

## **VERSLAG 17<sup>e</sup> OPENBARE VERGADERING**

**Datum** : zaterdag 30 augustus 2025  
**Tijd** : 10.00 uur  
**Plaats** : Ballroom Lalla Rookh gebouw, Lalla Rookhweg  
**Notulist** : Balesar Sharishma

### **De agenda:**

1. Opening
2. Mededelingen
3. Presentaties met betrekking tot de zorg:
  - > Onderzoeksresultaten: de kwaliteit van de dienstverlening en de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Suriname
  - > Analyse van de ziektelast in Suriname gebaseerd op ziekenhuisopnames in de periode 2018-2022
4. Vragenronde
5. Wat verder ter tafel komt
6. Sluiting

### **1. Opening**

De MC, mw. Zuleima Deugdzaam, heet de aanwezigen welkom, in het bijzonder de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Arbeid en de overige vertegenwoordigers.

Vervolgens nodigt zij de aanwezigen uit om te gaan staan voor het zingen van het Volkslied. De leden van de Zorgraad worden voorgesteld.

De MC geeft het woord aan de voorzitter van Zorgraad. De voorzitter opent hierna formeel de openbare vergadering van de Zorgraad.

De voorzitter heet een ieder welkom, zij geeft aan dat er 2 (twee) presentaties gehouden zullen worden. Vervolgens geeft zij kort aan dat;

De Zorgraad het op prijs stelt dat de Onderraad na 4 (vier) jaar weer sterk vertegenwoordigd is. Hier is het forum waar de burger rechtstreeks zijn of haar problemen kan voorleggen.

In 2014 zijn er sociale wetten aangenomen, opmerkelijk is dat de Wet Minimumuurloon en de Wet Algemeen Pensioen in de loop der tijden aangepast zijn, terwijl de Wet Nationale Basiszorgverzekering nooit is aangepast.

Wij hebben als Zorgraad een aantal voorstellen gedaan aan verschillende actoren, aantal uitgewerkte data gepresenteerd maar er is niets uit de bus gekomen.

Problemen waarmee wij dagelijks geconfronteerd worden zijn;

- de dienstverleners vragen cash aan de burger
- de verzekeringmaatschappijen bieden geen basiszorgpakket meer aan
- de wergevers verzuimen en of weigeren de werknemers te verzekeren

## **2. Presentaties met betrekking tot de zorg:**

### **Presentatie 1**

#### **Onderzoeksresultaten: de kwaliteit van de dienstverlening en de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Suriname**

Uitgaande van de klachten die onder de aandacht van de Zorgraad worden gebracht zijn er perikelen binnen de gezondheidszorg die dringend aandacht behoeven. Uit hoofde hiervan heeft de Zorgraad gemeend onderzoek te doen door de Stichting Green Leafs for Empowerment & Leadership. In het verlengde van het eerder genoemde acht de Zorgraad het dus van belang onderzoek te doen naar:

- De kwaliteit van de dienstverlening binnen de gezondheidszorg in Suriname
- De toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Suriname

Dit in relatie tot de medische kostenverzekering waarin met name de basiszorgverzekering moet voorzien. Bij dit onderzoek is gekozen voor zowel een kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksopzet. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zie bijlage

## **Presentatie 2**

### **Presentatie :Burden of Disease in Major Health Facilities in Suriname (2018–2022)**

De presentatie, verzorgd door de medisch directeur van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP), dr. Lindy Liauw-Kie-Fa, geeft inzicht in een studie die ruim 266.000 ziekenhuisopnamen in Suriname analyseert over de periode 2018–2022. De grootste ziektelast blijkt te ontstaan door niet-overdraagbare aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en kanker. Bevalling en zwangerschapscomplicaties vormen het grootste aandeel van alle opnames, terwijl hartziekten, beroertes, diabetes en kanker aanzienlijk bijdragen aan sterfte en verloren levensjaren. De bevindingen onderstrepen de noodzaak van preventieprogramma's, betere prenatale zorg, en versterking van de aanpak van chronische ziekten en verkeersongevallen.<sup>2</sup>

### **Vragenronde en Discussie**

#### **Minister A. Misiekaba (Volksgezondheid, Welzijn en Arbeid)**

De minister merkt op dat de gepresenteerde cijfers aantonen dat de ziektelast in Suriname hoog is. Volgens hem ligt de sleutel tot verandering in een preventieve aanpak.

Hij stelt de vraag:

“Hoe kunnen we preventie zodanig koppelen aan beleid, zodat binnen tien tot vijftien jaar een merkbare verandering in de ziektelast zichtbaar wordt?”

De minister benadrukt dat de gepresenteerde onderzoekgegevens data tot en met 2022 bevat, terwijl het beleid nu gebaseerd moet worden op de actuele situatie van 2025. Hij vraagt of de huidige trends nog representatief zijn voor het opstellen van beleid.

#### **Reactie van Dr. Lindy Liauw-Kie-Fa (AZP):**

Zij geeft aan dat het stimuleren van preventieve zorg via gezondheidscentra essentieel is. De focus moet verschuiven van behandeling naar voorkoming van ziekte.

#### **Mevrouw C. Jessurun (Afgevaardigde van de President)**

Mevrouw Jessurun complimenteert het onderzoek en vraagt naar de wijze van dataverzameling:

“Is de data enkel digitaal verzameld, of ook handmatig via papieren documenten?”

Zij licht toe dat de overheid geen vorm kan geven aan beleid zonder betrouwbare data van alle zorginstellingen en verzekeraars. Digitalisering is volgens haar een noodzakelijke stap, maar er zijn nog belemmeringen bij de gegevensuitwisseling tussen stakeholders zoals het SZF, de ziekenhuizen, de Survam en individuele zorgverleners.

<sup>2</sup> Zie bijlage

### **Reactie van de presentatoren**

Er wordt bevestigd dat de dataverzameling zowel digitaal als handmatig heeft plaatsgevonden. Ook zijn gesprekken gevoerd met de directie van Volksgezondheid, Welzijn en Arbeid om de dataverwerking beter te stroomlijnen.

### **Mevrouw Redan (Directeur AZP)**

Mevrouw Redan geeft aan dat de gepresenteerde informatie voor het eerst op deze wijze publiekelijk is gedeeld. Zij benadrukt dat ziekenhuizen vaak beoordeeld worden op kosten, terwijl hun hoofdtaak is om mensen beter te maken. De ziektelast vormt de kern van hun werk en is bepalend voor de kostenstructuur. Zij wijst op het probleem dat data in Suriname versnipperd zijn.

Iedere stakeholder (ziekenhuizen, SZF, verzekeraars) beschikt over data, maar die worden niet gezamenlijk geanalyseerd. Door samenwerking en data-integratie kunnen trends beter worden vastgesteld en beleid beter worden onderbouwd.

Daarnaast wijst zij op de verouderde Basiszorgwet. De bedragen in de wet zijn volgens haar achterhaald, wat ertoe leidt dat burgers moeten bijbetalen voor zorg.

Zij pleit voor actualisering van de wet en verbetering van de toegankelijkheid tot eerstelijnszorg, zodat patiënten minder snel terechtkomen in de tweede- en derdelijnszorg.

Tot slot geeft zij aan dat er eerder een programma was waarbij zwangere vrouwen zich via sms konden aanmelden om vroegtijdig toegang te krijgen tot zorg. Dit programma is stopgezet, en sindsdien worden meer complicaties bij zwangerschap geconstateerd.

### **De heer Koendjiharie A. (Vertegenwoordiger van de RGD)**

De vertegenwoordiger benadrukt dat preventie al moet beginnen in de baarmoeder.

Bij de RGD worden speciale dagen georganiseerd voor chronische patiënten, zwangeren en vaccinatie, maar preventie moet breder gedragen worden.

Hij stelt voor om over te gaan op community-based programma's voor alle ziekenhuizen, niet alleen de RGD. Daarnaast wijst hij erop dat burgers meer verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun eigen gezondheid.

### **De heer Robert Ameerali (voormalig Vicepresident van Suriname)**

De heer Ameerali geeft aan een misvatting te willen corrigeren: volgens hem hoeft de Basiszorgwet niet te worden aangepast, maar dienen de staatsbesluiten over tarieven te worden gewijzigd.

De uitvoeringsbesluiten van 2015 zijn nooit volledig uitgevoerd, waardoor de wet niet volledig operationeel is geweest. Hij wijst erop dat het overdragen van de verzekering voor 0–16-jarigen en 60-plussers van particuliere verzekeraars naar het SZF heeft geleid tot kwaliteitsvermindering in de zorg. “De wet heet Basiszorgverzekering, geen gratis zorgverzekering,” benadrukt hij. Volgens Ameerali moet de overheid de ziekenhuizen beter monitoren om “creatief” factureren te voorkomen. Ook pleit hij voor voorlichting en sancties om naleving van de verzekeringsplicht te versterken.

### **Mevrouw Van Dijk M. (Onderdirecteur Medische Zending)**

Mevrouw Van Dijk wijst erop dat de bijdrage van de Medische Zending in het onderzoek ontbrak. Zij benadrukt dat de districten Brokopondo en Sipaliwini essentieel zijn voor een volledig beeld van de gezondheidszorg in Suriname. Verder geeft zij aan dat bij toekomstig onderzoek lokale actoren betrokken moeten worden bij de analyse van de bevindingen, zodat ook de context van de cijfers wordt meegenomen. Zij concludeert: “We dweilen met de kraan open als het over preventie gaat.” Volgens haar leven veel mensen “erop los” zonder zich te verzekeren, terwijl geld dat aan luxe wordt besteed beter aangewend kan worden voor gezondheidszorg en verzekering.

Zij pleit voor voortzetting van digitalisering binnen de zorg om processen te automatiseren en patiënten te ontlasten.

### **Minister Misiekaba A. (Minister Volksgezondheid, Welzijn en Arbeid)**

De minister benadrukt dat gezondheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid is: “Niet alleen het ministerie of de regering heeft werk te doen, maar wij allemaal. Als het systeem instort, lijden we er allemaal onder.” Hij geeft aan dat preventie binnen het Bureau Openbare Gezondheidszorg (BOG) structureel moet worden versterkt. Veel niet-overdraagbare ziekten (NCD’s) zijn volgens hem direct gekoppeld aan voedingsgewoonten en gedrag.

Verder uit hij kritiek op het SZF, waar volgens hem te weinig controle wordt uitgevoerd op onnodige herhaalde laboratoriumonderzoeken.

Ook wijst hij op de financiële druk op het ministerie, omdat instellingen dreigen met stakingen wanneer betalingen uitblijven.

De minister geeft aan dat de Basiszorgwet en de tarieven grondig herzien moeten worden en dat hierover binnenkort communicatie richting de samenleving geïnformeert zal worden.

### **De heer Soekhlal (Voorzitter Uitvoeringsorgaan Basiszorg)**

De heer Soekhlal sluit zich aan bij de opmerkingen van de heer Ameerali. Hij wijst erop dat veel zwangeren pas in een laat stadium (7 à 8 maanden) een verzekeringskaart aanvragen, terwijl iedereen te allen tijde verzekerd zou moeten zijn.

Hij geeft aan dat de staatsbesluiten over premies en boetes nog niet bekrachtigd zijn, wat de controle op werkgevers belemmert. Werkgevers zijn verplicht 50% van de premie te betalen, maar velen doen dat niet, waardoor werknemers zich later melden voor een BAZO/BZV-kaart. Dit legt extra druk op de overheid. Hij roept op tot een gezamenlijke aanpak om structurele oplossingen te vinden.

### **Inbreng van burgers en maatschappelijke organisaties**

Burger 1:

Vraagt naar de gemiddelde ligduur van ziekenhuispatiënten en stelt vragen over de rol van de eerstelijnszorg, aangezien patiënten soms wekenlang in het ziekenhuis verblijven, wat hoge kosten met zich meebrengt.

Antwoord Dr. Liauw-Kie-Fa L (AZP)

De gemiddelde opnameduur ligt tussen 6 en 7 dagen, met enkele uitzonderingen voor patiënten die wachten op opname in verpleeghuizen.

### **Mevrouw Melcherts (Maatschappelijk Werker)**

Toont een aanvraagformulier voor premiesubsidie Basiszorg en licht toe hoe dit ingevuld moet worden. Zij merkt op dat sommige werknemers weigeren verzekerd te worden via de werkgever omdat zij hun eigen premieaandeel niet willen betalen, en in plaats daarvan een BZV-kaart aanvragen. Zij prijst de samenwerking tussen haar en het Uitvoeringsorgaan Basiszorg, met name bij spoedgevallen bij zwangeren. Verder pleit zij voor meer betrokkenheid van familieleden bij de zorg van opgenomen patiënten, bijvoorbeeld bij het leren van basis zorgtaken. Zij geeft aan dat patiënten soms te vroeg worden ontslagen, wat tot heropname leidt.

Tot slot vraagt zij of bij het onderzoek ook inheemse en marrongemeenschappen waren meegenomen.

Reactie:

De heer F. Misiekaba, lid Zorgraad, licht toe dat de studie betrekking heeft gehad op gebieden waar de RGD actief is. De gebieden onder beheer van de Medische Zending vielen daarbuiten.

### **Stichting Double Positive**

Een vertegenwoordiger van de stichting deelt persoonlijke ervaringen uit de praktijk. Zij geeft aan dat veel burgers ondanks hun verzekering toch moeten bijbetalen voor zorg en dat de communicatie tussen artsen en patiënten regelmatig tekortschiet. De spreker illustreert dit met een concreet voorbeeld van een familielid dat ondanks regelmatige bezoeken aan artsen en specialisten niet tijdig en gecoördineerd behandeld werd, wat uiteindelijk leidde tot overlijden.

Zij wijst op de complexiteit van het zorgsysteem, waarbij patiënten soms zelf buisjes en medische materialen moeten halen en terugbrengen naar laboratoria.

Haar kernvraag was: “Is dit nu het systeem dat wij als land willen handhaven?”

De spreker uit haar zorg over de toegankelijkheid van spoedeisende hulp en de hoge kosten voor specialistische zorg, zelfs voor verzekerden.

### **Reactie van Mevrouw Redan (Directeur AZP)**

Mevrouw Redan geeft een uitgebreide toelichting over de uitdagingen waarmee het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP) kampt. Zij benadrukt dat het AZP het grootste ziekenhuis van Suriname is, maar dat het structureel te maken heeft met ernstige personeelstekorten, waaronder een tekort van ongeveer 130 gespecialiseerde en 60 tot 80 basisverpleegkundigen. Dagelijks liggen er tussen de 520 en 560 patiënten in het ziekenhuis, waardoor het moeilijk is om de gewenste kwaliteit van zorg te garanderen.

Volgens haar leiden deze tekorten tot situaties waarin “dingen gebeuren die eigenlijk niet zouden mogen”. Zij bevestigt dat er regelmatig sprake is van heropnames en zogenoemde “langliggers”, wat te maken heeft met:

- Onvoldoende voorlichting aan patiënten bij ontslag;
- Beperkte capaciteit bij verpleeghuizen;
- Gebrek aan mantelzorg en revalidatiefaciliteiten;
- Financiële beperkingen van families om thuiszorg te organiseren.

Zodra een patiënt ontslagen wordt, ligt er binnen enkele minuten al een nieuwe patiënt op hetzelfde bed. De wachtlijsten voor opnames zijn daardoor lang, en sommige patiënten moeten meer dan 24 uur wachten voordat zij worden opgenomen.

Door het ontbreken van bepaalde specialistische afdelingen bij andere ziekenhuizen, zoals neurologie, komen veel patiënten met beroertes of neurologische aandoeningen uitsluitend bij het AZP terecht. Dit zorgt voor extra druk op de capaciteit.

Daarnaast wees zij op het gebrek aan pleegzorg en mantelzorg in het land. Veel families zijn financieel of praktisch niet in staat om thuis voor hun zieke familieleden te zorgen, terwijl anderen hun geliefden zelfs in het ziekenhuis achterlaten. Daardoor blijven bedden bezet, wat de doorstroming verder belemmert.

Mevrouw Redan benadrukt dat het niet de verantwoordelijkheid van het AZP is om pleegzorg te bieden, maar dat er wel behoefte is aan structurele samenwerking met andere instellingen en patiëntenverenigingen. Zij doet een oproep aan deze organisaties om te helpen bij voorlichting en begeleiding van patiënten en families, aangezien het ziekenhuis daar onvoldoende mankracht voor heeft.

Tot slot wijst zij erop dat het AZP een ombudsbureau heeft waar klachten officieel kunnen worden ingediend, ook via WhatsApp. Zij roept burgers op hun klachten via de juiste kanalen te melden, zodat het ziekenhuis hieruit kan leren en verbeteringen kan doorvoeren.

“Klachten op sociale media helpen niet. Alleen formele meldingen stellen ons in staat om echte verbeteringen aan te brengen.”

### **De heer Robert Ameerali (aanvullende opmerking)**

De heer Ameerali verduidelijkt dat tariefaanpassingen in de Basiszorgwet niet via De Nationale Assemblee hoeven te verlopen. “De tarieven kunnen per staatsbesluit worden gewijzigd. Dat kan letterlijk morgen al.” Hij benadrukt dat het herzien van de uitvoeringsbesluiten de snelste en meest effectieve manier is om het zorgstelsel financieel werkbaar te maken.

### **Vertegenwoordiger van de Rekenkamer van Suriname**

De vertegenwoordiger van de Rekenkamer plaatst enkele algemene en inhoudelijke opmerkingen:

1. Er heerst onduidelijkheid en verwarring binnen de gezondheidszorg over wet- en regelgeving.
2. Er wordt opgemerkt dat de informatie over het basispakket tegenstrijdig is: in de presentatie werd gesteld dat SZF het aanbiedt, maar ook dat geen enkele verzekeraar dat doet.
3. De Rekenkamer vraagt om een duidelijke conclusie: is de toegankelijkheid van zorg verbeterd of niet?
4. Er wordt verduidelijkingen gevraagd over het verschil tussen de Zorgraad en de Zorgautoriteit, en over de mogelijke rolverdeling.
5. De Rekenkamer stelt vast dat het SZF de verplichte 3% afdracht niet uitvoert en vroeg wat hieraan wordt gedaan.
6. Er wordt gevraagd naar de motivering achter de aanbeveling om het BAZO-bestand over te dragen aan het Ministerie van Volksgezondheid, terwijl Sociale Zaken beter zicht heeft op sociaal zwakkeren.
7. Tot slot wordt gevraagd naar internationale referentiemodellen: “Welke landen kunnen wij als voorbeeld gebruiken om het gezondheidsbeleid en de financiering beter te structureren?”

### **Reactie van Glynis Tjong Eng Soe (Voorzitter Zorgraad)**

De voorzitter geeft aan dat het verschil tussen de Zorgraad en de Zorgautoriteit ook binnen de Zorgraad zelf nog niet geheel duidelijk is. De Zorgautoriteit is bovendien niet wettelijk vastgelegd; deze werd opgericht onder de vorige regering, en het is nu aan de nieuwe beleidsmakers om te bepalen wat ermee zal gebeuren.

Verder benadrukt zij opnieuw dat de premies via staatsbesluiten aangepast moeten worden, aangezien het uitblijven daarvan heeft geleid tot een vicieuze cirkel in de zorgfinanciering.

Door het besluit om de BAZO- en BZV-verzekerden onder te brengen bij het SZF, maar de premiebedragen niet te herzien, beschikt het SZF over onvoldoende middelen om ziekenhuizen en specialisten volledig te vergoeden. Dit tekort leidt ertoe dat specialisten bijbetalingen vragen aan patiënten, die op hun beurt vaak noodgedwongen een beroep doen op Sociale Zaken.

Daarnaast stelt de voorzitter een praktische vraag over de organisatie van de poliklinieken bij het AZP. Zij geeft aan dat de wachtruimten overvol zijn, omdat alle patiënten zich om 9.00 uur moeten aanmelden, wat leidt tot lange wachttijden en onduidelijke aanmeldprocedures. Ze vergelijkt dit met het Diakonessenhuis, waar de dienstverlening beter gestructureerd lijkt, al zijn daar wel hogere administratiekosten voor patiënten. Volgens haar zijn er bij het AZP ook verbeteringen mogelijk die niet noodzakelijk extra geld kosten, maar die de patiëntervaring aanzienlijk kunnen verbeteren.

**Antwoord Mevrouw Redan:**

Mevrouw Redan geeft een toelichting op de oorzaak van de lange wachttijden bij het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP). Zij legt uit dat het huidige polikliniekgebouw ruim vijftig jaar oud is en oorspronkelijk gebouwd werd voor minder dan dertig specialisten. Tegenwoordig werken er echter tachtig specialisten in hetzelfde gebouw, waardoor de beschikbare ruimte en faciliteiten zwaar overbelast zijn.

Het gevolg is dat meerdere specialismen tegelijk spreekuren houden in dezelfde wachtruimten, wat leidt tot drukte en lange wachttijden. Hoewel er inmiddels enkele afdelingen met een afsprakensysteem werken, houdt niet iedere patiënt zich aan de geplande tijden. Vooral mensen uit de districten komen vaak veel eerder dan hun afspraak, wat extra opstoppingen veroorzaakt.

De directie probeert op basis van data inzicht te krijgen in de instroom van nieuwe patiënten en onderzoekt hoe de capaciteit per poli kan worden uitgebreid. Daarnaast wordt gekeken naar de doorverwijzing van eerstelijnszorg naar specialisten, omdat patiënten soms te lang onder behandeling blijven bij dezelfde specialist.

Redan wijst erop dat het oplossen van deze problemen niet uitsluitend bij het AZP ligt. De verzekeringsmaatschappijen spelen ook een belangrijke rol, omdat de poliklinische specialisten afzonderlijke contracten hebben met de verzekeraars en niet rechtstreeks door het ziekenhuis worden betaald. Hierdoor kan het AZP beperkte invloed uitoefenen op hun werkwijze.

Zij benadrukt dat het aanbrengen van verbeteringen een traag proces is, omdat er verschillende factoren meespelen waaronder organisatie, patiëntgedrag en de manier waarop verzekeraars hun contracten beheren.

### **Dr. Lindy Liauw-Kie-Fa (aanvullende toelichting)**

Dr. Liauw-Kie-Fa benadrukt het belang van volledige digitalisering van de zorgsector van eerstelijns tot verzekeringsmaatschappijen. Digitalisering maakt het mogelijk om:

- Declaraties transparant te beheren;
- Dubbele of foutieve betalingen te voorkomen;
- Trends in zorggebruik vroegtijdig te signaleren.

“Digitalisering moet beginnen bij preventie en eerstelijnszorg, en doorgetrokken worden tot de tweedelijns en verzekeraars. Alleen zo kunnen we kwaliteit en betaalbaarheid waarborgen.”

### **Stichting Greenleafs**

De stichting verduidelijkt dat het basiszorgpakket van het SZF niet volledig overeenkomt met wat de wet voorschrijft. Hun onderzoek richtte zich op cliëntervaringen met toegankelijkheid van zorg, niet enkel op beleid of financiering. Over de aanbeveling om het BAZO-bestand onder te brengen bij het Ministerie van Volksgezondheid verklaarde zij dat dit voortkomt uit signalen van stakeholders die vinden dat Volksgezondheid beter kan toezien op de uitvoering van de wet. Andere partijen gaven aan dat dit niet noodzakelijk is, zolang de communicatie tussen ministeries goed verloopt.

### **Slotopmerkingen van de heer Ameerali**

De heer Ameerali sluit af met de opmerking dat het gezondheidszorgprobleem vooral een financieel probleem is: “Als er geen geld op tafel komt, houdt de dienstverlening op.” Hij benadrukt dat de Basiszorgwet een burgerwet is bedoeld om de patiënt te beschermen, niet om instellingen of artsen te bevoordelen. Hij herinnerde eraan dat de wet voorschrijft dat tweemaal per jaar een openbare vergadering van de Zorgraad moet worden gehouden, zodat burgers hun stem kunnen laten horen.

### **Afsluiting door de Voorzitter van de Zorgraad**

Mevrouw Glynis Tjong Eng Soe bedankt alle aanwezigen in het bijzonder de Minister van Volksgezondheid, de vertegenwoordiger van de President, de onderdirecteur van Sociale Zaken, het AZP, en alle overige stakeholders. Zij concludeert dat de discussies zeer productief waren en dat er duidelijke urgentie bestaat om het zorgstelsel te hervormen. “De minister zei het treffend: als we zo doorgaan, wordt het alleen maar erger. Er is dus werk aan de winkel.”

De voorzitter sluit de vergadering met een oproep tot samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid: “Alleen door samen te werken kunnen we bouwen aan een gezonder en beter georganiseerd Suriname.”

## **Bijlage**

### **Presentaties met betrekking tot de zorg:**

#### **Presentatie 1**

> Onderzoeksresultaten: de kwaliteit van de dienstverlening en de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Suriname

### **De doelstelling onderzoek**

- Het vaststellen van de kwaliteit van de dienstverlening binnen de gezondheidszorg in Suriname.
- Het vaststellen van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Suriname.

### **Centrale vraagstelling**

Welke factoren/randvoorwaarden zijn binnen de basiszorg van belang voor een adequate gezondheidszorg en de optimale toegankelijkheid daarvan voor de cliënten?

### **Deelvragen ter beantwoording van de centrale vraag**

- Nationale en internationale verplichtingen
- Het wettelijk kader
- Stakeholders
- Landelijk spreiding
- (KPI) die de actoren hebben vastgesteld waaraan de basiszorg moet voldoen
- De ervaring en uitdaging cliënt

### **Onderzoeksmethode**

Populatie en onderzoeksgebieden

### *Kwantitatief*

Populatie: cliënten die gebruik maken of hebben gemaakt van de basiszorg.

Onderzoeksgebieden: districten Paramaribo, Wanica, Nickerie, Coronie, Saramacca, Commewijne, Para en een deel van Marowijne.

### *Kwalitatief*

Populatie: actoren binnen de eerstelijnszorg

### **Literatuurstudie**

- Beleidsdocumenten van m.n. het ministerie van VG
- Jaarverslagen RGD, MZ
- Video opname m.b.t. de situatie binnen de Gezondheidszorg

### **Kwalitatieve methode**

- Semi- gestructureerde interviews met 12 sleutelinformaten geïnterviewd: topiclist opgesteld. Face-to-face (fysiek)
- Virtueel na afstemming met de respondent.
- E-mail

Alle interviews zijn opgenomen m.b.v. een voice recorder

## **Kwalitatief: informanten**

### **Lijst met actoren die zijn benaderd voor het interview en stand van zaken**

<b>No.</b>	<b>Organisatie</b>	<b>Stand van zaken</b>
1.	<u>Uitvoeringsorgaan Basiszorg</u>	Geinterviewd
2	<u>Zorgraad</u>	Geinterviewd
3.	<u>Ministerie van Volksgezondheid</u>	Geinterviewd
4.	<u>Ministerie van Binnenlandse Zaken</u>	Geinterviewd
5.	Ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting	Geinterviewd
6.	Ministerie van Arbeid, Werkgelegenheid en Jeugdzaken	Geinterviewd
7.	<u>Medische Zending</u>	Geinterviewd
8.	<u>Regionale Gezondheidsdienst</u>	Geinterviewd
9.	Vereniging van Medici in Suriname	Geen response op vragenlijst
10.	Artsen Regionale Gezondheidsdienst: Wanica (Lelydorp (1)), Nickerie (1), Marowijne (1)	1 Geinterviewd 2 Responses op vragenlijst via e-mail
11	<u>Staatsziekenfonds</u>	Response op vragenlijst via e-mail
12	<u>Parsasco</u>	Geen response op vragenlijst
13	Self-Reliance	Geen response op vragenlijst
14	<u>Assuria</u>	Geen response op vragenlijst
15	Surinaamse Vereniging van Assurantie Maatschappijen (Survam; SURVAM)	Response op vragenlijst via e-mail
15	<u>Vereniging van Apothekers (VvA)</u>	Weigering

## **Onderwerpen topiclijst**

Wetgeving

Financiering Basiszorg

Definitie eerstelijnszorg

Beleid en Gezondheidsprogramma's

Samenwerking met actoren

Heikelpunten

Toegang tot de zorg

Klachten vanuit de client

Afhandeling klachten

Klachten vanuit de huisarts

Kwaliteit dienstverlening

Databestand

Bereikbaarheid dienstverlening voor client

Registratie en controle

Zorgvoorzieningenfonds

### **Bevindingen Kwalitatief onderzoek**

- **Verzekeringsmaatschappijen**
- **Huisartsen**
- **RGD &MZ**
- **Uitvoeringsorgaan & Zorgraad**
- **Onderraad**
  
- **Verzekeringsmaatschappijen**

### **SZF/ SURVAM**

- Survam : biedt zorgpakketten met voorzieningen zoals wet NBZ voorschrijft maar niet conform tarieven
- Biedt ook aanvullende verzekeringsproducten z.a tandheelkundige pakketten etc.
- SZF : Biedt “basiszorg pakket” aan

### **Heikelpunten algemeen:**

- Wet sluit niet aan op de huidige economische en zorgrealiteit
- inflatie, Schaarste aan medicijnen, Braindrain bemoeilijken uitvoerbaarheid.

### **Heikelpunten specifiek**

#### ***SZF:***

- Achterhaalde premies (BAZO/BZV)
- Geen 3% afdracht
- Geen basispakket in de praktijk
- Verlate betaling vanuit het SZF
- Late ontdekking huisartsen over niet geregistreerde verzekerden

***Survam:***

- Fluctuaties aantal verzekerden
- Capaciteitsproblemen ziekenhuizen en wachttijden bij specialisten
- Onvoldoende interventie van de overheid
- Onduidelijkheid over dekking
- Geen eenduidige tarieven
- Beschikbaarheid en continuïteit van medicatie

**Klachten vanuit de cliënt**

- Medicijntekorten
- Bijbetalen/beschikbaarheid medicamenten en diensten
- Uitdagingen bij de behandeling van de klachten van de cliënten
- Wachttijden bij specialisten
- Onduidelijkheid over dekking.

**Klachten vanuit dienstverleners***Klachten vanuit de artsen*

- Tijdigheid van declaratiebetalingen en tarieven.

*Klachten vanuit de specialisten*

- Tarieven
- Tijdigheid van declaratiebetalingen
- Druk op capaciteit van specialistische zorg

*Klachten vanuit de verschillende ziekenhuizen*

- De tarieven die door het SZF vergoed worden zijn niet kostendekkend
- Declaratie- en financieringskwesties

### *Klachten vanuit de apotheken*

- Tariefverschillen vanwege eigen import door de apotheken
- Complexe klachtenafhandeling
- Medicijn levering
- Verschillende merken

### **Kwaliteitsgarantie**

Protocollen, Contractvoorwaarden, Kwaliteitscriteria

### *KPI*

#### SURVAM

Tijdigheid van declaratiebetalingen, klanttevredenheid, aantal en aard van klachten, en bereikbaarheid van zorgverleners.

### *SZF:*

Marketing, Corebusiness, Customer experience strategy

#### ➤ **Huisartsen**

#### ➤ **Medische Zending, RGD**

- Evaluatie van 1e lijnszorg
- diversificatie
- onvoldoende menskracht

### **Heikelpunten algemeen**

- toegankelijkheid
- financierings tekort
- achterhaalde tarieven
- medicamenten te kort
- onvoldoende apparatuur
- niet iedereen is verzekerd

### **Heikelpunten specifiek**

- MZ : - onvoldoende voorlichting
- veiligheid
- RGD: - minder cliënten v.a. 2014
- geen betaling voor preventieve diensten

### **Kwaliteitsgarantie**

- Behandelprotocollen
- Waarborging privacy van cliënten
- Handhaving van professionaliteit
- Actief luisteren naar cliënten en het gezamenlijk opstellen van behandelplannen.

### **➤ Uitvoeringsorgaan & Zorgraad**

- Staan positief tegenover de wet
- Aanpassing is noodzakelijk
- Diverse voorstellen gedaan
- Staatsbesluiten nog niet goedgekeurd
- Uitbreiding implementatie vermogenstoets noodzakelijk
- Klachtenafhandeling door UO en/of Zorgraad
- Jaarlijks jaarverslag aan Onderraad

### **Meest voorkomende klachten**

- Basiszorg pakket wordt niet aangeboden
- Dienstverlener vraagt (bij)betaling client
- Apotheken vragen (bij) betaling medicament
- Werkgever verzuimt werknemer te verzekeren
- Werknemer verzekert zich niet

➤ **Onderraad**

*KPI*

- Diverse rapporten met aanbevelingen

*Beleidsplan ministerie VG 2021-2025*

- Garanderen van kwaliteit
- Rapportage plicht
- Implementatie kwaliteits management systeem
- Oprichting Zorgautoriteit

**Heikelpunten**

- Wet is politiek gevoelig
- Uitblijven van “daadkracht”
- Ontbreken van kwaliteitsnormen
- Ontbreken van uitvoerings besluiten
- De staat overtreedt de wet (SZF 3% geen afdracht)
- Niet-Verzekeren van medewerkers van (semi) staatsbedrijven
- BIZA is verantwoordelijk ministerie
- Financierings probleem

**BEANTWOORDING CENTRALE VRAAG:**

WELKE FACTOREN/RANDVOORWAARDEN ZIJN BINNEN DE BASISZORG VAN BELANG VOOR EEN ADEQUATE GEZONDHEIDSZORG EN DE OPTIMALE TOEGANGKELIJKHEID DAARVAN VOOR DE CLIËNTEN?

- goed opgeleid zorgpersoneel
- toegankelijkheid van zorgdiensten
- coördinatie tussen de verschillende zorgactoren
- de strategische sturing door beleidsondersteunende organen
- uniforme standaarden

- gebruik van betrouwbare data
- KPI's voor gericht beleid

### **Aanbevelingen**

- Actualiseer de Wet Nationale Basiszorgverzekering 2014 en de bijbehorende premies
- Breng de uitvoering van de wet onder bij het Ministerie van Volksgezondheid
- Ontwikkel en implementeer uniforme kwaliteitsnormen en uitvoeringsbesluiten
- Versterk de financiering en controle van het Zorgvoorzieningen Fonds
- Verhoog de bekendheid en toegankelijkheid van mentale gezondheidszorg
- Versterk de personele en organisatorische capaciteit van SoZaVo
- Investeer in betere werkomstandigheden, voldoende personeel en passende infrastructuur binnen SoZaVo

### **Het Kwantitatief onderzoek:**

#### *Telefonische enquête:*

- Gestratificeerde steekproef bestand Uitvoeringsorgaan.
- Cliënten verdeeld naar de leeftijdscategorieën namelijk 0-16, 17-59 en 60+.
- Steekproef uit subgroepen.

#### *Vragenlijst:*

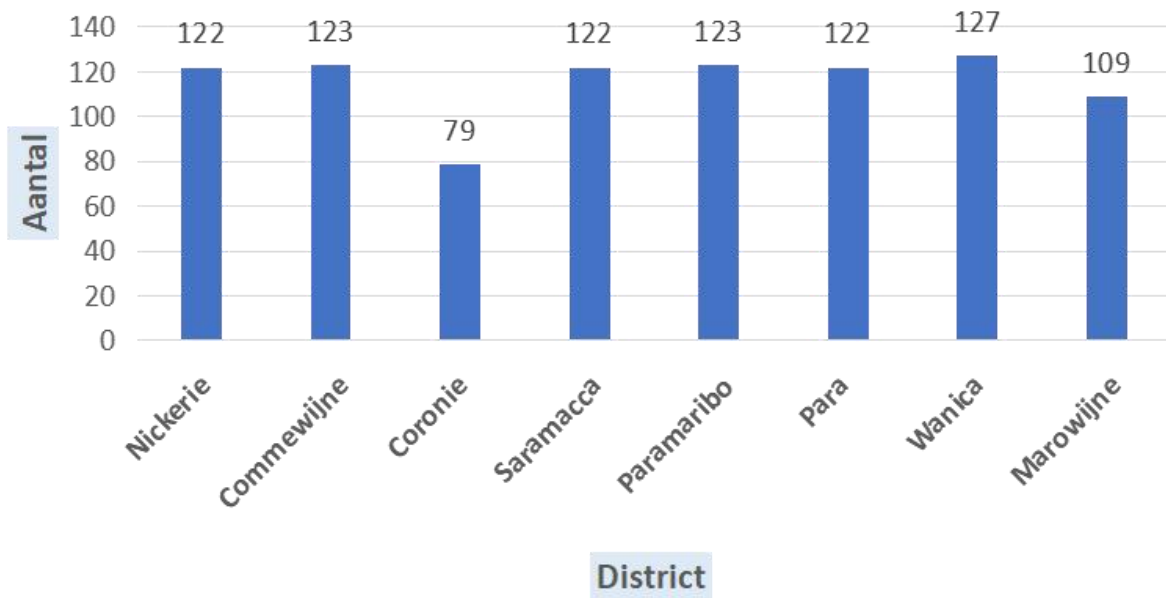
- overwegend gesloten vragen, samengesteld in overleg met de opdrachtgever
- Nederlandse en Sranan versie
- inhoudelijk en technisch gescreend tijdens een enquêteurstraining
- digitale afname van vragenlijst m.b.v software KoboToolbox.

### **Steekproefkader en steekproef**

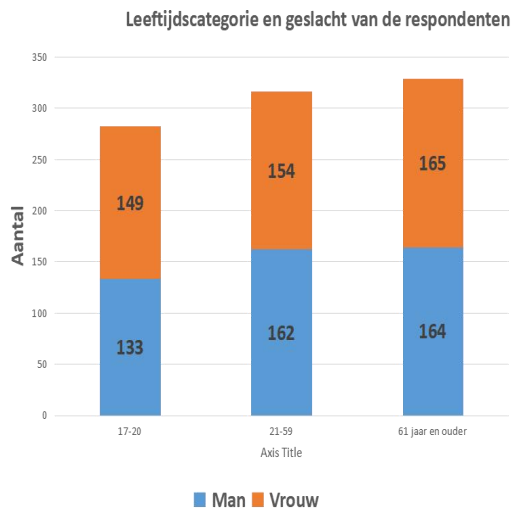
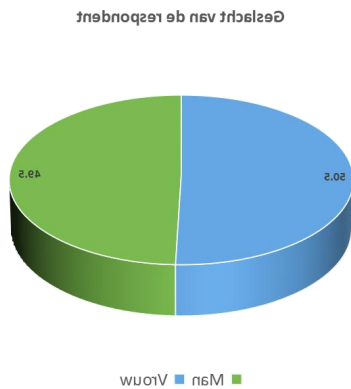
#### *Het steekproefkader:*

- Initieel 244.039 cliënten, na opschoning 128.420 cliënten.
- Verdeling gemaakt naar district m.u.v Brokopondo en Sipaliwini, geslacht (man/vrouw) en leeftijdscategorie (17-20, 21-59 en ouder dan 60 jaar).

**Aantal respondenten naar woondistrict**



**Geslacht en leeftijd van de respondenten**



## Nationaliteit van de respondenten

Nationaliteit	Frequentie
Surinaamse	919
Guyanese	2
Chinese	1
Nederlandse	3
Franse	2
Totaal	927

## Aantal werkzame respondenten

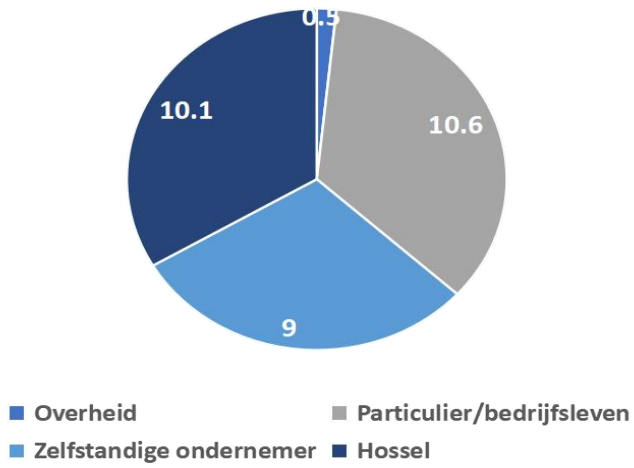
### Respondenten die wel/niet werken

Werkt u	Frequentie	Percentage
Ja	280	30.2
Nee	647	69.8
Totaal	927	100.0

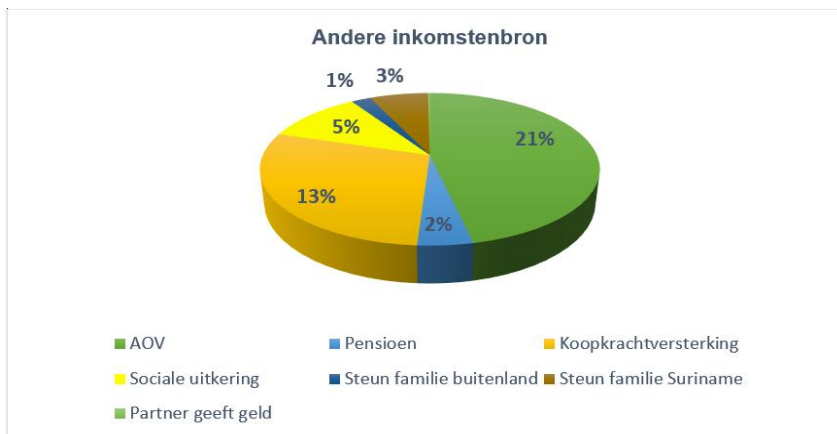
### Respondenten die werkzaam zijn

Werkzaam bij	Frequentie	Percentage
Overheid	5	.5
Particulier/bedrijfsleven	98	10.6
Zelfstandige ondernemer	83	9.0
Hosjel	94	10.1
Totaal	280	30.2
Missing	647	69.8
Totaal	927	100.0

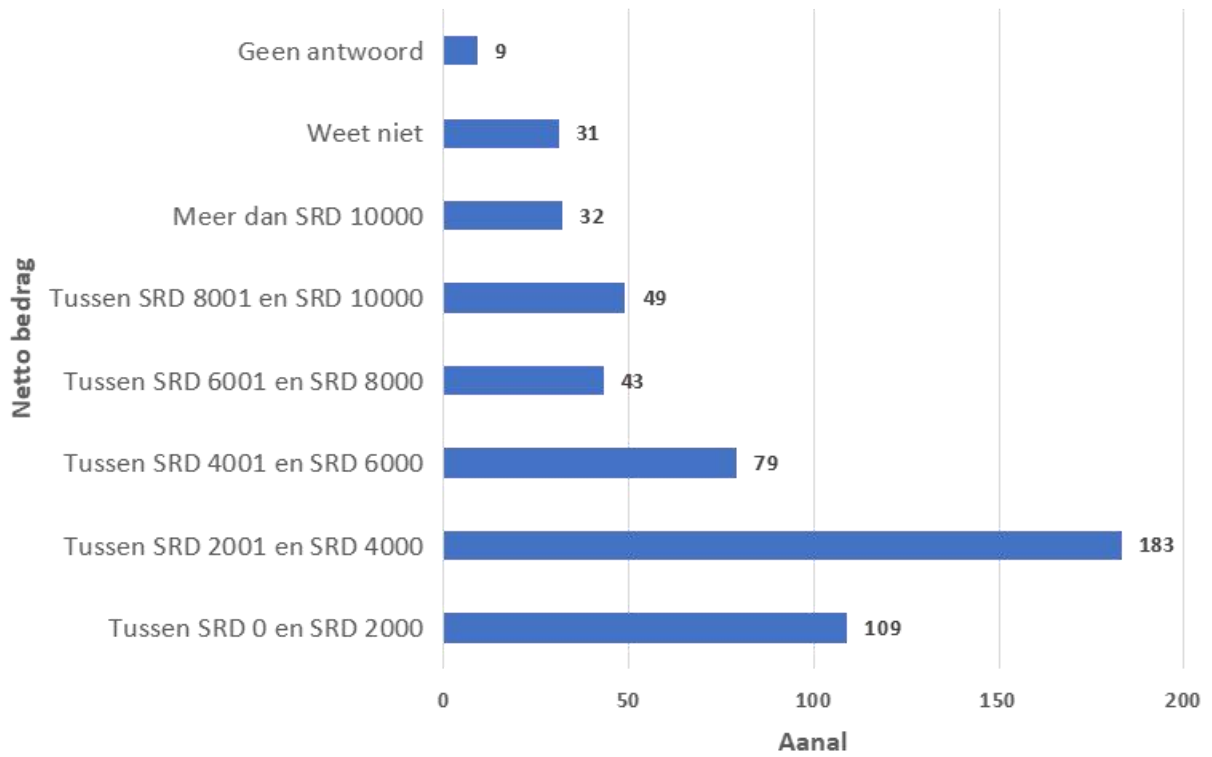
### Percentage werkzame respondenten



### Maandelijks netto inkomen respondent



## Maandelijks netto inkomen respondent

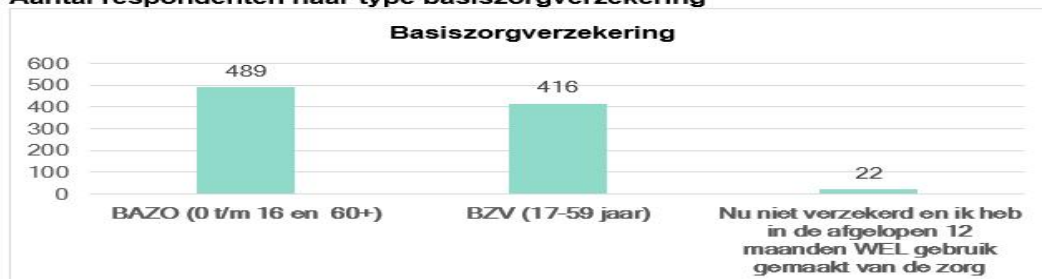


## Type verzekering

### Verzekering van de respondent

Soort verzekering	Frequentie	Percentage
BAZO (0 t/m 16 en 60+)	489	52.8
BZV (17-59 jaar)	416	44.9
Nu niet verzekerd en ik heb in de afgelopen 12 maanden WEL gebruik gemaakt van de zorg	22	2.4
<b>Totaal</b>	<b>927</b>	<b>100.0</b>

### Aantal respondenten naar type basiszorgverzekering



## Premie/bijdrage aan maandelijkse premie

### Betalen van premie voor deze verzekeringen ( BZV (17-59 jaar)

Premie	Frequentie	Percentage
Ja	11	2.6
Nee	405	97.4
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

### Maandelijks bijdrage aan de premie naar verzekeringsmaatschappij

Verzekeringsmaatschappij	Maandelijkse bijdrage aan premie in SRD			Totaal
	100-200	200-300	Meer dan 400	
Staatsziekenfonds (SZF)	1	1	6	8
Assuria	0	0	1	1
Weet niet	1	0	1	2
<b>Totaal</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>11</b>

## **Toegang tot een gezondheidsinstelling, huisarts of gezondheidswerker**

- 53% heeft een BAZO-verzekering, 45% BZV, 2% niet verzekerd
- Regionale Gezondheidsdienst (RGD) heeft de hoogste toegankelijkheid (57%) .
- 90% van de respondenten heeft een vaste zorgaanbieder
- 65% maakt telefonisch/ via WhatsApp contact met huisarts/gezondheidswerker: 22% krijgt altijd response.
- 70% communiceert in het Nederlands met de huisarts/ gezondheidswerker gevolgd door Sranantongo (21%).
- 51% geeft aan meer dan 5 keer per jaar contact te hebben met een huisarts of een gezondheidswerker.
- 64 % maakt gebruik van een eigen vervoer, namelijk auto, fiets of anders.

## **Tevredenheid met aandacht/behandeling van de arts of gezondheidswerker**

### **(1) Een gezondheidsinstelling, huisarts of gezondheidswerker**

90 % is zeer tevreden tot tevreden over de aandacht die zij kregen van de arts/ gezondheidswerker.  
92% is tevreden tot zeer tevreden over de ontvangen behandeling.  
73% is tevreden tot zeer tevreden over informatie aangaande medicatie  
De meeste respondenten worden relatief snel geholpen: maximaal 40 minuten,

### **(2) Mentale zorg**

82% is nog onbekend met de hulplijn 123  
5% had ooit wel behoefte aan mentale zorg waarvan 1% moeite had om die toegang te verkrijgen.

### **(3) Apotheken**

76% heeft de apotheek nog binnen de afgelopen zes maanden bezicht. Daarnaast  
9% die nooit een apotheek heeft bezocht.  
70% geeft aan maximaal 40 minuten te hebben gewacht op medicatie.  
73% was (zeer) tevreden met de dienstverlening.

**Bevindingen m.b.t. Bekendheid met:**

Digitale diensten, Nationale Geneesmiddelen klapper/ Nationale Verbandmiddelen klapper, procedures voor afhandelen klachten, Bekendheid Zorgvoorzieningenfonds

**Onbekendheid met:**

- Diensten
- Nationale Geneesmiddelen klapper
- Verbandmiddelen klapper
- Procedures verzekeringsmaatschijpen, apotheken, huisartsen/gezondheidswerkers
- Zorgvoorzieningenfonds.

## Presentatie 2

Analyse van de ziektelast in Suriname gebaseerd op ziekenhuisopnames in de periode 2018-2022

### Presentatie “Burden of Disease in Major Health Facilities in Suriname (2018–2022)”

De presentatie, verzorgd door de medisch directeur van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP) is Lindy Liauw-Kie-Fa, gaf inzicht in de ziektelast op basis van ziekenhuisopnamen in Suriname over de periode 2018–2022.

Het doel is inzicht te geven in:

- welke ziekten de meeste ziektelast veroorzaken,
- hoe de ziekenhuiszorg is georganiseerd,
- en waar beleidsmatige en financiële prioriteiten moeten liggen om de volksgezondheid te verbeteren.

De studie gebruikt gegevens van de vijf grote ziekenhuizen:

- Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP)
- 's Lands Hospitaal (LH)
- Diakonessenhuis (DH)
- Sint Vincentius Ziekenhuis (SVZ)
- Mungra Medisch Centrum (MMC)

### Wat is “ziektelast”?

De ziektelast meet het gezondheidsverlies in de bevolking, uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years):

- YLL (Years of Life Lost): verloren levensjaren door vroegtijdige sterfte.
- YLD (Years Lived with Disability): jaren geleefd met ziekte of beperking.

Doel: beleid helpen vormgeven om ziektes te voorkomen en zorgmiddelen efficiënter te verdelen.

### Categorieën van ziekten

De analyse verdeelt ziekten in drie hoofdcategorieën:

1. Niet-overdraagbare ziekten (NCD's) – o.a. hartziekten, diabetes, kanker.
2. Overdraagbare ziekten – o.a. infecties, longontsteking.
3. Externe oorzaken – o.a. ongevallen, vergiftigingen, geweld.

Wereldwijd en ook in Suriname dragen NCD's voor circa 80% van de ziektelast bij.

### Belangrijkste trends en cijfers (2018–2022)

Totale ziekenhuisopnamen

- Totaal aantal opnamen: 266.040
- Totaal aantal overlijdens: 8.706 (gemiddeld 3,27% mortaliteit).
- Verdeling geslacht: 65% vrouwen, 35% mannen.
- Meeste opnamen: in Paramaribo (41%) en Wanica (23%).

## Jaarlijkse trends

Het aantal opnamen daalde in 2020–2021 (COVID-19-pandemie) maar herstelde in 2022. De sterfte lag iets hoger tijdens de pandemie.

## Belangrijkste opnameoorzaken

### Inclusief zwangerschappen en perinatale aandoeningen

1. Bevalling en complicaties (O80–O84, O60–O75, O20–O29, O30–O48)
2. Diabetes mellitus (E10–E14)
3. Ischemische hartziekten (I20–I25)
4. Cerebrovasculaire ziekten (I60–I69)
5. Kanker (maligne neoplasmata, C00–C97)
6. Intestinale infecties
7. COVID-19

### Exclusief zwangerschappen

De topdiagnosen waren:

1. Contact met gezondheidszorg (Z40–Z54)
2. Ischemische hartziekten
3. Niet-inflammatoire aandoeningen vrouwelijke geslachtsorganen
4. Diabetes mellitus
5. Overige hartziekten
6. Cerebrovasculaire ziekten
7. Kanker
8. Intestinale infecties
9. COVID-19
10. Overige darmziekten

## Ligduur in ziekenhuizen

De gemiddelde opnameduur bedroeg 5,9 dagen.

Ziekten met de langste ligduur:

- Diabetes mellitus (10,9 dagen gemiddeld)
- Cerebrovasculaire ziekten (11,9 dagen)
- Stoornissen bij pasgeborenen (10,7 dagen)
- Kanker (8,2 dagen)

## Oorzaken van sterfte (2018–2022)

De meest voorkomende doodsoorzaken in ziekenhuizen:

1. Overige hartziekten
2. Aandoeningen van het ademhalingsstelsel
3. Kanker
4. Cerebrovasculaire ziekten

5. COVID-19
6. Longontsteking en influenza
7. Vergiftigingen
8. Diabetes mellitus
9. Nierfalen
10. Bacteriële infecties

### **Verloren levensjaren (YLL)**

De top-oorzaken van vroegtijdig sterven waren:

1. Perinatale ademhalings- en hartproblemen (pasgeborenen)
2. Vergiftigingen (niet-medicinale stoffen)
3. Overige hartziekten
4. Ademhalingsaandoeningen
5. Stoornissen gerelateerd aan zwangerschapsduur
6. Kanker
7. COVID-19
8. Cerebrovasculaire ziekten
9. Hoofdletsels
10. Aandoeningen van het zenuwstelsel

Verdeling van YLL:

- Niet-overdraagbare ziekten: 52%
- Overdraagbare ziekten: 30%
- Externe oorzaken: 18%

### **Financiële impact (AZP, 2021–2022)**

De ziekten met de hoogste ziekenhuisfacturen in 2022:

1. Ischemische hartziekten – SRD 37,6 miljoen
2. Cerebrovasculaire ziekten – SRD 25,9 miljoen
3. Diabetes mellitus – SRD 17,7 miljoen
4. Overige hartziekten – SRD 15,8 miljoen
5. Meervoudig letsel – SRD 15,2 miljoen

De hoogste gemiddelde kosten per opname:

- Nierfalen: SRD 50.852
- Heup- en beenletsels: SRD 68.882
- Complicaties na medische behandeling: SRD 36.539
- SARS-CoV-2 (COVID-19): SRD 34.942

## **Conclusies**

1. Ziektelast in Suriname wordt sterk gedomineerd door niet-overdraagbare ziekten (NCD's) zoals hart- en vaatziekten, diabetes en kanker.
2. Zwangere vrouwen en pasgeborenen blijven een belangrijke groep binnen ziekenhuisopnamen.
3. COVID-19 veroorzaakte een tijdelijke stijging in zowel opnamen als sterfte in 2020–2021.
4. Hoge zorgkosten concentreren zich rond hart- en vaatziekten, nierfalen en chronische aandoeningen.
5. Preventie en vroege detectie kunnen de ziektelast en ziekenhuisuitgaven aanzienlijk verminderen.

## **Aanbevelingen (“Time for Action”)**

- Verbeter en maak prenatale controles toegankelijker.
- Investeer in preventie van leefstijlgerelateerde ziekten (hartziekten, diabetes, beroerte, kanker).
- Versterk mentale gezondheidszorg, vooral suïcidepreventie.
- Bevorder verkeersveiligheid en letselpreventie.
- Voer verdere analyses uit voor gericht beleid.

## Presentatie 2

### Presentatie :Burden of Disease in Major Health Facilities in Suriname (2018–2022)

Analyse van de ziektelast in Suriname gebaseerd op ziekenhuisopnames in de periode 2018-2022

### Presentatie “Burden of Disease in Major Health Facilities in Suriname (2018–2022)”

De presentatie, verzorgd door de medisch directeur van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP) is Lindy Liauw-Kie-Fa, gaf inzicht in de ziektelast op basis van ziekenhuisopnamen in Suriname over de periode 2018–2022.

Het doel is inzicht te geven in:

- welke ziekten de meeste ziektelast veroorzaken,
- hoe de ziekenhuiszorg is georganiseerd,
- en waar beleidsmatige en financiële prioriteiten moeten liggen om de volksgezondheid te verbeteren.

De studie gebruikt gegevens van de vijf grote ziekenhuizen:

- Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP)
- 's Lands Hospitaal (LH)
- Diakonessenhuis (DH)
- Sint Vincentius Ziekenhuis (SVZ)
- Mungra Medisch Centrum (MMC)

### Wat is “ziektelast”?

De ziektelast meet het gezondheidsverlies in de bevolking, uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years):

- YLL (Years of Life Lost): verloren levensjaren door vroegtijdige sterfte.
- YLD (Years Lived with Disability): jaren geleefd met ziekte of beperking.

Doel: beleid helpen vormgeven om ziektes te voorkomen en zorgmiddelen efficiënter te verdelen.

### Categorieën van ziekten

De analyse verdeelt ziekten in drie hoofdcategorieën:

4. Niet-overdraagbare ziekten (NCD's) – o.a. hartziekten, diabetes, kanker.
5. Overdraagbare ziekten – o.a. infecties, longontsteking.
6. Externe oorzaken – o.a. ongevallen, vergiftigingen, geweld.

Wereldwijd en ook in Suriname dragen NCD's voor circa 80% van de ziektelast bij.

## **Belangrijkste trends en cijfers (2018–2022)**

Totale ziekenhuisopnamen

- Totaal aantal opnamen: 266.040
- Totaal aantal overlijdens: 8.706 (gemiddeld 3,27% mortaliteit).
- Verdeling geslacht: 65% vrouwen, 35% mannen.
- Meeste opnamen: in Paramaribo (41%) en Wanica (23%).

## **Jaarlijkse trends**

Het aantal opnamen daalde in 2020–2021 (COVID-19-pandemie) maar herstelde in 2022. De sterfte lag iets hoger tijdens de pandemie.

## **Belangrijkste opnameoorzaken**

### **Inclusief zwangerschappen en perinatale aandoeningen**

8. Bevalling en complicaties (O80–O84, O60–O75, O20–O29, O30–O48)
9. Diabetes mellitus (E10–E14)
10. Ischemische hartziekten (I20–I25)
11. Cerebrovasculaire ziekten (I60–I69)
12. Kanker (maligne neoplasmata, C00–C97)
13. Intestinale infecties
14. COVID-19

### **Exclusief zwangerschappen**

De topdiagnosen waren:

11. Contact met gezondheidszorg (Z40–Z54)
12. Ischemische hartziekten
13. Niet-inflammatoire aandoeningen vrouwelijke geslachtsorganen
14. Diabetes mellitus
15. Overige hartziekten
16. Cerebrovasculaire ziekten
17. Kanker
18. Intestinale infecties
19. COVID-19
20. Overige darmziekten

## **Ligduur in ziekenhuizen**

De gemiddelde opnameduur bedroeg 5,9 dagen.

Ziekten met de langste ligduur:

- Diabetes mellitus (10,9 dagen gemiddeld)
- Cerebrovasculaire ziekten (11,9 dagen)
- Stoornissen bij pasgeborenen (10,7 dagen)
- Kanker (8,2 dagen)

### **Oorzaken van sterfte (2018–2022)**

De meest voorkomende doodsoorzaken in ziekenhuizen:

11. Overige hartziekten
12. Aandoeningen van het ademhalingsstelsel
13. Kanker
14. Cerebrovasculaire ziekten
15. COVID-19
16. Longontsteking en influenza
17. Vergiftigingen
18. Diabetes mellitus
19. Nierfalen
20. Bacteriële infecties

### **Verloren levensjaren (YLL)**

De top-oorzaken van vroegtijdig sterven waren:

11. Perinatale ademhalings- en hartproblemen (pasgeborenen)
12. Vergiftigingen (niet-medicinale stoffen)
13. Overige hartziekten
14. Ademhalingsaandoeningen
15. Stoornissen gerelateerd aan zwangerschapsduur
16. Kanker
17. COVID-19
18. Cerebrovasculaire ziekten
19. Hoofdletsels
20. Aandoeningen van het zenuwstelsel

Verdeling van YLL:

- Niet-overdraagbare ziekten: 52%
- Overdraagbare ziekten: 30%
- Externe oorzaken: 18%

### **Financiële impact (AZP, 2021–2022)**

De ziekten met de hoogste ziekenhuisfacturen in 2022:

6. Ischemische hartziekten – SRD 37,6 miljoen
7. Cerebrovasculaire ziekten – SRD 25,9 miljoen
8. Diabetes mellitus – SRD 17,7 miljoen
9. Overige hartziekten – SRD 15,8 miljoen
10. Meervoudig letsel – SRD 15,2 miljoen

De hoogste gemiddelde kosten per opname:

- Nierfalen: SRD 50.852
- Heup- en beenletsels: SRD 68.882
- Complicaties na medische behandeling: SRD 36.539
- SARS-CoV-2 (COVID-19): SRD 34.942

## **Conclusies**

6. Ziektebelasting in Suriname wordt sterk gedomineerd door niet-overdraagbare ziekten (NCD's) zoals hart- en vaatziekten, diabetes en kanker.
7. Zwangere vrouwen en pasgeborenen blijven een belangrijke groep binnen ziekenhuisopnamen.
8. COVID-19 veroorzaakte een tijdelijke stijging in zowel opnamen als sterfte in 2020–2021.
9. Hoge zorgkosten concentreren zich rond hart- en vaatziekten, nierfalen en chronische aandoeningen.
10. Preventie en vroege detectie kunnen de ziektebelasting en ziekenhuisuitgaven aanzienlijk verminderen.

## **Aanbevelingen (“Time for Action”)**

- Verbeter en maak prenatale controles toegankelijker.
- Investeer in preventie van leefstijlgerelateerde ziekten (hartziekten, diabetes, beroerte, kanker).
- Versterk mentale gezondheidszorg, vooral suïcidepreventie.
- Bevorder verkeersveiligheid en letselpreventie.
- Voer verdere analyses uit voor gericht beleid.

## **Slotboodschap**

“Een gezond Suriname is onze gezamenlijke verantwoordelijkheid.”

De presentatie benadrukt dat gezondheid niet alleen een medisch, maar ook een sociaal en economisch vraagstuk is. Effectief beleid vraagt om samenwerking tussen overheid, zorginstellingen en de gemeenschap om de nationale ziektebelasting structureel te verminderen. De presentatie eindigde met aanbevelingen om de ziektebelasting te verminderen via betere prenatale zorg, preventie van leefstijl gerelateerde ziekten, versterking van mentale gezondheidszorg (vooral suïcidepreventie) en het terugdringen van verkeersongevallen. De sprekers benadrukten dat verdere data-analyse nodig is en riepen op tot gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een gezonder Suriname.