Bijlagen bij:

Evaluatieonderzoek Gezondheidszorg Caribisch Nederland na de transitie, oktober 2010

GQCconsult, 31 maart 2013

Bijlagen

Bijlage 1: Uitsplitsing onderzoeksvragen

Bijlage 2: Ambitieniveau; doelstelling en verwachting t.a.v. kwaliteitsniveau: toelichting

Bijlage 3. De 26 projecten (volgens het MLTP)

Bijlage 4. Infrastructuur: Uitgangssituatie

Bijlage 5. Acute zorg

Bijlage 6. Cijfers medische uitzendingen

Bijlage 7. Psychiatrie en verslavingszorg: omvang, doelstellingen, verwachtingen

Bijlage 8. Langdurige zorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg: de situatie

Bijlage 9: Abortus en euthanasie: hoe het was

Bijlage 10: het verzekeringsstelsel vóór de transitie

Bijlage 1: uitsplitsing onderzoeksvragen

De hoofdonderzoeksvraag is voor het onderzoek uitgewerkt in enkele onderzoeksvragen:

I. Welke doelstellingen en toezeggingen zijn er gedaan in het kader van de transitie voor zover het de gezondheidszorg betreft? En waren deze reëel?
   1. Welke doelstellingen zijn formeel geformuleerd?
   2. Welke toezeggingen zijn formeel gedaan?
   3. Zijn deze doelstellingen tijdens de transitieperiode veranderd?

II. Welke verwachtingen zijn er gewekt t.a.v. de transitie m.b.t. de gezondheidszorg?
1. Welke uitspraken vanuit VWS zijn er gedaan buiten de situaties ad I waaraan derden verwachtingen mochten ontlenen?
2. Kunnen deze met de wetenschap van toen, voor zover hier redelijkerwijs nog kennis over te achterhalen is, als reëel worden beschouwd?
3. En met de kennis van nu?
4. Welke andere verwachtingen zijn er gewekt, terecht of niet?

III. Wat is er tot nu gebeurd om de doelstellingen te realiseren? Dit betreft vragen als: hoe is de uitvoering verlopen: wat waren de knelpunten hierbij? Het volgende onderscheid behoeft niet voor alle aspecten van gezondheidszorg relevant te zijn.
1. In de periode tot de transitiedatum?
2. In de periode van 101010 tot 101012?
3. Is dit succesvol geweest? Zijn de beleidsdoelen bereikt? Bereikt ook in relatie tot de (verwachte en/of gerealiseerde) kosten?

IV. Wat moet er de komende paar jaar gebeuren?
1. T.a.v. wat er nog niet is bereikt, dan wel maatregelen t.a.v. evt. neveneffecten
2. Op basis van voortschrijdend inzicht, bijv. op basis van het geleerde uit vraag III.

Nb. Een vaak belangrijke evaluatievraag is, met name als het gaat om gevoerd beleid, in welke mate de resultaten op dit beleid zijn terug te voeren. Omdat het i.c. gaat om een korte periode van grote interventies en het niet waarschijnlijk is dat in die periode grote externe input is geweest die op hoofdlijnen het succes hadden kunnen veroorzaken, is dit punt om doelmatigheidsredenen niet verder in detail uitgewerkt. Er wordt dus van uitgegaan dat eventuele resultaten, ten positieve of ten negatieve, hoog correleren met het gevoerde beleid.

Bijlage 2: Ambitieniveau; doelstelling en verwachting t.a.v. kwaliteitsniveau: toelichting

Verantwoorde zorg is als vertrekpunt van kwaliteitsniveau genomen. Te vertalen als na te streven c.q. op een voor Nederland aanvaardbaar niveau. Verantwoorde zorg is immers geen statisch begrip.

Zo wordt ook in Nederland en andere Westerse landen geaccepteerd dat in sommige streken er suboptimale omstandigheden zijn. Bovendien wordt steeds meer duidelijk hoe belangrijk bij een aantal handelingen het volume is: hoe vaak wordt bijv. een ingreep gedaan door betreffende zorgverlener, waarbij vaak niet alleen het individu van belang is, maar het hele team in een adequate infrastructuur. Ofwel: de discussie over concentratie en spreiding.

De doelstellingen kunnen soms wel wat impliciet zijn, bijvoorbeeld door het vaststellen van het zorgverzekeringspakket: dit betekent dan dat een ieder hier voldoende toegang toe moet kunnen hebben tot de verzekerde zorg en er verantwoorde zorg wordt geleverd.

Tenslotte valt onder het begrip doelmatigheid, als aspect van verantwoorde zorg, ook de redelijkheid t.a.v. kosten. Op weg naar "Gepast Gebruik". Vanzelfsprekend hebben krimpende financiële mogelijkheden op enig moment consequenties voor wat als doelmatig wordt gezien. En aan de andere kant van het spectrum: zelfs bij onbeperkte financiële mogelijkheden zal niet alles kunnen, door genoemde volumebeperkingen maar ook doordat het op enig moment feitelijk onmogelijk is, bijv. door geografische ligging vs 'aanrijtijd'/'aanvliegtijd'.

De IGZ stelt[1] bijv. t.a.v. Sint Eustatius:

"De positie van het Queen Beatrix Medical Center op Statia is binnen het kader van de Nederlandse gezondheidszorg uniek te noemen. Het QBMC is het enige gezondheidscentrum op Statia waar somatische en geestelijke zorg kan worden gegeven. De kliniek vormt een (klein) onderdeel in de zorg naast het verzorgings/verpleegtehuis en de thuiszorgorganisatie. Op zich is dat niet zo uitzonderlijk, wel de geïsoleerde positie die voortkomt uit het gegeven dat Nederland op een afstand van bijna 7300 km ligt en de dichtstbijzijnde regionale ziekenhuizen alleen per vliegtuig bereikbaar zijn.

Door deze factoren is het moeilijk, zo niet onmogelijk dezelfde kwaliteitstandaard voor de zorg aan te houden zoals deze in Nederland geldt. Ook wanneer geld geen rol zou spelen."

En VWS-Projectleider Rob Sardeman:

Primair gaat het erom het niveau van de volksgezondheid en de zorg behoorlijk te verhogen. Voor zover dat kan, relativeert Sardeman, want het blijven eilanden. 'Met de beste wil van de wereld krijg je daar nooit de kwaliteit van de gezondheidszorg die wij in

[1] Inspectie voor de gezondheidszorg: Rapport van het inspectiebezoek aan het Queen Beatrix Medical Center Sint Eustatius op 28 november 2011, 22 februari 2012 en 3 mei 2012, juni 2012

Nederland gewend zijn. Daarvoor is de populatie ook te klein. Wij zetten ook geen zwaar opgetuigd academisch ziekenhuis op Terschelling."[2]

Als het echter gaat om verwachtingen is ook het volgende van belang:

De bestuurder van Fundashon Mariadal, G. Frans[3]:
"We gave a lot of autonomy, sacrifice to become part of Holland, so we can have improvement in education, social security and healthcare. The objective is that we are going to bring up the level and quality of healthcare to the Dutch level of healthcare, so it should become much better. If not, we are not doing our jobs right."

Minister Donner vatte de afwegingen samen[4]:

Het belang van het concretiseren van het voorzieningenniveau is niet gering. Een dergelijke uitwerking is een complexe uitdaging, het bestaande financiële kader een gegeven. We moeten komen tot een realistische inzet van de middelen waarbij de uitgaven tussen de verschillende beleidsterreinen én tussen de eilandelijke en rijksoverheid in balans zijn. Door hierover bovendien helder te communiceren, ook met de eilanden, wordt duidelijkheid gecreëerd over wat we van elkaar mogen verwachten en worden teleurstelling en frustratie voorkomen. Dergelijke duidelijkheid is er nu nog niet, waardoor de verwachtingen tussen eiland- en rijksoverheid uiteenlopen en het ambitieniveau per ministerie verschilt.
Er is ook nooit een uitspraak gedaan over wat wordt bedoeld met "een binnen Nederland aanvaardbaar voorzieningenniveau". Gezien de specifieke (regionale)omstandigheden en de afwijkende regelgeving is bewust niet gekozen voor een niveau dat gelijk is aan dat van Nederland. Dat zou een aanzuigende werking hebben en de concurrentiepositie van de eilanden ernstig verzwakken. In het belang van het ondernemingsklimaat betaalt men op de eilanden bovendien significant minder belasting dan men doet in het Europese deel van Nederland.
Tegelijkertijd zijn specifieke zaken uit de regio binnen Nederland niet aanvaardbaar of niet te realiseren vanwege de kleinschaligheid van de eilanden (bijvoorbeeld grote ziekenhuizen, eilandelijke universiteiten). Om vergelijkbare redenen is het onmogelijk Bonaire, Sint Eustatius en Saba één-op-één te vergelijken met andere eilanden in de regio. We zullen een ambitieniveau moeten benoemen dat zowel passend is in de regio, recht doet aan de integratie van de drie eilanden in het Nederlands staatsbestel als verantwoord is richting de burgers van Caribisch Nederland.
Mijn voorstel is dat we komen tot een gezamenlijk gedragen ambitieniveau ten aanzien van zowel rijks- als eilandelijke taken.

De Minister van VWS[5], in antwoord op o.m. de vraag of het het kabinet de opvatting van de eilandbesturen bekend is dat hen is toegezegd dat er sprake zal zijn van naar Nederlandse normen aanvaardbaar niveau, herhaalt de tekst van Minister Donner op onderdelen en voegt het volgende toe:

"Het kabinet streeft ernaar zichtbare verbeteringen te realiseren voor de bevolking van de eilanden. Dat is een proces waar enige tijd overheen gaat. Veel gaat goed, waardoor verbeteringen gerealiseerd zijn. Er doen zich ook problemen voor bij de implementatie, en dat heeft nadrukkelijk aandacht van het kabinet."

[2] Soa Aidsmagazine, 5 december 2010
[3] Bonaire reporter 28-1-2011- 11-2-2011:
[4] Brief aan de Ministerraad d.d. 23 september 2011
[5] TK 2010 -2011, 32 500 IV, nr. 49

In antwoord op een andere vraag: of de gezondheidszorg op de BES-eilanden op het beoogde niveau is antwoordt de Minister dat bij de transitie de zorg niet op het beoogde niveau was en dat er forse manco's werden aangetroffen. En dat pas bij de invoering van de zorgverzekering concreet gewerkt kon gaan worden aan zorgverbeteringen. En: "Uiteraard worden de meest urgente zaken daarbij het eerst aangepakt. Bepalende omstandigheden daarbij zijn dat het om eilanden gaat met een klein aantal inwoners en de eilanden relatief geïsoleerd in de Caribische regio liggen. Toegroei naar het gewenste niveau zal langere tijd vergen."

Er zijn diverse doelstellingen geuit qua niveau, waarvan de laatste paar "richting Nederlands niveau' of een 'voor Nederland acceptabel niveau, d.w.z. een niveau dat in Nederland ook aanvaardbaar zou worden gevonden' het meest gehoord en beschreven is. Over hoe Nederlands niveau kan worden geïnterpreteerd (in de stukken is dit verder niet concreet uitgewerkt) is in hoofdstuk 1. al het een en ander gezegd. Wanneer "richting Nederlands niveau" resp. een aanvaardbaar niveau is bereikt, is uiteraard ook niet scherp vast te stellen. Voorts komt hier nog bij dat 'het Nederlandse niveau' ook geen statisch gegeven is. De (voorgenomen) ingrepen in de zorg zullen niet op alle vlakken dezelfde beleefde kwaliteit van zorg opleveren als nu het geval is. Verwacht kan worden dat er vooral ingeleverd zal worden op aspecten als 'klantgerichtheid' en wellicht ook tijdigheid, maar ook state of the art-professionele kaders worden al ter discussie gesteld.

Vereiste zorgniveau in de wetgeving

De vigerende Wet Zorginstellingen BES sluit aan bij de Nederlandse Kwaliteitswet en WTZi en stelt over kwaliteit van zorg:

§ 1. Kwaliteit van de zorg

Artikel 8

1. Een zorgaanbieder biedt zorg aan die verantwoord is.

2. Zorg is slechts verantwoord te achten als die tenminste wordt verleend op basis van deskundigheid, van een goed niveau is, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.

Artikel 9

1. De zorgaanbieder organiseert de verlening van de zorg op zodanige wijze, voorziet de zorginstelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg.

2. De zorgaanbieder betrekt hierbij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieder, zorgverzekeraars en platvorm van patiëntenorganisaties.

3. Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van een patiënt in een zorginstelling gedurende tenminste een etmaal met zich meebrengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat desgewenst geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de levensovertuiging van de patiënt.

Artikel 10

1. Onder de in artikel 9, eerste lid, bedoelde organisatie wordt mede begrepen de

systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

2. Daartoe draagt de zorgaanbieder, mede afgestemd op de aard en de omvang van de zorginstelling, zorg voor:

a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
b. het aan de hand van deze gegevens op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van deze wet ter zake van de kwaliteit van de verleende zorg leidt tot een verantwoorde zorgverlening;
c. het op basis van deze toetsing zonodig verbeteren van de kwaliteit van de verleende zorg;
d. het verzekeren van geformaliseerde besprekingen tussen de leiding en de afdelingen of geledingen van een zorginstelling omtrent de kwaliteit van de zorg.

3. De zorgaanbieder streeft ernaar dat door middel van afstemming met andere zorginstellingen en zorgverzekeraars de continuïteit van de zorg in redelijkheid gewaarborgd is.

Artikel 11

Een zorginstelling richt de administratie, waaronder in ieder geval de medische- en de financiële administratie, op zodanige wijze in, dat te allen tijde inzicht kan worden verkregen in het functioneren van de zorginstelling.

Artikel 12

1. De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per zorginstelling een verslag ter openbare inzage, waarin verantwoording wordt afgelegd van het beleid dat in het afgelopen jaar ter uitvoering van deze wet ter zake van de kwaliteit van de verleende zorg is gevoerd.

2. In het verslag geeft de zorgaanbieder tenminste aan:

a. of en zo ja op welke wijze patiënten bij het kwaliteitsbeleid zijn betrokken;
b. in geval van een zorginstelling: de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de zorginstelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat ervan;
c. welk gevolg is gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

Afschrift van het verslag wordt gezonden aan Onze Minister en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, bedoeld in hoofdstuk IV, paragraaf 2, van de Gezondheidswet.

Verantwoorde zorg is in de Nederlandse Kwaliteitswet wat nader omschreven:

"De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt" (Wet KZi, art. 2).

Bijlage 3. De 26 projecten (volgens het MLTP[6])

De 26 projecten voor de korte termijn zijn als volgt benoemd:

"jeugdzorg & jeugdgezondheidszorg
3 x ontwikkeling van + nieuwbouw voor een Centrum voor Jeugd en Gezin
3 x ontwikkeling van + nieuwbouw voor buiten-/voor- en naschoolse opvang
1 x vervangende nieuwbouw jongereninternaat

1e en 2e lijnsvoorzieningen (extramuraal/inloop)
3 x ontwikkeling/uitbouw van 1e lijns gezondheidszorgvoorzieningen
3 x uitbouw van de home care (wijkverpleging,thuishulp/ambulante ggz e.a.)
1 x uitbouw/upgrading poliklinische voorzieningen ziekenhuis
1 x realisatie poliklinische voorzieningen psychiatrie incl crisisfaciliteiten

1e en 2e lijnsvoorzieningen (intramuraal/transmuraal)
1 x ontwikkeling dagverpleging in bestaand verpleeghuis
3 x realisatie aanleunwoningen/beschut wonen voor ouderen incl dagopvang
1 x uitbouw capaciteit en faciliteiten tbv verslavingszorg en gehandicaptenzorg

GHOR (geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen)
3 x stationeren GNK (uit NL capaciteit) + vorming SIGMA team(vrijwilligers)
3 x medevac helikopter via uitbreiding Kustwacht NA met 2e heli op Curaçao

***GGD p.m.*"**

[6] De Brouwer, FA. De Brouwer Advies en Architectuur. Middellange Termijn Plan voor de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen en voorzieningen voor Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (G.H.O.R.) voor de BES eilanden. Advies in opdracht van het Ministerie van VWS (30 nov. 2008)

Bijlage 4. Infrastructuur: Uitgangssituatie

t.a.v. Bonaire

Ziekenhuis

T.a.v. het ziekenhuis werden in de uitgangssituatie de bouwkundige voorzieningen en inrichting (medisch en overig) als relatief goed beoordeeld. De capaciteit werd als voldoende beschouwd voor wat zich aandiende: lokale medische hulp. Er waren onvoldoende mogelijkheden om hedendaagse diagnostiek bij bepaalde acute zorg te kunnen verrichten, zoals een CT-scan. Ondersteunende maar wel noodzakelijke infrastructuur, zoals gedegen statusvoering die evt. ook nog digitaal toegankelijk is, was er niet. Dit is overigens niet alleen te wijten aan de infrastructuur, maar ook aan de attitude: een status zal altijd adequaat gevuld en onderhouden moeten worden, digitaal of niet.

Veel voorkomende verwijzingen, zoals het dialyseren, moesten bij gebrek aan voorzieningen van het eiland af. Dit alleen al leidde tot een groot aantal[7] 'medische uitzendingen'.

Door het gebrek aan voldoende diagnostische voorzieningen en medisch specialistische behandelmogelijkheden werd veel verwezen naar m.n. Curaçao; hiertoe was op zich adequaat transport.

Acute zorgvoorzieningen:

Dit betrof de eerste opvang en transport op het eiland en (zo nodig) transport van het eiland af. Twee van de drie ambulances waren onvoldoende geëquipeerd, sterk verouderd.

t.a.v. Sint Eustatius:

Statia had van de drie eilanden qua (curatieve) zorgvoorzieningen waarschijnlijk de grootste achterstand waar ook het minste grip op was. Het ziekenhuis was sterk verouderd ten opzichte van wat redelijkerwijs nodig is; de bouwkundige voorzieningen, maar ook elektriciteit, de apparatuur enz.; veiligheid stond onder druk. Het totaalbeeld t.a.v. de gezondheidszorg, incl. de infrastructuur, werd algemeen als zeer zorgelijk gezien.

De deplorabele staat èn de verwachtingen werden bijv. als volgt in de media gebracht:

Nieuw ziekenhuis
Het gebouw waarin het huidige ziekenhuis is gehuisvest is ruim 60 jaar oud en vertoont zoveel gebreken. Het dak lekt, de riolering werkt niet goed en de elektriciteit is verouderd. "Het hele gebouw is gedateerd", volgens Sneek. "Bovendien kunnen we het gebouw niet efficiënt gebruiken en is uitbreiding niet mogelijk, maar wel gewenst."

Nederland wil graag verbouwen, maar iedereen op het eiland - van medische staf tot aan de overheid - vindt dat nieuwbouw veruit de voorkeur verdient. Minister Donner van Koninkrijksrelaties heeft de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het nieuwbouwbesluit

[7] Door gebrek aan registraties en weinig overdracht vanuit de oude zorgverzekeringen naar ZVK is niet goed duidelijk om hoeveel het ging en welke kosten hiermee gemoeid waren

bij de Raad van Toezicht gelegd. Als zij de financiering rond kunnen krijgen, kan in 2013 de eerste spade in de grond. "En dat gaat ook gebeuren", aldus Sneek[8].

t.a.v. Saba:

Situatie vóór 101010.

Volgens het MLTP diende het het medisch centrum bouwkundig fors verbeterd te worden of diende zelfs tot nieuwbouw te worden over gegaan[9].

Acute zorg

Spoedvervoer was beperkt en 's nachts onmogelijk. Ambulances waren verre van up to date en niet toegerust voor hun taak. De zeer specifieke situatie met een van de kortste landingsbanen ter wereld en kwetsbaarheid qua storm, 'cross winds' etc. maakt dat het eiland niet altijd eenvoudig toegankelijk en/of te verlaten is. In het donker is was vliegverkeer niet toegestaan.

[8] 'Gezondheidszorg op Sint Eustatius verander je niet in één dag'. 25-10-2011.
http://www.rnw.nl/caribiana/article/gezondheidszorg-op-sint-eustatius-verander-je-niet-%C3%A9%C3%A9n-dag

[9] De Brouwer, FA. De Brouwer Advies en Architectuur. Middellange Termijn Plan voor de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen en voorzieningen voor Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (G.H.O.R.) voor de BES eilanden. Advies in opdracht van het Ministerie van VWS (30 nov. 2008)

Bijlage 5. Acute zorg

Hoe was het?

De eerste hulp
De eerste hulp aan acute patiënten werd op alle eilanden geboden in het ziekenhuis, op geen van de eilanden was een aparte huisartsenpost aanwezig. Op Bonaire waren er iets meer mogelijkheden om patiënten te stabiliseren, maar op Saba en Sint Eustatius was de enige hulp die geboden kon worden de huisartsenzorg 'plus'. De accommodatie voor acute psychiatrische patiënten op Sint Eustatius was ver onder de maat. Zie voor verdere informatie hierover de paragraaf GGZ en verslavingszorg. Op Bonaire was een decompressietank aanwezig om duikongevallen op te kunnen vangen. Deze kwamen jaarlijks zo'n 10 – 20 keer voor, aldus De Brouwer[10]. De faciliteiten voor diagnostiek waren op alle drie de eilanden zeer beperkt. Op Bonaire en Saba hadden de artsen wel de mogelijkheid röntgenfoto's te maken.
De beperkte mogelijkheden om acute patiënten op te vangen en te stabiliseren betekende dat zij zo snel mogelijk vervoerd moesten worden naar een ziekenhuis in de regio. In de meeste gevallen was dat het Sint Elisabeth Hospitaal op Curaçao vanuit Bonaire en het ziekenhuis op Sint Maarten vanuit Saba en Sint Eustatius.

Medisch spoedvervoer
Alle drie de eilanden beschikten over ambulances, die echter in slechte staat verkeerden en aan vervanging toe waren (behalve één van de drie ambulances op Bonaire). Ook het ambulancepersoneel was onvoldoende geschoold. Op Bonaire rukten de ambulances op jaarbasis 350 – 400 keer uit[11]. 50 – 75 Keer per jaar gingen patiënten voor spoedeisende hulp van het eiland af. De Brouwer heeft 2-3% als uitgangspunt genomen. Waar dit percentage op gebaseerd is, is onduidelijk, maar kennelijk niet op de exacte aantallen van spoedeisende medische uitzendingen op de drie eilanden.

Voor medisch spoedvervoer per vliegtuig deed het ziekenhuis op Bonaire een beroep op een particulier vliegtuig. Dit vliegtuig was volstrekt niet ingericht als een soort "air-ambulance".

Vanuit Saba werden acute patiënten met Winair vervoerd. Deze vliegtuigen hadden geen uitgebreide medische apparatuur aan boord. De Brouwer beschreef dat in sommige gevallen Winair niet bereid was de acute patiënten te vervoeren, in dat geval werd er een beroep gedaan op een ambulancehelikopter van de eilanden Tortola of St Kitts. Dit stuitte dan vaak weer op problemen op het vlak van de vooraf verlangde zekerheid van vergoeding van de vliegkosten. Volgens De Brouwer had Saba op jaarbasis rond de 25 patiënten die voor spoedeisende hulp op het vliegtuig werden gezet.
's Avonds en 's nachts was er geen spoedvervoer mogelijk op Saba, omdat het vliegveld vanwege veiligheidsredenen gesloten was. Ook wanneer er te veel wind stond, of de windrichting verkeerd was (crosswinds), was het voor vliegtuigen niet mogelijk te landen. Sint Eustatius maakte ook gebruik van Winair voor spoedvervoer. Op Sint Eustatius was het wel mogelijk 's avonds en 's nachts te landen. Bij noodsituaties op de eilanden was men dus afhankelijk van spoedvervoer per vliegtuig.

Al met al kostte het veel tijd acute patiënten vanuit alle drie de eilanden opgenomen te krijgen in het ziekenhuis op Curaçao of Sint Maarten. De vliegtijd vanuit Bonaire, Saba en Sint Eustatius naar respectievelijk Curaçao en Sint Maarten is ongeveer 15 minuten, maar de ambulances van en naar de vliegvelden hebben op sommige eilanden ook flinke aanrijtijden.

[10] De Brouwer, FA. De Brouwer Advies en Architectuur. Middellange Termijn Plan voor de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen en voorzieningen voor Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (G.H.O.R.) voor de BES eilanden. Advies in opdracht van het Ministerie van VWS (30 nov. 2008) Bonaire, p. 63
[11] De Brouwer, p. 65.

Aanrijtijden

Hoewel dit onderzoek niet beschikt over officiële aanrijtijden van de ambulances, is een inschatting goed te maken. Vanuit het ziekenhuis op Bonaire en Sint Eustatius is het niet langer dan 5 minuten rijden naar de luchthaven. De ligging van het ziekenhuis op Saba ten opzichte van het vliegveld is echter een stuk slechter, daar heeft een ambulance met een acute patiënt toch snel 15 minuten nodig om bij het vliegveld te komen. Ook het Sehos op Curaçao en het ziekenhuis op Sint Maarten hebben geen gunstige ligging ten opzichte van het vliegveld. Op Curaçao is het met de ambulance ongeveer 10 minuten rijden vanaf het vliegveld naar het Sehos. Afhankelijk van de veelal verstopte wegen op Sint Maarten zal de ambulance er hier snel tussen de 10 minuten en drie kwartier uur over doen om van het vliegveld naar het ziekenhuis te komen. In totaal kwam de aanrijtijd van ziekenhuis Bonaire naar ziekenhuis op Curaçao dus op ca een half uur; vanuit Saba en Sint Eustatius naar Sint Maarten ca. 30 tot 75 minuten . Bij dit alles is geen 'laadtijd' opgenomen. Ter vergelijking: In Nederland geldt dat de maximale tijd *all in* 45 minuten mag zijn. Hierbij wordt er wel van uit gegaan dat er nog een flinke tijd nodig is om patiënt te stabiliseren in de ambulance (het gaat hier niet om tijd tussen ziekenhuis en ziekenhuis). Voorts moet aangetekend worden dat in de periferie van Nederland (Waddeneilanden, Zeeuws Vlaanderen) deze tijden niet gegarandeerd worden gehaald[12]. Dit wordt acceptabel geacht. T.a.v. traumateams wordt gesteld dat dit alleen zinvol is als deze er binnen 30 min. kunnen zijn.

Wat is er gebeurd? Meer in detail.

In het Inspectierapport staat gedetailleerd beschreven wat er de afgelopen twee jaar gebeurd is, wat de randvoorwaarden voor en problemen rondom spoedvervoer door de lucht zijn en wordt er tevens een advies uitgebracht over hoe het spoedvervoer er uit zou moeten zien. De inspectie concludeert dat het medisch spoedvervoer door de lucht ingewikkeld is omdat:

- In deze regio de wetgeving van zowel Sint Maarten als Nederland opgaat, zowel op het gebied van de luchtvaart als de gezondheidszorg.
- Zowel de luchtvaart- als de gezondheidszorg -inspecties van beide landen houden toezicht.
- Saba 's nachts niet toegankelijk is voor fixed wing aircraft.
- Op Saba de baanlengte dermate kort is dat niet met straalvliegtuigen kan worden geland.
- Gezien de hogere kosten van straalvliegtuigen op Sint Eustatius alleen in specifieke situaties van dit type vliegtuig gebruik wordt gemaakt.

Sinds februari 2012 is op Sint Eustatius door National Helikopters een helikopter gestationeerd die het spoedvervoer voor Saba en Sint Eustatius zowel overdag als 's nachts verzorgt. Voor een helikoptermaatschappij is gekozen omdat dit het enige 'vliegtuig' is dat 's nachts op Saba mag landen[13]. Hiermee is het 24/7 spoedvervoer gerealiseerd, zij het dat deze helikopter met regelmaat uitvalt. Er is geen goede backup van de helikopter georganiseerd. Bij slechte weersomstandigheden kan er niet gevlogen worden op Saba, waardoor acute patiënten niet van het eiland kunnen.

National Helikopters heeft Nederlandse toestemming om overdag en 's nachts op Saba en Sint Eustatius te landen en op te stijgen en toestemming dit tevens op Sint Maarten te doen.

[12] In 2008 kon ca. 57.000 inwoners niet binnen 45 minuten met een ambulance een SEH bereiken; ca. 340.000 mensen konden niet met eigen vervoer een SEH bereiken (www.zorgatlas.nl, geraadpleegd 8 nov. 2012)

[13] Inspectie voor de Gezondheidszorg, Over de kwaliteit van het transport van patiënten door de lucht tussen St Eustatius, Saba en Sint Maarten. juli 2012, p. 15

De andere provider van acuut spoedvervoer is Winair. Deze belangrijke speler in het electieve vervoer van patiënten kan overdag en ’s nachts op Sint Eustatius landen, maar alleen overdag op Saba (en dan nog indien de wind goed staat). Het ontbreekt bij Winair echter aan een vergunning van de autoriteiten van Sint Maarten om Air Ambulance vervoer uit te voeren. Het ligt in de lijn der verwachting dat Winair aan de vergunningseisen gaat voldoen en zich opnieuw aanbiedt als provider.
Omdat National Helikopters met maar één toestel in de regio kwetsbaar is voor uitval zou dit een goede ontwikkeling zijn, zeker als beide vliegmaatschappijen met elkaar zouden samenwerken op dit gebied.

Het inspectierapport geeft aan dat in de bouwplannen van het ziekenhuis op Sint Maarten het opstarten van een heliplatform is verwerkt. Als dit daadwerkelijk wordt verwezenlijkt, dan wordt direct vervoer per helikopter naar het SMMC mogelijk. Dit zou veel winst opleveren, gezien de lange aanrijtijden tussen het vliegveld en het ziekenhuis.

Bijlage 6. Cijfers medische uitzendingen[14]

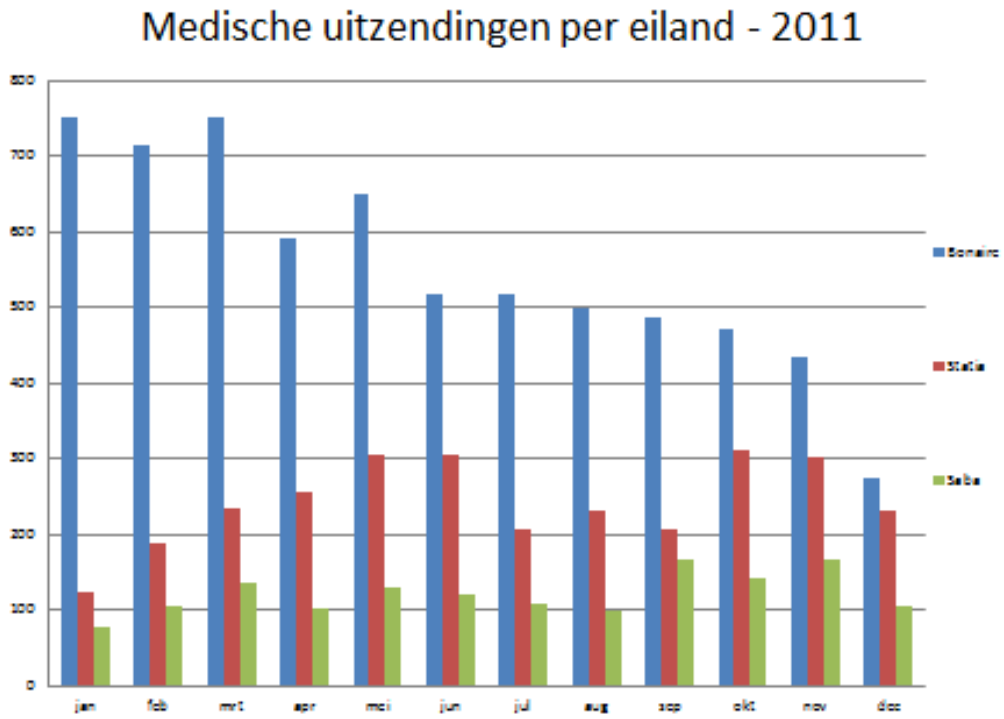
Bonaire
In totaal hebben er in 2011 rond de 6500 medische uitzendingen vanuit Bonaire plaatsgevonden. 139 Patiënten zijn uitgezonden naar Colombia, 122 patiënten naar Aruba en de rest naar Curaçao (met uitzondering van 2 uitzendingen naar Nederland).

In 1.486 gevallen ging er een begeleider met de patiënt mee (22%). Het feit dat er op Bonaire een nierdialyse is ingericht heeft tot een flinke daling van het aantal medische uitzendingen naar Curaçao geleid. 14 patiënten reisden iedere week op en neer naar Curaçao om gedialyseerd te worden.

Vanaf april 2011 is er een duidelijke daling van het aantal medische uitzendingen op Bonaire zichtbaar geworden. In de maanden januari, februari en maart 2011 werden er meer dan 700 mensen uitgezonden voor specialistische zorg. In april 2011 lag dit aantal rond de 590 en in november 2011 op iets meer dan 400 patiënten.

Deze daling heeft zich voort gezet in 2012. De eerste zes maanden van 2012 zijn er 1983 mensen op medische uitzending gegaan, ten opzichte 2678 personen in het laatste half jaar van 2011. Dit is een daling van 36%. Ten opzichte van het eerste halfjaar van 2011 (3976 uitzendingen) zijn de medische uitzendingen vanuit Bonaire met 51% gedaald. Ten opzichte van het eerste half jaar van 2011 zijn de medische uitzendingen naar Curaçao behoorlijk omgebogen naar Colombia. Dit waren er 3926, maar zijn er in het eerste jaar van 2012 1707. Dit is een daling van 57%. Hierbij dient wel rekening gehouden worden dat het totale aantal medische uitzendingen met 51% is afgenomen. Het aantal uitzendingen naar Colombia is in 2012 ten opzichte van het eerste half jaar van 2011 niet gedaald, maar met 14% gestegen. Ook gaan er meer patiënten naar Aruba (80), een stijging van 34% ten opzichte van het eerste half jaar 2011 (48). Een punt van aandacht is wel dat de uitzendingen naar Nederland ook gestegen zijn, in het eerste half jaar van 2011 waren dit er 19, de eerste twee kwartalen van 2012 zijn er 24 personen naar Nederland gegaan.

[14] Op grond van gegevens van het Zorgverzekeringskantoor



Bron: Fundashon Mariadal

Saba
In 2011 hebben er vanuit Saba 1.466 medische uitzendingen plaatsgevonden. 570 maal ging er een begeleider mee (39%). Van de 1466 medische uitzendingen gingen er 1333 naar Sint Maarten, 80 naar Curaçao, 17 naar Colombia, 12 naar Guadeloupe, 12 naar Aruba en 6 naar de Verenigde Staten. Ook naar Puerto Rico en Nederland werden twee mensen verwezen. Uit deze cijfers blijkt dat de artsen in vergelijking met Sint Eustatius meer medische uitzendingen regelden naar bestemmingen 'buiten het gebaande pad', zoals de VS en Nederland.

Het aantal medische uitzendingen vanuit Saba is ten opzichte van het eerste half jaar van 2011 (674) in het tweede half jaar van 2011 (792) met 18% toegenomen. De cijfers van het eerste half jaar 2012 (863) laten zien dat deze stijging is doorgezet, ten opzichte van het eerste half jaar van 2011 gaan er 28% meer mensen op medische uitzending en ten opzichte van het laatste half jaar van 2011 is de stijging 8%. Deze stijging is fors, vooral vergeleken met het constante aantal medische uitzendingen op Sint Eustatius.

Er is een lichte stijging te zien in het aantal medische uitzendingen naar Guadeloupe. In de periode juli t/m december 2011 waren er 12 uitzendingen met deze bestemming, in het eerste half jaar van 2012 zijn dit er 14 geweest. Dit is 1,6% van de medische uitzendingen. 36 personen werden naar Colombia gestuurd voor specialistische zorg, ten opzichte van 10 personen in het tweede half jaar van 2011.

Sint Eustatius

Vanuit Sint Eustatius waren er in 2011 2.912 medische uitzendingen. Het grootste deel van de medische uitzendingen ging naar Sint Maarten (2.070) en het Franse deel van dit eiland (496). 12 personen werden verwezen naar Guadeloupe, 2 personen naar Venezuela en 1 iemand naar Nederland.

Voor de medische uitzendingen vanuit Sint Eustatius geldt dat, in tegenstelling tot uitzendingen vanuit Saba, dit aantal behoorlijk constant is. Het aantal medische uitzendingen is ten opzichte van het eerste half jaar van 2011 (1417) in het tweede half jaar van 2011 (1495) slechts met 5% toegenomen. De cijfers van het eerste half jaar 2012 (1378) laten zien dat deze lichte stijging is omgezet in een lichte daling (3%) ten opzichte van het eerste en tweede half jaar van 2011.

In 2011 gingen er 12 patiënten naar Guadeloupe voor medisch specialistische zorg. Het grootste deel van de medische uitzendingen ging naar Sint Maarten, waarvan 2.070 uitzendingen naar het Nederlandse deel en 496 naar het Franse deel. Van deze patiënten gingen er 459 gingen hier naar de (ook Engels en/of Nederlands sprekende!) oogarts. 330 Medische uitzendingen gingen naar Curaçao.

Voor Saba en Sint Eustatius is in het eerste half jaar van 2012 een stijging zichtbaar van de uitzendingen naar Guadeloupe, 33 personen zijn hiernaartoe verwezen ten opzichte van een totaal aantal 12 personen in heel 2011. Uiteindelijk bedragen de medische uitzendingen naar Guadeloupe echter nog geen 2% van het totaal. 13 personen werden naar Colombia verwezen voor specialistische zorg.

In 2011 ging er bij 412 uitzendingen een begeleider mee (14%) Het verschil in het relatief aantal gevallen waarin een begeleider meegaat op medische uitzending verschilt sterk per eiland (39% Saba, 14% Sint Eustatius).

Bijlage 7. psychiatrie en verslavingszorg: omvang, doelstellingen en verwachtingen

De volgende gegevens zijn ontleend aan het plan van aanpak van Novadic-Kentron[15]. De cijfers die er zijn, zijn indicatief, geven een orde van grootte aan. De meest betrouwbare cijfers zijn die over Bonaire in 2008[16]. In Bonaire werden in 2008 ruim honderd mensen (een kwart hiervan is kind) aangemeld met psychiatrische en/of verslavingsproblemen. Hiervan werden 39 mensen met chronische problemen en er werden zes tot zeven patiënten overgeplaatst naar de Caprilleskliniek op Curaçao. Er zijn in 2012 vier patiënten naar Nederland gestuurd. Er is geen goede registratie m.b.t. de problematiek op Sint Eustatius en Saba.

De visiterende psychiaters op Sint Eustatius zien per bezoek ca. vijftig mensen. Er zijn 22 chronische cliënten. De kinder- en jeugdpsychiater heeft ca 15 kinderen onder behandeling. Er zijn ca 12 crisissituaties per jaar. Een enkele cliënt wordt opgenomen in de Caprilleskliniek.

Van Saba is volgens het Novadic-Kentronrapport weinig bekend. Er zijn, geschat, enkele honderden alcoholverslaafden en enkele tientallen harddrugsgbruikers en jaarlijks ca. vijf crisissituaties. Er zijn nu twee patiënten in Nederland voor opname.

Het MLTP bevatte ook advies op het gebied van psychiatrie. Over Bonaire werd gesteld:

Dit is een zorgvoorziening waar op korte termijn in voorzien zou moeten worden. In het verleden is door het bouwcollege, op basis van toenmalige richtcijfers/normen becijferd dat op Bonaire behoefte bestond aan 8 klinische bedden, 8 plaatsen voor deeltijdbehandeling en een polikliniek. Geen van bovenstaande voorzieningen zijn gerealiseerd. In het kader van het in 2000 door FM ontwikkelde Masterplan zijn daar wel voorstellen voor opgenomen die geactualiseerd dienen te worden.

GGZ en verslavingszorg is diverse malen als onderwerp met een zekere prioriteit benoemd.

In het Infoblad RSC 2009 werd gesteld dat:
voor het ziekenhuis op Bonaire worden voor de zogenaamde basisspecialismen chirurgie, anesthesiologie, gynaecologie, interne geneeskunde, kindergeneeskunde en psychiatrie specialisten aangetrokken.

Tenslotte maakten acties op het gebied van GGZ en verslavingszorg deel uit van de zgn. 26 projecten uit het MLTP zoals opgesteld door De Brouwer; deze zijn (met kanttekeningen) bestuurlijk vastgesteld als prioriteit voor de korte termijn, d.w.z. t/m 2012[17]:

"Het plan (26 projecten op de volle breedte van zorg, volksgezondheid en jeugd) is op hoofdlijnen vastgesteld en vormt de basis voor een meerjarig programma van concrete en noodzakelijke verbeteringen."

[15] Novadic-Kentron: *Verslavingszorg en psychiatrie in Caribisch Nederland - Plan van aanpak 2011-2016: Daadkracht op korte termijn en empowerment op de langere termijn (2011)*
[16] Novadic-Kentron: id
[17] Besluitenlijst BES bestuurlijk overleg 20 november 2008 te Den Haag

"Naast verbeteringen van de curatieve zorg, de jeugdgezondheidszorg en verpleging en verzorging krijgen geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en gehandicaptenzorg bijzonder aandacht vanwege de achterstanden op dit terrein."

"Hierbij is wel aangemerkt dat het tempo waarin de projecten daadwerkelijk worden gerealiseerd afhangt van de beschikbare financiële middelen, absorptiecapaciteit van de eilanden, de beschikbaarheid van externe ondersteuning e.d. "

Dit werd min of meer geconcretiseerd in:

3 x uitbouw van de home care (wijkverpleging,thuishulp/ambulante ggz e.a.)

1 x realisatie poliklinische voorzieningen psychiatrie incl. crisisfaciliteiten

1 x uitbouw capaciteit en faciliteiten t.b.v. verslavingszorg en gehandicaptenzorg
Naast deze afgesproken doelstellingen zijn er ideeën geopperd en uitspraken gedaan die onder het kopje "verwachtingen gewekt" kunnen worden geschaard:

Uit het MLTP, 2008[18]:

- *het is dringend aan te bevelen de actuele behoefte te onderzoeken en te bezien op welke wijze daarin voorzien kan worden.*
- *voor klinische capaciteit een integratie met het verpleeghuis mogelijk is, dient nader beschouwd te worden evenals capaciteit voor kortdurende opnamen.*
- *Huisartsen/ verpleegkundigen additionele opleiding geven om adequater te kunnen handelen*
- *400m2 voor aangegeven functies; voor tijdelijke opname faciliteiten is het uitgangspunt te streven naar combinatie / integratie in het verpleeghuis.*

- ***Verslavingszorg***
  Behoefte komen voort uit gesprek Krusada: terugdraaien van de sluiting van opnamebehandelcapaciteit van 12 plaatsen behoefte aan meer opname/behandelcapaciteit en de wens tot differentiatie m/v.
  24 plaatsen voor cliënten op vrijwillige basis en 8 plaatsen gesloten afdeling voor justitionele cliënten.
- *Vorming van inloopcentra, faciliteiten in enkele wijken als Rincon en Antriol bv. Door huren bestaand pand en daarmee de drempel voor hulpmijders te verlagen. Daarbij kan gedacht worden aan de wijkgezondheidscentra.*

T.b.v. Sint Eustatius:

- *Opnamefaciliteit psychiatrische patiënten integreren in ziekenhuis (separeerkamer)*

- *GGZ valt nu nog onder GGD, eventueel privatiseren*

- *Verslavingszorg, hygiënische dienst, infectiepreventie en bestrijding, GHOR dient allemaal verbeterd of opgezet te worden.*

[18] De Brouwer, FA. De Brouwer Advies en Architectuur. Middellange Termijn Plan voor de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen en voorzieningen voor Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (G.H.O.R.) voor de BES eilanden. Advies in opdracht van het Ministerie van VWS (30 nov. 2008)

In een interview met de toenmalige gezant, Oudendijk[19] werden als doelstellingen genoemd:

i. *Einde van de willekeur aan overvliegende ambtenaren zonder enig verstand van zaken*
ii. *Eilanden in kosten en omvang vergelijkbaar met Vlieland*
iii. *Forse achterstanden: m.n. GGZ, verslavingszorg, gehandicaptenzorg; "er mag straks geen psychiatrisch patiënt het eigen eiland meer af"*
iv. *Aantal uitzendingen met 70 – 80% naar benden*
v. *"Alleen een bepaald aantal (m.s. etc.) dat voldoet aan de Nederlandse registratie- en herregistratie-eisen komt de BES nog op"*

[19] Crul, V.M.: Drie tropische gemeenten erbij. VWS ook verantwoordelijk voor gezondheidszorg Bonaire, Saba en Sint Eustatius. Medisch contact, 64, nr. 10., p. 404 – 408 (2008)

Bijlage 8. Langdurige zorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg: de situatie

FKPD heeft verschillende faciliteiten voor op dit moment zestig cliënten. 21 Cliënten verblijven in een gezinsvervangend tehuis (GVT). Het gaat hier om 20 volwassenen en één kind. Deze GVT is eigenlijk geen goede plek voor jongeren of ouderen, voor deze doelgroep zouden twee aparte huizen gebouwd moeten worden, aldus FKPD. De overige 40 personen wonen bij hun familie.

Van de 60 cliënten gaan 24 mensen naar de dagopvang in de Kralendijk. Deze dagopvang heeft momenteel een wachtlijst van drie personen. De overige 36 personen gaan naar de 'arbeid, training en vorming' (ATV) in Rincon. Momenteel staan er vijf personen op de wachtlijst van de ATV in Rincon. De ATV is te vergelijken met een sociale werkplaats in Nederland. Op het terrein in Rincon werken mensen in de keuken, de wasserette, de plantenkas, de kaarsenmakerij, het wagenpark en binnenkort ook in de zeepmakerij. De FKPD neemt een belangrijke plek in de samenleving van Rincon in. Zo kunnen mensen hier hun was brengen of lunchen. Dit was voor oktober 2010 ook al zo. Een groot deel van de werknemers had geen adequate opleiding (in ieder geval Sociaal Pedagogische Werker niveau 3 of 4).

FKBO

De huidige locatie van de stichting is aan de kleine kant. Hierdoor kan de stichting eigenlijk niet uitbreiden in personeel en is er te weinig ruimte om meerdere cliënten tegelijkertijd te ontvangen op de stichting. Tevens is de privacy van patiënten ver te zoeken. Bij het binnenkomen stap je gelijk de ruimte in waar gesprekken met cliënten en groepssessies plaatsvinden.

Bijlage 9: abortus en euthanasie: hoe het was

Abortus

Onder het land De Nederlandse Antillen was abortus provocatus illegaal. Ofschoon deze illegaliteit kwam abortus wel veelvuldig voor. Vanwege een gebrekkige registratie zijn over de periode van voor 2010 geen exacte cijfers bekend, maar voor alle drie de eilanden geldt dat ongeveer 1/3 van de zwangerschappen werd afgebroken[20]. Op Bonaire bestond voor zwangere vrouwen de mogelijkheid tot 9 weken hun zwangerschap af te laten breken bij twee huisartsen op Bonaire via medicinale abortus. Vrouwen die langer zwanger waren dan 8 weken werden doorverwezen naar Curaçao, waar meerdere artsen abortus uitvoerden tot in ieder geval 12 weken. Deze constructie was een publiek geheim en werd gedoogd door de Inspectie voor Gezondheidszorg van de Nederlandse Antillen. De artsen op Bonaire werkten volgens een protocol dat met artsen op Curaçao ontwikkeld was. De kosten voor een medicinale abortus bedroegen ongeveer 120 euro en werden niet vergoed door de verzekeraar. Ondanks de illegaliteit hadden vrouwen op Bonaire dus in beperkte mate toegang tot abortus, die in relatief veilige omstandigheden werd uitgevoerd. De kosten waren echter hoog en waar vrouwen voor abortus boven de 12 weken terecht konden was niet duidelijk.

Op Saba en Sint Eustatius lag de situatie anders, vrouwen konden hier over het algemeen niet terecht voor abortus op het eiland zelf. Slechts in zeer beperkte mate werden op Sint Eustatius medicijnen verstrekt die een abortus opwekken. Veel vrouwen weken uit naar Sint Maarten voor abortus, soms via een verwijzing van hun huisarts, maar vaker vanuit privacyoverwegingen op eigen initiatief. Op het Nederlandse deel van Sint Maarten was het mogelijk een zwangerschap tot 16 weken bij tenminste 2 huisartsen te laten afbreken en in het ziekenhuis waren gynaecologen bereid vrouwen tot 22 weken te helpen. De kosten liepen op tot 330 euro voor een abortus bij een zwangerschap van 15 weken. Op deze twee huisartsen was geen enkele controle. In tegenstelling tot het Nederlandse deel van Sint Maarten was abortus in het eerste trimester op het Franse deel van Sint Maarten wel legaal. Voor vrouwen van Saba en Sint Eustatius was abortus dus via allerlei omwegen wel toegankelijk, maar de kosten lagen erg hoog en de veiligheid van de patiënt was bij abortus bij de huisartsen op de Nederlandse kant absoluut niet gegarandeerd.

Euthanasie

Euthanasie was voor de staatkundige verandering niet toegestaan. Dit was ook niet zo'n probleem, want het had geen draagvlak onder de bevolking en onder de zorgverleners. Cultuur, religie en invloed vanuit Amerika (met name de bovenwindse eilanden zijn qua venster op de wereld sterk op Amerika gericht) maakten dat de bevolking geen behoefte had om beleidswijzingen t.a.v. euthanasie te entameren. Integendeel.

[20] Wiele, W.M. van der: *Abortus provocatus op de BES eilanden. Een nulmeting.* In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010)

Bijlage 10: het verzekeringsstelsel vóór de transitie

Zorgverzekeringen Nederlandse Antillen

Het land Nederlandse Antillen had een verzekeringssysteem dat bestond uit overheids- en particuliere verzekeringen gericht op specifieke groepen personen, waaronder ambtenaren en particulieren. Niet iedereen was echter verzekerd en er was niet altijd sprake van rechtsgelijkheid doordat zorg en politiek met elkaar verweven waren. Onder andere de ouderenzorg en een deel van de medische uitzendingen werden uit de eilandbegroting betaald, waardoor de politiek de mogelijkheid had invloed uit te oefenen op de mate van zorg die individuen ontvingen. De AVBZ (Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten) vergoedde de langdurige zorg en was vergelijkbaar met de Europees-Nederlandse AWBZ. De kosten voor bejaardenzorg vielen hier echter buiten en werden gedekt vanuit de eilandbegroting.

Op het gebied van curatieve zorg waren verschillende verzekeraars actief.

- Ambtenaren en hun gezinsleden waren verzekerd via het Bureau Ziektekostenverzekeringen (BZV).
- De sociale Verzekeringsbank (SVB) was de publieke verzekering. De SVB verzekerde drie verschillende groepen mensen. Allereerst de SVB werknemers en hun gezinsleden in de particuliere sector met een inkomen lager dan NAF 4.400,- per maand. Daarnaast gepensioneerde ambtenaren en hun gezinsleden via het FZOG (Fonds Ziektenkosten Overheids Gepensioneerden). De derde groep SVB-verzekerden waren zogenaamde PP (pro pauper) kaarthouders, waarmee de SVB het overheidsvangnet voor on- en minvermogenden vormde.
- Werknemers in de particuliere sector en zelfstandigen en hun gezinsleden met een inkomen boven de NAF 4.400,- dienden zich te verzekeren bij particuliere verzekeraars zoals Fatum, Ennia, Alico etc.

De kosten van medische uitzendingen naar andere (ei)landen werden meestal gedekt door de verzekeraars. Echter, voor SVB verzekerden gold dat medische uitzendingen buiten de Nederlandse Antillen niet gedekt werden. Wanneer deze personen op zorg in het buitenland aangewezen waren, werd dit veelal vergoed vanuit de eilandbegroting.

Ongeveer 55 tot 60% van de bevolking was verzekerd bij de SVB, 30-35% bij de BZV en ca. 10% bij particuliere verzekeraars. Echter, een deel van de bevolking was onverzekerd. Uit de Health Study Sint Eustatius in 2001 blijkt dat toen 7% van de bevolking onverzekerd was.