

ZORGAANBOD



HNO in relatie tot
zorgbehoefte en
structuur ziekenhuiszorg

Deelrapport 2

Doelmatigheid

HOSPITAL NOBO OTROBANDA

Januari

2020

Inhoudsopgave

Afkortingenlijst	3
Rapport in het kort	5
Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	5
Rapòrt Resumí.....	11
Resúmen, konklushon i rekomendashon.....	11
1 Over dit rapport	17
1.1 Inleiding.....	17
1.2 Onderzoeksvraag en verrichte werkzaamheden.....	18
1.3 Onderzoek verantwoording	19
1.4 Reikwijdte van het onderzoek	19
1.5 Leeswijzer	20
2 Voorziet het zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis in de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg?	21
2.1 Inleiding.....	21
2.2 Vastgesteld zorgaanbod nieuw ziekenhuis versus zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg.....	21
2.3 Vastgesteld zorgaanbod nieuw ziekenhuis versus het Programma van Eisen.....	24
2.4 Vastgesteld zorgaanbod nieuw ziekenhuis versus werkelijk zorgaanbod nieuw ziekenhuis.....	27
2.5 Werkelijk zorgaanbod nieuw ziekenhuis versus zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg.....	33
2.6 Conclusie en aanbevelingen	37
3 Past het nieuwe ziekenhuis in de structuur van de ziekenhuiszorg?	39
3.1 Inleiding.....	39
3.2 Centrale regie en functieverdeling.....	39
3.3 Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf.....	46
3.4 Conclusies en aanbevelingen.....	50
4 Ambtelijke en bestuurlijke reactie	51
4.1 Ambtelijk hoor en wederhoor	51
4.2 Bestuurlijk hoor en wederhoor	52
5 Nawoord.....	54

Afkortingenlijst

ADC	Analytisch Diagnostisch Centrum
Advent Ziekenhuis	Antillean Adventist Hospital
ASA	American Society of Anesthesiologists
AZ	Algemene Zaken
BINT	Berenschot International
BPD	Bestuur, Planning en Dienstverlening
BTP	Bureau telecommunicatie en Post
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek Curaçao
CHV	Curaçao Huisartsen Vereniging
CMC	Curaçao Medical Center
FHN	Fundashon Hospital Nobo
FPVE	Functioneel programma van eisen
FKA	Fundashon Kuido di Ambulance
FZ	Federatie Zorg
GMN	Gezondheid, Milieu en Natuur
GMSB	Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf
HNO	Hospital Nobo Otrobanda
HNO TE	HNO Transitie & Exploitatie N.V.
IC	Intensive Care
MB	Ministeriële Beschikking
MC	Medium Care
MOU	Memorandum of Understanding
MRT	Ministerieel Regisseur en Toezichthouder
KNO	Keel Neus en Oor
Kraamkliniek	Kraamkliniek Fundashon Duna Lus Curaçao
NHN	Nos Hospital Nobo
NICU	Neonaten Intensive Care Unit
OK	Operatiekamer
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PvE	Programma van Eisen
RvB	Raad van Bestuur
RvC	Raad van Commissarissen
RvM	Raad van Ministers
RvV	Raad voor de Volksgezondheid voor Curaçao

SEH	Spoed Eisende Hulp
SEHOS	Sint Elisabeth Hospitaal
SFZ	Stichting Federatie Zorginstellingen
SOAB	Stichting Overheidsaccountantsbureau
SONA	Stichting SONA
SVB	Sociale Verzekeringsbank
Taamskliniek	Kliniek Dr. J. Taams B.V.
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
USONA	Uitvoeringsorgaan Stichting Ontwikkeling Nederlandse Antillen

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 SONA¹ (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

¹ 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 beddenscapaciteit 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 beddenscapaciteit van de Taamskliniek en het Advent Ziekenhuis (samen 92 bedden) resulteerde een door het nieuwe ziekenhuis te leveren beddenscapaciteit 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 beddenscapaciteit 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 bedden² en maximaal 337³ 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.⁴

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

² Uitgaande van een emigratiegolf.

³ Uitgaande van een hoge immigratie.

⁴ 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 1-2⁵) aldaar zal worden verricht. Complexe en risicovolle operaties (zorgzwaarte ASA 3-4-5⁶) zullen bij CMC/HNO blijven. Verder zijn niet alle aangewezen satellieten⁷ 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 eerstelijns⁸-, tweedelijns⁹- en derdelijnszorg¹⁰ 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 officina's buiten het ziekenhuis. De fysieke integratie zou de samenwerking bevorderen en daarmee ook de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg. Specialisten 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

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ De eerstelijnszorg omvat de zorg van huisartsen, tandartsen, paramedici en de apotheken.

⁹ 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.

¹⁰ 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 Pichardo¹¹ 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

¹¹ 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.

Rapòrt Resumí

Resúmen, konklushon i rekomendashon

Introdukshon

Dia 11 di ougùstùs 2011, Pais Kòrsou, komo persona hurídiko di derecho públiko (di awor padilanti: Pais), a firma un akuerdo di maneho pa desaroyo i realisashon di un hospital pa Pais. E meta di esaki tabata pa yega na un hospital nobo, operashonal i duradero pa Pais (di awor padilanti: SONA) a keda enkargá ku realisashon di e hospital. Den un karta fechá 15 di mei 2018, Parlamento a pidi Kontraloria General di Kòrsou (di awor padilanti: Kontraloria) pa investigá e proyekto akí. En bista di e gran impakto sosial i finansiero ku e proyekto tin riba komunidad, na e momento ei ya kaba Kontraloria tabatin un investigashon andando al respekto, i p'esei por a kuminsá traha inmediatamente riba e petishon di Parlamento.

Ora e proyekto a kuminsá na 2011, tabata papia di Nos Hospital Nobo (di awor padilanti: NHN). Despues ku a kambia e lokalidat pa Otrobanda na sèptèmber di 2013, a kuminsá referí na e hospital komo Hospital Nobo Otrobanda (di awor padilanti: HNO). Entre tantu, nòmber ofisial di e hospital a bira Curaçao Medical Center (di awor padilanti: CMC). E hospital tambe ta wòrdu referí komo CMC/HNO.

E investigashon ta konsistí di sinku parti ku Kontraloria ta raportá di dje den kuater informe apart. Esaki ta e di dos informe i ta trata di e di tres parti di e investigashon. E periodo investigá ta kore te ku òktober di 2019. E pregunta ku e parti akí di e investigashon ta kontestá ta lo siguiente:

E hospital nobo ta kumpli ku e nesesidatnan di kuido di Pais i e ta pas den e struktura di kuido hospitalario di Pais?

Resúmen

Komo punto di salida pa determiná loke e hospital nobo lo mester a ofresé, a usa e nesesidat di kuido hospitalario di Pais sperá na 2015 i loke e otro instansianan ku ta ofresé kuido hospitalario, esta, (e tempu ei) Kliniek Dr. J. Taams B.V. (di awor padilanti: Klinika Taams) i Antillean Adventist Hospital (di awor padilanti: Advent Hospital) tabata ofresé. A disidí ku e hospital nobo lo mester ofresé e mesun kuido hospitalario ku Sint Elisabeth Hospitaal (di awor padilanti: SEHOS) tabata ofresé e tempu ei, ku un kapasidat adaptá di 300 kama i algun ampliashon adishonal ku Konseho di Minister (di awor padilanti: KdM) a fiha.

A base di informashon optené di ‘Raad voor de Volksgezondheid’ (di awor pa dilanti: RvV) i ‘Centraal Bureau voor de Statistiek Curaçao’ (di awor pa dilanti: CBS) a determiná ku e kantidat di kama ku ta wòrdu ferwagt na aña 2015 pa Pais ta 371 kama. Adishonal a konta 15 kama pa e ‘Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis’ (di awor pa dilanti: PAAZ) i despues di dedukshon di e kapasidat di kama di Klinika Taams i Advent Hospital (ku huntu ta 92 kama) a resultá un kapasidat di kama pa e hospital nobo di 294 kama, rònt bai ariba na 300 kama. E ekspektativa tabata ku e kapasidat di kama nesenario pa Pais na aña 2020 lo a baha na 337 i pa e hospital nobo na 260 (despues di dedukshon di e kapasidat di kama di PAAZ, Klinika Taams i Advent Hospital ku huntu ta 92 kama). E bahada akí ta debí na e redukshon di e tempu riba kama i e transishon na mas tratamentunan diario ku tin un efekto (negativo) mas grandi ku e kresementu di poblashon.

Ademas, a inkluí sierto ampliashon den e Programma van Eisen (di awor padilanti: PvE), banda di e nesidat di kuido ku KdM a determiná, ku KdM no a fiha di antemano. No opstante, KdM a aprobá e PvE i di e manera ei a aprobá e ampliashonnan ei tambe implísitamente. Miéntas ku e proyekto tabata andando, a disidí di laga afó algun di e servisionan ku e hospital lo mester a ofresé originalmente, entre otro, integrashon di Kraamkliniek Fundashon Duna Lus Kòrsou (di awor padilanti: Kraamkliniek), servisio di ambulans i oftalmologia (kuido di bista) komo spesialidat médiko. Den e último kaso aki lo a realisá un sentro di oftamologia banda di e hospital nobo. For di un reakshon di e minister di Salubridat públiko, Medio ambiente i Naturalesa (di awor pa dilanti: SMN) a saka afó ku e sentro aki lo no wòrdu realisá mas. Pa loke ta e otro servisionan di kuido fihá, por bisa ku pa gran parti a realisá esakinan. Sigur ta ku e funshonnan di poli pa e spesialidatnan di Garganta, Nanishi i Orea (di awor pa dilanti: GNO) pa tan ten lo wòrdu situá pafó di e hospital nobo miéntas ku e kambionan nesenario ta tumando lugá den e hospital nobo.

Na komienso di e proyekto, a usa e nesidat di kuido na 2015 komo punto di salida, e aña ku originalmente e hospital mester a bira operashonal. Sinku aña a pasa entre tantu, i debí ku Klinika Taams a bai fayit, e kuido ku e otro suministradónan di kuido tabata ofresé tambe a kambia kompará ku 2011. Esei a pone ku e kapasidat total a baha. Pa kompensá esei parsialmente, a duna Advent Hospital sierto pèrmit adishonal. En bista di tur esaki, no ta fásil pa bisa si e hospital nobo ta kumpli ku e nesidatnan di kuido pa Pais. Pa por bisa esei, mester tin un bista di e nesidat di kuido aktual. Komo un indikashon, a kalkulá e kantidat di kama ku e hospital nobo lo tin mester na 2025. A usa e mesun puntonan di salida ku na 2015, por ehèmpel e kantidat di habitante premirá, i a tene kuenta tambe ku kapasidat di kama aktual di Advent Hospital. Segun e kálkulo, pa 2025 e hospital nobo lo mester tin, pa loke

ta kama, un kapasidat mínimo di 269 kama¹² i máksimo di 337¹³ kama. Esei ke men ku na 2025 e hospital nobo lo tin sea un surplus òf défisit di kama, dependiendo di e manera ku e puntonan di salida resultá den práktika. Pa por haña un mihó bista i asina tene kuenta ku un posibel défisit òf surplus na korto plaso di kuido disponibel, tin mester di kalkulashon resien di e nesidat di kuido.¹⁴

A determiná loke e hospital nobo lo mester a ofresé na kuido asumiendo ku e hospital lo mester a funshoná komo parti di un struktura di kuido hospitalario ku na e momento ei no a haña forma ainda. E struktura ei lo mester enserá ku gobièrnu tin kontrol sentralisá di kuido hospitalario i ku lo bin un kompania di spesialisista médiko integrá (Geïntegreerd Medisch Specialisten Bedrijf (di awor padilanti: GMSB).

E kontrol sentral ta enserá ku ta gobièrnu lo disidí ki tipo di kuido ta ofresé, i unda i bou di ki kondishon esei ta sosodé. Esaki ta nifiká ku mester bin ku un repartishon di funshon i un organismo ku ta koordiná kon e repartishon ei ta funshoná. E repartishon di funshon a kambia na diferente okashon durante añanan. Na komienso di 2011 tur spesialidat médiko lo a wòrdu representá den e hospital nobo. Despues na mei 2014 a disidí ku e spesialidat médiko chikí, ku ta dermatologia, sirugia di kakumbein, oftamologia, sirugia plástiko i sirugia di GNO lo no ta presente den e edifisio di CMC. E desishon aki a wòrdu anulá na aña 2017: tur spesialidat médiko, fuera di oftamologia, ta bai ta presente den e edifisio di CMC. Na 2017 KdM a disidí ku mester determiná un repartishon di funshon nobo a base di e situashon den kuido na Kòrsou mas resien e tempu ei. Klinika Taams no tabata eksistí mas i Advent Hospital a haña un pèrmit pa ampliá nan kapasidat. E repartishon di funshon no a wòrdu determiná formalmente. Na komienso di 2020 KdM a akordá pa duna e funshon di oftamologia na Advent Hospital. Pa loke ta trata oftamologia na e momentu aki ta lo siguiente: e klínika di poli pa oftamologia no ta situá den e edifisio di CMC, si no na diferente konsultorionan eksterno di e spesialistanan médiko. E kamber di operashon (di awor pa dilanti: KO) ku mester wòrdu suministrá kasi kompletamente pa Advent Hospital. A palabrá ku Advent Hospital ku oftamologia (peso di kuido ASA 1-2¹⁵) lo wòrdu ehekutá na Advent Hospital.

¹² Si asumí ku lo tin un ola di emigrashon.

¹³ Si asumí ku lo tin un ola di inmigrashon.

¹⁴ NB. Pa kalkulá kuantu i kama lo tin mester na 2025, a usa e kantidat di habitante di e aña ei, segun un pronóstiko di CBS hasí na ougùstùs di 2015.

¹⁵ ASA ta para pa American Society of Anesthesiologists Classification. Esaki ta e klasifikashon di pashèntnan ku mester operá a base di doló di órganonan ku ta konosí delantá. E klasifikashon di ASA ta wòrdu usá pa kalkulá e riesgo di e anestétiko i ta wòrdu usá komo liña prinsipal pa determiná kua investigashonnan ta deseabel promé ku operashon. Peso di kuido 1 ta un pashènt ku un salú normal. Peso di kuido 2 ta un pashènt ku un malesa sistemátiko bondadoso.

Operashonnan riesgoso i kompliká (peso di kuido ASA 3-4-5¹⁶) lo wòrdu ehekutá na CMC. Tambe no ta tur satelit¹⁷ apropiá ta operashonal den e forma intenshoná. Sí a hasi sierto pasonan nesesario pa realisá esaki. Tambe no ta tur protokòl di kooperashon i/òf relashon di kooperashon i palabrashonnan tokante di sistemanan di kalidat a wòrdu realisá. E protokòlnan di kooperashon ku e instansianan di kuido di e promé nivel¹⁸, segundo nivel¹⁹ i tersera nivel²⁰ ta hañando forma aktualmente. E minister di SMN a anunsiá ku e protokòlnan i relashonnan ku ta eksistí ku SEHOS aktualmente lo kontinuá te ora partidonan yega na un akuerdo definitivo.

E funshon di direkshon sentral no a wòrdu internalisá na e Ministerio di SMN pa motibu di okupashon limitá tantu kualitativo komo kuantitativo. E ministerio lo wòrdu reforsá pa por kumpli ku su tarea.

E GSMB ta bai tokante di e maneho i responsabilidat di e kuido di pashènt i en prinsipio ta pará lòs for di e relashon ku e servisio salarial. Bou di e areglo di GSMB, ta preferá pa e spesialistanan, ku ta ligá ku CMC, ta den servisio di hospital i atendé nan pashèntnan poliklíniko na hospital en bes di na ofisina pafó di hospital. E integrashon físiko lo stimulá e kooperashon i ku esei tambe e responsabilidat pa ku e kuido di pashènt. Especialistanan den servisio salarial lo fasilítá e realisashon di un GSMB.

Segun e maneho vigente, ta te aki tres pa kuater aña tur spesialisista ku ta traha den hospital lo ta den servisio. A tuma diferente akshon pa stimulá e proseso aki. Pa promé a introdusí un lei dia 1 di yanüari 2020 kaminda Sociale Verzekerings Bank (SVB) lo por sera un kontrato di kuido solamente ku spesialistanan bou di 65 aña. A base di un areglo di transishon tin te dia 1 di yanüari 2023 e posibilidat pa prolongá e kontrato pa por sigui traha pa 3 aña mas despues di a yega 65 aña di edat. Un otro medida ku a wòrdu tumá ta realmente sera e kontratonan di kuido kaminda un plafòn di produkshon lo wòrdu inkorporá. Al final e grupo

¹⁶ Peso di kuido 3 ta un pashènt ku un malesa sistemátiko grave. Peso di kuido 4 ta un pashènt ku malesa sistemátiko grave ku ta forma un peliger di bida. Peso di kuido 5 ta un pashènt ku un malesa sistemátiko grave ku por sobreviví solamente ku un intervenshon médiko.

¹⁷ NB. Gobièrnu a asigná diferente instituto komo satélite di hospital. Esei ta enserá ku nan lo suministrá sierto tipo di kuido palabrá, pa komplementá e kuido ku hospital ta ofresé.

¹⁸ Kuido di promé nivel ta kuido suministrá pa dòkter di kas, dentista, personal paramédiko i botika.

¹⁹ Kuido di segundo nivel ta kuido suministrá pa dunadó di kuido ku ta traha den un hospital general. Na promé instante, un pashènt ta risibí kuido di promé kontakto. Si e kehonan bira mas tantu òf dura largu i tin mester di un tratamentu mas spesialisá, ta referí e pashènt pa hospital. Ku otro palabra, e tipo di kuido akí ta disponibel solamente si un otro dunadó di kuido referí e pashènt.

²⁰ Kuido di tersera nivel ta kuido riba término largu duná na un sentro di revalidashon, na kas di kuido, kas di kuido médiko i instituto pa persona ku tin un desabilidat mental òf problema síkiko i sikiátriko.

Pichardo²¹ a yega na sierto palabrashon ku e grupo aki.

Konforme Kontraloria ta bai tin un skarsedat di oranan di konsulta si den realidat e kantidat ku ta spera di spesialisista drenta den servisio salarial di CMC aki par di aña. SONA ta di opinion ku e realisashon di 120 lugá di trabou lo ta bastante pa tur spesialisista tin un lugá di traha, sea den servisio salarial òf liber. Na mes momentu SONA ta indiká ku un gran parti di e spesialistanan tambe lo por duna kuido poliklíniko na pashènt, pues no tur spesialisista. Pa Kontraloria ta bai tokante di e servisio menshoná aki. SONA a remarká, relashoná ku esaki, ku na momentu di planifikashon no a sali for di e punta di bista ku lo tin un nesesidat pa mas oranan di konsulta. E ofisinanan lo a keda operashonal pa un tempu mas i ku e futuro redukshon gradual e kuido tambe lo sosodé na un manera otro. Por ehèmpel den ‘otro nivel di kuido’ (Bandabou, Bandariba) serka di e kas di e pashènt. E minister di SMN tambe ta anticipá un skarsedat di oranan di konsulta. E nesesidat pa kuido di segundo nivel, i pa esei e kantidat di oranan di konsulta determiná, lo baha segun e minister ora e implementá e maneho di “wellness” i prevenshon i ora e énfasis riba e promé i tersera nivel di kuido kuminsá duna su frutanan.

Konklushon

Loke e hospital nobo ta ofresé na kuido a wòrdu determiná na 2011 a base di e nesesidat di kuido sperá na 2015. Pa por determiná si e hospital ta kumpli realmente ku e nesesidat di kuido hospitalario, ta nesario pa haña un bista di e nesesidat aktual di kuido di Pais. Tambe tin mester di kalkulashon mas resien di e nesesidat di kuido ku ta premirá pa e añanan ku ta bini. Esei lo duna un mihó bista i asina lo por tene kuenta ku un posibel défisit òf surplus na korto plaso di kuido disponibel.

Ainda no a kaba di duna forma na e struktura di kuido di e hospital ku a skohe p’è. E kontrol sentralisá di kuido di hospital no ta internalisá den e Ministerio di SMN ainda. E GSMB, inkluso e tumamentu di tur spesialisista den servisio salarial, ta kanando stabil. Si lo bai tin bastante oranan di konsulta den e hospital nobo pa tur spesialisista ta dependé di e efektividat di e maneho ku ta ser implementá. Mirando esaki ta muchu trempan ainda pa por bisa si e hospital nobo ta pas den e struktura di kuido hospitalario.

²¹ E tarea di e grupo Pichardo ta pa negoshá un pakete di benefisio pa e spesialistanan ku lo drenta servisio salarial di CMC. Tambe e grupo Pichardo a yega na diferente akuerdo ku e spesialistanan liber.

Rekomendashon

Kontraloria su rekomendashon ta pa riba korto plaso hasi un investigashon amplio di e nesesidat di kuido, no solamente di kuido hospitalario (kuido di segundo nivel) si no tambe kuido di promé i tersera nivel i di e relashon entre e tres diferente nivelnan di kuido akí. Por ehèmpel, e echo ku e pashèntnan lo keda drumi ménos largu den hospital por pone ku lo tin mester di mas tantu kuido di promé nivel ya ku e pashèntnan ku bai kas lo tin mester di kuido na kas ainda. Den kuadro di oudiensi bilateral SONA a remarká ku esaki tabata e meta implísito: pashèntnan mas lat posibel den hospital i mas lihé posibel afó atrobe. Kuido di segundo nivel ta karu. Move e kuido pa e promé i e tersera nivel di kuido lo ta mas barata i mihó pa e pashènt.

Tambe Kontraloria ta rekomendá pa e minister di SMN forma un plan di akshon den kua entre otro ta duna un indikashon di e tempu nesario pa e satélitenan haña e forma rekerí, e repartishon di funshon lo ta kompletu, e protokòlnan i relashonnan di kooperashon ta firmá i e sistema di kalidat a wòrdu implementá. Al fin lo mester duna kompromentu tokante di kua maneho a wòrdu tumá pa garantisá ku e hospital nobo lo por ehekutá operashonnan kompliká i operashonnan riesgoso di wowo (peso di kuido ASA 3-4-5) i ku e funshonnan poliklíniko di e spesialidat GNO finalmente lo wòrdu realisá den CMC.

1 Over dit rapport

1.1 Inleiding

Al geruime tijd was de overheid voornemens een nieuw ziekenhuis te bouwen en daarbij ook de geboden zorg te verbeteren. Dit plan is na de staatkundige veranderingen van 10 oktober 2010 steeds concreter geworden en heeft na de nodige voorbereiding op 19 december 2013 geresulteerd in een eerste steenlegging voor een nieuw ziekenhuis in Otrobanda.

Voor de realisatie van dit project is op 11 augustus 2011 een beheersovereenkomst (hierna: Beheersovereenkomst) gesloten tussen enerzijds het Land, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de Minister President en de Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur (hierna: GMN), en anderzijds de Stichting SONA (hierna: SONA), vertegenwoordigd door haar directeur.

De Staten hebben de Algemene Rekenkamer Curaçao (hierna: Rekenkamer) in mei 2018 gevraagd om onderzoek te doen naar het 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.

Nagegaan is of het project binnen de gestelde begroting is gerealiseerd (rechtmatigheidsaspect) en of de projectdoelstellingen die in de Beheersovereenkomst zijn opgenomen (tijdige oplevering, duurzame exploitatie en toereikend zorgaanbod) zijn gerealiseerd (doelmatigheidsaspect). Deze aspecten zijn ondergebracht in de volgende centrale vraag:

Zijn er voldoende maatregelen getroffen om te waarborgen dat het project HNO binnen de begroting wordt gerealiseerd en dat de doelstellingen die zijn opgenomen in de Beheersovereenkomst worden gerealiseerd?

Het onderzoek is verdeeld in de volgende deelonderzoeken waarover in vier deelrapporten verslag wordt uitgebracht:

- 1) Wat zijn de oorzaken van het niet tijdig afronden van de bouw en zijn er afdoende maatregelen getroffen om het risico op verdere vertraging te beheersen? (deelrapport 1).
- 2) Wat zijn de oorzaken van de vertraging in de transitie en zijn er afdoende maatregelen getroffen om het risico op verdere vertragingen te beheersen? (deelrapport 1).
- 3) Voorziet het zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis in de zorgbehoefte van het Land en past het in de structuur van de ziekenhuiszorg van het Land? (deelrapport 2).

- 4) Vallen de totale kosten van het project binnen de daarvoor vastgestelde begroting? (deelrapport 3).
- 5) Is de duurzame exploitatie van het ziekenhuis gewaarborgd? (deelrapport 4).

Op 13 november 2019 is aan de Staten gerapporteerd over de deelonderzoeken 1 en 2. Dit tweede deelrapport gaat over het derde deelonderzoek. In een latere fase zal over de overige deelonderzoeken verslag worden gedaan.

De deelvragen die in deelonderzoek 3 zijn onderzocht staan in de volgende paragraaf.

1.2 Onderzoeksvraag en verrichte werkzaamheden

In de Beheersovereenkomst is als onderdeel van de hoofddoelstelling opgenomen de realisatie van een nieuw ziekenhuis voor Curaçao dat voorziet in de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg en past in de structuur van de ziekenhuiszorg van het Land.

De onderzoeksvraag voor het derde deelonderzoek luidt daarom:

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

Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de onderstaande deel- en sub vragen:

1. Voorziet het zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis in de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg?
 - Is bij het vaststellen van het zorgaanbod van het ziekenhuis uitgegaan van de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg?
 - Is het door de Raad van Ministers (hierna: RvM) vastgestelde zorgaanbod voor het ziekenhuis door vertaald in het Programma van Eisen (hierna: PvE) voor dit ziekenhuis?
 - Is het vastgestelde zorgaanbod gerealiseerd?
 - Voorziet het werkelijke zorgaanbod van het ziekenhuis in de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg?
2. Past het nieuwe ziekenhuis in de structuur van de ziekenhuiszorg?
 - Heeft de overheid de centrale regiefunctie ingevuld?
 - Zijn de ziekenhuiszorgfuncties onder de ziekenhuiszorgaanbieders verdeeld (de zogenoemde functieverdeling)?
 - Zijn er samenwerkingsprotocollen/verbanden tot stand gekomen?

- Is er een overheidsorgaan aangewezen dat de functieverdeling zal coördineren?
- Is het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (hierna: GMSB) gerealiseerd?
 - Zijn alle medisch specialisten die werkzaamheden in het ziekenhuis zullen verrichten in loondienst van het nieuwe ziekenhuis getreden?
 - Zijn er samenwerkingsafspraken met de medisch specialisten die niet in loondienst zijn getreden of zullen treden?
- Is de gerealiseerde uitbreiding van de poliklinieken toereikend?

Ten behoeve van het onderzoek hebben wij de volgende werkzaamheden verricht:

- het opvragen en analyseren van relevante documenten;
- het houden van interviews met SONA, het Sint Elisabeth Hospitaal (hierna: SEHOS), het Ministerie van Financiën, het Ministerie van GMN en de Ministerieel Regisseur en Toezichthouder (hierna: de MRT).

1.3 Onderzoek verantwoording

Uit artikel 12 lid 1 van de algemene voorwaarden, zoals opgenomen in de Beheersovereenkomst, blijkt de bevoegdheid van de Rekenkamer om onderzoek naar het project te doen. Dit artikel luidt als volgt:

ARTIKEL 12 OVERIGE BEPALINGEN

1. ontvanger verklaart hierbij onherroepelijk dat:
 - a. de Rekenkamer van het Land Curaçao en de SOAB, te allen tijde toegang hebben tot de administratie van SONA om zelf controle uit te oefenen;
 - b. zij, haar werknemers en derden die zij bij de uitvoering van haar taken heeft ingeschakeld, alle medewerking zullen verlenen aan genoemde instanties en bedoelde ambtenaren bij de uitoefening van de controle en het recht van review.

1.4 Reikwijdte van het onderzoek

Dit onderzoek betreft het derde deelonderzoek en gaat dus alleen over de beantwoording van de deel- en sub vragen die in paragraaf 1.2 zijn opgenomen. Andere aspecten over het project, zoals het kostenaspect, komen aan bod in de overige deelonderzoeken.

Het onderzoek heeft betrekking op de periode van ondertekening van de Beheersovereenkomst (augustus 2011) 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.

Het project betreffende de bouw van het nieuwe ziekenhuis is omvangrijk, complex en dynamisch. Alhoewel de Rekenkamer zorgvuldig onderzoek heeft verricht is het mogelijk dat zij niet van alle relevante feiten op de hoogte was.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft antwoord op deelvraag 1 namelijk of het zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis voorziet in de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg. In hoofdstuk 3 wordt antwoord gegeven op de tweede deelvraag, namelijk of het ziekenhuis past in de structuur van de ziekenhuiszorg zoals beoogd werd in de Beheersovereenkomst. In hoofdstuk 4 worden de ambtelijke en bestuurlijke reacties in het kader van hoor en wederhoor opgenomen. Tot slot bevat hoofdstuk 5 het nawoord van de Rekenkamer.

2 Voorziet het zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis in de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg?

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag of het zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis voorziet in de zorgbehoefte van het Land betreffende de ziekenhuiszorg.²²

Zoals in paragraaf 1.2 is vermeld wordt deze vraag beantwoord aan de hand van een aantal sub vragen. Deze zijn hierna opgenomen met vermelding van de paragrafen waarin zij zijn uitgewerkt:

- Is bij het vaststellen van het zorgaanbod voor het ziekenhuis uitgegaan van de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg? (paragraaf 2.2).
- Is het door de RvM vastgestelde zorgaanbod voor het ziekenhuis door vertaald in het PvE voor dit ziekenhuis? (paragraaf 2.3).
- Is het vastgestelde zorgaanbod voor het ziekenhuis gerealiseerd? (paragraaf 2.4).
- Voorziet het werkelijke zorgaanbod van het ziekenhuis in de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg? (paragraaf 2.5).

De opbouw van de paragrafen is als volgt. Aan het begin wordt antwoord gegeven op de desbetreffende vraag. In de rest van de paragraaf is de onderbouwing gegeven.

2.2 Vastgesteld zorgaanbod nieuw ziekenhuis versus zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg

Bij het vaststellen van het zorgaanbod voor het nieuwe ziekenhuis is uitgegaan van de zorgbehoefte van het Land. Dit blijkt uit het ‘Besluit inzake organisatie en aanbod ziekenhuiszorg’²³ van de RvM op 15 juni 2011. In het besluit is het volgende opgenomen:

“een ziekenhuis dat de capaciteit levert die overeenkomt met de vastgestelde zorgbehoefte van het Land Curaçao, uitgaande van het huidige zorgaanbod alsmede dat van de bestaande private klinieken.

²² In het onderzoek wordt onder zorgbehoefte verstaan de behoefte aan professionele ziekenhuiszorg voorzieningen. De zorgbehoefte leidt tot een vraag naar professionele voorzieningen voor ziekenhuiszorg. Het zorgaanbod aan professionele voorzieningen voor ziekenhuiszorg moet in deze vraag voorzien.

²³ Besluit nummer 2011/50569a.

Het nieuw ziekenhuis bevat dus in ieder geval hetzelfde zorgaanbod als het SEHOS nu met daarbij de onderstaande uitbreidingen:

- vrouw Kind Zorg (integratie Kraamkliniek)²⁴;
- huisartsenpost;
- volwaardige intensive care voor neonaten unit (hierna: NICU²⁵)”.

Ook is opgenomen dat het ziekenhuis een omvang zal hebben van driehonderd bedden. Het besluit maakt deel uit van het ‘masterbesluit bouwcase nieuwe ziekenhuis’²⁶ waartoe de RvM op 15 juni 2011 heeft besloten. Het masterbesluit is op haar beurt gebaseerd op een rapport van managementbureau Berenschot International (hierna: BINT), genaamd ‘Op weg naar ons nieuwe ziekenhuis’ over de businesscase die BINT eerder in 2011 had opgesteld voor de bouw van een nieuw ziekenhuis.²⁷ Ondanks verzoeken daartoe heeft de Rekenkamer het rapport niet ontvangen.

In het kader van ambtelijk hoor en wederhoor heeft SONA opgemerkt dat het belangrijk is te vermelden dat de business case is getoetst door de Stichting Overheidsaccountantsbureau (hierna: de SOAB). Dit geldt zowel voor de initiële business case (locatie Amstel) als de business case behorende bij het nieuwe plan (Otrobanda).

Naast bovengenoemd zorgaanbod heeft de RvM op 14 december 2011²⁸ ook de volgende toevoegingen in het nieuwe ziekenhuis goedgekeurd:

- integratie van vasculaire diagnostiek en behandeling;
- integratie van de Ambulancedienst waarbij twee ambulanceplaatsen naast de Spoed Eisende Hulp (hierna: SEH) en drie op het terrein (overdekt);
- integratie van twee forensische bedden (eenpersoons), ook geschikt voor reguliere patiëntenzorg;
- integratie van de dialysetoelen van SEHOS en Diatel met een uitbreiding tot vijftig dialysestations, waarvan veertig ingericht zouden zijn in 2015 en tien bouwkundig voorbereid in 2015.

Blijkens onderliggende documenten²⁹ heeft BINT voor de zorgbehoefte van het Land aan ziekenhuiszorg aansluiting gezocht bij eerdere onderzoeken daarover. Daarnaast heeft zij

²⁴ NB. Bedoeld wordt de Kraamkliniek Fundashon Duna Lus Curaçao.

²⁵ Neonaten Intensive Care Unit: Intensive care voor te vroeg geboren.

²⁶ Masterbesluit 2011/50569, 15 juni 2011.

²⁷ Presentatie Ministerraad ‘Op weg naar ons nieuwe ziekenhuis’, Berenschot International, 8 juni 2011.

²⁸ Besluit zorgaanbod zaaknummer 2011/95377.

²⁹ Addendum USONA voor SOAB in het kader van de second opinion door SOAB op de Businesscase van Nos Hospital Nobo, 23 december 2011. Beantwoording van de vragen van de Staten over Nos Hospital Nobo, USONA 20 maart 2012.

de aannemelijkheid van deze cijfers getoetst aan Nederlandse normen en het aantal gerealiseerde ligdagen in 2010 door SEHOS. Zo is het aantal van driehonderd bedden afgeleid van de bed behoefte volgens het rapport 'Integraal Zorgbeleid 1: Basisconcepten' van de RvV uit december 2008. Ook zou gebruik zijn gemaakt van het 'Businessplan Hospital Nobo Curaçao 2010', opgesteld door adviesbureau De Praktijk B.V.³⁰ In het rapport van de RvV zou onder andere de zorgbehoefte naar ziekenhuiszorg voor Curaçao zijn berekend en de verwachte bed behoefte in 2015 voor heel Curaçao op 371 zijn gesteld.³¹ Ondanks verzoeken bij onder andere het Ministerie van GMN heeft de Rekenkamer niet zelf kunnen beschikken over het rapport. Voor de berekening in 2011 voor het nieuwe ziekenhuis is het aantal van 371 bedden verminderd met de capaciteit van overige ziekenhuiszorgaanbieders, te weten de toenmalige Taamskliniek en het Advent Ziekenhuis, samen 92 bedden. Daarna is het totaal (279) vermeerderd met de bed behoefte van 15 bedden voor de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (hierna: PAAZ) omdat dit aantal nog niet eerder was meegenomen in de beddencapaciteit. Vervolgens is de uitkomst van 294 bedden afgerond op driehonderd vanwege een goed haalbare verdeling over algemene en specifieke bedden.³²

Verder kunnen de eerdergenoemde toevoegingen/uitbreidingen van het zorgaanbod in belangrijke mate worden herleid naar een in 2009 door het Centrum Zorg en Bouw geactualiseerd functioneel programma van eisen (hierna: FPVE) voor een nieuw te bouwen ziekenhuis op Curaçao.³³ Om tot de benodigde uitbreidingen te komen zijn daarnaast meerdere documenten³⁴ gebruikt. Met name zijn deze 'Integraal Zorgbeleid 2: de Inrichting

³⁰ De Praktijk BV zou voor de onderbouwing van het aantal benodigde bedden in haar businessplan voor Hospital Nobo Curaçao (NB. eerdere inspanningen voor een nieuw ziekenhuis) ook hebben voortgebouwd op de gegevens van de RvV uit 2008, en in samenspraak met de RvV het benodigd aantal dagbehandelingsbedden hebben aangepast. Addendum USONA voor SOAB, in het kader van de second opinion door SOAB op de Businesscase van NHN, 23 december 2011.

³¹ Door uit te gaan van 2,5‰ bedden per inwoner in 2015, dit betekent de beschikbaarheid van 2,5 bedden per duizend inwoners. Uitgegaan is van het verwacht aantal inwoners voor Curaçao in 2015 wat 148.400 inwoners was. *In het kader van ambtelijk hoor en wederhoor heeft SONA opgemerkt dat de verwachting was dat de bed behoefte in 2020 zou zijn afgenomen tot 2,2‰ (Bron rapport RvV). Dit door verdere afname van de gemiddelde ligduur en de verschuiving naar meer dagbehandeling. Dit resulteerde in een bed behoefte van 337 in 2020 (plus 15 PAAZ, minus 92 Taamskliniek/Advent Ziekenhuis = 260 voor het nieuwe ziekenhuis in 2020).*

Deze methode wordt vaak gebruikt om de bed behoefte van een ziekenhuis te bepalen.

³² USONA. Beantwoording van de vragen van de Staten over NHN d.d. 20 maart 2012.

³³ Het Centrum Zorg en Bouw maakt onderdeel uit van de Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (hierna: TNO). Het FPVE was in 2005 door een Werkgroep Nieuwbouw Ziekenhuis opgesteld en was in 2009 in opdracht van het voormalig Eilandgebied Curaçao door het Centrum Zorg en Bouw geactualiseerd. TNO-rapport/034.21159, het actualiseren functioneel programma van eisen nieuwbouw Hospital Curaçao, 1 oktober 2009.

³⁴ Achtergrond gezondheidszorg. Besluit definitieve zorgaanbod NHN - USONA.

van de Curatieve Zorg' van de RvV uit 2010, en 'Een beleidsplan voor de gezondheidszorg op Curaçao 2010' opgesteld door E.R. Carter.³⁵

Tot slot dient te worden vermeld dat de RvM op 16 november 2011 heeft afgezien van de toevoeging van een laboratorium en de bloedbank:

- Het Analytisch Diagnostisch Centrum (hierna: ADC) wordt met het SEHOS lab gefuseerd tot een nationaal laboratorium waarbij het laatste een satelliet wordt van het nieuwe ziekenhuis en een dependance dient te hebben voor de Cito³⁶ (spoed) bepalingen in dit ziekenhuis, inclusief de satellieten.³⁷
- De Bloedbank blijft een autonome organisatie en dus geen onderdeel van het nieuwe ziekenhuis.³⁸

In het nieuwe ziekenhuis zou dus alleen een Cito-lab worden opgenomen.

Bij het vaststellen van het zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis is uitgegaan van de zorgbehoefte van het Land aan ziekenhuiszorg. Het zorgaanbod is gelijkgesteld aan het toenmalige zorgaanbod van SEHOS met een aangepaste beddenscapaciteit van driehonderd bedden, plus een aantal door de RvM vastgestelde uitbreidingen.

2.3 Vastgesteld zorgaanbod nieuw ziekenhuis versus het Programma van Eisen

Op 21 december 2011 heeft de RvM het PvE geaccordeerd.³⁹ Het vastgestelde zorgaanbod is op een enkele afwijking na door vertaald in het PvE. Daarnaast zijn ook uitbreidingen in het PvE opgenomen die niet eerder door RvM besluiten waren bekrachtigd. Door accordering van het PvE heeft de RvM deze afwijking en uitbreidingen ook vastgesteld. Hierna wordt het zorgaanbod volgens het PvE toegelicht.

Beddenscapaciteit van driehonderd bedden

In de hiernavolgende tabel is het vastgestelde aantal van driehonderd bedden volgens het PvE weergegeven, gespecificeerd naar afdeling.

³⁵ Het Curaçaose Fundament, Een beleidsplan voor de gezondheidszorg op Curaçao, E.R. Carter, 28 juni 2010.

³⁶ Cito betekent dat er spoed achter zit.

³⁷ Besluit Laboratorium 2011/88810, 16 november 2011.

³⁸ Besluit Bloedbank 2011/88802, 16 november 2011.

³⁹ Besluit Programma van Eisen 2011/97332, 21 december 2011.

Tabel 1. Vastgestelde bedden capaciteit volgens het PvE

Afdeling	300 (totaal)
Opname/observatie afdeling	16
Algemene verpleegafdelingen	180
<i>Algemene verpleegafdeling (chirurgisch)</i>	76
<i>Algemene verpleegafdeling incl. cardiologie</i>	38
<i>Algemene verpleeg- en dag verzorging afdeling</i>	36
<i>Algemene verpleegafdeling incl. oncologie</i>	30
Vrouw en Kind afdelingen	72⁴⁰
<i>Kraamafdeling en afdeling verloskunde</i>	23
<i>Kinderafdeling</i>	37
<i>NICU</i>	12 ⁴¹
Intensive en medium care	16⁴²
<i>Intensive Care (IC)</i>	10
<i>Medium Care (MC)</i>	6
Psychiatrische/Penitentiaire afdeling (incl. 2 forensische bedden)	16

Het aantal van driehonderd bedden is inclusief drie door de RvM vastgestelde uitbreidingen. Deze zijn 'realisatie van het moeder-kind centrum en integratie met kraamkliniek', 'een volwaardige bovenregionale intensive care voor NICU' en de toevoeging van twee forensische bedden. Er is ook een uitbreiding opgenomen die eerder niet door de RvM was vastgesteld, namelijk toevoeging van een medium care met zes bedden.⁴³

Overige uitbreidingen

De overige door de RvM vastgestelde uitbreidingen, te weten een huisartsenpost, integratie van vasculaire diagnostiek en behandeling, integratie van de Ambulancedienst en integratie van de dialysetoelen van SEHOS zijn eveneens opgenomen in het PvE.

Er zijn ook andere uitbreidingen in het PvE opgenomen die niet eerder door de RvM waren vastgesteld. SONA heeft toegelicht dat de uitbreidingen van functies in de RvM zijn vastgesteld en de overige uitbreidingen betrekking hebben op uitbreiding van capaciteit (op basis van zorgbehoefte/veranderde inzichten in ziekenhuislogistiek).

Door het PvE vast te stellen heeft de RvM deze overige uitbreidingen ook vastgesteld.

⁴⁰ Realisatie moeder-kind centrum en integratie met kraamkliniek. Vergelijkend overzicht van de capaciteiten van NHN en het huidige St. Elisabeth Hospitaal, januari 2013.

⁴¹ Groei naar bovenregionale zorg mogelijk. Zie noot 37.

⁴² Door toevoeging medium care: totaal aantal plaatsen neemt toe. Zie noot 37.

⁴³ Vergelijkend overzicht van de capaciteiten van NHN en het huidige St. Elisabeth Hospitaal, januari 2013.

Het gaat om de volgende uitbreidingen:

- uitbreiding van de poliklinieken tot dertig spreekuureenheden⁴⁴;
- uitbreiding van de werkruimtes (backoffice) poliklinieken tot zeventig ruimten⁴⁵;
- uitbreiding van radiotherapie met één lineaire accelerator⁴⁶;
- uitbreiding van de behandelafdeling met zes behandelkamers.⁴⁷

In het PvE is ook uitbreiding van het operatiekamercomplex opgenomen.⁴⁸ Het totaal aantal geplande OKs in het nieuwe ziekenhuis is wel gelijk gebleven aan het aantal in het SEHOS, namelijk zeven: zes OKs klasse 1 (op het operatiekamercomplex) en één OK II op het behandelcentrum. SONA heeft toegelicht dat voor bepaalde operaties een OK klasse II een volwaardige OK is. De ligging buiten het OK complex is volgens SONA een zorg logistieke verbetering met een hogere turnover en daardoor hogere capaciteit.

Medisch specialismen

Hierna zijn achtereenvolgens de specialismen volgens het PvE en volgens SEHOS opgenomen.

Tabel 2. Vastgesteld aanbod medische specialismen nieuw ziekenhuis volgens PvE

Anesthetica	Interne geneeskunde	Gastro-enterologie	Plastische chirurgie
Cardiologie	Kaakchirurgie	Neurochirurgie	Psychiatrie
Dermatologie	Kindergeneeskunde	Neurologie	Radiologie
Gynaecologie	KNO-chirurgie	Oogheelkunde	Traumatologie
Chirurgie	Longziekten	Orthopedie	Urologie

Tabel 3. Aanbod medische specialismen door SEHOS in 2010⁴⁹

Anesthesiologie	Interne geneeskunde	Medische microbiologie	Plastische chirurgie
Cardiologie	Kaakchirurgie	Neurochirurgie	Psychiatrie
Dermatologie	Kindergeneeskunde	Neurologie	Radiologie
Gynaecologie	KNO	Oogheelkunde	Radiotherapie

⁴⁴ Volgens vergelijkend overzicht 29 januari 2013 was sprake van beperkte capaciteit in SEHOS en was de overige capaciteit bij de satellieten en oficina's. De dertig spreekuureenheden bestaan zoals gepland uit 24 multifunctionele eenheden, die elk 2 multifunctionele spreek/onderzoekkamers bevatten, en zes specifieke eenheden, die elk twee specifieke spreek/onderzoekkamers bevatten, totaal zestig consultatieruimten.

⁴⁵ Noodzakelijk voor integratie van de poliklinieken van de medische specialisten. Zie voetnoot 37.

⁴⁶ In SEHOS was één bunker met verouderde techniek. In het nieuwe ziekenhuis twee moderne modaliteiten. Zie noot 37. NB. Een lineaire accelerator of versneller is een toestel dat gebruikt wordt in de externe radiotherapie en dat hoogenergetische röntgenstraling opwekt en uitzendt, (bron: www.kanker.be/lexicon, 29 oktober 2019).

⁴⁷ In SEHOS waren nauwelijks faciliteiten voor minder complexe ingrepen beschikbaar. Zie noot 37.

⁴⁸ Zie noot 37.

⁴⁹ Het Curaçaos fundament, Een beleidsplan voor de gezondheidszorg op Curacao, E.R.Carter, 28 juni 2010.

Heelkunde (NB.Chirurgie)	Longgeneeskunde	Orthopedie	Urologie
IC (NB. Intensive Care)	MDL (NB. Gastro- enterologie)	Pathologie	

Daarnaast zijn als bijzondere verrichtingen/topklinische functies genoemd:

Radiotherapie	Pediatrie intensive care	HIV-behandelcentrum
Neonatale intensive care	Traumazorg	Hyperbare zuurstofbehandeling (druktank)

De specialismen en bijzondere verrichtingen/topklinische functies die zijn opgenomen in de donkergroen gekleurde vakjes, komen in het PvE expliciet voor als specialismen en/of topklinische functies. De specialismen en bijzondere verrichtingen/topklinische functies die zijn opgenomen in de lichtgroen gekleurde vakjes, komen eveneens voor in het PvE maar niet expliciet aangeduid als specialismen. Zo komt pathologie voor als onderdeel van de mortuarium- en autopsiekamer. De specialismen en bijzondere verrichtingen in de witte vakjes (medische microbiologie en HIV-behandelcentrum) komen niet voor in het PvE. Medische microbiologie valt onder laboratoriumzorg. SEHOS heeft een microbiologie ruimte voor spoedbepalingen. Het ADC doet voor SEHOS 80% van alle microbiologische bepalingen. In het eerdergenoemde RvM besluit van 16 november 2011 is onder andere akkoord gegaan dat het nationaal laboratorium alle facetten van de laboratoriumzorg zal leveren, waaronder medisch microbiologische bepalingen. In de nieuwe situatie zal medische microbiologie dus door het nationaal laboratorium worden ingevuld. Voor wat betreft een HIV-behandelcentrum heeft SONA toegelicht dat net als in het SEHOS, in het nieuwe ziekenhuis ook HIV-patiënten worden behandeld (Interne Geneeskunde/Infectieziekten). Deze behandeling vraagt geen specifieke bouwkundige voorzieningen. Daarom is dit dus niet als zodanig benoemd. Alle ruimten die voor deze behandeling in SEHOS aanwezig waren zijn volgens SONA ook aanwezig in het nieuwe ziekenhuis.

Het door de RvM vastgestelde zorgaanbod is in belangrijke mate door vertaald in het PvE. Er zijn ook uitbreidingen opgenomen die vooraf niet door de RvM zijn vastgesteld. Door accordering van het PvE heeft de RvM deze impliciet goedgekeurd. In het PvE is geen specialisme 'medische microbiologie' opgenomen. Het nationaal laboratorium zal daarin voorzien.

2.4 Vastgesteld zorgaanbod nieuw ziekenhuis versus werkelijk zorgaanbod nieuw ziekenhuis

Het vastgestelde zorgaanbod is op enkele onderdelen na gerealiseerd. Er zijn twee dialysetoelen minder gerealiseerd. Ook zijn niet alle uitbreidingen tot stand gekomen.

Verder biedt het ziekenhuis geen ruimte voor het medisch specialisme oogheelkunde. Tot slot is de mogelijke uitbreiding van de poliklinieken en werkruimten in de nabije toekomst vervallen. Hierna worden de afwijkingen toegelicht.

Bedden capaciteit

Er zijn totaal 299 bedden gerealiseerd in plaats van 300. Op de algemene afdeling inclusief cardiologie is één bedplaats vervallen om een goede logistiek te bereiken voor de hartkatheterisatie kamer.⁵⁰ Ten aanzien van het verschil heeft SONA toegelicht dat steeds vaker patiënten in dagbehandeling niet in een bed worden geplaatst, maar op een verrijdbare behandelstoel. Op de afdeling kortverblijf zijn twee 6-persoonkamers (bedden) waar acht stoelen⁵¹ geplaatst kunnen worden. Daarmee neemt de capaciteit met vier plaatsen toe, tot 303.⁵²

De RvM heeft op 23 maart 2017⁵³, gezien het aantal niet afgeronde zaken met betrekking tot de bouw van het nieuwe ziekenhuis, een aantal beslispunten aangenomen. Onder andere is afgezien van de integratie van de Kraamkliniek met de kraamafdeling van het nieuwe ziekenhuis.⁵⁴ In plaats daarvan zouden de eerstelijns bevallingen⁵⁵ in of zo dicht mogelijk bij het nieuwe ziekenhuis worden gecentreerd. De Kraamkliniek zou als satelliet van het ziekenhuis fungeren.

Doordat is afgezien van de integratie van de Kraamkliniek is de daarvoor gereserveerde verloskamer voor de eerstelijnszorg niet meer nodig. In 2013-2014 was reeds gebleken dat de capaciteit van vier verloskamers te krap was voor de overige zorg (exclusief de eerstelijnszorg). Daarom is, toen werd afgezien van de integratie van de eerstelijnszorg, het aantal van vijf verloskamers gehandhaafd.

Uitbreidingen

Zoals hiervoor aangegeven heeft de RvM op 23 maart 2017 afgezien van de integratie van de Kraamkliniek met de kraamafdeling van het nieuwe ziekenhuis. In het kader van hoor en wederhoor heeft de minister van GMN op 10 januari 2020 vermeld dat de Kraamkliniek en

⁵⁰ Informatie SONA aan de Rekenkamer, 1 november 2019.

⁵¹ Nb. Bedoeld wordt acht stoelen per kamer.

⁵² Het bovenstaande is op 1 november 2019 als volgt door SONA toegelicht: "Als op de afdeling kort verblijf 16 stoelen (stoelen zijn gebruikelijk) worden geplaatst in plaats van 12 bedden, is het aantal verblijfsplaatsen zelfs 303".

⁵³ Beslispunten notitie Voortgang Duurzaam Operationeel Ziekenhuis. d.d. 23 maart 2017. Zaaknummer: 2017/010744.

⁵⁴ Zie noot 50. Beslispunt 20.

⁵⁵ Bevallingen kunnen begeleid worden in de eerste lijn: door verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen. Er is een actieve samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen, zodat bij complicaties specialistische zorg in het ziekenhuis kan worden geboden (dit is binnen de tweedelijnszorg).

SEHOS in overleg zijn om te komen tot de realisatie van een centrum voor kraamzorgdienstverlening (inclusief voorlichting) in de directe nabijheid van het nieuwe ziekenhuis. De RvM had in 2017 ook de beslissing om de ambulancedienst in het nieuwe ziekenhuis te integreren ingetrokken.⁵⁶ De integratie heeft dus niet plaatsgevonden. Er is wel een ambulancehal gerealiseerd met twee 'ambulancestandplaatsen' en met drie overdekte parkeerplaatsen. Verder zijn in de SEH ook nog enkele ruimten, waaronder on-call slaapkamers en pauze/overlegruimtes, aanwezig ten behoeve van de ambulancedienst.⁵⁷ In het kader van hoor en wederhoor heeft de minister op 10 januari 2020 meegedeeld dat in verband met de operationalisering van CMC/HNO een aanzet is gedaan tot de optimalisatie van ambulance-dienstverlening. Daarbij zal er gekomen worden tot het in gebruik nemen van de CMC/HNO-Ambulance Wachtpost met een aantal ambulancewagens in de daartoe gereserveerde Ambulance bay.⁵⁸ Afhankelijk van het beschikbaar krijgen van een ideale uitruk-locatie zal de Ambulancepost van Zakito daar naartoe worden verplaatst. Voorts zal gewerkt gaan worden aan een verdere integratie van de ambulancedienstverlening met de SEH-dienstverlening. In een later stadium zal nagegaan worden of en in welke vorm de nieuwe Fundashon Kuido di Ambulance (hierna: FKA) geïntegreerd zou kunnen worden in de HNO Holding.⁵⁹

Het besluit om de huisartsenpost in het nieuwe ziekenhuis te integreren en alvast een huisartsenpost in SEHOS te bemensen was in 2017 weer in het RvM besluit bekrachtigd.⁶⁰ De huisartsenpost is nog niet volledig geïntegreerd. In het kader van hoor en wederhoor heeft de minister van GMN vermeld dat de huisartsenpost is ingericht in het CMC/HNO-ziekenhuiscomplex en binnenkort zal worden geoperationaliseerd in het kader van enerzijds het streven van minder belasting van de SEH-dienstverlening en anderzijds een optimale huisartsendienstverlening in de regio Orotobanda. Met de gezamenlijke huisartsen is het volgens de minister de bedoeling te komen tot een aantal op het eiland verspreide regionale Huisartsenposten vanuit dezelfde doelstellingen. Volgens de minister heeft verder in de afgelopen periode de directeur van HNO Transitie & Exploitatie N.V.⁶¹ (hierna: HNO TE) concrete gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de Colombiaanse zorginstelling Colsanitas om op korte termijn te komen tot de realisatie van Anderhalve-Lijn Zorgposten.

⁵⁶ Zie noot 50, beslispunt 24.

⁵⁷ Reactie SONA, in het kader van ambtelijk hoor en wederhoor, 2 december 2019.

⁵⁸ Dit is een soort overdekte garage voor ambulances die deel uitmaakt van het ziekenhuisgebouw.

⁵⁹ Stichting HNO Holding is de, ten behoeve van het nieuwe ziekenhuis in februari 2018 opgerichte, moedermaatschappij waaronder de op dezelfde datum opgerichte werkmaatschappijen HNO Transitie & Exploitatie en HNO Vastgoed & Beheer N.V. vallen.

⁶⁰ Zie noot 50, beslispunt 23.

⁶¹ Zie noot 56. Dit is de in 2018 opgerichte N.V. die verantwoordelijk is voor de transitie naar het nieuwe ziekenhuis.

Deze posten zullen in samenwerking met CMC/HNO-TE belast zijn met de regionale medische specialistische zorg buiten het HNO-gebouwencomplex. Tot slot heeft de minister opgemerkt dat vanwege het niet tijdig beschikbaar komen van de fondsen die hiervoor binnen het HNO-budget waren gereserveerd, de bovengenoemde projecten enigszins zijn vertraagd. Het ligt in de bedoeling om deze projecten binnenkort voort te zetten.

Ook het besluit om een Cito-lab in het nieuwe ziekenhuis te plaatsen was in 2017 weer in het RvM besluit bekrachtigd.⁶² Er is volgens SONA ruimte gereserveerd voor een Cito-lab voor spoedbepalingen in het ziekenhuis. Daarnaast is er ruimte voor een bloedtransfusie-lab en een medisch-microbiologisch lab.

De integratie van vasculaire diagnostiek en behandeling is gerealiseerd.

De integratie van de dialysetoelen is eveneens gerealiseerd. In het laatste geval zijn 48 dialyseposities gerealiseerd, waarvan 3 individuele posities. Volgens het PvE moesten vijftig posities worden gerealiseerd, waarvan twee individuele posities.⁶³ SONA heeft toegelicht dat er twee dialyseplaatsen minder zijn gerealiseerd om drie individuele ruimten (contact en drukisolatie) te kunnen realiseren. Gezien het grote aantal patiënten uit het buitenland was deze wens groot en in het kader van goede patiëntenzorg is het gehonoreerd. Ook is opgemerkt dat bij de berekeningen van vijftig dialyseplaatsen rekening werd gehouden met twee shifts (ochtend en middag). Er is altijd de mogelijkheid om uit te breiden naar drie shifts. Hierdoor neemt volgens SONA de capaciteit met 50% toe.

Ook de uitbreiding van de poliklinieken tot dertig spreekuureenheden is gerealiseerd.⁶⁴ In het PvE werd ook rekening gehouden met een expansiemogelijkheid over vijf jaar met vijftien extra spreekuureenheden.⁶⁵ Dit is niet gerealiseerd. Volgens SONA was de gedachte in 2011 dat de uitbreiding nooit nodig zou zijn en was deze opgenomen als noodoptie. SONA heeft ter zake de volgende toelichting gegeven: *“Van de totale, in 2015, benodigde polikliniek capaciteit voor het eiland werd 60-70% gerealiseerd in het nieuwe ziekenhuis (zonder uitbreiding). De gedachte in 2011 was dat deze uitbreiding nooit nodig zou zijn (het werd opgenomen als noodoptie). Als voorzien was dat deze capaciteit in de toekomst wél nodig zou zijn, was deze bij aanvang gerealiseerd.*

Redenering: oficina's zouden immers nog een tijd operationeel zijn (gedwongen verhuizing was veel te duur) en er was capaciteit in Taamskliniek en Advent Ziekenhuis voor poliklinische

⁶² Zie noot 50, beslispunt 18.

⁶³ NB. Een dialyse positie is een dialysetoel in combinatie met een dialyse apparaat. In een dialyseruimte kunnen één of meer dialysetoelen worden geplaatst. Een individuele positie betreft slechts één dialysetoel.

⁶⁴ De 30 spreekuureenheden bestaan zoals gepland uit 24 multifunctionele eenheden, die elk 2 multifunctionele spreek/onderzoekkamers bevatten, en 6 specifieke eenheden, die elk 2 specifieke spreek/onderzoekkamers bevatten, totaal 60 consultatieruimten.

⁶⁵ Gelijk aan dertig kamers.

activiteiten. Bij toekomstige afbouw van de oficina's zou de zorg op een andere manier gaan plaatsvinden: bijvoorbeeld in anderhalvelijnscentra⁶⁶ (Bandabou en Bandariba), in de verpleeg/verzorghuizen, dicht bij de patiënt thuis. Ook de opkomst van E-health speelde mee in deze afweging. Verder zou actief gestuurd gaan worden (centrale regie) op terugdringen van de herhaalfactor (in vergelijking met andere landen worden op Curaçao patiënten frequent gezien op de polikliniek), dus terugdringen van de zorgconsumptie, vermindering van de noodzakelijke capaciteit en kostenreductie”.

De geplande uitbreiding van de werkruimtes (backoffice) poliklinieken tot zeventig ruimten én de uitbreiding van radiotherapie met één lineaire accelerator zijn wel gerealiseerd. Dit geldt eveneens voor de uitbreiding van de behandelafdeling met zes behandelkamers.

Medisch specialismen

In mei 2014⁶⁷ was besloten om de vijf specialistische chirurgische kleine vakken, te weten dermatologie, kaakchirurgie, oogheelkunde, plastische chirurgie en KNO-chirurgie niet meer in het nieuwe ziekenhuis onder te brengen. Deze zogenoemde ‘kleine vakken’ zouden in plaats daarvan in de Poli Nobo⁶⁸ en/of het Advent Ziekenhuis worden ondergebracht. Vervolgens was in de tussenliggende periode onduidelijkheid of deze vakken al dan niet in het nieuwe ziekenhuis ondergebracht zouden worden. Op 6 juni 2016⁶⁹ hebben de vertegenwoordigers van de kleine vakken schriftelijk daartegen hun bezwaar geuit bij de Raad van Bestuur van SEHOS. Zij wezen de allocatie van de kleine vakken in de Poli Nobo en/of het Advent Ziekenhuis met een grote fysieke afstand tot het nieuwe ziekenhuis categorisch af. Indien plaatsing in het nieuwe ziekenhuis niet mogelijk was, stelden zij nieuwbouw voor, aanpalend aan het nieuwe ziekenhuis, met verbinding daarnaar toe. Slechts dan kon volgens deze vertegenwoordigers het effect dat beoogd werd met de bouw van het nieuwe ziekenhuis, zoals de integratie van medisch specialisten, kwaliteitsbevordering en kostenbeheersing door efficiëntie, behaald worden. In het eerdergenoemde RvM-besluit van 23 maart 2017⁷⁰ is besloten om alsnog de specialistisch chirurgische kleine vakken, met uitzondering van

⁶⁶ N.b. In een anderhalvelijnscentrum moet de verbinding worden gemaakt tussen enerzijds huisartsenzorg en anderzijds ziekenhuiszorg. In het centrum worden verschillende disciplines samengebracht. De mogelijkheden voor zowel diagnostiek als behandeling worden vergroot. Hierdoor wordt een patiënt minder snel doorverwezen naar een ziekenhuis en kan gewoon in zijn eigen omgeving goed worden geholpen. De scheiding tussen de eerste en tweede lijn wordt doorbroken, vandaar de naam anderhalvelijn.

⁶⁷ Dit besluit zou voortvloeien uit het concept ‘Eindrapport haalbaarheidsstudie gespecialiseerde klinieken’, definitieve versie 26 mei 2014. De Rekenkamer beschikt niet over dit rapport (Bron: Tussentijdse Evaluatie HNO, 10 december 2016).

⁶⁸ Hierin zijn de poliklinieken van SEHOS ondergebracht.

⁶⁹ Gezamenlijke mening vertegenwoordigers vakgroepen Oogheelkunde, KNO, Dermatologie, Kaakchirurgie en Plastische Chirurgie, inzake de her-allocatie van de locatie van de poliklinische en klinische zorg, n.a.v. de vergadering d.d. 17 mei 2016 daarover, 8 juni 2018.

⁷⁰ Zie noot 50, beslispunt 22.

oogheekunde, in het nieuwe ziekenhuis op te nemen. Voor oogheekunde zou een centrum voor oogheekunde aanpalend aan het ziekenhuis worden gebouwd. Dit centrum zou als satelliet van het nieuwe ziekenhuis fungeren. Voor de overige specialismen is wel ruimte gereserveerd. In dit kader worden aanpassingen in de poliklinieken doorgevoerd om ook aan de specialismen dermatologie, kaakchirurgie, plastische chirurgie en KNO huisvesting te bieden. De minister van GMN heeft verder in haar reactie vermeld dat de polikliniekfunctie van het medisch specialisme KNO vooralsnog buiten het CMC/HNO Ziekenhuiscomplex zal worden ingevuld. Ook de polikliniek voor het medisch specialisme oogheekunde wordt momenteel niet ingevuld in het CMC/HNO complex maar bij diverse externe praktijken van de betreffende medische specialisten. De relevante OK-functie wordt vrijwel geheel verzorgd door het Advent Ziekenhuis. Met het Advent Ziekenhuis is afgesproken dat de oogheekunde (zorgzwaarte ASA 1-2) aldaar zal worden verricht. Complexe en risicovolle operaties (zorgzwaarte ASA 3-4-5) zullen bij CMC/HNO blijven. De RvM is op 8 januari 2020 akkoord gegaan met de toewijzing van de oogkliniekfunctie aan het Advent Ziekenhuis.⁷¹ Tot slot is uit de reactie van de minister op te maken dat er geen apart gebouw voor oogheekunde meer zal worden gebouwd.

In het kader van hoor en wederhoor heeft SONA toegelicht dat oorspronkelijk alle specialismen vertegenwoordigd zouden zijn in het nieuwe ziekenhuis. Van de totale benodigde polikliniek capaciteit voor het eiland werd 60-70% gerealiseerd in het nieuwe ziekenhuis (zonder uitbreiding). Het beleid is gewijzigd in 2013. Men wilde naar één ziekenhuis, met alle specialisten erin. Dat paste niet (qua bedden en niet qua polikliniek). Vanaf dat moment werd gezegd: 'het ziekenhuis is te klein'. Vervolgens werden (in 2013) de 'kleine vakken' toegewezen aan de Taamskliniek en het Advent Ziekenhuis. Dat leverde veel onrust op. Later (2017) is dat weer teruggedraaid: alle specialismen (behoudens oogheekunde) krijgen plaats in het nieuwe ziekenhuis (oficina's zouden immers nog een tijd operationeel zijn, er was capaciteit in de Taamskliniek en het Advent Ziekenhuis). Daarnaast was het de bedoeling dat in de loop der tijd zogenaamde 'anderhalvelijnscentra' zouden ontstaan. Feitelijk wordt volgens SONA nu het oude plan uitgevoerd: alle disciplines worden opgenomen, waarbij alleen oogheekunde extern blijft.

Afwijkingen overige capaciteit

Van de SEH zijn negen consultatieruimten gerealiseerd in plaats van acht. Verder is een grotere druktank gerealiseerd dan gepland. De druktank is geschikt voor tien zittende

⁷¹ Zaaknummer 2020/00435.

personen of twee zittende personen en twee liggende (brancard) personen (flexibel). Daarnaast zijn de acht beoogde 'on-call' kamers gerealiseerd. Drie van deze kamers zijn verplaatst naar een positie tussen de Verloskamers en de Kinderafdeling.⁷² Van het helikopterplatform dat was voorzien in het oorspronkelijke ontwerp voor de locatie Amstelrein, is afgezien. Met de verhuizing naar de locatie in Otrobanda is namelijk besloten om het platform bij de haven te blijven gebruiken. Het mortuarium is uiteindelijk niet gerealiseerd. Volgens SONA is in overleg met SEHOS daarvan afgezien omdat ingevolge de cultuur van het eiland overledenen een paar uur op de afdeling moeten blijven en daarna rechtstreeks naar het begrafeniscentrum gaan. Tot slot zijn er drie echoscopielokalen gerealiseerd in plaats van twee en twee CT-scanners in plaats van één.

Van bepaalde onderdelen van het vastgestelde zorgaanbod is afgezien om deze nog door het ziekenhuis te laten aanbieden. Er komt geen centrum voor oogheelkunde meer naast het ziekenhuis. De polikliniek voor oogheelkunde wordt momenteel ingevuld bij diverse externe praktijken van de betreffende medisch specialisten. Het CMC zal verantwoordelijk zijn voor complexe en risicovolle oogoperaties (zorgzwaarte ASA 3-4-5) en het Advent Ziekenhuis voor oogheelkunde zorgzwaarte ASA 1-2. De polikliniekfunctie KNO wordt vooralsnog buiten het CMC ingevuld. Het overige vastgestelde zorgaanbod is in belangrijke mate gerealiseerd.

2.5 Werkelijk zorgaanbod nieuw ziekenhuis versus zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg

Om te bepalen of het werkelijke zorgaanbod van het ziekenhuis voorziet in de zorgbehoefte aan ziekenhuiszorg is een uitgebreid onderzoek naar deze zorgbehoefte voor Curaçao noodzakelijk. Bij aanvang van het project is namelijk uitgegaan van de verwachte zorgbehoefte in 2015, het jaar waarin het ziekenhuis in eerste instantie geacht werd operationeel te worden. In dat kader is het ook van belang om na te gaan in hoeverre de overige ziekenhuiszorgaanbieders nog steeds de capaciteit leveren waarvan indertijd werd uitgegaan. Er kan dus geen antwoord worden gegeven op de vraag of het werkelijke zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis voorziet in de zorgbehoefte van het Land. Wel blijkt uit schattingen dat de verwachte benodigde beddenscapaciteit in het jaar 2025⁷³ tussen 269 en 333 bedden ligt, rekening houdend met de huidige beddenscapaciteit van de overige

⁷² Zie noot 54.

⁷³ Dit jaar is gekozen omdat het ziekenhuis in 2020 operationeel is en uit het onderzoek blijkt dat het gebruikelijk is in de ziekenhuiszorg om ongeveer om de vijf jaar naar de ontwikkelingen hierover te kijken.

ziekenhuiszorgaanbieders. Ook blijkt dat doordat de Taamskliniek niet meer bestaat overige (niet-bedden) capaciteit verloren is gegaan waarin slechts deels is voorzien door vergunningverlening aan het Advent Ziekenhuis.

Onderstaand wordt een indicatie gegeven van de verwachte beddenbehoefte in 2025, uitgaande van de drijvers van het aantal bedden waarvan in de eerdere onderzoeken van de RvV was uitgegaan. Verder wordt een indicatie gegeven van de bedden capaciteit die naar verwachting door het ziekenhuis ingevuld zal moeten worden in 2025, uitgaande van de bedden capaciteit die door de overige zorgaanbieders wordt ingevuld. Tot slot is weergegeven van welke overige capaciteit voor de overige ziekenhuiszorgaanbieders werd uitgegaan bij het bepalen van de uitbreidingen ten opzichte van SEHOS en wat deze capaciteit is nadat de Taamskliniek failliet is gegaan.

Verwachte beddenbehoefte CMC in 2025

Bij het schatten van de beddenbehoefte in 2015 is gekozen voor de benadering van de RvV, namelijk een bepaald promillage vermenigvuldigd met het verwachte aantal inwoners van het Land. Deze benadering heeft de Rekenkamer ook gevolgd voor het schatten van de beddenbehoefte in 2025.

Voor een indicatie van het inwoneraantal in het jaar 2025 is gebruik gemaakt van een rapport van het Centrale Bureau voor de Statistiek Curaçao (hierna: CBS).⁷⁴ Volgens dit rapport verwachtte het CBS een inwoneraantal van minimaal 148.755⁷⁵ en maximaal 177.948⁷⁶ personen in het jaar 2025. Er is uitgegaan van 2,2‰⁷⁷, het promillage dat in het rapport van RvV voor 2020 is gehanteerd. Op grond van deze uitgangspunten is de verwachte beddenbehoefte voor heel Curaçao in het jaar 2025 minimaal gelijk aan 327 bedden en maximaal aan 391 bedden. De Taamskliniek is vanaf 2015 failliet. Het Advent Ziekenhuis heeft op haar verzoek bij ministeriële beschikking (hierna: MB) een aantal vergunningen gekregen om de gebouwen en de faciliteiten van de Taamskliniek in gebruik te nemen voor het bieden van ziekenhuiszorg. Onder andere is een vergunning gekregen voor een uitbreiding met 35 ligbedden.⁷⁸ Totaal kan het Advent Ziekenhuis dus bijdragen met een

⁷⁴ Population Projections 2015-2050. Results and brief analysis of five projection variants. CBS. Augustus 2015.

⁷⁵ Uitgaande van een emigratie golf.

⁷⁶ Uitgaande van een hoge immigratie.

⁷⁷ NB 2,2‰ betekent 2,2 bedden per 1000 inwoners.

⁷⁸ Vergunning Advent ziekenhuis voor uitbreiding bedden capaciteit, 11 december 2015.

N.a.v. van het verzoek d.d. 21 juli 2015 is op 11 december 2015 bij MB een vergunning verleend aan het Advent Ziekenhuis voor uitbreiding op de locaties Warawaraweg 4, Kinikiniweg en Schout bij Nacht Doormanweg.

capaciteit van 73 bedden: 38⁷⁹ plus 35. Het nieuwe ziekenhuis zou dus in 2025 minimaal moeten bijdragen met 269 bedden⁸⁰ en maximaal met 333 bedden.⁸¹ In het eerste scenario heeft het ziekenhuis een overschot van 31 bedden en in het tweede scenario een tekort van 33 bedden. Of bovengenoemde uitkomst ernstig is hangt af van de waarschijnlijkheid dat de uitgangspunten zich voordoen, namelijk een promillage van 2,2‰ en de verschillende scenario's voor de inwonersaantallen. Ook een verwachte afname van de gemiddelde ligduur was één van de uitgangspunten geweest om van driehonderd bedden uit te gaan en om in 2020 van een lager aantal bedden per 1.000 inwoners. Uit het jaarverslag en de presentatie hierover van SEHOS blijkt dat tussen 2015 en 2017 daadwerkelijk sprake was van een afname van de ligduur.

In het kader van hoor en wederhoor heeft SONA de volgende reacties gegeven.

Met betrekking tot de opmerking van de Rekenkamer dat de Taamskliniek vanaf 2015 failliet is: *“In het licht van de “centrale regie” kan men stellen dat het beter was geweest indien de overheid hier had ingegrepen. Taams vormde een belangrijke schakel in het aanbod van ziekenhuiszorg. De bedden capaciteit van het nieuwe ziekenhuis was immers berekend op beschikbaarheid van bedden in Taams/Advent. De overheid had deze capaciteit op dat moment relatief eenvoudig kunnen onttrekken aan het private domein en kunnen toevoegen aan het publieke domein”.*

Met betrekking tot de opmerking van de Rekenkamer dat de ernst van bovengenoemde uitkomst, afhangt van de waarschijnlijkheid dat de uitgangspunten zich voordoen, namelijk een promillage van 2,2‰ en de verschillende scenario's voor de inwonersaantallen, heeft SONA als volgt gereageerd:

“Door verdere verkorting van de ligduur en meer ingrepen in dagbehandeling zou de bed behoefte nog verder kunnen dalen naar 2,0‰. Dit staat of valt wel bij adequate, goede 1^e en 3^e lijnszorg. In plaats van meer ziekenhuisbedden kan beter capaciteit in de 1^e en 3^e lijn worden gecreëerd”.

⁷⁹ Uit verkregen informatie blijkt dat het aantal van 40 bedden, waarvan in 2011 werd uitgegaan, inmiddels 38 bedraagt.

⁸⁰ 327 bedden minus 73 bedden plus 15 PAAZ bedden

⁸¹ 391 bedden minus 73 bedden plus 15 PAAZ bedden.

Overige capaciteit overige ziekenhuiszorgaanbieders

Zoals eerder opgemerkt is in 2011 ervan uitgegaan dat de vastgestelde capaciteit voor het nieuwe ziekenhuis samen met de capaciteit van de Taamskliniek en het Advent Ziekenhuis voldoende zou zijn om in de totale zorgbehoefte voor ziekenhuiszorg te voorzien.

Het Advent Ziekenhuis heeft, voor de in onderstaande tabel groen gemarkeerde faciliteiten van de voormalige Taamskliniek, vergunningen gekregen om deze in gebruik te nemen voor het bieden van ziekenhuiszorg. Niet alle capaciteit waarin de Taamskliniek voorzorg is echter overgenomen door het Advent Ziekenhuis. De rode vakjes geven weer welke capaciteit verloren is gegaan doordat de Taamskliniek niet meer bestaat. De lichtgekleurde vakjes geven nieuwe capaciteit weer waarover de Taamskliniek niet beschikte en het Advent Ziekenhuis een vergunning heeft gekregen.

Tabel 4. Mutaties in ziekenhuiszorgaanbod Taamskliniek en Advent - Damacor

Capaciteiten	Omvang Periode 2011- 2012	Indicator	Omschrijving	Na overname door Advent ziekenhuis Taamskliniek-Advent Damacor
Taamskliniek				
Operaties	2	Operatiekamers	Oogheelkunde en poliklinische ingrepen	Niet bruikbaar
Stoelen	15	Dagbehandeling		Niet bruikbaar
Radiologie	1	Onderzoekruimte	met MRI	⁸²
Endoscopie	1	Behandelruimte		Niet bruikbaar
Citolab	1		met prikpost	⁸³
Long en hartfunctie	1			Niet bruikbaar
Polikliniek	1			Niet bruikbaar
Verrichten van slaaponderzoeken				Uitbreiding ⁸⁴
Medium Care Unit				Uitbreiding ⁸⁵
Dialyse capaciteit		Stoelen		Uitbreiding ⁸⁶

⁸² Vergunningen Advent Ziekenhuis d.d. 6 maart 2017 voor Radiologie en 9 november 2016 voor MRI.

⁸³ Vergunning Advent Ziekenhuis d.d. 11 december 2015 voor uitbreiding met een prikcentrum te Damacor.

⁸⁴ Vergunning Advent Ziekenhuis d.d. 11 december 2015 voor het verrichten van slaaponderzoeken.

⁸⁵ Vergunning Advent Ziekenhuis d.d. 9 november 2016 voor een Medium Care Unit.

⁸⁶ Vergunning Advent Ziekenhuis d.d. 9 november 2016 voor dialyse capaciteit voor acht stoelen bij de locatie Taamskliniek.

Of er sprake is van een capaciteitstekort (rode vakjes) of overschot (lichtgekleurde vakjes) is niet eenvoudig te beantwoorden. Daarvoor is nader onderzoek naar de zorgbehoefte nodig want mogelijk is met deze mutaties voldoende voorzien in de zorgbehoefte.

Om te bepalen of het werkelijke zorgaanbod van het ziekenhuis voorziet in de zorgbehoefte aan ziekenhuiszorg is een uitgebreid onderzoek naar deze zorgbehoefte voor Curaçao noodzakelijk. Bij aanvang van het project is namelijk uitgegaan van de verwachte zorgbehoefte in 2015, het jaar waarin het ziekenhuis in eerste instantie geacht werd operationeel te worden. Ook is het zorgaanbod van de overige ziekenhuiszorgaanbieders ten opzichte van 2011 gewijzigd doordat de Taamskliniek failliet is gegaan. Daardoor is capaciteit verloren gegaan. Dit is deels gecompenseerd door verleende vergunningen aan het Advent Ziekenhuis. Daarnaast heeft dit ziekenhuis ook andere capaciteiten verkregen middels vergunningen. Op grond van schattingen ligt de verwachte benodigde beddenscapaciteit voor het CMC in 2025 tussen de 269 en 337 bedden. Om vast te stellen of het CMC en het Advent Ziekenhuis in 2025 voorzien in de zorgbehoefte aan ziekenhuiszorg is een nieuw onderzoek naar de zorgbehoefte nodig. Er kan dus geen antwoord worden gegeven op de vraag of het werkelijke zorgaanbod van het nieuwe ziekenhuis momenteel voorziet in de zorgbehoefte van het Land betreffende ziekenhuiszorg.

2.6 Conclusie en aanbevelingen

Doordat is afgezien van de integratie van de Kraamkliniek is de daarvoor gereserveerde verloskamer voor de eerstelijnszorg niet meer nodig. In 2013-2014 was reeds gebleken dat de capaciteit van vier verloskamers (exclusief een verloskamer voor de eerstelijnszorg) te krap was. Daarom werd, toen was afgezien van de integratie van de eerstelijns bevallingen, het aantal van vijf verloskamers gehandhaafd.

De geschatte benodigde beddenscapaciteit voor het CMC in 2025 ligt tussen de 269 en 337 bedden. Het zorgaanbod van het Advent Ziekenhuis is afgenomen ten opzichte van 2011 doordat de Taamskliniek failliet is gegaan. Om vast te stellen of het nieuwe ziekenhuis en het Advent Ziekenhuis in 2025 voorzien in de zorgbehoefte aan ziekenhuiszorg is een nieuw onderzoek naar de zorgbehoefte nodig.

Aanbevolen wordt om binnen afzienbare termijn een uitgebreid onderzoek naar de zorgbehoefte te doen waarbij niet alleen de zorgbehoefte van de tweedelijnszorg

(ziekenhuiszorg) in kaart wordt gebracht maar ook van de eerstelijnszorg en derdelijnszorg en de onderlinge samenhang van deze drie.

Ook wordt aanbevolen dat de minister inzicht geeft in de maatregelen die 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.

3 Past het nieuwe ziekenhuis in de structuur van de ziekenhuiszorg?

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag of het CMC past in de structuur van de ziekenhuiszorg. Bij het vaststellen van het zorgaanbod is uitgegaan van een bepaalde structuur van de ziekenhuiszorg in de nabije toekomst waarin dit ziekenhuis zou moeten passen. Deze structuur werd gevormd door een centrale regie door de overheid over de ziekenhuiszorg⁸⁷ en de realisatie van een GMSB.⁸⁸ De centrale regie houdt in dat de overheid (het Ministerie van GMN in samenspraak met diverse andere ministeries) sturing krijgt over waar welke zorg geleverd wordt en onder welke condities.⁸⁹

Aan de hand van drie sub vragen die hierna zijn opgenomen, wordt in de desbetreffende paragrafen behandeld in hoeverre de onderdelen van deze structuur zijn gerealiseerd:

- Heeft de overheid de centrale regiefunctie ingevuld; i.c. zijn de ziekenhuiszorgfuncties onder de ziekenhuiszorgaanbieders verdeeld (de zogenoemde functieverdeling); zijn er samenwerkingsprotocollen/verbanden gesloten en is er een overheidsorgaan aangewezen dat de functieverdeling zal coördineren? (paragraaf 3.2.)
- Is het GMSB gerealiseerd? (paragraaf 3.3).

3.2 Centrale regie en functieverdeling

Er is geen recent besluit van de RvM over een volledige functieverdeling tussen het nieuwe ziekenhuis en de satellieten. Wel heeft intussen de RvM, zoals in hoofdstuk 2.4 is opgemerkt, op 8 januari 2020 de functieverdeling tussen het Advent Ziekenhuis en het CMC, met betrekking tot de oogkliniek vastgesteld. Verder zijn niet alle satellieten reeds opgericht danwel operationeel. Ook zijn geen samenwerkingsprotocollen met zorgaanbieders afgesloten. Wel heeft de overheid een memorandum of understanding (hierna: MOU) met de vertegenwoordigers van de eerstelijnszorg en derdelijnszorg gesloten, te weten de Curaçaose Huisartsen Vereniging (hierna: CHV) en de Stichting Federatie Zorginstellingen

⁸⁷ In het besluit van 15 juni 2011 was de RvM ook akkoord gegaan met het nemen van een centrale regie over alle ziekenhuiszorg, namelijk de ziekenhuiszorg in NHN en de ziekenhuiszorg in de Taamkliniek, het Advent Ziekenhuis en de Pain Clinic.

⁸⁸ NB. in het rapport van TNO van 2009 is reeds als uitgangspunt opgenomen dat in het nieuwe ziekenhuis sprake is van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Dit betekent dat de medisch specialisten in het ziekenhuis hun werkzaamheden verrichten voor klinisch en poliklinische patiënten.

⁸⁹ Besluit zaaknummer: 2011/50569.

(hierna: SFZ).⁹⁰ De centrale regie over de zorg moet nog worden ingebed in het Ministerie van GMN.

Er zijn in 2011, 2012 en 2013 diverse besluiten genomen door de RvM over de functieverdeling en ook hebben opeenvolgende ministers van GMN in 2012, 2013 en 2014 onderzoek daarnaar laten doen. Hierna wordt een en ander nader toegelicht.

- RvM besluit van 16 november 2011.⁹¹ Het nieuwe ziekenhuis zal alle basis- en bepaalde topklinische functies uitoefenen. De Taamskliniek, het Advent Ziekenhuis en de Pain Clinic zullen een satellietfunctie krijgen. De toebedeling van de specialistische functies aan de satellieten geschiedt op basis van de criteria: zorgzwaarte (overeenkomstig de ASA-classificatie⁹²), historisch perspectief en capaciteit. De centrale locatie van het nieuwe ziekenhuis zal specialistische functies uitoefenen die een zorgzwaarte hebben variërend tussen zorgzwaarte 3 tot en met zorgzwaarte 5.⁹³ Dit impliceerde dat de satellietlocaties in beginsel de specialistische functies toebedeeld kregen met zorgzwaarte 1 en 2.⁹⁴
- RvM besluit van 8 augustus 2012. Akkoord met drie beslispunten ingevolge een gezamenlijk advies van onder andere de minister van GMN⁹⁵ op 30 juli 2012. Dit advies vloeide voort uit een conceptadvies voor een functieverdeling op 12 juni 2012 van de heer A.J.P. Boesten die daartoe op 12 maart 2012 opdracht had gekregen.⁹⁶ ⁹⁷ De beslispunten betroffen met name het kenmerken van de profielen⁹⁸ voor het nieuwe

⁹⁰ Stichting Federatie Zorginstellingen, of de Zorgfederatie, is een samenwerkingsverband van instellingen voor gezondheidszorg en Welzijn op Curaçao en Bonaire. De Zorgfederatie heeft als doel het behartigen van de belangen van haar leden die actief zijn in de zorg; Website SFZ, 29 oktober 2019.

⁹¹ Besluit ziekenhuisbeleid zaaknummer 2011/0888803.

⁹² Zie noot 5.

⁹³ Zie noot 6.

⁹⁴ Zie noot 5.

⁹⁵ De SG van het ministerie van GMN, de Voorzitter van de Taskforce Gezondheidszorg, de beleidsdirecteur van het ministerie van Financiën en de vertegenwoordiger van de Project Management Board van GMN.

⁹⁶ De toenmalige minister van GMN heeft op 12 maart 2012 opdracht gegeven aan een consultant om zo snel mogelijk de mogelijkheden van de samenwerking en taakverdeling tussen de zorginstellingen te onderzoeken en met een opzet voor een functieverdeling te komen. Op 4 september 2012 heeft de consultant een definitief advies 'Functieverdeling Ziekenhuiszorg' uitgebracht.

⁹⁷ Uit reacties van de Pain Clinic en het Advent Ziekenhuis blijkt dat zij indertijd vooraf geen input hebben gegeven over hun rol als satelliet en de functieverdeling (Reactie Pain Clinic op rapport functieverdeling ziekenhuizen van A.J.P. Boesten; Interview Rekenkamer met directie Advent Ziekenhuis d.d. 10 september 2018.

⁹⁸ De volgende profielen werden vastgesteld:

- Het profiel van NHN kan voornamelijk gekenmerkt worden door Risicovolle en Complexe zorg.
- Het profiel van de Taamskliniek kan voornamelijk gekenmerkt worden door Planbaarheid en Volume (hoge turnover).
- Het profiel van het Advent Ziekenhuis kan voornamelijk gekenmerkt worden door Planbare zorg en een langere ligduur.
- Het profiel van de Pain Clinic kan voornamelijk gekenmerkt worden een zorgpakket met een soms complex karakter en langere (lig) duur (thuis).

ziekenhuis en de satellieten op basis van een vijftal kerncompetenties.⁹⁹ Ook zou een drietal onderzoeken¹⁰⁰ bij de Taamskliniek, het Advent Ziekenhuis en de Pain Clinic uitgevoerd moeten worden om de functieverdeling ziekenhuiszorg definitief vorm te geven.

- RvM besluit van 31 oktober 2012.¹⁰¹ Akkoord met vier beslispunten die een aanscherping van de drie eerdere beslispunten betroffen, ingevolge een advies van de op 29 september 2012 aangetreden minister van GMN. Onder andere werd besloten dat de besproken en afgesproken kaders met betrekking tot de functieverdeling werden geratificeerd. Dit gold eveneens voor het besluit om onderzoeken bij de satellietklinieken uit te voeren. Daarna zou de RvM geadviseerd worden over de mogelijke gevolgen op de in eerste instantie voorgestelde functieverdeling. Vervolgens zou met alle betrokken partijen een convenant worden besproken en overeengekomen waarin een gezamenlijke aanpak werd afgesproken over de meer concrete invulling van de vastgelegde functieverdeling.

De onderzoeken waartoe in 2011 en 2012 was besloten hebben niet plaatsgevonden. In 2013 heeft de in december 2012 nieuw aangetreden minister van GMN wel een onderzoek laten uitvoeren naar de functieverdeling.¹⁰² Het doel van deze opdracht was ten eerste om inzicht te krijgen in de status quo van de kwalitatieve en kwantitatieve capaciteit op het gebied van medisch specialistisch zorg, gemeten over de periode 2010-2013. In tweede instantie zou op grond van dit inzicht een functie verdeelplan opgesteld moeten worden. Het rapport is op 7 januari 2014 verschenen.¹⁰³ Volgens het rapport waren de 'kleine vakken' dermatologie, kaakchirurgie KNO, oogheelkunde, plastisch chirurgie en revalidatie geneeskunde onderwerp van de functieverdeling. Van de overige basisspecialismen was bekeken welk deel van de zorg op verantwoorde wijze ook onderdeel zou kunnen worden van een mogelijke functieverdeling. De eindconclusie was dat invulling met alleen kleine vakken inhoudelijk en organisatorisch verdedigbaar was maar vanuit financieel en bedrijfseconomisch oogpunt niet realiseerbaar.

Op 31 maart 2014 heeft de minister van GMN respectievelijk de Taamskliniek en het Advent Ziekenhuis geïnformeerd over de noodzaak van een vervolgonderzoek, waarvoor ook aan de opsteller van het eerdere onderzoek opdracht zou zijn verleend. Volgens de minister

⁹⁹ Risico, complexiteit, volume, planbaarheid en ligduur.

¹⁰⁰ Deze onderzoeken zouden zijn een financiële audit, een bouwtechnische inventarisatie en een kwaliteitsonderzoek van de Taamskliniek, het Advent Ziekenhuis en de Pain Clinic.

¹⁰¹ Besluit functieverdeling zaaknummer: 2012/443370.

¹⁰² Onderzoek door de heer G.A. Rodriguez Pereira.

¹⁰³ Advies Functieverdeling Medische Specialistische Zorg Advent Ziekenhuis en Kliniek Dr. J. Taams, G.A. Rodriguez Pereira, 7 januari 2014.

betrof het vervolgonderzoek een 'haalbaarheidsstudie naar gespecialiseerde klinieken ter concentratie van de vijf kleine medisch specialismen en gespecialiseerde zorg na klinisch medisch specialistische behandeling'.¹⁰⁴ Ondanks verzoeken daartoe aan het Ministerie van GMN heeft de Rekenkamer het rapport over het vervolgonderzoek niet ontvangen. Blijkens onderliggende documentatie heeft dit rapport ten grondslag gelegen aan de wijziging van de functieverdeling in mei 2014.¹⁰⁵ Zoals in hoofdstuk 2.4 vermeld is toen besloten om de vijf kleine medisch specialismen niet in het nieuwe ziekenhuis op te nemen. Ook is vermeld dat de RvM dit besluit, met uitzondering van oogheelkunde, heeft teruggedraaid.

Aan de voorgenomen functieverdeling is in de daarop volgende jaren geen verdere invulling gegeven. Zo is geen convenant met alle betrokken partijen besproken en overeengekomen waarin een gezamenlijke aanpak werd afgesproken over de meer concrete invulling van de vastgelegde functieverdeling. Wel is in de eerdergenoemde vergunningen, die in 2015 en 2016 aan het Advent Ziekenhuis zijn verleend, een voorwaarde opgenomen die verband houdt met de centrale regie over de zorg. Het Advent Ziekenhuis, inclusief de nieuwe locaties, zou namelijk te zijner tijd onderdeel worden van een eilandelijke ziekenhuisorganisatie onder één bestuur, met één beleid en één budget voor ziekenhuiszorg. Verder was in de vergunningen opgenomen dat het Advent Ziekenhuis zoals afgesproken hieraan haar medewerking zou verlenen.

Volgens een op 18 februari 2018 verschenen document 'Visiedocument transitie zorg-landschap Concept 0.10' van het Ministerie van GMN bleef het besluit van de functieverdeling van oktober 2012 het uitgangspunt. Daarbij is verwezen naar het eerdergenoemde rapport van A.J.P. Boesten. In de in januari 2020 aangepaste versie van het visiedocument genaamd 'Traha huntu pa un Kòrsou salú 2025-Samen bouwen aan een gezond Curaçao 2025'¹⁰⁶ is eveneens verwezen naar het rapport van Boesten. Vermeld is

¹⁰⁴ Het doel van het onderzoek was om in overleg met de betreffende specialisten vast te stellen of en zo ja welke zorg van de vijf kleine medisch specialismen zich goed leende om in een kleinschalige gespecialiseerde kliniek onder te brengen. Ten aanzien van overige specialistische (na)zorg zou met betrokken (para)medisch specialismen (algemene heelkunde, interne geneeskunde en nefrologie, neurologie en orthopedie) vastgesteld worden of en zo ja welke zorg zich leende om in een kleinschalige gespecialiseerde kliniek onder te brengen. Indien uit het onderzoek zou blijken dat het voorgaande kon leiden tot een formule die patiëntvriendelijk(er) was en naar kwaliteit en continuïteit van zorg die beter was dan voorheen in SEHOS, en deze formule een business plan opleverde met een positieve business case voor het Advent Ziekenhuis en de Taamskliniek zou nader onderzoek plaatsvinden. In dit onderzoek zou worden onderzocht welke voor SEHOS/nieuw ziekenhuis, Advent Ziekenhuis en de Taamskliniek de meest passende juridische, governance, financiële en fiscale structuur was om gezamenlijk de medisch specialistische zorg te gaan leveren en in welk tempo dit te realiseren.

¹⁰⁵ Dit besluit zou voortvloeien uit het concept "Eindrapport haalbaarheidsstudie gespecialiseerde klinieken", definitieve versie 26 mei 2014. De Rekenkamer beschikt niet over dit rapport (Bron: Tussentijdse Evaluatie HNO, 10 december 2016).

¹⁰⁶ Curaçao januari 2020, opgesteld door het Ministerie van GMN.

dat de ziekenhuiszorg vanuit twee locaties wordt geboden, te weten HNO/CMC en Advent Ziekenhuis. Ook is opgenomen dat het de bedoeling is dat er een functieverdeling plaats vindt tussen de beide ziekenhuizen. De functieverdeling is op hoofdlijnen opgenomen.¹⁰⁷ Verder is onder andere vermeld dat de functieverdeling nader geconcretiseerd wordt in termen van duidelijke zorgprofielen en zorgpaden. De afspraken omtrent gedifferentieerde zorgprofielen worden vastgelegd in samenwerkingsprotocollen, gezamenlijke behandelprotocollen en een eenduidig kwaliteitssysteem. De in een ziekenhuis werkzame geneeskundigen, georganiseerd per vakgroep, zijn verplicht zich te houden aan bovengenoemd kwaliteitssysteem. Tot slot is vermeld dat er in dit kader op bestuurlijk niveau samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen HNO/CMC en Advent over onder andere de verdeling van functies en taken, kwaliteitssysteem, samenwerking tussen zorgprofessional, waaronder de medische specialisten in vakgroeppvorming. Recentelijk, op 3 januari 2020 heeft de RvM het visiedocument vastgesteld.¹⁰⁸ Zoals eerder aangegeven is de RvM op 8 januari 2020 akkoord gegaan met de toewijzing van de functie van oogkliniek aan het Advent Ziekenhuis. Er zal daartoe een overeenkomst worden aangegaan tussen het Advent Ziekenhuis en CMC.¹⁰⁹ Eerder is ook vermeld dat de polikliniekfunctie van het medisch specialisme KNO vooralsnog buiten het CMC/HNO Ziekenhuiscomplex zal worden ingevuld. Ook 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 OK-functie wordt vrijwel geheel verzorgd door het Advent Ziekenhuis. Met het Advent Ziekenhuis is afgesproken dat de oogheelkunde (zorgzwaarte ASA 1-2) aldaar zal worden verricht. Complexe en risicovolle operaties (zorgzwaarte ASA 3-4-5) zullen bij CMC/HNO blijven.

In het kader van ambtelijk hoor en wederhoor heeft SONA opgemerkt dat de functieverdeling diverse keren formeel is vastgelegd, echter was sprake van wijzigend overheidsbeleid waardoor de functieverdeling wijzigde. De Rekenkamer merkt op dat zij diverse besluiten heeft aangetroffen over de functieverdeling waarbij ook steeds werd

¹⁰⁷ Op hoofdlijnen is de functieverdeling als volgt:

- Patiëntenzorg die hoort tot de categorie acuut wordt bij voorkeur door HNO/CMC geboden rekening houdend met de capaciteitsverdeling tussen de ziekenhuizen.
- Patiëntenzorg die hoort tot de categorie electief, hoog complex en hoog risico wordt uitsluitend door het HNO/CMC geboden.
- Geplande, laag complexe en laag risicozorg wordt zowel door HNO/CMC als Advent Ziekenhuis verleend. Langs de as van diagnoses en ASA-classificaties worden samenwerkingsverbanden gemaakt tussen HNO/CMC en het Advent Ziekenhuis omtrent verdeling in zorgportfolio tussen de beide ziekenhuizen.

¹⁰⁸ Besluit zaaknummer 2019/054263.

¹⁰⁹ Functieverdeling oogkliniek tussen Advent Ziekenhuis en CMC, brief van de minister van GMN aan de RvM, 6 januari 2020.

besloten om verder onderzoek te doen óf een nieuwe functieverdeling vast te stellen op basis van de actuele situatie binnen de ziekenhuiszorg. Een definitief besluit was evenwel niet aangetroffen.

Naast de toenmalige Taamskliniek en het Advent Ziekenhuis is ook de Kraamkliniek als satelliet door de RvM aangewezen nadat laatstgenoemde op 23 maart 2017¹¹⁰ had afgezien van de integratie van de Kraamkliniek met de kraamafdeling van het nieuwe ziekenhuis. In plaats daarvan zouden de eerstelijns bevallingen in of zo dicht mogelijk bij het nieuwe ziekenhuis worden gecentreerd. Er zijn nog geen voorzieningen daarvoor getroffen. Zoals in hoofdstuk 2.4 aangegeven is de Kraamkliniek in overleg met SEHOS om de kraamkliniek aldaar in te richten, dus in de directe nabijheid van het nieuwe ziekenhuis. De plannen zullen op korte termijn aan de minister van GMN worden voorgelegd.

Ook het nationaal laboratorium, waarin ADC en het SEHOS laboratorium moeten fuseren, moet een satelliet van het nieuwe ziekenhuis worden.¹¹¹ De integratie loopt maar is nog niet voltooid. Op 11 oktober 2017 heeft de RvM goedgekeurd dat het ADC aanpalend aan het nieuwe ziekenhuis een nieuw laboratorium zal bouwen.¹¹² Volgens de minister van GMN/MRT zijn de plannen hiertoe reeds vergevorderd.¹¹³ Intussen vervult het ADC wel door een systeem van buizenpost¹¹⁴ de functie van laboratorium voor het nieuwe ziekenhuis.

Het centrum voor oogheelkunde dat aanpalend aan het ziekenhuis moest worden gebouwd, behoorde eveneens als satelliet van het ziekenhuis te fungeren. Zoals eerder opgemerkt is uit de reactie van de minister van GMN op te maken dat er geen apart oogheelkunde gebouw meer komt naast het CMC.

Voor wat betreft eventuele samenwerkingsprotocollen tussen de zorgaanbieders zijn in februari 2018 zeven zorgpaden¹¹⁵ geformuleerd door HNO TE. Op basis daarvan worden de samenwerkingsprotocollen met zorgaanbieders van de eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg vormgegeven. In de gekozen aanpak zijn ook zeven werkgroepen, elk bestaande uit afgevaardigden van de betrokken partijen bij het zorgpad. Volgens

¹¹⁰ Zie noot 50 Beslispunt 20.

¹¹¹ Besluit Laboratorium zaaknummer: 2011/88810, 16 november 2011.

¹¹² Besluit zaaknummer: 2017/038454.

¹¹³ Ambtelijke/bestuurlijke hoor en wederhoor reactie, gedateerd 7 januari 2020, ontvangen 10 januari 2020.

¹¹⁴ Met de buizenpost wordt een verbinding tussen het cito-lab in het CMC en de dependance van het ADC aan de Roodeweg bedoeld. Deze verbinding wordt ondergronds tot stand gebracht met buizen. Door middel van buizen wordt de laboratoriumpost over en weer vervoerd, de zogenoemde buizenpost.

¹¹⁵ "Een zorgpad kan worden gezien als een beschrijving van opeenvolgende stappen, beslismomenten en criteria in het zorgproces voor een patiëntengroep met een specifieke zorgvraag met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Het is een middel om een patiëntgericht programma op een systematische wijze te plannen en op te volgen met aandacht voor de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgaanbieders". 'Aanpak zorgpaden' opgesteld door HNO TE, 2 februari 2018.

verkregen informatie zijn er intussen MOUs gesloten met de CHV en de SFZ.¹¹⁶ Naast deze protocollen dient ook tussen de Bloedbank en CMC, inclusief ADC, een samenwerkingsverband te worden gesloten dat onder andere de kwaliteitsaspecten en de samenwerking tussen de Bloedbank en CMC, inclusief ADC regelt. Het CMC en het ADC zullen een overeenkomst aangaan waarbij het ADC alle monsterbepalingen voor het CMC verricht op basis van prestatieafspraken. Onderdeel van deze overeenkomst is dat ADC de prikronde en de prikpost in het CMC bemenst en dat er een buizenpost komt tussen het CMC en ADC. Al deze samenwerkingsverbanden zijn nog niet tot stand gekomen. Zoals eerder opgemerkt is de buizenpost wel reeds in werking. De minister van GMN heeft opgemerkt dat bedoelde samenwerkingsprotocollen en -verbanden tijd en goed overleg vergen. Thans wordt gewerkt aan een overeenkomst tussen CMC/HNO en het Advent Ziekenhuis. Ook is vermeld dat de met SEHOS bestaande protocollen en verbanden met CMC worden voortgezet totdat partijen definitieve wederzijdse aanvaardbare afspraken overeenkomen. Tot slot heeft de minister vermeld dat er concrete gesprekken binnen koninkrijkverband zijn met Aruba, Sint Maarten en de BES eilanden over samenwerking op het gebied van volksgezondheid.

In 2011 had de RvM besloten om een vervolgonderzoek in te stellen naar de gewenste en juridisch adequate vorm van de centrale regie. Dit onderzoek heeft niet plaatsgevonden. In het kader van hoor en wederhoor hebben de minister van GMN en de MRT vermeld dat de centrale regie in deze interim-periode door de minister en de MRT is uitgevoerd.

Ook is vermeld dat de centrale regie functie nog moet worden ingebed in het ministerie van GMN zelf. Mede vanwege de personele kwantitatieve en kwalitatieve onderbezetting zou dit Ministerie tot nog toe niet in staat zijn gebleken om de aan haar toebedeelde centrale regie functie naar zich toe te trekken en optimaal in te vullen. De SG van het ministerie zou inmiddels een voorstel hebben gedaan voor personele versterking van het ministerie. Dit voorstel zou nu ter advisering bij het Ministerie van Bestuur, Planning en Dienstverlening (hierna: BPD) liggen. Er wordt dus geen aparte autoriteit opgericht om de centrale regie functie in te vullen maar het ministerie wordt verstevigd zodat zij aan haar taken kan voldoen.

De centrale regie is in de interim periode door de minister van GMN en de MRT ingevuld. De centrale regie functie moet nog worden ingebed in het Ministerie van GMN. Vanwege kwantitatieve en kwalitatieve onderbezetting is dit thans nog niet het geval. Het ministerie wordt verstevigd zodat zij aan haar taken kan voldoen. De oogkliniek functie is toegewezen aan het Advent Ziekenhuis. De overige functieverdeling tussen CMC en het Advent Ziekenhuis is nog niet formeel vastgesteld. Ook

¹¹⁶ Informatie HNO TE, 14 en 20 oktober 2019.

moet deze functieverdeling nog nader geconcretiseerd worden in duidelijke zorgprofielen en zorgpaden en moeten de afspraken vastgelegd worden in samenwerkingsprotocollen, behandelprotocollen en een eenduidig kwaliteitssysteem. Op bestuurlijk niveau zijn wel samenwerkingsafspraken gemaakt tussen CMC en het Advent Ziekenhuis en er wordt thans gewerkt aan een overeenkomst tussen deze partijen.

Niet alle als satelliet aangewezen instellingen bestaan reeds zoals beoogd. De integratie tot een nationaal laboratorium is nog niet voltooid. Het ADC vervult wel door een systeem van buizenpost de functie van laboratorium voor het CMC.

Er zijn nog geen voorzieningen getroffen om de eerste lijnsbevallingen zo dichtbij mogelijk van CMC te centreren. Er is wel overleg tussen de Kraamkliniek en SEHOS om de kraamkliniek aldaar in te richten.

Er komt geen apart oogheelkunde gebouw naast CMC. Het CMC is verantwoordelijk voor de complexe en risicovolle oogoperaties (ASA 3-4-5). Het is niet duidelijk op welke wijze de invulling daarvan is gewaarborgd.

De samenwerkingsprotocollen met zorgaanbieders van de eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg worden nog vormgegeven. Daarnaast moeten nog samenwerkingsverbanden worden gesloten tussen de Bloedbank en CMC en het ADC. Er zijn wel reeds MOUs afgesloten met de CHV en de SFZ.

Volgens de minister van GMN worden de met SEHOS bestaande protocollen en verbanden met CMC voortgezet totdat partijen definitieve wederzijdse afspraken overeenkomen.

3.3 Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf

Het GMSB gaat over besturing en verantwoordelijkheid van de patiëntenzorg. Bij de voorbereidingen voor een nieuw ziekenhuis heeft de RvM al vrij vroeg besloten dat voor wat betreft de medisch specialisten in het nieuwe ziekenhuis sprake moet zijn van een GMSB. Al in een vrij vroeg stadium werd ook de relatie gelegd tussen de fysieke integratie van de medisch specialisten in het ziekenhuis en het GMSB. De fysieke integratie zou de samenwerking bevorderen en daarmee ook de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg. Daarom werd ervan uitgegaan dat in het GMSB de medisch specialisten bij voorkeur in dienstverband van het ziekenhuis zijn.

Medisch specialisten zijn onder te verdelen in vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst van het ziekenhuis. Om de indiensttreding van medisch specialisten bij ziekenhuisinstellingen te bevorderen is in 2011 een beleid geïntroduceerd waarbij nieuwe

specialisten die zich op Curaçao vestigden in loondienst van een ziekenhuisinstelling moesten treden.

In 2018 waren er 60 specialisten in loondienst en 45 specialisten vrijgevestigd.¹¹⁷ In oktober 2019 was dat nog steeds het geval.¹¹⁸ Er is een werkgroep Pichardo gevormd die de taak had om een benefit pakket te onderhandelen voor de specialisten die in dienst zouden treden van het CMC¹¹⁹. De werkgroep zou intussen een pakket hebben vastgesteld en trachten om daarover eerst overeenstemming te bereiken met de specialisten in loondienst en daarna met de vrijgevestigde specialisten.¹²⁰ In oktober 2019¹²¹ was de werkgroep Pichardo in afronding van zaken en andere aspecten betreffende het pakket. Deze betroffen: 'Beloning Medisch Specialisten', Statuut, Individueel Functioneren Medisch Specialisten en Individuele Arbeidsovereenkomst en zouden worden aangeboden aan de specialisten in loondienst. Het is volgens HNO TE de bedoeling dat uiteindelijk alle specialisten in dienst komen. Dit zal echter niet in 2020 gerealiseerd kunnen worden. Het beleid van maximaal 65 jaar plus aanname nieuwe specialisten in loondienst zal volgens HNO TE binnen drie tot vier jaar ervoor zorgen dat alle specialisten die werkzaam zijn in het CMC, ook aldaar in dienst zijn. De insteek is dus niet zozeer om de groep vrijgevestigde specialisten in loondienst te krijgen maar geleidelijk door pensionering deze groep te laten afvloeien. Het beleid van maximaal 65 jaar is in het 'Landsbesluit nadere criteria zorgcontracten'¹²² vastgelegd en houdt in dat de medische specialisten tot de leeftijd waarop recht op ouderdomspensioen ontstaat (thans 65 jaar) een zorgcontract met de SVB kunnen aangaan.¹²³ Bij landsbesluit van 30 december 2019 is het 'Landsbesluit nadere criteria zorgcontracten' gewijzigd. Daarmee is een overgangsregeling getroffen die geldt tot 1 januari 2023. De regeling houdt onder andere in dat de SVB met medische beroepsbeoefenaren, die in 2019 de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt een zorgcontract kan aangaan voor maximaal drie jaar. Verder kan de SVB met medische beroepsbeoefenaren, die op 31 december 2019 63 of 64 jaar zijn, zorgcontracten aangaan voor maximaal twee respectievelijk één jaar. Een andere wijziging betreft de

¹¹⁷ Brief d.d. 26 juni 2019, kenmerk MRT/2019/0534, MRT.

¹¹⁸ Schriftelijk verkregen informatie van HNO TE, 21 oktober 2019.

¹¹⁹ Rapport Taskforce Marktordening en Financiering Zorgsector, 4 maart 2019.

¹²⁰ Antwoorden HNO entiteiten op vragen van de Rekenkamer, Bijlage 1 bij de brief d.d. 26 juni 2019, kenmerk MRT/2019/00534.

¹²¹ Schriftelijk verkregen informatie van HNO TE, 21 oktober 2019.

¹²² NB. Ter uitvoering van artikel 7.1, vierde lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten (PB 2013, no 3), is het landsbesluit nadere criteria zorgcontracten uitgevaardigd dat per 1 januari 2020 in werking treedt; PB 2019, no 28. Krachtens artikel 1, eerste lid 1, letter c, kunnen individuele medische beroepsbeoefenaren alleen een zorgcontract aangaan indien zij de leeftijd waarop recht op ouderdomspensioen ontstaat (als bedoeld in de Landsverordening Algemene Ouderdomsverzekering) nog niet hebben bereikt. Deze leeftijd is 65 jaar.

¹²³ Ter beheersing van de zorgkosten was de SVB in 2018 gevraagd om zich te richten op het aangaan van zorgcontracten met deze groep medische specialisten waarbij een maximumproductie per jaar zou worden afgesproken.

mogelijkheid vanaf 1 januari 2023 om, met een medische beroepsbeoefenaar, die een beroep uitoefent waarvoor een capaciteitstekort geldt in de zorgsector, telkens voor de duur van maximaal twaalf maanden een additioneel zorgcontract aan te gaan.

De inwerkingtreding van het 'Landsbesluit nadere criteria zorgcontracten' kan beschouwd worden als de eerste actie betreffende de vrijevestigde specialisten. De tweede actie is het daadwerkelijk aangaan van de zorgcontracten door de SVB met deze specialisten. De SVB neemt in deze contracten een productieplafond op. De derde stap is volgens de minister van GMN het afronden van de afspraken die de eerdergenoemde werkgroep Pichardo met de medisch specialisten heeft onderhandeld.

In het kader van hoor en wederhoor hebben de MRT en minister van GMN vermeld dat bij de bestuurlijke en functionele opbouw van de aansturing van HNO/CMC uitdrukkelijk is uitgegaan van het concept van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf. Ook is het volgende opgemerkt: *“De directie van HNO-T&E is indertijd ervan uitgegaan dat alle medische specialisten in loondienst zouden treden van HNO/CMC en ook aldaar op de interne polikliniek spreekuur zouden houden. Dit zou zeker bijdragen aan de versnelde, structurele en duurzame realisatie van het GMSB. Door de gewijzigde omstandigheden zal de volledige integratie van de medische specialisten even op zich laten wachten. Dit laat onverlet het streven van het management van HNO-T&E om het concept van het GMSB in de praktijk na te streven en te implementeren”*.

Volgens verkregen informatie¹²⁴ bedraagt het aantal benodigde fulltime-equivalent aan medisch specialisten in loondienst in 2019/2020 en 2021 respectievelijk 92 en 121. Door het eerdergenoemde beleid zal de groep in loondienst namelijk toenemen. SONA heeft vermeld dat in het kader van de gewenste GMSB (gezamenlijke verantwoordelijkheid en sturing van de zorg in het ziekenhuis) een 'care providers office' is gerealiseerd met 120 werkplekken voor alle medisch specialisten in loondienst en toegelaten (vrijgevestigd). Naast deze werkplekken zijn diverse overlegruimten voor multidisciplinair overleg (kwaliteit van zorg) gerealiseerd. Kortom alle medisch specialisten hebben een werkplek in het nieuwe ziekenhuis. SONA heeft ook vermeld dat een groot deel van de specialisten ook poliklinische patiëntenzorg kan verlenen in het ziekenhuis.

De Rekenkamer constateert dat er onvoldoende spreekuureenheden zullen zijn indien daadwerkelijk 92 tot 121 specialisten in dienst treden van het ziekenhuis en ook aldaar poliklinische patiëntenzorg moeten verlenen. Er van uitgaande dat 60 specialisten gemiddeld de helft van de tijd spreekuur kunnen houden met 30 spreekuureenheden zijn er namelijk voor

¹²⁴ Brief MRT/2019/00534, bijlage 1. 21 juni 2019.

92 tot 112 specialisten 46 tot 56 spreekuureenheden nodig.

In het kader van bestuurlijk hoor en wederhoor heeft de minister van GMN opgemerkt dat er geen tekort aan spreekuureenheden zal ontstaan. Volgens de minister zal, wanneer het Wellness & Preventiebeleid, alsmede de nadruk op Primary Health Care en Derdelijnszorg, van de minister vruchten begint af te werpen, de noodzaak van de tweedelijnszorg en daarmee het thans vastgestelde aantal spreekuureenheden afnemen. Verder moet rekening worden gehouden met de flexibele mogelijkheden binnen het ziekenhuisgebouw om deze op het zorgaanbod aan te passen. Ook zijn er uitwijkmogelijkheden naar 'Poli Nobo' of Plaza di Salú (Colon). Daarenboven kunnen de oogconsulten in het Advent ziekenhuis plaatsvinden, waarbij de verdere functieverdeling tussen ziekenhuizen ook de behoefte van CMC/HNO beïnvloedt.

Het GMSB gaat over besturing en verantwoordelijkheid van de patiëntenzorg. Nog niet alle specialisten zijn in loondienst van het CMC. Dit belemmert niet het streven van het management van HNO TE om het concept van het GMSB in de praktijk na te streven en te implementeren. Hoewel in het GMSB medisch specialisten bij voorkeur in loondienst van het ziekenhuis zijn is dit namelijk geen eis om tot een GMSB te komen.

SONA heeft vermeld dat alle medisch specialisten een werkplek hebben in het ziekenhuis. Er is namelijk een care providers office gerealiseerd met 120 werkplekken voor alle medische specialisten in loondienst en toegelaten. Volgens SONA zal ook een groot deel van de specialisten ook poliklinische patiëntenzorg kunnen verlenen in het ziekenhuis. De Rekenkamer verwacht dat er te weinig spreekuureenheden zullen zijn indien in de nabije toekomst daadwerkelijk het verwacht aantal specialisten in dienst treedt, die ook poliklinische patiëntenzorg zullen leveren in het ziekenhuis. SONA verwacht dat niet en geeft aan dat 120 werkplekken zijn gerealiseerd. SONA geeft echter ook aan dat een groot deel van de specialisten (en dus niet alle) poliklinische patiëntenzorg kunnen verlenen in het ziekenhuis. De minister van GMN verwacht evenmin een tekort van spreekuureenheden. De noodzaak voor tweedelijnszorg en daarvoor 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.

Er zijn maatregelen getroffen om te bevorderen dat de nabije toekomst alle specialisten in dienst zijn van een ziekenhuisinstelling waardoor tevens de kosten van de ziekenhuiszorg omlaag gaan. Deze maatregelen zijn de inwerkingtreding per 1 januari 2020 van het 'Landsbesluit nadere criteria zorgcontracten'. Ook zal de SVB zorgcontracten afsluiten met deze specialisten waarbij een productieplafond wordt afgesproken.

Tot slot zijn er afspraken door de werkgroep Pichardo met deze specialisten onderhandeld.

3.4 Conclusies en aanbevelingen

Bij het vaststellen van het zorgaanbod is uitgegaan van een bepaalde nog te vormen structuur van de ziekenhuiszorg waarin dit ziekenhuis zou moeten passen. Deze structuur werd gevormd door een centrale regie over de ziekenhuiszorg door de overheid en de realisatie van een GMSB.

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 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.

De Minister van GMN wordt aanbevolen om de Staten inzicht te geven in het tijdsplan waarin de nog aan te ronden en in te vullen aangelegenheden zullen worden gerealiseerd.

4 Ambtelijke en bestuurlijke reactie

In het kader van hoor en wederhoor wordt het conceptrapport aan de contractpartijen bij de Beheerovereenkomst aangeboden, namelijk SONA en de minister van GMN als vertegenwoordiger van het Land en tevens de verantwoordelijke minister.

4.1 Ambtelijk hoor en wederhoor

In het kader van ambtelijk hoor en wederhoor is het conceptrapport op 14 november 2019 aangeboden aan het bestuur van SONA met het verzoek om binnen twee weken te reageren. Na een toegekend verzoek tot verlenging van de reactietermijn is op 2 december 2019 een reactie van SONA ontvangen. Het conceptrapport is vervolgens waar nodig aangepast.

Het conceptrapport is eveneens op 14 november 2019 in het kader van ambtelijk hoor en wederhoor aan de SG van het Ministerie van GMN en aan de MRT aangeboden met het verzoek om binnen twee weken te reageren. Ook is vermeld dat indien na het verstrijken van deze periode geen commentaar is ontvangen, de Rekenkamer ervan uit gaat dat betrokkenen zich met de inhoud kunnen verenigen.

De minister van GMN is op 15 november 2019 geïnformeerd dat het conceptrapport aan de SG is aangeboden met het verzoek om binnen twee weken, dus uiterlijk eind november 2019 te reageren. De Rekenkamer had eerder in mei 2019 het eerste deelrapport betreffende het HNO project voor ambtelijk hoor en wederhoor aan de SG a.i. van GMN aangeboden en geen commentaar daarop ontvangen. De minister had naderhand als verklaring daarvoor verwezen naar een brief van de SG d.d. 23 april 2018 waarin laatstgenoemde meedeelde dat het ministerie het project niet kon en kan dragen. De Rekenkamer wilde voorkomen dat ook op het tweede deelrapport HNO geen reactie in de ambtelijke fase zou worden ontvangen. Daarom heeft zij in de brief van 15 november 2019 de minister gevraagd om, indien de Rekenkamer geen commentaar van de SG hoefde te verwachten, zorg te dragen dat de feitencheck¹²⁵ toch in de ambtelijke hoor en wederhoor fase plaats zou vinden. Dit om te voorkomen dat in de bestuurlijke hoor en wederhoor fase informatie zou worden aangedragen die de Rekenkamer vervolgens nog zou moeten verifiëren en/of verwerken in het rapport.

¹²⁵ De ambtelijke hoor en wederhoor procedure is bedoeld als feitencheck: de Rekenkamer verifieert bij het ministerie of de opgenomen informatie klopt met de feiten. Dat is ook de reden waarom voor het ambtelijk hoor en wederhoor in principe twee weken zijn uitgetrokken en voor het bestuurlijk hoor en wederhoor één week.

Nadat in eerste instantie op verzoek uitstel tot 2 december 2019 was verleend heeft de SG van het Ministerie van GMN op genoemde datum, met verwijzing naar de eerdergenoemde brief van de voormalige SG a.i. van 23 april 2018, de Rekenkamer meegedeeld dat geen reactie gegeven kan worden op het conceptrapport. De SG heeft verwezen naar de MRT die het project coördineert.

Van de MRT is in de namiddag van 11 december 2019 (bij brief gedateerd 10 december 2019) een reactie ontvangen. Daar de reactietermijn in het kader van ambtelijk hoor en wederhoor reeds was verstreken, was het conceptrapport op dezelfde dag, in de voormiddag, voor bestuurlijk hoor en wederhoor aan de minister van GMN en de Raad van Commissarissen (hierna: RvC) van SONA aangeboden.

De MRT vermeldde dat hij als MRT pas medio 2017 betrokken was bij het HNO-project. Hij zou zich daarom moeten onthouden van inhoudelijk commentaar op het conceptrapport in de fase van hoor- en wederhoor. Verder vermeldde de MRT dat hij op basis van de ontwikkelingen in de periode vanaf medio van het jaar 2017 een aantal aandachtspunten naar voren wilde brengen ter aanvulling op c.q. commentaar bij de Samenvatting, de Conclusie en Aanbevelingen in het onderhavige conceptrapport. De MRT was bereid een en ander te zijner tijd toe te lichten.

Zoals eerder opgemerkt was de reactietermijn inmiddels overschreden. Bij brief van 12 december 2019 heeft de Rekenkamer de MRT daarom verzocht om haar uiterlijk woensdag 18 december 2019 (de uiterlijke reactiedatum in het kader van bestuurlijk hoor en wederhoor) een schriftelijke toelichting alsmede de onderliggende documenten betreffende de aangehaalde aandachtspunten te doen toekomen, gezien de deadline en afspraken met de Staten terzake.

4.2 Bestuurlijk hoor en wederhoor

In het kader van bestuurlijk hoor en wederhoor is het conceptrapport op 11 december 2019 aan de minister van GMN en de RvC van SONA aangeboden met het verzoek om uiterlijk binnen een week eventueel commentaar op het rapport aan de Rekenkamer te verstrekken.

De minister van GMN heeft op 12 december 2019 uitstel gevraagd tot uiterlijk 7 januari 2020. Gezien de afspraak met de Staten om het rapport uiterlijk eind december 2019 te publiceren heeft de Rekenkamer het uitstel in eerste instantie verleend tot uiterlijk 27 december 2019 en, na een reactie van de minister, tot 7 januari 2020. Op 10 januari 2020 is een gezamenlijke reactie ontvangen van de MRT (in het kader van ambtelijk hoor en

wederhoor) en de minister van GMN (in het kader van bestuurlijk hoor en wederhoor). In deze reactie zijn de op 10 december 2019 door de MRT aangehaalde aandachtspunten toegelicht en voor een aantal punten onderliggende documenten ontvangen. Deze aandachtspunten zijn:

- Capaciteit Polikliniek-ruimtes in het HNO Ziekenhuis i.v.m. de medische specialistische zorg in het nieuwe ziekenhuis.
- Invulling beleid inzake indiensttreding medische specialisten in het nieuwe ziekenhuis.
- Invulling behoefte aan Poli-functie KNO, met speciale aandacht aan de mogelijke realisatie van een z.g. Oog-Poli.
- Planning m.b.t. de realisatie van een speciale Poli voor Diabetische Zorg.
- Functieverdeling tussen de bestaande ziekenhuisinstellingen met de introductie van instelling overstijgende vakgroepen.
- De structurele en duurzame ondersteuning en reorganisatie van de Derdelijnszorg.
- De voorgenomen upgradering van de Kraamzorg dienstverlening.
- De voorgenomen realisatie van de en Plasa di Salubridat inclusief een Wellness Centrum te Colon.
- De voorgenomen aanpak van de Ambulance dienstverlening.
- De inbedding van de centrale regie functie bij het Ministerie van GMN.
- De stand van zaken m.b.t. het GMSB in HNO/CMC.
- De stand van zaken m.b.t. de operationalisatie van de Zorg Autoriteit.
- De zorgvraag van de voormalige eilanden van de Nederlandse Antillen.

Daarnaast is de minister ingegaan op een aantal specifieke punten. Onder andere heeft de minister bij dit onderdeel het volgende opgenomen:

“Het is onzes inziens de vraag of de conclusie van ARC, dat door verloren capaciteit van Taams Kliniek het thans door CMC aangeboden capaciteit ontoereikend is, correct is”.

“Het uitgangspunt van de ARC dat de HNO/CMC op dit moment onvoldoende in staat is te voldoen aan de zorgbehoefte deel ik derhalve niet”.

De Rekenkamer kan deze opmerkingen van de minister niet plaatsen daar zij nergens in het rapport een dergelijke conclusie en uitgangspunt heeft opgenomen.

Naar aanleiding van de reactie van de MRT en de minister van GMN is het conceptrapport op onderdelen aangepast.

Van SONA is op 16 december jl. een bestuurlijke reactie ontvangen. Ook in dit geval is naar aanleiding van de reactie het conceptrapport waar nodig aangepast.

5 Nawoord

Zowel de Staten als de Rekenkamer hebben gekozen voor een onderzoek naar een lopend project. De consequenties hiervan zijn dat na afronding van het onderzoek en de rapportage daarover zich nieuwe feiten zullen voordoen waar mogelijk de Staten en ook de gemeenschap kennis van zouden willen nemen.

Op 15 november 2019 is het ziekenhuis operationeel geworden. Naast het hebben van een gebouw is het vooral belangrijk dat het ziekenhuis samen met de aangewezen satellieten zal voorzien in de ziekenhuiszorg van Curaçao. Dit rapport gaat over het zorgaanbod.

Daar zorgaanbod vooral een beleidskwestie van de overheid betreft is het des te belangrijker in dit onderzoek om voor de actuele en juiste stand van zaken informatie van het Ministerie van GMN te ontvangen. De Rekenkamer onderschrijft dan ook volledig de opmerking van de minister van GMN bij de aanbieding van haar reactie op het conceptrapport op 10 januari 2020, dat het noodzakelijk is dat de Rekenkamer kennis neemt van de huidige beleidstukken en uitgevoerde werkzaamheden. In dit licht bezien bevreemdt het de Rekenkamer daarom dat het Ministerie van GMN, bij zowel het eerste deelrapport als het onderhavige tweede deelrapport, stelselmatig heeft vermeld dat het ministerie niet kan reageren in de ambtelijke hoor en wederhoor fase. Omdat de Rekenkamer het belang van (actuele) informatie van het GMN inziet heeft zij willen voorkomen dat ook op het tweede deelrapport HNO geen reactie in de ambtelijke fase zou worden ontvangen. Daarom heeft zij in de brief van 15 november 2019 de minister gevraagd om, indien de Rekenkamer geen commentaar van de SG hoefde te verwachten, zorg te dragen dat de feitencheck toch in de ambtelijke hoor en wederhoor fase plaats zou vinden. Dit om te voorkomen dat in de bestuurlijke hoor en wederhoor fase informatie zou worden aangedragen die de Rekenkamer vervolgens nog zou moeten verifiëren en/of verwerken in het rapport.

De Rekenkamer heeft geen reactie ontvangen op de brief van 15 november 2019 en wat zij wilde voorkomen is gebeurd: in de bestuurlijke hoor en wederhoor fase is informatie aangedragen die de Rekenkamer vervolgens nog moest verifiëren en/of verwerken in het rapport. De Rekenkamer betreurt deze gang van zaken daar het onnodig voor oponthoud van de afronding van het rapport zorgt.

In haar aanbiedingsbrief heeft de minister opgemerkt dat zij heeft begrepen dat de Rekenkamer na 2017 het ziekenhuis niet meer heeft bezocht en beveelt zij daartoe aan. De Rekenkamer kan deze opmerking niet plaatsen daar zij nergens in het rapport daarvan melding heeft gemaakt. Een onderzoeker van de Rekenkamer heeft recentelijk (in december 2019) het ziekenhuisgebouw nog bezocht.

De Rekenkamer beveelt de Staten aan om de minister van GMN te vragen om inzicht te verschaffen over maatregelen die zijn getroffen om de nog openstaande aangelegenheden op te heffen. De minister zou over deze maatregelen een plan van aanpak dienen te overleggen waarin onder andere het tijdsfad 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.