

# Rapport in het kort

## Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

### Introductie

Op 11 augustus 2011 is er een beheersovereenkomst inzake de ontwikkeling en realisatie van een ziekenhuis voor het Land getekend tussen de openbare rechtspersoon het Land Curaçao (hierna: Land) en de Stichting SONA<sup>1</sup> (hierna: SONA). Het doel was de realisatie van een nieuw duurzaam operationeel ziekenhuis voor het Land waarbij SONA de opdracht kreeg dit doel te realiseren. De Staten hebben de Algemene Rekenkamer Curaçao (hierna: Rekenkamer) per brief van 15 mei 2018 gevraagd om onderzoek te doen naar dit project. Gezien de grote maatschappelijke en financiële impact op de samenleving, was de Rekenkamer reeds met een onderzoek begonnen en heeft zij daarom direct gevolg kunnen geven aan het verzoek van de Staten.

Bij aanvang van het project in 2011 werd het ziekenhuis aangeduid met Nos Hospital Nobo (hierna: NHN). Vanaf de locatiewijziging naar Otrobanda in september 2013 is het ziekenhuis met Hospital Nobo Otrobanda (hierna: HNO) aangeduid. Inmiddels luidt de officiële naam van het ziekenhuis Curaçao Medical Center (hierna: CMC). Het ziekenhuis wordt ook wel aangeduid met CMC/HNO.

Het onderzoek is verdeeld in vijf deelonderzoeken waarover gerapporteerd wordt in vier deelrapporten. Dit is het tweede deelrapport en gaat over het derde deelonderzoek. De onderzoeksperiode loopt tot en met oktober 2019. Doordat de hoor en wederhoorperiode tot 10 januari 2020 heeft gelopen is de in deze fase ontvangen relevante informatie die betrekking heeft op de periode ná oktober 2019, ook in het rapport opgenomen.

De onderzoeksvraag luidt:

***Voorziet het nieuwe ziekenhuis in de zorgbehoefte van het Land en past het in de structuur van de ziekenhuiszorg van het Land?***

### Samenvatting

Bij het vaststellen van het zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis is uitgegaan van de verwachte zorgbehoefte van het Land aan ziekenhuiszorg in 2015 en het zorgaanbod door de overige ziekenhuiszorgaanbieders, te weten de (toenmalige) Kliniek Dr. J. Taams B.V. (hierna: Taamskliniek) en het Antillean Adventist Hospital (hierna: Advent Ziekenhuis). Het

---

<sup>1</sup> In 2004 is de Stichting Ontwikkelingssamenwerking Nederlandse Antillen opgericht. In juli 2011 is de naam statutair gewijzigd in Stichting SONA.

zorgaanbod voor het nieuwe ziekenhuis is gelijkgesteld aan het toenmalige zorgaanbod van het Sint Elisabeth Hospitaal (hierna: SEHOS) met een aangepaste beddencapaciteit van driehonderd bedden, plus een aantal door de Raad van Ministers (hierna: RvM) vastgestelde uitbreidingen.

Op basis van gegevens van de Raad voor de Volksgezondheid voor Curaçao (hierna: RvV) en het Centraal Bureau voor de Statistiek Curaçao (hierna: CBS) werd het totaal aantal verwachte bedden in 2015 voor geheel Curaçao op 371 vastgesteld. Inclusief 15 bedden voor de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (hierna: PAAZ) en na aftrek van de beddencapaciteit van de Taamskliniek en het Advent Ziekenhuis (samen 92 bedden) resulteerde een door het nieuwe ziekenhuis te leveren beddencapaciteit van 294 bedden, afgerond 300 bedden. De verwachting was dat de bed behoefte voor Curaçao in 2020 zou dalen naar 337, en voor het nieuwe ziekenhuis naar 260 (na aftrek van de beddencapaciteit voor PAAZ en Taamskliniek/Advent Ziekenhuis). Dit, omdat verkorting van de ligduur en verschuiving naar meer dagbehandeling een groter (negatief) effect heeft dan de groei de bevolking.

In het Programma van Eisen (hierna: PvE) zijn, naast het door de RvM vastgestelde zorgaanbod, ook uitbreidingen opgenomen die vooraf niet door de RvM zijn vastgesteld. Door accordering van het PvE heeft de RvM deze impliciet goedgekeurd. Gedurende het project is voor bepaalde capaciteit afgezien om deze nog door het ziekenhuis te laten aanbieden. Zo is onder andere van de integratie van de Kraamkliniek Fundashon Duna Lus Curaçao (hierna: Kraamkliniek) en de ambulancedienst afgezien en zou oogheelkunde niet als medisch specialisme worden aangeboden. In het laatste geval zou er een centrum voor oogheelkunde naast het ziekenhuis tot stand komen. Uit een reactie van de minister van GMN is op te maken dat dit centrum er niet meer zal komen. Het overige vastgestelde zorgaanbod is in belangrijke mate gerealiseerd. Wel zal de polikliniekfunctie van het specialisme Keel Neus en Oor (hierna: KNO) vooralsnog buiten het nieuwe ziekenhuis worden ingevuld zolang de aanpassingen daarvoor plaatsvinden in het nieuwe ziekenhuis.

Bij aanvang van het project is uitgegaan van de verwachte zorgbehoefte in 2015, het jaar waarin het ziekenhuis in eerste instantie geacht werd operationeel te worden. Er zijn intussen bijna vijf jaren verstreken. Ook is het zorgaanbod van de overige ziekenhuizorgaanbieders ten opzichte van 2011 gewijzigd doordat de Taamskliniek failliet is gegaan. Er is daardoor capaciteit verloren gegaan die deels gecompenseerd is door middel van verleende vergunningen aan het Advent Ziekenhuis. Daarnaast heeft dit ziekenhuis ook vergunningen voor andere capaciteiten gekregen. Gezien het voorgaande is het niet eenvoudig te beantwoorden of het nieuwe ziekenhuis voorziet in de zorgbehoefte van Curaçao. Daarvoor

is inzicht nodig in de actuele zorgbehoefte. Indicatief is de verwachte benodigde beddencapaciteit voor het nieuwe ziekenhuis in 2025 berekend. Daarbij zijn dezelfde uitgangspunten als in 2015 gehanteerd, zoals het verwachte inwonersaantal, en is ook rekening gehouden met de huidige beddencapaciteit van het Advent Ziekenhuis. De geschatte benodigde beddencapaciteit in 2025 voor het nieuwe ziekenhuis bedraagt minimaal 269 bedden<sup>2</sup> en maximaal 337<sup>3</sup> bedden. Afhankelijk van de mate waarin de gehanteerde uitgangspunten zich voordoen heeft het nieuwe ziekenhuis in 2025 dus een capaciteitsoverschot of tekort aan bedden. Om beter inzicht te verkrijgen en daarmee rekening te kunnen houden of op termijn sprake zal zijn van een tekort of overschot aan zorgaanbod zijn actuele schattingen van de verwachte zorgbehoefte noodzakelijk.<sup>4</sup>

Bij het vaststellen van het zorgaanbod voor het nieuwe ziekenhuis is uitgegaan van een bepaalde nog te vormen structuur van de ziekenhuiszorg waarin dit ziekenhuis zou moeten passen. Deze structuur wordt gevormd door een centrale regie door de overheid over de ziekenhuiszorg en de realisatie van een Geïntegreerd Medisch Specialisten Bedrijf (hierna: GMSB).

De centrale regie houdt in dat de overheid sturing krijgt over waar welke zorg geleverd wordt en onder welke condities. En moet dus een functieverdeling tot stand komen en een orgaan dat deze verdeling coördineert. Door de jaren heen is de functieverdeling enkele malen gewijzigd. Bij aanvang in 2011 zouden alle specialismen vertegenwoordigd zijn in het nieuwe ziekenhuis. Vervolgens is in mei 2014 besloten dat de kleine vakken, te weten: dermatologie, kaakchirurgie, oogheelkunde, plastische chirurgie en KNO-chirurgie niet meer in het nieuwe ziekenhuis ondergebracht zouden worden. Dit besluit is in 2017 teruggedraaid: alle specialismen, behalve oogheelkunde, krijgen plaats in het nieuwe ziekenhuis. In 2017 heeft de RvM ook besloten dat een nieuwe functieverdeling vastgesteld moet worden op basis van de actuele situatie binnen de ziekenhuiszorg. De Taamskliniek bestond namelijk niet meer en het Advent Ziekenhuis had vergunningen gekregen voor een groter capaciteitsaanbod. De functieverdeling is nog niet volledig formeel vastgesteld. Wel heeft begin januari 2020 de RvM de toewijzing van de functie van oogkliniek aan het Advent Ziekenhuis door de RvM geaccordeerd. Voor wat betreft oogheelkunde is dit momenteel als volgt ingevuld: de polikliniek voor het medisch specialisme oogheelkunde wordt momenteel niet ingevuld in het CMC/HNO complex maar bij diverse externe praktijken van de betreffende medische specialisten. De relevante Operatiekamer (hierna: OK)-functie wordt

---

<sup>2</sup> Uitgaande van een emigratiegolf.

<sup>3</sup> Uitgaande van een hoge immigratie.

<sup>4</sup> NB. Voor de geschatte benodigde beddencapaciteit in 2025 is gebruik gemaakt van de inwonersaantallen over dit jaar volgens de verwachtingen van het CBS in augustus 2015.

vrijwel geheel verzorgd door het Advent Ziekenhuis. Met het Advent Ziekenhuis is afgesproken dat de oogheelkunde (zorgzwaarte ASA 1-2<sup>5</sup>) aldaar zal worden verricht. Complexe en risicovolle operaties (zorgzwaarte ASA 3-4-5<sup>6</sup>) zullen bij CMC/HNO blijven. Verder zijn niet alle aangewezen satellieten<sup>7</sup> al in de beoogde vorm ingesteld of operationeel. Er zijn wel reeds stappen daartoe gezet. Ook zijn nog niet alle samenwerkingsprotocollen en/of samenwerkingsverbanden en afspraken over kwaliteitssystemen tot stand gekomen. De samenwerkingsprotocollen met zorgaanbieders van de eerstelijns<sup>8</sup>-, tweedelijns<sup>9</sup>- en derdelijnszorg<sup>10</sup> worden nog vormgegeven. De minister van GMN heeft aangegeven dat de met SEHOS bestaande protocollen en verbanden met CMC worden voortgezet totdat partijen definitieve wederzijdse afspraken overeenkomen. De centrale regie functie is nog niet ingebed in het Ministerie van GMN vanwege kwantitatieve en kwalitatieve onderbezetting. Het ministerie wordt versterkt om aan haar taken te voldoen.

Het GMSB gaat over besturing en verantwoordelijkheid van de patiëntenzorg en staat in principe los van loondienst verband. In het GMSB zijn de medisch specialisten, die aan het ziekenhuis zijn verbonden, evenwel bij voorkeur in dienst van het ziekenhuis en houden zij poli in het ziekenhuis en niet in oficina's buiten het ziekenhuis. De fysieke integratie zou de samenwerking bevorderen en daarmee ook de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg. Specialist in loondienst maakt het bereiken van een GMSB dus eenvoudiger.

Volgens het beleid zullen pas binnen drie a vier jaar alle medisch specialisten die werkzaamheden in het ziekenhuis verrichten, in loondienst zijn. Er zijn diverse acties ondernomen om dit proces te bevorderen. Ten eerste is per 1 januari 2020 een wet ingegaan waardoor de Sociale Verzekerings Bank (hierna: SVB) alleen met specialisten tot de leeftijd

---

<sup>5</sup> ASA staat voor American Society of Anesthesiologists Classification. Dit is de klassering van te opereren patiënten volgens ernst van vooraf bestaand orgaanlijden. De ASA classificatie wordt algemeen aanvaard om het anesthesierisico in te schatten en wordt gebruikt als leidraad om te bepalen welke bijkomende preoperatieve onderzoeken wenselijk zijn. Zorgzwaarte 1: betreft de patiënt met een normale gezondheid. Zorgzwaarte 2: betreft de patiënt met een milde systematische ziekte.

<sup>6</sup> Zorgzwaarte 3: betreft de patiënt met een ernstige systematische ziekte. Zorgzwaarte 4: betreft de patiënt met een ernstige systematische ziekte dat levensbedreigend is. Zorgzwaarte 5: betreft de patiënt met een levensbedreigende ziekte die alleen met een ingreep zal overleven.

<sup>7</sup> NB. Diverse instellingen zijn door de overheid als satelliet van het ziekenhuis aangewezen, wat betekent dat zij in bepaalde overeengekomen onderdelen van de zorg zullen voorzien en daarmee aanvullend zijn op het ziekenhuis zorgaanbod.

<sup>8</sup> De eerstelijnszorg omvat de zorg van huisartsen, tandartsen, paramedici en de apotheken.

<sup>9</sup> Tweedelijnszorg betreft zorg door zorgverleners die werkzaam zijn in een algemeen ziekenhuis. In eerste instantie verlenen zorgverleners in de eerstelijnszorg de zorg. Als klachten uitbreiden of op de langere termijn plaatsvinden en er een meer specialistische behandeling nodig is wordt door verwezen naar een ziekenhuis. Deze zorg is dus enkel toegankelijk na doorverwijzing van een andere zorgverlener.

<sup>10</sup> Derdelijnszorg is langdurige zorg die wordt gegeven bij een revalidatiecentrum, bij verpleeg- en verzorgingshuizen en bij instellingen voor personen met een verstandelijke beperking of psychische en psychiatrische problemen.

van 65 jaar zorgcontracten kan aangaan. Op grond van een overgangsregeling bestaat tot 1 januari 2023 onder andere de mogelijkheid om na het bereiken van deze leeftijd nog drie jaar een zorgcontract aan te gaan. Een andere maatregel betreft het daadwerkelijk aangaan van deze zorgcontracten waarin een productieplafond zal worden opgenomen. Tot slot heeft de werkgroep Pichardo<sup>11</sup> afspraken met deze groep onderhandeld.

Volgens de Rekenkamer zal er een tekort aan spreekuureenheden ontstaan als daadwerkelijk het verwacht aantal specialisten over enkele jaren in dienst is van het ziekenhuis. SONA is van mening dat er met de realisatie van 120 werkplekken voldoende werkplekken voor alle specialisten zijn, in loondienst of vrijgevestigd. Tegelijkertijd geeft SONA aan dat een groot deel van de specialisten ook poliklinische patiëntenzorg zal kunnen verlenen, derhalve niet alle specialisten. Het gaat de Rekenkamer om deze dienstverlening. SONA heeft daarover opgemerkt dat bij de planning niet werd uitgegaan van een behoefte aan meer spreekuureenheden. De oficina's zouden nog een tijd operationeel zijn en bij toekomstige afbouw zou de zorg op een andere manier gaan plaatsvinden. Bijvoorbeeld in 'anderhalvelijnszorg' (Bandabou, Bandariba), dicht bij de patiënt thuis. De minister van GMN verwacht evenmin een tekort van spreekuureenheden. De noodzaak voor tweedelijnszorg, en daardoor voor de vastgestelde spreekuureenheden, zal volgens de minister afnemen wanneer het Wellness en Preventie beleid, alsmede de nadruk op eerstelijns en derdelijnszorg, haar vruchten begint af te werpen.

## Conclusies

Het zorgaanbod voor het ziekenhuis is in 2011 vastgesteld uitgaande van de verwachte zorgbehoefte in 2015. Om te bepalen of het werkelijke zorgaanbod van het ziekenhuis voorziet in de zorgbehoefte aan ziekenhuiszorg is inzicht in de actuele zorgbehoefte van Curaçao noodzakelijk. Ook zijn actuelere schattingen van de verwachte zorgbehoefte vereist om beter inzicht te verkrijgen en daarmee rekening te kunnen houden of op termijn sprake zal zijn van een tekort of overschot aan zorgaanbod.

Er wordt nog steeds vorm gegeven aan de gekozen structuur van de ziekenhuiszorg. De centrale regie functie is nog niet ingebed in het Ministerie van GMN. Het GMSB, inclusief de indienstname van alle specialisten in loondienst, wordt gestaag gerealiseerd. Of er dan voldoende spreekuureenheden in het ziekenhuis zullen zijn voor alle specialisten hangt af van

---

<sup>11</sup> De taak van de werkgroep Pichardo is om een benefit pakket te onderhandelen voor de specialisten die in dienst zullen treden van het CMC. Tevens heeft de werkgroep afspraken onderhandeld met de vrijgevestigde medische specialisten.

de effectiviteit van het ingezette beleid. Gelet op het voorgaande is het nog te vroeg om te beoordelen of het nieuwe ziekenhuis past in de structuur van de ziekenhuiszorg.

### Aanbevelingen

Aanbevolen wordt om binnen afzienbare termijn een uitgebreid onderzoek naar de zorgbehoefte te doen waarbij niet alleen de zorgbehoefte van de ziekenhuiszorg (tweedelijszorg) in kaart wordt gebracht maar ook van de eerstelijszorg en derdelijszorg en de onderlinge samenhang van deze drie. Zo zal een kortere ligduur in het ziekenhuis kunnen leiden tot verhoging van de behoefte aan eerstelijszorg omdat de patiënten weliswaar ontslagen zijn maar thuiszorg nodig hebben. In het kader van hoor en wederhoor heeft SONA opgemerkt dat dit ook impliciet het doel was: patiënten zo laat mogelijk in het ziekenhuis en zo snel mogelijk eruit. Tweedelijszorg is duur. Verschuiving naar eerste en derdelijszorg is goedkoper en veel beter voor de patiënt.

Ook wordt aanbevolen dat de minister van GMN een plan van aanpak opstelt waarin onder andere het tijdspad wordt aangegeven waarin de satellieten de beoogde vorm zullen hebben, de volledige functieverdeling is geformaliseerd en de samenwerkingsprotocollen, -verbanden en afspraken over kwaliteitssystemen tot stand zijn gekomen. Tot slot zou ook inzicht gegeven moeten worden welke maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat het nieuwe ziekenhuis complexe en risicovolle oogoperaties (zorgzwaarte ASA 3-4-5) kan uitvoeren en de polikliniekfunctie van het specialisme KNO uiteindelijk in het nieuwe ziekenhuis wordt ingevuld.