

# **Evaluatieonderzoek Gezondheidszorg Caribisch Nederland na de transitie, oktober 2010**

**in opdracht van het Ministerie van VWS uitgevoerd door  
GQCconsult**

**R.W. Verrips**

**Naarden, 31 maart 2013**

Evaluatieonderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS naar:

*"Welke toezeggingen rondom de transitie naar bijzondere gemeenten van de BES zijn gedaan op het gebied van de gezondheidszorg, welke resultaten dat heeft opgeleverd, hoe zich dat verhoudt met de verwachtingen van de eilanden en wat dat betekent voor de toekomstige inzet in Caribisch Nederland."*<sup>1</sup>

# Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	4
1. Vooraf	7
2. Achtergrond en aanpak onderzoek	8
3. Hoofddoel: de voorzieningen en de zorg naar een voor Nederland aanvaardbaar niveau brengen	15
4. Voor iedereen toegankelijke zorg	19
5. Inrichting governance	24
6. Financiering en bekostiging	26
7. Infrastructuur	27
8. Abortus	30
9. Euthanasie	31
10. Acute zorg en spoedvervoer Caribisch Nederland	33
11. Bonaire: Huisartsenzorg	36
12. Bonaire: Ziekenhuis, medisch specialistische zorg	38
13. Sint Eustatius en Saba: Huisartsenzorg	43
14. Sint Eustatius en Saba: Medisch specialistische zorg en uitzendingen	46
15. Langdurige en ouderenzorg Caribisch Nederland	48
16. Geneesmiddelen	51
17. Verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	53
18. Publieke gezondheidszorg	55
19. Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen	57
20. Mondzorg Caribisch Nederland	59
21. Hulpmiddelen Caribisch Nederland	61
22. Paramedische zorg, Fysiotherapie	63
23. Noten	65

## Managementsamenvatting

Per 10 oktober 2010 verkregen Bonaire, Sint Eustatius en Saba de status van bijzonder openbaar lichaam binnen Nederland, vaak aangeduid als 'bijzondere gemeenten'. Dit schiep nieuwe verantwoordelijkheden voor zowel de eilandbesturen als voor de Nederlandse regering. In de aanloop naar oktober 2010 formuleerden zij een aantal ambities om de geconstateerde achterstanden in te lopen en duurzaam een aantal zaken te verbeteren. Naar verwachting moest in hoog tempo veel gebeuren aan de gezondheidszorg. Hiertoe werden diverse adviezen ontwikkeld en plannen gemaakt. Ook werden enkele investeringen gedaan om snel zichtbare en grote stappen te zetten, primair gericht op veiligheid en kwaliteit.

Nu, twee jaar na de transitiedatum, wil de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) weten wat er is gebeurd in relatie tot de doelstellingen en verwachtingen en wat er de komende tijd met prioriteit moet gebeuren. GQCconsult verrichtte het afgelopen half jaar deze evaluatie.

GQCconsult focuste op een aantal doelen die vanuit VWS direct beïnvloedbaar zijn en waarvoor VWS primair verantwoordelijk is, zoals de hoofddoelstelling: 'de realisatie van voorzieningen en zorg op een voor Nederland aanvaardbaar niveau' en de realisatie van een zorgverzekering. De uitwerking van deze doelstelling bleek soms in meer of mindere mate abstract geformuleerd. Dat maakte de evaluatie lastig. GQCconsult heeft daarom ook naar de richting en intentie van de uitwerking van de doelstelling gekeken. Hiernaast bekeek het een aantal zorgthema's die essentieel zijn voor kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en/of in discussies met de Tweede Kamer regelmatig als aandachtspunt werden benoemd.

Er is een aantal grote stappen gezet. In een bijna ongekend tempo zijn grote veranderingen ten faveure van de kwaliteit van zorg gerealiseerd:

- Er is een publieke zorgverzekering opgezet.
- Iedere inwoner heeft thans toegang tot noodzakelijke zorg, voorheen waren grote groepen onverzekerd.
- De geneesmiddelenvoorziening is aanzienlijk verbeterd terwijl de kosten sterk zijn verlaagd.
- Verslavingszorg en GGZ zijn afgelopen jaar opgezet en vindt grotendeels op de eilanden zelf plaats.

- In Bonaire is het ziekenhuis gedeeltelijk verbouwd, de basisspecialismen zijn ingevuld en er is structurele samenwerking met het VU/AMC. Het aantal medische uitzendingen is daardoor beperkt.
- Voor zover medische uitzendingen plaatsvinden, ontvangen patiënten in Colombia en Guadeloupe hoogwaardige zorg.
- Op Bonaire kan state of the art gedialyseerd worden. Patiënten hoeven niet langer drie maal per week naar Curaçao.
- De spoedeisende hulpverlening is door aankoop van ambulances en de mogelijkheid van helikopter-evacuatie aanzienlijk verbeterd.
- Voor Bonaire zal in 2013 een air-ambulance jet ter beschikking komen voor spoedvervoer naar noodzakelijke hulpverlening buiten het eiland.
- Een deel van de volwassen bevolking heeft thans een gesaneerd gebit.

Als de 'realisatie van voorzieningen en zorg op een voor Nederland aanvaardbaar niveau' als hoofddoel wordt gesteld, dan is men met name op Bonaire goed op weg. Dit blijkt ook uit een recent belevingsonderzoek onder de bevolking en uit de overwegend positieve oordelen van professionals.

Voor de publieke gezondheidszorg, de GHOR en de bereikbaarheid van de basis specialistische zorg op Saba en Sint Eustatius noodzaken echter tot vervolg activiteiten.

Doordat vele zaken zoals aanspraken vanuit de zorgverzekering pas laat waren gerealiseerd, is de communicatie met de bevolking niet altijd soepel verlopen. Ook na oktober 2010 was dit een probleemgebied. Er waren wel veel communicatie-inzettingen en -uitingen, maar de boodschap kwam niet altijd over bijv. omdat de verwachtingen, onder meer over wat de transitie zou opleveren, vaak te hoog gespannen waren. Bovendien was niet alle voor de transitie noodzakelijke wet- en regelgeving op tijd gereed. Dit maakte de voorbereidingsperiode kort. Extra handicap hierbij was de val van het kabinet dat in de aanloop naar oktober 2010 een half jaar demissionair was.

Van belang is dat meer grip op kosten/baten van de zorg wordt verkregen. Welke outcome tegen welke kosten is nog niet goed inzichtelijk te krijgen: een van de zwakke punten was en is thans nog het gebrek aan systematische registraties. Duidelijk is wel dat de raming van de kosten, onder ander door het gebrek aan gegevens en dus ook sturingsmogelijkheden, ieder jaar forse bijstelling behoeft.

In de aanloop naar de transitie was met de eilandbesturen overeengekomen om een aantal projecten op korte termijn, uiterlijk 2012, te realiseren. Lang niet alle van deze

korte termijn projecten zijn gerealiseerd. Op basis van voortschrijdend inzicht blijkt dit niet altijd ernstig. Bovendien was de realisatie van veel projecten, voor de periode tot en met 2012, mede afhankelijk gesteld van onder meer de beschikbare middelen en het absorptievermogen van de eilanden.

De hoofdaanbeveling is: laat nu het stof neerdalen en de veranderingen zich inregelen. Consolideer wat er nu is ingezet en bouw dit in detail verder uit. Pleeg komende paar jaar geen grote nieuwe interventies. Krijg inzicht in wat er allemaal gebeurt (informatie over productie, kwaliteit en kosten) en wat de gewenste en ongewenste effecten zijn van de forse interventies. Intensiveer gericht de communicatie en houd druk op de verdere implementatie, anders zakt het snel weer terug.

## **1. Vooraf**

Dit rapport, als neerslag van een evaluatieonderzoek, is in opdracht van het Ministerie van VWS, opgesteld door mr. drs. R.W. Verrips, GQCconsult, in de periode juli 2012 – januari 2013.

De uitvoering is hierbij ondersteund door mevr. W.M. van der Wiele MA, Rijkstraine.

De tekst is niet gericht op bepaalde personen, maar bedoeld als van algemene aard te zijn. Er is gestreefd naar maximale actualiteit van de gebruikte en weergegeven informatie. Iedere doorlooptijd kan echter het gevolg geven dat sommige informatie niet meer actueel is.

De opsteller dankt de geïnterviewden voor de medewerking aan het onderzoek.

R.W. Verrips

Naarden, 31 maart 2013

## **2. Achtergrond en aanpak onderzoek**

### **a. Achtergrond**

Op 22 oktober 2005 werd in een bestuurlijk besluit vastgelegd dat de staatkundige verhoudingen binnen het Koninkrijk zouden gaan veranderen. Curaçao en Sint Maarten zouden dezelfde status aparte binnen het Koninkrijk krijgen als Aruba. Bonaire, Saba en Sint Eustatius kozen voor directere banden met Nederland. Deze drie eilanden kregen op 10 oktober 2010 (101010) dan ook de status van openbaar lichaam van Nederland. Bonaire, Saba en Sint Eustatius vormen tezamen Caribisch Nederland; deze eilanden worden ook wel aangeduid als de BES-eilanden.

Door de nieuwe status moest er nagedacht worden over de aanpassingen die nodig waren om in de besturing en inrichting inderdaad als openbaar lichaam van Nederland te kunnen functioneren. De historie had immers per eiland een groot verschil in bijvoorbeeld voorzieningenniveau doen ontstaan. Bovendien bestonden er grote financiële tekortkomingen.

Dit gold in grote mate ten aanzien van onderwijs en gezondheidszorg. Er werd dan ook verwacht dat hier veel in geïnvesteerd moest worden om achterstanden weg te werken en een gezonde basis voor de toekomst te leggen. De minister van VWS kreeg na 101010 de eindverantwoordelijkheid op het gebied van gezondheidszorg in Caribisch Nederland.

Nu, twee jaar na de transitiedatum, wil het Ministerie van VWS een overzicht hebben van -globaal gesteld- wat de doelen waren, wat er gebeurd is en wat de komende tijd met prioriteit gedaan moet worden. Een evaluatie ex post van de aanpak op het gebied van de gezondheidszorg in Caribisch Nederland dus. Dit is per brief van 4 juni 2012 aan de Tweede Kamer toegezegd.<sup>2</sup>

De uitkomst van de evaluatie wordt in het rapport dat voor u ligt beschreven.

#### *Verwachtingen*

De transitie heeft grote impact voor de bevolking en staat in een groot en complex politiek krachtenveld, zowel op Bonaire, Saba en Sint Eustatius (en Curaçao, Aruba en Sint Maarten) als in Europees Nederland. Er is dan ook veel overlegd, gesproken en media-aandacht geweest voorafgaand aan de transitie. Dit leidde naast de harde toezeggingen en doelstellingen ook tot meer zachte verwachtingen, die echter in de



realisatie van de doelstellingen grote impact hebben en tot problemen kunnen leiden. Daarom is de vraag welke verwachtingen zijn gewekt ook relevant.

## **b. Doelstellingen van het onderzoek en aanpak**

De keuze voor een evaluatieonderzoek is het gevolg van het niet aanwezig zijn van een monitoringssysteem. In aansluiting hierop dienen aanbevelingen voor de nabije toekomst te worden gegeven. In de brief aan de Tweede Kamer is dit als volgt geformuleerd:

‘In de tweede helft van dit jaar laat ik een evaluatie doen welke toezeggingen rondom de transitie naar bijzonder gemeenten van de BES zijn gedaan op gebied van de gezondheidszorg, welke resultaten dat heeft opgeleverd, hoe zich dat verhoudt met de verwachtingen van de eilanden en wat dat betekent voor de toekomstige inzet in Caribisch Nederland’.<sup>3</sup>

Hoewel vaak onder één noemer gesteld, zijn de eilanden van Caribisch Nederland zeker niet aan elkaar gelijk. Op een aantal punten zal dus een onderscheid worden gemaakt tussen de eilanden.

Er lag een bestuurlijk vastgesteld Middellange Termijn Huisvestings- en Zorgplan (MLTP)<sup>4</sup> dat op hoofdlijnen uitgangspunt van het verdere beleid zou zijn. De uitvoering is een proces met iteratieve aspecten geweest, gebaseerd op snel grote stappen zetten om zorgveiligheid en kwaliteit te verhogen en verder vooral praktisch van insteek.

Hier overheen ligt, passend bij de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS het doel om voor Caribisch Nederland te zorgen dat de bevolking toegang tot goede zorg kan krijgen<sup>5</sup>. Hiertoe heeft het Ministerie van VWS een aantal doelen gesteld die het mogelijk zouden moeten maken om snel grote stappen te zetten om moderne, verantwoorde zorg te kunnen doen leveren. Gezondheidszorg is een breed begrip en daarom is ten behoeve van het onderzoek afbakening en ordening aangebracht in thema’s. Hiervoor is als uitgangspunt genomen de thema’s die vaak zijn genoemd als aandachtspunt in de diverse formele overlegstukken en die in Kamervragen aan de orde is geweest, aangevuld met de informatie uit de voorbereidende gesprekken. Uit deze informatie zijn de volgende doelstellingen gedestilleerd:

1. Voor iedereen toegankelijke, kwalitatief goede zorg:
  - zorgverzekering
  - kwalitatief goed en toegankelijk zorgaanbod.
2. Inrichting van de governance:
  - ‘privatisering’: scheiding tussen politiek, beleid en uitvoering; ontvlechting zorguitvoering uit openbaar bestuur

- adequaat toezicht.
- 3. Grip op de kosten: onder andere door inzicht en sturingsinstrumenten te realiseren.
- 4. Infrastructurele impulsen:
  - organisatie, facilitering van de uitvoering
  - fysieke infrastructuur, met name enkele investeringen die, ook zichtbaar, snel grote sprongen voorwaarts zouden leveren.
- 5. Aanpassingen aan de wet- en regelgeving, bijvoorbeeld ten aanzien van de geneesmiddelen en ter uitvoering van het amendement dat de abortus- en euthanasiewetgeving een resp. twee jaar na transitiedatum geïmplementeerd moet zijn.

Voor het doel 'kwalitatief goed en toegankelijk zorgaanbod' is voor een aantal onderwerpen nadere doelen gesteld. Deze regarder weliswaar ook het Ministerie van VWS, maar na de transitie ligt de primaire verantwoordelijkheid voor realisatie bij 'uitvoerders', zoals de eilandbesturen, zorginstellingen en huisartsen.

Op basis van de genoemde bronnen krijgen de volgende thema's aandacht:

- Geneesmiddelen
- Verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- Publieke gezondheidszorg
- GHOR
- Acute zorg en spoedvervoer
- Huisartsenzorg
- Ziekenhuiszorg, medisch specialistische zorg
- Langdurige zorg en ouderenzorg
- Mondzorg
- Hulpmiddelen
- Paramedische zorg/fysiotherapie
- Abortus
- Euthanasie

Het onderzoek bestrijkt voornamelijk de periode tussen oktober 2010 en najaar 2012. Maar in de aanloop naar deze verantwoordelijkheid zijn ook activiteiten ontplooid; waar deze aan de orde zijn, worden ze meegenomen. Doelstellingen zijn vaak vermeld in termen van korte termijn, middellange termijn of lange termijn. De periode tot najaar 2012 wordt in dit onderzoek als korte termijn beschouwd. Hiermee wordt aangesloten bij de terminologie die in de periode naar oktober 2010 met betrekking tot het zogenaamde

Middellange Termijn Huisvesting en Zorgplan (MLTP)<sup>6</sup> is gebruikt en bestuurlijk als hoofdlijn is overeengekomen.<sup>7</sup>

### **Het ambitieniveau ten aanzien van kwaliteit van zorg; leidraad in het onderzoek**

Een van de eerste doelen was de voorzieningen naar een bepaald niveau helpen zodat de bevolking een flinke verbetering in kwaliteit van de gezondheidszorg zou krijgen. De minister van VWS heeft naar de Tweede Kamer gesteld dat iedere Nederlander recht heeft op goede zorg<sup>8</sup>. Dit geldt vanzelfsprekend ook voor Caribisch Nederland; het is immers niet goed uit te leggen dat niet voor alle onder het land Nederland begrepen inwoners hetzelfde niveau van zorg het streefdoel is.

Er zijn uiteenlopende formuleringen geweest als het gaat om welk niveau van zorg op enig moment op de eilanden bereikt zou moeten worden. Omdat na de aanvangsdiscussies, als hét doel werd gesteld dat het Nederlandse niveau (op z'n minst) richtinggevend of het referentiekader is, is dit als hoofdevaluatiecriterium gehanteerd<sup>9</sup>. Wat dan dit niveau is, wordt bezien aan de hand van de invulling van het begrip 'verantwoorde zorg'. Dit is in Nederland een wettelijk vastgesteld en inmiddels redelijk geoperationaliseerd begrip als het gaat om de zorg die een inwoner van Nederland minimaal mag verwachten. Het is ook het uitgangspunt van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij haar toezicht. De Wet Zorginstellingen BES stelt eveneens dat er zorg wordt aangeboden die verantwoord is.

Voor dit onderzoek wordt het volgende als referentie gehanteerd voor verantwoorde zorg. Hierbij wordt aangesloten bij de invulling zoals die algemeen geldt in de literatuur (en in Nederland) en waarbij tevens wordt aangesloten bij de BES-invulling<sup>10</sup>:

'Een zorgaanbieder biedt zorg aan die verantwoord is. De zorg moet hiertoe aan de volgende criteria voldoen: de zorg dient veilig, tijdig, doelmatig, patiëntgericht, doeltreffend/effectief en toegankelijk te zijn. Hierbij natuurlijk rekening houdend met wat redelijkerwijs kan, gegeven aspecten als geografie, volume en financiële middelen'. Zie Bijlage 2 voor nadere toelichting.

Omdat er weinig geregistreerd en gemeten werd is niet voor alle criteria goed na te gaan in welke mate hieraan wordt voldaan. In die situaties is het belangrijk na te gaan wat gebruikers en zorgverleners ervan vinden.

Als we als hoofddoel stellen: de zorg naar een voor Nederland aanvaardbaar niveau brengen en houden, met als minimum 'verantwoorde zorg', en de voor verantwoorde zorg onderliggende criteria zijn niet (goed) te beoordelen, dan zijn er in essentie drie zaken die er echt toe doen:

A. Wat vindt de bevolking ervan (ervaringen, beleving)?

- B. Wat vinden de professionals ervan: wordt professioneel acceptabele zorg geleverd?
- C. Wordt die zorg doelmatig (macro en micro) geleverd, zodat continuïteit geborgd is?

Als op deze drie punten positief wordt gescoord, dan, zo kan gesteld worden, is het doel bereikt.

### **c. Uitvoering van het onderzoek**

Het onderzoek is door opdrachtgever aan een onafhankelijke externe onderzoeker uitbesteed. In de uitvoering is daarbij ondersteuning verleend door een door de opdrachtgever ter beschikking gestelde Rijkstrainee van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Om aan de eisen van validiteit en betrouwbaarheid te voldoen is ervoor gekozen voor een groot aantal interviews te houden en veel documenten te bestuderen. Niet alleen formele documenten, maar ook bijv. uitingen in de media. Daarmee werd het probleem van het ontbreken van systematische registraties in belangrijke mate ondervangen. Leidraad hierbij waren de onderzoeksvragen, zoals in Bijlage 1. nader beschreven.

Hierbij zijn naast de beleidsmakers ook in ruime mate de belanghebbenden bij het proces en/of de uitkomst betrokken. De desk research is zowel in Nederland als vanuit Caribisch Nederland (met name Bonaire) uitgevoerd. Er werden bijna tweehonderd stukken bestudeerd, van formele overeenkomsten, kamerstukken etc. tot aan interviews en blogs in kranten en via internet.

Er werden vijfenzeventig (semi-gestructureerde) interviews uitgevoerd, met in totaal tachtig personen. Onderverdeeld naar groep:

Bestuurders (eiland, Nederland): 13

Ambtelijk, management van zorgaanbieders en andere 'uitvoerders': 22

Professionals:

- huisartsen: 9
- medisch specialisten: 11
- Overige professionals (apothekers, fysiotherapeuten, tandartsen): 7
- Overigen, zoals medewerkers van uitvoerders: 18

Er bestond vaak geen overzicht van onbetwiste feiten, dus het gaat veelal om, bijv. door de tijd beïnvloede, percepties en meningen. Consistente percepties (gezamenlijk met andere bronnen) moeten gezamenlijk de nodige hardheid leveren op basis waarvan

conclusies gerechtvaardigd zijn. Verder is niet uit te sluiten, ondermeer door de kleine schaal, dat er interacties zijn geweest tussen geïnterviewde en nog te interviewen personen. Door een relatief groot aantal interviews te houden, de geconcentreerde interviewperioden en het grote aantal diverse bronnen te bestuderen is de invloed van dit soort problemen beperkt.

Voorts werd, waar mogelijk, een keten 'afgelopen' en met de verschillende personen die een functie in één keten hadden, gesproken. Zo'n keten kan een zorgketen zijn, maar ook een lijn van bestuurlijk verantwoordelijken. Verder werd uiteraard een aantal bestuurlijk, ambtelijk en uitvoerend verantwoordelijken of betrokkenen gesproken van 'toen' en nu. Als meningen strijdig bleken werd bezien of er nog aanvullende informatie verkregen kon worden, bijvoorbeeld door een aanvullend interview. Zo werd getracht eenzijdige beelden zoveel mogelijk te vermijden dan wel deze in een perspectief te plaatsen.

Er vonden gesprekken plaats met personen in Nederland, Bonaire, Sint Eustatius en Saba, maar ook op Sint Maarten en met enkele personen op Curaçao. De laatste twee omdat deze eilanden een belangrijke rol spelen of speelden in de behandeling van patiënten die niet in Caribisch Nederland terecht konden.

Degenen die voor een interview benaderd werden, ontvingen bij de benadering of circa een week voordat het gesprek plaatsvond informatie per e-mail over doel, aanleiding en de onderzoeksvragen. Alle benaderde personen waren zeer bereid tot een gesprek; dit was vaak binnen korte tijd te regelen. Een enkele maal werd wel gesteld dat dit het zoveelste gesprek was, dat men al die delegaties, verzoeken tot gesprekken niet meer aankon en wat dit nu anders was. Toen uitgelegd werd waar dit over zou gaan was de bereidheid groot. Vaak is gesteld dat men het zeer positief vond dat dit onderzoek door het Ministerie van VWS werd geëntameerd.

Bij de inleiding van het gesprek werd de doelstelling aangegeven. Voorts werd de status van het gesprek en de informatie toegelicht, onder meer dat er zonder toestemming niet uit geciteerd zal worden. Indien men dit wenste werd een conceptverslag van het gesprek nagezonden waarop men kon reageren om feitelijke onjuistheden weg te nemen. De gesprekken vonden 'semigestructureerd' plaats: er was een aantal vragen dat altijd aan de orde kwam en er was veel ruimte voor overige informatie. De gesprekken duurden in het algemeen 1 – 1,5 uur. In verreweg de meeste gevallen was men enthousiast over de evaluatie en over het gesprek. Circa de helft van het aantal gesprekken werden door twee personen uitgevoerd, de overige door één onderzoeker. De situatie, het onderwerp en praktische mogelijkheden hebben de keuze hierin bepaald.

De interviews werden in de periode juli t/m oktober 2012 uitgevoerd, voornamelijk geconcentreerd in twee periodes. Door slechte weersomstandigheden kon met name een aantal interviews op Sint Eustatius niet doorgaan. Voor zover mogelijk werden deze via skype alsnog uitgevoerd. Dit betrof vijf gesprekken. Enkele gesprekken vonden telefonisch plaats. Iedereen was zeer bereid om desgewenst nog nadere informatie te verstrekken, bijvoorbeeld per e-mail. Hiervan is in een aantal gevallen gebruik gemaakt. Van ieder gesprek werd een uitgewerkt verslag gemaakt, op basis van de waarnemingen en aantekeningen van beide interviewers waar van toepassing, om de informatie niet te verliezen. De informatieverzameling werd afgesloten op 13 november 2012.

Tenslotte: de periode die geëvalueerd werd is een korte, in feite twee jaar. Gebleken is tijdens het onderzoek dat, zoals zo vaak, de vraag stellen al leidt tot veranderingen en acties. Deze evaluatierapportage en aanbevelingen moeten dus in een tijdsperspectief worden gezien: het is een momentopname. Het betreft voorts een groot aantal onderwerpen, breed over de gezondheidszorg. Deze onderwerpen worden dan ook gecondenseerd weergegeven op basis van de onderzoeksvragen.

### **3. Hoofddoel: de voorzieningen en de zorg naar een voor Nederland aanvaardbaar niveau brengen.**

#### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen:**

De zorg naar een voor Nederland *aanvaardbaar* niveau brengen. En vervolgens: vermindering van de inzet van het Ministerie van VWS, totdat 'het lekker loopt'<sup>11</sup>. De verwachtingen die zijn ontstaan: 'Op de BES eilanden komt zorg van Nederlands niveau', een beeld dat vervolgens, vaak geïdealiseerd, een eigen leven ging leiden.

#### **b. Reëel doel?**

Indien getoetst aan de in Nederland gebruikelijke vertaling van verantwoorde zorg, dan is het hoofddoel een reëel doel, onder meer omdat de gangbare omschrijvingen rekening houden met de omgevingsmogelijkheden en andere reële beperkingen. Duidelijk is overigens dat dit hoofddoel niet in de twee jaar van 2010 tot 2012 gerealiseerd kon worden, daarvoor is die periode te kort.

Het gaandeweg ontstane doel om, na de aanloopperiode waarin de kaders opgezet moeten worden, meer op afstand te komen van het Ministerie van VWS is deels reëel maar deels ook niet. Gelet op de schaalgrootte, beperkte kennis en kleine populatie waaruit de nodige competenties geput moeten worden, is het niet reëel te veronderstellen dat het Ministerie van VWS op met Europees Nederland vergelijkbare afstand kan komen te staan. Er zal altijd door of vanwege het Ministerie van VWS ondersteuning nodig blijven.

#### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Het doel van verantwoorde zorg op alle zorggebieden is nog niet bereikt, maar de realisatie is wel goed op weg. Er zijn grote wezenlijke stappen gezet. De eerste tijd was er een groot gat tussen de in de aanvang gestelde doelen, verwachtingen, beelden, en datgene wat werd gerealiseerd in de beleving van de eilandbewoners. Gaandeweg is dit gat verkleind.

#### **d. Analyse**

Als we voortbouwen op de minimumcriteria zoals in Hoofdstuk 2 gesteld voor aanvaardbare zorg (oordeel bevolking, oordeel professionals, doelmatig geleverd) en bij gebreke van de nodige betrouwbare registraties, komen we tot het volgende beeld.

In het in november 2012 gepubliceerde Belevingsonderzoek<sup>12</sup> wordt geconcludeerd dat nu 56% van de bevolking tevreden is over de kwaliteit van zorg (tegenover 38% in 2011<sup>13</sup>, 14% is ontevreden (36% in 2011). Van de ondervraagden stelt 61% dat de medische zorg ten opzichte van de periode voor oktober 2010 is verbeterd (was 36%). Dat het slechter is dan vroeger, zegt 13% (was 37%). Positief gestemd over de ontwikkelingen van de gezondheidszorg naar de toekomst is 74% (was 60%). Somberheid leeft er slechts nog bij 6%. Het belevingsonderzoek geeft een positief beeld en bovenal een snel oplopende trend qua oordeel.

De geïnterviewde professionals geven het niveau gemiddeld een voldoende (alleen Sint Eustatius is nog wel zorgelijk).

In zoverre is het doel dus aardig bereikt.

De voorbereidingsperiode, tot 101010, was geen voorwerp van onderzoek. Wel is gebleken dat deze periode invloed heeft gehad op de beleving van de uitkomst van de periode tussen 101010 en najaar 2012. Daarbij gaat het met name om verwachtingen die zijn gewekt waar 'Nederland' nu nog steeds vaak aan wordt gehouden, of op z'n minst aan wordt herinnerd. In de aanvang zijn er over het te bereiken niveau wel uitspraken gedaan die nu als 'te enthousiast' zijn te kwalificeren. Ook met de wetenschap van 'toen'. Maar het was ook een bijna onmogelijke opgave gelet op de politieke omgeving en voortgang. In deze voorbereidingsperiode viel het Kabinet Balkenende IV, het was in de zomer van 2010 demissionair. Voorts werd in de voorbereiding de keuze voor een nieuwe staatkundige structuur door Bonaire weer ter discussie gesteld. In het licht van dit alles is er, bijna tegen de klippen op en in hoog tempo, veel gerealiseerd op weg naar verantwoorde zorg. Ook al in de voorbereidingsperiode naar 101010. Verreweg de meeste geïnterviewden zijn positief over hoe het nu gaat en over de grote verbeteringen die snel tot stand zijn gebracht, maar zijn kritisch over de weg er naar toe. Dit betreft dan zowel de voorbereidingsperiode als de periode na 101010.

Een belangrijk punt is de cultuurverschillen tussen de eilanden onderling en met Nederland. Dit wordt nogal eens onderschat. Op de eilanden voelt men zich vaak niet begrepen of gerespecteerd. Een kanttekening hierbij is: respect gaat wel twee kanten op. Voorts is er het beeld dat het op de eilanden nu 'zero tolerance' is ten aanzien van onvolkomenheden in de zorg. Er wordt door sommigen een perfecte wereld verwacht, althans dit wordt min of meer uitgesproken en verspreid. Waarbij de idee van wat perfect is niet eenduidig is. Een incident wordt vaak uitvergroot met als boodschap: dit is onverkwikkelijk, ontoelaatbaar, er moet alles aan gedaan worden om dit te voorkomen. Het door een aantal geïnterviewden uitgesproken beeld van zoals dat in Europa gaat of Nederland in het bijzonder is nogal eens bezijden de werkelijkheid.



Natuurlijk moet gestreefd worden naar 'optimale' kwaliteit in relatie tot doelmatige besteding van middelen, zowel inhoudelijk als ten aanzien van patiëntvriendelijkheid. Kwaliteitszorg, governance, professioneel klachtenmanagement en toezicht moeten ervoor zorgen dat deze tendens er is. Communicatie, uitstraling en dergelijke is cruciaal, op alle niveaus en via alle wegen. Het uitgangspunt hierbij zal moeten zijn: inhoudelijke kwaliteit zoals dat in Nederland aanvaardbaar wordt geacht. Vervolgens speelt 'het gemak', afgezet tegen de kosten, een belangrijke rol.

De bereikte resultaten kunnen beter worden 'verkocht'.

Een veel gehoord voorbeeld van onvolkomenheden in de zorg zijn taalproblemen. Met name in relatie tot uitzendingen naar Guadeloupe. Vooropgesteld: taal is cruciaal in de relatie arts-patiënt (hoewel vreemd genoeg juist dit argument nooit wordt genoemd). Intussen wordt er uitstekende zorg geboden en gaat het om minder dan 2% van het totaal aantal uitzendingen vanuit Caribisch Nederland. Dit neemt niet weg dat het voor een individu een groot probleem kan zijn.

## **e. Aanbevelingen**

In zijn algemeenheid:

Laat nu het stof neerdalen en de veranderingen zich inregelen. Consolideer wat er nu is ingezet en bouw dit in detail verder uit. Pleeg komende paar jaar geen grote, nieuwe interventies. De absorptiecapaciteit van zowel bevolking als de instellingen en zorgverleners is wel bereikt. Ga inzicht krijgen in wat er allemaal gebeurt (ook financieel) en wat de gewenste en ongewenste effecten zijn van de forse interventies. Maar houd de druk wel op de implementatie, laat het niet ontglippen. Want dan zakt het snel weer terug. Intensiveer de communicatie. Het is nog niet zo ver dat het 'uit zich zelf' 'lekker loopt'.

Het is wel nodig hier enige uitzonderingen op te maken. Op het gebied van de publieke gezondheidszorg, infectieziektepreventie en de GHOR is extra actie nodig. Ook de infrastructuur van zorg op met name Saba en Sint Eustatius behoeft verbetering, zoals de (nieuw)bouw van de twee medische centra.

Ook is het niet gelijk oplopen van de verbetering van de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg op Bonaire een aandachtspunt, evenals de opvolging van medisch specialistische zorg op de Bovenwinden, dus in feite vooral de situatie met betrekking tot Sint Maarten. Tenslotte moet de toekomst geborgd worden: verantwoorde zorg voor iedereen. In essentie is dit: continuïteit in kwaliteit en financiële middelen. Beide aspecten zijn nog niet geborgd c.q. 'in control'. Een aantal randvoorwaarden hiervoor

moet nog verbeterd worden en hebben prioriteit, zoals governance-aspecten, wetgeving, registratie van zorg (w.o. indicatoren en financiële parameters) en de inhoudelijke afstemming tussen de diverse professionals, waaronder indicatiestellingen, verwijzingen, rapportages. Behalve de professionele verantwoordelijkheid die zorgaanbieders hebben, het inspectietoezicht en de instellingsbestuurders, ligt hier een grote taak voor het Zorgverzekeringskantoor (ZVK). Dit behoeft de komende tijd dan nog wel ondersteuning in middelen, materieel en personeel.

Een vraag die regelmatig opkomt is: wanneer kan de betrokkenheid van het Ministerie van VWS verminderen? Zoals de minister voorjaar 2012 in antwoord aan de Tweede Kamer zei: 'als het lekker loopt'. Dit moment lijkt nog niet aangebroken, maar zou bij voortvarende aanpak vanuit het ZVK en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), gecombineerd met ondersteuning in strategie en planmatigheid ten aanzien van het zorgaanbod en de infrastructuur hiervoor (met name op de Bovenwinden) met twee jaar wel bereikt moeten kunnen worden.

Dit neemt niet weg dat er 'altijd' inzet vanuit Nederland nodig zal zijn. Er is eenvoudig te weinig expertise en 'kracht' om bijvoorbeeld een continue gekwalificeerde invulling van governanceorganen en specialistische kennis te borgen. Voor sommige functies blijven mensen dit idealiter een aantal jaar ter plaatse doen, maar het is niet reëel dit op veel posten te verwachten.

Tenslotte:

De afsluiting van deze eerste twee jaar na de transitie, gecombineerd met de objectief gezien toch overwegend positieve resultaten gelet op het tijdpad en het vertrekpunt, is wellicht een goed moment om dit te markeren en communicatief uit te dragen. Maar: met oog voor de problemen die er nog steeds zijn en die voor individuen een groot belang kunnen vertegenwoordigen.

Blijf dus veel aandacht schenken aan de communicatie: vertaal individuele probleem naar structurele problemen, pak deze doelmatig aan en behandel het individuele probleem intussen goed. Zo kan een positieve beeldvorming ontstaan: mond-tot-mondreclame is volgens deskundigen in Caraïbisch Nederland het meest effectief.

Hierna worden meer specifiek de diverse doelen uitgewerkt.

## **4. Voor iedereen toegankelijke goede zorg**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

De toegang tot goede zorg voor iedere burger van Carabisch Nederland garanderen door een zorgverzekering te realiseren.

Doelstelling was het aansprakenpakket van de zorgverzekering dusdanig samenstellen dat de bevolking in ieder geval niet zou inleveren ten opzichte van de situatie voor de transitie (Voor een overzicht van de situatie vóór de transitie zie Bijlage 10). Voorts niet per se hetzelfde als in Nederland: *"De inhoud daarvan kan afwijken van het Nederlandse pakket, als gevolg van verschillen tussen Nederland en de BES-eilanden in medische infrastructuur, gezondheidssituatie en de verzekeringsmarkt"*<sup>14</sup>. Het aansprakenpakket zou bijdragen aan een verbetering van de gezondheidstoestand op de eilanden. Het Ministerie van VWS beoogde een soepele transitie van de verzekering. Een procesdoel van het ministerie was dat *'De regelgeving rond 1 juli 2010 ter kennis wordt gebracht van het Nederlandse parlement. Dan is ook bekend welke aanspraken op zorg verzekerden krijgen.'*<sup>15</sup>

Het ZVK zou met ingang van 1 januari 2010 operationeel zijn. Op 1 augustus 2010 zou begonnen worden met de bouw van een adequaat IT-systeem zijn ter ondersteuning van de werkprocessen. Beoogd was dat op 1 oktober 2010 de contracten met hulpverleners (die aan de voorwaarden voldeden) zouden zijn gesloten.

### **b. Reëel doel?**

Gezien het gegeven proces van politieke besluitvorming (onder meer tijdens een periode waarin het kabinet viel en dus demissionair was) over de zorgverzekering en het aansprakenpakket bleek de doelstelling te optimistisch ingeschat voor de tijdsperiode waarin alles gerealiseerd diende te worden en met de beschikbare middelen.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Er is voor iedere ingezetene een zorgverzekering gegarandeerd waardoor eenieder gelijkkelijk toegang heeft tot zorg, met een breed pakket (zie onder). Grote groepen waren voordien onverzekerd. Bovendien krijgen zorgverleners thans beter en correcter betaald dan voorheen. Zij hoeven niet lang op hun geld te wachten (voorheen soms jaren). Het noodzakelijke ICT-systeem is er nog niet; dit wordt voorzien voor begin 2013.

---

## Aansprakenpakket zorgverzekering BES: verschillen met Nederlandse basispakket en voormalige pakketten BES

Op de volgende onderdelen wijkt het zorgaansprakenpakket BES af van de basisverzekering in Nederland en het oorspronkelijke aansprakenpakket van de SVB Sint Eustatius:

- *Huisartsenzorg*  
Met oog op het relatief hoge percentage chronisch zieken in Caribisch Nederland is de griepvaccinatie onderdeel van de huisartsenzorg en valt het griepvaccin onder de farmaceutische zorg.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: uitbreiding  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: uitbreiding
- *Paramedische zorg*  
In 2011 (overgangsjaar) worden de behandelingen vanaf de eerste vergoed. In Nederland worden de eerste twaalf behandelingen niet vergoed in het basispakket.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: uitbreiding  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: beperking  
Podotherapie en zolen maken vooralsnog deel uit van de aanspraak.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: uitbreiding  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: geen verandering  
Medische pedicure maakt ook deel uit van de aanspraken. Hier is voor gekozen met oog op de hoge frequentie diabetes en de daarbij behorende voetproblemen.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: uitbreiding  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: uitbreiding  
Chiropractie en ontharing vallen niet langer in het aansprakenpakket.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: eender  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: beperking
- *Tandheelkundige zorg*: Volwassenen kunnen aanspraak maken op een eenmalige sanering van het gebit, maar hebben verder geen recht op tandheelkundige zorg, tenzij de situatie zo erg is dat men dreigt het eigen gebit te verliezen. Hiervoor is gekozen in verband met de deplorabele toestand van de gebitten, aldus het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: uitbreiding  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: beperking
- *Farmaceutische zorg*: Verzekerden hebben uitsluitend recht op geneesmiddelen die vastgelegd in het formularium Caribisch Nederland, vastgesteld door het Zorgverzekeringskantoor BES.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: beperking  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: beperking  
'Over-the-counter' geneesmiddelen worden niet vergoed.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: eender

T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: beperking

- *Verloskundige hulp*: De zorgverzekering Caribisch Nederland vergoedt drie ligdagen in het ziekenhuis, tenzij op medische gronden een langer verblijf noodzakelijk is.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: beperking  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: eender
- *Kraamzorg*: Vrouwen hebben recht op aanspraak op het kraampakket en advisering door een lactatiekundige. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft hiervoor gekozen met oog op het terugdringen van de relatief hoge babysterfte.  
T.o.v. Nederlandse basispakket: uitbreiding  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: uitbreiding
- *Repatriëring overleden verzekerde*: Wanneer een verzekerde tijdens een medische uitzending komt te overlijden op een andere locatie dan het eiland waar hij woonachtig is, hebben nabestaande het recht op een vergoeding van de vervoerskosten van het stoffelijk overschot.
- *Langdurige zorg*: De aanspraak komt overeen met die ingevolge de Nederlandse AWBZ en de voormalige Antilliaanse Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten.
- *Medische uitzendingen*: Medische uitzendingen worden vergoed via de zorgverzekering. Deze regeling is noodzakelijk vanwege het beperkte zorgaanbod in Caribisch Nederland. Indien de leeftijd of gezondheidssituatie van een verzekerde dit vereist, vallen onder de vergoeding medische uitzending ook de reis- en verblijfkosten van een begeleider.
- *aanmeten en leveren brillen* Bij wijze van overgangsrecht is geregeld dat in het jaar 2011 aanspraak bestaat op: a.brillen en contactlenzen anders dan bedoeld in artikel 1.7.10, tot een bedrag van maximaal \$ 170 per twee kalenderjaren voor verzekerden vanaf 18 jaar, en van maximaal hetzelfde bedrag per kalenderjaar voor verzekerden jonger dan achttien jaar;  
T.o.v. Nederlandse basispakket: uitbreiding  
T.o.v. pakket SVB Sint Eustatius: uitbreiding

### **Wijziging aansprakenpakket Zorgverzekering BES t.o.v. 2011**

De belangrijkste wijzigingen in het aansprakenpakket 2012 ten opzichte van 2011 zijn als volgt: In de regeling voor 2012 is de zorgaanspraak omtrent zwangerschapsafbreking opgenomen, dit naar aanleiding van het inwerkingtreden van de Wet afbreking zwangerschap per oktober 2011. Ook voor vrouwen boven de twintig wordt de anticonceptiepil vergoed.

Het aantal te vergoeden in-vitrofertilisatiepogingen is teruggebracht van drie naar één.

De maximale bedragen die vergoed worden voor hoortoestellen zijn verhoogd, omdat de hoortoestellen fors duurder zijn dan de bedragen die in 2011 vergoed werden en het financiële draagvlak van de doelgroep beperkt is.

De duur van overgangsregeling voor het jaar 2011, is verlengd voor de periode van "zolang niet anders wordt bepaald".

#### **d. Analyse**

Het ZVK is daadwerkelijk per 1 januari 2011 gestart. Het ZVK moest van start met beperkte middelen, kwantitatief en kwalitatief, in een zeer krap tijdpad in een omgeving waarin mensen hooggespannen verwachtingen hadden. Bovendien bleek er onder meer geen zorgregistratie te zijn op de eilanden. Een hoog afbreukrisico dus. Daarbij komt dat de uitleg van de regels en het Zorgbesluit niet soepel verliep.

De contractering van zorgleveranciers is onder druk en vaak niet tijdig gerealiseerd. Hierdoor zijn kansen op het gebied van kwaliteitsverbetering gemist. Voorts waren en zijn er nogal wat onverwachte neveneffecten, 'kinderziektes' die lastig te verhelpen waren en veel tijd kostten.

Dat het toch gelukt is een zorgverzekering tot stand te brengen in uiteindelijk ruim een half jaar in de omstandigheden zoals beschreven en die zo fundamenteel anders zijn dan de vorige situatie verdient respect, ook al wordt het proces en soms de uitkomst niet door iedereen positief gewaardeerd.

#### **e. Aanbevelingen**

Zorg voor een *goede registratie* van de behandelingen: zowel met betrekking tot het volume, als de prijs en de kwaliteit.

*Contractmanagement*. In het algemeen: een analyse van de contracten en aanpassing ervan richting wat het Besluit eist is noodzakelijk. Heb behalve voor adequate volume- en tariefafspraken, ook nadrukkelijk aandacht voor de kwaliteit van de prestaties, waar mogelijk objectief beoordeelbaar, en de manier waarop men denkt de kwaliteit te gaan borgen. Onderhoud dit vervolgens in gedegen contractmanagement.

*Overweging aanspraken*. Bezie een aantal aanspraken van de zorgverzekering nogmaals met een kritische blik, zoals mondzorg (zie ook Hoofdstuk 21).

*Huis op orde*. Investeer op een planmatige wijze in het herstellen van het 'haastwerk'. Dit om de inhoud en uitvoering, zoals contracten (kwaliteit en financieel), ICT, logistiek, maar ook om de relatie met de omgeving.

*Relatiebeheer zorgverleners*. Verdiep de contacten met de verschillende zorgaanbieders en stel doelmatige plannen op voor de ontwikkeling van de zorg.

*Vergroot het kostenbewustzijn.* Denk na over een manier om het bewustzijn van zorgkosten te vergroten zodat verzekerden een duidelijker beeld hebben van wat zij nu betalen en wat de werkelijke kosten zijn.

*Zet communicatie als veranderinstrument* prominenter op de agenda. Er zou geen idee, project of product moeten worden voorgesteld en geïntroduceerd zonder dat duidelijk is hoe dit adequaat 'verkocht' gaat worden. Zet ook de huisartsen in om informatie over te brengen. Juist omdat burgers veel vertrouwen in hun huisarts hebben, de huisartsen de behoefte hebben meer betrokken te worden en mondelinge communicatie op de eilanden het beste aanslaat.

*Vier de bereikte doelen.* Het zou goed zijn om na een periode van twee jaar te laten zien waar we nu staan, wat er nog moet gebeuren en vooral wat er is bereikt.

## **5. Inrichting governance**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

Ontvlechting van de zorgaanbieders uit het openbaar bestuur c.q. eilandbestuur en omvorming tot stichtingen respectievelijk zelfstandig ondernemers: *"Om de transparantie van de zorg te verbeteren en een transparante verhouding tussen uitvoering, bestuur en toezicht te realiseren is gekozen voor het onderbrengen van de gezondheidsvoorzieningen op beide eilanden in stichtingen"*<sup>16</sup>. Opvolgende doel voor de ziekenhuizen en medische centra was integratie met de langdurige zorgstichtingen.

### **b. Reëel doel?**

De ontvlechting zelf wel. De fusering met de reeds bestaande private instellingen hing af van de bereidheid daartoe van die instellingen. Of die bereidheid er was, stond niet van te voren vast, in zoverre was het doel niet reëel.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

De zorgaanbieders zijn juridisch-bestuurlijk geprivatiseerd. De bedoelde integratie met de langdurige zorgstichtingen heeft echter op de Bovenwinden nog niet plaatsgevonden.

### **d. Analyse**

De consequentie van de privatisering was dat er opnieuw gecontracteerd diende te worden met het Zorgverzekeringskantoor. Dit was zelf in oprichting. Dit proces verliep moeizaam. De stichtingen zijn weliswaar geprivatiseerd, maar dit betekent nog niet dat zij nu volstrekt zelfstandig hun taken en de gestelde ambities kunnen realiseren. Het is lastig zo niet onmogelijk om duurzaam voldoende onafhankelijke bestuurs- en toezichtkracht te realiseren. Er is eenvoudig niet voldoende bestuurlijke kracht per eiland om duurzaam gekwalificeerd in de diverse portefeuilles te kunnen voorzien volgens de randvoorwaarden die de in Nederland geldende Zorgbrede Governancecode hieraan stelt. Qua governance zijn er dus nog stappen te zetten, voordat deze aansluit bij de in Nederland gangbare inrichting en praktijk. Dit is wel gewenst, nu de Nederlandse regering uiteindelijk verantwoordelijk is voor de uitkomst en governancewijze waarop die uitkomst wordt bereikt. In de aanbevelingen wordt hierop nader ingegaan.

### **e. Aanbevelingen**

Onderzoek de mogelijkheden tot verdere integratie van de diverse stichtingen. Hierdoor kan wellicht zodanige bestuurlijke schaal worden bereikt dat moderne governance-eisen



ook qua continuïteit van de gewenste expertise realistisch kunnen worden. Vul de governancestructuur verder in met als leidraad de zorgbrede governancecode 2010, maar met grote couleure locale zonder in te leveren op de governancecodeprincipes, maatschappelijke principes. Deze zijn in hoge mate universeel<sup>17</sup>. Dit betekent in ieder geval zuiverheid in scheiding tussen bestuur en toezicht. Transparantie in besluitvorming en dat maar één belang wordt gediend: het organisatiebelang resp. het maatschappelijk belang. Afstemming in de combinatie van verantwoordelijkheid, taken, bevoegdheden. Compliancemanagement. Analoog aan de aanpak t.a.v. kritische situaties in Nederland kan het, eventueel tijdelijk, zinvol zijn om een toezichthouder namens het Rijk in de RvT op te nemen. De belangen zijn immers in deze opbouwfase voor zowel bevolking als voor de Rijksoverheid groot<sup>18</sup>; de stap naar: "ze zijn nu geprivatiseerd dus moeten ze het ook zelf regelen" is voor de kortere termijn te groot. Dit moge bijvoorbeeld blijken uit de trage voortgang van bouwplannen en de zeer hoge CAO-stijgingen die zijn afgesproken. Stel eenvoudige, to the point en niet overgereguleerde governancestukken op.

Bezie op vergelijkbare wijze de mogelijkheden tot instelling van een centrale klachtencommissie en eventuele andere commissies die op basis van bijvoorbeeld governance of kwaliteit nodig zijn.

Bied hands on ondersteuning om dit en andere bestuursvraagstukken te adresseren. Dit vraagt kennelijk meer 'doen' dan advisering. Anderzijds zullen de stichtingen moeten accepteren dat de governance eisen die in Europees Nederland ook gelden in Caribisch Nederland.

Behalve intern toezicht maakt ook extern toezicht deel uit van een compleet governancesysteem. De Inspectie c.q. het Rijkstoezicht als zodanig maakte geen deel uit van het onderzoek; uit het onderzoek kunnen echter wel enkele aanbevelingen worden afgeleid:

- Bezie het wettelijk instrumentarium, met name het tuchtrecht, en pas dit zo nodig aan. Het instrumentarium moet wel geplaatst worden in het perspectief van de kleinschaligheid c.q. het beperkte aanbod aan zorgverleners: voor de bevolking is er vaak geen alternatief als een praktijk wordt gesloten.
- Ontwikkel een basaal indicatorensysteem, eventueel tezamen met het ZVK. Qua informatie zouden de belangen in principe grotendeels gelijk moeten zijn. Een dergelijk systeem behoeft natuurlijk niet zo uitgebreid te zijn als in Nederland; de schaal- en steekproefomvang past hier niet in, maar er kan betrekkelijk eenvoudig meer georganiseerd worden dan wat er nu is.

## **6. Financiering en bekostiging**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

Beheersing van de kosten van de gezondheidszorg in Caribisch Nederland is van begin af een doelstelling geweest. Verwachting was dat de totale kosten ongeveer € 11 miljoen euro zouden zijn. Dit bedrag was gebaseerd op het voorzieningenniveau van Curaçao rond 2008 (het zogenaamde Havermanskader). In werkelijkheid bleek het te gaan om orde van grootte van (bij begin van de transitieperiode) € 45 miljoen euro.

### **b. Reëel doel?**

Beheersing van de kosten van de gezondheidszorg in Carabisch Nederland is een reëel doel. De aanvankelijke kostenschatting van 11 miljoen euro was niet reëel omdat niet werd uitgegaan van een voor Nederland aanvaardbaar voorzieningen- of zorgniveau. Betrouwbare gegevens ontbraken. Er werd immers nauwelijks geregistreerd.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Het doel is nog niet binnen de periode 2010-2012 bereikt.

### **d. Analyse**

Kostenbeheersing begint nu op hoofdlijnen, mogelijk omdat het ZVK meer gegevens opbouwt. Als het ICT-systeem van het ZVK in 2013 gaat functioneren zal het ZVK sneller meer inzicht kunnen krijgen in de kosten als noodzakelijke voorwaarde voor kostenbeheersing.

### **e. Aanbevelingen**

Voor de nabije toekomst is het zaak degelijk grip te krijgen op de uitgaven. Duidelijk moet worden dat dit staat tegenover de inkomsten en de geleverde outcome. Nu de financiële crisis voorlopig niet van de baan is en er grote bezuinigingen van Europees Nederlandse zijde op stapel staan, is het van belang de zaken aan beide zijden van de oceaan in balans te houden en dit ook over het voetlicht te brengen. Hier lijken goede mogelijkheden voor te zijn, zonder dat direct een onaanvaardbaar kwaliteitsniveau ontstaat in vergelijking met relevante Nederlandse parameters. Een noodzakelijke voorwaarde voor het grip krijgen op de uitgaven is een goede basisregistratie van de zorg, zie ook hoofdstuk 4.

Gelet op de positie in het kader van governance en de zorgverzekering is het nu primair aan het samenspel van zorgaanbieders en het ZVK om kosten te sturen, zie ook de aanbevelingen bij hoofdstuk 4.

## **7. Infrastructuur**

### **a. Doelstellingen, toezeggingen en verwachtingen**

In de doelstellingen is een 'boost' geven aan de organisatie en de voorzieningen van de infrastructuur. Een speerpunt om verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod mogelijk te maken.

Op basis van de zgn. MLTP – of De Brouwerrapporten<sup>19</sup> werden 26 projecten (zie Bijlage 3) geprioriteerd met als doel snel een flinke impuls te leveren aan de verbetering van het zorgaanbod. Bijlage 4. geeft een overzicht van 'hoe het was'. Deze 26 projecten werden als primair aan te pakken zaken binnen het MLTP overeengekomen<sup>20</sup> tussen Nederland en de eilandsbesturen. Uiterlijk 2012 (de zogenoemde korte termijn) zouden ze moeten zijn gerealiseerd. In de meeste projecten zitten infrastructurele elementen.

### **b. Reëel doel**

Niet op die termijn. In minder dan twee jaar kan nieuwbouw niet worden gepland en opgeleverd. Zeker niet als hierbij de gewenste governanceverhoudingen in ogenschouw worden genomen: na de privatisering was het immers niet meer primair aan het Ministerie van VWS om diverse doelen en projecten te realiseren.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Dit is een wat lastig te beantwoorden vraag in zijn algemeenheid. De precieze inhoud van de 26 projecten is onduidelijk; geen van de geïnterviewden kon hier iets over zeggen. Ook uit de schriftelijke stukken is niet duidelijk geworden wanneer wat door wie zou moeten worden opgeleverd, hoe dat gerealiseerd zou worden, tegen welke kosten, hoe concreet te financieren enz.. Voor zover bekend is er geen enkel concreet projectplan expliciet gekoppeld aan de 26 projecten. Dit wil niet zeggen dat er niets in deze thema's is gebeurd. Het Ministerie van VWS deed een aantal belangrijke beoogde investeringen zoals de aanschaf van ambulances. Het hielp onroerende zaken aan te kopen in het kader van de privatisering; dit is natuurlijk ook een voorwaarde om te investeren op weg naar verantwoorde zorg en hierin de eigen verantwoordelijkheid als bestuurder resp. zorgverlener ten volle te kunnen waarmaken. In zoverre zijn doelstellingen gehaald.

#### *Laboratoria*

Enkele jaren geleden is op Bonaire een laboratorium gerealiseerd in een nieuwe accommodatie, vanuit een overheids-NV, al vóór de transitie. Het laboratorium levert de klinische chemie, immunologie etc. zodanig dat ca. 90% van de aangevraagde tests uitgevoerd kunnen worden.

Het lab wil geheel volgens de Nederlandse standaarden werken, o.a. via SKML-certificering. Er is een aantal prikposten op het eiland. Men is bezig ook microbiologie te realiseren, in samenwerking met de jumelage. De verwachting van het lab is dat binnen twee jaar geen tests meer in Curaçao te hoeven worden uitgevoerd.

Dit is ook nodig (volgens een advies van de Gezondheidsraad) om vaccinatieprogramma's adequaat te kunnen uitvoeren. De laboratoria dan wel de samenwerkingsverbanden zouden daar nu nog niet toe geëquipeerd zijn<sup>21</sup>.

De pathologie gaat nu nog naar Curaçao, maar daar wordt vaak maanden over gedaan. Opzet is nu de pathologie in Nederland te laten doen (VU/AMC). Gelet op de bijna dagelijkse vluchten tussen Amsterdam en Bonaire zal dit vele malen sneller zijn dan de huidige route. Hier wordt reeds mee geëxperimenteerd. Het lab is, op instigatie van VWS in verband met de kleinschaligheid, overgegaan naar Fundashon Mariadal.

#### **d. Analyse**

In de formele afspraken over o.a. het MLTP werd een 'disclaimer', als voorbehoud/kanttekening, opgenomen. Gesteld werd dat de realisatie afhankelijk was van financiën, adaptatievermogen, beschikbare kennis e.d.. De betrokkenen lijken zich deze kanttekening niet meer te herinneren: vaak verwijzen zij ongeclausuleerd naar 'wat er allemaal zou gebeuren'. Ofwel: de 26 projecten waren in de optiek van veel lokale bestuurders een resultaatsverplichting. De realisatie hiervan werd echter nog diverse malen in diverse bewoordingen 'toegezegd'. Dit leidde tot verwachtingen; de 'disclaimer' lijkt deze verwachtingen niet te hebben beïnvloed. In het algemeen: er is vaak discussie geweest over wat er nu zou gaan gebeuren en wanneer. Een enkele keer werd in interviews bijv. ook het bestaan van een formeel akkoord, met instemming van het eilandbestuur, over het MLTP c.q. de 26 projecten niet meer herinnerd. Echter, in de besluitenlijst van het bestuurlijk overleg van 18 juni 2008<sup>22</sup> wordt gesteld: "*Het plan zal het spoorboekje vormen voor noodzakelijke veranderingen en verbeteringen op het terrein van de volksgezondheid, de zorg en de geneeskundige rampenbestrijding tijdens de komende jaren*".

Ondanks dat het niet de primaire verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS was, heeft het ministerie op een aantal onderwerpen gefaciliteerd. Zo gaf het flinke impulsen (inzet van de GGD Den Haag) aan de publieke gezondheidszorg (primair de verantwoordelijkheid van het eilandbestuur). Voorts trok het Novadic-Kentron aan ten behoeve van de GGZ/verslavingszorg (2012) en stimuleerde het de medisch specialistische zorg via de jumelage en uitzendingen.

## **e. Aanbevelingen**

De opbouw van de infrastructuur is de verantwoordelijkheid van 'het veld'. In zoverre zijn aanbevelingen voor VWS niet meer aan de orde. Ten finale geldt wel de eindaanspreekbaarheid van VWS als bijv. de afwezigheid van voortvarendheid bij de verbetering van infrastructuur leidt tot onverkwikkelijke situaties op het gebied van kwaliteit of kosten. Zie hiervoor Hoofdstuk 5 (governance). T.a.v. specifieke situaties op het gebied van infrastructuur komen aanbevelingen in andere hoofdstukken aan de orde.

## **8. Abortus**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

Voorafgaand aan de transitie werden ten aanzien van abortus (en euthanasie) weliswaar geen doelstellingen geformuleerd, maar door een amendement van de Tweede Kamer heeft dit toch aandacht gekregen. Het Kabinet heeft besloten gevolg te geven aan de wens van de Kamer om binnen een jaar na transitiedatum de wet te implementeren. Ter uitvoering wil het Ministerie van VWS zwangerschapsvoorlichting voor vrouwen ondersteunen<sup>23</sup>.

### **b. Reëel doel?**

Voor Bonaire wel. Hier is door de schaalgrootte en de aanwezigheid van het ziekenhuis reëel kans om aan de formele eisen te voldoen en verantwoorde zorg te verlenen. Op Sint Eustatius en Saba is niet reëel. Zie ook Bijlage 9. voor de vroegere situatie.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Op Bonaire is aan de voorwaarden voor verantwoorde abortushulpverlening voldaan. Voor Saba en Sint Eustatius geldt dit nog niet.

### **d. Analyse**

Met de inwerkingtreding van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) en de vergunningaanvraag van Fundashon Mariadal is de toegang tot veilige en betaalbare abortushulpverlening op Bonaire een feit.

Op Saba en Sint Eustatius is men nog steeds aangewezen op de (dure, onveilige en ongecontroleerde) abortushulpverlening op Sint Maarten. De overheid van Sint Maarten werkt aan de legalisering van abortus, maar of en wanneer dit in werking gaat treden is onduidelijk<sup>24</sup>.

### **e. Aanbevelingen**

Blijf de ontwikkelingen op Sint Maarten monitoren en blijf in gesprek met de overheid aldaar.

## **9. Euthanasie**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

Voorafgaand aan de transitie werden ten aanzien van euthanasie weliswaar geen doelstellingen geformuleerd, maar door een amendement van de Tweede Kamer heeft dit toch aandacht gekregen. Het Kabinet wilde dan ook de eisen vanuit het amendement: twee jaar na de transitiedatum is de wet geïmplementeerd, implementeren. Het kabinet had geen euthanasiedoelstellingen geformuleerd. Wel wilde ze de eisen vanuit het amendement implementeren: twee jaar na transitiedatum is de wet geïmplementeerd.

### **b. Reëel doel?**

Niet voor Saba en Sint Eustatius, onder meer door de cultuur en de kleinschaligheid van de eilanden. Hierdoor is het bijna onmogelijk alle procedurele betrokkenen (zoals SCEN-artsen en lijkschouwers) binnen ieder eiland afzonderlijk te vinden, dan wel binnen een jaar in combinatie met de omgeving te realiseren. Zie ook Bijlage 9. voor de vroegere situatie.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Op Bonaire is euthanasie in voldoende mate geregeld. Op Saba en Sint Eustatius nog niet.

### **d. Analyse**

Euthanasie verdient, net als abortus, een aparte plaats in de evaluatie. Niet zo zeer omdat dit nu een omvangrijk onderwerp is in aantallen of op financieel gebied, maar omdat dit bij amendement door de Tweede Kamer als prioriteit is bepaald. Het onderwerp staat dus in een bijzondere belangstelling van de politiek en bij degenen die 'er iets mee moeten'. De procedure maakt het hebben van een onafhankelijk (SCEN-opgeleide) arts, een lijkschouwer, een toetsingscommissie en een 'college van procureurs-generaal' nodig. De wet is nog niet volledig geïmplementeerd op alle eilanden. Dit is in dit kader ook niet realistisch door de lastige invulling van een aantal formele eisen, zoals voldoende SCEN-artsen en schouwartsen, gevoegd bij de matige acceptatie op de eilanden Saba en Sint Eustatius van het fenomeen euthanasie. Er zijn ook niet veel (huis)-artsen die het willen uitvoeren.

## **e. Aanbevelingen**

Het belangrijkste advies dat geïnterviewden geven is: push niet teveel. Maak er geen groot issue van. Er bestaat volgens sommige geïnterviewden angst bij delen van de bevolking dat de gezondheidszorg niet meer veilig is. Deze gevoelens kunnen worden weggenomen door voorlichting te geven aan professionals en de bevolking.

Euthanasie wordt als groot afbreukrisico gezien voor zorgverleners en voor bestuurders: vertrouwen in de hulpverleners kan onder druk komen te staan. Het onderwerp is van geheel andere aard dan abortus.

Voor een deel kunnen de problemen m.b.t. euthanasie worden weggenomen door meer aandacht te besteden aan palliatieve sedatie en pijnbestrijding. Op dit vlak is veel in bij- en nascholing nodig. Hier is ook interesse voor.



## **10. Acute zorg en spoedvervoer Caribisch Nederland**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

In het bestuurlijk overleg van november 2008 werd het volgende afgesproken:

*'Voor het vervoer van acute zorg (levensbedreigende situaties) zal een 7x24 uurs voorziening gerealiseerd worden. Daarbij zullen ook afspraken gemaakt worden voor de opvang van deze patiënten elders<sup>25</sup>. Voor toegankelijke, tijdige en adequate acute zorg moeten het medisch spoedvervoer, de eerste hulp en de huisartsenpost op orde zijn. Eén van de grootste uitdagingen op de eilanden van Caribisch Nederland is het regelen van een goed spoedvervoer tussen de kleine en grote eilanden<sup>26</sup>. Bijlage 5. geeft een overzicht van hoe het was.*

### **b. Reëel doel?**

Als de realisatie van 'voor alle eilanden een 7x24-uurs vervoersvoorziening voor levensbedreigende situaties' letterlijk wordt genomen, is dit met name voor de Bovenwinden niet altijd haalbaar. Het doel (of de hieruit afgeleide verwachting) dat iemand voor de volle 100 procent *altijd* tijdig weg kan en naar een adequate vervolgekliniek gaat is een illusie. Alleen al door de reistijd en de soms sterk wisselende weersomstandigheden die vliegverkeer soms onmogelijk maken. Wordt bedoeld dat voor de overgrote meerderheid van de noodzakelijke gevallen een tijdige vervoersvoorziening voorhanden is, dan kan het doel reëel worden genoemd.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Het doel is bereikt in die zin dat voldoende vervoersmiddelen zowel over land als via de lucht aanwezig zijn.

### **d. Analyse.**

Eén van de 26 projecten uit het MLTP-rapport van De Brouwer was het verbeteren van het spoedeisend vervoer op de drie eilanden. Hiervoor zijn vier activiteiten opgesteld:

- De aankoop van vijf ambulances (één voor Saba, twee voor Sint Eustatius en drie voor Bonaire).
- Het opleiden van ambulancechauffeurs en ambulanceverpleegkundigen.
- Het opzetten van periodiek onderhoud van de ambulances en medische uitrusting.
- De bouw van de stallingen van de ambulances.

Er is een goede helikopter aanwezig met mogelijkheden voor evacuaties bij levensbedreigende situaties. Het Ministerie van VWS heeft zorggedragen voor het realiseren van nachtverlichting op Saba zodat de helikopter 's nachts kan landen. Eén van de contra-indicaties voor luchtvervoer van een acute patiënt is dat deze persoon niet stabiel is<sup>27</sup>. Daar de eilanden aangewezen zijn op spoedvervoer via de lucht is het stabiliseren van patiënten essentieel. De juiste apparatuur en adequaat geschoold personeel is hiervoor een voorwaarde. Voorbeelden hiervan komen hieronder aan bod.

Op alle eilanden is ondersteuning geboden aan Spoedeisende Medisch Hulpverleners (opleiding, protocolontwikkeling). De nieuwe ambulances zijn operationeel. In 2013 zal op Bonaire de CT-scan in gebruik worden genomen. Samen met echo- en röntgenapparatuur is dan de meeste diagnostische apparatuur aanwezig voor spoedeisende situaties. Ook is een dedicated medisch jetvliegtuig besteld, volledig nieuw ingericht als air-ambulance voor spoedvervoer van ernstige patiënten op Bonaire. Deze is echter nog niet operationeel (toestel is beschikbaar, maar de noodzakelijke luchtvaartvergunningen nog niet) maar zal, als dat wel het geval is, naar verwachting veel tijdswinst opleveren voor ernstig zieke patiënten.

De huisartsen op Bonaire, Saba en Sint Eustatius spelen een belangrijk rol in de organisatie van veilige en toegankelijke acute medische zorg. Uit onderzoek door de inspectie voor de Gezondheidszorg<sup>28</sup> naar de huisartsenzorg blijkt echter dat hier nog winst in te behalen is, bijv. door het gereed hebben van een adequaat instrumentarium voor spoedgevallen.

Om de overbelasting van de spoedeisende hulp te verminderen is op Bonaire een huisartsenpost opgezet die vanaf 1 oktober 2011 functioneert voor hulp in de avond, de nacht en het weekend. Deze huisartsenpost ligt tegenover het ziekenhuis en is gevestigd in één van de huisartsenpraktijken op het eiland. De post krijgt erg veel patiënten; de indruk is dat de patiëntenstromen naar de huisarts overdag, de SEH en de huisartsenpost nog niet optimaal verlopen. Mogelijk hebben bekostigingssystemen hier een invloed.

De stichtingen op Sint Eustatius en Saba zijn contractpartner van de spoedvervoeraanbieders; dit is gelet op de verhoudingen geen optimale situatie. Met de ziekenhuizen in Colombia en Guadeloupe zijn er afspraken gemaakt over de opvang van acute patiënten.

## **e. Aanbevelingen**

Borg de scholing van het personeel van de ambulancediensten. Continuïteit is hierbij van groot belang. Omdat er gewerkt is met de systematiek van 'train de trainer', is het essentieel dat de kennis van het huidige personeel op alle drie de eilanden up to date blijft.

Versterk de keten rondom eerste hulp. Zo dienen alle huisartsen een adequate dokterstas te hebben voor het verlenen van eerste hulp en geldt voor Bonaire dat de samenwerking tussen huisartsen, eerstehulp en huisartsenpost geoptimaliseerd, ook qua kennis, moet worden.

Zorg op alle drie de eilanden voor voldoende mogelijkheden om patiënten voor luchtvervoer te stabiliseren. Investeer in de mogelijkheden voor de opvang van acute patiënten op Saba en Sint Eustatius<sup>29</sup>.

Houd rekening met het feit en communiceer dat het wonen op de eilanden met zich meebrengt dat de acute zorg nooit dusdanig geoptimaliseerd zal kunnen worden dat het vergelijkbaar wordt met het leven in urbaan gebied in Nederland. Ook op bijv. Vlieland duurt het langer voordat een acute patiënt in het ziekenhuis op de vaste wal aankomt. Er zal altijd een aantal mensen zijn dat overlijdt in een spoedsituatie, aangezien iemand soms binnen 3 uur geopereerd moet kunnen worden. Dat wordt niet gehaald omdat zij naar Colombia moeten vliegen. Dit is de consequentie van het wonen op zo'n eiland. Zo is vaatchirurgie op de eilanden bijvoorbeeld niet mogelijk, terwijl er wel een bevolking met dit soort problemen is. Communiceer dus duidelijk wat redelijkerwijs verwacht kan worden en wat niet.

Voor overige specifieke aanbevelingen over de inrichting van het medisch spoedvervoer per lucht op Saba en Sint Eustatius (zoals scholing piloten, uitval helikopter, voorwaarden medische apparatuur), zie het IGZ rapport van juni 2012.

## **11. Bonaire: Huisartsenzorg**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

In de nieuwe structuur was een doel de huisartsen te verzelfstandigen ('privatiseren'). Dit werd in de aanloop naar de transitie gekoppeld aan de bouw van zorgcentra. In het middellange termijnplan van De Brouwer is de bouw van acht nieuwe praktijkaccommodaties opgenomen als één van de 26 hoofdprojecten<sup>30</sup>. Eind 2009 beschreef ook Commissaris Kamp de privatisering van de huisartsenzorg als één van de 26 projecten in zijn voortgangsrapportage<sup>31</sup>. Over nieuwbouw van praktijkaccommodaties schreef Kamp niets. Ook in latere stukken vanuit het Ministerie van VWS werd hier niet meer over gesproken. Wanneer en waarom deze nieuwbouwplannen van de agenda zijn verdwenen is niet duidelijk geworden; in het begeleidingstraject van de huisartsen op weg naar privatisering (men heeft zich laten begeleiden door een externe adviseur) zijn kennelijk andere keuzes gemaakt.

### **b. Doel reëel?**

Ten aanzien van de privatisering wel. De nieuwbouw bleek binnen een tijdsfad van twee jaar een brug te ver (of niet meer gewenst).

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

De privatisering is tot stand gebracht, overigens met wisselende tevredenheid onder de huisartsen. Dit gaat om bijv. het verwachte inkomen en de consequenties van ondernemerschap versus de voormalige dienstverbandstatus bij het eilandbestuur.

### **d. Analyse**

Waarschijnlijk vooral door de tijdsdruk zijn er geen goede afspraken gemaakt op het gebied van borging en verbetering van kwaliteit bij de contractering door het ZVK. Er is geen systematische bij- en nascholing c.q. borging van de kwaliteit opgezet. De staatkundige verandering was een goed moment geweest om systematisch eisen aan bij/nascholing te stellen. Ook omdat er geen systeem is zoals in Nederland, een BIG-register met alle bijbehorende eisen. Het ZVK had in 2010 geen officiële informatie over de kwaliteit van huisartsen die zij moesten gaan contracteren. Het ZVK heeft hierbij nauwelijks tot geen aandacht besteed aan systematische kwaliteitssturing. Dit is zij op grond van de wetgeving wel verplicht<sup>32</sup>. Bij het afsluiten van de nieuwe zorgcontracten zou het mogelijk zijn geweest hierin de verplichting tot deskundigheidsbevordering op te nemen. In juni 2012 heeft de IGZ de beroepsvereniging van huisartsen op Bonaire aanbevolen een richtlijn te ontwikkelen die accreditatiepunten geeft voor bij/nascholing.

Deze punten zouden dan in het eigen registratiesysteem opgenomen dienen te worden en gekoppeld moeten zijn aan het vergunningssysteem<sup>33</sup>.

Ook de IT-voorzieningen zijn nog niet adequaat, bijvoorbeeld met betrekking tot een huisartseninformatiesysteem, waarin de administratie van patiënten (die kunnen bij meerdere huisartsen ingeschreven staan, dus ook een dubbele diagnostiek, medicatie enz. krijgen) deel van uitmaakt. Dit zijn echter primair zaken voor de zorgverlener en evt. het ZVK en eventueel de IGZ (die er eisen aan kunnen stellen).

In 2010 is een aanzet gedaan om tot een uniform patiënten informatiesysteem te komen. Er is een pilotgroep opgezet en er zou met een soort huisartseninformatiesysteem (HIS) worden geëxperimenteerd. Implementatie van dit systeem bleek voor Bonaire qua kosten niet realistisch.

Wat de huisartsen van de privatisering verwachtten verschilt per persoon. Sommigen stelden dat hen is verteld dat het inkomensniveau van de huisarts hetzelfde zou zijn als dat van een Nederlandse huisarts. Hiertegenover staat de stelling dat hen is toegezegd dat men er door de transitie niet in inkomen op achteruit zou gaan.

### **e. Aanbevelingen**

In de huidige bestuurlijke verhoudingen zijn er geen aanbevelingen voor VWS anders dan eventueel faciliteren van de acties van het ZVK en aanpassing van de wetgeving zodat deze meer in overeenstemming komt met de Wet BIG. Als het gaat om kwaliteit heeft de IGZ uiteraard een rol. Voor het overige zijn de aanbevelingen primair gericht aan de zorgverlener zelf en het ZVK:

Aansluiting digitalisering op de eerstelijns. Inzet van Telemedicine/e-health. Sluit alle huisartsen aan op hetzelfde elektronische systeem voor patiëntendossiers als het systeem dat Fundashon Mariadal gaat hanteren.

Onderzoek in hoeverre de huisartsen nog moeite hebben met hun nieuwe rol van zelfstandig ondernemer en ondersteun zo nodig. Dit is ten voordele van iedereen.

Verhinder het shoppen van de patiënt c.q. het ingeschreven zijn bij meerdere huisartsen.

Stimuleer de ontwikkeling van een accreditatiesysteem en koppel dit aan de zorgcontracten. Verstrek nieuwe vestigingsvergunning uitsluitend aan artsen die een aantoonbare huisartsenopleiding hebben gevolgd<sup>34</sup> en de bij/nascholing volgen.

## **12. Bonaire: Ziekenhuis, medisch specialistische zorg**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

In de aanloop naar 101010 is gesteld<sup>35</sup> dat het de bedoeling is zo veel mogelijk behandelingen op Bonaire uit te voeren en daardoor het aantal medische uitzendingen zoveel mogelijk te beperken. Zoals ook in het MLTP gesignaleerd is een beeld gecreëerd dat gestreefd moet worden naar het ombuigen van 80 procent van de uitzendingen, om zo naast kwaliteitsverbetering een kostenbesparing te bewerkstelligen. Ook door de gezant van VWS werd deze orde van grootte (70 – 80 % vermindering) genoemd<sup>36</sup>. Welk getal dan ook: in ieder geval diende een zeer forse duurzame verandering plaats te gaan vinden t.a.v. waar medisch specialistische diagnostiek en behandeling diende te gaan plaatsvinden.

### **b. Reëel doel?**

Ja. Het genoemde percentage moet echter meer als een richting worden gezien dan als concreet hard doel: de meetbaarheid en dus evalueerbaarheid is derhalve beperkt.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Ja. Op het voorgestelde moment waren er zes basisspecialismen. Er wordt nu aanzienlijk meer zorg op het eiland geleverd. Voor een belangrijk deel is dit terug te voeren op de zgn. jumelage, een overeenkomst tot het leveren van medisch specialistische (en andere medische of verpleegkundige) inzet, tussen Fundashon Mariadal en AMC/VUMC.

#### *Jumelage: achtergrond, doelstelling en resultaat*

Omdat de jumelage een cruciaal onderdeel is van de ontwikkeling van de medische zorg op de eilanden, wordt hier enige bijzondere aandacht aan besteed.

De idee was dat door de jumelage onder andere de basisspecialistische zorg wordt geregeld en dat deze op contractbasis door Fundashon Mariadal kan worden ingekocht. „Het gaat om de specialismen interne geneeskunde, chirurgie, anesthesie, gynaecologie, kindergeneeskunde en psychiatrie. De verwachting is dat nog voor eind 2010 de eerste medisch specialist als kwartiermaker in het ziekenhuis werkzaam kan zijn en dat in de loop van 2011 de andere specialisten geleidelijk beschikbaar komen.”<sup>37</sup>

De jumelage is in formele stukken in eerste instantie gebracht als instrument om de kwaliteit van zorg en de patiëntgerichtheid te verbeteren. Kostenbesparing tegenover de uitzendingen is in de vroegere fasen op weg naar de transitie niet als belangrijk argument genoemd. Maar intern heeft dit uiteraard wel een rol gespeeld. Logischerwijs kan verwacht worden dat een doel is dat het totale pakket aan medisch specialistische zorg beter en goedkoper zou worden bij het meer op het eiland zelf doen. In februari 2012 werd de jumelage nu wel als instrument voor kostenbesparing ten opzichte van de medische uitzendingen genoemd: *“In de afweging van uitzendingen tegen het plaatsen van een specialisme, speelt de vraag een rol of het plaatsen van een specialisme goedkoper is. Als dat het geval is, kiezen wij daarvoor. Als er echter te weinig patiënten zijn om het specialisme er kwalitatief goed overeind te houden, kiezen wij daar niet voor”*.<sup>38</sup>

Hiernaast waren er verwachtingen t.a.v. de gunstige effecten op het overige personeel, zoals in scholing en op de organisatie: de bouw van afdelingen voor de toekomst.<sup>39</sup>

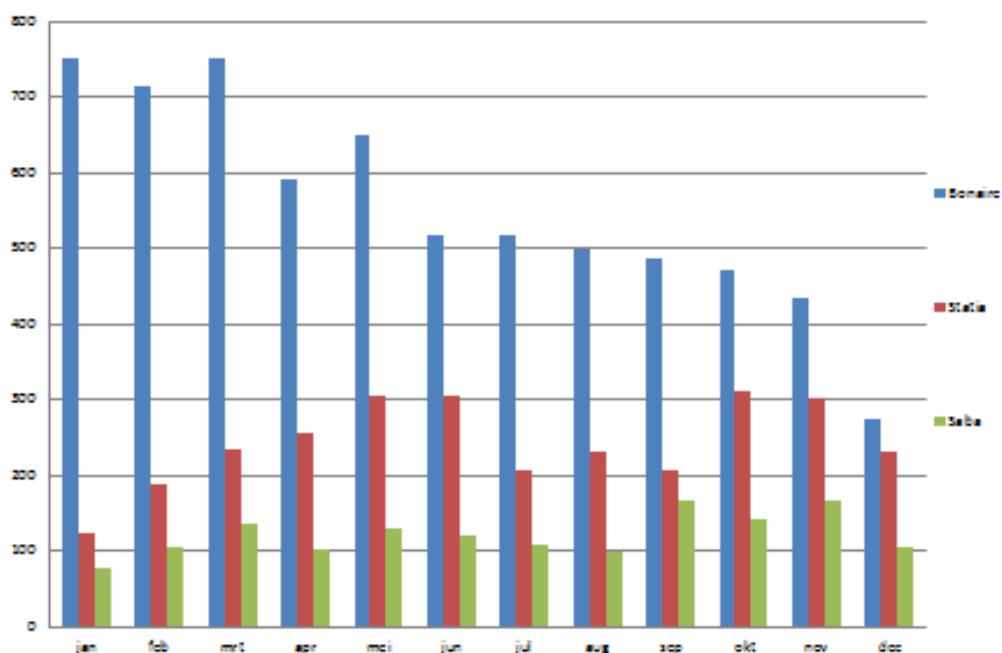
De jumelage tussen Fundashon Mariadal en het VU/AMC is eind 2010 opgezet. Een half jaar later, in de zomer van 2011 waren de toegezegde zes specialisten aan het werk. Inmiddels zijn ook andere specialisten en verpleegkundigen via de jumelage aan het werk voor Fundashon Mariadal, in totaal nu 16 personen. De precieze samenstelling van deze groep wisselt. Naast de zes basisspecialismen zijn er een cardioloog, een nefroloog, een AIO interne-nefrologie en 6 gespecialiseerde verpleegkundigen aan het werk<sup>40</sup>.

Sinds de komst van de specialisten loopt het grootste gedeelte van de medische uitzendingen via specialisten in het ziekenhuis; huisartsen verwijzen patiënten niet langer direct door naar Curaçao of Colombia. Door deze aanpak zijn de verwijzingen gericht en meer medisch onderbouwd. Dit betekent dat de medische uitzendingen doelmatiger en efficiënter geworden zijn (dit geldt overigens niet per se voor de verwijzingen via de visiterende specialisten). Door de uitbreiding van het medisch specialistisch aanbod is het voor huisartsen echter ook laagdrempeliger geworden patiënten te verwijzen naar een specialist. Hierdoor wordt er relatief veel 'huisartsenzorg' door medisch specialisten gerealiseerd. Kortom: de afstemming tussen huisarts en specialist is nog niet optimaal, noch vanuit inhoudelijk perspectief, noch vanuit doelmatigheid.

De duur van de periode dat specialisten uit de jumelage op Bonaire werken is verschillend en loopt uiteen van een kleine twee maanden tot meer dan een jaar. Wat de ideale minimumperiode is, is niet duidelijk: de meningen van de bevroegden lopen uiteen. Veelal wordt drie maanden als de absolute minimumperiode van verblijf gezien. Het is duidelijk dat het voor artsen niet zomaar instappen is: het duurt enige tijd voordat ze zijn ingewerkt en het reilen en zeilen van het ziekenhuis en de eilandcultuur hebben leren kennen.

Voor een toelichting van het aantal uitzendingen, zie Bijlage 6.; hieronder wordt een overzicht gegeven van de verdeling van de uitzendingen en de ontwikkeling in 2011.

### Medische uitzendingen per eiland - 2011



Hierbij valt op dat het aantal uitzendingen vanaf Bonaire in 2011 fors is gedaald, maar dat die van de Bovenwindse eilanden niet wezenlijk is veranderd.

#### **d. Analyse**

De afspraken (de jumelage) met VU/MC en AMC wordt als een succes beschouwd: er is een substantiële verbetering in de kwaliteit en continuïteit van medische zorg gerealiseerd, met als neveneffect dat de noodzaak tot medische uitzending sterk is afgenomen. De afstemming tussen huisartsen en medisch specialisten behoeft nog verbetering. Ook de infrastructuur kan beter om het optimale uit de jumelage te halen. Zie verder de toelichting over de jumelage hierboven.

Dialyse patiënten behoeven niet langer met het vliegtuig voor dialyse naar Curaçao, maar worden state of the art op Bonaire zelf gedialyseerd. Een groot deel van de patiënten kan nu voor behandeling op Bonaire blijven en behoeft niet langer (met begeleiders) te worden uitgezonden. De kwaliteit van de super specialismen in Colombia en op Guadeloupe is ten opzichte van de voordien verstrekte zorg sterk verbeterd.

Of sprake is van ca. 80 procent is niet helemaal duidelijk: er zijn geen betrouwbare gegevens over de periode voorafgaand aan de transitie. Maar alles wijst er op dat er een stevige beweging is ingezet in het verminderen van het aantal medische uitzendingen en het realiseren van veel meer kwalitatief verantwoorde zorg op het eiland. Alleen al door de realisatie van dialyse op Bonaire is een groot aantal uitzendingen niet meer nodig geweest.

#### **e. Aanbevelingen**

De minister heeft toegezegd<sup>41</sup> dat de afspraken met de ziekenhuizen in Colombia en Guadeloupe zullen worden geëvalueerd, waarbij steeds zal worden gekeken of zij de beste arrangementen bieden. Voer deze evaluatie systematisch, onafhankelijk en op korte termijn uit. Houd de formele afspraken met Colombia c.q. Coomeva (de Colombiaanse tussenpersoon) tegen het licht en vergelijk deze met wat er werkelijk gebeurt. Dan kan ook worden gezien waar doelmatigheidswinsten zijn te behalen en klachten van patiënten en verwijzers kunnen worden opgelost. Hiertoe lijken goede mogelijkheden.

Analyseer de relatie met Guadeloupe en 'zit er bovenop' om deze te verbeteren en het contract te handhaven (hoewel dit primair aan het ZVK zou zijn, is er op ministerieel niveau een overeenkomst gesloten met de Franse regering). Doe dit zodanig dat verwijzers actief participeren in de relatie en er een meer teamachtige constructie ontstaat.



Regel duidelijkheid over juridische posities en verantwoordelijkheden met betrekking tot de uitzendingen van de verwijzers en behandelaars in Colombia en Guadeloupe.

Monitor de kosten en aanpak van het totale, integrale, aanbod van medisch specialistische zorg, incl. de uitzendingen, vanuit Fundashon Mariadal en stuur deze zo nodig bij.

Meer praktisch is een aantal suggesties gedaan door de geïnterviewden die de inzet van de jumelage kunnen verbeteren in de zin van meer rendement. Dit is verder aan het ziekenhuis.

*Ten aanzien van de uitzendingen (ook voor Sint Eustatius en Saba):*

Benoem iemand die, in samenwerking met Coomeva, de Colombialijn vanuit Bonaire 'managed'. Er bezoeken veel bestuurders en ook professionals de ziekenhuizen in Colombia, maar intussen wordt er geklaagd over overdracht, afstemming, duur en allerlei logistieke problemen. Dit rechtvaardigt een centraal aanspreekpunt, evt. tijdelijk, die de verbinding kan maken tussen de organisatiekant en de zorginhoudelijke problematiek.

Onderzoek nader de tendensen en verschillen in de uitzendingen. Bezie bijv. hoe het mogelijk is dat het aantal medische uitzendingen vanuit Saba lijkt toe te nemen, terwijl het aantal medische uitzendingen vanuit Sint Eustatius vrij constant is.

Ga na hoe het komt dat er grote verschillen per eiland zijn in het percentage van de medische uitzendingen waarin een begeleider meegaat (Saba 39%, Bonaire 22%, Sint Eustatius 14%) en of er op het gebied van doelmatigheid betere protocollen voor te schrijven zijn. Zo kan bijv. betrekkelijk eenvoudig onderzocht worden of de totale reisduur naar Colombia zich logisch verhoudt tot de indicatiestelling en welke verrichtingen er daadwerkelijk uitgevoerd zijn. Dit gelet op de klachten dat patiënten ook voor kleinere ingrepen daar wel erg lang blijven. Hier zijn voldoende referenties voor.

Hiernaast wordt aanbevolen om te proberen bij de ziekenhuizen specialisten benoemd te krijgen die voor de specialisten in Caribisch Nederland een vast, *peer to peer*, aanspreekpunt zijn. Dit zou met name voor de grotere, algemene, vakken zoals interne en heelkunde, handig en efficiënt zijn.

Stel een duidelijk overzicht op naar welke specialistische zorg op Curaçao wel of niet verwezen mag worden en handhaaf dit. Als deze sturing niet mogelijk is, maak dan, in overleg met de IGZ, duidelijk dat de verwijzer o.a. tuchtrechtelijk aanspreekbaar is als patiënten willens en wetens naar inferieure kwaliteit worden doorverwezen terwijl er een evident uitstekend alternatief is.

Zorg ervoor dat de indicatiecommissie minimaal twee personen als gezicht hebben.

Uiteindelijk verleent het ZVK, als instituut, toestemming aan patiënten voor een bepaalde

behandeling en mag dit niet gekoppeld zijn aan personen. Zorg ervoor dat in het proces van toestemming rondom medische uitzendingen helder blijft waar de verantwoordelijkheid van een ieder ligt.

## **13. Sint Eustatius en Saba: Huisartsenzorg**

Vooropgesteld: Sint Eustatius en Saba worden vaak in één adem genoemd en ook nu onder één kopje beschreven. Dit neemt niet weg dat het hier om zeer verschillende eilanden gaat, zowel qua cultuur, als ten aanzien van de gezondheidszorg. Dat deze twee eilanden voor de huisartsenzorg en medisch specialistische zorg gezamenlijk worden behandeld komt door de, op dit abstractieniveau, grote overeenkomsten in problematiek, die zich sterk onderscheidt van die van Bonaire.

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen:**

De huisartsenzorg is de eerste schakel in de zorgketen. De patiënten moet ervan kunnen uitgaan dat de huisarts de beste en veiligst mogelijke zorg biedt en dat hij, wanneer specialistische zorg nodig is, tijdig verwijst naar een tweedelijns centrum<sup>42</sup>. Hiermee is de basisnorm voor huisartsenzorg gegeven.

Voor de eerstelijnszorg op Sint Eustatius en Saba zijn in de aanloopfase naar 10 oktober 2010 nauwelijks specifieke doelstellingen benoemd of toezeggingen gedaan. Wel is in de periode 2008 – 2009 de privatisering van de medische centra in gang gezet. Het beoogde samengaan van het medisch centrum met de ouderenzorg, in combinatie met renovatie en nieuwbouw, moest leiden tot het ontstaan van multifunctionele zorgcentra<sup>43</sup>.

### **b. Reëel doel?**

De overheid was afhankelijk van de bereidheid van private instellingen om mee te werken. Ook hier geldt dat het traject van planning tot oplevering bij renovatie en nieuwbouw van de multifunctionele zorgcentra meer dan twee jaar duurt.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Sint Eustatius: ondanks een interventie van de IGZ en enkele investeringen wordt de kwaliteit van curatieve zorg op het eiland nog steeds als ondermaats beschouwd.

Saba: de realisatie van de beoogde renovatie of nieuwbouw verloopt traag. De kwaliteit van de eerstelijns zorg lijkt redelijk adequaat (in tegenstelling tot Bonaire en Sint Eustatius heeft de IGZ de situatie op Saba nog niet beoordeeld).

### **d. Analyse**

Door de ontvlechting uit het eilandbestuur van Sint Eustatius worden de stichtingen die hieruit zijn voortgekomen in feite beschouwd als rechtsopvolgers. Het Ministerie van VWS heeft toegezegd te bezien hoe bij financieringsproblemen van bouw of nieuwbouw de

stichtingen kunnen worden ondersteund<sup>44</sup>. Hierbij is nadrukkelijk gesteld dat de overheid niet garant zal staan voor banken en/of financiers<sup>45</sup>.

Voor de eerstelijnszorg op Saba zijn in de aanloopfase naar 10 oktober 2010 nauwelijks specifieke toezeggingen gedaan. Wel is in de periode 2008 – 2009 de privatisering van de medische centra in gang gezet. Voor Saba is vanuit Nederland een plan opgesteld is voor de privatisering van het medisch centrum en de ouderenzorg. Deze twee organisaties zouden samen opgaan in de Saba Health Care Foundation. Dit plan bevatte, naast de privatisering, een aantal doelstellingen voor de korte termijn, zoals training en opleiding van het personeel in de nieuwe organisatie, versterking van de medisch specialistische functie, het upgraden van de medische apparatuur en de inventaris en het bewerkstelligen van een kwaliteitsimpuls<sup>46</sup>.

Zowel op Saba als Sint Eustatius zou het samengaan van de ziekenhuizen met de ouderenzorg, in combinatie met renovatie en nieuwbouw, leiden tot het ontstaan van multifunctionele zorgcentra<sup>47</sup>. Ook het MLTP geeft aanbevelingen voor de fysieke voorzieningen voor de eerstelijnszorg op Saba: uitbreiding van de ziekenhuisvleugel voor spreek-, werk-, onderzoek-, en behandelkamers met wachtruimte(n) en upgradering van de bestaande situatie.

## **e. Aanbevelingen**

Sint Eustatius: VWS wordt aanbevolen zich met Sint Eustatius enige tijd intensiever te bemoeien en het eiland hands on te ondersteunen. Hierboven is een aantal onderwerpen benoemd. Zie voorts de opmerkingen die in het kader van governance zijn gemaakt. Tevens zal een intensief toezicht vanuit de IGZ nog enige tijd nodig zijn en is intensieve bemoeienis van het ZVK nodig.

Saba: het Ministerie van VWS zou meer hands on kunnen ondersteunen bijvoorbeeld bij strategieontwikkeling, de bouw van het zorgcentrum, etc. Het heeft dit wel aangeboden. Het is dan ook aan het stichtingsbestuur om dit in samenwerking met het ZVK op te pakken. Zie voorts de onder de governanceparagraaf gemaakte opmerkingen.

Zowel Saba als Sint Eustatius vragen ingrijpende (ver-)bouwtrajecten. Dit vereist deskundigheid en ervaring, *Countervailing power* tegenover de diverse belanghebbenden, bouwers en financiers. De huidige organisatie maakt het qua bestuur en toezicht niet aannemelijk dat op voorhand vast staat dat de voor de stichting en bevolking meest optimale oplossing tegen redelijke kosten wordt gerealiseerd. Nog afgezien van de nodige kennis en ervaring ten aanzien van de bouw, ICT, etc, worden dergelijke ambities ook niet zomaar naast een full time uitvoerende taak gerealiseerd. Er zijn door het

Ministerie van VWS weliswaar oplossingen aangedragen, maar hiervan lijkt voornamelijk weinig - geen gebruik te zijn gemaakt. Gelet op de uiteindelijke verantwoordelijkheden voor het Ministerie van VWS, wordt geadviseerd in de opzet van deze trajecten actiever te ondersteunen en hands on, beleidsmatig en/of bestuurlijk, hulp te bieden.

*Sint Eustatius:*

Moet veel aan gebeuren. Hoge prioriteit, met ondersteuning voor financiering, programma van eisen, bouwbegeleiding, aanbesteding etc. Mogelijkheden scheppen zodat er meer visiterende specialisten kunnen komen en deze kwalitatief verantwoord en doelmatig kunnen werken hoeven niet op complete verbouw/nieuwbouw te wachten.

Bezie de mogelijkheden voor het opzetten van een gezamenlijke klachtencommissie van de Saba Health Care Foundation (SHFC) en de Queen Beatrix Medical Center (evt. i.s.m. Fundashon Mariadal). Door deze klachtencommissie gezamenlijk op te zetten is het eenvoudiger om geschikte mensen te vinden en wordt de onafhankelijkheid van de commissie vergroot.

Zolang er geen systeem van accreditatie is, dient (naast het reguliere toezicht van de inspectie) het QBMC de kwaliteit van huisartsen te borgen, onder andere door bij- en nascholing verplicht te stellen. Dit is 'gewoon management'.

Het QBMC zou een HIS en/of EPD-systeem moeten aanschaffen, dit komt de efficiëntie van de artsen, de communicatie met medisch specialisten en de veiligheid van patiënten ten goede. Bezie in het kader van efficiëntie tevens of er gebruik gemaakt kan worden van telemedicine/e-health.

Onderzoek de mogelijkheden voor het aannemen van een praktijkondersteuner.

*Saba infrastructuur*

Hier moet nog het nodige aan gebeuren. Zo wordt sinds een aantal jaren gesproken over een gevaarlijke situatie met betrekking tot de elektriciteit. Dergelijke omvangrijke verbeteringen zijn nog niet (voldoende) gerealiseerd. Gedegen veranderingen in de infrastructuur hebben hoge prioriteit, met ondersteuning voor beleid, strategie, financiering, programma van eisen, bouwbegeleiding, aanbesteding etc. In dit kader ook voorzieningen scheppen die het mogelijk maken dat er meer visiterende specialisten komen.

## **14. Sint Eustatius en Saba: medisch specialistische zorg en uitzendingen**

Op Bonaire, Saba en Sint Eustatius is niet alle noodzakelijke medisch specialistische zorg aanwezig. Daarom worden mensen 'uitgezonden' naar ziekenhuizen in andere landen.

Er wordt bij verwijzingen van een van de BES-eilanden af in het algemeen gesproken over 'medische uitzendingen'. In het geval van Sint Eustatius en Saba is dat strikt genomen niet correct: het gaat hier om een gewone verwijzing naar de tweede lijn, de medisch specialistische zorg. Omdat deze niet op de eilanden zelf aanwezig is, gaan bewoners die deze zorg nodig hebben, naar het buureiland. Althans dat is de ideale situatie. Een medische uitzending is dan een verwijzing die niet in de dichtstbij zijnde medisch specialistische zorg geboden kan worden.

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

Onderdeel van de toezegging is dat verzekerden toegang tot goede zorg krijgen. Vermindering van het aantal uitzendingen is uiteraard ook bij Sint Eustatius en Saba van toepassing, maar minder realistisch dan bij Bonaire. Een grote verandering is hier dan ook nog niet zichtbaar. Zie ook Hoofdstuk 13 en Bijlage 6.

### **b. Reëel doel?**

Zoals al ten aanzien van de infrastructuur is gesteld (zie hoofdstuk 8), was een aantal van deze doelstellingen niet reëel.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Ten aanzien van Sint Eustatius en Saba lagen de verwachtingen en doelstellingen hoger dan wat er is gerealiseerd. Zo is er nog geen multifunctioneel zorgcentrum ontwikkeld door het samengaan van de ziekenhuizen met de ouderenzorg, in combinatie met renovatie en nieuwbouw.

Oorzaken zijn hiervoor aangegeven. Of het aantal uitzendingen is gedaald, is niet goed vast te stellen bij gebrek aan gegevens van voor de transitie. Het is de vraag of dit bij Sint Eustatius en Saba wel een reële verwachting is: er zijn hier zeer beperkte mogelijkheden om meer specialistische zorg op het eigen eiland te realiseren. Tenslotte is de belangrijkste doelstelling: kwaliteit van zorg naar een voor Nederland aanvaardbaar niveau nog niet behaald.

## **d. Aanbevelingen**

Medisch specialistische zorg voor Sint Eustatius en Saba is afhankelijk van wat er op het eiland zelf aan medische zorg kan worden geboden in termen van kwaliteit en infrastructuur van de eerste lijnszorg en van de infrastructuur om visiterende specialisten zinvol consulten te kunnen doen. Voor aanbevelingen ten aanzien van die infrastructuur zie hoofdstuk 14.

Voor eilanden als Saba en Sint Eustatius zal een medisch centrum niet veel meer kunnen zijn dan wat in Nederland een centrum voor de anderhalfde lijn zou worden genoemd<sup>48</sup>, met redelijkerwijs zoveel als mogelijk mogelijkheden tot stabilisatie bij meer ernstige problematiek, waarna de patiënt kan worden vervoerd. Voor een dergelijk centrum behoeven de centra renovatie en enige aanvullende diagnostiek en ondersteunende infrastructuur. Dit laatste betreft bijv. digitalisering van diagnostiek, waardoor elders meegekeken kan worden. Maar ook meer faciliteiten voor visiterende medisch specialisten. Overigens wordt door 'ontvangende' specialisten wel gesteld dat er zowel op Saba als Sint Eustatius meer zelf gedaan kan worden op dit vlak, zo nodig met enige bijscholing.

## **15. Langdurige en ouderenzorg Caribisch Nederland**

Langdurige en ouderenzorg worden in discussies over Caribisch Nederland vaak samen genomen. Dit is op zich niet juist: langdurige zorg kan ook jongeren omvatten en ouderenzorg betreft in beginsel niet-zieke mensen. Op de eilanden zijn de faciliteiten echter vaak geïntegreerd en is het verschil niet zo duidelijk gemaakt. Dit geldt ook voor de bekostiging.

De stichtingen voor langdurige zorg/ouderenzorg die voorkomen uit kerk en charitas bestonden reeds lang voor 2010. Dit in tegenstelling tot de pas opgericht cure-stichtingen die recent uit het openbaar bestuur werden gehaald.

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

Het behalen van schaalvoordelen (bijvoorbeeld bij de inzet van medewerkers, het gebruik van een keuken en andere facilitaire functies) door de reeds bestaande stichtingen voor langdurige zorg/ouderenzorg te fuseren met de nieuw opgerichte private cure-stichtingen en dit waar mogelijk ook fysiek in één gebouw vorm te geven<sup>49</sup>.

### **b. Reëel doel?**

Door verschillende factoren (zie d. analyse) is het doel achteraf gezien te hoog gegrepen.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

De dagopvang van ouderen op Sint Eustatius is opgeknapt en van een overdekking voorzien<sup>50</sup>. Op Bonaire is niet geïnvesteerd in de langdurige zorg/ouderenzorg in de periode tot oktober 2010; hierna wel. Om het tekort aan faciliteiten voor dagopvang en verzorgd wonen van ouderen in hun eigen wijk op te vangen wordt momenteel in Rincon een grootschalig project 'Cocari' opgezet: plannen voor de bouw van een multifunctioneel Zorg en Diensten Centrum voor ouderen.

### **d. Analyse**

De langdurige zorg/ouderenzorg heeft minder prioriteit gekregen dan andere terreinen van zorg, waarschijnlijk omdat deze min of meer als acceptabel werd beoordeeld. Zie ook Bijlage 8. Er was dan ook geen reden om met grote urgentie de doelstellingen te realiseren met uitzondering van enige bouwkundige verbeteringen. In het MLTP wordt gesteld dat voor Bonaire een capaciteitsuitbreiding van twaalf plaatsen voor de dagopvang voor ouderen nodig is en nieuwbouw van 24 zorg-aanleunwoningen voor ouderen. Deze zouden uiterlijk in 2012 moeten zijn gerealiseerd.



Op Sint Eustatius zouden aanleunwoningen moeten worden gerealiseerd en de verpleeginstellingen verbeterd. Deze projecten (met uitzondering van de aanleunwoningen) moeten in die visie tezamen met het ziekenhuis en het Centrum voor Jeugd en Gezin op één locatie worden gerealiseerd. Voor Saba moeten aanleunwoningen worden gerealiseerd en de verpleeginstellingen verbeterd. Ook voor Saba werd gesteld dat deze projecten (met uitzondering van de aanleunwoningen) tezamen met het ziekenhuis en het Centrum voor Jeugd en Gezin op één locatie moeten worden gerealiseerd.

Gegeven de lage prioritering van de (bouw)doelstellingen zoals het MLTP die formuleerde voor de korte termijn (2012), is feitelijk tot dusver vrijwel niets gerealiseerd. Dit geldt ook voor de benodigde integratie van de stichtingen.

Hierbij past een kanttekening. De begrote bedragen waren gebaseerd op het doel dat alles op één locatie zou worden gerealiseerd. Dit wordt thans als feitelijk onmogelijk gezien. Het beeld is dat het niet ernstig is dat de doelen nog niet zijn gerealiseerd; de kwaliteit van zorg en de voorzieningen kunnen weliswaar altijd beter, maar worden niet als slecht beoordeeld.

Het Ministerie van VWS constateerde dat de voortgang niet groot was en de noodzaak onduidelijk. Voorjaar 2012 liet het de situatie en wat realistisch gewenst is op het gebied van ouderenzorg op de drie eilanden door middel van een onderzoek in kaart brengen<sup>51</sup>.

## **e. Aanbevelingen**

De onderzoeksrapporten uit voorjaar 2012<sup>52</sup> geven een aantal concrete aanbevelingen, waarnaar hier wordt verwezen.

Enkele kernsuggesties:

Bezie voor Bonaire in hoeverre ouderenopvang en verzorgd wonen ook op andere locaties dan Rincon beter georganiseerd kan gaan worden.

Realiseer voor Saba op korte termijn een provisorische dagopvang voor ouderen stel daarvoor (financiële) middelen ter beschikking tot dat totale verbouwing van het Medical Center en Home gereed is. Met een ontwikkeling naar wijkgerichte zorg zal naar verwachting de nu bestaande capaciteit van 20 bedden voor ouderenzorg zowel voor "verzorgd wonen" als voor intramuraal verblijven in een verbouwd Home voor de komende jaren voldoende zijn.

Ontwikkel voor Sint Eustatius beleid dat moet leiden tot een goede samenhang van wonen, welzijn, opvang en zorg voor ouderen.

Breng voldoende inzet en het niveau van de verpleegkundigen en verzorgden op peil.

### **Gehandicaptenzorg.**

Vaak verbonden aan langdurige zorg wordt de gehandicaptenzorg gezien.

Tijdens het bestuursoverleg op 20 november 2008 is vastgelegd dat gehandicaptenzorg bijzondere aandacht zou krijgen vanwege de achterstanden op deze terreinen<sup>53</sup>.

Geïnterviewden stelden dat het Ministerie van VWS in de transitieperiode heeft aangegeven dat er budget beschikbaar gemaakt zou worden voor de gehandicaptenzorg. Omdat hiervoor geen specifieke doelen zijn gesteld wordt hier verder geen specifieke aandacht aan geschonken. Er is geïnvesteerd in voorzieningen, met name op Bonaire. De achterstanden zijn echter nog niet weg gewerkt. Er is enig budget voor ter beschikking gesteld.

## 16. Geneesmiddelen

### a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen

Het terugdringen van de kosten van geneesmiddelen en de verbetering van de beschikbaarheid en de toegankelijkheid was één van de doelstellingen van het Ministerie van VWS<sup>54</sup>.

### b. Reëel doel?

Ja, want het doel kon via wet- en regelgeving grotendeels worden afgedwongen. Ook kon er een eenvoudige logistieke lijn met Nederland worden gerealiseerd, qua inkoop en qua transport.

### c. Doel bereikt, welke resultaten?

De verschillende maatregelen die werden genomen om het doel te bereiken waren onder andere het opheffen van gedwongen winkelnering van apothekers bij agentschappen die van het land De Nederlandse Antillen een vergunning hadden gekregen. Door inkoop van geneesmiddelen bij andere groothandels, zoals in Nederland, mogelijk te maken zouden de kosten aanzienlijk naar beneden kunnen worden gebracht. Daarnaast zijn de tarieven voor de apothekers verlaagd en worden vaker generieke medicijnen in plaats van specialité's voorgeschreven.

De kosten van geneesmiddelen zijn langs deze weg terug gedrongen en de trend van dalende prijzen is nog niet beëindigd. Dit geldt ook voor over- the- counter medicatie. Tegelijkertijd is de kwaliteit van zorg niet slechter geworden, integendeel, door een strak actueel en evidence based formularium te hanteren neemt de 'over all' kwaliteit toe. De toegankelijkheid/beschikbaarheid is geborgd door kanalisering van de inkoop. Ten behoeve van dit alles is in hoog tempo de nodige wet- en regelgeving geïmplementeerd, is de integratie van de apotheken in de ziekenhuizen gefaciliteerd en dergelijke.

### d. Analyse

Er zijn incidenteel wel wat twijfels ten aanzien van sommige geneesmiddelen in het Formularium. Deze zijn wellicht onnodig duur of toch niet voor iedereen geschikt. Voorts is de acceptatie van generieken als vervanging van specialité's nog een (afnemend) probleem. Men vertrouwt het nog niet altijd.

Er is ook nog een probleem ten aanzien van de geneesmiddelen die artsen voorschrijven in de ziekenhuizen in Caribisch Frankrijk en in mindere mate in Colombia. Dit is een jaar na toezegging nog niet opgelost.

Aandacht blijft nodig om het reduceren van de medicijnkosten én het vertrouwen in de voorgeschreven medicatie hand in hand te laten gaan.

Er is nog geen sluitend systeem dat garandeert dat patiënten precies datgene krijgen wat nodig is, niet minder maar ook niet meer. Ook zijn er twijfels over de kwaliteit van het voorschrijfbeleid; deze is niet overal even 'gepast'. Een genoemd punt van zorg is bijv. het (te) ruimhartige antibioticabeleid.

### **e. Aanbevelingen**

Maak ook met de nog niet overgenomen apotheken in Caribisch Nederland goede afspraken (of sluit er geen contract mee af), centraliseer de inkoop en realiseer volumekortingen (waaronder tariefkorting voor intramurale instellingen) bij de exporteurs dan wel producenten.

Breng in kaart waar de problemen zitten rondom het voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen tijdens de medische uitzendingen. Een oplossing kan zijn tijdelijk de probleemgeneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking te laten komen, evt. onder voorwaarden inzake levering door bepaalde apotheek en voor een vastgesteld tarief.

Stimuleer het Farmaco Therapeutisch Overleg als belangrijk instrument op weg naar een professionele beheersing van de farmaceutische therapie. In dit kader past ook de inzet van een project "Doelmatig voorschrijven" incl. antibioticabeleid.

Breng de ICT-ondersteuning in de geneesmiddelenketen (met betrokkenheid van apotheek, huisartsen en medisch specialisten c.q. ziekenhuis) snel tot volle wasdom. Dit vermijdt fouten en zorgrisico's voor de patiënt en kan de basis zijn voor feedback richting voorschrijvers. Dit kan gekoppeld worden aan wat gedeclareerd wordt. Zo kunnen dubbele voorschrijvingen en declaraties die strijdig zijn met een contract, geneesmiddelenlijst en/of dubbel zijn, worden voorkomen.

Actualiseer het Formularium Caribisch Nederland regelmatig en systematisch en betrek hierbij de voorschrijvers en medisch specialisten.

Informeer bevolking en voorschrijvers nogmaals over het verschil tussen generieke medicijnen en specialité's en het feit dat OTC-medicijnen vaak zelfs goedkoper zijn dan in Nederland. Het gevormde beeld hierover correspondeert niet met de werkelijkheid.

Zorg op Saba en Sint Eustatius voor het meeleveren van een vertaalde bijsluiter die in ieder geval op hoofdpunten in het Engels is.

## **17. Verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)**

Zowel psychiatrie als verslavingszorg is van begin af aan een van de grote speerpunten geweest die snel verbetering zouden behoeven. De doelen waren sterk op infrastructuurverbeteringen gericht, op randvoorwaarden dus. In eerste instantie waren geen concrete doelen gesteld over kwaliteit van zorg.

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

Bestuurlijk vastgestelde doelstellingen en/of door 'bestuur' verspreide informatie waren: een vaste psychiater op Bonaire en verslavingszorg en psychiatrie zijn verantwoordelijkheden voor het Ministerie van VWS. Hiernaast werden verwachtingen gewekt door uitspraken als: *'er mag straks geen psychiatrisch patiënt het eigen eiland meer af'*<sup>55</sup>. Voor de vroegere situatie zie Bijlage 7.

### **b. Reëel doel?**

De stelling: *'er mag straks geen psychiatrische patiënt het eigen eiland meer af'* is in zijn absolute vorm geen realistische. Voor Bonaire is dit al lastig te bewerkstelligen, maar voor Saba en Sint Eustatius niet waar te maken. Er zullen bij deze schaal en fysieke en personele beperkingen altijd patiënten van het eiland af moeten en 'uitgezonden' moeten worden. Zo absoluut zal de stelling waarschijnlijk niet bedoeld zijn, maar er wordt wel een beeld gegeven, een verwachting gewekt.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

De verslavingszorg en de GGZ zijn in feite in 2012 opgezet. Hoewel de ontwikkeling pas is ingezet, is vergeleken met de situatie voordien, reeds sprake van een grote verbetering. De zorg is professioneler en wordt grotendeels op de eilanden zelf geleverd.

### **d. Analyse.**

Op de drie eilanden is de problematiek rond psychiatrie en verslavingszorg groot en complex. Dit is in de aanloop naar 101010 diverse malen onderkend en tot een speerpunt benoemd. De problemen betreffen de organisatie van de zorg (waaronder de juridische randvoorwaarden), de aanwezigheid van adequaat personeel en de nodige infrastructuur, zowel ten behoeve van acute als klinische en forensische zorg. Voorts brengt uiteraard de specifieke cultuur, die per eiland verschillend is, en verbinding met lokale maatschappelijke problematiek moeilijkheden met zich mee.

Lokaal ontbrak de nodige kennis en doorzettingsmacht om grote stappen te zetten. Na enige tijd is via het Ministerie van VWS de Nederlandse verslavingszorginstelling Novadic-

Kentron betrokken om de GGZ/verslavingszorg integraal op de rails te zetten. Zij zijn in het voorjaar van 2012 gestart. Er is een stichting opgericht van waaruit de zorg wordt gecoördineerd. Er is een groot draagvlak voor deze aanpak. De psychiatrie wordt voorts vanuit de jumelage en visiterend 'gevoed'.

Er zijn echter ook hindernissen. Belemmeringen zijn er onder meer ten aanzien van de praktische en juridische opvang van acute patiënten buiten het eiland, de cultuur en de terugkeer na behandeling. Ook werd als punt van kritiek de gemankeerde afstemming tussen de diverse ministeries genoemd, onder andere inzake forensische patiënten. Inmiddels is een project geaccordeerd om deze afstemming duurzaam te regelen.

Er is nog geen absolute garantie op verantwoorde zorg. Wel zijn belangrijke randvoorwaardelijke stappen gezet, met name door de betrokkenheid van Novadic-Kentron.

### **e. Aanbevelingen**

Volg de ingezette weg met de hulp van Novadic-Kentron. Hierdoor kan de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg zeker verbeteren. De doelmatigheid van de aanpak kan te zijner tijd eigenlijk alleen beoordeeld worden in een breder maatschappelijk perspectief. Zoals vaker in de zorg maar zeker ook bij psychiatrie/verslavingszorg worden baten van de zorg vaak elders gerealiseerd en zichtbaar.

Ga het niet 'Nederlands' organiseren (waarmee wordt bedoeld: ga niet te veel doorspecialiseren); zet vooral generalisten in.

Verbeter op korte termijn de materiele en personele opvang voor acute patiënten op Saba en Sint Eustatius. Een aandachtspunt is de rol en betrokkenheid van de huisartsen: 'verlies' hen niet.

Een update van de Krankzinnigenwetgeving lijkt gewenst (zonder zover door te reguleren als de Wet BOPZ voorstaat), waarbij tevens naar de verschillende juridische mogelijkheden in de verschillende landen moet worden gekeken.

## **18. Publieke gezondheidszorg**

Publieke gezondheidszorg wordt in de Wet publieke gezondheid (Wpg) omschreven als de *'gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten'*<sup>56</sup>. De publieke gezondheidszorg bestaat uit collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg.

### **a. Doelstellingen, toezeggingen en verwachtingen**

In het Bestuursakkoord van 20 november 2008<sup>57</sup> is besloten dat *'er aandacht zal zijn voor een verdere ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg/ GGD en eilandelijke preventietaken op het gebied van volksgezondheid.'* Ook werd afgesproken dat in 2009 in kaart zou worden gebracht wat nodig zou zijn om de taken van de openbare lichamen op het terrein van de volksgezondheid (met name *public health* en GGD-taken) na de transitie adequaat te kunnen uitvoeren (menskracht, deskundigheid en middelen). Op 20 november 2008 is tevens vastgelegd<sup>58</sup> dat de verplichte *International Health Regulations* worden geïmplementeerd in de regelgeving en dat er een *sub-focal point* op Curaçao wordt opgericht. In de begroting van het Ministerie van VWS is voor het jaar 2009 een bedrag gereserveerd voor de oprichting hiervan.

Begin 2010 heeft het Ministerie van VWS de bestuurscolleges van Saba, Sint Eustatius en Bonaire toegezegd te zullen helpen met de verdere ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg en de GHOR. Hiervoor zou worden gekeken naar de inzet van een Nederlandse GGD.

### **b. Reëel doel?**

Op zich was de doelstelling reëel, zij het dat er een heel grote achterstand was en groot gebrek aan kennis en middelen.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Vanuit de verantwoordelijkheden van het Ministerie van VWS zijn de doelen voor een belangrijk deel gehaald. Het sub-focal point is er echter nog niet.

### **d. Analyse.**

Realisatie van het sub-focal point gaat langzaam. Het Ministerie van VWS heeft ondersteuning geboden, maar het heeft enige tijd geduurd voor dit op gang kwam. Mogelijk mede hierdoor zijn belangrijke elementen van publieke gezondheidszorg in Caribisch Nederland, met name infectieziektenpreventie, aan verdere verbetering toe.

Sinds 2011 is de GGD Den Haag ter plaatse om de coördinatie te regelen en inhoudelijke ondersteuning te bieden bij de opzet van publieke gezondheidszorg. Inmiddels is dan ook een aantal activiteiten geïnitieerd. Aanpalende investeringen ten aanzien van de Centra voor Jeugd & Gezin zijn gedaan, maar dit heeft nog niet geleid tot betere, systematische zorg voor de groep 5 – 19-jarigen. Het gaat hier wel om een primaire eilandverantwoordelijkheid. Dit neemt echter niet weg dat er uiteindelijk een ministeriële verantwoordelijkheid ligt. Er wordt kritisch geoordeeld over (fysieke) integratie van publieke gezondheidszorg- en jeugd&gezinvoorzieningen: dit zou stigmatiserend (kunnen) werken en de toegang tot zorg kunnen belemmeren.

### **e. Aanbevelingen**

Vanuit VWS gezien liggen de grootste risico's en aandachtspunten bij de realisatie van de IHR-verplichting en de infectieziektebestrijding. De opzet van het sub-focal point verdient prioriteit.

Zet jeugdgezondheidszorg op voor de leeftijd 5-19, met de nadruk op preventie van onder andere verslaving.

Combineer niet als een blauwdruk allerlei functies in een gebouw, maar kijk per onderwerp, per doelgroep en per eiland wat de ideale combinatie van voorzieningen is om onder meer stigmatisering te vermijden.

Borg de continuïteit van de in 2012 opgezette publieke gezondheidszorg. Het risico bestaat dat met het vertrek van de GGD Haaglanden tevens veel kennis verdwijnt. Op de drie eilanden kampt de publieke gezondheidszorg momenteel met onderbezetting en een krap budget. Hierdoor zijn de diensten kwetsbaar en komt de duurzaamheid van de opgezette publieke gezondheidszorg in gevaar.



## **19. Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen**

De GHOR (in Europees Nederland: geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en bij rampen, in de regio: geneeskundige hulpverleningsorganisatie) is van het begin af aan een van de hoofdpunten van de aan te pakken problemen geweest. GHOR maakt deel uit van de totale aanpak bij een ramp, de 'medische of witte kolom'. De GHOR is verantwoordelijk voor de organisatie van de geneeskundige hulpverlening. Dit maakt de beheersing van dit onderwerp ook meteen lastig: het vraagt nogal wat afstemming met andere ministeries en lokale overheden. Voor het Ministerie van VWS is GHOR een belangrijk thema met risico.

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

De GHOR was een van de 26 projecten uit het MLTP (zie bijlage 3). In het MLTP is aangegeven dat de GHOR naar het model van de Waddeneilanden georganiseerd moet worden. Dit betekent per eiland een ambulancedienst met twee ambulances, een Geneeskundige Combinatie (GNK-C) en een SIGMA team. Verder zouden er drie medivac helikopters op de eilanden gestationeerd moeten worden. Hiervoor waren geen concrete investeringen begroot noch waren er complete projectplannen<sup>59</sup>.

### **b. Reëel doel?**

In het licht van de schaalgrootte moeten deze doelen als niet reëel worden beschouwd. GHOR is een complex onderwerp met veel betrokkenen en gevoeligheden en verwachtingen. Om een punt te noemen: de teams hebben hulpverleners nodig, maar die zijn er niet.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Het doel is niet bereikt maar zoals opgemerkt was het doel ook niet realistisch. Inmiddels coördineert GGD Den Haag met behulp van enkele specialisten de ontwikkeling en helpt deze in te vullen. Per eiland ontwikkelen rampenplannen zich in verschillend tempo; De GHOR is hier nog niet goed bij aangesloten.

### **d. Analyse**

Voor grote rampen die een groter gebied treffen zullen niet op voorhand alle risico's beheerst kunnen worden. In termen van risicomanagement: er zal een (in de

beeldvorming mogelijk groot) restrisico geaccepteerd moeten worden. In dit verband gelden analoge argumenten als bij acute zorg.

Het ligt in de lijn der verwachting dat vergelijkbare problemen ook bij andere kleine eilanden aan de orde zijn, met name in het bovenwindse gebied.

Wellicht kunnen zo afspraken gemaakt worden voor situaties die één eiland treffen maar door het eiland zelf niet kunnen worden opgelost, zoals een grote brand of een vliegtuigcrash.

### **e. Aanbevelingen**

Breng de concrete gedachten over oplossingen bij rampen bij elkaar en voer deze in een realistisch GHOR- en rampenplan, zonder schijnveiligheid te bieden. Communiceer hier vervolgens over.

Inventariseer hoe de GHOR op andere, niet-Nederlandse, eilanden in de regio is geregeld en of er samenwerkingsmogelijkheden zijn. De problemen die voor de Caribisch Nederland gelden, gelden immers ook voor andere eilanden in de regio. Dit geldt met name ten aanzien van de bovenwindse eilanden. Betrek ook de inzet van defensie in 'GHOR'-situaties hierbij.

Een enige tijd bestendig projectleiderschap op dit thema zal hier zeker bij helpen.

## **20. Mondzorg Caribisch Nederland**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

Hoewel mondzorg/tandheelkunde in de aanloop naar de transitie ten opzichte van levensbedreigende problematiek een lagere prioriteit heeft gekregen, is er door de aard van de aanspraken op mondzorg in het zorgverzekeringspakket wel veel 'toegezegd'<sup>60</sup>. Dit heeft ook veel media-aandacht gekregen.

### **b. Reëel doel?**

Ja, het is lag binnen het vermogen van VWS om hier al of niet invulling aan te geven.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Anders dan zorgverbetering zijn er geen bijzondere doelen gesteld; wel zijn verwachtingen gewekt. Een deel van de bevolking heeft het gebit gesaneerd. De verwachtingen zijn, in ieder geval als voorziening ingelost, zij het dat nog niet iedereen ervan gebruik heeft gemaakt c.q. in staat is geweest om ervan gebruik te maken. In hoeverre dit in de sfeer van de bevolking ligt of in een eventuele beperking in het aanbod, is niet nader onderzocht.

Op Saba is een tandartskamer ingericht voor een visiterende tandarts; gesteld wordt dat dit voldoende is. Voor de transitie was dit ook geregeld. Op Sint Eustatius is de tandartskamer in het medisch centrum volledig nieuw ingericht; dit was zeer noodzakelijk.

### **d. Analyse**

De verzekerden hebben, na een aanlooperperiode van grote wachttijden, toegang tot zeer ruime mondzorg. Deze wordt geleverd vanuit nieuwe topvoorzieningen. Het zorgverzekeringspakket biedt vergoeding van een eenmalige sanering voor iedereen en uitgebreide mondzorg voor jongeren. Aandachtspunten zijn de registratie van patiënten en behandelingen, de jeugdmondzorg en de prothesevoorzieningen (deze kunnen ook, buiten een tandarts om, worden 'aangemeten' en geleverd). Borging van continuïteit van mondzorg na een sanering is een van de belangrijkste punten.

### **e. Aanbevelingen**

Bezie op korte termijn de vergoedingenopbouw in het zorgverzekeringspakket zodanig dat er een continuïteit van zorg ontstaat en mensen gestimuleerd worden om hun gezond gebit te onderhouden.

Onderzoek de mogelijkheden om meer inzicht te krijgen in de gang van patiënten en behandelingen in de mondzorg, bijv. door een softwaresysteem. Een controlerend tandarts zal een registratiesysteem niet overbodig maken.

Een onjuist gemaakte en geplaatste prothese kan veel gezondheidsproblemen veroorzaken. De aanbeveling is dat deze uitsluitend op voorschrift van een tandarts worden gemaakt en geplaatst. In aansluiting op het genoemde softwaresysteem zal zo het aantal extra vergoedingen afnemen.

T.a.v. kinderen zijn twee wegen belangrijk om duurzame mondzorgverbeteringen te bewerkstelligen: via preventie (openbare gezondheidszorg, jeugdzorggezondheidszorg; hier zijn in Nederland werkzame voorbeelden van) en via de ouders, in het algemeen de moeder. Stimuleer dat ouders geregeld naar de tandarts gaan en dan hun kinderen meenemen.

## **21. Hulpmiddelen Caribisch Nederland**

### **a. Doelen, toezeggingen en gewekte verwachtingen**

Er waren geen expliciete doelen ten aanzien van hulpmiddelen gesteld. Impliciet wel, namelijk door de stelling dat het verzekeringspakket zodanig wordt ingericht dat er in het algemeen geen achteruitgang zal zijn en dat het overeenkomt met het Nederlandse pakket inclusief aanvullende verzekeringen. Daar maken hulpmiddelen prominent deel van uit. Ook de doelstelling de zorg richting Nederlands niveau te brengen heeft gevolgen voor de hulpmiddelenbeschikbaarheid. Tenslotte heeft de beschikbaarheid van en toegankelijkheid tot hulpmiddelen in de Tweede Kamer aandacht gekregen. Over de toegankelijkheid (wachttijden en kosten) van brillen en hoorapparaten waren veel klachten.

### **b. Reëel doel?**

Ja, het is een keuze om een bepaald niveau voorzieningen aan te bieden.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Tot dusver zijn hulpmiddelen nu beschikbaar voor iedereen die deze nodig heeft. Door de opgetrokken vergoeding die nu wordt geboden, zijn ook hoorapparaten voor meer mensen bereikbaar. Het verkrijgen van een bril is door de hoge kosten nog wel een knelpunt. Mogelijk speelt een beperkte mededinging onder aanbieders van hoorapparaten en brillen een rol.

### **d. Analyse**

De hulpmiddelenvoorziening liep in 2011 niet goed, onder andere door financiële problemen van de gecontracteerde zorgaanbieder. Bij de beëindiging van het contract met de leverancier bleek hoe kritisch dit was: er ontstonden lange wachttijden voor hulpmiddelen. Het ZVK heeft in 2012 het initiatief genomen om een 'eigen' leverancier op te zetten: de Stichting BestCareLogistics. De winkel levert ook op Saba en Sint Eustatius op basis van een maandelijks bezoek aan die eilanden. Ten aanzien van in ieder geval brillen geldt dat er weinig controle op de vergoeding is; ondanks dat de vergoeding voor velen laag is, is het voor sommigen interessant om meerdere brillen te kopen en deze te declareren.

### **e. Aanbevelingen**

De hulpmiddelenlevering lijkt nu adequaat te verlopen. Het ZVK is echter afhankelijk van één leverancier; het verleden heeft geleerd dat dit wel kwetsbaar is en niet een prijsadequate oplossing. Een back up of enige concurrentie kan verstandig zijn, mogelijk

ook in verband met kosten van inkoop; dit zal dan waarschijnlijk van een van de andere eilanden moeten komen.

Het ZVK zou kunnen nagaan of er met bijv. een preferred provider een alternatief te realiseren is t.a.v. brillen en hoorapparaten. Hiernaast zijn er toenemend *on line*-mogelijkheden. Zo moet het mogelijk zijn om een bril te leveren binnen de vergoeding ad \$ 170.

## **22. Paramedische Zorg, Fysiotherapie**

### **a. Doelen, toezeggingen en verwekte verwachtingen**

Er zijn t.a.v. paramedische zorg of fysiotherapie in het bijzonder geen concrete doelen gesteld. Wel zijn door o.m. de zorgverzekeringspakketaanpak verwachtingen gewekt over met name de mogelijkheden van fysiotherapie gebruik te maken. Omdat fysiotherapie een 'groot vak' is op de eilanden, wordt hier enige specifieke aandacht aan besteed.

### **b. Reëel doel?**

Niet vast te stellen; er waren geen concrete, uitgewerkte plannen.

### **c. Doel bereikt, welke resultaten?**

Fysiotherapie: Op Bonaire zijn 8 fysiotherapiepraktijken gecontracteerd door het ZVK. Zowel op Saba als Sint Eustatius is één fysiotherapiepraktijk. Hiernaast is er vanuit Saba nog een relatie met een fysiotherapeut/manueel therapeut op Sint Maarten.

### **d. Analyse**

Onder de fysiotherapeuten waren veel klachten over de manier waarop de eerste contracten met het ZVK tot stand zijn gekomen en over de inhoud hiervan. Onlangs zijn de nieuwe voorstellen gekomen en, behalve opmerkingen t.a.v. het verplicht gestelde pensioensysteem, zijn er weinig klachten. Ook financieel niet. Geïnterviewden vinden het jammer dat het ZVK de tijd en mankracht niet heeft om meer contact te hebben en hen te bezoeken. De afstemming met het ziekenhuis is volgens hen niet optimaal; weinig postoperatieve protocollen bijv.

T.a.v. het verzekeringspakket wordt opgemerkt dat de vergoeding van 9 keer per 'diagnose', een lastige is, ook door de matige kwaliteit van de verwijzing: een diagnose 'bovenbeenklacht' is een andere dan 'knieklacht', als dat het werkelijke probleem is vereist dit weer een nieuwe verwijzing. De chronische lijst en andere indicaties voor fysiotherapie bieden volgens geïnterviewden ruimte voor grote interpretatieverschillen. De chronische lijst was echter afgeleid van de Nederlandse (inmiddels, per 1 januari 2012, is de Nederlandse lijst wel aanzienlijk beperkt); de verschillen zaten met name in de vergoedingen en dus kennelijk ook in de indicatiestelling, medisch en vervolgens fysiotherapeutisch: het is tenslotte aan de fysiotherapeut om een professioneel oordeel te geven over het al dan niet in behandeling nemen van een patiënt en hoe lang.

Door fysiotherapeuten wordt gesteld dat er een gebrek is aan kwaliteit van de doorverwijzingen door de huisartsen. Het is in ieder geval zeer wisselend. Communicatie en overdracht van patiënten aan/met de verwijzer gebeurt nog vaak per brief die aan de patiënt wordt meegegeven. Gestandaardiseerde digitalisering zou helpen, want nu raakt veel correspondentie zoek. Er is tijdens de informatiebijeenkomst van het ZVK over de zorgverzekering volgens geïnterviewden toegezegd dat er een epd zou komen op basis waarvan dan ook gedeclareerd kon worden. Dit is er nog niet gekomen.

Men stelt dat er door het relatief grote aantal fysiotherapeuten enige concurrentie is. Hiernaast lijkt echter het volume toe te nemen. Ook zou er sprake te zijn van aanzienlijke 'no show'. Onduidelijk is wat met de kosten hiervan gebeurt. Dit alles roept de vraag op of inhoudelijk de afstemming tussen vraag en aanbod overal even goed matcht.

Sommige fysiotherapeuten werken ook aan preventieprogramma's, bijv. t.a.v. overgewicht. Dit lijkt een succes. Dergelijke programma's worden ook voor kinderen opgezet.

Er bestaat een fysiotherapeutenvereniging. Zij zijn in eerste instantie vooral bij elkaar gekomen om de contractonderhandelingen beter te kunnen laten verlopen. Echt aan kennisoverdracht doen ze nog niet, hoewel dit wel de bedoeling zou zijn.

## **e. Aanbevelingen**

Onderzoek de zorgaanspraken en indicatiestelling voor fysiotherapie op doelmatigheid en effectiviteit. De lijn van: indicatiestelling en verwijzing – fysiotherapeutische indicatie – protocollair werken incl. 'comply or explain'- afronding/rapportage versus de verzekeringsaanspraken behoeft analyse en waarschijnlijk verbetering.

Onderzoek de mogelijkheden voor een uniforme digitalisering van de patiëntendossiers. Verkrijg mede hierdoor ook inzicht in prijs/kwaliteit en effectiviteit ten opzichte van indicatiestelling.



## NOTEN

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2011/12, 33 000 XVI, nr. 177

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2011/12, 33 000 XVI, nr. 177

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2011/12, 33 000 XVI, nr. 177

<sup>4</sup> De Brouwer, FA. De Brouwer Advies en Architectuur. Middellange Termijn Plan voor de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen en voorzieningen voor Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (G.H.O.R.) voor de BES eilanden. Advies in opdracht van het Ministerie van VWS (30 nov. 2008)

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2011, 3048431

<sup>6</sup> De Brouwer, FA. De Brouwer Advies en Architectuur. Middellange Termijn Plan voor de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen en voorzieningen voor Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (G.H.O.R.) voor de BES eilanden. Advies in opdracht van het Ministerie van VWS (30 nov. 2008)

<sup>7</sup> Besluitenlijst BES Bestuurlijk Overleg 2008

<sup>8</sup> Kamerstukken II 2011, 3048431

<sup>9</sup> Er dient overigens onderscheid gemaakt te worden tussen het niveau van zorg en het niveau van voorzieningen. In de verwachtingen blijkt dit nog wel eens als identiek te worden gezien. Vanuit de rijksoverheid is echter duidelijk gesteld dat het doel t.a.v. te bereiken niveau van voorzieningen niet het Nederlands niveau is.

<sup>10</sup> Wet Zorginstellingen BES, art. 8

<sup>11</sup> Kamerstukken II, 2011–2012, 33 000 IV, nr. 59

<sup>12</sup> Curconsult: *“Samen verder bouwen”. Vervolgonderzoek. Belevingsonderzoek Caribisch Nederland Onderzoek naar de beleving van de veranderingen door de burgers van Caribisch Nederland als gevolg van de gewijzigde staatkundige structuur binnen het Koninkrijk*. In opdracht van de Rijksdienst Caribisch Nederland Curconsult (2012)

<sup>13</sup> Curconsult: *“Samen verder bouwen”. Belevingsonderzoek Caribisch Nederland Onderzoek naar de beleving van de veranderingen door de burgers van Caribisch Nederland als gevolg van de gewijzigde staatkundige structuur binnen het Koninkrijk*. In opdracht van de Rijksdienst Caribisch Nederland Curconsult (2011)

<sup>14</sup> Mega-impuls in de zorg op de BES-eilanden. 29 september 2010. Klink ontvouwt ambities Den Haag: Kwaliteit moet richting Nederlands niveau

<sup>15</sup> Kamp, HGJ, Commissaris voor Bonaire, Sint Eustatius en Saba : voortgangsbericht mei 2010

<sup>16</sup> 31 568 Staatkundig proces Nederlandse Antillen Nr. 81 Brief Minister van VWS, 8 oktober 2010

<sup>17</sup> Hermans, HEGM; Verrips, RW; Aanen, DK: Besturing van zorginstellingen. SDU Den Haag (2004)

<sup>18</sup> Vgl. bijv. de aanpak m.b.t. de IJsselmeerziekenhuizen

<sup>19</sup> De Brouwer, FA. De Brouwer Advies en Architectuur. Middellange Termijn Plan voor de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen en voorzieningen voor Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (G.H.O.R.) voor de BES eilanden. Advies in opdracht van het Ministerie van VWS (30 nov. 2008)

<sup>20</sup> Besluitenlijst BES Bestuurlijk Overleg 2008

<sup>21</sup> Antilliaans Dagblad Maandag 20 augustus 2012

<sup>22</sup> Besluitenlijst BES Bestuurlijk Overleg 2008

<sup>23</sup> Kamerstukken I 2010/11, PG/E-3085465

<sup>24</sup> Kamerbrief Verslag bezoek Caribisch Nederland van 16-21 april 2012, IZ 3117335

<sup>25</sup> Besluitenlijst bestuursoverleg, 20 november 2008

<sup>26</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, Over de kwaliteit van het transport van patiënten door de lucht tussen St Eustatius, Saba en Sint Maarten. Inspectie voor de Gezondheidszorg, juli 2012

<sup>27</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, Over de kwaliteit van het transport van patiënten door de lucht tussen St Eustatius, Saba en Sint Maarten. Inspectie voor de Gezondheidszorg, juli 2012, p. 14

<sup>28</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, juni 2012.

<sup>29</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, juli 2012

<sup>30</sup> Besluitenlijst BES bestuurlijk overleg 20 november 2008

- 
- <sup>31</sup> Kamp, HGJ, Commissaris voor Bonaire, Sint Eustatius en Saba Voortgangrapportage 'Halverwege' (7 december 2009)
- <sup>32</sup> Besluit Zorgverzekering BES
- <sup>33</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg juni 2012, pagina 21.
- <sup>34</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg juni 2012, p. 21.
- <sup>35</sup> Bonaire Reporter, 23-29 april 2010
- <sup>36</sup> Crul, B.: Drie Nederlandse gemeenten erbij. Medisch Contact 5 maart 2009, p. 404 - 408
- <sup>37</sup> Mega-impuls in de zorg op de BES-eilanden, 2010 <http://banboneirubek.renaissance.nl/content/mega-impuls-de-zorg-op-de-bes-eilanden>
- <sup>38</sup> Kamerstukken II, 2011–12, 33 000 IV, nr. 59
- <sup>39</sup> Bonaire Reporter, 28 januari-11 februari 2011
- <sup>40</sup> Fundashon Mariadal
- <sup>41</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 500 IV, nr. 49
- <sup>42</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg: rapport van het inspectiebezoek aan het Queen Beatrix Medical Center Sint Eustatius op 28 november 2011, 22 februari 2012 en 3 mei 2012
- <sup>43</sup> Informatieblad van het Regionale Service center op Bonaire, Saba en Sint Eustatius, 2009
- <sup>44</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 500 IV, nr. 49
- <sup>45</sup> Bijlage bij Brief Minister Donner aan TK, 8 nov. 2011
- <sup>46</sup> Viamedica: Organisatie Medisch specialistische zorg voor Saba en Sint Eustatius. In opdracht van het Ministerie van VWS (2009)
- <sup>47</sup> Informatieblad van het Regionaal Service center op Bonaire, Saba en Sint Eustatius, 2009
- <sup>48</sup> Vgl. RVZ: Schaal en zorg. Advies 2008, en: Medisch specialistische zorg in 20/20 (2012)
- <sup>49</sup> Mega-impuls in de zorg op de BES-eilanden. 29 september . Klink ontvouwt ambities Den Haag: Kwaliteit moet richting Nederlands niveau. <http://banboneirubek.renaissance.nl/content/mega-impuls-in-de-zorg-op-de-bes-eilanden>
- <sup>50</sup> Kamerstukken II, 2011/12, Bijlage II brief Minister van VWS aan Tweede Kamer
- <sup>51</sup> Veen, van J.A.H.: *Ouderenzorg in Rincon Bonaire, een kans op een betere toekomst voor ouderen op heel Bonaire!* In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en: *Kansen voor betere ouderenzorg op de Bovenwindse eilanden Saba en St. Eustatius*. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012)
- <sup>52</sup> Veen, van J.A.H.: *Ouderenzorg in Rincon Bonaire, een kans op een betere toekomst voor ouderen op heel Bonaire!* In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en: *Kansen voor betere ouderenzorg op de Bovenwindse eilanden Saba en St. Eustatius*. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012)
- <sup>53</sup> Besluitenlijst BES bestuurlijk overleg 20 november 2008
- <sup>54</sup> Minister Schippers in [www.rnw.nl](http://www.rnw.nl) d.d 30 september 2011; Besluit Zorgverzekering BES, 22 december 2010, Minister Donner, 8 november 2011
- <sup>55</sup> Crul, B.: Drie Nederlandse gemeenten erbij. Medisch Contact 5 maart 2009, p. 404 - 408
- <sup>56</sup> Wpg art. 1 sub c.: *publieke gezondheidszorg: de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten*
- <sup>57</sup> Besluitenlijst BES bestuurlijk overleg 20 november 2008
- <sup>58</sup> Besluitenlijst BES bestuurlijk overleg 20 november 2008
- <sup>59</sup> De Brouwer, FA. De Brouwer Advies en Architectuur. Middellange Termijn Plan voor de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen en voorzieningen voor Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (G.H.O.R.) voor de BES eilanden. Advies in opdracht van het Ministerie van VWS (30 nov. 2008)
- <sup>60</sup> Bonaire Reporter, 31 december 2010-14 januari 2011