

Vergaderjaar 2016–2017

**32 772**

## **Beleidsdoorlichting Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 28**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 21 juni 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 23 december 2016 over de beleidsdoorlichting artikel 4.5 van de VWS-begroting over de zorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg in Caribisch Nederland (Kamerstuk 32 772, nr. 24).

De vragen en opmerkingen zijn op 16 februari 2017 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 20 juni 2017 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

## **Inhoudsopgave**

<b>I</b>	<b>Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
	<b>Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie</b>	<b>2</b>
	<b>Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie</b>	<b>2</b>
<b>II</b>	<b>Antwoord/Reactie van de Minister</b>	<b>3</b>

### **I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Beleidsdoorlichting artikel 4.5. van de VWS-begroting betreffende de zorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg in Caribisch Nederland. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Uit de beleidsdoorlichting blijkt dat de uitgaven in de periode 2011–2015 aan zorg zijn verdubbeld. Kan de Minister toelichten welke afspraken er zijn gemaakt over het verrekenen van overschrijdingen en op welke wijze deze in de praktijk worden toegepast? In de kabinetsreactie staat dat het voorzieningenniveau de komende jaren verder zal worden uitgebreid met onder andere Wmo-voorzieningen, langdurige zorg en beleid rond kwetsbare groepen. In de beleidsdoorlichting is tevens de aanbeveling opgenomen om de voorzieningen verder uit te bouwen. Wat is de verwachting voor de groei van de uitgaven in de komende jaren? Houden de gemaakte afspraken rond overschrijdingen rekening met deze groei? Kan de Minister toelichten hoe deze ambitie zich verhoudt tot het lagere budget op de begroting van door het lagere zorgniveau dat wordt nagestreefd aldus de onafhankelijke deskundige. De Minister geeft aan dat zij vanuit het oogpunt van betaalbaarheid ook naar de uitgaven per hoofd van de bevolking kijkt.

Op welke manier wordt rekening gehouden met de specifieke omstandigheden van de eilanden, waaronder de hogere kosten voor medische uitzendingen en de lagere lonen? Hoe verhouden de zorgkosten per inwoner in Caribisch Nederland zich op dit moment tot de zorgkosten per inwoner in Europees Nederland? Hoe ziet die verhouding er over vijf jaar uit? Wordt ook gerekend met andere indicatoren om een vergelijking te kunnen maken? Welke doelstellingen zijn inmiddels geformuleerd om over vijf jaar te kunnen beoordelen of de doeltreffendheid en doelmatigheid op een aanvaardbaar of juist niveau zitten?

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van de beleidsdoorlichting van artikel 4.5 van de VWS-begroting over de zorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg in Caribisch Nederland. Deze leden hebben hier enkele vragen over.

De leden van de CDA-fractie vragen door wie de beleidsdoorlichting is geschreven en wat hun functie en relatie tot het onderzochte beleid is. Hoe is de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de directie Internationale Zaken en de betrokken beleidsdirecties ten aanzien van het in deze beleidsdoorlichting doorgelichte beleid in Caribisch Nederland? Hoe is de Minister tot de keuze gekomen voor de beide onafhankelijk deskundigen? Wat heeft de Minister hen als vraag of opdracht meegegeven?

De leden van de CDA-fractie vragen wat de reden is dat er begin 2000 voor het laatst op de drie eilanden een «Health Study» is uitgevoerd. Is overwogen om in 2010 of de jaren erna een geactualiseerde studie of nulmeting te houden naar de gezondheidstoestand op de eilanden? Welke nieuwe informatie of inzichten heeft de uitgevoerde beleidsdoorlichting het ministerie opgeleverd? Resteren er nu nog blinde vlekken? Waarom is er niet voor gekozen om in het kader van deze beleidsdoorlichting aanvullend onderzoek te doen naar de deelgebieden jeugdzorg en publieke gezondheidszorg, waarvan op bladzijde 13 wordt opgemerkt dat de Commissie Spies deze niet heeft onderzocht? Kan de Minister een overzicht geven van de zorginstellingen op de eilanden waarin duidelijk wordt welke middelen er om gaan en in welke mate de rechtmatigheid is vastgesteld?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister uiteen kan zetten hoe invulling is gegeven aan de aankondiging in de brief van 23 november 2015 (Kamerstuk 32 772, nr. 9) aan de Tweede Kamer dat «tijdens het onderzoek zowel objectieve, feitelijke gegevens (zoals beleidsdocumenten, rapporten en cijfers) zullen worden verzameld, als kwalitatieve en subjectieve gegevens worden verzameld, om «gaten» in de beschikbare objectieve informatie te dichten en om de feitelijke gegevens beter te kunnen duiden». Welke gaten in de beschikbare informatie zijn in het kader van deze beleidsdoorlichting gedicht? Hoe is de op p. 46 genoemde meetbare doelstelling dat 80% van de medisch specialistische zorg op Bonaire zelf moet kunnen plaatsvinden tot stand gekomen? Wat is de status en functie van deze doelstelling? Wordt beoogd dit voor meer terreinen te doen?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister een overzicht kan geven van de zorgkosten per inwoner voor de jaren 2010–2016 voor zowel Caribisch Nederland als Europees Nederland. Zijn er meer van dit soort indicatoren beschikbaar?

Zo ja, waarom zijn deze niet verzameld en gepresenteerd in het kader van deze beleidsdoorlichting? Zo nee, hoe wordt dan in de toekomst gestuurd en beoordeeld of beleid zinnig en zuinig is?

De leden van de CDA-fractie vragen voorts of de Minister voor alle vier de aanbevelingen rond het verbeteren van de informatievoorziening kan aangeven wat de beleidsreactie daarop is en welke acties de Minister gaat uitvoeren. Waar is de verwachting op gebaseerd dat er over vijf jaar voldoende informatie beschikbaar is om de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid te kunnen beoordelen?

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte wat de reactie van de Minister is op de opmerking van de onafhankelijke deskundige mw. Martijn dat in Caribisch Nederland naar een lager zorgniveau gestreefd wordt en dat dit een verklaring kan zijn voor de lagere zorguitgaven in Caribisch Nederland per hoofd van de bevolking? Kan de Minister toelichten hoe bij de vergelijking van de zorguitgaven rekening is gehouden met de specifieke omstandigheden van Caribisch Nederland? Vindt de Minister dat het ondanks de verschillen in het voorzieningenniveau en de specifieke omstandigheden van Caribisch Nederland mogelijk is om een vergelijking te maken tussen de zorguitgaven per hoofd van de bevolking in Caribisch en Europees Nederland?

## **II Antwoord/Reactie van de Minister**

*De leden van de VVD fractie vragen naar aanleiding van de aanzienlijke groei van de zorguitgaven in Caribisch Nederland (CN) over de periode 2011–2015, welke afspraken er zijn gemaakt over het verrekenen van*

*overschrijdingen en op welke wijze deze in de praktijk worden toegepast, wat de verwachte groei is en of de afspraken over overschrijdingen rekening houden met verwachte groei van de uitgaven en hoe de ambitie om de Wmo-voorzieningen, langdurige zorg en zorg voor kwetsbare groepen verder uit te bouwen, zich verhoudt met de dip in de raming in 2017.*

De verklaring voor de groei is tweeledig. Ten eerste zijn de overschrijdingen in deze periode veroorzaakt door de inhaalslag die er in de curatieve zorg is gemaakt. En de tweede oorzaak is dat er in het begin van deze periode, door een gebrek aan informatie over de zorguitgaven van de periode voor 10-10-2010, nog geen goed beeld was van de benodigde middelen. De ramingen bleken daardoor in de eerste jaren te laag. Naast maatregelen om de groei van de uitgaven te beteugelen zijn de overschrijdingen voornamelijk binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) opgevangen. Na het opstellen van een nieuwe meerjarige raming hebben zich, los van de duurdere dollar, in 2015 en 2016 geen overschrijdingen meer voor gedaan.

Omdat er groei is geraamd voor de zorguitgaven in CN, zal de toename van de uitgaven, als gevolg van het realiseren van de ambities ten aanzien van de Wmo-voorzieningen, langdurige zorg en zorg voor kwetsbare groepen, binnen de beschikbare raming worden opgevangen. Dat is mede mogelijk omdat op de relatief kleine eilanden er maar beperkt capaciteit is om deze ambities ten aanzien van het uitbreiden van het zorgaanbod te realiseren en dat dit daarom stap voor stap zal moeten gebeuren. Het budget voor de zorg wordt in dollars vastgesteld en de groei van dit budget in dollars is gebaseerd op de groei van het Budgettair Kader Zorg. Jaarlijks wordt het op de begroting beschikbare bedrag in euro's, aangepast voor de door het CPB geraamde ontwikkeling van de euro/dollar wisselkoersverhouding. In de reeks waar u op doelt, is het bedrag in 2016 verhoogd voor de in dat jaar verwachte duurdere dollar. Voor 2017 is dat in deze reeks nog niet gebeurd. Dat verklaart de onregelmatige reeks van het begrotingsbudget in euro's.

*De leden van de CDA en VVD fractie vragen of het ondanks de verschillen in het voorzieningenniveau en de specifieke omstandigheden van Caribisch Nederland mogelijk is om een vergelijking te maken tussen de zorguitgaven per hoofd van de bevolking in Caribisch en Europees Nederland (EN), en of naar aanleiding van de opmerking van de onafhankelijk deskundige, mevrouw Martijn, dat de kosten per hoofd van de bevolking in CN lager zijn dan in Europees Nederland kan worden verklaard door het lagere zorgniveau dat wordt nagestreefd. Ook willen beide fracties weten hoe de kosten per hoofd van de bevolking in EN en CN voor 2010–2016 zich verhouden en hoe dat er over de komende vijf jaar uit ziet en op welke manier wordt rekening gehouden met de eilandelijke omstandigheden, waaronder de hogere kosten voor medische uitzendingen en de lagere lonen.*

Hieronder zijn de kosten per hoofd van de bevolking voor 2012 tot en met 2015 weergegeven. Voor 2010 en 2011 zijn er geen betrouwbare cijfers voor CN beschikbaar en voor 2016 nog geen gecontroleerde cijfers. Hoe deze indicator zich de komende vijf jaar precies ontwikkelt, kan niet worden voorspeld. Door schommelingen in de wisselkoersverhouding euro/dollar en de wisselende omvang van de bevolkingsomvang op de eilanden is het niet zinnig om hier een uitspraak over te doen. Het streven zal blijven deze verhouding voor CN en EN ongeveer gelijk te houden. De aanzienlijke stijging van de kosten in euro's per hoofd van de bevolking in 2015 ten opzichte van 2014 wordt veroorzaakt door de duurdere dollar en daling van het aantal inwoners in 2015.

**Kosten in euro's per hoofd van de bevolking in EN en CN**

	2012	2013	2014	2015
EN	4.878	5.087	5.090	5.306
CN	3.634	3.789	3.795	4.882
Dollar/Euro wisselkoers verhouding	1,28	1,31	1,35	1,10
Aantal verzekerden	22.545	22.807	23.770	22.944

De specifieke omstandigheden in Caribisch Nederland (eilanden, geringe omvang bevolking) maken het noodzakelijk dat voor het verkrijgen van adequate zorg patiënten in veel gevallen van de eilanden af moeten. Om dat bij spoedgevallen mogelijk te maken zijn passende voorzieningen getroffen. Inmiddels is een soepel draaiend systeem van medische uitzendingen opgebouwd. Er wordt nu gewerkt aan het doelmatiger maken van dit systeem door bijvoorbeeld het verkorten van de verblijfsduur bij een medische uitzending. Daarbij wordt voortdurend de afweging gemaakt welke zorg vanuit zowel kwalitatief als financieel oogpunt op de eilanden zelf gerealiseerd moet worden en welke elders ingekocht kan worden. De bijkomende kosten voor medische uitzendingen (reis- en verblijfskosten) maakt de zorg in CN soms duurder ten opzichte van de zorg in EN. De gemiddelde loonkosten zijn daarentegen in CN lager dan in EN en het aanbod voor langdurige zorg en Wmo-achtige voorzieningen in CN is ten opzichte van EN minder. Per saldo zijn de kostenverlagende effecten ten opzichte van EN tot nu toe groter dan de kostenverhogende. Dat de kosten per hoofd in CN lager zijn dan in EN komt niet doordat er wordt gestreefd naar een lager zorgniveau in CN zoals de onafhankelijke deskundige opmerkte. Ik streef naar een voor Nederland aanvaardbaar niveau rekeninghoudend met de specifieke omstandigheden in CN.

*Ook vragen de leden van de CDA en VVD fractie of nog wordt gerekend met andere indicatoren om een vergelijking te kunnen maken en welke doelstellingen inmiddels zijn geformuleerd om over vijf jaar te kunnen beoordelen of de doeltreffendheid en doelmatigheid op een aanvaardbaar of juist niveau zitten?*

Er zijn nu nog geen andere indicatoren beschikbaar. De nieuwe Health Study in Caribisch Nederland zal een eerste start opleveren voor het gebruiken van andere indicatoren en het verbeteren van de informatievoorziening.

*De leden van de CDA-fractie vragen door wie de beleidsdoorlichting is geschreven, wat hun functie en relatie tot het onderzochte beleid is, hoe de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de directie Internationale Zaken en de betrokken beleidsdirecties is ten aanzien van het in deze beleidsdoorlichting doorgelichte beleid in Caribisch Nederland, hoe de Minister tot de keuze is gekomen voor de beide onafhankelijk deskundigen en wat de Minister hen als vraag of opdracht heeft meegegeven?*

De beleidsdoorlichting is een ambtelijke doorlichting begeleid door twee onafhankelijke externe deskundigen en een interdepartementale begeleidingsgroep.

Mevrouw Alba Martijn is gevraagd om op te treden als onafhankelijk deskundige vanwege haar kennis van de eilanden, de culturele aspecten en vanwege haar ervaring als Ombudsman op Curaçao. De heer Plokker is gevraagd vanwege zijn kennis van geneeskunde, gezondheidsrecht en zijn ervaring met de eilanden, opgedaan tijdens het uitoefenen van toezicht op het land Nederlandse Antillen namens de Inspectie Gezondheidszorg. Aan hen beide is gevraagd een onafhankelijk oordeel over het onderzoek

(kwaliteit en wijze van onderzoeken) te geven met een kritische blik op zowel inhoud als methodologie.

*De leden van de CDA-fractie vragen voorts wat de reden is dat er begin 2000 voor het laatst op de drie eilanden een «Health Study» is uitgevoerd en of is overwogen om in 2010 of de jaren erna een geactualiseerde studie of nulmeting te houden naar de gezondheidstoestand op de eilanden?*

Ik weet niet waarom er tussen 2000 en 2010 geen «Health Study» is uitgevoerd door de overheid van de Nederlandse Antillen. VWS was daar in die periode niet verantwoordelijk voor. Inmiddels heb ik het RIVM en CBS opdracht gegeven een Health Study in Caribisch Nederland te starten. De uitkomsten verwacht ik in het voorjaar van 2018 naar uw Kamer te zenden.

*Vervolgens vragen de leden van de CDA fractie welke nieuwe informatie of inzichten de uitgevoerde beleidsdoorlichting het ministerie heeft opgeleverd, of er nu nog blinde vlekken resteren en waarom er niet voor gekozen is om in het kader van deze beleidsdoorlichting aanvullend onderzoek te doen naar de deelgebieden jeugdzorg en publieke gezondheidszorg, waarvan op bladzijde 13 wordt opgemerkt dat de Commissie Spies deze niet heeft onderzocht?*

De beleidsdoorlichting geeft een overzicht van wat er tot nu toe is gerealiseerd, een overzicht van wat ons nog te doen staat en sluit aan op het advies van de Commissie Spies. Van blinde vlekken is geen sprake. De verwachting is dat de Health Study voldoende nuttige epidemiologische gegevens zal opleveren.

Hoewel de deelgebieden jeugdzorg en publieke gezondheidszorg niet tot het door te lichten onderdeel van de begroting behoren, zijn ze toch aan de orde gekomen vanwege de samenhang met de zorgonderdelen die uit het door te lichten begrotingsonderdeel worden gefinancierd.

*De leden van de CDA fractie vragen de Minister een overzicht te geven van de zorginstellingen op de eilanden waarin duidelijk wordt welke middelen er om gaan en in welke mate de rechtmatigheid is vastgesteld?*

**Overzicht van de door ZVK gefinancierde zorginstellingen:**

In \$	2015	2016
Best Care Logistics	1.140.000	1.334.000
Chapelpiece	324.609	324.609
Fundashon Cocari	168.000	268.396
FKBGB (Villa Antonia)	128.948	139.665
FKBO	373.121	527.787
Fundashon Mariadal	48.299.553	46.320.000
FKPD	1.626.544	1.581.928
Saba HCF	4.019.735	4.019.735
Auxiliary Home	1.762.894	1.762.894
ST. Eustatius HCF	4.406.121	4.479.121
SVP-CN (Mental Health)	4.446.135	4.480.662
Benevolent	1.500.000	1.648.023

Het Zorgverzekeringskantoor heeft afspraken gemaakt met de twee belangrijkste gecontracteerde zorginstellingen in CN, die nu nog niet voldoen aan de verantwoordingvereisten, om hun administratie zo in te richten dat zij daar op termijn wel aan kunnen voldoen. Het gaat hier om de ziekenhuizen van Bonaire en Sint Eustatius (Fundashon Mariadal en Sint Eustatius HFC). Deze situatie betekent overigens niet dat de uitgaven op dit moment onrechtmatig zijn, maar alleen dat de rechtmatigheid

ervan niet vastgesteld kan worden omdat daarvoor de benodigde en juiste verantwoordingsinformatie nog ontbreekt.

*Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of de Minister uiteen kan zetten hoe invulling is gegeven aan de aankondiging in de brief van 23 november 2015 (Kamerstuk 32 772, nr. 9) aan de Tweede Kamer dat tijdens het onderzoek zowel objectieve, feitelijke gegevens (zoals beleidsdocumenten, rapporten en cijfers) zullen worden verzameld, als kwalitatieve en subjectieve gegevens worden verzameld, om gaten in de beschikbare objectieve informatie te dichten en om de feitelijke gegevens beter te kunnen duiden en welke gaten in de beschikbare informatie in het kader van deze beleidsdoorlichting zijn gedicht?*

In de inleiding van de doorlichting wordt de aanpak van het onderzoek uiteengezet. Voor de zorg is vooral gebruik gemaakt van het door het Sociaal Cultureel Planbureau opgestelde deel over zorg van het evaluatie onderzoek van de commissie Spies.

Voor deze beleidsdoorlichting is gekozen geen nieuw onderzoek te doen, maar gebruik te maken van de verschillende onderzoeken en evaluaties, die de afgelopen jaren zijn verschenen.

En met de gegevens die in de Health Study worden verzameld verwachten we weer verdere stappen te zetten met het op peil brengen van de informatievoorziening.

*De leden van de CDA fractie vragen in het verlengde hiervan hoe de op p.-46 genoemde meetbare doelstelling dat 80% van de medisch specialistische zorg op Bonaire zelf moet kunnen plaatsvinden tot stand is gekomen, wat de status en functie van deze doelstelling is en of wordt beoogd dit voor meer terreinen te doen?*

De doelstelling om uiteindelijk circa 80% van de medische specialistische zorg op Bonaire zelf te kunnen leveren is gebaseerd op het onderzoek van ViaMedica uit 2009. Om het optimale aanbod van medisch specialisten op Bonaire te kunnen bepalen heeft ViaMedica voor de transitie een onderzoek gedaan naar de gewenste inrichting van deze zorg (ViaMedica, 2009). De status en functie van deze doelstelling is, naast dat deze fungeert als uitgangspunt voor de vormgeving van de medisch specialistische zorg op Bonaire, om duidelijk te maken dat er met de juiste bezetting van de medisch specialistische zorg in het ziekenhuis op Bonaire en een goed functionerende huisartsenzorg veel minder patiënten hoeven te worden uitgezonden. Maar dat ook niet alles op Bonaire kan worden opgelost doordat er voor sommige specialismen te weinig patiënten op het eiland zijn.

Het is naar mijn mening niet zinvol of mogelijk om een dergelijk percentage ook voor andere zorgvormen of jeugdzorg vast te stellen of voor de specialistische zorg op Saba en Sint Eustatius.

*Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie of de Minister voor alle vier de aanbevelingen rond het verbeteren van de informatievoorziening kan aangeven wat de beleidsreactie daarop is en welke acties de Minister gaat uitvoeren.*

Ik onderschrijf de vier aanbevelingen over het vergaren van informatie en het op basis daarvan formuleren van beleidsdoelstellingen volledig.

Zoals ook in de kabinetsreactie al is gesteld, is inmiddels na een eerste periode waarin het verbeteren van spoed en curatieve zorg voorrang had, steeds meer behoefte aan bijvoorbeeld meerjarige gegevens over prevalentie van ziektes en gezondheid. In 2015 is opdracht gegeven aan het RIVM voor het opzetten van een bevolkingsonderzoek. Het CBS zal de

eerstvolgende jeugdmonitor uitbreiden naar Caribisch Nederland. Vanaf 2018 zullen de gegevens beschikbaar komen. Pas als we deze gegevens in 2018 hebben, beschikken we over een nulmeting en kunnen we beleidsdoelstellingen formuleren en doelstellingen monitoren op realisatie. Op het vlak van doelmatigheid en doeltreffendheid zal het ZVK elk jaar beter in staat zijn om (trend)analyses te maken, slimme controles uit te voeren en deze in haar inkoopbeleid verwerken. Het ZVK werkt sinds 2015 op deze wijze aan het verbeteren van de doelmatigheid.