

Advies Curaçao Medical Center

26 april 2022



Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	4
2 Cijferanalyse	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Financiële ontwikkelingen	6
2.2.1 Omzet versus kosten	7
2.2.2 Zorgbudget SVB	8
2.2.3 Allocatie van huurcomponenten naar kostensoorten	8
2.2.4 Ontwikkeling van de variabele exploitatiekosten	9
2.3 Toekomst scenario's	11
2.3.1 Scenario's besparingen op huurlasten en kapitaalslasten	11
2.3.2 Scenario's besparingen op variabele exploitatiekosten	14
3 Bekostiging	16
3.1 Huidig bekostigingsmodel	16
3.2 P x Q model	17
3.3 Budgetmodel	17
3.3.1 Nadere invulling budgetmodel	18
3.3.2 Verpleegdagtarieven	20
3.3.3 Procedurevoorschriften voor budgetvaststelling	20
3.4 Overige aanbevelingen	21
3.5 Implementatie aanbevelingen en rol lokale partijen	22
4 Aanbevelingen	23
5 Lijst van bronnen	25
6 Partijen waarmee NZa gesproken heeft in Curaçao	26

Samenvatting

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van ons onderzoek naar de financiële beheersbaarheid van het Curaçao Medical Center (CMC). Tevens adviseren we over een mogelijke bekostigingsmethodiek die doelmatigheid bevordert maar ook recht doet aan de specifieke context waarin het CMC zich bevindt.

We baseren onze adviezen op rapporten, interviews en aanvullende informatie die partijen ons desgevraagd hebben geleverd. Doordat er vanaf 2018 geen jaarrekeningen met goedkeurende accountantsverklaringen of anderszins gevalideerde cijfers voorhanden zijn hebben we geen volledige zekerheid over de betrouwbaarheid van de beschikbare informatie. Dit beperkt onze mogelijkheden om advies te geven.

We hebben de kosten- en productieontwikkeling in kaart gebracht vanaf 2017 tot en met 2022. De kapitaallasten laten, zoals verwacht een stijging zien. Dat geldt ook voor de personeelskosten en de laboratoriumkosten. Op basis van de overgelegde cijfers kunnen wij geen goed verband leggen tussen de productie uitgedrukt in verpleegdagen en de kosten. Uitspraken over doelmatigheid en mogelijke besparingen kunnen wij, op basis van de aan ons ter beschikking gestelde informatie, niet geven.

Als het gaat om de kapitaallasten zijn er door CMC-Vastgoed een aantal scenario's geschetst om de kosten te drukken. In alle scenario's wordt vastgehouden aan het principe dat er door CMC-Vastgoed gereserveerd wordt voor onderhoud, renovatie en vervangende nieuwbouw. Tussen de scenario's is ten aanzien van de kapitaallasten een sterke samenhang met de ontwikkeling van de exploitatiecijfers. De ruimte van de verstrekkers van de leningen om afspraken te maken over herstructurering van schulden is beperkt zolang de CMC-exploitatie geen meerjarige sluitende begroting heeft.

We hebben ervaren dat er veel discussie is over het geldende bekostigingsmodel voor het CMC. Onderliggend is een fundamentele spanning tussen een vast beschikbaar budget en verwachtingen over hetgeen daarvoor gedaan kan worden. Het CMC gaat in zijn begroting 2022 uit (ook bij de SVB-verzekerden) van een strikte PxQ (prijs maal hoeveelheid) bekostiging op basis van de bestaande prestaties en tarieven. In de praktijk is sprake van een budgetmodel voor de zorg aan SVB-verzekerden, waarbij het ministerie van GMN het budget vaststelt. Een zuiver PxQ model achten wij niet aanbevelenswaardig, gezien de ongewenste productieprikkel die dit met zich mee brengt. We adviseren om de budgetsysteematiek verder invulling te geven. Een integraal budgetmodel, met een vast en een variabel deel, waarover betrokken partijen overeenstemming dienen te bereiken is ons inziens aan te bevelen om te voorkomen dat de productie te laag wordt. Hierbij dienen zowel de vergoeding van zorg voor de (SVB en particulier) verzekerden als van ongedocumenteerden en van inzendingen op het eiland betrokken te worden. De productie kan in een dergelijk model nagecalculeerd worden. Daarbij zijn meerdere varianten mogelijk. Wij hebben een variant uitgewerkt die een prikkel bevat om de productie op niveau te houden en waarbij aanvullende betalingen de additionele variabele kosten niet overschrijden.

Inzicht in en afspraken over de totale aanvaardbare kosten in relatie tot de te leveren zorg zijn, gelet op de positie van het CMC als enige ziekenhuis op het eiland, noodzakelijk. De relatie met de rest van het zorgveld, zoals huisartsen, speelt daarbij rol.

Een meerjarenafpraak is nodig voor het Land, de SVB en het CMC om beleid te kunnen maken voor de eigen organisatie. Het is aan partijen om te besluiten welke keuzemogelijkheden en aanbevelingen worden overgenomen en ingevoerd. Zolang er nog geen bindend wettelijk kader tot stand is gekomen is het noodzakelijk om in de tussenliggende jaren bindende afspraken te maken over de wijze van budgetbepaling, de omvang van de jaarlijks beschikbare middelen alsmede een procedure voor geschilbeslechting. De Curaçaose Zorgautoriteit i.o. kan daarin een rol spelen.

1 Inleiding

Sinds de opening van de nieuwbouw in 2019 zijn er veel discussies over de wijze en hoogte van de financiering van het CMC. Er is sprake van een kostentoeename in 2020 en 2021 ten opzichte van de oorspronkelijke business case en begroting en het toegekende budget is verre van toereikend. De regering van Curaçao wenst een onderzoek naar de doelmatigheid en bedrijfsvoering van het CMC, op basis waarvan mogelijk een aangepaste wijze van financiering vastgesteld kan worden. In dat kader is de NZa in november 2021 benaderd door het ministerie van VWS over de financiële situatie rondom het CMC op Curaçao. Gevraagd is of de NZa, als onafhankelijke partij met de nodige kennis en ervaring op het gebied van prestatie- en tariefregulering, een objectief beeld kan schetsen over de bedrijfsvoering van het CMC en de financiering hiervan. De NZa heeft zich bereid verklaard om onderzoek hiernaar te doen.

Een aantal NZa-medewerkers heeft het eiland in december 2021 bezocht. Op grond van die gesprekken, de beschikbare rapporten en andere overgelegde informatie heeft de NZa de afgelopen maanden meerdere vervolggesprekken gevoerd en aanvullende vragen gesteld. Ook heeft de NZa voortgangsgesprekken gehad met VWS, BZK en de CZa i.o. Op 17 februari 2022 hebben we een update van ons onderzoek gestuurd aan de betrokken partijen. Onze aanbevelingen richten zich op een goed bekostigingssysteem, bijbehorend reguleringskader en aanbevelingen voortkomend uit de analyse van kosten en productie in de afgelopen jaren. We gaan in ons onderzoek niet in op het niveau van de verpleegdagtarieven, doen geen kostprijsonderzoek en ook geen tariefherijking.

Er is geen sprake van een formele opdrachtgever in dit proces. De NZa informeert de plaatsvervangend secretaris generaal van VWS met steeds in cc de belangrijke stakeholders.

De analyse en adviezen van de NZa worden in dit rapport beschreven. Hoofdstuk 1 bevat de analyse van de cijfers. Het doen van uitspraken over de financiële situatie van het ziekenhuis is daarbij lastig omdat de jaarrekeningen, ook die van Sint-Elisabeth Hospitaal (SEHOS), met ingang van 2018 niet zijn vastgesteld dan wel geen goedkeurende accountantsverklaring kennen. Hoofdstuk 2 beschrijft de analyse van de NZa over de wijzen van bekostiging en de opties hiervoor. Het rapport eindigt met bevindingen en aanbevelingen.

De NZa heeft geen bevoegdheid over de inrichting en regulering van de zorg in Curaçao. Het is dan ook aan partijen om te besluiten welke keuzemogelijkheden en aanbevelingen worden overgenomen en ingevoerd. Dat wil echter niet zeggen dat losse elementen willekeurig gekozen kunnen worden. Er is alleen kans op welslagen als besloten wordt tot een samenhangend pakket van maatregelen rond de bekostiging van het CMC.

2 Cijferanalyse

2.1 Inleiding

Met de uitgevoerde cijferanalyse hebben wij geprobeerd inzicht te krijgen en inzicht te verschaffen in de feitelijke (financiële) ontwikkelingen van de jaren 2017 (SEHOS) tot en met 2022. Het CMC heeft veel en gedetailleerd cijfermateriaal beschikbaar gesteld over SEHOS en het CMC. Veel van deze informatie is niet goed vergelijkbaar of bruikbaar gebleken voor een trendanalyse of een benchmark. Hierdoor hebben wij geen betrouwbare situatie- of ontwikkelingsschetsen kunnen maken en ook geen doelmatigheidstoetsen kunnen uitvoeren. Dit lichten we toe.

Betrouwbaar

Er zijn geen door een accountant goedgekeurde jaarverantwoordingen beschikbaar van het CMC. De overgelegde cijfers van het CMC geven geen eenduidig beeld en zijn ook niet bij een andere onafhankelijke bron te verifiëren. Met betrekking tot de gebruikte jaarcijfers van het voormalige SEHOS geldt dat wij het jaarverslag 2018 met vergelijkende cijfers over 2017 hebben gebruikt. Bij dit jaarverslag heeft de externe accountant een oordeelonthouding afgegeven over de getrouwheid van de jaarrekening.

Vergelijkbaar

We hebben geprobeerd een vergelijking te trekken tussen het CMC en het SEHOS omdat dit ziekenhuis met dezelfde eilandpopulatie en dezelfde zorgvraag te maken heeft gehad. Deze vergelijking is echter bemoeilijkt doordat voor beide ziekenhuizen geldt dat de laatste jaren van het SEHOS en de afgelopen jaren bij het CMC niet als reguliere jaren kunnen worden beschouwd. Bij het voormalige SEHOS was in de slotjaren de financiële situatie heel precair. Er waren onvoldoende buffers aanwezig, waardoor werknemers creatief en extreem zuinig moesten omgaan met beschikbare middelen om de benodigde (acute) zorg te leveren, bepaalde investeringen (waaronder in onderhoud) werden niet meer gedaan en in gevallen werd er, met de sluiting in zicht, bij de electieve zorgvraag gewacht tot de overgang naar het nieuwe CMC. Het CMC heeft maken met een opstart als volledig nieuw ziekenhuis in een periode van de wereldwijde corona-pandemie.

De vergelijking is verder problematisch gebleken omdat zowel aan de kostenkant als aan de productiekant niet altijd dezelfde definities gebruikt zijn voor diverse begrippen door het SEHOS en het CMC. Ook zijn de administraties van beide ziekenhuizen anders ingericht en heeft het CMC een andere visie op zorg en ruime ruimere mogelijkheden door de nieuwbouw en de volledig nieuwe medische inventaris. Het doen van uitspraken over de kostenontwikkeling in relatie tot productie is daardoor, zoals reeds eerder aangegeven, niet mogelijk.

Wat betreft de insteek van een benchmarkbenadering geldt ook dat wij geen harde (kwantitatieve) uitspraken doen over een concrete bezuinigingstaakstelling voor het ziekenhuis. Om iets te zeggen over de mate van (on-) doelmatigheid van het CMC is een benchmarkonderzoek nodig. Er bestaat geen absolute maat voor doelmatigheid van zorginstellingen. We kunnen een ziekenhuis dan ook alleen vergelijken met andere ziekenhuizen. Een rechtstreekse vergelijking met Nederlandse ziekenhuizen achten we niet zinvol. Vanwege de grote verschillen in beide landen op het gebied van onder andere organisatie en inrichting van het zorgstelsel, demografie en inkomen kunnen we aan een vergelijking geen harde conclusies verbinden. Ook niet als men een normatieve beoordeling hanteert. Normen worden immers bepaald door kwaliteitseisen, de beschikbaarheid van middelen, politieke of

maatschappelijke overwegingen (specialistenhonoraria, bezoldiging bestuurders, bereikbaarheid etc.) of een combinatie daarvan.

De keuze voor een volwaardig ziekenhuis voor een qua omvang relatief beperkt adherentiegebied brengt noodzakelijkerwijs vaste kosten en daarmee beschikbaarheidsvraagstukken met zich mee. Los van de vraag of een vergelijking überhaupt zinvol is hebben we geen representatieve groep waarmee het CMC vergeleken kan worden binnen het beschikbare tijdspad kunnen vaststellen.

Om vergelijkbare redenen is het op korte termijn ook niet mogelijk om een algemene tariefherijking te doen of deze te spiegelen aan de Nederlandse tarieven. Naast het feit dat het overgrote deel van de prestaties in de medisch specialistische zorg in Nederland vrije prijzen kent, is het beleid van de NZa bij tariefregulering erop gericht dat de gereguleerde tarieven gemiddeld kostendekkend moeten zijn. Gereguleerde tarieven zijn een weerspiegeling van de gemiddelde kostprijs voor een prestatie van een representatieve groep aanbieders, waarbij ook een gemiddelde doelmatigheid verdisconteerd is. Daarnaast worden prestaties in Nederland uitgedrukt in DBC's en niet in los declarabele zorgprestaties.

Voor het overgrote deel (het SVB-deel) van de omzet van het CMC spelen tarieven geen rol, zodat herijking volgens ons niet de hoogste prioriteit heeft.

2.2 Financiële ontwikkelingen

In de onderstaande paragrafen analyseren wij de feitelijke ontwikkeling over de jaren 2017-2022 (begroting 2022) van de opbrengsten- en kostencategorieën en de ontwikkeling van de productie, uitgedrukt in verpleegdagen. Wij baseren ons daarbij op de verkregen cijfers en financiële verantwoordingen van het CMC en het voormalige SEHOS. We schetsen de totale baten versus de lasten en laten de ontwikkeling van de baten ten opzichte van het zorgbudget zien. Hierbij onderscheiden we de ontwikkeling van de vaste en de variabele exploitatielasten. We refereren tenslotte eveneens aan geschetste scenario's over gewenste toekomstige ontwikkelingen, genoemd in aan ons verstrekte informatie.

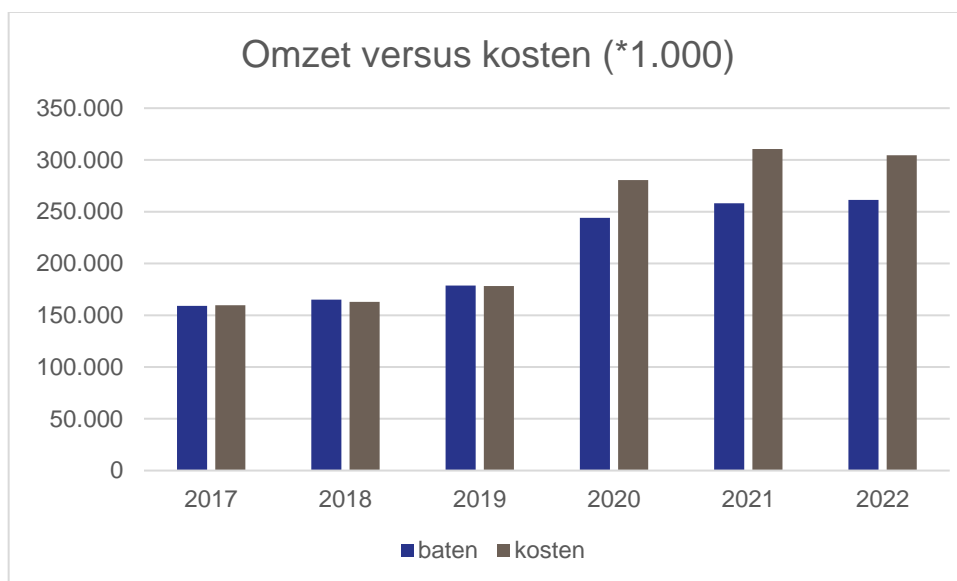
Op grond van de aan ons overgelegde informatie merken wij voorafgaand aan de analyse op dat er eind 2021 sprake is van een significant negatief eigen vermogen en grote exploitatieverliezen. De schulden zijn groter dan de bezittingen en daarmee is reeds sprake van een technisch faillissement. De volgende zaken zijn in dit kader noemenswaardig.

- In de begroting 2022 heeft het CMC bij de opbrengsten een post opgenomen voor een nog te ontvangen bijdrage van het SVB bestaande uit de verwachte jaarproductie maal de particuliere tarieven minus het jaarbudget. Het CMC gaat in zijn begroting uit van omzet op basis van een (fictieve) prijs maal prestatie ($p \cdot q$) bekostiging en niet van het budget dat is vastgesteld.
- Het jaarbudget omvat een deel dat gerelateerd is aan het aantal medisch specialisten in loondienst. Alle specialisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis zijn in loondienst. Er zijn op het eiland ook medisch specialisten als vrijgevestigd beroepsbeoefenaar werkzaam buiten het ziekenhuis. Als ze gebruik maken van de faciliteiten van het ziekenhuis declareren ze het honorarium direct bij de SVB (fee for service). De extra kosten die het ziekenhuis hiervoor maakt worden geacht in het jaarbudget te zitten.

- De huidige tarieven voor particulieren zijn gebaseerd op een advies / berekening van Performance uit 2017. Deze tarieven zijn door de overheid overgenomen en expliciet vastgesteld om in rekening te brengen bij de particuliere verzekeraars.
- De tarieven betreffen zorgactiviteiten zoals verrichtingen en verpleegdagen. Alleen al doordat in Nederland al meer dan vijftien jaar gewerkt wordt met Diagnose Behandel Combinatie (DBC) is een vergelijking van tarieven niet mogelijk.

2.2.1 Omzet versus kosten

Onderstaande grafiek is een weergave van de ontwikkeling van de baten versus de kosten over de periode 2017 tot en met 2022. In deze periode zijn per 15 november 2019 de zorgactiviteiten van het voormalige SEHOS gestaakt en is dit ziekenhuis gesloten en per diezelfde datum heeft de opening van het huidige CMC plaatsgevonden.



Grafiek 1 Baten versus kosten ontwikkeling van SEHOS naar CMC

De jaren 2017, 2018 en 2019 (tot 15 november 2019) geven de baten en lasten van het SEHOS weer, verkregen op basis van de jaarcijfers uit het gecontroleerde jaarverslag 2018 met vergelijkende cijfers 2017. De ontwikkeling daaropvolgend vanaf 15 november 2019 heeft betrekking op de jaarcijfers van de baten en lasten van het CMC op basis van de verkregen maandrapportage december 2021¹, waaronder het zorgbudget dat door SVB wordt uitgekeerd. De jaarverslagen van het CMC waren op het moment van het opmaken van dit rapport nog niet vastgesteld noch gecontroleerd door de externe accountant van het CMC. Het jaar 2022 van het CMC betreffen de begrote baten en lasten².

Zichtbaar is dat in de opstartjaren van het CMC, in vergelijking met de eindjaren van het SEHOS (tot en met 15 november 2019) de lasten in verhouding tot de baten sterk zijn opgelopen. Voor het CMC

¹ Bron: Excelbestand '20220117 Maandrapportage CMC Dec 2021', referentie CMC RvB stuk RVB.F.21/012, per 18 januari 2022

² Gebaseerd op de Begroting uit december 2021 zoals in de bijlage benoemd, van SVB begrijpen we dat er een verhoogde CMC-begroting is van eind januari 2022 met hogere lasten en een groter gewenst zorgbudget

resulteert dit in een negatief financieel resultaat rond de ANG 50 miljoen over het jaar 2021. De begroting van 2022 laat een vergelijkbare onderdekking van de lasten zien.

2.2.2 Zorgbudget SVB

Van de totale baten heeft ongeveer 85% betrekking op het SVB-budget. Bij ministeriele regeling is per 11 maart 2021 een zorgbudget van ANG 167,6 miljoen toegekend ter dekking van de kosten van door het CMC te verlenen zorg aan verzekerden van de SVB voor het jaar 2021. Middels een gerechtelijke uitspraak van 2 juni 2021 is aan dit budget een bedrag van 85% van ANG 16,9 miljoen toegevoegd³. Tezamen komt dit op een zorgbudget voor de SVB verzekerden van ANG 181,3 miljoen⁴. Wij hebben geen documenten gezien op grond waarvan we kunnen verwachten dat het SVB-budget voor 2022 zal afwijken van dat van 2021. Het CMC neemt in de begroting 2022 naast het door de SVB erkende zorgbudget ook een post 'gebudgetteerde zorgprestatie SVB' (ad ANG 50 miljoen) op. Dit is wat CMC betreft een nog te vorderen bedrag namelijk het verschil tussen P⁵xQ en het zorgbudget. Deze post is problematisch en een onderwerp van discussie, waarover partijen nog niet tot structurele oplossingsrichtingen zijn gekomen.

2.2.3 Allocatie van huurcomponenten naar kostensoorten

Aan de hand van het jaarverslag SEHOS 2018 en de CMC maandrapportage december 2021 hebben wij een overzicht verkregen van de opbouw van de exploitatielasten over de jaren 2017 tot en met 2021. Aangezien het jaar 2019 zowel voor het SEHOS als het CMC geen volledig exploitatiejaar is geweest, is dit jaar buiten beschouwing gelaten. In de grafieken 2 en 3 hebben wij de exploitatiekosten weergegeven.

De exploitatiekosten bestaan uit vaste en variabele kosten. In de huurovereenkomst met het CMC Vastgoed zijn meerdere kostencomponenten versleuteld. Om een zo zuiver mogelijke vergelijking te maken van de kostenontwikkelingen van het voormalige SEHOS naar het huidige CMC hebben wij deze kostencomponenten naar de juiste kostencategorieën in de resultatenrekening van de maandrapportage december 2021 gealloceerd⁶. Ontwikkeling van de vaste exploitatiekosten

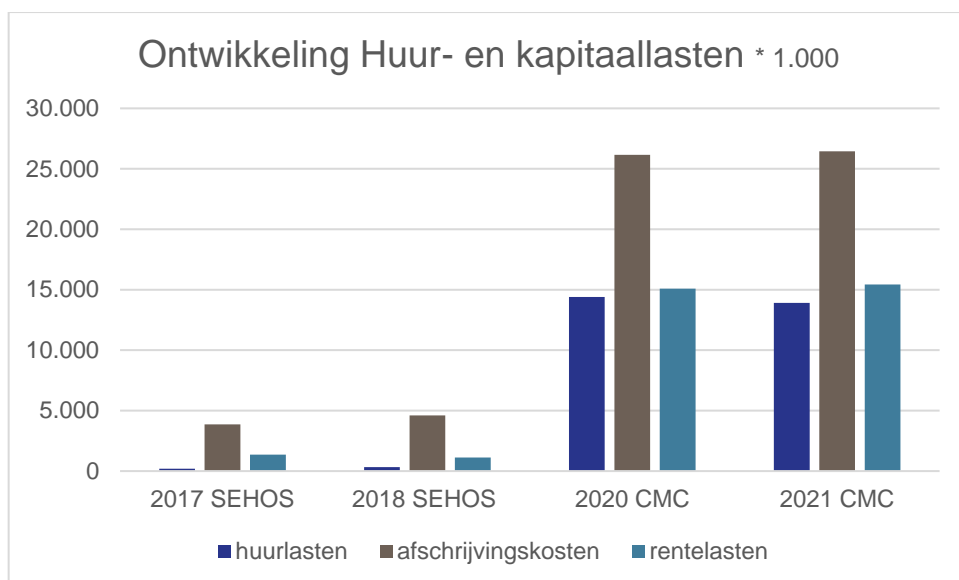
Zoals bekend is het CMC per 15 november 2019 gestart met de zorgactiviteiten op een nieuwe locatie in een volledig nieuw gebouw met nieuwe technische installaties en vaste medisch inventaris. De ontwikkeling van de huurlasten en kapitaallasten (afschrijving- en rentelasten) in de overgang van SEHOS naar het CMC hebben wij in Grafiek 2 weergegeven. Wij hebben uit de overgelegde data huur en rente gesplitst om e.e.a. vergelijkbaar te maken. Daarnaast heeft het CMC afschrijvingskosten van medische en overige inventarissen die niet in de huur zijn inbegrepen. Huurlasten zijn dus geschoond voor afschrijvingskosten en rentelasten, zodat de huurlasten in feite de beheerskosten laten zien.

³ Deze verhoging hangt samen met de gerechtelijke uitspraak in eerste instantie dat de taakstellende korting van 12,5 % op de personeelskosten onvoldoende onderbouwd was.

⁴ Het SVB komt uit op ANG 184,5 miljoen, dit hangt waarschijnlijk samen met de manier waarop de opbrengsten van arts-assistenten ad 3,2 miljoen geboekt worden bij CMC.

⁵ tegen particuliere tarieven

⁶ Hierbij hebben we gebruik gemaakt van het PowerPoint-bestand 'CMC Vastgoed - Presentatie NZA 090222 - final 09 februari 2022', sheets 14 en 16.



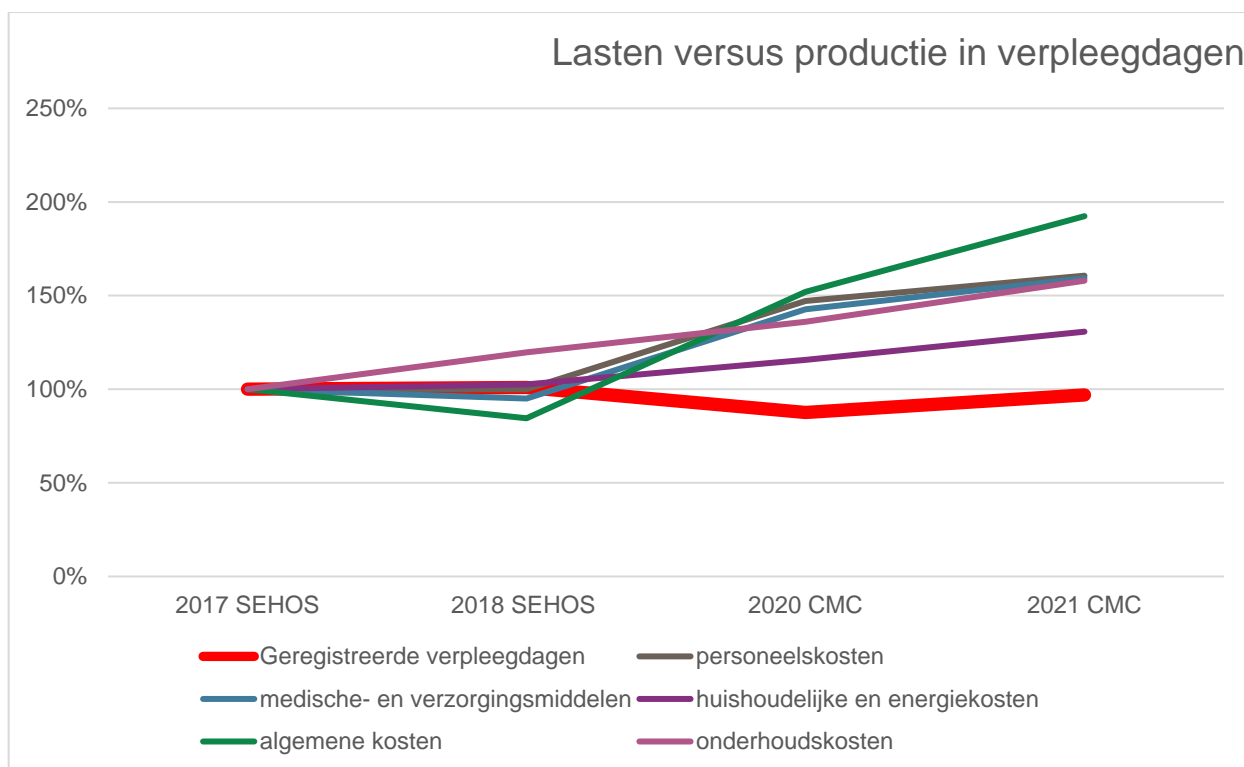
Grafiek 2 kapitaallasten ontwikkeling van SEHOS naar CMC

Met de ingebruikname van het gebouw en alle daarbij horende faciliteiten zijn de afschrijvingskosten en rentelasten in vergelijking met het SEHOS logischerwijs fors gestegen. De investeringen en de financiering komen tot uitdrukking in de stijging van de huur- en kapitaallasten van het CMC ten opzichte van deze lasten bij SEHOS. Hierbij aangetekend dat niet de volledige lasten van de bouwoverschrijding ten laste zijn van CMC-vastgoed. Op basis van een door SOAB uitgevoerd onderzoek naar de door het ministerie van Financiën verantwoorde HNO-uitgaven is bepaald hoe hoog de schulderkenning afgegeven door HNO-vastgoed dient te zijn. Deze bedraagt ANG 412,8 miljoen.

2.2.4 Ontwikkeling van de variabele exploitatiekosten

De exploitatielasten bestaan uit de personeelskosten, kosten voor medische- en verzorgingsmiddelen, huishoudelijke en energiekosten, onderhoudskosten en algemene kosten. Dit betreffen de exploitatielasten die over het algemeen verhoudingsgewijs mee variëren naar gelang de productie varieert. Dit met uitzondering van de exploitatielasten die gepaard gaan met het in continuïteit in stand houden van de (gewenste) beschikbaarheidsfunctie van het CMC. Het CMC heeft in zijn rol als grote werkgever ook een belangrijke maatschappelijke functie op Curaçao.

Grafiek 3 is een weergave van de ontwikkeling van de exploitatielasten.



Grafiek 3 productieontwikkeling van SEHOS naar CMC in verpleegdagen afgezet tegen de exploitatielasten.

De management rapportage van december 2021 van het CMC roept de nodige vragen op over hoe de ontwikkeling in de productie(aantallen) in verband staat met de exploitatiekostenontwikkelingen. Ten aanzien van de verpleegdagen verwijzen wij ter illustratie naar onderstaande overgelegde gegevens.

Geregistreerde verpleegdagen per type verpleging	2017 SEHOS	2018 SEHOS	2020 CMC	2021 CMC
	2017	2018	2020	2021
620000 - Verpleging Algemeen	66.479	67.998	51.522	55.166
622100 - Verpleging Kinderafdeling	5.053	5.093	862	1.233
622200 - Verpleging gezonde babies (neonaat)	1.688	1.757	2.218	2.097
622300 - Verpleging IC babies (NICU)	3.130	1.853	2.760	2.748
622400 - Verpleging IC Volwassenen	708	909	2.080	5.760
622600 - Verpleging coronary stroke care / medium care	1.270	1.074	1.518	1.568
622700 - Verpleging high care / medium bij kinderen	1.627	1.906	3.375	3.266
623800 - Verpleging dagopname	1.844	1.967	7.300	7.439
Totaal	81.799	82.557	71.635	79.277

Overigens zijn we ons ervan bewust dat er meer productieparameters bestaan, waarbij aantallen verpleegdagen de meest dominante is en bovendien beschikbaar waren. Bij de bovengeschetste ontwikkeling van kosten, gerelateerd aan de productie dienen naar onze mening kanttekeningen geplaatst te worden. Zo vertonen de aantallen verpleegdagen bij de kinderafdeling en bij de IC volwassen grote fluctuaties. Ook hanteert het SEHOS en het CMC andere definities van bijvoorbeeld een verpleegdag en is de wijze van administreren verschillend.

COVID

Op basis van de verstrekte cijfers is duidelijk te zien dat COVID logischerwijs van invloed is geweest op de productie. Er zijn extra kosten gemaakt voor de behandeling van deze groep patiënten. In 2021 is

een bedrag ter compensatie van deze kosten ontvangen door het CMC. Naar de mening van het CMC zijn niet alle kosten gecompenseerd. De resterende claim over de jaren bedraagt ANG 7,9 miljoen. Wij constateren dat COVID geen grote invloed lijkt te hebben op de totale productie uitgedrukt in verpleegdagen, waarbij er in feite zorgsubstitutie plaats gevonden heeft en 2021 binnen de bestaande capaciteit. In de piek maand van COVID (april 2021) is de productie (uitgedrukt in ANG⁷) redelijk op peil gebleven. De reguliere productie is in deze maand wel erg laag.

2.3 Toekomst scenario's

Het is allereerst aan het CMC, de SVB en het Land Curaçao om verder te onderzoeken welke besparingsmogelijkheden er kunnen worden geïdentificeerd en gerealiseerd om tot een duurzame exploitatierekening van het CMC te komen en dit te matchen met de beschikbare en noodzakelijke publieke financiering⁸. De Algemene Rekenkamer Curaçao heeft hier het één en ander over geschreven in het rapport van maart 2021 naar aanleiding van vragen (ook van de Commissie Financieel Toezicht) die er waren over de wijze waarop ingeschatte hogere exploitatielasten van het nieuwe ziekenhuis gecompenseerd zouden worden door hogere en realistische efficiëncymaatregelen in de ziekenhuiszorg. De Rekenkamer concludeert onder andere met betrekking tot de toenmalige business case van het CMC: "de haalbaarheid van de als voorwaarde gestelde efficiencybesparingen was dus onvoldoende gewaarborgd, en daarmee ook de haalbaarheid van een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis".⁹

De SVB heeft bij landsbesluit van het Land Curaçao een taakstelling gekregen om gedurende de periode van 1 januari 2020 tot en met 31 december 2024 jaarlijks ANG 70 miljoen te besparen op zorguitgaven in verband met verstrekking van geneesmiddelen, medische uitzendingen, medisch-specialistische zorg en de laboratoriumkosten (laboratoriumdienstverlening). In dit rapport wordt geen onderzoek gedaan naar de realisatie hiervan noch naar de ontwikkeling van het huidige en verwachte tekort op het basisverzekeringkostenfonds, dit wordt enkel genoemd in de context van de mogelijke besparingen.

Wij hebben, om redenen zoals hierboven aangegeven, geen onderzoek gedaan naar de doelmatigheid en naar mogelijke besparingen van het CMC. Hieronder benoemen we wel scenario's die genoemd zijn in de ons ter beschikking gestelde informatie.

2.3.1 Scenario's besparingen op huurlasten en kapitaalslasten

Voordat we scenario's benoemen schetsen we eerst de organisatiestructuur rondom het CMC omdat die structuur is vormgegeven met als doel om voldoende reserve te creëren om daarmee te voorzien in onderhoud en vervanging van gebouwcomponenten, technische installaties en vast medische inventaris en om perikelen die er in het verleden ten aanzien van het onroerend waren goed te voorkomen.

De regering van het Land Curaçao heeft er voor gekozen om zowel de zorgactiviteiten als het eigendom en het beheer van het gebouw van het huidige ziekenhuis onder te brengen in daarvoor destijds nieuw opgerichte vennootschappen. Door de overheid van Curaçao is een stichting opgericht genaamd

⁷ Bron: Analyse COVID 2020 en 2021.

⁸ Het is vanzelfsprekend niet gezegd dat het beschikbare en noodzakelijke bedrag aan elkaar gelijk is

⁹ Bron: '202103 ARC rapport over business case cmc'.

Stichting Hospital Nobo Otrobanda Holding met als doelstelling de exploitatie en het beheer van het CMC-ziekenhuis.

Deze stichting heeft een tweetal 100% dochterondernemingen, te weten:

- HNO Transitie en Exploitatie N.V. (ziekenhuis) = CMC Exploitatie.

Daarin zijn de zorgactiviteiten ondergebracht. Al het zorgpersoneel heeft een dienstverband met deze vennootschap.

- HNO Vastgoed & Beheer N.V. (gebouwen) = CMC Vastgoed.

In deze vennootschap is in juni 2019 het onroerend goed, de gebouwen (ziekenhuis), en de technische dienst ondergebracht. De inkomsten van deze vennootschap bestaan uit de jaarlijkse huuropbrengsten, welke door HNO Transitie en Exploitatie N.V. worden opgebracht.

De huidige financiering is verstrekt aan de vastgoed entiteit en aan de zorgentiteit. Er zijn diverse leningen verstrekt aan de vastgoed entiteit. De lening in hoofdsom bedraagt groot ANG 412.812.000, die door CMC Vastgoed erkend is in een schuldbekentenis aan het Land, daarnaast is een voorschot ad ANG 15,8 miljoen door het Land aan CMC Vastgoed verstrekt. Verder is er een lening van de Vidanova Bank ANG 103 miljoen dat voor een deel (ANG 15,6 miljoen) aan CMC Vastgoed is toebedeeld. De openstaande leningen aan het Land en aan Vidanova Bank worden hieronder weergegeven.

De huidige rente en aflossingsverplichtingen conform de openstaande leningen aan het Land (voorlopig bepaald op ANG 429 miljoen) komen jaarlijks uit op circa ANG 19,5 miljoen. De definitieve schulderkenning heeft nog niet plaatsgevonden.

Lening 1: ANG 247 miljoen, annuïteit van ANG 11,7 miljoen per jaar tegen 2,45%

Lening 2: ANG 95,5 miljoen, annuïteit van ANG 4 miljoen per jaar tegen 1,6%

Lening 3: ANG 70,4 miljoen, annuïteit van ANG 3,2 miljoen per jaar tegen 2%

Lening 4: ANG 15,8 miljoen voorschot, annuïteit van ANG 0,7 miljoen per jaar tegen 2,18%. Dit bedrag is niet in de schulderkenning opgenomen.

Er is een lening van Vidanova Bank van ANG 103 miljoen verstrekt aan CMC Exploitatie en aan CMC Vastgoed, tegen een rentepercentage van 5%. De jaarlijkse annuïteit wordt direct betaald door de SVB (als inhouding op de tweewekelijkse betaling aan exploitatie) en voor 1,2 miljoen door CMC Vastgoed. Het bankenconsortium heeft, als zekerheid voor de nakoming van haar totale faciliteit, hypotheek op het recht van erfpacht en het pandrecht op de aandelen van CMC Vastgoed. Dit in tegenstelling tot het Land Curaçao, dat het grootste deel gefinancierd heeft en dat geen enkele zekerheid heeft bedongen.

In de toelichting op de maandrapportage van december 2021 van het CMC is opgenomen dat er volgens het CMC Vastgoed ruimte is voor een verlaging van de maandelijks huurkosten van circa ANG 3,8 miljoen per maand, daar waar de huurovereenkomst is gebaseerd op een initiële hogere begroting 2020. De realisatie 2020 is ANG 0,5 miljoen hoger dan begroot en de realisatie 2021 is ANG 6,7 miljoen hoger dan begroot. CMC Exploitatie heeft per 31 december 2021 een betalingsachterstand op de huurverplichting opgebouwd van ANG 74,5 miljoen, waarbij ook een achterstallige boeterente van toepassing is van ANG 2,5 miljoen.

Binnen de vastgoed entiteit worden de mogelijkheden onderzocht om aan het ziekenhuis een lagere huur in rekening te brengen van minimaal ANG 1,1 miljoen per maand. Besparingen op beheerskosten, op preventief, correctief en of groot onderhoud zijn volgens het CMC Vastgoed maar zeer beperkt mogelijk. Daarnaast is besparen op vervanging en het opbouwen van reserves ook niet goed mogelijk. Verlaging van de huur zou alleen realistisch zijn indien de rente- en aflossingslasten van CMC Vastgoed worden verlaagd. Inmiddels heeft CMC Vastgoed laten weten een plan voor te leggen aan het Land Curaçao en aan Nederland. Het plan bevat scenario's variërend van uitstel van aflossingsverplichtingen tot volledige kwijtschelding van schulden. De besparing bij CMC-Vastgoed wordt verwerkt in de huur die

van CMC Exploitatie in rekening wordt gebracht. De voorgestelde besparingsmogelijkheden in de beheerskosten en de verlenging van de afschrijvingstermijn (van 40 jaar naar 50 jaar inclusief een restwaarde op het casco van het gebouw) en de aflossingstermijnen van leningen (van 30 naar 50 jaar) zijn in deze scenario's tevens integraal meegenomen.

Het is volgens CMC Vastgoed de bedoeling dat Nederland via het Caribisch Orgaan voor Hervorming en Ontwikkeling (COHO) gaat instemmen met het voorstel dat de vorderingen van Nederland op Curaçao ter zake van Lening 1 en Lening 2 worden geherstructureerd, waarbij door het CMC de volgende vier scenario's onderzocht zijn:

- 1 Voor 15 jaar aflossingsvrij maken van de lening met een doorlooptijd van 50 jaar in plaats van 30 jaar, onder voorwaarden dat (i) Curaçao instemt met een gelijk aflossingsvrij maken van de schuld aan Curaçao; rente wordt gewoon betaald, en (ii) CMC Vastgoed de vorderingen op CMC Exploitatie ter zake achterstallige huur-, rente- en aflossingen (circa ANG 124,6 miljoen) op gelijke wijze aflossingsvrij maakt; rente wordt gewoon betaald;
- 2 Voor 15 jaar rente- en aflossingsvrij maken van de lening met een doorlooptijd van 50 jaar, onder de voorwaarden dat (i) Curaçao instemt met een gelijk rente- en aflossingsvrij maken van de schuld aan Curaçao, en (ii) CMC Vastgoed de vorderingen op CMC Exploitatie ter zake achterstallige huur-, rente- en aflossingen (circa ANG 124,6 miljoen) op gelijke wijze rente- en aflossingsvrij maakt;
- 3 Kwijtschelding van Lening 1 en Lening 2, onder de voorwaarden dat (i) Curaçao instemt met een gelijke kwijtschelding van de schuld aan Curaçao, waarbij tot aan (wettelijke) afronding de rente- en aflossingen op Lening 1, Lening 2 en de schuld aan Curaçao worden aangehouden, en (ii) CMC Vastgoed de vorderingen op CMC Exploitatie ter zake van achterstallige huur-, rente- en aflossingen kwijtscheldt (circa ANG 124,6 miljoen);
- 4 Voor 50 jaar rente- en aflossingsvrij maken van Lening 1 en Lening 2, met een balloon payment na jaar 50, onder de voorwaarden dat (i) Curaçao instemt met gelijk rente- en aflossingsvrij maken van de schuld aan Curaçao, (ii) de schuld aan Curaçao over 50 jaar wordt verminderd met een bedrag gelijk aan de vorderingen van CMC Vastgoed op CMC Exploitatie ter zake achterstallige huur-, rente- en aflossingen (circa ANG 124,6 miljoen).

Wij constateren dat deze vier scenario's rekenkundig kloppen. Er is echter geen zicht op de mogelijke haalbaarheid van deze plannen. Scenario 3 is het enige scenario dat volgens de opstellers van deze scenario's daadwerkelijk een oplossing biedt, maar hierbij wordt het probleem afgewenteld op het Land. Dit is daardoor vanzelfsprekend het meest controversiële scenario.

In het SEHOS-tijdperk is door financiële krapte onderhoud aan het gebouw niet uitgevoerd. Daarom is bij de oprichting van het CMC gekozen voor een constructie met een aparte vastgoedonderneming met de verantwoordelijkheid voor het gebouw en adequaat onderhoud daarvan. Er is destijds besloten dat dat CMC-Vastgoed bij verhuur aan CMC exploitatie winst moet maken en daarvoor een dusdanig in rekening brengt waardoor een reserve gevormd kan worden, voor onderhoud, renovatie en te zijner tijd nieuwbouw. Van de totale huur wordt een bedrag ter grootte van ANG 14 miljoen (exclusief indexatie) per jaar bestemd voor de vorming van deze reserves. Het opbouwen van reserves in een separate vastgoed vennootschap, met als oogmerk om in de toekomst investeringen (volledig) te financieren is in Nederland bij ziekenhuizen niet gebruikelijk maar gezien de historie van het SEHOS wel begrijpelijk.

2.3.2 Scenario's besparingen op variabele exploitatiekosten

Wij hebben geen onderzoek uitgevoerd naar knelpunten in de ontwikkeling van de variabele exploitatiekosten. Uit de ons overgelegde informatie merken wij ten aanzien van onderstaande onderwerpen het volgende op.

Personeelskosten

Personele kosten maken een groot onderdeel uit van de exploitatiekosten. Afgaande op de jaarcijfers lijken de personeelskosten tussen 2018 en 2021 te stijgen van ongeveer ANG 90 miljoen naar ruim ANG 143 miljoen per jaar. Deze vergelijking is volgens het CMC niet correct aangezien SEHOS diverse correcties heeft doorgevoerd die het beeld zouden vertroebelen. De personeelskosten voor SEHOS zouden na correcties over 2018 ANG 113,5 miljoen bedragen. Het bedrag dat het CMC als personeelskosten heeft opgevoerd in de stukken behoeft een correctie van ANG 3,1 miljoen vanwege het alsnog uitbetalen van variabele beloning over 2020.

In onderstaand overzicht hebben wij de kostenstijging inzichtelijk gemaakt. Hiermee resteert volgens het CMC nog een te verklaren verschil van ANG 17,7 miljoen.

	CMC 2020 ANG (x 1,000)	Sehos 2018 ANG (x 1,000)	Vershil
Personeelskosten CMC	128.134		
Correctie variabele beloning 2020	3.122		
Totale personeelskosten	131.256	90.281	
Personeelskosten geboekt onder rekening courant Poli		3.961	
Vrijval Jubileum voorziening		6.017	
van SVB ontvangen vergoedingen salariskosten medisch specialisten		13.305	
	131.256	113.564	17.692

In bovenstaande overzicht zijn in ieder geval nog niet de personeelskosten van facilitair personeel bij CMC-Vastgoed correct weergegeven. Het CMC stelt dat de vrijval jubileumvoorziening opgeteld moeten worden bij de kosten SEHOS om de kosten CMC en SEHOS vergelijkbaar te houden. Deze voorziening is door SEHOS niet overgedragen aan het CMC waarna het CMC deze voorziening in een keer moest opbouwen. We hebben daarmee geen echte zekerheid of bovenstaande weergave juist is. Het verschil wordt door het CMC voor ANG 13 miljoen verklaard door toename van het aantal specialistenplaatsen met 26 FTE, de verhoging van het basissalaris en het alsnog volledig uitbetalen van een variabele beloning medisch specialisten (incl. sociale lasten en pensioen).

Het SVB reageert op de bovenstaande cijfers en toelichting van CMC dat de vrijval niet in 2018 bij SEHOS geboekt is en een opplussing derhalve niet op zijn plek is. Daarnaast wordt de opmerking gemaakt dat de SVB de stijging van 26 FTE niet herkend maar een stijging van 16 FTE ziet in 2020

Er ligt een vraagstuk van het Land Curaçao bij het CMC om 12,5% op het arbeidsvoorwaardenpakket van het personeel in te leveren als onderdeel van één van de financiële voorwaarden die Nederland stelt voor de financiële steun vanuit Nederland aan de overheid betreffende het verlagen van kosten in de publieke en semipublieke sector.

Het CMC heeft aan de stijging van de personeelskosten nog geen keuzes en of maatregelen verbonden. Maatregelen vergen commitment van vakbonden en medisch specialisten.

Kosten voor medische- en verzorgingsmiddelen

De toename in deze kostencategorie komt voornamelijk door de hogere laboratoriumkosten. Het CMC en het Analytisch Diagnostisch Centrum (ADC) hebben een geschil over de gefactureerde bedragen aan het CMC. Volgens een analyse van het CMC over de periode van 15 nov 2019 t/m 2021 heeft het ADC te veel en of onjuiste bedragen in rekening gebracht aan het CMC.

Het betreft onder andere onterecht verkeerd gebruik van bloedproducten, bloedgasen, bloedbeeld, onbekende arts/aanvrager, onbekende patiënten, onbekende verrichtingscodes, prijsverschillen, dubbele facturaties en onverklaarde/onterechte laboratoriumtesten. De CMC-analyse is naar het ADC gestuurd ter validatie. Hierop heeft het ADC tot nu toe ANG 7 miljoen gecorrigeerd middels een creditnota. Alhoewel er rekening is gehouden met de correcties is er momenteel sprake van een budgetoverschrijding van ANG 8,1 miljoen voor het jaar 2021. Nadat partijen consensus bereikt hebben over de correcties van 2019 en 2020 zullen de correcties over 2021 moeten plaatsvinden. Tot op heden is er nog een dispuut over materiële fouten, waarover vooralsnog geen consensus is tussen het ADC en het CMC.

De kosten voor geneesmiddelen zijn voor het CMC lager dan voor het SEHOS in 2018. Dit komt volgens het CMC door de samenwerking die ze hebben met het Erasmus Medisch Centrum in Nederland. De vrachtkosten en kosten voor overige medische middelen en verzorging zijn volgens het CMC onder andere gestegen door de pandemie.

Nader onderzoek naar de kostenstijging van medische- en verzorgingsmiddelen en het doelmatig gebruik daarvan is aanbevelenswaardig. Ook hier zijn de inspanning en het commitment van andere stakeholders noodzakelijk.

Onderhoudskosten

Deze kosten betreffen voor het grootste gedeelte de kosten voor licentie en beheer van de software en betreft voornamelijk de Chipsoft (ziekenhuisinformatiesysteem) licentie. Hierbij wordt niet gesproken over mogelijke besparingen door het CMC.

Algemene kosten

CMC kan mogelijk besparingen realiseren op de advies- en juridische kosten aangezien er in 2020 en 2021 veel kosten zijn gemaakt door de bezwaarprocedures tegen het zorgbudget en vanwege diverse advieskosten.

In de algemene kosten is ook de dotatie over 2021 voor de voorziening dubieuze debiteuren ad 6,6 miljoen opgenomen. Zorgelijk hieraan is dat op basis van een analyse van het CMC is geconstateerd dat 85% van de onverzekerden niet de facturen voor geleverde zorg voldoen en daarom voor eigen rekening komen van het ziekenhuis. Deze categorie onverzekerden ('voor eigen rekening') is begin januari 2022 56% van het totale uitstaande debiteurensaldo. Een oplossing hiervoor is momenteel nog niet ophanden, hetgeen inhoudt dat dit voorlopig geen besparing zal opleveren, maar wel een zorgwekkende post blijft voor rekening van het CMC.

3 Bekostiging

3.1 Huidig bekostigingsmodel

Voor het CMC bestaan thans twee bekostigingsmethodieken naast elkaar. Deze bestaan uit een budgetsystematiek (ongeveer 85% van de omzet) en uit niet gebudgetteerde inkomsten van derden, een zogenaamde prestatiebekostiging.

Voor de bepaling van het zorgbudget stelt het CMC jaarlijks een exploitatiebegroting op, die de basis vormt voor de aanvraag van het budget bij het ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN). Er is geen bekostigingskader en geen wettelijk vastgelegd toetsingskader voor het vaststellen van dat budget. Over de aanvraag geeft de SVB aan het GMN advies. Dit betreft in de praktijk meestal neerwaartse aanpassingen op de ingediende begroting van het CMC, waarna het GMN het jaarlijkse zorgbudget vaststelt. Dat zorgbudget bestaat uit een vast deel en een deel dat samenhangt met het aantal declarerende specialisten. Het zorgbudget wordt in 24 gelijke delen door de SVB aan het CMC uitbetaald. Er zijn voor de SVB-verzekerden tarieven vastgesteld door GMN op basis van een CTG-rapport uit 2000. Deze tarieven zijn in de praktijk echter niet belangrijk omdat er met een budgetmethodiek gewerkt wordt. Declaraties van geleverde prestaties aan SVB-verzekerden zijn uitsluitend pro-forma en hebben geen invloed op de omzet. Nacalculatie vindt niet plaats, zo wordt productie boven het budget niet vergoed en onderproductie wordt niet afgerekend. Wel zou overproductie of onderproductie kunnen leiden tot andere afspraken voor het volgende jaar, maar het is niet duidelijk of dat gebeurt. Meerjarenafspraken worden niet gemaakt.

Naast het budget zijn er inkomsten uit zorg aan derden: particulier verzekerden, inzendingen en toeristen. Die worden afgerekend via een tarief per prestatie. Het CMC hanteert voor dit niet gebudgetteerde deel drie tariefniveaus te weten voor particulieren, voor inzendingen en tarieven voor toeristen. Deze tarieven zijn door GMN vastgesteld op basis van berekeningen van Performance. De basis van de berekening van deze tarieven zijn de SEHOS kostprijzen uit 2016. Voor 82% van de tarieven zijn de tarieven berekend door de groei in productie te bepalen, de kosten te indexeren en aansluiting te zoeken bij de verwachte exploitatie. Voor de overige CMC-tarieven is door Performance gewerkt met Nederlandse benchmarkgegevens, welke geconverteerd zijn naar Curaçaos prijsniveau. Dit alles was prospectief op basis van prognoses/inschattingen van het CMC. Het advies van Performance in 2019 was om deze berekende tarieven af te zetten tegenover de werkelijke kostprijzen die berekend kunnen worden na een volledig operationeel jaar van het nieuwe ziekenhuis. Dit advies is vooralsnog niet opgevolgd. Op het moment dat het aantal patiënten daalt ontstaat een gat in de opbrengsten hetgeen leidt tot een tekort bij het CMC. Het CMC heeft hier geen buffer voor.

Voor de inzendingen vanuit het buitenland gelden behandel- en verpleegdagarieven die bijna 20% hoger zijn dan de voor particulieren vastgestelde tarieven. De tarieven voor toeristen liggen bijna 100% boven de particuliere tarieven. Het zou denkbaar zijn dat die verschillende betalingen leiden tot een soort voorkeurs- of voorrangbeleid, concrete aanwijzingen daarvoor hebben wij echter niet.

3.2 P x Q model

Het vergoeden van zorg kan via de bekende prijs (P) maal hoeveelheid (Q) methode. Er wordt dan een prijs per product afgesproken en hoeveel er van dat product per jaar wordt afgenomen. In de onderhandeling gaat het dan ook over prijs en volume. Ingeval er bezuinigd moet worden, worden vaak minder producten afgesproken, of worden er afspraken gemaakt over dezelfde producten voor een lagere prijs.

Een groot deel van de discussie tussen het CMC en de SVB gaat over de productiewaarde (berekend op basis van een $p \cdot q$ model) en het vastgestelde budget.

3.3 Budgetmodel

Een budgetsystematiek als vergoedingsmodel voor een ziekenhuis als het CMC heeft als doel:

- Stimuleren van doelmatigheid;
- Stimuleren van goede uitkomsten/ kwaliteit van zorg;
- Bieden van redelijke mate van zekerheid aan zowel het CMC als de SVB;
- Borgen van toegang tot zorg voor inwoners.

Een budgetmodel past in principe beter in de setting van het CMC dan een 'zuiver' $p \cdot q$ model. Het huidige budgetmodel komt naar onze mening onvoldoende tegemoet aan deze doelen, omdat niet duidelijk is hoe het budget tot stand komt en omdat het geen rekening lijkt te worden gehouden met volumeontwikkelingen.

Een aangepast (integraal) budgetmodel zou mogelijk beter passend zijn voor Curaçao dan het huidige model.

Dit budget kan bestaan uit een vast en variabel deel. Waarbij de capaciteitsgebonden kosten zoals kapitaalslasten vast zijn. Variabele kosten hangen samen met het volume geleverde of te leveren zorg, dat uitgedrukt kan worden in o.a. aantallen opnames, verpleegdagen, dagverpleging en polibezoek. Het is niet praktisch om afspraken te maken over alle prestaties afzonderlijk.

Budgetafspraken moeten voorts passen binnen een meerjarenkader waarbinnen in redelijke mate ruimte moet zijn voor autonome groei in de zorgvraag en kosten en waarbij dus voor demografische ontwikkelingen en de ontwikkeling van lonen en prijzen ruimte moet zijn. Aangezien er sprake is van een relatief klein adherentiegebied / verzorgingsgebied, dat aan weinig veranderingen onderhevig is, zou er sprake moeten zijn van redelijke voorspelbaarheid als er eenmaal een goede basis is gelegd. Bij een dergelijk model zijn veel varianten mogelijk ten aanzien van de indeling in vast en variabel, over de nacalculatie en de afspraken over ontwikkeling van het budget in de tijd.

Voor de bepaling van welk deel van de (aanvaardbare kosten) aan SVB patiënten kan worden toegerekend bestaan ook meerdere mogelijkheden. Dat kan door uit te gaan van het historische omzetdeel of van een kostentoerekening. Beide methoden hebben hun voor en nadelen. Het toerekenen van kosten aan de SVB populatie en aan overige productie kan met zich meebrengen dat een correctie voor verschillen in zorggebruik door deze twee groepen nodig is. Dat kan ingewikkeld zijn. Uitgaan van de historische omzet heeft nadelen omdat de historische omzet niet in lijn zal zijn met de kosten. Voor de SVB gaat het immers om een min of meer historisch budget en voor derden om recent aangepaste tarieven. Uiteindelijk is een verdeling op basis van een herrekende omzet (met gelijke prijzen) dan noodzakelijk.

Alvorens in de volgende paragraaf in te gaan op een nadere invulling van het budgetmodel merken we op dat het erop lijkt dat de discussie tussen het CMC en de SVB zich vooral toespitst op de productiewaarde, de potentieel declarabele omzet, in relatie tot het thans vastgestelde budget. Voor het maken van adequate budgetafspraken is inzicht in de geleverde prestaties, zoals volume en zorgzwaarte de basis. Productiecijfers zijn wel overgelegd aan de NZa maar zijn, zoals reeds opgemerkt, vaak onvolledig en lastig te interpreteren. Het verkrijgen van inzicht in de productie kan gerealiseerd worden door declaratie-overzichten te maken, die alle zorglevering van het CMC bevatten, dus ook de zorglevering die onder een budgetafpraak valt en de levering van zorg aan ongedocumenteerden. Een andere mogelijkheid is om een afzonderlijke opgave van overeen te komen (groepen) prestaties en aantallen patiënten op te stellen. Voor het grootste deel van de omzet is het CMC afhankelijk van het budget dat de SVB betaalt. De tariefberekening voor de tarieven van particulieren, toeristen en inzendingen, die Performance in 2019 heeft uitgevoerd, is gebaseerd op prognoses. Inzicht in de eigen kostprijzen per prestatie of zorgactiviteit is een belangrijk instrument voor de interne bedrijfsvoering. De kostprijscalculatie moet aansluiten bij de werkelijke bedrijfskosten. Dit geeft ook inzicht in (veranderingen van) zorgzwaarte bij de populatie patiënten.

Wij adviseren een model waarin een integraal budget wordt afgesproken voor het hele ziekenhuis. In een integraal model maken de SVB, die de kosten dekt van de SVB-patiënten, de particuliere verzekeraars en het Land (verantwoordelijk voor de ongedocumenteerden) afspraken met elkaar over het budget. De declaraties in verband met toeristen en inzendingen dienen mede ter dekking van dit budget.

Wij adviseren afspraken te maken over de variabele budgetcomponent aan de hand van nader overeen te komen budgetparameters, zoals verpleegdagen per afdelingen, aantallen consulten en heropnames. Bij het bepalen en vaststellen van het budget kan zo op doelmatigheid gestuurd worden.

Indien er voor gekozen wordt om de omzet van geleverde zorg aan particulieren, toeristen en inzendingen uit het budgetmodel te houden, adviseren wij de kostprijsberekening hiervan te herzien op basis van de werkelijke realisatie van het CMC. Om daarbij ondoelmatigheden boven water te krijgen, en die uit de kosten halen, is een diepgaande bedrijfsdoorlichting nodig.

3.3.1 Nadere invulling budgetmodel

Het integrale budget kan, zoals al opgemerkt, bestaan uit een vast en variabel deel. De vaste vergoeding ziet dan bijvoorbeeld op huisvesting, een vast bedrag per (IC-) bed of een vast bedrag per fte specialist. De variabele vergoeding is aan productieparameters gebonden en betreft bijvoorbeeld een bedrag per opname, per verpleegdag, per polibezoek of een bedrag voor dagverpleging. Dit kan vormgegeven worden door vergoedingsbedragen vast te stellen voor de variabele kosten die samenhangen met die parameters. Een dergelijk model kent minder volumeprikkels dan een volledig $p \cdot q$ model met integrale kostprijzen, omdat voor een toename in de productie alleen de variabele kosten worden vergoed.

Bij de productie gebonden vergoeding zijn verschillende varianten mogelijk:

- Een vaste prospectieve productieafspraken per jaar;
- Een volledig variabele afspraak waarbij de werkelijke productie (ex post) wordt vergoed;
- Een combinatie van beide.

In het eerste geval loopt het ziekenhuis volledig risico over het volume boven de afspraak, in het tweede model niet. Een vaste productieafspraken heeft een risico op onderbehandeling of wachtlijsten. Om dit te voorkomen is een gemengde variant denkbaar, hieronder een voorbeeld.

Stel er wordt een prospectieve productie afspraak gemaakt van 100 en er geldt een bandbreedte voor de productie van (bijvoorbeeld) 5%, waarbinnen geen nacalculatie plaats vindt. Stel dat daarbij boven en onder de 5% bandbreedte steeds voor 95% nagecalculeerd wordt.

Als dan de werkelijke productie 104 is dan blijft de vergoeding 100, want binnen bandbreedte.

Als de werkelijke productie = 110. Vergoeding = $100 + 95\% * (110 - 105) = 104,75$

Als de werkelijke productie = 90. Vergoeding = $100 - 95\% * (95 - 90) = 95,25$

Op die manier wordt een tweezijdig dempend effect ingebouwd.

Bij dreigende overproductie kan ingebouwd worden dat overleg en instemming nodig is van financiers, zodat de hierboven benoemde nacalculatie geen automatisme is. Dit zal dan wel kunnen leiden tot procedures over het budget, waarbij het niet instemmen langere wachtlijsten tot gevolg kan hebben.

Bij een meer verfijnd model kan in aanvulling hierop ook worden gestuurd op uitkomsten. Zo is het niet wenselijk dat een ziekenhuis stuurt op een hoger productievolume door bijvoorbeeld de ligduur onnodig te verlengen of onnodige opnames te doen. Een hoog aantal heropnames kan een indicatie zijn voor onvoldoende kwaliteit van zorg. Het is dan te overwegen om daar aanvullende afspraken over te maken (maximale gemiddelde ligduur, maximum % heropnames etc.) en daarvoor in de nacalculatie te corrigeren.

Een ander voorbeeld betreft de zorg voor diabetes. Diabetes komt volgens onze gesprekspartners veel voor op Curaçao. Diabetes is een chronische aandoening die goed in de 1e lijn kan worden behandeld. Ontregelde patiënten moeten soms opgenomen worden in het ziekenhuis. Het ziekenhuis zou een stimulans moeten krijgen om diabetes patiënten in de 1e lijn te houden. In de afspraken zou dan een limiet kunnen worden gesteld aan het aantal (her-) opnames van diabetes patiënten. Tegelijk kost een daling van het aantal opnames / ligdagen het ziekenhuis geld. Er zou dan een aanvullende afspraak gemaakt kunnen worden om die daling nog voor een deel te compenseren. Essentieel voor het maken van dit soort gerichte afspraken is inzicht in de aard en omvang van de geleverde productie. Hoe gericht de gewenste (inhoudelijke) sturing, hoe gedetailleerder die informatie moet zijn. Op dit moment lijkt dit soort informatie onvoldoende beschikbaar.

Eventuele verschillen ten opzichte van het budget kunnen worden verrekend door opslagen op de tarieven (of op een deel van de tarieven). Afrekenen kan ook met een lumpsumbedrag. Het werken met opslagen heeft echter als voordeel dat de omzet van derden per definitie dekking geeft aan de kosten; nadeel is dat een volumedaling bij derden ook leidt tot een opslag op de SVB betalingen. Dit kan eventueel ondervangen worden in een nader te bepalen nacalculatiesystematiek. Bovendien moeten dan ook de particuliere verzekeraars op het eiland achteraf meebetalen resp. instemmen met het budget. Als de SVB, als grootste betaler, een populatie met een relatief zwaardere zorgvraag heeft, landen lasten (m.n. eventuele opbrengsttekorten) onevenredig bij de SVB. Dat is overigens wel te corrigeren, bijvoorbeeld door de SVB tarieven en tarieven die gelden voor derden anders te wegen, zoals nu ook gebeurt.

3.3.2 Verpleegdagtarieven

De NZa is gevraagd om een duidelijke definiëring van het begrip verpleegdagtarieven voor een Centrum Ziekenhuis en de Intensive Care. De NZa hanteert een definitie van een verpleegdag die terug is te vinden in diverse beleidsregels van de NZa. Het is verder een kwestie van keuzes welke kosten aan een verpleegdag worden toegerekend. Alle operationele kosten, inclusief alle (para-)medische verrichtingen, honoraria, geneesmiddelen of huisvesting. Alleen hotelkosten (verblijf, voeding, bewassing, huisvesting), of hotelkosten plus kosten van verpleging.

Eén en ander hangt samen met de wijze waarop tarieven voor verpleegdagen worden bepaald. Dit kan door middel van een kostentoerekening op basis van een kostprijsmodel of als sluittarief, waarbij het verpleegdagtarief bepaald wordt door de volgende berekening: $T=(AK-ON)/AV$. Daarbij staat T voor tarief per verpleegdag, AK voor het aanvaarde niveau van exploitatiekosten, ON voor de (verwachte) omzet aan neventarieven en AV voor het (verwachte) aantal verpleegdagen in een jaar. Waarbij de neventarieven alle tarieven zijn buiten de verpleegtarieven. Bij deze laatste benadering zal het verpleegdagtarief alle kostensoorten omvatten.

Onze aanbeveling is om voor een verpleegdag een definitie te hanteren die bijvoorbeeld in Nederland of Amerika gebruikt wordt en om de verpleegdagtarieven als sluittarief te bepalen. Dit sluittarief zou door de Curaçaose Zorgautoriteit i.o. kunnen worden vastgesteld.

3.3.3 Procedurevoorschriften voor budgetvaststelling

Voor het beoordelen van de kosten van het CMC en het vaststellen van het budget is het noodzakelijk om regels vast te stellen zodat het voor iedereen transparant is wat de procedure is. De CZa i.o. zou hierbij een regelgevende en toezichhoudende rol kunnen spelen.

In die regels kunnen normen opgenomen worden, zoals normen voor normatieve personeelsbezetting. Ook kan er aansluiting gezocht worden bij kwaliteitsrichtlijnen zoals bijvoorbeeld bij de IC en kunnen normen vastgesteld worden op basis van productie-aantallen zoals te meten bij verpleegdagen en polibezoek. Het opstellen van een procedure voor de uitbreiding van de capaciteit aan specialisten (loondienst) is eveneens mogelijk. Hierbij kan men opnemen dat het budget honoraria mee groeit met het algemene budget of er kunnen normen ontwikkeld worden voor het uitbreiden van capaciteit. Daarnaast is het maken van een procedure voor de goedkeuring van investeringen en voor het budget voor instandhouding/renovatie belangrijk om te komen tot een juist bedrag voor huisvesting. Tenslotte zou ook een procedure om te komen tot een benchmark onderzoek voor kosten ontwikkeld kunnen worden.

Na het maken van keuzes over de bekostiging van het CMC is het ontwerpen van regels, richtlijnen, of procedures voor het beoordelen van de kosten van het CMC en het vaststellen van het budget uit oogpunt van transparantie en het maken van goede afspraken noodzakelijk.

Regels kunnen vervolgens vastgelegd worden in regelgeving waarmee partijen reguleringszekerheid krijgen die op dit moment grotendeels lijkt te ontbreken.

Het verdient aanbeveling om de toezicht op de naleving van die regelgeving neer te leggen bij een onafhankelijke derde zoals de CZA i.o. Die onafhankelijke partij moet ook kunnen beslissen in geval de SVB en het CMC niet tot overeenstemming komen.

3.4 Overige aanbevelingen

In deze paragraaf benoemen we elementen die in de vorige paragrafen niet benoemd zijn, maar toch belangrijk zijn om één en ander in juist perspectief te plaatsen.

Aanloopverliezen

Aanloopverliezen maken geen structureel deel uit van de aanvaardbare kosten, maar moeten uiteraard wel gedekt worden. Normaal gesproken dekt een instelling die uit de reserves. De exploitatie moet dan wel ruimte bieden om die reserves te vormen. Het CMC beschikt niet over eigen vermogen. Voor onderhoud en renovatie is het noodzakelijk om juist binnen het CMC Vastgoed hiervoor reserves te vormen.

Reserves

Schommelingen in kosten en inkomsten worden normaal opgevangen via de reserves van de instelling. De budgettering / omzet moet dan echter wel ruimte bieden voor het vormen van een reserve. Dat is thans niet het geval.

Ongedocumenteerden

Er is een groep van tienduizenden mensen die niet officieel geregistreerd staan, de zogenaamde ongedocumenteerden. Een deel daarvan is gedetineerd, voor hun zorg is het ministerie van Justitie verantwoordelijk. Verder werkt een aanzienlijk deel in de bouw of in andere delen van de informele economie. Hun werkgevers betalen geen premie en daardoor zijn zij niet verzekerd. Onduidelijk is in hoeverre het CMC hier zorgplicht heeft. Acute zorg zal in het algemeen geleverd (moeten) worden. Duidelijk is dat het CMC hier niet volledig risicodragend in kan zijn. Levering van die zorg drukt echter wel op exploitatiekosten van het CMC. Hiervoor zou een aparte regeling moeten komen. Net als voor alle nieuwe regelgeving is het aan Curaçao om hier een besluit over te nemen. Alternatief is dat het ziekenhuis oninbare vorderingen afschrijft ten laste van het budget (er moet dan wel ruimte in het budget zijn) en de afschrijvingen meeneemt in de tarieven voor de particulieren. Dit probleem raakt thans vooral het CMC terwijl het probleem veel breder is, het raakt de financiën en het sociaal stelsel van het Land.

Voor de vergoeding van levering van zorg aan ongedocumenteerden is het aanbevelenswaardig om een aparte regeling op te stellen.

Laboratorium

Het laboratorium is op afstand geplaatst van het CMC. Sindsdien is er sprake van een kostenstijging. Wij hebben dat niet verder onderzocht. Een mogelijkheid is om de kosten van het laboratorium te reguleren. Een andere mogelijkheid is dat het CMC de laboratoriumkosten volledig uit het budget betaalt, waardoor een prikkel ontstaat om doelmatig in te kopen.

3.5 Implementatie aanbevelingen en rol lokale partijen

Zoals reeds aangegeven heeft de NZa geen bevoegdheid ten aanzien van de inrichting en regulering van de zorg in Curaçao. Het is dan ook aan partijen om te besluiten welke keuzemogelijkheden en aanbevelingen worden overgenomen en ingevoerd. Zolang er nog geen bindend wettelijk kader tot stand is gekomen is het noodzakelijk om in de tussenliggende jaren bindende afspraken tussen GMN, de SVB, het CMC en particuliere verzekeraars te maken over de wijze van budgetbepaling, de omvang van de jaarlijks beschikbare middelen alsmede een procedure voor geschilbeslechting te ontwikkelen. Deze afspraken kunnen dan bijvoorbeeld landen in een bestuurlijk akkoord. De Verduurzamingscommissie en de Nationale Hervormingscommissie kunnen hierin een leidende rol hebben.

Wij adviseren om bindende afspraken te maken tussen GMN, de SVB, het CMC en particuliere verzekeraars over de wijze van budgetbepaling, de omvang van de jaarlijks beschikbare middelen alsmede een procedure voor geschilbeslechting te ontwikkelen. De Verduurzamingscommissie en de Nationale Hervormingscommissie kunnen hierin een leidende rol hebben.

4 Aanbevelingen

Dit hoofdstuk bevat een overzicht van de aanbevelingen die eerder zijn gemaakt.

1. Voor het overgrote deel (het SVB-deel) van de omzet van het CMC spelen tarieven geen rol, zodat herijking volgens ons niet de hoogste prioriteit heeft.

2. Inzicht in de geleverde productie, zoals bijvoorbeeld opnames, verpleegdagen, polibezoeken, dagen dagverpleging en andere parameters, is noodzakelijk om adequaat te kunnen sturen. Dit inzicht bieden de prestaties die nu geregistreerd worden onvoldoende.

3. De bedrijfsadministratie moet op orde gebracht worden om goedkeurende accountantsverklaringen te krijgen.

4. Wij adviseren een benchmark op te stellen met vergelijkbare ziekenhuizen. Nederlandse ziekenhuizen vormen geen goed vergelijkingsmateriaal voor een benchmark.

5. Het CMC heeft aan de stijging van de personeelskosten nog geen keuzes en of maatregelen verbonden. Maatregelen vergen commitment van vakbonden en medisch specialisten.

6. Nader onderzoek naar de kostenstijging van medische- en verzorgingsmiddelen en het doelmatig gebruik daarvan is aanbevelenswaardig. Ook hier zijn de inspanning en het commitment van andere stakeholders noodzakelijk.

7. Een aangepast (integraal) budgetmodel is beter passend voor Curaçao dan het huidige model. Wij adviseren om jaarlijks een integraal budget vast te stellen voor het gehele ziekenhuis binnen een kader voor een meerjarenafpraak. Dit budget bestaat uit een vast en een variabel deel. Op dat variabele deel kan nacalculatie plaatsvinden.

8. In een integraal model maken de SVB, die de kosten dekt van de SVB-patiënten, de particuliere verzekeraars en het Land (verantwoordelijk voor de ongedocumenteerden) afspraken met elkaar over het budget. De declaraties in verband met toeristen en inzendingen dienen mede ter dekking van dit budget.

9. Wij adviseren afspraken te maken over de variabele budgetcomponent aan de hand van nader overeen te komen budgetparameters, zoals verpleegdagen per afdelingen, aantallen consulten en heropnames. Bij het bepalen en vaststellen van het budget kan zo op doelmatigheid gestuurd worden.

10. Indien er voor gekozen wordt om de omzet van geleverde zorg aan particulieren, toeristen en inzendingen uit het budgetmodel te houden, adviseren wij de tarieven hiervan te herzien op basis van de werkelijke realisatie en kosten van het CMC en om niet meer gebruik te maken van prognoses. Om daarbij ondoelmatigheden boven water te krijgen, en die uit de kosten halen, is een diepgaande bedrijfsdoorlichting nodig.

11. De kosten voor zorg aan ongedocumenteerden kunnen redelijkerwijs niet voor rekening en risico van het ziekenhuis komen. Wij adviseren een financiering naar omvang van zorgconsumptie door het Land.

12. Voor de vergoeding van levering van zorg aan ongedocumenteerden is het aanbevelenswaardig om een aparte regeling op te stellen.

13. Onze aanbeveling is om voor een verpleegdag een definitie te hanteren die bijvoorbeeld in Nederland of Amerika gebruikt wordt en om de verpleegdagtarieven als sluittarief te bepalen. Dit sluittarief zou door de Curaçaose Zorgautoriteit i.o. kunnen worden vastgesteld.

14. Voor het beoordelen van de kosten van het CMC en het vaststellen van het budget is het noodzakelijk om procedures, regels en richtlijnen te ontwikkelen.

15. Het verdient aanbeveling om de toezicht op de naleving van regelgeving neer te leggen bij een onafhankelijke derde zoals de CZA i.o.

16. Wij adviseren om bindende afspraken te maken tussen GMN, de SVB, het CMC en particuliere verzekeraars over de wijze van budgetbepaling, de omvang van de jaarlijks beschikbare middelen alsmede een procedure voor geschilbeslechting te ontwikkelen. De Verduurzamingscommissie en de Nationale Hervormingscommissie kunnen hierin een leidende rol hebben.

5 Lijst van bronnen

We hebben gebruik gemaakt van:

- 1 Plan van aanpak verduurzaming CMC, 22 november 2021
- 2 Jaarrekening 2018 Sehos
- 3 Financiële maandrapportage CMC december 2021
- 4 Financiële maandrapportage CMC januari 2022
- 5 Excelbestand '20220117 Maandrapportage CMC Dec 2021', referentie CMC RvB stuk RVB.F.21/012, per 18 januari 2022
- 6 PowerPoint-bestand 'CMC Vastgoed - Presentatie NZA 090222 - final 09 februari 2022'.
- 7 Voorstel schulderkeningsbedrag HNO en de waardering van aan HNO gerelateerde onroerend goed bij het Land Curaçao, onderzoek SOAB, 7 oktober 2019
- 8 Akte van schuldbekentenis, HNO-Vastgoed d.d. 16 maart 2020
- 9 Advies aangaande het verzoek tot tariefsaanpassing van het St Elisabeth Hospitaal d.d. 1-9-1999, Willemstad 18 mei 2000
- 10 Curaçao Medical Center: Presentatie Bezwaren Commissie Vrijdag 27 November 2020
- 11 Landspakket-Curaçao-uitvoeringsagenda 1-e kwartaal 2022.
- 12 Documentatie vaststellen tarieven CMC, rapport december 2019, Performance HOTflo
- 13 Duurzaamheid exploitatie, is een duurzame exploitatie van het nieuwe ziekenhuis gewaarborgd?
- 14 Deelrapport 4 maart 2021, Rekenkamer Curaçao, '202103 rapport over business case CMC'
- 15 Definitie voor verpleegdag is te vinden in https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_320022_22/1/ (par 24, onder 29)
- 16 Samen bouwen aan een gezond Curaçao 2025, GMN, 7 januari 2020.
- 17 Herstructurering en realisering van een optimale financieringsstructuur van CMC Vastgoed (Spoor 1 van het plan van aanpak "Verduurzaming exploitatie CMC") concept; 15 maart 2022
- 18 Begroting CMC, presentatie t.b.v. RvC en SvB, 14 december 2021

6 Partijen waarmee NZa gesproken heeft in Curaçao

BTP, Bureau Telecommunicatie & Post

CFT, College Financieel Toezicht

CMC, bestuur

CMC, medische staf

CMC, cliëntraad

CZa i.o., Curaçaose Zorgautoriteit in oprichting

GMN, Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur

NHC, Nationale Hervormingscommissie

Sagicor, particuliere verzekeraar

SOAB, Stichting Overheidsaccountantsbureau Curaçao

SVB, Sociale Verzekeringsbank

TWO, Tijdelijke Werkorganisatie

