

Vergaderjaar 2012–2013

CI **Werkbezoek Caribisch deel Koninkrijk januari 2013**

C **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**
Vastgesteld 12 februari 2013

De leden van de vaste commissie voor Koninkrijksrelaties hebben op 22 januari 2013 met de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een mondeling overleg gevoerd over de maatregelen ten aanzien van de zorgkosten in Caribisch Nederland. De commissie heeft naar aanleiding van dit overleg een aantal aanvullende vragen gesteld die zijn opgenomen in de brief aan de minister van 1 februari 2013. Deze brief is eveneens in afschrift gestuurd aan de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 februari 2013 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Koninkrijksrelaties,
F. Bergman

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 1 februari 2013

De leden van de vaste commissie voor Koninkrijksrelaties hebben op 22 januari jl. met u een mondeling overleg gevoerd over de maatregelen ten aanzien van de zorgkosten in Caribisch Nederland. De commissie heeft naar aanleiding van dit overleg een aantal aanvullende vragen. Deze brief wordt eveneens in afschrift gestuurd aan de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Is de minister het met de commissie eens dat de situatie op het gebied van de gezondheidszorg in Caribisch Nederland op een aantal onderdelen, zoals zorgbehoeften en de gezondheidssituatie, fundamenteel afwijkt van de situatie in Europees Nederland? Wettigt dit verschil in situatie niet dat op onderdelen wordt afgeweken van het in Nederland geldende basispakket om zodoende toch tot een vergelijkbaar niveau van zorg te komen?

Hoe is de, door de minister in haar brief van 21 december 2012 benoemde,¹ zorgkostenstijging in Caribisch Nederland te verklaren? De commissie vraagt de minister het respectieve aandeel in deze stijging aan te geven van 1) de veranderde wisselkoersen Euro-dollar; 2) een te lage raming van het oorspronkelijke budget; 3) een inhaalslag om het zorgsysteem op niveau te brengen (waaronder de investeringen in medische apparatuur in het ziekenhuis Mariadal en de kosten voor het uitzenden van medisch specialisten vanuit Europees Nederland); 4) tijdelijke maatregelen waaronder gebitssanering; 5) de insulaire en kleinschalige situatie op de eilanden van Caribisch Nederland; 6) de medische uitzendingen; 7) de invloed van expats/inwoners afkomstig uit Europees Nederland op de kosten voor de gezondheidszorg en 8) andere oorzaken. Indien er andere oorzaken zijn, verneemt de commissie graag welke dat zijn. Deelt de minister de mening van de commissie dat de genoemde factoren 1 tot en met 5 niet aangemerkt kunnen worden als een onredelijke of onevenredige stijging van de zorgkosten en derhalve geen argument zijn om in het zorgarrangement te snijden? Deelt de minister voorts de mening dat de kosten voor de medische uitzendingen gemitigeerd dienen te worden binnen die categorie (bijvoorbeeld door verbeterde efficiëntie, begeleiding, en betere samenwerking in de regio) en niet ten laste mogen komen van andere delen van het zorgstelsel? Welke overige feitelijke gronden ziet de minister voor een ingrijpende verkleining van het pakket van de basisverzekering?

Hoe weegt de minister het argument dat ingrijpende bezuinigingen in de zorg, met name wat betreft fysiotherapie en tandartszorg, op termijn juist tot een groter beroep op deze zorgvoorzieningen zullen leiden in Caribisch Nederland? Welke vraaguitval op het terrein van fysiotherapie en mondzorg voorziet de minister op de onderscheiden eilanden en welke effecten zijn daarvan te verwachten op de beschikbaarheid en aanwezigheid van deze zorgverleners op de eilanden? Welke kostenstijging voorziet de minister wanneer patiënten deze zorg buiten het eigen eiland moeten zoeken of wanneer door het ontbreken van deze zorg in de toekomst gezondheidsproblemen ontstaan? Ziet de commissie het goed dat fysiotherapie, voor zover deze is geïndiceerd als revalidatie na ziekenhuisopname, in het basispakket blijft c.q. daarin alsnog wordt opgenomen? Wat denkt de minister te doen aan de lacune in de tandheelkundige zorg die ontstaat doordat slechts een deel van de bevolking van Caribisch Nederland is gesaneerd? Is er niet sprake van gewekt

¹ 31 568, 126

vertrouwen dat deze sanering volledig zou worden uitgevoerd en schending van vertrouwen indien het hierbij blijft? Is de minister het met de commissie eens dat de inwoners van Caribisch Nederland geen invloed hebben gehad op het opraken van het budget voor sanering dan wel het tempo waarop gesaneerd is, en dat er daarom sprake is van ongelijk behandeling nu de sanering om deze redenen gestopt wordt?

Het feit dat de bewoners van de Caribisch Nederland thans geen mogelijkheid hebben zich aanvullend te verzekeren, en daarmee in een volstrekt ongelijke positie ten opzichte van van de in het Europese deel van het Koninkrijk wonende Nederlanders komen te verkeren, heeft naar het oordeel van de commissie niet geleid tot duidelijk commentaar van de minister. Kan zij aangeven welke actie tot op heden is genomen om verzekeraars te interesseren voor het aanbieden van een dergelijke verzekering, en zo zou blijken dat geen enkele verzekeraar in het gat springt, is er dan geen sprake van een bijzonder onrechtvaardig effect van de gekozen maatregel, dat nog temeer gaat klemmen als zorgaanbieders voor mondzorg en/of fysiotherapie geheel van de eilanden zouden verdwijnen? Mede gegeven het ontbreken van de mogelijkheid tot aanvullende verzekeringen in Caribisch Nederland; welke koopkrachtfactoren voorziet de minister van de verkleining van het pakket?

Zijn er alternatieven overwogen voor de maatregelen ten aanzien van mondzorg en fysiotherapie? De commissie vraagt de minister aan te geven welke alternatieven dat zijn en wat de voor- en nadelen zowel in termen van besparingen als in termen van gezondheidseffecten zijn van deze alternatieven. Hoe beoordeelt de minister de alternatieven die door stakeholders in

Caribisch Nederland zelf zijn aangedragen, zoals bijvoorbeeld door de tandartsen en fysiotherapeuten blijkens de vele brieven die hierover geschreven zijn? In hoeverre is de minister bereid alsnog naar deze alternatieven te kijken? Welke opties heeft de minister overwogen om de zorg op de eilanden op een slimmere manier te organiseren, ook met de buurlanden? Welke concrete stappen heeft de minister ondernomen om aanvullende ziektekostenverzekeringen te bevorderen?

De bezuinigingsmaatregelen hebben tot grote commotie op de eilanden geleid; wat gaat de minister doen aan communicatieve nazorg en *damage control*? Is de minister voornemens een geïntegreerd lange termijn zorgbeleid voor Caribisch Nederland te ontwikkelen? Indien dit het geval is, wanneer kunnen de leden van de commissie dit beleid tegemoet zien?

De commissie ziet als besparingsoptie nog het volgende. Thans worden in het Caribisch deel van het Koninkrijk door de landen enerzijds en de BES-eilanden anderzijds separaat afspraken gemaakt met ziekenhuizen in Colombia en Guadeloupe voor verwijzingen in verband met specialistische zorg. Gezamenlijk optrekken hier zou het geheel goedkoper kunnen maken. Wil de regering hier in haar coördinerende rol naar kijken?

Onder andere op basis van de legislatieve terughoudendheid, maar ook gelet op de kleinschaligheid van de eilanden, heeft de regering toegezegd van geval tot geval te zullen bekijken of en in hoeverre in Nederland van kracht wordende maatregelen één op één in Caribisch Nederland kunnen worden ingevoerd. Bij de beoordeling zou specifiek in het oog worden gehouden hoe maatregelen uitpakken. Is de regering met de commissie van oordeel dat bij de uiteindelijke inkomenseffecten van de voorgenomen maatregelen ook gekeken dient te worden naar de overige omstandigheden die een verschil opleveren met de situatie in Europees Nederland, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van huurtoeslag, zorgtoeslag en kinderbijslag?

De leden van de vaste commissie voor Koninkrijksrelaties zien de antwoorden op bovengenoemde vragen met belangstelling uiterlijk 8 februari 2013 tegemoet.

Voorzitter van de vaste commissie voor Koninkrijksrelaties,
M.Y. Linthorst

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 februari 2013

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

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.

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.

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 doorgeslagen. 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.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers