

***Samenwerking regionale ziekenhuizen in het Caraïbisch deel van het Koninkrijk
der Nederlanden***

Oranjestad, 18 juni 2020



V 4.0

EXECUTIVE SUMMARY

De **5.1.2e** van de ziekenhuizen in de Caraïbische delen van het koninkrijk der Nederland hebben zich verenigd in een projectteam met als doel een bindende samenwerkingsvorm te implementeren om verregaande verbeteringen te realiseren op het gebied van efficiency en kwaliteit van zorg.

Missie en Visie

“Het leveren van de best mogelijke medische zorg lokaal en regionaal middels een verankerde samenwerking tussen de landen binnen het Koninkrijk en strategische partners, waarbij het welzijn van onze patiënten, het handhaven van een financieel – economisch gezonde situatie en het waarborgen van onze culturele waarden voorop staan.”

Een belangrijke voorwaarde voor een geslaagde samenwerking is dat partijen zich realiseren dat de landen overeenkomsten hebben maar ook van elkaar verschillen, wat een uitdaging vormt, maar met een goed begrip van onderlinge verschillen en overeenkomsten, zij elkaar en de regionale zorg kunnen versterken.

Daarnaast is het cruciaal dat de overheden/ministeries en andere stakeholders (ziekttekostenverzekeraars, inspecties, etc.) dit programma ondersteunen door de noodzakelijke randvoorwaarden te regelen op systeemniveau (zoals synchronisatie wet- en regelgeving, afstemming salariering, beleid en tariefstelling ziektekostenverzekeraars).

Tenslotte is het van groot belang dat we steun krijgen bij het aanzuiveren van de liquiditeitsproblemen binnen de verschillende landen. De liquiditeitstoestand binnen elk land brengt elke organisatie afzonderlijk in kaart en dit rapporteert de organisatie aan de Minister; deze informatie is niet specifiek opgenomen in dit beleidsplan.

Het hele programma zal naar verwachting ruim 3 jaar in beslag nemen (2020/2023). Opgemerkt dient te worden dat een aantal initiatieven inmiddels is opgestart op de diverse landen op het gebied van kostenreductie medische specialisten, geneesmiddelen inkoop, medische uitzendingen, naast samenwerkingsverbanden op vakgroepsniveau.

Natuurlijk vraagt dit programma de nodige investeringen, maar de verwachting is, dat deze zich ruimschoots zullen terugverdienen door middel van baten op de 4 hoofdonderwerpen.

Afhankelijk van het gekozen model en de snelheid van implementatie is er in totaal over alle landen 210 tot 250 miljoen gulden besparing te realiseren. Dit is een bruto besparing van 450 - 530 miljoen ANG/AWG minus een noodzakelijke 240 - 280 miljoen investering, inclusief de kosten voor de facilitering van de organisatie. Deze voordelen zullen onevenredig verdeeld zijn over de verschillende landen. Het ene land zal meer besparen dan het andere land. De financiële impact van COVID 19 is apart ingeschat en berekend op 40 miljoen ANG/AWG (exclusief de kosten die VWS voor haar rekening heeft genomen).

We verwachten deze winst te boeken in:

- Kwaliteit en veiligheid van de medische zorg voor onze burgers en de toeristen die ons bezoeken; het bieden van hoogwaardige zorg
- Onderlinge ondersteuning in geval van calamiteiten/ rampen
- Zelfredzaamheid van de organisaties binnen Aruba, Bonaire, Curaçao, Sint-Maarten, Saba en St. Eustatius
- Behandel mogelijkheden/ faciliteiten die binnen Aruba, Bonaire, Curaçao en Sint Maarten beschikbaar zijn, waardoor minder uitzendingen noodzakelijk zijn buiten de 4 landen.
- Ontwikkel mogelijkheden in de vorm van opleidingen en behoud van eigen talent.
- Doelmatigere inzet van capaciteiten en medisch specialisten en hiermee kostenefficiëntie vergroten.

Door de financiële uitdagingen hebben de autonome landen binnen het Koninkrijk op eigen kracht besloten activiteiten te door te voeren met als waarborging medische zorg ondanks maatregelen tot kostenreductie binnen de gezondheidszorg. Een overzicht hiervan is te vinden in het volgende tabel:

Tabel: Genomen maatregelen in afgelopen jaren door de ministeries met als doel kostenreductie binnen de gezondheidszorg

KernSectoren	Aruba	Curaçao ¹	St. Maarten	BES
Geneesmiddelen*		Taakstelling SVB: 110 Milj uitgave 2019 39 Milj besparing (35%)		
Medische uitzendingen*		35 Milj uitgave 2019 18 Milj besparing (51%)	56 Milj uitgave 2018 18 Milj besparing (32.1%)	
Medische Specialisten*		75.6 Milj uitgave 2019 22.4 Milj besparing (33%)		
Laboratoria*		44.5 Milj uitgave 2019 4.2 Milj besparing (13%)		
Voorschrijfgedrag huisartsen		Farmacotherapeutisch overleg: Negatieve prikkel door korting bij hoog voorschrijfgedrag		
Leeftijd zorgcontract		Geïntroduceerd: 65 jaar		
Transplantaties in Land van uitvoering verzekeren		Hart-/Lever-/Longtransplantaties: patiënten verzekeren in land waar ingreep plaatsvindt /snel retour		
Productieplafond vrijgevestigde specialisten		Geïntroduceerd per 01-07-2020: Max 750.000		
Nieuwe Specialisten		Allemaal verplicht in Loondienst		
Tarieven Klin Chemie		20% verlaging op alle testen		
Fysio activiteiten		Beperken tot "Lijst Borst"		

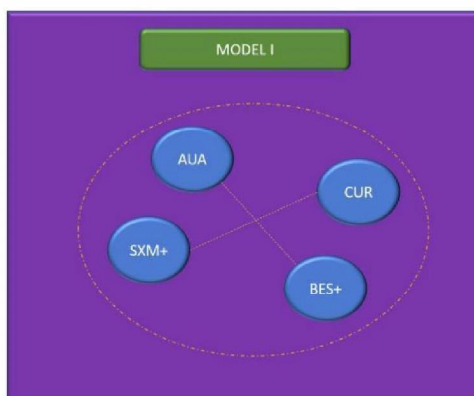
Tabel 2: Genomen maatregelen in afgelopen jaren door de ministeries met als doel kostenreductie binnen de gezondheidszorg

Noot: bedragen in ANG/AWG. *Besparing op Curaçao van 33% overall: 83.6 Miljoen Ang.

¹ LANDSBESLUIT, HOUDENDE ALGEMENE MAATREGELEN, van de 12de juni 2019 houdende uitvoering van de artikelen 4.4, vierde lid, onderdeel a, en 10.6 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten (Landsbesluit taakstelling zorguitgaven); 2019, Nummer 26.

Om deze samenwerking bindend vorm te geven zijn 3 modellen ontwikkeld.

Model I: Zelfstandig opererende instanties met onderlinge samenwerking



MODEL I: zelfstandig opererende organisaties met onderlinge samenwerking ("+" teken representeert Saba en St. Eustatius drainerend op St. Maarten of Bonaire).

Uitgangspunten model I:

- Vertegenwoordigt de huidige situatie voor alle ziekenhuizen, maar met duidelijke verbintenis op basis van gemaakte afspraken qua zorg.
- Elk ziekenhuis behoudt haar autonomie, voor wat betreft besturingsmodel en bedrijfsvoering.
- De samenwerking wordt contractueel vastgelegd en geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst voor specifiek aangewezen doeleinden, met budgetafspraken en targets.
- De samenwerking richt zich op doelmatigheid en kwaliteitsverhoging.

Voordelen van model I:

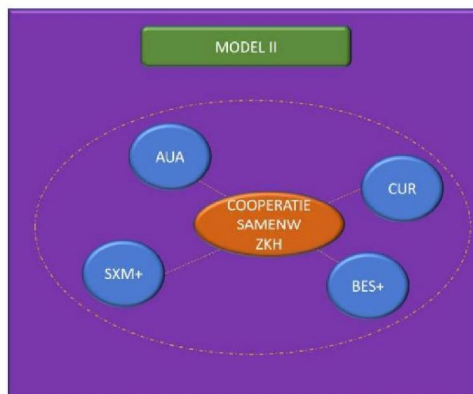
- Snel te effectueren.
- Volledige autonomie van elke organisatie blijft behouden.
- Verbetering van de afhankelijkheidspositie van derde landen mogelijk.

Nadelen van model I:

- Hoge mate van vrijblijvendheid, vanwege:
 - o Geen organisatorische structuur om de samenwerking te formaliseren.
 - o Geen bestuurlijke entiteit om de samenwerking te handhaven.

- Risico dat de samenwerkingsverplichtingen niet worden nagekomen en niet tot de gewenste resultaten leiden (in het verleden zijn samenwerkingsovereenkomsten afgesloten, zonder het gewenste effect).
- Kracht van het bundelen van activiteiten niet aanwezig.
- Elke organisatie is meer blootgesteld aan politieke invloeden en ad hoc koerswijzigingen. De directe invloed van het lokaal politiek krachtenveld is veel groter

Model II: Samenwerkingsverband in een coöperatie of een andere rechtsvorm (bijvoorbeeld personele unie)



MODEL II: samenwerkingsverband vanuit een coöperatie

Uitgangspunten model II:

- Hierbij blijft elk ziekenhuis een autonoom opererende organisatie.
- De samenwerking wordt geformaliseerd door middel van een coöperatie of een andere rechtsvorm, waarin eventueel ook organisatorische onderdelen kunnen worden ondergebracht, zoals een inkooporganisatie, uitbreiding van specialismen, logistiek (een gezamenlijk “international patiënt office”), en overige projecten. Deze structuur stelt een gezamenlijk budget(plan) vast en legt financiële verantwoording af opleidingen, e.d.

Voordelen van model II:

- Kansen doelmatigheidsverbetering door schaalvergroting en vermindering afhankelijkheid derde landenaanwezig.
- Tijdspad relatief kort.
- Vrijblijvendheid vermindert. De mate waarin hangt af van welke activiteiten onder de samenwerking vallen en de omvang daarvan.
- Vanuit de coöperatie zal een groot deel van de regie en verantwoordelijkheid gevoerd worden ten behoeve van de individuele organisaties.
- De structuren binnen de verschillende entiteiten veranderen niet, elk ziekenhuis blijft autonoom opereren.

- Binnen de coöperatie kan vanuit of een onafhankelijk **5.1.2e** dan wel roulerend **5.1.2e** de cohesie binnen het geheel van ingebrachte onderwerpen de samenhang worden bewaakt.
- Voor de medewerkers zijn er geen consequenties; zij blijven in dienst van de eigen organisatie.
- De kosten voor het inrichten van deze structuur zijn relatief laag.
- Een bestuurlijke entiteit om de samenwerking te bestendigen en te handhaven.
- Een rechtsvorm waarbinnen samenwerkingsactiviteiten formeel kunnen worden geïnstitutionaliseerd.
- Centrale budgetbewaking van het programma en centrale monitoring resultaten.
- Mogelijkheid om via één orgaan overeenkomsten aan te gaan met de verschillende UMC's uit Nederland, voor de gehele regio of vanuit de individuele instituten reeds bestaande samenwerkingsverbanden verder uit te breiden of te versterken.

Nadelen van model II:

- Blijft afhankelijk van de doorzettingskracht binnen de verschillende entiteiten.
- De inbreng in de coöperatie wordt bepaald door de leden en kan daardoor wellicht onvoldoende inhoud krijgen.
- Extra overleg/afstemmingslaag buiten de eigen organisatie.
- Regelen van de rechtsvorm en eventuele statutaire regelingen vraagt investering in geld en tijd.

Model III: Eén ziekenhuisorganisatie met meerdere locaties



MODEL III: een ziekenhuisorganisatie/ geformaliseerd samenwerkingsverband

Het samenwerkingsverband kan geformaliseerd worden, bijvoorbeeld in een zogenaamde stichting Samenwerkende Ziekenhuizen – bestuursentiteit nader uit te werken, maar gedacht kan worden aan een delegatie gevormd door de bestuurders van de verschillende instellingen met aanwezigheid van Nederlandse participatie. Deze bestuurders leggen verantwoording af bij de eigen Raad van Toezicht of één Raad van Toezicht land overstijgend met locatie Carib-Cloud.

Uitgangspunten model III:

- Eén centraal orgaan in het besturingsmodel – bijvoorbeeld een Carib-Ned overkoepelende entiteit: Gedacht kan worden aan een overkoepelend ziekenhuis met 4 locaties, op Aruba, Bonaire, St. Maarten voor de bovenwinden en Curaçao.
- We zouden zelfs kunnen streven naar een STZ-status conform Nederlandse normen, waarbij het ziekenhuis de status krijgt van opleidingsziekenhuis, met verbondenheid van Europese dan wel regionale Universiteiten in samenwerkingsverband. Ook de samenwerking tussen UMC's in Nederland (zie succesverhaal Bonaire v.w.b. FM met Amsterdam UMC) zal hierin zijn meegenomen.

Voordelen van model III:

- Geen vrijblijvendheid.
- De afhankelijkheid van derde landen neemt hoogstwaarschijnlijk af.
- Het belang is de entiteit en niet de specifieke locaties.
- Vereenvoudigen overlegstructuur en besluitvorming, waardoor meer krachtig en slagvaardig.
- Mogelijkheid voor minder managementlagen en overhead door schaalvergroting.
- Stevige positie ook naar de verschillende overheden en zorgverzekeraars gebaseerd op de inhoud en niet op locatie/land.
- Significante echte volumevoordelen voor de groep, welke ingezet kunnen worden voor de groep (betere capaciteitsmanagement).
- Standaardisatie van zorg, middelen, materialen, medicatie, gezamenlijke inkoop en opleiding zijn binnen de beheerscope van één organisatie, die daardoor slagvaardiger kan opereren.
- Een formele structuur waarin de samenwerking is gewaarborgd.

Nadelen van model III:

- Wetgeving en lokaal beleid in verschillende landen kunnen belemmerend werken.
- Locaties moeten dezelfde basis hebben, dus geen ongelijkheid in de groep voor wat betreft bijvoorbeeld eigendom grond, gebouwen, maar ook in salarisstructuren etc.
- Financiering moet de groep volgen, dit heeft gezien de verschillende landsverordeningen, nogal wat implicaties.
- Hogere transitiekosten.
- Langer tijdspad.

Overwegingen

Model I is een contractueel samenwerkingsverband dat op efficiënte en effectieve wijze gericht is op samenwerking en kostenbesparing op specifieke onderwerpen. In wezen is model 1 een geïntensiverde voortzetting van de huidige situatie met als belangrijke nadelen vrijblijvendheid, beperkte kansen voor verbetering kwaliteit en doelmatigheid en hoge conjunctuurgevoeligheid.

Model II kan gezien worden als een tussenvorm; Governance aspecten dienen uitgewerkt te worden, nadat de rechtsvorm is bepaald. Model 2 is een vorm die makkelijk toepasbaar is en flexibiliteit biedt in

de inrichting doordat de scope van de trajecten die eronder komen te hangen nader in te vullen is. Nadelig is dat deze structuur weinig garanties kan geven op daadwerkelijke veranderingen. Het zou wel kunnen werken als een tijdelijke tussenstructuur op weg naar een strikter model.

Model III zal meer uitdagingen hebben om te realiseren:

1. Politiek dient draagvlak verkregen te worden als er bij de formalisering van dit samenwerkingsverband gekozen wordt voor één ziekenhuis dat de hele regio behelst. Kracht is en blijft vanuit de zorg aansturen en niet vanuit juridische determinanten.
2. Governance aspecten dienen uitgewerkt te worden, afhankelijk van de vorm die gekozen wordt. Afhankelijk van de keuze, kan het betekenen dat alle medewerkers nu in dienst komen van één organisatie, herstructurering van functies moet plaatsvinden (inclusief plaatsing). Dit vereist dan een gedegen sociaal plan, overleg met de vakbond(en), etc.
3. De kosten van het inrichten van deze structuur zullen relatief hoog zijn; niettemin kunnen de exploitatiekosten van de nieuwe structuur aanzienlijk lager zijn, zeker op middellange termijn.

criterium	Model I	Model II	Model III
Vrijblijvendheid	Hoog	Midden	Geen
Kansen	Laag	Midden	Hoog
Conjunctuurgevoeligheid	Hoog	Midden	Laag
Verbetering afhankelijkheidspositie	Mogelijk	Mogelijk	Zeer waarschijnlijk
Transitiekosten	Geen	Laag	Hoog
Tijdspad	Direct	Kort (6-12 maanden)	Lang (24 – 36 maanden)

Tabel 3: Overzicht score op criteria van de 3 modellen

We zullen uiteindelijk tot een keuze moeten komen voor het model; dit vraagt het nodige overleg binnen elke ziekenhuisorganisatie en met de landelijke politiek (op elk land). Na overleg met de ministers van Volksgezondheid (dd. 04-06-2020, 4-landen overleg) is geconcludeerd dat geen draagvlak bestaat voor model I; ook is expliciet de uitspraak gedaan dat ziekenhuiszorg los zou moeten staan van de politiek en dat dit het best tot zijn recht komt in model III. Een meer geformaliseerde vorm van samenwerking is noodzakelijk. Model III is wat VWS betreft het vereiste model om aan de gestelde eisen en wensen te voldoen. Duidelijk is dat dit model nog nadere uitwerking behoeft op juridisch en organisatorisch vlak, en dat dit tijd zal kosten. Een tussenoplossing volgens model II is alleen acceptabel indien één van de onder hangende trajecten is om model III te bereiken.

Conclusie en gevraagd besluit

De projectgroep stelt onderstaande voor en vraagt de minister in te stemmen met deze koers:

1. Streven is uiteindelijk te komen tot model III, mits van toepassing zijnde wet- en regelgeving in de verschillende landen en de statutaire mogelijkheden dit mogelijk maken.
2. Op korte termijn willen wij komen tot model II; dit model bevat mogelijkheden voor formele samenwerking, omdat binnen de samenwerkingsvorm activiteiten (zoals gezamenlijke inkoop) kunnen worden ondergebracht. Een intentieverklaring hiertoe is opgesteld.

Om dit te realiseren, voorzien we de volgende stappen:

1. Opstellen intentieverklaring van de ziekenhuisbestuurders om te komen tot een geformaliseerd samenwerkingsverband (**ziekenhuisbestuurders, 20 juni 2020**)
2. Onderzoeken en bepalen van de vorm van samenwerking, zoals de rechtspersoon, de vestigingsplaats, de financiering en de bestuur inrichting (gedachte is vertegenwoordiging van de ziekenhuisbesturen in het bestuur met een onafhankelijke voorzitter en een toezichtsorgaan, **ziekenhuisbestuurders, 31 augustus 2020**).
3. Formeel regelen van het samenwerkingsverband (oprichting, statuten, huishoudelijk reglement en dergelijke, **ziekenhuisbestuurders, 30 september 2020**)
4. Mogelijkheden onderzoeken om te komen tot model III (**ziekenhuisbestuurders, 31 december 2020**)
5. Besluitvorming ten aanzien van model III (**ziekenhuisbestuurders, Raden van Toezicht, 30 april 2021**)

Contents

EXECUTIVE SUMMARY	2
SAMENVATTING EN LEESWIJZER	12
INLEIDING.....	15
Roadmap	17
Missie en Visie.....	18
1. VORM VAN DE SAMENWERKING	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.1 Inleiding.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.2 Modellen: Algemene basisvereisten.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.3 Model I: Zelfstandig opererende instanties met onderlinge samenwerking.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.4 Model II: Samenwerkingsverband in een coöperatie of een andere rechtsvorm (bijvoorbeeld personele unie)	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.5 Model III: Eén ziekenhuisorganisatie met meerdere locaties.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.6 Overwegingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2. RANDVOORWAARDEN, AANBEVELINGEN EN UITGANGSPUNTEN VOOR DE SAMENWERKING ...	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.1 Randvoorwaarden.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.2 Aanbevelingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.3 Uitgangspunten voor de samenwerking	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3. ONDERWERPEN VAN DE SAMENWERKING	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.1 Onderwerpen met de hoogste prioriteit	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.1.1 Regionale capaciteitsplanning	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.1.2 Uitzendingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.1.3 COVID-19.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2 Onderwerpen met gemiddelde prioriteit	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2.1 Standaardisatie van werkwijzen/ methoden	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2.2 Gezamenlijke inkoop medicatie, middelen en materialen/ apparatuur	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2.3 Implementatie kwaliteitsmanagement, risicomanagement en procesmanagement ...	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
ICT-afstemming in informatiebeveiliging.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.3 Onderwerpen met lagere prioriteit	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

3.3.1	Regionaal ondersteuningsplan in geval van rampen / calamiteiten.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.3.2	Regionaal opleiden en competentie management	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.3.3	Regionale samenwerking tussen de stakeholders en stroomlijnen zorgpaden op ketenniveau	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.3.4	Overige mogelijkheden	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Laboratoriumdiensten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Apotheken.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Inkomens medisch specialisten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Synchronisatie wet- en regelgeving / tarievenstelsel.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.4	Fasering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.5	Voorgestelde set indicatoren.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.	FINANCIELE PARAGRAAF.....	46

LEESWIJZER

In dit plan presenteren de ziekenhuizen van het Caribisch deel van het Koninkrijk hun visie tot en perspectief hoe samen te gaan werken met als doel de verbetering en borging van de (tweedelijns) curatieve gezondheidszorg.

In het 1^e hoofdstuk worden 3 mogelijke samenwerkingsvormen gepresenteerd, waarbij consensus is bereikt dat het vertrekpunt van samenwerking model II zal zijn, waarbij tevens een exploratieve stappenplan uitgezet zal worden richting model III. De gekozen modellen kunnen gezien worden als overgangsmoedellen met als doel een versterkte samenwerking, waarbij de uiteindelijke structuur bepaald dient te worden in samenspraak met de (lokale/regionale) overheden en ondersteund door stakeholders als de verzekeraars. Voorstel is om op korte termijn (vóór 30 september 2020) een coöperatie als onderdeel van model II op te richten, waarbinnen de samenwerking tussen de 4 ziekenhuizen is georganiseerd. Het besturingsmodel (governance) van de coöperatie dient glashelder te zijn, waarbij het voorstel nu is dat het bestuur gevormd zal worden door bestuursleden van de 4-ziekenhuizen (één bestuurslid per ziekenhuis) en waarbij gedacht kan worden aan een roulerend voorzitterschap of een onafhankelijke voorzitter.

In het 2^e hoofdstuk wordt een aantal randvoorwaarden beschreven, die van belang zijn voor een goede en efficiënte samenwerking. Dit betreft met name efficiëntieverbeteringen binnen ieder ziekenhuis, politiek draagvlak, een duurzaam non-conjunctuurgevoelig structuur en werking binnen de gezondheidszorg, goede afspraken met de ziektekostenverzekeraars in relatie tot de beoogde kostenbesparingen en synchronisatie van wet- en regelgeving, inclusief vergoedingen, criteria en positie van de ziektekostenverzekeraars. Belangrijk hierbij is om scherp onderscheid te maken tussen:

- Aandacht voor huidige liquide status per ziekenhuis om samenwerking op korte termijn te waarborgen. “Hoeveel financiële steun is er nodig per ziekenhuis om deze te laten draaien?” als onderdeel 3^e tranche steunpakket.
- Reeds per eiland doorgevoerde financiële besparingen binnen de gezondheidszorg.
- Additionele besparingen die gerealiseerd kunnen worden door samenwerking tussen de ziekenhuizen. Een scherpere definitie van kwaliteitsverbetering van de zorg gekoppeld aan reële financiële besparing is hierbij een vereiste.

In hoofdstuk 3 worden de onderwerpen op hoofdlijnen beschreven voor een optimale samenwerking:

- Integrale capaciteitsplanning en portfolioplanning
- Medische uitzendingen
- Standaardisatie van werkwijzen en methoden
- Gezamenlijke inkoop van medicatie, middelen en materialen, en apparatuur
- Integraal ondersteuningsplan in geval van rampen/ calamiteiten
- Implementatie kwaliteitsmanagement, risicomanagement en procesmanagement
- Integraal opleiden en competentie management
- Overige onderwerpen (die niet zonder meer vanuit de ziekenhuizen kunnen worden opgepakt; betreft meerdere stakeholders):
 - o Laboratoriumdiensten

- Apotheken
- Samenwerking met 1^e lijn zorg (huisartsen), en 3^e lijn zorg (verpleeghuizen en verzorgingshuizen (inclusies hospices))
- Inkomens medisch specialisten (zie ook bij randvoorwaarden).

Het laatste hoofdstuk betreft de financiële paragraaf, met een inschatting van de noodzakelijke investeringen en de baten die de samenwerkingsactiviteiten opleveren. Enkele kanttekeningen moeten hierbij worden gemaakt:

- De financiële getallen zullen door de financiële experts aangeleverd worden. Dit geldt zowel voor de verwachte opbrengsten als voor de noodzakelijke investeringen.
- Afgesproken is dat er een externe onafhankelijke commissie het implementatie plan (inclusief financieel plaatje) zal toetsen.
- De baten zoals gepresenteerd in ANG/AWG zijn niet per definitie kostenbesparingen op maatschappelijk niveau; goed voorbeeld hiervan zijn de baten ten aanzien van uitzendingen. Deze zijn gebaseerd op het ingeschatte bedrag dat wordt uitgegeven aan uitzendingen buiten de regio, maar deze kosten zullen deels moeten worden besteed binnen de regio om dit mogelijk te maken. Dit moet in businesscases per innovatie worden uitgewerkt. De grote winst zit in het gegeven dat deze voorzieningen binnen de regio mogelijk worden gemaakt voor de burgers.

De financiële paragraaf presenteert de huidige kosten per land ten aanzien van de 4 hoofdcategorieën waar de samenwerking zich op zal richten:

- Kosten van medicatie/geneesmiddelen
- Kosten medische uitzendingen
- Kosten van middelen en materialen
- Kosten van medisch specialisten.

De verwachting is dat het hele programma ongeveer 3 jaar in beslag zal nemen. In onderstaande tabel is de planning weergegeven. Deze planning zal nader worden uitgewerkt in een op te stellen plan van aanpak.

	Q2 20	Q3 20	Q4 20	Q1 21	Q2 21	Q3 21	Q4 21	Q1 22	Q2 22	Q3 22	Q4 22	Q1 23	Q2 23	Q3 23	Q4 23	
Bepalen structuur voor samenwerking en formaliseren hiervan (zie hoofdstuk 1)																
Integrale capaciteitsplanning (zie 3.1.1)																
Covid-19 (zie 3.1.3)																
Uitzendingen (zie 3.1.2)				Innovatie is doorlopend proces om uitzendingen te verminderen												
Standaardisatie medicatie en gezamenlijke inkoop (zie 3.2.2)																
Zorgpaden/klinische paden en standaardisatie methoden / werkwijzen (zie 3.2.1)																
implementatie kwaliteitsmanagement, risicomangement en procesmanagent (zie 3.2.3)																
Integraal opleiden en competentieontwikkeling (zie 3.3.2)								Opleidingsontwikkeling en competentie management								
Integraal ondersteuningsplan rampen en calamiteiten (zie 3.3.1)																
Standaardisatie middelen en materialen en gezamenlijke inkoop (zie 3.2.2)																
Standaardisatie en capaciteitsplanning medische apparatuur en gezamenlijke inkoop (zie 3.2.2)																
Integrale zorgpaden / met ketenpartners (zie 3.3.3)																
Oriëntatie op andere onderwerpen en eventueel inzetten hiervan (zie 3.3.4)																

Tabel 1: Gantt tabel met planning

INLEIDING

In 2018 is er een samenwerkingsovereenkomst^{2 3} gesloten tussen de regeringen van de 4-landen (Aruba, Curaçao, Bonaire, Sint Maarten), een samenwerking die de continuïteit van zorg tussen de ziekenhuisinstellingen dient te waarborgen, zowel regulier als in perioden van met name (dreigende) calamiteiten, zoals nu het geval is met de Covid-19 pandemie. Daarnaast is een samenwerkingsovereenkomst⁴ tussen de ziekenhuizen Aruba, Curaçao, St. Maarten en Bonaire ondertekend in een bestuurdersoverleg (eind 2018). In 2017 is een MOU afgesloten met 5.1.2e en andere ministers en aparte samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd tussen ziektekostenverzekeraars en tussen de verschillende ministers van Volksgezondheid. Kortom, veel voorwerk is in de afgelopen jaren verricht, momenteel nog wachtende op de uitwerking van de gemaakte afspraken.

Aanleiding voor de samenwerkingsafspraken in de “pré COVID-periode waren onder andere:

- Instabiele financiële situatie (hoge kosten van onder andere medicatie en andere inkoop, dubbelingen in portfolio en dus investeringen, laboratorium, vrijgevestigd specialisten, inkomsten medische uitzendingen lekken weg naar andere landen)
- medische uitzendingen naar andere landen (verschillende behandelprotocollen, beperkte communicatie specialisten onderling, ongerief patiënten)
- moeite om talent aan te trekken en te behouden (artsen, verpleegkundigen, ondersteunend personeel)
- afhankelijkheid derde landen en conjunctuur
- State-of-the-art ziekenhuiszorg wordt belemmerd door de te kleine adherentie gebieden per ziekenhuis op landsniveau; land overstijgende samenwerking nodig

Dit initiatief past binnen de ontwikkelingen zoals deze in de EU plaatsvinden, zoals verwoord in de “Directive 2011/24/EU of the European Parliament” betreffende patiënten rechten in cross-border healthcare⁵. Van belang is dat de landen binnen de Caraïbische regio nauw met elkaar samenwerken.

De samenwerking is in het verleden niet geheel van de grond is gekomen. De ingezette individuele acties van de ziekenhuizen zijn waarschijnlijk onvoldoende om alle beschreven problemen afdoende aan te pakken. Deels is dit belemmerd door politieke kwesties tussen de landen. Kansen om deze problemen wél op te lossen ontstaan door samenwerking en schaalvergroting (regionaal 350.000 patiënten). Dit moet leiden tot structurele hervormingen waardoor kwaliteit van de medische zorg hoger wordt en de continuïteit van zorg geborgd wordt. Hoewel aanvankelijk investeringen noodzakelijk zullen zijn,

² Conclusies tweede bestuurlijk overleg van 22 juni 2018 te Curaçao, betreffende de samenwerking op het gebied van de volksgezondheid binnen het Koninkrijk

³ Conclusies derde bestuurlijk overleg van 16 mei 2019 te Bonaire, betreffende samenwerking op het gebied van volksgezondheid binnen het Koninkrijk

⁴ Samenwerkingsovereenkomst tussen Stichting Ziekenverpleging Aruba, Fundashon Mariadal, Stichting St. Elisabeth Hospitaal en HNO transitie en exploitatie NV, 25 juni 2018; addendum 13 mei 2019.

⁵ DIRECTIVE 2011/24/EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare.

ontstaan hierdoor ook besparingen op de langere termijn. Alle ziekenhuizen hebben aangegeven een verbeterde gezamenlijke gezondheidszorg te willen realiseren op basis van niet-vrijblijvende afspraken.

In deze Covid-19 periode zien wij dat het bieden van tertiaire medische zorg aan inwoners van de landen van de voormalige Nederlandse Antillen middels medische uitzendingen naar Colombia en andere landen onmogelijk is geworden door het sluiten van hun grenzen, hetgeen de medische kwetsbaarheid van de landen voor wat betreft ziekenhuiszorg direct pijnlijk blootlegt. De situatie van de landen binnen het Koninkrijk is uitvoerig belicht in de OMT-adviesrapporten alsmede in de adviezen van de lokale publieke gezondheidszorg departementen. Gezamenlijk is men van mening dat:

- De noodzaak van het op orde hebben van de zorg van cruciaal belang is voor de lokale zorg maar ook als de grenzen opengesteld gaan worden voor het toerisme, waarbij meer Covid-19 gevallen zich zullen gaan voordoen.
- In het 3^e OMT-overleg is expliciet de uitspraak gedaan dat een goede gezondheidszorg gezien wordt als een cruciale randvoorwaarde.
- Naast de opschaling van de reguliere zorg is met name de intensieve en kritieke zorgafdelingen op alle landen inmiddels versterkt vanuit ondersteuning afkomstig uit Nederland. Er moeten misschien nog stappen gezet worden voor wat betreft de verhoogde zorgvraag door covid-19 op de niet-intensieve zorg, maar ook zaken als (long)revalidatie gezien ervaring NL covid-19 patiënten na langdurige IC-opnames en ook elders op de wereld.

Echter, de voorbereidingen die de ziekenhuizen Aruba, Bonaire, Curaçao en Sint Maarten landen genomen hebben voor de opvang van Covid-19 kent een hoge prijs: Nagenoeg alle reguliere zorg is tot stilstand gekomen voor 8 weken en is men sinds kort begonnen met stapsgewijze afschaling van restrictieve maatregelen om zo de reguliere zorg weer vorm te geven. Deze veranderingen hebben, naast de grote organisatorische gevolgen, ook een grote negatieve financiële impact op alle zorginstellingen op de landen. Dit beeld wordt ook gezien bij diverse Nederlandse ziekenhuizen. Vanuit het 4-landen overleg is aangegeven dat er een noodzaak is om de Covid-19 financiële impact snel inzichtelijk te maken voor alle primaire zorginstellingen, naast de vraag wat men op de landen zelf aan maatregelen kunnen nemen ter optimalisering van de zorg.

Covid-19 maakt de kwetsbaarheid van het huidige systeem nog een pijnlijk duidelijk en is nu de directe aanleiding om dit traject op te pakken. In het derde OMT ("toerisme")⁶ wordt gesteld dat het op orde zijn van de ziekenhuiscapaciteit essentieel is in de overweging om het inreisverbod op te heffen. Dit is een additionele reden om de samenwerking tussen de ziekenhuizen te intensiveren en te structureren.

De Covid-19 periode brengt ook kansen met zich mee. Zo zien wij dat de onderlinge opvang van acute en essentiële zorg tussen de landen sneller en effectiever op gang is gekomen. De crisis lijkt als een katalysator te werken op een jarenlange wens samenwerking te bewerkstelligen en laat zien dat de landen meer op elkaar aangewezen zijn. De realisatie hiervan heeft er inmiddels toe geleid dat alle ziekenhuisbestuurders unaniem de wens hebben uitgesproken de samenwerking met elkaar te willen

⁶ 3^e OMT "toerisme"

verstevigen. Het politieke draagvlak hiervoor wordt verkregen via de in de loop der jaren eerder opgestelde samenwerkingsovereenkomsten onderschreven door alle regeringsvertegenwoordigers. **Het uiteindelijke doel is de medische zorg te verbeteren door zoveel mogelijk de zorg onderling op elkaar af te stemmen en te optimaliseren.** Wij zijn ervan overtuigd dat grote voordelen behaald kunnen worden uit een nauwe samenwerking en de tijd is nu rijp hiervoor. De beoogde voordelen hebben betrekking op het vergroten van de kwaliteit en veiligheid van zorg, kostenreductie en waar mogelijk reallocatie en verbeteren van klinische uitkomsten binnen de zorg. Daarnaast wordt hiermee de afhankelijkheid van het buitenland verminderd. Dit zal in dit document nader worden toegelicht.

Roadmap

Vanuit ministerie van VWS is er een Roadmap-schrijven gelanceerd “voorstel voor samenwerking ziekenhuizen in het Koninkrijk”⁷ welk in het 4-landen overleg Ministers Gezondheidszorg van 26-05-2020 besproken is op hoofdlijnen tussen de ministeries. In dit schrijven wordt als aanleiding aangedragen dat het noodzakelijk is een plan voor samenwerking te realiseren om de zorgcapaciteit binnen het Koninkrijk met name in het Caribische deel uit te breiden en beter tussen de landen af te stemmen op basis van duidelijk gemaakte afspraken die een bindend karakter dienen te hebben. Afgesproken is dat er binnen 1 week een *concept samenwerkingsdocument* op basis van gestructureerde hervormingen binnen de zorg gepresenteerd zal worden welke vanuit de ziekenhuizen opgesteld zal worden op hoofdlijnen, waarna het streven is binnen 2 weken verdere invulling te geven aan het document. Ook zijn de werkkerreinen voor samenwerking gedefinieerd, te weten:

- Uitbreiden specialistische zorg binnen het Koninkrijk
- Terugdringen kosten medische uitzendingen
- Geneesmiddelen
- Laboratoriumdiagnostiek
- Waarborging voldoende acute zorg (intensive care) tijdens crisis
- Tenslotte duurzame bekostiging en financiële huishouding ziekenhuizen.

Hieraan willen wij nog een aantal kernaspecten vermelden waar naar de toekomst rekening gehouden dient te worden:

- Samenwerking tussen de inspecties van de diverse landen/ een gemeenschappelijk kader voor de inspecties.
- Bevorderen doelmatigheid en kwaliteit en veiligheid van de zorg in de diverse landen.
- Ontwikkeling integrale opleidingen/ curricula, zodat meer opleidingsmogelijkheden binnen de 4 landen, beschikbaar komen en wij in staat zijn het eigen talent meer te behouden.
- Mogelijkheden voor tele-consultatie, veilig thuis werken en gewaarborgde overdracht medische gegevens tussen de ziekenhuizen in de Cariben en ook naar Europees Nederland.
- Cybersecurity.

⁷ Voorstel voor samenwerking ziekenhuizen in het Koninkrijk, 2020.

Om deze redenen is een Projectgroep opgericht, waarin de bestuurders van de 4 ziekenhuizen, Saba HCF en St. Eustatius HCF participeren, om de hierboven aangedragen werkerreinen, met name specialistische zorg, uitzendingen, geneesmiddelen en materialen, en de acute zorg vanuit de projectgroep te belichten. Dit document presenteert in hoofdlijnen diverse model samenwerkingsverbanden en doelstellingen die tijdens het ministeriele 4-landen besproken zullen worden.

De landen zullen tenslotte zoveel mogelijk lokaal rekening houden met andere zorginstellingen die operationeel zijn met name op Aruba (IMSAM) en Curaçao (Advent ziekenhuis, SGR-groep). Echter, de gemaakte afspraken tussen de landen zullen vanuit één centraal punt per land gecoördineerd worden.

Missie en Visie

“Het leveren van de best mogelijke medische zorg lokaal en regionaal middels een verankerde samenwerking tussen de landen binnen het Koninkrijk en strategische partners, waarbij het welzijn van onze patiënten, het handhaven van een financieel – economisch gezonde situatie en het waarborgen van onze culturele waarden voorop staan.”

Een belangrijke voorwaarde voor een geslaagde samenwerking is dat partijen zich realiseren dat de eilanden overeenkomsten hebben maar ook van elkaar verschillen, wat een uitdaging vormt, maar met begrip voor onderlinge verschillen en overeenkomsten, zij elkaar en de onderlinge zorg kunnen versterken.

Het hele programma zal naar verwachting ruim 3 jaar in beslag nemen (2020/2023). Opgemerkt dient te worden dat een aantal initiatieven inmiddels is opgestart op de diverse eilanden op het gebied van kostenreductie medische specialisten, geneesmiddelen inkoop, medische uitzendingen, naast samenwerkingsverbanden op vakgroepsniveau (zie hieronder hervormingen tot dusver).

Natuurlijk vraagt dit programma de nodige investeringen, maar de verwachting is, dat deze zich ruimschoots zullen terugverdienen door middel van baten op de 4 hoofdonderwerpen.

We verwachten grote winst te boeken in:

- Kwaliteit en veiligheid van de medische zorg voor onze burgers en de toeristen die ons bezoeken; het bieden van hoogwaardige zorg
- Onderlinge ondersteuning in geval van calamiteiten/ rampen
- Zelfredzaamheid van de ziekenhuizen door behandel mogelijkheden/ faciliteiten die tussen de ziekenhuizen beschikbaar zijn, waardoor minder uitzendingen noodzakelijk buiten Aruba, Bonaire, Curaçao en Sint Maarten.
- Ontwikkelmogelijkheden in de vorm van opleidingen en behoud van eigen talent
- Meer doelmatige inzet van capaciteiten en medisch specialisten en hiermee kostenefficiëntie vergroten.

Door de financiële uitdagingen hebben de autonome (ei)landen binnen het Koninkrijk op eigen kracht besloten activiteiten door te voeren met als waarborging medische zorg ondanks maatregelen tot kostenreductie binnen de gezondheidszorg.

Een overzicht hiervan is te vinden in het volgende tabel: Genomen maatregelen in afgelopen jaren door de ministeries met als doel kostenreductie binnen de gezondheidszorg. Gegevens vanuit Aruba, Sint-Maarten en Bonaire moeten hier later in worden opgenomen.

KernSectoren	Aruba	Curaçao ⁸	St. Maarten	BES
Geneesmiddelen*		Taakstelling SVB: 110 Milj uitgave 2019 39 Milj besparing (35%)		
Medische uitzendingen*		35 Milj uitgave 2019 18 Milj besparing (51%)	56 Milj uitgave 2018 18 Milj besparing (32.1%)	
Medische Specialisten*		75.6 Milj uitgave 2019 22.4 Milj besparing (33%)		
Laboratoria*		44.5 Milj uitgave 2019 4.2 Milj besparing (13%)		
Voorschriftgedrag huisartsen		Farmacotherapeutisch overleg: Negatieve prikkel door korting bij hoog voorschriftgedrag		
Leeftijd zorgcontract		Geïntroduceerd: 65 jaar		
Transplantaties in Land van uitvoering verzekeren		Hart-/Lever-/Longtransplantaties: patiënten verzekeren in land waar ingreep plaatsvindt /snel retour		
Productieplafond vrijgevestigde specialisten		Geïntroduceerd per 01-07-2020: Max 750.000		
Nieuwe Specialisten		Allemaal verplicht in Loondienst		
Tarieven Klin Chemie		20% verlaging op alle testen		
Fysio activiteiten		Beperken tot "Lijst Borst"		

Tabel 2: Genomen maatregelen in afgelopen jaren door de ministeries met als doel kostenreductie binnen de gezondheidszorg

Noot: bedragen in ANG/AWG. *Besparing op Curaçao van 33% overal: 83.6 Miljoen ANG.

Tenslotte moet nadrukkelijk worden gesteld, dat de ziekenhuizen dit niet eigenstandig kunnen regelen. Het succes van het programma hangt in belangrijke mate af van draagvlak en draagvlak bij de politiek en de verschillende stakeholders om de noodzakelijke veranderingen door te voeren en randvoorwaarden te scheppen binnen het totale systeem van de gezondheidszorg (synchronisatie wet- en regelgeving, ziektekostenverzekeraars, afstemming 1^e en 2^e lijn, et cetera).

Daarnaast is het cruciaal dat ondersteuning wordt geboden bij het aanzuiveren van de liquiditeitsposities van de verschillende ziekenhuizen. Deze worden afzonderlijk in kaart gebracht en gerapporteerd aan de minister van het betreffende land.

⁸ LANDSBESLUIT, HOUDENDE ALGEMENE MAATREGELEN, van de 12de juni 2019 houdende uitvoering van de artikelen 4.4, vierde lid, onderdeel a, en 10.6 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten (Landsbesluit taakstelling zorguitgaven); 2019, Nummer 26.

1. VORM VAN DE SAMENWERKING

1.1 Inleiding

Ondanks de samenwerkingsovereenkomst tussen de regeringen zal het realiseren van dat samenwerking tussen de ziekenhuisinstellingen krachtige inzet en slagvaardigheid van alle actoren vereisen met duidelijke korte, middellange, en lange termijn doelstellingen. Voorstel hierbij is tentatief maximaal drie modellen (zie figuur) als mogelijkheden te onderzoeken.

Alvorens deze modellen te presenteren willen wij graag het vertrekpunt van de werkgroep weergeven:

ALLE leden hebben verklaard een verbeterde gezamenlijke gezondheidszorg te willen realiseren, op basis van gemaakte niet vrijblijvende afspraken.

1.2 Modellen: Algemene basisvereisten

- Mogelijkheid om bindende afspraken te maken en op de naleving daarvan te sturen. Dit staat deels op gespannen voet met autonomie van de ziekenhuizen.
- De samenwerking moet grote kansen bieden voor verbetering kwaliteit en doelmatigheid
- Lage gevoeligheid voor conjunctuur binnen het Koninkrijk
- Grote kansen voor verbetering afhankelijkheid van derde landen
- Lage transitiekosten en –tijd

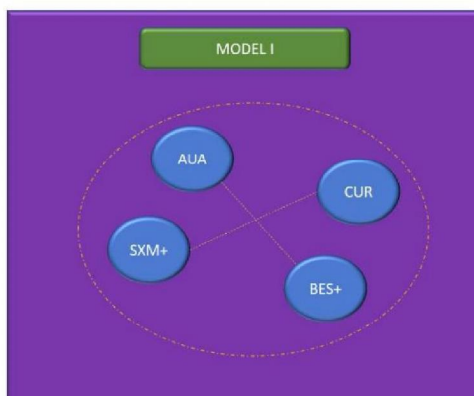
Voor elk samenwerkingsmodel dienen juridische en organisatorische/bestuurlijke structuren nader onderzocht te worden. Zo kan het bestuur samengesteld worden uit vertegenwoordigers van de landen (ziekenhuizen) met roulerend voorzitterschap. Administratieve ondersteuning moet gewaarborgd worden.

Er dient structureel vergaderd te worden met feedback van bevindingen; bijvoorbeeld 1x per 2 weken via videoconferentie met als vast agendapunt de performance indicatoren. Voorts dient de wijze van (financiële) verantwoording en budgetbeheer te worden vastgelegd. Dit zal later nader uitgewerkt worden. Tenslotte is het van belang dat wij met een zekere regelmaat elkaar bezoeken.

Ongeacht het gekozen model kan gedacht worden aan de oprichting van een gezamenlijke organisatorische structuur/vehikel, bijvoorbeeld een entiteit waarin gezamenlijke opleiding, uitbreiding van specialismen, inkoop, logistiek (gezamenlijk "international patiënt office"), en overige projecten worden ondergebracht. Deze structuur stelt een gezamenlijk budget(plan) vast en legt financiële verantwoording af. Neem als voorbeeld de wijze waarop de fondsen die door Nederland beschikbaar zijn gesteld via de Wereldbank, voor specifieke projecten binnen SMMC na orkaan Irma, worden beheerd.

In de paragrafen 1.3, 1.4 en 1.5 zijn drie modellen gepresenteerd; meer varianten zijn uiteraard mogelijk, maar vooralsnog hebben wij ons beperkt tot de 3 gepresenteerde modellen. Mogelijk dat de uiteindelijke uitwerking een variant is op een van deze 3 modellen.

1.3 Model I: Zelfstandig opererende instanties met onderlinge samenwerking



Figuur 1: MODEL I: zelfstandig opererende organisaties met onderlinge samenwerking (“+” teken representeert Saba en St. Eustatius drainerend op St. Maarten of Bonaire).

Uitgangspunten model I:

- Vertegenwoordigt de huidige situatie voor alle ziekenhuizen, maar met duidelijke verbintenis op basis van gemaakte afspraken qua zorg.
- Elk ziekenhuis behoudt haar autonomie, voor wat betreft besturingsmodel en bedrijfsvoering.
- De samenwerking wordt contractueel vastgelegd en geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst voor specifiek aangewezen doeleinden, met budgetafspraken en targets.
- De samenwerking richt zich op doelmatigheid en kwaliteitsverhoging.

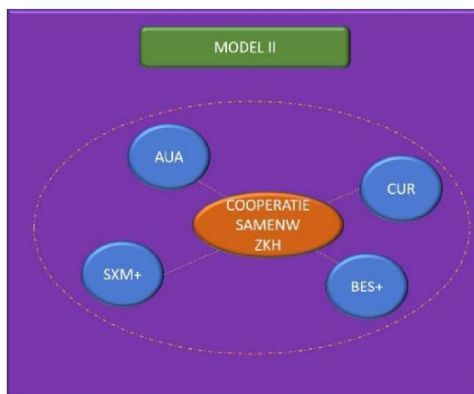
Voordelen van model I:

- Snel te effectueren.
- Volledige autonomie van elke organisatie blijft behouden.
- Verbetering van de afhankelijkheidspositie van derde landen mogelijk.

Nadelen van model I:

- Hoge mate van vrijblijvendheid, vanwege:
 - o Geen organisatorische structuur om de samenwerking te formaliseren.
 - o Geen bestuurlijke entiteit om de samenwerking te handhaven.
 - o Risico dat de samenwerkingsverplichtingen niet worden nagekomen en niet tot de gewenste resultaten leiden (in het verleden zijn samenwerkingsovereenkomsten afgesloten, zonder het gewenste effect).
- Kracht van het bundelen van activiteiten niet aanwezig.
- Elke organisatie is meer blootgesteld aan politieke invloeden en ad hoc koerswijzigingen. De directe invloed van het lokaal politiek krachtenveld is veel groter

1.4 Model II: Samenwerkingsverband in een coöperatie of een andere rechtsvorm (bijvoorbeeld personele unie)



Figuur 2: MODEL II: samenwerkingsverband vanuit een coöperatie

Uitgangspunten model II:

- Hierbij blijft elk ziekenhuis een autonoom opererende organisatie.
- De samenwerking wordt geformaliseerd door middel van een coöperatie of een andere rechtsvorm, waarin eventueel ook organisatorische onderdelen kunnen worden ondergebracht, zoals een inkooporganisatie, uitbreiding van specialismen, logistiek (een gezamenlijk “international patiënt office”), en overige projecten. Deze structuur stelt een gezamenlijk budget(plan) vast en legt financiële verantwoording af opleidingen, e.d.

Voordelen van model II:

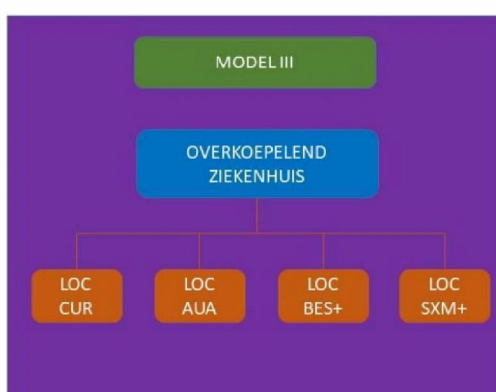
- Kansen doelmatigheidsverbetering door schaalvergroting en vermindering afhankelijkheid derde landenaanwezig.
- Tijdsfad relatief kort.
- Vrijblijvendheid vermindert. De mate waarin hangt af van welke activiteiten onder de samenwerking vallen en de omvang daarvan.
- Vanuit de coöperatie zal een groot deel van de regie en verantwoordelijkheid gevoerd worden ten behoeve van de individuele organisaties.
- De structuren binnen de verschillende entiteiten veranderen niet, elk ziekenhuis blijft autonoom opereren.
- Binnen de coöperatie kan vanuit of een onafhankelijk voorzitter dan wel roulerend voorzitterschap de cohesie binnen het geheel van ingebrachte onderwerpen de samenhang worden bewaakt.
- Voor de medewerkers zijn er geen consequenties; zij blijven in dienst van de eigen organisatie.
- De kosten voor het inrichten van deze structuur zijn relatief laag.
- Een bestuurlijke entiteit om de samenwerking te bestendigen en te handhaven.
- Een rechtsvorm waarbinnen samenwerkingsactiviteiten formeel kunnen worden geïnstitutionaliseerd.

- Centrale budgetbewaking van het programma en centrale monitoring resultaten.
- Mogelijkheid om via één orgaan overeenkomsten aan te gaan met de verschillende UMC's uit Nederland, voor de landen Aruba, Bonaire, Curaçao en Sint-Maarten of vanuit de individuele instituten reeds bestaande samenwerkingsverbanden verder uit te breiden of te versterken.

Nadelen van model II:

- Blijft afhankelijk van de doorzettingskracht binnen de verschillende entiteiten.
- De inbreng in de coöperatie wordt bepaald door de leden en kan daardoor wellicht onvoldoende inhoud krijgen.
- Extra overleg/afstemmingslaag buiten de eigen organisatie.
- Regelen van de rechtsvorm en eventuele statutaire regelingen vraagt investering in geld en tijd.

1.5 Model III: Eén ziekenhuisorganisatie met meerdere locaties



Figuur 3: MODEL III: een ziekenhuisorganisatie / geformaliseerd samenwerkingsverband

Het samenwerkingsverband kan geformaliseerd worden, bijvoorbeeld in een zogenaamde stichting Samenwerkende Ziekenhuizen – besturingsentiteit nader uit te werken, maar gedacht kan worden aan een delegatie gevormd door de bestuurders van de verschillende instellingen met aanwezigheid van Nederlandse participatie. Deze bestuurders leggen verantwoording af bij de eigen Raad van Toezicht of één Raad van Toezicht land overstijgend met locatie Carib-Cloud.

Uitgangspunten model III:

- Eén centraal orgaan in het besturingsmodel – bijvoorbeeld een Carib-Ned overkoepelende entiteit: Gedacht kan worden aan een overkoepelend ziekenhuis met 4 locaties, op Aruba, Bonaire, St. Maarten voor de bovenwinden en Curaçao.
- We zouden zelfs kunnen streven naar een STZ status conform Nederlandse normen, waarbij het ziekenhuis de status krijgt van opleidingsziekenhuis, met verbondenheid van Europese dan wel

regionale Universiteiten in samenwerkingsverband. Ook de samenwerking tussen UMC's in Nederland (zie succesverhaal Bonaire v.w.b. FM met Amsterdam UMC) zal hierin zijn meegenomen.

Voordelen van model III:

- Geen vrijblijvendheid.
- De afhankelijkheid van derde landen neemt hoogstwaarschijnlijk af.
- Het belang is de entiteit en niet de specifieke locaties.
- Vereenvoudigen overlegstructuur en besluitvorming, waardoor meer krachtig en slagvaardig.
- Mogelijkheid voor minder managementlagen en overhead door schaalvergroting.
- Stevige positie ook naar de verschillende overheden en zorgverzekeraars gebaseerd op de inhoud en niet op locatie/land.
- Significante echte volumevoordelen voor de groep, welke ingezet kunnen worden voor de groep (betere capaciteitsmanagement).
- Standaardisatie van zorg, middelen, materialen, medicatie, gezamenlijke inkoop en opleiding zijn binnen de beheerscope van één organisatie, die daardoor slagvaardiger kan opereren.
- Een formele structuur waarin de samenwerking is gewaarborgd.

Nadelen van model III:

- Wetgeving en lokaal beleid in verschillende landen kunnen belemmerend werken.
- Locaties moeten dezelfde basis hebben, dus geen ongelijkheid in de groep voor wat betreft bijvoorbeeld eigendom grond, gebouwen, maar ook in salarisstructuren etc.
- Financiering moet de groep volgen, dit heeft gezien de verschillende landsverordeningen, nogal wat implicaties.
- Hogere transitiekosten.
- Langer tijdspad.

1.6 Overwegingen

Model I is een contractueel samenwerkingsverband dat op efficiënte en effectieve wijze gericht is op samenwerking en kostenbesparing op specifieke onderwerpen. In wezen is model 1 een geïntensiveerde voortzetting van de huidige situatie met als belangrijke nadelen vrijblijvendheid, beperkte kansen voor verbetering kwaliteit en doelmatigheid en hoge conjunctuurgevoeligheid.

Model II kan gezien worden als een tussenvorm; Governance aspecten dienen uitgewerkt te worden, nadat de rechtsvorm is bepaald. Model 2 is een vorm die makkelijk toepasbaar is en flexibiliteit biedt in de inrichting doordat de scope van de trajecten die er onder komen te hangen nader in te vullen is. Nadelig is dat deze structuur weinig garanties kan geven op daadwerkelijke veranderingen. Het zou wel kunnen werken als een tijdelijke tussenstructuur op weg naar een strikter model.

Model III zal meer uitdagingen hebben om te realiseren:

1. Politiek dient draagvlak verkregen te worden als er bij de formalisering van dit samenwerkingsverband gekozen wordt voor één ziekenhuis dat de 4 landen behelst. Kracht is en blijft vanuit de zorg aansturen en niet vanuit juridische determinanten.
2. Governance aspecten dienen uitgewerkt te worden, afhankelijk van de vorm die gekozen wordt. Afhankelijk van de keuze, kan het betekenen dat alle medewerkers nu in dienst komen van één organisatie, herstructurering van functies moet plaatsvinden (inclusief plaatsing). Dit vereist dan een gedegen sociaal plan, overleg met de vakbond(en), etc..
3. De kosten van het inrichten van deze structuur zullen relatief hoog zijn; niettemin kunnen de exploitatiekosten van de nieuwe structuur aanzienlijk lager zijn, zeker op middellange termijn.

criterium	Model I	Model II	Model III
Vrijblijvendheid	Hoog	Midden	Geen
Kansen	Laag	Midden	Hoog
Conjunctuurgevoeligheid	Hoog	Midden	Laag
Verbetering afhankelijkheidspositie	Mogelijk	Mogelijk	Zeer waarschijnlijk
Transitiekosten	Geen	Laag	Hoog
Tijdspad	Direct	Kort (6-12 maanden)	Lang (24 – 36 maanden)

Tabel 3: Overzicht score op criteria van de 3 modellen

We zullen uiteindelijk tot een keuze moeten komen voor het model; dit vraagt het nodige overleg binnen elke ziekenhuisorganisatie en met de landelijke politiek (op elk land). Na overleg met de ministers van Volksgezondheid (dd. 04-06-2020, 4-landen overleg) is geconcludeerd dat geen draagvlak bestaat voor model I; ook is expliciet de uitspraak gedaan dat ziekenhuiszorg los zou moeten staan van de politiek en dat dit het best tot zijn recht komt in model III. Een meer geformaliseerde vorm van samenwerking is noodzakelijk. Model III is wat VWS betreft het vereiste model om aan de gestelde eisen en wensen te voldoen. Duidelijk is dat dit model nog nadere uitwerking behoeft op juridisch en organisatorisch vlak, en dat dit tijd zal kosten. Een tussenoplossing volgens model II is alleen acceptabel indien één van de onder hangende trajecten is om model III te bereiken.

Vandaar dat de voorgestelde koers is:

3. Streven is uiteindelijk te komen tot model III, mits van toepassing zijnde wet- en regelgeving in de verschillende landen en de statutaire mogelijkheden dit mogelijk maken.
4. Op korte termijn willen wij komen tot model II; dit model bevat mogelijkheden voor formele samenwerking, omdat binnen de samenwerkingsvorm activiteiten (zoals gezamenlijke inkoop) kunnen worden ondergebracht. Een intentieverklaring hiertoe is opgesteld.

Om dit te realiseren, voorzien we de volgende stappen:

6. Opstellen intentieverklaring van de ziekenhuisbestuurders om te komen tot een geformaliseerd samenwerkingsverband (**ziekenhuisbestuurders, 20 juni 2020**)
7. Onderzoeken en bepalen van de vorm van samenwerking, zoals de rechtspersoon, de vestigingsplaats, de financiering en de bestuursinrichting (gedachte is vertegenwoordiging van de ziekenhuisbesturen in het bestuur met een onafhankelijke voorzitter en een toezichtsorgaan, ziekenhuisbestuurders, **31 augustus 2020**).
8. Formeel regelen van het samenwerkingsverband (oprichting, statuten, huishoudelijk reglement en dergelijke, **ziekenhuisbestuurders, 30 september 2020**)
9. Mogelijkheden onderzoeken om te komen tot model III (**ziekenhuisbestuurders, 31 december 2020**)
10. Besluitvorming ten aanzien van model III (**ziekenhuisbestuurders, Raden van Toezicht, 30 april 2021**)

2. RANDVOORWAARDEN, AANBEVELINGEN EN UITGANGSPUNTEN VOOR DE SAMENWERKING

2.1 Randvoorwaarden

Een intensieve samenwerking biedt vele voordelen, maar kan alleen vruchtbaar zijn als een aantal randvoorwaarden geregeld is.

1. Cruciaal is een politiek draagvlak en een draagvlak onder de verschillende stakeholders, hetgeen zich moet uiten in het regelen van noodzakelijke randvoorwaarden die buiten de beheerscope van de ziekenhuizen vallen; dit zijn zaken die gerelateerd zijn aan de aanbevelingen zoals verwoord in paragraaf 2.2.
2. Vaak zien we dat de wil tot samenwerking er is maar de plannen politiek onvoldoende commitment kennen. Samenwerking tussen ziekenhuizen dient politieke stroming overstijgend/onafhankelijk te zijn. De politiek moet in die zin los zijn gekoppeld van de inhoud van de zorg.
3. Commitment vanuit Den Haag gezien de Koninkrijk belangen voor goede ziekenhuiszorg.
4. Commitment vanuit de ziektekostenverzekeraars in relatie tot de beoogde kostenbesparingen; besparingen enerzijds (bijvoorbeeld door gezamenlijk inkopen van geneesmiddelen en materialen) dienen onherroepelijk gebruikt te worden voor innovatie en bekostiging andere zorgvraagstukken binnen de samenwerking zoals voor innovatie van de zorg, opleidingen en het bewerkstelligen van financieel gezonde instellingen.
5. Een gezonde financiële uitgangspositie voor de liquiditeit van elk ziekenhuis.

2.2 Aanbevelingen

1. Per land en eventueel binnen het Koninkrijk zal een goed samenwerkingsverband moeten worden opgezet tussen de lokale ministeries van Volksgezondheid, de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voorop dienen te staan. In Sint Maarten heeft dit vorm gekregen door het in 2015 overeengekomen Tripartite Protocol onder het motto "Providing quality care close to home" met als belangrijk onderdeel het terugdringen van medische uitzendingen en het uitbreiden van basiszorg van het zogenaamde "care demand model".
2. Wij constateren grote verschillen in wet- en regelgeving. Synchronisatie hiervan is aangewezen.
3. Daarnaast constateren wij grote verschillen in het toezicht op zorg; synchronisatie op niveau van de inspecties is aangewezen.
4. Wij zien grote verschillen in medisch specialistische inkomens. Synchronisatie hiervan is aangewezen.
5. Daarnaast is synchronisatie tussen de ziektekostenverzekeraars, voor wat betreft de vergoedingen en de criteria, te overwegen. Via bestuurlijke besluitvorming moet duidelijkheid komen in de gewenste (al dan niet monopolistische) positie van de ziektekostenverzekeraars. Gezien de kwaliteitsslagen die sinds 10-10-2010 voor de BES op ziekenhuiszorg zijn gemaakt; is het Europees-Nederlands niveau vertaald naar onze gezamenlijke insulaire setting in deze leading.
6. In aansluiting hierop, is een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden en bevoegdheden vereist waar het gaat om de besluitvorming binnen de gezondheidszorg en binnen de behandeling van de patiënten; zo is bijvoorbeeld het besluit voor de noodzaak voor een medische uitzending een medische beslissing op basis van de behandelmogelijkheden binnen de regio (bijvoorbeeld op basis van een commissie uitzendingen), geen beslissing die door de ziektekostenverzekeraar gemaakt moet worden vanuit financiële overwegingen. Dit vereist aanpassingen in de Landsverordeningen.

Dit initiatief past binnen de ontwikkelingen zoals deze in de EU plaatsvinden, zoals verwoord in de “Directive 2011/24/EU of the European Parliament” betreffende patiënten rechten in cross-border health care.

2.3 Uitgangpunten voor de samenwerking

- Ongeacht het gekozen model dient overeenstemming verkregen te worden betreffende de zogenaamde “basiszorg uitrusting” welke op alle landen aanwezig dient te zijn. Dat is essentieel om de dagelijkse reguliere zorg te waarborgen.
- Op elk vakgebied dient overeenstemming bereikt te worden betreffende verdeling “specifieke-zorg” over de landen. Medisch inhoudelijke *specialistische* vraagstukken: wie doet waar wat? Afspraken verdeling type zorg; hierbij is het essentieel naast samenwerken elkaar ook over en weer iets gunnen.
- Standaardisatie van zorg (zorgpaden/klinische paden) voor zorg en behandeling die op meerdere landen wordt verstrekt.
- Hoogwaardige kwalitatieve zorg dient nagestreefd te worden naar internationale standaarden. Belangrijke determinanten hierbij zijn sterke samenwerking tussen vakgroepen van de 4 landen (“cohesieve optimalisatie zorg”), Implementeren systematiek voor het Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS), BIG-registratie van medische specialisten of equivalente registratie vorm, werken volgens internationale richtlijnen, aanwezigheid van institutionele basis commissies (zoals Veiligheid Incident Melding (VIM), Calamiteiten, Geneesmiddelen, Rampen, Infectie, Medische staf, et cetera), standaard overdracht momenten, MDO lokaal en tussen de landen op specifieke gebieden, et cetera.
- Onderling afstemmen en efficiënter inkopen middelen, materialen, medicatie via een gestandaardiseerde benadering (zie hoofdstuk 2).
- Huidige begroting inzichtelijk inclusief impact Covid-19 met name bijbehorende financiële noodzaak inzichtelijk maken voor alle instituten.
- Onderling worden verdere afspraken gemaakt voor wat betreft
 - o Integrale capaciteitsplanning, innovatie (investeringen op basis van een vast format)
 - o Integraal opleiden in samenwerking met Nederlands Academische ziekenhuizen
 - o Interinsulaire transport afspraken: Logistieke zaken dienen onderling afgestemd te worden qua transport patiënten, verblijf familieleden (bijvoorbeeld realiseren zorghotels), transport materialen voor onderzoek, vervoer van goederen, et cetera
 - o Tertiaire zorgafspraken: gezamenlijke contracteren en coördinatie logistiek
 - o Eventuele medische investeringen dienen volgens eenzelfde gestandaardiseerde format uitgewerkt te worden
 - o Huidige zorg afstemmen tussen de landen; wat is leverbaar en wat niet.

3. ONDERWERPEN VAN DE SAMENWERKING

De ziekenhuizen dienen in de eerste plaats binnen de eigen organisatie een assessment te maken van de kosten, zorgvraag en -aanbod en de mogelijkheden voor kostenbesparing. Zij dienen kostenbesparende maatregelen door te voeren / efficiëntie slagen te maken. Een voorbeeld hiervan betreft de afspraak tussen het ziekenhuis op Sint Maarten en de zorgverzekeraar SZV dat medische uitzendingen alleen kunnen plaatsvinden op verwijzing van medisch specialisten van SMMC. Dit heeft, in combinatie met het uitbreiden van basisziekenhuiszorg op basis van een inventarisatie van de zorgvraag, geleid tot enorme kostenbesparingen.

3.1 Onderwerpen met de hoogste prioriteit

3.1.1 Regionale capaciteitsplanning

Doel: een doelmatig en effectief zorgaanbod voor Aruba, Bonaire, Curaçao, Sint-Maarten, Saba en Eustatius, ontdaan van overbodige dubbelingen en aangepast aan de huidige en toekomstige zorgbehoefte.

Inmiddels heeft vanuit de projectgroep een inventarisatie⁹ plaatsgevonden van de aangeboden zorg/behandeling vanuit de 4 ziekenhuizen. Dit heeft geleid tot een inzicht in:

- Behandel mogelijkheden die op alle landen beschikbaar zijn.
- Behandel mogelijkheden die op één of enkele landen beschikbaar zijn.
- Behandel mogelijkheden die niet beschikbaar zijn of versterking nodig hebben om dit mogelijk te maken.

Deze inventarisatie vereist verdere verdieping betreffende het specificeren van additionele diagnostische en behandel mogelijkheden per land en bijvoorbeeld kwantificatie van en type uitzendingen per land. Laatstgenoemde zal meer inzicht geven in waar versterking nodig zal zijn of re-routing van zorg gerealiseerd kan worden.

Binnenkort zal de vraag uitgezet worden bij de verschillende vakgroepen van medisch specialisten om in gezamenlijkheid te komen tot een consensus regionale specialistische-zorg verdeling. Doel hierbij is de beschikbare capaciteiten optimaal te benutten, expertise te versterken waardoor toename kwaliteit zorg gerealiseerd kan worden. Hele kostbare capaciteiten zijn doorgaans efficiënter te exploiteren als het volume groter is. Dit vraagt dan wel afstemming over de exploitatiekosten en eventueel gezamenlijke investering en capaciteiten.

Daarnaast wordt de vraag weggelegd bij de vakgroepen om te komen tot een plan voor onderlinge bijstand, bijvoorbeeld in relatie tot waarnemingen, vervanging bij afwezigheid. Deze inzet is dan vanuit de ziekenhuizen formeel geregeld (dus geen ad hoc waarnemingen onderling geregeld). Momenteel zijn hieraan hoge kosten verbonden, omdat waarnemingen veelal vanuit het buitenland worden geregeld. Door dit door de landen zoveel als mogelijk op te vangen, kunnen de nodige kosten bespaard worden en bovendien is de betreffende medisch specialist vaak bekend met het betreffende land, taal en cultuur.

⁹ Portfolio ziekenhuizen Nederlandstalig Caraïbisch gebied.

Dit zal nog vereenvoudigd worden door de standaardisatie van zorgpaden/klinische paden binnen tussen de landen (zie 2.3). Opgemerkt dient te worden dat er reeds bij sommige vakgroepen samenwerkingsverbanden vigerend zijn.

In eerste instantie wille we met de “grote specialistische vakgroepen” beginnen:

- Chirurgie
- Interne Geneeskunde (algemene interne, maar ook gebieden zoals reumatologie, internist-infectioloog)
- Cardiologie
- Nefrologie
- Longgeneeskunde
- Oncologie & Radiotherapie
- Gynaecologie/verloskunde en kindergeneeskunde
- Radiologie & overige diagnostische modaliteiten
- Urologie
- Neurologie & Neurochirurgie
- Anesthesiologie, intensivist, interlandelijke ICU-zorg en pijnspecialist.

Er zou een convenant bestaan voor de samenwerking tussen de vakgroepen Chirurgie Aruba en Curaçao.

Doelstellingen:

- Per 31 juli 2020 heeft een inventarisatie plaatsgevonden van de huidige diagnostische/behandel mogelijkheden en de ‘gaten’ in het portfolio door de medisch specialisten van de vier ziekenhuizen.
- Per 31 augustus 2020 heeft een Inventarisatie plaatsgevonden van de verwachte toekomstige zorgvraag op basis van demografie en epidemiologie en een definitie van basiszorg die in elk ziekenhuis beschikbaar dient te zijn en super specialistische zorg die niet op elk ziekenhuis aanwezig dient te zijn.
- Per 30 september is een capaciteitsplanning beschikbaar, waarin de beschikbare capaciteiten zijn verdeeld over de landen, inclusief verdeling van super specialistische zorg over de vier ziekenhuizen, waarbij logische combinaties tot synergie lijden, waarin zo veel als redelijkerwijs mogelijk en gewenst elk ziekenhuis een rol krijgt.
- Per 30 september 2020 is een plan voor onderlinge bijstand/ waarneming van de verschillende vakgroepen van medisch specialisten beschikbaar.

3.1.2 Uitzendingen

Doel: reduceren van het aantal medische uitzendingen naar derde landen (met name Colombia).

Uiteindelijk is het mogelijk om 95% van alle benodigde medische zorg binnen het Caribische deel van het Koninkrijk uit te kunnen voeren.

Inschatting is dat nu ongeveer 150.000.000 Antilliaanse gulden /AWG per jaar (gezamenlijk voor de 4 landen) wordt betaald aan uitzendingen, met name aan Colombia. Een groot deel betreft het zorg die ook

op de landen kan plaatsvinden zoals deze crisisperiode heeft aangetoond met aanzienlijk minder uitzendingen, zonder dat dit tot ernstige morbiditeit en mortaliteit geleid heeft. Zo is de uitzending op Curaçao met ruim 90% gedaald. Wel moeten we bewaken dat patiënten geen onnodige schade oplopen door te lange wachttijden, mede door het verlengen van het sluiten van de grenzen van Colombia.

We willen inventariseren wat nu concreet wordt uitgezonden. Uitgangspunt moet zijn: wat binnen de 4 landen (Aruba, Bonaire, Curaçao, Sint-Maarten) kan gebeuren, zal ook in de 4 landen gebeuren (tenzij lange wachtlijsten uitzenden noodzakelijk maken). Dit is een medisch besluit en behoort door de behandelend specialist genomen te worden, eventueel in combinatie met een college/commissie voor uitzendingen. De ziektekostenverzekeraars moeten dit beleid handhaven. Het uitzenden van een patiënt dient verbonden te zijn aan een “acceptabele” gezondheidswinst, waarbij rekening wordt gehouden met diverse determinanten zoals co-morbiditeit, leeftijd, cognitief functioneren et cetera. De inventarisatie van uitzendingen zal leiden tot een inzicht in:

- Zaken die uitgezonden worden, waarvan de behandeling binnen de eigen had kunnen plaatsvinden
 - o Uitzgezonden zonder goede reden
 - o Uitzgezonden vanwege lange wachtlijst binnen de regio
- Zaken die uitgezonden worden, waarvan wij de behandeling op termijn binnen de 4 landen zouden kunnen aanleveren (innovatie).
- Zaken die uitgezonden worden, waarvan het niet opportuun is dit binnen redelijke termijn binnen de 4 landen te organiseren.

De gerelateerde medische specialismen moeten hierover uitspraken doen. Vervolgens kunnen we bezien in hoeverre wij beleid/uitgangspunten kunnen vaststellen voor uitzendingen, in overleg met de betrokken ministeries (in verband met beleid) en de ziektekostenverzekeraars (in verband met de handhaving).

Voor de uitzendingen, waarvan aangegeven wordt dat deze binnen redelijke termijn binnen de 4 landen geregeld zouden kunnen worden, moet per situatie een businesscase worden opgesteld, waaruit blijkt of dit realistisch is. Indien dit het geval is, kan de innovatie worden ingezet. Hier ligt ook een relatie met het integraal opleiden voor de 4 landen (zie verder).

Uiteindelijk is de verwachting dat wij substantiële kostenbesparingen zouden kunnen realiseren onderling door kritischer met uitzendingen om te gaan en mogelijkheden binnen de 4 landen te creëren en te benutten. De daadwerkelijke kosten van uitzendingen kunnen mogelijk meer dan 50% gereduceerd worden, maar daar staan investeringskosten en exploitatiekosten tegenover. Bijkomend voordeel is, dat het voor de patiënten aantrekkelijker is (zij blijven in de regio, eigen cultuur, dicht bij familieleden, etc.) en minder uitgaven worden gedaan voor reis en verblijf van patiënten en familieleden. Ook vindt besparing plaats door vermindering van diverse onderzoeken, die nu dubbel worden uitgevoerd. Doordat de ontvangende specialist de situatie kent van de verwijzende specialist zal deze eerder kunnen terugverwijzen waardoor een korter verblijf voor patiënt en eventuele begeleider en een vermindering van extra medisch handelen. Kortere verblijf geeft ook economische voordelen daar patiënt en of begeleider sneller beschikbaar zijn voor arbeidsmarkt.

Ander aspect, dat gerelateerd is aan de uitzendingen, betreft het voortzetten van de behandeling binnen het uitzendend land nadat de uitzending heeft plaatsgevonden (uitgaande van een “terechte uitzending”). Dit betreft afspraken ten aanzien van het (doorgaans poliklinisch) continueren van de behandeling en de medicatie en de vergoeding hiervan.

Doelstellingen:

- Pr 31 augustus 2020 heeft een Inventarisatie plaatsgevonden van de redenen van verwijzing en een beoordeling of het mogelijk is deze zorg binnen een van de 4 landen aan te bieden met behoud van kwaliteit en welke uitbreiding aan middelen en/of mensen noodzakelijk zou zijn.
- Per 30 september 2020 heeft een prioritering plaatsgevonden voor innovatie, mede gericht op het terugdringen van uitzendingen buiten de 4 landen. Per onderwerp wordt conform een planning een businesscase ingericht basis waarvan besluitvorming kan plaatsvinden.
- In 2020, 2021 en 2022 zijn de kosten van medische uitzendingen buiten de 4 landen gereduceerd met respectievelijk 30, 60 en 70% (deze gelden zijn dan in principe "overgeheveld" naar de ziekenhuisbudgetten).
- Per 31 oktober 2020 zijn duidelijke afspraken gemaakt met de ziektekostenverzekeraars over de (vergoeding van de kosten van de) voortzetting van de medische behandeling op het woonland nadat een medische uitzending heeft plaatsgevonden.

3.1.3 COVID-19

Doel: Covid-19 zorg gedurende de pandemie op peil houden.

COVID-19 zal nog enige tijd invloed hebben (2 jaar of langer is genoemd). Zo dreigt op Curaçao als voorbeeld de continuïteit van de zorg ernstig in het gedrang te geraken door tekorten (20-24 Miljoen Ang) ten gevolge van de Covid-19 voorbereidingen. Eenzelfde vergelijkend beeld wordt gezien op de andere landen (Zie verder financiële paragraaf in hoofdstuk 4).

Wellicht dat vanuit Den Haag voor deze periode een vorm van financiering kan plaatsvinden. Van belang is dat wij regionaal planvorming hebben hoe met dergelijke situaties om te gaan (zie 3.5).

Voorgesteld stappenplan:

- i. In kaart brengen begroting per ziekenhuis
- ii. Impact analyse COVID-19/ negatieve gap in kaart brengen
- iii. Opschaling en hernieuwde prognose met begroting per ziekenhuis
- iv. Afspraken over financiering van de noodzakelijke opschaling, bijvoorbeeld met steun vanuit VWS en door vrijmaken tariefstelsels
- v. Eventueel SWOT-analyse per instituut op elk land

Ten behoeve van de begroting is een impact analyse gemaakt per land; deze richt zich met name op de tot nu gemaakte kosten/ financiële consequenties en op de negatieve impact van COVID-19 op midden lange termijn op de cashflow.

Doelstellingen:

- Per 31 juli 2020 is een begroting beschikbaar van elk ziekenhuis en is een impact analyse uitgevoerd van de negatieve GP ten gevolge van de COVID-19, inclusief opschaling en een hernieuwde prognose; zo nodig is een SWOT-analyse uitgevoerd.
- Per 31 augustus zijn afspraken gemaakt over de financiering van de noodzakelijk opschaling

3.2 Onderwerpen met gemiddelde prioriteit**3.2.1 Standaardisatie van werkwijzen/ methoden**

Doel: gelijktrekken van werkwijzen en protocollen tussen de ziekenhuizen. Dit leidt onder andere tot vereenvoudiging van verwijzing binnen het Koninkrijk en onderlinge waarneming.

Voor de zorg die op eerdere landen wordt verricht, kunnen we op integraal niveau zorgpaden/ klinische paden definiëren. Gevolg is uniformiteit van zorg voor Aruba, Bonaire, Curaçao, Sintmaarten, Saba en St. Eustatius:

- Dit vergemakkelijkt onderlinge waarneming (zie 3.1.1)
- Dit bevordert de mogelijkheid voor volumevergroting op standaard medicatie, middelen en materialen, en aanschaf apparatuur (zie 3.2.2)
- Dit bevordert/ vereenvoudigt de integrale ontwikkeling van competenties en de inhoud van specifieke opleidingsprogramma's (zie 3.3.2)
- De gewenste minimale volumes en eventueel gewenste ondersteuning van en/of periodiek de bijscholing elders van de betrokken medisch specialisten.

Dit betekent, dat binnen de diverse vakgroepen gedefinieerd moet worden, welke zorgpaden/ klinische paden uitgewerkt kunnen worden (in een uniform format). Vervolgens kan standaardisatie plaatsvinden van medicatieopdrachten, middelen en materialen en een verdere uitwerking van protocollen en instructies (binnen het kwaliteitsmanagementsysteem, zie ook 2.6). Verder ook komen tot afspraken welke medisch specialisten per vakgroep welke aandachtsgebieden op zich gaan nemen.

Doelstellingen:

- Per 31 augustus 2020 is vastgesteld welke zorgpaden per medisch specialisme zullen worden beschreven, integraal voor de landen Aruba, Bonaire, Curaçao, St. Maarten en voor zover van toepassing Saba en St. Eustatius.
- Per 31 december 2020 zijn tenminste 3 integrale zorgpaden beschreven;
- Per 31 december 2021 is tenminste één integraal zorgpad per specialisme beschreven
- Per 31 december 2022 zijn alle integrale zorgpaden beschreven en medische beleidsplannen per vakgroep
- Voor elk zorgpad geldt, dat zoveel als mogelijk standaardisatie plaatsvindt van medicatieopdrachten en gebruik van middelen en materialen en vindt een vertaling plaats naar protocollen en instructies

3.2.2 Gezamenlijke inkoop medicatie, middelen en materialen/ apparatuur

Doel: realisatie van besparingen bij de inkoop van middelen, materialen en apparatuur.

Door schaalvergroting kunnen prijsvoordelen worden behaald. Dit effect wordt groter als we standaardisatie onderling realiseren.

Idee is om gezamenlijk inkoop vorm te geven; in model II en III is dit eenvoudig, omdat het dan één organisatie betreft; in model I moeten we hier wellicht een inkoopmaatschappij instellen, die door de verschillende landen wordt geëxploiteerd. Andere vorm is een samenwerking tussen de verschillende inkoopers, waarin zij gezamenlijk optreden naar leveranciers, om optimale prijsvoordelen te realiseren.

Het betreft:

- De inkoop van geneesmiddelen; momenteel worden ruim 125 miljoen gulden per jaar uitgegeven binnen 4 landen aan medicatiekosten. Door standaard medicatieopdrachten kan het bestelvolume vergroot worden en bovendien kan rekening gehouden worden met de prijs-/ kwaliteitsverhouding. Daarnaast zijn voordelen te behalen in de dure geneesmiddelen, hetzij door betere prijsafspraken, hetzij door gebruik van Biosimilars, uiteraard in overleg met de ziektekostenverzekeraars. In geval van een inkooporganisatie, moet bekeken worden wat de positie is van de Ziekenhuisapotheker als (wettelijk) bevoegd in koper van geneesmiddelen. Ook aandacht voor de beperkingen die de ziekenhuizen thans ondervinden om bepaalde medicijnen uit Europees Nederland te krijgen alsmede de perikelen bij transport tussen de ziekenhuizen van bepaalde type medicijnen.
- De inkoop van middelen en materialen; dit vertegenwoordigt een kostenpost van ongeveer 125 miljoen gulden voor de 4 landen; door standaardisatie en optimalisatie van de goederenlogistiek moet hieruit kostenreductie gerealiseerd kunnen worden.
- Aanschaf en beheer van (medische) apparatuur; door standaardisatie en aanbesteding van meerdere apparaten bij een leverancier in combinatie moet een lange termijn investeringsplan (relatie met de eerder genoemde capaciteitsplanning en innovatie voor de 4 landen) moet uiteindelijk voordeliger uitpakken.

Opmerkingen:

- Het effect van de samenwerking en gezamenlijke inkoop zal veel groter zijn op het moment dat wij ons richten op totale gezamenlijke inkoop van medicatie, middelen en materialen voor de 4 landen, dus ook voor andere stakeholders, zoals apotheken, huisartsen, thuiszorg en langdurige zorg. In het plan van aanpak is vooralsnog uitgegaan van samenwerking tussen de ziekenhuizen.
- Ten aanzien van apparatuur is ook een effect van portfoliokeuze te verwachten, niet elk ziekenhuis hoeft alle apparatuur aan te schaffen en te onderhouden.

Doelstellingen:

- Per 31 december 2020 is een instituut ingericht voor het gezamenlijk inkopen van medicatie, middelen en materialen en zijn noodzakelijke logistieke processen beschreven
- Per 31 december 2020 heeft standaardisatie plaatsgevonden van het medicatiepakket, daarbij rekening houdend met prijs/kwaliteit en substitutie van merkgeneesmiddelen voor gelijkwaardige niet merkgeneesmiddelen
- Per 31 maart 2021 zijn prijsafspraken gemaakt met leveranciers van geneesmiddelen
- Per 31 maart 2021 heeft standaardisatie plaatsgevonden van middelen en materialen op regionaal niveau, met als gevolg verhoging van de bestelvolumes (naast reductie van het aantal standaardartikelen)
- Per 30 juni 2021 zijn prijsafspraken gemaakt met leveranciers van middelen en materialen
-

3.2.3 Implementatie kwaliteitsmanagement, risicomanagement en procesmanagement

Doel: locatie overstijgend kwaliteitssysteem borgt objectieve beoordeling kwaliteit van zorg.

Om de standaardisatie van werkwijze en optimalisatie van processen te kunnen ondersteunen is het zaak dat kwaliteitsmanagement, risicomanagement en procesmanagement geïntegreerd en geïmplementeerd worden in de organisatie.

Een kwaliteitsmanagementsysteem is doorgaans gekoppeld aan een norm; deze kan per organisatie verschillend zijn, maar het hanteren van dezelfde norm(en) kan behulpzaam zijn. Ook benchmarking kan tussen de landen en met Nederlandse vergelijkbare ziekenhuizen kan als uitgangspunt gebruikt worden. Op termijn kunnen organisaties dan ook geaccrediteerd of gecertificeerd worden. De meest gehanteerde normen zijn onder andere:

- JCI Standards voor ziekenhuizen: meer dan 40 landen van de wereld (waaronder Nederland) gebruiken ziekenhuisorganisaties deze internationale norm die door de Joint Commission International (USA) getoetst en geaccrediteerd wordt; ook normen voor thuiszorg, ambulante zorg, ambulance- en air ambulance zorg en langdurige zorg dienen onder de loep genomen worden.
- ACI: Accreditation Canada International; vergelijkbaar met NIAZ QMentum.
- ISO 9001 voor de zorg / ISO 15224 (Healthcare): tamelijk basale norm voor een kwaliteitsmanagement systeem, gericht op procesbeheersing en klantgerichtheid (overigens, vrijwel elke norm is gebaseerd op de ISO 9001)
- HKZ-normen voor specifieke disciplines (o.a. Dialyse, Radiologie/Radiotherapie, verpleeghuizen)
- ISO 15189 voor Medische laboratoria
- Ziekenhuis Apothekers Norm (ZAN/ZAS): wordt in Nederland gebruik
- ISO 31000 voor risicomanagement
- NEN 7510 voor informatiebeveiliging
- ISO 22000 / HACCP voor voeding
- ISO 14000 voor milieuzorg

- NICE
- Gebruik van NSQIP dan wel vergelijkbare benchmarking systeem.

De implementatie van deze systemen moeten vooral ondersteund worden door opleidingen/trainingen. Deze kunnen waar van toepassing worden vormgegeven in nauwe samenwerking met de UMC's. De medewerkers moeten zelf leren deze systemen in te richten en te onderhouden. Dit betreft dus kwaliteitsmanagement (normkennis, interne audits, implementeren en onderhouden), risicomangement (prospectieve en retrospectieve risicoanalyses, risicobeheersing) als procesmanagement (procesanalyses, procesoptimalisatie en redesign (inclusief lean management), procesbeheersing, indicatoren). De implementatie zelf is een lijnverantwoordelijkheid, maar ook hierbij is ondersteuning/coördinatie noodzakelijk. De oprichting van een overkoepelende afdeling kwaliteit en veiligheid kan een functie zijn die lokaal verdeeld wordt.

ICT-afstemming in informatiebeveiliging

Het belang van informatiebeveiliging is zeer duidelijk geworden door de cybercrisis (HOH); los van deze crisis zien wij een groot belang in informatiebeveiliging, zoals het veilig email verkeer/ een code of conduct voor het omgaan met informatie en specifieke toetsing van informatiebeveiliging op basis van de NEN 7510. Ook dit is een onderdeel van kwaliteitsmanagement/ procesmanagement.

Daarnaast is winst te behalen in integrale afstemming op het gebied van ICT/ ICT-systemen, zodat uitwisseling en (tijds) beschikbaarheid van patiëntgegevens beter gewaarborgd is.

Doelstellingen:

- Per 31 augustus 2020 is bepaald welke norm(en) voor kwaliteitssystemen en risicomangementsystemen gehanteerd zullen worden
- Per 30 november september 2020 heeft een 0-meting plaatsgevonden van de huidige stand van zaken ten opzichte van de streefnormen
- Per 31 december 2020 zijn plannen van aanpak beschikbaar voor het implementeren van kwaliteitsmanagement, risicomangement en procesmanagement
- Per 31 maart 2021 zijn medewerkers van de organisaties opgeleid t.a.v. de norm en implementatie van kwaliteitsmanagement/ projectmanagement
- Per 31 maart 2021 is beleid afgesproken voor de regio op het gebied van cybersecurity
- Per 31 december 2021 zijn risicomangement en procesmanagement geïmplementeerd binnen de ziekenhuizen; medewerkers hebben opleiding gehad m.b.t. prospectieve en retrospectieve risicoanalyses, risicobeheersing, procesanalyse en systematisch verbeteren
- In de loop van 2021 en 2022 worden systematisch interne processen en klinische paden beschreven conform een vaste methodiek
- Per 31 maart 2023 heeft een toetsing plaatsgevonden van de ziekenhuizen om te bepalen of zij voldoen aan de gestelde norm(en) en op basis hiervan is een plan van aanpak ingericht voor de verdere afronding
- Per 31 juli 2023 voldoen de ziekenhuizen aan het vereiste referentiekader voor kwaliteitsmanagementsystemen en risicomangement

3.3 Onderwerpen met lagere prioriteit

3.3.1 Integraal ondersteuningsplan in geval van rampen/ calamiteiten

Doel: integrale afstemming rampen en calamiteiten plannen.

De Covid-19 pandemie heeft ons meer bewust gemaakt van de noodzaak om in dergelijke situaties een plan te hebben voor de 4 landen voor opschaling/ afschaling. Ook de dialyse zorg op de benedenwindse landen van patiënten uit de bovenwindse landen na de orkaan Irma heeft ons van het belang van deze samenwerking bewust gemaakt. Daarnaast het spoedvervoer (Medavac) en reguliere vluchten voor verwijzingen in noodsituaties. Natuurlijk hebben de diverse organisaties hun eigen plan, maar een onderlinge afstemming hierin weerspiegelt meer slagvaardigheid en cohesie. Uitgangspunt moet zijn dat in dergelijke situaties Aruba, Bonaire, Curaçao, Sint-Maarten, Saba en St. Eustatius zoveel als mogelijk in staat moeten zijn eigen broek op te houden. Hiervoor is de Werkgroep Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen bezig waar ook VWS-onderdeel van uitmaakt.

In de planvorming moeten we ook rekening houden met de nasleep van een dergelijke pandemie. Zo zal Covid-19 naar verwachting nog zeker 2 jaar of langer effect hebben; dit zijn effecten die gemanaged moeten worden in het integrale plan, voor zover deze betrekking hebben op de gezondheidszorg. Het plan is gebaseerd op een risicoanalyse van een dergelijke situatie (inclusief restrisico's).

Doelstellingen:

- Per 31 juli 2021 zijn 'maatrampen' vastgesteld voor de 4 landen (per land) op basis waarvan scenario's voor rampen moeten worden beschreven
- Per 31 december 2021 zijn de verschillende scenario's voor de vastgestelde maatrampen
- Per 31 juli 2023 is elk scenario tenminste één keer geoefend

3.3.2 Integraal opleiden en competentie management

Doel: doelmatig en effectieve capaciteitsplanning en (integraal) opleiden van zorgpersoneel, aangepast aan de huidige en toekomstige behoefte. Daarnaast creëren van meer opleidingsmogelijkheden binnen de 4 landen, zodat eigen talent ontwikkeld kan worden en voor het eigen land behouden blijft.

Ook bezien of er binnen de capaciteitsplanning Europees NL een traject met geormerkte opleidingsplekken medische specialisten voor het Caribisch deel van het Koninkrijk kan komen.

Door integraal opleidingen aan te bieden (in samenwerking met lokaal opleidingsinstituut/ universiteit(en)) kunnen de kosten voor opleidingen gereduceerd worden (nu vaak in buitenland), meer ontwikkelmogelijkheden binnen de 4 landen komen, behoud van talent en betere anticipatie op de behoeften binnen de 4 landen.

Analoog aan de samenwerking tussen de ziekenhuizen, kan hier ook nagedacht worden over een samenwerkingsvorm tussen de opleidingsinstituten of zelfs één opleidingsinstituut voor de 4 landen

(bijvoorbeeld verbonden aan academische ziekenhuizen in Nederland of als nieuwe entiteit Carib-Rijksziekenhuis).

In eerste instantie moet in kaart gebracht welke opleidingen in de 4 landen plaats zouden moeten vinden en afspraken kunnen worden gemaakt over waar, welke opleiding plaatsvindt. Vervolgens kan de opleidingsbehoefte in kaart worden gebracht, zowel voor medische opleidingen, medisch ondersteunend, verpleegkundige opleidingen als opleidingen voor management, kwaliteit en veiligheid, risicomangement en procesmanagement. Vooralsnog kunnen we denken aan:

- Basis verpleegkundige opleiding met eenzelfde curriculum voor de hele regio (Bonaire beschikt over onderwijslicenties van het Ministerie OCW in Nederland voor MBO opleidingen in de zorg).
- HBOV
- OK-assistent
- Anesthesieassistent
- Acute zorg (Spoedeisende hulp, ICU, Ambulance)
- Dialyse
- Apotheker assistent
- Ouderengeneeskunde
- Overige gespecialiseerde verpleegkundige opleidingen, physician assistants en nurse practitioners
- Deskundige Infectiepreventie (DIP)
- Voorbehouden handelingen/ risicovolle handelingen (veelal e-learning)
- HSQE (Health, Safety, Quality & Environment; combinatie kwaliteitsmanagement, risicomangement en procesmanagement, voedselveiligheid en arbozorg).
- Managementopleiding voor de gezondheidszorg (bijvoorbeeld analoog met BMG in Nederland).

Dit leidt tot een integraal opleiding ontwikkel plan. De vormgeving hiervan is de verantwoordelijkheid van het opleidingsinstituut, maar een nauwe afstemming met de ziekenhuizen hierin is noodzakelijk. Daarnaast kunnen er ook specifieke opleidingen/opleidingsmodules op locatie worden gegeven (dus niet het gehele curriculum), mogelijk ook vanuit dit opleidingsinstituut ondersteund.

Voor het inrichten/ ontwikkelen van de opleidingsprogramma's moet nauw worden samengewerkt met de Nederlandse UMC's; met meerdere UMC's wordt momenteel samengewerkt (Erasmus, vuMC/AMC, UMCG, MUMC). Deze samenwerking kan in grote mate bijdragen aan het tot stand komen van curricula voor medische en verpleegkundige opleidingen, die voldoen aan hoogwaardige standaarden.

Hierin moet ook betrokken worden, de voorwaarden waaronder medisch specialisten, die niet conform de Nederlandse richtlijnen zijn opgeleid, binnen onze landen te werk kunnen worden gesteld.

Een ander aandachtspunt betreft de introductie van de ARUBIG op Aruba, die is afgeleid van de Nederlandse BIG; synchronisatie is nodig, zodat het opleidingscurriculum voorziet in het voldoen aan beide wetten en aan erkenning van de opleiding, zowel vanuit de BIG als vanuit de ARUBIG.

In combinatie met opleiden, is het van belang een systematiek te implementeren voor competentie management; dit moet op ziekenhuisniveau worden geïmplementeerd, maar ook competentieontwikkeling in integraal verband (in combinatie met innovatie binnen de 4 landen) is relevant. Het integraal opleiding ontwikkel programma dient de competentieontwikkeling te ondersteunen.

Doel is de opleidingsmogelijkheden in de 4 landen te verbeteren (en daardoor minder kosten voor studeren in het buitenland voor de burgers), competenties te ontwikkelen en te behouden voor de 4 landen en bovendien meer mogelijkheden te bieden voor persoonlijke ontwikkeling en carrière.

Doelstellingen:

- Per 31 december 2020 zijn structuur en vorm bepaald voor een integraal opleidingsinstituut voor de 4 landen; een plan van aanpak voor de implementatie is opgesteld
- Per 31 maart 2021 heeft een inventarisatie plaatsgevonden van de opleidingsbehoefte binnen de 4 landen en zijn keuzes gemaakt voor lokaal opleiden, integraal opleiden of opleiden in Europees Nederland, BIG-registratie of soortgelijk lokaal systeem
- Per 31 juli 2021 is een integraal plan voor opleidingsontwikkeling beschikbaar; hierin is de rol van de UMC's opgenomen; de opleiden hebben betrekking op zowel medische als verpleegkundige disciplines, inclusief opleiden van artsen en medisch specialisten in het Caraïbisch gebied van het Koninkrijk
- Per 31 oktober 2021 is een integraal instituut ingericht
- Per 1 januari 2022 starten de eerste integrale opleidingen, conform het opleidingsontwikkelplan, indien van toepassing in samenwerking met UMC's
- Per 31 december 2023 zijn alle voorziene curricula beschikbaar voor de 4 landen, indien van toepassing in samenwerking met de UMC's

3.3.3 Integrale samenwerking tussen de stakeholders en stroomlijnen zorgpaden op ketenniveau

Optimaliseren van een goede afstemming tussen de huisartsen en het ziekenhuis over wanneer en hoe te verwijzen, overdracht naar verpleeghuizen, thuiszorg, nazorg, hospicezorg in de 1^e lijn is van eminent belang. Dit kan zijn weerslag vinden in procesoptimalisatie binnen de ziekenhuizen en ook in zorgpaden/klinische paden. Op dat moment zijn echter niet alle partijen aangesloten om deze problematiek te kunnen oppakken. Vandaar dat in een later stadium deze problematiek opgepakt kan worden in integrale projecten, waarin meerdere stakeholders vanuit de verschillende landen participeren. Vooralsnog betreft dit in ieder geval: ziekenhuizen, thuiszorg, verpleeghuizen, huisartsen.

Daarnaast geldt, dat een betere afstemming mogelijk is met de apotheken in de 1^e lijn (bijvoorbeeld medicatieoverzicht, ICT) en de laboratoria. Zorgprocessen met centralisatie van de patiëntengegevens bij de primaire instituten zal bijdragen dat de zorg rondom de patiënt een meer centraal karakter zal krijgen.

Een onderwerp van aandacht kan het tripartite overleg zijn, analoog aan het "Tripartite protocol" van Sint-Maarten, waar dan eerste lijn ook zou kunnen aansluiten, indien de bereidheid van lokale politiek, zorgverzekeraars en zorg (ziekenhuizen, VVT, hospices, huisartsen en paramedische zorg) aanwezig is om te komen tot een tripartiet overleg per land. Hier moet verwachte toekomstige zorgvraag, kwaliteit, doelmatigheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg op de agenda staan. Naar analogie van het 'Tripartite protocol' van Sint Maarten.

Doelstellingen:

- Per 31 december 2020 heeft afstemming plaatsgevonden tussen de lokale apotheken/ botica's en de ziekenhuizen ten aanzien van informatie-uitwisseling gerelateerd aan medicatie
- Per 31 juli 2021 is onderzocht en bepaald, in hoeverre de partijen uit de 1^e lijn kunnen aansluiten bij het tripartite overleg, conform het "tripartite protocol" van Sint-Maarten
- Per 30 juni 2022 heeft optimalisatie plaatsgevonden van afstemmingsprocessen tussen eerste lijn en de ziekenhuizen

3.3.4 Overige mogelijkheden

Samenwerking en reorganisatie reikt ver buiten de scope van dit schrijven, maar niet minder belangrijk. Dit zijn met name dossiers die buiten de scope van de ziekenhuissamenwerking vallen, maar waar hervormingen wel tot winst op gebied van kwaliteit en doelmatigheid zullen leiden.

Deze zaken kunnen wellicht op langere termijn worden opgepakt, tenzij de noodzaak ze ook integraal aan te pakken tot de mogelijkheden behoort. Voor deze onderwerpen geldt, dat op dit moment geen specifieke doelstellingen worden geformuleerd, maar dat een verdere uitwerking in de loop van 2021 zal plaatsvinden, inclusief daaraan gerelateerde doelstellingen.

Dit betreft bijvoorbeeld:

Laboratoriumdiensten

Doel: doelmatiger laboratoriumzorg door vermindering van dubbelingen. Wel voor elk (ei)land een basisfaciliteit behouden.

Optimaliseren van de afstemming tussen laboratoria in de 4 landen en laboratoria in de ziekenhuizen met de vakgroepen voor logistieke processen en voor de administratieve processen, doorlooptijden van uitslagen.

We hebben te maken met relatief veel laboratoria op de diverse landen. Uit diverse bronnen blijkt dat, om efficiënt een laboratoriumorganisatie te exploiteren (klinische chemie/medische microbiologie), een adherentie van minimaal 100.000 gewenst is; hiervan uitgaande zouden op Aruba, Curaçao 1 of 2 laboratoria kunnen volstaan en op Bonaire en Sint-Maarten 1 laboratorium. Dit staat los van de vraag of dit laboratorium in het ziekenhuis wel of niet moet zijn gelokaliseerd.

Om dit op te pakken moeten verschillende stakeholders bijeenkomen (huisartsen, laboratoria, ziekenhuizen, overheid). In gezamenlijkheid moeten eisen worden gesteld aan de laboratoria en uiteindelijk moeten mogelijk keuzes worden gemaakt. Ook hier moet worden geïnventariseerd welke specialistische bepalingen regionaal wel en niet mogelijk zijn, welke onnodige dubbelingen er bestaan en hoe dit zinnig en efficiënt verdeeld kan worden over de verschillende laboratoria.

Voor de ziekenhuizen zelf geldt, dat zij kunnen onderzoeken of laboratoriumonderzoek in eigen beheer moet plaatsvinden of moet worden uitbesteed (met name klinische chemie en medische microbiologie). Dit kan los staan van hetgeen hierboven is beschreven, maar kan logischerwijs beter hierin worden meegenomen.

Apotheken

Verbetering van de samenwerking tussen de ziekenhuizen en buitenapotheken is mogelijk bijvoorbeeld door optimalisatie van ICT, waarbij het eenvoudiger wordt een overzicht van de thuismedicatie te verkrijgen en de medicatie na ontslag beter te ondersteunen.

Inkomens medisch specialisten

Doel: alle specialisten die verzekerde zorg leveren in loondienst

Uit diverse onderzoeken is bekend is dat vrijgevestigd medisch specialisten een hogere productie/omzet leveren, zonder dat dit direct iets zegt over de echte waarde van de zorg voor de patiënt en het systeem. Door de hiërarchische onafhankelijkheid van het ziekenhuis kunnen de belangen van de vrijgevestigd specialisten afwijken van het algemeen belang, waardoor deze groep moeilijk stuurbaar is.

Wij zijn van mening dat gestreefd moet worden naar de situatie dat alle specialisten in loondienst werken, dit kan door middel van een sterfhuisconstructie gerealiseerd worden. De ziekenhuizen moeten streven naar invulling van visitaties en waarnemingen door specialisten in dienstverband en zoveel mogelijk op basis van gesloten beurs. Harmonisatie van salarissen van specialisten in loondienst moet overwogen worden.

Dit aspect kan wel binnen de ziekenhuisorganisaties worden opgepakt, maar dit moet wel in samenwerking met de vrijgevestigd medisch specialisten en de ziektekostenverzekeraars. De kosten van sommige vrijgevestigde Medisch Specialisten zijn nog hoog; de ziekenhuizen/zorgverzekeraars zouden bijvoorbeeld meer medisch specialisten in loondienst kunnen nastreven, hetgeen de kosten verlaagt. Met vrij gevestigden kunnen wellicht afspraken worden gemaakt over de vergoedingen/tarieven of vanuit overheid een beleid om het vrij gevestigd zijn versneld af te bouwen.

Het initiatief om tot een betere integrale dekking te komen van de medisch specialisten (zie 2.1) zal overigens al leiden tot een reductie van de kosten, omdat het aantal waarnemingen hierdoor kan afnemen (of met lagere kosten kan plaatsvinden).

Synchronisatie wet- en regelgeving / tarievenstelsel

De betreft aspecten die in samenwerking met de diverse stakeholders moeten worden vormgegeven, zoals:

- Doorlichten zorgverzekeringsstelsel
- Synchronisatie vergoedingen en criteria zorgverzekering overwegen
- Inventarisatie noodzakelijke veranderingen en synchronisatie wetgeving (bijvoorbeeld BIG vs. ARUBIG)
- Inspectie van de gezondheidszorg synchroniseren

3.4 Fasering

	Q2 20	Q3 20	Q4 20	Q1 21	Q2 21	Q3 21	Q4 21	Q1 22	Q2 22	Q3 22	Q4 22	Q1 23	Q2 23	Q3 23	Q4 23
Bepalen structuur voor samenwerking en formaliseren hiervan (zie hoofdstuk 1)	■														
Integrale capaciteitsplanning (zie 3.1.1)	■	■													
COVID-19 (zie 3.1.3)	■	■	■												
Uitzendingen (zie 3.1.2)															
Standaardisatie medicatie en gezamenlijke inkoop (zie 3.2.2)															
Zorgpaden/klinische paden en standaardisatie methoden / werkwijzen (zie 3.2.1)															
implementatie kwaliteitsmanagement, risicomangement en procesmanagement (zie 3.2.3)															
Integraal opleiden en competentieontwikkeling (zie 3.3.2)															
Integraal ondersteuningsplan rampen en calamiteiten (zie 3.3.1)															
Standaardisatie middelen en materialen en gezamenlijke inkoop (zie 3.2.2)															
Standaardisatie en capaciteitsplanning medische apparatuur en gezamenlijke inkoop (zie 3.2.2)															
Integrale zorgpaden / met ketenpartners (zie 3.3.3)															
Oriëntatie op andere onderwerpen en eventueel inzetten hiervan (zie 3.3.4)															

Tabel 4: Gantt tabel met planning (analoog met tabel 1 in managementsamenvatting)

3.5 Voorgestelde set indicatoren

In het overzicht op de volgende bladzijde is een voorstel weergegeven voor de totale set van indicatoren. De indicatoren zijn gerelateerd aan de onderdelen van het programma (3.1 tot en met 3.7) en per indicator is aangegeven wanneer deze geoperationaliseerd zouden kunnen zijn. Ook de bronregistratie is aangegeven. Met betrekking tot indicatoren kan gebruik worden gemaakt van resultaten en de systematiek van Performance, die binnen de landen diverse indicatoren hebben onderzocht.

Van belang is dat deze set bestuurlijk wordt vastgesteld en dat wij vervolgens in samenwerking met Informatievoorziening /ICT vormgeven aan de inrichting van registraties en management rapportages.

Voorgestelde set indicatoren

Programma onderdeel	Prestatie indicatoren	Per	Bron	Proces indicatoren	Per	Bron
A. Integrale capaciteitsplanning	Bezettingspercentage capaciteiten	Q3 2020	Capaciteitsplanning	Downtime regionale capaciteiten	Q3 2020	Registratie TD/MID of ICT
	Exploitatiekosten regionale capaciteiten	Q3 2020	Financiële administratie			
	Kosten inhuur voor waarneming	Q3 2020	Financiële administratie	Inzet medisch specialisten vanuit de 4 landen	Q3 2020	Registratie vakgroepen
B. Uitzendingen	Totale Kosten uitzendingen	Q3 2020	Ziektekosten verzekeraars	Onterechte uitzendingen	Q4 2020	Ziektekosten verzekeraars
				Terechte uitzendingen	Q3 2020	
	Investeringskosten innovatie gerelateerd aan reductie uitzendingen	Q4 2020	Ziektekosten verzekeraars	Geplande en afgeronde innovaties		% gerealiseerde innovaties conform Begroting businesscase
C. Standaardisatie van werkwijzen en methoden	Length of stay vs. Expected length of stay	Q3 2020	Bedrijfsinformatie systeem	Compliance audits in de zorg	Q1 2021	Interne audits
				Complicaties gedurende de behandeling	Q1 2021	Interne audits
				Realisatie geplande ontslagdatum	Q3 2020	Dossiers
				Verkeerde bedden	Q3 2020	Beddenplanning
				Ontslagdiagnose wijkt af van opname diagnose	Q3 2020	Dossiers
	Niet geplande heropnames	Q3 2020	Bedrijfsinformatie systeem	% vroegtijdig ontslag	Q4	Dossiers
	Complicaties na ontslag	Q3 2020	Complicatieregistratie	Therapietrouw	Q4	Dossiers
	% behandelingen binnen een zorgpad / klinisch pad	Q1 2021	Dossieraudits	Compliance tijdens audits in de zorg en behandeling	Q1 2021	Interne audits
	Incidenten in de zorg	Q3 2020	Meldsystematiek incidenten	Compliance met zorgpad	Q1 2021	Interne audits Dossieraudits

D. Gezamenlijke inkoop	Totale exploitatiekosten medicatie	Q3 2020	Exploitatie overzichten ziekenhuizen en ziektekosten verzekeraars	% gebruik 44egrotin medicatieopdrachten	Q3 2021	Voorschrijf systeem
				% vermindering aantal geneesmiddelen in standaardpakket	Q3 2021	Formularium
				% medicatieopdrachten buiten pakket	Q3 2021	Voorschrijf systeem
				Incidenten gerelateerd medicatie	Q3 2020	Meldsystemen ziekenhuizen
	Verspilling / waste medicatie	Q4 2020	Registratie waste / niet gebruikte medicatie	Compliance medicatieaudits	Q3 2021	Interne audits
	Totale exploitatiekosten middelen en materialen	Q3 2020	Exploitatie overzichten ziekenhuizen	% middelen en materialen buiten standaardpakket	Q3 2021	Bestel systeem
				% reductie standaardpakket	Q3 2021	Bestel catalogus Bestelsysteem
				% spoedbestellingen	Q3 2020	Bestelsysteem
				Incidenten gerelateerd aan middelen en materialen	Q3 2020	Meldsystemen ziekenhuizen
	Verspilling / waste middelen en materialen	Q2 2021	Registratie waste / verlopen materialen	Compliance audits middelen en materialen	Q3 2021	Interne audits
	Totale exploitatiekosten (medische) apparatuur	Q4 2020	Exploitatie overzichten ziekenhuizen	% apparatuur waarvan vervangingstermijn is overschreden	Q1 2022	Registratie apparatuur
	Beschikbare investeringsruimte voor apparatuur	Q3 2021	Begroting Jaarrekening			
	Kosten reparaties / correctief onderhoud	Q4 2020	Exploitatie overzichten ziekenhuizen	Downtime apparatuur	Q1 2022	Registratie TD/ID of ICT
Kosten preventief onderhoud	Q4 2020	Exploitatie overzichten ziekenhuizen	Spoed vervangingen	Q1 2022	Bestelsysteem	
E. Integraal ondersteuningsplan	Realisatie begroting ondersteuningsplan	Q2 2021	Follow-up planning			
F. Implementatie kwaliteitsmanagement,	Compliance met de normen	Q1 2021	Systeem audit Registratie interne audits	Compliance tijdens audits	Q1 2021	Interne audits

risicomanagement en procesmanagement	Aantal incidenten	Q3 2020	Meldsystemen ziekenhuizen			
	Length of stay expected length of stay (zie eerder)	Q3 2020	Bedrijfsinformatie systemen	Zie eerder		
	Zie ook indicatoren C. en D.					
G. Integraal opleiden en competentie management	Realisatie begroting opleidingsontwikkelplan	Q4 2020	Follow-up planning			
	Realisatie planning opleidingsontwikkeling opleidingsinstituut	Q2 2021	Registratie opleidingsinstituut	Realisatie budget opleidingsontwikkeling	Q2 2021	Exploitatiekosten en begroting opleidingsinstituut
	Kosten opleidingsontwikkeling	Q2 2021	Exploitatiekosten opleidingsinstituut			
	Realisatie gewenste competenties binnen de 4 landen	Q2 2021	Registratie competenties	Realisatie competenties per organisatie	Q2 2021	Registratie competentie management per organisatie
	% medewerkers per organisatie competent en bevoegd	Q2 2021	Overzichten per organisatie o.b.v.. registratie	% medewerkers waarmee competentiebeoordeling heeft plaatsgevonden	Q3 2021	
				Realisatie persoonlijke ontwikkelplannen per organisatie	Q4 2021	
				Realisatie opleidingsplan(nen) per organisatie	Q1 2022	
% medewerkers verlichte opleidingsmodules gevolgd	Q4 2021			Q4 2021	Leer management systeem organisaties	

Tabel 5: Voorgestelde indicatoren voor monitoring

4. FINANCIËLE PARAGRAAF

In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de huidige kosten op de 4 hoofdcategorieën gerelateerd aan het programma:

1. Medicatie
2. Medische uitzendingen
3. Materialen
4. Medisch specialisten
5. Laboratoriumdiensten

Huidige kosten van de 4 ziekenhuizen

Omschrijving	Aruba (ANG/AWG)	Bonaire (ANG/AWG)	Curaçao (ANG/AWG)	St. Maarten (ANG/AWG)	Totaal (AWG/ANG)
1.1 Exploitatiekosten geneesmiddelen overig					
1.2 Exploitatiekosten dure geneesmiddelen					
2.1 Uitzendingen (gegevens ziektekostenverzekeraars)					
3.1 Exploitatiekosten middelen en materialen					
4.1 Kosten voor waarnemingen*					
4.2 Kosten vrij gevestigd specialisten (AZV Jaarverslag 2018)*			5.1.2b		
4.3 Kosten medisch specialisten niet in loondienst (gegevens FM en Sint Maarten*)					
4.4 Kosten specialisten in loondienst					
4.4 Laboratoriumdiensten					
Totaal ziekenhuizen			5.1.2b		436,760,743.00

Opmerking: de kosten van Curaçao zijn gebaseerd op recente exploitatieoverzichten en in een aantal gevallen gebaseerd op een korte en niet normale periode van de operations (in verband met COVID-19).

Vervolgens is een inschatting gemaakt van de te verwachten voordelen in jaar 1, 2 en 3 van het programma. Deze voordelen zijn uitgedrukt in een percentage per jaar, doorgaans oplopend in het 2^e en 3^e jaar.

Van belang is, dat niet alle cijfers van de organisaties zodanig gespecificeerd zijn, dat de kosten exact te achterhalen zijn; in een aantal gevallen zijn geen cijfers beschikbaar van de specifieke post (NB); concreet betekent dat het te besparen bedrag vanuit het programma naar verwachting hoger zal zijn. Voor de besparingen gelden de volgende uitgangspunten (in % van de jaarlijkse (huidige) kosten en in ANG/AWG:

Overzicht geraamde kostenvermindering per jaar (% en bedragen) ziekenhuizen (totaal bruto, niet gecorrigeerd voor investeringen/kosten)

Omschrijving	Geraamde besparing in % van de huidige kosten per jaar			Geraamde besparing in ANG/AWG per jaar t.o.v. huidige kosten			Totale besparing in 3 jaar
	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	
1.1 Exploitatiekosten geneesmiddelen*	40	60	70	5.1.2b			5.1.2b
1.2 Exploitatiekosten dure geneesmiddelen	50	70	75				
2. Uitzendingen	30	60	70				
3.1 Exploitatiekosten middelen en materialen	5	10	15				
4.1 Kosten voor waarnemingen	10	40	70				
4.2 Kosten vrij gevestigd specialisten	20	40	50				
4.3 Kosten medisch specialisten niet in loondienst	0	0	0				
4.4 Kosten specialisten in loondienst	-3	-5	-10				
4.5 Laboratoriumdiensten	5	25	40				
Totaal ziekenhuizen							494,799,047.93

Tabel 7: Overzicht verwachte kostenreductie in % op jaarbasis en in ANG/AWG

Toelichting op tabel 7:

1. Voor de geneesmiddelen is uitgegaan van het huidige pakket geneesmiddelen; geen rekening is gehouden met de internationale ontwikkeling van een toename in dure geneesmiddelen, hetgeen leidt tot hogere kosten. Het betreft hier de kostenvoordelen vanuit de

aankoop. Uitgangspunt voor de te realiseren besparingen is een onderzoek ¹⁰dat in 2018 is uitgevoerd op Curaçao, waaruit blijkt dat de kostprijzen van medicatie gemiddeld 14.3 maal zo hoog zijn als in Nederland. 35,8% is 10 tot 25 maal duurder en 53,7% 5 maal duurder. De factor 14.3 indiceert dat een theoretische bezuiniging mogelijk is van $100 * 13.3 / 14.3 = 93,0\%$. Nu zijn er ook prijsverschillen tussen de landen, waardoor deze reductie niet overal mogelijk zal zijn. De uiteindelijke besparing van 70% moet realiseerbaar zijn.

2. Voor de uitzendingen is het uitgangspunt dat uiteindelijk minimaal 70% binnen de eigen regio moet kunnen plaatsvinden. De genoemde besparingen hebben betrekking op het bedrag dat minder wordt besteed aan uitzendingen buiten de regio; dit is niet de besparing op het maatschappelijk kapitaal, omdat een groot deel van deze kosten nu binnen de regio zullen worden besteed (zowel investeringen als exploitatiekosten, zie ook tabel 8). Dit zal per innovatie in een businesscase moeten worden uitgewerkt.
3. Met betrekking tot middelen en materialen leert de ervaring dat door standaardisatie en volumevergroting een uiteindelijk kostenvoordeel van 15 – 20% realistisch is.
4. De kosten van waarnemingen zullen aanzienlijk afnemen door een regionale dekking vanuit de vakgroepen. Dit heeft met name betrekking op Aruba en Curaçao, omdat op Bonaire en Sint-Maarten (nagenoeg) geen vrij gevestigd specialisten zijn. De kosten van de medisch specialisten in loondienst zullen toenemen (negatieve besparing), met name door het feit dat het streven minder vrijgevestigde medisch specialisten en meer medisch specialisten in loondienst; per saldo is dit een besparing. Ook zullen de opleidingskosten toenemen, omdat minder opleidingen in het buitenland gevolgd worden maar binnen de eigen regio (hier dus een kostenbesparing).

Kosten van het programma

Een aantal uitgangspunten voor de begroting:

1. Voor de geraamde kosten is in beginsel geen arbeidstijd begroot; de inzet vanuit de diverse besturen/ belanghebbenden wordt gezien als activiteiten passend binnen het verantwoordelijkheidsgebied.
2. Algemene advieskosten zijn voorzien voor te ondersteuning en coördinatie van het totale programma
3. Kosten van Performance hebben betrekking op de implementatie van een systeem voor managementinformatie en benchmarking en deze zijn gebaseerd op de opgave van Performance, gemiddeld ANG/AWG 2.500,- per dag, met extra initiële kosten in het eerste jaar en vervolgens kosten per maand voor ondersteuningsactiviteiten; met Performance wordt nog onderhandeld over de kosten
4. Voor het oprichten van de samenwerkingsvorm is geld voorzien, enerzijds inrichtingskosten, anderzijds werkingskosten (bestuur/ toezicht).
5. Voor regionale waarneming (in plaats van uit het buitenland) zullen uiteraard vergoedingen moeten worden gegeven.

¹⁰ Duurzame zorg in Curaçao, CurAMe, 9 september 2018

6. Investerings moeten gedaan worden in de regio, met name ook voor het terugdringen van het aantal uitzendingen, maar ook voor zorginnovatie in het algemeen. Uitgangspunt is dat 35% van de (te reduceren) uitgaven geïnvesteerd zal moeten worden in innovatie en dat 45% van de (te reduceren) uitgaven zal moeten worden besteed aan de exploitatie van de nieuwe voorzieningen.
7. Investerings in relatie tot uitzendingen worden op basis van een businesscase al dan niet ingezet. De percentages genoemd bij 3. moeten ook het uitgangspunt zijn voor de businesscases en de besluitvorming over het al dan niet inzetten van de innovatie.
8. M.b.t. zorginnovatie moet rekening worden gehouden met opleidingskosten
9. Voor de inkooporganisatie is geld voorzien voor de oprichting en voor investeringen t.b.v. regionale distributie (opslag/distributiecentrum)
10. De implementatie van kwaliteitsmanagement, procesmanagement en riskmanagement zal de nodige kosten met zich meebrengen; dit zijn kosten om aan de gestelde vereisten te voldoen
11. Het gehele programma, inclusief implementatie kwaliteitsmanagement, procesmanagement en risicomangement zal intensief gecoördineerd moeten worden en ondersteund moeten worden door trainingen van de lokale medewerkers/ medisch specialisten/ management; binnen elke ziekenhuisorganisatie zal ondersteuning en training moeten plaatsvinden. Begroting is inclusief kosten voor trainingsmateriaal, catering en dergelijke)
12. Een regionaal opleidingsinstituut zal de nodige investeringen vragen (vestiging, voorzieningen onderwijs op afstand, aankoopkosten trainingsmateriaal (of ontwikkelkosten), een auditorium/event centre)
13. Tot slot is een PM-post opgenomen van ca 15% van de begrote kosten; uiteraard geldt, dat dit geld niet per definitie wordt uitgegeven

Voor de begroting is per onderwerp van de samenwerking een begroting opgesteld; eventueel details van deze berekening zijn beschikbaar en kunnen desgevraagd worden aangeleverd; het hier gegeven overzicht geeft de berekende kosten per jaar per onderwerp aan, met enige specificering per onderwerp over de samenstelling van de kosten.

Investerings per onderwerp van het programma

Omschrijving	Geraamde kosten jaar 1	Geraamde kosten jaar 2	Geraamde kosten jaar 3	Totaal
Algemeen				
Advieskosten initiatiefase				
Advieskosten voorbereidingsfase			5.1.2b	
Advieskosten uitvoeringsfase				
Kosten performance				

Overig (reis- en verblijfkosten, periodieke rapportages e.d.)	5.1.2b	2,672,600.00
Oprichting samenwerkingsverband		
Initiatieffase		
Onderzoek samenwerkingsvorm	5.1.2b	
Oprichting samenwerkingsverband		
Werkingskosten		1,072,800.00
Regionale capaciteitsplanning		
Voorbereidingen		
Capaciteiten in de regio	5.1.2b	
Onderlinge waarnemingen		1,134,800.00
Uitzendingen		
Voorbereidingen		
Inventarisatie en analyse medische uitzendingen	5.1.2b	
Investeringskosten om reductie uitzendingen mogelijk te maken		
Exploitatiekosten faciliteiten in eigen beheer		211,431,557.12
Standaardisatie werkwijzen		
Advieskosten voorbereidingsfase		
Advieskosten gedurende het programma	5.1.2b	
PM Reis - en verblijfkosten		892,100.00
Oprichten inkooporganisatie / gezamenlijke inkoop		
Oprichten inkooporganisatie		
Samenstellen pakket standaardartikelen	5.1.2b	
leveranciersselectie en contractering		
Distributie en werkingskosten		3,096,400.00
Regionaal rampen opvangplan		
Inrichten projectorganisatie	5.1.2b	
Inrichten scenario's voor de regio		

Vertalen scenario's naar de organisaties (incl training/oefening)	5.1.2b	590,000.00
Implementatie kwaliteitsmanagement, procesmanagement en risk management		
Advieskosten initiatieffase		
Vorbereidingsfase, incl inrichten trainingen		
Opleidingen	5.1.2b	
Inventarisaties / O-metingen		
Ondersteuningskosten implementatie		2,050,400.00
Regionaal opleidingsinstituut		
Vorbereiding en uitvoering		
Opleidingsontwikkeling		
Faciliteiten, locaties en werkingskosten	5.1.2b	5,960,000.00
Regionale laboratoria (PM)*		1,000,000.00
PM**		34,485,098.57
Totaal	5.1.2b	264,385,755.69

Tabel 8: Overzicht begroting per onderdeel van het programma

*) Het is nog niet duidelijk welke koers gevaren zal worden m.b.t. de laboratoria; moet integraal worden opgepakt; geld begroot voor bijvoorbeeld advieskosten, kosten van fusies e.d.

***) PM-post voor onvoorziene uitgaven; indien deze niet worden aangewend vloeit geld terug; PM post is 15% van de geraamde kosten op jaarbasis

Als we de investeringen afzetten tegen de te verwachten baten, leidt dit tot het onderstaande overzicht:

Netto kostenvermindering per jaar ziekenhuizen

Omschrijving	Geraamde kosten in ANG/AWG per jaar			Totalen
	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	
Totale kosten, zonder effecten van het programma				1,310,282,229.00
Totale kostenreductie (bruto)				494,799,047.93
Noodzakelijke investeringen binnen het programma				264,385,755.69
Netto kostenreductie				230,413,292.24
Kosten in de nieuwe situatie		5.1.2b		1,079,868,936.76
Kosten nieuwe situatie Aruba*				392,384,701.15
Kosten nieuwe situatie Bonaire*				119,229,071.95
Kosten nieuwe situatie Curacao*				400,726,921.74
Kosten nieuwe situatie Sint Maarten*				167,528,241.93

Tabel 9: Netto kostenvermindering per jaar ziekenhuizen

* De kosten voor de nieuwe situatie per land zijn berekend door de huidige kosten als referentie te nemen; mogelijk dat door verschuivingen tussen de landen een andere kostenverdeling ontstaat (bijvoorbeeld als de innovatie zich richt op een of twee landen, blijven de kosten van uitzendingen voor de andere landen hoog, omdat zij nog steeds uitzenden, alleen binnen de regio)

Toelichting op tabel 9:

Voor de totale kosten, zonder de effecten van het programma is ervan uitgegaan dat de berekende kosten (tabel) constant blijven. De totale bruto kostenreductie betreft de inschatting per jaar zoals berekend in tabel 7; hierop moeten de noodzakelijke investeringen in mindering worden gebracht (tabel 8) om te komen tot de netto kostenreductie. Voor de kosten in de nieuwe situatie is dan de netto reductie in mindering gebracht t.o.v. de huidige situatie.

De specificering per land is gebaseerd op de huidige verhouding van de kosten tussen de verschillende landen. Deze verdeling zal in de nieuwe situatie waarschijnlijk anders liggen, omdat verschuivingen optreden. De landen waarbinnen relatief veel innovatie plaatsvindt, zullen een grote vermindering zien in de uitzendingen, omdat deze in het eigen land kunnen worden aangeboden; de landen waar dit niet het geval is, zullen nog

steeds relatief hoge kosten voor uitzendingen, alleen nu binnen de regio. Ook andere percentages van reductie in de kosten zullen verschillend zijn per land.

COVID-19

In relatie tot COVID-19 is een inschatting gemaakt van de impact/ financiële gevolgen. De impact op de liquiditeit berekend op basis van een worstcasescenario. In onderstaande tabel staat een overzicht. De kosten die gemaakt zijn door VWS zijn niet bij deze berekening inbegrepen.

Financiële impact COVID 19

Omschrijving	Aruba (ANG/AWG)	Bonaire (ANG/AWG)	Curaçao (ANG/AWG)	St. Maarten (ANG/AWG)	Totaal (ANG/AWG)
Negatieve impact op de liquiditeit voor de midden lange termijn (worst case scenario)			5.1.2b		
Totaal			5.1.2b		40.236.511,00

Tabel 10: Overzicht financiële consequenties COVID-19

Uit bovenstaande overzichten komt naar voren dat de totale kosten van de noodzakelijke investeringen zich naar verwachting ruim terug zullen verdienen, naast de andere voordelen, zoals verbetering van de zelfredzaamheid van de Aruba, Bonaire, Curaçao, Sint-Maarten, Saba en St. Eustatius, ook in noodsituaties, verbetering van kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de zorg en creëren van een leeromgeving, waarmee we ons talent in grotere mate kunnen behouden.