

Plan van aanpak 2021-2022

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



Dutch Caribbean Hospital Alliance

In opdracht van Stuurgroep DCHA:

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Versie 15

Oranjestad - Willemstad - Philipsburg - Kralendijk, 15 September 2021

INHOUDSOPGAVE

LEESWIJZER	4
1. STRUCTUUR VAN DE SAMENWERKING.....	5
1.1 Inleiding.....	5
1.2 Voorgestelde structuur van formele samenwerking.....	5
1.3 Actieplan structuur van de samenwerking.....	6
2. ONDERWERPEN VAN DE SAMENWERKING 2021 - 2022	8
2.1 Regionale capaciteitsplanning	8
2.1.1 Inleiding.....	8
2.1.2 Plan van aanpak	8
2.1.3 Actieplan regionale capaciteitsplanning 2021-2022.....	9
2.2 COVID-19.....	10
2.2.1 Inleiding.....	10
2.2.2 Plan van aanpak	10
2.2.3 Actielijst 2021-2022	11
2.3 Inrichten indicator registratie en benchmark.....	12
2.3.1 Inleiding.....	12
2.3.2 Plan van aanpak	12
2.3.3 Actielijst voor 2021/2022.....	14
2.4 Uitzendingen	15
2.4.1 Inleiding.....	15
2.4.2 Plan van aanpak	15
2.4.3 Actielijst 2021-2022	16
2.5 Gezamenlijke inkoop medicatie.....	18
2.5.1 Inleiding.....	18
2.5.2 Plan van aanpak	18
2.5.3 Actielijst voor 2021-2022	19
2.6 Regionale zorgpaden en standaardisatie.....	20
2.6.1 Inleiding.....	20

2.6.2	Plan van aanpak	20
2.6.3	Actielijst voor 2021-2022	21
2.7	Regionale opleidingen.....	22
2.7.1	Inleiding.....	22
2.7.2	Plan van aanpak	22
2.7.3	Actielijst voor 2021-2022	24
2.8	Oriëntatie op onderwerpen van samenwerking 2023-2024	25
2.8.1	Inleiding.....	25
2.8.2	Plan van aanpak	25
2.8.3	Actielijst 2023-2024	25
3.	COMMUNICATIEPLAN.....	26

LEESWIJZER

In dit plan van aanpak presenteren de ziekenhuizen van het Caribisch deel van het Koninkrijk een concrete uitwerking van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan het voorgenomen beleid, zoals beschreven in het document “Beleidsplan Samenwerking regionale ziekenhuizen in het Caribisch deel van het Koninkrijk der Nederlanden” van 18 juni 2020. Afspraken zoals overeengekomen in het beslisdocument van het ministers 4-landenoverleg zijn in dit plan van aanpak verwerkt.

Vanuit de 4-landen overlegmomenten is door de ziekenhuizen van het Caribisch deel van het Koninkrijk gekozen voor het samenwerkingsmodel II, waarbij een coöperatie zal worden opgericht met duidelijk omliggende samenwerkingsverbanden met als doel samen de regionale gezondheidszorg tussen de landen op elkaar af te stemmen en op deze wijze als regio meer “self supporting” te zijn met regionale capaciteitsafstemming, portfolioplanning en onderlinge bijstand.

In het 1^e hoofdstuk wordt de organisatorische structuur waarin de samenwerking is geformaliseerd besproken. In eerste instantie zullen wij een coöperatie oprichten, waarvoor inmiddels het voorbereidend werk is verricht door de ziekenhuisbestuurders en binnenkort een feit zal zijn. Het realiseren van een inkooporganisatie en een regionale opleidingsorganisatie wordt gezien als een startsein in de samenwerking (hoofdstuk 2).

In het 2^e hoofdstuk zijn de overige onderwerpen beschreven van de samenwerking voor 2021-2022:

- Regionale capaciteitsplanning en portfolioplanning (2.1)
- COVID-19 (2.2)
- Inrichten indicatorregistratie en benchmark (2.3)
- Uitzendingen (2.4)
- Gezamenlijke (medicatie) inkoop (2.5)
- Start ontwikkeling regionale zorgpaden en standaardisatie (2.6)
- Regionaal opleiden (2.7)
- Oriëntatie op 2023-2024 (2.8)

Bewust is gekozen niet het gehele programma zoals geïntroduceerd in het beleidsplan van juni 2020 in detail uit te werken. We leggen de focus op bovengenoemde onderwerpen.

In het beleidsplan zijn voor elk onderwerp concrete doelstellingen beschreven; in dit plan van aanpak is per onderwerp een actielijst met een te verwachten tijdspad beschreven, naast een korte toelichting. Voor elk onderwerp zal een taskforce worden ingesteld met een formele opdracht, bestaande uit vertegenwoordigers uit de regio met eventueel ondersteuning vanuit de coöperatie. De taskforce zal de concrete uitwerking en de implementatie coördineren. Het uiteindelijke budget en de realisatie van de begroting wordt bewaakt vanuit de budgetcommissie (zie hoofdstuk 1 m.b.t. de organisatiestructuur).

1. STRUCTUUR VAN DE SAMENWERKING

1.1 Inleiding

De keuze is gemaakt door de Raden van Bestuur van de respectievelijke ziekenhuizen CAS-BES om op korte termijn te komen tot een formele samenwerking (model II zoals beschreven in het beleidsplan); dit is intussen aan de eigen toezichthoudende organen voorgelegd. Hierbij is onderzoek naar wet- en regelgeving tussen de landen verricht.

Vooruitlopend op de formalisatie is de samenwerking tot nu toe georganiseerd in de vorm van een projectgroep Dutch Caribbean Hospital Alliance (DCHA) en een structureel wekelijks overleg met de ziekenhuisbestuurders¹. DCHA is ook de naam van de op te richten coöperatie.

1.2 Voorgestelde structuur van formele samenwerking

De participerende ziekenhuizen zullen een coöperatie oprichten met uitgesloten aansprakelijkheid (UA). Hiertoe is in juli 2020 een intentieverklaring opgesteld en ondertekend door de ziekenhuisbesturen en intussen zijn de benodigde documenten zoals statuten en ledenovereenkomsten voor de coöperatie samen met de notaris uitgewerkt. Uitgangspunten voor de structuur van de coöperatie U.A.:

- De deelnemende ziekenhuizen vormen de leden van de coöperatie U.A.;
- De leden benoemen de bestuursleden, bestaande uit een vertegenwoordiger van elk ziekenhuisbestuur;
- De rol van voorzitter van het bestuur wordt gerouleerd onder de bestuursleden;
- De mogelijkheid bestaat voor toetreding van andere zorginstellingen als lid van de coöperatie, onder voorwaarden die zijn vastgelegd in de statuten;
- In de coöperatie zijn in totaal 24 stemrechten te verdelen. Ieder (ei)land (Curacao, Aruba, BES en Sint Maarten) krijgt 6 stemrechten, te verdelen over de huidige en toekomstige leden van het desbetreffende (ei)land;
- Het bestuur wordt ondersteund door een programma directeur en een secretaris/directiesecretaresse;
- Ter bevordering van het doel van de coöperatie stelt het bestuur een Commissie Medische Staven in, waarin de medische specialisten van de leden zijn vertegenwoordigd;
- Het bedrag van de fondsenwerving wordt beheerd door het Bestuur van de coöperatie;
- Er wordt een budgetcommissie opgericht. De budgetcommissie bewaakt dat het budget wordt aangewend conform het doel en de begroting van de coöperatie;
- Het bestuur van de coöperatie vergadert minimaal één keer per vier weken (door middel van videoconferentie en indien mogelijk periodiek ook fysiek);
- Vertigingsplaats in Nederland, toepasselijk recht is Nederlands recht. Geschilbeslechting te rechtbank Bonaire.

¹ De bestuurders van de medisch centra van Saba en Sint Eustatius participeren als toehoorder in dit overleg. Hun feitelijke deelname in de samenwerkingsprojecten is beperkt.

Het bestuur ziet toe op de voortgang van de gezamenlijke activiteiten (zoals beschreven in hoofdstuk 2); de “projectleiders” van de verschillende programmaonderdelen leggen verantwoording af aan de programma directeur en met afstemming met het bestuur.

Er is een keuze gemaakt voor een coöperatie uitgeloten van aansprakelijkheid als de rechtsvorm voor de samenwerking. De bijbehorende structuur bevindt zich in de afrondingsfase waarna de formele oprichting vormgegeven zal worden door een notariële akte, statuten, een ledenovereenkomst en een bestuursreglement (target uiterlijk oktober 2021). Intussen is ook de laatste hand gelegd aan een datasharingagreement voor de leden van de coöperatie. Ten aanzien van de vestigingsplaats van de coöperatie zijn inmiddels de voor- en nadelen per locatie uitgewerkt. Op basis van onderzoek door advocatenkantoor HBN te Curaçao, blijkt de beste/meest gemakkelijke vestigingsplaats in Nederland. Invulling van het bestuur en secretariële ondersteuning dienen te geschieden. Uitgangspunt is, dat dit binnen de bestaande faciliteiten georganiseerd zal worden.

De verdeelsleutel voor de kosten van en baten uit de coöperatie dient nog te worden vastgesteld; naar verwachting per project. Een budgetcommissie wordt ingesteld, waarin het bestuur is vertegenwoordigd. Deze commissie bewaakt dat de gelden worden aangewend conform het beoogde doel en beoordeelt of dit past binnen de begroting waarop het fonds is gebaseerd. Met de fondsverstrekkers moeten er vervolgsafspraken gemaakt worden over het budget, het budgetbeheer en de wijze van verantwoording afleggen. Op het moment dat de organisatie een feit is, kan verder met de stakeholders gecommuniceerd worden over de samenwerking, de doelstellingen en de werkwijze. Dan kan ook een bankrekening worden geopend waarop de fondsen van de (ei)landen kunnen worden gestort.

Het bestuur van de coöperatie zal nader kunnen onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor een nog meer duurzame samenwerkingsvorm, gebaseerd op wettelijke/juridische mogelijkheden.

1.3 Actieplan structuur van de samenwerking

Het actieplan ten aanzien van de structuur van de samenwerking is als volgt:

Nr.	Actie	Wie	Q3 2020	Q4 2020	Q1- 2021	Q2 2021	Q3 2021	Q4 2021
1.	Intentievereenkomst ondertekenen	Bestuurders						
2.	Keuze rechtsvorm	Bestuurders						
3.	Vaststellen organisatiestructuur	Bestuurders						
4.	Vaststellen naam rechtspersoon, eventueel logo/huisstijl	Bestuurders						
5.	Opstellen oprichtingsakte	Notaris						

Nr.	Actie	Wie	Q3 2020	Q4 2020	Q1- 2021	Q2 2021	Q3 2021	Q4 2021
6.	Aanstellen programma directeur	Bestuur						
7.	Afspraken over budget en budgetbeheer/ instellen budgetcommissie	Bestuurders/ fondsverstrekkers						
8.	Afspraken over wijze van verantwoording aan en toezicht door fondsverstrekkers	Bestuurders/ fondsverstrekkers						
9.	Opstellen statuten	Notaris						
10.	Inrichten bestuur	Bestuurders						
11.	Inrichten secretariële ondersteuning	Bestuurders						
12.	Communicatie met de stakeholders over samenwerking binnen de regio	Bestuurders						
13.	Onderzoek naar de juridische complicaties/ mogelijkheden om tot een duurzame vorm van samenwerking te komen	Taskforce						
14.	Besluitvorming inzake eventuele duurzame vorm van samenwerking	Raden van Toezicht						
15.	Implementatie eventuele duurzame vorm van samenwerking	Raden van Bestuur						

2024

2025

2. ONDERWERPEN VAN DE SAMENWERKING 2021 - 2022

2.1 Regionale capaciteitsplanning

2.1.1 Inleiding

Het uiteindelijke doel is om te komen tot een doelmatig en effectief op elkaar afgestemd zorgaanbod tussen de landen Aruba, Curaçao, Sint Maarten en het Caribisch deel van Nederland (Bonaire, Sint Eustatius en Saba).

In gezamenlijkheid moeten de ziekenhuizen tot consensus komen over de regionale medisch specialistische zorgverdeling. Streven is om dit in de loop van 2022 met de ziekenhuizen te bespreken en stap voor stap te realiseren. Doel hierbij is de beschikbare capaciteiten optimaal te benutten en expertise te versterken waardoor toename van de kwaliteit van zorg gerealiseerd kan worden. Kostbare capaciteiten, sub- en superspecialisatie gaan goeddeels hand in hand. Deze capaciteiten zijn doorgaans efficiënter te exploiteren als het volume groter is. Dit vraagt dan wel afstemming over de exploitatiekosten en eventueel gezamenlijke investering in capaciteiten.

Daarnaast wordt de vraag weggelegd bij de vakgroepen om te komen tot een plan voor onderlinge bijstand, bijvoorbeeld in relatie tot waarnemingen. Ook in relatie tot sub- en superspecialisatie kan de vraag bij de vakgroepen worden weggelegd voor onderlinge bijstand, bijvoorbeeld door de medisch specialist de verschillende landen te laten bezoeken. Sterk vervlochten samenwerking met Nederlandse instituten dient ook onderdeel van dit proces te zijn.

2.1.2 Plan van aanpak

In overleg met de verschillende vakgroepen is inmiddels een basisinventarisatieronde gedaan naar de behandelmogelijkheden die in alle landen beschikbaar zijn. Voor de behandelmogelijkheden die slechts in een of enkele landen beschikbaar zijn worden afspraken gemaakt over optimaal gebruik van deze mogelijkheden. Behandelomogelijkheden die momenteel niet beschikbaar zijn (of uitgebreid moeten worden) zullen geëxploreerd worden binnen het koninkrijk hoe hier vorm aan te geven. Voor elk (ei)land moet de noodzakelijke basiszorg gedefinieerd worden. Doelstelling hierbij is onderling zelfredzaam te zijn met verlaging van de aantallen medische uitzendingen buiten het koninkrijk (zie paragraaf 2.6), waar mogelijk kosten te verlagen en optimalisatie van de regionale zorg.

De verdere gesprekken met de vakgroepen worden gecoördineerd door de programma directeur van de coöperatie, bijgestaan door één aangewezen medisch specialist vanuit elk (ei)land. De gesprekken zullen veelal plaatsvinden door middel van videoconferentie, zodat de kosten en de tijdinvestering beperkt blijven.

Na de inventarisatie moet besluitvorming plaatsvinden over het gebruik van de capaciteiten en de basiszorg voor elk (ei)land; dit is een bestuurlijk besluit. Besluit over eventuele innovatie (in relatie tot

reductie van uitzendingen) zal gedaan worden in overleg met de ziektekostenverzekeraars op basis van business cases (zie paragraaf 2.4).

Tenslotte wordt voor elk specialisme bepaald in hoeverre er "ondercapaciteit" in de beschikbaarheid van medisch specialisten is of op termijn voorzien is. Overeenstemming hoe dit zal geschieden dient nog vorm te krijgen. Subsequent zal in overleg tussen de medisch specialisten per specialisme van de diverse landen een planning opgesteld worden voor onderlinge ondersteuning.

Bij structurele ondercapaciteit zijn er 2 mogelijkheden:

1. Bij zeer hoge uitzondering uitzending van de patient, het liefst binnen het koninkrijk.
2. Invliegen medisch specialist primair vanuit de regio, secundair van buiten de regio (meestal Nederland).

2.1.3 Actieplan regionale capaciteitsplanning 2021-2022

Nr.	Actie	Wie	Q3 2020	Q4 2021	Q1 2022	Q2 2022	Q3 2022
1.	Mailing aan de vakgroepen	Bestuurders					
2.	Inventarisatie capaciteiten in de regio	Adviseur/ vakgroepen					
3.	Bepalen noodzakelijke basiszorg in de regio	Adviseur/ vakgroepen					
4.	Bepalen behoefte ontwikkeling capaciteiten	Adviseur/ vakgroepen					
5.	Afspraken over capaciteitsverdeling	Adviseur/ vakgroepen					
6.	Uitwerken plan regionale capaciteitsplanning en -ontwikkeling	Adviseur/ vakgroepen					
7.	Afspraken over onderlinge bijstand per vakgroep (onderlinge waarneming)	Adviseur/ vakgroepen					
8.	Afspraken met ziektekostenverzekeraars inzake onderlinge bijstand en waarnemingen	Bestuurders ziekenhuizen					
9.	Vaststelling plan	Bestuur coöperatie					
10.	Communicatie met de stakeholders	Bestuur coöperatie					
11.	Planning 2023 onderlinge bijstand/ waarneming	Adviseur/ vakgroepen					
12.	Communicatie met de stakeholders planning 2023	Bestuur coöperatie					

2.2 COVID-19

2.2.1 Inleiding

De Covid-19 zorg moet gedurende de pandemie op peil gehouden worden en zal - zelfs met de intussen beschikbare vaccins - rekening gehouden moeten worden met nieuwe golven van ziekenhuisopnames. Daarnaast zal het langere termijneffect van COVID-19 op de liquiditeitsposities van de ziekenhuizen binnen het Caribisch deel van het Koninkrijk opgevangen moeten worden. Vanuit VWS Den Haag is voor 2020 en ook tot september 2021 financiering beschikbaar gesteld ter ondersteuning van de ziekenhuizen. Het mag duidelijk zijn dat de door VWS Den Haag beschikbaar gestelde financiële middelen niet alle langere termijn COVID-19 kosten van de ziekenhuizen afdekken. Van belang is dat wij thans een regionale planvorming ontwikkelen hoe met dergelijke situaties om te gaan, met name voor de komende jaren.

2.2.2 Plan van aanpak

Binnen de verschillende ziekenhuizen zijn al de nodige activiteiten ingezet om de continuïteit en kwaliteit van de zorg zoveel als mogelijk te waarborgen. Zo was tot recent bijvoorbeeld op Bonaire sprake van een opgeschaalde Air Ambulance-zorg FM voor de ziekenhuizen CAS-BES. SMMC heeft een additionele, orkaanbestendige COVID-19 faciliteit gerealiseerd met 16 bedden, waarvan 6 ICU bedden, de zogenaamde Auxiliary Care Facility (ACF). Daarnaast is in het ziekenhuis extra capaciteit gerealiseerd voor het behandelen van COVID-19 patiënten. CMC en HOH hebben hun beschikbare IC-capaciteit flink opgeschaald niet alleen voor hun eigen eiland maar ook voor de overige eilanden. Bij overschrijding van de beschikbare capaciteit zijn COVID-19 patiënten van het ene ziekenhuis naar een ander ziekenhuis CAS-BES overgeplaatst. Intussen is door de huidige golf van COVID-19 IC-patienten ook nodig geweest om overplaatsingen naar ziekenhuizen in Colombia te doen.

In juli 2020 heeft elk ziekenhuis de begroting in kaart gebracht, waarbij de consequenties op de liquiditeitspositie in de loop van 2020 zijn ingeschat per ziekenhuis. Hierbij is rekening gehouden met de noodzakelijke opschaling. De specifieke kosten voor Covid-zorg zullen per land aan de betreffende ministeries worden neergelegd. Afspraken over financiering van de noodzakelijke opschaling, bijvoorbeeld met steun vanuit VWS en door het vrijmaken van tariefstelsels hebben plaatsgevonden.

Met deze acties is de korte termijn gedekt. De verwachting is dat het effect van COVID-19 niet alleen ook in 2021, maar in 2022 en nog jaren daarna merkbaar zal zijn. Om deze reden moet hiervan een inschatting worden gemaakt in het laatste kwartaal van 2021. Het is mogelijk dat per land nog een specifieke SWOT-analyse moet worden uitgevoerd. Vervolgens moeten oplossingen gezocht worden voor het afdekken van de geconstateerde risico's (met name financieel, maar ook risico's voor de continuïteit van zorg).

In de begroting zijn de ingeschatte consequenties voor 2020 opgenomen; ook die van 2021/2022 zijn ingeschat. Deze gegevens worden waar nodig gecorrigeerd. Op dit moment kan een raming volstaan, omdat het opvangen van deze financiële consequenties in een later stadium zal gebeuren (eind 2021, maar ook voor 2022/2023).

2.2.3 Actielijst 2021-2022

Nr.	Actie	Wie	Q4 2020	Q2 2021	Q3 2021	Q4 2021	Q1 2022	Q2 2022
1.	Impact analyse COVID-19 voor 2020/2021 en zo nodig SWOT-analyse	Ziekenhuisbesturen						
2.	Opstellen begroting 2020/2021 voor impact van COVID-19 op de liquiditeitspositie per ziekenhuis	CFO's ziekenhuizen						
3.	Afspraken maken (bij voorbeeld met VWS en door het vrijmaken van tariefstelsels) over de financiering van het liquiditeitstekort en de noodzakelijke opschaling	Ziekenhuisbesturen						
4.	Impact analyse COVID-19 voor 2021 en 2022 en zo nodig SWOT-analyse	Ziekenhuisbesturen						
5.	Opstellen begroting 2022 en 2023 voor impact van COVID-19 op de liquiditeitspositie per ziekenhuis	CFO's ziekenhuizen						
6.	Afspraken maken over de financiering van het liquiditeitstekort 2022/2023 ten gevolge van COVID-19	Ziekenhuisbesturen						
7.	Beheersplannen opstellen, gericht op het beheersen van de negatieve gevolgen van COVID-19 voor 2022 en 2023	Ziekenhuisbesturen						

2.3 Inrichten indicator registratie en benchmark

2.3.1 Inleiding

Om goed zicht te hebben op de effecten van het programma enerzijds, en op de resultaten van de ziekenhuizen in het algemeen anderzijds, is het idee om hiervoor een benchmark in te richten op basis van een indicatorenset.

Het wiel zal niet opnieuw uitgevonden worden, aangezien de uitwerkingen van KPI's, zorgpaden e.d. ook verzameld kunnen worden uit reeds bestaande inspanningen bij de diverse ziekenhuizen en als platform in de onderlinge afstemming van zorg meegenomen kunnen worden.

Op het gebied van indicatoren hebben we al ervaringen met Performance; overweging is om hen te vragen het geheel van inrichting en rapportage te ondersteunen, waarvoor dan een offerte moet worden gevraagd. Veel benchmarkgegevens hebben zij al beschikbaar voor de regio. Met name beschikken zij over data (en een infrastructuur) van het CMC, het HOH en het SMMC, over algemene gegevens betreffende de gezondheidszorg en over benchmarkgegevens. Het CMC heeft een volledige set aan uitgewerkte indicatoren; ziekenhuisbreed en specialisme specifiek. Voorstel is om dit als vertrekpunt te gebruiken voor de thans geplande vervolgacties.

2.3.2 Plan van aanpak

In eerste instantie richten we ons op de beoogde effecten van het programma, zeker ten aanzien van de onderdelen die in 2021/2022 zullen worden ingezet. Een aanzet voor de indicatoren is al in het beleidsplan opgenomen. Nu is dit een tamelijk volledige set; het is denkbaar dat een zekere fasering moet worden aangebracht in het tot stand komen van de totale registratie en benchmark.

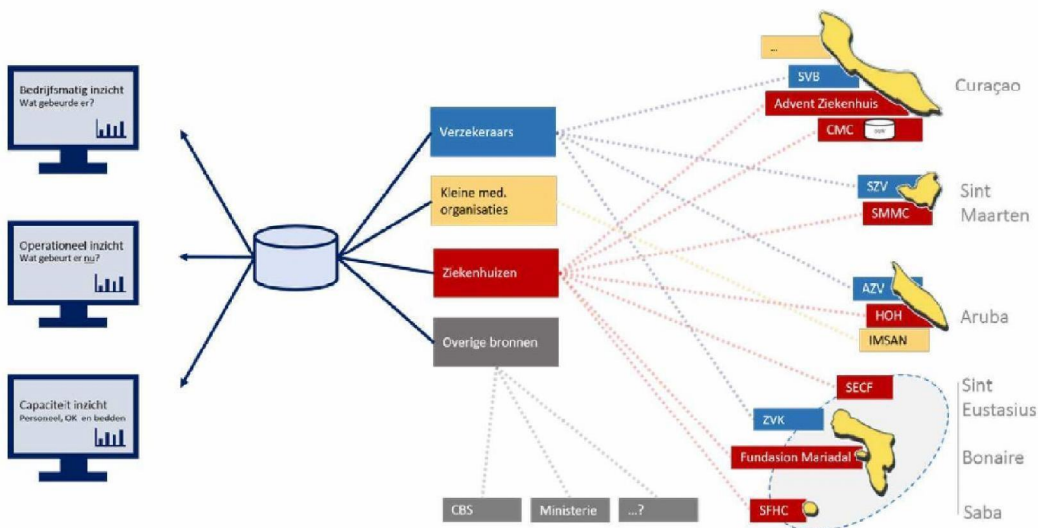
Voor de totstandkoming van de eerste basisset voor indicatoren zouden we enerzijds kunnen onderzoeken welke indicatoren momenteel al (in een betrouwbare vorm) beschikbaar zijn; hieraan kunnen indicatoren worden toegevoegd waaraan het bestuur van de coöperatie prioriteit wil geven, om vervolgens de leveranciers van de benchmark gegevens de opdracht te geven een valide indicator (inclusief registratie) en een rapportage te ontwikkelen.

In de eerste fase zouden we ons kunnen richten op de 4 ziekenhuizen (dus FM toegevoegd aan de 3 eerdergenoemde) om dan snel tot een indicatorenset te komen, waarvan de informatie al beschikbaar is of in korte tijd beschikbaar kan zijn. We kunnen vervolgens een prioritering aanbrenge in de ontwikkeling van de overige indicatoren en de scope uitbreiden met SFHC, SEHCF, IMSAN en informatie vanuit de ziektekostenverzekeraars. Voordeel is, dat we op deze wijze al snel effecten van het programma zichtbaar kunnen maken, hetgeen het draagvlak binnen de regio zal vergroten. In een later stadium kan de indicatoren set worden uitgebreid

Met elke partij waar informatie wordt verstrekt en gebruikt moeten contractuele afspraken worden gemaakt over het verzamelen en het gebruiken van de indicatoren. Dit is cruciaal, omdat het gebruiken

en delen van informatie voldoende draagvlak moet genieten bij de betrokken partijen. Deze afspraken worden vastgelegd in beleid, procedures en instructies.

Om een indruk te geven is hieronder een figuur opgenomen. Elke lijn stel een koppeling voor tussen (interne) data en de database waarin de data ontsloten wordt. Voor elke koppeling/ relatie moeten contractuele afspraken zijn vastgelegd.



Overzicht koppelingen ten behoeve van indicator registratie en benchmark

We moeten ervan uitgaan dat voor bepaalde registraties software moet worden geïnstalleerd (in geval van ondersteuning door Performance is deze al deels beschikbaar, bijvoorbeeld op Curaçao, het HOH en SMMC).

2.3.3 Actielijst voor 2021/2022

Nr.	Actie	Wie	Q1-2 2021	Q3 2021	Q4 2021	Q1 2022
1.	Opzet maken voor indicatorenset 2021	Adviseur/ Taskforce				
2.	Opvragen offerte(s) voor ondersteuning bij indicatorregistratie en -rapportage	Bestuur coöperatie				
3.	Vaststellen indicatorenset 2022 (eerste fase)	Ziekenhuisbesturen				
4.	Vaststellen definitieve indicatorenset en fasering (zal overigens later nog worden aangevuld met klinische indicatoren)	Ziekenhuisbesturen				
5.	Keuze leverancier indicatorregistratiesysteem/ managementrapportages	Bestuur coöperatie				
6.	Inrichten model voor managementrapportage 2022	Leverancier				
7.	Inrichten registraties en infrastructuur 1 ^e set indicatoren	Leverancier i.o.m. organisaties				
8.	Maken van afspraken over registraties, beheer, gebruiken rapportages en deze vastleggen in contracten, beleid, procedures en instructies	Leverancier Taskforce Adviseur				
9.	Systeem voor indicatorregistratie en benchmark voor 1 ^e set operationeel voor beperkte groep stakeholders					
10.	Afspraken maken met ziektekostenverzekeraars over periodieke rapportages m.b.t. indicatoren/ voortgang van het programma	Bestuur Coöperatie				
11.	Uitbreiden scope 1 ^e set indicatoren met informatie van SEHCF, SHCF, IMSAN en eventueel andere partijen					
12.	Maken van afspraken over registraties, beheer, gebruiken rapportages met overige partijen (zie actiepunt 9) en deze vastleggen in contracten, beleid, procedures en instructies	Leverancier Taskforce Adviseur				
13.	Afspraken maken over de periodieke beoordeling van de resultaten en periodieke evaluatie/bijstelling van de indicatorenset en deze vastleggen in een procedure	Adviseur/ Taskforce Ziekenhuisbesturen				

2.4 Uitzendingen

2.4.1 Inleiding

We streven ernaar om het aantal medische uitzendingen naar het buitenland (met name Colombia) te verminderen. In 2019 hebben de landen gezamenlijk voor een totaal bedrag van ANG 171.000.000 uitgezonden. We willen inventariseren wat nu concreet wordt uitgezonden. Uitgangspunt moet zijn: wat binnen de 4 (ei)landen (Aruba, Bonaire, Curaçao, Sint Maarten) kan gebeuren, zal ook daarin gebeuren, tenzij lange wachtlijsten uitzenden noodzakelijk maken. Dit is een medisch besluit en behoort door de behandelend specialist genomen te worden, eventueel in combinatie met een college/commissie voor uitzendingen. Belangrijk hierbij is dat de ziektekostenverzekeraars nauw bij deze discussie betrokken moeten zijn. De financiële aspecten spelen ook een rol bij de besluitvorming, bijvoorbeeld of bepaalde investeringen gedaan moeten worden om behandeling binnen de regio mogelijk te maken. De ziektekostenverzekeraars moeten dit beleid handhaven.

Het uitzenden van een patiënt dient verbonden te zijn aan een “acceptabele” gezondheidswinst, waarbij rekening wordt gehouden met diverse determinanten zoals co-morbiditeit, leeftijd, cognitief functioneren et cetera.

De gerelateerde medische specialismen moeten hierover uitspraken doen. Vervolgens kunnen we bezien in hoeverre wij beleid/uitgangspunten kunnen vaststellen voor uitzendingen, in overleg met de betrokken ministeries (in verband met beleid) en de ziektekostenverzekeraars (in verband met de handhaving). Voor de uitzendingen, waarvan aangegeven wordt dat deze binnen redelijke termijn binnen de 4 landen geregeld zouden kunnen worden, moet per situatie een businesscase worden opgesteld (inclusief eventueel noodzakelijke opleidingen), waaruit blijkt of dit realistisch is. Indien dit het geval is, kan de innovatie worden ingezet. Hier ligt ook een relatie met het integraal opleiden voor de 4 landen (zie verder).

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

2.4.2 Plan van aanpak

In overleg met de ziektekostenverzekeraars moeten we, op basis van de uitgevoerde inventarisatie in de 1^e kwartaal van 2022 de discussie voeren over het beleid met betrekking tot zaken die momenteel worden uitgezonden, waarvan de behandeling binnen de eigen regio had kunnen plaatsvinden en uitzendingen zonder goede reden. We hebben inzicht in behandelingen die momenteel worden uitgezonden.

Vervolgens moet worden gezien in hoeverre we wachtlijsten voor behandeling kunnen reduceren om op deze wijze het aantal uitzendingen terug te dringen.

Tenslotte moet de discussie plaatsvinden over zaken die uitgezonden worden, waarvan wij de behandeling op termijn binnen de 4 landen zouden kunnen aanleveren (innovatie) en de zaken waarvoor dat niet opportuun is. Dit geeft dan inzicht in de uitzendingen, waarvoor businesscases kunnen worden uitgewerkt, op basis waarvan verdere besluitvorming kan plaatsvinden, en de prioritering daarvan.

Indien naar aanleiding van een businesscase wordt besloten de innovatie in te zetten, zal dit worden uitgewerkt in een plan voor zorginnovatie binnen de regio (inclusief de capaciteitsverdeling van deze innovatie). Dit plan wordt per jaar opgesteld en een aanzet zal voor het eerst voor 2022 worden gemaakt.

2.4.3 Actielijst 2021-2022

Nr.	Actie	Wie	Q1 2022	Q2 2022	Q3 2022	Q4 2022
1.	Inventarisatie van de reden van uitzending: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandeling had binnen eigen regio kunnen plaatsvinden (onterechte verwijzing, verwijzing vanwege lange wachtlijsten) ▪ Behandeling niet binnen de regio mogelijk 	Adviseur/ Taskforce				
2.	Maken van afspraken over het terugdringen van uitzendingen die binnen de regio kunnen plaatsvinden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedureel ▪ Terugdringen wachtlijsten (eventueel capaciteitsplanning hierop aanpassen) 	Adviseur/ Taskforce				
3.	Communicatie afspraken met betrekking tot uitzendingen met de diverse stakeholders	Adviseur/ Taskforce				
4.	Plan voor wachtlijstbeheersing	Adviseur/ Taskforce				
5.	Besluitvorming over uitzendingen die momenteel niet binnen de regio kunnen plaatsvinden en waarvan het opportuun is dit binnen de eigen regio te organiseren	Adviseur/ Taskforce/Bestuur coöperatie				

Nr.	Actie	Wie	Q1 2022	Q2 2022	Q3 2022	Q4 2022
6.	Bepalen onderwerpen voor de businesscases, prioritering hiervan en samenstelling taskforce voor de uitvoering	Adviseur/ Taskforce				
7.	Afspraken met de ziektekostenverzekeraars over vergoedingen (kostprijsberekening onderdeel businesscase) en het deels aanwenden van gerealiseerde kostenreductie t.b.v. zorginnovatie (bijvoorbeeld bonus / malus)	Adviseur/ Taskforce / Ziekenhuisbesturen				
8.	Inrichten format voor businesscase	Taskforce				
9.	Opstellen businesscases	Taskforce per businesscase				
10.	Besluitvorming per businesscase	Taskforce Bestuur Coöperatie				
11.	Opstellen plan voor zorginnovatie 2023/2024 (inclusief begroting, en capaciteitsplanning)	Taskforce				
12.	Afspraken met ziektekostenverzekeraars over (het vergoeden van de kosten van) het voortzetten van de behandeling nadat een uitzending heeft plaatsgevonden	Ziektekostenverzekeraars Ziekenhuisbesturen Vakgroepen				
13.	Inrichten registratie en managementrapportage voor monitoring effecten	Leverancier indicator registratie				
14.	Communicatie plan voor zorginnovatie met de stakeholders	Taskforce				

2023

2.5 Gezamenlijke inkoop medicatie

2.5.1 Inleiding

Idee is dat door gezamenlijke inkoop een aanzienlijke kostenbesparing gereduceerd kan worden. Door volumevergroting kunnen betere prijsafspraken worden gerealiseerd. Voor 2022 ligt het accent op de voorbereidingen en afstemmingen om te kunnen komen tot gezamenlijke inkoop van medicatie. De inkoop van medicatie gebeurt onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisapothekers. Onderling overleg is reeds gaande en een samenwerkingsconvenant op farmacieniveau is in de maak (target 4^e kwartaal 2021). In overleg met de vakgroepen van medisch specialisten zullen we tot standaard medicatieopdrachten moeten komen en van daaruit een standaardpakket van geneesmiddelen (formularium). Daarnaast zijn de logistieke processen (bevoorrading, minimale/maximale voorraden, opslag en dergelijke) cruciaal en leren of aansluiten bij zogenaamde best practice.

Met betrekking tot het bepalen van het standaardpakket verdienen de dure geneesmiddelen grote aandacht; vaak kan door substitutie (bijvoorbeeld door gebruik te maken van biosimilars) voordelen worden behaald. Voor overige geneesmiddelen is een verdere transitie van merkgeneesmiddelen naar niet-merkeneesmiddelen een belangrijke optie om te onderzoeken.

2.5.2 Plan van aanpak

In eerste instantie richten we ons op geneesmiddelen; we willen een Taskforce Geneesmiddelen instellen. In deze Taskforce participeren (vertegenwoordigers van):

- De ziekenhuisapothekers;
- De medisch specialisten (met name de “grootgebruikers”);
- Financiële expertise vanuit inkoop;
- Logistieke expertise.

Omdat de kosten een belangrijk aspect zijn, is financiële expertise toegevoegd aan de Taskforce geneesmiddelen. Kwaliteit en veiligheid van zorg vormen de belangrijkste criteria, maar bij het maken van keuzes zijn ook financiële afwegingen van belang. Daarnaast is logistieke expertise is van belang, met oog op de processen van distributie, opslag en voorraadbeheer.

De Taskforce zal in eerste instantie de huidige pakketten van geneesmiddelen naast elkaar leggen en tot een eerste standaardisatieslag moeten komen. Gaandeweg wordt dit beeld aangescherpt, vanuit de klinische paden/zorgpaden, waarbinnen standaardisatie van medicatieopdrachten plaatsvindt. Bij de evaluatie wordt gekeken naar:

- Mogelijkheden tot vermindering van het totale pakket;
- Mogelijkheden voor substitutie van merkeneesmiddelen naar niet merkeneesmiddelen;
- Mogelijkheden voor substitutie van dure geneesmiddelen naar biosimilars.

Vanuit de logistiek zal in samenwerking met de ziekenhuisapothekers moeten worden nagegaan, op basis van de huidige volumes, wat de noodzakelijke minimale en maximale voorraden zijn (centraal, per

organisatie, decentrale voorraden), wat de bestelfrequenties zijn en de bestelhoeveelheden. Naast het gebruik zijn ook de levertijden en de houdbaarheid een factor die meespelen.

Ook moeten de logistieke processen worden beschreven; dit betreft voorschrijven van geneesmiddelen, distributie van geneesmiddelen, opslag van geneesmiddelen, inkoop van geneesmiddelen en beheer van het pakket van geneesmiddelen.

Vervolgens kunnen de leveranciers worden aangezocht; waarschijnlijk betreft dit een of meerdere aanbestedingen. Goed onderzocht moet worden wat de huidige wet- en regelgeving inhoudt en welke afspraken van toepassing zijn in de diverse landen binnen het Koninkrijk. Elk land heeft ook een eigen geneesmiddelencommissie en de Inspectie Geneesmiddelen moet nadrukkelijk betrokken worden bij de inkoop van medicatie en het invoeren/inklaren daarvan. Uitgangspunt hierbij is, dat de inkoop van geneesmiddelen voor ziekenhuizen plaatsvindt in een vrije markt (uiteraard gebonden aan wet- en regelgeving) en onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisapothekers valt. Leverancierscontracten worden afgesloten en opgenomen in het beheers programma/contractmanagement. Ook het concentreren van bepaalde vaak dure medicatie (bijv. anti-HIV medicatie) behoort tot de mogelijkheden.

Na vormgeving van het geheel, zal een medicatiecommissie/farmacotherapiecommissie worden ingesteld; vertegenwoordigers zijn dan de ziekenhuisapothekers en de medisch specialisten. Voor de Taskforce moet een reglement worden opgesteld. Deze Taskforce geneesmiddelen kan zorgdragen voor het formularium/de catalogus van het geneesmiddelenpakket.

2.5.3 Actielijst voor 2021-2022

Nr	Actie	Wie	Q2 2022	Q3 2022	Q4 2022
1.	Inrichten structuur voor gezamenlijke inkoop onder de coöperatie:	Bestuur Coöperatie			
2.	Overleg ziektekostenverzekeraars en Raden van Bestuur	Ziekenhuis-besturen Bestuur coöperatie			
3.	Aanschaf noodzakelijke distributiemiddelen	Ziekenhuis-besturen Bestuur coöperatie			
4.	Inrichten Taskforce geneesmiddelen (inclusief opdracht)	Bestuur coöperatie			
5.	Onderzoeken huidige pakketten geneesmiddelen en komen tot basispakket	Taskforce geneesmiddelen			
6.	Bepalen minimale en maximale voorraden medicatie	Taskforce geneesmiddelen			
7.	Beschrijven logistieke processen geneesmiddelen	Taskforce geneesmiddelen			
8.	Inrichten medicatiecommissie/ commissie farmacotherapie, inclusief reglement	Mgr. Inkooporganisatie			
9.	Selectie en contractering leveranciers	Bestuur coöperatie			



2023

Nr	Actie	Wie	Q2 2022	Q3 2022	Q4 2022
10.	Inrichten productinformatie t.b.v. voorschrijvers voor medicatie	Taskforce geneesmiddelen			
11.	Communicatie geheel betreffende geneesmiddelen	Taskforce geneesmiddelen			

2.6 Regionale zorgpaden en standaardisatie

2.6.1 Inleiding

In de 1^e helft van 2022 willen we een start maken met de ontwikkeling van regionale zorgpaden. Dit zal in rest van 2022 en 2023 verder worden voortgezet. Door het gelijktrekken van werkwijzen en protocollen tussen de ziekenhuizen, zal het effect van gezamenlijke inkoop van medicatie, middelen, materialen en apparatuur groter zijn en bovendien vergemakkelijkt dit de implementatie van kwaliteitsmanagement, procesmanagement en risicomangement (2023). Daarnaast leidt dit tot vereenvoudiging van verwijzing binnen het Koninkrijk, onderlinge waarneming en competentie management/regionaal opleiden. Ook hier kunnen wij leren van de zogenaamde best practices, m.a.w. waar zorgpaden reeds opgezet zijn toegespitst op de meest voorkomende zorgbehoeften op de eilanden.

2.6.2 Plan van aanpak

Het vaststellen van de zorgpaden/klinische paden vindt plaats door een Taskforce, waarin medisch specialisten en de verpleging vertegenwoordigd zijn. Vervolgens moet in onderling overleg een prioritering worden gemaakt van de volgorde waarin de diverse zorgpaden/klinische paden ontwikkeld worden. Voor 3 zorgpaden geldt, dat de ontwikkeling in 2022 wordt gestart.

We moeten een format afspreken, waarin een zorgpad wordt vastgelegd. Denkbaar is dat verschillende formats zijn, e.e.a. ook specialisme specifiek. Richtlijnen vanuit de beroepsgroepen/evidence based richtlijnen zijn hierbij relevant. Daarnaast zijn vragen relevant, zoals:

- Willen we een koppeling leggen met het EPD en het medicatie voorschrijf systeem;
- Willen we een koppeling/platform waarbij de data ook vendor-neutral beschikbaar zullen zijn;
- Willen we een koppeling leggen met een gekozen kwaliteitsnorm (bijvoorbeeld JCI).

Voor elk zorgpad wordt een wekgroep ingericht, waarin participeren:

- Medisch specialisten;
- Verpleegkundigen en zorgmanagers;
- Ziekenhuisapothekers;
- ICT.

Voor elk zorgpad/klinisch pad zal een implementatieplan moeten worden opgesteld. Hierin is ook aandacht voor de uitwerking van gerelateerde procedures, protocollen en instructies en voor opleidingsvraagstukken/competentiemanagement.

2.6.3 Actielijst voor 2021-2022

Nr.	Actie	Wie	Mei 2022	Juni 2022	Q3 2022	Q4 2022
1.	In overleg met de vakgroepen bepalen welke zorgpaden/klinische paden beschreven moeten worden en wat de prioritering is	Taskforce zorgpaden				
2.	Format inrichten voor zorgpaden/klinische paden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ eventueel koppeling kwaliteitsnorm ▪ koppeling EPD en medicatie voorschrijfsysteem 	Taskforce zorgpaden				
3.	Werkgroepen inrichten voor de 3 geprioriteerde zorgpaden	Taskforce zorgpaden				
4.	Inrichten format voor implementatieplan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedures /protocollen ▪ Opleiding ▪ Begroting ▪ Risicoanalyse ▪ Communicatieplan ▪ Indicatoren ▪ Monitoring en toetsing 	Taskforce zorgpaden				
5.	Ontwikkelen zorgpaden/klinische paden	Werkgroep per zorgpad				
6.	Planning zorgpaden/klinische paden 2023					

2023

2.7 Regionale opleidingen

2.7.1 Inleiding

Binnen de regio bestaat een grote behoefte aan regionale afstemming op het gebied van (medische en verpleegkundige) opleidingen. Daarnaast bestaat de behoefte aan specifieke opleidingen, waarvoor nu moet worden uitgeweken naar het buitenland. Voorbeelden hiervan zijn de opleiding tot spoedeisende hulp verpleegkundige, IC-verpleegkundigen, OK-assistent en anesthesiemedewerker.

Deze behoefte sluit nauw aan bij de afspraken binnen de landen CAS-BES die eind 2020 zijn gemaakt en als zodanig zijn vastgesteld met consensus tussen de ziekenhuizen. Enerzijds hebben deze afspraken betrekking op de opleidingsbehoefte in relatie tot COVID-19 (zogenaamde BAZ opleiding), anderzijds op een algemene opleidingsbehoefte voor ondermeer IC/Spoedeisende hulp verpleegkundigen en de invoering van een EPA gerichte opleidingsstructuur voor het Caribisch gebied. Gebruikmaken van de afspraken die hierover al zijn gemaakt met onder andere Fundashon Mariadal betreffende nivo 3 en 4 opleidingen is één van de eerste mogelijkheden. De BAZ opleidingen zijn met financiële middelen van VWS vanuit Amsterdam UMC Amstel Academie voor de ziekenhuizen in het Caribisch gebied opgetuigd.

Ook de opleiding tot verpleegkundige (niveau 4) moet worden geoptimaliseerd en gesynchroniseerd en de behoefte bestaat aan een opleiding tot verpleegkundige niveau 5 (HBO-V).

Een regionaal curriculum voor specifieke opleidingen vereist ook synchronisatie van wet- en regelgeving, zoals de BIG-wet, onderwijswetgeving voor MBO/HBO en ARUBIG, zodanig dat wordt opgeleid tot een erkend (internationaal) hoogwaardig diploma.

Los van de behoefte aan specifieke medische en verpleegkundige opleidingen, is een algemene behoefte aan meer opleidings- en ontwikkelingsmogelijkheden binnen de eigen regio. Dit past ook in de missie van de coöperatie, die een verhoging van de zelfredzaamheid nastreeft. Opleiden van de eigen medewerkers en behouden van talent voor de regio dragen hier in belangrijke mate toe bij.

Tenslotte moet een specifieke oriëntatie plaatsvinden op de behoefte aan niet medische/verpleegkundige opleidingen, die het programma en de zelfredzaamheid ondersteunen. Zo zijn volgend jaar onderwerpen voorzien gerelateerd aan kwaliteitsmanagement, procesmanagement en risicomanagement. Door mensen uit de eigen regio hiervoor op te leiden, in combinatie met de inzet van deze mensen in projecten binnen het programma (werkplek leren), kan een belangrijke winst worden geboekt (en kosten worden bespaard). Ook wordt de regio in mindere mate afhankelijk van opleiders uit het buitenland. Een groot aantal trainingen kan als bedrijfstraining worden weggezet en eventueel kunnen docenten hiervoor worden opgeleid.

2.7.2 Plan van aanpak

De ontwikkeling van opleidingen voor de regio zal door een Taskforce worden uitgewerkt, met daarin vertegenwoordiging van de opleiders uit de regio. Een opleidingsinstituut voor de hele regio kan onder de coöperatie worden weggezet. Uiteraard blijven opleidingslocaties per land bestaan.

De Taskforce zal een regionaal opleidingsontwikkelplan opstellen voor medische, verpleegkundige en overige opleidingen. In het plan is een prioritering aangegeven van de opleidingen die op korte termijn beschikbaar moeten zijn. Voor een aantal (met name verpleegkundige vervolg-) opleidingen zijn al activiteiten ingezet, die hierin kunnen worden meegenomen.

Intussen heeft FM van de Minister van OCW in Nederland onderwijslicenties voor zorgopleidingen op niveau 3 en 4 (incl. rechtstreeks instroom BIG-register) in Europees Nederland. Voor wat betreft de ontwikkeling van opleidingen kan worden samengewerkt met zowel Nederlandse Universiteiten, ROC's en Hogescholen, als lokale opleiders; uitgangspunt is steeds, dat de betreffende opleiding binnen de regio beschikbaar is en bij voorkeur binnen de regio beheerd wordt. Curricula kunnen zo nodig worden aangekocht. Opleidingen moeten voldoen aan een hoogstaand internationaal niveau en passen binnen de lokale eisen voor te werkstelling.

Voor de niet medische/verpleegkundige opleidingen zal ook de opleidingsbehoefte worden geïnventariseerd. Van belang hierbij is de aansluiting bij het regionale programma. Deze opleidingen zullen grotendeels als bedrijfsopleiding kunnen worden ontwikkeld, waar nodig met eigen docenten. Medewerkers kunnen met hun opgedane kennis ervaring opdoen binnen het regionale programma. Hiermee wordt in belangrijke mate bewerkstelligd dat eigen talenten binnen de regio ontwikkeld worden en ervaring door hen wordt opgebouwd, die behouden kan blijven voor de regio.

Tenslotte moet de Taskforce komen tot een organisatorische structuur van het opleidingsinstituut onder de coöperatie. Dit opleidingsinstituut zou op termijn geaccrediteerd moeten zijn en dus erkend als opleider voor de hele regio.

2.7.3 Actielijst voor 2021-2022

Nr.	Actie	Wie	Q1 2022	Q2 2022	Q3 2022	Q4 2022
1.	Inrichten Taskforce voor regionaal opleiden, inclusief opdrachtformulering	Taskforce				
2.	Onderzoeken opleidingsbehoefte medisch en verpleegkundig en prioritering hiervan	Taskforce				
3.	Onderzoeken behoefte aan overige opleidingen (ook in relatie tot het totale programma voortvloeiend uit het beleidsplan) en prioritering hiervan; ook de vorm is van belang (bijvoorbeeld bedrijfsopleiding, eigen trainers e.d.)	Taskforce				
4.	Ontwerp organisatiestructuur voor regionaal opleiden vanuit de coöperatie en implementatieplan	Taskforce				
5.	Besluitvorming organisatiestructuur en implementatieplan	Bestuur coöperatie Ziekenhuis- bestuurders				
6.	Bepalen mogelijkheden opleidingsontwikkeling en eventuele samenwerking met andere opleiders/ universiteiten	Taskforce				
7.	Opstellen plan voor opleidingsontwikkeling 2022 – 2023 en begroting	Taskforce				
8.	Besluitvorming over opleidingsontwikkelplan 2022 – 2023 en begroting	Bestuur coöperatie Ziekenhuis- bestuurders				
9.	Ontwikkelen of aankopen geprioriteerde opleidingen voor 2022/2023 (o.a. IC, spoedeisende hulp, anesthesie, algemene opleidingen voor ondersteuning van het programma 2022)	Taskforce per zorgpad				
10.	Inrichten organisatiestructuur, studentenbureau, opleidingscommissie(s) e.d.					
11.	Inrichten informatie / website					


 2023

2.8 Oriëntatie op onderwerpen van samenwerking 2023-2024

2.8.1 Inleiding

In de tweede helft van 2022 zullen we ons nader bezinnen op de onderwerpen van samenwerking voor 2023 en 2024. Basis hiervoor is het beleidsplan van juni 2020.

Onderwerpen van overweging zijn:

- Uitbreiding gezamenlijke inkoop voor middelen en materialen;
- Implementatie kwaliteitsmanagement, procesmanagement en risicomangement;
- Standaardisatie van werkwijzen/vervolg ontwikkeling zorgpaden/klinische paden;
- Regionale samenwerking in geval van ongevallen en rampen en regionaal ondersteuningsplan.

2.8.2 Plan van aanpak

In de tweede helft van 2022 zal het bestuur van de coöperatie zich bezinnen over de geprioriteerde onderwerpen voor 2023 en 2024. Voor de gekozen onderwerpen zal een plan van aanpak/jaarplan worden uitgewerkt, inclusief een begroting. Het jaarplan 2023-2024 en de begroting worden vastgesteld door het bestuur van de coöperatie.

2.8.3 Actielijst 2023-2024

Nr.	Actie	Wie	2 ^e helft 2022	Sept 2022	Okt 2022	Nov 2022	Dec 2022
1.	Beleidsoriëntatie 2023-2024	Bestuur coöperatie					
2.	Keuze beleidstopics voor 2023-2024	Bestuur coöperatie					
3.	Uitwerken plan van aanpak/jaarplan 2023-2024	Bestuur coöperatie					
4.	Begroting 2023-2024 gerelateerd aan het jaarplan 2023-2024	Bestuur coöperatie					
5.	Vaststellen jaarplan en begroting 2023-2024	Onderdeel capaciteitsplanning					

3. COMMUNICATIEPLAN

Communicatie is cruciaal. Dit draagt in belangrijke mate bij aan de verwachtingen bij de diverse betrokken partijen en bij het draagvlak voor het programma. We zijn ons er terdege van bewust dat een aantal issues dat wordt opgepakt met zich meebrengt dat bestaande structuren en mechanismen ter discussie worden gesteld. Dit leidt mogelijk tot weerstanden. Transparantie voor eenieder is dan cruciaal. We moeten steeds onze missie voor ogen houden, waarin de grondslag voor het programma ligt besloten:

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

Het communicatieplan wordt uitgewerkt in een apart document. Hierin is beschreven per onderwerp DOOR WIE, WANNEER, WAAROVER, MET WIE en OP WELKE WIJZE gecommuniceerd wordt. De projectgroep en het Bestuur van de coöperatie bewaken dit communicatieplan, alsook de voortgang en de resultaten van het totale programma.

Om te komen tot een goed communicatieplan en een gedegen uitvoering van dit Plan van Aanpak zullen diverse analyses moeten plaatsvinden. Voorstel is om hier gebruik te maken van het Exploring Strategy Model zoals uitgewerkt door Johnson & Scholes e.a. (10th edition). Op basis van de resultaten van deze analyses zal het communicatieplan verder worden verfijnd.

De communicatie zal steeds worden afgestemd op de betreffende doelgroep. Dit heeft betrekking op het gebruikte gremium voor communicatie, maar ook op de inhoud van de communicatie. Het is van belang dat hierin nauw wordt samengewerkt met de beschikbare communicatiedeskundigen in de verschillende organisaties.