

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Beleidsdoorlichting gezondheidszorg,
jeugdzorg en publieke gezondheidszorg in
Caribisch Nederland**

Datum 15-06-2016
Status Definitief

Managementsamenvatting

De centrale vraag in een beleidsdoorlichting is de vraag of het beleid doeltreffend en doelmatig is geweest. Bij doeltreffendheid gaat het erom of de gestelde doelen zijn bereikt door het gevoerde beleid. De vraag of het gewenste beleidseffect tegen zo min mogelijk kosten en ongewenste neveneffecten is bereikt, is de vraag naar doelmatigheid. Deze vragen zijn in de beleidsdoorlichting gezondheidszorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg in Caribisch Nederland beantwoord door gebruik te maken van deskresearch.

In de betrekkelijk korte periode dat de minister van VWS verantwoordelijk is, sinds de transitie per 10 oktober 2010, voor de gezondheidszorg in Caribisch Nederland, zijn er al veel verschillende onderzoeken uitgevoerd en hebben er meerdere inspecties plaatsgevonden. Zo heeft zeer recent de Commissie Spies, in opdracht van de minister van BZK haar onderzoek 'vijf jaar verbonden, Bonaire, Sint Eustatius, Saba en Europees Nederland' afgerond. Voor deze beleidsdoorlichting is waar mogelijk gebruik gemaakt van dit onderzoek.

Het algemene doel van de minister van VWS is om de gezondheidszorg in Caribisch Nederland te verbeteren naar "een binnen Nederland aanvaardbaar voorzieningenniveau, rekening houdend met specifieke omstandigheden: de geringe bevolkingsomvang van de eilanden, het insulaire karakter, de grote afstand tot Nederland, de kleine oppervlakte, het reliëf en ongewenste bestuurlijke en sociaaleconomische effecten" (Besluitenlijst BES, 2008). Bij de uitwerking van dit doel naar beleid zijn geen meetbare doelstellingen opgesteld, maar is uitgegaan van de meer algemene normen beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid. Dit houdt in dat om een aanvaardbaar voorzieningenniveau te bereiken, zorg bereikbaar en toegankelijk moet zijn en sprake moet zijn van zorg die kwalitatief goed is. Daarnaast moet de zorg duurzaam zijn, wat wil zeggen dat de uitgaven beheersbaar moeten zijn.

Voorafgaand aan de transitie is een (beperkte) inventarisatie opgesteld van de staat van de zorg op de verschillende deelgebieden. Als algemene conclusie kan gesteld worden dat er veelal sprake was van ontbrekende voorzieningen, voorzieningen met een matige kwaliteit en achterstallig onderhoud in gebouwen en apparatuur. Samen met het feit dat grote groepen inwoners niet of slecht verzekerd waren, leidde dit ook tot een achterstand in zorg.

VWS heeft vooral gekozen voor een pragmatische aanpak om in korte tijd op alle terreinen van de zorg verbeteringen te bereiken. Voor de gezondheidszorg betekende dit in eerste instantie investeringen in de acute zorg en de curatieve zorg (ambulance, helikopter, nierdialysecentrum en jumelage op Bonaire), voor de jeugdzorg het opzetten van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) en de ambulante hulpverlening en voor de publieke gezondheidszorg het ondersteunen en adviseren van de openbare lichamen met het vormgeven van de taken op dit gebied.

Conclusies

Het geheel overziend kunnen de volgende overkoepelende conclusies getrokken worden:

- *Ontwikkeling informatievoorziening*

Bij de ontwikkeling van de zorg op de eilanden, is de ontwikkeling van de informatievoorziening in brede zin achtergebleven. Bij de transitie waren er geen betrouwbare gegevens voorhanden en ontbrak het vaak aan registratiesystemen. Hierdoor en door de keuze voor een pragmatische aanpak is minder aandacht uitgegaan naar het opstellen van een totaal plan van aanpak en expliciete en (meetbare) doelstellingen voor het beleid in Caribisch Nederland. De informatievoorziening is momenteel nog beperkt. In 2012 is de ICT-voorziening bij het zorgverzekeringskantoor verbeterd. In 2015 zijn op het gebied van registraties de eerste stappen gezet door opdrachten te geven voor het opzetten van een bevolkingsonderzoek en van huisartsenpeilstations. Het CBS breidt de jeugdmonitor uit naar Caribisch Nederland. Tegelijkertijd wordt hierbij opgemerkt, dat bij deze gegevens snel sprake zal zijn van vertekende beelden. Door de kleinschaligheid van de eilanden kunnen de fluctuaties en afwijkingen groot zijn. Pas bij een meerjarig beeld worden de cijfers betrouwbaar voor het opstellen en evalueren van het beleid.

- *Er is veel bereikt, maar op belangrijke onderdelen zit de zorg nog in de opbouwfase.*

Er kan gesteld worden dat ten aanzien van de gezondheidszorg in een korte tijd veel bereikt is. Op vele fronten hebben gelijktijdig, of in een betrekkelijk korte tijd na elkaar, veel veranderingen plaatsgevonden. Er zijn aantoonbaar meer voorzieningen en onder andere de inspectierapporten laten zien dat de kwaliteit van de zorg verbeterd is. Ook de belevingsonderzoeken geven dat aan: 60% van de bevolking vindt dat de gezondheidszorg verbeterd is sinds de transitie.

Het opbouwen van een volledig zorgsysteem naar Europees Nederlands niveau kost tijd. Er is vooral ingezet op de spoedeisende en curatieve zorg, hoewel op andere terreinen ook flinke stappen zijn gezet. Op het terrein van de jeugdzorg is ambulante hulpverlening op alle drie de eilanden en zijn residentiële jeugdzorgvoorzieningen op Bonaire gerealiseerd. Voor ouderen is op alle eilanden dagbesteding gerealiseerd. Ook de publieke gezondheidszorg ontwikkelt zich positief volgens de IGZ, maar zit nog in een opbouwfase. Aandachtspunt is dat door de kleinschaligheid en organisatiegraad van de eilanden het instellen en onderhouden van een volledige GHOR lastig is.

VWS heeft de afgelopen vijf jaar gekozen voor een gefaseerde en pragmatische aanpak. Er is voor gekozen om snel zichtbare resultaten te boeken, met name ten aanzien van de spoedeisende en curatieve zorg. Met betrokken partijen, zoals de openbare lichamen en de zorgaanbieders wordt afgestemd welke behoeften er zijn en op welke ontwikkelingen ingezet moet worden. Het betrekken van patiënten (of cliënten) gebeurt echter nog maar op een beperkte schaal.

Aandachtspunt zijn de specifieke risico's benoemd voor kwetsbare groepen, zoals kinderen en tienermoeders, gehandicapten en ouderen, die in verschillende rapporten benoemd worden. Het beleid voor deze specifieke problemen en/of doelgroepen staat veelal nog in de kinderschoenen. In veel gevallen is hier sprake van achterliggende sociaaleconomische problematiek, zoals dit ook wordt aangegeven in het rapport van de commissie Spies.

- *Sturing op betaalbare zorg*

De uitgaven voor de zorg en jeugdzorg in Caribisch Nederland zijn de afgelopen vijf jaar ongeveer vervijfvoudigd. Deels valt deze stijging te verklaren door een niet-realistische begroting bij de start en valutaverschillen, deels ook door het toegenomen voorzieningenniveau, de toegenomen vraag en een inhaalslag van achterstallige zorg. Om de stijging van de uitgaven terug te dringen of te voorkomen, zijn er meerdere maatregelen genomen. Belangrijk hierbij is het advies van de Commissie Goedgedrag waarbij is afgesproken dat bij overschrijdingen gekeken wordt naar de oorzaken en de wijze waarop deze omgebogen kunnen worden. Overschrijdingen komen daarmee niet meer automatisch ten laste van VWS. In 2015 lijken de uitgaven in dollars zich te stabiliseren. De rechtmatigheid van de zorguitgaven is nog een aandachtspunt. De Algemene Rekenkamer heeft geconcludeerd dat het nog niet mogelijk is om de rechtmatigheid van de uitgaven van het Zorgverzekeringskantoor vast te stellen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door problemen bij het afsluiten van een zorgovereenkomst met Fundashon Mariadal.

- *Doeltreffendheid en doelmatigheid*

Hoewel door het gebrek aan relevante en actuele informatie nog geen expliciete doelstellingen zijn bepaald, kan op basis van de normen van beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid geconcludeerd worden dat het beleid een forse ontwikkeling heeft doorgemaakt richting een Europees Nederlands voorzieningenniveau. De vraag naar doeltreffendheid kan echter niet kwantitatief beantwoord worden.

Door het gebrek aan relevante en actuele informatie, kan ook de vraag naar doelmatigheid niet beantwoord worden. VWS heeft bewust gekozen voor het met prioriteit aanpakken van levensbedreigende situaties en de curatieve zorg. Simultaan zijn ook flinke stappen gezet op de jeugdzorg en de publieke gezondheidszorg. Uit dit onderzoek blijkt dat op verschillende onderdelen nog stappen gezet moeten worden, onder andere ten aanzien van de informatievoorziening en het nader expliciteren van het aanvaardbare voorzieningenniveau. De verbetering van de informatievoorziening in de afgelopen jaren, bijvoorbeeld bij het Zorgverzekeringskantoor, geeft wel meer mogelijkheden om op doelmatigheid te sturen.

Aanbevelingen

Op grond van het onderzoek en de voorgaande conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- *Verbetering informatievoorziening*

Een belangrijk knelpunt is het ontbreken van betrouwbare informatie, op basis waarvan (meetbare) doelstellingen of streefwaarden bepaald kunnen worden en waar beleidsbeslissingen op gebaseerd kunnen worden. Ga voor alle terreinen na wat de benodigde informatie is voor het bepalen van het beleid en de beleidsdoelstellingen. Investeer, met betrokken partners in Nederland, zoals het RIVM, het NIVEL en het CBS, in het opzetten van registraties en het uitvoeren van onderzoek. Stel doelstellingen op die met de beschikbare informatie gemonitord kunnen worden, zodat verbeteringen of ongewenste ontwikkelingen daadwerkelijk zichtbaar worden. Gebruik de beschikbare informatie, zoals de informatie bij het ZVK, ook om de doelmatigheid te bevorderen.

- *Borg het huidige beleid en bouw voorzieningen verder uit.*

60% van de inwoners in Caribisch Nederland vindt dat de zorg vooruit is gegaan. Deze vooruitgang is opgang gekomen door gezamenlijke inspanningen van zorgaanbieders, openbare lichamen en VWS om de zorg stapsgewijs te verbeteren. Het is van belang het toegenomen voorzieningenniveau te borgen. Daarnaast dienen voorzieningen verder uitgebouwd te worden, met name op terreinen waar pas de laatste jaren meer prioriteit aangegeven is, zoals de langdurige, ouderen- en gehandicaptenzorg. Het is hierbij van belang dat naast de zorgaanbieders, openbare lichamen en Nederlandse samenwerkingspartners, ook de zorgafnemers (patiënten/cliënten) in Caribisch Nederland beter worden betrokken bij het bepalen van de doelstellingen.

- *Prioriteit: kwetsbare groepen*

Diverse rapporten geven aan dat het beleid voor kwetsbare groepen, zoals kinderen en tienermoeders, gehandicapten en ouderen, nog niet voldoende is. Het is belangrijk dat het beleid voor deze groepen prioriteit krijgt. In veel gevallen is hier sprake van achterliggende sociaaleconomische problematiek zoals beschreven wordt in het rapport van de commissie Spies. Voor een effectief en efficiënt zorgbeleid, is een integrale aanpak nodig, waarbij niet alleen andere departementen bij betrokken zijn, maar ook het lokale bestuur en de zorgaanbieders. Een voorbeeld van een terrein waar deze samenwerking wenselijk is, is de aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting

1. Toelichting op het onderzoek	9
1.1. Het beleidsterrein	10
1.2. Focus van de beleidsdoorlichting	12
1.3. Onderzoeksaanpak	13
1.4. Leeswijzer	14
2. Een aanvaardbaar voorzieningenniveau	16
2.1. Ontwikkeling van de doelstelling	16
2.2. Een aanvaardbaar voorzieningenniveau: beschikbaar, betrouwbaar en betaalbaar	19
2.3. Afgeleide doelstellingen	20
3. Bonaire, Sint Eustatius en Saba: een beschrijving	23
3.1. Geografische ligging	23
3.2. Bevolkingsomvang	23
3.3. Gezondheidstoestand	24
3.4. Opleidingsniveau en economie	25
3.5. Cultuur	27
3.6. Taal en religie	27
4. Gezondheidszorg	28
4.1. Middellange Termijnplan (MLTP)	28
4.2. Governance	29
4.3. Besluit Zorgverzekering BES	29
4.4. Spoedeisend vervoer	32
4.5. Eerstelijnszorg	32
4.6. Tweedelijnszorg	33
4.7. Tandheelkundige (mond-)zorg	36
4.8. Farmaceutische zorg	37
4.9. Verbetering kwaliteit medisch beroepsbeoefenaren	37
4.10. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) inclusief verslavingszorg	38
4.11. Thuiszorg/ wijkverpleging	39
4.12. Ouderenzorg	39
4.13. Gehandicaptenzorg	40
4.14. Toezicht	40
4.15. Financiële middelen	41
4.16. Resultaten en conclusies	43

5. Jeugdzorg	48
5.1. Jeugdzorg en Gezinsvoogdij Caribisch Nederland (JGCN)	49
5.2. Residentiële jeugdzorg	50
5.3. Basissystematiek Triple P	52
5.4. JeugdlinQ	52
5.5. Positieve vrijetijdsbesteding	52
5.6. Personeel en opleiding	53
5.7. Wet- en regelgeving	53
5.8. Huiselijk geweld	54
5.9. Financiële middelen	54
5.10. Resultaten en conclusies	55
6. Publieke Gezondheidszorg	58
6.1. Wet- en regelgeving	58
6.2. Inzet GGD Haaglanden	59
6.3. Jeugdgezondheidszorg	60
6.4. Seksuele gezondheidszorg	61
6.5. Infectieziektebestrijding	61
6.6. Lijkschouwing	62
6.7. Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)	62
6.8. Financiële middelen	63
6.9. Resultaten en conclusies	64
7. Besparingsvarianten	65
7.1. Maatregelen gezondheidszorg	65
7.2. Maatregelen jeugdzorg	69
7.3. Maatregelen publieke gezondheidszorg	69
7.4. Gevolgen voor beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid	70
8. Conclusies en aanbevelingen	72
8.1. Conclusies	72
8.2. Aanbevelingen	77
Literatuuroverzicht	78
Afkortingenlijst	80

1. Toelichting op het onderzoek

Voor u ligt de beleidsdoorlichting naar het beleid op het gebied van de gezondheidszorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg van VWS in Caribisch Nederland. Sinds 10 oktober 2010 zijn de eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba openbare lichamen en maken zij deel uit van het land Nederland. Vanaf dat moment is de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de eerstverantwoordelijke voor de wetgeving en inrichting van het (jeugd-)zorgstelsel in Caribisch Nederland.

Het beleid van VWS in Caribisch Nederland wordt op drie beleidsartikelen verantwoord:

- Artikel 1 Volksgezondheid. Hierop worden de uitgaven voor de publieke gezondheid, die middels een bijzondere uitkering aan de eilanden worden verstrekt verantwoord.
- Artikel 4 Zorgbreed beleid bevat de zorguitgaven voor Caribisch Nederland en de uitgaven voor de jeugdzorg.
- Artikel 10 Apparaatskosten bevat tenslotte de uitgaven voor de uitvoeringskosten bij het zorgverzekeringskantoor (ZVK) en Jeugd en Gezin Caribisch Nederland (JGCN).

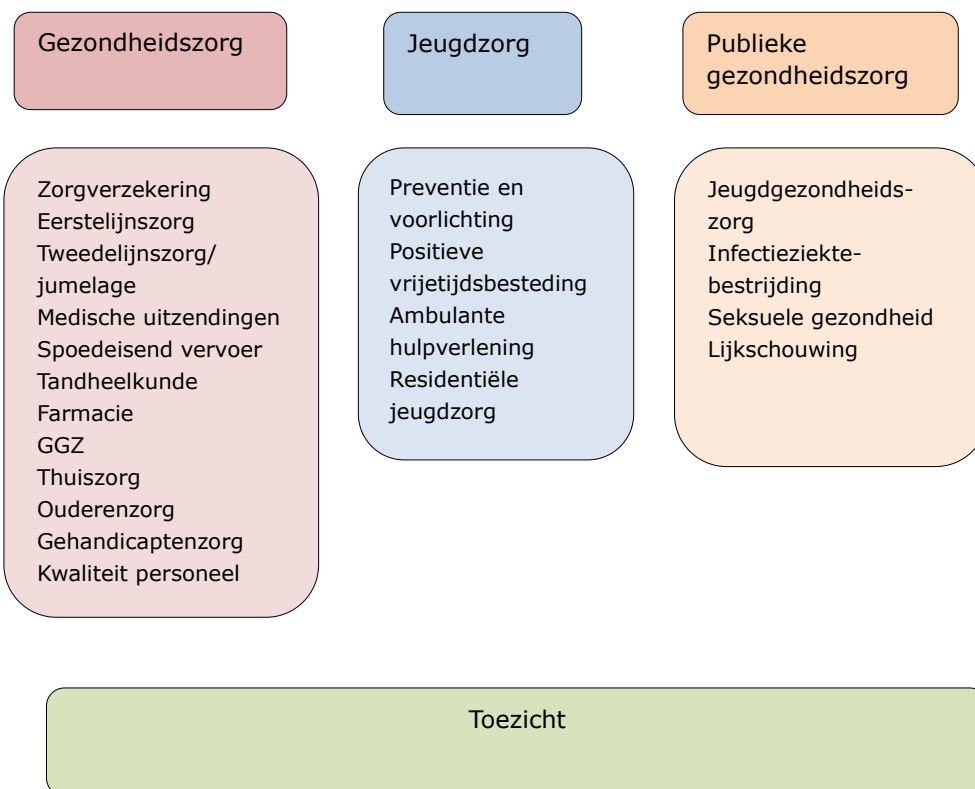
De kleinschaligheid van de eilanden maakt dat er een grote samenhang is tussen het VWS-beleid dat op de verschillende beleidsartikelen is verantwoord. Daarom is er voor gekozen om de beleidsdoorlichting over de gezondheidszorg en jeugdzorg (art. 4.5) uit te breiden naar de publieke gezondheidszorg (art. 1). Ook de uitvoeringskosten (art. 10) maken deel uit van deze beleidsdoorlichting. In tabel 1.1. is een overzicht opgenomen van de uitgaven op deze onderdelen. Deze beleidsdoorlichting beslaat de periode vanaf de transitie in 2010 tot eind 2015. Het beleid wordt binnen VWS gecoördineerd door de directie Internationale Zaken, die dan ook opdrachtgever voor deze beleidsdoorlichting is.

Tabel 1.1. Overzicht zorguitgaven Caribisch Nederland

X € 1.000	2011	2012	2013	2014	2015
Publieke gezondheidszorg CN (art 1)	230	166	397	1.216	1.106
Zorg, welzijn en jeugdzorg CN (art 4.5)	61.031	89.218	92.580	87.875	106.717
• <i>Zorg en welzijn</i>			88.033	86.265	104.083
• <i>Jeugdzorg</i>			4.547	1.610	2.634
Uitvoeringskosten (ZVK/JGCN) (art 10)				8.858	10.518
Totaal	61.261	89.384	92.977	97.949	118.341

1.1. Het beleidsterrein

Door de kleinschaligheid van de eilanden is er een grote samenhang tussen de verschillende terreinen van de zorg. Het aantal (zorg-)instellingen dat actief is, is beperkt in aantal en in omvang, evenals de (beleids-)capaciteit van de openbare lichamen. Veel taken zijn daardoor bij een kleine groep zorgverleners samengebracht. Het kan dus zijn dat een zorginstelling ook taken uitvoert die in Nederland onder de jeugdzorg (CJG) of de publieke gezondheidszorg (GGD) vallen. In deze beleidsdoorlichting is ervoor gekozen om de ordening, die in de begroting van VWS is opgenomen, aan te houden. Om overzicht te houden over de taken zijn hieronder de beleidsterreinen gezondheidszorg, jeugdzorg en publieke zorg schematisch weergegeven.



Afbeelding 1.1. Schema volksgezondheid en jeugdzorg en publieke gezondheidszorg

De uitgaven voor de zorg en jeugdzorg in Caribisch Nederland hebben de afgelopen jaren een forse stijging laten zien. Tabel 1.2 laat zien dat ten opzichte van de begroting uit 2011 de uitgaven in 2015 ongeveer vervijfvoudigd zijn.

Tabel 1.2. Overzicht begroting – realisatie zorguitgaven 2011-2015.

X € 1.000	2011	2012	2013	2014	2015
Begroting					
• Zorg en welzijn	22.100	40.137	71.142	84.192	85.632
• Jeugdzorg		4.372	4.650	4.710	1.375
<i>Totaal</i>	<i>22.100</i>	<i>44.509</i>	<i>75.792</i>	<i>88.902*</i>	<i>87.007</i>
Realisatie					
• Zorg en welzijn			88.033	86.265	104.083
• Jeugdzorg			4.547	1.610	2.634
<i>Totaal</i>	<i>61.031</i>	<i>89.218</i>	<i>92.580</i>	<i>87.875*</i>	<i>106.717</i>
Verschil	38.931	44.709	16.788	-1.027	19.710

* Vanaf 2014 zijn de uitvoeringskosten voor het zorgverzekeringskantoor en JGCN overgeheveld naar art 10.

Achteraf bezien kan gesteld worden dat de geraamde uitgaven niet realistisch waren. Deze ramingen waren voornamelijk gebaseerd op het Antilliaanse zorgvoorzieningenniveau uit 2008 (het zgn. Havermanskader¹). Bovendien ontbraken door het gebrek aan registratie betrouwbare cijfers om de ramingen op te baseren.

De belangrijkste oorzaken van de daadwerkelijke stijging van de uitgaven zijn een toename van het aantal verzekerden, de groei van de zorgproductie door een toename van de voorzieningen en het wegwerken van achterstanden, een stijging van de personeelskosten door een nieuwe CAO en een toename van 'duurdere' medische uitzendingen naar Colombia.

¹ Voor het voorzieningenniveau van de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba is bij de transitie gekozen voor een regionale invalshoek, aansluitend bij de leidraad voor de commissie Havermans die het niveau van Curaçao als 'benchmark' heeft genomen. Dit 'Havermanskader' was het uitgangspunt bij aanvang van de nieuwe staatkundige verhoudingen ten behoeve van alle activiteiten die uitgevoerd worden ten behoeve van de drie openbare lichamen, variërend van het eigen bestuursapparaat van de eilanden tot aan de uitgaven van de Nederlandse departementen voor de drie openbare lichamen (zowel in de apparaats- als in de programmasfeer).

Daarnaast is de veranderende eurodollarwisselkoers een van de oorzaken van de stijging van de uitgaven in euro's. In Caribisch Nederland wordt immers de dollar gehanteerd als wettig betaalmiddel. Rijksbreed is afgesproken dat de consequenties van de valutaverschillen voor het Rijk zijn. In tabel 1.3 zijn de zorguitgaven omgezet naar dollars. De zorguitgaven in dollars lijken te stabiliseren, na een flinke stijging in de eerste jaren.

Tabel 1.3. Zorguitgaven Caribisch Nederland in dollars.

X \$ 1.000	2011	2012	2013	2014	2015
Eurodollar wisselkoers	1,34	1,28	1,31	1,35	1,10
<i>Zorguitgaven (art 4.5)</i>	<i>81.782</i>	<i>114.199</i>	<i>121.280</i>	<i>118.631*</i>	<i>117.389</i>

* Vanaf 2014 zijn de uitvoeringskosten voor het zorgverzekeringskantoor en JGCN overgeheveld naar art 10.

1.2. Focus van de beleidsdoorlichting

De beleidsdoorlichting Caribisch Nederland wordt uitgevoerd conform de richtlijnen die de overheid hiervoor heeft vastgelegd in de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE). Deze regeling bepaalt dat al het beleid gericht op het realiseren van de algemene doelstellingen in de rijksbegroting periodiek moet worden geëvalueerd in een beleidsdoorlichting. Een beleidsdoorlichting is een ex-post evaluatieonderzoek op het niveau van een geheel beleidsartikel of een samenhangend deel van een beleidsartikel. Een beleidsdoorlichting richt zich zowel op de doeltreffendheid als op de doelmatigheid van het beleid. Beleidsdoorlichtingen hebben het karakter van een syntheseonderzoek (overkoepelend overzicht), waarbij gebruik wordt gemaakt van de resultaten van eerder uitgevoerd evaluatieonderzoek.

Onderzoeksvragen

In de RPE zijn de vragen benoemd die beantwoord dienen te worden in een beleidsdoorlichting. Centraal staat de vraag naar de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid van VWS in Caribisch Nederland.

In deze beleidsdoorlichting worden, conform de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek de volgende vragen beantwoord:

- Wat is de aanleiding van het beleid? Is het beleid nog actueel? En wat is de verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid?
- Wat houdt het beleid in? Welke instrumenten zijn er ingezet en wat is de samenhang?
- Wat waren de uitgaven voor dit beleid?
- Zijn de doelen gerealiseerd? Hoe doeltreffend is het beleid? Hoe doelmatig is het beleid?
- Welke beleidsopties zijn mogelijk, indien er 20% minder middelen beschikbaar zijn?

1.3. Onderzoeksaanpak

In oktober 2015 heeft de Commissie Spies haar evaluatierapport opgeleverd (Spies, e.a., 2015). In deze evaluatie naar de uitwerking van de nieuwe staatkundige structuur zijn onder andere de ontwikkelingen op een aantal prioritaire gebieden, waaronder de gezondheidszorg, beschreven. Dit heeft er mede toe geleid dat voor deze beleidsdoorlichting gekozen is geen nieuw onderzoek te doen, maar gebruik te maken van de verschillende onderzoeken en evaluaties, die de afgelopen jaren zijn verschenen. De te onderzoeken periode beslaat immers een relatief korte periode van vijf jaar, waardoor de uitkomsten van de onderzoeken nog actueel zijn en de lange termijn effecten nog niet te meten zijn. Bovendien is het aantal zorgaanbieders op de eilanden van beperkte omvang; zij zijn veelal bij de onderzoeken in het verleden bevraagd en zouden bij een nieuw onderzoek weer geïnterviewd worden. Ze zijn veelal ook bij het onderzoek van de Commissie Spies betrokken geweest. De Commissie Spies heeft de deelgebieden jeugdzorg en publieke gezondheidszorg niet expliciet onderzocht. Deze deelgebieden komen in deze beleidsdoorlichting wel aan bod.

Het onderzoeksmateriaal is in drie categorieën onder te verdelen. De eerste categorie bevat inventarisaties naar de aanwezige voorzieningen, de kwaliteit van die voorzieningen en de (toekomstige) behoefte. Een belangrijk startdocument hierbij is bijvoorbeeld het onderzoek van De Brouwer naar de aanwezige voorzieningen (Brouwer, 2008). Op basis van deze inventarisatie is het Middellange TermijnPlan voor de BES tot stand gekomen. De onderzoeken die de GGD Haaglanden heeft uitgevoerd, geven een beeld van de staat van de publieke gezondheidszorg, maar ook de behoefte op de eilanden (GGD Den Haag, 2012). En het kinderrechtenrapport van Unicef (Unicef, 2013) en de rapporten over ouderenzorg op Bonaire, Sint Eustatius en Saba (Veen, 2012) passen in deze categorie.

Evaluatierapporten vallen in de tweede categorie. Het rapport van GQCconsult uit 2013 geeft inzicht in de voortgang van de opbouw van de voorzieningen (GQCconsult, 2013). Dit rapport, dat in opdracht van VWS tot stand is gekomen, was bedoeld om te toetsen of VWS op de goede weg zat. Ook de Algemene Rekenkamer heeft onderzoek gedaan naar de uitvoering van het beleid in Caribisch Nederland (Algemene Rekenkamer, 2012). Daarnaast heeft een benchmarkonderzoek plaatsgevonden in het kader van het beleid voor de medische uitzendingen (Sigil Consulting Group, 2015).

De laatste categorie onderzoeksrapporten zijn de belevingsonderzoeken. Er zijn in de onderzoeksperiode drie belevingsonderzoeken gehouden (Curconsult, 2012, 2013 en 2015) waardoor er een goed beeld ontstaat over hoe de bevolking van Bonaire, Sint Eustatius en Saba tegen de veranderingen aankijkt.

Ontbrekende informatie

Er zijn slechts twee onderzoeken beschikbaar over de gezondheidssituatie in Caribisch Nederland: de health study van Grievink (Grievink, 2002) en de Omnibus Enquête van het CBS (CBS, 2013). Er zijn (nog) geen rapportages beschikbaar waarin gegevens over de omvang van ziekte en gezondheid, gezondheidsbeïnvloedende factoren en effecten van het beleid in Caribisch Nederland zijn opgenomen zoals de Staat van de Volksgezondheid en Zorg (Staat van VenZ), de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) en de jeugdmonitor. Tegelijkertijd wordt hierbij opgemerkt, dat bij deze gegevens snel sprake zal zijn van vertekende beelden. Door de kleinschaligheid van de eilanden kunnen de fluctuaties en afwijkingen groot zijn. Pas bij een meerjarig beeld worden de cijfers betrouwbaar voor het opstellen en evalueren van het beleid.

Begeleidingscommissie

De totstandkoming van dit rapport is begeleid door een begeleidingscommissie. Aan deze commissie is het conceptrapport voorgelegd, om zo tot de definitieve versie van de beleidsdoorlichting te komen. In deze commissie zaten ambtenaren van de ministeries van VWS, Financiën en BZK. Daarnaast zaten in de begeleidingscommissie twee onafhankelijke deskundigen, mevrouw mr. A.M.T. Martijn en mr. H. Plokker. Hun oordeel over de totstandkoming en kwaliteit van deze beleidsdoorlichting is als bijlage aan dit rapport toegevoegd.

1.4. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de beleidstheorie toegelicht. Er wordt ingegaan op de doelstellingen zoals deze voorafgaand aan de transitie zijn vastgesteld, wat de achterliggende gedachte was en hoe gaandeweg de focus is aangepast. Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vragen naar de aanleiding en verantwoordelijkheid van het beleid.

Voor de beoordeling van het beleid zoals dat is vormgegeven, is het ook belangrijk om enige kennis te hebben van de eilanden. Een beschrijving van de eilanden is opgenomen in hoofdstuk 3. Dit is een korte beschrijving, waarbij vooral aandacht wordt geschonken aan de verschillen tussen Caribisch en Europees Nederland, en de verschillen tussen Bonaire, Sint Eustatius en Saba onderling, die van belang zijn voor de vormgeving van het beleid op de eilanden.

In de hoofdstukken 4, 5 en 6 wordt achtereenvolgens in gegaan op het beleid voor de gezondheidszorg, de jeugdzorg en de publieke gezondheidszorg. In deze hoofdstukken wordt een beschrijving gegeven van de ingezette instrumenten of door VWS geïnitieerde of ondernomen activiteiten, de financiële middelen en de bereikte resultaten. In bijlage 1 is een meer gedetailleerd overzicht opgenomen van de ontwikkelingen op de eilanden. Ieder hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf met de belangrijkste resultaten en de conclusies.

In hoofdstuk 7 wordt ingegaan op de besparingsvarianten. Verplicht onderdeel van een beleidsdoorlichting is een analyse van beleidsopties die gekozen kunnen worden indien er significant minder middelen (-/- 20%) beschikbaar zijn voor het beleidsterrein.

De overkoepelende conclusies en aanbevelingen worden in hoofdstuk 8 beschreven. Daar wordt ook ingegaan op de centrale vragen naar doeltreffendheid en doelmatigheid. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen.

2. Een aanvaardbaar voorzieningenniveau

Op 10 oktober 2010 zijn de staatkundige verhoudingen van het Koninkrijk der Nederlanden veranderd. Vanaf dat moment maken Bonaire, Sint Eustatius en Saba als openbare lichamen deel uit van het land Nederland, zodat Nederland voortaan bestaat uit een Europees en een Caribisch deel. De eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba, die samen Caribisch Nederland (CN) worden genoemd, functioneren als bijzondere gemeenten in Nederland. Vanaf dat moment is de Minister van VWS eerstverantwoordelijke voor de wetgeving en inrichting van het zorgstelsel in Caribisch Nederland.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de doelstellingen die bij de transitie zijn afgesproken en welke uitgangspunten door VWS zijn gehanteerd bij de invulling van het beleid om de gestelde doelen te bereiken. Het gaat hier om de beleidstheorie, de vraag wat VWS beoogde (en beoogt) en waarom juist voor deze ingezette instrumenten is gekozen. Deze theorie was niet voorhanden en is gereconstrueerd door terug te kijken op het beleid van de afgelopen jaren.

2.1. Ontwikkeling van de doelstelling

Het algemene uitgangspunt, zoals dat in het bestuurlijk overleg in 2008 is afgesproken, is "een binnen Nederland aanvaardbaar voorzieningenniveau, rekening houdend met specifieke omstandigheden: de geringe bevolkingsomvang van de eilanden, het insulaire karakter, de grote afstand met Nederland, de kleine oppervlakte, het reliëf en ongewenste bestuurlijke en sociaaleconomische effecten" (Besluitenlijst BES, 2008).

Dit uitgangspunt is niet expliciet nader gespecificeerd door het ministerie van VWS. Wel heeft de minister aangegeven de verbeteringen in de zorg gefaseerd aan te pakken, mede vanwege de beperkte absorptiecapaciteit op de eilanden. Bij de uitwerking van het beleid is ervoor gekozen om eerst het spoedeisend vervoer, de curatieve zorg en jeugdzorg aan te pakken. In het schriftelijk Algemeen Overleg (AO) in 2013 heeft de minister het als volgt aangegeven: "De eerstelijnszorg in Caribisch Nederland is cruciaal, net als die in Europees Nederland. De afstand tot de medische specialistische zorg is echter onvergelijkbaar, waardoor een goede eerste lijn ook extra taken heeft in vergelijking met Europees Nederland en in de praktijk ook extra en andere zorg levert. Op Bonaire ligt dat wat anders omdat daar de aanwezigheid van adequate tweedelijnszorg steeds meer goede medisch specialistische zorg aanbiedt. Op Saba en Sint Eustatius is veel minder aanbod van tweedelijnszorg mogelijk en is dientengevolge het belang van de eerste lijn zeer groot" (TK 31568 nr. 129).

De vormgeving van de zorg op Bonaire, Sint Eustatius en Saba is dus maatwerk. De specifieke omstandigheden in Caribisch Nederland leiden er toe dat niet alle zorg op de eilanden gerealiseerd kan worden. Hierdoor zal altijd rekening gehouden moeten worden met hogere kosten voor bijvoorbeeld helikoptervervoer en de medische uitzendingen voor (super-)specialistische zorg naar Colombia en Guadeloupe.

In 2013 heeft de minister van VWS de Werkgroep Zorg Caribisch Nederland (WZCN) ingesteld met de opdracht om voor de lange(re) termijn een plan op te stellen voor de zorg in Caribisch Nederland. De opdracht was om concreet te maken hoe, binnen de thans bekende budgettaire kaders en binnen de wettelijke kaders, de opbouw van de zorginfrastructuur de komende jaren verder vorm zou moeten krijgen (WZCN, 2014). WZCN heeft geadviseerd om in de periode 2014-2020 de zorg in Caribisch Nederland verder te brengen richting een voor Europees Nederland aanvaardbaar niveau. Het gaat hierbij om het realiseren van een goed functionerend, duurzaam stelsel van zorg, dat voor alle rechthebbenden in gelijke mate toegankelijk is. Hierbij moet recht worden gedaan aan zowel de culturele, geografische en andere verschillen tussen het Europese en Caribische deel van Nederland als aan de verschillen tussen de drie eilanden die samen Caribisch Nederland vormen. Bij dit advies is een aantal specifieke aandachtspunten aangegeven zoals de communicatie, het ontwikkelen van sturingsinformatie en het verder opzetten van het aanbod voor o.a. zorg voor (geestelijk) gehandicapten en sommige groepen ouderen. Dit advies is als doelstelling in de begroting van VWS voor 2016 opgenomen.

In de afgelopen jaren zijn accentverschuivingen te zien in de brede doelstelling om het niveau van zorg in Caribisch Nederland op het niveau van Europees Nederland te brengen, onder andere als gevolg van ontwikkelingen op de eilanden, uitkomsten van onderzoeken en gewijzigde inzichten. In lang niet alle gevallen was bij de transitie al duidelijk wat de uitgangspositie was, wat de behoefte van de eilanden was en hoe gezien de specifieke omstandigheden het beleid dan vorm gegeven moest worden. Er zijn verschillende onderzoeken naar uitgangsposities en behoeftestelling uitgevoerd. Met zorgpartijen op de eilanden is en wordt gesproken over ontwikkelingen en behoeftes. Ontwikkeling van het zorgbeleid vindt plaats vanuit de lokale behoefte en daarop wordt verder gebouwd en vormgegeven.

Meetbare normen

Voor de gezondheidszorg en jeugdzorg zijn geen nadere (meetbare) normen uitgewerkt, waarmee het niveau van 'aanvaardbare zorg' kan worden gedefinieerd. Terugkijkend kunnen twee redenen worden aangevoerd, waarom het niveau van aanvaardbare zorg (nog) niet is vertaald in meetbare normen of streefwaarden. Ten eerste is dat het gebrek aan eenduidige, betrouwbare informatie voorafgaand aan de transitie. Op het gebied van de volksgezondheid bijvoorbeeld was er eigenlijk alleen een health study beschikbaar, die eind 1999, begin 2000 op de drie eilanden is uitgevoerd en in 2002 is gepubliceerd (Grievink, e.a., 2002). De beschikbare cijfers over de bevolkingomvang waren nog niet betrouwbaar, er waren geen concrete cijfers over bijvoorbeeld geleverde zorg of medische uitzendingen. Wel is, voorafgaand aan de transitie, een inventarisatie uitgevoerd naar de aanwezige voorzieningen en de staat daarvan voor zowel de gezondheidszorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg (Brouwer, 2008). De uitkomsten hiervan lagen op een heel praktisch niveau: de staat van de gebouwen, aanwezigheid van ruimtes en apparatuur en aantal betrokken medewerkers.

Deze inventarisatie geeft geen (of nauwelijks) informatie over patiëntenaantallen of –stromen, maar gaf in veel gevallen wel inzicht in voorzieningen die niet of nauwelijks aanwezig waren, zoals jeugdzorg en GGD-voorzieningen. Hierbij moet opgemerkt worden dat ook in de inventarisatie sommige informatie ontbrak; het beeld dat hieruit ontstond was daarmee niet altijd volledig.

De tweede reden betreft de verschillen tussen Europees en Caribisch Nederland en tussen Bonaire, Sint Eustatius en Saba onderling. Bij de transitie werd gesteld dat rekening gehouden moest worden met de specifieke omstandigheden: de geringe bevolkingsomvang van de eilanden, het insulaire karakter, de grote afstand met Nederland, de kleine oppervlakte, het reliëf en ongewenste bestuurlijke en sociaaleconomische effecten. Het is echter zeer moeilijk te bepalen welke verschillen in welke mate en in welke gevallen nu leiden tot een verschil in het niveau van aanvaardbare zorg tussen Caribisch en Europees Nederland. Afhankelijk van de omstandigheden kan gekozen worden voor meer of minder inzet op bepaalde terreinen.

Om een voorbeeld te geven: de bevolkingsomvang heeft directe consequenties voor de beschikbaarheid van medisch specialistische zorg. De normen die in Nederland gelden ten aanzien van het adherentiegebied en het zorgaanbod, noodzakelijk om kennis en kunde actueel te houden, gelden ook in Caribisch Nederland. Gezien de bevolkingsomvang van de eilanden, kunnen niet alle specialismen voorhanden zijn. En gezien de verschillen in bevolkingsomvang van de eilanden onderling, zal het aanbod op Saba (circa 1.800 inwoners) anders zijn dan op Bonaire (18.000 inwoners).

Ook de geografische ligging van de eilanden leidt tot een verschil in beleid. Vectorbestrijding is een zeer belangrijk onderdeel van infectieziektebestrijding. Vanwege de risico's op dengue en recent de besmetting met het Zika-virus heeft het bestrijden van muggen en muggenbroedplaatsen veel prioriteit.

Voor andere factoren zoals cultuur en religie is de directe invloed minder duidelijk. In vele rapporten en onderzoeken, zoals het kinderrechtenrapport van Unicef (Unicef, 2013) worden elementen genoemd die een invloed hebben. In het kinderrechtenrapport wordt bijvoorbeeld aangegeven dat de eilanden kleine, gesloten samenlevingen zijn, wat een risico met zich meebrengt voor opgroeiende kinderen. In een samenleving, waar vrijwel iedereen elkaar kent en de familiebanden sterk zijn, let iedereen op iedereen en weet alles van elkaar. Dat maakt het lastig om zaken privé te houden. Tegelijkertijd is niemand geneigd om (zelf) misstanden naar buiten te brengen of lastige kwesties te bespreken. Enerzijds is er sprake van een zwijgcultuur en anderzijds van een schaamtecultuur. Hoe hierin het maken en uitvoeren van het beleid concreet rekening mee gehouden moet worden, is lastig vooraf te bepalen.

Ook hier zijn verschillende ontwikkelingen te schetsen. Door de professionalisering van het zorgverzekeringskantoor zijn betere en betrouwbare gegevens beschikbaar over de zorguitgaven en de medische uitzendingen. Er wordt onder andere gewerkt aan een jeugdmonitor en een health study.

2.2. Een aanvaardbaar voorzieningenniveau: beschikbaar, betrouwbaar en betaalbaar

Het gebrek aan informatie zorgt ervoor dat er geen meetbare doelstellingen of streefwaarden zijn bepaald. Toch heeft VWS beleid gevoerd om het niveau van zorg te verbeteren in Caribisch Nederland. De vraag daarbij is welke aannames zijn gemaakt bij de ingezette instrumenten. Waarom zouden juist deze instrumenten bijdragen aan een verbetering van de volksgezondheid en jeugdzorg? Terugkijkend naar de door VWS uitgevoerde activiteiten en genomen maatregelen is een aantal gemeenschappelijke elementen in de diverse instrumenten te onderscheiden. Er kunnen drie pijlers worden onderscheiden. Als eerste is dat beschikbaarheid van zorg. Zonder voorzieningen is de zorg ook niet beschikbaar. Zorg die beschikbaar is, moet ook goed zijn. Inwoners van Caribisch Nederland moeten erop kunnen vertrouwen dat de geleverde zorg betrouwbaar is. De tweede pijler gaat dus over verantwoorde zorg. Bovendien is het belangrijk dat deze zorg gecontinueerd wordt. De zorg moet daarbij zo ingericht worden dat het nu en op de lange termijn betaalbaar is en blijft.

Beschikbaarheid

Het eerste element van een aanvaardbaar niveau van zorg houdt in dat deze beschikbaar is. Het door VWS gehanteerde uitgangspunt hierbij is dat waar mogelijk zorg op het eiland zelf wordt georganiseerd. Voorbeelden, waarbij dit element een (van de) uitgangspunt(en) was, zijn het opzetten van een nierdialysefaciliteit op Bonaire, het opzetten van de ambulante jeugdzorg op alle drie de eilanden en een aantal residentiële voorzieningen op Bonaire. Waar dat niet mogelijk is, worden de voorzieningen in de nabije omgeving of in Nederland georganiseerd.

Een ander facet van de beschikbaarheid is de toegankelijkheid van de zorg. Patiënten of cliënten moeten de zorg eenvoudig in kunnen roepen, er moet sprake zijn van laagdrempeligheid. Deze overweging heeft een belangrijke rol gespeeld bij het opzetten van de zorgverzekering BES, waarbij alle (legale) inwoners van de eilanden verzekerd zijn. Voor de transitie waren immers grote groepen inwoners niet verzekerd. Deze overweging speelt ook een rol bij het bepalen van het aansprakenpakket.

Betrouwbaarheid

Verantwoorde zorg is een in Nederland wettelijk vastgesteld begrip en ook het uitgangspunt van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Bij verantwoorde zorg gaat het om zorg die veilig, tijdig, doelmatig, patiëntgericht, doeltreffend/ effectief en toegankelijk is. Ook hier spelen bij de uitwerking aspecten als geografie, volume en financiële middelen mee. De rapporten van de Inspecties (zowel de IGZ als de Inspectie Jeugdzorg) op de eilanden bij de verschillende zorgaanbieders geven een goed beeld van de staat van de zorg. Bovendien dragen de inspecties nadrukkelijk bij aan de verbetering van de geleverde zorg.

Betaalbaarheid

Net als in Europees Nederland is de betaalbaarheid van de zorg en daarmee de beheersbaarheid van de uitgaven belangrijk. De zorgkosten in Caribisch Nederland zijn de afgelopen jaren substantieel gestegen. Naast valutaverschillen zijn de verklaringen hiervoor dat de kosten vooraf te laag zijn geschat en sprake was van achterstalling onderhoud, doordat grote groepen inwoners lange tijd niet verzekerd waren. Er is veel inzet gepleegd om grip te krijgen op de uitgaven. Inmiddels stabiliseren de uitgaven zich. De kosten per hoofd van de bevolking in Caribisch Nederland liggen onder het niveau van de kosten per hoofd van de bevolking in Nederland.

2.3. Afgeleide doelstellingen

Naast de algemene doelstelling van een binnen Nederland aanvaardbaar voorzieningenniveau' is een aantal afgeleide doelstellingen beschreven voorafgaand aan de transitie of gedurende de afgelopen vijf jaar. De meeste van deze doelstellingen zijn veelal concreet en praktisch van aard. Er kan dus nagegaan worden of en in hoeverre de genoemde activiteiten zijn uitgevoerd. Onderstaand is per deel terrein een opsomming van de afgeleide doelstellingen opgenomen, zoals deze destijds in de verschillende documenten zijn verwoord:

Gezondheidszorg

In de Besluitenlijst BES zijn ten aanzien van de curatieve en langdurige zorg de volgende afgeleide doelstellingen opgenomen (Besluitenlijst BES, 2008):

- Er wordt een publieke zorgverzekering uitgewerkt. Voor het zorgaanbod (gebouwen en inventaris) wordt een prioriteitenoverzicht van investeringen opgesteld (als sluitstuk van de inhoudelijke agenda die nu de eerste prioriteit heeft). De mogelijkheden voor wat betreft de noodzakelijk elders in te kopen zorg (de uitzendingen) in de omliggende landen worden verkend;
- Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal de formulering van een Lange Termijn HuisvestingsPlan (LTHP) voor de BES financieren (26 projecten over de volle breedte van zorg, volksgezondheid en jeugd). Het plan wordt op hoofdlijnen vastgesteld en vormt de basis voor een meerjarig programma van concrete en noodzakelijke verbeteringen;

- Naast verbeteringen van de curatieve zorg, de jeugdgezondheidszorg en de verpleging en verzorging krijgen geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en gehandicaptenzorg bijzondere aandacht vanwege de achterstanden op deze terreinen. Ook zal er speciale aandacht zijn voor de verdere ontwikkeling van de publieke gezondheid/GGD en eilandelijke preventietaken op het terrein van de volksgezondheid;
- Voor het vervoer van acute zorg (in levensbedreigende situaties) zal een 7 x 24 uren voorziening gerealiseerd worden. Daarbij zullen ook afspraken gemaakt dienen te worden over de opvang van deze acute patiënten elders;
- In 2009 wordt het Zorgkantoor BES opgericht als onderdeel van het Regionaal Service Centrum. De financiering van de zorg wordt op weg naar de invoering van de BES Zorgverzekering per 1 januari 2011, stapsgewijs overgenomen van de huidige uitvoerders (met name BZV, SVB en eilandelijke regelingen);
- In 2009 wordt aangevangen met de inrichting van het toezicht op de BES-eilanden.

In de bestuursoverleggen is tevens aangegeven dat het tempo waarin de projecten daadwerkelijk worden gerealiseerd afhangt van beschikbare financiële middelen, de absorptiecapaciteit van de eilanden, de beschikbaarheid van externe ondersteuning en dergelijke.

Na de transitie is een streefwaarde gesteld voor de medisch specialistische zorg op Bonaire. Circa 80% van de medisch specialistische zorg moet op het eiland zelf plaats kunnen vinden.

In 2014 heeft de Werkgroep Zorg Caribisch Nederland (WZCN, ook wel commissie Goedgedrag) een aantal aanbevelingen gedaan, die door de minister van VWS zijn overgenomen. De belangrijkste daarvan is de aanbeveling dat een afzonderlijke werkgroep zich over de verdere ontwikkeling van langdurige zorg en Wmo-achtige voorzieningen in Caribisch Nederland zal buigen. Deze werkgroep moet zowel rekening houden met de voornoemde traditie van zorg voor de naasten in Caribisch Nederland als met de fundamentele hervorming van de langdurige zorg zoals die in Europees Nederland heeft plaatsgevonden. Bezien moet worden in hoeverre de hervorming in Europees Nederland consequenties zou moeten hebben voor de langdurige zorg in Caribisch Nederland (vooral voor de rol van de openbare lichamen).

Jeugdzorg

Voor de jeugdzorg is in het plan van aanpak opgenomen dat vanuit een positieve opvoedingsvisie gebaseerd op universele preventie (dus gericht op alle ouders en jeugd en niet alleen op ouders/jeugd waar al problemen bij zijn geconstateerd), het beleid wordt uitgewerkt (VWS, 2009). Meer concreet worden in het plan van aanpak de volgende zichtbare resultaten benoemd:

- Centrum voor Jeugd en Gezin: Jeugdgezondheidszorg en opvoedondersteuning. Jeugdgezondheidszorg van 0 tot 18 jaar en opvoed- en gezinsondersteuning vormen de hoofdtaken van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG); een voor ouders en jeugd uitnodigende plek waar ze terecht kunnen met al hun vragen over gezond en veilig opgroeien en opvoeden. Het CJG heeft een positieve uitstraling en werkt nauw samen met (na)school en jeugdwelzijn. Samenwerking met leerplichtambtenaar, jeugdbescherming en politie gebeurt in de back-office.
- Vrijtijdsvoorzieningen en naschoolse opvang: Omdat de scholen vroeg uitgaan, veel ouders werken en er veel gebroken en problematische gezinnen zijn, moet er een goede opvang zijn na schooltijd. Ook moeten er voldoende positieve mogelijkheden zijn voor de jeugd voor besteding van hun vrije tijd, zoals sport en cultuur, en een plek voor ontmoeting. Dit is vooral gericht op activiteiten na school voor de jeugd vanaf 12 jaar.
- Zorgaanbod: Naast de gezinsbegeleiding vanuit gezinsvoogdij en CJG moet er ook gespecialiseerde behandeling komen, zoals zwaardere systeem/gezinsbehandeling (BES-vorm van Multi Systeem Therapie (MST) of Functional Family Therapy (FFT)), psychiatrische hulp en verslavingszorg. Aanvullend op het CJG zal er een multifunctioneel team voor de jeugdzorg komen. Ook moet elk eiland mogelijkheden hebben voor uithuisplaatsing, in kleinschalige gezinsachtige settings, zoals gezinshuizen en waar mogelijk pleegzorg. Er moeten een paar plekken zijn voor crisisopvang en incidenteel voor gesloten plaatsing.
- Visie en scholing: Elk BES-eiland krijgt maatwerk in voorzieningen Jeugd en Gezin. Wel wordt overal vanuit dezelfde visie op Jeugd en Gezin gewerkt met een heldere Rijks- en gemeentelijke aansturing, overzichtelijke infrastructuur, en met effectieve programma's. Het jeugd- en gezinsbeleid wordt ingebed in en bouwt voort op de betrokkenheid van de samenleving. Professionals worden geschoold en getraind in effectieve werkwijzen en programma's volgens de laatste inzichten.

Publieke gezondheidszorg

Publieke gezondheidszorg is bij de transitie benoemd als een taak van de openbare lichamen. Er zijn daarom geen afgeleide doelstellingen afgesproken. Wel is afgesproken dat Rijk in de eerste fase behulpzaam zal zijn bij het opbouwen van deze taken. Uitzondering hierop betreft de implementatie van de verplichtingen op terrein van infectieziekten voortkomend uit International Health Regulations (IHR).

3. Bonaire, Sint Eustatius en Saba: een beschrijving

Hoewel de eilanden deel uitmaken van één staatsrechtelijke constructie, Caribisch Nederland, verschillen ze onderling sterk. De verschillen hebben voornamelijk betrekking op de geografische ligging, de oppervlakte en het reliëf van de eilanden, de bevolkingsomvang, de taal die wordt gesproken, de religies die worden aangehangen, de economische bedrijvigheid, de heersende cultuur en de gezondheidssituatie. In dit hoofdstuk wordt een korte beschrijving gegeven van de situatie op de eilanden ten aanzien van een aantal factoren, die een belangrijke rol spelen bij de vormgeving van het beleid voor de gezondheidszorg, de jeugdzorg en de publieke gezondheidszorg.

3.1. Geografische ligging

Bonaire vormt met de eilanden Curaçao en Aruba de Benedenwindse eilanden. Bonaire ligt op bijna vijftig kilometer van Curaçao, tachtig kilometer ten noorden van Venezuela en 138 kilometer ten oosten van Aruba. Bonaire is ongeveer 38 kilometer lang en tussen de vijf en elf kilometer breed en heeft een oppervlakte van 288km².

Sint Eustatius (ook wel Statia genoemd) is een eiland in het noordelijke deel van de Caribische zee en vormt met Saba en Sint Maarten de Bovenwindse Eilanden. Sint Eustatius ligt ongeveer zestig kilometer ten zuiden van Sint Maarten, ruim 800 kilometer ten noorden van Bonaire en op ruim dertig kilometer ten zuidoosten van Saba. Tussen Sint Eustatius en Europees Nederland ligt zo'n 7.000 kilometer. Het eiland heeft een oppervlakte van 21 km². Sint Eustatius ligt, net als Saba, in een gebied dat vatbaar is voor orkanen.

Saba laat zich in grote lijnen beschrijven als een bijna 900 meter uit zee oprijzende berg met een nagenoeg cirkelvormige omtrek, een doorsnede van circa vier kilometer en een oppervlak van circa 13 km². Saba is het kleinste bewoonde eiland van Nederland en wordt ook wel the unspoiled Queen genoemd.

3.2. Bevolkingsomvang

In 2015 telde Caribisch Nederland volgens het CBS 24.593 inwoners, een stijging van 18% ten opzicht van 2010. Uit de leeftijdsverdeling blijkt dat ongeveer 23% van de bevolking uit kinderen en jeugdigen bestaat en circa 11% uit ouderen en bejaarden. Het aandeel 65-plussers is in vergelijking met Europees Nederland een stuk kleiner.

Bonaire telde volgens het CBS in 2010 15.518 bewoners. Begin 2015 is de bevolking met circa 22% toegenomen tot 18.905 inwoners. Het aandeel jongeren (< 20 jr.) ligt rond de 23%, het aandeel ouderen (65+) is rond de 11%. Het aandeel jongeren is de afgelopen jaren gestegen. De bevolkingssamenstelling van Bonaire kenmerkt zich door veel eenoudergezinnen en veel inwonende niet-gezinsleden (29% van de huishoudens).

Sint Eustatius telde in 2015 3.877 inwoners, een stijging van 8% ten opzichte van 2010 (3.583). Het aandeel jongeren bedraagt ongeveer 22% en is sinds 2010 gedaald. Het aandeel ouderen bedraagt circa 10% en laat een lichte stijging zien. Ook op Sint Eustatius zijn relatief veel eenoudergezinnen en tienermoederschappen. Het aantal niet-gezinsleden in een Stataans huishouden is ongeveer 25%. De sociale problematiek en in het bijzonder de problemen voor kinderen en jongeren worden als ernstig ervaren.

Saba kende slechts een lichte bevolkingsgroei van 2%. In 2015 telde het eiland 1.811 inwoners (in 2010 waren dat er 1.781). Het aandeel jongeren is ongeveer 20% en het aandeel ouderen 12%. Daarnaast verblijven er een groot aantal medische studenten op Saba door de aanwezigheid van de Saba University School of Medicine (ongeveer 20% van de totale bevolking). Ook op Saba zijn relatief veel alleenstaanden en eenoudergezinnen.

3.3. Gezondheidstoestand

Er zijn weinig tot geen actuele epidemiologische gegevens over de bevolking op de Caribische eilanden. Eind 1999, begin 2000 is er een health study uitgevoerd, een steekproefonderzoek naar de ervaren gezondheid en ziekte op alle drie de eilanden (Grievink, e.a., 2002). Daarnaast heeft het CBS in 2013 een onderzoek uitgevoerd naar de leefstijl op de BES-eilanden (CBS, 2013).

De gezondheidstoestand verschilt op een aantal punten tussen Europees en Caribisch Nederland. Vooral overgewicht en overmatig alcoholgebruik zijn in Caribisch Nederland aanzienlijk hoger dan in Europees Nederland. De ongezonde leefstijl in Caribisch Nederland vinden we alleen terug in de ervaren gezondheid van de inwoners van Bonaire. Circa 74% van de Bonairianen voelt zich gezond tegenover circa 80% van de Europese Nederlanders. De inwoners van Saba en Sint Eustatius onderscheiden zich in ervaren gezondheid niet van Europees Nederland (CBS, 2013).

Voor Bonaire komen diabetes mellitus, hypertensie, overgewicht als veel voorkomende gezondheidsproblemen en prevalentie naar voren. Zo blijkt zes op de tien inwoners op Bonaire (matig en ernstig) overgewicht te hebben. De door de bevolking op Bonaire ervaren gezondheidstoestand wordt door meer dan 70% als zeer goed tot goed beoordeeld (Grievink, e.a., 2002).

Bijna 49% van de onderzochte populatie op Sint Eustatius rapporteert een of meer chronische aandoeningen. De meest voorkomende aandoeningen zijn diabetes mellitus (12,1%), hoge bloeddruk (11,1%), chronische rugklachten (10,5%) en gewrichtsklachten (10,4%). Voor chronische aandoeningen is er een duidelijke samenhang met leeftijd: 79,4% van de ouderen (65+) rapporteert wel een of meerdere chronische aandoeningen (Grievink, e.a., 2002). De vraag naar de ervaren gezondheid in 2013 wordt door 80,9% beantwoord met goed of zeer goed, terwijl 47,8% een of meer chronische aandoeningen rapporteert. De prevalentie van diabetes is met 10,6% lager dan in het onderzoek uit 2002. Veelvoorkomend zijn hoge bloeddruk (20,6%) en migraine of ernstige hoofdpijn (17,7%) (CBS, 2013).

In de health study op Saba rapporteert bijna 70% van de onderzochte populatie een of meer chronische aandoeningen. Naast het relatief veel noemen van hoge bloeddruk (24,4%), worden vooral gewrichtsklachten (23,1%), chronische rugklachten (16,9%) en duizeligheid (12,5%) gerapporteerd. Met een prevalentie van 7,1% komt diabetes mellitus relatief veel voor. Vermeldenswaard is ook dat problemen met het zien relatief vaak werden gerapporteerd: over de hele populatie heeft 27,4% gezichtsproblemen, ook wanneer zij een bril hebben. In 2013 vindt een ruime meerderheid van de respondenten de eigen gezondheid goed of zeer goed (81,8%) en rapporteert 37,8% een of meer chronische aandoeningen.

Waarschijnlijk zal op de korte termijn de situatie niet veranderen, de genoemde problematiek en/of ziektebeelden hebben veelal een chronisch karakter. Bovendien is er nauwelijks kennis over gezond zijn/gezond blijven. Door deze kennisachterstand wordt al snel voor elke klacht per definitie 'een pilletje' verwacht om weer gezond te worden. Het verleggen van de focus naar (meer) preventie noopt dus tot een culturomslag. Het gaat om voorlichting over een gezonde leefwijze, inclusief seksueel gezond gedrag en gezond eten en bewegen.

3.4. Opleidingsniveau en economie

De evaluatiecommissie Spies die in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heeft plaatsgevonden, concludeert dat de (beroeps)bevolking van de eilanden minder hoog is opgeleid dan die in Europees Nederland. De cijfers over de beroepsbevolking van Caribisch Nederland komen overeen met die van Europees Nederland. De werkloosheidscijfers zijn voor Sint Eustatius en Saba wel iets gunstiger dan voor Bonaire, maar het gaat hier om kleine aantallen en verschillen. Bij deze cijfers moet wel in het oog worden gehouden dat mensen soms meer banen of bijbanen hebben of anderszins in hun levensonderhoud voorzien om rond te kunnen komen. Op de eilanden heeft 4 à 6% van de werkenden meerdere betrekkingen. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Vanwege de vaak geringe inkomsten en de hoge kosten van het levensonderhoud is niet-werken vaak geen optie; een sociale uitkering uit onderstand is een onaantrekkelijk alternatief (Spies, e.a., 2015).

Verder valt op dat de eilanden het karakter hebben van 'minilanden'. De eilanden hebben behoefte aan een infrastructuur om personen en goederen aan en af te voeren (zeehavens, vliegvelden) en voorzieningen om de bewoners te voorzien van vitale diensten als drinkwater, energie en internet. Omdat het hier kleine markten betreft, is het moeilijk voor bedrijven om concurrerend en efficiënt te opereren. Kleine markten worden gekarakteriseerd door monopolievorming en hoge vaste lasten. Het nieuwe belastingstelsel, de doorgevoerde dollarisatie en externe invloeden, zoals energie- en voedselprijzen, hebben geleid tot prijsstijgingen sinds 2010, ondanks de door het bestuurscollege ingestelde maximumprijzen voor eerste levensbehoeften. De prijsstijgingen hebben grote invloed gehad op de koopkracht van de eilandbewoners.

Op Bonaire zijn de belangrijkste werkgevers de overheid (26%) en de handel en horeca (31%). De zoutwinning, het toerisme en cruisevaart en de op- en overslag van olie zijn de belangrijkste stuwende sectoren van de economie. Er is een hoge arbeidsparticipatie (72,6%) met een werkloosheidspercentage van 5,8%. In de periode 2010-2013 is de koopkracht van de lonen op Bonaire met 4% gedaald. Uit de bevolkingsenquête blijkt dat 72% van de bevolking van Bonaire somber gestemd is over de ontwikkeling van de koopkracht sinds de transitie door de stijging van de kosten van levensonderhoud en daarmee de armoede (Spies, e.a., 2015).

Ook voor Sint Eustatius zijn de belangrijkste werkgevers de handel, vervoer en horeca (37%) en de overheid (31%). Nustar is de grootste private werkgever van het eiland. De huishoudens ontvangen gemiddeld het hoogst besteedbare inkomen in Caribisch Nederland en het werkloosheidspercentage is 3,2%. In de periode 2010-2013 is de koopkracht van de lonen op Sint Eustatius met 14% gedaald. Uit de bevolkingsenquête blijkt dat 72% van de bevolking somber gestemd is over de ontwikkeling van de koopkracht sinds de transitie door de stijging van de kosten van levensonderhoud en daarmee de armoede (Spies, e.a., 2015).

De economische structuur van Saba is eenzijdig en daardoor kwetsbaar: de grootste werkgever is de lokale overheid (43%) gevolgd door handel, vervoer en horeca (20%) en de bouwnijverheid (11%). Opvallend is het aantal werkenden dat meerdere betrekkingen heeft vanwege de vaak geringe inkomsten en hoge kosten van levensonderhoud. In de periode 2010-2013 is de koopkracht van de lonen op Saba met 6% gedaald. Uit de bevolkingsenquête blijkt dat 75% van de bevolking van Saba somber gestemd is over de ontwikkeling van de koopkracht sinds de transitie door de stijging van de kosten van levensonderhoud en daarmee de armoede (Spies, e.a., 2015).

3.5. Cultuur

In verschillende rapporten wordt nadrukkelijk gewezen op de culturele verschillen tussen Caribisch en Europees Nederland, en tussen de eilanden onderling. Deze culturele verschillen hebben onder andere te maken met de geschiedenis van de eilanden.

Bonaire is in het begin van de zeventiende eeuw samen met Curaçao en Aruba door Nederland van de Spanjaarden overgenomen ('veroverd'), omdat de Spanjaarden er weinig vruchten van dachten te kunnen plukken. Sint Eustatius is door zijn ligging vanaf de zeventiende eeuw aantrekkelijk geweest als overslagstation voor vervoer van goederen naar de omringende eilanden en het Amerikaanse vasteland. Het nabijgelegen Saba had door zijn bergachtige statuur deze aantrekkelijkheid niet en is geleidelijk aan bevolkt door mensen die vooral afkomstig waren uit Schotland, Ierland en de Nederlandse provincie Zeeland. Beide Bovenwindse eilanden worden voornamelijk omgeven door Engelssprekende eilanden; ook op de eilanden zelf wordt overwegend Engels gesproken. De geschiedenis zou nog steeds doorwerken in het dagelijks leven op de eilanden en heeft vooral gevolgen voor het opgroeien en het opvoeden van kinderen en datgene wat van generatie op generatie wordt doorgegeven (Unicef, 2013).

3.6. Taal en religie

Taal en religie verschillen sterk per eiland. Op Bonaire is de voertaal overwegend Papiaments en belijden de meeste mensen het katholieke geloof. Op Sint Eustatius en Saba wordt voornamelijk Engels gesproken; op Sint Eustatius treffen we relatief grote groepen adventisten en methodisten aan en op Saba treffen we verschillende christelijke religies aan, maar overheerst het katholieke geloof. In vergelijking met Europees Nederland rekenen in Caribisch Nederland veel meer mensen zich tot een religieuze groep.

4. Gezondheidszorg

In dit hoofdstuk wordt onder de gezondheidszorg zowel de curatieve zorg als de langdurige zorg begrepen. In Caribisch Nederland worden deze vormen op dezelfde wijze gefinancierd, namelijk via de zorgverzekering BES. VWS heeft ervoor gekozen om bij het vormgeven en verbeteren van de gezondheidszorg in Caribisch Nederland voorrang te geven aan de spoedeisende zorg, de medische uitzendingen en de curatieve zorg. Pas de laatste jaren, vanaf het advies van de commissie Goedgedrag is de focus verschoven naar de langdurige en ouderenzorg.

In dit hoofdstuk worden de verschillende instrumenten die VWS heeft ingezet om de zorg te verbeteren en te ontwikkelen naar een aanvaardbaar niveau, toegelicht. Hierbij is geprobeerd een chronologische volgorde aangehouden. Het spreekt voor zich dat in sommige gevallen ontwikkelingen zich gelijktijdig hebben voorgedaan.

Per instrument wordt zoveel als mogelijk aangegeven wat het uitgangspunt was, wat het doel was, wat er is gebeurd en wat het resultaat is. In bijlage 1 treft u een gedetailleerd overzicht van de ontwikkelingen per eiland aan. In paragraaf 4.15 wordt de inzet en ontwikkeling van de financiële middelen toegelicht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de behaalde resultaten en conclusies.

4.1. Middellange Termijnplan (MLTP)

Voorafgaand aan de transitie heeft in 2008 een inventarisatie naar de gezondheidszorg en jeugdzorg plaatsgevonden, waarbij de grootste knelpunten zijn benoemd. Aan de hand van deze inventarisatie zijn de meest urgente projecten in de zorgsector uitgewerkt in Lang Termijn Huisvestingsplan² (LTHP) voor de zorg, waarbij de grootste urgentie gelegd werd bij de bouwplannen rondom de nieuwbouw en vernieuwbouw van de ziekenhuizen en verpleeghuizen op de drie eilanden. Het LTHP beschrijft voor de periode 2010-2013 verschillende investeringen in zowel gebouwen als apparatuur. Uitgangspunt was op Bonaire een integratie tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis, zodat een klein, modern, goed geoutilleerd basisziekenhuis tot stand zou komen. Op Saba en Sint Eustatius was voorzien dat de bestaande voorzieningen samengesmeed zouden worden tot een multifunctioneel zorgcentrum (een ziekenhuis met een beperkt aantal bedden, verpleeghuis, ambulante zorg, thuiszorg) en een Centrum voor Jeugd en Gezin.

Uit schriftelijke stukken en eerdere rapportages blijkt niet hoe het MLTP concreet is uitgewerkt. Daardoor is onduidelijk wat precies van de planning is gerealiseerd. Wel zijn inmiddels behoorlijk wat investeringen gedaan, zoals de nierdialyse faciliteiten in het ziekenhuis van Bonaire en de aanschaf van ambulances op de drie eilanden. In sommige gevallen geldt dat op basis van voortschrijdend inzicht plannen gewijzigd zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot multifunctionele zorgcentra op Saba en Sint Eustatius.

² Het Lange Termijn Huisvestingsplan wordt in latere stukken ook wel het Middellange Termijnplan genoemd. Beide termen worden in dit rapport gebruikt.

4.2. Governance

Een aantal zorginstellingen en zorgverleners (huisartsen) op de eilanden viel voor de transitie rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de eilandbesturen. Om de transparantie van de zorg en het realiseren van een transparante verhouding tussen uitvoering, bestuur en toezicht te verbeteren heeft (al in aanloop naar de transitie) een ontvlechting plaatsgevonden.

Zorginstellingen zijn omgevormd tot stichtingen en sommige huisartsen zijn nu zelfstandige ondernemers. Er zijn geen zorginstellingen of zorgverleners meer die worden aangestuurd door de eilandbesturen. Daarnaast was het voornemen om de ziekenhuizen en medische centra te laten fuseren met de langdurige zorgstichtingen. Dit is al voor de transitie gerealiseerd op Bonaire en in april 2016 ook op Saba.

4.3. Besluit Zorgverzekering BES

Voorafgaand aan de transitie waren grote groepen bewoners op de eilanden onverzekerd voor de curatieve zorg. Voor de kosten van de langdurige zorg waren inwoners gedekt op grond van de Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten (AVBZ). Omdat de AVBZ aanzienlijk aangepast moest worden is ervoor gekozen om de langdurige zorg onder te brengen in de zorgverzekering BES.

Per 1 januari 2011 is de zorgverzekering BES ingevoerd voor iedere ingezetene, waardoor eenieder gelijkelijk toegang heeft tot zorg, met een breed pakket. Bij de invoering van deze verzekering op de BES-eilanden is om een aantal redenen besloten af te wijken van de Nederlandse Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In de Memorie van Toelichting (VWS, 2010) werden de volgende argumenten genoemd:

- Het zorgaanbod ter plekke is door de beperkte populatie op de eilanden niet vergelijkbaar met het Nederlandse zorgaanbod;
- De inkomenssituatie van de inwoners van de eilanden is van dien aard dat invoering van Nederlandse ziektekostenpremies niet mogelijk is;
- Van een vraaggestuurd verzekeringsmodel waarbij de nadruk wordt gelegd op marktwerking en concurrentie tussen zorgaanbieders kan op de BES-eilanden geen sprake zijn;
- Het ontbreekt op de BES-eilanden (nog) aan een goed functionerende markt waarop zorgverzekeraars met elkaar kunnen concurreren om de gunst van de verzekerde.

Met betrekking tot het aansprakenpakket is gezocht naar aanknopingspunten in de aansprakenpakketten van de bestaande publiekrechtelijke ziektekostenregelingen in de Nederlandse Antillen, afgezet tegen Zvw- en AWBZ-aanspraken. Uitgangspunt was daarbij, dat wat er niet in het Nederlandse pakket is opgenomen, ook niet in het pakket van de zorgverzekering BES zou worden opgenomen, tenzij zwaarwegende argumenten als bijvoorbeeld het volksgezondheidsbelang vooralsnog anders zou rechtvaardigen. Zo was er bij aanvang een tijdelijke regeling van één jaar voor gebitssanering opgenomen (die uiteindelijk verlengd is tot 1 januari 2015). Doel hiervan was om de bewoners de kans te geven hun gebitten te laten saneren. Een andere uitzondering is de vergoeding voor orale anticonceptie in Caribisch Nederland.

Bij de invoering van de zorgverzekering is ervoor gekozen geen nominale premie in te voeren, vanwege de ongewenste inkomenseffecten die zouden ontstaan als gevolg van de geringe financiële draagkracht van de bevolking. Doordat een nominale premie ontbreekt, is ook geen zorgtoeslag. Bovendien is ervoor gekozen geen systeem van eigen bijdragen of eigen risico in te voeren. De rijksbelastingdienst heft zowel bij werknemers als bij werkgevers premie.

Op 1 januari 2015 is het Besluit zorgverzekering BES (en de onderliggende Regeling aanspraken zorgverzekering BES) gewijzigd. Voor wat betreft de vergoeding van mondzorg en fysiotherapie is het pakket versoerd naar de Nederlandse standaard. Dit besluit uit 2013 stuitte op veel weerstanden; een aanvullende verzekering is in Caribisch Nederland niet voorhanden. Door de omvang van het eventuele aanvullend pakket en het relatief kleine aantal verzekerden is het voor private verzekeraars niet interessant om aanvullende verzekeringen aan te bieden. Het is voor VWS niet mogelijk dit bij private partijen af te dwingen. De te betalen premies zouden naar verwachting zo hoog worden dat een groot deel van de bevolking ze niet zou kunnen opbrengen, terwijl het meer gefortuneerde deel van de bevolking er naar verwachting voor zou kiezen de behandelingen zelf te betalen in plaats van zich aanvullend te verzekeren.

Met de invoering van de zorgverzekering BES en de daarbij behorende financieringssystematiek, is de financiële positie van de gezondheidszorg op de BES-eilanden geleidelijk verbeterd. Zorgverleners worden beter en correcter betaald dan voorheen. Bovendien is door het creëren van een uniforme verzekering voor alle inwoners een tweeledig doel bereikt: rechtsgelijkheid en het voorkomen van onverzekerdeheid.

Uitvoering door het zorgverzekeringskantoor (ZVK)

De feitelijke uitvoering van de zorgverzekering BES is via een mandaatregeling opgedragen aan het Zorgverzekeringskantoor BES (ZVK). Het ZVK heeft een aantal taken, zoals het toezien op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering, het geven van voorlichting aan verzekerden en zorgaanbieders op de inhoud van verstrekkingen en de voorwaarden waaronder die kunnen worden verkregen. Daarnaast heeft het ZVK een voorlichtingsfunctie richting de werkgevers over hun verplichtingen ter zake van de verzekering. Verder verzorgt het ZVK rapportages over ontwikkelingen in de uitvoering van besluit, zodat gemonitord kan worden wat goed gaat en wat verbeterd kan worden.

Het ZVK is feitelijk pas begin 2011 gestart en kende in de eerste tijd aanloopproblemen. De uitvoering van de verzekering was zowel voor het ZVK als voor de burgers van de drie eilanden niet eenvoudig. Er bleek bijvoorbeeld geen zorgregistratie te zijn op de eilanden. In de eerste maanden is veel aandacht besteed aan de uitvoeringsregelingen en de voorlichting aan burgers en zorgverleners. Het zorgverzekeringskantoor heeft de problemen opgelost door intensieve begeleiding van de eerstelijns zorgaanbieders, door goede samenwerking met de ziekenhuizen en door flexibiliteit te tonen bij het betalen van vergoedingen aan verzekerden die medisch werden uitgezonden. Daarnaast werd regelmatig in de media uitleg gegeven.

De afgelopen jaren hebben bij het ZVK in het teken gestaan van het opzetten van regelingen om de aanspraken van verzekerden te kunnen honoreren, het op orde brengen van de Administratieve Organisatie (AO)/Interne Controle (IC) alsmede het inregelen van de Informatie en Communicatie Technologie (ICT). De aandacht verschuift nu naar het verbeteren en controleren van de rechtmatigheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die aan de verzekerden geleverd wordt. Dit zal onder andere leiden tot een scherper contractbeheer. In 2015 is ook de klachtenregeling herschreven.

De Algemene Rekenkamer (Algemene Rekenkamer, 2016) concludeert in haar verantwoordingsonderzoek dat het nog niet mogelijk is de rechtmatigheid van de uitgaven van het ZVK vast te stellen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de problemen bij het afsluiten van een zorgovereenkomst met Fundashon Mariadal. Hierdoor legt deze zorgaanbieder nog geen verantwoording af over zijn uitgaven conform de door het ZVK en VWS opgestelde controle- en informatieprotocol. Deze protocollen horen deel uit te maken van de zorgovereenkomst. De overige problemen zijn inmiddels opgelost. Het interne beheer van het ZVK is op orde, evenals het beheer tussen het ZVK en VWS. Momenteel werken circa 31,9 FTE bij het ZVK.

4.4. Spoedeisend vervoer

Het regelen van goed spoedvervoer tussen was een prioriteit en een van de grootste uitdagingen. Hierbij is het goed om te beseffen dat door de specifieke omstandigheden, zoals de geografische ligging, het een illusie is dat voor de eilanden een systeem van spoedvervoer mogelijk is dat voor de volle 100% aan de normen voldoet zoals die in Nederland gelden. Er blijft altijd een lange reistijd naar een adequate vervolgekliniek en soms maken de weersomstandigheden het luchtverkeer onmogelijk.

In het LTHP waren vier concrete activiteiten benoemd voor het verbeteren van het spoedeisend vervoer:

- De aanschaf van vijf ambulances (één voor Saba, twee voor Sint Eustatius en twee voor Bonaire). In de inventarisatie werd geconstateerd dat de nog beschikbare ambulances sterk verouderd waren;
- Het opleiden van ambulancechauffeurs en –verpleegkundigen;
- Het opzetten van periodiek onderhoud van de ambulances en medische uitrusting;
- De bouw van de stallingen van de ambulances.

Deze punten zijn bij de transitie opgepakt en inmiddels ook gerealiseerd.

Daarnaast is geïnvesteerd in het spoedvervoer in de lucht. Er zijn twee helikopters voor spoedeisend vervoer gestationeerd op Sint Eustatius voor het vervoer van patiënten van Sint Eustatius en Saba. Op Saba is nachtverlichting op het vliegveld gerealiseerd, zodat de helikopter kan landen. Op Bonaire is bovendien een air-ambulance vliegtuig beschikbaar.

4.5. Eerstelijnszorg

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 tweedelijnscentrum. De huisartsenzorg is daarmee een belangrijke schakel in het zorgaanbod op de eilanden. De huisartsenzorg is op de eilanden verschillend georganiseerd.

De huisartsenzorg op Bonaire betreft primair de eerstelijnszorg. Het ziekenhuis Fundashon Mariadal (FM) staat er primair voor de tweedelijnszorg. In 2011 is op Bonaire een huisartsenpost opgezet om de overbelasting van de spoedeisende hulp te verminderen. Deze huisartsenpost ligt tegenover het ziekenhuis en is gevestigd in één van de huisartsenpraktijken op het eiland.

Op zowel Sint Eustatius als Saba staat een medisch centrum/klein ziekenhuis. Door het ontbreken van tweedelijnszorgvoorzieningen is hier sprake van anderhalvelijnszorg. Door de huisartsen wordt getracht de aangeboden patiëntenproblematiek zoveel mogelijk zelf in de eigen vertrouwde omgeving van het eiland te diagnosticeren en/of te behandelen. Dit leidt tot een 'bredere' inzet van deze huisartsen ten opzichte van bijvoorbeeld de huisartsen op Bonaire.

Op Saba is zeer recent de bestuurlijke fusie tussen het medisch centrum (Saba Health Care Foundation) en de ouderenzorg (Hon. Henry Carlyle Every Home, kortweg the Home) tot stand gekomen. In voorgaande jaren is ook vormgegeven aan een belangrijke kwaliteitsimpuls, waaronder het upgraden van de medische apparatuur en de inventaris. Er zijn inmiddels delen van het ziekenhuis gerenoveerd, maar de realisatie van de totale renovatie verloopt traag. Ook op Sint Eustatius hebben kwaliteitsimpulsen geleid tot een verbetering van de zorg in de eerstelijnskliniek (Queen Beatrix Medical Centre). In 2012 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verscherpt toezicht ingesteld. Dit is in 2013 opgeheven nadat de IGZ voldoende structurele verbeteringen constateerde.

De IGZ concludeert dat de IT-voorzieningen bij huisartsen nog niet adequaat zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot een huisartseninformatiesysteem. Door het ontbreken van zo'n systeem, waarin de administratie van patiënten is opgenomen, kunnen patiënten bij meerdere huisartsen ingeschreven staan en dus ook een dubbele diagnostiek, medicatie enz. krijgen.

Het capaciteitsorgaan heeft onderzoek gedaan naar de huisartsendichtheid op Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Voor de BES-eilanden afzonderlijk concludeert het capaciteitsorgaan eerder een wat te krappe dan te ruime (formele) huisartsenbezetting, voornamelijk op Bonaire en Sint Eustatius (Capaciteitsorgaan, 2015). Om die reden heeft het ZVK besloten een extra huisarts op Sint Eustatius te vergoeden.

4.6. Tweedelijnszorg

Ook de tweedelijnszorg is verschillend georganiseerd op de drie eilanden. Op Bonaire staat een ziekenhuis, waarmee de basiszorg geleverd kan worden. Op Saba en Sint Eustatius vinden op beperkte schaal visitaties plaats vanuit omliggende eilanden. Voor de tweedelijnszorg zijn de Sabanen en Statianen hoofdzakelijk aangewezen op zorg op Sint Maarten/Saint Martin, Colombia en Guadeloupe via medische uitzendingen.

Fundashon Mariadal Bonaire, samenwerking met VU/AMC

In 2010 heeft het samenwerkingsverband van de ziekenhuizen van VU en AMC met het ziekenhuis van Bonaire vorm gekregen, waarmee het aanbod van medisch specialistische zorg is uitgebreid. Om het aanbod van medisch specialismen op Bonaire te kunnen bepalen heeft ViaMedica een onderzoek gedaan naar de gewenste inrichting van de zorg (ViaMedica, 2009). Jumelage wordt gezien als een cruciaal onderdeel van de ontwikkeling van de medische zorg, omdat hiermee de kwaliteit van zorg en de patiëntgerichtheid wordt verbeterd. In dit samenwerkingsverband wordt onder meer de basisspecialistische zorg geregeld, zoals de specialismen interne geneeskunde, chirurgie, anaesthesie, gynaecologie, kindergeneeskunde en psychiatrie. Naast de basisspecialismen zijn ook andere specialisten (cardiologie, nefrologie) en gespecialiseerde verpleegkundigen aan het werk. De precieze samenstelling van deze groep wisselt. Het streven was om circa 80% van de benodigde zorg op Bonaire zelf te kunnen leveren. Geschat wordt dat inmiddels ongeveer 70% van de zorg op Bonaire geleverd wordt.

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. Als gevolg van het kleine adherentiegebied en het zorgaanbod moeten specialisten regelmatig wisselen om hun handelingsbekwaamheid op peil te houden. Uit belevingsonderzoeken blijkt dat het wisselen van de specialisten door de verzekerden als nadeel wordt ervaren: 'je kunt geen band opbouwen'.

Tweedelijnszorg zorg op Saba en Sint Eustatius

Ook voor Sint Eustatius en Saba heeft ViaMedica een onderzoek uitgevoerd naar het voorzieningenniveau voor medisch specialistische zorg (ViaMedica, 2009). Geconcludeerd werd dat voor eilanden als Saba en Sint Eustatius een medisch centrum niet veel meer zal kunnen zijn dan wat in Nederland een centrum voor de anderhalvelijnszorg zou worden genoemd, met redelijkerwijs zoveel als mogelijk mogelijkheden tot stabilisatie bij meer ernstige problematiek, waarna de patiënt kan worden vervoerd. 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 eerstelijnszorg en van de infrastructuur om visiterende specialisten zinvol consulten te kunnen laten doen. Hierbij speelt ook de digitalisering van de diagnostiek een rol. Op Saba wordt ook E-health toegepast, waarbij specialisten op afstand kunnen worden geraadpleegd.

In 2014 heeft de Saba Health Care Foundation laten onderzoeken welke zorg op het eiland binnen acceptabele grenzen aangeboden kan worden (PWC, 2014). Geadviseerd wordt het huidige zorgaanbod van de volgende visiterende specialismen: cardioloog, gynaecoloog, tandarts, psychiater en diëtist te behouden. En om de zorg en de kwaliteit van de anderhalvelijnszorg verder te professionaliseren en te onderzoeken van de mogelijkheden om meer gebruik te maken van zorgdigitalisering of E-health. Dermatologie en psychiatrie zijn hiervoor bij uitstek geschikt, waardoor mogelijk minder visitaties nodig zijn.

Medische uitzendingen

Omdat Bonaire, Sint Eustatius en Saba niet beschikken over alle benodigde specialistische zorg, moet deze zorg worden ingekocht in landen in de regio. Hierbij is het uitgangspunt dat behandeling zo dicht mogelijk in de buurt van het eigen eiland wordt gerealiseerd. Bij de medische instellingen waarheen wordt uitgezonden, wordt zowel gekeken naar de kwaliteit als de kosten. Om alle aanspraken te realiseren heeft het zorgverzekeringskantoor inmiddels met zorgaanbieders in de directe omgeving van de eilanden contracten gesloten. Hiermee is een sluitend aanbod gerealiseerd. Om kwaliteitsredenen is ervoor gekozen een beperkt aantal ziekenhuizen in andere landen te contracteren, zodat ook communicatie en kennisuitwisseling tussen de verwijzende en behandelende artsen mogelijk wordt. Tegelijkertijd is dit aanbod voldoende divers, waardoor er mogelijkheden zijn voor second opinions en dergelijke. Bij het vaststellen van deze bestemmingen zijn de eilanden betrokken.

Om meer grip te krijgen op de medische uitzendingen en de kosten daarvan is de afgelopen jaren een aantal maatregelen genomen. Bij de inwerkingtreding van het Besluit Zorgverzekering BES was immers de verwachting dat de kosten van medische uitzendingen op termijn beperkt zouden kunnen worden, door meer zorg op de eilanden te realiseren.

Het ZVK heeft in afstemming met verwijzers de laatste jaren veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de verwijzingen. Hierdoor worden verwijzingen beter toegelicht en wordt specifiek verwezen. Door verwijzingen op voorhand te bespreken en alternatieven aan te bieden, is het aantal afwijzingen beperkt. Bovendien is de laatste jaren een aantal maatregelen genomen om de logistiek te verbeteren en de verblijfsduur van de uitzending te bekorten. Een van de (concrete) maatregelen is dat alleen patiënten worden uitgezonden die vooraf een afspraak met het ziekenhuis hebben. Daarnaast zijn in 2015 vergaande afspraken voor samenwerking gemaakt op zorggebied tussen Nederland en Colombia. De afspraken betreffen het inkoopproces van complexe zorg voor bewoners van Caribisch Nederland, samenwerking tussen de inspecties van beide landen en de internationale aanpak van antibioticaresistentie.

VWS heeft in 2014 een onderzoek naar het niveau van de zorg (zowel in kwaliteit als in kosten) in de omringende landen van Caribisch Nederland laten uitvoeren (Sigil Consulting Group, 2015). Ondanks de beperkte deelname van ziekenhuizen, komt daar wel een globaal beeld uit waar de beschikbaarheid van aanvullende specialistische zorg goed gedekt is, waar een speciale internationale afdeling is opgezet en welke ziekenhuizen onevenredig of onverklaarbaar duur zijn. Op basis van dit onderzoek ziet VWS geen aanleiding om de gemaakte keuzes over de landen en ziekenhuizen waarheen de patiënten van Caribisch Nederland worden uitgezonden te heroverwegen (TK 31568 nr. 159).

In tabel 4.1 zijn de gegevens over de medische uitzendingen opgenomen. Over de gegevens van de jaren 2011-2013 wordt opgemerkt dat deze niet betrouwbaar zijn door gebrekkige registratie en registratiesystemen. Over de situatie voor 2010 zijn geheel geen gegevens beschikbaar. Destijds werd door het land Nederlandse Antillen en de verschillende verzekeringen niet tot zeer rudimentair geregistreerd. Uit deze tabel blijkt dat door de toename van het aantal medische specialisaties in het ziekenhuis op Bonaire de medische uitzendingen afnemen.

Tabel 4.1. Medische uitzendingen Caribisch Nederland

Medische Uitzendingen Caribisch Nederland					
	2011*	2012*	2013*	2014	2015
Bonaire	6.663	3.505	3.221	3.272	3.131
Sint Eustatius	2.912	2.132	3.104	2.750	2.804
Saba	1.448	1.437	1.360	1.085	1.142
Totaal	11.023	7.074	7.685	7.111	7.081

**Door gebrekkige registratie en registratiesystemen zijn de gegevens over de jaren 2011-2013 niet betrouwbaar.*

Vanuit Saba en Sint Eustatius vinden vooral medische uitzendingen plaats naar Sint Maarten, Saint Martin en Colombia en Guadeloupe. Voor Bonaire geldt dat voornamelijk naar Curaçao, Aruba en Colombia wordt verwezen. In tabel 4.2 is het aantal medische uitzendingen per eiland en per bestemming aangegeven.

Tabel 4.2. Medische uitzendingen per eiland en per bestemming

<i>Vanaf</i>	<i>Bonaire</i>			<i>Saba</i>			<i>Sint Eustatius</i>			<i>Totaal</i>		
<i>Naar</i>	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
<i>Aruba</i>	520	873	1.014	7	9	13	2	29	67	529	911	1.094
<i>Bonaire</i>				2	1	1	1	8	4	3	9	5
<i>Colombia</i>	413	443	429	144	124	89	311	288	144	868	855	662
<i>Curaçao</i>	2.234	1.891	1.612	20	28	32	13	23	12	2.267	1.942	1.656
<i>Guade- loupe</i>	2	1		42	24	28	19	5	11	63	30	39
<i>Nederland</i>	41	64	75	3	2	2	4	4	6	48	70	83
<i>Saint Martin*</i>						68		1	260		1	328
<i>Sint Maarten</i>	11		1	1.142	895	909	2.754	2.392	2.300	3.907	3.287	3.210
Totaal	3.221	3.272	3.131	1.360	1.083	1.142	3.104	2.750	2.804	7.685	7.105	7.077

*In 2013 en 2014 zijn de medische uitzendingen naar St. Martin geteld bij de uitzendingen naar Sint Maarten.

De geleverde zorg bij uitzendingen wordt in het algemeen als goed beoordeeld, maar er is ook kritiek op de uitzendingen. De kosten zijn hoog en patiënten (en hun begeleiders) zijn vaak veel tijd kwijt aan een medische uitzending: enkele weken tot soms maanden. Ook verloopt de communicatie, in het bijzonder op de bovenwinden, tussen medisch personeel op de eilanden en de plaats van uitzending niet altijd optimaal, onder meer door taalproblemen. Daarnaast komen praktische problemen voor. Zo komen medicijnen die in Colombia en de Franse verwijslocaties (Guadeloupe en Saint Martin) worden voorgeschreven niet altijd overeen met de lijst van te vergoeden medicijnen uit Nederland. Hierdoor moet door de apothekers in Caribisch Nederland worden gezocht naar goede alternatieven.

4.7. Tandheelkundige (mond-)zorg

Vanaf het begin bood de zorgverzekering BES een vergoeding voor een eenmalige sanering voor iedereen en uitgebreide mondzorg voor jongeren, vanwege de achterstanden in de mondzorg. Bovendien is geïnvesteerd in voorzieningen door op Saba en Sint Eustatius de tandartskamers nieuw in te richten.

Het onderzoek van het capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan, 2015) naar de omvang van de eerstelijnszorg in Caribisch Nederland laat zien dat in vergelijking met Europees Nederland in het Caribische deel over de gehele linie sprake is van een lagere tandartsendichtheid. Het capaciteitsorgaan concludeert zuiver op bevolkingsaantallen (dus niet op aanwezigheid van zorgvraag) dat voldoende signalen aanwezig lijken om enige uitbreiding van het aantal tandartsen op de BES-eilanden te overwegen. Omdat per 1 januari 2015 de aanspraken voor mondzorg zijn vervallen, heeft geen uitbreiding plaatsgevonden.

4.8. Farmaceutische zorg

Bij aanvang waren medicijnen op de eilanden vaak erg duur en soms moeilijk te verkrijgen. Een van de oorzaken van de hoge kosten was de gedwongen winkelnering van apothekers bij agentschappen die van het land Nederlandse Antillen een vergunning hadden gekregen (GQCconsult, 2013).

Er is een aantal maatregelen ingezet om de kosten van geneesmiddelen terug te dringen en de beschikbaarheid en toegankelijkheid te verbeteren. Door inkoop van geneesmiddelen bij andere groothandels, zoals in Nederland, mogelijk te maken zijn de kosten aanzienlijk naar beneden gebracht, ook van de medicijnen, die zonder recept worden verkocht. Daarnaast zijn de tarieven voor de apothekers verlaagd en worden vaker generieke medicijnen in plaats van merkgeneesmiddelen voorgeschreven. Bovendien wordt de kwaliteit van zorg verbeterd door een formularium³ te hanteren. De toegankelijkheid/beschikbaarheid is geborgd door de integratie van de apotheken in de ziekenhuizen.

Het capaciteitsorgaan heeft ook voor de farmaceutische zorgverlening gekeken naar het verzorgingsbereik (Capaciteitsorgaan, 2015). Het capaciteitsorgaan concludeert voor Caribisch Nederland en dan speciaal voor de eilanden Bonaire en Sint Eustatius eerder een iets te ruim dan te krap aanbod aan apothekers. Binnen deze ruimte lijkt het in ieder geval mogelijk om ook op Saba tot een beperkte 'eigen' invulling van één tot twee dagdelen te komen in afstemming met het naburige Sint Eustatius.

Zoals bij de beschrijving van de medische uitzendingen al bleek, kan soms een probleem ontstaan doordat artsen in bijvoorbeeld Colombia geneesmiddelen voorschrijven die niet vergoed worden. Recent onderzoek van het zorgverzekeringskantoor laat zien dat inmiddels voldoende geneesmiddelen beschikbaar zijn, maar dat nog onvoldoende inzicht is in de kwaliteit, doelmatigheid en duurzaamheid van de farmaceutische zorg in Caribisch Nederland.

4.9. Verbetering kwaliteit medisch beroepsbeoefenaren

Per 1 juli 2014 is het Besluit uitoefenen medisch beroep BES van kracht. Hiermee wordt de kwaliteit van de beroepsuitoefening geregeld⁴. Het is niet meer mogelijk om zonder ontheffing van de minister van VWS een medisch beroep op de BES uit te oefenen. In de onderliggende kwaliteitsbesluiten zijn kwaliteitseisen vastgelegd voor artsen, tandartsen, apothekers en apothekersassistenten en verloskundigen.

Op het moment van invoering van de kwaliteitsbesluiten, was er een beperkt aantal artsen, tandartsen en verloskundigen, die wel over een ontheffing beschikken, maar (nog) niet aan de bevoegdheidsvereisten voldoen. Hiervoor is een overgangsregime ingesteld tot 2020. Voor deze medische beroepsbeoefenaren wordt een speciaal scholingsprogramma opgezet.

³ Naslagwerk dat medicamenteuze adviezen en/of medicijnen uiteenzet. Het formularium biedt de (huis)arts een handvat bij het voorschrijven van geneesmiddelen.

⁴ De wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) is niet van kracht in Caribisch Nederland.

4.10. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), inclusief verslavingszorg

In aanloop naar de transitie is onderkend dat de problematiek rond psychiatrie en verslavingszorg groot en complex is, dit is dan ook als speerpunt benoemd. In 2012 zijn de verslavingszorg en de GGZ opgezet. Het zorgverzekeringskantoor heeft hiervoor een Nederlandse verslavingszorginstelling (Novadic-Kentron) als partner aangetrokken. Vanuit een aparte stichting (SVP-CN) wordt de zorg geleverd met als doel de verzorging, de verdere ontwikkeling en kwaliteitsverbetering van de geestelijke gezondheidszorg (psychiatrie) en verslavingszorg in Caribisch Nederland. Inzet van psychiatrie is georganiseerd door de jumelage en visitatie op de eilanden. De SVP-CN biedt verslavingszorg, psychiatrische zorg en zorg voor licht verstandelijk beperkten in relatie tot psychiatrische of verslavingsproblematiek. Er wordt vooral ingezet op intensieve ambulante trajecten. Klinische zorg wordt zoveel mogelijk beperkt. In 2014 waren circa 250 cliënten in behandeling (SVP-CN, 2015).

De intensief ambulante aanpak heeft ertoe geleid dat het aantal benodigde PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis)-bedden naar beneden is bijgesteld van twaalf naar zes. Ook de noodzaak cliënten bij zeer acute en complexe problemen tijdelijk 'uit te vliegen' naar andere eilanden of naar Europees Nederland is sterk afgenomen. Bij het ontbreken van opname- en behandelmogelijkheden in Caribisch Nederland voor zeer acute en zeer complexe problemen van individuele cliënten wordt gebruik gemaakt van cliëntenzorg elders in het Caribisch gebied of (tijdelijk) in Nederland. In 2014 zijn circa dertig cliënten uitgeplaatst naar de beschikbare voorzieningen op Nederland, Aruba, Curaçao en Sint Maarten voor (poli-)klinische behandeling.

Op Bonaire is, samen met Fundashon Mariadal, gestart met de ontwikkeling van een visie op transmurale zorg, naar aanleiding van het beschikbaar komen van zes ziekenhuisbedden voor korte opnames en van een Extra Beveiligde Kamer (EBK) voor crisissituaties, waardoor geen gebruik meer hoeft te worden gemaakt van een politiecel. Daarnaast wordt samen met JGCN gekeken naar de ontwikkeling van een residentiële GGZ-voorziening ten behoeve van jongeren in Caribisch Nederland. De IGZ geeft aan dat de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg in Caribisch Nederland grotendeels op verantwoorde en patiëntveilige wijze wordt verleend.

4.11. Thuiszorg/ wijkverpleging

In Europees Nederland is het huidige beleid erop gericht mensen langer thuis te laten wonen met behulp van maatschappelijke ondersteuning en het eigen netwerk. Dit is ook het uitgangspunt van de langdurige zorg in Caribisch Nederland. Op alle drie de eilanden is sinds 2010 geïnvesteerd in het verbeteren van de thuiszorg/ wijkverpleging.

Het thuiszorgcentrum Sentro di Salú op Bonaire kent een grote verbetering van de zorgverlening zowel in kwantiteit als kwaliteit. Er worden meer zorginhoudelijke handelingen verricht dan voorheen. Er zijn momenteel circa dertig cliënten. Op Sint Eustatius is de wijkverpleging onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis gebracht. Tevens is de formatie uitgebreid. Hierdoor is ook de kwaliteit verbeterd. Op Sint Eustatius krijgen circa 25 cliënten thuiszorg. Ook op Saba is de thuiszorg onder verantwoordelijkheid gebracht van het medisch centrum. De thuiszorg is fors uitgebreid en er is veel gedaan aan kwaliteitsverbetering. Op Saba worden circa zestig cliënten verzorgd.

4.12. Ouderenzorg

Op basis van de inventarisatie die voor de transitie is uitgevoerd, waren in het LTHP diverse bouwkundige verbeteringen opgenomen, zoals capaciteitsuitbreiding voor de dagopvang op Bonaire (Brouwer, 2008). In 2012 heeft een onderzoek plaatsgevonden in opdracht van VWS naar de bestaande en gewenste situatie op het gebied van de ouderenzorg (Veen, 2012). Deze rapporten constateren een aanzienlijke stijging van de vraag als gevolg van de vergrijzing en bevatten een aantal concrete aanbevelingen:

- 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 en stel daarvoor (financiële) middelen ter beschikking totdat totale verbouwing van het Medical Center en Home gereed is. Met een ontwikkeling naar wijkgerichte zorg zal naar verwachting de nu bestaande capaciteit van twintig 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.

De afgelopen jaren is behoorlijk geïnvesteerd in de verbetering van de ouderenzorg. Op Bonaire is de ouderenopvang in Rincon gereed gekomen. Dit is een wijkgericht netwerk van wonen, welzijn, opvang en zorg voor ouderen. Er is dagbesteding voor zeven dagen in de week en een nachtopvang voor 12 personen. Op Bonaire zijn nog twee kleine dagopvangprojecten (Villa Antonia en Flor di Orkidia). Daarnaast kent Bonaire een verpleeghuis Kas di Kuido, gelegen naast het ziekenhuis.

Op Sint Eustatius zijn dagopvangmogelijkheden voor circa 25 ouderen bij Chapel Piece. Er is echter nog geen beleid voor een goede samenhang tussen wonen, welzijn, opvang en zorg voor ouderen. Het Hon. Henry Carlyle Every Home (The Home), het verpleeghuis op Saba, is in 2015 gestart met de pilot extramurale dagbesteding. Voorheen was geen dagopvang aanwezig. The Home heeft in 2014 onder verscherpt toezicht gestaan van de IGZ. Eind 2015 is dit opgeheven, omdat veel verbeterpunten zijn gerealiseerd. Begin 2016 is de bestuurlijke fusie met Saba Health Care Foundation, het ziekenhuis, gereed gekomen.

4.13. Gehandicaptenzorg

Het is de bedoeling dat het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, zodra dat mogelijk is, ook geldig wordt in het Caribisch deel van Nederland. Hiertoe wordt een inventarisatie uitgevoerd naar de implicaties van medegelding van het Verdrag in Caribisch Nederland. Deze inventarisatie is eind november 2015 gestart en naar verwachting in juli 2016 gereed zijn.

Op Bonaire is het Fundashon Kuido pa Personanan Desabilita (FKPD) actief. Deze organisatie biedt de functies dagbesteding, wonen en arbeidstraining aan mensen met een verstandelijke beperking (IQ < 70). Op Saba en Sint Eustatius zijn geen voorzieningen.

4.14. Toezicht

Sinds de transitie is de IGZ verantwoordelijk voor het toezicht in Caribisch Nederland. De inspectie handhaaft op basis van de vigerende wet- en regelgeving. Het toezicht dat de inspectie houdt op Bonaire, Sint Eustatius en Saba is opgenomen in een apart jaarlijks werkplan en bestaat in 2015 uit vier hoofdonderdelen: algemeen toezicht, incidenten- en calamiteitentoezicht, thematisch toezicht van organisatie(-onderdelen) of beroepsgroepen zoals mondzorg, verloskunde, GGD en tussentijds contact tussen bezoeken per e-mail en telefoon. Tijdens de drie tot vier jaarlijkse bezoeken (zowel aangekondigd als onaangekondigd) besteedt de inspectie aandacht aan alle hoofdonderdelen.

De inspectie probeert de zorgaanbieders te ondersteunen bij het maken van de benodigde kwaliteitsstappen. Hulpverleners spreken van een dialoog, waarbij in redelijkheid afspraken worden gemaakt over een stappenplan. Wel wordt de kanttekening gemaakt dat inspecteurs niet altijd de grote verschillen tussen Europees en Caribisch Nederland begrijpen. Er wordt in sommige gevallen te weinig rekening gehouden met praktische mogelijkheden op de eilanden.

4.15. Financiële middelen

De uitgaven voor de gezondheidszorg en de jeugdzorg worden verantwoord op artikel 4.5 (Zorgbreed beleid) in de VWS-begroting. De uitvoeringskosten voor het zorgverzekeringskantoor en Jeugd en Gezin Caribisch Nederland (JGCN) worden, sinds 2013, apart verantwoord op artikel 10 (Apparaatsuitgaven). In tabel 4.3 zijn de uitgaven voor gezondheidszorg en het ZVK opgenomen.

Tabel 4.3. Zorguitgaven

X € 1.000	2011	2012	2013	2014	2015
Zorguitgaven	59.031	86.718	84.033	86.265	104.083
Uitvoeringskosten ZVK	2.000	2.500	4.000	6.000	6.000
<i>Totaal</i>	<i>61.031</i>	<i>89.218</i>	<i>88.033</i>	<i>92.265</i>	<i>110.083</i>

Inkomsten

Tegenover de uitgaven staan de opbrengsten, die via werkgevers- en werknemerspremies worden ontvangen. Het ministerie van Financiën is verantwoordelijk voor de inning van deze premies. De opbrengsten worden aan de totale ontvangsten van het Rijk toegevoegd. Voor de inkomstenbelasting geldt een vlak tarief van 30,4%, hierin is een werknemersdeel zorg opgenomen van ongeveer 0,5%. In de geïntegreerde werkgeversheffing van circa 18% zit een zorgpremie van 16,1%. Naar schatting wordt er 35 mln. euro aan premies voor de zorguitgaven geïnd in Caribisch Nederland.

Ontwikkeling zorguitgaven

Bij de transitie werd uitgegaan van het zogenaamde Havermanskader. Op basis van dit kader werd een bedrag van 13,6 mln. euro aan de begroting toegevoegd. Daaraan werd voor de zorguitgaven een bedrag van 6,5 mln. euro en voor meerkosten voor ontwikkeling, investering en herstructurering nog een bedrag van 2 mln. euro en 4,6 mln. euro in de jaren daarna toegevoegd. De totale begroting voor 2011 bedroeg daarmee 22,1 mln. euro.

De zorguitgaven zijn de eerste jaren enorm gestegen ten opzichte van de begrote uitgaven. Naast de eerder genoemde valutaverschillen (zie hoofdstuk 1) werd dit enerzijds veroorzaakt door een te lage en niet realistische begroting. Het Havermanskader was immers gebaseerd op het Antilliaanse zorgvoorzieningsniveau uit 2008 en bovendien ontbraken door het gebrek aan registraties betrouwbare cijfers. Anderzijds namen de kosten toe door de groei van het aantal verzekerden, een stijging van de personeelskosten door een nieuwe CAO, een groei van de zorgproductie en een toename van 'duurdere' medische uitzendingen naar Colombia. Destijds werd geschat dat de stijging van de zorgkosten tussen de drie en vijf jaar zou aanhouden. In 2015 zijn de uitgaven in dollars binnen de raming gebleven. In de begroting van 2016 is voor 2016 tot 2020 de volgende reeks opgenomen:

Tabel 4.4. Begroting Zorg en Welzijn Caribisch Nederland

X € 1.000	2016	2017	2018	2019	2020
Zorg en Welzijn*	109.018	112.008	115.047	118.158	121.188

*Bedragen zijn inclusief € 1,4 mln. voor jeugdzorg

Naar aanleiding van de overschrijdingen heeft de minister van VWS een aantal maatregelen genomen. In de kamerbrief (TK 31568 nr. 126) wordt hierbij het volgende uitgangspunt gehanteerd: "De maatregelen zijn nodig om de groei van de uitgaven af te remmen, zonder dat daarbij wat nu is opgebouwd en naar ieders tevredenheid functioneert, weer wordt teruggedraaid. Uitgangspunt daarbij is om daar waar enigszins verantwoord de vergelijking te maken met Europees Nederland en de maatregelen die we treffen in de zorg in Europees Nederland".

Naast interne maatregelen die moesten zorgen voor een beter functionerend ZVK, werden twee pakketmaatregelen genomen. Hiermee werd het aansprakenpakket in Caribisch Nederland zoveel mogelijk gelijk getrokken met het basispakket in Nederland. De aanspraken met betrekking tot fysiotherapie en mondzorg werden beperkt, wat tot veel discussie en protest leidde. Na uitstel zijn deze maatregelen per 1 januari 2015 geëffectueerd.

Naar aanleiding van de commotie rond de voorgestelde pakketmaatregelen is de Werkgroep Zorg Caribisch Nederland ingesteld. Een van de adviezen van deze commissie is dat de huidige ramingen als een realistisch en acceptabel kader worden gezien voor de verdere ontwikkeling van de zorg in Caribisch Nederland. Dit impliceert ook dat eventuele budgetoverschrijdingen niet meer automatisch door VWS worden betaald. In geval van eventuele budgetoverschrijdingen wordt gezamenlijk naar een oplossing gezocht.

Uitsplitsing zorguitgaven

Vanaf 2012 is ingezet op de ontwikkeling van de informatievoorziening bij het ZVK, waardoor een beter inzicht is ontstaan in zorguitgaven. In tabel 4.5 wordt een uitsplitsing gegeven van de zorguitgaven.

Tabel 4.5. Uitsplitsing zorguitgaven in dollars

<i>Omschrijving/ Uitgaven (X \$ 1.000)</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015*</i>
Huisartsenzorg	2.706	3.392	4.028
Tandartsenzorg	4.001	2.613	2.036
Paramedische zorg	2.163	1.979	1.726
Specialistische zorg	13.501	11.485	12.973
Intramurale zorg	34.122	40.072	39.603
Farmaceutische zorg	9.455	9.903	9.937
Medische uitzendingen	12.097	13.128	11.748
Laboratoriumzorg	2.402	2.229	3.045
Kunst- en hulpmiddelen	1.765	1.791	2.052
Verloskundige en kraamzorg	47	-	5
Verslavingszorg	2.469	4.310	4.511
Overige zorg	555	189	264
Subtotaal Cure	85.285	91.091	91.928
Ouderenzorg	14.191	15.002	16.116
Gehandicaptenzorg	1.125	1.125	1.726
Subtotaal Care	15.316	16.127	17.842
Exploitatiebijdrage investeringen gezondheidszorg	7.491	7.491	7.292

*2015 betreft de voorlopige realisatie

4.16. Resultaten en conclusies

Zoals in hoofdstuk 2 aangegeven gaat het bij het bepalen of zorg verbeterd is richting een aanvaard niveau om de vraag of de beschikbaarheid en kwaliteit zijn toegenomen en of de zorg betaalbaar is. Daarnaast is in hoofdstuk 2 een aantal afgeleide doelstellingen voor de gezondheidszorg genoemd. Zowel voor het aanvaardbaar niveau als voor de afgeleide doelstellingen wordt in deze paragraaf gekeken naar de bereikte resultaten. Daarnaast zijn de afgelopen jaren een aantal belevingsonderzoeken gehouden. Op basis van deze onderzoeken kan er een beeld gevormd worden van de mening van de inwoners van Caribisch Nederland over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Dit kan gezien worden als een indicator voor het gevoerde beleid. Voordat de resultaten en conclusies worden beschreven, wordt eerst ingegaan op de uitkomsten van de belevingsonderzoeken.

Belevingsonderzoeken

In het rapport van het SCP voor de commissie Spies (Spies, e.a., 2015) wordt aangegeven dat voor de gezondheidszorg een sterk positief beeld van de bereikte resultaten sinds de bestuurlijke transitie overheerst. In 2015 is een terugslag te zien, waarbij het positieve sentiment uitkomt tussen dat van 2011 en 2013. Het uiteindelijke resultaat is dat de eilanden elkaar in 2015 weinig ontlopen in het oordeel over de bereikte resultaten. Ongeveer 60% van de bevolking vindt dat de gezondheidszorg sinds de bestuurlijke transitie is verbeterd, circa 25% vindt dat alles ongeveer bij hetzelfde is gebleven en circa 15% neemt een verslechtering waar in de geleverde zorg.

Het SCP concludeert dat de deelnemers aan de groepsgesprekken unaniem van oordeel zijn dat de gezondheidszorg in het algemeen is verbeterd. Maar er zijn nog wel verbeterpunten, die zich concentreren rond wachttijden, het verzekeringspakket en de medische uitzendingen. De deelnemers laten hun teleurstelling blijken over de verwijdering van de fysiotherapie en de tandarts uit het verzekeringspakket. Rond de uitzendingen wordt veel kritiek geuit op de Colombiaanse zorgverzekeraar Coomeva, die de logistiek rond de medische uitzendingen naar Colombia verzorgt. De deelnemers vragen zich ook af waarom er niet meer mogelijkheden zijn om een ziekenhuis dichterbij te organiseren, bijvoorbeeld op Curaçao, Aruba of Sint Maarten. Voorts vinden de deelnemers uit Bonaire dat er vaak wisselingen in specialisten zijn; men ziet in de loop der tijd steeds andere gezichten. De zorg voor ouderen ten slotte wordt door de deelnemers als goed aangemerkt en men is ook van mening dat deze zorg is verbeterd (SCP 2015).

Beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid

Zoals uit bovenstaande paragrafen blijkt, heeft op alle deelreinen van de zorg een verbetering plaats gevonden in termen van beschikbaarheid en betrouwbaarheid. Door de zorgverzekering is de zorg voor iedereen toegankelijk en zijn de in de regeling opgenomen aanspraken ook te verzilveren. De kwaliteit is toegenomen. Enerzijds door investeringen in gebouwen en apparatuur en anderzijds als gevolg van de inspecties door de IGZ, waardoor meer aandacht is voor kwaliteit in het algemeen.

Hierbij zijn ook kanttekeningen te maken. Niet alle voorgenomen investeringen uit het MLTP zijn gerealiseerd. Door prioritering van de spoedeisende en curatieve zorg, zijn bijvoorbeeld de ontwikkelingen op de langdurige en ouderenzorg later op gang gekomen. Het zorgstelsel in Caribisch Nederland kende in 2010 vele tekorten en moest dus eigenlijk vanaf nul opgebouwd worden. Vijf jaar later geven betrokken partijen, zoals VWS, IGZ en zorgaanbieders aan dat er veel bereikt is, maar dat het zorgsysteem nog in opbouw is. Dit geldt nadrukkelijk voor de kwaliteit, waarin bijvoorbeeld middels het opleidingstraject wordt geïnvesteerd. Ook de informatievoorziening is een terrein dat nog verder ontwikkeld moet worden. De afgelopen jaren is er onder andere naar aanleiding van de bevindingen van de Algemene Rekenkamer en GQCconsult aandacht besteed aan de verbetering van de informatievoorziening van het zorgverzekeringskantoor en het opzetten van onderzoek en registraties door het RIVM, het NIVEL en het CBS.

De zorguitgaven zijn fors gestegen in de afgelopen vijf jaar. Deels valt dit te verklaren door een niet-realistische begroting bij de start en de wisselkoersverschillen, deels ook door de toegenomen vraag en een inhaalslag van achterstallige zorg. Er zijn maatregelen genomen om de zorguitgaven beter te kunnen beheersen. Enerzijds in de uitvoering door een toegenomen aandacht voor de contractering, anderzijds door de uitkomsten van de Werkgroep Zorg Caribisch Nederland. In 2015 lijken de uitgaven (in dollars) zich te stabiliseren en binnen de raming te blijven. De rechtmatigheid van de zorguitgaven blijft nog een aandachtspunt. De Algemene Rekenkamer heeft geconcludeerd dat het nog niet mogelijk is om de rechtmatigheid van de uitgaven van het ZVK vast te stellen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de problemen bij het afsluiten van een zorgovereenkomst met Fundashon Mariadal.

Afgeleide doelstellingen

In tabel 4.6 zijn de afgeleide doelstellingen zoals deze in hoofdstuk 2 zijn aangegeven opgenomen. Tevens is kort aangegeven wat het behaalde resultaat is.

Tabel 4.6. Afgeleide doelstellingen gezondheidszorg

Afgeleide doelstelling	Resultaat
Er wordt een publieke zorgverzekering uitgewerkt. Voor het zorgaanbod (gebouwen en inventaris) wordt een prioriteitenoverzicht van investeringen opgesteld (als sluitstuk van de inhoudelijke agenda die nu de eerste prioriteit heeft). De mogelijkheden voor wat betreft de noodzakelijk elders in te kopen zorg (de uitzendingen) in de omringende landen worden verkend.	Sinds 1-1-2011 is het Besluit Zorgverzekeringen BES van kracht. Naast het LTHP is geen apart prioriteitenoverzicht van investeringen opgesteld, maar er zijn bij verschillende zorgaanbieders investeringen gedaan aan gebouwen en inventaris. Het ZVK heeft voor de ontbrekende zorg op de eilanden zorg ingekocht in de omringende landen.
Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal de formulering van een Lange Termijn HuisvestingsPlan (LTHP) voor de BES financieren; (26 projecten over de volle breedte van zorg, volksgezondheid en jeugd) wordt op hoofdlijnen vastgesteld en vormt de basis voor een meerjarig programma van concrete en noodzakelijke verbeteringen.	Er was bij aanvang een LTHP maar dit is niet verder concreet uitgewerkt in een meerjarig programma. Uitgevoerde verbeteringen zijn ook niet altijd aan dit plan te koppelen. Een aantal projecten is wel uitgevoerd, andere zijn op de lange baan geschoven en in sommige gevallen zijn de inzichten veranderd.
Naast verbeteringen van de curatieve zorg, de jeugdgezondheidszorg en de verpleging en verzorging krijgen geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en gehandicaptenzorg bijzondere aandacht vanwege de achterstanden op deze terreinen. Ook zal er speciale aandacht zijn voor de verdere ontwikkeling van de publieke gezondheid/GGD en eilandelijke preventietaken op het terrein van de volksgezondheid.	GGZ en verslavingszorg is in 2012 opgestart. Met behulp van SVP-CN is er een inmiddels een uitgebreid en kwalitatief goed aanbod. De gehandicaptenzorg behoeft nog aandacht. Door de inzet van de GGD Haaglanden zijn de eilandelijk taken op het gebied van publieke gezondheid verder verbeterd (zie hoofdstuk 6).
Voor het vervoer van acute zorg (in levensbedreigende situaties) zal een 7 x 24 uursvoorziening gerealiseerd worden. Daarbij zullen ook afspraken gemaakt dienen te worden over de opvang van deze acute patiënten elders.	Er zijn ambulances, helikopters en een airjet beschikbaar. Met omliggende ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt over de opvang van patiënten.

In 2009 wordt het Zorgkantoor BES opgericht als onderdeel van het Regionaal Service Centrum=> de financiering van de zorg wordt op weg naar de invoering van de BES Zorgverzekering per 1 januari 2011, stapsgewijs overgenomen van de huidige uitvoerders (met name BZV, SVB en eilandelijke regelingen).	Het Zorgverzekeringskantoor is feitelijk begin 2011 van start gegaan en heeft verschillende opstartproblemen gehad. Inmiddels zijn de processen en procedures op orde, waardoor er steeds meer en meer betrouwbare informatie beschikbaar komt.
In 2009 wordt aangevangen met de inrichting van het toezicht op de BES-eilanden.	De IGZ voert regelmatig inspecties uit en geeft daarbij aanbevelingen. In twee gevallen heeft de Inspectie verscherpt toezicht ingesteld, dat na voldoende verbeteringen weer is ingetrokken.
Na de transitie is er een streefwaarde gesteld voor de medisch specialistische zorg op Bonaire. Circa 80% van de medisch specialistische zorg moet op het eiland zelf plaats kunnen vinden.	VWS schat dat inmiddels 70% van de benodigde zorg op Bonaire geleverd kan worden.
In 2014 heeft de Werkgroep Zorg Caribisch Nederland (WZCN, ook wel commissie goedgedrag) een aantal aanbevelingen gedaan, die door de minister van VWS zijn overgenomen. De belangrijkste daarvan is de aanbeveling dat een afzonderlijke werkgroep zich over de verdere ontwikkeling van langdurige zorg en Wmo-achtige voorzieningen in Caribisch Nederland zal buigen. Deze werkgroep moet zowel rekening houden met de voornoemde traditie van zorg voor de naasten in Caribisch Nederland als met de fundamentele hervorming van de langdurige zorg zoals die in Europees Nederland heeft plaatsgevonden. Bezien moet worden in hoeverre de hervorming in Europees Nederland consequenties zou moeten hebben voor de langdurige zorg in Caribisch Nederland (vooral voor de rol van de openbare lichamen).	Omdat de eilanden al worden geconfronteerd met diverse trajecten en werkgroepen rond de evaluatie Spies in brede zin, maar ook rond de jeugdzorg, het VN verdrag mensen met een handicap en de health Study (Pienter-onderzoek gestart), is er in 2015 eerst ambtelijk een verkenning gedaan naar wat de feitelijke stand van zaken is ten aanzien van voorzieningen in de langdurige zorg en ondersteuning voor ouderen, mensen met een beperking en chronische ggz-clienten. Geconcludeerd is dat er best al veel initiatieven lopen ten aanzien van de langdurige zorg en het opvullen van de leemtes in het zorgaanbod. Alles overziend heeft de minister besloten om de ontwikkelingen niet op te houden door weer een werkgroep over de langdurige zorg in te stellen en zo op een volgend advies te moeten wachten.

Conclusies

- *Veel bereikt*

Het hele zorgveld overziend kan gesteld worden dat ten aanzien van de gezondheidszorg met beperkte middelen en inzet in een korte tijd veel bereikt is. Op vele fronten hebben gelijktijd, of in een betrekkelijk korte tijd na elkaar, veel veranderingen plaatsgevonden. Er zijn aantoonbaar meer voorzieningen en onder andere de inspectierapporten laten zien dat de kwaliteit van de zorg verbeterd. VWS heeft, samen met alle betrokken partijen, vooral ingezet op het verbeteren van de zorg. Hierdoor is er ook aan een aantal zaken minder aandacht besteed, zoals de langdurige zorg en het opzetten van registraties over de omvang van ziekte en gezondheid.

- *Gefaseerde aanpak*

VWS heeft de afgelopen vijf jaar gekozen voor een gefaseerde en pragmatische aanpak. Uitgangspunt was het Nederlandse voorzieningenniveau en de Nederlandse ervaringen en kennis. Daarom is ervoor gekozen het zwaartepunt van de inzet te leggen op de spoedeisende en curatieve zorg en minder op de langdurige en ouderenzorg. Met betrokken partijen, zoals de openbare lichamen en de zorgaanbieders wordt afgestemd welke behoeften er zijn en op welke ontwikkelingen ingezet moet worden. Het betrekken van patiënten (of cliënten) gebeurt echter nog maar op een beperkte schaal. Alleen op Bonaire is bijvoorbeeld een patiëntenvereniging actief. Bij het ontwikkelen van het beleid voor bijvoorbeeld de langdurige en ouderenzorg spelen ook de sociaaleconomische factoren, zoals in hoofdstuk 3 beschreven een rol.

- *Ontwikkeling informatievoorziening*

Veel aandacht is uitgegaan naar de ontwikkelingen van de zorg op de eilanden. Als gevolg hiervan is de ontwikkeling van de informatievoorziening in brede zin achtergebleven. Het ontbrak bij de transitie aan betrouwbare gegevens, waardoor geen nulmeting voorhanden is. In de afgelopen vijf jaar zijn belangrijke stappen gezet om de informatievoorziening te verbeteren, mede naar aanleiding van de verschillende onderzoeksrapporten. Er is geïnvesteerd in ICT bij het zorgverzekeringskantoor en ook in het scholingsplan voor de huisartsen is registratie een aandachtspunt. Naar aanleiding van het onderzoek van de Algemene Rekenkamer (Algemene Rekenkamer, 2012) heeft het RIVM onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor informatievoorziening. In 2015 zijn op het gebied van registraties de eerste stappen gezet, door het RIVM de opdracht te geven een bevolkingsonderzoek op te zetten en het NIVEL voor het opzetten van huisartsenpeilstations⁵. Ook het CBS ontwikkelt een onderzoeksprogramma voor Caribisch Nederland.

⁵ NIVEL Zorgregistraties verzamelt gegevens over een geselecteerd aantal gezondheidsproblemen op basis van elektronische medische dossiers van huisartsen. Dit geeft een actueel beeld van het voorkomen en de verspreiding van deze aandoeningen. Doel is tijdig inzicht te krijgen in plotselinge veranderingen in ziektepatronen als gevolg van bijvoorbeeld epidemieën of (milieu)rampen.

5. Jeugdzorg

Bij de transitie in 2010 is de volgende taakverdeling tussen de openbare lichamen en het Rijk afgesproken, in overeenstemming met de toenmalige taakverdeling voor de jeugdzorg tussen gemeenten en provincies in Europees Nederland:

- Lokaal Jeugdbeleid (zoals de vorming Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), basistakenpakket JGZ, maatschappelijke ondersteuning Jeugd, toeleiding naar hulpaanbod): verantwoordelijkheid BES. Het Rijk zal in de eerste fase de eilanden behulpzaam zijn bij het opbouwen van deze taken.
- Jeugdzorg (ambulante hulp, pleegzorg, gezinshuizen, residentiële opvang en multidisciplinair team): verantwoordelijkheid Nederland. De jeugdzorg, inclusief de gezinsvoogdij, was in 2010 in Nederland de verantwoordelijkheid van de provincie. Aangezien de provincie als bestuurslaag voor de BES ontbreekt, is afgesproken dat het Rijk de verantwoordelijkheid voor deze taken op zich neemt. Beoogd wordt de verantwoordelijkheid voor deze taken op termijn (4/5 jaar) over te dragen aan het eilandbestuur. Daarnaast zullen jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en zorg voor (licht) verstandelijk beperkte jongeren, via het zorgkantoor aangeboden worden.
- Gezinsvoogdij-instellingen: verantwoordelijkheid Rijk. Gezinsvoogdij vormt in 2010 in Nederland onderdeel van de provinciale jeugdzorg. Zie toelichting bij bullet Jeugdzorg.
- Jeugdbescherming (Voogdijraden): verantwoordelijkheid Rijk, uitvoering door de Raad voor de Kinderbescherming⁶.

De hoofdtaak met betrekking tot het jeugdbeleid voor het Rijk is het opbouwen van de preventieve jeugdhulpverlening, de jeugdzorg en de gezinsvoogdij in Caribisch Nederland. Eiland en Rijk zorgen samen vanuit één visie en één plan voor goed werkende voorzieningen voor en hulp aan jeugd en gezin. Het Rijk draagt bij aan de opbouw en de continuïteit van het stelsel als geheel. Lokale overheden zijn verantwoordelijk voor jeugdwelzijn, zoals het jongerenwerk.

Om de doelstellingen te kunnen bereiken, worden instrumenten ingezet in de gehele jeugdhulpverleningsketen, waarin zowel Rijk als de openbare lichamen verantwoordelijkheden hebben. De jeugdhulpverleningsketen met de verschillende actoren waar VWS relaties mee heeft, ziet er als volgt uit:

⁶ Tijdens de onderhandelingen voorafgaand aan de transitie vielen de genoemde taken onder de verantwoordelijkheid van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin. Vanaf 14 oktober 2010 was er onder het kabinet Rutte I geen programmaministerie meer. Gezinsvoogdij en jeugdbescherming zijn vanaf dat moment een verantwoordelijkheid van de minister van Veiligheid en Justitie (en worden in deze doorlichting niet verder onderzocht). De naschoolse opvang in Nederland is de verantwoordelijkheid van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid geworden. De minister van VWS is verantwoordelijk voor de jeugdzorg en naschoolse activiteiten (voor 12-jarigen en ouder) in Caribisch Nederland.

Tabel 5.1. Overzicht jeugdhulpverleningketen

Taak	Organisaties
1. Preventie, voorlichting en informatie (inclusief aandacht voor positieve vrijetijdsbesteding)	JGCN (CJG Statia en Saba, pleegzorg), CJG Bonaire, Jong Bonaire, Child Focus, Mega D Youth Foundation
2. Vroeghulp	JGCN (Ambulante hulpverlening) Stichting project
3. Opvang en begeleiding	JGCN (Ambulante hulpverlening, residentiële opvang/Kas di Karko) Rosa di Sharon, Langverblijfhuis, Jong Bonaire, Mega D Youth Foundation, Child Focus
4. Terugkeer in de samenleving	JGCN
5. Nazorg	JGCN

Zeker ten aanzien van de jeugdzorg geldt dat de kleinschaligheid van de eilanden een belangrijke rol speelt. Er zijn maar een paar aanbieders en JGCN speelt bijvoorbeeld in alle schakels een rol. In dit hoofdstuk worden de verschillende instrumenten die VWS heeft ingezet beschreven, waarbij vaak geldt dat de instrumenten op meerdere taakgebieden ingezet worden.

5.1. Jeugdzorg en Gezinsvoogdij Caribisch Nederland (JGCN)

Jeugdzorg en Gezinsvoogdij Caribisch Nederland (JGCN) bestaat sinds november 2011 en verricht de volgende taken: ambulante jeugdzorg, pleegzorg en residentiële jeugdzorg (alleen op Bonaire). JGCN speelt een actieve rol in de gehele jeugdhulpverleningketen: indicatie stellen, sturing geven door hulpverleningstrajecten uit te zetten en deels uit te voeren, monitoren van de voortgang van de hulpverlening.

Vanwege de kleinschaligheid van de eilanden valt op Saba en Sint Eustatius ook de preventieve ondersteuning op het terrein van opvoeden en opgroeien onder het JGCN. Op Bonaire valt de preventieve opvoedondersteuning onder de verantwoordelijkheid van het openbaar lichaam Bonaire en wordt het uitgevoerd door het CJG Bonaire. Bovendien is er vanwege de kleinschaligheid geen residentiële zorg op Saba en Sint Eustatius. Hiervoor wordt een beroep gedaan op instellingen in de regio.

Vooruitlopend op de wettelijke grondslag voor haar toezichthoudende taak heeft de Inspectie Jeugdzorg eind 2013 onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de jeugdzorg in Caribisch Nederland. In oktober 2015 heeft een hertoets door de Inspectie Jeugdzorg plaatsgevonden. Hierbij is geconstateerd dat de in 2013 gedane aanbevelingen grotendeels zijn opgepakt. De inspectie ziet een positieve kwaliteitsontwikkeling bij JGCN op vooral Saba en in de ambulante hulpverlening op Bonaire.

De inspectie komt in 2015 tot het oordeel dat:

- de kwaliteit van de uitvoering ambulante zorg op Bonaire verbeterd is ten opzichte van 2013 en voldoende is.
- dat de kwaliteit van de pleegzorg op Bonaire nauwelijks is verbeterd ten opzichte van 2013 en nog niet voldoende is.
- de kwaliteit van de uitvoering van de gezinsvoogdij op Bonaire vergelijkbaar is gebleven ten opzicht van 2013 en nog niet voldoende is.
- de kwaliteit van de uitvoering van de ambulante zorg en gezinsvoogdij op Saba is verbeterd ten opzicht van 2013 en voldoende is.
- de kwaliteit van de uitvoering van de ambulante zorg en gezinsvoogdij op Sint Eustatius nauwelijks is verbeterd ten opzichte van 2013 en nog niet voldoende is.

Er moesten bij de start veel vacatures vervuld worden, waarbij de voorkeur uitging naar lokaal personeel. Er zijn veel wisselingen in het personeel en soms lange perioden van onderbezetting, vooral op Sint Eustatius en Saba. Op Bonaire is het personeelsbestand stabiel en kenmerkt zich door relatief veel mensen die afkomstig zijn van het eiland of Curaçao. Het ontstaan en vervolgens invullen van vacatures blijft vooral op de Bovenwinden een lastige zaak. Het team op Saba is nu stabiel. Op Sint Eustatius zijn de personeelsswisselingen veelvuldig en indringender geweest. Eind 2015 is de formatie weer bezet (circa 41 fte).

Als gevolg van de personeelsswisselingen heeft de pleegzorg op de Bovenwindse Eilanden zo goed als stil gelegen. Op Bonaire waren in 2015 circa zeventig kinderen in pleegzorg. In 2015 waren ongeveer 70 gezinnen in een ambulante traject. Daarnaast worden werkzaamheden verricht in het kader van het treffen van omgangsregelingen en de begeleiding in het kader van jeugdreclassering.

5.2. Residentiële jeugdzorg

Op Bonaire wordt naast ambulante zorg ook residentiële zorg geboden. Voor de 24-uurs opvang van jongeren maakt JGCN naast de eigen residentiële voorziening (Kas di Karko) gebruik van twee stichtingen: het Langverblijfshuis (LVH) van Stichting Project en Kas pa Hoben ku Futuro (KHF) van Fundashon Rosa di Sharon op Bonaire.

Kas di Karko was tot juli 2015 een residentiële voorziening met acht reguliere plekken voor jongeren van 12 tot 18 jaar die tijdelijk niet meer thuis kunnen wonen. Medewerkers van Stichting Project verzorgen sinds eind 2014 de inhoudelijke begeleiding en personele aansturing van de medewerkers van Kas di Karko.

Sinds juli 2015 wordt binnen Kas di Karko een andere doelgroep opgevangen. Het is nu een 24-uurs voorziening voor kinderen tot 12 jaar die een periode niet meer thuis kunnen wonen. De kinderen worden gedurende anderhalf tot maximaal twee jaar intensief begeleid met bij voorkeur het perspectief op terugplaatsing naar huis. Kas di Karko heeft op dit moment voor zes kinderen plek.

Sinds 1 mei 2012 is de stichting Project met behulp van een subsidie van VWS een residentiële opvang voor jongeren van 9 tot 18 jaar gestart. Sinds juli 2015 wordt binnen LVH een andere doelgroep opgevangen. Het is nu een kleinschalige woonvoorziening voor jongeren van 12 tot 18 jaar die een periode niet meer thuis kunnen wonen. Het gaat om jongeren met emotionele- en gedragsproblemen, soms met een licht verstandelijke beperking (jongeren met een IQ niet lager dan 65). De groep bestaat uit maximaal acht jongeren, daarnaast is er één crisisplaats. De jongeren worden gedurende anderhalf tot maximaal twee jaar intensief begeleid met bij voorkeur het perspectief op terugplaatsing naar huis.

Het KHF is gestart als een 24-uurs voorziening voor zwangere tieners en tienermoeders. In de loop van de tijd is de doelgroep veranderd en nu wonen er vooral meisjes met gedragsproblematiek. De residentiële voorziening beoogt meisjes specifieke, laagdrempelige en ontwikkelingsgerichte hulp te bieden bij het op orde brengen van hun leven door het vergroten van hun competenties. Het perspectief bij deze hulpverlening is terugkeer naar huis of zelfstandig wonen. KHF heeft zeven plaatsen voor meisjes in de leeftijd van 14 tot 18 jaar (eventueel doorlopend tot 21 jaar). De meisjes worden gedurende anderhalf tot maximaal twee jaar intensief begeleid naar een bestaan met toekomstperspectief binnen de Bonairiaanse samenleving.

De residentiële instellingen worden enerzijds geconfronteerd met verkeerde plaatsingen. Er zijn geen opvangmogelijkheden voor jongeren met een verstandelijke beperking, die ook gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek hebben. Plaatsing van deze jongeren in een van de instellingen bemoeilijkt de doorstroom. Anderzijds zijn de doorstroommogelijkheden al beperkt. Het verblijf in de residentiële instellingen is gericht op een tot twee jaar. Indien mogelijk gaan de jongeren weer naar huis en anders naar een pleeggezin.

Eind 2015 heeft de Inspectie Jeugdzorg onderzoek uitgevoerd naar deze residentiële instellingen. De inspectie kwam tot de volgende bevindingen:

- de kwaliteit van de uitvoering van de zorg door Kas di Karko is matig.
- de kwaliteit van de uitvoering van de zorg door het LVH en KHF is verbeterd ten opzichte van 2013 en is voldoende.

Daarnaast geeft de Inspectie aan dat onder andere verbeteringen mogelijk zijn ten aanzien van de uitvoering van de hulpverlening, het risicomangement, het omgaan met grensoverschrijdend gedrag en de bevordering van de deskundigheid van het personeel.

5.3. Basissystematiek Triple P

In het plan van aanpak uit 2009 werd voorgesteld één basismethodiek voor iedereen die met ouders en kinderen werkt in te voeren, om zo een gedeelde visie te krijgen. Gezamenlijk is gekozen voor de systematiek van positief opvoeden via Triple P. Triple P kent verschillende zwaarten en kan variëren van massamediale voorlichting over opvoeding tot zware jeugdzorgvarianten. De principes kunnen zowel door ouders als door professionals worden toegepast en het kan ook ingezet worden ter bestrijding van kindermishandeling. Het voornemen was om alle jeugdwerkers op de BES-eilanden in circa twee jaar bij te scholen in Triple P, en specifieke jeugdwerkers mogelijk nog één of twee andere programma's, zoals MST/FFT.

In de praktijk is gebleken dat deze methodiek niet goed aansluit bij de cultuur en het niveau van de bevolking. In veel gevallen is er niet alleen sprake van opvoedingsproblematiek maar ook van andere problemen, zoals huiselijke geweld en armoede. JGCN zet meer in op ouderbijeenkomsten dan op individuele programma's. De instrumenten en uitgangspunten van Triple P zijn door JGCN in een aangepaste methodiek voor ambulante hulpverlening (familia sentral) vastgelegd.

5.4. JeugdlinQ

In 2010 werkte geen van de organisaties met een geautomatiseerd systeem ter ondersteuning van het werkproces. Dit bood de mogelijkheid om te kiezen voor één (simpel) systeem, waar alle organisaties mee zouden kunnen werken. Na oriëntatie op de beschikbare systemen bleek JeugdlinQ het meest geschikt te zijn. Zowel het Centrum voor Jeugd en Gezin als de jeugdzorg, de gezinsvoogdij en de jeugdgezondheidszorg kunnen met dit systeem werken. Ook kan het casuoverleg met scholen, CJG, jeugdzorg en justitie hiermee georganiseerd worden. Dit systeem is in 2010 aangeschaft en de implementatie ervan is via videoconferenties vanuit Nederland voorbereid. De eerste implementatieronde heeft in januari 2011 plaatsgevonden. Dit systeem zal werkendeweg verder ontwikkeld worden. Voor de jeugdzorg, de gezinsvoogdij en de Centra voor Jeugd en Gezin wordt de ICT-ondersteuning geleverd door de Rijksdienst Caribisch Nederland.

5.5. Positieve vrijetijdsbesteding

In het plan van aanpak uit 2009 wordt het belang aangegeven van activiteiten na school voor de jeugd vanaf 12 jaar (kinderopvang en naschoolse opvang voor de jeugd tot 12 jaar is een verantwoordelijkheid van de openbare lichamen). Het gaat om aanwezigheid van toezicht en activiteiten, waarmee de jeugd op een positieve manier leert hun vrije tijd te besteden, dat zij daarbij hun talenten ontwikkelen en leren iets bij te dragen aan de maatschappij. Dit jeugdwerk kan heel goed met vrijwilligers gedaan worden. Het is ook gewenst dat er een fysieke plek is waar de jeugd terecht kan. Er zijn ook initiatieven die niet direct onder naschoolse opvang vallen, maar die wel georganiseerde activiteiten voor jongeren bieden.

In het vooronderzoek werd geconstateerd dat de financiële mogelijkheden van de organisaties die naschoolse opvang aanbieden veelal beperkt zijn. Daarom heeft het ministerie een aantal jaren de instellingen Jong Bonaire, Child Focus op Saba en Mega D Youth Foundation op Sint Eustatius gesubsidieerd met een projectsubsidie op basis van de kaderwet subsidies VWS. Vanaf 2016 ontvangen deze instellingen een instellingssubsidie (eveneens op basis van de kaderwet). Per jaar nemen circa 590 kinderen deel aan verschillende activiteiten. Dit is ruim 10% van de jeugdpopulatie.

5.6. Personeel en opleiding

Een groot deel van opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming krijgt vorm door middel van personeel. Het personeel is het belangrijkste instrument. Uit het toezicht van de Inspectie Jeugdzorg blijkt dat de stabiliteit van het personeelsbestand en de continuïteit in en kwaliteit van de aansturing van medewerkers zeer bepalend zijn voor de ontwikkeling in kwaliteit.

Het werven en behouden van geschikt personeel is een opgave. Krusada (een organisatie die zich richt op rehabilitatie) heeft met de Hogeschool Ede en Sebiki op Bonaire het initiatief genomen voor een duaal opleidingstraject om van MBO Sociaal Pedagogisch Werk verder te scholen via werkend leren naar een HBO-niveau. Dit biedt kansen voor de huidige medewerkers met een MBO-opleiding om zich -terwijl ze kunnen blijven werken op Bonaire- te ontwikkelen tot volwaardige HBO-opgeleiden.

Bij wijze van arbeidsmarktimpuls is besloten maximaal twintig MBO-ers gedurende maximaal drie jaar vanuit VWS/ Jeugd en Gezin te ondersteunen door een deel van het collegegeld te betalen en door de organisaties in de gelegenheid te stellen om werkbegeleiding te geven.

5.7. Wet- en regelgeving

Bij de transitie was de hoofdlijn dat de Antilliaanse wetgeving zoveel mogelijk werd overgenomen. Er is voor gekozen geen wet op de jeugdzorg voor Caribisch Nederland op te stellen. Het stelsel aan jeugdvoorzieningen moest nog grotendeels opgebouwd worden. Daarom is ervoor gekozen de organisatie van de jeugdzorg in Caribisch Nederland in te richten overeenkomstig het toenmalige jeugdstelsel in Europees Nederland. Op deze wijze is geprobeerd, mede vanwege de kleinschaligheid, een passend model te ontwikkelen, waarmee ouders en kinderen snel en goed geholpen konden worden, zonder onnodige bureaucratie. De aanpak is in de praktijk ontwikkeld.

Bij de invoering van de Jeugdwet in Nederland per 1 januari 2015 heeft de regering in verband met de nog in ontwikkeling zijnde uitvoerings- en bestuurskracht van de openbare lichamen en in afwachting van de evaluatie van de staatkundige vernieuwing besloten vooralsnog geen wijzigingen door te voeren in de inrichting van de jeugdzorg in Caribisch Nederland. Het internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind is wel van toepassing in Caribisch Nederland.

Omdat het van groot belang is dat de jeugdzorg in Caribisch Nederland kwalitatief van goed niveau is en in verband daarmee toezicht wordt uitgeoefend op de aanbieders van jeugdzorg en de gezinsvoogdij-instelling, is wetgeving noodzakelijk. Begin 2016 is de Invoeringswet openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba gewijzigd. Er zijn kwaliteitseisen vastgesteld en de Inspectie Jeugdzorg heeft een wettelijke basis gekregen voor het toezicht op deze kwaliteitseisen.

5.8. Huiselijk geweld

In het kader van het verdrag van de Raad van Europa inzake het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld is besloten om voor Caribisch Nederland een onderzoek te doen naar welke maatregelen getroffen moeten worden om te kunnen voldoen aan dit verdrag. Het borgen van kinderrechten, waaronder de aanpak van huiselijk geweld, in Caribisch Nederland is door de openbare lichamen en de Rijksoverheid benoemd als één van de prioritaire thema's in het Meerjarenprogramma Caribisch Nederland (MJP) in 2015. De eilanden hebben zelf actieplannen geformuleerd waarin eilandspecifieke maatregelen terugkomen en worden uitgewerkt. Daarnaast zijn voor alle drie de eilanden algemene maatregelen nodig voor de integrale aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. Hierbij gaat het onder andere om een laagdrempelige meldstructuur huiselijk geweld en kindermishandeling, een veilige opvang voor slachtoffers en permanente voorlichting via massamedia. JGCN heeft de opdracht om in overleg met de openbare lichamen en andere stakeholders op de eilanden een businessplan op te stellen voor het opzetten van de bovengenoemde maatregelen.

5.9. Financiële middelen

Vanaf 2011 zijn ook middelen (1,7 mln. euro/jaar) beschikbaar gesteld voor het jeugdbeleid uit het Havermanskader. Daarnaast is er 3 mln. euro uit het Nederlandse jeugdzorgbudget vrijgemaakt. Hiermee was er vanaf 2011 een budget van 4,7 mln. euro per jaar beschikbaar voor het jeugdbeleid in Caribisch Nederland. In 2013 is dit budget opgehoogd met de middelen voor de uitvoering van de gezinsvoogdij van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Voor 2016 e.v. is circa 4,9 mln. euro beschikbaar. Hiervan is circa 2,4 mln. euro opgenomen onder art 4.5 voor de subsidies aan residentiële instellingen en stichtingen voor positieve vrijetijdsbesteding en circa 2,5 mln. euro onder art. 10 voor de uitvoeringkosten JGCN.

5.10. Resultaten en conclusies

Ook voor de jeugdzorg gelden de in hoofdstuk 2 genoemde normen beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid, naast de afgeleide doelstellingen van het beleid.

Beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid

De aanpak van jeugdzorg in Caribisch Nederland vanaf de transitie laat zich kenschetsen door 'hands-on'. Bewust is ervoor gekozen niet eerst wetgeving en een systeem te maken, maar praktisch aan de slag te gaan. Daarmee staat er na vijf jaar een organisatie, met vestigingen op Bonaire, Saba en Sint Eustatius waarmee ambulante zorg geleverd wordt en zijn op Bonaire residentiële voorzieningen aanwezig.

Het rapport van de Inspectie Jeugdzorg laat zien dat er een positieve kwaliteitsontwikkeling is, maar ook dat de jeugdzorg nog voldoende is. Het opbouwen van een verantwoorde jeugdzorg, zoals inmiddels wettelijk is vastgelegd, kost tijd. Een van de genoemde knelpunten is het werven en behouden van kwalitatief goed personeel. De uitgaven voor de jeugdzorg zijn de afgelopen jaren stabiel gebleven.

Afgeleide doelstellingen

In tabel 5.3 zijn de afgeleide doelstellingen zoals deze in hoofdstuk 2 zijn aangegeven opgenomen. Tevens is kort aangegeven wat het behaalde resultaat is.

Tabel 5.2. Afgeleide doelstellingen jeugdzorg

Afgeleide doelstelling	Resultaat
Centrum voor Jeugd en Gezin: Jeugdgezondheidszorg en opvoedondersteuning. Jeugdgezondheidszorg van 0 tot 18 jaar en opvoed- en gezinsondersteuning vormen de hoofdtaken van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG): een voor ouders en jeugd uitnodigende plek waar ze terecht kunnen met al hun vragen over gezond en veilig opgroeien en opvoeden. Het CJG heeft een positieve uitstraling en werkt nauw samen met (na)school en jeugdwereld. Samenwerking met leerplichtambtenaar, jeugdbescherming en politie gebeurt in de back-office.	Op alle drie de eilanden zijn er Centra voor Jeugd en Gezin, die deze taken uitvoeren. De CJG's op Saba en Sint Eustatius vallen onder JGCN. Op Bonaire is het CJG een taak van het openbaar lichaam.
Vrijetijdsvoorzieningen en naschoolse opvang: Omdat de scholen vroeg uitgaan, veel ouders werken en er veel gebroken en problematische gezinnen zijn moet er een goede opvang zijn na schooltijd. Ook moeten er voldoende positieve mogelijkheden zijn voor de jeugd voor besteding van hun vrije tijd, zoals sport en cultuur, en een plek voor ontmoeting. Dit is vooral gericht op activiteiten na school voor de jeugd vanaf 12 jaar.	Op alle drie de eilanden worden stichtingen gesubsidieerd die naschoolse activiteiten aanbieden voor jeugdigen.

<p>Zorgaanbod: Naast de gezinsbegeleiding vanuit gezinsvoogdij en CJG moet er ook gespecialiseerde behandeling komen, zoals zwaardere systeem/gezinsbehandeling (BES-vorm van Multi Systeem Therapie (MST) of Functional Family Therapy (FFT)), psychiatrische hulp en verslavingszorg.</p>	<p>Het SVP-CN biedt deze zorg aan (zie hoofdstuk 4).</p>
<p>Aanvullend op het CJG zal er een multifunctioneel team voor de jeugdzorg komen. Ook moet elk eiland mogelijkheden hebben voor uithuisplaatsing, in kleinschalige gezinsachtige settings, zoals gezinshuizen en waar mogelijk pleegzorg. Er moeten een paar plekken zijn voor crisisopvang en incidenteel voor gesloten plaatsing.</p>	<p>Op alle drie de eilanden is het JGCN actief met een aantal medewerkers in een multifunctioneel team. Niet alle faciliteiten zijn op alle drie de eilanden gerealiseerd of te realiseren.</p>
<p>Visie en scholing: Elk BES-eiland krijgt maatwerk in voorzieningen Jeugd en gezin. Wel wordt overal vanuit dezelfde visie op Jeugd en Gezin gewerkt met een heldere Rijks- en gemeentelijke aansturing, overzichtelijke infrastructuur, en met effectieve programma's. Het jeugd- en gezinsbeleid wordt ingebed in en bouwt voort op de betrokkenheid van de samenleving. Professionals worden geschoold en getraind in effectieve werkwijzen en programma's volgens de laatste inzichten.</p>	<p>CJG's hebben op ieder eiland vorm gekregen, maar leveren maatwerk op basis van de lokale behoefte.</p>
<p>Jeugdzorg (ambulante hulp, pleegzorg, gezinshuizen, residentiële opvang en multidisciplinair team): verantwoordelijkheid Nederland. De jeugdzorg, inclusief de gezinsvoogdij, was in 2010 in Nederland de verantwoordelijkheid van de provincie. Aangezien de provincie als bestuurslaag voor de BES ontbreekt, is afgesproken dat het Rijk de verantwoordelijkheid voor deze taken op zich neemt. Beoogd wordt om de verantwoordelijkheid voor deze taken op termijn (4/5 jaar) over te dragen naar het eilandbestuur. Daarnaast zullen jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en zorg voor (licht) verstandelijk beperkte jongeren, via het zorgkantoor aangeboden worden.</p>	<p>De jeugdzorg is nog in opbouw. Daarmee is een overheveling naar de openbare lichamen nog niet aan de orde. Wel is geconstateerd dat er op Bonaire ongewenste schotten en onvoldoende samenwerking is. Er wordt heroverwogen de taken preventie en ondersteuning niet volledig onder regie van het Rijk geplaatst kunnen worden, vergelijkbaar met de situatie op Saba en Sint Eustatius.</p>

Conclusies

- *Jeugdzorg is nog in opbouw*

In diverse rapporten worden kinderen en tienermoeders als kwetsbare groepen benoemd. De zorg in Caribisch Nederland voor deze groepen moest vanaf het startpunt worden opgebouwd. Deze opbouwfase is nog niet klaar, hoewel al aanzienlijk wat is bereikt. Op alle eilanden is preventieve opvoedondersteuning en ambulante jeugdzorg. Op Bonaire zijn residentiële jeugdzorgvoorzieningen gerealiseerd. Het opbouwen van een verantwoorde jeugdzorg, zoals dat inmiddels wettelijk is vastgelegd, kost tijd. Bovendien is er in veel gevallen ook sprake van achterliggende sociaaleconomische problematiek, zoals in hoofdstuk 3 beschreven. De rapporten van de Inspectie Jeugdzorg laten zien dat kwaliteitsverbeteringen nodig zijn.

- *Knelpunt: personeelsvoorziening*

Een belangrijk knelpunt dat gesignaleerd wordt, is het werven en behouden van kwalitatief goed personeel. Door het hoge verloop is de beschikbaarheid en kwaliteit op vooral Saba en Sint Eustatius kwetsbaar. Het blijft belangrijk om de personeelsvoorziening te verstevigen door aandacht te houden voor de scholing in de gekozen basissystematiek en de verdere ontwikkeling van het personeel.

6. 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'. Publieke gezondheidszorg bestaat onder andere uit collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Als afspraak was opgenomen dat VWS de openbare lichamen zou ondersteunen bij het opzetten van deze taken. In dit hoofdstuk wordt eerst aandacht besteed aan het kader dat daarvoor is opgesteld, waarna op verschillende prioritaire onderdelen van het beleid wordt ingegaan.

6.1. Wet- en regelgeving

In oktober 2010 werd voor Caribisch Nederland een aangepaste versie van de Wet publieke gezondheid van kracht, namelijk de Wpg(BES). Sinds 5 juli 2012 zijn de Wpg en de Wpg(BES) geïntegreerd in één geconsolideerde wettekst van de Wet publieke gezondheid. Wetgeving was noodzakelijk om voor de BES-eilanden vergelijkbare regels te stellen op het terrein van de publieke gezondheid, zoals de algemene zorg voor de publieke gezondheid, de jeugd- en ouderengezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Voor deze terreinen geldt dat ze tot de verantwoordelijkheid behoren van de openbare lichamen. De minister heeft primair een coördinerende rol, ook als liaison naar de verschillende internationale organisaties, zoals de WHO en PAHO.

In de Wpg is vastgelegd dat de minister van VWS verantwoordelijk is voor het bevorderen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg en het zorg dragen voor de instandhouding en verbetering van de (landelijke) ondersteuningsstructuur. De eilanden (openbare lichamen) zijn verantwoordelijk voor de uitvoering. Hieronder valt onder meer de publieke gezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg en de ouderengezondheidszorg. Concrete taken zijn onder andere het opstellen van een nota gezondheidsbeleid, gebaseerd op epidemiologische gegevens, infectieziektebestrijding, en preventie en programma's voor de gezondheidsbevordering en het uitvoeren van het rijksvaccinatieprogramma. Voor wat betreft de infectieziektebestrijding, heeft Nederland in 2007 de International Health Regulations (IHR) van de WHO voor het totale Koninkrijk, dus inclusief Caribisch Nederland en de Caribische landen binnen ons Koninkrijk, ondertekend. Belangrijk onderdeel daarvan is de verplichting tot het inrichten van een zogenaamd focal point voor meldingen van infectieziekten in het Koninkrijk.

Op grond van de Tijdelijke regeling publieke gezondheidszorg Caribisch Nederland wordt (sinds 2014) een bijzondere uitkering verstrekt aan de openbare lichamen voor de uitvoering van de taken in het kader van de publieke gezondheid. De inschatting is dat in ieder geval een periode van zes jaar nodig is om de nieuwe wettelijke taken van de bestuurscolleges op een bestendige manier te organiseren.

6.2. Inzet GGD Haaglanden

Om de publieke gezondheidszorg en de GHOR op een hoger plan te brengen is een (permanente) samenwerking tussen de eilanden en een Nederlandse GGD noodzakelijk. VWS heeft in 2012 met de GGD Haaglanden een overeenkomst over de ondersteuning bij de opzet van de publieke gezondheid en de implementatie van de GHOR door GGD Haaglanden. De inzet van de GGD heeft zich vooral gericht op het terrein van de jeugdgezondheidszorg (incl. Rijksvaccinatieprogramma en de nationale hielprikscreening), seksualiteit en SOA, infectieziektebestrijding, en de lijkschouwing door de GGD-arts.

In 2012 heeft de GGD Haaglanden de stand van zaken geïnventariseerd en een plan van aanpak voor het opbouwen van de GGD-taken opgesteld. Op basis van deze inventarisatie wordt geconcludeerd dat de drie eilanden drie aparte werelden zijn, ieder met een eigen ontwikkelingsgeschiedenis, cultuur en taal, met andere middelen van bestaan, andere toevoeren (bovenwinds/ benedenwinds) en verschillen in basisvoorzieningen als drinkwater en wegennet. Op alle drie de eilanden was een vorm van publieke zorg aanwezig, uitgevoerd door toegewijde professionals met minimale middelen. De inhoud en vorm van de zorg is grotendeels historisch bepaald en verschilt per eiland. De eilanden delen met elkaar wel de belangrijkste gezondheidsproblemen: obesitas, hypertensie, diabetes, verslaving, gewrichtsproblemen, seksualiteit jeugd.

GGD Haaglanden concludeerde dat één GGD voor de drie eilanden of zelfs één model voor de drie eilanden niet wenselijk is. Om effectief te kunnen ondersteunen in de ontwikkeling richting een aanvaardbaar niveau van zorg is het belangrijk om te werken aan het goed beleggen van verantwoordelijkheden bij het lokale bestuur, rekening houdend met het medebewind van het Rijk.

Beoogd resultaat aan het eind van het project met de GGD Haaglanden was om voor elk eiland een beleidsbrief te hebben waarin het lokale gezondheidsbeleid is geformuleerd. Daarbij gaat het niet alleen om de inhoud, maar vooral ook om het proces ernaar toe. Een beleidsbrief vooronderstelt immers dat aan de volgende randvoorwaarden is voldaan:

- relevante informatie over de gezondheid van de burgers van Caribisch Nederland wordt verzameld, inzichtelijk gemaakt en voorzien van aanbevelingen;
- organisaties uit het maatschappelijke middenveld en betrokken professionals nemen deel aan de realisatie van het Lokale Gezondheidsbeleid;
- de aanbevelingen worden gestoeld op een integrale benadering door alle betrokkenen;
- een raming wordt gemaakt van de kosten die gemoeid zijn met de uitvoering van de aanbevelingen;
- de Bestuurscolleges van de eilanden hebben dit beleid ook vastgesteld.

Tot slot was het de bedoeling een structurele samenwerkingsrelatie met GGD Haaglanden tot stand te laten komen met de openbare lichamen op de gebieden van Openbare Gezondheidszorg en GHOR.

6.3. Jeugdgezondheidszorg

Jeugdgezondheidszorg is een van de grote thema's binnen het geheel van de publieke gezondheidszorg. Volgens de wet- en regelgeving dient het jeugdgezondheidspakket in ieder geval de volgende aspecten te bevatten: vaccinatie van kinderen en jeugdigen, begeleiding (waaronder opvoedingsondersteuning), advies, instructie en voorlichting rond de groei, ontwikkeling en verzorging van het kind, de monitoring van de gezondheid van het individuele kind, screening op en signalering van gezondheidsbedreigingen evenals coördinatie van het zorgsysteemnetwerk rond het kind. Het recht van het kind op preventieve zorg en het recht op de begeleiding en steun van ouders is vastgelegd in het Verdrag Rechten van het Kind. Daarmee is de jeugdgezondheidszorg geen vrijblijvende aangelegenheid, maar een verdragsverplichting, die de overheid verplicht in overeenstemming met die verplichting te handelen.

De GGD concludeerde in 2012 dat de jeugdgezondheidszorg in de betekenis die daar in Europees Nederland aan gehecht wordt niet aanwezig is. Op alle drie de eilanden was er een babyclinic: jeugdgezondheidszorg tot en met de leeftijd van 1,5 jaar. Jeugdgezondheidszorg op schoolleeftijd was nagenoeg afwezig. De hielprik en de neonatale gehoorscreening en het Van Wiechenschema waren nog niet ingevoerd. Het doel van het door de GGD Haaglanden opgestelde plan van aanpak voor de jeugdgezondheidszorg in Caribisch Nederland was dan ook het ondersteunen van de lokale professionals en het lokale bestuur in de ontwikkeling van een jeugdgezondheidszorg passend binnen de lokale context en binnen de mogelijkheden van de eilanden en het signaleren van eventuele knelpunten en belemmeringen. Dit heeft geleid tot gespecificeerde plannen van aanpak per eiland, zowel op het gebied van onderwerpen als de tijdsplanning⁷.

Rijksvaccinatieprogramma en screening

Onderdeel van het jeugdgezondheidszorgbeleid is het beleid ten aanzien van vaccinaties. In Europees Nederland worden screenings en vaccinaties aan ieder kind aangeboden door consultatiebureaus en GGD. De eerste screening is de zogenaamde hielprik, veelal uitgevoerd door het consultatiebureau. Daarnaast zijn er gehoor- en visuscreeningen. Alle kinderen krijgen het Rijksvaccinatieprogramma aangeboden.

In de wetgeving is opgenomen dat de Openbaar Lichamen verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma. In 2012 bleek na onderzoek van de Gezondheidsraad dat er drie vaccins waren die in Europees Nederland wél werden aangeboden en in Caribisch Nederland niet. De eilanden hebben, met ondersteuning van het RIVM, gewerkt aan toevoeging van de ontbrekende vaccins. Inmiddels zijn alle vaccinaties toegevoegd aan hun programma's.

⁷ Zie voor de beschrijving van preventieve zorg en het recht op begeleiding en steun van de ouders hoofdstuk 5 Jeugdzorg. Voor Sint Eustatius en Saba geldt dat deze taken onderdeel zijn van het CJG op die eilanden, dat onder de verantwoordelijkheid van VWS valt. Voor Bonaire geldt dat het CJG een taak is van het Openbaar Lichaam.

De vaccins werden tot 1 juli 2015 door de eilanden zelf aangeschaft en gedeclareerd bij het Ministerie van VWS. Vanaf 1 juli 2015 organiseert en financiert het RIVM de aanschaf en distributie van de vaccins vanuit Nederland tot aan de opslaglocaties. De entkosten zijn voor rekening van de eilanden. Deze kunnen betaald worden uit de bijzondere uitkering.

Voor de invoering heeft het RIVM in 2013 een uitvoeringstoets uitgevoerd naar neonatale hielprikscreening in Caribisch Nederland. Op basis hiervan is gefaseerd de hielprikscreening ingevoerd. Voor de uitvoering wordt gebruik gemaakt van de Europees Nederlandse infrastructuur. De investering in een screeningslaboratorium en de benodigde deskundigheid in Caribisch Nederland is gezien het geringe aantal geboortes in Caribisch Nederland niet rendabel. Het betreft circa 250 geboortes per jaar, waarvan tweehonderd op Bonaire, 35 op Sint Eustatius en 12 tot 15 op Saba. Er is een aanspraak opgenomen in het Besluit Zorgverzekering Bes voor zowel de structurele bekostiging van de uitvoer van de hielprikscreening als de kosten voor diagnostiek en follow-up bij een afwijkende uitslag.

6.4. Seksuele gezondheidszorg

Uit de inventarisatie van de GGD Haaglanden blijkt de noodzaak tot verbetering van de curatieve soa-zorg, door aanpassingen in het testbeleid, soa-diagnostiek, behandeling en nazorg. Dit kan ondersteund worden door nascholing, het aanleveren van voorbeeldrichtlijnen en werkafspraken. Daarnaast dient geïnvesteerd te worden in preventie, zoals de aandacht voor seksuele relaties. Dit gaat bijvoorbeeld om een systeem voor hiv (en soa) surveillance, maar ook over structurele voorlichting aangeboden via scholen. Scholen dienen begeleid te worden, maar het kan ook nodig zijn ouders mee te nemen in het proces. Ook is behoefte aan laagdrempelige en anonieme informatie en hulpverlening via internet, chat en telefoon met een seksuele gezondheidsbrede aanpak, inclusief anticonceptie, ongewenste zwangerschap, abortus, misbruik, seksuele problemen, hiv en soa etcetera. Al deze aspecten zijn voor jongeren van belang gezien de brede problematiek op seksueel gezondheidsgebied in Caribisch Nederland, zoals het hoge aantal tienermoeders.

Het is essentieel dat de seksuele gezondheidszorg laagdrempelig en toegankelijk wordt, en mensen zich bijvoorbeeld makkelijker en vaker op soa laten testen of de stap zetten anticonceptie mogelijkheden te bespreken. De huidige hoogdrempeligheid wordt in belangrijke mate bepaald door zorgen over anonimiteit en vertrouwelijkheid.

6.5. Infectieziektebestrijding

Op basis van de Wpg hebben de eilanden ook de verantwoordelijkheid gekregen te zorgen voor de algemene infectieziektebestrijding. Omdat infectieziektebestrijding een hoge mate van specifieke deskundigheid en kennis vereist, mede vanwege de implementatie van de Internationale Health Regulations (IHR), is een bepaalde mate van clustering gewenst. Vanwege het schaalniveau van de eilanden is de benodigde deskundigheid en kennis schaars. VWS ondersteunt de eilanden met technische kennis en expertise via het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM.

Ten behoeve van de implementatie en onderhoud van de IHR werken de landen Nederland (waaronder de openbare lichamen vallen), Aruba, Curaçao en Sint Maarten samen. Hiertoe is in 2015 een Onderlinge Regeling overeengekomen. Er wordt een netwerk van deskundigen opgezet, dat als overleg, referentie- en actieplatform dient. Het CIb is coördinerend lid van het netwerk en verzorgt de administratieve ondersteuning en functioneert als nationaal IHR-coördinatiepunt van het Koninkrijk⁸.

Onderdeel van de IHR is een meldingsplicht aan de WHO van ziektegevallen waarbij sprake is van 'acuut gevaar voor de volksgezondheid met een internationale impact'. Dit wordt beoordeeld aan de hand van een beslisboom. Via de Wpg heeft de minister de mogelijkheid via een ministeriële regeling de meldingsplicht in te stellen voor infectieziekten die nog niet aangewezen zijn. De afgelopen jaren is dit bijvoorbeeld gebeurd voor chikungunya en dengue, na advies van het RIVM. De infectieziektebestrijding op de eilanden is voor een belangrijk deel gericht op vectorbestrijding, namelijk op bestrijding van muggen en verwijdering van muggenbroedplaatsen. Ook wordt voorlichting gegeven aan de bevolking over het gebruik van insectenwerende middelen en kleding en het beperken van broedplaatsen rondom het huis.

6.6. Lijkschouwing

De lijkschouwing voldeed op geen van de eilanden aan de wet. In het onderzoek van de GGD Haaglanden werd het volgende geconstateerd: "Het wordt de keuze te zorgen dat dit wel gebeurt en dat vergt een stevige investering (in fte) dan wel dat de eilanden een uitzonderingsstatus krijgen, gekoppeld aan het gegeven dat het bijzondere openbare lichamen zijn met beperkte mogelijkheden. Deskundigheid ontbreekt op alle drie de eilanden en op Saba en Sint Eustatius is het niet te vermijden dat de schouwende arts ook de behandelende arts is. Ook op Bonaire is deze functie niet altijd strikt gescheiden".

Inmiddels is op alle drie de eilanden een GGD-arts aanwezig, die ook de lijkschouwing doet.

6.7. Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)

Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) 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. De beheersing van dit onderwerp is lastig: het vraagt nogal wat afstemming met andere ministeries en lokale overheden.

⁸ De door de WHO vastgestelde IHR beoogt 'het voorkomen van, beschermen tegen, beheersen van en het voorzien in maatregelen op het gebied van de volksgezondheid naar aanleiding van de internationale verspreiding van ziekte op een wijze die toegesneden is op en beperkt is tot volksgezondheidsrisico's, en die onnodige belemmering van het internationale verkeer en de internationale handel vermijden'.

Vanuit het Ministerie van Veiligheid en Justitie is aan de Brandweer Haaglanden de opdracht gegeven voor de ontwikkeling van Regionale Plannen per eiland. Het aandeel van de GHOR wordt vanuit dit project geleverd. In deze plannen wordt de risicoanalyse, de preparatie rond de inzet en het opzetten van de geneeskundige structuur opgenomen. Op basis van deze plannen kan worden gezien hoe de verschillende structuren als Copi (Commando Plaats Incident), inzet Sigma/Rode Kruis per eiland feitelijk kunnen worden ingevuld.

De Inspectie Veiligheid en Justitie heeft in 2014 een nulmeting gehouden naar de organisatie van de rampenbestrijding op de drie eilanden. Volgens de Inspectie VenJ wordt nog volop gewerkt aan de ontwikkeling van de rampenbestrijdingorganisaties. In de basis zijn de plannen op orde, maar deelplannen en procedures zijn nog in ontwikkeling of bewerking. De IGZ geeft aan dat de schaal en de organisatiegraad op de drie eilanden te klein is om een volledige GHOR in te stellen en te onderhouden. Fundashon Mariadal en de medische centra op Saba en Sint Eustatius moeten wel een Ziekenhuis Rampenopvangplan (ZIROP) hebben. De IGZ oordeelt dat de plannen en implementatie daarvan op Bonaire en Sint Eustatius nog niet voldoende zijn.

6.8. Financiële middelen

Op grond van artikel 68g van de Wpg wordt aan de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba een bijzondere uitkering verstrekt voor de uitvoering van de taken in het kader van de publieke gezondheid. Het is de bedoeling deze gelden na 2020 over te hevelen naar de vrije uitkering. De periode 2014-2020 wordt gezien als een opbouwperiode.

De hoogte van de bijzondere uitkering is mede gebaseerd op de uitgaven aan publieke gezondheid, inclusief de jeugdgezondheidszorg en de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma in Nederland. De middelen die in 2009 voor de eilanden beschikbaar waren voor de publieke gezondheidszorg zijn verhoogd om het niveau van de publieke gezondheidszorg te verbeteren. Jaarlijks wordt \$ 965.524 uitgekeerd aan Bonaire, Sint Eustatius en Saba. In tabel 6.1 zijn de bedragen in euro's weergegeven.

Tabel 6.1. Uitgaven publieke gezondheidszorg

X € 1.000	2011	2012	2013	2014	2015
Bijzondere uitkering				768	861
Kosten vaccins	4	41	161	36	10
Projecten RIVM	226	125	236	412	235
Totaal	230	166	397	1.216	1.106

6.9. Resultaten en conclusies

Voor de publieke gezondheidszorg zijn geen afgeleide doelstellingen afgesproken bij de transitie in 2010. De ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg kan wel getoetst worden aan de in hoofdstuk 2 beschreven normen beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid.

Beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid

De verantwoordelijkheden van VWS en de openbare lichamen zijn vastgelegd in de Wpg. Voor de publieke gezondheidszorg heeft de minister van VWS een systeemverantwoordelijkheid, waaraan enerzijds vorm is gegeven door het beschikbaar stellen van kennis en ervaring via de GGD Haaglanden en anderzijds door het beschikbaar stellen van middelen via een bijzondere uitkering. Hierdoor wordt ook de betaalbaarheid bewaakt.

Conclusie

- *Publieke gezondheidszorg is in opbouw*

Ook voor de publieke gezondheidszorg geldt dat ten tijde van de transitie grote achterstanden bestonden ten opzichte van het niveau in Europees Nederland. De (ontwikkeling van) publieke gezondheidszorg is een taak van de openbare lichamen van Bonaire, Sint Eustatius en Saba, maar met de inzet van expertise uit Europees Nederland (de GGD Haaglanden en het RIVM) zijn de eilanden actief ondersteund. Veel aandacht is uitgegaan naar de infectieziektebestrijding, vanwege de acute risico's voor de volksgezondheid. De verdere ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg zal, net als in Europees Nederland, bijdragen aan een verdere gezondheidswinst. De IGZ concludeert dat de publieke gezondheidszorg zich positief ontwikkelt, maar ook dat de kleinschaligheid en de organisatiegraad van de eilanden in Caribisch Nederland beperkingen met zich meebrengt. Dit heeft bijvoorbeeld consequenties voor het instellen en onderhouden van een volledige GHOR.

7. Besparingsvarianten

Verplicht onderdeel van een beleidsdoorlichting is een analyse van beleidsopties die gekozen kunnen worden indien er significant minder middelen (-/- 20%) beschikbaar zijn voor het beleidsterrein. Uit tabel 7.1. blijkt dat de begrote bedragen in 2016 118,7 mln. euro bedragen. Een besparing van 20% zou daarmee neer komen op ongeveer 23,8 mln. euro.

Tabel 7.1 begroting

X € 1.000	2016	2017	2018	2019	2020
Publieke gezondheidszorg CN (art 1)	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200
Zorg, welzijn en jeugdzorg CN (art 4.5)	109.018	112.008	115.047	118.158	121.188
Uitvoeringskosten (ZVK/JGCN) (art 10)	8.500	8.500	8.500	8.500	8.500
Totaal	118.718	121.708	124.747	127.858	130.888

In dit hoofdstuk worden de verschillende mogelijkheden van besparingsmaatregelen per beleidsterrein nader toegelicht. Bij de maatregelen wordt technisch aangegeven wat de mogelijke opbrengsten en neveneffecten kunnen zijn. De verschillende opties worden hierbij als een 'keuzemenu' gepresenteerd. Hierbij wordt opgemerkt dat het invoeren van alle hier uitgewerkte premie- en risicomatregelen een forse cumulatie van negatieve inkomenseffecten betekent.

Een besparing van 20% betekent dat er keuzes gemaakt moeten worden, die per definitie ingrijpende gevolgen hebben voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de voorzieningen. Het betekent immers vooral zorgvoorzieningen niet meer aanbieden of verbeter- en ontwikkelingstrajecten stopzetten. Maatregelen in de sfeer van eigen risico en premiemaatregelen zullen een negatief effect hebben op het besteedbare inkomen van de inwoners van Caribisch Nederland. In de afsluitende paragraaf worden de consequenties in het kader van de beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid geschetst.

7.1. Maatregelen gezondheidszorg

De afgelopen jaren zijn, onder andere als gevolg van de stijging van de uitgaven, diverse besparingsopties uitgewerkt voor de gezondheidszorg. Deze zijn onder te verdelen in drie categorieën: premiemaatregelen of maatregelen ten aanzien van een eigen risico, pakketmaatregelen en het stopzetten van specifieke kwaliteitstrajecten of voorzieningen.

Premiemaatregelen of maatregelen ten aanzien van een eigen risico

- *Introductie (inkomensafhankelijke) nominale zorgpremie*

Met deze maatregel wordt zoveel mogelijk het Nederlandse systeem gekopieerd. In Caribisch Nederland wordt nu alleen premie afgedragen via de loon- en inkomstenbelasting (werknemers- en werkgeverspremies). Deze maatregel houdt in dat – net als in Nederland – naast deze premie een nominale premie geïntroduceerd wordt van \$100 per maand (gelijk aan \$1.200 per jaar). Voor de berekening wordt er vanuit gegaan dat dit gelijk staat aan 1.000 euro per jaar. Ook is aangenomen dat een zorgtoeslagsysteem wordt geïntroduceerd. De nominale premie wordt betaald door inwoners vanaf 18 jaar of ouder. Het aantal nominale premie betalende inwoners in Caribisch Nederland is circa 18.000 (75% van ongeveer 24.000 inwoners). In Caribisch Nederland leeft circa 60% van de inwoners op of vlak boven het bestaansminimum; zij krijgen hun premie bijna in zijn geheel terug via de zorgtoeslag. Hierdoor zullen slechts 7.200 inwoners (een deel van de) nominale premie betalen. Hoeveel mensen van deze groep nog een deel van de premie via de zorgtoeslag terugkrijgt, is niet goed te bepalen. Gelet op de kleine groep middeninkomens in Caribisch Nederland zal dit beperkt zijn. Deze 7.200 inwoners betalen derhalve circa 7,2 mln. euro aan nominale premie per jaar. De uitvoeringskosten van de heffing en zorgtoeslag worden geschat op 1,2 mln. euro per jaar. De netto-opbrengst is daarmee 6 mln. euro. Dit systeem is op zijn vroegst in te voeren per 1 januari 2018.

Een nominale zorgpremie voor alle inwoners impliceert ook een systeem van zorgtoeslag voor mensen met lage inkomens. Dit systeem wordt door de belastingdienst afgeraden in verband met de hoge uitvoeringskosten. Het systeem van een nominale premie en zorgtoeslag is in Nederland vooral bedoeld om concurrentie tussen verzekeraars te bewerkstelligen. Gelet op het stelsel in Caribisch Nederland ligt het invoeren van dit systeem niet voor de hand. Wellicht ligt een verhoging van de werknemerspremies, met een gelijke opbrengst, meer voor de hand.

- *Heffing hoge inkomens*

Een alternatief voor de introductie van een nominale premie in Caribisch Nederland is een heffing op hoge inkomens. Inkomensgegevens zijn beschikbaar, dus het is mogelijk om naar rato van inkomen een eigen bijdrage in te voeren. Een heffing van gemiddeld 2.000 euro bij de rijkste 25% van de bewoners (naar schatting circa 3.000 belastingplichtigen) levert met aftrek van de uitvoeringskosten ca. 5 mln. euro per jaar op. Ook deze maatregel zou wellicht via een verhoging van de werknemerspremies (vanaf een bepaalde hoogte van het inkomen) kunnen worden gerealiseerd.

- *Verhogen werkgevers- en werknemerspremies met 5%*

Momenteel wordt circa 35 mln. euro opgehaald met de premies voor de zorg. Een verhoging van deze premies met 5% zal in eerste instantie circa 1,8 mln. euro per jaar opleveren. Als gevolg van de economische groei van de eilanden zal deze opbrengst in de jaren daarna waarschijnlijk iets toenemen.

- *Eigen risico aan de voet van € 200 per jaar*

Conform de situatie in Nederland kan ook in Caribisch Nederland een eigen risico geïntroduceerd worden. Het eigen risico zou op 200 euro per jaar kunnen worden vastgesteld, aangezien de hoogte van de inkomens in Caribisch Nederland lager is dan in Nederland. Het eigen risico, voor inwoners van 18 jaar en ouder, geldt voor alle zorg, behalve voor huisartsenzorg. De geschatte bruto-opbrengst is dan circa 3,6 mln. euro. De uitvoeringskosten voor het ZVK bedragen naar verwachting 0,2 mln. euro per jaar. De maximale netto-opbrengst is daarmee 3,4 mln. euro per jaar. De werkelijk opbrengst zal aanzienlijk lager zijn, omdat een groot deel van de inwoners geen zorg zal gebruiken. Netto-opbrengst wordt daarom op 2 mln. euro per jaar gesteld.

Daarnaast wordt verondersteld dat het invoeren van een eigen risico een remmend effect heeft op het gebruik van de zorg. Een bijkomend voordeel is daardoor een doelmatiger gebruik van zorg door de inwoners van Caribisch Nederland. De omvang van dit effect is lastig te bepalen, maar het terugdringen van het zorggebruik met circa 5% lijkt haalbaar.

Pakketmaatregelen

- *Pakketmaatregelen zoals brillen en contactlenzen uit het pakket*

Brillen en contactlenzen kunnen in Caribisch Nederland uit het pakket worden gehaald. Dit levert structureel 0,9 mln. euro op. Brillen en contactlenzen maken geen onderdeel uit van het basispakket in Europees Nederland, maar worden door sommige aanvullende verzekeringen (deels) vergoed. In Caribisch Nederland zitten deze visuele hulpmiddelen wel in het basispakket. In Caribisch Nederland zijn geen aanvullende verzekeringen beschikbaar.

- *Minder medische uitzendingen naar Colombia en Nederland*

Er kunnen minder medische uitzendingen vanuit Caribisch Nederland naar Colombia en Nederland plaatsvinden. Het aantal medische uitzendingen kan worden verkleind door het doelmatiger verwijzen door huisartsen of door een maximum aan medische uitzendingen in te stellen. Een inschatting is dat een besparing van 2 mln. euro per jaar mogelijk is.

Stopzetten kwaliteitstrajecten of voorzieningen

Er zijn tal van kwaliteitstrajecten die lopen binnen de gezondheidszorg in Caribisch Nederland. Deze kunnen in technische zin worden beëindigd. Dit kan mogelijk leiden tot meer medische uitzendingen en op langere termijn een toename van de kosten.

- *Stopzetten helikopter Saba en Sint Eustatius*

De bovenwindse eilanden beschikken inmiddels over een grotere en beter gekwalificeerde helikopter en een back-up, waarvan de jaarlijkse kosten circa 1,6 mln. euro per jaar bedragen. Het gevolg van het niet meer beschikbaar stellen van helikopters zal zijn dat er 's nachts geen spoedvervoer mogelijk is vanaf Saba en Sint Eustatius. De netto-opbrengst zal minder zijn, omdat overdag wel spoedvluchten plaats zullen vinden. Uitgaande van ongeveer 150 vluchten per jaar voor 500 euro per vlucht, blijft er 1,5 mln. euro per jaar over aan netto-opbrengst. Het ontbreken van spoedvervoer per helikopter kan ernstige gevolgen hebben indien er sprake is van acute nood.

- *Stopzetten air-ambulance vliegtuig Bonaire*

De totale kosten die met het aanhouden van het air-ambulance vliegtuig op Bonaire zijn gemoeid zijn volgens Fundashon Mariadal 2,5 mln. euro per jaar. Het afschaffen van de air-ambulance levert derhalve bruto circa 2,5 mln. euro per jaar op. Maar omdat voor de medische uitzendingen (circa 4.000 vluchten per jaar) alternatief vervoer bij de commerciële luchtvaart zal moeten worden gezocht, zal groot deel van de besparing verloren gaan. De geschatte netto-opbrengst is ongeveer 0,5 mln. euro per jaar.

- *Stopzetten verslavingszorg*

Het terugdraaien van de verbetering van de verslavingszorg zal vooral veel overlast veroorzaken bij justitie en politie en bij de inwoners van de eilanden. De opbrengst is in feite gelijk aan de huidige waarde van het contract dat het ZVK heeft met de SVP-CN. Alle voorzieningen van het SVP-CN zullen in dit geval gesloten moeten worden.

- *Stopzetten impuls langdurige zorg*

Deze maatregel impliceert dat verdere uitbreiding van voorzieningen op het terrein van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning voor 2017 en verder worden stopgezet. Aangezien dit vooral extramurale voorzieningen zijn zal de druk, die de vergrijzing met zich meebrengt, op de duurdere intramurale voorzieningen toe nemen. De opbrengst is gelijk aan de nu geraamde groei voor deze uitbreiding, te beginnen met 0,5 mln. euro in 2017.

- *Stopzetten impuls ziekenhuizen*

Het stopzetten van het opknappen van de ziekenhuizen en medische centra levert bruto circa 3 mln. euro per jaar op en het eventueel stopzetten van de jumelage met VU/AMC levert ook 3 mln. euro op. De renovatie van de medische centra op Saba en Sint Eustatius is echter urgent. Dat levert namelijk mogelijkheden tot besparingen op personeelskosten op. De bruto-opbrengst zal circa 7 mln. euro bedragen vanaf 2018, maar deels teniet worden gedaan door meer medische uitzendingen. De geschatte netto-opbrengst bedraagt daardoor 4 mln. euro per jaar.

- *Stopzetten huisartsenpost Bonaire*

De huisartsenpost is in plaats gekomen van de geplande gezondheidscentra, die in het MLTP waren opgenomen. Het stopzetten van de huisartsenpost zou betekenen dat om de afspraken na te komen er alsnog gezondheidscentra zouden moeten komen. De opbrengst van 0,7 mln. euro per jaar is gelijkgesteld aan de huidige kosten en is daarmee de maximale opbrengst.

- *Sluiten van een laboratorium op Bonaire*

Er zijn momenteel twee laboratoria op Bonaire. Voor een bevolking van circa 15.000 inwoners is dat veel. Het sluiten van een laboratorium zou een doelmatigheidswinst van 0,2 mln. euro per jaar kunnen opleveren.

7.2. Maatregelen jeugdzorg

De uitgaven aan jeugdzorg in Caribisch Nederland bedragen circa 4,9 mln. euro en bestaan voor 1,4 mln. euro uit subsidies voor de residentiële jeugdzorg en positieve vrijetijdsbesteding. Deze subsidies kunnen stopgezet worden, conform een afbouwregime van circa drie jaar. Hiermee houden deze voorzieningen op te bestaan, waardoor voor de residentiële jeugdzorg uitzendingen naar omliggende eilanden en Nederland zullen toenemen, wat tot hogere kosten leidt. Het vervallen van positieve vrijetijdsbesteding zal vooral op andere maatschappelijke vlakken een uitwerking hebben, zoals schooluitval, stijgende criminaliteit en een stijgende vraag naar verslavingszorg.

7.3. Maatregelen publieke gezondheidszorg

De bijzondere uitkering aan de openbare lichamen, de grootste uitgavenpost, is wettelijk vastgelegd. Het afschaffen of verminderen van deze bijdrage is mogelijk, maar vraagt een wetswijziging. De overige kosten bestaan uit bijdragen aan het RIVM voor verbeter- en ontwikkeltrajecten op het gebied van publieke gezondheidszorg. De besparingen bij het stopzetten hiervan zijn circa 0,2 mln. euro.

7.4. Gevolgen voor beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid

In tabel 7.2 is een overzicht opgenomen van de mogelijke maatregelen en de geschatte opbrengst.

Tabel 7.2. Besparingsopties

Maatregelen (X € 1.000.000)	2017	2018	2019	2020
Grondslag (zie ook tabel 7.1)	121,7	124,7	127,9	130,9
20% besparing	24,3	24,9	25,6	26,2
Premiemaatregelen of eigen risico maatregelen				
Introductie inkomensafhankelijke zorgpremie		6	6	6
Heffing hoge inkomens		5	5	5
Verhogen werkgevers- en werknemerspremies met 5%	1,8	1,9	2,1	2,2
Invoering eigen risico aan de voet van € 200 per jaar		2	2	2
Volume-effect eigen risico		5	5	5
Pakketmaatregelen				
Brillen en contactlenzen uit het pakket; aansluiting NL pakket	0,9	0,9	0,9	0,9
Minder medische uitzendingen		2	2	2
Stopzetten kwaliteitstrajecten of voorzieningen				
Stopzetten helikopter Saba en Sint Eustatius		1,5	1,5	1,5
Stopzetten air-ambulance Bonaire		0,5	0,5	0,5
Stopzetten verslavingszorg		2,5	3,5	4,5
Stopzetten impuls langdurige zorg	0,5	0,6	0,7	0,8
Stopzetten impuls ziekenhuizen			4	4
Stopzetten Huisartsenpost Bonaire		0,7	0,7	0,7
Sluiten laboratorium Bonaire		0,2	0,3	0,3
Halveren subsidies jeugd		0,4	0,9	1,4
Korten trajecten publieke gezondheidszorg		0,2	0,2	0,2
Totaal	3,2	29,4	35,3	37

Beschikbaarheid

Bij de invoering van de zorgverzekering BES is bewust gekozen geen nominale premie (en bijbehorende zorgtoeslag) of eigen bijdrage of eigen risico in te voeren. Belangrijkste doel was dat de zorg voor alle inwoners van Caribisch Nederland toegankelijk zou zijn. Voorafgaand aan de transitie waren grote groepen inwoners niet verzekerd of onderverzekerd. Door de invoering van een eigen risico zal de zorg voor inwoners met de laagste inkomens minder toegankelijk worden. Maatregelen in de sfeer van eigen risico en premie maatregelen hebben bovendien een negatief effect op het besteedbare inkomen van de inwoners van Caribisch Nederland.

Ook het doorvoeren van pakketmaatregelen heeft direct gevolgen voor de beschikbaarheid van voorzieningen in Caribisch Nederland. Omdat geen aanvullende verzekeringen beschikbaar zijn, zullen ook met deze maatregel vooral mensen met lage inkomens getroffen worden.

Betrouwbaarheid

Het stopzetten van de verschillende kwaliteitstrajecten op het gebied van gezondheidszorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg betekent feitelijk het stopzetten van de ontwikkeling op deze gebieden naar een Nederlands voorzieningenniveau. Dit betekent in sommige gevallen dat al bereikte verbeteringen teniet worden gedaan, maar het heeft ook voor de langere termijn consequenties. Te verwachten valt dat bijvoorbeeld de gezondheidstoestand van de inwoners van Caribisch Nederland zal teruglopen. Uit het onderzoek van de commissie Spies (Spies, e.a., 2015) komt naar voren dat vooral de jeugd als een kwetsbare groep wordt gezien. Het in dat onderzoek geschetste beeld (schooluitval, verveling, verslaving, criminaliteit) zal door bezuinigingen op de jeugdzorg verslechteren en op termijn voor de zorg en op andere gebieden wellicht tot hogere kosten leiden.

Betaalbaarheid

De vraag die sterk naar boven komt bij de beoordeling van de mogelijke maatregelen en de gevolgen daarvan voor beschikbaarheid en kwaliteit, is of op de lange termijn de kosten van de zorg (of op andere terreinen) niet toenemen. Er zijn helaas geen gegevens om dit goed te kunnen beoordelen, maar het lijkt erop dat er eigenlijk te weinig financiële ruimte is om te bezuinigen zonder afbreuk te doen aan het huidige voorzieningenniveau en de ambitie om toe te groeien naar een aanvaardbaar Nederlands voorzieningenniveau.

8. Conclusies en aanbevelingen

De centrale vraag bij een beleidsdoorlichting is de vraag naar de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het gevoerde beleid. Bij doeltreffendheid gaat het om de vraag of de beleidsdoelstelling dankzij de inzet van de onderzochte instrumenten wordt gerealiseerd. Het gaat hier om een causale relatie tussen de ingezette beleidinstrumenten en de maatschappelijke uitkomst(en). Bij de ontwikkeling van het voorzieningenniveau naar een Europees Nederlands niveau spelen naast de inzet vanuit het ministerie van VWS nog talloze andere factoren een rol. Bekende punten hierbij zijn onder andere armoede en lage inkomens, tekortschietende huisvesting, culturele verschillen (weinig aandacht voor/ bekendheid met preventieve maatregelen, schaamtecultuur) en een gemiddeld laag opleidingsniveau. Het vaststellen van een causale relatie tussen het door VWS ingezette instrumentarium en de ontwikkeling van de volksgezondheid op de eilanden zal daarom niet altijd mogelijk zijn.

Doelmatigheid betreft de relatie tussen de effecten en de kosten van het beleid. Volgens de RPE vergelijkt het onderzoek naar de doelmatigheid van beleid de verhouding tussen de effecten en kosten van verschillende beleidsalternatieven (was hetzelfde effect met alternatief beleid ook met lagere kosten te bereiken, of bereikt andersoortig beleid misschien meer met dezelfde middelen).

Terugkijkend naar de beleidsdoelen voor de zorg in Caribisch Nederland gaat het voor doeltreffendheid om de vraag of de volksgezondheid in Caribisch Nederland inmiddels op een aanvaardbaar niveau is. Hiervoor moeten we beoordelen of de gezondheidszorg, jeugdzorg en de publieke gezondheidszorg in voldoende mate beschikbaar en betrouwbaar zijn en of deze zorg betaalbaar is. Door het gebrek aan (meetbare) streefwaarden en betrouwbare gegevens is niet exact aan te geven wanneer het niveau bereikt is. Op basis van de drie pijlers, beschikbaarheid, betrouwbaarheid en betaalbaarheid kunnen wel conclusies getrokken worden over de ontwikkeling van het niveau van de zorg.

8.1. Conclusies

In de hoofdstukken 4, 5 en 6 zijn conclusies op de deelterreinen gezondheidszorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg beschreven. Het geheel overziend kunnen de volgende overkoepelende conclusies getrokken worden:

- *Ontwikkeling informatievoorziening*

Veel aandacht is uitgegaan naar de ontwikkeling van de zorg op de eilanden. Daarbij is de ontwikkeling van de informatievoorziening in brede zin achtergebleven. De informatievoorziening is daardoor nog beperkt. Het ontbrak bij de transitie aan betrouwbare gegevens, waardoor geen nulmeting voorhanden is. En het ontbrak bij de start vaak aan registratiesystemen. Hierdoor is minder aandacht uitgegaan naar het opstellen van een totaal plan van aanpak en expliciete en (meetbare) doelstellingen voor het zorgbeleid in Caribisch Nederland.

In de afgelopen vijf jaar zijn al belangrijke stappen gezet om de informatievoorziening te verbeteren. Er is geïnvesteerd in ICT bij het zorgverzekeringskantoor en ook in het scholingsplan voor de huisartsen is registratie een aandachtspunt. Naar aanleiding van het onderzoek van de Algemene Rekenkamer (Algemene Rekenkamer, 2012) heeft het RIVM onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor informatievoorziening. In 2015 zijn op het gebied van registraties de eerste stappen gezet door opdrachten te geven voor het opzetten van een bevolkingsonderzoek en van huisartsenpeilstations. Het CBS breidt de jeugdmonitor uit naar Caribisch Nederland.

Tegelijkertijd wordt hierbij opgemerkt, dat bij deze gegevens snel sprake zal zijn van vertekende beelden. Door de kleinschaligheid van de eilanden, kunnen de fluctuaties en afwijkingen groot zijn. Pas bij een meerjarig beeld worden de cijfers betrouwbaar voor het opstellen en evalueren van het beleid.

- *Er is veel bereikt, maar op belangrijke onderdelen zit de zorg nog in de opbouwfase.*

Het hele zorgveld overziend kan gesteld worden dat ten aanzien van de gezondheidszorg met beperkte middelen en inzet in een korte tijd veel bereikt is. Op vele fronten hebben gelijktijdig, of in een betrekkelijk korte tijd na elkaar, veel veranderingen plaatsgevonden. Er zijn aantoonbaar meer voorzieningen en onder andere de inspectierapporten laten zien dat de kwaliteit van de zorg verbetert. Ook de belevingsonderzoeken geven dat aan: 60% van de bevolking vindt dat de gezondheidszorg verbeterd is sinds de transitie. Het opbouwen van een volledig zorgstelsel naar Europees Nederlands niveau kost echter tijd. VWS heeft, samen met alle betrokken partijen, vooral ingezet op het verbeteren van de spoedeisende en curatieve zorg. Ten aanzien van de langdurige, ouderen- en gehandicaptenzorg zijn pas de laatste jaren initiatieven genomen om de voorzieningen verder te ontwikkelen. Voor de ouderen is op alle eilanden inmiddels dagbesteding gerealiseerd.

De jeugdzorg in Caribisch Nederland moest vanaf het startpunt worden opgebouwd. Deze opbouwfase is nog niet klaar, maar er is veel bereikt. Het opbouwen van verantwoorde jeugdzorg, zoals dat inmiddels wettelijk is vastgelegd, kost tijd. De rapporten van de Inspectie Jeugdzorg laten zien dat nog kwaliteitsverbeteringen nodig zijn. Een belangrijk knelpunt dat gesignaleerd wordt, is het werven en behouden van kwalitatief goed personeel. Het is sterk zichtbaar bij de jeugdzorg (maar doet zich op alle terreinen voor), waar door het hoge verloop de beschikbaarheid en kwaliteit op vooral Saba en Sint Eustatius kwetsbaar is. Het werven en behouden van goed kwalitatief personeel, en het scholen en trainen van het huidige personeel naar actuele inzichten is daarom een belangrijk aandachtspunt.

Ook voor de publieke gezondheidszorg geldt dat ten tijde van de transitie grote achterstanden waren ten opzichte van het niveau in Europees Nederland. De (ontwikkeling van) publieke gezondheidszorg is een taak van de openbare lichamen van Bonaire, Sint Eustatius en Saba, maar met de inzet van expertise uit Europees Nederland (de GGD Haaglanden en het RIVM) zijn de eilanden actief ondersteund. De IGZ concludeert dat de publieke gezondheidszorg zich positief ontwikkelt, maar dat het beleid en de uitvoering daarvan nog in een opbouwfase zit. Aandachtspunt is dat de IGZ concludeert dat door de kleinschaligheid en organisatiegraad van de eilanden het instellen en onderhouden van een volledige GHOR lastig is.

VWS heeft de afgelopen vijf jaar gekozen voor een gefaseerde en pragmatische aanpak. Uitgangspunt was het Nederlandse voorzieningenniveau en de Nederlandse ervaringen en kennis. Er is voor gekozen snel zichtbare resultaten te boeken, met name ten aanzien van de spoedeisende en curatieve zorg. Met betrokken partijen, zoals de openbare lichamen en de zorgaanbieders wordt afgestemd welke behoeften er zijn en op welke ontwikkelingen ingezet moet worden. Het betrekken van patiënten (of cliënten) gebeurt echter nog maar op een beperkte schaal. Uit het belevingsonderzoek (SCP, 2015) blijkt onder andere ook dat niet iedereen voldoende op de hoogte is van de inhoud van het zorgpakket (Bonaire 43%, Sint Eustatius 59% en Saba 38%). Het aantal patiëntenverenigingen is minimaal, alleen op Bonaire is een patiëntenvereniging actief.

Aandachtspunt zijn de specifieke risico's voor kwetsbare groepen, zoals kinderen en tienermoeders, gehandicapten en ouderen, die in verschillende rapporten benoemd worden. Het beleid voor deze specifieke problemen en/of doelgroepen staat nog in de kinderschoenen. In veel gevallen is hier sprake van achterliggende sociaaleconomische problematiek zoals aangegeven in het rapport van de commissie Spies.

- *Sturing op betaalbare zorg*

De uitgaven voor de zorg en jeugdzorg in Caribisch Nederland zijn de afgelopen vijf jaar ongeveer vervijfvoudigd. Deels valt deze stijging te verklaren door een niet-realistische begroting bij de start en valutaverschillen, deels ook door een toegenomen voorzieningenniveau, toegenomen vraag en een inhaalslag van achterstallige zorg. Om de stijging van de uitgaven terug te dringen is een aantal maatregelen genomen, zoals betere ICT-voorzieningen bij het zorgverzekeringskantoor, inzet op contractering onder andere bij medische uitzendingen en aanpassing van de pakketaanspraken. Daarnaast is in de Commissie Goedgedrag overeengekomen dat bij overschrijdingen gekeken wordt naar de oorzaken en de wijze waarop deze omgebogen kunnen worden. Overschrijdingen komen daarmee niet meer automatisch ten laste van VWS. In 2015 lijken de uitgaven in dollars te stabiliseren. De rechtmatigheid van de zorguitgaven is nog een aandachtspunt. De Algemene Rekenkamer heeft geconcludeerd dat het nog niet mogelijk is om de rechtmatigheid van de uitgaven van het ZVK vast te stellen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de problemen bij het afsluiten van een zorgovereenkomst met Fundashon Mariadal.

Doeltreffendheid

Betrokken partijen geven aan dat op de deelgebieden gezondheidszorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg de zorg nog in opbouw is. Op allerlei fronten lopen nog ontwikkelings- en verbetertrajecten. Door het gebrek aan relevante en actuele informatie zijn nog geen expliciete doelstellingen bepaald. Hierdoor kan feitelijk niet gezegd worden of het doel bereikt is. Afgezet tegen de drie aspecten van een aanvaardbaar niveau van zorg kan wel geconcludeerd worden dat het beleid op de deelterreinen een forse ontwikkeling heeft doorgemaakt.

- **Beschikbaarheid:** Op alle terreinen zijn meer voorzieningen aanwezig. In de gezondheidszorg gaat het dan om het beschikbaar zijn van spoedeisend vervoer, nierdialyse en jumelage op Bonaire, verbeterde mondzorg op Sint Eustatius en Saba, uitbreiding van de wijkverpleging en thuiszorg, opzet van dagopvang en dagbesteding voor ouderen, GGZ en verslavingszorg op alle drie de eilanden. In de jeugdzorg gaat het om de CJG's op Saba en Sint Eustatius, ambulante zorg op alle drie de eilanden en residentiële voorzieningen op Bonaire. In de publieke gezondheidszorg zijn meer middelen en meer fte beschikbaar voor het opzetten en uitvoeren van het beleid.
- **Betrouwbaarheid:** Op vele manieren is gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg. In veel gevallen heeft dit direct te maken met training en opleiding van personeel en het overdragen van kennis en ervaring. Ook de verbetering van (logistieke en afstemmings-) processen en invoering van protocollen leidt tot een verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg. Anderzijds laten vooral de rapporten van de Inspecties (IGZ en IJZ) zien, dat ondanks de stijgende lijn, nog voldoende te verbeteren valt. Vaak vallen de oordelen in de categorie matig tot voldoende, maar er zijn ook zeker nog aspecten die onvoldoende scores. Wel geven beide inspecties aan dat verbeterpunten en adviezen meestal voortvarend ter hand worden genomen.
- **Betaalbaarheid:** De afgelopen jaren zijn de uitgaven voor de gezondheidszorg en de jeugdzorg aanzienlijk gestegen. Deels is dit te verklaren door een te lage inschatting aan het begin (Havermanskader) en de valutaverschillen, deels ook door toegenomen vraag (aanbod creëert ook vraag) en een inhaalslag van achterstallige zorg. Door verbeteringen bij het zorgverzekeringskantoor en de uitkomsten van de commissie Goedgedrag is er inmiddels meer grip op de uitgaven. In 2015 lijken de uitgaven (in dollars) te stabiliseren.

Doelmatigheid

Bij doelmatigheid gaat het om de verhouding tussen de effecten en kosten van het beleid. Hiervoor moet de vraag naar doeltreffendheid al zijn beantwoord (beleid dat niet doeltreffend is, is ook niet doelmatig).

Uit de aanpak van VWS blijkt dat de eerste prioriteit lag bij het aanpakken van levensbedreigende situaties en vervolgens bij de curatieve zorg. Simultaan zijn ook flinke stappen gezet op de jeugdzorg en de publieke gezondheidszorg. De (verdere) ontwikkeling van de langdurige en ouderenzorg, gehandicaptenzorg had in eerste instantie een lagere prioriteit. Bovendien is in de aanpak vanaf het begin onderkend dat de aanpak gefaseerd moest plaatsvinden. Enerzijds vanwege de beschikbare middelen, anderzijds vanwege de absorptiecapaciteit van de eilanden. Door de kleinschaligheid van de eilanden moeten veel van de veranderingen op het terrein van VWS, maar vaak ook nog van andere departementen, gerealiseerd worden door een beperkt aantal mensen.

Uit dit onderzoek blijkt dat op verschillende onderdelen nog stappen gezet moeten worden, zowel ten aanzien van de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorgvoorzieningen als ten aanzien van de informatievoorziening en het op basis daarvan nadere expliciteren van 'een binnen Nederland aanvaardbaar voorzieningenniveau' (besluitenlijst BES, 2008). Door het gebrek aan relevante en actuele informatie kan de doelmatig niet worden vastgesteld. De verbetering van de informatievoorziening in de afgelopen jaren, bijvoorbeeld bij het Zorgverzekeringskantoor, geeft wel meer mogelijkheden om op de doelmatigheid te sturen.

8.2. Aanbevelingen

Op grond van het onderzoek en de voorgaande conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- *Verbeter de informatievoorziening*

Een belangrijk knelpunt is het ontbreken van betrouwbare informatie, op basis waarvan (meetbare) doelstellingen of streefwaarden bepaald kunnen worden en beleidsbeslissingen op gebaseerd kunnen worden. Ga voor alle terreinen na wat de benodigde informatie is voor het bepalen van het beleid en de beleidsdoelstellingen. Investeer, met betrokken partners in Nederland, zoals het RIVM, het NIVEL en het CBS, in het opzetten van registraties en het uitvoeren van onderzoek. Stel doelstellingen op, die met de beschikbare informatie gemonitord kunnen worden, zodat verbeteringen of ongewenste ontwikkelingen daadwerkelijk zichtbaar worden. Gebruik de beschikbare informatie, zoals de informatie bij het ZVK, ook om de doelmatigheid te bevorderen.

- *Borg het huidige beleid en bouw voorzieningen in tussentijd verder uit*

60% van de inwoners in Caribisch Nederland vindt dat de zorg vooruit is gegaan. Deze vooruitgang is opgang gekomen door gezamenlijke inspanningen van zorgaanbieders, openbare lichamen en VWS om de zorg stapsgewijs te verbeteren. Op basis van het advies van de Commissie Goedgegedrag (VWS (WZCN), 2014) heeft een accentverschuiving plaatsgevonden richting langdurige zorg. Het is van belang het toegenomen voorzieningenniveau te borgen. Daarnaast dienen voorzieningen verder uitgebouwd te worden, met name op terreinen waar pas de laatste jaren meer prioriteit aangegeven is, zoals de langdurige, ouderen- en gehandicaptenzorg. Het is hierbij van belang dat naast de zorgaanbieders, openbare lichamen en Nederlandse samenwerkingspartners, ook de zorgafnemers (patiënten/cliënten) in Caribisch Nederland beter worden betrokken bij het bepalen van de doelstellingen.

- *Prioriteit: kwetsbare groepen*

Diverse rapporten geven aan dat het beleid voor kwetsbare groepen, zoals kinderen en tienermoeders, gehandicapten en ouderen, nog niet voldoende is. Het is belangrijk dat het beleid voor deze groepen aandacht krijgt. Het landschap van de voorzieningen in Caribisch Nederland laat voor deze groepen nog leemtes zien. In veel gevallen is hier sprake van achterliggende sociaaleconomische problematiek, zoals dit ook wordt aangegeven in het rapport van de commissie Spies. Om te komen tot een effectief en efficiënt beleid, moet daarom sprake zijn van een integrale aanpak, waarbij niet alleen andere departementen betrokken zijn, maar ook het lokale bestuur en de zorgaanbieders. Een voorbeeld van een terrein waar deze samenwerking wenselijk is, is de aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld. Het gaat dan om preventie en voorlichting, een laagdrempelige meldstructuur, adequate zorg en een veilige opvang van slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling. Ook de uitkomsten van het onderzoek naar de rechten van personen met een handicap zouden voortvarend opgepakt moeten worden.

Literatuuroverzicht

- Algemene Rekenkamer (2012). *Rijksoverheid en Caribisch Nederland: naleving van afspraken.*
- Algemene Rekenkamer (2016). *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2015 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI), Rapport van het jaarverslag.*
- Besluitenlijst BES Bestuurlijk overleg (2008). (31-1-2008 (kst 31200-IV-B-b2); 18-6-2008 (kst 31200-IV-B); 20-11-2008 (kst 31568-7-b1)).
- Brouwer, de (2008). *Middellange Termijn Plan voor de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen en voorzieningen voor Geneeskundig Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR) voor de BES-eilanden: Bonaire, St Eustatius en Saba.*
- Capaciteitsorgaan (2015). *Behoeftte eerstelijnszorg Caribisch Nederland. Een eerste richtinggevende indicatie* (TK 29282 nr. 227).
- Capaciteitsorgaan (2015). *Fundashon Mariadal Bonaire. functie- en capaciteitsprofiel 'Hospitaal San Francisco' nu en morgen* (TK 29282 nr. 227).
- CBS (2013). *Omnibusenquête Caribisch Nederland.*
- CBS statline (bevolkingsgegevens): <http://statline.cbs.n/statweb> (geraadpleegd 10 mei 2016).
- Corporate Health Solutions (2014) *Rapportage verwijzingsprotocol Saba en Sint Eustatius.*
- Curconsult (2012). *Samen verder bouwen, Eénmeting Belevingsonderzoek Caribisch Nederland.*
- Curconsult (2013). *Samen verder bouwen: Tweemeting Belevingsonderzoek Caribisch Nederland.*
- Curconsult (2015). *Belevingsonderzoek voor Bonaire, Sint Eustatius en Saba (ioy SCP).*
- Drewes, M (2012) *Armoede in Caribisch Nederland, een verkenning.*
- FWG (2013), *Trendrapport Caribisch gebied 2013.*
- GGD Den Haag (2012). *Inventarisatie en Plan van Aanpak inzet GGD Den Haag voor de ondersteuning van de Bestuurscolleges Caribisch Nederland bij de uitvoering van publieke gezondheid en de implementatie van de GHOR.*
- GGD Den Haag (2012). *Plan van Aanpak Seksuele Gezondheid & Hygiëne.*
- GGD Den Haag (2012). *Verslag Veldbezoek Seksuele Gezondheid & Hygiëne.*
- GGD Den Haag (2012). *Plan van Aanpak Jeugdgezondheidszorg.*
- GQCconsult (2013). *Evaluatieonderzoek Gezondheidszorg Caribisch Nederland na de transitie, oktober 2010.*
- Grievink, L., e.a. (2002). *The Bonaire health study; methodology and main results.*
- Grievink, L., e.a. (2002). *The St. Eustatius health study; methodology and main results.*
- Grievink, L., e.a. (2002). *The Saba health study; methodology and main results.*
- Inspectie Jeugdzorg (2014). *Kwaliteit van de jeugdzorg in Caribisch Nederland.*
- Inspectie Jeugdzorg (2016). *De kwaliteit van de zorg door Jeugdzorg en Gezins-voogdij Caribisch Nederland op Bonaire, Saba en Sint Eustatius.*
- Inspectie Jeugdzorg (2016). *De kwaliteit van de residentiële zorg bij het Lang Verblijfshuis (Residentiële opvang op Bonaire).*
- Inspectie Jeugdzorg (2016). *De kwaliteit van de residentiële zorg bij Kas pa Hoben ku Futuro (Residentiële opvang voor meisjes op Bonaire).*
- Inspectie Jeugdzorg (2016). *De kwaliteit van de residentiële zorg bij Kas di Karko (Residentiële opvang op Bonaire van Jeugdzorg en Gezinsvoogdij Caribisch Nederland).*

- Kinderombudsman (2015). *Kinderrechtenmonitor 2015*.
- Regioplan (2014). *De aanpak van huiselijk geweld op de BES-eilanden*
- RIVM (2015) *Op weg naar een volksgezondheidsrapportage voor Caribisch Nederland. Een eerste inventarisatie van de mogelijkheden*.
- Sigil Consulting Group (2015). *Benchmarking of international rates of a sample of medical procedures. Report of results* (TK 31568 nr. 159).
- Spies, mr. drs. J.W.E., e.a.(2015). *Vijf jaar verbonden: Bonaire, Sint Eustatius, Saba en Europees Nederland Rapport van de commissie evaluatie uitwerking van de nieuwe staatkundige structuur Caribisch Nederland*.
- DSP-groep (2015). *Vijf jaar Caribisch Nederland, Werking van de nieuwe bestuurlijke structuur*.
- Pro facto (2015). *Vijf jaar Caribisch Nederland, De werking van wetgeving*.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2015). *Vijf jaar Caribisch Nederland, Gevolgen voor de bevolking*.
- Stichting Jeugdformaat (2009). *Advies preventie en jeugdzorg Bonaire, Statia en Saba*.
- SVP-CN (2015). *Jaarverslag 2014 Stichting Verslavingszorg en Psychiatrie Caribisch Nederland*.
- Unicef (2013). *Kind op Bonaire, Sint Eustatius en Saba: Kinderrechten in Caribisch Nederland*.
- PWC (2014). *Visie op het zorgaanbod van Saba*.
- Veen, drs. J.A.H. van (2012). *Ouderenzorg in Rincon Bonaire, een kans op een betere toekomst voor ouderen op heel Bonaire*.
- Veen, drs. J.A.H. van (2012). *Kansen voor betere ouderenzorg op de Bovenwindse eilanden Saba en St. Eustatius*.
- ViaMedica (2009). *Specialistische zorg op maat voor Bonaire. Deel 1 Contourennota*.
- ViaMedica (2009). *Organisatie medisch specialistische zorg voor Saba en St. Eustatius*.
- VWS (2008). *Plan van aanpak voor jeugd en gezin op Bonaire, St. Eustatius en Saba (BES-eilanden)*.
- VWS (2009). *Alle kansen voor alle kinderen op de BES-eilanden*.
- VWS (2010). *Besluit Zorgverzekering BES* (Stb 2011-3).
- VWS (2012). *Brief van de minister van Volksgezondheid* (TK. 31568 nr. 126).
- VWS (2013). *Verslag van een schriftelijk overleg* (TK 31568 nr. 129)
- VWS (2014). *Besluit van 24 januari 2014 houdende aanpassing van het Besluit publieke gezondheid vanwege een meldingsplicht voor dengue* (stb. 2014-56).
- VWS (2014). *Besluit van 4 juli 2014, houdende aanpassing van het Besluit publieke gezondheid vanwege een meldingsplicht voor chikungunya* (stb. 2014-278).
- VWS (WZCN) (2014). *Advies Werkgroep Zorg Caribisch Nederland* (TK 31568 nr. 135).
- VWS (2014). *Verslag van een algemeen overleg* (TK 31568 nr.142).
- VWS (2015). *Onderlinge regeling als bedoeld in artikel 38, eerste lid, van het Statuut voor het Koninkrijk der Nederlanden regelende de samenwerking op het gebied van de implementatie van de Internationale Gezondheidsregeling tussen Nederland, Aruba, Curaçao en Sint Maarten*.

Afkortingenlijst

AMC	Academisch Medisch Centrum Amsterdam
AMFO	Antilliaanse Medefinancieringsorganisatie
AO	Algemeen Overleg
AO/IC	Administratieve Organisatie/ Interne Controle
AVBZ	Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BES	Bonaire, Sint Eustatius en Saba
BZK	Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties
BZV	Basis Ziektenkosten Verzekering
CAO	collectieve arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIb	Centrum Infectieziektebestrijding
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
CN	Caribisch Nederland
COPI	Commando Plaats Incident
EBK	extra beveiligde kamer
FFT	Functional Family Therapy
FIN	Ministerie van Financiën
FKPD	Fundashon Kuido pa Personanan Desabilita
FM	Fundashon Mariadal
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IHR	International Health Regulations
IJZ	Inspectie voor de Jeugdzorg
JGCN	Jeugdzorg en Gezinsvoogdij Caribisch Nederland
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KHF	Kas pa Hoben ku Futuro
LTHP	Lange Termijn HuisvestingsPlan
LVH	LangVerblijfHuis
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
MJP	Meerjarenprogramma Caribisch Nederland
MLTP	Middellange Termijnplan
MST	Multi systeem Therapie
MvT	Memorie van Toelichting
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
QBMC	Queen Beatrix Medical Centre
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PAHO	Pan American Health Organization
PG	publieke gezondheidszorg
RCN	Rijksdienst Caribisch Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu

RPE	Regeling periodiek evaluatieonderzoek
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SHCH	Saba Health Care Foundation
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
Staat VenZ	Staat van Volksgezondheid en Zorg
SVB	Sociale verzekeringsbank
SVP-CN	Stichting Verslavingszorg en Psychiatrie Caribisch Nederland
TK	Tweede Kamer
VN	Verenigde Naties
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VU	Vrije Universiteit Amsterdam
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WHO	World Health Organization
Wpg	Wet publieke gezondheid
WZCN	Werkgroep Zorg Caribisch Nederland
ZIROP	Ziekenhuis Rampenopvangplan
ZVK	Zorgverzekeringskantoor
Zvw	Zorgverzekeringswet