te nemen en te faciliteren
9. De inbedding van de innovatie in een systeem van kwaliteitsborging

Afbeelding 17.5. Negen factoren met een gunstige invloed op de verspreidingsnelheid van reeds bewezen zorginnovaties

Bron: G. Schrijvers et al., *Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg,

2002

# Disruptieve innovaties: een gevaar voor instituten met verblijf



Guus Schrijvers

Ziekenhuis ontvlechten in drie eenheden:

1. Diagnostische kliniek
2. Focuskliniek
3. Netwerkgorg voor mensen met chronische aandoeningen

- Topol E.J., The creative destruction of medicine: How the digital revolution will create better health care, Basic books, 2013.
- Christensen C.M. et al., The Innovator's Prescription: a Disruptive Solution for Health Care, New York: Mc Graw-Hill books, 2009.
- Cornelissen J., Operatie Zorg. Naar een driedeling in de gezondheidszorg, Assen: Koninklijke Van Gorkum, 2011. [www.vangorcum.nl](http://www.vangorcum.nl)