



Caribisch Nederlands

Samenvatting
gezondheidszorgsysteem
2024

Auteurs

Nathan Shuftan
Jane O’Flynn
Judith Meijer
Robert Borst
Soraya Verstraeten
Dorette Courtar
Giovanni Frans
Amy van der Linden
Indira Madhuban
Michael Mercuur
Ewout van Ginneken
Anna Maresso (Redacteur van Series)

Inhoudsopgave

Hoe is het gezondheidszorgsysteem georganiseerd?	2
Hoeveel wordt er uitgegeven aan gezondheidszorg?	3
Welke middelen zijn beschikbaar voor het gezondheidszorgsysteem?	8
Hoe worden gezondheidsdiensten geleverd?	10
Welke hervormingen worden nagestreefd?	14
Hoe presteert het gezondheidszorgsysteem?	16
Samenvatting	20

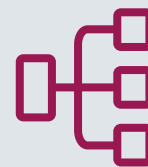
Deze *Health System Review* is gebaseerd op *Caribbean Netherlands: Health System Review*, gepubliceerd in 2024 in de Health Systems in Transition (HiT)-reeks. Dergelijke samenvattingen maken gebruik van een beknopt format om de centrale kenmerken van nationale gezondheidszorgsystemen te communiceren en beschikbare gegevens te analyseren over de organisatie, financiering en levering van zorg. Daarnaast bieden ze inzicht in belangrijke hervormingen en de uiteenlopende uitdagingen die de prestaties van het gezondheidszorgsysteem op de proef stellen.

Belangrijkste bron: Shuftan N, O’Flynn J, Meijer J, Borst J, Verstraeten S, Courtar D, Frans G, van der Linden A, Madhuban I, Mercuur M, van Ginneken E (2024). The Caribbean Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2024; 26(2): i–133.

Gelieve deze publicatie te citeren als: Shuftan N, O’Flynn J, Meijer J, Borst J, Verstraeten S, Courtar D, Frans G, van der Linden A, Madhuban I, Mercuur M, van Ginneken E. *The Caribbean Netherlands: Health System Summary*, 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ISSN 2958-9193

Hoe is het gezondheidszorgsysteem georganiseerd?



Het zorgsysteem van Caribisch Nederland biedt universele dekking voor inwoners, terwijl gezondheidszorg wordt geleverd door zorgaanbieders op de eilanden en andere aanbieders buiten het eiland

Organisatie

De Nederlandse Antillen, waartoe voorheen de eilanden Bonaire, St. Eustatius en Saba behoorden, zijn op 10 oktober 2010 (hierna 10/10/10) ontbonden. Als gevolg hiervan werden deze drie eilanden bijzondere gemeenten van Nederland en staan ze gezamenlijk bekend als Caribisch Nederland en/of de BES-eilanden. Nederland, bestaande uit het Caribische en Europese deel, is één van de vier landen die deel uitmaken van het Koninkrijk der Nederlanden (de andere landen zijn Curaçao, Aruba en St. Maarten (CAS-eilanden)).

Gezien de unieke context op de BES-eilanden

(d.w.z. geografie, bevolkingsomvang, beperkt netwerk van zorgaanbieders, afwezigheid van verzekeraars), is ervoor gekozen om niet hetzelfde zorgsysteem in te voeren als in Europees Nederland (Kader 1). Voor de BES-eilanden is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in Den Haag verantwoordelijk voor de governance van het zorgsysteem. Via de afdeling Zorg en Jeugd Caribisch Nederland (ZJCN) wordt een zorgverzekering aangeboden (via een belastinggefinancierd systeem) aan alle inwoners. Inschrijving in de zorgverzekering is verplicht voor alle inwoners, wat resulteert in universele dekking.

Kader 1 Capaciteit voor beleidsontwikkeling en implementatie

Op de BES-eilanden speelt VWS een centrale rol, anders dan in Europees Nederland. Het ministerie is verantwoordelijk voor beleidsontwikkeling, het direct beheren van de verplichte, universele ziektekostenverzekering en het verbeteren van de zorgverlening. Het ZJCN-team in Den Haag regelt de budgettering en regelgeving (inclusief de lijst van aanspraken in het zorgverzekeringspakket), terwijl het ZJCN-team van het Zorgverzekeringskantoor op Bonaire (ZJCN wordt op de BES-eilanden ook wel kortweg het Zorgverzekeringskantoor genoemd) contracten afsluit met zorgaanbieders, waaronder voor grensoverschrijdende zorg.

Aangezien beleid gebaseerd op data en empirische onderbouwing voor zowel strategische als operationele doeleinden nog niet volledig is geïmplementeerd op de BES-eilanden, hebben actoren in het zorgsysteem de neiging om te kijken naar wat er in Europees Nederland wordt gedaan en ontwikkeld. Op basis van relevantie en geschiktheid wordt dit vervolgens geïntroduceerd op de BES-eilanden. Hierbij zijn kosten, uitvoeringscapaciteit (van zorgaanbieders en soms de openbare lichamen) en naleving van de regelgeving belangrijke factoren die de relevantie en geschiktheid bepalen. Echter, er is behoefte aan adequater onderzoek en algemene gezondheidsinformatie om weloverwogen beslissingen te nemen om te voldoen aan de lokale gezondheidsbehoeften.

Planning

VWS speelt een actieve rol bij het contracteren van zorgaanbieders en heeft een directe sturende rol in de ontwikkeling en uitvoering van zorgbeleid. Voor de eerste fase na 2010, dat Nederland verantwoordelijk was voor de BES-eilanden, was het uitgangspunt om “een binnen Nederland aanvaardbaar voorzieningenniveau te creëren, rekeninghoudend met de specifieke omstandigheden van de eilanden”. De focus binnen het zorgsysteem lag op het garanderen

van kwalitatieve gezondheidsdiensten, bijvoorbeeld huisartsen, medisch specialisten, langdurige zorg, farmaceutische zorg en geestelijke gezondheidszorg.

Naast het ministerie hebben de lokale overheden (de openbare lichamen) op de BES-eilanden sinds 2010 bredere rollen op zich genomen. Dit omvat onder andere de ontwikkeling van hun eigen afdelingen voor publieke gezondheid, waarvoor zij geormerkte financiering van VWS ontvangen.

Zorgaanbieders

De belangrijkste zorgaanbieders op de BES-eilanden zijn Fundashon Mariadal, die secundaire (ziekenhuis) zorg, langdurige zorg en thuiszorg levert en twee apotheken op Bonaire beheert. St Eustatius Health Care Foundation (SEHCF) en Saba Cares zijn een medisch centrum op respectievelijk St Eustatius en Saba en hebben allebei één apotheek. Veel secundaire en tertiaire ziekenhuiszorg vindt off-island plaats

buiten de BES-eilanden (d.w.z. Aruba, Colombia, Curaçao, St. Maarten), waardoor grensoverschrijdende contracten noodzakelijk zijn evenals het regelen van reizen en accommodatie. Patiënten die spoedeisende zorg nodig hebben, kunnen met een air-ambulance overgebracht worden naar een ander regionaal ziekenhuis. Daarnaast komen er visiterend specialisten naar de eilanden.

Hoeveel wordt er uitgegeven aan gezondheidszorg?



De gezondheidszorg wordt publiek gefinancierd. De uitgaven zijn sinds 2012 verdubbeld, maar zijn per hoofd van de bevolking lager dan in Europees Nederland

Financieringsmechanismen

De belangrijkste bron van financiering van het zorgsysteem zijn de algemene belastingen die via het Ministerie van Financiën in Den Haag lopen. Anders dan in Europees Nederland betalen inwoners van de BES-eilanden geen (uniforme) zorgpremies voor de zorgverzekering. Er is een inkomensafhankelijke werkgeversbijdrage (11,9% in 2024, die wordt verlaagd naar 10,3% in 2025), die niet specifiek bedoeld is voor de gezondheidszorg maar voor bredere financiële doeleinden binnen het openbaar bestuur. Inwoners betalen

een zorgverzekeringsbijdrage (0,5% van het inkomen, wat is inbegrepen in het algemene belastingtarief van 30,4% op het inkomen); de bijdragegrondslag is gemaximeerd op 36 082 USD. Er is geen relatie tussen het bedrag aan belasting dat wordt geïnd van inwoners en werkgevers en het budget voor het zorgsysteem op de BES-eilanden dat ZJCN via VWS ontvangt. Evenmin wordt de hoeveelheid van centrale middelen die aan gezondheidszorg wordt toegewezen, bepaald door de hoogte van het BBP van de BES-eilanden.

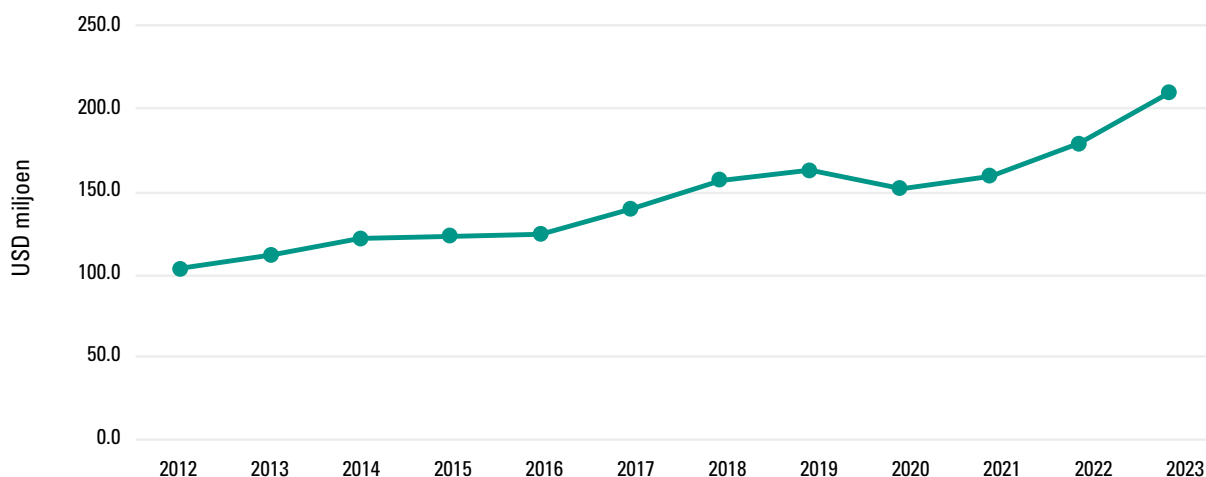
Uitgaven voor gezondheidszorg

Vóór de bestuurshervormingen van 10/10/10, toen de BES-eilanden nog deel uitmaakten van de Nederlandse Antillen, werden de zorguitgaven geschat op ongeveer 30-40 miljoen USD per jaar. Dit bedrag lag aanzienlijk lager dan de vroegst beschikbare gegevens, namelijk net iets minder dan 105 miljoen USD in 2012. In het kader van de inspanningen om het voorzieningen-niveau op de BES-eilanden op een “aanvaardbaar” niveau te brengen, werd de historische onderfinanciering snel vervangen door verhogingen van het jaarlijkse budget. Volgens financiële gegevens van VWS zijn de huidige zorguitgaven, voor zowel zorg op de BES-eilanden als voor verzekerden die zorg ontvangen off-island (medische uitzending), sinds 2012 verdubbeld en bedroegen ze in 2023 iets meer dan 209,5 miljoen USD (zie Fig. 1). Als percentage van het BBP bedroegen de zorguitgaven op de BES-eilanden 21,7% van het BBP in 2021. Sinds 10/10/10 is dit aandeel consequent veel hoger geweest dan in Europees Nederland (11,3% in 2021). Hoewel dit

de belangrijke rol van de financiering en het zorgsysteem binnen de totale economie van de BES-eilanden benadrukt, moet de rapportage van deze cijfers niet worden opgevat als een 1:1 vergelijking met Europees Nederland, waar het BBP relatief veel hoger ligt dan dat van de BES-eilanden en waar de zorguitgaven daardoor een kleiner deel uitmaken.

Fig. 2 laat zien dat de zorguitgaven per hoofd van de bevolking in Europees Nederland (6729 USD) net boven die van de BES-eilanden (6471 USD) lagen in 2022. Als de logistieke kosten voor medische uitzendingen buiten de BES-eilanden (accommodatie en grondvervoer, vliegtickets (lijnvluchten en charters), daggeldvergoedingen, etc.) buiten beschouwing worden gelaten, bedroegen de zorguitgaven per hoofd van de bevolking op de BES-eilanden 5895 USD in 2022. Deze gegevens zijn echter alleen beschikbaar voor vergelijking voor de afgelopen jaren gezien de afrekensystematiek van VWS. De bedragen zijn ook niet gecorrigeerd voor koopkrachtpariteit.¹

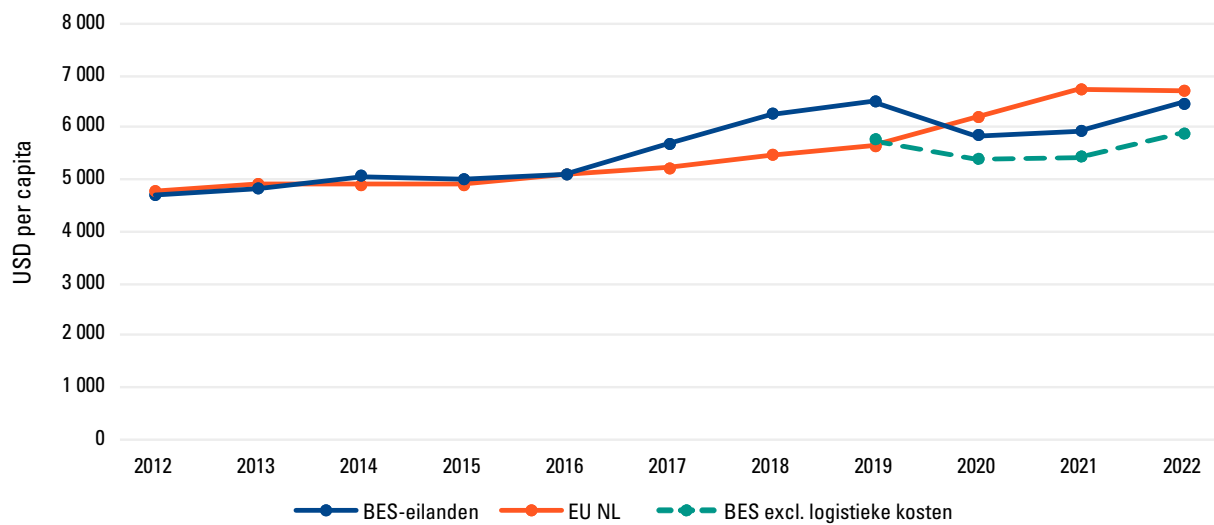
Fig. 1 Trends in de zorguitgaven op de BES-eilanden, 2012–2023



Bron: VWS (2024a).

¹ De BES-eilanden hebben niet volledig deelgenomen aan het International Comparison Program (ICP), dus er zijn geen gegevens over koopkrachtpariteit beschikbaar.

Fig. 2 Trends in zorguitgaven per hoofd van de bevolking, BES-eilanden, Europees Nederland en BES-eilanden excl. logistieke kosten van medische uitzendingen in USD, 2012-2022



Noot: EU NL: Europees Nederland.

Bron: VWS (2024a), CBS (2023a), OECD (2024).

Eigen betalingen

Eigen betalingen (*out-of-pocket*) zijn uitgaven die niet volledig worden gedekt door een verzekering. Deze gegevens worden niet officieel geregistreerd op de BES-eilanden, hoewel er anekdotische meldingen zijn van eigen betalingen voor zorg (zoals tandheelkundige zorg of fysiotherapie) die buiten het zorgverzekeringspakket valt. Aangezien tandheelkundige klinieken in particulier beheer zijn, is het momenteel niet mogelijk om in te schatten welk deel van de tandheelkundige zorguitgaven bestaat aan eigen betalingen; uit data van de zorguitgaven blijkt dat ZJCN in 2023 1,4 miljoen USD heeft uitgegeven aan vergoede tandheelkundige

zorg. Inwoners kunnen ook een second opinion aanvragen of zich wenden tot zorgaanbieders buiten het gecontracteerde netwerk. Daarvoor moeten inwoners voor vergoeding een aanvraag indienen op grond van artikel 10.4 van het Besluit zorgverzekering BES. ZJCN beslist vervolgens of de behandeling geheel of gedeeltelijk wordt vergoed, op basis van een aantal vooraf vastgestelde criteria. De gevallen waarin artikel 10.4 aanvragen worden afgewezen en inwoners besluiten om op eigen initiatief te reizen en de zorg uit eigen middelen te betalen worden niet geregistreerd.

Dekking

Het pakket aan zorgvoorzieningen dat wordt gedekt door de verplichte, universele zorgverzekering op de BES-eilanden is qua omvang vergelijkbaar met dat van Europees Nederland. Het zorgverzekeringspakket is vastgelegd in het Besluit Zorgverzekering BES en de Regeling aanspraken zorgverzekering BES

(Raz BES). Een lijst van de 12 algemene aanspraken omvat huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, ziekenhuiszorg, paramedische zorg, tandheelkundige zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verloskundige zorg, ziekenvervoer, kraamzorg en langdurige zorg. Zie ook Kader 2.

Kader 2 Wat zijn de belangrijkste lacunes in de dekking?

De belastinggefinancierde, universele ziektekostenverzekering van ZJCN is verplicht voor alle inwoners van de BES-eilanden. Iedereen die officieel staat ingeschreven als woonachtig op Bonaire, St. Eustatius en Saba, evenals personen die in het buitenland wonen maar werken op de BES-eilanden, heeft automatisch recht op het uniforme zorgverzekeringspakket van ZJCN; Er zijn geen private zorgverzekeraars en er zijn geen andere mogelijkheden voor een zorgverzekering, noch vervangend, noch aanvullend.

De vergoeding van zorg in het verzekeringspakket garandeert niet automatisch de beschikbaarheid ervan (wat ook het geval is in Europees Nederland of in elk zorgsysteem waar specifieke toegangsbarrières een rol spelen); het geïsoleerde karakter van de BES-eilanden en de uitdagingen bij het werven en behouden van zorgprofessionals maakt dat de planning van voldoende arbeidskrachten een groot probleem is. Saba heeft bijvoorbeeld geen tandarts op het eiland, wat betekent dat patiënten ofwel naar een ander eiland gaan voor tandheelkundige zorg of wachten tot een visiterende tandarts naar Saba komt.

Bekostiging van zorgaanbieders

Zorgaanbieders worden door ZJCN op verschillende manieren betaald (zie Fig. 3). Ten eerste zijn er organisaties die voorschotten ontvangen voor hun jaarlijkse begrotingen; dit geldt voor de medische centra, het ziekenhuis Fundashon Mariadal en instellingen voor langdurige zorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg op de BES-eilanden. Op Bonaire worden huisartsen betaald via een leeftijdsgebonden inschrijftarief (vergelijkbaar met Europees Nederland) en een vergoeding per verrichting (*fee-for-service*) voor bijvoorbeeld kleine ingrepen, terwijl ze op St. Eustatius en Saba worden bekostigd via salaris. Dit verschil is te

wijten aan de kleine omvang van deze twee eilanden: de huisartsen zijn rechtstreeks in dienst van medische centra (die worden gefinancierd via voorschotten) en beheren of bezitten geen eigen praktijken.

Tandartsen worden betaald via een vergoeding per verrichting. Fysiotherapeuten worden betaald via een vergoeding per verrichting (Bonaire) of via jaarlijkse voorschotten (St. Eustatius en Saba), terwijl apotheken worden gefinancierd via voorschotten en een vergoeding per verrichting (Bonaire), of alleen via een vergoeding per verrichting (St. Eustatius en Saba). Zorg die off-island plaatsvindt wordt betaald

Fig. 3 Betalingsmechanismen van zorgaanbieders in Caribisch Nederland

					
Huisartsen	Medisch specialisten	Acute ziekenhuizen	Zorg buiten het eiland	Tandartsen	Apotheken
Vergoeding per verrichting (Bonaire); salaris (St. Eustatius en Saba)	Vergoeding per verrichting	Voorschotbedrag	Vergoeding per verrichting	Vergoeding per verrichting	Voorschotbedrag en vergoeding per verrichting (Bonaire); vergoeding per verrichting (St. Eustatius en Saba)

op basis van een vergoeding per verrichting. In de periode 2017 tot 2023 werden gemiddeld jaarlijks 5658 patiënten doorverwezen voor zorg buiten de BES-eilanden, met aanzienlijke dalingen in het aantal verwijzingen in 2020 en 2021 als gevolg van de impact van de COVID-19-pandemie. Van de drie eilanden had St. Eustatius van 2017 tot 2020 het hoogste aantal verwijzingen per hoofd van de bevolking, en Saba van 2021 tot 2023 (zie Tabel

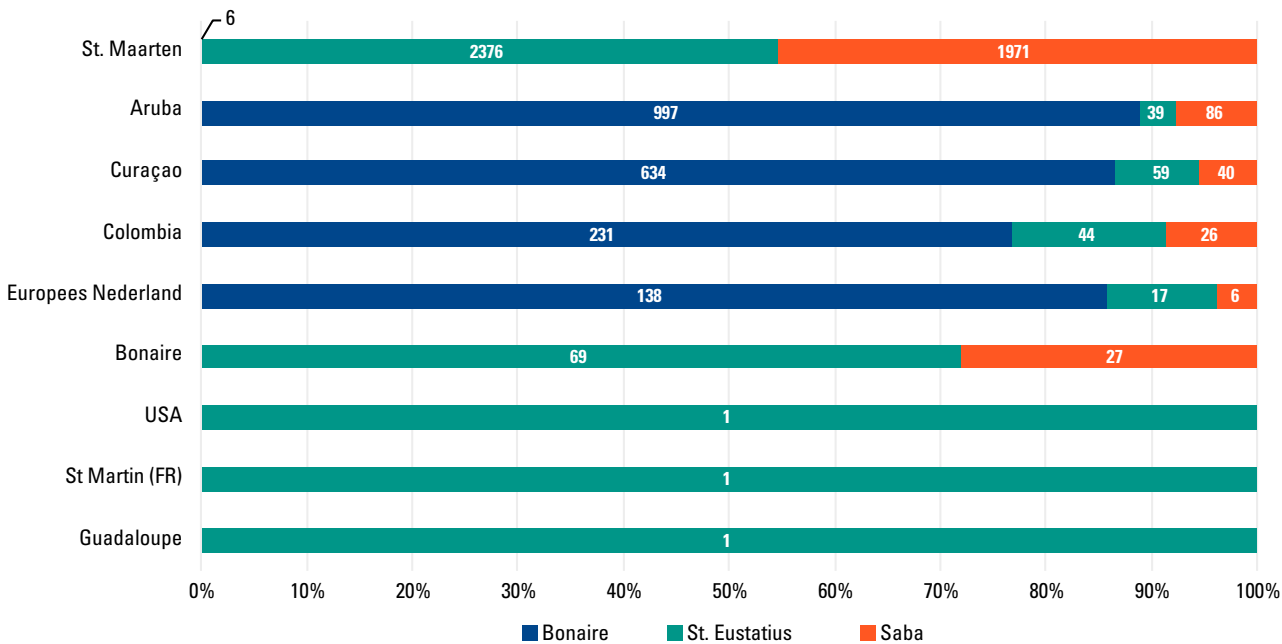
1). Hoewel deze gegevens niet verder uitgesplitst kunnen worden om aan te geven dat sommige inwoners meerdere verwijzingen hadden en anderen geen enkele in een bepaald jaar, bieden ze wel meer context door het feit dat Fundashon Mariadal op Bonaire een veel grotere capaciteit en zorgportfolio heeft om inwoners te behandelen dan de medische centra op St. Eustatius of Saba. Daardoor moeten relatief meer Statianen (inwoners van St. Eustatius)

Tabel 1 Verwijzingen per 100 inwoners van de afzonderlijke BES-eilanden, 2017–2023

	Bonaire	St Eustatius	Saba
2017	15.1	80.8	59.6
2018	12.2	92.7	69.5
2019	9.3	94.7	86.3
2020	4.4	37.1	30.7
2021	5.7	51.2	71.1
2022	7.8	61.9	102.7
2023	8.3	79.2	105.9

Bron: VWS (2024a).

Fig. 4 Totaal aantal en aandeel verwijzingen per locatie voor inwoners van de afzonderlijke BES-eilanden, 2023



Nota: 1. FR: Frankrijk; 2. Europees Nederland betreft met name het Amsterdam Universitair Medisch Centrum en het Erasmus Universitair Medisch Centrum (in Rotterdam); 3. Er zijn geen extra medische kosten voor ZJCN voor Statianen en Sabanen die op Bonaire worden behandeld, aangezien het deel uitmaakt van het budget van Fundashon Mariadal, alleen de logistieke kosten zijn extra.
Bron: VWS (2024b).

en Sabanen van het eiland om zorg te ontvangen dan Bonairianen. Fig. 4 toont de verdeling en het totaal aantal verwijzingen per specifieke locatie en per eiland in 2023. Als deze verwijzingen worden gerelateerd aan de bevolkingsomvang, d.w.z. in termen van verwijzingen per 100 inwoners, zijn de

percentages Bonairianen (0,96), Sabanen (1,3) en Statianen (1,3) die naar Colombia gaan voor complexere zorg buiten het eiland vrij vergelijkbaar. Echter, per 100 inwoners gaan meer Bonairianen (0,6) en Statianen (0,5) naar Europees Nederland voor complexere zorg dan Sabanen (0,3).

Welke middelen zijn beschikbaar voor het gezondheidssysteem?



Zorgaanbieders zijn onder andere een ziekenhuis (Fundashon Mariadal) op Bonaire en medische centra op St. Eustatius en Saba. Het werven en behouden van zorgmedewerkers is op alle drie de eilanden een uitdaging

Zorgprofessionals

Veel zorgmedewerkers op de BES-eilanden worden uit het buitenland geworven en er kan een aanzienlijk verloop zijn, gezien de kleinschalige context. Een deel van de lokale trainingen vindt plaats op Bonaire bij Fundashon Mariadal Academy. Voor zorgmedewerkers die in Europees Nederland zijn opgeleid, kan het behouden van een BIG-registratie (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) een uitdaging zijn. Sommige beroepsbeoefenaren (o.a. medisch specialisten) moeten voldoen aan specifieke voorwaarden om

hun registratie te behouden: bijvoorbeeld een minimum aantal uitgevoerde procedures per jaar, of regelmatige training. Dit kan een reden zijn voor zorgmedewerkers om elders te werken. Medewerkers met een buitenlands diploma moeten kunnen aantonen dat zij voldoen aan kwaliteitseisen op het gebied van opleiding en werkervaring. Zorgaanbieders op de BES-eilanden zijn ook bezig met het aanbieden van doorlopende scholing als een belangrijke (en soms enige) stimulans om personeel uit het buitenland te werven.

Zorginfrastructuur en verdeling van gezondheidssorgmiddelen

Bonaire heeft één zorgstichting (Fundashon Mariadal) voor tweedelijnszorg, langdurige zorg, thuiszorg, farmaceutische diensten en spoedeisende medische evacuaties via een air-ambulance. Het ziekenhuis van Fundashon Mariadal is centraal gelegen en is een algemeen ziekenhuis dat ook specialistische zorg verleent. Op Bonaire zijn de voorzieningen voor eerstelijnszorg verspreid per wijk en zijn er zes huisartsenpraktijken.

Fundashon Mariadal is verantwoordelijk voor het beheer en de exploitatie van het ziekenhuis in Kralendijk,

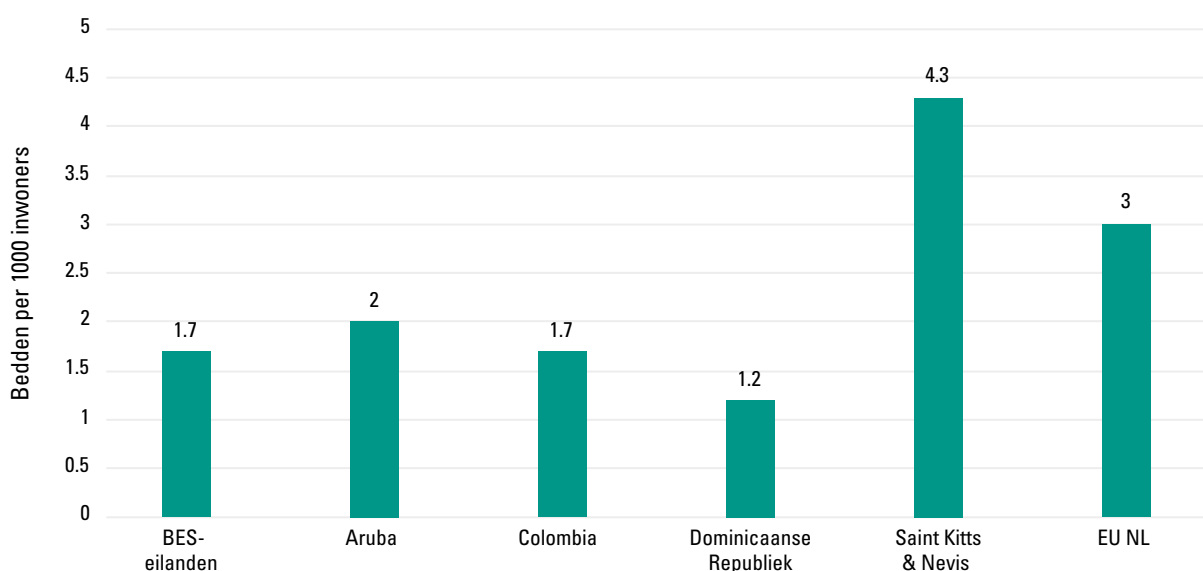
Bonaire, het enige ziekenhuis in Caribisch Nederland (zie Fig. 5). Hoewel het ziekenhuis oorspronkelijk in de jaren 1920 begon als een zendingsdienst, functioneert het momenteel als een algemeen ziekenhuis, vergelijkbaar met kleinere algemene ziekenhuizen in Europees Nederland, maar met unieke uitdagingen op het gebied van vraag, capaciteit en de beschikbaarheid en opleiding voor zorg- en ondersteunend personeel. Het ziekenhuis van Fundashon Mariadal heeft momenteel een beddencapaciteit van 47, verdeeld over vier entiteiten:

- 30 bedden op de algemene afdeling (waarvan op het moment van schrijven tussen de 20-24 bedden in gebruik zijn wegens personeelstekort);
- vijf bedden op de spoedeisende hulp;
- vijf (electieve) bedden voor dagchirurgie; en
- zeven bedden op de afdeling Special Care (twee voor recovery, vijf voor medium- en high-care).

De medium- en highcare-bedden worden ook gebruikt voor de stabilisatie van patiënten die intensieve zorg nodig hebben en met de air-ambulance

naar een ander regionaal ziekenhuis worden overgebracht. Er zijn ook vier operatiekamers beschikbaar (twee voor poliklinische operaties, twee voor klinische operaties) en er is een hemodialyseafdeling met 13 stations. Op Bonaire is voldoende basis- en essentiële medische apparatuur van hoge kwaliteit beschikbaar. Diagnostische diensten die in het ziekenhuis worden aangeboden, zijn onder andere laboratoriumdiensten, conventionele radiologie, een CT-scanner, echografie en een mammografie. Naar verwachting zal op korte termijn een MRI-scanner beschikbaar komen.

Fig. 5 Ziekenhuisbedden in ziekenhuizen voor acute zorg per 1000 inwoners op de BES-eilanden, Europees Nederland en geselecteerde PAHO-landen, 2019 of meest recente jaar



Nota: 1. Aangezien Fundashon Mariadal op Bonaire het enige ziekenhuis is voor acute zorg op de BES-eilanden en sommige (hoewel weinig, zie Fig. 4) Statianen en Sabanen ook daar worden behandeld, is de verhouding berekend op basis van de complete bevolking van de BES-eilanden; 2. Regionale vergelijkers zijn gekozen op basis van beschikbare gegevens en hun geschiedenis van de behandeling van BES-patiënten.

Bronnen: Fundashon Mariadal (2023a), OESO (2024), PAHO (2023).

Saba en St. Eustatius hebben elk één zorgaanbieder (een medisch centrum) van goede kwaliteit die toegankelijk is voor de hele gemeenschap. Er is aanbod van farmaceutische zorg, eerstelijnszorg (huisartsen zijn rechtstreeks in dienst van de medische centra), thuiszorg, intramurale zorg en langdurige zorg. Er is toegang tot tweedelijns specialistische zorg op andere eilanden. Voor spoedeisende medische evacuaties kan een medische helikopter ingezet worden die gestationeerd is op St. Eustatius, die ook Saba bedient.

Op St. Eustatius heeft SEHCF drie locaties:

- het Queen Beatrix Medical Center (QBMC);
- de hospitainer (een noodvoorziening voor acute zorg tijdens de COVID-19-pandemie); en
- thuiszorg bij mensen thuis.

Het QBMC dateert uit de jaren 1980 en omvat een wachtruimte voor patiënten, een verpleegpost, drie medische spreekkamers en een tandheelkundige

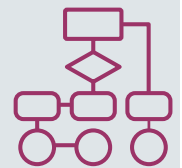
spreekkamer, een verloskundigenpraktijk en een behandelkamer. Binnen de opnameafdeling met zeven bedden en de 24-uurs spoedeisende hulp bevinden zich een isolatiekamer, een verpleegpost, een spoedeisende hulp kamer en een röntgenkamer. Het QBMC omvat ook een laboratorium, een verloskamer en een administratieve afdeling. Er is ook een ruimte voor een fysiotherapeut. In 2023 zijn gesprekken gestart om toe te werken naar een nieuw zorgcentrum waarin verschillende soorten zorg worden geïntegreerd.

Saba Cares is het centrale zorgcomplex in de hoofdstad van Saba, The Bottom. Het is de enige zorgaanbieder op Saba. Het gebouw van Saba Cares is begin jaren tachtig gebouwd en de kliniek, die tussen 2016 en 2021 is gerenoveerd, bevat een wachtruimte voor patiënten, een verpleegpost, vier medische spreekkamers en een tandheelkundige spreekkamer. Aangrenzend aan de kliniek is de opnameafdeling met 10 bedden en de 24-uurs spoedeisende hulp met

een aparte ingang, die ook onlangs gerenoveerd is. Dit omvat een isolatiekamer met luchtdruk, een verpleegpost en kamers voor spoedeisende behandeling en röntgen. Het bevat ook een mortuarium en een onderhoudsruimte. Binnen hetzelfde complex bevindt zich het verpleeghuis voor langdurige zorg met 22 bedden, dat al meer dan 50 jaar niet is gerenoveerd en niet langer geschikt is voor zijn doel. Er zijn plannen in uitvoering voor de bouw van een nieuwe instelling voor langdurige zorg in 2026, naast Saba Cares.

Basis medische behoeften zijn gemakkelijk beschikbaar op St. Eustatius en Saba. Er is een uitgebreid voorraadbeheer vanwege de geïsoleerde kleine eilanden en de lange wachttijden voor leveringen; relaties met leveranciers zijn goed gevestigd. In crisistijden, bijvoorbeeld tijdens de COVID-19-pandemie, werden regelmatig voorraden gedeeld tussen eilanden, met name testapparatuur tussen St. Eustatius, Saba en St. Maarten.

Hoe worden gezondheidsdiensten geleverd?



De zorgverlening aan inwoners vindt zowel plaats op het eiland als buiten het eiland, waarbij er een poortwachtersfunctie is om de toegang van een patiënt tot het zorgsysteem te begeleiden

Volksgezondheid

De verantwoordelijkheden op het gebied van de volksgezondheid op de BES-eilanden worden gedeeld tussen nationale en lokale overheden, met financiering van ZJCN. Belangrijke initiatieven op het gebied van volksgezondheid zijn in lijn met de Nederlandse richtlijnen en richten zich op ziektepreventie, vaccinaties en

het bevorderen van een gezonde levensstijl, waaronder lichaamsbeweging en vermindering van middelenmisbruik. Volksgezondheidsagenda's op de BES-eilanden worden ook steeds meer afgestemd op de lokale contexten en richten zich op factoren die van invloed zijn op de gezondheid, zoals de voedselzekerheid.

Eerstelijns- en ambulante zorg

Huisartsen vormen het primaire toegangspunt tot de zorg, met een toenemende focus op gezondheidsbevordering en risicovermindering. De huisartsen fungeren als poortwachters voor verwijzingen naar de

tweedelijnszorg. Er wordt gewerkt aan zowel efficiënte coördinatie tussen de eerste- en tweedelijnszorg, als aan de aanpassing van de kwaliteitsnormen uit Europees Nederland aan de Caribische context (zie

ook Kader 3 & 4). In spoedgevallen kunnen patiënten rechtstreeks toegang krijgen tot zorg of gebruikmaken van een air-ambulance. Zorgpaden kunnen medische

uitzendingen off-island omvatten voor gespecialiseerde behandelingen gezien de beperkt beschikbare zorgcapaciteit lokaal.

Kader 3 Belangrijkste sterke en zwakke punten van de eerstelijnszorg op Bonaire

Sterke punten:

- goede coördinatie tussen verschillende huisartsenpraktijken, onder meer met de organisatorische en logistieke ondersteuning van Primary Care Caribbean, een onafhankelijke koepelorganisatie voor de eerstelijnszorg;
- eerstelijnszorg speelt een steeds actievare rol in gezondheidsbevordering en preventie; en
- duidelijke poortwachtersrol voor eerstelijnszorgverleners.

Zwakke punten:

- kwetsbare positie van de eerstelijnszorg op het gebied van personeelsbezetting;
- mogelijk inefficiënte coördinatie tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg, bijvoorbeeld op het gebied van verwijzingen; en
- kwaliteitsnormen voor de gezondheidszorg vanuit Europees Nederland zijn niet altijd te vertalen naar de context van Bonaire.

Kader 4 Belangrijkste sterke en zwakke punten van de eerstelijnszorg op St. Eustatius en Saba

Sterke punten:

- goede coördinatie tussen alle gezondheidsdiensten, kleine teams met een sterke samenwerking;
- kwaliteitsgerichte zorg; en
- focus op preventie, naast langdurige- en curatieve zorg, als een gedeelde verantwoordelijkheid met de afdelingen publieke gezondheid.

Zwakke punten:

- patiënten zijn meer Amerikaans georiënteerd wat betreft hun verwachtingen van de zorg, en begrijpen of accepteren het Nederlandse zorgsysteem niet altijd (bijvoorbeeld het triagesysteem);
- beperkte keuze aan zorgaanbieders vanwege beperkte beschikbaarheid;
- beperkt in welke zorg veilig en van goede kwaliteit kan worden aangeboden op kleine eilanden; en
- kwetsbaar door een klein personeelsbestand, met een structureel risico op onderbezetting.

Ziekenhuiszorg

Waar er van oudsher geen medische specialismen waren op Bonaire, levert het ziekenhuis Fundashon Mariadal nu de meeste specialistische zorg. Het ziekenhuis beschikt momenteel niet over een intensive care-afdeling. Dit betekent dat patiënten die complexe medische ingrepen nodig hebben, moeten worden doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Voor complexe tweedelijnszorg worden patiënten over

het algemeen doorverwezen naar Aruba of Curaçao, terwijl de meeste patiënten die tertiaire zorg nodig hebben, worden overgebracht naar Colombia of Europees Nederland.

Klinische zorg maakt ongeveer 8% uit van alle opnames in Fundashon Mariadal. De afgelopen vijf jaar laat een stijging van 10% zien (gecorrigeerd voor bevolkingsgroei) van het aantal

ziekenhuisopnames (Fundashon Mariadal, 2023b). Deze stijging kan deels worden toegeschreven aan de toegenomen beschikbaarheid van verschillende medische specialismen op Bonaire. Dit wordt mede georganiseerd via de jumelageovereenkomst met het Amsterdam Universitair Medisch Centrum, waarbij een aanzienlijk aantal medisch specialisten

op regelmatige basis naar Bonaire reist om patiënten te behandelen. Er wordt momenteel geen beleid ontwikkeld dat expliciet gericht is op betere integratie tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg. Wel zijn er gerichte inspanningen om de coördinatie en samenwerking tussen ziekenhuizen in de regio te verbeteren (Kader 5).

Kader 5 Zijn de inspanningen om de integratie van de zorg te verbeteren effectief?

In 2018 ondertekenden de ziekenhuizen op Aruba (Dr. Horacio E. Oduber Hospital (HOH)), Bonaire en Curaçao (Curaçao Medical Center (CMC)) een vergaande samenwerkingsovereenkomst. Kort daarna sloot ook St Maarten Medical Center (SMMC) zich hierbij aan. In navolging op deze eerdere samenwerkingen, en in de urgente context van de COVID-19 pandemie, is in juni 2020 een beleidsplan opgesteld om de samenwerking tussen de regionale ziekenhuizen in het Caribisch deel van het Koninkrijk te bevorderen.

Op 9 februari 2021 is formeel besloten tot de oprichting van de Dutch Caribbean Hospital Alliance (DCHA), inclusief de medische instellingen op St. Eustatius en Saba, met als doel “het leveren van de best mogelijke medische zorg lokaal en regionaal middels een verankerde samenwerking tussen de landen binnen het Koninkrijk en strategische partners, waarbij het welzijn van onze patiënten, het handhaven van een financieel en economisch gezonde situatie en het waarborgen van onze culturele waarden voorop staan.” (RCN, 2021). De DCHA streeft ernaar om gezamenlijk een regionaal capaciteitsplan op te stellen, het aantal medische uitzendingen (met name buiten de DCHA-instellingen) te verminderen, gezamenlijke inkoop van materiaal, werkwijzen en protocollen te standaardiseren en te komen tot een gedeelde visie op opleiding en uitwisseling van (medisch) personeel. De activiteiten van de DCHA zijn formeel van start gegaan in juni 2022.

Farmaceutische zorg

Op dit moment mogen apotheken op de BES-eilanden alleen geneesmiddelen inkopen via de farmaceutische markt in Europees Nederland. Dit brengt aanzienlijke levertijden en mogelijke voorraadtekorten met zich mee. Beschikbaar onderzoek voor de BES-eilanden toont aan dat antibioticagebruik over het algemeen hoog is en dat polyfarmacie een groeiend probleem is (Saba Government, 2023). Ook op het gebied van taal is er een risico: de digitale systemen en medische informatie over geneesmiddelen (ook voor het bredere zorgsysteem) zijn in het Nederlands, terwijl op Saba en St. Eustatius voornamelijk Engels wordt gesproken.

Zo bevatten geneesmiddelen voornamelijk bijsluiters in het Nederlands, wat uitdagingen met zich meebrengt voor inwoners van alle drie de eilanden.

Apotheken werken, net als andere zorgaanbieders, ook regelmatig samen met andere actoren binnen het Caribisch deel van het Koninkrijk, waar andere regels kunnen gelden. Dit geldt voor geneesmiddelen voor Aruba en Curaçao, waar de inkoop niet beperkt is tot de Europees Nederlandse markt. Een ander doel van de Dutch Caribbean Hospital Alliance is dan ook om te werken aan gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen over de deelnemende eilanden heen.

Langdurige zorg

Er zijn verschillende organisaties die langdurige zorg bieden op Bonaire. Voor ouderen organiseert Zorg en Welzijn Groep op vier locaties dagbesteding voor mensen met dementie en een lichamelijke beperking. Fundashon Kalor di Hogar is een woon- en

zorgvoorziening met 13 bedden en Fundashon Mariadal is verantwoordelijk voor het verpleeghuis Kas di Kuido met Ka'i di Mimina als externe dagopvang voor ouderen. Fundashon Kuido pa Personanan Desabilitá (FKPD) biedt zorg aan Bonairianen met lichamelijke beperkingen.

Op St. Eustatius biedt St Eustatius Auxiliary Home Foundation langdurige zorg voor gehandicapten en ouderen. Verder is Chapelpiece een instelling die dagopvang en dagbesteding voor ouderen biedt. Thuiszorg wordt verzorgd door SEHCF.

Saba Cares biedt langdurige zorg in een verpleeghuis en thuiszorg. Daarnaast bieden ze een centrum voor dagactiviteiten. Momenteel bouwt Saba Cares

een nieuwe zorgvoorziening met onder meer een verpleeghuis voor drie woongroepen, afgestemd op leefstijl en zorgbehoeften. De zorgvoorziening voorziet per cliënt in een eigen woonkamer en badkamer, evenals een restaurant en een activiteitenruimte. Ook komt er een gebouw met 17 appartementen voor aanleunwoningen, begeleid wonen en andere vormen van zorg.

Geestelijke gezondheidszorg

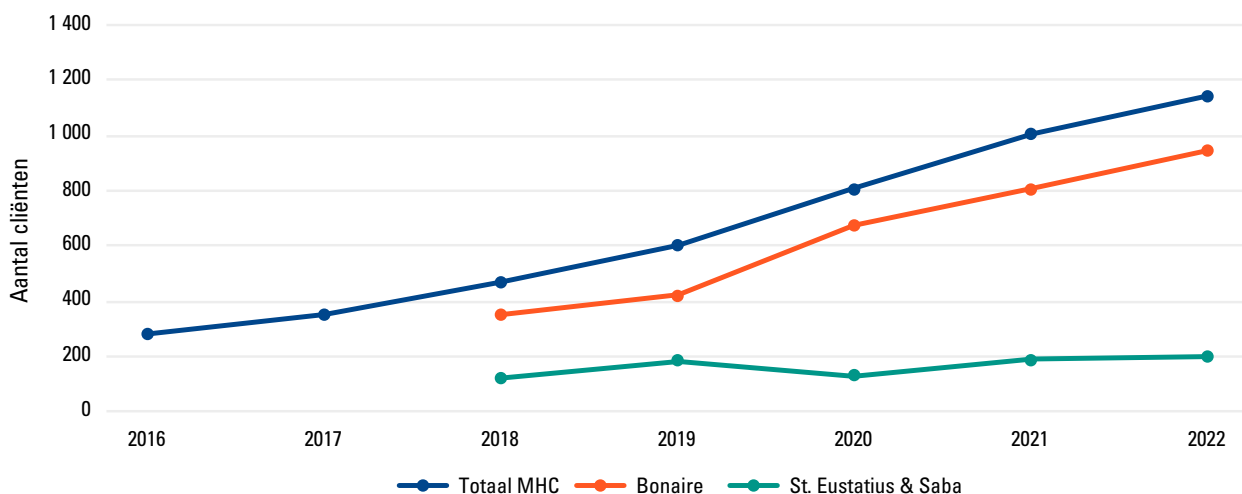
Mental Health Caribbean (MHC), opgericht in 2012, is de belangrijkste zorgaanbieder van ambulante psychologische, psychiatrische en verslavingszorg voor inwoners van de BES-eilanden. MHC is een onafhankelijke stichting en gecontracteerd door ZJCN. ZJCN kan MHC verzoeken om bepaalde geestelijke gezondheidsdiensten aan te bieden, en MHC kan deze verzoeken accepteren als ze passen bij hun strategische doelen. Het wettelijk kader voor gedwongen opname van psychiatrische patiënten (meestal in instellingen in het buitenland) voor inwoners van de BES-eilanden is gebaseerd op een verouderde wet uit 1892 (Wet tot regeling van het toezicht op psychiatrische patiënten BES), nu bekend als de Wet toezicht psychiatrische patiënten BES. Momenteel is een werkgroep met vertegenwoordigers van de zes eilanden in het Caribisch deel van het Koninkrijk bezig met de ontwikkeling van een alternatief wettelijk kader ter vervanging van deze verouderde wet.

MHC heeft haar hoofdkantoor op Bonaire. In 2022

had MHC 73,9 FTE verspreid over de BES-eilanden, tegenover 33,5 FTE in 2016. In dezelfde periode steeg het budget van MHC van 4,5 miljoen USD naar 8,2 miljoen USD. Dit komt overeen met een geleidelijke toename van het aantal cliënten van MHC op Bonaire, terwijl het aantal op St. Eustatius en Saba ongeveer stabiel bleef (zie Fig. 6).

Geestelijke gezondheidszorg op Bonaire wordt ambulant geleverd in nauwe samenwerking met het formele en informele netwerk van de cliënt. MHC levert ook zorg op maat voor een breed scala aan mentale, psychiatrische en/of verslavingsproblemen op St. Eustatius en Saba. Het uitgangspunt is een vraaggerichte, cliënt- en waar mogelijk systeemgerichte en herstelgerichte aanpak, die ambulant wordt aangeboden. De behandeling wordt gestart na een verwijzing van een huisarts of specialist. MHC heeft een psychiatrisch verpleegkundige permanent gestationeerd op zowel St. Eustatius als Saba, met visiterende erkende psychologen en psychiaters. Tussen de bezoeken

Fig. 6 Aantal cliënten MHC op de BES-eilanden, 2016–2022



Bron: MHC (2023)

door wordt ook online behandeling aangeboden. Als cliënten meer hulp nodig hebben, worden ze off-island

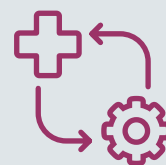
doorverwezen. De psychiater bezoekt elke zes weken Saba en St. Eustatius en is ook online beschikbaar.

Tandheelkundige zorg

Op dit moment zijn er drie particuliere tandheelkundige klinieken en één (privé) kliniek voor mondhygiëne op Bonaire. Er is één tandheelkundige kliniek op St. Eustatius, gevestigd binnen SEHCF en particulier. Een van de tandheelkundige klinieken op Bonaire biedt ook tandheelkundige zorg op Saba bij Saba Cares; ze visiteren Saba momenteel drie dagen per week. Voor alle inwoners van de BES-eilanden onder de 18 jaar, wordt tandheelkundige zorg gedekt door het

(enige) verzekeringspakket van ZJCN. Voor iedereen van 18 jaar en ouder wordt een beperkte selectie van tandheelkundige ingrepen gedekt door het verzekeringspakket. Er is geen mogelijkheid om een vrijwillige zorgverzekering af te sluiten voor tandheelkundige zorg. Er worden geen gegevens verzameld over de eigen betalingen voor tandheelkundige zorg, of over het aantal inwoners dat naar het buitenland gaat voor tandheelkundige behandelingen.

Welke hervormingen worden nagestreefd?



De hervormingen zijn gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg en het harmoniseren van de regelgeving met die van Europees Nederland, terwijl deze worden aangepast aan de lokale behoeften

Het aanvankelijke doel van VWS op het gebied van het verbeteren van de gezondheidszorg op de BES-eilanden na 10/10/10 was om toe te werken naar een voorzieningenniveau dat “acceptabel” zou zijn binnen Nederland, rekeninghoudend met de kleinschaligheid van de eilanden, het hoge armoedeniveau en de grote afstand tot Europees Nederland. Daarom lag eerst de focus op het opbouwen van een toegankelijk zorgsysteem dat een verbetering zou zijn ten opzichte van het systeem van vóór 2010. Dit omvatte onder meer het upgraden van zorginstellingen, het vergroten van de beschikbaarheid en kwaliteit van spoedeisende zorg en bepaalde specialistische zorg, de invoering van een verplichte, universele zorgverzekering voor alle legale inwoners, en het verbeteren van farmaceutische zorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg (Kader 6).

De volgende fase in de ontwikkeling van het zorgsysteem op de BES-eilanden is volgens de staatssecretaris van VWS (eind 2022) het bereiken van een voorzieningenniveau dat “gelijkwaardig” is aan dat van Europees Nederland, in plaats van een “acceptabel” niveau na 2010. Dit moet zowel de kwaliteit als de reikwijdte van de zorg omvatten en vereist een actieve dialoog met lokale belanghebbenden, zorgaanbieders, de openbare lichamen, en andere betrokkenen. Het principe van ‘passende zorg’ zoals dat in Europees Nederland geldt, zou ook moeten gelden op de BES-eilanden. Dit houdt in dat duurdere zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen, zorg dicht bij huis wordt georganiseerd en waar mogelijk wordt vervangen door andere middelen, zoals eHealth.

Verdere plannen zijn onder meer het digitaliseren van patiëntendossiers en het realiseren van gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders vanaf 2024 en daarna. De ambitie is om een dataplatform te implementeren waarin zorgaanbieders op het juiste moment de juiste informatie kunnen bekijken. Deze, plus de geplande invoering van burgerservicenummers (BSN)

medio 2025 die de veilige opslag en overdracht van individuele gezondheidsgegevens mogelijk zal maken, zijn noodzakelijke stappen om een elektronisch cliëntenportaal te realiseren en meer digitale oplossingen te gebruiken die de kwaliteit van de zorg verder verbeteren, rekeninghoudend met cybersecurity en veilige gegevensuitwisseling.

Kader 6 Belangrijkste hervormingen van het zorgsysteem sinds 10/10/10

2010–2011

- Ontbinding van de Nederlandse Antillen en de vorming van de BES-eilanden tot Caribisch Nederland, waarbij Bonaire, St. Eustatius en Saba bijzondere gemeenten en openbare lichamen van Nederland werden.
- Invoering van de verplichte, universele zorgverzekering onder het Besluit zorgverzekering BES en Regeling aanspraken zorgverzekering (Raz BES).
- De directie Internationale Zaken van VWS neemt de regie over het zorgsysteem, terwijl het Zorgverzekeringskantoor (ZVK) op Bonaire verantwoordelijk wordt voor het contracteren, inkopen en verzekeren van zorg (ook voor zorg waarvoor een verwijzing buiten het eiland nodig is).

2011

- Start van de jumelageovereenkomst om specialisten van het Amsterdam UMC voor langere rotaties naar Fundashon Mariadal op Bonaire te halen.
- Begin met het uitbreiden van de eerstelijnszorg op alle drie de eilanden en de tweedelijnszorg op Bonaire.

2011–2012

- Invoering van helikoptertransport voor medische evacuaties voor St. Eustatius en Saba (2011), gestationeerd op St. Eustatius.
- Invoering van de air-ambulance dienst op Bonaire (2012).

2012: Oprichting Mental Health Caribbean (MHC).

2019: De afdelingen publieke gezondheid van de openbare lichamen nemen taken rondom preventie en ondersteuning op zich en versterken deze.

2020: Oprichting van een nieuwe directie binnen VWS, directie Zorg en Jeugd Caribisch Nederland (ZJCN), die de taken overneemt van ZVK.

2021: Oprichting van Primary Care Caribbean (PCC) ter ondersteuning van huisartsenpraktijken op Bonaire.

2022: Start van de pilot directe verwijzing van patiënten uit St. Eustatius en Saba naar St Maarten Medical Center.

2023: Eerste bijeenkomsten met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) om een kankerregistratie voor de BES-eilanden op te zetten.

2024: Start van de pilot maatschappelijke ondersteuning.

Hoe presteert het gezondheidszorgsysteem?



Er zijn inspanningen geleverd om de transparantie en verantwoordingsplicht in het zorgsysteem te verbeteren. Het ontbreekt nog aan regelmatige gegevensverzameling over kernindicatoren om toegankelijkheid, financiële bescherming, kwaliteit, gezondheidsuitkomsten en efficiëntie te monitoren.

Monitoring prestaties zorgsysteem en informatiesystemen

De essentiële basis voor goed bestuur is het systematisch verzamelen en analyseren van gegevens over gezondheid en zorg. Op de BES-eilanden ontbreekt een vaste structuur of overkoepelend plan voor het vormen en implementeren van empirisch onderbouwd beleid. Dit leidt tot gefragmenteerde en onvolledige gegevensverzameling en een beperkte beschikbaarheid van gedetailleerde gegevens over de prestaties van het zorgsysteem in vergelijking met Europees Nederland. Deze situatie wordt bemoeilijkt door de

betrokkenheid van verschillende zorgaanbieders die buiten de Nederlandse jurisdictie opereren. De huidige stand van digitalisering en integratie van datasystemen tussen zorgaanbieders en ZJCN als verzekeraar draagt niet bij aan een empirisch onderbouwde sturing van het zorgsysteem en dient niet als een nuttige bron in discussies over het aanpakken van toenemende gezondheidsuitdagingen op de eilanden (achterstanden, zorgvolumes, enz.).

Toegankelijkheid en financiële bescherming

Alle inwoners van de BES-eilanden hebben recht op en zijn gedekt door een zorgverzekering, volgens het Besluit zorgverzekering BES, dat vergelijkbaar is met wat er in Europees Nederland beschikbaar is. Een belangrijk verschil met Europees Nederland is het ontbreken van aanvullende verzekeringsopties, met name voor tandheelkundige zorg (wat de toegang tot deze diensten waarschijnlijk beperkt). Bovendien verergeren de kleinschaligheid en afgelegen ligging van de eilanden de reisafstand om zorg te krijgen en heeft het gevolgen voor de openingstijden, wachttijden en de keuze aan zorgaanbieders, wat een uitdaging kan vormen voor de toegankelijkheid. Zo hebben St. Maarten en Sint Eustazius die worden doorverwezen naar St. Maarten Medical Center (de dichtstbijzijnde optie voor veel soorten zorg) te maken met allerlei logistieke uitdagingen: van luchthavenvervoer tot daggeldvergoedingen tot hotelboekingen voor lang verblijf.

Data over onvervulde zorgvraag (bijvoorbeeld vanwege afstand, financiële redenen of wachttijden) die routinematig worden verzameld in Europees Nederland en andere Europese landen via bevolkingsregistraties,

worden op de BES-eilanden nog niet verzameld. Het financieringsstelsel voor de gezondheidszorg op de BES-eilanden omvat financiële bescherming, zodat mensen met een lager inkomen zijn vrijgesteld van de verplichte gezondheidszorgbijdrage, terwijl voor mensen met een hoger inkomen de bijdrage is gemaximeerd op 180 USD per jaar. Hoewel het verzekeringspakket sterk lijkt op dat van Europees Nederland, hebben inwoners van de BES te maken met een zeer beperkte kostendeling. Verzekerden van ZJCN hoeven geen eigen risico te betalen, terwijl verzekerde volwassenen in Europees Nederland te maken hebben met een jaarlijks verplicht eigen risico van minimaal 385 euro (uitzonderingen daargelaten). Op de BES-eilanden zijn er geen particuliere verzekeraars die aanvullende verzekeringen aanbieden om het verzekeringspakket uit de Regeling aanspraken zorgverzekering BES (Raz BES) aan te vullen (zoals in Europees Nederland wel mogelijk is). Inwoners van de BES-eilanden betalen meestal een eigen bijdrage aan tandheelkundige zorg, orthopedische schoenen (waarvan ZJCN de eerste 50 USD vergoedt), brillen

(vergoed tot 170 USD per jaar) en de eerste 20 sessies fysiotherapie voor sommige patiënten (volgens Raz BES artikel 1.4.2).

Bovendien kunnen eigen betalingen optreden wanneer inwoners van de BES buiten het netwerk (en off-island) gaan voor zorg, inclusief gevallen waarin

hun aanvraag op grond van artikel 10.4 is afgewezen. Daarnaast zijn er, ook voor goedgekeurde 10.4 aanvragen, nog steeds persoonlijke kosten die ZJCN niet vergoed. Er worden echter geen gegevens verzameld of gepubliceerd die de werkelijke omvang van de eigen betalingen voor inwoners van BES-eilanden schetsen.

Kwaliteit van de gezondheidszorg

Standaardindicatoren voor de kwaliteit van de eerstelijnszorg, zoals vermijdbare ziekenhuisopnames voor astma, chronische obstructieve longziekte, congestief hartfalen, hypertensie, diabetes en diabetesgerelateerde complicaties zijn niet beschikbaar voor de BES-eilanden. Voor Bonaire, het enige eiland waar huisartsen in private praktijken werken en niet direct in dienst zijn van een medisch centrum, zijn nieuwe initiatieven zoals Primary Care Caribbean (PCC) ontwikkeld om best practices en kwaliteit te bevorderen op het gebied van naleving van Nederlandse zorgstandaarden en klinische zorgpaden (d.m.v. een samenwerking tussen ZJCN en huisartsen in Europees Nederland zijn er samen prestatie-indicatoren opgesteld).

Het toezicht op de kwaliteit van de zorg binnen zorginstellingen die actief zijn in Europees Nederland of op de BES-eilanden wordt voornamelijk georganiseerd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en hun werk biedt het kader voor het verzamelen, analyseren en presenteren van geselecteerde gegevens in hun openbaar beschikbare rapportages (voornamelijk in de Nederlandse taal). Dit omvat

interviews met belangrijke medewerkers en reflecties op de uitvoering van maatregelen die tijdens eerdere bezoeken zijn gesignaleerd, waardoor een methode wordt geboden om de voortgang op het gebied van kwaliteitsverbetering te volgen. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar over de sterftecijfers in het ziekenhuis (of sterfgevallen binnen 30 dagen na opname) voor opnames na een acuut myocardinfarct, hemorragische beroerte en ischemische beroerte, procedurele of postoperatieve complicaties (een standaardindicator voor de kwaliteit van ziekenhuiszorg), noch voor kankeroverlevingspercentages voor geselecteerde kankers. Dit wordt verder bemoeilijkt door het feit dat het BES-zorgsysteem gebruik maakt van ziekenhuizen buiten de jurisdictie van Nederland (zowel het constituerende land als het Koninkrijk als geheel), wat een internationale inspanning zou vereisen om de gegevens voor deze indicatoren te ontwikkelen (en ook processen om de zorgkwaliteit te verbeteren bemoeilijkt).

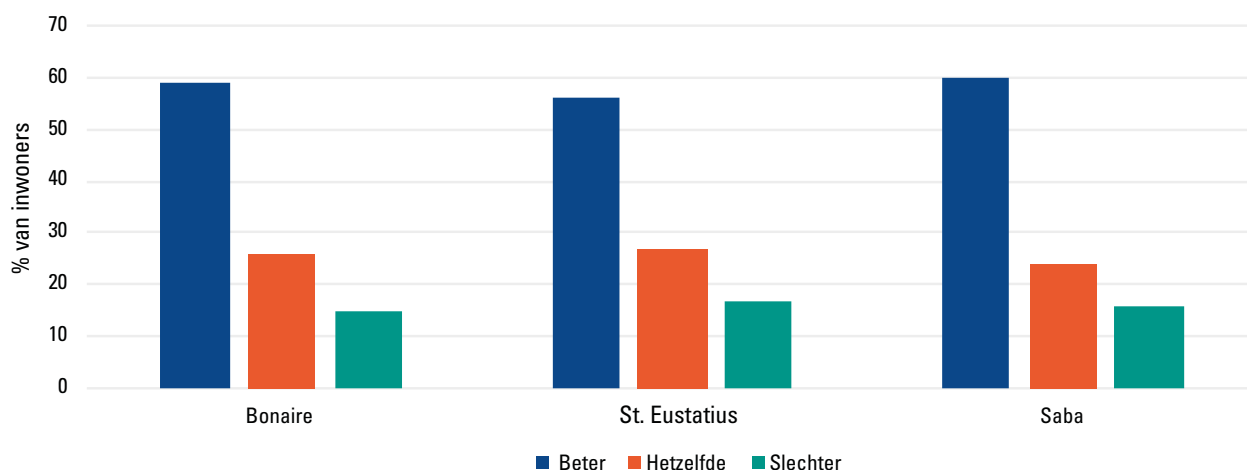
Er is beperkte openbaar beschikbare informatie over de mening van patiënten over de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen (Kader 7).

Kader 7 Wat vinden patiënten van de zorg die ze krijgen?

Er is weinig openbare informatie beschikbaar over hoe tevreden inwoners van de BES-eilanden zijn over het zorgsysteem en hoe tevreden patiënten zijn over de geleverde zorg, hoewel zorgaanbieders wel over eigen klachtenfuncties beschikken. Op Bonaire blijkt uit interne klachtenanalyses van Fundashon Mariadal dat de meeste medische klachten te maken hebben met het verloop van medisch specialisten en wachttijden voor een consult, diagnose of behandeling (Fundashon Mariadal, 2023b). Saba Cares en het St Maarten Medical Center voeren ook patiënttevredenheidsonderzoeken uit, vragen regelmatig naar de ervaringen van patiënten en hanteren klachtenprocedures.

De meest recente gepubliceerde, gestructureerde evaluatie van de algehele tevredenheid over het zorgsysteem vond plaats in 2015, uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Uit hun rapport blijkt dat 59% van de Bonairianen, 56% van de Statianen en 60% van de Sabanen vonden dat de staat van de gezondheidszorg was verbeterd sinds de bestuurlijke hervormingen van 10/10/10 (zie Fig. 7 (SCP, 2015)).

Fig. 7 Onderzoeksresultaten over de vraag of inwoners van de afzonderlijke BES-eilanden in 2015 vonden dat de gezondheidszorg beter, gelijk of slechter was sinds 10/10/10



Bron: Afgeleid van SCP (2015).

Resultaten van het gezondheidszorgsysteem

Het is moeilijk om de bijdrage van het zorgsysteem (en de rol van publieke gezondheidszorg versus curatieve zorg) aan het verbeteren van de volksgezondheid op de BES-eilanden te onderscheiden, vooral door het ontbreken van bepaalde indicatoren (Kader 8). Er zijn echter beleidsmaatregelen waarvan bewijs uit andere domeinen bestaat dat ze een positieve impact hebben op gezondheidsuitkomsten. Sinds 2010 is er meer betrokkenheid van zowel VWS als RIVM bij de publieke gezondheid op de BES-eilanden; De bestuurlijke wijzigingen op 10/10/10 zorgden voor nieuwe aandacht, introduceerden richtlijnen en een formalisering van procedures, met als gevolg een

verbetering van de kwaliteit. Verder zijn er vanuit VWS financiële middelen gericht op vaccinatie- en screeningsprogramma's. Structurele financiële steun heeft ook gezorgd voor een duurzame uitbreiding van het personeelsbestand binnen de afdelingen publieke gezondheid en de preventieve en gezondheidsbevorderende diensten die zij leveren. Aan de andere kant zijn er nog steeds beperkt gegevens beschikbaar en vereisen de sociaaleconomische factoren waarmee de BES-eilanden worden geconfronteerd (armoede, voedseltoegankelijkheid- en zekerheid, obesitas en alcoholgebruik, enz.) meer aandacht om een gezonde levensstijl te ondersteunen.

Kader 8 Maken publieke gezondheidszorginterventies een verschil?

Over het algemeen is er meer onderzoek en evaluatie nodig om volledig te begrijpen of interventies op het gebied van publieke gezondheid iets bijdragen. Er blijven ook uitdagingen bij het werven en opleiden van voldoende specialisten in de publieke gezondheidszorg. Verdere samenwerking tussen alle eilanden in het Caribisch deel van het Koninkrijk (zoals Dutch Caribbean Public Health Expertise Network dat zich richt op infectieziektenbestrijding en pandemische paraatheid) kan helpen om alle gebieden van de publieke gezondheid te bestrijken zonder dat elk eiland onnodig specialismen dupliceert waarvoor beperkt personeel beschikbaar is. Bovendien kan de Rijksoverheid in Den Haag verdere ondersteuning bieden binnen de BES-eilanden op het gebied van wetgeving en belastingstelsels om een gezonde leefstijl te bevorderen.

Op de BES-eilanden is er niet alleen behoefte aan vergelijkingen van publieke gezondheidszorginitiatieven en de resultaten van zorgsystemen tussen de eilanden, maar ook vergelijkingen van gezondheidsstatus- en uitkomsten met Europees Nederland, niet-Nederlandse buureilanden die voor vergelijkbare uitdagingen staan, en de bredere Caribische regio.

Efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem

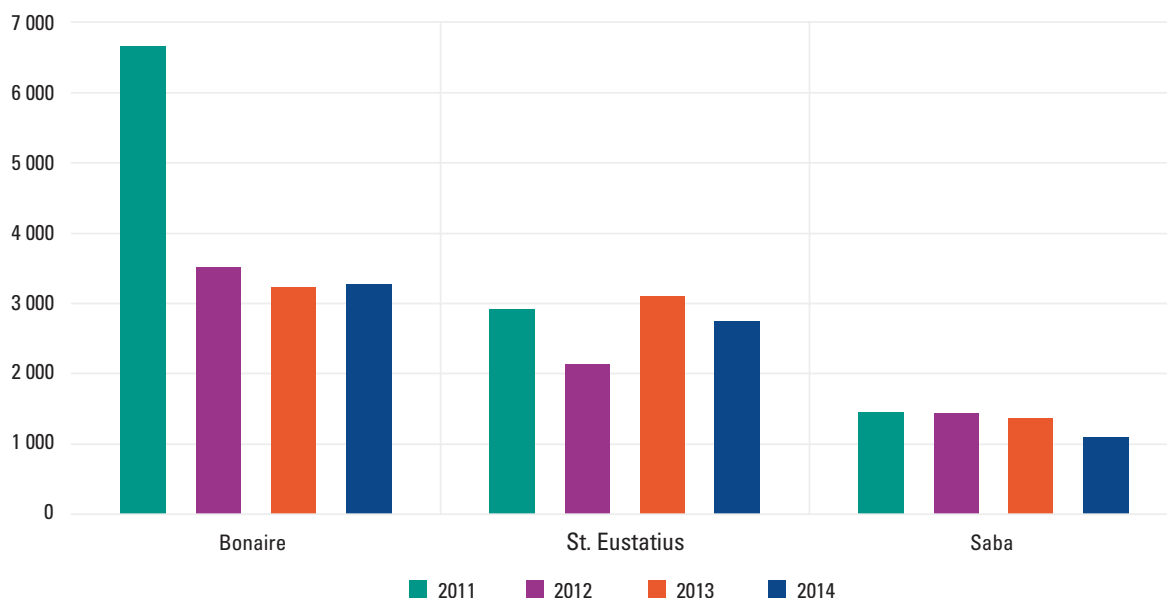
Allocatieve efficiëntie geeft de mate aan waarin beperkte beschikbare middelen worden besteed aan een geschikte mix van gezondheidsdiensten of interventies die de gezondheidsverbetering maximaliseren. Vaak wordt dit vastgesteld door gestandaardiseerde gegevens en langdurige trends in de belangrijkste uitgavencategorieën (bijv. intramurale-, poliklinische-, langdurige zorg, preventie) te vergelijken met andere vergelijkbare landen, om onder- of overbesteding zichtbaar te maken. Deze gegevens zijn niet beschikbaar in een dergelijk formaat voor de BES-eilanden, maar zouden de basis kunnen vormen voor toekomstige beoordelingen (Kader 9).

De grote opbouw van Fundashon Mariadal op Bonaire is een opmerkelijke prestatie geweest voor verbeterde efficiëntie, omdat de toegenomen capaciteit (geholpen door de jumelageovereenkomst; zie Kader 6) heeft geleid tot een enorme afname van het aantal medische uitzendingen vanaf Bonaire (en een vermindering in kosten aan medische uitzendingen), waarvan er bijna 7000 waren in 2011 (zie Fig. 8), en in 2023 afnamen tot 2006.

Er zijn ook enkele uitdagingen die de technische

efficiëntie negatief beïnvloeden. De kleine bevolkingssomvang van de BES-eilanden beperkt inherent het vermogen om een volledig spectrum aan gezondheidsdiensten op het eiland te ondersteunen, waardoor het economisch moeilijker wordt om uitgebreide zorgfaciliteiten te onderhouden. De economische levensvatbaarheid van gezondheidsdiensten hangt immers nauw samen met schaalgrootte; Zonder een toereikend patiëntenbestand worden de vaste kosten van gespecialiseerde apparatuur, faciliteiten en geschoold personeel onevenredig hoog, wat leidt tot een inefficiënte toewijzing van gezondheidszorgmiddelen. Daarnaast zorgen de unieke geografische context van de BES-eilanden en hun afhankelijkheid van zorgaanbieders buiten het eiland ook voor een onvermijdelijke mate van technische inefficiëntie. De afhankelijkheid van gezondheidsdiensten buiten het eiland leidt niet alleen tot logistieke complicaties en verhoogde kosten van de gezondheidszorg, maar ook tot langere wachttijden voor zorg en mogelijke vertragingen in de behandeling, wat resulteert in duurdere behandelingen.

Fig. 8 Aantal verwijzingen buiten het eiland in de eerste jaren na 10/10/10



Bron: SCP (2015).

Kader 9 Wat is de toekomst van de evaluatie van het gezondheidszorgsysteem op de BES-eilanden?

Het voordeel van de kleinschaligheid van het zorgsysteem is dat een volledige evaluatie van de vraag of het huidige aanbod van zorg en de dekking aansluiten bij de behoeften van de bevolking haalbaar zou kunnen zijn, mits er gegevens beschikbaar zijn over zorggebruik, on vervulde behoeften, gezondheidsuitkomsten en demografische trends. Dit zou de betrokkenheid van belangrijke stakeholders (waaronder patiënten) en wetenschappelijke partners vereisen om dergelijke evaluaties uit te voeren.

Samenvatting



Er zijn gerichte inspanningen geleverd om de beschikbaarheid en kwaliteit van gezondheidsdiensten te verbeteren. Systematisch gegevensverzameling over kernindicatoren is noodzakelijk om verbeteringen te stimuleren, zoals het monitoren van toegang tot zorg, financiële bescherming, kwaliteit, gezondheidsuitkomsten en efficiëntie

De hervormingsagenda voor de BES-eilanden verschuift naar het bestendigen en uitbreiden van de verbeteringen in capaciteit en zorgverlening die sinds 2010 zijn gerealiseerd. De initiële focus op de invoering van de verplichte, universele ziektekostenverzekering, het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg leidde tot investeringen in zorgaanbieders op de eilanden, versterking van de eerstelijnszorg, het uitrusten en verbeteren van het ziekenhuis op Bonaire om meer secundaire en tertiaire zorg te bieden. Hoewel het vanwege de efficiëntie uitdagend blijft om een volledig zorgaanbod op de BES-eilanden te garanderen, kunnen nieuwe initiatieven zoals de Dutch Caribbean Hospital Alliance helpen bij de regionale capaciteitsplanning en zorgverlening. Sinds 2012 is ook de geestelijke gezondheidszorg versterkt, waarbij doorlopend wordt gewerkt aan de ontwikkeling van effectieve zorg op de eilanden, aansluitend op het huidige aanbod en met behoud van een sterke samenwerking tussen zorginstellingen en maatschappelijke ontwikkelingen.

Voor toekomstige planning is een sterk data-landschap nodig om onderbouwde beleidsvorming mogelijk te maken. Om bredere betrokkenheid te

creëren bij de prioritering en te vergelijken met de standaarden van Europees Nederland en/of binnen de regio, wordt de kwaliteit, bescherming en beheer van data verbeterd en betrouwbaarder. Datamanagement is van cruciaal belang in de gezondheidszorg en voor beleidsmakers; de regelmatige verzameling, analyse en publicatie van belangrijke indicatoren van gezondheid en het zorgsysteem om inzicht te krijgen in de prestaties ervan zijn nog steeds onderontwikkeld voor de BES-eilanden. Er worden bijvoorbeeld momenteel geen data verzameld over de toegankelijkheid van zorg (zoals on vervulde behoefte aan medische zorg en eigen betalingen) en kwaliteit van zorg (vermijdbare opnames; sterfte in het ziekenhuis), noch zijn er betrouwbare statistieken over doodsoorzaken. Het verzamelen van dergelijke gegevens wordt bemoeilijkt door de betrokkenheid van verschillende zorgaanbieders die buiten Nederlandse jurisdictie opereren en het daarmee een internationale inspanning zou vergen. Kwaliteitsrapporten van zorgaanbieders, volksgezondheidsnota's van de publieke gezondheidssafdelingen, informatie over klachtenprocedures en verdere analyse van wanneer en waarom inwoners eigen betalingen doen, kunnen allemaal bouwstenen vormen voor een bredere strategie

voor gezondheidsonderzoek, meer transparantie en een uitgebreide beoordeling van de prestaties van het zorgsysteem.

Bovendien zal het harmoniseren van de regelgeving met die van Europees Nederland, aangepast aan de lokale behoeften (via het “*comply-or-explain*”-principe²) sturing geven aan de volgende ontwikkelingsfase die gericht is op het bereiken van een voorzieningenniveau

dat “gelijkwaardig” is aan dat van Europees Nederland, met een focus op de ontwikkeling van faciliteiten, het versterken van openbare lichamen en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Hier zal de overeengekomen definitie van “gelijkwaardig” worden uitgewerkt via een actieve dialoog met lokale betrokkenen, patiënten, zorgaanbieders, de openbare lichamen en anderen.

2 Aanvankelijk werd de Nederlandse wet- en regelgeving op de BES-eilanden alleen toegepast als dat nodig werd geacht (bekend als ‘legislatieve terughoudendheid’). Het “*comply-or-explain*”-principe houdt in dat nieuwe beleidsdoelen of aandachtsgebieden in Europees Nederland, inclusief eventuele bijbehorende nieuwe regelgeving, ook van toepassing zijn (of zouden moeten zijn) op de BES-eilanden, tenzij er geldige redenen zijn om hiervan af te wijken.

Gezondheid van de bevolking

Belangrijke indicatoren voor sterfte en gezondheid

Levensverwachting 2019 (jaren)	
Levensverwachting bij de geboorte, totaal	83.2
Levensverwachting bij de geboorte, mannen	83
Levensverwachting bij de geboorte, vrouw	83.8

Bron: CBS, 2023b

Macro-economische indicatoren voor de BES-eilanden, geselecteerde jaren						
	2012	2015	2018	2019	2020	2021
BBP per hoofd van de bevolking (huidige USD)	26 000	26 300	27 100	28 200	24 100	27 000
Jaarlijkse groei van het BBP	n/b	2.70%	1.60%	5.90%	-11.50%	15.40%
Werkloosheid, totaal (% van de beroepsbevolking)	5.20%	n/b	3.30%	n/b	4.20%	n/b
Inkomensongelijkheid (Gini-coëfficiënt van besteedbaar inkomen)	0.39	0.4	0.4	0.39	0.38	0.39

Noot: n/b, niet beschikbaar.

Bron: CBS (2023a).

Referenties

CBS (2023a). *Statline*. (<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/>, accessed 17 November 2023).

CBS (2023b). Internal statistics. *Life expectancy data for the BES islands*.

Fundashon Mariadal (2023a). Internal statistics. *Physical resources of the hospital*.

Fundashon Mariadal (2023b). Internal statistics. *Quality report (Kwaliteitsjaarverslag) 2022*.

MHC (2023). Internal statistics. *Data on client visits of the BES islands*.

OECD (2024). *Health spending*. (<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, accessed 22 January 2024).

PAHO (2023). *Core Indicators Dashboard*. (<https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard>, accessed 8 October 2023).

RCN (2021). *Establishment of hospital cooperative "Dutch Caribbean Hospital Alliance" a reality*. (<https://english.rijksdienstcn.com/latest/news/2021/february/9/establishment-of-hospital-cooperative-%E2%80%9Cdutch-caribbean-hospital-alliance%E2%80%9Da-reality>, accessed 19 January 2023).

Saba Government (2023). *Public Health on Saba 2023–2026 – a look at Sabans' current health and our vision to promote health*. (<https://www.sabagov.com/post/public-health-on-saba-2023-2026-a-look-at-sabans-current-health-and-our-vision-to-promote-health>, accessed 17 June 2023).

SCP (2015). *Vijf jaar Caribisch Nederland*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.

VWS (2024a). Internal statistics. *Health financing data for the BES islands*. Health financing data for the BES islands.

VWS (2024b). Internal statistics. *Data on number of referrals for the BES islands*.

Trefwoorden:
ZORGVERLENING
EVALUATIEONDERZOEK
ZORGFINANCIERING
HERVORMING GEZONDHEIDSZORG
GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM ONTWERP –
organisatie en bestuur
CARIBISCH NEDERLAND

© World Health Organization, 2024 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the WHO and the European Observatory on Health Systems and Policies or any of its Partners concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the WHO or the European Observatory on Health Systems and Policies or any of its Partners in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters. All reasonable precautions have been taken by the European Observatory on Health Systems and Policies to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied.

The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the WHO, the European Observatory on Health Systems and Policies or any of its Partners be liable for damages arising from its use. The named authors alone are responsible for the views expressed in this publication. The views and opinions expressed in Observatory publications do not necessarily represent the official policy of the Participating Organizations.

The European Observatory on Health Systems and Policies is a partnership that supports and promotes evidence-based health policy-making through comprehensive and rigorous analysis of health systems in the European Region. It brings together a wide range of policy-makers, academics and practitioners to analyse trends in health reform, drawing on experience from across Europe to illuminate policy issues. The Observatory's products are available on its web site (<http://www.healthobservatory.eu>).

