

Opmerkingen

Ook slides aanpassen

Inleiding en aanleiding

1. De pre-covid19 situatie/problemen van de ziekenhuizen en zorgverzekeraars vermelden, zoals:

- instabiele financiële situatie (hoge kosten oa 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 patienten)
- moeite om talent aan te trekken en te behouden (artsen, verpleegkundigen, ondersteunend personeel)
- afhankelijkheid derde landen en conjunctuur

2. Aangeven dat de samenwerking in het verleden niet goed van de grond is gekomen, maar dat de ingezette individuele acties van de ziekenhuizen waarschijnlijk onvoldoende zijn om alle beschreven problemen aan te pakken. Kansen om deze problemen wél op te lossen ontstaan door samenwerking en schaalvergroting (regionaal 350.000 patienten) waardoor verhoging kwaliteit van de medische zorg en betere borging van de continuïteit.

3. Covid19 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") wordt gesteld dat het op orde zijn van de ziekenhuiscapaciteit essentieel is in de overweging om het inreisverbod op te heffen. Het is belangrijk om het OMT prominent in dit stuk te noemen.

Management samenvatting

Als startzin: *'In dit plan presenteren de ziekenhuizen van het Caribisch deel van het Koninkrijk hun ideeën over de vorm en inhoud van onderlinge samenwerking met als doel de verbetering en borging van de (tweedelijns) curatieve gezondheidszorg.'*

Hoofdstuk 1 Vorm van de samenwerking

Het kopje 1.2 noemt ons meestens geen basisvereisten voor de keuze van een model, maar is een dubbeling van de samenwerkingstrajecten die in hs 3 uitgewerkt worden.

Je zou in dit hoofdstuk moeten focussen op de vereiste kenmerken van een bepaald model als basis voor een keuze:

- lage vrijblijvendheid = mogelijkheid om bindende afspraken te maken en op de naleving daarvan te sturen. Dit staat deels op gespannen voet met autonomie van de ziekenhuizen.
- grote kansen voor verbetering kwaliteit en doelmatigheid
- lage gevoeligheid voor conjunctuur binnen het Koninkrijk
- grote kansen voor verbetering afhankelijkheid van derde landen
- lage transitiekosten en –tijd

	Model 1	Model 2	Model 3
Vrijblijvendheid	hoog	middel	geen
Kansen	laag	middel	hoog
Conjunctuurgevoeligheid	hoog	middel	laag
Verbetering afhankelijkheidspositie	mogelijk	mogelijk	zeer waarschijnlijk
Transitiekosten	geen	laag	hoog
Tijdspad	direct	kort (6-12 maanden)	lang (meerdere jaren)

Overwegingen

In weze 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 2 is een vorm die makkelijk toepasbaar is en flexibiliteit biedt in de inrichting doordat de scope van de trajecten die 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 3 is wat WVS 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 2 is alleen acceptabel indien één van de onderhangende trajecten is om de vorm en de weg naar model 3 verder uit te werken.

Hoofdstuk 2 Randvoorwaarden

De genoemde 'randvoorwaarden' in dit hoofdstuk zijn deels randvoorwaarden, maar ook aanbevelingen en eerste stappen in de uitwerking van de trajecten van hoofdstuk 3.

Randvoorwaarden voor het overstijgende traject 'Samenwerking ziekenhuizen Caribisch deel Koninkrijk' zijn ons inziens:

- A. Commitment vanuit de ziekenhuizen: bereidheid om (een deel van) de autonomie los te laten, bereidheid tot transparantie op het gebied van bedrijfsvoering, bereidheid tot het maken van keuzes in het medisch portfolio waarbij alle deelnemende ziekenhuizen kunnen delen in de toewijzing, bereidheid tot organisatorische veranderingen waarbij functies over de ziekenhuizen verdeeld kunnen worden en alle ziekenhuizen in de toewijzing, bereidheid tot gelijke tarifiering.
- B. Commitment vanuit de lokale politiek: bereidheid om een deel van de invloed op de ziekenhuizen los te laten, bereidheid om zo nodig wettelijke veranderingen door te voeren (2.2, 2.6)
- C. Commitment vanuit de zorgverzekeraars: bereidheid om de tweedelijns curatieve zorg in een groter (regionaal) verband te beschouwen, bereidheid om medische uitzendingen zoveel binnen het koninkrijk te laten plaatsvinden, bereidheid om te investeren in de uit dit plan volgende innovatietrajecten (2.4)
- D. Commitment vanuit 'Den Haag': bereidheid tot ondersteuning van het ingezette proces, bereidheid tot financiering van de transitiekosten/projectkosten (2.11)

Aanbevelingen zijn niet een sine qua non, echter wel verstandig om te doen. Deze zouden goed in hoofdstuk 3 (onder 3.10 overig) geplaatst worden:

- Bereidheid van lokale politiek, ziekenhuizen en zorgverzekeraars om te komen tot een tripartiet overleg waarbij verwachte toekomstige zorgvraag, kwaliteit, doelmatigheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de agenda staan. Naar analogie van het 'Tripartite protocol' van Sint Maarten (2.5). Alternatief is om dit onderwerp, samen met punt 3.8, onder te brengen onder 3.10: overig. Dit omdat punt 3.10 met name gaat over stakeholders buiten de ziekenhuizen
- Synchronisatie Inspecties (2.7)
- Synchronisatie zorgverzekeraars (2.9)

Hoofdstuk 3 Onderwerpen van de samenwerking

Prioriteiten benoemen:

- Hoge prioriteit 2020: regionale capaciteitsplanning 3.1, medische uitzendingen 3.2, covid-19 3.9
- Midden prioriteit 2021: gezamenlijke protocollen 3.3, gezamenlijke medicatie inkoop ziekenhuizen 3.4, implementatie risicomangement 3.6
- Laatste prioriteit 2022: gezamenlijke inkoop materialen en apparatuur 3.4, regionaal rampenplan 3.5, regionaal opleiden 3.7, overig 3.10

3.1 Regionale capaciteitsplanning

Doel benoemen: doelmatig en effectief regionaal zorgaanbod, ontdaan van overbodige dubbelingen en aangepast aan de huidige en toekomstige regionale zorgbehoefte.

Methode:

1. inventarisatie van de huidige diagnostische/behandelbaarheden en de 'gaten' in het regionale portfolio. Door de medisch specialisten van de vier ziekenhuizen.
2. Inventarisatie van de verwachte toekomstige zorgvraag op basis van demografie en epidemiologie.
3. Definitie van basiszorg die in elk ziekenhuis beschikbaar dient te zijn en superspecialistische zorg die niet op elk ziekenhuis aanwezig dient te zijn.
4. Verdeling van superspecialistische zorg over de vier ziekenhuizen, waarbij logische combinaties tot synergie lijden en zo veel als redelijkwijds mogelijk en gewenst elk ziekenhuis een rol krijgt.
5. Onderlinge waarmeestructuren afspreken binnen de specialismen.

3.2 Medische uitzendingen

Doel: reduceren van het aantal medische uitzendingen vanuit het Koninkrijk naar derde landen (met name Colombia). Uiteindelijk is het mogelijk om 95% van alle medische zorg binnen het Caribische deel van het Koninkrijk uit te kunnen voeren.

Methode: inventariseren van de redenen van verwijzing en beoordelen of het mogelijk is deze zorg regionaal aan te bieden met behoud van kwaliteit en welke uitbreiding aan middelen en/of mensen noodzakelijk zou zijn. Per onderwerp kan hier een businesscase van gemaakt worden. Tarieven van zorg voor patiënten van binnen het Koninkrijk zouden gelijkgetrokken moeten worden, en zonder opslag voor patiënten vanuit de andere (ei)landen.

Dit levert overigens niet direct een kostenreductie voor de zorgverzekeraars op, maar wel een toename aan inkomsten van de ziekenhuizen.

3.4 Gezamenlijke inkoop

De oprichting van een inkoopcentrum kan een functie zijn die regionaal verdeeld wordt.

3.6 Kwaliteitsmanagement

De oprichting van een overkoepelende afdeling kwaliteit kan een functie zijn die lokaal verdeeld wordt.

3.7 Regionaal opleiden en competentie management

Doel: doelmatig en effectief regionale capaciteitsplanning personeel (artsen, verpleegkundigen, ondersteuners), aangepast aan de huidige en toekomstige regionale behoefte.

Methode: eerst inventariseren behoefte en termijn. Onderwerpen zijn lokaal vs regionaal opleiden vs opleiden in Europees Nederland, BIG registratie of eigen soortgelijk lokaal systeem, mogelijkheid geormerkte opleiding artsen en specialisten voor Caribisch deel Koninkrijk, competentie management en voorkomen verlies van competenties, retour van lokaal talent, samenwerking met UMC's. Dit kan een functie zijn die regionaal verdeeld wordt.

3.9 Covid-19

Doel: mitigeren van de financiële effecten op de ziekenhuizen van de huidige Covid-19 crisis.

3.10 Overigen

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.

Laboratoriumdiensten

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

De genoemde adherentie van 100.000 is een minimum, geen maximum. Daardoor is op elk eiland één algemeen laboratorium in principe voldoende. Ook hier zal geïnventariseerd moeten worden welke specialistische bepalingen regionaal wel en niet mogelijk zijn, welke onnodige dubbelingen er bestaan en hoe dit zinnig verdeeld kan worden over de verschillende laboratoria.

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 patient 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. Vanuit VWS is het standpunt dat gestreeft 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.

Hoofdstuk 4 Financiële paragraaf