

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20017  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Kenmerk**  
IZ 3154542

**Bijlage(n)**

**Uw brief**  
151979.17u

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 11 februari 2013  
Betreft Aanvullende vragen zorgaanspraken  
Caribisch Nederland

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, de antwoorden op de aanvullende vragen die de vaste commissie van Koninkrijksrelaties van uw Kamer mij op 1 februari jl. heeft gesteld over de zorgaanspraken in Caribisch Nederland. Bij de beantwoording houd ik de volgorde van de brief van de commissie aan.

Het is evident dat op het terrein van VWS verschillen tussen de situatie in Caribisch Nederland en Europees Nederland bestaan. Bij de voorbereiding en vaststelling van de Regeling aanspraken zorgverzekering BES (Stcrt. 2011, nr. 833) in 2010 is daarom zorgvuldig gekeken naar de situatie aldaar, en gezien welke implicaties dat zou moeten hebben voor de samenstelling van het zorgpakket en de financieringswijze van de zorg. Alles afwegende is toen besloten dat de aanspraken zoals vastgelegd in het basispakket in het Europese deel van Nederland, ook in Caribisch Nederland zouden gelden. In afwijking is toen, in 2010, ook besloten om de inwoners van Caribisch Nederland ruimere aanspraken toe te kennen, zoals aanspraak op brillen en (per 1-1-2012) op de anticonceptiepil. Sommige van deze ruimere aanspraken waren expliciet tijdelijk van aard, zoals aanspraken op bepaalde vormen van mondzorg en fysiotherapie. Hiermee werd beoogd recht te doen aan de afwijkende situatie in Caribisch Nederland in vergelijking met Europees Nederland. Zo was een erfenis van de Nederlands Antilliaanse periode onder meer dat het gebit van veel inwoners van Caribisch Nederland in slechte staat verkeerde en sanering behoefde. Vandaar de aanspraak op eenmalige gebitssanering voor volwassenen. Uit de toelichting bij deze ministeriële regeling blijkt voorts dat de tijdelijkheid van de ruimere aanspraken op mondzorg en fysiotherapie beperkt zou worden opgevat. Overigens is in de regeling geen specifieke termijn genoemd. Derhalve kan niet gesproken worden van een verkorting van een aanvankelijk geplande termijn. Bij de eenmalige gebitssaneringen voor 18 jaar en ouder is destijds wel rekening gehouden met circa drie jaar. Gelijktrekking met het in Europees Nederland geldende basispakket was van begin af aan het perspectief. Ook is er bij de voorbereiding wat betreft de financiering en organisatie van de

zorg zeker rekening gehouden met specifieke omstandigheden op de eilanden. Meest in het oogspringende afwijkende kenmerken van de eilanden zijn: een klein aantal inwoners en lage inkomens waardoor er vóór 10-10-2010 grote groepen mensen weinig tot geen toegang tot zorg hadden. Daarnaast brengt het feit dat het om eilanden gaat met zich mee dat er altijd medische uitzendingen nodig zullen zijn. Op deze aspecten is naar mijn mening ruimhartig ingespeeld met de introductie van de Regeling aanspraken zorgverzekering BES voor de eilanden per 1-1-2011. Zorg is nu voor iedereen toegankelijk, en lage inkomens worden volledig ontzien qua financiering. Bovendien is er in plaats van een groot aantal uiteenlopende regelingen nu één regeling die voor iedereen gelijk is en door één organisatie wordt uitgevoerd. Anders dan voorheen worden rekeningen nu doorgaans stipt voldaan. Voorts wil ik u er op wijzen dat het aantal medische uitzendingen al is gedaald door de nierdialyse unit op Bonaire te realiseren en zo dicht mogelijk bij huis topzorg in Guadeloupe en Colombia te laten contracteren, die zeker niet onderdoet voor de kwaliteit van de zorg in Europees Nederland. Ondertussen zijn de economisch omstandigheden in Nederland verslechterd en staan we voor forse ingrepen in de zorg. Ik ben van mening dat ik recht blijf doen aan de specifieke omstandigheden op de eilanden, maar dat het onvermijdelijk is om de eilanden niet geheel te ontzien.

Mijn maatregelen zijn noodzakelijk in het kader van kostenbeheersing, maar ook met het oog op behoud van draagvlak voor het meefinancieren van essentiële zorg op de eilanden vanuit Europees Nederland. Van de ruim tachtig mln. euro die de zorg in Caribisch Nederland in 2012 kost wordt ruim 50 mln. euro bijgedragen door de Europees Nederlandse bevolking. De verwachting is dat dit bedrag in de komende jaren zal oplopen naar bijna 100 mln. euro in 2016, waaraan de Europees Nederlandse bevolking dan 70 mln. euro zal bijdragen. De stijging van de kosten wordt derhalve door Europees Nederland gedragen. Los van de pakketmaatregelen wil ik benadrukken dat investeringen om het niveau van de noodzakelijke zorg op de eilanden te verbeteren onverminderd worden doorgezet.

In reactie op de vragen naar de zorgkostenstijging in Caribisch Nederland en de factoren die dit veroorzaken wil ik het volgende opmerken.

In het voorjaar van 2012 is het budget voor de zorg in Caribisch Nederland meerjarig gecorrigeerd voor de oorspronkelijk inderdaad te lage raming. De overschrijding van de uitgaven in 2012, die vervolgens in het najaar 2012 zichtbaar werd, wordt ten dele veroorzaakt door de inhaalslag in de zorg die plaatsvindt als gevolg van de achterstand die voor 10-10-2010 is ontstaan. Deze achterstand kan nu ongedaan worden gemaakt, doordat er inmiddels beduidend betere en voor alle inwoners toegankelijke zorg aanwezig is in Caribisch Nederland. Naar verwachting zal deze inhaalslag nog zeker drie jaar duren.

Per sector zien we het financiële effect hiervan in 2012 op de volgende wijze terug:

1. Volume groei zorg ziekenhuis op Bonaire, Mariadal (3,5 mln. euro)
2. Medische uitzendingen (2,5 mln. euro)
3. Een groter gebruik van de farmacie, en tand- en paramedische zorg (4 mln. euro)

De overschrijding werd daarnaast veroorzaakt door:

1. De ongunstige dollar-eurokoers in 2012 (4 mln. euro)
2. De hogere groei van het aantal verzekerden (3,5 mln. euro)

**Kenmerk**  
IZ 3154542

### 3. Overloop betalingen 2011 naar 2012 ( 2,5 mln. euro)

**Kenmerk**  
IZ 3154542

De andere mogelijke oorzaken die de commissie benoemt herken ik niet of kan ik door het ontbreken van gegevens daarover niet kwantificeren.

Zoals ik in het overleg van 22 januari jl. ook heb aangegeven zijn er voor mij drie redenen om maatregelen te treffen: de onverwachte kostenstijging die in het najaar 2012 bleek, de tijdelijkheid van de ruimere aanspraken fysiotherapie en mondzorg en het gelijktrekken van aanspraken waar verantwoord, om zo draagvlak te behouden in Europees Nederland voor het meefinancieren van de zorgkosten in Caribisch Nederland, waarbij de stijging komt voor rekening van Europees Nederland. In Europees Nederland wordt immers gevraagd, ook van de mensen met lage inkomens, de broekriem fors aan te halen. Conform het Regeerakkoord staan verzekerden in Europees Nederland voor een pakketmaatregel van maar liefst 1,5 miljard Euro.

Zoals ik in mijn brief van 21 december jl. heb geschreven is de wijziging van de aanspraken slechts één van de zes maatregelen die ik tref om de kostengroei te beteugelen. Het zo doelmatig mogelijk medisch uitzenden is een ander voorbeeld. Aangezien dit laatste een flinke kostenpost vormt, is het een continu punt van aandacht.

In antwoord op de vragen die zich richten op de te verwachten effecten van versobering van de zorgaanspraken, met name wat betreft fysiotherapie en tandartszorg, wil ik het volgende zeggen.

Ik wil allereerst opmerken dat ik mij niet kan vinden in de kwalificatie "ingrijpend" die de commissie aan de bezuinigingen toekent. De commissie lijkt er met betrekking tot de bezuinigingen vanuit te gaan dat "penny wise" hier "pound foolish" is. Ik deel deze zienswijze niet en wijs er allereerst op dat een aantal vormen van tandheelkundige zorg en fysiotherapie deel van het verzekerde pakket *blijven* uitmaken. In Europees Nederland zijn dezelfde vormen van mondzorg en fysiotherapie die nu in Caribisch Nederland uit het pakket worden geschrapt, al eerder uit het basispakket gehaald. Natuurlijk hebben mensen hier de mogelijkheid zich aanvullend te verzekeren, maar velen zien daar om financiële redenen van af. Dit heeft niet geleid tot hogere zorgkosten elders. Ik zie niet in waarom dit in Caribisch wel het geval zou zijn.

Er bestaat bij de commissie ook de vrees dat als gevolg van het schrappen van bepaalde aanspraken mondzorg en fysiotherapie de betreffende beroepsbeoefenaren (nagenoeg) geheel uit Caribisch Nederland zullen verdwijnen. Hoewel een vermindering van de vraag naar mondzorg en fysiotherapie zeker in de lijn der verwachting ligt, blijven mondzorg en fysiotherapie, zij het in beperktere vorm, deel uitmaken van het verzekerde pakket. Er blijft dus werk voor de fysiotherapeuten en tandartsen.

Graag wijs ik er hier ook op dat de inwoners van Caribisch Nederland thans, ook na schrapping van de tijdelijke ruimere aanspraken, beduidend ruimere toegang hebben dan vóór de transitie van 10-10-2010. Er is nu een verzekering voor iedereen en een ruim pakket. De investeringen in de voorzieningen voor gezondheidszorg gaan onverminderd door en het beschikbare budget stijgt nog altijd. In het overleg op 22 januari jl. heb ik gemeld dat revalidatie al in de aanspraken zit en dat in de ziekenhuizen op de drie eilanden, met uiteraard inzet van fysiotherapie, deze zorg voor zover nog niet aangeboden, vormgegeven kan worden. Ik zal mij daar ook actief mee bemoeien.

Ik verwacht geen kostenstijgingen door afwentelingen naar medische uitzendingen

naar het buitenland en ik verwacht dat de kosten zullen dalen door deze maatregel.

Van meet af is duidelijk geweest dat de aanspraak op een eenmalige gebitssanering voor volwassenen als een tijdelijke aangelegenheid moest worden beschouwd. Er zijn mijns inziens geen verwachtingen gewekt ten aanzien van de duur van deze aanspraak. Uiteindelijk zal de duur van deze aanspraak dus 2,5 jaar zijn.

**Kenmerk**  
IZ 3154542

Een volgend cluster vragen betreft de onmogelijkheid voor inwoners van Caribisch Nederland om zich aanvullend te verzekeren en de daaraan te verbinden consequenties. Rondom de start van de Zorgverzekering BES in januari 2011, en daarvoor, heb ik gepoogd om het beschikbaar komen van een aanvullende ziektekostenverzekering te bevorderen. Dit is niet gelukt. Door het publiekrechtelijke karakter van de verzekering en de omvang van het pakket was het voor private verzekeraars niet interessant om aanvullende verzekeringen aan te bieden. De te betalen premies zouden naar verwachting zo hoog worden dat een groot deel van de bevolking ze niet zou kunnen opbrengen, terwijl het meer gefortuneerde deel van de bevolking er naar verwachting voor zou kiezen de behandelingen zelf te betalen in plaats van er zich aanvullend voor te verzekeren. Ik verwacht daarom ook niet dat er alsnog verzekeraars bereid zullen zijn een aanbod te doen.

Indien de mogelijkheid tot aanvullend verzekeren in Caribisch Nederland moet worden uitgesloten, dan ontstaat daar inderdaad een situatie die formeel afwijkt van die in Europees Nederland. Feitelijk zal het verschil minder groot zijn, omdat ook in het Europees deel van Nederland velen om financiële redenen afzien van het afsluiten van een aanvullende verzekering voor behandelingen die niet via het basispakket worden vergoed.

Het is niet goed te duiden wat de precieze gevolgen van deze maatregelen voor de koopkracht zullen zijn. Het effect op het inkomen is afhankelijk van het gebruik van de dienst en in welke mate de drie ziekenhuizen revalidatie aanbieden. De geschatte maximale opbrengst van de maatregel is overigens 2 mln. euro per jaar.

De commissie richt zich vervolgens op mogelijke alternatieven voor de maatregelen ten aanzien van mondzorg en fysiotherapie.

Vanzelfsprekend sta ik altijd open voor suggesties die mij worden aangereikt om de zorgkosten te reduceren. Zoals aangegeven tijdens het mondeling overleg op 22 januari jl. heb ik tot nu toe geen suggesties ontvangen, waarmee ik op korte termijn een overeenkomstige besparing zou kunnen realiseren. Ik hecht aan de overgangstermijn van een half jaar. Ik zie op dit moment dan ook geen alternatief. Kostenbeheersing is echter een aandachtspunt van alle jaren.

Opties om de zorg op de eilanden op een slimmere manier te organiseren zijn voor mij een continu punt van aandacht, ook om nieuwe pakketmaatregelen in de toekomst te voorkomen.

Met betrekking tot de pogingen die ik heb ondernomen om aanvullende ziektekostenverzekeringen te bevorderen verwijs ik naar hetgeen ik hiervoor al heb opgemerkt.

De commissie vraagt mij wat ik ga doen aan communicatieve nazorg en *damage control*, en of ik voornemens ben een geïntegreerd lange termijn zorgbeleid voor Caribisch Nederland te ontwikkelen.

Mijn inzet blijft erop gericht de basisvoorzieningen op de eilanden verder op te bouwen en essentiële zorg zoveel mogelijk in het verzekerde pakket te laten. Een en ander zal in de komende jaren tot meer uitgaven leiden. Mijn streven hierbij is wel om de stijging zo beperkt mogelijk te doen zijn. In de komende CN-week (11-15 maart) zal ik de bestuurscolleges van de drie eilanden spreken. Met hen maak ik graag een plan van aanpak om ingrepen in het pakket in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen en een gezamenlijk geïntegreerd lange termijn beleid op zorg te ontwikkelen.

**Kenmerk**  
IZ 3154542

Ten aanzien van de besparingsoptie die de commissie ziet wil ik het volgende opmerken.

VWS heeft zich bij de opzet van de uitzendingen naar Colombia aangesloten bij de contacten van Aruba en Curaçao met de zorgbroker in Colombia. Aruba heeft haar contract met die broker inmiddels beëindigd. Alleen Curaçao is doorgedaan. Sint Maarten heeft vorig jaar naar aanleiding van de samenwerking met VWS ook een contract met deze broker gesloten. In zoverre bestaat en bestond die samenwerking dus al. Verder wil VWS met deze samenwerking niet gaan, dit vanwege de historisch slechte betaalmoraal van deze landen. De broker heeft een zware klus om de rekeningen daar voldaan te krijgen, en het ministerie van VWS wil zijn samenwerking met deze broker daar niet door in de waagschaal stellen.

Tot slot vraagt de commissie naar het meewegen van omstandigheden, zoals het ontbreken van huurtoeslag, zorgtoeslag en kinderbijslag in Caribisch Nederland, in mijn besluitvorming op het punt van de zorgaanpakken.

Ik verwacht dat een deel van de Caribisch Nederlandse bevolking om financiële redenen zal afzien van tandheelkundige zorg en fysiotherapie die vanaf 1 juli a.s. niet meer via de zorgverzekering BES wordt vergoed. In Europees Nederland is dat naar mijn verwachting niet anders, hoewel hier wel huurtoeslag, zorgtoeslag en kinderbijslag bestaan en er de mogelijkheid tot aanvullend verzekeren bestaat. Overigens betaalt in Europees Nederland iedereen, anders dan in Caribisch Nederland, een nominale zorgpremie, eigen bijdragen en een eigen risico. Een vergelijking van de situatie in het Caribisch en het Europees deel van Nederland leidt mijn inziens dan ook niet tot de conclusie dat ik de pakketmaatregel niet of anders had moeten nemen. Hierbij herhaal ik dat ik van mening ben dat deze maatregel nodig is en dat ik essentiële vormen van zorg ontzie. Ik realiseer mij tegelijkertijd dat het een vervelende boodschap is. In de context van de financieel economische situatie en zorgkostenontwikkelingen in beide delen van Nederland vind ik deze maatregelen alleszins verdedigbaar.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers