Adviesnota: Op weg naar gelijkwaardige zorg in Caribisch Nederland

Advies van de Commissie Zorg Caribisch Nederland 2025 aan de Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport

Voorwoord

In 2010 kregen Bonaire, Sint -Eustatius en Saba (BES) de status van een bijzondere gemeente van Nederland. De gezondheidszorg wordt sindsdien grotendeels georganiseerd door Zorg en Jeugd Caribisch Nederland (ZJCN). ZJCN is een directie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en is op de BES verantwoordelijk voor het zorgstelsel en de organisatie van de zorg, inclusief de investeringen, maar met uitzondering van de eigenlijke verlening van de zorg. Deze wordt uitgevoerd door gecontracteerde aanbieders en vrije beroepsbeoefenaren. Een substantieel deel van de zorg kan niet op de eilanden zelf plaatsvinden en wordt ingekocht bij andere zorgaanbieders binnen het Koninkrijk en bij enkele ziekenhuizen in Colombia. Verder is er op elk eiland een afdeling publieke gezondheid en vervullen de IGJ en het RIVM vanuit Nederland specifieke diensten voor de BES-eilanden.

Het doel is de zorg op de drie eilanden verder te verbeteren en te professionaliseren waarbij men zich spiegelt aan de situatie in Europees Nederland. De Commissie Zorg Caribisch Nederland is gevraagd te adviseren welke stappen daarvoor dienen te worden gezet. Dit advies berust op de overtuiging dat het waarborgen van goede zorg in essentie een fundamentele verplichting is in het kader van de rechten van de mens. De Commissie kon zich voor haar advies ondermeer baseren op een studie door de European Observatory on Health Systems in Policies (nulmeting)[1] en op interviews met betrokkenen waaronder ook patiënten. In de Commissie zijn ZJCN, de Openbare Lichamen en de belangrijkste zorgaanbieders vertegenwoordigd waardoor relevante informatie direct ter beschikking was en is betrokken bij het opstellen van dit advies.

De uitdagingen van de BES eilanden zijn goed te vergelijken met die van andere *Small Island States* (SIS). Deze uitdagingen vloeien voort uit de geografische ligging en situaties die SIS veelal kwetsbaar maken voor extreem weer en klimaatverandering, terwijl de lokale zorg kampt met hoge kosten die moeten worden gemaakt voor transport, communicatie en infrastructuur. Het beperkte aantal inwoners leidt in de praktijk tot moeilijkheden bij het werven van gespecialiseerd personeel. Tot slot is de lokale economie, veelal door de grote afhankelijkheid van toerisme en enkele andere diensten, eenzijdig ontwikkeld en zorgt dit samen met de beperkte financiële omvang voor een relatief grote volatiliteit door de tijd heen. Kortom SIS, zoals ook de BES-eilanden, stellen door hun kleinschaligheid specifieke voorwaarden aan de organisatie van zorg. Zo zal niet alle zorg op de eilanden kunnen plaats vinden en stuiten modellen die leunen op een rigoreuze scheiding van bevoegdheden tussen beleid, uitvoering en toezicht of op onderlinge competitie tussen aanbieders en verzekeraars, zoals in Europees Nederland, in de praktijk op de grenzen van kleinschaligheid.

Ondanks de relatief grote mate van armoede en mensen met een laag inkomen, was de levensverwachting op de BES eilanden in 2019 hoger dan in Europees Nederland. Tegelijkertijd bestaan er substantiële bedreigingen voor de toekomstige volksgezondheid en zijn er lacunes binnen de lokale zorgstelsels. Chronische ziekten zullen juist op de BES-eilanden snel toenemen door een combinatie van snelle vergrijzing en een relatief ongezonde leefstijl. Informatie en data over het zorgsysteem en de zorgverlening zijn (veelal) rudimentair en niet altijd aanwezig. Voor veel medisch-specialistische zorg is men afhankelijk van visitaties en diensten van buiten de BES of vinden medische uitzendingen plaats.

[1] Shuftan N, J O'Flynn et. Al, The Caribbean Netherlands. Health System Review, Health Systems in Transition, Vol. 26 No 2, European Observatory on Health Systems and Policies, 2024.

Alle ingezetenen van de BES zijn verzekerd voor een breed pakket aan zorg, waardoor de financiële toegankelijkheid tot de verzekerde zorg goed geregeld is. De in Nederland gebruikelijk eigen bijdragen en eigen risico gelden niet voor de verzekering in de BES. Er bestaan geen mogelijkheid om een aanvullende verzekering af te sluiten. Dit betekent dat mensen deze (niet verzekerde) zorg zelf moeten betalen. Daarnaast moeten mensen die gebruik willen maken van zorgaanbieders die niet door ZJCN gecontracteerd zijn dit zelf betalen of indien zij gebruik maken van artikel 10.4 dit zelf voorschieten. Daarbij wordt vaak slechts een deel van de kosten vergoed. Er zijn geen eigen betalingen voor de door ZJCN gecontracteerde zorg(aanbieders), maar er is de facto geen toegang tot (aanvullende) verzekeringen waardoor mensen die zorgaanbieders buiten het ZJCN-netwerk gebruiken dit veelal grotendeels zelf moeten betalen. Bijlage 1 bevat een aantal belangrijke kengetallen van de demografie en zorg op de BES-eilanden.

De Commissie is tot de conclusie gekomen dat haar advies primair antwoorden dient te formuleren op de belangrijkste zorginhoudelijke uitdagingen en op hoe de kwaliteit en toegang van de zorg op de BES concreet kunnen worden verbeterd. Een en ander met inachtneming van de beperkingen en specifieke omstandigheden die er voor SIS gelden. Hierbij benadrukt de Commissie dat het begrip 'zorg' in dit advies integraal wordt benaderd, waarbij het gaat over zowel curatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, preventieve zorg, gehandicapten zorg etc. De Commissie ziet hierbij de mentale gezondheid als een onlosmakelijk en gelijkwaardig onderdeel van de algemene gezondheidszorg.

De belangrijkste zorginhoudelijke uitdaging voor de BES eilanden is een zeer snelle groei van het aantal chronische aandoeningen. Het zal moeilijk worden deze uitdagingen het hoofd te bieden door in te zetten op een lineaire toename van het aantal professionals en voorzieningen. Verstandiger lijkt het om de beschikbare capaciteit verder te professionaliseren en het gebruik te optimaliseren, bijvoorbeeld door te investeren in opleiding en digitalisering. Het aanpakken van de zorginhoudelijke uitdagingen vergt verder actief beleid op en versterking van de publieke gezondheid in combinatie met preventie, vroegdiagnostiek en een populatiebenadering. Dergelijke vraagstukken overstijgen de zorgsector; de Commissie ziet daarom een noodzaak voor verhoogde betrokkenheid en ondersteuning vanuit de diverse ministeries voor thema's die meerdere beleidsterreinen raken, conform het 'Health in all Policies'-principe. De effectiviteit daarvan hangt er mede vanaf of patiënten en burgers meer in de rol van partners komen en zo actiever betrokken raken bij hun eigen gezondheid. Met andere woorden een modern en volwaardig patiëntenbeleid.

Juist de BES eilanden kunnen in theorie enorm profiteren van de mogelijkheden die digitale zorg en zorgdata bieden en wellicht zelfs uitgroeien tot een voorbeeldregio voor Europees Nederland. De Commissie ziet veel in het creëren van een digitale platform dat dit mogelijk maakt dan (nogmaals) op het inzetten op een lineaire toename van de capaciteit op (en buiten) de BES. De *governance* van het zorgstelsel dient hierop te worden afgesteld.

De Commissie heeft gekozen om haar advies te structureren langs een aantal thema's waar naar haar mening stappen moeten worden gezet om de zorg verder te verbeteren. Deze valt derhalve ook te lezen als een strategische beleidsagenda voor de middellange termijn: 2026 – 2031.

Preventieve zorg en gezondheidsbevordering

1. De Commissie beveelt aan de regie op preventie te professionaliseren door per eiland een Programmamanager Preventie aan te stellen, die verantwoordelijk is voor de coördinatie en uitvoering van het integrale preventiebeleid

De programmamanager heeft als taak alle preventie-initiatieven bij elkaar te brengen en in goede banen te leiden. Preventie dient beter te worden verankerd in de reguliere zorgketens (zowel in de eerste- als de tweedelijnszorg), de Publieke Gezondheid en andere maatschappelijke partners. Het is belangrijk dat de programma manager een plan opstelt voor het ontwikkelen van een objectief toetsingskader voor (nieuwe) preventie initiatieven. Daarnaast heeft de programmamanager als taak gerichte analyses uit te voeren naar de onderliggende oorzaken van gezondheidsverschillen met focus op (nu nog) onderbelichte factoren.

Door deze taken in samenhang uit te voeren, wordt preventie getransformeerd tot een fundament van een duurzaam en effectief gezondheidsstelsel in Caribisch Nederland.

2. De Commissie beveelt aan de ondersteuning aan de Openbare Lichamen te intensiveren om de ontwikkeling van lokale regelgeving en de bijbehorende handhaving ter bevordering van een gezonde leefstijl te verbeteren
De Openbare Lichamen hebben behoefte aan ondersteuning bij uitvoeringskracht om lokale regelgeving voor preventie op te stellen en te handhaven. Vanuit de Health in All Policies (HiAP)-gedachte is extra steun essentieel om de lokale preventieve slagkracht te vergroten. De Openbare Lichamen dienen de mogelijkheden voor intereilandelijke samenwerking optimaal te benutten, waarbij de Programmamanagers Preventie een centrale rol spelen. Door de gebundelde inzet van expertise en regionale synergie worden de eilanden beter in staat gesteld een gezonde leefomgeving te creëren en te borgen.
Tegelijkertijd kan gesteld worden dat de Openbare Lichamen een aantal preventieve maatregelen nu al kunnen nemen vanuit het HiAP perspectief. Bijvoorbeeld door maatregelen te nemen die de verkeersveiligheid bevorderen (helmplicht, alcohol controles, etc.). Dit kan leiden tot minder spoed uitzendingen in verband met ernstig letsel.

3. De Commissie beveelt aan te investeren in een integrale aanpak van preventie, behandeling en management van chronische ziekten in Caribisch Nederland en bijbehorende programma's
Door vergrijzing en leefstijl nemen chronische ziekten - diabetes, cardiovasculaire ziekten, mentale problematiek, dementie, kanker en nierziekten – snel toe. Chronische ziekten komen vaak in combinatie voor, zo is diabetes een belangrijke determinant voor cardiovasculaire aandoeningen. De aanpak hangt af van integratie van effectieve preventieve- en curatieve strategieen. Dit kan kosten besparen door het voorkomen van complicaties en dure curatieve behandelingen, zoals dialyse. Hiervoor is naast een zorginhoudelijke prioritering wel een programmatische aanpak noodzakelijk, waarvoor wellicht enige voorfinanciering noodzakelijk is.

4. De Commissie beveelt aan dat zorginstellingen integrale plannen implementeren die de klimaatadaptie versterken. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de disproportionele kwetsbaarheid van de eilanden als *Small Island States* (SIS)
De Commissie adviseert dat structurele investeringen in de fysieke infrastructuur moeten plaatsvinden, zoals orkaanbestendige bouw, energievoorzieningen en duurzame koelsystemen. Anderzijds moet zorgpersoneel via gerichte trainingen worden voorbereid op de gevolgen van klimaatverandering, waaronder bijvoorbeeld hitte-gerelateerde pathologie en vector-overdraagbare ziekten. Door weerbaarheid te combineren met klinische expertise, wordt de continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd onder extreme weersomstandigheden. In bijzonder dient hierbij rekening te worden gehouden met de situatie van de kwetsbaarste groepen per eilanden.

Kwaliteit van zorg

5. De Commissie beveelt aan om in de zorginkoop bij zorgaanbieders op Curaçao, Aruba, Sint-Maarten en in Colombia kwaliteitsborging en verantwoording te verankeren
De Commissie beveelt aan dat ZJCN expliciete afspraken maakt met de gecontracteerde zorgaanbieders op Curaçao, Aruba, Sint Maarten en Colombia over de kwaliteit van de geleverde zorg. In deze afspraken moeten in ieder geval de volgende elementen worden opgenomen:

- Per kwartaal een rapportage betreffende kwaliteit & veiligheid van de geleverde zorg aan de BES-verzekerde patiënten;
- Calamiteitenregistratie en afhandeling: melding en gezamenlijke analyse van de ontstane calamiteiten;
- Intensivering van de samenwerking tussen zorgaanbieders en verwijzers, waarbij de zorgaanbieder een prominente en proactieve rol vervult, zoals passend bij zijn hoofdbehandelaarschap, in het gezamenlijke zorgproces;
- Het borgen van intercollegiale afstemming tussen verwijzende en behandelende artsen.

6. De Commissie beveelt aan om voor de aanbieders in Caribisch Nederland structurele kwaliteitsborging, verantwoording en samenwerking in de zorginkoop te verankeren
De Commissie adviseert om ook expliciet afspraken te maken binnen de zorginkoop in Caribisch Nederland over de kwaliteit van de geleverde zorg.

7. Fundashon Mariadal, Saba Cares, de Sint Eustatius Health Care Foundation (SEHCF) en Primary Care Caribbean (PCC) dienen gezamenlijk verder te werken naar een structurele en geformaliseerde regionale samenwerking in de zorgketen, gericht op meer samenhang tussen eerste- en tweedelijnszorg en versterking van de zorg op de BES-eilanden
Voor een toekomstbestendige zorginfrastructuur in Caribisch Nederland is het noodzakelijk dat deze partijen hun onderlinge samenwerking intensiveren en vastleggen. Door gebruik te maken van elkaars expertise, capaciteit en schaalvoordelen kan het zorgaanbod op Saba en Sint-Eustatius medisch verantwoord en doelmatig worden versterkt, zowel in de eerste- als in de tweede lijn. Parallel hieraan dient de inzet van eHealth-toepassingen serieus te worden verkend om zorg dichter bij de patiënt te organiseren en medische uitzendingen te beperken.

Verder ondersteunt de Commissie de voorgenomen afspraken binnen de Health Deal over herziening van het verwijsportfolio en vergroting van de keuzevrijheid voor verzekerden op Saba en Sint-Eustatius, waar medisch en organisatorisch verantwoord. ZJCN kan vanuit haar rol als zorgverzekeraar en zorginkoper hier actief ondersteunen en richting geven via contractering en inkoopafspraken.

8. De Commissie beveelt aan dat de betrokken zorgorganisaties de opleidingsketen in Caribisch Nederland structureel versterken door middel van duurzame en eiland overstijgende samenwerking
Voor het aanpakken van (acute) zorgtekorten en borging van kwaliteitsrandvoorwaarden is het essentieel om de eiland overstijgende samenwerking te versterken. De Commissie beveelt aan in te zetten op een eiland-overstijgend Leermanagementsysteem (LMS) voor digitale, meertalige bij- en nascholing. Zo kunnen opleidingsmogelijkheden efficiënter worden benut, kennisdeling worden versterkt en de professionele ontwikkeling en het behoud van zorgprofessionals worden geborgd.

Tegelijkertijd is het belangrijk in te zetten op de verdere ontwikkeling van modulair onderwijs, zoals via MBO, als overbrugging voor professionals zonder BIG-registratie, met aandacht voor Engelstalig aanbod om de toegankelijkheid te vergroten. Daarnaast wordt aanbevolen de eiland-overstijgende stage-infrastructuur, inclusief op Saba en Sint-Eustatius, te versterken in samenwerking met regionale en Europese partners, met erkende leerplaatsen zodat ook subsidiemogelijkheden optimaal kunnen worden benut. Ook is het belangrijk te investeren in praktijkbegeleiding als voorwaarde voor opleidingskwaliteit, met aandacht voor training en aanstelling van stagebegeleiders, opleiders en de coördinatie van kennisdeling en monitoring op regionaal niveau.

9. De Commissie adviseert om, met het oog op de toegankelijkheid voor niet BIG-geregistreerde professionals, onderzoek uit te voeren naar de juridische en uitvoerende mogelijkheden om de processen van de BES ontheffing te versnellen, te vereenvoudigen en te verbreden
Het is van belang dat de regeling voor de BES-ontheffing wordt versneld en verbreed. Momenteel vallen verpleegkundigen en verzorgenden IG (VIG) niet onder deze regeling. Er moet worden gekeken hoe ook voor deze beroepsgroepen te komen tot titelbescherming en een georganiseerde instroom in Caribisch Nederland.

De verbreding van de regeling en het versnellen van de processen dient hand in hand te gaan met de ondersteuning van lokale initiatieven. Verpleegkundigen met een regiodiploma kunnen nu via bijvoorbeeld de FM Academy via een verkort traject een MBO-4 diploma krijgen, waarmee inschrijving in het BIG-register mogelijk wordt en zij aansluiting krijgen op de verpleegkundige vervolgopleidingen vanuit Europees Nederland.

De Commissie adviseert voorts om voor de langere termijn de haalbaarheid van een gezamenlijke Caribische BIG-registratie te onderzoeken voor het gehele Caribische deel van het Koninkrijk. Gezien de vergelijkbare context en de gedeelde uitdagingen op de eilanden, biedt een partnerschap met Aruba, Curaçao en Sint-Maarten de schaalvergroting om dit vraagstuk gezamenlijk en effectief op te pakken.

10. De Commissie onderkent het belang van stevig integraal beleid voor humanresources (HRM). Zij spoort de zorginstellingen in Caribisch Nederland aan hier meer op in te zetten, mede met het oog op de uitdagingen die SIS hebben in een steeds krapper wordende arbeidsmarkt

Zorginstellingen hebben een eigenstandige en integrale verantwoordelijkheid met het oog op een aantrekkelijk arbeidsklimaat. Dit betreft onder meer huisvesting, verlof, reiskosten, scholing en ontwikkeling, (retentie)bonussen en andere (secundaire) arbeidsvoorwaarden. Hieronder valt ook een gelijkheid in rechtspositie tussen lokaal personeel, eiland kinderen, en nieuw aangetrokken professionals.

11. De Commissie beveelt onafhankelijk onderzoek aan naar de arbeidsvoorwaarden en contractvormen, voor zover deze de bevoegdheden en budgettaire mogelijkheden van de zorgaanbieders te boven gaan

Aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden vormen een integraal onderdeel voor behoud van een goede positie op de arbeidsmarkt en continuïteit van zorg. Hieraan kunnen kosten verbonden zijn die de draagkracht van de individuele zorgaanbieders te boven gaan. Dit dient nader en onafhankelijk te worden onderzocht. Daarbij gaat het om de vergelijking van salarissen en secundaire arbeidsvoorwaarden met concurrerende arbeidsmarkten, zoals Europees Nederland en relevante regionale arbeidsmarkten inclusief die op Aruba, Curaçao, en Sint-Maarten. Hierbij dienen ook relevante trends in kaart te worden gebracht, zoals het aantal langdurig open vacatures en verloop van personeel.

Versterking positie zorgvrager

12. De Commissie beveelt aan een integraal cliënten portaal voor uitzendingen te ontwikkelen om de informatievoorziening en zelfregie van patiënten te verbeteren

De Commissie beveelt aan om een cliënten portaal te ontwikkelen. Dit digitale platform dient als centraal punt waar cliënten toegang hebben tot alle logistieke en medische details van hun uitzending, zoals vluchttijden, afspraken met medisch specialisten en verblijfsgegevens. Door de relevante informatie op één gebruiksvriendelijk en meertalig platform te ontsluiten, worden onduidelijkheden weggenomen en wordt de cliëntveiligheid en kwaliteit van zorg gestimuleerd.

13. De Commissie beveelt aan de klachtenafhandeling te centraliseren, waarbij de focus verschuift naar proactieve kwaliteitsborging en borging van patiënten rechten

De Commissie beveelt aan dat een verbeterde klachtenafhandeling gebaseerd moet zijn op twee strategische pijlers:

A. Centralisatie van de klachtenafhandeling

De Commissie constateert dat veel klachten de hele zorgketen betreffen. Er is een centrale plek nodig. Dit centrale punt moet onafhankelijk zijn van zorginstellingen, Openbare Lichamen en ZJCN. Zij fungeert als de spil tussen bestaande klachtencommissies en functionarissen. Tevens dienen de processen om een klacht in behandeling te nemen laagdrempelig te zijn. Zij coördineert, adviseert en handelt complexe ketenklachten af.

B. Educatie en proactieve informatievoorziening

De Commissie beveelt aan dat zorginstellingen de kennis m.b.t. de Raz BES, patiënten rechten en de functie van klachtencommissies vast onderdeel maken van de onboarding, opleiding en bijscholing van alle zorgverleners. Goed geïnformeerde zorgverleners worden gestimuleerd om proactief informatie te verstrekken. Hierdoor wordt onduidelijkheid al in de spreekkamer bij de bron weggenomen, wat de zelfregie van de patiënt direct versterkt.

14. De Commissie adviseert onderzoek te doen naar de introductie en facilitering van onafhankelijke zorgcoaches of cliëntondersteuners
Onafhankelijke zorgcoaches of cliëntondersteuners begeleiden zorgvragers bij het navigeren door het zorgsysteem, het begrijpen van hun rechten en plichten, en bieden ondersteuning bij zowel het aanvragen van zorg als het indienen van klachten. Dit biedt een laagdrempelig en vertrouwd aanspreekpunt voor zorgvragers met complexe vragen of problemen.

15. De commissie beveelt aan een onafhankelijke medezeggenschap en cliënten participatie vertegenwoordiging in te stellen
Hoewel het Nederlandse klachtenrecht en de bijbehorende participatiestructuren momenteel niet van toepassing zijn op de BES-eilanden, acht de Commissie het toch wenselijk te onderzoeken in hoeverre deze regelgeving kan worden geïntegreerd binnen de lokale context. In afwachting van mogelijke wettelijke verankering dienen de Openbare Lichamen met zorgaanbieders bindende afspraken te maken over het inrichten van participatievormen. Hiermee wordt gewaarborgd dat de stem van de cliënt een onafhankelijke en formele positie krijgt binnen de zorgverlening.

16. De Commissie beveelt aan dat de zorginstellingen hun zorg beter afstemmen op de culturele en taalkundige diversiteit en een ondersteuningsprotocol implementeren om de barrières in de communicatie tussen zorgverlener en patiënt weg te nemen en zo te helpen om de kwaliteit van zorg te waarborgen
Een hoogwaardige en veilige zorgverlening vereist dat de zorg wordt afgestemd op de culturele en taalkundige diversiteit van de bevolking in Caribisch Nederland. De Commissie beveelt aan om te investeren in cultuuranalyse en gerichte scholing voor nieuwe zorgverleners. Daarnaast dient de invoering van digitale communicatiemiddelen meertaligheid te ondersteunen.

Gezien de taalkundige diversiteit binnen Caribisch Nederland en de complexiteit rondom medische uitzendingen, adviseert de Commissie dat de instellingen een taal ondersteuningsprotocol ontwikkelen, in nauwe afstemming met de Openbare Lichamen, zodat er aansluiting is met het lokale taalbeleid. Het protocol moet waarborgen bevatten voor de informatievoorziening aan kwetsbare groepen, waaronder laaggeletterden en mensen met een lichte verstandelijke beperking. ZJCN wordt geadviseerd om de uitvoering van dit taalprotocol als bindende voorwaarde op te nemen in de zorgcontracten.

Daarnaast adviseert de Commissie dat bij uitzendingen naar landen waar Nederlands, Engels of Papiamentu geen voertaal is, de borging van adequate vertaal- en communicatieondersteuning voor de cliënt te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld door de inzet van tolken, gespecialiseerde diensten voor vertaling van medische dossiers of via digitale communicatiehulpmiddelen.

Geografische en infrastructurele uitdagingen

17. De Commissie beveelt aan innovatieve zorgoplossingen te implementeren en de informatie-uitwisseling te optimaliseren, teneinde de zorg dichter bij de patiënt te brengen en de continuïteit te waarborgen
Om de geografische uitdagingen te mitigeren, is het noodzakelijk om extra te investeren in de gezondheidszorginfrastructuur van Caribisch Nederland. Deze integrale aanpak moet gebaseerd zijn op de volgende vijf strategische pijlers:

A. Implementatie van virtuele zorg en monitoring op afstand zoals zelfmanagement en virtuele consulten. Dit dient te worden gefaciliteerd via de zorginkoop door ZJCN (bindende contractuele afspraken).
B. Optimalisatie van veilige informatie-uitwisseling (binnen en buiten de BES), zowel technische koppelingen als de feitelijke beschikbaarheid van informatie.
C. Realisatie van het digitale fundament zoals invoering Burgerservicenummer (BSN) en DigiD. Daarnaast moet worden gewaarborgd dat burgers via meertalige platforms (Nederlands, Engels, Papiamentu, Spaans) toegang krijgen tot hun eigen gezondheidsinformatie en tot digitale communicatiemogelijkheden met hun behandelaars.
D. Bevordering van digitale geletterdheid en monitoring bij de bevolking en de zorgverleners.
E. Wanneer digitale innovaties leiden tot kostenreductie — bijvoorbeeld door een afname van het aantal medische uitzendingen — dienen deze middelen primair te worden aangewend voor de kwaliteitsverbetering van de lokale zorg. Door zo besparingen direct te herinvesteren, ontstaat

een duurzame stimulans voor verdere innovatie en versterking van de patiëntenzorg binnen Caribisch Nederland.

18. De Commissie beveelt aan dat ZJCN een plan van aanpak opstelt voor het verbeteren van logistiek transport voor electieve zorg waarbij het komende advies van de Nationale ombudsman over medische uitzendingen wordt meegenomen

De Commissie beveelt aan dat ZJCN een plan van aanpak opstelt waarin logistieke knelpunten (zoals bv. het begeleidersprotocol, lange wachttijden, vliegverbindingen, grondtransport etc.) worden geïnventariseerd en oplossingsrichtingen worden geformuleerd. Dit plan vormt de basis voor verdere beleidsmatige en operationele verbeteringen in de transportketen. Voor knelpunten binnen de verantwoordelijkheid van de Openbare Lichamen – zoals paspoortverplichtingen en lokale bereikbaarheid – dient ZJCN hierover actief afstemming met de lokale overheden te zoeken om tot werkbare oplossingen te komen.

19. De Commissie beveelt aan dat ZJCN zorg draagt voor een structurele oplossing voor het luchtambulancevervoer vanaf de bovenwindse eilanden

De Commissie adviseert dat er onderzoek moet worden gedaan naar hoe het medische spoedvervoer van Saba en Sint-Eustatius naar Curaçao, Aruba en Colombia kan worden verbeterd. Waarbij ook gekeken wordt naar aanvliegtijd, de inzet van gespecialiseerd medisch personeel en de uitrusting van de helikopter en Air ambulance. De Commissie adviseert nadrukkelijk om ook te kijken naar het zo spoedig mogelijk reactiveren van het medische spoed vervoer naar Guadeloupe.

Toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg

20. De Commissie beveelt aan dat ZJCN samen met de Openbare Lichamen op korte termijn een advies opstellen over hoe de verzekerde toegang tot zorg -met name voor bewoners met een lager inkomen- te versterken

De Commissie is van mening dat toegang tot een breed pakket van effectieve voorzieningen en verstrekkingen voor de lokale bevolking wenselijk is en constateert dat hier nu op onderdelen niet aan wordt voldaan, met name niet voor mensen in sociaaleconomische achterstandsposities. Om die redenen adviseert de Commissie:

A. Onderzoek van ZJCN samen met de Openbare Lichamen naar mogelijkheden voor het verder versterken van functies voor de maatschappelijke ondersteuning op de BES.
B. De Commissie waardeert dat er nu geen eigen bijdrage in Caribisch Nederland bestaat voor zorg en beveelt aan om deze praktijk te continueren, mede gezien het grote aantal inwoners met een laag inkomen en de hoge uitvoeringslasten die een eigen bijdrage met zich mee zal brengen en die waarschijnlijk niet opwegen tegen de baten. De Commissie kan zich wel voorstellen dat aan de hogere-inkomensgroepen een extra bijdrage wordt gevraagd, bijvoorbeeld via de premie of het belastingsysteem. Daarbij acht de Commissie het van belang dat eventuele extra opbrengsten geoormerkt worden en ten goede komen aan de verbetering van de zorg in Caribisch Nederland. De Commissie adviseert het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën om met een voorstel dienaangaande te komen.
C. Binnen de RAZ BES bestaat de mogelijkheid om buiten door ZJCN gecontracteerde zorgaanbieders eigen keuzes te maken en (een deel van) deze kosten vergoed te krijgen. Dit betreft de kosten tot het niveau van de door ZJCN gecontracteerde aanbieders. De Commissie adviseert voor de bevolking met een laag inkomen deze regeling toegankelijker te maken door het vereiste dat de patiënt deze bedragen zelf moet voorschieten (artikel 10.4) weg te nemen (bv. met behulp van een garantiebrief). De Commissie adviseert ZJCN daarnaast de procedure rond artikel 10.4 te vereenvoudigen en het gebruik van de regeling te vergemakkelijken. Hierdoor neemt de keuzevrijheid de facto toe. De Commissie geeft verder in overweging een onderzoek uit te voeren waarin het gebruik van niet-gecontracteerde zorgaanbieders en de redenen om dit te doen nader worden bestudeerd.
D. De Commissie adviseert ZJCN om voor patiënten uit Saba en Sint-Eustatius te onderzoeken hoe voor specifieke gecontracteerde zorg meer keuzemogelijkheden geboden kunnen worden in het Caribisch deel van het Koninkrijk (zie ook aanbeveling 7).

21. De Commissie beveelt aan een dekking voor tandheelkundige zorg voor de lagere inkomens in te voeren

Gezien de steeds duidelijkere relatie tussen mondzorg en algemene gezondheid (zoals diabetes en hart- en vaatziekten), wordt aanbevolen om de Raz BES uit te breiden met dekking van essentiële tandheelkundige zorg, gemodelleerd naar de gemeentelijke regelingen in Europees Nederland. De doelgroep voor deze pakketuitbreiding zijn de volwassenen (18+) uit de lagere inkomensgroepen.

22. De Commissie beveelt aan te verkennen hoe institutionele kaders en expertise uit Europees Nederland waar passend kunnen worden benut bij de verdere ontwikkeling van het zorgsysteem in Caribisch Nederland

ZJCN is verantwoordelijk voor het beleid en de wetgeving van de zorg in Caribisch Nederland, de uitvoering van de verzekering (waaronder de inkoop) en voor de tweedelijns jeugdzorg. De Commissie vindt wel dat er aandacht moet zijn voor het beheersen van de eventuele risico's die kunnen voortkomen uit het vervullen van deze meervoudige rollen. Zo kan er spanning zijn tussen de rol van ZJCN als bewaker van een haar toegewezen budget en de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en dit zou (in theorie) tot bovenmatige prioritering van de betaalbaarheid kunnen leiden. Het in balans houden van de doelen van elk zorgsysteem -volksgezondheid, toegang, kwaliteit en betaalbaarheid- speelt echter bij alle stakeholders een rol (en deze hebben daarin ook allemaal een eigen verantwoordelijkheid).

De Commissie wijst erop dat dergelijke betrokkenheid reeds plaatsvindt, bijvoorbeeld via de rol van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd op de BES-eilanden. De Commissie ziet mogelijkheden om op vergelijkbare wijze ook expertise van andere relevante instituten uit Europees Nederland (bijvoorbeeld NZA, NZI) te betrekken bij strategische vraagstukken rond kwaliteit, toegankelijkheid, zorginkoop, digitalisering en data. Door kennisdeling en samenwerking kan het zorgsysteem in Caribisch Nederland verder worden versterkt, met behoud van aandacht voor de specifieke context van kleine eilanden. Daarnaast merkt de Commissie op dat bestaande mechanismen, zoals het geschillenprotocol binnen de zorginkoop, bijdragen aan rolzuiverheid.

De commissie beveelt aan om dit nader te onderzoeken en uit te werken.

Tot slot

Met dit advies zet de Commissie Zorg Caribisch Nederland een duidelijke koers uit voor de periode 2026-2031. De weg naar gelijkwaardige zorg in Caribisch Nederland vraagt niet om een eenvoudige, lineaire uitbreiding van het bestaande systeem, maar om fundamentele versterking en transformatie. De kleinschaligheid van de BES-eilanden brengt unieke uitdagingen met zich mee, maar biedt tegelijkertijd de kans om wendbaar te zijn en voorop te lopen in digitale innovatie en integrale populatiezorg.

De voorgestelde aanbevelingen vormen een samenhangende agenda. Door te investeren in preventie en publieke gezondheid, de kwaliteit van de zorgketen te borgen en de positie van de patiënt als volwaardige partner te versterken, bouwen we aan een zorgstelsel dat niet alleen toegankelijk en betaalbaar is, maar ook toekomstbestendig onder invloed van klimaatverandering en demografische verschuivingen.

Het succes van deze strategische beleidsagenda valt of staat bij de kracht van de samenwerking waarbij het gezamenlijke belang – de gezondheid en het welzijn van de inwoners van Bonaire, Sint-Eustatius en Saba – altijd centraal staat.

De Commissie is ervan overtuigd dat de uitvoering van deze aanbevelingen de zorg op de eilanden naar een hoger niveau zal tillen, waarbij de kwaliteit en toegankelijkheid voor alle burgers, en in het bijzonder voor de meest kwetsbaren, duurzaam wordt geborgd. We nodigen de Minister en alle betrokken stakeholders uit deze handschoen gezamenlijk op te pakken en de stap naar een werkelijk gelijkwaardig zorgniveau binnen ons Koninkrijk te zetten.

The Bottom, Saba 13 maart 2026

[redacted]

Dhr. E.M. Goedgedrag,

Voorzitter Commissie Zorg CN

[redacted]

Dhr. J. Soliano,

Gezaghebber Bonaire

[redacted]

Dhr. G.J.M. Frans,

Voorzitter Raad van Bestuur Fundashon Mariadal

[redacted]

Mw. A. Francis,

Gezaghebber Sint Eustatius

[redacted]

Dhr. P.M. van Woerkom,

Voorzitter Raad van Bestuur St. Eustatius Health Care Foundation

[redacted]

Dhr. J. Johnson,

Gezaghebber Saba

[redacted]

Mw. W.A.C. van Leeuwen,

Arts Internationale Gezondheidszorg, beleidsadviseur Public Health Saba

[redacted]

Dhr. H.P. Barnard,

Directeur Zorg en Jeugd Caribisch Nederland

[redacted]

Mw. E. Goeloe

Voorzitter Raad van Bestuur Fundashon Kuido pa Personanan Desabilitá

[redacted]

Dhr. P.P.T. Jeurissen,

Hoogleraar betaalbare en toegankelijke zorg Radboudumc

Bijlage 1: Kernindicatoren demografie en zorg op de BES-eilanden

*Alle tabellen en figuren zijn ontleend uit het rapport Health Systems in Transition (HiT)[2]

Table 1.1 Trends in population and demographic indicators, selected years

	2011	2016	2021	2022	2023
Total population	21 087	24 548	26 805	27 726	29 418
Population aged 0–15 (% of total)	18.6%	17.5%	16.9%	16.7%	16.2%
Population aged 65 and above (% of total)	9.5%	11.3%	13.5%	13.8%	13.9%
Population density (people per km²)	65.5	76.2	83.2	86.1	91.4
Population growth (average annual growth rate in %)	n/a	-0.18%	3.15%	3.44%	6.10%
Fertility rate, total (births per woman)	1.63	1.53	1.58	1.50	n/a

Note: n/a - not available.
Source: CBS (2023a).

Table 1.2 Macroeconomic indicators for the BES islands, selected years

	2012	2015	2018	2019	2020	2021
GDP per capita (current US$)	26 000	26 300	27 100	28 200	24 100	27 000
GDP annual growth rate	n/a	2.70%	1.60%	5.90%	-11.50%	15.4%
Unemployment, total (% of labor force)	5.20%	n/a	3.30%	n/a	4.20%	n/a
Income inequality (Gini coefficient of disposable income)	0.39	0.40	0.40	0.39	0.38	0.39

Note: n/a – not available.

Source: CBS (2023a).

[2] Shuftan N, J O'Flynn et. Al, The Caribbean Netherlands. Health System Review, Health Systems in Transition, Vol. 26 No 2, European Observatory on Health Systems and Policies, 2024.

Table 1.3 At-risk-of-poverty rate (%) for the BES islands, per island, selected years

	2012	2015	2018	2019	2020	2021
Bonaire	25	24	22	23	22	24
St Eustatius	29	29	27	29	28	29
Saba	22	24	21	21	21	22

Note: refers to the percentage of the population below the poverty threshold (= 60% median equivalized income population).

Source: CBS (2023c).

Table 1.4 Life expectancy for the BES islands, selected years

	2000	2005	2010	2015	2018	2019
Life expectancy (years)						
Life expectancy at birth, total	77.2	77.1	79.2	81.7	82.9	83.2
Life expectancy at birth, male	75.0	75.7	77.4	80.0	82.1	83
Life expectancy at birth, female	79.3	78.4	80.6	83.2	83.9	83.8
Life expectancy at 65 years, male	16.5	17.0	18.0	19.8	21.4	22.1
Life expectancy at 65 years, female	18.8	18.0	19.6	21.6	22.0	22.0

Source: CBS (2023e).

Table 3.2 Health spending according to claims data, prospective budgets, administrative

	2019	2020	2021	2022	2023	% change 2019-2023
General practitioner	5 548.0	3 581.7	7 340.9	7 218.7	8 010.4	44.4%
Medical aids	3 022.0	1 252.6	1 352.2	1 374.4	1 612.6	-46.6%
Laboratory	4 535.5	3 729.0	3 106.1	3 459.6	4 245.6	-6.4%
Paramedical care	2 041.7	1 739.4	1 640.5	1 968.6	2 244.5	9.9%
Dental care	1 703.8	1 279.0	1 214.9	1 538.5	1 395.0	-18.1%
Logistic costs medical referrals	15 987.5	14 314.2	11 487.5	19 376.1	21 850.6	36.7%
Medical costs medical referrals	26 389.1	17 918.6	18 103.0	22 040.7	21 862.0	-17.2%
Pharmaceutical costs	11 774.2	12 258.4	11 347.9	10 169.5	12 218.5	3.8%
Elderly care	1 124.1	2 686.6	2 103.4	2 786.2	2 094.4	86.3%
Care paid on claims data	72 125.8	58 759.4	57 696.3	69 932.3	75 533.6	4.7%
Prospective budgets to on-island providers	79 301.6	81 974.0	87 946.7	94 048.0	116 058.0	46.4%
Governance, health system and financing administration	11 327.7	9 898.0	10 046.5	11 203.6	11 693.0	3.2%
Prevention / public health	965.5	1 041.5	3 525.1	4 233.7	6 221.6	544.4%
Current health expenditure	163 720.6	151 673.0	159 214.6	179 417.6	209 506.2	28.0%

Note: logistic costs medical referrals include national helicopters, the air ambulance at Fundashon Mariadal, EZ Air, SXM Airways, Winair, Windward Express Airways, Bonaire Travel, medical ground transportation, accommodation costs, per diem fees and "other logistical costs".

Source: VWS (2024a).

Fig. 3.3 Trends in health expenditure per capita, BES islands, European Netherlands and BES islands without logistical costs of referrals in US$, 2012-2022

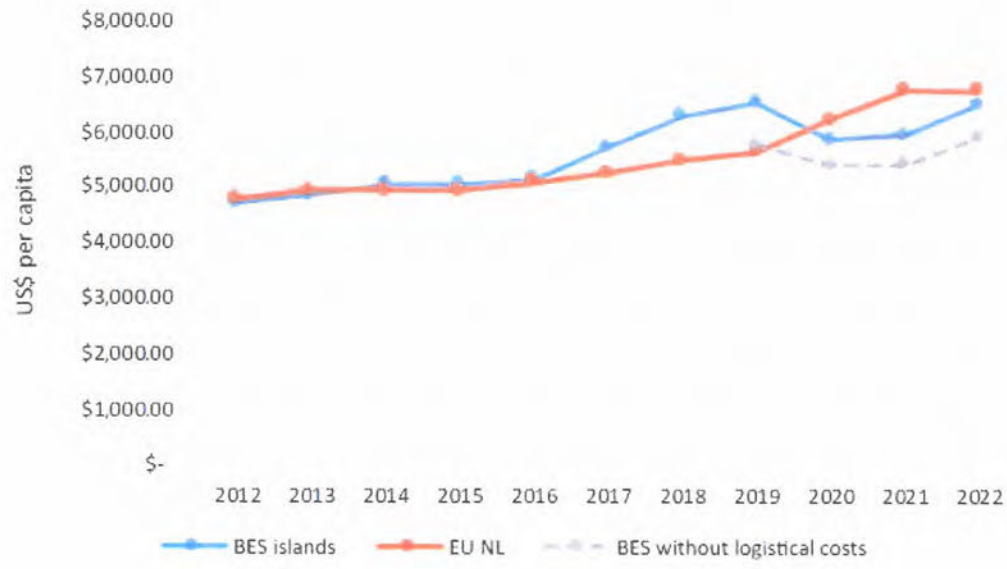


Table 3.3 Referrals per 100 residents of the individual BES islands, 2017-2023

	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

Source: VWS (2024a).

Box 4.1 Distribution of health infrastructure on the BES Islands

Saba and St Eustatius each have:

- One healthcare provider (called a medical center) of a good standard which is accessible for the entire community.
- Provision of pharmaceutical, primary care, home care, inpatient care and LTC; access to secondary specialist care on other islands is facilitated.
- Emergency medical transfers via a medical helicopter service.

Bonaire has:

- One healthcare foundation (Fundashon Mariadal) for secondary care. LTC, home care, pharmaceutical services, and emergency medical transfers via an air ambulance service.
- A centrally-located general hospital that provides specialist care.
- Facilities for primary care distributed by neighborhood.

Fig. 1.2 Overview of the prevalence of behavioral lifestyle factors on the BES islands, as a % of the population, 2021

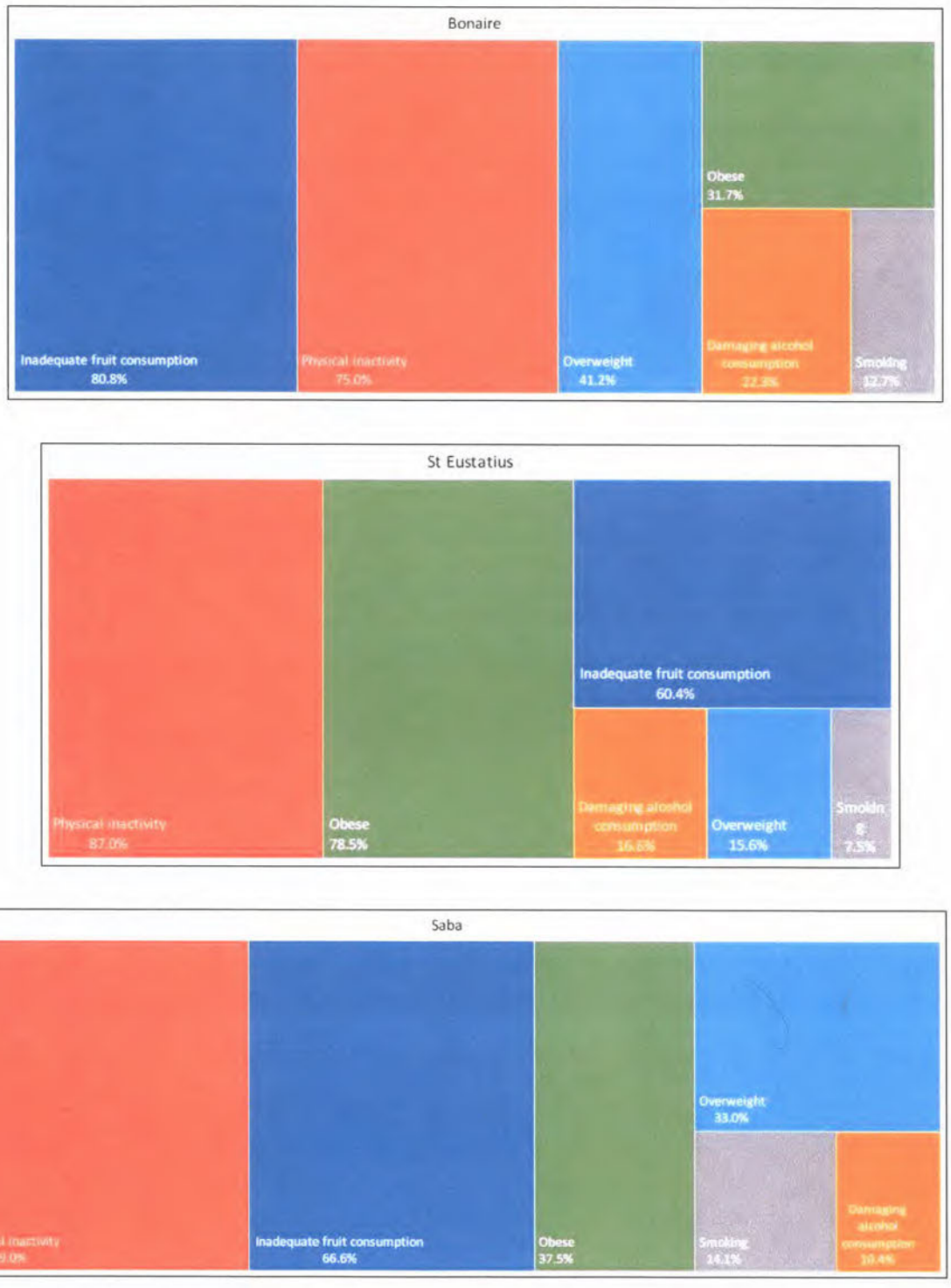
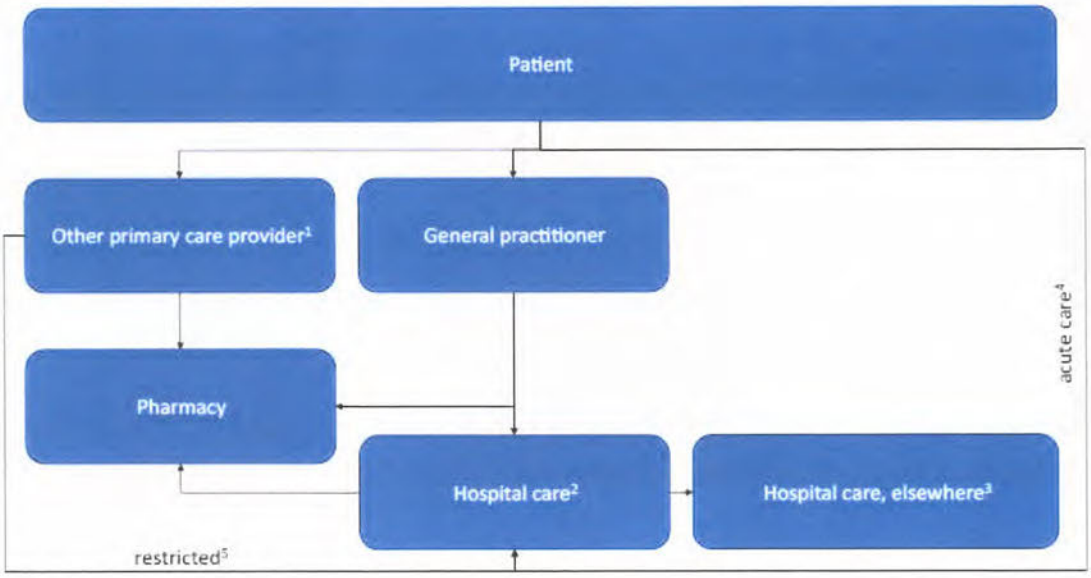


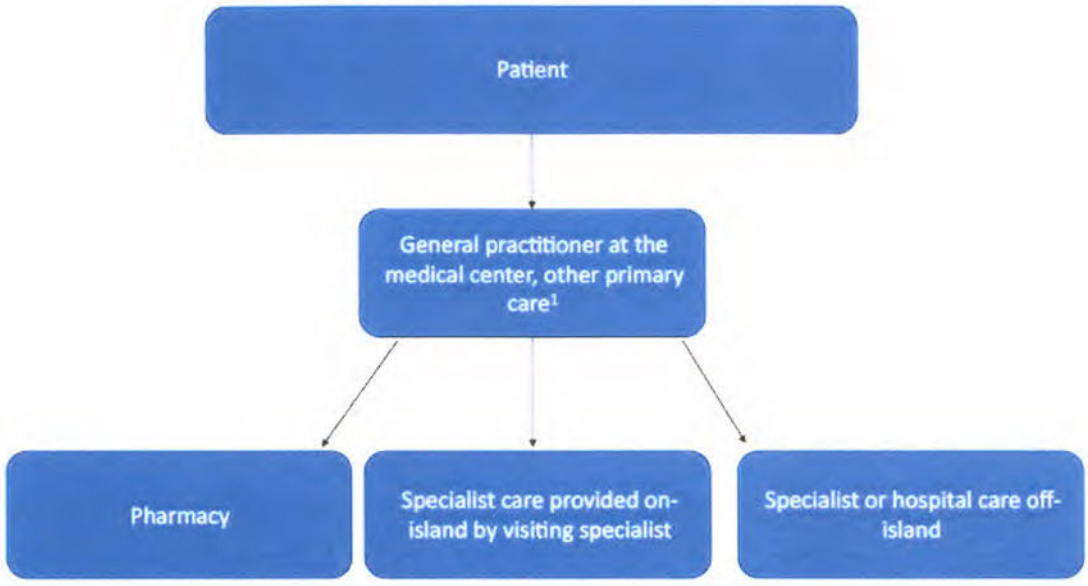
Fig. 5.1 Patient pathway for patients on Bonaire



Notes: 1. Including dentists, midwives, basic mental healthcare providers, home care, and neighborhood nurses; 2. Generally care provided by medical specialists, but also accident and emergency (A&E) and including emergency GP care (*huisartsenpost*); 3. Hospital care that is unavailable on Bonaire and for which a medical transfer is required; 4. Acute care for which patients can be self-referrers via the hospital, or for which they are transferred by (air) ambulance; 5. Secondary care referrals are restricted to dentists, midwives, pediatricians.

Source: authors' own elaboration.

Fig. 5.2 Patient pathway for patients on St Eustatius and Saba



Note: 1. Including dentists, midwives, basic mental healthcare providers, home care.

Source: authors' own elaboration.