



Ervaringen van de inwoners van Curaçao met de gezondheidszorg: Resultaten van Enkuesta Sosial 2025

This report presents the results of the health theme included in Enkuesta Sosial 2025, conducted by the Central Bureau of Statistics (CBS) in September 2025. It provides insight into healthcare use, accessibility and satisfaction among the population of Curaçao, and examines health insurance coverage, barriers to healthcare, health-related work absence, informal caregiving and differences by gender, age, education and income.



Colofoon

Centraal Bureau voor de Statistiek
WTC-gebouw, Piscaderabaai z/n
Tel. (599-9) 7241802
E-mail: info@cbs.cw
Website: www.cbs.cw
Facebook: [cbscur](https://www.facebook.com/cbscur)

Copyright

© Willemstad, Centraal Bureau voor de Statistiek, september 2026
Het overnemen van (delen van) deze uitgave is toegestaan mits voorzien van een volledige bronvermelding.



Voorwoord

Met genoegen presenteert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) deze publicatie “Ervaringen van de inwoners van Curaçao met de gezondheidszorg: Resultaten van Enkuesta Sosial 2025”.

Gezondheid en toegang tot goede gezondheidszorg zijn belangrijke aspecten van het welzijn van onze bevolking. Om ontwikkelingen op dit gebied goed te kunnen volgen en onderbouwde beslissingen te kunnen nemen, is actuele en betrouwbare statistische informatie onmisbaar.

In 2025 heeft het CBS voor het eerst de Enkuesta Sosial uitgevoerd als een breed opgezet onderzoek naar verschillende maatschappelijke thema's. Toegankelijkheid tot de gezondheidszorg vormde hiervan een belangrijk onderdeel. Met deze publicatie brengen wij in kaart hoe inwoners van Curaçao de gezondheidszorg ervaren en in welke mate zij gebruikmaken van verschillende zorgvoorzieningen. Daarbij wordt onder andere aandacht besteed aan zorgverzekering, huisarts-, tandarts- en specialistische zorg, tevredenheid over de zorgverlening, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, mantelzorg en werkverzuim als gevolg van gezondheidsproblemen.

Met deze publicatie wil het CBS bijdragen aan een beter inzicht in de ervaringen van de Curaçaose bevolking met de gezondheidszorg. De resultaten bieden relevante informatie voor beleidsmakers, zorginstellingen, onderzoekers en andere organisaties die betrokken zijn bij de verdere ontwikkeling en verbetering van de gezondheidszorg op Curaçao.

Deze publicatie is het resultaat van de inzet en betrokkenheid van onze medewerkers, in het bijzonder van statistisch onderzoeker mevrouw Naomi Ansjeliena-Robinson, die een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming ervan. Daarnaast spreken wij onze oprechte dank uit aan alle huishoudens die hebben deelgenomen aan het Enkuesta Sosial 2025 voor hun waardevolle medewerking en bijdrage.

Wij vertrouwen erop dat deze publicatie een waardevolle bijdrage levert aan het maatschappelijke en beleidsmatige gesprek over de gezondheidszorg op Curaçao.

Directeur

Centraal Bureau voor de Statistiek Curaçao



Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	8
Inleiding	10
Leeswijzer	11
Methode	12
Definities	14
Lijst van afkortingen.....	15
1. Kenmerken van de respondenten	16
1.1 Demografische kenmerken	16
1.2 Verschillen tussen mannen en vrouwen	17
1.3 Geboorteplaats van respondenten	18
1.4 Opleidingsniveau & ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen.....	18
2. Gebruik van zorgvoorzieningen.....	20
2.1 Zorgverzekering	20
2.2 Contact met een huisarts	22
2.3 Contact met een tandarts	25
2.4 Contact met een specialist	27
2.5 Tevredenheid zorgverlening	32
2.6 Ontevredenheid	33
3. Toegankelijkheid tot zorg	35
3.1 Toegankelijkheid tot zorg	35
3.2 Betaalbaarheid van zorg	36
4. Mantelzorg.....	41
4.1 Mantelzorg	41
5. Afwezigheid werk door gezondheidsproblemen	44
5.1. Werkverzuim door gezondheidsproblemen.....	44
6. Caribische & Internationale vergelijkingen.....	47
6.1 Vergelijking met Caribische (BES)-eilanden	47
6.2 Vergelijking met Nederland	49
6.3 Financiële barrières.....	49
6.4 Ziekteverzuim.....	50



6.5 Mantelzorg	50
6.6 Internationale vergelijkingen	52
7. Conclusies	54
Literatuur	57



Lijst van tabellen

Tabel 1: Verdeling man vrouw naar opleidingsniveau en ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen	19
Tabel 2: <i>Contact met de huisarts, naar leeftijd, opleidingsniveau & ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen</i>	25
Tabel 3: Contact met een tandarts, naar leeftijd, opleidingsniveau & ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen	27
Tabel 4: Contact met een specialist, naar leeftijd, opleidingsniveau & ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen	30
Tabel 5: Vertraging in het ontvangen van gezondheidszorg in de 12 maanden voorafgaand aan het interview als gevolg van transport- of afstandsproblemen	36
Tabel 6: Percentage respondenten dat tandzorg nodig had in 12 maanden voor het interview maar er niet voor kon betalen (2017 & 2025)	38
Tabel 7: Percentage respondenten dat minstens één keer per week mantelzorg verleent aan een of meerdere personen die lijden aan beperkingen vanwege hun leeftijd, hun gezondheid of een handicap, naar leeftijdsgroep, opleidingsniveau en ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen.	43
Tabel 8: Percentage respondenten die hebben aangegeven in de laatste 12 maanden voorafgaand aan het interview afwezig te zijn geweest op werk vanwege gezondheidsproblemen, naar opleidingsniveau en ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen	46
Tabel 9: Zorggebruik, zorgtoegang en gezondheid: vergelijking tussen Curaçao en Nederland	52
Tabel 10: Vergelijking van zorggerelateerde kenmerken tussen Curaçao en OESO-landen	53

Lijst van figuren

Figuur 1: Verdeling mannen en vrouwen	16
Figuur 2: Leeftijd naar geslacht, relatief, 2025	17
Figuur 3: Percentage respondenten naar ziektekostenverzekering, 2025	21
Figuur 4: Verzekeringsdekking per leeftijdsgroep, 2025	22
Figuur 5: <i>Contact met een huisarts, totale populatie</i>	23
Figuur 6: Percentage respondenten die contact met een zorgverlener heeft gehad in 12 maanden voorafgaand aan het interview, naar geslacht, 2025	28
Figuur 7: Doorverwijzingen tijdens het laatste consult met de huisarts, naar geslacht en totaal niveau, 2025.....	31
Figuur 8: Tevredenheid over de verschillende zorgdiensten	33
Figuur 9: Ontevredenheid over de verschillende zorgdiensten	34
Figuur 10: Onvervulde zorgbehoefte door financiële redenen naar ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen	40
Figuur 11: Percentage van de bevolking dat minimaal één keer per week mantelzorg geeft, naar geslacht, 2017-2025	42
Figuur 12: Percentage volwassenen naar duur afwezigheid van werk door gezondheidsproblemen	44
Figuur 13: Ziekteverzuim onder volwassen respondenten, naar geslacht, 2025	45
Figuur 14: Gebruik van zorgvoorzieningen in de laatste 12 maanden voorafgaand aan het interview, naar geslacht en land	48

Samenvatting

In september 2025 heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) voor het eerst een omnibusonderzoek uitgevoerd, waarin onder andere het thema gezondheid is onderzocht. Deze publicatie biedt inzicht in het zorggebruik, de toegankelijkheid en de tevredenheid over de gezondheidszorg onder de bevolking van Curaçao. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de gevolgen van gezondheidsproblemen, waaronder werkverzuim.

Zorgverzekering: Van de respondenten beschikte 95,9 procent over een zorgverzekering, waarvan meer dan driekwart verzekerd was via de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Zorggebruik: Vrouwen maakten recenter gebruik van zorg dan mannen; zij bezochten in de zes maanden voorafgaand aan het interview vaker een huisarts, medisch specialist of tandarts. Het gebruik van huisartsenzorg nam toe met de leeftijd en was hoger onder lager opgeleiden. Voor tandheelkundige zorg werd een tegengesteld patroon gevonden: hoger opgeleiden bezochten de tandarts recenter dan lager opgeleiden. Tijdens het laatste consult met een huisarts zijn een groot aandeel van de respondenten doorgestuurd naar een apotheek of een medisch laboratorium.

Tevredenheid: Iets meer dan de helft van de respondenten (52 procent) gaf aan tevreden tot zeer tevreden te zijn over de zorgdiensten op Curaçao.

Toegankelijkheid: Van de respondenten gaf 3,2 procent aan vertraging in de toegang tot de gezondheidszorg te hebben ervaren als gevolg van transport- of afstandsproblemen. Deze problemen kwamen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Daarnaast rapporteerde 11,6 procent van de respondenten lange wachttijden voordat zij een afspraak bij een arts konden krijgen. Financiële barrières vormden eveneens een belemmering voor de toegang tot zorg, met name voor tandzorg, voorgeschreven medicijnen en medische zorg. Van de respondenten gaf 9,4 procent aan tandheelkundige zorg vanwege financiële redenen niet te hebben kunnen betalen, gevolgd door 8,2 procent voor voorgeschreven medicijnen en 7,6 procent voor medische zorg. Financiële belemmeringen kwamen vooral voor onder vrouwen en onder respondenten die hun inkomen als onvoldoende beoordeelden.

Werkverzuim vanwege gezondheidsproblemen: Verder gaf 12,9 procent van de respondenten aan in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview vanwege gezondheidsproblemen afwezig te zijn geweest van het werk. Dit aandeel was hoger onder vrouwen dan onder mannen.

Mantelzorg: Mantelzorg werd verleend door 7,4 procent van de respondenten, waarbij vrouwen vaker mantelzorg verleenden dan mannen.



Conclusie: De resultaten wijzen erop dat de gezondheidszorg op Curaçao in algemene zin goed toegankelijk is, maar dat financiële en sociaaleconomische factoren nog steeds een belangrijke rol spelen in het verkrijgen van zorg. Vooral vrouwen, laagopgeleiden en personen met een lager ervaren inkomen ondervinden vaker belemmeringen. Deze bevindingen sluiten aan bij eerdere internationale en Caribische onderzoeken. De toenemende zorgkosten benadrukken de noodzaak om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en gelijkheid binnen het zorgsysteem blijvend te monitoren.

Inleiding

In het kader van de Omnibus 2025 (Enkuesta Sosial) zijn gegevens verzameld over diverse maatschappelijke thema's, waaronder gezondheid. Voor de ontwikkeling, uitvoering en monitoring van effectief gezondheidsbeleid is inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking van groot belang.

De vragen binnen dit onderdeel zijn afkomstig uit de Nationale Gezondheidsenquête (NGE) (Verstraeten et al., 2013). De NGE is een grootschalig gezondheidsonderzoek onder de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. Het onderzoek levert informatie op over de ervaren gezondheid, zelfgerapporteerde aandoeningen en het gebruik van gezondheidszorg vanuit het perspectief van de burger. Daarnaast vormt de NGE een belangrijke bron voor het vaststellen en monitoren van gezondheidsindicatoren binnen de Curaçaose bevolking. Deze gezondheidsindicatoren maken het mogelijk om ontwikkelingen in de gezondheid van de bevolking over de tijd te volgen en vormen daarmee een belangrijke basis voor het evalueren en waar nodig bijsturen van het gezondheidsbeleid.

De NGE werd vanaf 2013 iedere vier jaar uitgevoerd door het Volksgezondheid Instituut Curaçao (VIC). Sinds de laatste meting in 2017 is de enquête echter niet meer herhaald en is het VIC opgeheven. Hierdoor zijn de gezondheidsindicatoren van de NGE voor Curaçao sinds 2017 niet meer geactualiseerd.

In deze rapportage staat de module *Gezondheidszorg* centraal. Binnen deze module zijn gegevens verzameld over *het gebruik van zorgvoorzieningen* en *de ervaringen van inwoners met de gezondheidszorg*. De module biedt inzicht in het gebruik van zorgverleners en zorginstellingen. Daarnaast worden aspecten van de kwaliteit van de gezondheidszorg onderzocht, waaronder de toegankelijkheid van zorg en de tevredenheid van inwoners over de ontvangen zorg en dienstverlening (Verstraeten et al., 2013). Naast deze module wordt ook gekeken naar de gezondheidsstatus, waarbij het thema werkverzuim als gevolg van gezondheidsproblemen aan bod komt.

In dit rapport worden de resultaten van de Enkuesta Sosial (ES) 2025 gepresenteerd voor de totale bevolking en uitgesplitst naar geslacht, leeftijdsgroep, opleiding en ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen. Waar mogelijk worden de uitkomsten vergeleken met de resultaten van de Nationale Gezondheidsenquête uit 2017.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 beschrijft de kenmerken van de onderzochte populatie. **Hoofdstuk 2** behandelt het gebruik van zorgvoorzieningen op Curaçao. **Hoofdstuk 3** gaat in op thema's zoals onbeantwoorde zorgbehoeften als gevolg van financiële of andere redenen. **Hoofdstuk 4** gaat over mantelzorg. **Hoofdstuk 5** behandelt het thema werkverzuim door gezondheidsproblemen. **Hoofdstuk 6** plaatst de resultaten in een internationaal perspectief door deze te vergelijken met Caribische en internationale bevindingen. Tot slot presenteert **Hoofdstuk 7** de conclusies van het onderzoek.

Methode

De bevolking van Curaçao bestond op de peildatum van 1 oktober 2025 uit 156.929 inwoners. Uitgaande van deze populatie werd voor de Enkuesta Sosial (ES) een steekproefonderzoek onder huishoudens op Curaçao uitgevoerd. De steekproefgrootte werd bepaald op basis van schattingen en varianties, rekening houdend met een eenzijdige foutenmarge van 2% en een non-respons van 40%.

Het steekproefkader is samengesteld uit het kostenverzekeringsbestand van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) en het gebouwpuntenbestand van het CBS, dat bewoonde adressen op Curaçao bevat. De adressen zijn geselecteerd via een aselechte steekproef zonder teruglegging, waardoor elk huishouden een gelijke kans had om deel te nemen aan de enquête.

In totaal zijn 3.100 huishoudens geselecteerd voor deelname aan de ES 2025 uitgaande van een betrouwbaarheidsinterval van 95% en met toepassing van oversampling. De bevolking is via lokale media (zoals televisie, radio en kranten) en sociale media (facebook en LinkedIn) geïnformeerd over de enquête.

In totaal namen 1.695 huishoudens deel aan het onderzoek. Daarmee werd 91,1% van de beoogde respons ($n = 1.860$) gerealiseerd. In totaal is informatie verzameld over 4.004 personen. Na dataschoning bleven gegevens van 3.855 personen beschikbaar voor analyse, die voldeden aan de inclusiecriteria en daarmee in aanmerking kwamen voor dit onderzoek.

De onderzoekspopulatie bestond uit mannen en vrouwen die deel uitmaakten van niet-institutionele huishoudens en die ten minste drie maanden op Curaçao woonden of van plan waren daar ten minste drie maanden te verblijven. Personen met een kort verblijf, zoals toeristen, zijn buiten beschouwing gelaten. De steekproef omvatte personen van 0 jaar en ouder. Voor kinderen en jongeren tot en met 15 jaar werden de vragen beantwoord door middel van een proxy-interview.

De dataverzameling vond plaats van 27 september tot en met 1 december 2025 via face-to-face interviews, waarbij interviewers gebruikmaakten van de CAPI- methodiek (Computer Assisted Personal Interviewing), waarbij de vragenlijsten digitaal op een tablet werden ingevuld.

Om representatieve en vergelijkbare uitkomsten te verkrijgen, is de verzamelde data gewogen, zodat uitspraken kunnen worden gedaan over de volledige niet-institutionele

bevolking van Curaçao. De data-analyse bestaat uit een beschrijvende analyse, waarbij de nadruk ligt op de verdeling van het aantal individuen per variabele.

De vragenlijst

De vragenlijst is deels gebaseerd op de Nationale Gezondheidsenquête (NGE) 2017, die op haar beurt is afgeleid van de internationaal gevalideerde vragenlijst van de European Health Interview Survey (EHIS) (Eurostat, 2008). De volledige vragenlijst bestaat uit vier modules: achtergrondkenmerken, gezondheidstoestand, determinanten van gezondheid en gezondheidszorg. Voor de ES 2025 is voornamelijk gebruikgemaakt van de modules *determinanten van gezondheid* en *gezondheidszorg*. In deze publicatie ligt de nadruk op het domein *gezondheidszorg*.

Binnen deze modules worden vragen gesteld over het gebruik van en de ervaringen met verschillende zorgvoorzieningen. Hiermee wordt in kaart gebracht hoeveel mensen gebruikmaken van bepaalde zorgverleners en zorgorganisaties. Daarnaast komen onderwerpen aan bod die inzicht geven in de kwaliteit van de gezondheidszorg, zoals de toegankelijkheid van zorg en de tevredenheid over de ontvangen zorgdiensten.

Gezondheidsindicatoren

In dit onderzoek is een selectie van gezondheidsindicatoren uit de NGE opgenomen. De selectie was gericht op indicatoren die inzicht geven in het gebruik van gezondheidszorg, de toegankelijkheid van zorg en de dekking van de zorgverzekering. De indicatoren zijn gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens van de respondenten. De volgende gezondheidsindicatoren zijn in dit rapport onderzocht:

Zelfgerapporteerde huisarts bezoeken	Percentage respondenten dat in de afgelopen 12 maanden een huisarts heeft bezocht.
Zelfgerapporteerde tandarts bezoeken	Percentage respondenten dat in de afgelopen 12 maanden een tandarts heeft bezocht.
Zelfgerapporteerde medisch specialist bezoeken	Percentage respondenten dat in de afgelopen 12 maanden een medisch specialist heeft bezocht.
Toegankelijkheid van zorg	Percentage mensen die rapporteren onervulde behoefte aan medisch onderzoek of behandeling in een bepaald jaar door de volgende drie redenen: financiële barrières, wachttijden en te ver reizen

Dekking zorgverzekering

Percentage van de bevolking met elke vorm van ziektekostenverzekering in een bepaald jaar

Definities

Eerstelijnsgezondheidszorg: de zorg die voor iedereen rechtstreeks toegankelijk is, zonder dat hiervoor een verwijzing van een andere zorgverlener nodig is. Hieronder vallen onder andere de huisarts, de fysiotherapeut, de verloskundige en de wijkverpleegkundige.

Tweedelijnsgezondheidszorg: gespecialiseerde medische zorg die doorgaans wordt verleend na verwijzing door een zorgverlener uit de eerste lijn, bijvoorbeeld in een ziekenhuis of een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

Mantelzorg: informele, onbetaalde hulp die gegeven wordt aan een bekende uit iemands omgeving als deze persoon langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is.

Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen: de mate waarin de respondent het totale huishoudinkomen als voldoende ervaart om de financiële behoeften en uitgaven van het huishoudinkomen te kunnen dekken, gemeten op een vijfpuntsschaal van zeer voldoende tot zeer onvoldoende.

Lijst van afkortingen

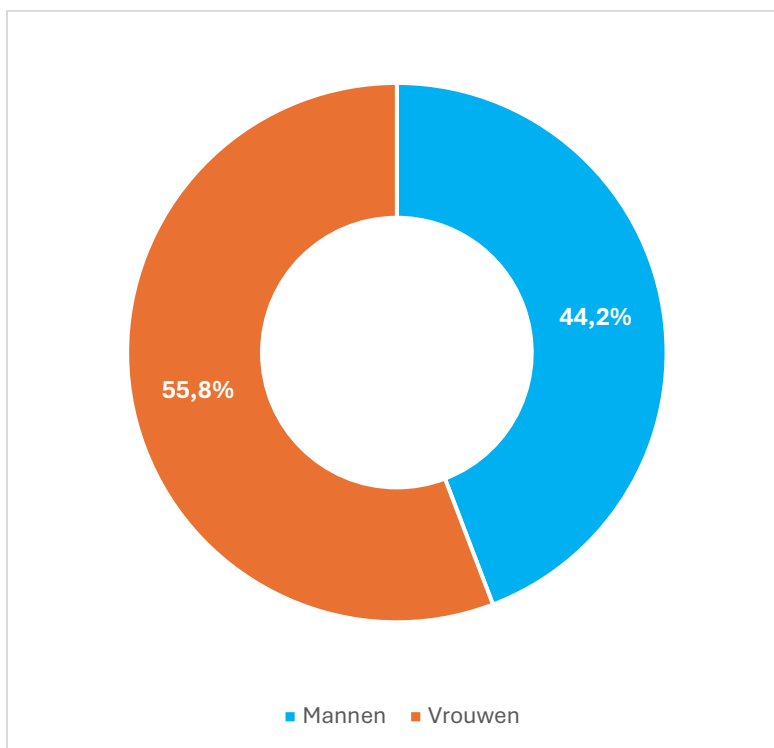
NGE	Nationale Gezondheidsenquête
SVB	Sociale Verzekeringsbank
CMC	Curaçao Medical Center
VIC	Volksgezondheid Instituut Curaçao
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie/World Health Organization
ES	Enkuesta Sosial
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
LBO	Lager Beroepsonderwijs
SBO	Secundair Beroepsonderwijs
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
LO	Lager Onderwijs
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
EHIS	European Health Interview Survey

1. Kenmerken van de respondenten

In dit hoofdstuk zullen de demografische kenmerken, zoals geslacht, leeftijd, burgerschap, opleidingsniveau en ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen van de respondenten besproken worden.

1.1 Demografische kenmerken

Deze steekproef bestond uit in totaal 3.855 respondenten, waarvan 55,8% vrouwen waren en 44,2% mannen (zie Figuur 1). De gemiddelde leeftijd bedroeg 46,1 jaar. Uit Figuur 2 blijkt dat de grootste leeftijdsgroep binnen de bevolking 45-64 jaar is, met 28,9% van de totale bevolking. De tweede grootste groep is de 65+ categorie, die 26,3% vertegenwoordigt. Dit betekent dat meer dan de helft van de bevolking 45 jaar of ouder is (55,2%). Dit wijst op een vergrijzende bevolking, waarbij het aandeel oudere inwoners relatief groot is. De jongere leeftijdsgroepen vormen een kleiner deel van de bevolking. De groep 0-17 jaar bedraagt 16,7%, terwijl 18-24 jaar slechts 6,5% vertegenwoordigt. Dit suggereert dat het aandeel jongeren in de bevolking relatief beperkt is.

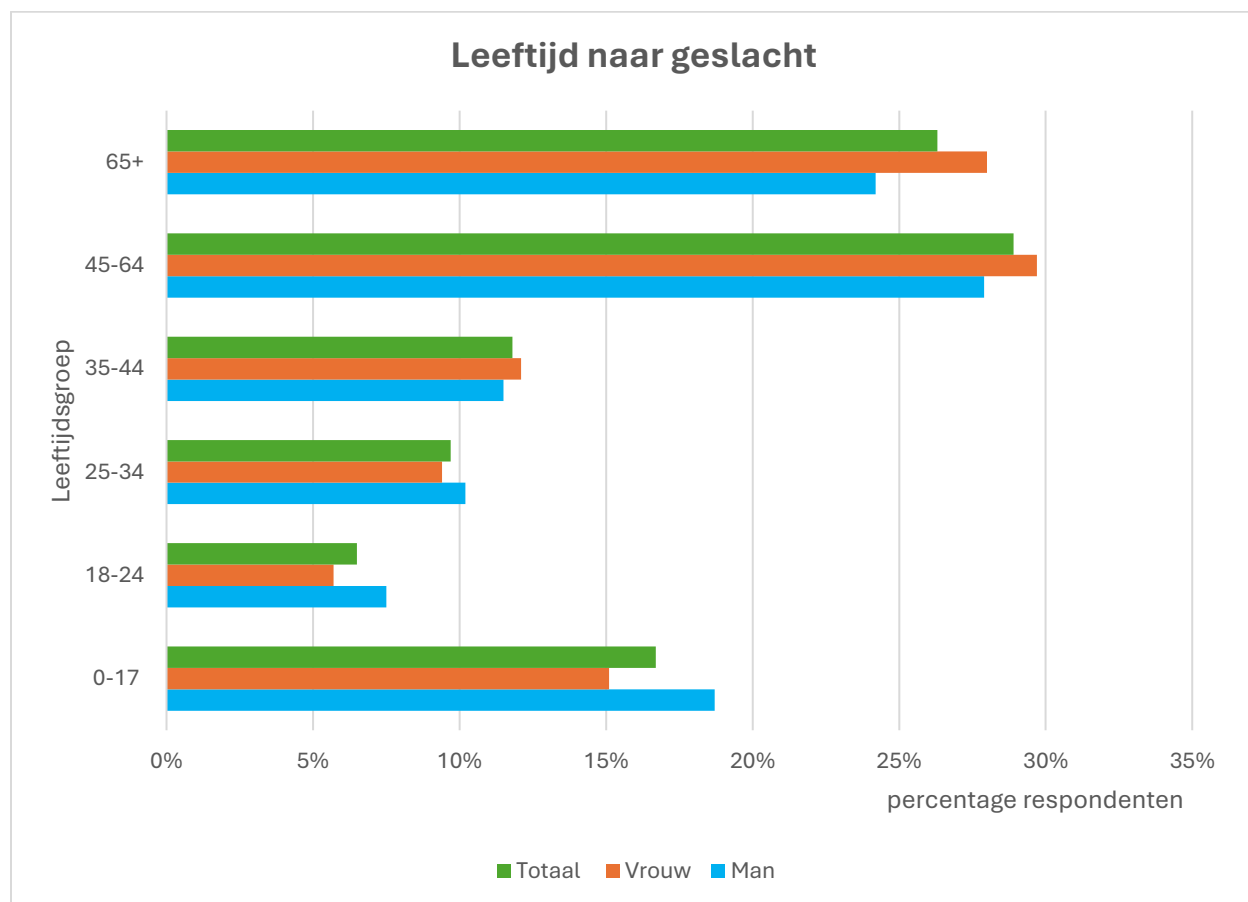


Figuur 1: Verdeling mannen en vrouwen

1.2 Verschillen tussen mannen en vrouwen

Wanneer gekeken wordt naar geslacht (Figuur 2), zijn er duidelijke verschillen zichtbaar tussen de leeftijdsgroepen. In de jongere leeftijdscategorieën (0-34 jaar) zijn mannen iets sterker vertegenwoordigd dan vrouwen. Bijvoorbeeld in de groep 0-17 jaar, waar 18,7% mannen tegenover 15,1% vrouwen staat.

In de oudere leeftijdsgroepen is het tegenovergestelde zichtbaar. Vanaf 35 jaar en ouder zijn vrouwen relatief sterker vertegenwoordigd. Dit verschil wordt het duidelijkst bij de groep 65+, waar 28% vrouwen tegenover 24,3% mannen staat. Dit kan worden verklaard doordat vrouwen gemiddeld een hogere levensverwachting hebben dan mannen (CBS, z.d). De gemiddelde leeftijd voor mannen bedroeg, 44,3 jaar en voor vrouwen 47,5 jaar.



Figuur 2: Leeftijd naar geslacht, relatief, 2025

1.3 Geboorteplaats van respondenten

Uit de resultaten blijkt dat 74,2% van de respondenten op Curaçao is geboren. Daarnaast is 7,9% geboren in Nederland, 4,5% in Colombia en 3,9% in de Dominicaanse Republiek. Deze verdeling laat zien dat het merendeel van de respondenten lokaal geboren is, maar dat er ook een duidelijke vertegenwoordiging is van personen met een migratieachtergrond.

Wat betreft de verblijfsduur op het eiland geeft 82,1% van de respondenten aan langer dan tien jaar op Curaçao te hebben gewoond. Daarnaast gaf 93,3% van de respondenten aan van plan te zijn langer dan één jaar op Curaçao te blijven wonen.

1.4 Opleidingsniveau & ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

De opleidingsverdeling (Tabel 1) laat zien dat de grootste groep respondenten een opleiding op middenniveau 1 (LBO/Mavo) heeft afgerond (36,4%). Daarnaast heeft 26,0% een opleiding op middenniveau 2 (Havo/VWO/SBO) en 19,9% een hogere opleiding (HBO/WO). Het aandeel laagopgeleiden bedraagt 15,0%. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn beperkt. Vrouwen zijn iets vaker laagopgeleid (15,9% versus 13,9%), terwijl mannen iets vaker een opleiding op middenniveau 2 hebben afgerond (27,2% versus 25,0%). Het aandeel hoogopgeleiden is vrijwel gelijk voor mannen en vrouwen.

Er zijn nauwelijks verschillen tussen mannen en vrouwen in de ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen. Van de respondenten geeft 40,2% aan dat het huishoudinkomen voldoende toereikend is, terwijl 25,3% het huishoudinkomen als onvoldoende toereikend beschouwt.

Tabel 1: Verdeling man vrouw naar opleidingsniveau en ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

Opleidingsniveau	Man	Vrouw	Totaal
Laag (Geen, LO)	13,9%	15,9%	15,0%
Midden 1 (LBO, Mavo)	36,0%	36,7%	36,4%
Midden 2 (Havo, VWO, SBO)	27,2%	25,0%	26,0%
Hoog (HBO, WO)	19,6%	20,1%	19,9%
Anders*	3,2%	2,3%	2,7%
Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen			
Zeer onvoldoende	10,5%	11,4%	11%
Onvoldoende	24,4%	26,1%	25,3%
Niet onvoldoende maar ook niet voldoende	19,9%	19,2%	19,5%
Voldoende	41,1%	39,4%	40,2%
Meer dan voldoende	4,2%	3,9%	4,0%

2. Gebruik van zorgvoorzieningen

In dit hoofdstuk wordt het gebruik van zorgvoorzieningen beschreven. Daarbij wordt achtereenvolgens ingegaan op de verzekeringsdekking van de bevolking, contacten met en doorverwijzingen naar de eerstelijns- en tweedelijnszorg en, tot slot, tevredenheid onder respondenten met betrekking tot de verschillende zorgdiensten.

2.1 Zorgverzekering

Uit de resultaten blijkt dat 95,9% van de respondenten aangeeft verzekerd te zijn voor ziektekosten. Hoewel dit percentage hoog is, ligt het iets lager dan het percentage dat in 2017 werd geconstateerd, namelijk 99,0%. Ondanks deze lichte afname blijft het merendeel van de bevolking verzekerd, wat wijst op een relatief brede dekking van de gezondheidszorg op Curaçao.

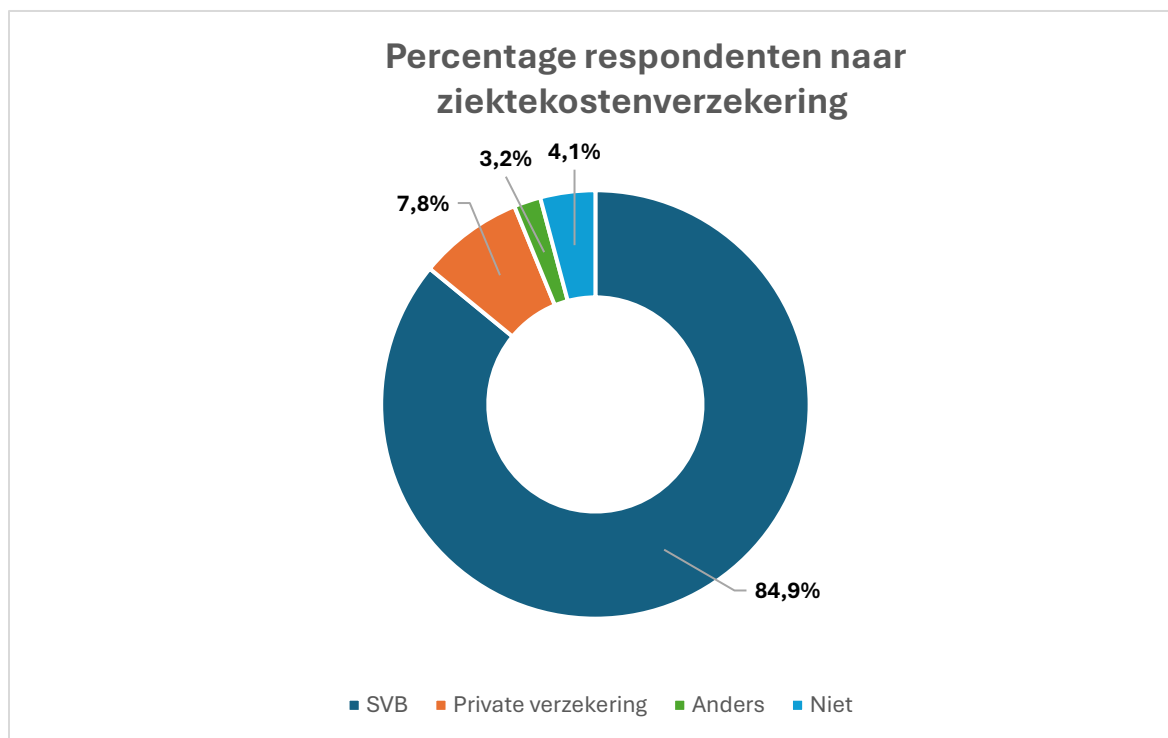
Wanneer wordt gekeken naar het type verzekering, blijkt dat de grootste groep respondenten verzekerd is via de Sociale Verzekeringsbank (SVB). In totaal geeft 84,9% van de respondenten aan via de SVB verzekerd te zijn (zie Figuur 3). Dit bevestigt dat de SVB een centrale rol speelt in de financiering en organisatie van de gezondheidszorg op het eiland. Daarnaast geeft 7,8% van de respondenten aan verzekerd te zijn via een particuliere verzekeraar, wat laat zien dat er ook een kleinere groep gebruikmaakt van private verzekeringsopties. Uit de resultaten bleek dat deze groep voornamelijk bestond uit mensen met een Nederlandse nationaliteit 67,1%, gevolgd door mensen met een Colombiaanse 8,8%, Venezolaanse 6,6%, Haïtiaanse 3,3% en Dominicaanse 2,8% nationaliteit.

Desondanks blijkt uit de resultaten dat 4,1% van de respondenten niet verzekerd is voor ziektekosten. Binnen deze groep bevinden zich voornamelijk respondenten met de Colombiaanse, Dominicaanse, Venezolaanse, Haïtiaanse en Jamaicaanse nationaliteit. Hoewel het aandeel onverzekerden relatief klein is, kan het ontbreken van een zorgverzekering belangrijke gevolgen hebben voor de toegang tot zorg. Onverzekerde personen kunnen bijvoorbeeld financiële drempels ervaren bij het gebruik van medische diensten, waardoor zij mogelijk zorg uitstellen of noodzakelijke behandelingen vermijden.

Wanneer gekeken wordt naar de verdeling tussen mannen en vrouwen, blijkt dat mannen iets vaker onverzekerd zijn dan vrouwen. Onder de mannelijke respondenten is 6,4% niet verzekerd, terwijl dit onder vrouwelijke respondenten 5,6% bedraagt. Dit verschil is relatief

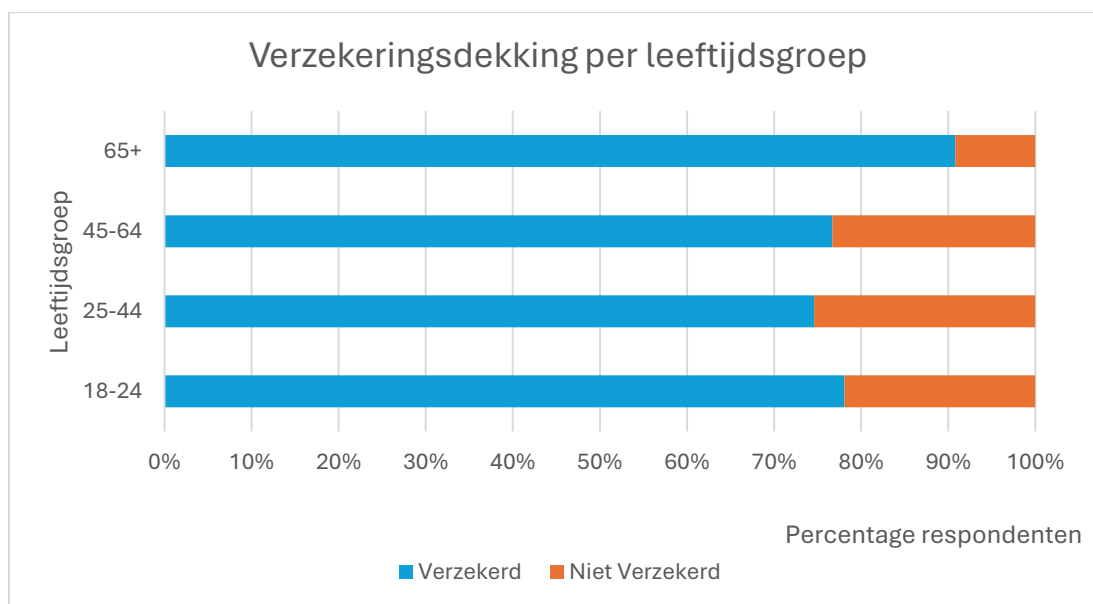


klein, maar kan erop wijzen dat mannen mogelijk iets vaker buiten het verzekeringssysteem vallen.



Figuur 3: *Percentage respondenten naar ziektekostenverzekering, 2025*

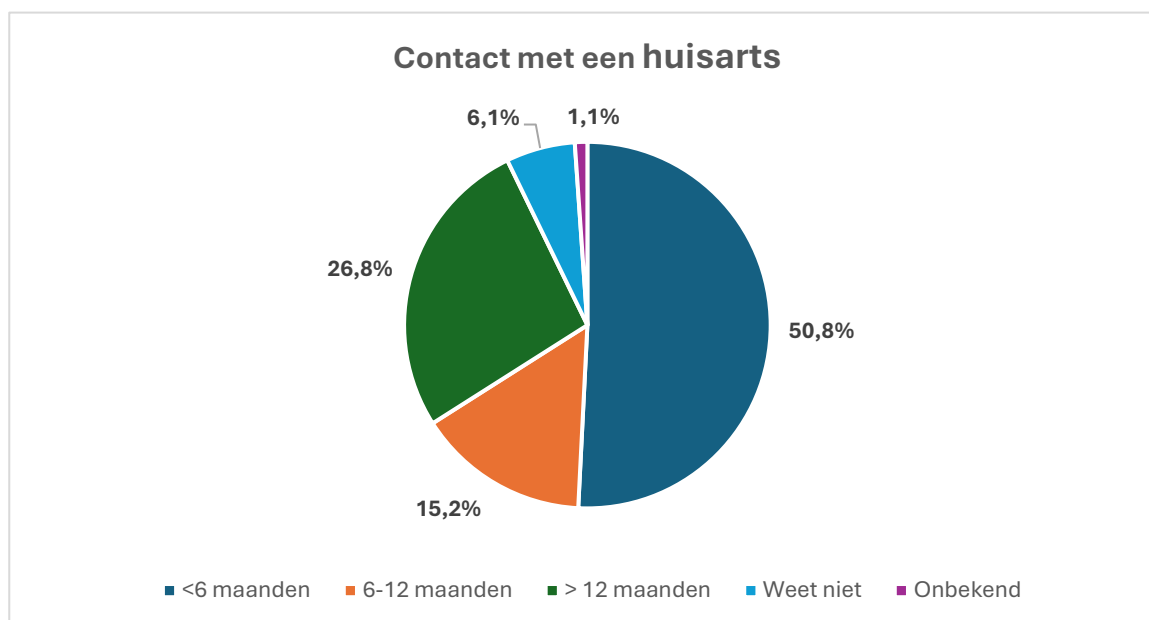
De verzekeringsdekking (zie Figuur 4) voor medische kosten verschilt tussen de leeftijdsgroepen. Respondenten van 65 jaar en ouder zijn het vaakst verzekerd (90,8%), terwijl de leeftijdsgroep van 25-44 jaar het laagste percentage verzekerden kent (74,6%). De verzekeringsdekking onder de overige leeftijdsgroepen varieert tussen 76,7% en 78,1%.



Figuur 4: Verzekeringsdekking per leeftijdsgroep, 2025

2.2 Contact met een huisarts

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor iedereen met vragen of problemen over lichamelijke en psychische gezondheid, en fungeert als poortwachter voor de gespecialiseerde zorg (Zorginstituut Nederland, z.d.). Van de respondenten gaf 92,8% aan een huisarts te hebben bezocht, waarbij het laatste bezoek uiteenliep van minder dan zes maanden geleden tot meer dan twaalf maanden geleden. 50,8% van de respondenten gaf aan dat zij minder dan zes maanden geleden de huisarts hebben bezocht voor hun eigen gezondheid, wat de grootste categorie vormt (zie Figuur 5). 26,8% gaf aan dat zij dit meer dan een jaar geleden hebben gedaan en 15,2% gaf aan dat zij tussen zes en twaalf maanden geleden de huisarts hebben bezocht.



Figuur 5: *Contact met een huisarts, totale populatie*

Figuur 6 laat zien dat een hoger percentage vrouwen dan mannen aangaf in de afgelopen twaalf maanden een bezoek aan de huisarts te hebben gebracht. Van de mannen gaf 60,6% aan de huisarts in de afgelopen 12 maanden te hebben bezocht, tegenover 70,7% van de vrouwen (verschil 10,1 procentpunten). Mannen rapporteerden daarentegen vaker dat hun laatste huisartsbezoek meer dan twaalf maanden geleden plaatsvond (31,9% versus 22,7%) (verschil 9,2 procentpunten).

Leeftijd

Als we inzoomen op leeftijd (zie Tabel 2), zien we dat 65-plussers de grootste groep (65,1%) vormen van mensen die in de afgelopen zes maanden de huisarts hebben bezocht. Personen tussen de 18 en 24 jaar vormen de grootste groep onder degenen die de huisarts tussen zes en twaalf maanden geleden hebben bezocht, terwijl personen van 0 tot 17 jaar de grootste groep (41,4%) vormen onder degenen van wie het laatste huisartsbezoek meer dan twaalf maanden geleden plaatsvond.

Opleidingsniveau

Tevens blijkt uit de resultaten vanuit Tabel 2 dat het gebruik van huisartsenzorg verschilt naar opleidingsniveau. Naarmate het opleidingsniveau hoger is, lijkt het contact met de huisarts minder recent te zijn. Laagopgeleiden hebben relatief vaker recent contact gehad met de huisarts: 61,4% bezocht de huisarts in de afgelopen zes maanden, tegenover 54,1% van de hoogopgeleiden (verschil 7,3 procentpunten). Daarentegen rapporteerden hoogopgeleiden vaker dat hun laatste huisartsbezoek twaalf maanden of langer geleden plaatsvond (24,6%

tegenover 20,5% onder laagopgeleiden). Deze resultaten wijzen erop dat in de periode voor het onderzoek personen met een lager opleidingsniveau vaker recent contact hebben gehad met de huisarts dan personen met een hoger opleidingsniveau.

Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

Tabel 2 laat ook zien dat er een verschil bestaat tussen de ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen en de recentheid van het huisartsbezoek. Respondenten die aangaven dat hun inkomen meer dan voldoende was, rapporteerden relatief minder vaak een huisartsbezoek in de afgelopen zes maanden (40,6%) dan respondenten die hun inkomen als voldoende, onvoldoende of zeer onvoldoende beoordeelden (ongeveer 49% tot 55%). Daarentegen gaf deze groep vaker aan dat hun laatste huisartsbezoek twaalf maanden of langer geleden plaatsvond (36,5% tegenover circa 25% tot 29% in de overige groepen). Dit suggereert dat personen die hun inkomen als meer dan voldoende ervaren, gemiddeld minder recent gebruikmaken van huisartsenzorg.

Tabel 2: Contact met de huisarts, naar leeftijd, opleidingsniveau & ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

Leeftijdsgroep	< 6 maanden	6-12 maanden	> 12 maanden	Anders*
0-17	33,4%	14,7%	41,4%	10,5%
18-24	37,3%	20,3%	29,7%	12,6%
25-44	45,1%	15,4%	29,8%	9,7%
45-64	55,1%	14,6%	24,5%	5,9%
65+	65,1%	14,9%	16,9%	3,0%
*Anders: mensen die “weet ik niet” hebben ingevuld of geweigerd om een antwoord te geven				
Opleidingsniveau				
Laag (Geen, LO)	61,4%	12,2%	20,5%	5,9%
Midden 1 (LBO, Mavo)	56,0%	14,6%	23,9%	5,6%
Midden 2 (Havo, VWO, SBO)	51,7%	16,6%	25,4%	6,2%
Hoog (HBO, WO)	54,1%	15,8%	24,6%	5,5%
Anders*	42,9%	15,2%	20,2%	21,8%
Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen				
Zeer onvoldoende	54,5%	9,7%	28,6%	7,2%
Onvoldoende	49,9%	15,9%	27,5%	6,8%
Niet onvoldoende maar ook niet voldoende	48,8%	16,1%	25,3%	9,9%
Voldoende	52,3%	15,6%	25,7%	6,4%
Meer dan voldoende	40,6%	18,5%	36,5%	4,4%

2.3 Contact met een tandarts

91,6% van de respondenten gaf aan dat ze de tandarts hebben bezocht, waarbij het laatste bezoek uiteenliep van minder dan zes maanden geleden tot meer dan twaalf maanden geleden. Van de respondenten gaf 38,6% aan dat hun laatste tandartsbezoek meer dan twaalf maanden geleden plaatsvond, waarbij het aandeel mannen (41,2%) hoger was dan dat van vrouwen (36,5%) (verschil 4,7 procentpunten). Daarentegen bezoeken vrouwen iets recenter de tandarts: 39,1% van de vrouwen had de tandarts in de afgelopen zes maanden bezocht, tegenover 34,9% van de mannen (verschil 4,2 procentpunten). Zoals weergegeven



in Figuur 6, maken meer vrouwen in de afgelopen twaalf maanden gebruik van tandartszorg dan mannen, met respectievelijk 55,8% en 49,4% (verschil 6,4 procentpunten).

Leeftijd

Het bezoek aan een tandarts of orthodontist verschilde enigszins naar leeftijd. Jongvolwassenen van 18 tot 24 jaar hadden het minst vaak in de afgelopen zes maanden een tandarts bezocht (29,5%), terwijl dit aandeel hoger lag onder personen van 25 jaar en ouder (36,7 tot 38,3%) en de minderjarigen (0-17 jaar). Daarnaast gaf 42,8% van de 65-plussers aan dat hun laatste tandartsbezoek twaalf maanden of langer geleden had plaatsgevonden, het hoogste aandeel van alle leeftijdsgroepen. Onder 18- tot 24-jarigen bedroeg dit aandeel 39,2%. De resultaten wijzen erop dat jongvolwassenen minder vaak recent mondzorg gebruiken, terwijl ouderen relatief vaker aangeven al langere tijd geen tandarts of orthodontist te hebben bezocht.

Opleidingsniveau

Tabel 3 laat een duidelijk verschil zien tussen opleidingsniveau en het moment waarop respondenten voor het laatst een tandarts hebben bezocht. Respondenten met een hoger opleidingsniveau geven vaker aan dat zij minder dan zes maanden geleden de tandarts hebben bezocht. Dit percentage stijgt van 26,9% onder laagopgeleiden naar 45,9% onder hoogopgeleiden (verschil 19 procentpunten). Ook het aandeel respondenten dat 6 tot minder dan 12 maanden geleden een bezoek bracht, neemt licht toe naarmate het opleidingsniveau hoger is (van 12,1% naar 19,0%) (verschil 6,9 procentpunten).

Daarentegen neemt het percentage respondenten dat 12 maanden of langer geleden voor het laatst een tandarts heeft bezocht af naarmate het opleidingsniveau stijft. Dit aandeel bedraagt 20,5% onder laagopgeleiden, tegenover 25,8% onder hoogopgeleiden.

Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

Er zijn verschillen zichtbaar in het bezoek aan een tandarts naar ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen (zie Tabel 3). Personen die aangaven dat hun inkomen voldoende of meer dan voldoende was, hadden vaker recent een tandarts bezocht dan personen die hun inkomen als (zeer) onvoldoende beoordeelden. Van de personen met een voldoende inkomen had 42,4% in de afgelopen zes maanden een tandarts bezocht, tegenover 34,7% van degenen met een zeer onvoldoende inkomen. Daarentegen gaf 45,9% van de personen met een zeer onvoldoende inkomen aan twaalf maanden of langer geleden voor het laatst een tandarts te hebben bezocht, vergeleken met 34,0% van degenen met een voldoende inkomen.



Tabel 3: Contact met een tandarts, naar leeftijd, opleidingsniveau & ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

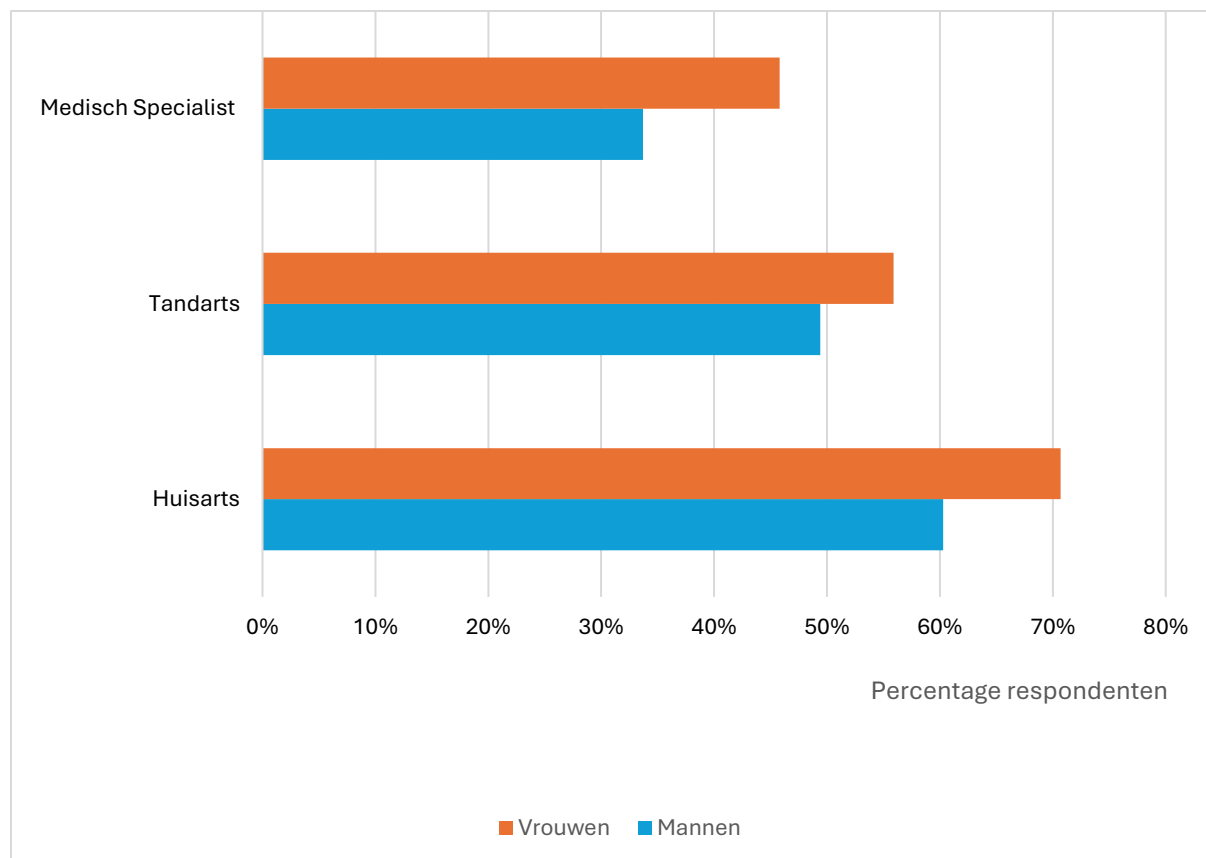
Leeftijdsgroep	< 6 maanden	6-12 maanden	> 12 maanden	Anders*
0-17	37,4%	14,3%	35,8%	12,4%
18-24	29,5%	20,2%	39,2%	12,6%
25-44	36,7%	16,1%	36,7%	9,7%
45-64	38,3%	16,6%	37,8%	5,9%
65+	38,3%	14,2%	42,8%	2,7%
*Anders: mensen die “weet ik niet” hebben ingevuld of geweigerd om een antwoord te geven				
Opleidingsniveau				
Laag (Geen, LO)	26,9%	12,1%	20,5%	7,7%
Midden 1 (LBO, Mavo)	33,4%	14,4%	44,7%	7,7%
Midden 2 (Havo, VWO, SBO)	39,3%	18,1%	35,9%	6,8%
Hoog (HBO, WO)	49,5%	19,0%	25,8%	5,7%
Anders*	29,2%	11,9%	33,2%	24,7%
Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen				
Zeer onvoldoende	34,7%	11,9%	45,9%	7,2%
Onvoldoende	31,8%	15,8%	43,3%	6,8%
Niet onvoldoende maar ook niet voldoende	33,7%	16,2%	38,5%	9,9%
Voldoende	42,4%	16,5%	34,0%	6,4%
Meer dan voldoende	43,4%	16,2%	36,4%	4,4%

2.4 Contact met een specialist

Op de vraag wanneer men voor het laatst was doorverwezen naar een specialist, gaf 40,4% van de respondenten aan dat dit in de afgelopen 12 maanden was gebeurd, terwijl 41,7% aangaf dat de verwijzing meer dan 12 maanden geleden had plaatsgevonden. Van de mannen gaf 25,5% aan dat dit minder dan zes maanden geleden was, terwijl dit percentage bij vrouwen hoger lag, namelijk 35% (verschil 9,5 procentpunten). In Figuur 6 is bovendien te



zien dat vrouwen in de afgelopen 12 maanden vaker waren doorverwezen dan mannen (45,8% versus 33,7%) (verschil 12,1 procentpunten).



Figuur 6: Percentage respondentent die contact met een zorgverlener heeft gehad in 12 maanden voorafgaand aan het interview, naar geslacht, 2025

Leeftijd

De resultaten in Tabel 4 laten een duidelijk verschil zien tussen leeftijd en het moment waarop respondenten voor het laatst naar een specialist zijn verwezen. Respondenten van 65 jaar en ouder rapporteerden het vaakst dat zij in de afgelopen zes maanden waren verwezen (49,6%), gevolgd door de leeftijdsgroepen 45-64 jaar (30,8%) en 25-44 jaar (26,2%). Onder de jongste respondenten (18-24 jaar) gaf slechts 13,2% aan in de afgelopen zes maanden te zijn verwezen. Daarentegen was het aandeel respondenten dat aangaf 12 maanden of langer geleden voor het laatst te zijn verwezen het hoogst onder de leeftijdsgroep 0-17 jaar (52,0%) en het laagst onder respondenten van 65 jaar en ouder (31,8%). Het percentage respondenten dat 6 tot minder dan 12 maanden geleden werd verwezen, bleef in alle leeftijdsgroepen relatief stabiel en varieerde tussen 8,6% en 11,1%.

Deze resultaten wijzen erop dat oudere respondenten vaker recent gebruik hebben gemaakt van specialistische zorg, terwijl jongere respondenten relatief vaker aangaven dat hun laatste verwijzing langer dan een jaar geleden plaatsvond.

Opleidingsniveau

Wat opleidingsniveau betreft, zijn er ook verschillen zichtbaar in het moment waarop respondenten voor het laatst naar een specialist zijn verwezen. Respondenten met een lage opleiding waren het vaakst in de afgelopen zes maanden verwezen (40,1%), terwijl respondenten met een midden-2 (HAVO, VWO, SBO) (41,3%) en hoge opleiding (40,4%) relatief vaker aangaven dat hun laatste verwijzing 12 maanden of langer geleden had plaatsgevonden. Het aandeel respondenten dat 6 tot minder dan 12 maanden geleden was verwezen, verschilde slechts beperkt tussen de opleidingsniveaus (9,2%–11,8%).

Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

Verder zijn er verschillen zichtbaar tussen de ervaren toereikendheid en het moment waarop respondenten voor het laatst naar een specialist zijn verwezen. Respondenten die hun inkomen als zeer onvoldoende beoordeelden, waren het vaakst in de afgelopen zes maanden verwezen (39,4%), terwijl respondenten met een meer dan voldoende inkomen het vaakst aangaven dat hun laatste verwijzing 12 maanden of langer geleden had plaatsgevonden (48,3%). Het aandeel respondenten dat 6 tot minder dan 12 maanden geleden was verwezen, verschilde slechts beperkt tussen de inkomensgroepen (7,2%–11,1%).

Tabel 4: Contact met een specialist, naar leeftijd, opleidingsniveau & ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

Leeftijdsgroep	< 6 maanden	6-12 maanden	> 12 maanden	Anders*
0-17	13,5%	6,5%	52,0%	27,9%
18-24	13,2%	11,0%	46,9%	28,9%
25-44	26,2%	8,6%	43,8%	21,4%
45-64	30,8%	10,6%	41,8%	16,7%
65+	49,6%	11,1%	31,8%	7,6%
*Anders: mensen die “weet ik niet” hebben ingevuld of geweigerd om een antwoord te geven				
Opleidingsniveau				
Laag (Geen, LO)	40,1%	10,3%	37,4%	12,2%
Midden 1 (LBO, Mavo)	37,0%	10,7%	38,9%	13,4%
Midden 2 (Havo, VWO, SBO)	31,9%	9,2%	41,3%	17,6%
Hoog (HBO, WO)	32,8%	11,8%	40,4%	14,9%
Anders*	23,9%	7,4%	25,2%	43,4%
Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen				
Zeer onvoldoende	39,4%	7,2%	35,3%	18,0%
Onvoldoende	31,6%	9,0%	42,4%	16,9%
Niet onvoldoende maar ook niet voldoende	27,5%	11,1%	41,3%	20,2%
Voldoende	29,7%	10,1%	42,4%	17,8%
Meer dan voldoende	26,5%	8,9%	48,3%	16,4%

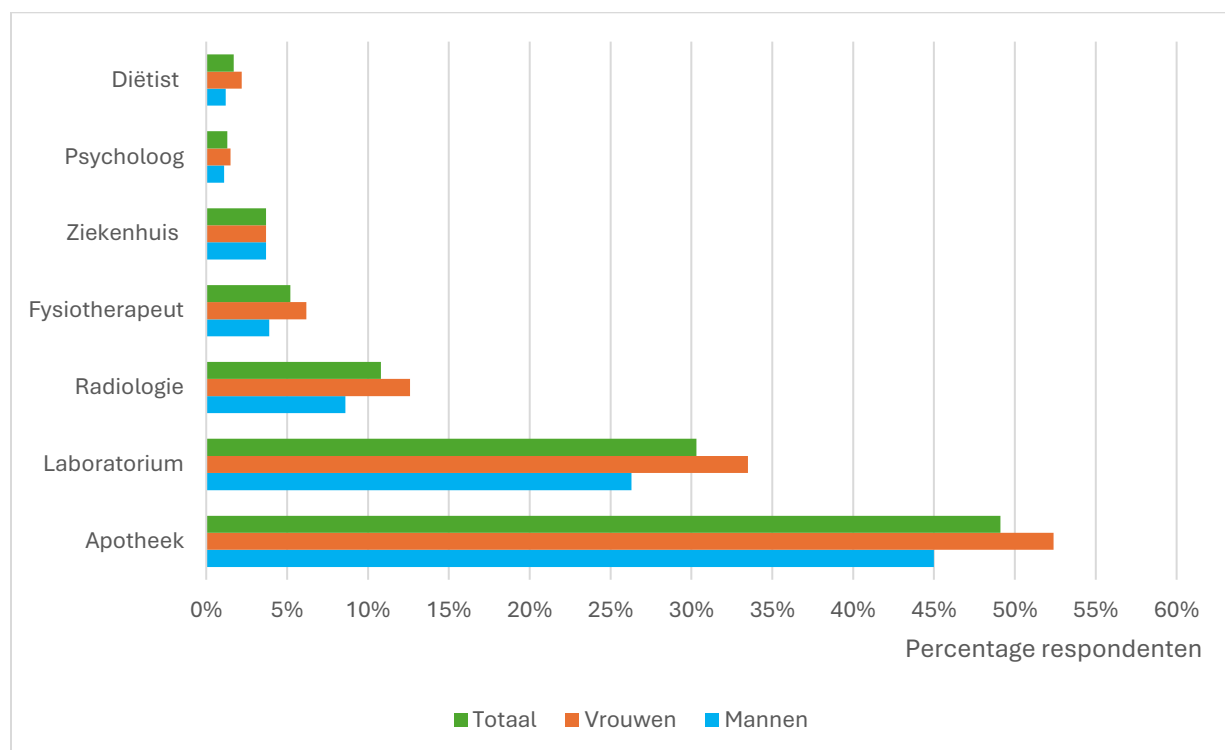
Figuur 7 geeft een overzicht van de doorverwijzingen naar verschillende zorgvoorzieningen naar geslacht. De meeste doorverwijzingen hebben betrekking op de apotheek. Ongeveer de helft (49,1%) van de respondenten geeft aan doorverwijzingen naar de apotheek te hebben ontvangen, waarbij het aandeel vrouwen hoger ligt dan dat van mannen (52,4% tegenover 45%). Daarnaast vormen laboratoriumonderzoeken een belangrijke categorie voor



doorverwijzingen. Ongeveer een derde (30,3%) van de respondenten is doorverwezen voor laboratoriumdiagnostiek, eveneens vaker vrouwen dan mannen.

Doorverwijzingen naar radiologie (10,8%) en fysiotherapie (5,2%) komen minder vaak voor, maar laten een vergelijkbaar patroon zien waarbij vrouwen vaker worden doorverwezen dan mannen. Het aandeel respondenten dat is doorverwezen naar het ziekenhuis (3,7%) is relatief beperkt en vertoont geen verschil tussen de geslachten.

De minste doorverwijzingen zijn de diensten van psychologen (1,3%) en diëtisten (1,7%). Slechts een klein percentage van de respondenten geeft aan hiervoor een verwijzing te hebben ontvangen. Over het algemeen laten de resultaten zien dat vrouwen vaker doorverwezen worden naar de onderzochte zorgvoorzieningen dan mannen, met name apotheek, laboratoriumonderzoeken, radiologische onderzoeken en fysiotherapie.



Figuur 7: Doorverwijzingen tijdens het laatste consult met de huisarts, naar geslacht en totaal niveau, 2025

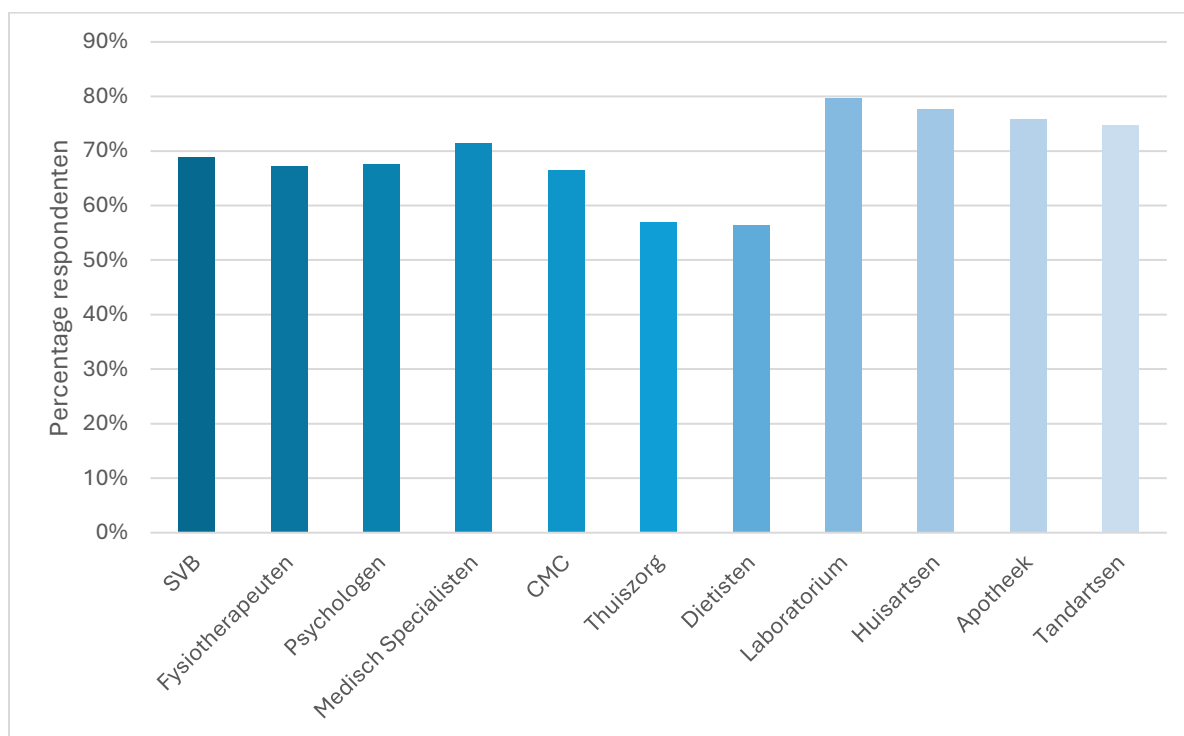
2.5 Tevredenheid zorgverlening

Uit de resultaten blijkt dat 52% van de respondenten aangeeft tevreden tot zeer tevreden te zijn over de zorgverlening op Curaçao in het algemeen. Dit betekent dat iets meer dan de helft van de ondervraagden een positieve beoordeling geven aan het zorgsysteem.

Wanneer wordt gekeken naar specifieke zorgverleners, variëren de tevredenheidspercentages (zie Figuur 8). De hoogste tevredenheid wordt gerapporteerd bij het laboratorium, waar 79,6% van de respondenten aangeeft tevreden tot zeer tevreden te zijn. Ook huisartsen scoren relatief hoog met 77,7%, gevolgd door de apotheek met 75,9% en tandartsen met 74,7%. Deze resultaten suggereren dat eerstelijnszorg en diagnostische diensten over het algemeen positief worden ervaren door patiënten.

Voor medisch specialisten ligt het tevredenheidspercentage op 71,4%, wat eveneens wijst op een overwegend positieve beoordeling. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) wordt door 68,9% van de respondenten positief beoordeeld. Ook andere zorgverleners zoals psychologen (67,6%) en fysiotherapeuten (67,3%) ontvangen een redelijk positieve beoordeling van patiënten. Deze percentages tonen aan dat een meerderheid van de respondenten tevreden is over deze zorgverleners, maar dat er tegelijkertijd ruimte blijft voor verbetering.

De tevredenheid ligt iets lager bij enkele andere zorgdiensten. Het Curaçao Medical Center (CMC) wordt door 66,5% van de respondenten positief beoordeeld. Daarnaast scoren thuiszorgdiensten met 57,0% en diëtisten met 56,4% het laagst binnen deze groep zorgverleners. Dit kan mogelijk wijzen op uitdagingen of verbeterpunten binnen deze specifieke zorgsectoren.



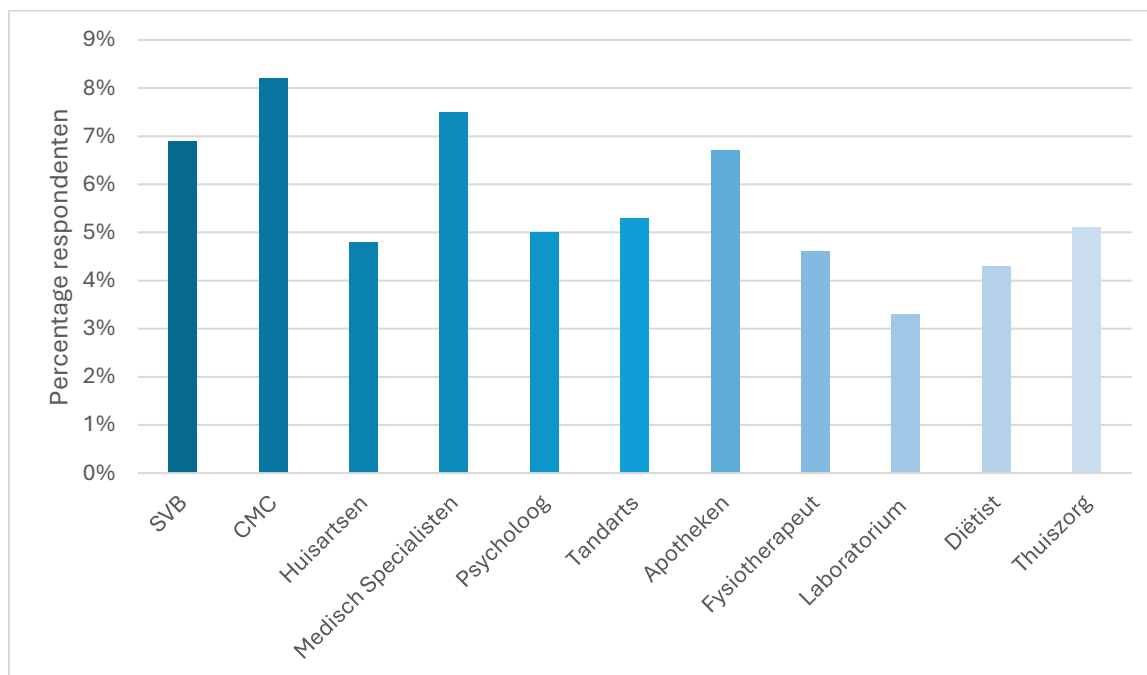
Figuur 8: *Tevredenheid over de verschillende zorgdiensten*

2.6 Ontevredenheid

Uit de resultaten blijkt dat 13,8% van de respondenten aangeeft (helemaal) niet tevreden te zijn over de zorgverlening op Curaçao in het algemeen.

Wanneer wordt gekeken naar specifieke zorgaanbieders en -instanties, geeft 6,9% van de respondenten aan (helemaal) niet tevreden te zijn over de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Ten aanzien van het Curaçao Medical Center (CMC) betreft dit 8,2% (zie Figuur 9).

Daarnaast geeft 4,8% aan (helemaal) niet tevreden te zijn over de huisarts, 7,5% over de medisch specialist en 5,0% over de psycholoog. Voor overige zorgverleners liggen de percentages als volgt: 5,3% voor de tandarts, 6,7% voor de apotheek, 4,6% voor de fysiotherapeut, 3,3% voor het medisch laboratorium, 4,3% voor de diëtist en 5,1% voor de thuiszorg.



Figuur 9: *Ontevredenheid over de verschillende zorgdiensten*

3. Toegankelijkheid tot zorg

In dit hoofdstuk wordt de toegankelijkheid tot zorg besproken. Hierbij komen verschillende thema's aan bod, waaronder transport- en afstandsproblemen bij het verkrijgen van zorg. Tot slot, wordt ook de betaalbaarheid van verschillende zorgdiensten onder de loep genomen.

3.1 Toegankelijkheid tot zorg

Uit de huidige bevindingen (zie Tabel 5) blijkt dat 3,2% van de respondenten vertraging in de gezondheidszorg heeft ervaren als gevolg van transport- of afstandsproblemen. Hierbij was het aandeel vrouwen hoger (3,5%) dan dat van mannen (3,0%) (verschil 0,5 procentpunt).

Volgens het NGE-rapport uit 2017 gaf 3,4% van de Curaçaoënaars die in de 12 maanden voorafgaand aan het interview behoefte hadden aan zorg aan dat zij deze niet tijdig hadden ontvangen vanwege problemen met afstand of vervoer. Ook in dat onderzoek was het aandeel vrouwen hoger (4,2%) dan het aandeel mannen (2,3%), een verschil van 1,9 procentpunten.

Vergelijkingen van beide onderzoeken laat zien dat de resultaten grotendeels overeenkomen. Zowel in het huidige onderzoek als in de NGE 2017 wordt gerapporteerd dat vrouwen vaker belemmeringen ervaren bij het tijdig ontvangen van zorg als gevolg van transport of afstandsproblemen. Tegelijkertijd is ten opzichte van 2017 een verandering zichtbaar in de prevalentie binnen beide geslachten. Bij vrouwen is het aandeel gedaald van 4,2% naar 3,5%, een afname van 0,7 procentpunt. Bij mannen is daarentegen sprake van een stijging van 2,3 naar 3,0%, wat neerkomt op een toename van 0,7 procentpunt. Hierdoor is het verschil tussen vrouwen en mannen afgenomen van 1,9 naar 0,5 procentpunt.

Daarnaast is een afname zichtbaar in het aantal respondenten dat rapporteert lange wachttijden te ervaren voordat zij een afspraak kunnen krijgen met een zorgverlener (zie Tabel 5). Dit percentage is gedaald van 17,4% in de NGE 2017 naar 11,6% in het huidige onderzoek, wat neerkomt op een afname van 5,8 procentpunten. In het NGE-rapport werd verder gerapporteerd dat vrouwen (20,9%) vaker dan mannen (12,4%) lange wachttijden als belemmering voor tijdige zorg ervoeren, een verschil van 8,5 procentpunten. Ook in het huidige onderzoek rapporteren vrouwen vaker dan mannen lange wachttijden, namelijk 12,5% tegenover 10,4%, wat neerkomt op een verschil van 2,1 procentpunten.

Ten opzichte van de NGE 2017 is bij beide geslachten een afname zichtbaar. Bij vrouwen daalde het percentage van 20,9% naar 12,5%, een afname van 8,4 procentpunten. Bij

mannen nam het percentage af van 12,4% naar 10,4%, een afname van 2,0 procentpunten. Daarmee is ook het verschil tussen mannen en vrouwen aanzienlijk kleiner geworden: van 8,5 procentpunten in 2017 naar 2,1 procentpunten in het huidige onderzoek (zie Tabel 5B).

Tabel 5: Vertraging in het ontvangen van gezondheidszorg in de 12 maanden voorafgaand aan het interview als gevolg van transport- of afstandsproblemen

	NGE 2017 (%)	ES 2025 (%)
Totaal	10,5%	3,2%
Geslacht		
Mannen	2,3%	3,0%
Vrouwen	4,2%	3,5%
B. Aantal respondenten die rapporteert lange wachttijden te ervaren voordat zij een afspraak kunnen krijgen met een zorgverlener		
Totaal	17,4%	11,6%
Geslacht		
Mannen	12,4%	10,4%
Vrouwen	20,9%	12,5%

3.2 Betaalbaarheid van zorg

Uit de huidige bevindingen blijkt dat 7,6% van de respondenten aangaf in de 12 maanden voorafgaand aan het interview medische zorg nodig te hebben gehad, maar deze vanwege financiële redenen niet te hebben kunnen betalen. Vrouwen rapporteerden vaker financiële barrières bij het verkrijgen van zorg (8,7%) dan mannen (6,4%), een verschil van 2,3 procentpunten.

In het NGE-rapport 2017 bedroeg het aandeel respondenten dat aangaf medische zorg niet te hebben kunnen betalen 2,5%. Vergeleken met de huidige bevindingen is sprake van een aanzienlijke toename: het percentage is gestegen van 2,5% naar 7,6%, wat neerkomt een toename van 5,1 procentpunten. Dit betekent dat het aandeel respondenten dat financiële belemmeringen ervaart bij het verkrijgen van medische zorg inmiddels ongeveer driemaal zo hoog is als in 2017.

In het NGE-rapport 2017 bedroeg dit percentage 1,5% onder mannen en 3,1% onder vrouwen, een verschil van 1,6 procentpunten. Vergeleken met de huidige bevindingen is het aandeel gestegen naar respectievelijk 6,4% onder mannen en 8,7% onder vrouwen. Dit komt neer op een toename van 4,9 procentpunten bij mannen en 5,6 procentpunten bij vrouwen. Hoewel vrouwen in beide onderzoeken vaker financiële belemmeringen rapporteren dan

mannen, is het verschil tussen beide geslachten licht toegenomen, van 1,6 naar 2,3 procentpunten.

Daarnaast gaf 9,4% van de respondenten aan in de 12 maanden voorafgaand aan het interview behoefte te hebben gehad aan tandheelkundige zorg, maar deze vanwege financiële redenen niet te hebben kunnen betalen (zie Tabel 6). Ten opzichte van het NGE-rapport 2017 is dit een afname van 1,1 procentpunten.

Wanneer wordt gekeken naar geslacht, gaf 8,2% van de mannen en 10,4% van de vrouwen aan tandheelkundige zorg niet te hebben kunnen betalen, een verschil van 2,2 procentpunten. Ook ten opzichte van 2017 is bij beide geslachten sprake van een afname. Bij mannen daalde het percentage van met 0,5 procentpunt en bij vrouwen met 1,4 procentpunten.

Leeftijd

Opvallend is dat de leeftijdsverdeling is verschoven (zie Tabel 6). In het huidige onderzoek vormen jongvolwassenen van 18 tot 24 jaar de grootste groep die aangeeft tandzorg vanwege financiële redenen niet te kunnen betalen, terwijl in 2017 de hoogste prevalentie werd gevonden onder de 25- tot 44-jarigen. Hoewel het totale aandeel respondenten met financiële belemmeringen voor tandheelkundige zorg is afgenomen, is binnen de groep van 65-plussers juist de sterkste stijging zichtbaar, namelijk 2,6 procentpunten.

Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

Er zijn weinig verschillen zichtbaar in de ervaren betaalbaarheid van tandzorg tussen de verschillende opleidingsniveaus. Van de respondenten met een laag opleidingsniveau gaf 10,6% aan problemen te ervaren met de betaalbaarheid van tandzorg. Onder respondenten met een midden 1-opleiding was dit 9,0%, gevolgd door 9,9% onder respondenten met een midden 2-opleiding en 9,6% onder respondenten met een hoog opleidingsniveau.

Er is daarentegen wel een duidelijk verschil zichtbaar tussen de ervaren toereikendheid van het inkomen en de betaalbaarheid van tandzorg. Van de respondenten die aangaven dat hun inkomen zeer onvoldoende was, rapporteerde 12,9% dat zij tandzorg niet konden betalen. Dit percentage was vergelijkbaar onder respondenten met een onvoldoende inkomen (12,5%). Onder respondenten die hun inkomen als niet onvoldoende, maar ook niet voldoende beoordeelden, nam dit aandeel af tot 9,3%.

Naarmate respondenten hun inkomen als meer toereikend ervaren, neemt het aandeel dat problemen ondervindt met de betaalbaarheid van tandzorg verder af. Van de respondenten met een voldoende inkomen gaf 6,9% aan tandzorg niet te kunnen betalen, terwijl dit



aandeel onder respondenten met een meer dan voldoende inkomen 5,6% bedroeg (zie Tabel 6).

Tabel 6: Percentage respondenten dat tandzorg nodig had in 12 maanden voor het interview maar er niet voor kon betalen (2017 & 2025)

	NGE 2017 (%)	ES 2025 (%)
Totaal	10,5%	9,4%
Geslacht		
Mannen	8,7%	8,2%
Vrouwen	11,8%	10,4%
Leeftijd		
0-17 jaar	-	9,0%
18-24 jaar	10,4%	12,9%
25-44 jaar	15,7%	9,9%
45-64 jaar	9,2%	10,1%
65 + jaar	4,9%	7,5%
Opleiding		
Laag (Geen, LO)	13,4%	10,6%
Midden 1 (LBO, Mavo)	9,9%	9,0%
Midden 2 (Havo, VWO, SBO)	11,5%	9,9%
Hoog (HBO, WO)	7,4%	9,6%
Anders*	-	2,7%
Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen		
Zeer onvoldoende	-	12,9%
Onvoldoende	-	12,5%
Niet onvoldoende maar ook niet voldoende	-	9,3%
Voldoende	-	6,9%
Meer dan voldoende	-	5,6%

Voor door een arts voorgeschreven medicijnen gaf 8,2% van de respondenten aan deze vanwege financiële redenen niet te kunnen betalen, terwijl 3,3% aangaf geestelijke gezondheidszorg niet te kunnen bekostigen. In vergelijking met het NGE-rapport 2017 is voor vrijwel alle zorgvormen een toename zichtbaar in het aandeel personen dat aangeeft noodzakelijke zorg niet te kunnen betalen vanwege financiële belemmeringen, met uitzondering van tandzorg. Voor voorgeschreven medicijnen is sprake van een toename van

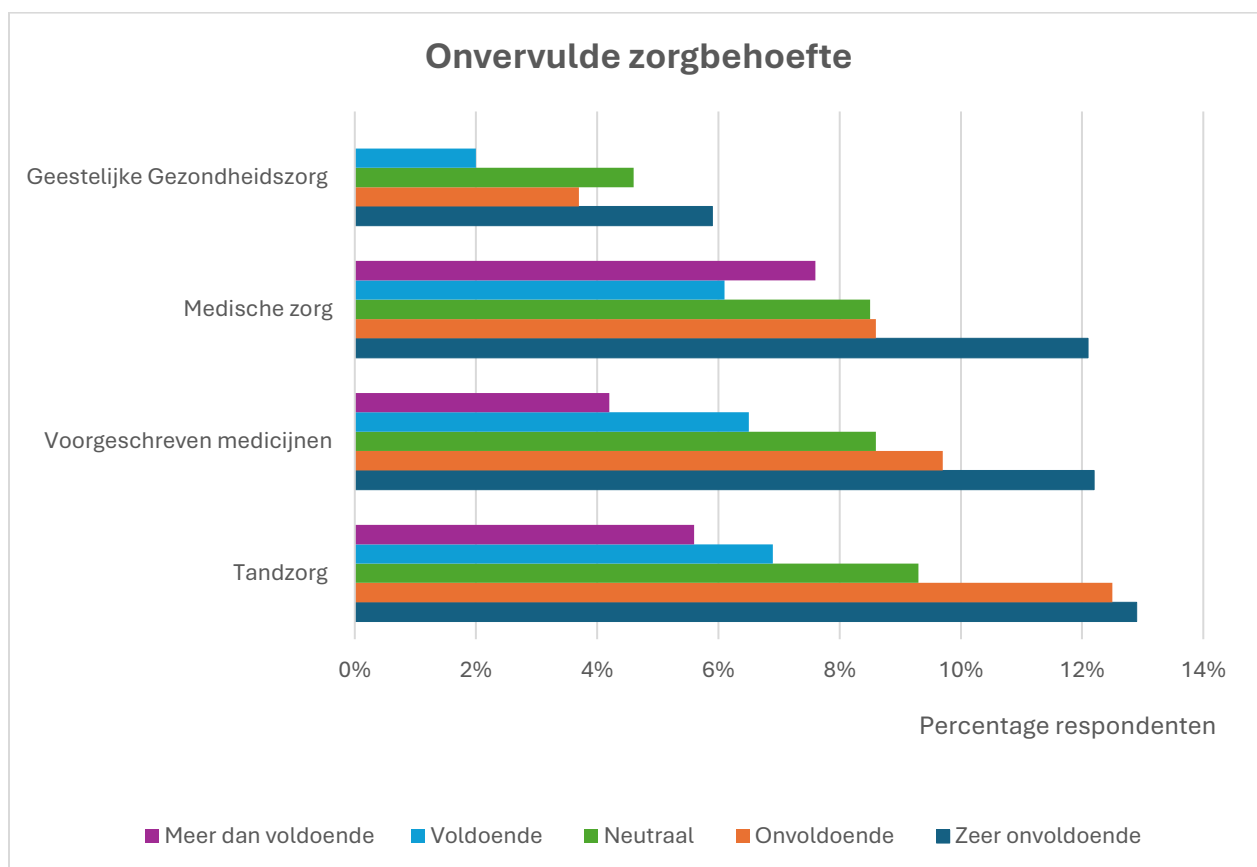


4,0 procentpunten en voor geestelijke gezondheidszorg een toename van 2,2 procentpunten.

Ook bij het niet kunnen betalen van voorgeschreven medicijnen is een verschil naar geslacht zichtbaar. Vrouwen rapporteerden dit vaker (9,3%) dan mannen (7,0%), een verschil van 2,3 procentpunten. Voor geestelijke gezondheidszorg werd daarentegen geen verschil tussen mannen en vrouwen gevonden; in beide groepen gaf 3,3% aan deze zorg niet te kunnen betalen.

Figuur 10 toont het percentage respondenten met een onvervulde zorgbehoefte vanwege financiële belemmeringen, uitgesplitst naar de ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen. Voor alle vier de zorgvormen, tandzorg, voorgeschreven medicijnen, medische zorg en geestelijke gezondheidszorg neemt het aandeel respondenten met een onvervulde zorgbehoefte toe naarmate het inkomen als minder toereikend wordt ervaren.

De grootste onvervulde zorgbehoefte werd gerapporteerd voor tandzorg. Van de respondenten die hun inkomen als zeer onvoldoende beoordeelden, gaf ongeveer 13% aan behoefte te hebben gehad aan tandzorg, maar deze niet te hebben ontvangen. Ook voor voorgeschreven medicijnen en medische zorg werden relatief hoge percentages gevonden onder respondenten met een zeer onvoldoende inkomen (beide ongeveer 12%). De onvervulde behoefte aan geestelijke gezondheidszorg was het laagst, maar nam eveneens toe naarmate het inkomen als minder toereikend werd ervaren.



Figuur 10: Onvervulde zorgbehoefte door financiële redenen naar ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen

4. Mantelzorg

4.1 Mantelzorg

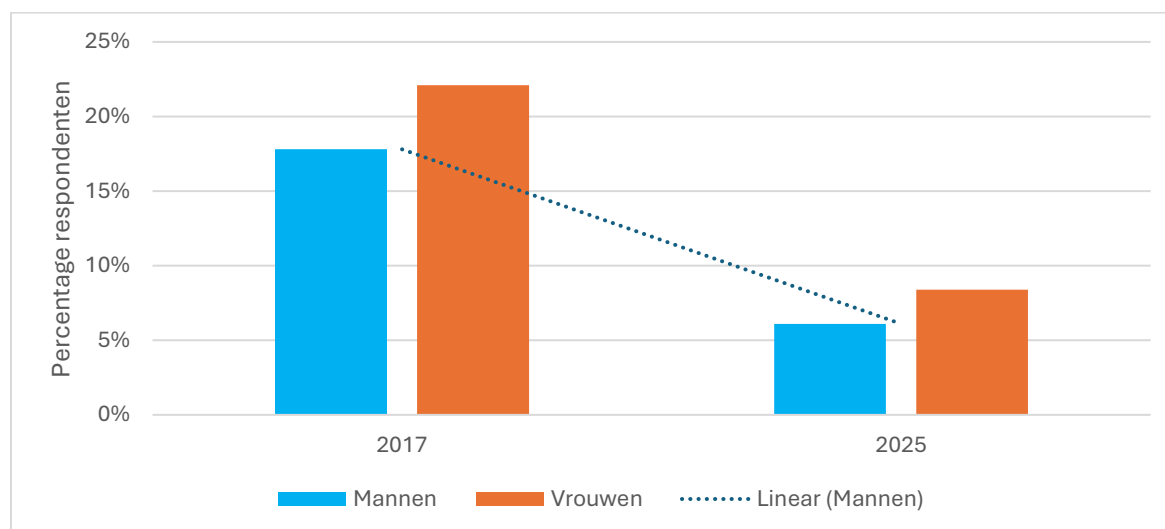
Mantelzorg verwijst naar onbetaalde zorg die wordt verleend aan familieleden, vrienden of kennissen die vanwege een ziekte, beperking of ouderdom ondersteuning nodig hebben bij dagelijkse activiteiten of gezondheidsgerelateerde behoeften (Rijksoverheid, z.d.).

Uit de resultaten blijkt dat 7,4% van de respondenten aangeeft minstens één keer per week mantelzorg te verlenen aan één of meerdere personen die beperkingen ervaren als gevolg van leeftijd, gezondheidsproblemen of een handicap. Van de respondenten die aangaven wekelijks zorg te verlenen, was 63,6% vrouw en 36,4% man.

Wanneer wordt gekeken naar de verdeling tussen mannen en vrouwen, blijkt dat vrouwen vaker mantelzorg verlenen dan mannen. In totaal geeft 8,4% van de vrouwelijke respondenten aan wekelijks mantelzorg te bieden, tegenover 6,1% van de mannelijke respondenten (verschil 2,3 procentpunten). Dit patroon sluit aan bij bredere trends die in veel landen worden gezien, waarbij vrouwen vaker betrokken zijn bij informele zorgverlening binnen familie- en sociale netwerken (OECD, 2025).

Opvallend is dat het percentage respondenten dat minstens één keer per week mantelzorg verleent sterk is gedaald in vergelijking met 2017. In dat jaar gaf namelijk 20,2% van de volwassenen aan wekelijks mantelzorg te verlenen. De huidige resultaten wijzen dus op een aanzienlijke afname in het aandeel mantelzorgverleners, een verschil van 12,8 procentpunten.

Deze daling is ook zichtbaar wanneer de cijfers voor mannen en vrouwen afzonderlijk worden bekeken. In 2017 gaf 22,1% van de vrouwen aan regelmatig mantelzorg te verlenen, tegenover 17,8% van de mannen. In vergelijking met de huidige percentages (8,4% bij vrouwen en 6,1% bij mannen) is er dus sprake van een duidelijke afname bij beide groepen (verschil 13,7 en 11,7 procentpunten) (zie Figuur 11).



Figuur 11: Percentage van de bevolking dat minimaal één keer per week mantelzorg geeft, naar geslacht, 2017 & 2025

Uit de resultaten van Tabel 7 blijkt dat het aandeel mantelzorgers verschilt naar leeftijd. Personen van 45-64 jaar verlenen het vaakst wekelijks zorg of ondersteuning (10,6%), gevolgd door personen van 65 jaar en ouder (6,8%). Onder personen van 25-44 jaar bedraagt dit aandeel 6,1%, terwijl jongeren van 18-24 jaar het minst vaak aangeven wekelijks zorg of ondersteuning te verlenen (2,6%). In vergelijking met 2017 is er echter sprake van een verschuiving in de leeftijdsverdeling van mantelzorgverleners. Personen van 45-64 jaar vormen in zowel 2017 als 2025 de grootste groep mantelzorgverleners. De groep van 18-24 jaar, die in 2017 de op één na grootste groep vormde, is in 2025 de kleinste groep geworden. Daarentegen is de groep van 65 jaar en ouder, die in 2017 de kleinste groep vormde, in 2025 de op één na grootste groep mantelzorgverleners geworden.

Verder zijn er ook verschillen zichtbaar naar opleidingsniveau. Personen met een hoog opleidingsniveau geven het vaakst aan dat zij wekelijks zorg of ondersteuning verlenen (11,6%), terwijl dit aandeel bij de overige opleidingsgroepen varieert van 6,3% tot 7,1%. Dit wijst erop dat het verlenen van wekelijkse zorg of ondersteuning relatief vaker voorkomt onder personen met een hoog opleidingsniveau. In vergelijking met 2017 is er een verschuiving zichtbaar: hoogopgeleiden vormen nu de grootste groep mantelzorgverleners, terwijl laagopgeleiden van de kleinste naar de derde grootste groep zijn verschoven.

Wanneer er ingezoomd wordt naar de ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen, zijn er ook verschillen zichtbaar. Personen die hun inkomen als voldoende ervaren, rapporteren het vaakst dat zij wekelijks zorg verlenen (9,0%) (zie Tabel 7). Bij de overige

inkomenscategorieën varieert dit aandeel tussen 5,7% en 6,9%. Er is daarmee geen duidelijke samenhang zichtbaar tussen de ervaren inkomenspositie en het verlenen van wekelijkse zorg of ondersteuning.

Tabel 7: Percentage respondenten dat minstens één keer per week mantelzorg verleent aan een of meerdere personen die lijden aan beperkingen vanwege hun leeftijd, hun gezondheid of een handicap, naar leeftijdsgroep, opleidingsniveau en ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen.

	Mantelzorgverlener	
Leeftijdsgroep	NGE 2017 (%)	ES 2025(%)
18-24	22,6%	2,6%
25-44	19,6%	6,1%
45-64	23,4%	10,6%
65+	13,9%	6,8%
Opleidingsniveau		
Laag (Geen, LO)	13,4%	7,0%
Midden 1 (LBO, Mavo)	20,1%	6,6%
Midden 2(Havo, VWO, SBO)	24,1%	7,1%
Hoog (HBO, WO)	20,3%	11,6%
Anders*	-	6,2%
Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen		
Zeer onvoldoende		6,7%
Onvoldoende		5,7%
Niet onvoldoende maar ook niet voldoende		6,9%
Voldoende		9,0%
Meer dan voldoende		5,7%
*Anders: mensen die “weet ik niet” hebben ingevuld of geweigerd om een antwoord te geven		

5. Afwezigheid werk door gezondheidsproblemen

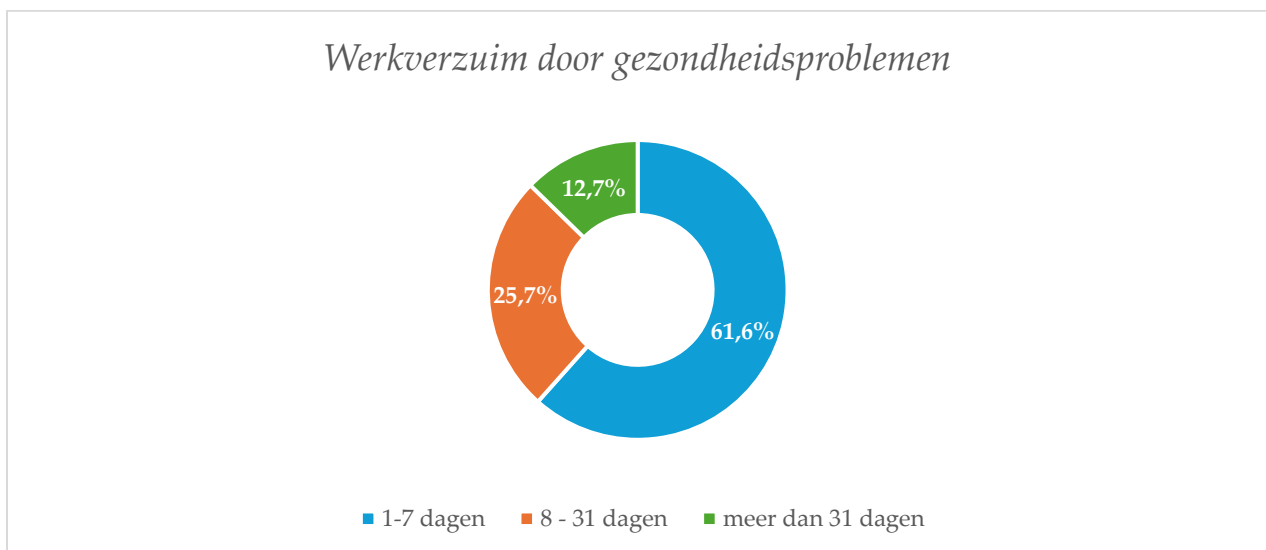
In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan een ander onderdeel dat geen deel uitmaakt van de gezondheidsindicatoren die door de VIC zijn opgesteld. Het thema dat in dit hoofdstuk centraal staat, is werkverzuim vanwege gezondheidsproblemen.

5.1. Werkverzuim door gezondheidsproblemen

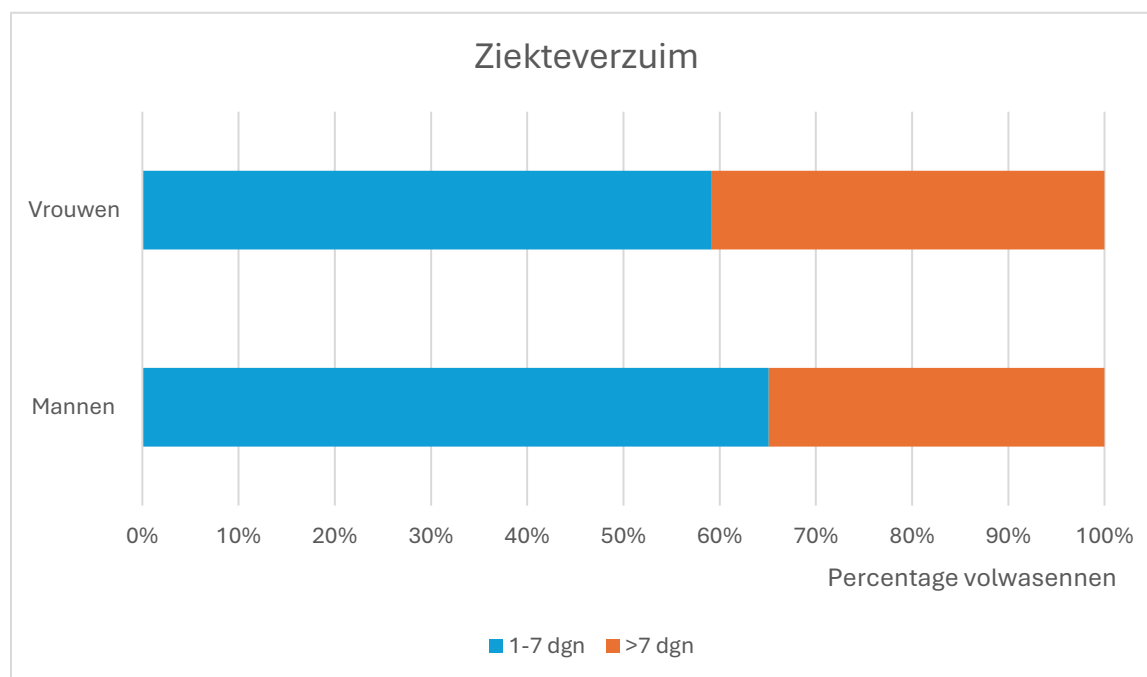
Investeren in de gezondheid van werknemers kan resulteren in een lager ziekteverzuim, een hogere mate van arbeidstevredenheid, een toegenomen motivatie en een verminderd personeelsverloop (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], z.d.)

In totaal gaf 13,0% van de respondenten aan in de 12 maanden voorafgaand aan het interview afwezig te zijn geweest van het werk vanwege gezondheidsproblemen. Binnen deze groep rapporteerde 61,6% 1 tot 7 dagen afwezig te zijn geweest, terwijl 38,4% aangaf meer dan een week afwezig te zijn geweest (zie Figuur 12). Gemiddeld blijven mensen vier dagen thuis wegens ziekte.

Vrouwen gaven vaker dan mannen aan afwezig te zijn geweest van het werk vanwege gezondheidsproblemen (14,0% tegenover 11,7%). Wanneer echter wordt gekeken naar de duur van het ziekteverzuim, blijkt dat mannen relatief vaker 1 tot 7 dagen afwezig waren (65,1%) dan vrouwen (59,2%) (zie Figuur 13). Voor een afwezigheid van meer dan een week gaf 34,9% van de mannen en 40,8% van de vrouwen aan wegens ziekte van het werk afwezig te zijn geweest (verschil 5,9 procentpunten).



Figuur 12: Percentage volwassenen naar duur afwezigheid van werk door gezondheidsproblemen



Figuur 13: Ziekteverzuim onder volwassen respondenten, naar geslacht, 2025

De resultaten tonen aan dat ziekteverzuim in de afgelopen twaalf maanden verschilt naar opleidingsniveau en de mate waarin mensen aangeven dat hun inkomen toereikend is (zie Tabel 8). Vooral onder personen met een middelbaar beroepsonderwijsniveau (MBO/SBO niveau 2 t/m 4) werd een relatief hoog percentage ziekteverzuim waargenomen (18,0%). Ook onder hoogopgeleiden lagen de percentages relatief hoog, respectievelijk 16,5%.

Daarnaast lijkt de ervaren financiële situatie samen te hangen met ziekteverzuim. Respondenten die aangaven dat hun inkomen *voldoende* of *meer dan voldoende* was, rapporteerden vaker ziekteverzuim. Zo gaf maar liefst 15,7% van degenen met een *voldoende* inkomen aan afwezig te zijn geweest vanwege gezondheidsproblemen. Daarentegen werden lagere percentages gevonden onder personen met een onvoldoende ervaren inkomen, respectievelijk 9,3%. Een mogelijke verklaring is dat mensen met een laag inkomen zich vanwege hun financiële situatie minder gemakkelijk kunnen veroorloven om niet te werken. Hierdoor kunnen zij ondanks gezondheidsklachten blijven doorwerken.

De bevindingen suggereren dat zowel sociaaleconomische omstandigheden als opleidingsniveau een rol kunnen spelen bij ziekteverzuim. Tegelijkertijd laten de resultaten zien dat de relatie tussen inkomen, opleiding en gezondheid complex is en mogelijk

beïnvloed wordt door factoren zoals type werk, werkdruk en toegang tot gezondheidszorg. Ook verschillen in type werk en arbeidsomstandigheden kunnen hierbij een rol spelen. De beschikbare gegevens geven echter onvoldoende informatie om vast te stellen welke factoren het verschil in ziekteverzuim precies verklaren.

In vergelijking met het NGE-rapport 2017 is het totale aandeel personen dat aangeeft afwezig te zijn geweest van het werk aanzienlijk gedaald, namelijk van 43,0% naar 12,9%. Tegelijkertijd is binnen de groep die verzuim rapporteert een verschuiving zichtbaar in de duur van het ziekteverzuim. Het aandeel respondenten dat 1 tot 7 dagen afwezig was, is gestegen van 26,0% naar 52,5%. Ook het aandeel respondenten dat meer dan een week afwezig was wegens ziekte is toegenomen, van 17,0% naar 32,7%.

Tabel 8: *Percentage respondenten die hebben aangegeven in de laatste 12 maanden voorafgaand aan het interview afwezig te zijn geweest op werk vanwege gezondheidsproblemen, naar opleidingsniveau en ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen*

Percentage respondenten	
Opleidingsniveau	
Laag (Geen, LO)	7,4%
Midden 1 (LBO, Mavo)	10,5%
Midden 2 (Havo, VWO, SBO)	18,0%
Hoog (HBO, WO)	16,5%
Anders*	12,5%
Ervaren toereikendheid van het huishoudinkomen	
Zeer onvoldoende	10,4%
Onvoldoende	9,3%
Niet onvoldoende maar ook niet voldoende	13,4%
Voldoende	15,7%
Meer dan voldoende	12,8%
*Anders: mensen die "weet ik niet" hebben ingevuld of geweigerd om een antwoord te geven	

6. Caribische & Internationale vergelijkingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de Enkuesta Sosial 2025 in een internationale en Caribische context geplaatst. Hierbij worden de resultaten vergeleken met beschikbare gegevens van andere landen en Caribische (BES)-eilanden.

6.1 Vergelijking met Caribische (BES)-eilanden

Om de resultaten van dit onderzoek in een bredere regionale context te plaatsen, worden de bevindingen van Curaçao vergeleken met beschikbare gegevens van de Caribische (BES)-eilanden Bonaire, Sint-Eustatius en Saba. Deze vergelijking is relevant, omdat deze eilanden overeenkomsten vertonen op het gebied van geografische ligging, bevolkingssamenstelling en de organisatie van de gezondheidszorg. Door de resultaten naast elkaar te leggen, kan worden nagegaan in hoeverre de waargenomen patronen op Curaçao overeenkomen met of afwijken van die op de BES-eilanden.

Ook op de BES-eilanden is een vergelijkbaar patroon zichtbaar, waarbij vrouwen vaker contact hebben met een huisarts dan mannen. Volgens cijfers van het CBS over 2021 had op Bonaire 64,3% van de bevolking in de voorafgaande twaalf maanden contact met een huisarts. Daarbij lag dit aandeel hoger onder vrouwen dan onder mannen (73,9% tegenover 55,5%) (CBS Statline, z.d.).

Een vergelijkbare trend werd waargenomen op Sint-Eustatius, waar 46,6% van de vrouwen en 38,5% van de mannen in de voorafgaande twaalf maanden contact had met een huisarts. Ook op Saba was dit patroon zichtbaar: 76,1% van de vrouwen had in de voorafgaande twaalf maanden contact met een huisarts, tegenover 59,7% van de mannen (CBS Statline, z.d.). Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van de ES 2025 (Zie Figuur 14), waar eveneens werd vastgesteld dat vrouwen vaker contact hebben met een huisarts dan mannen (70,7% vs. 60,3%). Dit wijst erop dat het hogere gebruik van huisartsenzorg door vrouwen niet alleen op Curaçao voorkomt, maar ook zichtbaar is op de andere Caribische eilanden.

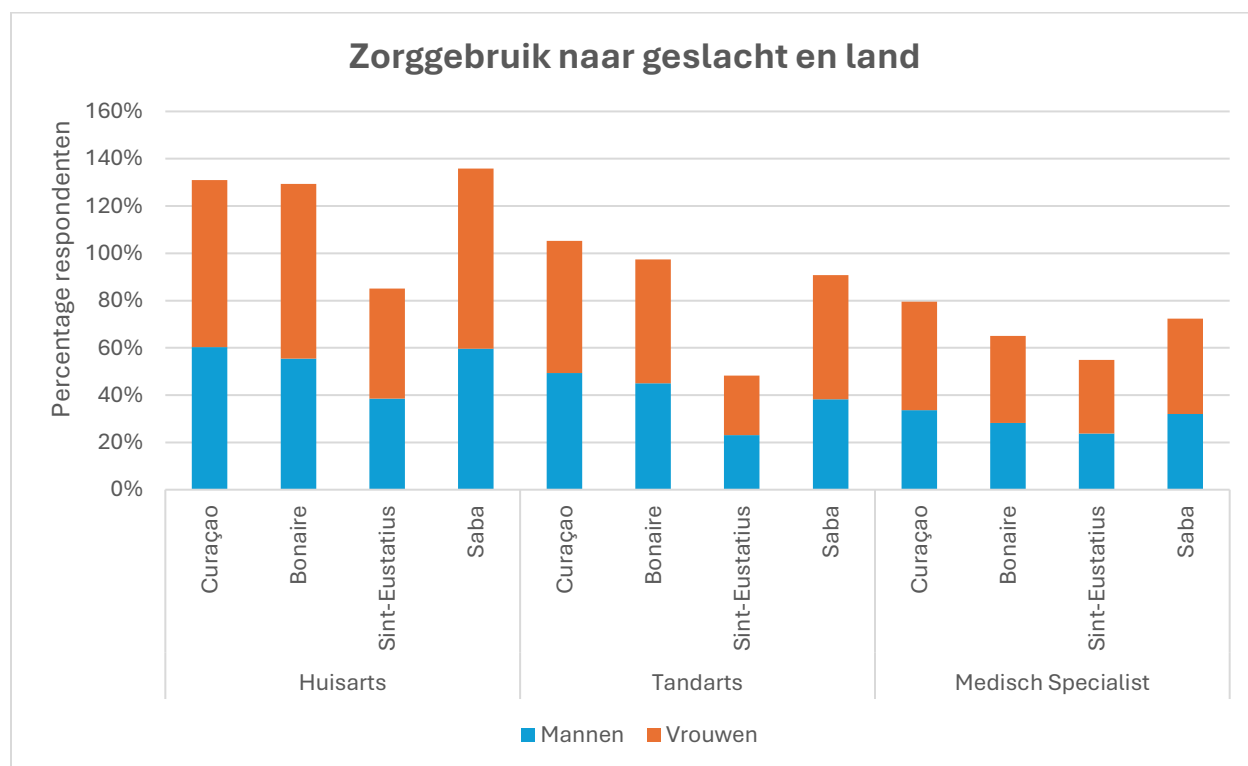
Contact met een medisch specialist

Ook wat betreft het contact met een medisch specialist in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview is op Bonaire, Sint-Eustatius en Saba een vergelijkbaar patroon zichtbaar

als op Curaçao (zie Figuur 14). Op alle drie de eilanden hadden vrouwen vaker contact met een medisch specialist dan mannen. Op Bonaire had 36,8% van de vrouwen contact met een medisch specialist, tegenover 28,2% van de mannen. Op Sint-Eustatius bedroeg dit 31,2% van de vrouwen en 23,7% van de mannen, terwijl op Saba 40,4% van de vrouwen contact had met een medisch specialist, tegenover 32,0% van de mannen (*CBS Statline, z.d.*). Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van de ES 2025, waar eveneens werd vastgesteld dat vrouwen vaker een medisch specialist bezoeken dan mannen (45,8% vs. 33,7%).

Contact met een tandarts

Een vergelijkbaar patroon is zichtbaar voor het contact met de tandarts. Op Bonaire had 52,4% van de vrouwen in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek contact met een tandarts, tegenover 45,0% van de mannen (Zie Figuur 14). Op Sint-Eustatius bedroeg dit 25,1% van de vrouwen en 23,1% van de mannen. Op Saba had 52,5% van de vrouwen contact met een tandarts, tegenover 38,3% van de mannen (*CBS Statline, z.d.*). Ook deze bevindingen sluiten aan bij de resultaten van de ES 2025, waar vrouwen eveneens vaker gebruikmaakten van tandheelkundige zorg dan mannen (55,9% vs. 49,4%).



Figuur 14: Gebruik van zorgvoorzieningen in de laatste 12 maanden voorafgaand aan het interview, naar geslacht en land

6.2 Vergelijking met Nederland

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in Nederland maken vrouwen vaker gebruik van zorgverleners, zoals de huisarts, tandarts, fysiotherapeut en psycholoog, dan mannen. Zo had 72% van de vrouwen in de afgelopen 12 maanden ten minste één contact met de huisarts, tegenover 66% van de mannen (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.). Dit geldt eveneens voor tandarts, 84% vrouwen en 80% mannen.

Deze bevindingen komen grotendeels overeen met de resultaten van dit onderzoek. Binnen onze steekproef gaf 70,7% van de vrouwen aan de huisarts in de afgelopen 12 maanden te hebben bezocht, tegenover 60,3% van de mannen (zie Figuur 5).

Hoewel het verschil tussen vrouwen en mannen op Curaçao groter is (10,4 procentpunten) dan in Nederland (6 procentpunten), liggen de afzonderlijke percentages dicht bij elkaar. Het grootste relatieve verschil is zichtbaar bij de mannen (66% in Nederland tegenover 60,3% in Curaçao).

Het totale aandeel personen dat in de afgelopen 12 maanden contact had met de huisarts bedraagt in Nederland 69,1%, wat slechts beperkt afwijkt van 66,0% in dit onderzoek (zie Tabel 9).

Ook bij het bezoek aan medisch specialisten is dezelfde trend zichtbaar, waarbij vrouwen in de meerderheid zijn. In Nederland heeft 45% van de vrouwen in de 12 maanden voorafgaand aan het interview een medisch specialist bezocht, tegenover 39% van de mannen. Binnen onze steekproef ligt het aandeel vrouwen iets hoger (45,8%), terwijl het aandeel mannen lager ligt dan in Nederland (33,7%). Het verschil tussen vrouwen en mannen bedraagt in Nederland 6 procentpunten, tegenover 12,1 procentpunten in onze steekproef, bijna het dubbele.

Het grootste verschil is zichtbaar bij de mannen: het aandeel mannen dat een medisch specialist heeft bezocht ligt 5,3 procentpunten lager dan in Nederland. Desondanks blijven mannen ook in dit opzicht duidelijk in de minderheid ten opzichte van vrouwen.

6.3 Financiële barrières

In Nederland heeft 23% van de volwassen bevolking in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek een bezoek aan de tandarts vermeden of uitgesteld vanwege de kosten (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025) (zie Tabel 9). Dit kwam het meest voor onder 18- tot 45-jarigen (25%). Hoewel in het huidige onderzoek niet is gevraagd naar het uitstellen of vermijden van tandartszorg, zijn de resultaten goed vergelijkbaar. Er is namelijk gevraagd of respondenten tandzorg nodig hadden, maar deze niet konden betalen. Ook in dit onderzoek

kwam dit het vaakst voor onder jongere leeftijdsgroepen, met name onder 18- tot 24-jarigen. Daarnaast gaf 22,9% van de respondenten van 18 tot 45 jaar aan tandzorg nodig te hebben gehad, maar deze vanwege de kosten niet te hebben kunnen betalen.

6.4 Ziekteverzuim

In Nederland ligt het ziekteverzuimpercentage aanzienlijk lager dan in ons onderzoek op Curaçao (5,8% versus 12,9%). Op Curaçao bedraagt het ziekteverzuim 11,6% onder mannen en 14,0% onder vrouwen. In Nederland liggen deze percentages op respectievelijk 3,9% voor mannen en 5,9% voor vrouwen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025) (zie Tabel 9). Net als op Curaçao is ook in Nederland het ziekteverzuim hoger onder vrouwen dan onder mannen.

In Nederland wordt doorgaans een omgekeerde samenhang waargenomen tussen opleidingsniveau en ziekteverzuim. Hoger opgeleiden hebben over het algemeen een lager ziekteverzuimpercentage dan lager opgeleiden, respectievelijk 4,2% tegenover 5,8%. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat hoger opgeleiden vaker de mogelijkheid hebben om vanuit huis te werken en doorgaans functies vervullen met minder fysieke belasting. Binnen dit onderzoek is echter een afwijkend patroon zichtbaar, waarbij hoger opgeleiden juist een hoger ziekteverzuimpercentage laten zien. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat lager opgeleiden mogelijk minder gunstige arbeidsvoorwaarden hebben en zich daardoor minder snel ziekmelden, bijvoorbeeld vanwege een sterke afhankelijkheid van hun inkomen of salaris.

6.5 Mantelzorg

In Nederland wordt het beleid erop gericht ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Hierbij spelen mantelzorgers een belangrijke rol, naast professionele zorg en ondersteuning vanuit de gemeente en de wijkverpleging. De overheid stimuleert deze aanpak door ondersteuning aan mantelzorgers en door voorzieningen aan te bieden die ouderen helpen langer zelfstandig thuis te blijven wonen (Rijksoverheid, z.d.). Uit een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) bleek dat in 2024 39% van de Nederlandse bevolking mantelzorg verleende. Hiervan verleenden meer vrouwen dan mannen mantelzorg: respectievelijk 41% tegenover 37% (De Klerk et al., 2026) (zie Tabel 9)

In Nederland kan de stijging van het aantal mantelzorgers worden verklaard door de toename van het aantal ouderen, personeelstekorten in de zorg en beleid dat gericht is op langer zelfstandig wonen (De Klerk et al., 2026; Rijksoverheid, z.d.).



Op Curaçao zien we daarentegen een tegenovergestelde ontwikkeling. Het aandeel mantelzorgers is gedaald van 22% naar 7%, ondanks het feit dat ook Curaçao te maken heeft met vergrijzing. Een mogelijke verklaring hiervoor is het verschil in de ondersteuning van mantelzorgers en de organisatie van zorg tussen beide landen. In Nederland wordt, zoals eerder beschreven, ingezet op langer zelfstandig wonen, waarbij mensen daarnaast verschillende vormen van ondersteuning vanuit de overheid kunnen ontvangen (Rijksoverheid, z.d.). Op Curaçao lijkt deze ondersteuning beperkter. Organisatie Hende-i-Medio-Ambiente (HiMA) waarschuwt in dit verband voor een toenemende belasting van mantelzorgers als gevolg van onder andere vergrijzing, tekorten in de zorg en een gebrek aan ondersteuning (Drayer, 2026). Volgens HiMA nemen veel mantelzorgers dagelijks intensieve zorgtaken op zich voor ouders, partners, kinderen of buurtgenoten, vaak naast hun werk en zonder professionele ondersteuning. De organisatie spreekt in dit verband van een “stille crisis”, waarbij langdurige zorgtaken mogelijk ten koste gaan van de gezondheid, het inkomen en het sociale leven van mantelzorgers.

De daling van het aandeel mantelzorgers op Curaçao kan op basis van de beschikbare gegevens echter niet eenduidig worden verklaard. Het is mogelijk dat veranderingen in de beschikbaarheid van formele zorg, de bereidheid of mogelijkheid om mantelzorg te verlenen en veranderingen in de samenstelling van huishoudens hierbij een rol spelen. Nader onderzoek is nodig om vast te stellen welke factoren de daling van 22% naar 7% daadwerkelijk verklaren.

Een overeenkomst tussen Curaçao en Nederland is dat in beide landen vrouwen vaker mantelzorg verlenen dan mannen. Dit sluit aan bij het bredere beeld dat zorgtaken relatief vaak door vrouwen worden uitgevoerd.

Tabel 9: Zorggebruik, zorgtoegang en gezondheid: vergelijking tussen Curaçao en Nederland

	Nederland (%)	Curaçao (%)
Huisartsbezoek		
Totaal	69,1%	66%
Mannen	66%	60,3%
Vrouwen	72%	70,7%
Tandartsbezoek		
Mannen	80%	49,4%
Vrouwen	84%	55,9%
Medisch specialist		
Mannen	39%	33,7%
Vrouwen	45%	45,8%
Financiële barrières voor het verkrijgen van tandzorg	23%	9,4%
Ziekteverzuim		
Totaal	5,8%	12,9%
Mannen	3,9%	11,6%
Vrouwen	5,9%	14,0%
Mantelzorg		
Totaal	39%	7,4%
Mannen	37%	8,4%
Vrouwen	41%	6,1%

6.6 Internationale vergelijkingen

De resultaten van dit onderzoek vertonen op meerdere gebieden overeenkomsten met internationale bevindingen. Volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) vormen wachttijden in veel EU- en OESO-landen de belangrijkste reden voor onvervulde medische zorgbehoeften (OECD, 2024). Gemiddeld gaf 2,3% van de bevolking in de 28 OESO-landen waarvoor vergelijkbare gegevens beschikbaar zijn, in 2024 aan geen medische zorg te hebben ontvangen vanwege wachttijden (zie Tabel 10). Daarnaast blijken wachttijden en de kosten van zorg vaker een belemmering te vormen voor de toegang tot zorg dan de afstand tot een zorgvoorziening. Ook de resultaten van ons onderzoek laten een vergelijkbaar beeld zien. Van de respondenten gaf 11,6% aan lang te hebben moeten wachten voordat zij een afspraak bij een arts konden krijgen. Daarnaast gaf 7,6% aan dat

financiële barrières de toegang tot zorg belemmerden. Ter vergelijking: slechts 3,2% van de respondenten ervoer een vertraging in de toegang tot de gezondheidszorg als gevolg van afstand of transportproblemen.

Daarnaast komen onervulde zorgbehoeften vaker voor bij mensen met een laag inkomen dan bij mensen met een hoog inkomen. Voor tandheelkundige zorg zijn onervulde zorgbehoeften bovendien groter dan voor algemene medische zorg. Dit wordt onder andere verklaard doordat tandheelkundige zorg in veel OESO-landen minder goed wordt vergoed, waardoor mensen vaker zelf moeten betalen of een aanvullende verzekering nodig hebben. Deze internationale bevindingen sluiten aan bij de resultaten van het huidige onderzoek, waarin eveneens naar voren kwam dat wachttijden en financiële factoren belangrijke belemmeringen vormen voor de toegankelijkheid van zorg.

Ook wat betreft de verzekeringsdekking komen de bevindingen van dit onderzoek overeen met internationale ontwikkelingen. In de meeste OESO-landen is sprake van een (vrijwel) universele dekking van een basispakket aan gezondheidszorg (OECD, 2024). Ook op Curaçao is sprake van een hoge verzekeringsdekking, waarbij ongeveer 96% van de bevolking verzekerd is. Dit wijst erop dat de formele toegang tot gezondheidszorg op Curaçao vergelijkbaar is met die in veel OESO-landen (~95%). De daadwerkelijke toegankelijkheid van zorg wordt echter niet alleen bepaald door de aanwezigheid van een zorgverzekering, maar ook door andere factoren, zoals de omvang van het verzekerde zorgpakket, wachttijden en sociaaleconomische omstandigheden.

Ten slotte komt de bevinding dat vrouwen vaker mantelzorg verlenen dan mannen overeen met internationale literatuur. Volgens de OESO bestaat 61% van de informele mantelzorgers uit vrouwen (OECD, 2024). Ook in het huidige onderzoek waren vrouwen (63,6%) oververtegenwoordigd onder de mantelzorgers (zie Tabel 10). Dit suggereert dat de internationale sekseverschillen in mantelzorg ook op Curaçao zichtbaar zijn.

Tabel 10: Vergelijking van zorggerelateerde kenmerken tussen Curaçao en OESO-landen

	OESO-landen	Curaçao
Lange wachttijden voor het verkrijgen van zorg	2,3%	11,6%
Verzekeringsdekking	95%	95,9%
Mantelzorgers (vrouwen)	61%	63,6%



7. Conclusies

Dit onderzoek biedt een geactualiseerd overzicht van een selectie van gezondheidsindicatoren met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg, de toegankelijkheid van zorg en de dekking van de zorgverzekering op Curaçao. De belangrijkste resultaten worden hieronder samengevat.

Het aandeel personen op Curaçao met een ziektekostenverzekering blijft hoog, ondanks een daling ten opzichte van 2017. Uit de resultaten blijkt daarnaast dat mannen vaker onverzekerd zijn dan vrouwen. Binnen de groep onverzekerden is een relatief groot aandeel afkomstig uit het buitenland, met name personen met de Colombiaanse, Venezolaanse, Dominicaanse, Jamaicaanse en Haïtiaanse nationaliteit.

Uit dit onderzoek blijkt verder dat vrouwen in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview vaker contact hadden met een zorgverlener en dat hun meest recente zorgcontact gemiddeld recenter was dan dat van mannen. Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van de Nationale Gezondheidsenquête 2013 en 2017 en met trends die ook Internationaal en in de BES-eilanden worden waargenomen (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.).

De resultaten wijzen daarnaast op een duidelijke patroon tussen opleidingsniveau en tandartsbezoek. Naarmate het opleidingsniveau hoger is, is de kans groter dat respondenten recent een tandarts of orthodontist hebben bezocht en kleiner dat het laatste bezoek langer dan twaalf maanden geleden heeft plaatsgevonden. Dit suggereert dat hogeropgeleiden vaker gebruikmaken van regelmatige en preventieve mondzorg dan lageropgeleiden.

Hoewel de gezondheidszorg voor het merendeel van de bevolking toegankelijk lijkt, ervaart een deel van de inwoners nog steeds belemmeringen bij het verkrijgen van zorg. Respondenten gaven aan zorg nodig te hebben gehad, maar deze niet (tijdig) te hebben ontvangen vanwege problemen met de betaalbaarheid of vanwege afstands- en vervoersproblemen. Deze knelpunten worden vaker gerapporteerd door vrouwen. Daarnaast ervaren respondenten die hun inkomen als ontoereikend beschouwen relatief vaker problemen met het betalen van zorg dan respondenten met een toereikend inkomen. Dit benadrukt dat financiële draagkracht een belangrijke determinant is van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg op Curaçao.



Ten opzichte van 2017 is het aandeel respondenten dat aangeeft noodzakelijke zorg niet te hebben kunnen betalen toegenomen. Voor tandzorg is daarentegen een lichte afname zichtbaar. Desondanks zijn vrouwen vaker vertegenwoordigd onder de respondenten die tandzorg niet konden betalen. Bovendien doet de betaalbaarheidsproblematiek zich vooral voor onder jongeren en 65-plussers, wat erop wijst dat deze groepen extra kwetsbaar zijn voor financiële belemmeringen bij het verkrijgen van zorg.

Ook ervaren mensen die grote moeite hebben om rond te komen vaker financiële barrières bij het verkrijgen van tandzorg, medicijnen, medische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Vooral bij tandzorg is dit zichtbaar: 12,9% van deze groep gaf aan in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview tandzorg nodig te hebben gehad, maar deze niet te hebben kunnen betalen. Onder mensen die aangeven geen enkele moeite te hebben om rond te komen bedraagt dit percentage 5,6%.

Net als in NGE 2017 is het aandeel mensen dat tandzorg niet kan betalen in ES 2025 het hoogst onder degenen die hun huishoudinkomen als zeer onvoldoende toereikend ervaren. Binnen de Basisverzekering Ziektekosten (BVZ) wordt tandzorg voor volwassenen, inclusief periodieke controles, onder bepaalde voorwaarden (gedeeltelijk) vergoed (Sociale Verzekeringsbank Curaçao, z.d.)¹. Daarnaast is na de invoering van de BVZ in 2013 via de zogenoemde reparatiewetgeving geprobeerd de kosten van tandzorg betaalbaar te houden voor mensen met een laag inkomen. De resultaten wijzen er echter op dat tandzorg, ondanks deze regelingen, nog steeds minder toegankelijk is voor mensen die grote moeite hebben om rond te komen. Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat deze groep minder vaak gebruikmaakt van tandheelkundige zorg.

De verschuiving in leeftijd, waarbij het niet kunnen betalen van tandzorg het meest voorkomt onder 18- tot 24-jarigen, kan samenhangen met het feit dat tandzorg via de SVB tot de leeftijd van 18 jaar wordt vergoed (SVB, 2025). Daarnaast is een groot deel van deze leeftijdsgroep nog studierend en daardoor mogelijk nog niet economisch actief, waardoor zij minder financiële middelen hebben om tandzorg zelf te bekostigen.

Ook bij het betalen van voorgeschreven medicijnen is het aandeel mensen dat financiële problemen ervaart het hoogst onder degenen die hun huishoudinkomen als zeer onvoldoende toereikend ervaren. Hoewel de SVB een groot deel van de kosten van voorgeschreven medicijnen vergoedt, kunnen financiële belemmeringen mogelijk

Verzekerden ouder dan 18 jaar komen in aanmerking voor tandheelkundige zorg bij een jaarinkomen van minder dan XCG. 12.000 (SVB, 2025).



samenhangen met de invoering van een eigen bijdrage of met medicijnen die niet of slechts gedeeltelijk door de SVB worden vergoed (SVB, 2025).

Over het algemeen zijn de respondenten tevreden tot zeer tevreden over de dienstverlening van hun huisarts, tandarts, laboratorium en apotheek. Tegelijkertijd laat het percentage van 52% ook zien dat er nog ruimte is voor verbetering, aangezien een aanzienlijk deel van de respondenten minder tevreden of neutraal is over de zorg.

Het aandeel mensen dat mantelzorg verleend is ten opzichte van 2017 sterk gedaald. Net als in eerdere jaren verlenen vrouwen vaker mantelzorg dan mannen. Deze ontwikkeling wijkt af van de situatie in Nederland, waar zowel het aantal mantelzorgers als het aandeel mannelijke mantelzorgers juist toeneemt.

Concluderend laat dit onderzoek zien dat de gezondheidszorg op Curaçao over het algemeen goed toegankelijk is en dat het merendeel van de bevolking gebruikmaakt van de beschikbare zorgvoorzieningen. Tegelijkertijd bestaan er duidelijke verschillen tussen bevolkingsgroepen. Met name vrouwen en mensen die aangeven moeite te hebben om rond te komen, ervaren vaker financiële belemmeringen bij het verkrijgen van tandzorg, medische zorg, voorgeschreven medicijnen en geestelijke gezondheidszorg. De resultaten laten daarmee zien dat de betaalbaarheid van zorg een belangrijk aandachtspunt blijft, ondanks de bestaande voorzieningen en vergoedingsregelingen.

Daarnaast wijzen de resultaten op ontwikkelingen die blijvende aandacht vragen. De stijgende zorgkosten, de veranderingen in het zorggebruik en de afname van het aandeel mantelzorgers kunnen de druk op het zorgsysteem in de toekomst vergroten. Deze bevindingen benadrukken het belang van het blijven monitoren van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, zodat tijdig kan worden ingespeeld op veranderingen in de zorgbehoefte en de capaciteit van het zorgsysteem.

Literatuur

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). *Gezondheidsenquête; zorggebruik*. Geraadpleegd op 10 april 2026, van

<https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85454NED?dl=D0D45>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (Jaar). *StatLine - Ziekteverzuim volgens werknemers; persoonskenmerken* [Dataset]. CBS StatLine. [CBS StatLine](#)

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken* (StatLine-tabel 85454NED). CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85454NED?dl=D0D45>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025, 13 juni). *Ziekteverzuim neemt toe in eerste kwartaal 2025*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/24/ziekteverzuim-neemt-toe-in-eerste-kwartaal-2025>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Ongelijke kansen in de gezondheidszorg*. In *Kansenongelijkheid in Nederland 2024: Opvattingen en ervaringen*. <https://longreads.cbs.nl/kansenongelijkheid-in-nederland-2024/ongelijke-kansen-in-de-gezondheidszorg/>

CBS Statline. (z.d.). opendata. Geraadpleegd 5 augustus 2026, van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/82293NED/table?ts=1785876787346>

De Klerk, M., Eggink, E., Schellingerhout, R., & de Boer, A. Mantelzorg in beweging Kerncijfers en trends 2014-2024. <https://www.scp.nl/documenten/2026/05/21/mantelzorg-in-beweging.-kerncijfers-en-trends-2014-2024>

Drayer, D. (2026, 18 mei). *HiMA: Mantelzorg op Curaçao groeit uit tot stille crisis*. Curaçao.nu. <https://www.curacao.nu/nieuws/gezondheidszorg/89914/hima-mantelzorg-op-curacao-groeit-uit-tot-stille-crisis>

Eurostat. (2008). *European Health Interview Survey (EHIS), collection round 2008*. European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/cache/ITY_SDDS/en/hlth_ehis_esms.htm



- Hulshof, S., Hartman, T. C. O., Akkermans, R., Schers, H. J., & Uijen, A. A. (2026). Healthcare inequalities in general practice due to educational level: A retrospective cohort study analysing patients' presentation and GP response to requests. *The European journal of general practice*, 32(1), 2649992. <https://doi.org/10.1080/13814788.2026.2649992>
- Lueckmann, S. L., Hoebel, J., Roick, J., Markert, J., Spallek, J., Knesebeck, O. von dem, & Richter, M. (2021, February 10). *Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: A systematic review - international journal for equity in health*. SpringerLink.
- OECD. (2025). *Health at a Glance 2025: OECD indicator*, OECD Publishing. Paris. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). *Arbeid: Preventie en zorg*. VZinfo. Geraadpleegd op 27 juli 2026, van <https://www.vzinfo.nl/onderwerpen/arbeid/preventie>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Mantelzorg*. Geraadpleegd op 27 juli 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/themas/familie-zorg-en-gezondheid/mantelzorg>
- Sociale Verzekeringsbank Curaçao. (z.d.). *Basisverzekering ziektekosten (BVZ)*. Geraadpleegd op 10 juli 2026, van <https://svbcur.org/werknemers/bvz/>
- Sociale Verzekeringsbank. (2026). *Jaarrekening SVB 2024*. <https://svbcur.org/wp-content/uploads/2026/02/Jaarrekening-SVB-2024.pdf>
- Verstraeten, S., Jansen, I., Pin, R., & Brouwer, W. (2013). *De Nationale Gezondheidsenquête Curaçao 2013: Methodologie en belangrijkste resultaten* (VIC-rapport nr. VIC/2013/002). Volksgezondheid Instituut Curaçao. Geraadpleegd op 2 maart 2026, van <https://vic.cw/storage/app/media/Publicaties/Rapport%20NGE2013%20Final.pdf>
- Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Huisarts (Zvw)*. Geraadpleegd op 30 juli 2026, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering-zorg/h/huisarts-zvw>

