

ZORGREKENINGEN CURAÇÃO 2008 – 2011



DECEMBER 2012

Ronald H.E. Westerhof
Drs. Ing. Lamberto P. Felida

ZORGREKENINGEN

CURAÇÃO

2008 – 2011



DECEMBER 2012

Dit rapport presenteert de bevindingen van de Curaçaose Zorgrekeningen 2008-2011. Financiële ondersteuning werd verkregen door samenwerkingsmiddelen van USONA. De productie van de zorgrekeningen Curaçao 2008 t/m 2011 is gerealiseerd op basis van de medewerking en inbreng van een groot aantal actoren in de Curaçaose zorg. Een woord van grote dank is hier zeker op zijn plaats. Zonder hen hadden de Zorgrekeningen 2008 t/m 2011 niet kunnen worden geproduceerd. Een speciaal woord van dank aan Soraya Verstraeten, onderzoeker/projectleider bij het Volksgezondheid Instituut Curaçao, voor haar onuitwisbare bijdrage aan het finaliseren van dit rapport.

Dit rapport is ook digitaal verkrijgbaar via de website van Volksgezondheid Instituut Curaçao: www.vic.cw. Voor meer informatie over de zorgrekeningen kunt u contact opnemen met Volksgezondheid Instituut Curaçao via de website.

© Volksgezondheid Instituut Curaçao. Bronvermelding verplicht.

Aanbevolen citatie: Volksgezondheid Instituut Curaçao. *Zorgrekeningen Curaçao 2008-2011*. december 2012. R.H.E. Westerhof en L.P. Felida.

Inhoudsopgave

I. De 20 meest in het oogspringende uitkomsten	1
1. Inleiding	5
2. Doel en scope van Zorgrekeningen Curaçao	7
2.1. Doel	7
2.2. Doelpopulatie	7
2.3. Classificatie doelpopulatie	7
2.4. Start Zorgrekeningen Curaçao	7
2.5. Frequentie	7
2.6. Door wie	7
2.7. Wanneer gepubliceerd	7
3. Methodologie	9
3.1. Theoretische achtergrond	9
3.2. Het model Curaçaose Zorgrekening	9
3.3. Doorontwikkeling van het model Zorgrekeningen Curaçao	11
3.4. Gegevensverzameling en –verwerking	13
3.5. Kwaliteit van de resultaten	14
4. Zorgrekeningen Curaçao 2008 t/m 2011	15
5. Resultaten en analyse Zorgrekeningen Curaçao 2008 t/m 2011	17
5.1. Financieringsbronnen	17
5.2. Temporale ontwikkeling	19
5.3. De sector gezondheidszorg en sector welzijnszorg	22
5.4. De categorieën van zorgverleners afzonderlijk	23
5.5. De categorieën zorgverleners ten opzichte van elkaar	28
5.6. Internationale vergelijkingen gezondheidzorg	29
Bijlage A: Bronvermelding	43
Bijlage B: Omschrijving en definitie categorieën	47
Bijlage C: Lijst van tabellen	49
Bijlage D: Lijst van grafieken	51
Bijlage E: Afkortingen	53

I. De 20 meest in het oog springende uitkomsten

De 20 meest in het oog springende uitkomsten van het Project Zorgrekeningen Curaçao 2008 t/m 2011 zijn:

Curaçao

1. In 2011 bedroegen de zorguitgaven van Curaçao ruim MNAFL 900. Dit bedrag komt overeen met 16,6% van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Per hoofd van de bevolking (per capita) bedragen de zorguitgaven in 2011 NAFL 6.006 per jaar oftewel NAFL 500 per maand. Door de Censussprong in het bevolkingsaantal in 2011 zijn de uitgaven per capita in 2011 gedaald van NAFL 6.167 naar 6.006. In 2008 waren de zorguitgaven 15,5% en NAFL 5.596 per capita.
2. De stijging van de zorguitgaven op Curaçao bedroeg in de periode 2008 t/m 2011 15%, gemiddeld 5% per jaar. Bovengemiddeld waren de uitgaven voor verstrekkers van ondersteunende diensten (in hoofdzaak laboratoria (23%), huisartsen (22%), ziekenhuizen (19%), voor- en naschoolse opvang (17%) en specialisten (17%). In absolute zin was de stijging van uitgaven het grootst bij de ziekenhuizen met MNAFL 29, de (wijk)verpleging en thuiszorg met MNAFL 10.5, de specialisten met MNAFL 10, de ondersteunende diensten (in hoofdzaak laboratoria) met MNAFL 8.3 en de leveranciers van geneesmiddelen met MNAFL 8.2.
3. De beleid- en beheerkosten op Curaçao zijn in 2011, 12% van de zorguitgaven. In 2008 was dit 10%. De beleid- en beheeruitgaven stijgen in de periode 2008 t/m 2011 met 41%.
4. Op Curaçao komt in 2011 60 % van de zorguitgaven ten laste van de overheid. 26% van de zorguitgaven wordt gefinancierd uit premie opbrengsten. Van de uitgaven wordt 11% privaat gefinancierd middels particuliere ziektekostenverzekeringen, eigen bijdragen en out of pocket betalingen. De resterende 3% wordt gefinancierd uit overige financieringsbronnen. In 2008 was dit resp. 54%, 26%, 13% en 7%.
5. De zorguitgaven ten laste van de overheid bestaan uit begrote uitgaven en tekort financiering. De tekortfinanciering bedroeg in 2008 MNAFL 24.9 en in 2011 MNAFL 60.7. Totaal in deze periode MNAFL 167. Tekorten bij het ZV-fonds zijn de periode 2008 t/m 2011 tevens gedekt uit het OV schommelfonds. In 2008 bedroeg dit MNAFL 22.1 en in 2011 MNAFL 16.6. Totaal in deze periode MNAFL 63.9. De totale tekortfinanciering, overheid en schommelfonds, bedraagt in de periode 2008 t/m 2011 MNAFL 230.9.

6. De overheidsfinanciering is ten opzichte van 2008 met MNAF 94 gestegen. Een stijging van 22%. De premieopbrengsten zijn met 17% gestegen. De private financiering is met 5% gedaald. De overige financiering met 24%.

7. Bij het AVBZ fonds was in periode 2008 t/m 2011 sprake van een overfinanciering door de overheid van MNAFL 40.1.

8. De zorguitgaven bestaan uit uitgaven voor gezondheidszorg en uitgaven voor welzijnszorg. In 2008 was deze onderverdeling 84% en 16%. De onderverdeling laat zien dat in 2011 83%, MNAFL 750, van de uitgaven gaat naar gezondheidszorg en 17%, MNAFL 150 naar welzijnszorg. Als percentage van het BBP is dit resp. 13,8% en 2,8%. De uitgaven voor gezondheidszorg bedragen in 2011 per hoofd van de bevolking NAFL 4.996. Die voor welzijnszorg bedragen NAFL 1.010.

De uitgaven in de gezondheidszorg stijgen in de periode 2008 t/m 2011 gemiddeld met 6% per jaar. De uitgaven in de welzijnszorg met gemiddeld ruim 1%.

9. Binnen de gezondheidszorg op Curaçao wordt in 2011 de top 4 van uitgaven gevormd door ziekenhuizen (24%), leveranciers van geneesmiddelen (19%), verstrekkers van (wijk)verpleging en thuiszorg (10%) en specialistenpraktijken (9%). In 2008 was dit resp. 24%, 22%, 11% en 9%.

10. Binnen de welzijnszorg op Curaçao zijn in 2011 de 2 koplopers de verstrekkers van jeugdhulpverlening en internaten (32%) en de verstrekkers van gehandicaptenzorg (29%). In 2008 was dit 26 en 24%.

Curaçao en Nederland

11. In Nederland zijn in 2011 de zorguitgaven 14,9 % van het BBP. Op Curaçao is dit 16,6%. Dit ligt 1,7 procentpunt, 12% hoger, dan in Nederland. In Nederland zijn de uitgaven per capita in 2011 € 5.392 (NAFL 12402). Dit betekent dat Curaçao met zijn NAFL 6.006 per capita ten opzichte van Nederland 52% minder uitgeeft. Indien de uitgaven op Curaçao op het zelfde niveau zouden liggen als in Nederland zou dit overeenkomen met NAFL 12.402 per jaar, NAFL 1.011 per maand per capita. Dit komt overeen met een bedrag van ruim 1.8 miljard NAFL. Als percentage van het BBP zou dit uitkomen op 33%.

De verdeling tussen gezondheidszorg en welzijnszorg is op Curaçao 83% gezondheid en 17% welzijn. In Nederland is deze verdeling 80% gezondheidszorg en 20% welzijnszorg.

De uitgaven voor gezondheidszorg bedragen op Curaçao in 2011 per hoofd van de bevolking NAFL 4.996. Die voor welzijnszorg bedragen NAFL 1.010. In Nederland is dit resp. € 4.314 en €1.078. In NAFL is dit resp. 9.922 en 2.480. Per capita is dit op Curaçao in de gezondheidszorg 50% minder dan in Nederland en in de welzijnszorg 60%.

Een vergelijking op basis van Purchasing Power Parity \$ (PPP\$), vergelijkbare koopkracht, laat zien dat de gezondheidszorguitgaven per capita in 2010 op Curaçao lagen op PPP\$ 2.923 en in Nederland op PPP\$ 5.038. Dit is 42% minder dan in Nederland.

12. De beleid- en beheeruitgaven bedragen in Nederland in 2011 4% van de zorguitgaven. De vergelijkbare beleid -en beheeruitgaven zijn op Curaçao 8% van de zorguitgaven.

13. Op Curaçao wordt de in 2011 de top 4 van de uitgaven in de gezondheidszorg gevormd door ziekenhuizen 24% leveranciers van geneesmiddelen 19%, verstrekkers van (wijk)verpleging en thuiszorg 10% en specialistenpraktijken 9%. De vergelijkbare cijfers in Nederland zijn ziekenhuizen en specialistenpraktijken 35% (wordt niet gescheiden gepubliceerd), verstrekkers van (wijk)verpleging en thuiszorg 24% en leveranciers van geneesmiddelen 10%.

14. De vergelijking van de financiering van het gezondheidsdeel van het zorgsysteem van Curaçao met dat van Nederland (cijfers 2010) laat zien dat op Curaçao de gezondheidszorg voor 57% uit overheidsmiddelen wordt gefinancierd. In Nederland is dit 13%. Op Curaçao wordt 30% gefinancierd uit premieopbrengsten. Zowel op Curaçao als in Nederland is het private deel 13%. Indien de financiering op Curaçao vergelijkbaar wordt gemaakt met Nederland, zou 44% van de uitgaven moeten verschuiven van overheid naar burgers en bedrijven. Dit is een bedrag van MNAF 317. Een lastenverzwaring van NAFL 2.333 per capita in 2010.

Curaçao en de rest van de wereld

15. De gezondheidszorguitgaven als percentage van het BBP liggen op Curaçao in 2010 92% hoger dan het gemiddelde van de Caribische landen, 100% hoger dan de Latijns Amerikaanse landen, 41% hoger dan de OECD landen. De uitgaven per capita (PPP\$) op Curaçao liggen 238% hoger dan het gemiddelde van de Caribische landen, 358% hoger dan de Latijns Amerikaanse landen en 16% lager dan de OECD landen. Uit de vergelijking tussen de 64 landen blijkt dat de gezondheidszorg uitgaven als % van het BBP op Curaçao (13,8%), op USA (17,9%) na, de hoogste van deze landen is.

16. De gezondheidszorg uitgaven (PPP\$ per capita) op Curaçao liggen in 2010 op een vergelijkbaar niveau met Italië, Spanje, Japan, Griekenland en Nieuw Zeeland . Van de 64 landen hebben 17 (27%) een hoger, 5 (8%) een vergelijkbaar en 42 (66%) een lager PPP\$ per capita dan Curaçao.

17. Van de 14 Caribische en 19 Latijns Amerikaanse landen waarmee Curaçao is vergeleken heeft in 2010 40% (13 landen) gezondheidszorguitgaven per capita die meer dan 55% tot 90% lager liggen dan Curaçao met tegelijkertijd een zelfde of hogere gemiddelde levensverwachting dan Curaçao.

18. Cuba, Curaçao en Nederland hebben ten opzichte van de overige 61 landen in 2010 het hoogste percentage aan publieke financiering van de gezondheidsuitgaven met resp. 91, 87 en 87%. De financiering van de uitgaven is geheel verschillend. Cuba kent een meer dan 90% overheidsfinanciering. Nederland heeft een financiering van 75% uit sociale verzekeringen. Curaçao kent een financiering van 57% overheidsfinanciering en van 30% uit premieopbrengsten. De uitgaven per capita verschillen ook sterk in de drie landen met resp. PPP\$ 431 (13% van Curaçao en 8% van Nederland), PPP\$ 2.923 en PPP\$ 5.038.

19. Zou Curaçao met nu een PPP\$ van 2.923 een gemiddeld OECD land willen zijn met PPP\$ 3.492 per capita en een percentage zorguitgaven van het BBP op gemiddeld OECD niveau (10%) dan zou het BBP minimaal 7.5 miljard NAFL moeten bedragen. Dit is ruim 2.2 miljard NAFL (42%) meer dan het feitelijke BBP in 2010 van 5.3 miljard NAFL.

Overall

20. Curaçao gaat gebukt onder zijn zorguitgaven met als gevolg begrotingstekorten en mede daardoor een 'Aanwijzing'. De Zorgrekeningen 2008 t/m 2011 laten zien dat Curaçao met 13,8% het een na hoogste percentage gezondheidszorguitgaven van het BBP van de 65 onderzochte landen heeft. De OECD vergelijkt de cijfers voor wat betreft de uitgaven voor gezondheidszorg. Deze cijfers maken duidelijk dat Curaçao per capita in 2010 PPP\$ 2.923 aan gezondheidszorguitgaven heeft bij een percentage van 13,8 van het BBP. Voor landen die een vergelijkbaar bedrag per capita als Curaçao aan gezondheidszorg uitgeven, zoals bijvoorbeeld Spanje, Italië, Griekenland, Japan en Nieuw Zeeland, geldt dat hun percentage van het BBP tussen de 9 en 10 ligt. Curaçao ligt zo'n 40% boven deze landen. Het normeren van Curaçao op het percentage van deze landen impliceert een bedrag aan uitgaven voor gezondheidszorg van 10% van het BBP. Dit komt in 2010 overeen met een bedrag van MNAFL 530. Ten opzichte van de gezondheids zorguitgaven 2010 van MNAFL 730 een verlaging met MNAFL 200 (28%).

1. Inleiding

Wereldwijd nemen de zorguitgaven jaarlijks met 5 tot 6% toe. In 1970 bedroegen de gemiddelde zorguitgaven van de OECD landen 5% van het Bruto Binnenlands Product (BBP). In 2010 bedroegen dezelfde zorguitgaven 10% van het BBP (OECD, 2012). Alom is de verwachting dat door ontwikkelingen op medisch technologie gebied, door vergrijzing en ontgroening, en door de toename van chronische ziekten en meervoudig chronisch zieken, wereldwijd de zorguitgaven verder zullen stijgen en een steeds groter beslag zullen leggen op het BBP.

Dit maakt dat bestuurders, politici en beleidsmakers in toenemende mate behoefte hebben aan inzicht in de financiële stromen in de zorg. Deze behoefte heeft reeds een aantal jaren geleden in internationaal verband, o.a. door de Organization for Economic Co-operation en Development (OECD) en de World Health Organization (WHO), ertoe geleid om methoden en technieken te ontwikkelen die zorguitgaven inzichtelijk maken en het mogelijk maken deze uitgaven tussen landen te kunnen vergelijken. Dit heeft geresulteerd in het ontwikkelen van een 'System of Health Accounts (SHA). De SHA, als systeem van zorgrekeningen, is heden ten dagen het alom gebruikte 'best practice' systeem om de zorguitgaven inzichtelijk te maken.

Ook op Curaçao bestaat reeds langere tijd de behoefte om inzicht te krijgen in de zorguitgaven. Al vanaf eind jaren '90 van de vorige eeuw heeft het toenmalige Bestuurscollege van Curaçao initiatieven genomen om inzicht te krijgen in de zorguitgaven en de financiering ervan.

Eén van de eerste initiatieven is de zogenaamde 'quick scan kosten gezondheidszorg' (Boas, G.M. 2003). Het conceptrapport werd in 2003 gepresenteerd.

Op basis van de aanbevelingen uit dit rapport zijn vervolgens tot 2007 Financiële Overzichten Gezondheidszorg (FOG) geproduceerd. Ten gevolge van niet afgeronde discussies tussen de participerende actoren is de productie van de FOG's in 2007 stil komen te vallen.

Op initiatief van de Raad voor de Volksgezondheid (RvV) heeft het toenmalige Bestuurscollege van Curaçao eind 2008 besloten om voor het inzichtelijk maken van de zorguitgaven te kiezen voor een classificatiesysteem met goed gedefinieerde categorieën die voor Curaçao relevant zijn en welke als basis kunnen dienen voor de productie van zorgrekeningen.

Dit heeft uiteindelijk in 2010 onder verantwoordelijkheid van de RvV geleid tot het starten van een project Zorgrekeningen, met als doel om volgens de genoemde classificatie, zorgrekeningen te produceren over de jaren 2000 t/m 2004 en op basis van 2004 projecties te maken naar 2008 en 2012.

Na de ontmanteling van de Nederlandse Antillen op 10 oktober 2010 is, door de regering van Pais Kòrsou, in mei 2011 besloten alle projecten over te hevelen van de RvV naar het intussen ingestelde Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur. In augustus 2011 is vervolgens aan de hand van een geactualiseerde Terms of Reference (ToR) door de Raad van Ministers een besluit (2011/67143) genomen over de vervolgitvoering en afwikkeling van het project Zorgrekeningen Curaçao.

Op basis van dit besluit heeft het project Zorgrekeningen Curaçao eind november 2011 een doorstart gemaakt met een projectteam bestaande uit een externe projectcoördinator (Ronald Westerhof) en een beleidsmedewerker van het Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur (Lamberto Felida).

Dit projectteam kreeg als opdracht voor ultimo 2012 de volgende resultaten op te leveren:

1. Een op Curaçao toegesneden model Zorgrekeningen;
2. De zorgrekeningen Curaçao 2008 t/m 2011;
3. Een structurele inbedding van de zorgrekeningen op Curaçao;
4. Een prognose model.

Het voorliggende rapport beschrijft de resultaten zoals onder punt 1 en 2 genoemd. De zorgrekeningen worden conform de ToR van het project Zorgrekeningen organisatorisch en inhoudelijk ondergebracht bij het Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC).

Met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) vindt nog overleg plaats over het eventueel onderbrengen van de zorgrekeningen bij het CBS.

Het voorliggende rapport is verder als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het doel en scope van de zorgrekeningen. In hoofdstuk 3 wordt het ontwikkelde model beschreven, de wijze waarop de zorgrekeningen Curaçao 2008 t/m 2011 tot stand zijn gekomen en de kwaliteit van de uitkomsten. In hoofdstuk 4 worden de Zorgrekeningen 2008 t/m 2011 gepresenteerd en toegelicht. De resultaten en analyse, waaronder temporale en internationale vergelijkingen, staan vermeld in hoofdstuk 5.

Ter voorkoming van misverstanden wordt opgemerkt dat de zorgrekeningen Curaçao uitsluitend inzicht geven in de uitgaven en financiering van de zorg en derhalve niets zeggen over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg op Curaçao.

2. Doel en scope van zorgrekeningen Curaçao

2.1 Doel

Het doel van zorgrekeningen is om de maatschappelijke uitgaven aan zorg, de geldstromen in de zorgsector, te beschrijven. De uitgaven in de zorg worden voor de specifieke situatie in Curaçao verbijzonderd naar de aanbieders van zorg, naar beleid- en beheerorganisaties en de financieringsbronnen.

Zorg wordt daarbij onderscheiden in gezondheidszorg (cure) en in welzijnszorg (care). Gezondheidszorg omvat onder meer de 1^e en 2^e lijnszorg. Gezondheidszorg omvat tevens de levering van genees- en hulpmiddelen en van ondersteunende diensten. Welzijnszorg omvat onder meer begeleiding, zoals gehandicaptenzorg en alle vormen van kinderopvang, jeugdzorg en internaten.

2.2 Doelpopulatie

De gegevensverzameling richt zich op de betalers van de instellingen en praktijken, van zorgverleners, die zorgactiviteiten of aan zorg verbonden activiteiten uitoefenen.

2.3 Classificatie doelpopulatie

Deze instellingen en praktijken van zorgverleners zijn conform de COFOG (Classification of the Functions of Government) en de SHA (System of Health Accounts)/ ICHA (International Classification for Health Accounts) geclassificeerd.

2.4 Start Zorgrekeningen

Volgens de in deze rapportage beschreven methode zijn er Zorgrekeningen Curaçao beschikbaar sinds ultimo 2012. Deze zorgrekeningen Curaçao behelzen de jaren 2008 t/m 2011.

2.5 Frequentie.

Vanaf 2013, zorgrekening Curaçao 2012, zal jaarlijks een zorgrekening Curaçao worden geproduceerd.

2.6 Door wie

De zorgrekeningen Curaçao zullen vanaf zorgrekening Curaçao 2013 door het VIC worden geproduceerd en worden gepubliceerd.

2.7 Wanneer gepubliceerd

De zorgrekeningen Curaçao zullen vanaf 2013 vóór oktober van elk jaar worden gepubliceerd. Dit betekent dat de zorgrekening Curaçao 2012 voor oktober 2013 zal zijn gepubliceerd.

3. Methodologie

3.1 Theoretische achtergrond

Begonnen is met het ontwikkelen van een model zorgrekeningen dat aansluit op Curaçao. Als uitgangspunt hiervoor heeft het SHA-model van de zorgrekeningen van het CBS in Nederland gediend (Centraal Bureau voor de Statistiek Nederland, 2012). Dit model neemt als vertrekpunt de nationale rekeningen, het zogenaamde ‘System of National Accounts’ (SNA). Dit systeem is een internationaal overeengekomen set van aanbevelingen over hoe gegevens van economische activiteiten verzameld en geclassificeerd dienen te worden. SNA 2008 vormt de meest actuele set van richtlijnen over verzameling en classificatie van economische activiteiten (European Commission, 2009). SNA 2008 onderscheidt onder andere overheidsfuncties in COFOG termen.

In aansluiting op SNA is door de OECD/WHO het System of Health Accounts (SHA) ontwikkeld dat zich specifiek richt op de zorgmarkt (World Health Organization, 2011).

Bij de SHA gaat het om drie kernvragen:

- Wie betaalt? (financieringsbron);
- Wie levert de producten en diensten? (zorgverleners en beleid- en beheerorganisaties);
- Om welke diensten en producten gaat het?

Deze drie kernvragen zijn binnen de SHA uitgewerkt in de International Classification for Health Accounts (ICHA). De ICHA kent de volgende onderverdeling:

- ICHA-Healthcare Financing, ICHA-HF;
- ICHA-Healthcare Providers, ICHA-HP;
- ICHA-Healthcare Functions, ICHA-HC.

Deze onderverdeling geeft antwoord op de hierboven genoemde drie kernvragen.

3.2 Het model Curaçaose Zorgrekening

Het model Curaçaose Zorgrekening (zie tabel 1) is gemodelleerd op basis van het bovenstaande. Dit betekent concreet dat in het model staat:

- wie de producten en diensten leveren volgens COFOG, SHA en ICHA-Healthcare Providers;
- wat deze producten en diensten kosten conform daarover tussen verzekeraars, overheid en zorgverleners gemaakte afspraken;
- hoe deze worden gefinancierd volgens ICHA-Healthcare Financing.

De zorguitgaven per functie, de ICHA-Healthcare Functions worden vanaf 2013 in het model opgenomen. Dit heeft overigens geen consequenties voor de in dit rapport gepresenteerde uitkomsten.

Tabel 1: Model Zorgrekening Curaçao op basis van COFOG en SHA/IHCA classificaties

Categorieën	COFOG-classificatie	ICHA-classificatie
Zorgverleners		
Gezondheidszorg		
Ziekenhuizen	COFOG 07.3.1	HP.1.1
Specialistenpraktijken	COFOG 07.2.2	HP.3.1.3, HP.3.1.2
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	COFOG 07.3.2	HP.1.2, HP 2.2, HP.3.4.2
Huisartsenpraktijken	COFOG 07.2.1	
Tandartsenpraktijken	COFOG 07.2.3	HP.3.1.1
Paramedische zorg	COFOG 07.2.4	HP.3.2
Verstrekkers van (wijk)verpleging en thuiszorg	COFOG 10.2.0	HP.3.3
Leveranciers van geneesmiddelen	COFOG 07.1.1	HP.2.9, HP.3.5
Leveranciers van therapeutische middelen	COFOG 07.1.3	HP.5.1
Verstrekkers van ondersteunende diensten	COFOG 07.2.4	HP.5.2
Verstrekkers van overige gezondheidszorg	COFOG 07.6.0	HP.4.2, HP.4.9 HP.4.1, HP.7.1 en HP.9
Welzijnszorg		
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	COFOG 10.2.0	
Verstrekkers van jeugdhulpverlening en internaten	COFOG 10.1.2	
Verstrekkers van voor en naschoolse opvang	COFOG 10.9.0	
Verstrekkers van overige welzijnszorg	COFOG 10.4.0	
Beleid- en beheerorganisaties		
Overheidsinstanties		HP.7.1
Sociale zorgverzekeraars		HP.7.2
Particuliere verzekeraars		HP.7.3
Non gouvernementele organisaties		HP.7.9
Financieringsbronnen		
Financieringsbronnen		
Overheid		HF.1.1
Ziekteverzekeringen		HF.1.2
AVBZ		HF.1.2
Private verzekeringen		HF.2
Eigen betalingen		HF.3.1
Overige financieringsbronnen		HF.4

Een omschrijving van de categorieën zorgverleners, beleid- en beheerorganisaties en financieringsbronnen is opgenomen in bijlage B.

3.3 Doorontwikkeling van het model Zorgrekeningen Curaçao

Het model conform COFOG- en SHA/ICHA-classificatie is doorontwikkeld naar een model Zorgrekening Curaçao waarin de zorguitgaven in enig jaar in lopende prijzen (de prijzen in het betreffende jaar) worden weergegeven. Dit model is opgenomen in onderstaande tabel 2. Een toelichting volgt onder de tabel.

Tabel 2: Model Zorgrekeningen Curaçao in lopende prijzen

Model Zorgrekening Curaçao	
Totale uitgaven zorgverleners in lopende prijzen	MNAFL
Totale uitgaven zorgverleners gezondheidszorg	
Zorgverleners gezondheidszorg	
Ziekenhuizen	
Specialistenpraktijken	
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	
Huisartsenpraktijken	
Tandartsenpraktijken	
Paramedische zorg	
Verstrekkers van (wijk)verpleging en van thuiszorg	
Leveranciers van geneesmiddelen	
Leveranciers van therapeutische middelen	
Verstrekkers van ondersteunende diensten	
Verstrekkers van overige gezondheidszorg	
Totale uitgaven zorgverleners welzijnszorg	
Zorgverleners welzijnszorg	
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	
Verstrekkers van jeugdhulpverlening en internaten	
Verstrekkers van voor en naschoolse opvang	
Verstrekkers van overige welzijnszorg	
Totale Beleid en beheer uitgaven	
Uitgaven Gezondheidszorg	
Uitgaven Welzijnszorg	
Totaal financieringsbronnen	
Financieringsbronnen	
Overheid	
Ziekteverzekeringen	
AVBZ	
Private verzekeringen	
Eigen betalingen	
Overige financieringsbronnen	
Overige gegevens	
Bevolkingsaantal	
Bruto Binnenlands Product	
Uitgaven per hoofd van de bevolking [NAFL]	
Uitgaven als percentage van het BBP	

Toelichting bij tabel 2:

Het model laat zich als volgt typeren:

- De zorgconsumptie van een verzekerde bij een zorgverlener leidt tot een declaratie van de betreffende zorgverlener bij de publieke of private verzekeraar van de verzekerde die deze declaratie na verwerking uitbetaalt aan de zorgverlener.
- Bij de zgn. 'Eigen Risicodragers' (Sehos, Isla en Utility Services N.V. Bureau Ziektekosten (USBZ)), vindt een vergelijkbaar proces plaats, waarbij Sehos en Isla als verzekeraar optreden, terwijl USBZ optreedt als uitvoeringsorganisatie voor een aantal bedrijven die eigen risicodragers zijn.
- Ook kan er sprake zijn van betalingen van de publieke of private verzekeraars en/of de overheid aan zorgaanbieders op basis van subsidie- of project afspraken tussen betrokkenen.
- Tot slot kan er sprake zijn van projectbetalingen door non-gouvernementele organisaties aan zorgaanbieders.
- De door de publieke en private verzekeraars, de door de overheid, de door de 'Eigen Risicodragers' en de door non-gouvernementele organisaties gemaakte beleid- en beheeruitgaven samenhangende met de zorgkosten en –uitgaven worden eveneens in het model opgenomen.

Met al deze betalingen wordt het model gevuld.

De volgende kosten of uitgaven worden niet opgenomen:

- Gedeclareerde zorgconsumptie die nog niet is betaald maakt geen onderdeel uit van het model. Uitzondering hierop zijn de betalingachterstanden. Er zijn aanzienlijke betalingsachterstanden aan zorgverleners zulks blijkend uit de jaarrekeningen van de publieke fondsen. Dit omvat naast de gebruikelijke betalingstermijnen een bedrag van zo'n MNAFL 100 in 2011. Deze betalingsachterstanden zijn opgenomen in de zorgrekeningen van de respectievelijke jaren om vertekening van de zorgrekeningen te voorkomen.
- De tekorten van zorginstellingen
- Rentebaten en -lasten en financieringslasten blijven buiten beschouwing omdat dit geen zorgconsumptie betreft.

Verder valt voor de financieringsbronnen op te merken dat:

- Wie de financier is van de zorguitgaven staat onder 'Financieringsbronnen'.
- Financier is de overheid als hoeder van het algemeen belang en als werkgever voor de ambtenaren en gelijkstelden.
- Financiers zijn burgers/verzekerden en bedrijven middels het betalen van (verzekerings)zorgpremies aan de publieke verzekeraars, de private verzekeraars en de 'Eigen Risicodragers'.
- Financiers zijn burgers middels eigen bijdragen en zogenaamde 'out of pockets'.
- Voor de berekening van deze 'out of pockets' zijn als referentie gebruikt het gemiddelde (7% van de curatieve uitgaven) van de beschikbare cijfers over 2000 t/m 2004, inschattingen van lokale experts die variëren van 6% tot tenminste 10% van de curatieve zorguitgaven of

tussen 0.5% en 1% van het BBP. Op basis van de lokale informatie zouden de 'out of pockets' in 2011 tussen MNAFL 28 en 66 bedragen, gemiddeld MNAFL 47.

- In het model Zorgrekening Curaçao is gelet op deze WHO 'best practice' uitgegaan van 0,6% van het BBP (2011 MNAFL 33). In 2013 zal nog nader onderzoek worden gedaan naar de 'out of pockets'.

Voor de overige gegevens geldt dat:

- In het model het bevolkingsaantal in het betreffende jaar op wordt genomen met als bron het CBS. Hetzelfde geldt voor het BBP.
- De totale uitgaven gedeeld door het bevolkingsaantal geeft de uitgaven per hoofd (capita) van de bevolking.
- Tot slot worden de zorguitgaven inclusief beleid- en beheerkosten weergegeven als een percentage van het BBP.

3.4 Gegevensverzameling en -verwerking

Zoals reeds beschreven richt de gegevensverzameling zich op de betalende van instellingen en praktijken van zorgverleners die zorgactiviteiten of aan zorg verbonden activiteiten uitoefenen. Daarom heeft de gegevensverzameling plaatsgevonden bij de in de onderstaande tabel genoemde entiteiten/organisaties die verantwoordelijk zijn voor de goedkeuring en betaling van de declaraties van de zorgverleners en/of zorgprojecten van zorgverleners financieren, bijvoorbeeld via projectfinanciering en of subsidies.

Naast de zorguitgaven zijn bij alle genoemde organisaties hun gerelateerde beleid- en beheerkosten opgevraagd. Voor alle betalingen aan zorgverleners zijn bij de bovengenoemde organisaties de financieringsbronnen en de bedragen opgevraagd. Ook zijn andere relevante financiële documenten opgevraagd (zie bronvermelding tabel 3).

Tabel 3: overzicht van entiteiten/organisaties en gebruikte bronnen

Entiteiten/Organisaties
<ul style="list-style-type: none"> • Landsoverheid Nederlandse Antillen (Directie Financiën, 2009, 2010) • Eilandsoverheid (Eilandgebied Curaçao Jaarrekening 2009, 2010) • Land Pais Kòrsou (Ministerie van Financiën, 2012) • Sociale Verzekeringsbank (SVB, 2008t/m 2011) • Bureau Ziektekosten Voorzieningen (BZV, 2008 t/m 2011, Wit de, 2012) • ENNIA (ENNIA, 2012) • FATUM (FATUM, 2012) • ASKA (ASKA, 2012) • Sehos (Medische Dienst Sehos, 2012) • Refineria di Korsow (Medische Dienst Refineria di Korsow, 2012) • Utility Services N.V. Bureau Ziektekosten (USBZ, 2012) • Antilliaanse Medefinancieringsorganisatie (AMFO, 2012) • Jeugdfonds Nederlandse Antillen (JENA, 2012) • Stichting Samenwerkende Fondsen (SSF, 2012) • Stichting Reda Social (Reda Sosial, 2012) • USONA (USONA, 2012)

De opgevraagde gegevens zijn geanalyseerd, vergeleken met en getoetst aan jaarverslaggegevens, budgetinformatie en financiële overzichten en beoordeelt op volledigheid, plausibiliteit en consistentie. In voorkomende gevallen is aanvullende informatie opgevraagd.

Na analyse zijn de gegevens verwerkt in het model zorgrekeningen. Per deelnemende organisatie zijn de gegevens na verwerking in het model zorgrekeningen Curaçao, teruggekoppeld met verzoek tot commentaar en akkoord. Vervolgens zijn de gegevens definitief opgenomen in het model zorgrekeningen Curaçao.

3.5 Kwaliteit van de resultaten

De wijze van analyseren, zoals hiervoor beschreven, bevordert de betrouwbaarheid van de gepubliceerde uitkomsten in hoge mate. Daarnaast zijn de gehanteerde definities en begrippen voor de jaren 2008 t/m 2011 eenduidig waardoor de volgtijdelijke vergelijkbaarheid van de resultaten gewaarborgd is.

4. Zorgrekeningen Curaçao 2008 t/m 2011

Onderstaande tabel toont de zorguitgaven Curaçao voor de jaren 2008 t/m 2011. Een toelichting volgt onder de tabel.

Tabel 4: Zorguitgaven Curaçao 2008 t/m 2011

		2008	2009	2010	2011
Totaal uitgaven zorgverleners		787.903.413	811.120.699	878.120.637	904.342.346
Zorgverleners gezondheidszorg	Totaal zorgverleners gezondheidszorg	583.742.560	604.943.771	660.223.941	664.784.381
	Ziekenhuizen	153.533.435	159.612.288	178.348.225	182.567.767
	Specialistenpraktijken	56.916.271	60.903.578	64.153.766	66.420.833
	Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	32.029.970	30.246.155	35.234.984	32.819.103
	Huisartsenpraktijken	23.569.102	26.835.491	28.216.041	28.827.320
	Tandartsenpraktijken	6.963.441	7.748.762	8.062.203	7.698.696
	Paramedische zorg	13.253.976	12.865.231	13.706.005	13.079.697
	Verstrekkers van (wijk)verpleging en thuiszorg	67.889.618	70.616.519	76.694.705	78.411.948
	Leveranciers van geneesmiddelen	137.130.939	137.531.134	143.436.394	145.316.403
	Leveranciers van therapeutische middelen	8.971.683	9.058.231	9.818.070	10.375.127
	Verstrekkers van ondersteunende diensten	36.283.543	40.898.820	45.581.073	44.617.777
Verstrekkers van overige gezondheidszorg	47.200.580	48.627.564	56.972.476	54.649.710	
Zorgverleners welzijnszorg	Totaal zorgverleners welzijnszorg	124.544.278	123.279.358	125.881.885	127.143.755
	Verstrekkers van gehandicaptenzorg	33.592.791	33.994.407	38.125.476	37.417.688
	Verstrekkers van jeugdhulpverlening en internaten	38.312.529	33.368.762	36.557.233	41.067.748
	Verstrekkers van voor en naschoolse opvang	13.416.480	16.632.453	16.521.233	15.680.650
Verstrekkers van overige welzijnszorg	39.222.478	39.283.736	34.677.943	32.977.669	
Beleid en beheer	Totaal beleid en beheer uitgaven	79.616.575	82.897.570	92.014.810	112.414.211
	Beleid en beheers uitgaven gezondheidszorg	57.370.610	61.178.930	68.288.018	87.472.842
	Beleid en beheers uitgaven welzijnszorg	22.245.965	21.718.640	23.726.792	24.941.369
Financieringsbronnen	Totaal financieringsbronnen	787.903.413	811.120.699	878.120.636	904.342.346
	Overheid	439.226.089	460.568.837	503.276.294	532.978.912
	Ziekteverzekeringen	147.633.161	160.853.103	171.467.663	180.474.572
	AVBZ	55.107.619	58.837.318	60.200.278	55.905.550
	Private verzekeringen	61.941.313	62.579.181	66.137.295	58.661.894
	Eigen betalingen	33.799.647	35.299.154	35.848.972	38.590.638
	Overige financieringsbronnen	50.195.584	32.983.107	41.190.133	37.730.781
	Bevolkingsaantal	140.794	141.765	142.180	150.563
	BBP (x1000)	5.073.700	5.135.600	5.282.900	5.439.300
	Uitgaven per hoofd v/d bevolking [NAFL]	5596,14	5721,59	6176,12	6006,40
	Uigaven als percentage van het BBP	15,53	15,79	16,62	16,63

Toelichting op tabel 4

- De bovenstaande Zorgrekeningen Curaçao 2008 t/m 2011 zijn geproduceerd conform het gestelde in de hoofdstuk 3 van dit rapport. Dit betekent dat uitsluitend de werkelijke zorguitgaven zijn opgenomen. Door zorgverleners geleverde en gedeclareerde zorgconsumptie die nog niet is betaald is niet in het model opgenomen.
- Uitzondering hierop zijn de betalingachterstanden. Er zijn aanzienlijke betalingsachterstanden aan zorgverleners zulks blijkt uit de jaarrekeningen van de publieke fondsen. Dit omvat naast de gebruikelijke betalingtermijnen een bedrag van zo'n MNAFL 100 in 2011. Deze betalingsachterstanden zijn opgenomen in de zorgrekeningen van de respectievelijke jaren om vertekening van de zorgrekeningen te voorkomen.
- In de zorgrekeningen zijn de zorguitgaven van de Refineria di Korsow (Medische Dienst Refineria di Korsow) opgenomen terwijl de productiviteit van de Refineria geen onderdeel van het BBP uitmaakt.

5. Resultaten en analyse Zorgrekeningen Curaçao 2008 t/m 2011

Zoals uit het vorige hoofdstuk blijkt vindt de financiering van de kosten plaats uit verschillende financieringsbronnen. In dit hoofdstuk wordt eerst nader ingegaan op deze financieringsbronnen. Vervolgens komen aan bod:

- de temporale ontwikkeling;
- de sector gezondheidszorg en de sector welzijnszorg;
- de afzonderlijke categorieën van zorgverleners voor zover relevant;
- de beleid- en beheeruitgaven;
- de categorieën zorgverleners ten opzichte van elkaar;
- internationale vergelijkingen.

5.1 Financieringsbronnen

De financieringsbronnen van zorguitgaven 2008 t/m 2010 zijn opgenomen in de onderstaande tabel.

Tabel 5: financieringsbronnen van zorguitgaven

	2008	2009	2010	2011
Totaal financieringsbronnen	787.903.413	811.120.699	878.120.636	904.342.346
Overheid	439.226.089	460.568.837	503.276.294	532.978.912
Ziekteverzekeringen	147.633.161	160.853.103	171.467.663	180.474.572
AVBZ	55.107.619	58.837.318	60.200.278	55.905.550
Private verzekeringen	61.941.313	62.579.181	66.137.295	58.661.894
Eigen betalingen	33.799.647	35.299.154	35.848.972	38.590.638
Overige financieringsbronnen	50.195.584	32.983.107	41.190.133	37.730.781

Overheid

De overheidsfinanciering bedraagt in 2011 MNAFL 533. Dit is 60% van de totale financiering in 2011. In 2008 was dit 56%. De overheidsfinanciering stijgt ten opzichte van 2008 met MNAFL 94. Dit is een stijging met 22%, gemiddeld per jaar ruim 7%.

Naast de begrote bedragen voor de financiering van de zorg draait de overheid bij de publieke fondsen ook op voor eventuele tekorten. In 2011 was dit een bedrag van MNAFL 77 en in totaal in de onderzochte periode MNAFL 167. Indien deze tekorten niet door de overheid worden afgerekend met de fondsen ontstaat een vordering op de overheid. Uit de balansen van de fondsen blijkt dat er nog substantiële bedragen te vorderen zijn op de overheid. Deze bedragen worden niet meegenomen in het model Zorgrekeningen Curaçao. Deze vorderingen verklaren overigens deels wel de betalingsachterstanden aan de zorgverleners. Bij de internationale vergelijkingen zal nader op de positie van de overheid worden ingegaan.

Naast de overheid als financier kent de publieke sector nog twee andere financiers, de zgn. sociale verzekeringen; de publieke ziektekostenverzekeringen en de AVBZ.

Publieke ziektekostenverzekeringen

De financiering vanuit de ziektekostenverzekeringen bedraagt in 2011 MNAFL 180.

Dit is 20% van de totale financiering in 2011. De procentuele groei ten opzichte van 2008 is te verwaarlozen. De premieopbrengsten uit de publieke ziektekostenverzekeringen stijgen ten opzichte van 2008 met 23%, bijna 8% per jaar. De premieopbrengsten nemen vooral toe bij het Ziektekosten Verzekering (ZV)-fonds. De tekorten in de publiek fondsen worden deels gefinancierd door de overheid en deels voor het OV fonds uit het 'schommelfonds OV'. In de periode van 2008 t/m 2011 gaat dit om een bedrag van MNAFL 77.

AVBZ

De financiering uit het fonds Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten (AVBZ) bedraagt in 2011 MNAFL 56 . Dit is 6% van de totale financiering in 2011. De premieopbrengsten blijven ten opzichte van 2008 nagenoeg gelijk.

Bij het AVBZ fonds was in periode 2008 t/m 2011 sprake van een overfinanciering door de overheid van MNAFL 40.1.

Private verzekeringen

De financieringsbijdrage vanuit de particuliere verzekeraars bedraagt in 2011 MNAFL 59. Dit is 7% van de totale financiering in 2011. Na een aanvankelijke toename van de premie opbrengsten in 2009 en 2010 dalen deze in 2011 met 11%.

Eigen betalingen

De financiering uit de eigen betalingen, inclusief 'out of pockets' bedraagt in 2011 MNAFL 39. Dit is 4% van de totale financiering in 2011.

De opbrengsten uit eigen betalingen stijgen met 15% ten opzichte van 2008. De stijging komt door hogere 'out of pockets'.

Overige financieringsbronnen

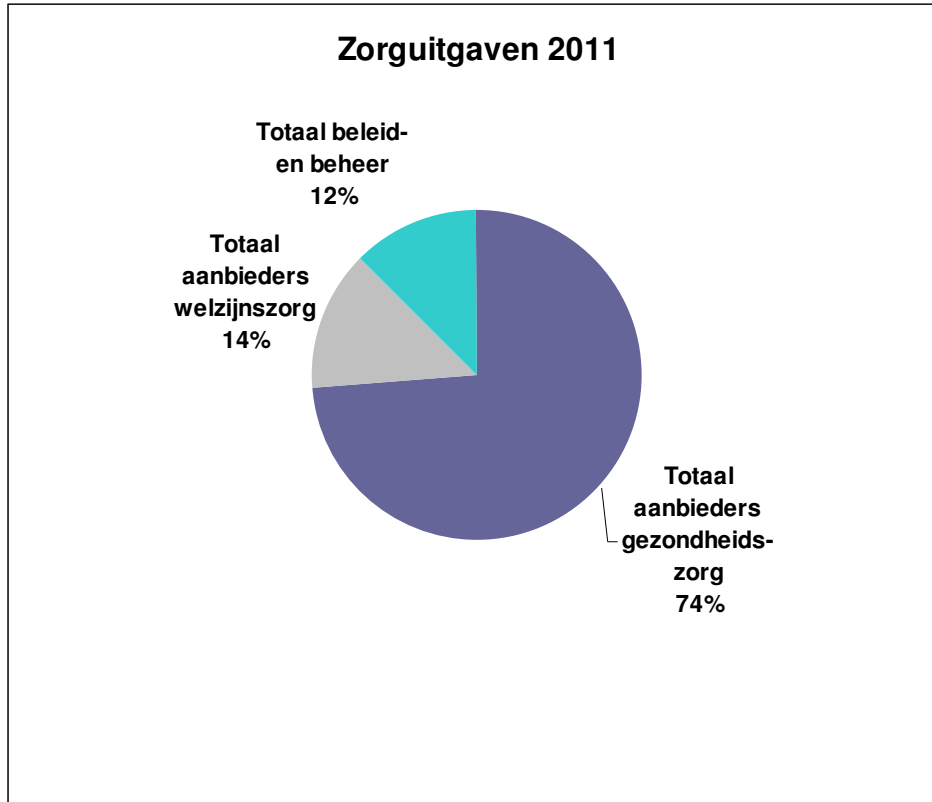
De overige financieringsbronnen bestaan voor meer dan 80% uit het 'schommelfonds Ongevallen Verzekering (OV)' en de middelen van de non-gouvernementele organisaties. De financiering uit overige financieringsbronnen bedraagt in 2011 MNAFL 38. Dit is 4% van de totale financiering in 2011.

De verwachting is dat deze financiering met de uitputting van schommelfonds OV en de afnemende middelen van de non-gouvernementele organisaties in 2013 zeer aanzienlijk zal dalen.

5.2 Temporale ontwikkeling

De totale zorguitgaven in 2011 bedragen ruim MNAFL 900. Dit bestaat voor 74% uit aanbieders gezondheidszorg, 14% uit aanbieders welzijnszorg en 12% uit beleid- en beheeruitgaven. (zie grafiek 1).

Grafiek 1: Verdeling van zorguitgaven 2011



De zorguitgaven op Curaçao zijn de periode van 2008 tot 2011 gestegen van NAFL 787.903.413 naar NAFL 904.342.346, een stijging met NAFL 116.438.933 en 14,8% (zie tabel 6).

Tabel 6: Uitgaven aan zorg naar deelterrein

		2008	2009	2010	2011
Totaal uitgaven zorgverleners		787.903.413	811.120.699	878.120.637	904.342.346
Zorgverleners gezondheidszorg	Totaal zorgverleners gezondheidszorg	583.742.560	604.943.771	660.223.941	664.784.381
Zorgverleners welzijnszorg	Totaal zorgverleners welzijnszorg	124.544.278	123.279.358	125.881.885	127.143.755
Beleid en beheer	Totaal beleid en beheer uitgaven	79.616.575	82.897.570	92.014.810	112.414.211
	Bevolkingsaantal	140.794	141.765	142.180	150.563
	BBP (x1000)	5.073.700	5.135.600	5.282.900	5.439.300
	Per hoofd v/d bevolking (NAFL)	5596,14	5721,59	6176,12	6006,40
	Uitgaven als percentage van het BBP	15,53	15,79	16,62	16,63

De totale zorguitgaven stijgen gemiddeld 5% per jaar in de periode 2008 t/m 2011.

De zorguitgaven als percentage van het BBP stijgen in de periode van 2008 t/m 2011 met 1,1 procentpunt, 7% in deze periode. Van 2010 naar 2011 stijgt dit percentage verwaarloosbaar omdat de groei van zorguitgaven en de groei van het BBP elkaar in balans houden met een stijging van 3%.

Uit de Census 2011 weten we dat de bevolking van Curaçao in 2011 ten opzichte van 2010 is toegenomen van 142.180 naar 150.563. Deze verhoudingsgewijze grote toename van de bevolking leidt ertoe dat de zorguitgaven per hoofd van de bevolking van 2010 naar 2011 dalen van NAFL 6.176 naar 6.006. Een daling met 3%.

Van 2008 naar 2009 stijgen de gezondheidszorguitgaven met 3%, van 2009 naar 2010 met 9% om vervolgens van 2010 naar 2011 te stijgen met 3 procent. De stijging van 2009 naar 2010 komt vooral voor rekening van de gezondheidszorg. Er is sprake van een substantiële stijging van de zorguitgaven in de categorieën:

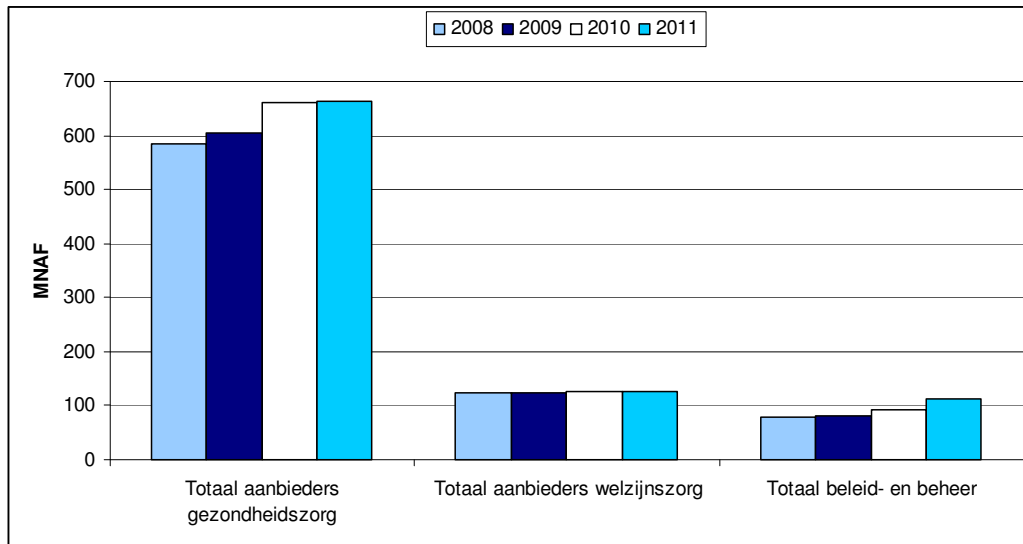
- verstrekkers overige gezondheidszorg, 17%;
- verstrekkers geestelijke gezondheidszorg, 16%;
- ziekenhuizen 12 %;
- verstrekkers van ondersteunende diensten 11%.

In de welzijnszorg was sprake van een substantiële stijging van de zorguitgaven in de categorie verstrekkers van gehandicaptenzorg met 12%.

De beleid- en beheeruitgaven stijgen met 11% van 2009 naar 2010 en met 22% van 2010 naar 2011. Over de gehele periode stijgen de uitgaven met 41%.

De stijgingen in de periode 2008 t/m 2011 zijn weergegeven in de onderstaande grafiek en worden hieronder nader verklaard.

Grafiek 2: Uitgaven aan zorg naar deelterreinen



Sector gezondheidszorg

De stijging bij de categorie verstrekkers overige gezondheidszorg wordt veroorzaakt door sterk toegenomen uitgaven van medische uitzendingen bij twee fondsen in de publieke sector en bij een particuliere verzekeraar.

Bij verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg wordt de stijging veroorzaakt door een substantieel hogere inkomensoverdracht door de overheid (subsidie) aan een organisatie in deze sector.

De stijging bij de ziekenhuizen wordt verklaard door de toename van het aantal verzekerden bij een aantal publieke fondsen, de verhoging van de tarieven en het sinds 2010 laten lopen van de budgetten van bepaalde specialisten via het SEHOS.

Bij de verstrekkers van ondersteunende diensten wordt de stijging van de uitgaven veroorzaakt door hogere uitgaven aan laboratoria.

Sector welzijnszorg

De stijging bij de verstrekkers van gehandicaptenzorg wordt veroorzaakt door een substantieel hogere inkomensoverdracht door de overheid (subsidie) aan een organisatie in deze sector.

Beleid- en beheerkosten

De stijging van de beleid- en beheeruitgaven wordt in hoofdzaak veroorzaakt door substantieel toegenomen uitgaven bij de overheid (75%) en bij een van de publieke fondsen (34%).

5.3 De sector gezondheidszorg en sector welzijnszorg

Onderdeel van het model Zorgrekening Curaçao zijn de gezondheidszorg (cure) en de welzijnszorg (care). De zorguitgaven aan deze onderdelen zijn in de onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 7: uitgaven van zorg aan sector gezondheidszorg en welzijnszorg

	2008	2009	2010	2011
Totaal uitgaven aanbieders zorg	788	811	878	904
Gezondheidszorg				
Totaal aanbieders gezondheidszorg	584	605	660	665
Beleid en beheersuitgaven	57	61	68	87
Welzijnszorg				
Totaal aanbieders welzijnszorg	125	123	126	127
Beleid en beheersuitgaven	22	22	24	25

Het aandeel van de gezondheidszorg inclusief beleid- en beheer in het totaal van de zorguitgaven is 83%. Het aandeel van de uitgaven welzijnszorg is 17%.

De uitgaven voor gezondheidszorg van MNAFL 752 in 2011 zijn 13,8% van het BBP. De uitgaven voor welzijnszorg van MNAFL 152 in 2011 zijn 2.8 % van het BBP. De uitgaven voor gezondheid bedragen in 2011 per hoofd van de bevolking NAFL 4.996. Die voor welzijn bedragen NAFL 1.010.

De uitgaven in de gezondheidszorg stijgen in de periode 2008 t/m 2011 gemiddeld met 6% per jaar. De uitgaven in de welzijnszorg met gemiddeld ruim 1%.

In de gezondheidszorg is er geen stijging van de uitgaven in 2011 ten opzichte van 2010. De verklaring hiervoor is dat de uitgaven aan een aantal categorieën van zorgverleners afneemt. Dit betreft in het bijzonder de volgende zorgverleners:

- Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg, - 7% door lagere inkomensoverdracht (subsidie) door de overheid aan een organisatie in deze sector;
- Tandartsenpraktijken, -5% door minder zorgconsumptie bij een aantal publieke en private verzekeraars;
- Paramedische zorg, -5% door minder zorgconsumptie bij de fysiotherapeuten;
- Verstrekkers van overige gezondheidszorg, -4% door minder uitgaven bij een publiek fonds en bij een private verzekeraar voor medische uitzendingen;
- Verstrekkers van ondersteunende diensten, -2% door het minder beschikbaar gesteld zijn project middelen door een non-gouvernementele organisatie.

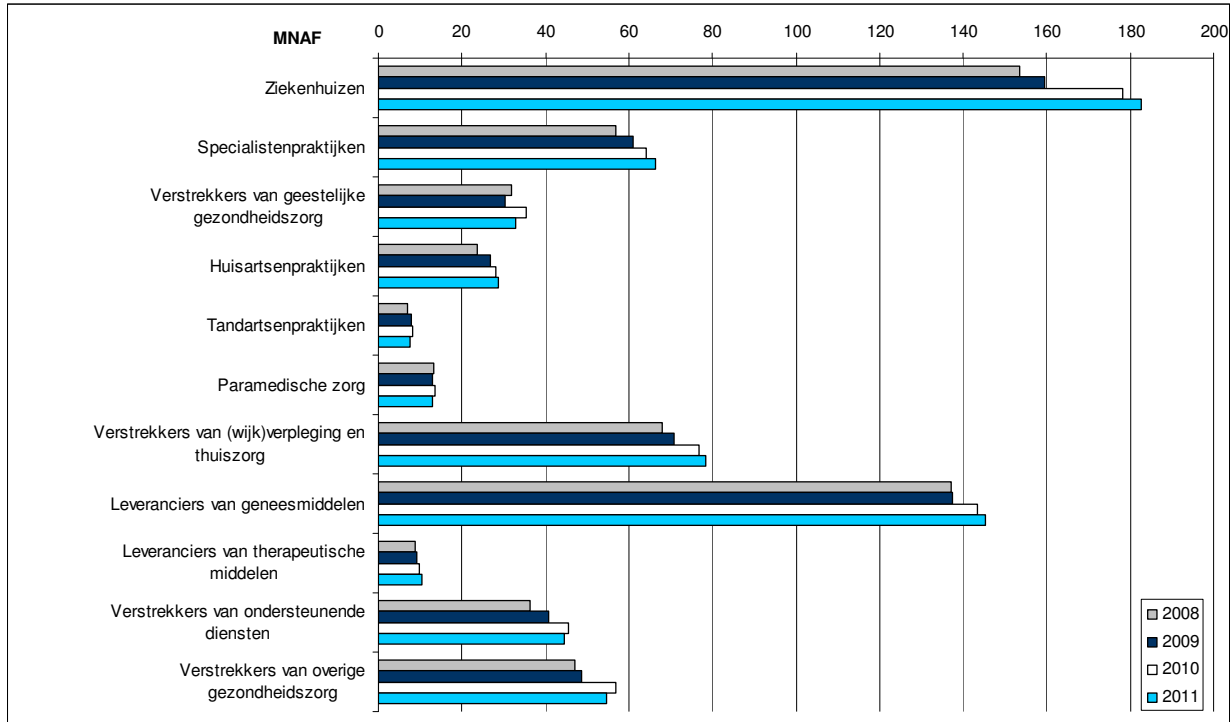
De beleid- en beheeruitgaven in de gezondheidszorg bedragen 11,6 % van de totale uitgaven aan gezondheidszorg. De beleid- en beheeruitgaven in de welzijnszorg bedragen 16,4% van de totale uitgaven aan welzijnszorg.

5.4 De categorieën van zorgverleners afzonderlijk

5.4.1 Gezondheidszorg

In de gezondheidszorg worden 11 categorieën van zorgverleners onderscheiden (zie grafiek 3). Voorzover zich in deze categorieën substantiële afwijkingen van het gemiddelde voordoen of zich bijzondere ontwikkelingen hebben voorgedaan komen deze onderstaand aan de orde. Bij de tandartsenpraktijken zijn geen substantiële afwijkingen van het gemiddelde aan de orde.

Grafiek 3: Zorguitgaven naar zorgverleners gezondheidszorg



Ziekenhuizen

Bij de ziekenhuizen is sprake van een stijging van 12% in 2010 ten opzichte van 2009. Zoals hierboven al opgemerkt wordt deze stijging verklaard door de toename van het aantal verzekerden bij een aantal publieke fondsen, de verhoging van de tarieven en het sinds 2010 laten lopen van de budgetten van bepaalde specialisten via het SEHOS.

Specialistenpraktijken

De uitgaven specialistenpraktijken stijgen in 2009 met 7%. Dit wordt veroorzaakt door een tariefsverhoging bij een van de publieke fondsen. De stijging met 6% in 2010 wordt in hoofdzaak veroorzaakt door hogere uitgaven bij een van de publieke fondsen.

Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg

Bij deze categorie dalen de uitgaven in 2009 ten opzichte van 2008 met 6% om vervolgens het jaar daarop met 17% te stijgen en in 2011 weer te dalen met 7%.

De daling van in 2009 wordt verklaard een door lagere inkomensoverdracht (subsidie) door de overheid aan een organisatie in deze sector. Een tweede factor is dat een van de non-gouvernementele organisaties NAFL 900.000 minder beschikbaar heeft gesteld voor projecten in deze sector.

De stijging in 2010 wordt veroorzaakt door een substantieel hogere inkomensoverdracht door de overheid (subsidie) aan een organisatie in deze sector. De reden voor de daling 2011 is een lagere inkomensoverdracht (subsidie) door de overheid aan een organisatie in deze sector.

Huisartsenpraktijken

De stijging van 14% in 2009 wordt verklaard door een tariefsstijging bij een van de publieke fondsen.

Paramedische zorg

Bij deze categorie dalen de uitgaven met 3% om vervolgens in 2009 met 7% te stijgen en daarna in 2011 te dalen met 5%.

De daling in 2009 wordt veroorzaakt door minder zorgconsumptie bij de fysiotherapeuten. De stijging in 2010 komt voor rekening van de fysiotherapeuten. Voornamelijk betreft dit een stijging van het aantal verzekerden bij een van de publieke fondsen en meer verrichtingen.

De daling in 2011 wordt wederom veroorzaakt door de fysiotherapeuten. Nagenoeg bij alle publieke en private verzekeraars blijkt sprake te zijn van een daling.

Verstrekkers van (wijk)verpleging en thuiszorg

De uitgaven stijgen in 2010 met 9 % ten opzichte van 2009. Deze stijging wordt onder andere veroorzaakt door meer AVBZ uitgaven. Daarnaast door een substantieel hogere inkomensoverdracht door de overheid (subsidie) aan een aantal organisaties in deze sector. En tot slot doordat aanzienlijk meer middelen voor projecten in deze categorie zorgverleners door een van de non-gouvernementele organisaties beschikbaar is gesteld.

Leveranciers van geneesmiddelen

In 2010 stijgen de uitgaven met 5% na in 2009 niet te zijn gestegen. Dat de uitgaven in 2009 niet zijn gestegen wordt verklaard door de introductie van een eigen bijdrage van 10% bij een van de publieke fondsen. In augustus 2009 is dit weer teruggedraaid. Hierdoor en door een hoger aantal gerechtigden in 2010 wordt de stijging van 5% in 2010 verklaard.

Leveranciers van therapeutische middelen

In 2010 vindt een stijging van de uitgaven met 9% plaats. Deze stijging wordt onder andere veroorzaakt door toegenomen zorguitgaven bij een tweetal publieke fondsen. Bij deze fondsen was sprake van een lichte verhoging van de prijzen, herfacturering en toename van de zorgconsumptie in het bijzonder door toename van het aantal incontinentie patiënten en door slaapapneu.

Verstrekkers van ondersteunende diensten

De zorguitgaven stijgen in 2009 met 13% en in 2010 met 12% om vervolgens in 2011 met 2% te dalen. De stijging in 2009 wordt geheel verklaard door hogere uitgaven aan laboratoria bij een viertal publieke fondsen en bij een van de particuliere verzekeraars. De stijging in 2010 van 12 % betreft opnieuw de laboratoria en vindt wederom plaats bij een viertal publieke fondsen (drie dezelfde) en dezelfde particuliere verzekeraar.

De daling in 2011 staat los van de laboratoria en komt geheel voor rekening van een van de non-gouvernementele organisaties die beduidend minder financiële middelen beschikbaar stelt voor deze categorie van zorgverleners.

Verstrekkers van overige gezondheidszorg

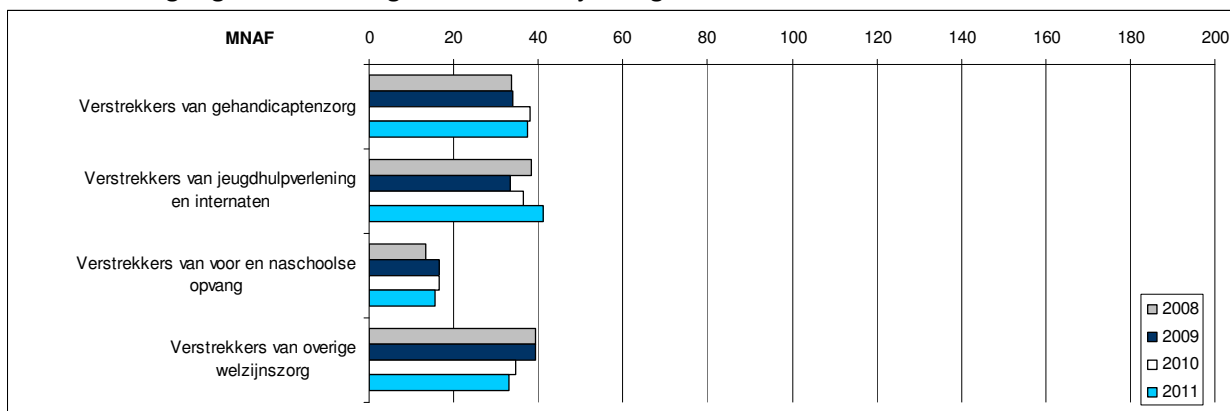
In 2010 stijgen de uitgaven met 17% ten opzichte van 2009. Deze stijging wordt nagenoeg geheel veroorzaakt door een stijging in de uitgaven ten behoeve van medische uitzendingen bij twee publieke fondsen en bij een van de particuliere verzekeraars.

De daling van 4% in 2011 ten opzichte van de uitgaven van 2010 wordt veroorzaakt door een daling van de uitgaven aan medische uitzendingen bij een aantal particuliere fondsen en een forse daling bij een van de particuliere verzekeraars.

5.4.2 Welzijnszorg

In de welzijnszorg worden 4 categorieën van zorgverleners onderscheiden (zie grafiek 4). Voorzover zich in deze categorieën substantiële afwijkingen van het gemiddelde voordoen of zich bijzondere ontwikkelingen hebben voorgedaan komen deze onderstaand aan de orde.

Grafiek 4: Zorguitgaven naar zorgverleners welzijnszorg



Verstrekkers van gehandicaptenzorg

In 2009 stijgen de zorguitgaven met 1% om in 2010 met 12% te stijgen en vervolgens in 2011 met 2% te dalen.

De stijging in 2009 is een combinatie van hogere uitgaven bij de AVBZ en daling van de beschikbare middelen uit een van de non-gouvernementele organisatie met ruim MNAFL 2.

De stijging in 2010 wordt veroorzaakt door hogere AVBZ uitgaven en door een substantieel hogere inkomensoverdracht door de overheid (subsidie) aan een organisatie in deze sector.

De daling in 2011 wordt wederom veroorzaakt door een combinatie van wat hogere AVBZ uitgaven en door een aanzienlijk lagere inkomensoverdracht (subsidie) door de overheid aan een organisatie in deze sector.

Verstrekkers van jeugdhulpverlening en internaten

In 2009 dalen de zorguitgaven met 13% ten opzichte van 2008. In 2010 stijgen de uitgaven met 10% om vervolgens in 2011 met 12% te stijgen.

De daling in 2009 wordt in hoofdzaak veroorzaakt door substantieel minder middelen uit een van de non-gouvernementele organisaties.

De stijging in 2010 wordt veroorzaakt door een substantiële toename van de middelen uit een van de non-gouvernementele organisaties.

De stijging in 2011 is een combinatie van substantieel minder middelen uit een van de non-gouvernementele organisaties en een toename bij een andere non-gouvernementele organisatie alsmede een zeer aanzienlijke toename van de inkomensoverdracht door de overheid (subsidie) aan een organisatie in deze sector.

Verstrekkers van voor- en naschoolse opvang

In 2009 stijgen de uitgaven met 24% ten opzichte van 2008. In 2010 is de stijging nihil om vervolgens in 2011 te eindigen op -5%.

De stijging in 2009 wordt veroorzaakt door een substantiële toename van de middelen uit een van de non-gouvernementele organisaties.

De terugval in 2010 heeft als oorzaak het tegen elkaar wegvallen van enerzijds de toename van de middelen bij een van de non-gouvernementele organisatie en anderzijds de toename van de middelen uit een andere non-gouvernementele organisatie.

De verdere daling in 2011 heeft vooral te maken met minder overheidsmiddelen.

Verstrekkers van overige welzijnszorg

In 2009 blijven de uitgaven ongewijzigd. In 2010 dalen de uitgaven met 12% ten opzichte van 2009. In 2011 vindt nogmaals een daling plaats met 5%.

De nulgroei in 2009 is een combinatie van een stijging van uitgaven bij de overheid en een per saldo daling bij de non-gouvernementele organisaties.

De daling in 2010 heeft te maken met zeer aanzienlijk minder uitgaven door de overheid en per saldo hogere uitgaven bij de non-gouvernementele organisaties.

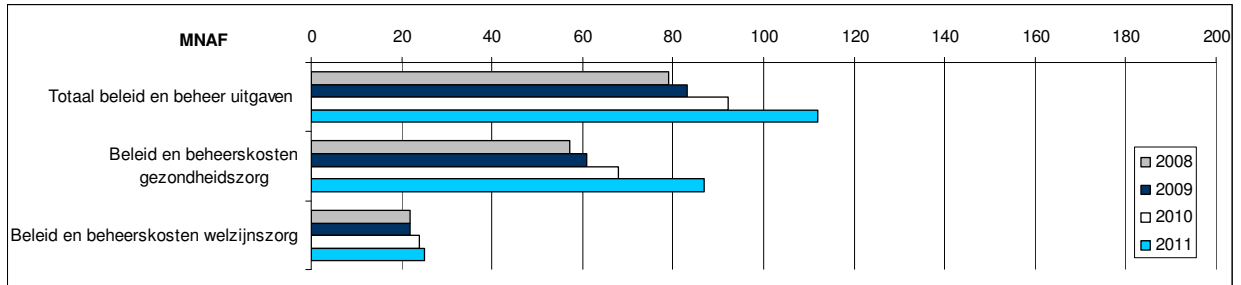
De verdere daling in 2011 vindt zijn oorzaak in een verdere afname van de projectmiddelen van de non-gouvernementele organisaties.

5.4.3 Beleid -en beheeruitgaven

In 2010 en 2011 stijgen de uitgaven met respectievelijk 11% en 22% (zie grafiek 5).

De stijging met 11% wordt veroorzaakt door hogere uitgaven bij een van de publieke fondsen, bij een van de eigen risicodragers, bij twee non-gouvernementele organisaties en bij de overheid.

Grafiek 5: Zorguitgaven naar beleids- en beheerskosten



De stijging in 2012 van 22% wordt nagenoeg geheel veroorzaakt door hogere uitgaven door de overheid in verband met het project Nos Hospitaal Nobo (NHN). Daarnaast is er sprake van een combinatie van hogere en lagere uitgaven bij twee van de non-gouvernementele organisaties en twee van de particuliere verzekeraars met uiteindelijk een nihil saldo.

De beleid- en beheeruitgaven van de overheid bedragen in 2008 MNAFL 29.7 en stijgen naar MNAFL 51.7 in 2011, een stijging van 75%.

De beleid- en beheeruitgaven exclusief de overheid bedragen in 2008 MNAFL 49.9 en stijgen naar MNAFL 60.8 in 2011, een stijging van 22%.

Zonder de beleid- en beheeruitgaven van de overheid bedragen de beleid- en beheeruitgaven in 2011 8%.

Het percentage beleid- en beheeruitgaven ten opzichte van de zorguitgaven ontwikkelt zich in de periode van 2008 t/m 2011 als volgt:

- Overheid(sinstanties) van 22,7% naar 35,3%
- Sociale verzekeraars van 7,1% naar 8,2%
- Particuliere verzekeraars van 29,1% naar 28,3%
- Non gouvernementele organisaties van 9,9% naar 17,2%.

5.5 De categorieën zorgverleners ten opzichte van elkaar

Bij de vergelijking tussen de categorieën van zorgverleners wordt gekeken naar de 11 categorieën van zorgverleners in de gezondheidszorg en de 4 categorieën in de welzijnszorg. Deze worden eerst relatief gepresenteerd en dan absoluut in aflopende volgorde.

Tabel 8: Mutatie uitgaven zorg 2011 t.o.v. 2008 (relatief)

1	Ondersteunende diensten (w.o. laboratoria)	23%
2	Huisartsen	22%
3	Ziekenhuizen	19%
4	Voor- en naschoolse opvang	17%
5	Specialisten	17%
6	Leveranciers therapeutische middelen	16%
7	Overige gezondheidszorg	16%
8	(Wijk)verpleging en thuiszorg	16%
9	Gehandicaptenzorg	12%
10	Tandartsen	11%
11	Jeugdhulpverlening en internaten	8%
12	Leveranciers geneesmiddelen	6%
13	Geestelijke gezondheidszorg	3%
14	Paramedische zorg	-1%
15	Overige welzijnszorg	-16%

Tabel 9: Mutatie uitgaven zorg 2011 t.o.v. 2008 (absoluut in MNAFL)

1	Ziekenhuizen	29
2	(Wijk)verpleging en thuiszorg	10,5
3	Specialisten	10
4	Ondersteunende diensten (w.o. laboratoria)	8,3
5	Leveranciers geneesmiddelen	8,2
6	Overige gezondheidszorg	7,4
7	Huisartsen	5,3
8	Gehandicaptenzorg	3,8
9	Jeugdhulpverlening en internaten	2,8
10	Voor- en naschoolse opvang	2,3
11	Leveranciers therapeutische middelen	1,4
12	Geestelijke gezondheidszorg	0,8
13	Tandartsen	0,7
14	Paramedische zorg	-0,175
15	Overige welzijnszorg	-6,2

5.6 Internationale vergelijkingen gezondheidzorg

Deze paragraaf vergelijkt de uitgaven en de financiering van de gezondheidszorg in 2010¹ op Curaçao met 64 landen, 14 Caribische landen (CA), 19 Latijns Amerikaanse landen (LA) en 31 OECD landen (inclusief Nederland). Een overzicht van deze landen is in onderstaande tabel opgenomen.

Ter voorkoming van misverstanden wordt opgemerkt dat deze internationale vergelijking uitsluitend inzicht geeft in de uitgaven en financiering van de gezondheidszorg en derhalve niets zegt over de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in de genoemde landen.

Tabel 10: Overzicht van landen naar indeling

Caribische landen (n=14)	Latijns Amerikaanse landen (n=19)	OECD landen (n=31)
Jamaica	Honduras	Switzerland
Trinidad and Tobago	Argentina	Greece
Saint Lucia	El Salvador	Israel
Saint Kitts and Nevis	Bolivia	Turkey
Barbados	Uruguay	Austria
Dominica	Colombia	Iceland
Antigua and Barbuda	Panama	Canada
Saint Vincent and the Grenadines	Belize	Australia
Cuba	Guyana	Portugal
Haiti	Guatemala	Ireland
Dominican Republic	Venezuela	Spain
Grenada	Paraguay	Finland
Bahamas	Ecuador	Italy
Costa Rica	Brazil	Sweden
	Suriname	New Zealand
	Chile	United Kingdom
	Nicaragua	Norway
	Mexico	Denmark
	Peru	USA
		Poland
		Slovenia
		Belgium
		Germany
		France
		Estonia
		Japan
		Czech Republic
		Luxembourg
		Netherlands
		Slovakia
		Hungary

¹ De cijfers van latere jaren zijn niet beschikbaar.

5.6.1 Vergelijking zorguitgaven

Curaçao en Nederland

Alvorens in te gaan op de vergelijking van de uitgaven tussen Curaçao en de Caribische, de Latijns Amerikaanse en OECD landen worden de totale zorguitgaven en de gezondheidszorguitgaven als onderdeel daarvan tussen Curaçao en Nederland vergeleken.

De totale zorguitgaven op Curaçao in 2011 zijn ruim MNAFL 900 . Dat is 16,6% van het BBP. In Nederland zijn de cijfers resp. 90 miljard euro (207 miljard NAFL) en 14,9%. Curaçao ligt 1,7 procentpunt, 12% hoger, dan in Nederland. De uitgaven per capita zijn op Curaçao NAFL 6006. In Nederland zijn de totale zorguitgaven per capita in 2011 € 5.392 (NAFL 12.402). Dit betekent dat Curaçao met zijn NAFL 6.006 per capita ten opzichte van Nederland 52% minder per capita uitgeeft.

De verdeling tussen gezondheidszorg en welzijnszorg is op Curaçao 83% gezondheidszorg en 17% welzijnszorg. In Nederland is deze verdeling 80% gezondheidszorg en 20% welzijnszorg. De uitgaven voor gezondheid bedragen op Curaçao in 2011 per hoofd van de bevolking NAFL 4.996. Die voor welzijn bedragen NAFL 1.010. In Nederland is dit resp. € 4.314 en € 1.078. In NAFL is dit resp. 9.922 en 2.480. Per capita op Curaçao in de gezondheidszorg 50 % minder dan in Nederland en in de welzijnszorg 60%.

De zorguitgaven top 4 op Curaçao in 2011 is ziekenhuizen 20%, geneesmiddelen 18%, (wijk)verpleging en thuiszorg 10% en specialisten 8%. In Nederland is de top 4 in 2011 als volgt ziekenhuizen (inclusief specialisten praktijken) 26%, (cijfers worden gescheiden gepubliceerd), (wijk)verpleging en thuiszorg 18%, gehandicaptenzorg 10% en geneesmiddelen 8%.

Voor de gezondheidszorg sec zijn deze voor Curaçao ziekenhuizen 24%, geneesmiddelen 19%, (wijk)verpleging en thuiszorg 10% en specialisten 9%. In Nederland zijn deze cijfers in 2011 ziekenhuizen 35% (zie opmerking hierboven), (wijk)verpleging en thuiszorg 24%, gehandicaptenzorg 13% en geneesmiddelen 10%. Verder valt op dat de uitgaven aan ondersteunende diensten (voornamelijk) laboratoria op Curaçao 6% bedragen terwijl deze in Nederland 3% zijn.

De beleid- en beheeruitgaven voor de zorg zijn op Curaçao in 2011 8%. De vergelijkbare uitgaven in Nederland 4%.

In Nederland zijn de totale zorguitgaven per capita in 2011 € 5.392 (NAFL 12.132). Dit betekent dat Curaçao met zijn NAFL 6.006 per capita ten opzichte van Nederland 51% minder per capita uitgeeft. Indien de uitgaven op Curaçao op het zelfde niveau zouden liggen als in Nederland dus NAFL 12.132 per jaar, NAFL 1.011 per maand per capita, zou dit overeen komen met een bedrag van ruim 1.8 miljard NAFL. Als percentage van het BBP zou dit uitkomen op 33.

Een vergelijking op basis van Purchasing Power Parity \$ (PPP\$), zie de toelichting hieronder bij tabel 11, laat zien dat de uitgaven per capita in 2010 in Curaçao lagen op PPP\$ 2.923 en in Nederland op PPP\$ 5.038. Dit is 42% minder dan Nederland.

Vergelijking uitgaven gezondheidszorg tussen Curaçao en de Caribische, de Latijns Amerikaanse, OECD landen en Nederland

In onderstaande tabel 11 worden de uitgaven vergeleken per capita en als % van het BBP tussen Curaçao de Caribische landen (CA), de Latijns Amerikaanse landen (LA), de OECD landen en Nederland. Alhoewel Nederland een OECD land is wordt het voor de vergelijking van de uitgaven apart genomen.

De vergelijking betreft 2010. In de tweede kolom van de tabel staan de uitgaven per hoofd van de bevolking in vergelijkbare koopkracht in US\$, de zogenoemde *Purchasing Power Parity* (National Currency Unit per US\$).

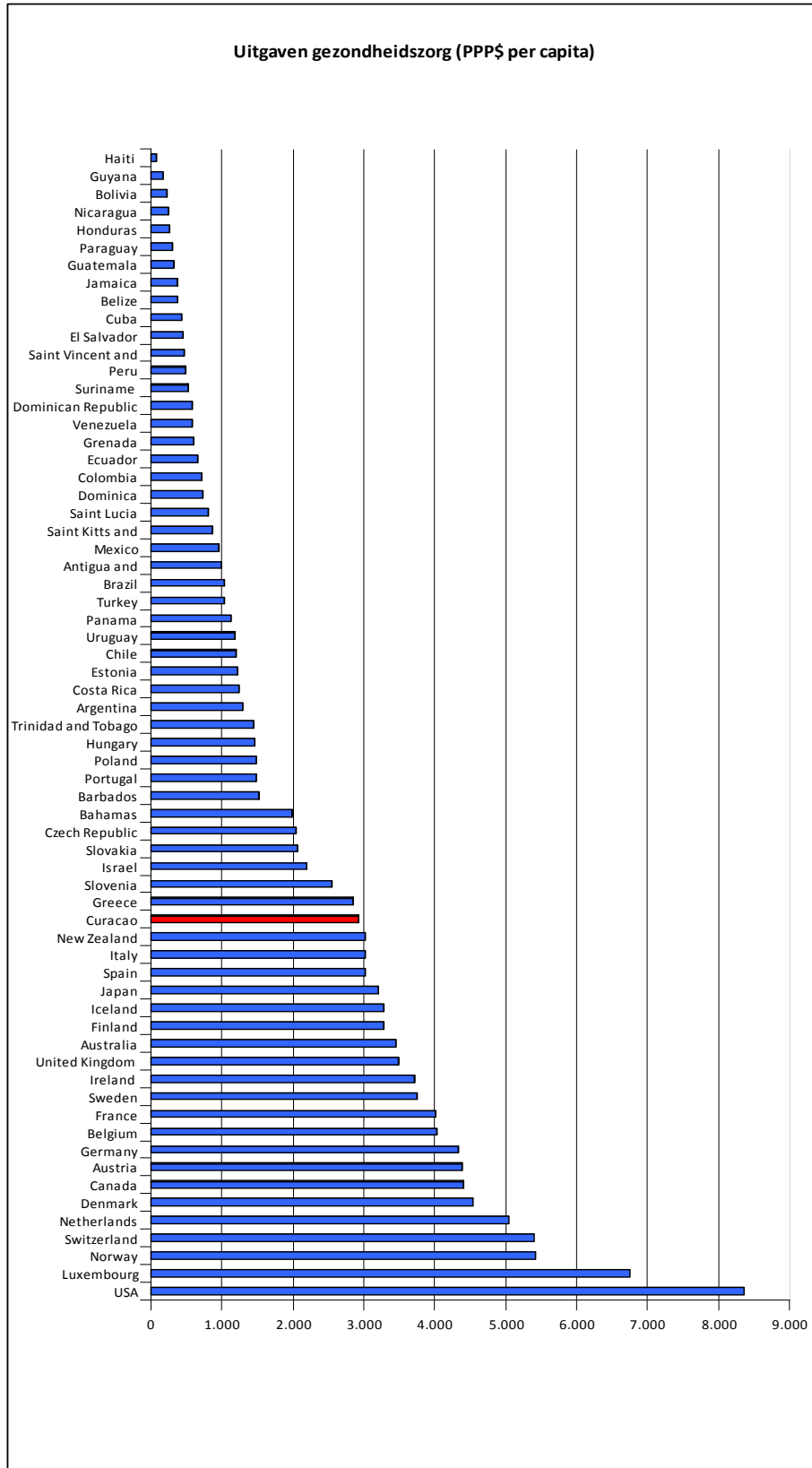
Het getal tussen haakjes is een maat voor de spreiding van de getallen die het gemiddelde vormen ten opzichte van het gemiddelde. Een laag getal duidt op weinig spreiding en een hoog getal duidt op veel spreiding. In de tweede kolom van de tabel staan de uitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP).

Tabel 11: Vergelijking van uitgaven gezondheidszorg tussen Curaçao de Caribische (CA), de Latijns Amerikaanse (LA), OECD landen en Nederland.

Jaar 2010	Uitgaven per capita [PPP\$]	Uitgaven als % van het BBP
Gemiddelde CA (n=14)	865 (±525)	7,2 (±1,9)
Gemiddelde LA (n=19)	638 (±377)	6,9 (±1,4)
Gemiddelde OECD (n=31)	3.492 (±1.628)	9,8 (±2,2)
Nederland	5.038	11,9
Curaçao	2.923	13,8

Uit de tabel blijkt dat de uitgaven per capita (PPP\$) op Curaçao 238% hoger liggen dan het gemiddelde van de 14 Caribische landen, 358% hoger dan het gemiddelde van de 19 Latijns Amerikaanse landen, 16 % lager dan het gemiddelde van de 31 OECD landen, en 42% lager dan Nederland. In de onderstaande grafiek worden per land de uitgaven per capita (PPP\$) weergegeven.

Grafiek 6: Uitgaven aan gezondheidszorg in PPP\$ per capita in de 64 landen behorende bij de Caribische landen (incl. Curaçao), Latijns Amerikaanse landen en OECD landen (incl. Nederland).



De gezondheidszorg uitgaven (PPP\$ per capita) op Curaçao liggen in 2010 op een vergelijkbaar niveau liggen met Italië, Spanje, Japan, Griekenland en Nieuw Zeeland . Van de 64 landen hebben 17 (27%) een hoger, 5 (8%) een vergelijkbaar en 42 (66%) een lager PPP\$ per capita dan Curaçao.

Vanwege het ontbreken van een complete gegevensset is Bermuda niet meegenomen in deze vergelijking. De wel beschikbare gegevens over de gezondheidszorg uitgaven van Bermuda geven per capita in 2010 een PPP\$ van 7.006. Bermuda geeft na USA per capita het hoogste bedrag uit aan gezondheidszorg.

Uitgaven per capita en gemiddelde levensverwachting

De gangbare opvatting is dat landen met hoge gezondheidszorguitgaven per capita ook landen zijn met een hoge gemiddelde levensverwachting. In onderstaande tabel is achter de 64 landen waarmee Curaçao wordt vergeleken de gemiddelde levensverwachting in jaren opgenomen (CIA World Factbook, 2012). De gemiddelde leeftijdsverwachting op Curaçao is 76 jaar (CBS, 2012).

Tabel 12: Overzicht van landen met gemiddelde levensverwachting

Caribische landen (n=14)		Latijns Amerikaanse landen (n=19)		OECD landen (n=31)	
Jamaica	73	Honduras	71	Switzerland	81
Trinidad and Tobago	72	Argentina	77	Greece	80
Saint Lucia	77	El Salvador	74	Israel	81
Saint Kitts and Nevis	75	Bolivia	68	Turkey	73
Barbados	75	Uruguay	76	Austria	80
Dominica	76	Colombia	75	Iceland	81
Antigua and Barbuda	76	Panama	78	Canada	81
Saint Vincent /Grenadines	74	Belize	68	Australia	82
Cuba	78	Guyana	67	Portugal	79
Haiti	63	Guatemala	71	Ireland	80
Dominican Republic	77	Venezuela	74	Spain	81
Grenada	73	Paraguay	76	Finland	79
Bahamas	71	Ecuador	76	Italy	82
Costa Rica	78	Brazil	73	Sweden	81
		Suriname	71	New Zealand	81
		Chile	78	United Kingdom	80
		Nicaragua	73	Norway	80
		Mexico	77	Denmark	79
		Peru	73	USA	79
				Poland	76
				Slovenia	77
				Belgium	80
				Germany	80
				France	81
				Estonia	76
				Japan	84
				Czech Republic	77
				Luxembourg	80
				Netherlands	81
				Slovakia	76
				Hungary	75

De gemiddelde levensverwachting in de 14 Caribische landen is 74 jaar en met uitsluiting van Haïti 75 jaar. De gemiddelde levensverwachting in de 19 Latijns Amerikaanse landen is 73 jaar. De gemiddelde levensverwachting in de 31 OECD landen is 79 jaar met Japan als uitschieter met 84 jaar. In generieke zin bevestigt deze internationale vergelijking de heersende opvatting dat (groepen van) landen met hogere gezondheidszorguitgaven een gemiddeld hogere levensverwachting hebben.

De gemiddelde gezondheidszorguitgaven per capita zijn, zie tabel 11, in de 19 Latijns Amerikaanse landen het laagst met PPP\$ 638 bij een gemiddelde levensverwachting van 73 jaar. De gemiddelde gezondheidszorguitgaven per capita liggen in de 14 Caribische landen met gemiddeld PPP\$ 868 boven de Latijns Amerikaanse landen. De gemiddelde levensverwachting in deze Caribische landen ligt met 74 jaar een jaar boven die van de Latijns Amerikaanse landen en met uitsluiting van Haïti 2 jaar.

De OECD landen met hun gemiddelde gezondheidszorguitgaven van PPP\$ 3.492 liggen met hun gemiddelde levensverwachting van 79 jaar 5 respectievelijk 6 jaar boven die van de Caribische landen en de Latijns Amerikaanse landen.

De vergelijking van Curaçao met een PPP\$ van 2.923 per capita en een gemiddelde levensverwachting van 76 jaar met landen met een vergelijkbare of hogere levensverwachting leert het volgende. Van de 14 Caribische landen hebben 6 landen (43%) een zelfde of hogere levensverwachting dan Curaçao. De gezondheidszorguitgaven per capita in deze landen liggen meer dan 55 tot ruim 80% lager dan op Curaçao.

Van de 19 Latijns Amerikaanse landen hebben 7 landen (37%) een zelfde of hogere gemiddelde levensverwachting dan Curaçao. De gezondheidszorguitgaven per capita in deze landen liggen meer dan 60 tot 90% lager dan op Curaçao.

Van de 14 Caribische en 19 Latijns Amerikaanse landen heeft 40% (13 landen) gezondheidszorguitgaven per capita die meer dan 55% tot 90% lager liggen dan Curaçao met tegelijkertijd een zelfde of hogere gemiddelde levensverwachting dan Curaçao.

Twee van de 31 OECD landen, Turkije (73 jaar) en Hongarije (75 jaar) hebben een lagere gemiddelde levensverwachting dan Curaçao. De gezondheidszorguitgaven uitgaven per capita van deze landen liggen tussen 50 en 65% lager dan die van Curaçao.

Twee van de OECD landen, Slowakije en Estland hebben een zelfde gemiddelde levensverwachting als Curaçao. De gezondheidszorguitgaven uitgaven per capita van deze landen liggen tussen 30 en 60% lager dan die van Curaçao.

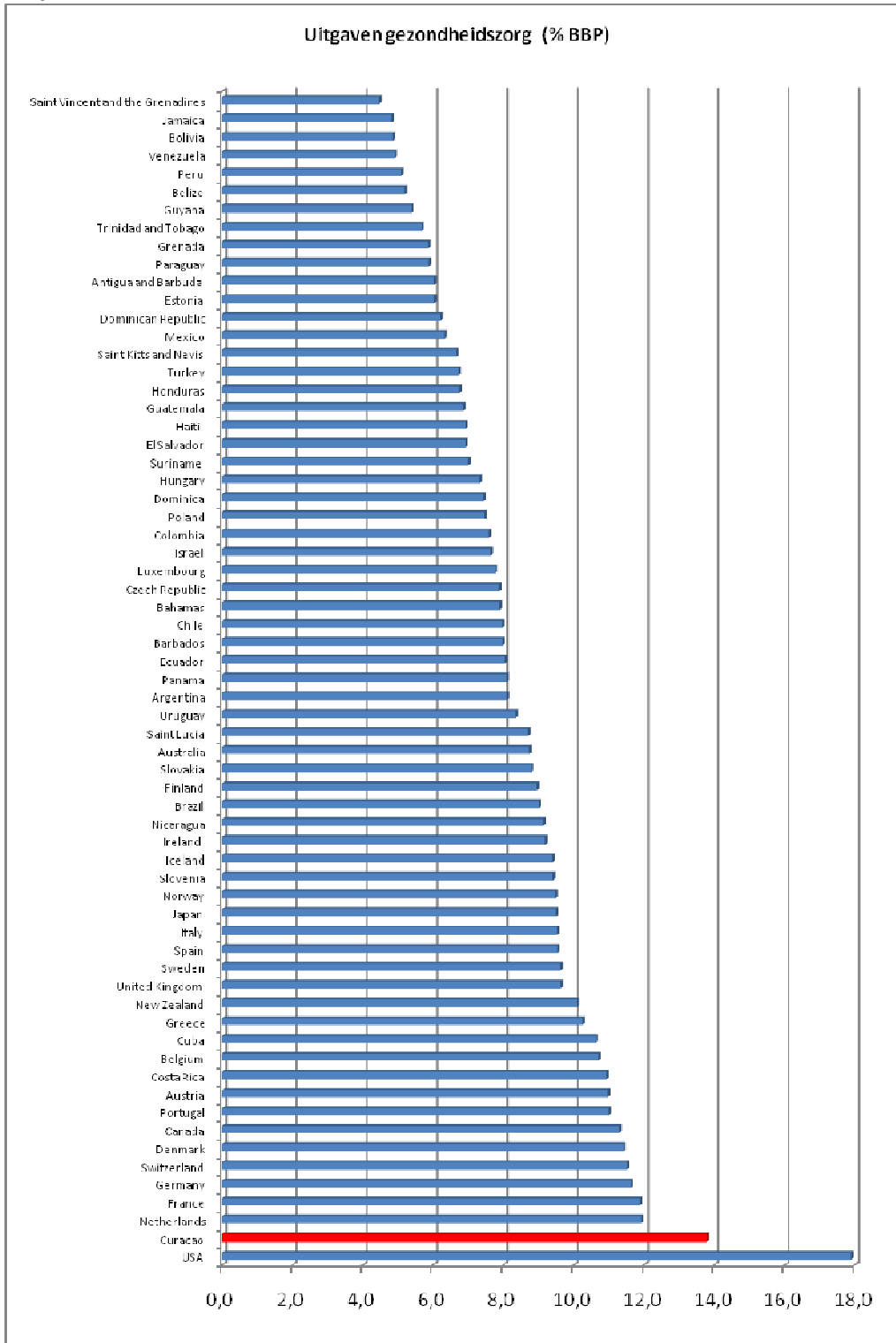
De resterende 27 OECD landen hebben een hogere gemiddelde levensverwachting, 1 tot 8 jaar, dan Curaçao. De gezondheidszorguitgaven per capita zijn in 17 landen hoger dan op Curaçao, in 4 landen vergelijkbaar en in 6 landen lager.

Japan heeft van de 65 landen, inclusief Curaçao, de hoogste gemiddelde levensverwachting met 84 jaar. De gezondheidszorguitgaven per capita van Curaçao en Japan liggen op vergelijkbaar niveau.

Tabel 11 laat zien dat de uitgaven als percentage van het BBP op Curaçao 92% hoger liggen ten opzichte van het gemiddelde van de Caribische landen, 100% hoger dan de Latijns Amerikaanse landen, 41 % hoger dan de OECD landen en 16% hoger dan Nederland.

In de onderstaande grafiek worden per land de uitgaven als % van het BBP weergegeven.

Grafiek 7: Uitgaven aan gezondheidszorg % BBP in de 65 landen behorende bij de Caribische landen, Latijns Amerikaanse landen en OECD landen inclusief Curacao.



Uit grafiek 7 blijkt dat de gezondheidszorg uitgaven als % van het BBP op Curaçao (13,8%), op USA (17,9%) na, het hoogste zijn vergeleken met de overige 62 landen. Dit is hoger dan

Nederland (11,9%), Frankrijk (11,9%), Duitsland (11,6%) en Zwitserland (11,5%). In deze laatste 4 landen liggen de gezondheidszorg uitgaven per capita (in PPP\$) respectievelijk op 5.038, 4.021, 4.332, en 5.394 en daarmee tussen de 1.100 en 2.400 hoger dan op Curaçao (2.923).

Bovenstaande cijfers laten duidelijk zien dat Curaçao een (kop)positie inneemt ten opzichte van de Caribische landen en de Latijns Amerikaanse landen zowel qua percentage gezondheidszorguitgaven van het BBP als qua zorguitgaven per capita. Ten opzichte van de OECD landen is het beeld gemengd. Curaçao ligt qua percentage BBP ruim 40% boven het OECD gemiddelde. De facto heeft Curaçao het hoogste percentage na de USA. Echter qua uitgaven per capita ligt Curaçao 16% onder de het OECD gemiddelde.

Verder hierop inzoemend wordt het duidelijk dat Caracao per capita een vergelijkbaar PPP\$ per capita uitgeeft als Italië, Spanje, Japan, Griekenland en Nieuw Zeeland . Van de 64 landen hebben 17 (27%) een hoger, 5 (8%) een vergelijkbaar en 42 (66%) een lager PPP\$ per capita dan Curaçao.

In vergelijking met Nederland (11,9%) ligt het percentage van het BBP op Curaçao (13,8%) 16% hoger. Daarentegen liggen de uitgaven per capita op Curaçao 42% lager dan in Nederland.

De cijfers maken duidelijk dat Curaçao per capita in 2010 PPP\$ 2.923 aan gezondheidszorguitgaven heeft bij een percentage van 13,8 van het BBP. Voor landen die een vergelijkbaar bedrag per capita als Curaçao aan gezondheidszorg uitgeven, zoals bijvoorbeeld Spanje, Italië, Griekenland, Japan en Nieuw Zeeland , geldt dat hun percentage van het BBP tussen de 9 en 10 ligt. Curaçao ligt zo'n 40% boven deze landen. Het normeren van Curaçao op het percentage van deze landen impliceert een bedrag aan uitgaven voor gezondheidszorg van 10% van het BBP. Dit komt in 2010 overeen met een bedrag van MNAFL 530. Ten opzichte van de gezondheids zorguitgaven 2010 van MNAFL 730 een verlaging met MNAFL 200 (28%).

5.6.2 Financiering en uitgaven

De gezondheidszorg kent 3 hoofdfinancieringsstromen:

- de overheid via algemene middelen/belastingen;
- de sociale verzekeringen via premieopbrengsten;
- de private financiering via private verzekeringen, eigen bijdragen en out of pocket betalingen (OOP).

De financiering door de overheid en de sociale verzekeringen tezamen vormen de publieke financiering. Uitgaande van de genoemde financieringen zijn 4 zorgsystemen in de gezondheidszorg te onderscheiden:

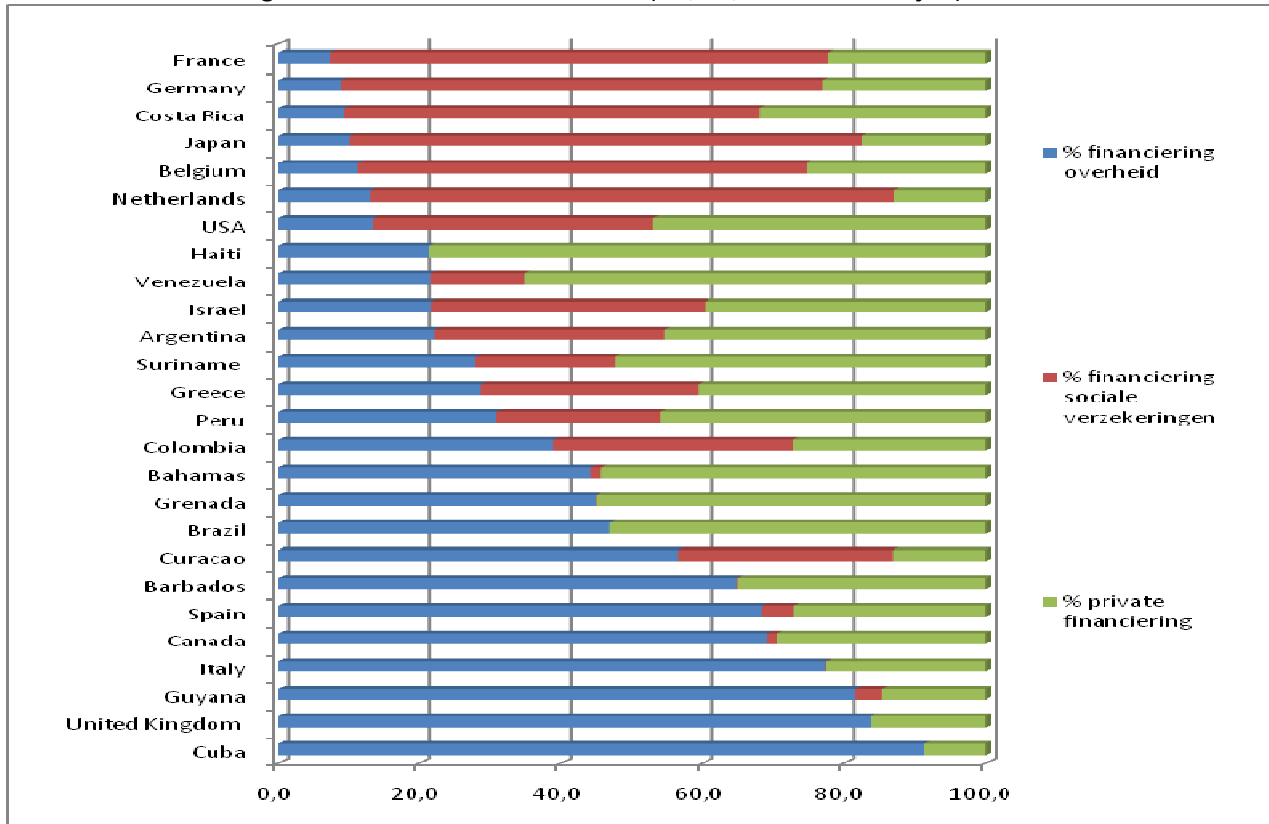
1. National Health Service (NHS);
2. Social Health Insurance (SHI);
3. Private System (PS);
4. Combi System (CS).

De kenmerken van de financiering van deze systemen is als volgt:

- In het NHS gefinancierde zorgsysteem is 60% of meer van de gezondheidszorguitgaven gefinancierd door de overheid. De overige financiering vindt geheel of nagenoeg geheel plaats via private financiering.
- In het SHI gefinancierde zorgsysteem is 60% of meer van de uitgaven gezondheidszorg gefinancierd uit de premieopbrengsten van de sociale verzekeringen. De overige financiering vindt grotendeels plaats via de private financiering.
- In het PS gefinancierde zorgsysteem wordt veelal USA als referentie aangehouden. In 2010 ligt de private financiering in de USA op 46,9%. Het betreft financiering uit private premie opbrengsten, eigen bijdragen en out of pocket betalingen. De overige financiering in een PS zorgsysteem vindt plaats via overheidsfinanciering of sociale verzekeringen.
- In het CS zorgsysteem is qua financiering sprake van een combinatie van de 3 hiervoor genoemde systemen.

Ten behoeve van de vergelijking is voor de CA landen, de LA landen, de OECD landen en Curaçao berekend wat het percentage per financieringsstroom is (overheid, sociale verzekeringen, privaat) (zie grafiek 8).

Grafiek 8: Financieringsstroom van een aantal landen (CA, LA, OECD en Curaçao)



Vervolgens is op basis van grafiek 8 vastgesteld welke van de 4 zorgsystemen per groep van landen financieel overwegend is. Het resultaat hiervan is weergegeven in onderstaande tabel. In de 2 laatste kolommen staan voor de volledigheid de uitgaven per capita (PPP\$) en de uitgaven als percentage van het BBP van deze (groepen van) landen vermeld, zoals eerder opgenomen in tabel 11.

Tabel 13: Financiering gezondheidssystemen onderverdeeld naar CA, LA, OECD, Nederland en Curaçao

	NHS	SHI	PS	CS	Uitgaven per capita [PPP\$]	Uitgaven als % van het BBP
CA (n = 14)	9	1	4	0	865 (±525)	7,2 (±1,9)
LA (n =19)	2	0	10	7	638 (±377)	6,9 (±1,4)
OECD (n = 31)	13	12	1	5	3.492 (±1.628)	9,8 (±2,2)
Totaal (n=64)	24	13	15	12		
		Nederland			5.038	11,9
				Curaçao	2.923	13,8

Caribische landen

Uit bovenstaande tabel is af te leiden dat de Caribische landen qua financiering een overwegend NHS systeem kennen. Dat 9 van de 13 Caribische landen dit systeem hebben vindt zijn oorsprong in een nauwe relatie van deze landen met Engeland dat bij uitstek het NHS hanteert. Hierbij zij aangetekend dat in deze Caribische landen wel sprake is van lage gezondheidszorguitgaven per capita ten opzichte van de OECD landen inclusief Nederland en ook ten opzichte van Curaçao.

Drie (22%) van de 14 landen geven per capita tussen 1.000 en 2.000 PPP\$ uit. De overige 11 (78%) landen tussen de 76 en 1.000 PPP\$. De uitgaven als percentage van het BBP bedragen gemiddeld 7.2.

Latijns Amerikaanse landen

De Latijns Amerikaanse landen hebben als financiering overwegend het Private System of het Combi System. In 7 van de 10 Latijns Amerikaanse landen waar sprake is van overwegend private financiering bestaat deze voor meer dan 80% uit out of pocket betalingen. In 6 van de 7 overwegend combi gefinancierde landen is bij het deel private financiering eveneens sprake van meer dan 80% out of pocket betalingen.

De Latijns Amerikaanse landen kennen de laagste gemiddelde uitgaven per capita in deze vergelijking. Veertien (74%) van de 19 landen geven per capita tussen de 233 en 1.000 PPP\$ uit. De overige 5 (26%) geven net iets meer uit per capita dan 1.000 PPP\$. De uitgaven als percentage van het BBP bedragen gemiddeld 6.9.

OECD landen

De OECD landen kenmerken zich qua financiering vooral door overheidsfinanciering (NHS) en door financiering uit sociale verzekeringen (SHI). Slechts 5 OECD landen hebben uitgaven per capita van tussen de 1.000 en 1.500 PPP\$. Bij 21 van de 31 OECD landen liggen de uitgaven per capita boven de 3.000 PPP\$. De uitgaven als percentage van het BBP bedragen gemiddeld 9.8.

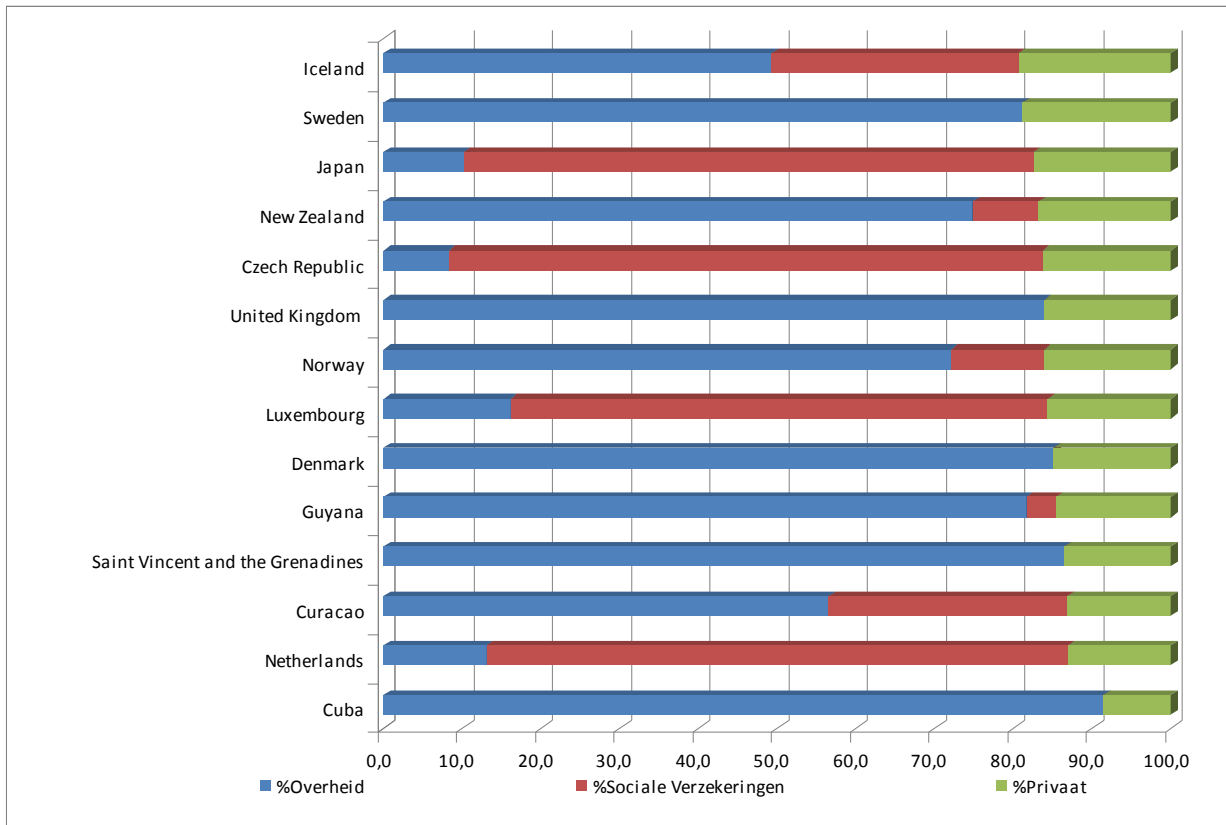
Curaçao

Curaçao zit met zijn 56,6% overheidsfinanciering en 30,3 % sociale verzekeringen in het combi systeem. In dit combi systeem nemen Curaçao en IJsland een qua financiering een aparte positie in met meer dan 80% publieke (overheid en sociale verzekeringen) financiering waarbij het overheidsdeel 50 procent of hoger is. De uitgaven per capita bedragen op IJsland PPP\$ 3.279 en de het percentage van het BBP bedraagt 9.4. Op Curaçao is dit PPP\$ 2.934 en 13,8.

5.6.3 Financiering publieke zorgsystemen vergeleken

Op Curaçao zijn in 2010 de gezondheidszorg uitgaven voor 86,9% gefinancierd uit publieke middelen (overheid en sociale verzekeringen). Onderstaand wordt Curaçao vergeleken met de andere landen in de populatie die ook een publieke financiering kennen van meer dan 80%.

Grafiek 9: Financieringsstromen van de 14 landen met een financieringspercentage publiek gelijk of groter dan 80%



Toelichting op grafiek 9

Tien van de 14 in de in grafiek 9 opgenomen landen zijn OECD landen. Deze landen zijn, op IJsland na, alle meer dan 75% SHI of overheid, gefinancierd. De uitgaven per capita in deze landen liggen met uitzondering van Czech Republic (2.051 PPP\$) tussen de ruim 3.000 en 6.743 PPP\$ bij een OECD gemiddelde van PPP\$ 3.492

Qua percentage van het BBP liggen de gezondheidszorguitgaven tussen de 7,8 en 11,9.

Op Curaçao zijn de uitgaven per capita resp. PPP\$ 2.934 en het percentage van het BBP 13,8.

Dit betekent dat Curaçao per capita naar beneden afwijkt en qua percentage naar boven in deze doorsnijding. Daarnaast heeft in het bijzonder Curaçao een afwijkende financiering met 57% overheid en 30% sociale verzekeringen.

Voor CA en LA landen geldt het volgende. Een van de landen, Guyana, is een LA land dat voor ruim 90% overheid gefinancierd is. De uitgaven per capita bedragen in Guyana 167 PPP\$ bij een percentage van het BBP van 5,4. Drie landen zijn CA landen. Van deze landen zijn, Cuba en Saint Vincent and the Grenadines nagenoeg volledig overheid gefinancierd. De uitgaven per capita in

deze landen bedragen respectievelijk 413 en 466 PPP\$. Qua percentage van het BBP liggen de gezondheidszorguitgaven van deze landen op resp. 10,6 en 4,5.

Aannemende dat Curaçao met nu een PPP\$ van 2923 een gemiddeld OECD land zou willen zijn met gemiddeld 3.492 PPP\$ per capita en een percentage zorguitgaven op gemiddeld OECD niveau (10%) dan zou het BBP minimaal 7.5 miljard NAFL moeten bedragen. Dit is ruim 2.2 miljard NAFL (42%) meer dan het werkelijke BBP in 2010 van 5.3 miljard NAFL.

5.6.4 Financiering gezondheidszorgsystemen Curaçao en Nederland vergeleken

Uitgaande van de financiering heeft Curaçao een Combi Systeem. De financiering vindt in 2010 voor 57% plaats door de overheid, voor 30% uit sociale verzekeringen en voor 13% via private financiering. Dat betekent dat zo'n 87% van de zorguitgaven uit publieke financiering, van de overheid en sociale verzekeringen, bestaat (zie tabel 14).

Nederland heeft uitgaande van de financiering van het gezondheidszorgsysteem een SHI systeem. Hierin wordt 74% uit sociale verzekeringen gefinancierd en 13% uit overheidsmiddelen.

De gangbare opvatting op Curaçao is dat het Curaçaose gezondheidszorgsysteem vergelijkbaar is met het Nederlandse zorgsysteem of zou moeten zijn. De onderstaande tabel laat zien dat het gezondheidszorgsysteem op Curaçao qua financiering onvergelijkbaar is met Nederland. Het percentage publieke financiering op Curaçao en in Nederland is weliswaar gelijk. Echter daar waar op Curaçao 30% van de zorguitgaven worden gefinancierd uit premieopbrengsten (door burgers en bedrijven) is dit in Nederland 74%. Het percentage overheidsfinanciering op Curaçao is 57 terwijl dit in Nederland 13 is.

Tabel 14: Overzicht gezondheidszorgsysteem Curaçao en Nederland

	Overheid %	Soc. Verz.%	Publiek %	Privaat %	% BBP	PPP\$/capita
Nederland	13	74	87	13	11,9	5.038
Curaçao	57	30	87	13	13,8	2.923

Indien op Curaçao zou worden gekozen om ook op het gebied van de financiering van het gezondheidszorgsysteem met Nederland vergelijkbaar te zijn, zou op Curaçao een zeer aanzienlijke verschuiving van overheidsfinanciering naar financiering uit sociale verzekeringen (premieopbrengsten) moeten plaatsvinden, kortom van overheid naar burgers en bedrijven. Het vergelijkbaar maken qua financiering van het Curaçaose zorgsysteem met dat van Nederland zou een verschuiving betekenen van 44% van de gezondheidszorguitgaven van overheid naar burgers en bedrijven.

Dit zou in 2010 gelijk hebben gestaan aan een bedrag van MNAFL 317. Dit bedrag zou bovenop het bestaande bedrag van MNAFL 220 komen, uitkomend in een totaal bedrag van MNAFL 538. In procenten zou dit een stijging/verzwaring betekenen van de zorglasten bij burgers en bedrijven van 144%. Per capita zou deze stijging/verzwaring overeenkomen met een bedrag van 2.233 NAFL in 2010.

Bijlage A: Bronvermelding

Aska Insurances N.V. 2012. *Uitgaven ziektekosten 2008 t/m 2011*.

Boas, G.M. 2003. *Voorlopig Eindrapport Quick Scan Kosten Gezondheidszorg, Eilanden Nederlandse Antillen*. Maastricht Health Economics Research and Consultancy Agency.

BZV. 2011. *Begroting BZV ten behoeve van Pais Korsow. Fonds Pro Pauper, Fonds Stichting Garantie Toegankelijkheid Zorg, Fonds overheidsdienaren (Eiland en Land)*. Curaçao.

BZV. 2008. *Financieel Verslag Ziektekosten Regeling Propauper (PP)*. Curaçao.

BZV. 2009. *Financieel Verslag Ziektekosten Regeling Propauper (PP)*. Curaçao.

BZV. 2010. *Financieel Verslag Ziektekosten Regeling Propauper (PP)*. Curaçao.

BZV. 2011. *Jaarverslag 2008. Stichting Garantie Toegankelijkheid Zorg ("SGTZ")*. Curaçao.

BZV. 2011. *Financial statements 2009. Stichting Garantie Toegankelijkheid Zorg*.

BZV. 2011. *Financial statements 2010. Stichting Garantie Toegankelijkheid Zorg*.

BZV. 2011. *Financieel Verslag Ziektekosten Regeling Eilandsambtenaren 2008*. Curaçao.

BZV. 2011. *Financieel Verslag Ziektekosten Regeling Eilandsambtenaren 2009*. Curaçao.

BZV. 2011. *Financieel Verslag Ziektekosten Regeling Eilandsambtenaren 2010*. Curaçao.

BZV. 2009. *Stichting Centraal Orgaan Medisch Specialistische zorg COMSZ Jaarverslag 2008*. Curaçao.

BZV. 2010. *Stichting Centraal Orgaan Medisch Specialistische zorg COMSZ Jaarverslag 2009*. Curaçao.

BZV. 2011. *Stichting Centraal Orgaan Medisch Specialistische zorg COMSZ Jaarverslag 2010*. Curaçao.

BZV. 2009. *Financieel Verslag 2008. Stichting Bureau Ziektekosten Voorziening inzake Beheer Kosten*. Curaçao.

BZV. 2011. *Financieel Verslag 2009. Stichting Bureau Ziektekosten Voorziening inzake Beheer Kosten*. Curaçao.

BZV. 2011. *Financieel Verslag 2010. Stichting Bureau Ziektekosten Voorziening inzake Beheer Kosten*. Curaçao.

Centraal Bureau voor de Statistiek Nederland. *Zorgrekeningen uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering Nederland* [Internet.] [geraadpleegd in januari 2012].

Toegankelijk via:

[http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=a&D2=\(I-2\)-I&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=a&D2=(I-2)-I&VW=T)

Centraal Bureau voor de Statistiek Nederland. *Life tables population Curaçao. Periode 2008-2011*.

CIA World Factbook. Indez Mundi. 2012. *Demographics: Health expenditures*. [Internet.] [geraadpleegd in december 2012]. Toegankelijk via:

<http://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2225&r=xx&l=en>

CIA World Factbook. Indez Mundi. 2012. *Demographics: Life expectancy at birth*. [Internet.] [geraadpleegd in december 2012]. Toegankelijk via:

<http://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=30&r=xx&l=en>

Directie Financiën. 2009. *Jaarrekening 2008 van de Nederlandse Antillen*.

Directie Financiën. 2010. *Jaarrekening 2009 van de Nederlandse Antillen*.

Directie Financiën. 2011. *Jaarrekening 2010 (1 januari t/m 9 oktober) van de Nederlandse Antillen*.

Eilandgebied Curaçao. *Jaarrekening 2009 Eilandgebied Curaçao*.

Eilandgebied Curaçao. *Jaarrekening 2010 Eilandgebied Curaçao*.

ENNIA. 2012. *Uitgaven ziektekosten 2008 t/m 2011*.

European Commission. 2009. *System of National Accounts in 2008*. New York. [internet] [geraadpleegd in januari 2012]. Toegankelijk via:

<http://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/SNA2008.pdf>

Fatum. 2012. *Uitgaven ziektekosten 2008 t/m 2011*.

Medische dienst Sint Elisabeth Hospitaal. 2012. *Uitgaven ziektekosten 2008 t/m 2011*.

Medische dienst Refineria di Korsow N.V. 2012. *Uitgaven ziektekosten 2008 t/m 2011*.

Ministerie van Financiën. 2012. *Jaarrekening 2011 van het Land Curaçao*.

Organization for Economic Co-operation and Development. OECD. SatExtracts. [internet] [geraadpleegd in november 2012]. Toegankelijk via:
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

Stichting Antilliaanse Medefinancierings Organisatie. 2012. *Uitgaven projecten gezondheidszorg en welzijnszorg 2008 t/m 2011.*

Stichting Jeugdfonds Nederlandse Antillen. *Jaarrekening 2008.*

Stichting Jeugdfonds Nederlandse Antillen. 2010. *Jaarrekening 2009.*

Stichting Jeugdfonds Nederlandse Antillen. 2011. *Jaarrekening 2010.*

Stichting Jeugdfonds Nederlandse Antillen. 2012. *Jaarrekening 2011.*

Stichting Samenwerkende Fondsen. 2012. *Uitgaven projecten gezondheidszorg en welzijnszorg 2008 t/m 2011.*

Stichting fonds voor sociale ontwikkeling en economische bedrijvigheid Reda Social. *Jaarrekening 2008.*

Stichting fonds voor sociale ontwikkeling en economische bedrijvigheid Reda Social. *Jaarrekening 2009.*

Stichting fonds voor sociale ontwikkeling en economische bedrijvigheid Reda Social. *Jaarrekening 2010.*

Stichting fonds voor sociale ontwikkeling en economische bedrijvigheid Reda Social. *Jaarrekening 2011.*

SVB. *Jaarverslag 2008.* Sociale Verzekeringsbank van de Nederlandse Antillen. Curaçao.

SVB. *Jaarverslag 2009.* Sociale Verzekeringsbank van de Nederlandse Antillen. Curaçao.

SVB. *Jaarverslag 2010.* Sociale Verzekeringsbank van de Nederlandse Antillen. Curaçao.

SVB. *Jaarverslag 2011.* Sociale Verzekeringsbank van de Nederlandse Antillen. Curaçao.

SVB. 2012. *Uitgaven gezondheidszorg 2008t/m 2011 ZV en FZOG.*

USBZ. 2012. *Uitgaven ziektekosten 2008 t/m 2011.*

USONA. 2012. *Uitgaven projecten gezondheidszorg en welzijnszorg 2008 t/m 2011.*

Wit de, J. 2012. *Uitgaven gezondheidszorg en welzijnszorg BZV 2011.*

World Health Organization. 2011. *A System of Health Accounts 2011 edition*. [internet] [geraadpleegd in januari 2012]. Toegankelijk via:
http://www.who.int/nha/sha_revision/sha_2011_final1.pdf

World Health Organization. *Global Health Expenditure Database*. [internet] [geraadpleegd in november 2012]. Toegankelijk via:
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84631

Bijlage B: Omschrijving categorieën

Zorgverleners gezondheidszorg

Aanbieders van preventieve en acute medische zorg en onderzoek ter handhaving en herstel van de gezondheid van mensen. Omvat tevens de levering van genees- en hulpmiddelen en van ondersteunende diensten.

Ziekenhuizen

Instellingen met een wettelijke status van zorginstelling waarin 24/7 alle vormen van medisch-specialistische hulp kunnen plaats vinden met uitzondering van psychiatrische ziekenhuizen

Specialisten praktijken/instellingen

Verstrekkers van medisch- specialistische zorg.

Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg

Psychiatrische ziekenhuizen, vrijevestigde psychiaters, ambulante geestelijke gezondheidszorg en vrijevestigde psychologen. Deze instellingen bieden behandeling en begeleiding van mensen met psychische problemen.

Huisartsenpraktijken

De huisarts is verantwoordelijk voor algemene medische zorg, Hij/zij geeft persoonlijk en continue zorg aan een vaste praktijk populatie.

Tandartsen praktijken en tandtechnische laboratoria

Praktijken voor tandheelkundige hulp, inclusief tandtechnische hulp. De tandheelkundige zorg verleend door de tandarts omvat: preventie; diagnostiek; restauratieve hulp (voorkomen van functieverlies); prothetische hulp (herstel van functieverlies); orthodontische hulp (eerste lijn); chirurgische hulp (eerste lijn).

Paramedische praktijken en/of instellingen

Praktijken/instellingen van fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, podotherapeuten, chiropractors en verloskundigen. Omvat ondermeer zorg gericht op problemen met betrekking tot het bewegingsapparaat, de spraak en voedingspatronen.

Verstrekkers van (wijk)verpleging en van thuiszorg

Instellingen voor verpleging en behandeling van patiënten die niet in een ziekenhuis behandeld hoeven te worden, of waarin duurzaam verblijf en verzorging wordt verschaft of die activiteiten uitoefenen op het gebied van gezinsverzorging, thuiszorg, ziekenzorg en wijkverpleging.

Leveranciers van geneesmiddelen

Levering van genees- en verbandmiddelen door o.a. apotheken en apotheekhoudende huisartsen.

Leveranciers van therapeutische middelen

Levering van therapeutische middelen door o.a. apotheken, opticiens en audiciens.

Verstrekkers van ondersteunende diensten

Omvat mat name de bloedbank en laboratoria.

Verstrekkers van overige gezondheidszorg

Omvat ondermeer ambulancediensten, landsgezondheidsdienst(en), Arbodiensten en reïntegratie bedrijven en aanbieders in het buitenland.

Zorgverleners welzijnszorg

Aanbieders van zorg op het gebied van welzijn. De zorg omvat verzorging, begeleiding en opvang in de vorm van therapie en behandeling, zoals gehandicaptenzorg en onderdak voor volwassenen, gehandicapten, kinderen en jongeren.

Verstrekkers gehandicaptenzorg

Instellingen voor lichamelijk en of geestelijk gehandicapten.

Verstrekkers van voor en naschoolse opvang

Omvat de activiteiten van kinderopvangcentra, peuterspeelzalen en buitenschoolse opvang.

Verstrekkers van jeugdhulpverlening en internaten

Verstrekkers van ondersteuning en hulp aan jeugdigen, hun ouders of anderen bij groei en/of opvoedingsproblemen.

Verstrekkers van overige welzijnszorg

Omvat onder meer instellingen voor sociaal- cultureel werk, ouderenwerk, maatschappelijk werk en opvanghuizen.

Beleid- en beheerorganisaties (BBO)

Omvat onderdelen van publieke organisaties. Daarnaast omvat dit onderdelen van particuliere verzekeraars, van eigen risico dragers en van non-gouvernementele organisaties.

Financieringsbronnen

Overheids-/publieke middelen, verzekeringspremies, eigen bijdragen en bijdragen uit de fondsen van non-gouvernementele organisaties.

Bijlage C. Lijst van tabellen

Tabel 1:	Model Zorgrekening Curaçao op basis van COFOG en SHA/ICHA classificaties van Zorgverleners, Beleid- en beheerorganisaties en Financieringsbronnen Curaçao	10
Tabel 2:	Model Zorgrekening Curaçao in lopende prijzen	11
Tabel 3:	Overzicht van entiteiten/organisaties die zorgverleners betalen of financieren	14
Tabel 4:	Zorguitgaven Curaçao 2008 t/m 2011	15
Tabel 5:	Financieringsbronnen van zorguitgaven	17
Tabel 6:	Uitgaven aan zorg per deelterrain	20
Tabel 7:	Uitgaven van zorg aan sector gezondheidszorg en welzijnszorg	22
Tabel 8:	Mutatie uitgaven zorg 2011 t.o.v. 2008 (relatief)	28
Tabel 9:	Mutatie uitgaven zorg 2011 t.o.v. 2008 (absoluut in MNAFL)	28
Tabel 10:	Overzicht van landen naar indeling	29
Tabel 11:	Vergelijkingen van uitgaven gezondheidszorg tussen Curaçao en Caribische landen (CA), de Latijns Amerikaanse landen (LA), OECD landen en Nederland	31
Tabel 12:	Overzicht van landen met gemiddelde levensverwachting	33
Tabel 13:	Financiering gezondheidszorgsystemen onderverdeeld naar CA, LA, OECD, Nederland en Curaçao	38
Tabel 14:	Overzicht gezondheidszorgsysteem Curaçao en Nederland	42

Bijlage D. Lijst van grafieken

Grafiek 1:	Verdeling van zorguitgaven 2011	19
Grafiek 2:	Uitgaven aan zorg naar deelterreinen	21
Grafiek 3:	Zorguitgaven naar zorgverleners gezondheidszorg	23
Grafiek 4:	Zorguitgaven naar zorgverleners welzijnszorg	25
Grafiek 5:	Zorguitgaven naar beleid- en beheerkosten	27
Grafiek 6:	Uitgaven aan gezondheidszorg in PPP\$ per capita in de 64 landen behorende bij de Caribische landen, Latijns Amerikaanse landen en OECD landen (incl. Curaçao en Nederland)	32
Grafiek 7:	Uitgaven aan gezondheidszorg % BBP in de 64 landen behorende bij de Caribische landen, Latijns Amerikaanse landen en OECD landen	36
Grafiek 8:	Financieringsstroom van een aantal landen (CA, LA, OECD en Curaçao)	39
Grafiek 9:	Financieringsstromen van de 14 landen met een financieringspercentage publiek gelijk of groter dan 80%	41

Bijlage E. Afkortingen

AVBZ	Algemene Voorzieningen Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlandsproduct
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COFOG	Classification of Functions of Government
CS	Combi System
FOG	Financieel Overzicht Gezondheidszorg
HC	Health Care
HF	Health Finance
HP	Health Provider
ICHA	International Classification of Health Accounts
MNAFL	Miljoen Nederlands Antilliaanse Florin (Antilliaanse Gulden)
NAFL	Nederlands Antilliaanse Florin (Antilliaanse Gulden)
NHN	Nos Hospitaal Nobo
NHS	National Health System
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OOP	Out of Pocket betalingen
OV	Ongevallen Verzekering
PS	Private System
RVV	Raad voor de Volksgezondheid
SNA	System of National Accounts
SHA	System of Health Accounts
SHI	Social Health Insurance
ToR	Terms of Reference
USA	United States of America
VIC	Volksgezondheid Instituut Curaçao
WHO	World Health Organisation

