Algemene Rekenkamer Curaçao

Duurzaamheid exploitatie

Is een duurzame exploitatie van het nieuwe ziekenhuis gewaarborgd?

Deelrapport 4

Doelmatigheid

HOSPITAL NOBO OTROBANDA

Maart

2021

Inhoudsopgave

Afkortingenlijst 4

Rapport in het kort 7

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen 7

Rapòrt Resumí 19

Resúmen, konklushon i rekomendashon 19

1 Over dit rapport 31

1.1 Inleiding 31

1.2 Onderzoeksvragen en verrichte werkzaamheden 33

1.3 Onderzoek verantwoording 34

1.4 Reikwijdte van het onderzoek 34

1.5 Leeswijzer 35

2 Onderzoek duurzaamheid exploitatie voorafgaand aan besluit bouw ziekenhuis in juni 2011 36

2.1 Inleiding 36

2.2 Besluit bouw ziekenhuis in juni 2011 36

3 Onderzoek duurzaamheid exploitatie, voorgaand aan besluit locatiewijziging ziekenhuis naar Otrobanda in september 2013. 40

3.1 Inleiding 40

3.2 Besluit locatiewijziging in september 2013 40

4 Onderzoek duurzaamheid exploitatie en eventuele maatregelen in projectperiode 2011-2014 43

4.1 Inleiding 43

4.2 Geactualiseerde business case december 2011 43

4.3 Geactualiseerde business case ten behoeve van HNO, oktober 2013 46

4.4 Gewijzigde business case ten behoeve van HNO, 8 mei 2014 49

5 Onderzoek duurzaamheid exploitatie en eventuele maatregelen in projectperiode 2015-2017 52

5.1 Inleiding 52

5.2 Actualisatie in 2015 52

5.3 Actualisatie in 2016 55

5.4 Actualisatie in 2017 56

6 Onderzoek duurzaamheid exploitatie en eventuele maatregelen in projectperiode 2018-2020 58

6.1 Inleiding 58

6.2 Actualisatie van de business case en second opinion daarop. 58

6.3 Maatregelen voor kostenbesparingen om de hogere exploitatiekosten te dekken. 60

6.4 Mate van uitvoering en realisatie kostenbesparende maatregelen 64

6.5 Financiering overschrijding investeringsbedrag 67
7 Haalbaarheid van een duurzame exploitatie van het ziekenhuis 72
7.1 Inleiding 72
7.2 De actuele verwachte omvang van de (hogere) exploitatie uitgaven van het ziekenhuis 72
7.3 De toereikendheid van de hervormingsmaatregelen 75
8 Conclusies en aanbevelingen 79
8.1 Conclusies 79
8.2 Aanbevelingen 81
9 Ambtelijke en bestuurlijke reactie 83
9.1 Ambtelijke reacties 83
9.2 Bestuurlijke reacties 84
10 Nawoord 86
Bijlage 1. Toelichting business case oktober 2013 87
Bijlage 2. Conclusies in second opinion SOAB November 2013 89
Bijlage 3. Beknopte weergave maatregelen, beoogde effecten en acties volgens uitvoeringsplan SVB, 16 september 2019 91
Bijlage 4. Reactie bestuur SONA in het kader van ambtelijk hoor en wederhoor 96

Afkortingenlijst

Afkorting	Omschrijving
Advent Ziekenhuis	Antillean Adventist Hospital
a.i.	Ad interim
ANG	Nederlands Antilliaanse gulden
AOV	Algemene Ouderdomsverzekering
Aqualectra	Integrated Utility Holding N.V.
ARC	Algemene Rekenkamer Curaçao
AZ	Algemene Zaken
BINT	Berenschot International B.V.
BNI	Ballast Nedam Infra
BO	Beleidsorganisatie
BVZ	Basisverzekering Ziektekosten
BZV	Bureau Ziektekosten Voorzieningen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CDI	Curaçao Development Institute
Cft	College Financieel Toezicht Curaçao en Sint Maarten
CMC	Curaçao Medical Center
CMU	College Medische Uitzendingen
DBM	Design Build & Maintain
DOW	Dienst Openbare Werken
FTO	Farmacotherapeutisch overleg
GEA	Gerecht in Eerste Aanleg van Curaçao
GMN	Gezondheid, Milieu en Natuur
GMSB	Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf
HNO	Hospital Nobo Otrobanda
HNO Holding	Stichting HNO Holding
HNO TE	HNO Transitie & Exploitatie N.V.
HNO VB	HNO Vastgoed & Beheer N.V.
ICT	Information Communication Technology
I.v.m.	In verband met
MRT	Ministerieel Regisseur en Toezichthouder
Land	Land Curaçao
LB	Landsbesluit

Lb ham	Landsbesluit houdende algemene maatregelen
LMI	Losse Medische Inrichting
Lv ARC	Landsverordening Algemene Rekenkamer Curaçao
MB	Ministeriële Beschikking
m.b.t.	Met betrekking tot
MOU	Memorandum of Understanding
NAf.	Nederlands Antilliaanse gulden
NBG	Nieuwe Beloningsstructuur Gezondheidszorg
NHN	Nos Hospital Nobo
N.V.	Naamloze vennootschap
N.v.t.	Niet van toepassing
OB	Omzetbelasting
Performation	Performation Healthcare Intelligence
PvE	Programma van Eisen
Rekenkamer	Algemene Rekenkamer Curaçao
RFT	Rijkswet financieel toezicht Curaçao en Sint Maarten
RMR	Rijksministerraad: Raad van ministers van het Koninkrijk der Nederlanden
RvC	Raad van Commissarissen
RvM	Raad van Ministers van Curaçao
RvS	Raad van State
SD BO	Sectordirecteur beleidsorganisatie
SEHOS	Sint Elisabeth Hospitaal
SOAB	Stichting Overheidsaccountantsbureau
SG	Secretaris Generaal
SONA	Stichting SONA
SNA	System of National Accounts
SVB	Sociale Verzekeringsbank
Taamskliniek	Kliniek Dr. J. Taams B.V.
T.b.v.	Ten behoeve van
TMFZ	Taskforce Marktordening en Financiering Zorgsector
T.o.v.	Ten opzichte van
USD	Unites States Dollar
UTS	United Telecommunication Services N.V.
USONA	Uitvoeringsorgaan Stichting Ontwikkeling Nederlandse Antillen
VMSC	Vereniging Medisch Specialisten Curaçao

VMI	Vaste Medische Inrichting
VVRP	Verkeer, Vervoer en Ruimtelijke Planning

Rapport in het kort

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Inleiding

Op 11 augustus 2011 heeft het Land een Beheersovereenkomst gesloten met SONA inzake de ontwikkeling en realisatie van het nieuwe ziekenhuis voor Curaçao. Het doel was de realisatie van een nieuw duurzaam operationeel ziekenhuis voor het Land waarbij SONA de opdracht kreeg dit doel te realiseren. In 2018 zijn de zogenoemde HNO entiteiten HNO Holding, HNO TE en HNO VB opgericht. In hetzelfde jaar heeft SONA, volgens afspraak met het Land, de taken met betrekking tot de transitie aan HNO TE overgedragen. Vanaf medio 2019 zijn de overige taken (met name betreffende de bouw) aan HNO VB overgedragen.

Voorafgaand aan de Beheersovereenkomst had de RvM op 15 juni 2011 het besluit genomen om een nieuw ziekenhuis te bouwen. De naam van het project was bij aanvang Nos Hospital Nobo.

De RvM had in februari 2012 besloten om het ziekenhuis te realiseren op het voormalige Amstelterrein, ook bekend als Scadta eiland. De Staten hebben in april 2013 een motie aangenomen dat het nieuwe ziekenhuis bij voorkeur in Otrobanda gebouwd moest worden. In september 2013 heeft de RvM besloten om het ziekenhuis in Otrobanda te bouwen. De naam van het project veranderde van Nos Hospital Nobo in Hospital Nobo Otrobanda. Na de nodige voorbereiding heeft op 19 december 2013 de eerste steenlegging voor een nieuw ziekenhuis in Otrobanda plaatsgevonden. Het ziekenhuis is op 15 november 2019 in gebruik genomen. De naam van het ziekenhuis is Curaçao Medical Center.

Op verzoek van de Staten in mei 2018 [1] heeft de Rekenkamer onderzoek gedaan naar het project. Het onderzoek is verdeeld in vijf deelonderzoeken. Dit rapport gaat over het vijfde en tevens laatste deelonderzoek. De onderzoeksvraag luidt:

Is een duurzame[2] exploitatie van het nieuwe ziekenhuis gewaarborgd?

[1] Verzoek van de Staten aan de Rekenkamer tot onderzoek HNO, 15 mei 2018 (no. 0293-5 S/17-18).
[2] NB. Bedoeld wordt kostendekkende.

Om deze vraag te beantwoorden is onderzocht of voorafgaand aan het besluit in juni 2011 om het ziekenhuis te bouwen is nagegaan of een kostendekkende exploitatie in de toekomst haalbaar zou zijn en welke maatregelen eventueel nodig waren om de haalbaarheid te bevorderen. Dit is tevens nagegaan voor het besluit in september 2013 om de locatie van het ziekenhuis te wijzigen naar Otrobanda. Ook is onderzocht of gedurende de uitvoering van het project is nagegaan of een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis nog steeds mogelijk was en welke maatregelen eventueel genomen moesten worden om dit te bevorderen. Tot slot is een uitspraak gedaan of een duurzame (kostendekkende) exploitatie van het ziekenhuis is gewaarborgd.

Hierna zijn de samenvatting en de conclusies opgenomen.

Samenvatting

Besluit juni 2011 om het ziekenhuis te bouwen

Het oorspronkelijk besluit in juni 2011 om een nieuw ziekenhuis te bouwen is gebaseerd op de uitkomsten van een onderzoek dat uitwees dat de nieuwbouw opgebracht zou kunnen worden uit de inkomsten van het ziekenhuis. Dit, onder de voorwaarde dat jaarlijkse indexering van de tarieven zou plaatsvinden en efficiencyslagen doorgevoerd zouden worden. Een deel van deze efficiencyslagen moest leiden tot besparingen in de gezondheidszorg. Een ander deel moest leiden tot lagere uitgaven van het ziekenhuis. Van deze lagere uitgaven waren de verlaging van de inkoopkosten van geneesmiddelen met 20% en de 20% besparing op debiteurenbeheer doorslaggevend voor de bouwcase. Indien deze besparingen niet werden behaald zou het ziekenhuis de eerste vijftien jaar een aanzienlijk cumulatief verlies lijden.

Om alle efficiencyslagen te realiseren zou een egalisatiefonds ten laste van de landsbegroting opgericht worden. Ook de overige projectkosten, zoals de overgang naar het nieuwe ziekenhuis zouden uit dit fonds en dus door het Land betaald worden. Wat de omvang van deze kosten en de hoogte van het fonds moest zijn zou echter nog worden onderzocht. Van de projectkosten zouden alleen de rente en aflossing van een op te nemen obligatielening om de bouwkosten te financieren uit de inkomsten van het ziekenhuis worden betaald. Er heeft geen second opinion plaatsgevonden op de onderzoeksresultaten.

Besluit september 2013 om de locatie van het ziekenhuis te wijzigen naar Otrobanda

Voorafgaand aan het besluit in september 2013 om de locatie van het nog te bouwen nieuwe ziekenhuis te wijzigen van het Amstelterrein naar een beoogde locatie in Otrobanda, is onderzocht op welke plaats in Otrobanda de bouw gerealiseerd zou kunnen worden. De technische haalbaarheid was doorslaggevend. Bij het besluit om de locatie te wijzigen zijn ervaringen uit het verleden, die uitwezen dat een bebouwde locatie tot een drie jaar langere looptijd en 40% hogere kosten zou leiden dan een onbebouwde, niet meegenomen. Ook is de staat van de ondergrondse infrastructuur van de beoogde locatie niet onderzocht. Verder is geen rekening gehouden met het risico, dat de prijzen van nog aan te kopen terreinen op de beoogde locatie, te hoog zouden zijn, en dus naar alternatieven uitgeweken zou moeten worden met mogelijk duurdere gevolgen. De financiële gevolgen van de locatiewijziging zijn een maand later, in oktober 2013, gekwantificeerd en door vertaald in een uitspraak of een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis nog steeds haalbaar zou zijn.

Onderzoek in periode 2011-2017 naar haalbaarheid kostendekkende exploitatie

In 2011, 2013 en 2014 zijn actualisaties van de business case opgesteld waarin is geconcludeerd dat een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis haalbaar was. Over deze actualisaties zijn de volgende tekortkomingen geconstateerd:

- De actualisaties in december 2011 en oktober 2013 zijn uitgegaan van de aanname dat een overgang zou plaatsvinden van minstens dertig vrijgevestigde medisch specialisten met eigen ofisina's naar dertig nog te bouwen poliklinieken in het ziekenhuis. Dit was onderdeel van de realisatie van het zogenoemde Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf. In de oorspronkelijke bouwcase van juni 2011 was deze realisatie als één van de efficiencyslagen opgenomen. In de second opinion in januari 2012 was de aanname van de overgang als een aanzienlijk risico aangemerkt. Indien de overgang niet werd gerealiseerd zou sprake zijn van een aanzienlijk vermindering van de geschatte exploitatie inkomsten. In de business case werd namelijk ervan uitgegaan dat als gevolg van de overgang de poliklinieken aan de medisch specialisten verhuurd zouden worden, wat tot geschatte huurinkomsten van NAf. 2,5 miljoen per jaar zou leiden. Het risico werd onderkend en als verweer werd aangevoerd dat het nog op te richten egalisatiefonds de financiële consequenties daarvan, bijvoorbeeld schadeloosstelling aan de vrijgevestigde specialisten, zou opvangen. Ook in latere jaren is uitgegaan van deze aanname terwijl het

egalisatiefonds nooit is opgericht en er ook geen andere vruchtbare inspanningen waren om de overgang vanuit de ofisina's te realiseren. Uit de business case van mei 2014 kan worden afgeleid dat toen is afgestapt van het voornemen tot oprichting van een egalisatiefonds. In deze business case zijn namelijk de transitiekosten voor het eerst meegenomen in de investeringssom. In de oorspronkelijke opzet zouden deze kosten ten laste van het egalisatiefonds komen.

- In de actualisatie in oktober 2013 zijn de financiële gevolgen van de locatiewijziging naar Otrobanda geschat op circa NAf. 39 miljoen hogere investeringskosten. SONA had echter in 2012 op basis van onderzoek ingeschat dat de investeringskosten ingeval van bouw op een bebouwde locatie in Otrobanda 40% hoger zouden worden, wat neerkomt op NAf. 132,2 miljoen hogere investeringskosten.
- In de opeenvolgende actualisaties zijn eerdere voorwaarden én de mate van realisatie niet steeds genoemd terwijl uit andere documentatie blijkt dat bepaalde voorwaarden en aannames op dat moment nog steeds golden. Zo zijn in juni 2011 en in december 2011/januari 2012 de efficiencyslag 'verlaging van de inkoop van geneesmiddelen met 20%' en '20% besparing op debiteurenbeheer' als doorslaggevende voorwaarden genoemd. In december 2011/januari 2012 is geen mate van realisatie vermeld. In oktober 2013 en mei 2014 zijn deze voorwaarden helemaal niet genoemd terwijl uit documentatie blijkt dat in ieder geval de 'verlaging van de inkoop van geneesmiddelen met 20%' nog jaren als voorwaarde heeft gegolden en nauwelijks is gerealiseerd.

In 2015, 2016 en 2017 hebben geen actualisaties van de business case plaatsgevonden en is dan ook geen uitspraak gedaan over de haalbaarheid van een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis. In 2016 werden de uitkomsten afgewacht van een tussentijdse evaluatie van het project, die in opdracht van het Land plaatsvond. Ook hadden het Land en SONA in 2016 besloten om een ander type business case te laten ontwikkelen wat tot betrouwbaardere ramingen van de toekomstige exploitatiekosten van het ziekenhuis zou leiden. In 2017 is een bureau aangetrokken om het nieuwe model te bouwen wat in 2018 is afgerond. Eind 2017 was het voorlopig resultaat dat de exploitatiekosten van het ziekenhuis NAf. 49 miljoen hoger werden geschat dan het budget dat het SEHOS, via de SVB, van het Land als bijdrage ontving om haar exploitatiekosten te dekken. Daar het niet de bedoeling was dat de bijdrage van het Land aan het ziekenhuis zou wijzigen zouden de hogere exploitatiekosten gedekt moeten worden door besparingen in de gezondheidszorg.

Onderzoek in periode 2018-2020 naar haalbaarheid kostendekkende exploitatie

Vanaf 2018 gold een ander model voor de business case, waardoor deze voortaan uit drie onderdelen zou bestaan: business case HNO TE, business case HNO VB en business case Zorgrekening. In de business case Zorgrekening moest ook worden opgenomen hoe de hogere exploitatie uitgaven gedekt zouden worden door besparingen in de gezondheidszorg. De business cases HNO TE en HNO VB zijn voor het eerst in oktober 2018 opgesteld, waarna een second opinion in november 2018 volgde. De volledige second opinion van de business case, inclusief het onderdeel Zorgrekening en de gevoeligheidsanalyse, was eind 2018 nog niet afgerond. Het Cft heeft meerdere malen daarop aangedrongen omdat anders niet kon worden ingeschat wat de hogere exploitatielasten zouden zijn bij ingebruikname van het ziekenhuis en op welke wijze deze hogere lasten gecompenseerd zouden worden door hogere efficiency in de ziekenhuiszorg. Het niet tijdig opleveren van deze documenten was later in 2019 ook één van de redenen waarom het Land nog geen lening bij Nederland kon opnemen om de overschrijding van het investeringsbudget te financieren. De business cases HNO VB en HNO TE zijn uiteindelijk in december 2019 geactualiseerd en in juni respectievelijk augustus 2020 van een second opinion voorzien. Begin september 2020 is een definitieve business case Zorgrekening tot stand gekomen waarop een second opinion kon worden gegeven. Deze second opinion heeft in oktober 2020 plaatsgevonden.

Kostenbesparende maatregelen

In juni 2018 waren al indicaties dat de exploitatiekosten van het ziekenhuis NAf. 59 miljoen hoger werden geschat dan die van het SEHOS. Het Cft gaf daarom in oktober 2018 het Land aan dat in 2019 kostenbesparende maatregelen genomen moesten worden om deze uitgaven te dekken en dat deze maatregelen vóór 1 februari 2019 aan haar moesten worden voorgelegd. Het Land heeft pas in december 2018 de TMFZ ingesteld om te onderzoeken welke kostenbesparingen in de gezondheidszorg mogelijk waren om de geschatte hogere exploitatiekosten van het ziekenhuis te dekken. Begin maart 2019 heeft de TMFZ mogelijke besparingsmaatregelen tot een hoogte van NAf. 84 miljoen voorgesteld. Ook heeft de taskforce wetswijzigingen voorbereid om een wettelijke basis te creëren voor de voorgenomen besparingen op de verschillende zorggebieden. Deze wetswijzigingen zijn in juni 2019 ingevoerd, waaronder een taakstellende besparing van NAf. 70 miljoen op jaarbasis gedurende 2021-2024 aan de SVB, die als uitvoeringsorganisatie van de BVZ de besparingsmaatregelen zou moeten

uitvoeren. De SVB heeft in september 2019 een uitvoeringsplan opgesteld en daarna diverse acties ondernomen om de beoogde besparingen te kunnen realiseren. De maatregelen gingen per 1 januari 2020 in.

Eind november 2020 liepen de geprojecteerde besparingen voor 2020 aanzienlijk achter op de taakstelling. In plaats van NAf. 70 miljoen bedroeg deze namelijk NAf. 23 miljoen. De oorzaken zijn per zorggebied waarop bespaard moest worden:

- Geneesmiddelen: in plaats van 34 miljoen is de projectie NAf. 3 miljoen omdat de Commissie Registratie Geneesmiddelen nog niet functioneert waardoor geen nieuwe generieke geneesmiddelen geregistreerd kunnen worden.
- Medische uitzendingen: de begrote uitbreiding van de zorgcapaciteit van het CMC om de medische uitzendingen te substitueren is nog niet gerealiseerd. Ook de tijdelijke medische inzending van specialisten naar behoefte is nog niet gerealiseerd.
- Medisch specialisten: als gevolg van juridische procedures is een overgangsregeling ingevoerd voor de introductie van de leeftijdsgrens van 65 jaar om een zorgcontract met de SVB te kunnen sluiten. Daardoor is de beoogde besparing in 2020 nihil. Eveneens als gevolg van juridische procedures tegen de invoering van een productieplafond per 1 juli 2020, is de daarmee beoogde besparing achtergebleven bij de taakstelling.

Overschrijding investeringsbedrag en financiering

Het investeringsbedrag was bij aanvang van het project in juni 2011 op NAf. 330,5 miljoen geschat. In oktober 2013 was het geschatte bedrag gestegen naar NAf. 400,2 miljoen. Enerzijds was sprake van een toename, voornamelijk door de gevolgen van de locatiewijziging ad NAf. 39 miljoen, de bouwrente ad NAf. 15,1 miljoen die voortaan niet meer ten laste van het Land zou komen én een hogere schatting van de loon- en prijsstijgingen. Daartegenover stonden afnames doordat de grondkosten voortaan ten laste van het Land kwamen en ook werd uitgegaan van een vrijstelling van OB voor het project. In mei 2014 bedroeg het geschatte investeringsbedrag NAf. 419,1 miljoen wat voornamelijk kwam door de opname van de transitiekosten ad NAf. 22 miljoen. In 2015 is het investeringsbudget van NAf. 421,1 miljoen tussen het Land en SONA overeengekomen. Het Land heeft in 2014 en 2015 twee obligatieleningen opgenomen om de investering te financieren. Over de investeringskosten waren vroegtijdig én aanhoudend aanzienlijke overschrijdingen geschat. Zo had SONA eind 2015 al een geschatte overschrijding van NAf. 72 miljoen gemeld en was eind 2016 in het

evaluatierapport van de tussentijdse evaluatiecommissie een verwachte overschrijding van NAf. 100 miljoen genoemd. Vervolgens vermeldde het concept van het nieuw exploitatiemodel eind 2017 een verwachte overschrijding van NAf. 72 miljoen. De minister van GMN had op 23 februari 2018 in de Staten een geschatte overschrijding van tussen de NAf. 100-125 miljoen gemeld en tot slot is in augustus 2018 voor het eerst de verwachte maximale overschrijding van NAf. 200 miljoen genoemd. In de loop van 2018 zijn voorbereidingen begonnen voor het aantrekken van aanvullende financiering. Eind 2018/begin 2019 was een consortium van lokale private financiers daartoe bereid gevonden. Om onder andere het hypotheekrecht te kunnen vestigen moesten diverse afspraken tussen het Land en de HNO entiteiten nog worden uitgewerkt. In dit verband zijn de domeingronden van het HNO-complex op 3 juni 2019 voor veertig jaar in erfpacht uitgegeven aan HNO VB. Ook zijn de belangrijkste afspraken op hoofdlijnen in een hoofdlijnenakkoord vastgelegd. De middelen uit de twee obligatieleningen, die het Land ter financiering had opgenomen, waren inmiddels bijna uitgeput. Begin juni 2019 is een ontwerp-landsbesluit bij de Gouverneur ingediend om de ministers van AZ, GMN, Financiën en VVRP te machtigen om het Hoofdlijnenakkoord namens de openbare rechtspersoon het Land te tekenen. Vanwege kanttekeningen op de inhoud van het ontwerp heeft de Gouverneur uiteindelijk het ontwerp-landsbesluit niet vastgesteld. Op 1 juli 2019 is de RvM, d.t.k.v. de Minister President daarover geïnformeerd en ook de Koning, als hoofd van de regering van het Koninkrijk, is hiervan in kennis gesteld. De RvM heeft op 31 juli 2019 besloten om het ontwerp-landsbesluit én het Hoofdlijnenakkoord in te trekken. De minister van Financiën heeft vervolgens in augustus 2019 een leenverzoek voor een bedrag van NAf. 200 miljoen bij het Cft ingediend. Een bedrag van NAf. 96,3 miljoen kwam echter niet in aanmerking voor financiering omdat deze uitgaven zich volgens de geldende definitie van het SNA van de Verenigde Naties niet als kapitaalsuitgaven kwalificeren. Om het restant van NAf. 103 miljoen te kunnen lenen moest het Land onder andere uiterlijk op 1 oktober 2019 een geoptimaliseerde business case, voorzien van een second opinion, bij het Cft hebben ingediend. Omdat niet aan de gestelde voorwaarden werd voldaan is de mogelijkheid met het Cft besproken van aanvullende financiering door het consortium. Vervolgens hebben de HNO-entiteiten een lening van NAf. 128 miljoen met het consortium afgesloten, bestaande uit een rekening courant faciliteit van NAf. 25 miljoen en een annuïteitenlening van NAf. 103 miljoen. In maart 2020 is de overschrijding van het investeringsbudget op NAf. 223,3 miljoen geschat.

Haalbaarheid duurzame exploitatie

De haalbaarheid van een duurzame exploitatie van het ziekenhuis hangt af van een realistische schatting van de hogere exploitatiekosten van het ziekenhuis en de toereikendheid van de besparingsmaatregelen. Er is geen duidelijkheid over de geschatte omvang van de hogere exploitatiekosten en dus over het bedrag dat de besparingsmaatregelen minimaal moeten dekken:

- Er zijn binnen een kort tijdsbestek diverse schattingen genoemd als verwachte hogere exploitatiekosten, variërend tussen de NAf. 42,5 miljoen en NAf. 87 miljoen.
- Niet alle factoren die van invloed zijn op de hoogte van de exploitatiekosten zijn al definitief:
  - De totale omvang van de investeringen is pas duidelijk als alle actoren verantwoording hebben afgelegd over hun bestedingen. De HNO entiteiten hebben nog geen verantwoording afgelegd. Als de totale omvang van de investeringen duidelijk is kan een definitieve toebedeling van de kosten plaatsvinden tussen het Land en de HNO entiteiten.
  - De mogelijke risico's voor het Land ingeval van overdracht van het ziekenhuisgebouw aan HNO VB moeten eerst worden ondervangen voordat definitief kan worden bepaald tegen welke vergoeding en voorwaarden een eventuele overdracht kan plaatsvinden.[3]

Eind november 2020 was nauwelijks voldaan aan de voorwaarden om de besparingsmaatregelen van NAf. 70 miljoen per jaar vanaf 2021 als realiseerbaar aan te kunnen merken. De Rekenkamer schat daarom de toereikendheid van de besparingsmaatregelen laag in. De kans is dus groot dat een duurzame exploitatie van het ziekenhuis niet haalbaar is, zonder extra besparingsmaatregelen.

Van de extra door de taskforce voorgestelde besparingsmaatregelen ad NAf. 14 miljoen kan nog alleen de verlaging van de tarieven van laboratoria voor klinisch chemische testen nog als mogelijke aanvullende maatregel worden ingezet. De SVB schat deze besparing op NAf. 6 miljoen in plaats van op NAf. 7 miljoen. De andere voorgestelde maatregel betreft het verbeteren van het voorschrijfgedrag voor geneesmiddelen door artsen en is al in het uitvoeringsplan van september 2019 van de SVB opgenomen.

Gezien het voorgaande zouden er meer besparingsmogelijkheden geïdentificeerd en ingezet moeten worden. In 2019 was al onderzocht welke besparingen mogelijk waren

[3] NB. Zie ook het rapport HNO-uitputting begroting waar deze risico's ook zijn toegelicht.

op de zorggebieden met de hoogste uitgaven. Er bestaat daarom een hoog risico dat er geen besparingsmogelijkheden meer zijn en dat het Land de hogere exploitatiekosten van het ziekenhuis moet dragen.

Conclusies

De Rekenkamer heeft de volgende conclusies getrokken:

1. Voorafgaand aan het besluit in juni 2011 om een nieuw ziekenhuis te bouwen heeft het Land wel laten onderzoeken of een ziekenhuis kon worden gebouwd dat kostendekkend zou kunnen worden geëxploiteerd maar er was nog onvoldoende onderzoek uitgevoerd voor een onderbouwde besluitvorming. Enerzijds werden namelijk harde voorwaarden gesteld aan de kostendekkendheid, zoals efficiencybesparingen in de gezondheidszorg en kostenbesparingen door het ziekenhuis, terwijl anderzijds zelf werd onderkend dat nog onderzocht moest worden hoeveel geld nodig zou zijn om deze besparingen te realiseren. Ook was nog niet zeker of het Land de benodigde middelen zou kunnen opbrengen. De haalbaarheid van de als voorwaarde gestelde efficiencybesparingen was dus onvoldoende gewaarborgd, en daarmee ook de haalbaarheid van een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis.
2. Ten tijde van het besluit was ook nog geen inzicht in de omvang van de overige projectkosten, zoals de overgang naar het ziekenhuis, terwijl verondersteld werd dat het Land deze uitgaven zou bekostigen. Er bestond dus een risico dat halverwege het project de financiering een probleem zou blijken en de afronding niet of moeilijk haalbaar zou zijn. Dit is later in het project ook gebleken.
3. Ook het besluit om het ziekenhuis op de beoogde locatie in Otrobanda te bouwen is onvoldoende onderbouwd. Er is namelijk geen rekening gehouden met risico's die al in 2012 bekend waren, zoals een langere bouwtijd van drie jaar en circa 40% hogere kosten ingeval van een bebouwde locatie. Ook kon in dit geval worden verwacht dat de staat van de ondergrondse infrastructuur een risico kon vormen. De consequenties van het besluit zijn pas een maand na het besluit, dus te laat, gekwantificeerd en door vertaald naar een uitspraak over de haalbaarheid van een kostendekkende exploitatie, uitgaande van de beoogde locatie.
4. In 2011, 2013 en 2014 is, uitgaande van aannames en schattingen, geconcludeerd dat een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis haalbaar was. Van sommige aannames en schattingen kon echter toen al de haalbaarheid worden betwijfeld. Zo

is de aanname aangehouden dat minstens dertig vrijgevestigde medisch specialisten zouden overgaan naar dertig nog te bouwen poliklinieken in het ziekenhuis terwijl deze aanname begin 2012 al als een aanzienlijk risico voor de business case was aangemerkt. Ook is het egalisatiefonds, waaruit eventuele schadevergoedingen aan deze specialisten betaald zouden worden, nooit opgericht noch waren er andere vruchtbare inspanningen gebleken. Verder zijn de financiële gevolgen van de locatiewijziging naar Otrobanda op circa NAf. 39 miljoen geschat terwijl SONA al in 2012 op basis van onderzoek had ingeschat dat de investeringskosten ingeval van bouw in Otrobanda 40% hoger zouden worden, wat neerkomt op NAf. 132,2 miljoen hogere investeringskosten.

5. Het Land heeft niet tijdig onderzocht welke besparingsmaatregelen in de gezondheidszorg mogelijk waren en daardoor ook niet tijdig maatregelen om deze te realiseren in uitvoering gebracht. Hoewel vanaf mei 2014 tot en met oktober 2018 geen actualisaties van de business case waren opgesteld, waren er genoeg indicaties in deze periode van een verwachte overschrijding van het investeringsbedrag én van een aanzienlijk toekomstig exploitatietekort. Zo zijn vanaf 2015 aanhoudend overschrijdingen van het investeringsbudget gemeld variërend tussen de NAf. 72 miljoen en 200 miljoen en is eind 2017 een eerste schatting van het exploitatietekort van NAf. 49 miljoen gegeven, gevolgd door eens schatting in juni 2018 van NAf. 59 miljoen. De overheid had in ieder geval, in afwachting van een geactualiseerde business case, al kunnen laten onderzoeken welke besparingsmaatregelen mogelijk waren en een aanvang kunnen maken met de uitvoering van de gekozen maatregelen.
6. Er is onvoldoende rekening gehouden met het gebruikelijke vertragingseffect tussen uitvoering en resultaat, welk effect ook is verhoogd door de aanzienlijke gevolgen van de maatregelen voor diverse partijen, waar onder de medisch specialisten. De taakstellende besparing van NAf. 70 miljoen in het eerste jaar van uitvoering kan dan ook te optimistisch worden genoemd en het achterlopen van de verwachte besparing in 2020 (NAf. 23 miljoen) ten opzichte van de taakstelling te verwachten.
7. Gezien de vroege indicaties is laat begonnen met het zoeken naar financiering voor de verwachte overschrijding van het investeringsbudget. De inspanningen zijn bovendien pas geïntensiveerd toen de middelen uit de eerder aangegane obligatieleningen bijna uitgeput waren. Daardoor is lange tijd onzekerheid geweest of het project (tijdig) afgerond zou kunnen worden.
8. Een duurzame exploitatie van het ziekenhuis is haalbaar indien de besparings-maatregelen toereikend zijn om de hogere exploitatiekosten te dekken. Daar de

toereikendheid van de besparingsmaatregelen laag wordt ingeschat is de kans groot dat een duurzame exploitatie van het ziekenhuis niet haalbaar is, tenzij meer besparingsmaatregelen worden geïdentificeerd en ingezet. Gezien het vrij recentelijk onderzoek in 2019 naar besparingsmogelijkheden, bestaat er een hoog risico dat deze mogelijkheden uitgeput zijn en dat het Land, en daarmee de belastingbetaler, opdraait voor de hogere exploitatiekosten van het nieuwe ziekenhuis.

9. Ondanks dat er onzekerheid bestaat over de omvang van de hogere exploitatiekosten is, gelet op de bedragen die tot nu toe zijn genoemd, de verwachting gerechtvaardigd dat deze omvang in de miljoenen beloopt.
10. Om de omvang van eventuele aanvullende besparingsmaatregelen te bepalen is het noodzakelijk dat zo spoedig mogelijk inzicht wordt gegeven in de actueel geschatte omvang van de hogere exploitatiekosten. Om deze schatting zo goed mogelijk te maken is het bovendien nodig dat de hoogte van het investeringsbedrag definitief wordt vastgesteld en dat ook de voorwaarden worden vastgesteld waartegen het Land het ziekenhuis gebouw zal overdragen aan HNO VB.

Aanbevelingen

De Rekenkamer beveelt de Staten aan erop toe te zien dat:

1. de ministers van GMN en Financiën zo spoedig mogelijk inzicht verschaffen in de actuele geschatte omvang van de hogere exploitatiekosten;
2. de minister van GMN bevordert dat de HNO entiteiten op korte termijn verantwoording afleggen over hun de bestedingen t.b.v. het project, zodat de hoogte van het investeringsbedrag kan worden vastgesteld, én de Staten daarover informeert;
3. de ministers van GMN en Financiën inzicht verschaffen over de wijze waarop de belangen van het Land, in geval van een mogelijke vervreemding van het ziekenhuis gebouwencomplex en/of van de aandelen in de HNO entiteiten, zijn gewaarborgd;
4. de ministers van GMN en Financiën een afschrift verkrijgen van de leenovereenkomst tussen de HNO entiteiten en de lokale financiers zodat duidelijk wordt welke zekerheden en afspraken zijn gemaakt;
5. de ministers van GMN en Financiën juridisch advies inwinnen over de gevolgen van de verleende zekerheden en gemaakte afspraken voor het Land, waar onder welke acties de financiers kunnen nemen indien HNO VB in gebreke blijft om tijdig te voldoen aan de rente- en aflossingsverplichtingen;

6. de minister van Financiën inzicht geeft over de wijze waarop rekening is gehouden met de gevolgen voor het Land bij het aflopen van het erfpachtrecht aan HNO VB na veertig jaar;
7. de minister van Financiën informatie verstrekt over de status van het leenverzoek dat in 2019 bij het Cft is ingediend om de overschrijding van het investeringsbudget te financieren; i.c. is het de bedoeling dat de lening bij de lokale financiers omgezet wordt in een lening bij Nederland?
8. de ministers van GMN en Financiën informatie verstrekken over de exploitatierekening van het nieuwe ziekenhuis daar deze inmiddels al langer dan een jaar operationeel is.
9. de minister van GMN de SVB verzoekt om een plan van aanpak op te stellen waarin is uitgewerkt op welke wijze de gevolgen van het achterlopen van de besparing bij de taakstelling in 2020, en de gevolgen van COVID-19, ondervangen zullen worden zonder dat de landsbijdrage voor de gezondheidszorguitgaven verhoogd wordt;
10. de minister van GMN bij de SVB en de TMFZ informeert of aanvullende besparingsmaatregelen noodzakelijk zijn om de verwachte hogere exploitatiekosten te dekken en zo ja welke maatregelen mogelijk zijn.

Rapòrt Resumí

Resúmen, konklushon i rekomendashon

Introdukshon

Dia 11 di ougùstùs 2011, Pais Kòrsou a firma un akuerdo di maneho ku SONA pa desaroyo i realisashon di un hospital pa Kòrsou. E meta tabata di yega na un hospital nobo, operashonal i duradero pa Pais, i SONA a keda enkargá ku realisashon di esei. Na 2018, a establesé e asina yamá entidatnan di HNO, esta: HNO Holding, HNO TE i HNO VB. E mesun aña ei, konforme e palabrashon hasí ku Pais, SONA a pasa e tareanan di transishon pa HNO TE. Na mitar di aña 2019, a pasa e otro tareanan (esta, di konstrukshon) pa HNO VB.

Promé ku a sera e Akuerdo di Maneho, dia 15 di yüni 2011, Konseho di Minister a disidí ku lo konstruí un hospital nobo. Inisialmente, a yama e proyekto Nos Hospital Nobo.

Na febrüari di 2012, Konseho di Minister a disidí ku lo konstruí e hospital riba e antiguo tereno di Amstel, konosí tambe komo Isla Scadta. Na aprel di 2013, Parlamento a aprobá un moshon ku a duna preferensia na Otrobanda komo e área kaminda lo mester konstruí e hospital nobo. Na sèptèmber di 2013, Konseho di Minister a disidí ku lo konstruí e hospital na Otrobanda. A kambia nòmber di e proyekto di Nos Hospital Nobo pa Hospital Nobo Otrobanda. Despues di e preparativonan nesesario, dia 19 di desèmber 2013, a pone e promé piedra pa e hospital nobo na Otrobanda. E hospital a drenta den uso dia 15 di novèmber 2019. Nòmber di e hospital ta Curaçao Medical Center.

Riba petishon di Parlamento, Kontraloria a hasi un investigashon di e proyekto na mei di 2018[4]. E investigashon a konsistí di sinku parti. E rapòrt akí ta tokante e di sinku i último parti di e investigashon. E pregunta di investigashon ta lo siguiente:

Por garantisá operashon sostenibel[5] di e hospital nobo?

Pa kontestá e pregunta akí, Kontraloria a investigá si na yüni di 2011, promé ku a tuma e desishon pa konstruí e hospital, a averiguá si lo ta faktibel pa e hospital kubri su gastunan operashonal i ki medida lo tabatin ku tuma pa hasi esei mas faktibel. A hasi e mesun investigashon akí tambe relashoná ku e desishon di sèptèmber 2013 pa kambia

[4] Petishon di Parlamento na Kontraloria pa investigashon di HNO, 15 di mei 2018 (no. 0293-5 S/17-18).
[5] Sostenibel den e sentido di 'ku ta kubri gastu'.

lokashon di e hospital pa Otrobanda. Tambe a investigá si, durante ehekushon di e proyekto, a averiguá si ainda lo tabata posibel pa e hospital mes kubri su gastunan operashonal i ki medida por ta nesesario pa hasi esei mas faktibel. Por último, Kontraloria a hasi un deklarashon kontestando e pregunta enkuanto si por garantisá operashon sostenibel (esta, ku ta kubri gastu) di e hospital.

Aki ta sigui e resúmen i konklushonnan.

Resúmen

Desishon di yüni 2011 pa konstruí e hospital

Na yüni 2011, a tuma e desishon original pa konstruí un hospital nobo a base di resultado di un investigashon ku a indiká ku lo por a finansiá e edifisio nobo mediante e entradanan di e hospital. Pa esei por ta e kaso, un kondishon tabata ku lo mester indeksá e tarifanan anualmente i tuma medida pa oumentá efisiensia. Algun di e medidanan pa oumentá efisiensia lo mester a hiba na ekonomisashon riba tereno di salubridat i algun otro na redukshon di gastu di e hospital mes. Di e medidanan akí, redukshon di gastu di kompra di remedi ku 20% i di gastu di atministrashon di debitor (kobransa di faktura) ku 20% tabata determinante den e *case* presentá na fabor di konstrukshon di e hospital. Sin e redukshonnan di gastu ei, e hospital lo a hiba pèrdida akumulativo supstansial den su promé diesinku añanan.

Pa implementá tur e medidanan di oumento di efisiensia, lo a lanta un fondo di kompensashon (egalisatiefonds) finansiá for di presupuesto di Pais. E otro gastunan di e proyekto, manera e traspaso pa e hospital nobo, tambe lo a ser pagá for di e fondo akí, ku otro palabra, usando e medionan finansiero di Pais. Sin embargo, na e momento ei ainda no a studia kuantu e gastunan ei lo ta ni kiko e suma di e fondo lo mester ta. Pa loke ta e gastunan di e proyekto, e intenshon tabata pa usa e entradanan di e hospital pa paga solamente e interes i amortisashonnan di un bono ku lo a emití pa finansiá e gastunan di konstrukshon. No a pidi un *second opinion* riba e resultadonan di e investigashon.

Desishon di sèptèmber 2013 pa kambia lokalidat di e hospital pa Otrobanda

Promé ku a disidí, na sèptèmber di 2013, ku lo kambia e lokalidat pa konstrukshon di e hospital di tereno di Amstel pa e lokalidat deseá na Otrobanda, a studia unda na Otrobanda lo por a realisá e konstrukshon. E faktor determinante tabata faktibilidat

tékniko. Aunke eksperensia di pasado a mustra ku si skohe un lokalidat ku tin konstrukshon riba dje kaba, esei lo alargá durashon di e proyekto ku tres aña i hisa e gastunan ku 40% na komparashon ku un lokalidat sin konstrukshon riba dje, no a tuma esaki na kuenta den e desishon pa kambia e lokalidat. Tampoko no a investigá den ki estado e infrastruktura bou di suela di e lokalidat deseá tabata. Tampoko no a tene kuenta ku e riesgo ku preis di e terenonan ku lo mester a kumpra na e lokalidat deseá lo resultá muchu haltu i ku, debí na esei, lo mester buska alternativa ku lo hiba na mas gastu. Un luna despues, na òktober di 2013, a kuantifiká konsekuensia finansiero di e kambio di lokalidat i a tradusí esaki den un deklarashon tokante si ainda tabata faktibel pa operashon di e hospital kubri e gastunan.

Investigashon den e periodo di 2011-2017 tokante faktibilidat di un operashon ku ta kubri gastu

Na 2011, 2013 i 2014 a hasi algun aktualisashon di e *business case* i e konklushon tabata ku ta faktibel pa e hospital kubri su gastunan operashonal. Por konstatá e siguiente defisiensianan tokante e aktualisashonnan akí:

- Den e aktualisashonnan hasí na desèmber 2011 i òktober 2013, a asumí ku un mínimo di trinta spesialista independiente ku tin nan propio ofisina lo muda pa trinta poliklínika ku lo a keda konstruí den e hospital. Esaki lo tabata parti di realisashon di e asina yamá Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf. Realisashon di esaki tabata un di e medidanan pa oumentá efisiensia menshoná den e *case* original na fabor di e konstrukshon, di yüni 2011. Den e *second opinion*, di yanüari 2012, a bini padilanti ku e punto di salida ei, esta, ku e spesialistanan lo muda, a representá un riesgo supstansial. Si e mudansa a keda sin tuma lugá, e entradanan operashonal proyektá lo a baha supstansialmente. Den e *business case* a asumí ku, komo resultado di e mudansa, lo a hür e poliklínikanan ku e spesialistanan i ku esei lo a produsí NAf. 2,5 mion na entrada di hür pa aña. A rekonosé e faktor di riesgo, pero a argumentá ku e fondo di kompensashon ku lo mester a ser kreá lo a kubri e konsekuensianan finansiero, entre otro, indemnisashon di e spesialistanan independiente. Den e siguiente añanan tambe a sigui usa esei komo punto di salida, aunke kreashon di e fondo di kompensashon no a bira realidat nunka ni no tabatin niun otro esfuerso fruktífero pa hasi e mudansa bira realidat. A base di e *business case* di mei 2014, por dedusí ku e tempu ei ya a bandoná e intenshon di krea un fondo di kompensashon, ya ku den e *business case* akí, pa di promé bes a inkluí e

gastunan di transishon den e suma di invershon, siendo ku segun e plan original, ta e fondo di kompensashon lo a kubri e gastunan ei.

- Den e aktualisashon di òktober 2013, a kalkulá ku e konsekuensianan finansiero di e kambio di lokalidat pa Otrobanda lo oumentá e gastunan di invershon ku aproksimadamente NAf. 39 mion, siendo ku na 2012, SONA a kalkulá a base di e estudionan hasí ku si usa un lokalidat na Otrobanda ku tabatin konstrukshon riba dje kaba, e gastunan di invershon lo sali 40% mas tantu, esta, NAf. 132,2 mion mas tantu.
- Den e siguiente aktualisashonnan, no ta semper a menshoná e kondishonnan anterior ni nan grado di realisashon, siendo ku otro dokumento ta mustra ku e tempu ei, ainda tabata trahando a base di algun di e kondishon- i puntonan di salida ei. Por ehèmpel, na yüni 2011 i na desèmber 2011/yanüari 2012, a referí na e medidanan di '20% di redukshon riba kompra di remedi' i '20% di ekonomisashon riba atministrashon di debitor' komo kondishon determinante. Na desèmber 2011/yanüari 2012, no a menshoná kon leu tabata ku nan realisashon. Na òktober 2013 i mei 2014, no a menshoná e kondishonnan akí mes, maske tin dokumento ta mustra ku en todo kaso e '20% di redukshon riba kompra di remedi' a keda konta komo kondishon pa vários aña mas i apénas a ser realisá.

Na 2015, 2016 i 2017 no a hasi aktualisashon di e *business case* i komo tal no a hasi niun deklarashon tokante si ta faktibel pa e hospital kubri su gastunan operashonal. Na 2016, a spera riba e resultadonan di un evaluashon preliminar di e proyekto ku a keda hasí riba enkargo di Pais. Ademas, na 2016, Pais i SONA a disidí di laga formulá un otro tipo di *business case,* unu ku lo mester a duna aproksimashon mas konfiabel di e gastunan operashonal di e hospital den futuro. Na 2017, a kontratá un firma pa elaborá e modelo nobo i el a keda finalisá na 2018. Na fin di 2017, e resultado preliminar a mustra ku e gastunan operashonal proyektá di e hospital tabata NAf. 49 mion mas haltu ku e presupuesto ku SEHOS a risibí di Pais via SVB komo kontribushon pa kubri e gastunan operashonal. Ya ku e intenshon no tabata pa kambia e kontribushon ku Pais lo hasi na e hospital, a bisa ku lo mester kubri e gastunan operashonal èkstra via ekonomisashon den gastu di salubridat.

Investigashon den e periodo di 2018-2020 tokante faktibilidat di un operashon ku ta kubri gastu

Di 2018 padilanti, a traha ku un otro modelo di *business case* ku, di e momento ei padilanti, a konsistí di tres parti: un *business case* pa HNO TE, un *business case* pa HNO

VB i un *business case* pa Zorgrekening. Den e *business case* pa Zorgrekening, mester a inkluí tambe kon lo kubri e gastunan operashonal èkstra via ekonomisashon den gastu di salubridat. A prepará e *business case* pa HNO TE i HNO VB pa di promé bes na òktober 2018. Despues, a sigui un *second opinion* na novèmber 2018. Na fin di 2018, ainda no a kaba di prepará e *second opinion* di e *business case* total, ku e parti tokante Zorgrekening i e análisis di sensibilidat. Cft a insistí repetidamente pa kompletá e *business case,* ya ku sin dje lo no tin manera pa kalkulá kon haltu e gastu operashonal adishonal lo ta na momento ku e hospital drenta den uso ni kon lo por usa oumento di efisiensia den kuido di hospital pa kompensá e gastunan èkstra. Na 2019, atrobe tardansa den entrega di e dokumentonan akí tabata un di e motibunan pakiko Pais no por a risibí un fiansa ainda di Hulanda pa finansiá e ekseso di presupuesto di invershon. Finalmente, e *business case* pa HNO VB i pa HNO TE a keda aktualisá na desèmber 2019, anto na yüni i ougùstùs 2020 respektivamente, e *second opinion* di kada un a keda entregá. Na kuminsamentu di sèptèmber 2020, a finalisá un *business case* definitivo pa Zorgrekening, pa asina por a formulá un *second opinion* al respekto. E *second opinion* a keda formulá na òktober 2020.

Medida di redukshon di gastu

Na yüni di 2018, ya tabatin indikashon ku e gastunan operashonal di e hospital lo sali NAf. 59 mion mas tantu ku di SEHOS. Debí na esei, na òktober di 2018, Cft a indiká na Pais ku lo mester tuma medida di redukshon di gastu na 2019 pa por kubri e gastunan èkstra i ku mester presentá e medidanan akí na Cft promé ku dia 1 di februüari di 2019. Ta te den desèmber di 2018, Pais a instituí TMFZ ku e meta di investigá ki redukshon di gastu tabata posibel den salubridat pa por kubri e gastunan operashonal adishonal ku a kalkulá pa e hospital. Na kuminsamentu di mart 2019, TMFZ a proponé algun posibel medida di ekonomisashon ku a suma NAf. 84 mion. Ademas, e taskforce a prepará e kambionan di lei pa asina krea un base legal pa e ekonomisashonnan ideá pa e diferente áreanan di kuido. Na yüni di 2019, a introdusí e kambionan di lei, entre otro, un ekonomisashon obligatorio di NAf. 70 mion anual pa 2021-2024 na SVB, ku komo organisashon di ehekushon di BVZ ta esun ku lo mester implementá e ekonomisashon. Na sèptèmber di 2019, SVB a formulá un plan di ehekushon i despues a tuma diferente akshon pa realisá e ekonomisashon rekerí. E medidanan a drenta na vigor dia 1 di yanüari di 2020.

Na fin di novèmber 2020, e ekonomisashon proyektá pa 2020 tabata kana atras konsiderablemente kompará ku e ophetivo, ya ku en bes di NAf. 70 mion, e suma

proyektá tabata di NAf. 23 mion. Pa kada área di kuido den kua mester a ekonomisá, e kousa di e atraso ta lo siguiente:

- Remedi: Na lugá di 34 mion, ta proyektá un ekonomisashon di NAf. 3 mion, debí ku Commissie Registratie Geneesmiddelen no ta funshonando ainda i esei ta pone ku no por registrá remedi genériko nobo.
- Tratamentu den eksterior: E ampliashon planiá di e kapasidat di kuido di CMC pa evitá ku mester manda sierto pashènt eksterior pa tratamentu no a keda realisá ainda. E intenshon di manda buska spesialista for di eksterior temporalmente segun nesesidat tampoko no a keda realisá ainda.
- Spesialista: Komo resultado di algun kaso den korte, a introdusí un areglo di transishon relashoná ku e límite di edat di 65 aña pa por sera un kontrato di kuido ku SVB. Debí na esaki, na 2020, e ekonomisashon ideá tabata nihil. E ekonomisashon ku a pensa di logra ku introdukshon di un máksimo di produkshon dia 1 di yüli 2020 no a alkansá su ophetivo, atrobe debí na kaso den korte.

Ekseso di e suma di invershon i finansiamentu

Ora e proyekto a kuminsá na yüni di 2011, a proyektá un suma di invershon di NAf. 330,5 mion. Na òktober di 2013, e suma proyektá a subi te na NAf. 400,2 mion. E faktornan ku a kontribuí na e subida tabata, prinsipalmente, e konsekuensianan di e kambio di lokalidat na balor di NAf. 39 mion, 'bouwrente' (interes durante konstrukshon) na balor di NAf. 15,1 mion, ya ku di e momento ei padilanti no ta Pais lo a karga e gastu ei mas, i tambe un subida den e oumento proyektá pa suèldu i preis. Di otro banda, dos faktor ku a moderá e subida di e suma di invershon ta ku di e momento ei padilanti ta Pais a sigui karga e gastunan di tereno i tambe e echo ku a asumí ku tabatin un eksonerashon di derecho di importashon pa e proyekto. Na mei di 2014, e suma di invershon proyektá tabata NAf. 419,1 mion, prinsipalmente debí ku a inkluí e gastunan di transishon na balor di NAf. 22 mion. Na 2015, Pais i SONA a palabrá un presupuesto di invershon di NAf. 421,1 mion. Na 2014 i 2015, Pais a emití dos bono pa finansiá e invershon. For di kuminsamentu i repetidamente, e proyekshonnan a mustra ku e gastunan di invershon lo eksedé e presupuesto konsiderablemente. Por ehèmpel, for di fin di 2015, ya SONA a mèldu un ekseso proyektá di NAf. 72 mion i, na fin di 2016, e rapòrt di evaluashon di e komishon di evaluashon preliminar a papia di un ekseso proyektá di NAf. 100 mion. Despues, na fin di 2017, e konsepto di e modelo di eksplotashon nobo a papia di un ekseso di NAf. 72 mion. Dia 23 di februüari 2018, den reunion di Parlamento, Minister di GMN a duna di konosé ku a proyektá un ekseso di NAf. 100-125 mion i, por

último, na ougùstùs di 2018, pa di promé bes a menshoná e ekseso máksimo proyektá di NAf. 200 mion. Den transkurso di 2018, a kuminsá hasi preparativo pa optené finansiamentu adishonal. Na fin di 2018/komienso di 2019, un konsorsio di finansiadó lokal privá a indiká di ta dispuesto. Tabatin diferente palabrashon ku Pais mester a kaba di elaborá ainda ku e entidatnan di HNO, entre otro pa por a establesé un derecho di hipotek. En relashon ku esei, dia 3 di yüni 2019, a konsedé un derecho di erfpacht di kuarenta aña na HNO VB riba e terenonan di e kompleho di HNO. Ademas, den liña general, a fiha e palabrashonnan prinsipal den un akuerdo general. Entre tantu, e fondonan ku Pais a optené for di e dos bononan pa finansiá e proyekto a kasi agotá. Na kuminsamentu di yüni 2019, a entregá un proyekto di dekreto nashonal na Gobernador pa outorisá e ministernan di AZ, GMN, Finansa i VVRP pa firma e Akuerdo General na nòmber di entidat públiko Pais Kòrsou. Debí ku tabatin komentario tokante kontenido di e proyekto di dekreto nashonal, na final di kuenta Gobernador no a ratifik'é. Dia 1 yüli 2019, a informá Konseho di Minister al respekto via Promé Minister, i komo hefe di gobièrnu di Reino, a pone Rei tambe na altura. Dia 31 di yüli 2019, Konseho di Minister a disidí di revoká e proyekto di dekreto nashonal i na mes momento tambe e Akuerdo General. Despues, na ougùstùs di 2019, Minister di Finansa a entregá un petishon di fiansa na balor di NAf. 200 mion serka Cft. Sin embargo, un suma di NAf. 96,3 mion no a bini na remarke pa ser finansiá ya ku, di akuerdo ku e definishon fihá den SNA di Nashonnan Uní, e gastunan en kuestion no por ser konsiderá gastu di kapital. Pa por a fia e NAf. 103 mion ku a resta, entre otro, Pais tabatin ku entregá na Cft un *business case* optimalisá, huntu ku un *second opinion* al respekto, pa mas tardá dia 1 di òktober 2019. Debí ku no a kumpli ku e kondishonnan fihá, a papia ku Cft tokante e posibilidat di risibí finansiamentu adishonal for di e konsorsio. Despues di esei, e entidatnan di HNO a sera un fiansa di NAf. 128 mion ku e konsorsio, konsistiendo di un fasilidat di kuenta koriente na balor di NAf. 25 mion i un fiansa pa paga bèk via anualidat, na balor di NAf. 103 mion. Na mart di 2020, e ekseso di e presupuesto di inversion tabata proyektá na NAf. 223,3 mion.

Faktibilidat di operashon sostenibel

Faktibilidat di operashon sostenibel di e hospital ta dependé di un proyekshon realístiko di kuantu mas haltu e gastunan operashonal di e hospital ta i te kon leu e medidanan di redukshon di gastu lo kubri esei. No tin klaridat tokante kuantu mas haltu e gastunan operashonal proyektá ta i, p'esei mes, no tin klaridat tampoko tokante e suma mínimo ku e medidanan di redukshon di gastu lo mester kubri:

- Den un plaso kòrtiku, a menshoná vários proyekshon di e gastunan operashonal èkstra i e sifranan menshoná a varia entre NAf. 42,5 i NAf. 87 mion.
- Ainda no ta tur faktor ku ta influensiá e suma di gastu operashonal èkstra ta definitivo:
  - Ta te ora tur e aktornan enbolbí kaba di duna kuenta di nan gastunan, lo tin klaridat enkuanto e suma total di invershon. Ainda e entidatnan di HNO no a duna kuenta. Ora bin klaridat enkuanto e suma total di invershon, lo por hasi un distribushon definitivo di e gastunan entre Pais i e entidatnan di HNO.
  - Mester atendé ku e posibel riesgonan pa Pais den kaso ku traspasá e edifisio di hospital pa HNO VB promé ku por determiná e preis i kondishonnan definitivo di e posibel traspaso.[6]

Na fin di novèmber 2020, apénas a kumpli ku e kondishonnan nesesario pa por konsiderá ku e medidanan di redukshon di gastu na balor di NAf. 70 mion pa aña entrante 2021 ta realisabel. Debí na esei, Kontraloria no ta mira komo masha probabel ku e medidanan di redukshon di gastu lo ta sufisiente. Pues, tin hopi chèns ku lo no ta posibel pa operá e hospital na un manera sostenibel sin tuma medida èkstra pa redusí gastu.

Pa loke ta trata e medidanan èkstra di redukshon di gastu na balor di NAf. 14 mion ku e taskforce a proponé, e úniko medida adishonal ku por ser implementá ainda ta e redukshon di tarifa di laboratorio pa tèst biokímiko klíniko. SVB ta kalkulá ku e ekonomisashon aki lo ta di NAf. 6 mion i no NAf. 7 mion. E otro medida proponé ta di mehorá komportashon di e dòkternan ora di traha resèpt, i e ta inkluí kaba den SVB su plan di ehekushon di sèptèmber 2019.

En bista di lo anterior, ta nesesario pa identifiká i implementá mas opshon pa baha gastu. No opstante, na 2019 ya a investigá ki tipo di redukshon di gastu ta posibel den e áreanan di kuido kaminda e volúmen di gastu ta mas haltu. P'esei, e chèns ta grandi ku no tin mas opshon pa baha gastu i ku ta Pais lo tin di karga e gastunan operashonal èkstra di e hospital.

Konklushon

Kontraloria a yega na e siguiente konklushonnan:

1. Promé ku a tuma e desishon na yüni 2011 pa konstruí un hospital nobo, Pais a laga hasi un estudio pa sa si lo por konstruí un hospital ku por kubri su gastunan operashonal, pero e tempu ei no a hasi sufisiente investigashon ainda pa por a tuma

[6] Wak tambe e rapòrt HNO-Uitputting Begroting, ku tambe ta kontené splikashon di e riesgonan aki.

un desishon informá. Di un banda, a fiha kondishon riguroso pa e operashon por kubri e gastunan, por ehèmpel, ekonomisashon mediante oumento di efisiensia den salubridat i redukshon di gastu di e hospital, siendo ku na mes momento a rekonosé ku no a investigá ainda ta kuantu sèn lo tabatin mester pa por a implementá e ekonomisashonnan. No tabatin sigur ainda tampoko si Pais lo disponé di e fondonan nesesario. Ku otro palabra, no tabatin sufisiente garantia ku e ekonomisashonnan via oumento di efisiensia tabata faktibel, siendo ku esei tabata un di e kondishonnan. Komo tal, no tabatin garantia tampoko ku lo ta faktibel pa e hospital kubri su gastunan operashonal.

2. Na momento ku a tuma e desishon, no tabatin un bista tampoko di kuantu e otro gastunan di e proyekto lo sali, entre otro e gastu di transishon pa e hospital nobo. No opstante, a asumí ku Pais lo tuma e gastunan ei pa su kuenta. Pues, tabatin un riesgo ku, durante ehekushon di e proyekto, finansiamentu lo bira un problema i ku debí na esei lo bira imposibel òf a lo ménos difísil pa kompletá e proyekto. I ta asina mes a sosodé.
3. Ademas, e desishon di konstruí e hospital na e lokalidat deseá na Otrobanda no tabata bon fundamentá, ya ku no a tene kuenta ku sierto riesgo ku tabata konosí kaba for di 2012, entre otro, ku e konstrukshon lo a dura tres aña mas tantu i ku e gastu lo a subi ku aproksimadamente 40% si opta pa un tereno ku tin konstrukshon riba dje kaba. Si a opta pa esei, lo por a konta tambe ku riesgo adishonal relashoná ku estado di e infrastruktura bou di suela. Ta te un luna despues ku a tuma e desishon (ku otro palabra, muchu lat), a kuantifiká e konsekuensianan di e desishon i tradusí esakinan den un deklarashon enkuanto faktibilidat di un operashon ku ta kubri su gastunan na e lokalidat deseá.
4. Na 2011, 2013 i 2014, a usa suposishon i balotashon komo punto di salida pa yega na e konklushon ku ta faktibel pa e hospital kubri su gastunan operashonal. Sin embargo, for di e tempu ei, ya kaba tabatin duda enkuanto faktibilidat di algun di e suposishon- i balotashonnan ei. Por ehèmpel, a asumí ku minimal trinta spesialista independiente lo muda nan práktika i establesé nan mes den trinta poliklínika ku lo mester a konstruí den e hospital, apesar ku for di inisio di 2012, a identifiká e suposishon akí komo un riesgo konsiderabel pa e *business case*. Tambe, e fondo di kompensashon ku lo mester a usa pa kubri e posibel indemnisashon di e spesialistanan nunka no a ser kreá i niun otro esfuerso fruktífero no a keda hasí. Ademas, a proyektá ku e konsekuensianan finansiero di e kambio di lokalidat pa Otrobanda lo a suma aproksimadamente NAf. 39 mion, siendo ku for di 2012, a base di investigashon hasí,

ya SONA a kalkulá ku si konstruí e hospital na Otrabanda, e gastu di invershon lo subi ku 40%, esta, ku NAf. 132,2 mion.

5. Pais no a studia na tempu kua ta e medidanan di redukshon di gastu ku tabata faktibel pa tuma den área di salubridat i debí na esei no por a tuma medida na tempu pa realisá e redukshon di gastu. Aunke no a prepará niun aktualisashon di e *business case* for di mei 2014 te ku òktober 2018, den e periodo ei tabatin sufisiente indikashon di ku probablemente lo eksedé e suma di invershon i ku, ademas, por a spera un défisit operashonal supstansial den futuro. Por ehèmpel, for di 2015, bes tras bes a bin padilanti ku tin ekseso di e presupuesto di invershon, di entre NAf. 72 mion i 200 mion. E promé proyekshon di e défisit operashonal, na fin di 2017, tabata di NAf. 49 mion, siguí pa un otro proyekshon, na yüni 2018, di NAf. 59 mion. En todo kaso, en espera di un *business case* aktualisá, Gobiènu por a laga investigá ki medida di redukshon di gastu lo por a tuma i kuminsá implementá e medidanan ku Gobiènu opta p'e.
6. No a tene sufisiente kuenta ku e retraso usual ku tin entre implementashon di un medida i su resultadonan, i e efekto akí a ser amplifiká tambe debí na e echo ku a trata aki di medida ku tabatin konsekuensia supstansial pa diferente partido, entre otro e spesialistanan. P'esei mes por bisa ku e ekonomisashon obligatorio di NAf. 70 mion den e promé aña di ehekushon tabata muchu optimista i tabata di spera ku e ekonomisashon proyektá pa 2020 (NAf. 23 mion) lo a kana atras kompará ku e ophetivo.
7. En bista di e indikashonnan ku tabatin for di trempan, a tarda muchu pa kuminsá buska finansiamentu pa e ekseso di presupuesto di invershon ku a ser premirá. Ademas, ta te ora ku e fondonan optené via e bononan emití anteriormente a kasi agotá, a kuminsá hasi esfuerso mas intensivo. Debí na esei, pa basta tempu, tabatin insertidumbre enkuanto si lo logra kompletá e proyekto (na tempu).
8. Pa e hospital por operá na un manera sostenibel, e medidanan di redukshon di gastu mester ta sufisiente pa kubri e gastunan operashonal èkstra. Ya ku no ta parse masha probabel ku e medidanan di redukshon di gastu lo ta sufisiente, e chèns ta grandi ku operashon sostenibel di e hospital lo no ta faktibel, a ménos ku identifiká i implementá medida adishonal pa redusí gastu. I en bista di resultado di e investigashon relativamente resien, di 2019, pa identifiká opshon pa redukshon di gastu, e chèns ta grandi ku no a sobra mas opshon pa baha gastu i ku ta Pais, pues tambe e pagadó di impuesto, lo tin di karga e gastunan operashonal èkstra di e hospital nobo.

9. Apesar di e insertidumbre tokante kuantu mas haltu e gastunan operashonal ta, en bista di e sifranan menshoná te asina leu, por spera ku ta trata aki di miónes.
10. Pa por determiná embergadura di e posibel medidanan adishonal ku lo tuma pa redusí gastu, mester haña un bista, mas pronto posibel, di kuantu mas haltu e gastunan operashonal ta segun e proyekshonnan aktual. Ademas, pa e kálkulo ei por ta mas eksakto posibel, mester determiná e suma di invershon definitivo i fiha e kondishonnan bou di kua Pais lo pasa e hospital nobo pa HNO VB.

Rekomendashon

Kontraloria ta rekomendá Parlamento pa pèrkurá:

1. pa Minister di GMN i di Finansa duna un bista, mas pronto posibel, di kuantu mas haltu e gastunan operashonal ta segun e proyekshon aktual;
2. pa Minister di GMN aportá pa e entidatnan di HNO duna kuenta riba korto plaso di e gastunan ku nan a hasi pa e proyekto, pa asina por determiná e suma di invershon, i ademas informá Parlamento al respekto;
3. pa Minister di GMN i di Finansa splika di ki manera e interesnan di Pais ta salvaguardá den kaso di un posibel enagenashon di e kompleho di edifisio di hospital i/òf di e akshonnan den e entidatnan di HNO;
4. pa Minister di GMN i di Finansa optené kopia di e akuerdo di fiansa entre e entidatnan di HNO i e finansiadónan lokal, pa por tin klaridat tokante kua ta e garantianan duná i kua ta e palabrashonnan ku a ser hasí;
5. pa Minister di GMN i di Finansa buska konseho hurídiko tokante e konsekuensianan ku e garantianan duná i e palabrashonnan hasí tin pa Pais, inkluso kua ta e akshonnan ku e finansiadónan lo por tuma den kaso ku HNO VB no kumpli na tempu ku su obligashonnan di pago di interes i amortisashon;
6. pa Minister di Finansa splika kon a tene kuenta ku e konsekuensianan pa Pais na momento ku e derecho di erfpacht konsedé na HNO VB vense despues di kuarenta aña;
7. pa Minister di Finansa duna informashon tokante státus di e petishon di fiansa ku a entregá na Cft na 2019 pa finansiá e ekseso di presupuesto di invershon; spesífikamente, si tin intenshon di kombertí e fiansa ku e finansiadónan lokal den un fiansa ku Hulanda;
8. pa Minister di GMN i di Finansa duna informashon tokante e kuenta di eksplotashon di e hospital nobo, ya ku entre tantu e tin un aña kaba den operashon.

9. pa Minister di GMN pidi SVB formulá un plan di aserkamentu den kua ta elaborá kon lo solushoná e konsekuensianan di e atraso ku tin den e ekonomisashon obligatorio fihá na 2020 i e konsekuensianan di COVID-19, sin oumentá e kontribushon di Pais na e gastunan di salubridat;
10. pa Minister di GMN informá serka SVB i TMFZ si lo tin ku tuma medida adishonal di redukshon di gastu pa kubri e gastunan operashonal adishonal premirá i, si esei ta e kaso, ki ta e medidanan ku por tuma.

1 Over dit rapport

1.1 Inleiding

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

Voor de realisatie van dit project is op 11 augustus 2011 een Beheersovereenkomst inzake de ontwikkeling en realisatie van het nieuwe ziekenhuis voor het land gesloten tussen enerzijds het Land, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de Minister President, alsmede de minister van GMN en anderzijds SONA[7], in deze vertegenwoordigd door de gemachtigde van het Bestuur van SONA.

Voorafgaand aan de Beheersovereenkomst had de RvM op 15 juni 2011 het besluit genomen om een nieuw ziekenhuis te bouwen. Daar het doel was een nieuw ziekenhuis te realiseren, was de naam van het project bij aanvang NHN.

De RvM had in februari 2012 besloten om het ziekenhuis te realiseren op het voormalige Amstelterrein, ook bekend als Scadta eiland. De Staten hebben in april 2013 een motie aangenomen dat het nieuwe ziekenhuis bij voorkeur in Otrobanda gebouwd moest worden. In september 2013 heeft de RvM besloten om het ziekenhuis in Otrobanda te bouwen. De naam van het project veranderde van NHN naar HNO. Het ziekenhuis is op 15 november 2019 in gebruik genomen. De naam is veranderd in CMC.

De Staten hebben de Rekenkamer in mei 2018 gevraagd[8] onderzoek te doen naar het project HNO.

Nagegaan is of het project binnen de gestelde begroting is gerealiseerd (rechtmatigheidsaspect) en de uitgaven rechtmatig zijn en of de projectdoelstellingen die in de Beheersovereenkomst zijn opgenomen (tijdige oplevering, duurzame exploitatie en het zorgaanbod), zijn gerealiseerd (doelmatigheidsaspect).

[7] In 2004 is de Stichting Ontwikkelingssamenwerking Nederlandse Antillen opgericht. In juli 2011 is de naam statutair gewijzigd in Stichting SONA.

[8] Verzoek van de Staten aan de Rekenkamer tot onderzoek HNO, 15 mei 2018 nummer 0293-5 S/17-18.

Deze aspecten zijn ondergebracht in de volgende centrale vraag die met de Staten is afgestemd[9]:

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

Gezien de omvang en complexiteit is het onderzoek verdeeld in de volgende vijf deelonderzoeken waarover de bevindingen in vier deelrapporten worden uitgebracht:

1. Wat zijn de oorzaken van het niet tijdig afronden van de bouw en zijn er afdoende maatregelen getroffen om het risico op verdere vertraging te beheersen (deelrapport één)?
2. Wat zijn de oorzaken van de vertraging in de transitie en zijn er afdoende maatregelen getroffen om het risico op verdere vertragingen te beheersen (deelrapport één)?[10]
3. Zijn het zorgaanbod en de functionaliteiten zoals beoogd (deelrapport twee)?
4. Vallen de totale kosten van het project binnen de daarvoor vastgestelde begroting (deelrapport drie)?
5. Is de duurzame exploitatie van het HNO gewaarborgd (deelrapport vier)?

In het eerste deelrapport 'Bouw en Transitie', dat in november 2019 aan de Staten is aangeboden, is gerapporteerd over de bevindingen van de deelonderzoeken 1 en 2. Het tweede deelrapport 'Zorgaanbod' is in januari 2020 uitgebracht en gaat over het derde deelonderzoek. Over het vierde deelonderzoek is in december 2020 in het derde deelrapport 'Uitputting begroting' gerapporteerd. Dit vierde en tevens laatste deelrapport gaat over het vijfde deelonderzoek. De deelvragen die in deelonderzoek vijf zijn onderzocht, staan in de volgende paragraaf.

[9] Bevestiging door de Rekenkamer van het in te stellen onderzoek HNO op verzoek van de Staten, 12 november 2018 (no. 397-18).

[10] NB. Deelonderzoeken één en twee zouden zich in eerste instantie richten op de vraag of het haalbaar was dat de bouw en transitie tijdig, volgens de Beheersovereenkomst zouden worden afgerond. Gezien het tijdsverloop is de vraag gewijzigd in de vragen onder punt één en twee.

1.2 Onderzoeksvragen en verrichte werkzaamheden

Zoals eerder vermeld gaat dit rapport over het vijfde deelonderzoek en luidt de onderzoeksvraag:

Is een duurzame exploitatie van het ziekenhuis gewaarborgd?

Met 'duurzame exploitatie' wordt een kostendekkende exploitatie bedoeld.

De deelvragen die in dit deelonderzoek zijn onderzocht, luiden als volgt:

1. Is voorafgaand aan het besluit om een nieuw ziekenhuis te bouwen, onderzocht of een ziekenhuis gebouwd kon worden dat kostendekkend kan worden geëxploiteerd?
2. Is voorafgaand aan het besluit in september 2013, om een nieuw ziekenhuis op de beoogde locatie in Otrobanda te bouwen, onderzocht of op die locatie een ziekenhuis gebouwd kon worden dat kostendekkend kan worden geëxploiteerd?
3. Is gedurende het project tijdig nagegaan of het ziekenhuis (nog steeds) kostendekkend kan worden geëxploiteerd en zijn er maatregelen genomen om dit te bevorderen?
4. Is een duurzame exploitatie van het ziekenhuis haalbaar?

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

- het opvragen en analyseren van relevante documenten;
- het vergaren van informatie door het houden van interviews en analyseren van de vergaarde informatie.

Verder wordt opgemerkt dat in het rapport ook informatie is opgenomen die niet direct tot de beantwoording van de vragen leidt maar wel het inzicht in het project bevordert. Dit is gedaan omdat de Staten op 26 maart 2019 hebben besloten om een Parlementaire enquête te houden met betrekking tot het megaproject HNO. Daartoe hebben de Staten op 19 december 2019 een enquêtecommissie ingesteld die binnen negen maanden het onderzoek moest uitvoeren. Op 25 september 2020 is deze termijn verlengd tot en met 10 mei 2021.

1.3 Onderzoek verantwoording

De Rekenkamer is bevoegd om doelmatigheids- en rechtmatigheidsonderzoek te doen bij het Land. Op grond van artikel 12 lid 1 van de Algemene Voorwaarden, zoals opgenomen in de Beheersovereenkomst is de Rekenkamer ook bevoegd om onderzoek te doen naar het project dat door SONA is uitgevoerd.

1.4 Reikwijdte van het onderzoek

Dit onderzoek gaat alleen over de beantwoording van onderstaande deel- en sub vragen:

1. Is voorafgaand aan het besluit in juni 2011 om een nieuw ziekenhuis te bouwen, onderzocht of een ziekenhuis gebouwd kon worden dat kostendekkend kan worden geëxploiteerd?
   - Is een businessplan opgesteld waaruit de haalbaarheid van een duurzame exploitatie blijkt?
   - Is het businessplan door een externe deskundige beoordeeld op aanvaardbaarheid?
2. Is voorafgaand aan het besluit in september 2013 om een nieuw ziekenhuis op de beoogde locatie in Otrobanda te bouwen, onderzocht of aldaar een ziekenhuis gebouwd kon worden dat kostendekkend kan worden geëxploiteerd?
   - Is een businessplan opgesteld waaruit de haalbaarheid van een duurzame exploitatie blijkt?
   - Is het businessplan door een externe deskundige beoordeeld op aanvaardbaarheid?
3. Is gedurende het project nagegaan of het ziekenhuis nog steeds kostendekkend kan worden geëxploiteerd?
   - Is het businessplan tijdig geactualiseerd?
   - Is het businessplan door een externe deskundige beoordeeld op aanvaardbaarheid?
   - Zijn maatregelen getroffen om de haalbaarheid van een duurzame exploitatie te bevorderen?
4. Is een duurzame exploitatie van het ziekenhuis haalbaar?

- Is er actueel inzicht in de verwachte e hogere exploitatiekosten[11] van het ziekenhuis?
- Zijn de getroffen besparingsmaatregelen toereikend om de hogere exploitatiekosten te dekken?

De onderzoeksperiode vangt aan op het moment dat de overheid in 2011 heeft besloten om het ziekenhuis te bouwen en loopt door tot eind november 2020 wanneer het onderzoek is afgerond.

1.5 Leeswijzer

Vooropgesteld wordt dat in het eerste deelrapport 'HNO - Bouw en Transitie', het verloop van het project reeds uitgebreid is beschreven.[12] In hoofdstuk 2 wordt antwoord gegeven op de eerste onderzoeksvraag, namelijk of voorafgaand aan het besluit in juni 2011 om een nieuw ziekenhuis te bouwen is onderzocht of een ziekenhuis gebouwd kon worden dat kostendekkend kon worden geëxploiteerd. Hoofdstuk 3 beantwoordt de tweede onderzoeksvraag, namelijk of voorafgaand aan het besluit in september 2013, om een nieuw ziekenhuis op de beoogde locatie in Otrobanda te bouwen, is onderzocht of op die locatie een ziekenhuis gebouwd kon worden dat kostendekkend kan worden geëxploiteerd. Om de leesbaarheid van het rapport te bevorderen is voor de beantwoording van de derde onderzoeksvraag de totale projectperiode in drie perioden onderscheiden. Respectievelijk in de hoofdstukken 4, 5 en 6 wordt voor de projectperioden 2011-2014, 2015-2017 en 2018-2020 antwoord gegeven op de vraag of gedurende het project is nagegaan of het ziekenhuis kostendekkend kan worden geëxploiteerd. Hoofdstuk 7 geeft antwoord op de vraag of een duurzame exploitatie haalbaar is. Hoofdstuk 8 geeft de conclusies en de aanbevelingen weer. Tot slot zijn in de hoofdstukken 9 en 10 respectievelijk de ambtelijke en bestuurlijke reactie op het rapport opgenomen en het nawoord van de Rekenkamer.

[11] NB. De ziekenhuiszorg kent het systeem van budgetfinanciering. Via de SVB geeft het Land een bijdrage/budget aan het ziekenhuis ter dekking van de exploitatiekosten. Het is de bedoeling dat het Land niet meer bijdraagt aan het ziekenhuis dan zij aan SEHOS deed. Daarom moeten eventuele hogere exploitatiekosten (dan het budget) gedekt worden door besparingen in de gezondheidszorg.

[12] Rapport november 2019.

2 Onderzoek duurzaamheid exploitatie voorafgaand aan besluit bouw ziekenhuis in juni 2011

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag of voorafgaand aan het besluit in juni 2011 om een nieuw ziekenhuis te bouwen, is onderzocht of een ziekenhuis gebouwd kan worden dat kostendekkend kan worden geëxploiteerd. Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- Is een business case opgesteld waaruit de haalbaarheid van een duurzame exploitatie blijkt?
- Is de business case door een externe deskundige beoordeeld op aanvaardbaarheid?

In de volgende paragraaf wordt antwoord gegeven op deze deelvragen.

2.2 Besluit bouw ziekenhuis in juni 2011

Op 15 juni 2011 heeft de RvM in het zogenoemde 'masterbesluit nieuwe ziekenhuis'[13] een set samenhangende besluiten genomen, waaronder het 'Besluit inzake oprichting fondsen'.

In het 'Besluit inzake oprichting fondsen' is onder andere opgenomen dat er een exploitatiebegroting voor het nieuwe ziekenhuis is opgesteld die aangeeft dat de nieuwbouw opgebracht kan worden uit de reguliere inkomsten van het nieuwe ziekenhuis. Dit, onder de voorwaarde dat jaarlijkse indexering van de tarieven plaatsvindt en efficiencyslagen worden doorgevoerd.

Als efficiëntieslagen zijn in het RvM besluit besparingen op de volgende gebieden genoemd:

- centrale inkoop en verbruik geneesmiddelen;
- GMSB;
- integratie BZV en SVB;
- harmonisatie tarieven met dien verstande dat gedurende het traject om te komen tot een uniform stelsel van tarieven het huidige niveau blijft gehandhaafd (behoudens indexering);

[13] Masterbesluit 2011/50569, 15 juni 2011.

- versterking eerste lijn, zorg op maat;
- herziening care sector;
- vergoeding- (NBG) en verzekeringsstelsel;
- vermindering van financiële risico's ten gevolge van de zorgplicht aan onverzekerden.

De RvM is ook akkoord gegaan met de oprichting van een saneringsfonds, een egalisatiefonds en een bouwfonds. Het saneringsfonds was nodig om op een adequate manier met het financieringstekort van het huidige ziekenhuis SEHOS om te gaan. Het egalisatiefonds was nodig voor het beheer van middelen die de huidige situatie aansloten bij de nieuwe situatie, vanaf aanvang van het project tot en met de oplevering van het ziekenhuis. Daaronder vielen ook de middelen die nodig waren om de efficiencyslagen, die als voorwaarde voor de kostendekking waren gesteld, vanaf januari 2012 te behalen. Het bouwfonds was nodig om de middelen te beheren die primair betrekking hebben op de nieuwbouw van het ziekenhuis. Voor zowel het saneringsfonds als het egalisatiefonds moest een *due diligence* plaatsvinden om de exacte hoogte te bepalen. De bedoeling was dat het saneringsfonds en egalisatiefonds begrotingsfondsen van het Land waren. Het bouwfonds zou gefinancierd worden uit een obligatielening die de overheid zou aangaan. De rentelasten en aflossing zouden uit de exploitatie van het nieuwe ziekenhuis worden betaald.[14]

De basis voor het RvM besluit van 15 juni 2011 is de presentatie van de bouwcase 'De weg naar het nieuwe ziekenhuis' door BINT op 8 juni 2011. Het ministerie van GMN had eerder op 15 februari 2011, in het proces om te komen tot een nieuw ziekenhuis, opdracht verleend aan BINT voor het opstellen van een business case. De conclusie in de gepresenteerde business case van BINT luidde dat er een gezonde bouw case ontstaat met een juiste verhouding van:

- efficiencywinst door inkoop van geneesmiddelen; 20% goedkoper;
- efficiencywinst door 20% besparing op debiteurenbeheer; en/of
- rentelastenverlichting door overheid en/of bevoorschotting vanuit de verzekeraars;
- indexering.

Ook is vermeld dat zonder de twee eerstgenoemde efficiencyslagen in de periode 2015-2030 sprake zou zijn van een geschat cumulatief verlies van tussen de NAf. 53 en NAf. 170 miljoen bij een rentepercentage van tussen de 4 en 5,5%. Mét de twee

[14] Besluit inzake oprichting fondsen, 15 juni 2011; Toelichting op de begroting NHN, USONA voor SOAB, 8 december 2011.

efficiencyslagen zou sprake zijn van een geschatte cumulatieve winst van tussen de NAf. 18 en 96 miljoen, uitgaande van dezelfde rentepercentages.

Verder is als uitgangspunt genoemd een basisziekenhuis plus poliklinieken (GMSB).Ook is het merendeel van de andere efficiencybesparingen, die in het besluit van de RvM zijn vermeld, opgenomen.

BINT heeft ook de oprichting van de fondsen in de presentatie genoemd en gesteld dat het egalisatiefonds onder andere is voor kosten en investeringen die gepaard gaan met alles onder één regie verkrijgen m.b.t. de ofisina's[15], het Taams kliniek en het Advent ziekenhuis. Ook is opgemerkt dat in dit verband de onderhandelingen met de ofisina's gestart moesten worden. Tot slot zijn volgens BINT veertien mogelijke locaties onderzocht waarbij drie van de vijf belangrijkste criteria waren 'overheidseigendom', 'onbebouwd' en 'vrije keuze bouw 'greenfield''?.

Er is geen second opinion uitgebracht over de resultaten van het onderzoek door BINT.

Conclusie:

Voorafgaand aan het besluit in juni 2011 om een nieuw ziekenhuis te bouwen heeft het Land wel laten onderzoeken of een ziekenhuis kon worden gebouwd dat kostendekkend zou kunnen worden geëxploiteerd maar er was nog onvoldoende onderzoek uitgevoerd om een onderbouwde beslissing te kunnen nemen. Er werden namelijk enerzijds harde voorwaarden gesteld aan de kostendekkendheid, zoals efficiencybesparingen in de gezondheidszorg en kostenbesparingen door het ziekenhuis, terwijl anderzijds zelf werd onderkend dat nog onderzocht moest worden hoeveel geld nodig zou zijn om deze besparingen te realiseren. Ook was nog niet zeker of het Land de benodigde middelen zou kunnen opbrengen. De haalbaarheid van de als voorwaarde gestelde efficiencybesparingen was dus onvoldoende gewaarborgd, en daarmee ook de haalbaarheid van een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis.

Ten tijde van het besluit was ook nog geen inzicht in de omvang van de overige projectkosten, zoals de overgang naar het ziekenhuis, terwijl verondersteld werd dat het Land deze uitgaven zou bekostigen. Er bestond dus een risico dat halverwege het

[15] de praktijk van vrijgevestigde (dus niet in loondienst van het ziekenhuis zijnde) medisch specialisten is op een locatie buiten het ziekenhuis gevestigd en wordt in de volksmond 'ofisina' genoemd.

project de financiering een probleem zou blijken en de afronding niet of moeilijk haalbaar zou zijn.

3 Onderzoek duurzaamheid exploitatie, voorgaand aan besluit locatiewijziging ziekenhuis naar Otrobanda in september 2013.

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag of voorafgaand aan het besluit in september 2013, om een nieuw ziekenhuis op de beoogde locatie in Otrobanda te bouwen, is onderzocht of aldaar een ziekenhuis gebouwd kon worden dat kostendekkend kon worden geëxploiteerd. Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- Is een businessplan opgesteld waaruit de haalbaarheid van een duurzame exploitatie blijkt?
- Is het businessplan door een externe deskundige beoordeeld op aanvaardbaarheid?

In de volgende paragraaf wordt antwoord gegeven op deze deelvragen.

3.2 Besluit locatiewijziging in september 2013

Voorafgaand aan het RvM besluit op 20 september 2013 om het ziekenhuis op de beoogde locatie in Otrobanda te bouwen is geen business case opgesteld. Er is evenmin op een andere wijze nagegaan of een duurzame exploitatie van het nieuw te bouwen ziekenhuis in de toekomst nog steeds haalbaar zou zijn en onder welke voorwaarden en te nemen maatregelen. Ook een second opinion heeft dus niet plaatsgevonden.

Voorafgaand aan het besluit van 20 september 2013 zijn verschillende locaties in Otrobanda als opties onderzocht en uiteindelijk werd gekozen voor de locatie Pater Eeuwensweg, met overlap met het SEHOS-terrein en de Hamelbergweg.[16] Doorslaggevend waren de technische haalbaarheid en beperking van de kosten voor aanpassing van het definitief ontwerp. Bij deze keuze is onvoldoende rekening gehouden met de hierna vermelde factoren.

[16] Volgens het rapport van de Evaluatiecommissie van december 2016 zou BNI op 12 augustus 2013 een studie hebben opgeleverd voor de locatie Pater Eeuwensweg met behoud van grote lijnen van het aanbestedingsontwerp van het Amstelterrein. USONA/BINT heeft op 6 september 2013 een presentatie aan de regering gegeven waaruit de beoogde locatie in Otrobanda zou blijken.

Er is onvoldoend rekening gehouden met ervaringen uit het verleden:

- USONA/BINT had zelf in het verleden de locatie SEHOS (*brownfield*/bebouwde locatie) vergeleken met een *greenfield*/onbebouwde locatie. Voorafgaand aan de keuze voor het Amstelterrein in 2012 had de regering namelijk advies gevraagd aan USONA/BINT over de geschiktheid van het Amstelterrein. USONA/BINT had toen een vergelijking tussen de locatie SEHOS en het Amstelterrein uitgevoerd. Doorslaggevend voor de keuze 'Amstelterrein' was geweest dat het een *greenfield* locatie betrof. Volgens USONA/BINT waren, ondanks de locatiewijziging, belangrijke uitgangspunten ongewijzigd gebleven, namelijk dat het PvE niet hoefde te worden aangepast en dat er geen consequenties voor doorlooptijd of budget van NHN werden voorzien als gevolg van de locatiewijziging. Deze conclusie zou USONA/BINT hebben getrokken op grond van onder andere de terreinomvang- en situatie, ligging en bodemonderzoek.
- In het derde kwartaal van 2012 speelde de maatschappelijke discussie over de eventuele bouw van het ziekenhuis in Otrobanda. SONA heeft toen op 8 oktober 2012 het toenmalige interim kabinet geïnformeerd over de belangrijkste verschillen (met het Amstelterrein) indien voor Otrobanda werd gekozen. Onder andere zou het gebouw drie jaar later worden opgeleverd en de kosten circa 40% hoger zijn. In de SONA-rapportage van 4 oktober 2011 had zij dit ook al vermeld, namelijk hogere kosten en latere oplevering ingeval de keuze viel op de locatie SEHOS.

Er heeft onvoldoende onderzoek van de beoogde locatie plaatsgevonden:

In september 2013 stond al vast dat het HNO (gedeeltelijk) gebouwd zou worden op de Hamelbergweg en dat het dus nodig zou zijn om deze weg te verwijderen en de kabels en leidingen om te leggen. Voorafgaand aan het besluit om in Otrobanda te bouwen was wel onderzoek gedaan naar de bovengrondse infrastructuur van de beoogde bouwlocatie maar niet naar de ondergrondse. Tijdens de bouw bleek onder de Hamelbergweg belangrijke infrastructuur van Aqualectra en UTS te lopen. Verder bleek dat nieuwe UTS kabels onder HNO aangebracht moesten worden. Ook moest meer klip gehakt worden, vier meter diep, door de diepgelegen riolering wegens de vereiste helling van DOW. Gezien de ligging in de bebouwde kom had verwacht kunnen worden dat ondergrondse infrastructuur van Aqualectra en UTS aanwezig zou zijn. Ook zou verwacht mogen worden dat Aqualectra en UTS over een map van hun ondergrondse

infrastructuur beschikken en had dus informatie bij hen ingewonnen kunnen worden over het bestaan en de staat van hun infrastructuur.

Er is geen rekening gehouden met de volgende aspecten:

- Een gedeelte van de bouwlocatie betrof gronden van SEHOS waarop gebouwen stonden waarin SEHOS-functies waren gevestigd. De gebouwen zouden dus eerst ontruimd moeten worden en elders weer opgebouwd. Het kon dus tijd vergen voordat het terrein bouwrijp opgeleverd zou kunnen worden.
- Een deel van de beoogde bouwlocatie betrof in erfpacht uitgegeven domeingronden waarop panden waren gevestigd. Gezien de ligging én het feit dat de plannen van de overheid om aldaar te bouwen algemeen bekend waren, kon worden verwacht dat de eigenaars van de panden een hoge prijs zouden vragen en dat er dus naar een alternatieve oplossing gezocht zou moeten worden. Deze alternatieve oplossing zou mogelijk financiële gevolgen hebben. Zo heeft SONA vermeld dat voor de oorspronkelijk beoogde locatie Pater Eeuwensweg de benodigde ingrepen op het SEHOS-terrein beperkter van aard zouden zijn geweest dan op de uiteindelijke locatie Colon.

Tot slot zijn ook de consequenties van de gekozen locatie niet gekwantificeerd noch is expliciet een uitspraak gedaan of nog steeds een kostendekkende exploitatie mogelijk zou zijn. Er heeft geen second opinion plaatsgevonden op de informatie waarop de besluitvorming is gebaseerd.

Conclusie:

Het besluit om het ziekenhuis op de beoogde locatie in Otrobanda te bouwen is onvoldoende onderbouwd. Er is namelijk geen rekening gehouden met risico's die al in 2012 bekend waren, zoals een langere bouwtijd van drie jaar en circa 40% hogere kosten ingeval van een bebouwde locatie. Ook kon in dit geval worden verwacht dat de staat van de ondergrondse infrastructuur een risico kon vormen. Tot slot zijn de consequenties van de wijziging niet voorafgaand aan het besluit gekwantificeerd noch door vertaald naar een uitspraak over de haalbaarheid van een kostendekkende exploitatie, uitgaande van de beoogde locatie.

4 Onderzoek duurzaamheid exploitatie en eventuele maatregelen in projectperiode 2011-2014

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag of gedurende de projectperiode 2011-2014 tijdig is nagegaan of het te bouwen ziekenhuis kostendekkend kan worden geëxploiteerd. Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- Is de business case tijdig geactualiseerd?
- Is het geactualiseerd businessplan door een externe deskundige beoordeeld op aanvaardbaarheid?
- Zijn maatregelen getroffen en uitgevoerd om de haalbaarheid van een duurzame exploitatie te bevorderen?

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op actualisaties van de business case en een second opinion daarop in 2011, 2013 en 2014, alsmede maatregelen om de haalbaarheid van een duurzame exploitatie te bevorderen. De paragrafen 4.2, 4.3 en 4.4. gaan respectievelijk over de actualisatie in 2011, 2013 en 2014.

4.2 Geactualiseerde business case december 2011

Op 11 december 2011 heeft USONA/BINT een geactualiseerde business case opgesteld. De business case gaat over het bouwfonds en de verwachte toekomstige exploitatie-inkomsten en uitgaven van het nieuwe ziekenhuis. Uitgangspunt is de opgeschoonde winst- en verliesrekening van het SEHOS 2010. In de business case is geconcludeerd dat er een gezonde exploitatie ontstaat met de volgende voorwaarden:

- efficiencywinst door efficiëntere inkoop van geneesmiddelen en gebruiksartikelen. De taakstelling is 20% goedkoper inkopen;
- efficiencywinst door efficiënter debiteurenbeheer. Daardoor kan de afschrijving op dubieuze debiteuren 20% lager worden;
- jaarlijkse indexering van de tarieven met 3% op de inkomsten en kosten van het ziekenhuis;
- budget- of voorfinanciering van minimaal 10% van de jaaromzet door SVB/BZV.

De voorwaarden waren dus gelijk gebleven aan die in de bouwcase van juni 2011. Ook het investeringsbedrag was nog steeds hetzelfde. De overige efficiencybesparingen, met

uitzondering van het GMSB, zijn niet genoemd. Het saneringsfonds en egalisatiefonds waren nog niet opgericht noch had een *due diligence* plaatsgevonden om de hoogte te bepalen.

Verder zijn twee aannames opgenomen:

- De omzet blijft gelijk ondanks het lager aantal bedden (dan in het SEHOS).
- Minimaal dertig ofisina's zullen in dertig spreekuureenheden in het ziekenhuis opgaan. Er zou dus een verschuiving plaatsvinden van ofisina's naar poliklinieken (NB. de zogenoemde realisatie van het GMSB waarbij vrijgevestigde medisch specialisten met eigen ofisina's zich in de spreekuureenheden/poliklinieken zouden vestigen). De met de bouw van de spreekuureenheden gemoeide kapitaalslasten zouden worden gedekt uit de opbrengsten van de verhuur van de poliklinieken.

De uitkomsten van twee scenario's zijn gegeven:

- Scenario 1: zonder de vier voorwaarden maar met de twee aannames. Scenario 1 is niet kostendekkend want het leidt tot een cumulatief verlies van ongeveer NAf. 1,1 miljoen.
- Scenario 2: het voldoen aan de vier voorwaarden en de twee aannames. Dit scenario zou leiden tot een cumulatieve winst van ongeveer NAf. 58 miljoen.

De SOAB heeft in opdracht van het ministerie van Financiën een second opinion uitgevoerd op de business case. In dat verband heeft USONA/BINT op verzoek van de SOAB het cumulatieve resultaat herrekend indien werd uitgegaan van een omzetdaling van 10% door de afname van het aantal bedden. De uitkomsten waren:

- Scenario 1: zonder de vier voorwaarden, met verschuiving van ofisina's naar poliklinieken en met een omzetdaling van 10% is sprake van een cumulatief verlies van NAf. 35 miljoen.
- Scenario 2: het voldoen aan de vier voorwaarden, met verschuiving van ofisina's naar poliklinieken en met een omzetdaling van 10% is sprake van een cumulatieve nettowinst van NAf. 28,7 miljoen.

Voor wat betreft de aanname dat ten minste dertig ofisina's in dertig spreekuureenheden in het ziekenhuis zullen opgaan heeft de SOAB aangegeven dit een aanzienlijk risico in de bouwcase te vinden. USONA/BINT heeft dit risico beaamd. Indien de verschuiving, (van ofisina's naar poliklinieken), niet zou doorgaan zou dit daadwerkelijk tot een aanzienlijke verslechtering van de exploitatie leiden. De geschatte huurinkomsten van gemiddeld NAf. 2,5 miljoen per jaar voor de verhuur van de poliklinieken zouden namelijk

wegvallen. Daardoor zou de cumulatieve winst aanzienlijk dalen.[17] USONA/BINT gaf aan overtuigd te zijn dat de overheid er alles aan zou doen om de transitie van Medisch Specialisten vanuit ofisina's naar de poliklinieken te regelen, vanuit het streven naar het GMSB. Dat daar financiële consequenties (bijvoorbeeld schadeloosstelling) aan vastzaten was duidelijk. Het nog op te richten egalisatiefonds was daar mede voor bedoeld. Vergoedingen die nu nog richting de ofisina's gingen, konden dan ten goede komen aan (huurinkomsten voor) het nieuwe ziekenhuis.[18]

Op 20 januari 2012 heeft de SOAB haar bevindingen gerapporteerd. Deze komen er kort samengevat op neer dat de SOAB het nieuwe algemeen ziekenhuis passend acht voor de toekomstige zorgbehoefte voor Curaçao zoals die is berekend door de Raad voor de Volksgezondheid. Ook is vastgesteld dat de gehanteerde ramingssystematiek overeenkomstig de voor ziekenhuizen gebruikelijke systematiek is. Tot slot werden de investeringsbedragen aanvaardbaar geacht.[19] De business case is op 8 februari 2012 goedgekeurd door de RvM.[20]

De Rekenkamer merkt op dat de business case tijdig is geactualiseerd. In december 2011 was het project namelijk een half jaar verder en was er meer actuele informatie beschikbaar, zoals een door de RvM vastgesteld PvE en een lopend aanbestedingstraject om een aannemer aan te trekken. De bouwcase werd dus aangescherpt. Ook wordt opgemerkt dat dit de laatste business case was in de NHN periode daar in september 2013 de HNO periode aanbrak.

Verder merkt de Rekenkamer op dat vanaf aanvang een aanzienlijk risico bestond dat een sluitende business case niet haalbaar was gezien de voorwaarden en aannames waaraan voldoen moest zijn om dit te realiseren. Zo heeft SONA begin 2018 aangegeven af te stappen van de voorgenomen efficiëntiebesparing op inkoopkosten omdat deze tot nu toe nauwelijks was gerealiseerd. Ook was vanaf aanvang duidelijk dat de aanname, dat ofisina's zouden overgaan in dertig spreekuureenheden, moeilijk te realiseren zou zijn. Daartegenover zouden namelijk eventuele schadevergoedingen moeten staan. Het egalisatiefonds waaruit onder andere deze vergoedingen gefinancierd zouden worden was echter nog steeds niet ingesteld noch waren daarvoor

[17] NB. GMSB. Verondersteld is dat de ruimtebehoefte van de dertig spreekuureenheden 9% van de kapitaalslasten bedraagt. In de exploitatie wordt verondersteld dat deze 9% kapitaalslasten worden gedekt uit inkomsten Poli (huur etc).

[18] Bron: addendum op toelichting begroting 8 december 2011, 23 december 2011.

[19] Bron: Second opinion bij de Exploitatiebegroting Hospital Nobo Otrobanda, uitgebracht aan het ministerie van Financiën, SOAB 31 oktober 2013.

[20] Besluit second opinion business case (zaaknummer2012/6641).

bedragen in de landsbegroting opgenomen. De SOAB heeft deze aanname terecht als een aanzienlijk risico aangemerkt.

Tot slot wordt opgemerkt dat in de NHN periode enige inspanningen van overheidswege waren te bemerken voor wat betreft de te realiseren efficiencybesparingen die in het RvM besluit van 15 juni 2011 waren vastgesteld. Genoemd worden de integratie van de SVB en het BZV begin april 2012[21] en de invoering van de basisverzekering per 1 februari 2013.[22] Beiden waren maatregelen om de kosten van de gezondheidszorg te drukken. Een andere maatregel die is ingevoerd is een NBG voor huisartsen.

Aan de andere in het RvM besluit van 15 juni 2011 genoemde efficiëntie besparingen is pas in latere jaren door de overheid gewerkt.[23]

4.3 Geactualiseerde business case ten behoeve van HNO, oktober 2013

USONA/BINT heeft de business case, die gold vanaf de second opinion door de SOAB in 2012, aangepast op 15 oktober 2013[24] en 21 oktober 2013.[25] Zoals eerder opgemerkt was in september 2013 besloten om het ziekenhuis op een beoogde locatie in Otrobanda te bouwen, wat een ingrijpende wijziging was daar de locatie wijzigde van een onbebouwde- naar een bebouwde. De actualisatie in oktober 2013 van de business case, waarbij de gevolgen van de locatiewijziging zijn door vertaald, was dus niet tijdig.

De veranderingen in deze business case ten opzichte van de business case van januari 2012 zijn[26]:

- per saldo hoger investeringsbedrag:
  - hogere bouwsom en daarvan afgeleide kosten, met name door de wijziging van de locatie van het Amstelterrein naar een plaats in Otrobanda;
  - hogere bouwrente;
  - hogere loon- en prijsstijgingen;

[21] De integratie hield in dat de SVB alle taken van het BZV overneemt en deze publieke zorgverzekeraars één entiteit werden.
[22] P.B. 2013, no. 3.
[23] Zie ook het deelrapport 'HNO – Zorgaanbod' van de Rekenkamer, januari 2020.
[24] Bijlage A geraadpleegde documenten bij 'Second Opinion Hospital Nobo Otrobanda (HNO), SOAB 31 oktober 2013'. NB. Volgens dit rapport is er nauwelijks verschil tussen de versie van 15 oktober 2013 en 21 oktober 2013 en heeft de SOAB daarom de versie van 15 oktober 2013 gebruikt.
[25] Toelichting op wijzigingen business case sinds second opinion SOAB januari 2012, datum 21 oktober 2013.
[26] Idem. NB. In bijlage 1 zijn deze posten meer toegelicht.

- vervallen van de grondkosten;
- vervallen van de omzetbelasting.

- bouwrente onderdeel investeringsbedrag wat in de toekomst terugbetaald moet worden (eerst vanuit de overheid betaald);
- toekomstige onderhoudskosten maken deel uit van de aanbesteding van het bouwproject.

Hierna is het investeringsbedrag ten opzichte van de voorgaande business case opgenomen.

Tabel 1. *Investeringsbedrag volgens business cases januari 2012 en oktober 2013 (in NAf.)*

Omschrijving	Business case januari 2012	Business case oktober 2013
Grondkosten	8.572.000	-
Bouwkosten	168.786.000	207.846.000
Bijkomende kosten	3.711.000	4.570.333
Inventariskosten	75.786.000	75.786.000
Directiekosten	24.900.000	29.098.440
Bouwrente	8.751.000	21.192.859
Diversen	19.873.000	56.566.858
Startkosten	2.478.000	3.117.690
OB	15.643.000	-
Organisatieverandering	2.000.000	2.000.000
Totaal	**330.500.000**	**400.178.180**

In de geactualiseerde business case is geconcludeerd dat de wijzigingen nog steeds een gezonde exploitatie mogelijk maakten en dat om de additionele investeringen te kunnen bekostigen een structurele besparing van circa NAf. 2 miljoen gerealiseerd moest worden. Om dat te bereiken werd gekozen voor de optie 'besparen van 2% aan personeelskosten'.

Het voorgaande is als volgt toegelicht:

- Om de aangepaste investeringsbedragen uit de exploitatie te kunnen financieren is geen tariefsverhoging noodzakelijk. Er zit nog genoeg inefficiëntie in het huidige SEHOS. Voor de huidige business case van het nieuwe ziekenhuis is uitgegaan van dezelfde kostenstructuur als SEHOS. Tevens zijn conservatieve ramingen opgenomen. Daarnaast heeft het huidige SEHOS significant meer personeel dan een ander vergelijkbaar ziekenhuis in andere landen.

- Met een nieuw gebouw, opleiding van personeel, nieuwe ICT, nieuwe protocollen en procedures etc. kunnen aanzienlijke besparingsmaatregelen behaald worden. Deze besparingsmaatregelen zijn tot dusver nooit in de exploitatie meegenomen.
- Om de additionele investeringen te kunnen bekostigen moet een structurele besparing van circa NAf. 2 miljoen gerealiseerd worden
- Uitgaande van geen tariefsaanpassingen kan op 2% aan personeelskosten bespaard worden door minder personeel.

De SOAB is door het ministerie van Financiën gevraagd om met inachtneming van haar eerste second opinion NHN een second opinion te verrichten op de business case HNO. Daarbij moest de vraag worden beantwoord hoe zij de conclusie van USONA beoordeelt dat na de meerkosten nog steeds een gezonde exploitatie mogelijk is.[27] De SOAB heeft de opdracht in vier vragen gespecificeerd. In bijlage 2 zijn de bevindingen per vraag opgenomen en de conclusies per bevinding.

De algehele conclusie van de SOAB was dat er ten aanzien van het nieuwe ziekenhuis HNO, voor de periode 2017-2032, ook na de meerkosten opgegeven in de aangepaste business case van oktober 2013, een gezonde, dat wil zeggen sluitende, exploitatie van het nieuwe ziekenhuis HNO mogelijk is.

De Rekenkamer merkt op dat in de business case van oktober 2013 de efficiencybesparingen uit de business case van 2011, waaronder efficiëntere inkoop van geneesmiddelen niet zijn opgenomen. Uit een document van januari 2018 blijkt dat deze besparingsvoorwaarde in al die voorgaande jaren wel had gegolden.

Ook wordt opgemerkt dat in de business case van oktober 2013 er nog van werd uitgegaan dat een verschuiving zou plaatsvinden van de ofisina's naar poliklinieken (het GMSB) terwijl de mate van realisatie gering was. Van een egalisatiefonds, dat onder andere bestemd zou zijn om schadevergoedingen aan medisch specialisten met eigen ofisina's te betalen, indien zij overgingen naar poliklinieken, was namelijk bij aanvang van de HNO periode afgezien. Bovendien waren besprekingen met medisch specialisten over een eventuele overgang en schadevergoeding al in 2012 vroegtijdig beëindigd.

Tot slot wordt opgemerkt dat de in hoofdstuk 3 genoemde ervaringen uit het verleden, die uitwezen dat de keuze voor een bebouwde locatie zou leiden tot een latere oplevering van drie jaar en circa 40% hogere kosten, onvoldoende zijn meegenomen. Volgens de business case van oktober 2013 bedroeg de geschatte impact van de

[27] Bron: Second opinion bij de Exploitatiebegroting Hospital Nobo Otrobanda, SOAB 31 oktober 2013.

locatiewijziging namelijk circa NAf. 39 miljoen. Uitgaande van de bouwsom ad NAf. 330,5 miljoen, die in de business case van januari 2012 was vastgesteld, én de 40% verhoging, zouden de geschatte bouwkosten door de locatiewijziging echter circa NAf. 132,2 miljoen hoger worden.

4.4 Gewijzigde business case ten behoeve van HNO, 8 mei 2014

In mei 2014 is een geactualiseerde business case 'Update business case USONA 8 mei 2014' opgesteld door USONA/BINT waarin alleen de wijzigingen op de business case van oktober 2013 zijn opgenomen. In haar second opinion merkt de SOAB dan ook op dat geen sprake is van een integrale business case. De wijzigingen zijn:

- De financiering. Er is sprake van 100% publieke financiering tegen 2,85% rente. Eerst was sprake van 70% publieke financiering tegen 2,85% rente en 30% private financiering tegen 5% rente. In de business case is geconcludeerd dat de wijziging een positief effect heeft op de business case want een lager rentepercentage leidt tot minder rentelasten.
- Het ritme van de investeringsbedragen. In 2014 zou 30% van de bouwsom worden betaald, in 2015 eveneens en in 2016 40%. Eerder was ervan uitgegaan dat in 2014 40% van de bouwsom geïnvesteerd zou worden, in 2015 30% en in 2016 ook 30%. In de business case is geconcludeerd dat de wijziging een positief effect heeft op de business case. De lening wordt namelijk overeenkomstig de financieringsbehoefte van het nieuwe ziekenhuis aangegaan. De bouwrente zou nu dus over 30% van de bouwsom worden berekend in plaats van over 40% en zodoende lager uitvallen.
- De grondkosten en transitiekosten. Deze kosten komen nu ten laste van HNO. Volgens de oorspronkelijke opzet zouden deze kosten uit de gewone dienst (landsbegroting) worden betaald.

Opname van de grondkosten leidt tot additionele investeringen van NAf. 0,9 miljoen voor de sloop van Colon (gedeelte benodigd voor HNO) en NAf. 2,5 miljoen voor de sloop van de gebouwen van SEHOS (gedeelte op HNO bouwterrein). Opname van de transitiekosten leidt tot een additionele investering van NAf. 22 miljoen.

Het verschil tussen business case oktober 2013 en de actualisatie van mei 2014 is hierna weergegeven:

Tabel 2. *Investeringsbedrag volgens business cases oktober 2013 en mei 2014 (in NAf.)*

Omschrijving	Business case oktober 2013	Business case mei 2014
Grondkosten		
Bouwkosten	207.846.000	207.846.000
Bijkomende kosten	4.570.333	4.570.333
Inventariskosten	75.786.000	75.786.000
Directiekosten	29.098.440	29.098.440
Bouwrente	21.192.859	15.122.000
Diversen	56.566.858	56.566.858
Startkosten	3.117.690	3.117.690
OB	-	-
Organisatieverandering	2.000.000	2.000.000
	400.178.180	394.107.321
Afgerond		394.100.000
Additionele investeringen HNO		
Grondkosten		
Sloop Colon (deel benodigd t.b.v. HNO)		900.000
Sloop gebouwen SEHOS (deel op HNO terrein Hamelbergweg)		2.500.000
Totaal		3.400.000
Transitie HNO		22.000.000
Kosten t.b.v. business case	**400.178.180**	**419.500.000**

De conclusie in de business case is dat deze, met de doorgevoerde aanpassingen nog steeds leidt tot een duurzaam operationeel ziekenhuis. Door de daling in de rentelasten naar 2,85% en een bijgesteld ritme van de bouwinvesteringen zou namelijk enige ruimte zijn ontstaan in de business case om de additionele investeringen te bekostigen, zonder het doel, een duurzaam operationeel ziekenhuis tot stand te brengen, te belemmeren. Er zijn dus geen (aanvullende) voorwaarden genoemd om een duurzame exploitatie haalbaar te maken.

De SOAB heeft in opdracht van het ministerie van Financiën een aannemelijkheidstoets uitgevoerd op eerdergenoemde conclusie. Het rapport[28] is op 21 mei 2014 uitgebracht.

[28] Second opinion Update business case HNO Usona 8 mei 2014, SOAB 21 mei 2014.

De SOAB heeft geconcludeerd dat het aannemelijk kan worden geacht dat het effect van de drie wijzigingen tot gevolg heeft dat het duurzame brek-even-point twee jaar later zal worden bereikt. Ook heeft de SOAB geen aanleiding te veronderstellen dat de cijfers zoals die in de business case worden gepresenteerd, niet correct zouden zijn.

Conclusie:

In 2013 had de haalbaarheid van een duurzame exploitatie eerder onderzocht moeten worden, namelijk vóór het besluit om de locatie te wijzigen.

In de geactualiseerde business cases is niet consequent vermeld of eerder gestelde voorwaarden nog golden en zo ja in welke mate ze al waren gerealiseerd en eventuele maatregelen nodig waren. In 2011, 2013 en 2014 is, uitgaande van aannames en schattingen, geconcludeerd dat een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis haalbaar was. Van sommige aannames en schattingen kon echter toen al de haalbaarheid worden betwijfeld. Zo is de aanname aangehouden dat minstens dertig vrijgevestigde medisch specialisten zouden overgaan naar dertig nog te bouwen poliklinieken in het ziekenhuis terwijl deze aanname begin 2012 al als een aanzienlijk risico voor de business case was aangemerkt. Ook is het egalisatiefonds, waaruit eventuele schadevergoedingen aan deze specialisten betaald zouden worden, nooit opgericht noch waren er andere vruchtbare inspanningen gebleken. Verder zijn de financiële gevolgen van de locatiewijziging naar Otrobanda op circa NAf. 39 miljoen geschat terwijl SONA al in 2012 op basis van onderzoek had ingeschat dat de investeringskosten ingeval van bouw in Otrobanda 40% hoger zouden worden, wat neerkomt op NAf. 132,2 miljoen hogere investeringskosten.

5 Onderzoek duurzaamheid exploitatie en eventuele maatregelen in projectperiode 2015-2017

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag of gedurende de projectperiode 2015-2017 tijdig is nagegaan of het te bouwen ziekenhuis kostendekkend kan worden geëxploiteerd. Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- Is de business case tijdig geactualiseerd?
- Is het geactualiseerd businessplan door een externe deskundige beoordeeld op aanvaardbaarheid?
- Zijn maatregelen getroffen en uitgevoerd om de haalbaarheid van een duurzame exploitatie te bevorderen?

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op eventuele actualisaties van de business case en een second opinion daarop in de periode 2015-2017, alsmede maatregelen om de haalbaarheid van een duurzame exploitatie te bevorderen. Paragraaf 5.2 gaat over 2015, paragraaf 5.3 over 2016 en paragraaf 5.4. tot slot over het jaar 2017.

5.2 Actualisatie in 2015

Hoewel in sommige documenten wordt verwezen naar een geactualiseerde business case in 2015 blijkt daarvan in de praktijk geen sprake te zijn geweest. Het betreffen een zogenaamde update in februari 2015[29], de aankondiging aan het Cft van de overgang van de business case naar het exploitatiemodel in september 2015 en de presentatie van het exploitatiemodel HNO in december 2015, eveneens aan het Cft. Ook de SOAB heeft desgevraagd vermeld dat een business case 2015 haar niet bekend is. Er heeft dan ook geen second opinion door de SOAB plaatsgevonden.

De update van februari 2015 zelf is niet aangetroffen. In de presentatie van december 2015 is wel het verschil in uitgangspunten gegeven tussen het exploitatiemodel dat in het vervolg zou worden gebruikt en het model dat tot dan (voor het laatst in de update van februari 2015) was gebruikt.

[29] NB. In de presentatie op 9 december 2015 aan het Cft is deze update genoemd.

Deze verschillen zijn:

Tabel 3. *Vergelijking uitgangspunten in business case HNO februari 2015 en het exploitatiemodel HNO volgens presentatie USONA op 9 december 2015*

Business case tot februari 2015	**Exploitatiemodel**
Uitgangspunt is de opgeschoonde jaarreke-ning 2010 van het SEHOS.	Uitgangspunt is de opgeschoonde jaarrekening 2014 van het SEHOS.
Er moeten twee efficiencybesparingen gehaald worden binnen het nieuwe ziekenhuis, namelijk door een efficiëntere inkoop en een efficiënter debiteurenbeheer, circa 1% van de omzet.	Door implementatie van maatregelen die voortvloeien uit gehouden quick scan kan NAf. 23 miljoen bespaard worden, circa 14% van de omzet[30].
	Er is rekening gehouden met een extra investering van NAf. 21 miljoen in verband met de vertraagde oplevering van het bouwterrein.
De begroting loopt van 2017 tot 2032. Zodoende is de exploitatie voor 15 jaar bekeken.	De begroting loopt van 2018 tot 2053. Zodoende is de exploitatie voor 35 jaar bekeken.
Leidend voor de bepaling van het break- even punt zijn de jaarlijks geïndexeerde opbrengsten vanaf 2010.	Leidend voor de bepaling van het break- even punt zijn de opbrengsten als afgeleide van het kostenniveau na besparing en het uitgangspunt dat na 35 jaar circa 30% van de initiële investering in het gebouw opgebouwd moet worden om weer opnieuw te kunnen investeren.
Vastgoed en exploitatie in één entiteit.	Vastgoed en exploitatie entiteit gescheiden.
Break-even na 14 jaar.	Break-even na 7 jaar voor de vastgoed entiteit en 23 jaar voor de exploitatie-entiteit.
Kosten voor omgeving niet meegenomen.	Kosten voor omgeving wel meegenomen[31].

In de business case van mei 2014 werd nog uitgegaan van een benodigde investering van NAf. 419,5 miljoen. Het bouwbudget van NAf. 421,8 miljoen is na de business case van mei 2014 vastgesteld. Het verschil ad NAf. 2,3 miljoen betreft een verhoging van het domein omgeving, welke post eerder was aangeduid als de post 'grondkosten'. Na mei 2014 is namelijk niet alleen het bouwbudget toegenomen maar is ook het budget op een andere wijze (in vijf domeinen) gepresenteerd. Hierna is het bedrag van NAf. 421,8 miljoen per domein weergegeven.

[30] NB. Uit het door SONA in januari 2018 opgestelde concept document 'Kaders voor een HNO Business case' blijkt dat dit een besparing op inkoopkosten betreft.

[31] NB. Dit is overigens niet helemaal juist want in de business case van mei 2014 is wel voor een bedrag van NAf. 3,4 miljoen grondkosten opgenomen dat later als kosten betreffende 'omgeving' is aangemerkt. In 2015 is aan de post 'omgeving' een bedrag van NAf. 2,3 miljoen toegevoegd.

Tabel 4. *Specificatie projectbudget HNO (NAf. in miljoenen)*

	Bouwbudget HNO	Bedrag	
	Bouw: Ballast Nedam basis	193,3	
	Bouw: Ballast Nedam parkeergarage	37,8	
	Totale Bouwkosten contract Ballast Nedam		231,1
	Bouw: Rente		15,0
	Bouw: Andere zaken		39,3
1	Bouw HNO		285,4
2	Bouw: Directievoering	18,9	
3	ICT & Vaste/losse medische inrichting	89,8	
4	Omgeving	5,7	
5	Transitie	22,0	
			136,4
	SEHOS schuifplan		p.m.
	Totaal		**421,8**

In het exploitatiemodel HNO zijn evenals in de business cases van januari 2012 en oktober 2013 de realisatie van een GMSB en de integratie van de poli in 30 spreekuureenheden als uitgangspunt opgenomen. Volgens het exploitatiemodel HNO moesten, om de business case sluitend te houden, de volgende financiële vraagstukken opgelost worden in dekking en financiering:

- vertraging bouw - interim claim van BNI – USD 18,35 miljoen;
- meerkosten Hamelbergweg - NAf. 8 miljoen;
- kosten schuifplan – NAf. 17 miljoen.

SONA had begin december 2015 de RvM al geïnformeerd dat een overschrijding van NAf. 72 miljoen dreigde. In dat bedrag waren eerdergenoemde drie meerkosten ook begrepen.

De Rekenkamer merkt op dat ook deze actualisatie niet ingaat op eerdere voorwaarden en aannames en de mate van realisatie. Indien dat was gedaan zou ook duidelijk zijn geworden dat de aanname dat dertig ofisina's van vrijgevestigde medisch specialisten zouden verschuiven te optimistisch was ingeschat. Dit te meer daar geen financiering was gereserveerd en eerdere onderhandelingen vroegtijdig waren beëindigd.

Gezien de bovengenoemde dreigende overschrijdingen had volgens de Rekenkamer in december 2015 een formeel geactualiseerde business case opgesteld moeten worden waarop een second opinion had kunnen plaatsvinden. De gevolgen van de meerkosten op de toekomstige exploitatie hadden dan in een vroeger stadium zichtbaar gemaakt kunnen worden én noodzakelijk besparingen in kaart en in uitvoering gebracht om een duurzame toekomstige exploitatie van het ziekenhuis te waarborgen.

5.3 Actualisatie in 2016

De minister van AZ heeft in april 2016 SONA te kennen gegeven dat de RvM, als voorwaarde voor de overmaking van het restant van de tweede tranche van de toegekende middelen, had gesteld dat het HNO-exploitatiemodel volledig geüpdatet en aan het Land geboden diende te zijn.

Uit briefwisseling blijkt dat de resultaten van de tussentijdse evaluatie van het project HNO, waartoe de minister van GMN in 2016 opdracht had gegeven, werden afgewacht. Het evaluatierapport HNO werd in augustus 2016 verwacht, en zou diverse inzichten en input moeten bevatten voor de actualisatie van de business case/exploitatiemodel, maar was begin november 2016 nog niet opgeleverd.[32] Uiteindelijk is het eindverslag 'Tussentijdse Evaluatie HNO' op 10 december 2016 uitgebracht. Volgens het verslag bedroeg de te verwachten overschrijding meer dan NAf. 100 miljoen.

In de tussentijd waren het Land en SONA tot de conclusie gekomen dat de oorspronkelijke business case niet langer voldoende was om de volgende redenen:[33]

- Eind 2014 werd een budgetteringssysteem voor SEHOS en medische specialisten in loondienst ingevoerd met als gevolg een vermindering van de SEHOS-opbrengsten ter grootte van NAf. 21 miljoen.
- De realiteitsgehalte van de business case kwam verder onder druk te staan doordat aannames aangaande het realiseren van besparingen op inkoopkosten ter hoogte van NAf. 23 miljoen nauwelijks werden gerealiseerd.
- Er werden vraagtekens geplaatst bij de in de business case opgenomen kapitaalslasten.

De oorspronkelijke business case was volgens SONA bovendien een statische business case en niet gebaseerd op ontwikkelingen in de zorgvraag. Het Land en SONA wilden toewerken naar een geactualiseerde business case die gebaseerd was op een doorrekening van kosten van het nieuwe ziekenhuis op basis van de zorgvraag in de vorm van diverse scenario's. Vervolgens heeft het Land op 21 september 2016 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, met SONA als trekker, die moest werken aan een nieuwe HNO business case.

De Rekenkamer merkt op dat gezien de verwachte overschrijdingen van het projectbudget volgens het eindverslag van de tussentijdse evaluatie op zeer korte termijn

[32] Brief van de directeur BO van het ministerie van Financiën aan diens minister, inzake adviesverzoek restant 2de tranche HNO-middelen, zaaknummer 2016/053113, 7 november 2016.
[33] Kaders voor een HNO business case. Concept, SONA januari 2018.

een geactualiseerde business case opgesteld had moeten worden. Daardoor zouden bijtijds eventuele besparingsmaatregelen kunnen worden getroffen en uitgevoerd om een duurzame exploitatie van het nieuwe ziekenhuis zoveel mogelijk te waarborgen. Een nadere aanscherping had dan kunnen plaatsvinden als de business case volgens de nieuwe methode gereed was en daarmee een betrouwbaardere raming van de exploitatiekosten van het nieuwe ziekenhuis.

5.4 Actualisatie in 2017

SONA heeft op 11 januari 2017[34] de ministers van GMN en van Financiën onder andere de noodzaak voor een andere opzet van de op te stellen business case toegelicht. Volgens SONA was de door BINT opgestelde business case HNO afgeleid uit de genormaliseerde exploitatie van SEHOS. Daardoor zou het gevaar bestaan dat de totale exploitatielasten van HNO (exploitatiekosten SEHOS plus additionele exploitatiekosten HNO, waaronder de kapitaallasten voor HNO) ver boven de macro-economisch beschikbare financiering zouden uitkomen.

In maart 2017 heeft een commissie bestaande uit vertegenwoordigers van SEHOS, het Land en SONA de ontvangen offertes voor de nieuwe business case/exploitatiemodel beoordeeld.[35] Vervolgens heeft SONA, in afstemming met de eerdergenoemde multidisciplinaire werkgroep, in april 2017 opdracht gegeven aan het bureau Performation om te komen tot een dynamisch HNO-rekenmodel als basis voor de nieuwe berekeningen van de structurele ziekenhuiskosten.[36] In juni 2017 meldde de minister van Financiën dan ook aan de RvM: “Er is gelukkig wel al begonnen met de werkzaamheden om tot die actualisatie te komen. Een verdere vertraging zou zeer ongewenst zijn”.[37] Performation heeft vervolgens in augustus 2017 het prototypemodel gepresenteerd en in oktober 2017 een tweede model opgeleverd.[38] In november 2017 meldde de Directeur BO van het ministerie van Financiën aan diens minister over de door SONA op te leveren

[34] Brief van de RvB van SONA aan de ministers van GMN en Financiën betreffende SONA 2017 en verder, 11 januari 2017.
[35] Concept document ‘Kaders voor een HNO Business case’, SONA januari 2018.
[36] Rapportage SONA aan het Ministerie van GMN Tweede halfjaar 2018, Financiële Maand Rapportage 2018.
[37] Bron; Brief van de minister van Financiën aan de Raad van bestuur van SONA, zaaknummer 2017/0122482, 7 juni 2017.
[38] Kaders voor een HNO business case. Concept, SONA januari 2018.

documenten dat onder andere dat het proces om te komen tot een geüpdatet business case HNO gestaag vorderde.

De oplevering van het 'HNO exploitatie model 1.0' werd eind januari 2018 verwacht, onder voorbehoud van tijdige aanlevering van nog ontbrekende informatie door de SVB en SEHOS. Daarna zou de validatie van het model met behulp van cijfers van de SVB en SEHOS in gang worden gezet en vervolgens het model verder worden verfijnd. Eind april 2018 zou dan een HNO business case met nul-scenario HNO 1.0 als uitgangspunt worden ontwikkeld.

In de tussentijd waren eind 2017 nog steeds vanuit het Land geen maatregelen vastgesteld en ingevoerd om de verwachte hogere investeringen te financieren en de verwachte hogere exploitatiekosten in de toekomst op te vangen.

Gezien bovengenoemde ontwikkelingen en het feit dat SONA begin december 2015 een overschrijding van het projectbudget van NAf. 72 miljoen had gemeld én de Evaluatiecommissie al eind 2016 een verwachte overschrijding van het budget van meer dan NAf. 100 miljoen had opgegeven, is de Rekenkamer van mening dat vooruitlopend op een geactualiseerde business case het Land reeds maatregelen had kunnen voorbereiden en nemen. Dit temeer daar eind 2017 op basis van het exploitatiemodel dat in ontwikkeling was, al enigszins inzicht bestond in de te verwachten hogere investeringskosten (NAf. 72 miljoen) en de verwachte hogere exploitatiekosten (NAf. 49 miljoen).

Conclusie:

Het Land heeft niet tijdig onderzocht welke besparingsmaatregelen in de gezondheidszorg mogelijk waren en daardoor ook niet tijdig maatregelen om deze te realiseren in uitvoering gebracht. Er waren namelijk genoeg indicaties in deze periode van een verwachte overschrijding van het investeringsbedrag én van een aanzienlijk toekomstig exploitatietekort. De overheid had in ieder geval, in afwachting van een geactualiseerde business case, al kunnen laten onderzoeken welke besparingsmaatregelen mogelijk waren en een aanvang kunnen maken met de uitvoering van de gekozen maatregelen.

6 Onderzoek duurzaamheid exploitatie en eventuele maatregelen in projectperiode 2018-2020

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag of gedurende de projectperiode 2018-2020 tijdig is nagegaan of het te bouwen ziekenhuis kostendekkend kan worden geëxploiteerd en maatregelen zijn getroffen om dit te bevorderen. Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- Is de business case tijdig geactualiseerd?
- Is het geactualiseerd businessplan door een externe deskundige beoordeeld op aanvaardbaarheid?
- Zijn maatregelen getroffen en uitgevoerd om de haalbaarheid van een duurzame exploitatie te bevorderen?

In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgend ingegaan op de actualisatie van de business case en de second opinion daarop (paragraaf 6.2), de maatregelen voor kostenbesparingen om de hogere exploitatiekosten te dekken (paragraaf 6.3), de uitvoering van deze maatregelen en de mate van realisatie (paragraaf 6.4), en de financiering van de overschrijding van het investeringsbudget (paragraaf 6.5).

6.2 Actualisatie van de business case en second opinion daarop.

Hierna wordt inzicht gegeven in de actualisatie van de business case en de second opinion daarop:

- De laatste integraal geactualiseerde business case was van oktober 2013. In het voorgaand hoofdstuk is toegelicht dat in 2016 werd besloten tot een andere type business case. Aan de ontwikkeling daarvan is in 2017 gewerkt en dat is in 2018 voortgezet.
- De business cases HNO TE versie 1.0 en HNO VB versie 1.0 (onderdelen van de geactualiseerde business case) zijn op 2 oktober 2018 en 12 oktober 2018 opgeleverd[39] en op 16 november 2018 allebei van een second opinion voorzien door de SOAB.

[39] De in oktober 2018 opgeleverde business case is volgens de nieuwe methode waarvoor Performation opdracht had gekregen. De business case gaat uit van drie exploitatiemodellen, namelijk één voor HNO VB, één voor HNO TE en een zorgrekening. Het exploitatiemodel van HNO VB gaat er vanuit dat HNO VB het vastgoed, zijnde het ziekenhuisgebouw, beheert. Het gebouw wordt aan HNO TE verhuurd die de exploitant is van het ziekenhuis. HNO TE moet uit de inkomsten van het ziekenhuis onder andere de huur aan HNO VB opbrengen.

- De volledige second opinion van de businesscase HNO, inclusief gevoeligheidsanalyse was eind december 2018 nog niet afgerond.[40] Van het model Zorgrekening (onderdeel van de business case), dat daarvoor ook nodig was, was op dat moment versie 1.1 opgesteld door HNO TE. Het Cft stelde op 14 januari 2019 dan ook vast dat een uitspraak over de business case in zijn geheel (inclusief de zorgrekening en de sensitiviteitsanalyse) ontbrak. Deze uitspraak was volgens het Cft nodig om in te schatten wat de hogere exploitatielasten HNO zouden zijn bij ingebruikname van het ziekenhuis, en op welke wijze deze hogere lasten gecompenseerd zouden worden door hogere efficiency in de ziekenhuiszorg. Het Cft heeft in 2019 meerdere malen naar de volledige second opinion geïnformeerd. Uiteindelijk heeft de SOAB op 21 oktober 2020 over het model Zorgrekening versie 2.2, dat zij op 1 september 2020 had ontvangen van HNO TE, een second opinion uitgebracht.[41]
- Het Cft heeft bij een leenverzoek van het Land in augustus 2019 financiering van de inmiddels geschatte overschrijding van het projectbudget met NAf. 200 miljoen, voorwaarden gesteld. Eén van de voorwaarden was dat het Cft uiterlijk op 1 oktober 2019 een geoptimaliseerde business case van HNO, voorzien van een second opinion van de SOAB moest ontvangen. Uit de geoptimaliseerde business case diende te blijken dat met de extra financiering het ziekenhuis kon worden afgebouwd, de transitie kon plaatsvinden en dat de jaarlijkse meerkosten worden gecompenseerd door realistische efficiëntiemaatregelen in de zorg. Uiteindelijk zijn de geactualiseerde business cases HNO VB versie 2.0 en HNO TE versie 2.0 allebei op 13 december 2019 door HNO VB en HNO TE opgeleverd. De SOAB heeft op 9 juni 2020[42], respectievelijk op 21 augustus 2020[43], een second opinion op deze business cases uitgebracht. Op 13 december 2019 had HNO TE eveneens een concept van het model Zorgrekening opgesteld. De SOAB heeft zoals eerder opgemerkt op 21 oktober 2020 een second opinion uitgebracht op versie 2.2 van het model Zorgrekening dat zij op 1 september 2020 had ontvangen van HNO TE.

[40] Halfjaarrapportage College financieel toezicht Curaçao en Sint Maarten juli – december 2018, 19 juli 2019

[41] Deelrapport inzake second opinion business case HNO, model Zorgrekening versie 2.2, 20/0553C/SF, SOAB 21 oktober 2020.

[42] Deelrapport inzake second opinion en sensitiviteitsanalyse business case HNO, model Vastgoed, 20/0300C/JH, SOAB 9 juni 2020.

[43] Deelrapport inzake second opinion en sensitiviteitsanalyse business case HNO, exploitatiemodel Transitie & Exploitatie versie 2, 20/0438C/JH, SOAB 21 augustus 2020.

6.3 Maatregelen voor kostenbesparingen om de hogere exploitatiekosten te dekken.

De volgende stappen zijn gezet en maatregelen genomen om de hogere exploitatiekosten van het nieuwe ziekenhuis te dekken:

- Op 18 juni 2018 is een afschrift van een Exploitatiemodel HNO aan het Cft verstrekt waarin is opgenomen dat HNO vooralsnog tot NAf. 59 miljoen hogere exploitatiekosten leidde maar dat dit gecompenseerd zou worden door een hogere efficiëntie in de ziekenhuiszorg.[44] Het Cft heeft daarna met de regering van Curaçao afgesproken dat in 2019 de maatregelen worden genomen om de noodzakelijke kostenbesparing van minimaal NAf. 59 miljoen structureel te realiseren. Deze maatregelen moesten vóór 1 februari 2019 ter toetsing aan het Cft worden voorgelegd.[45]
- Op 14 november 2018 is de RvM, op voorstel van de minister van GMN, akkoord gegaan met de instelling van de taskforce TMFZ.[46]
- Vervolgens moest de taskforce nog bij landsbesluit ingesteld worden, wat eind december 2018 is gebeurd.[47] De taskforce moest met voorstellen voor kostenbesparingen komen op vier zorggebieden waarop de hoogste zorguitgaven waren geïdentificeerd:
  - inkoop van geneesmiddelen (de farmaceutische zorg);
  - vergoedingen aan medisch specialisten (de medisch specialistische zorg);
  - de medische uitzendingen;
  - de laboratoriumkosten (laboratoriumdienstverlening).

  Over deze zorggebieden bestond binnen de regering reeds consensus dat maatregelen ter verlaging van de kosten moesten worden genomen ter financiering van HNO/CMC, alsmede ten behoeve van het creëren van de nodige ruimte voor financiering van primaire gezondheidszorg.
- De taskforce heeft op 4 maart 2019 haar eindrapport uitgebracht waarin een aantal mogelijke bezuinigingsmaatregelen zijn aanbevolen voor een totale hoogte van NAf. 84 miljoen.[48]

[44] Brief Cft aan de minister van Financiën van Curaçao, 23 oktober 2018, kenmerk Cft 201800222
[45] Idem
[46] Zaaknummer 2018/051223, 14 november 2018
[47] LB no. 2018/3504, 27 december 2018.
[48] Rapport taskforce d.d. 5 maart 2019.

- De RvM heeft op 5 maart 2019[49] het eindrapport van de taskforce voor uitvoering goedgekeurd. Aan de RvM waren ook de noodzakelijke (vier) wetgevingsvoorstellen, om de voorgestelde kostenbesparingsmaatregelen uit te kunnen voeren, aangeboden. In hetzelfde besluit heeft de RvM goedgekeurd dat deze voorstellen aan de Raad van Advies werden aangeboden. Ook is besloten dat de taskforce de minister van GMN zou bijstaan bij de verdere uitvoering van het wetgevingstraject en in de regie over de uit te voeren herstructureringsmaatregelen in de zorgsector.
- Op 12 juni 2019 is vervolgens het LB Taakstelling zorguitgaven[50] uitgevaardigd. In het LB is met name aan de Uitvoeringsorganisatie van de BVZ (Nb. lees de SVB), voor de periode van 1 januari 2020 tot en met 31 december 2024 (de zogenoemde referentieperiode) de volgende taakstelling opgedragen (totaal NAf. 70 miljoen per jaar):
  - Voor de uitgaven in verband met de **verstrekking van geneesmiddelen** realiseert de Uitvoeringsorganisatie gedurende de referentieperiode per jaar een besparing van NAf. 34 miljoen ten opzichte van de uitgaven in 2017.[51]
  - Voor de uitgaven in verband met **medische uitzendingen** realiseert de Uitvoeringsorganisatie gedurende de referentieperiode per jaar een besparing van NAf. 19 miljoen ten opzichte van de uitgaven in 2017.[52]
  - Voor de uitgaven in verband met **medisch-specialistische zorg** realiseert de Uitvoeringsorganisatie gedurende de referentieperiode per jaar een besparing van NAf. 17 miljoen ten opzichte van de uitgaven in 2017.[53]
- Ook zijn op 12 juni 2019 de volgende twee Lb ham en een ministeriele regeling met algemene werking gepubliceerd:
  - LB bevordering doelmatigheid gezondheidszorg (P.B. 2019, no. 24, 12 juni 2019).[54] Hervormingsmaatregelen voor de verlaging van uitgaven van medische uitzendingen zijn daarin onder andere vastgelegd.

[49] Zaaknummer 2019/008356, RvM 5 maart 2019.
[50] LB van 12 juni 2019, houdende uitvoering van de artikelen 4.4, vierde lid, onderdeel a, en 10.6 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten. Het LB is per 1 januari 2020 in werking getreden.
[51] Artikel 2 lid 1 van het LB Taakstelling zorguitgaven.
[52] Artikel 3 van het LB Taakstelling zorguitgaven.
[53] Artikel 4 van het LB Taakstelling zorguitgaven.
[54] Lb ham van 12 juni 2019, houdende wijziging van het Lb. verpakte geneesmiddelen (per 1 oktober 2019), het LB vergoeding kosten geneesmiddelen (per 1 januari 2020) en het LB medische uitzendingen (per een bij LB vast te stellen datum).

- LB nadere criteria zorgcontracten (P.B. 2019, no. 28.).[55] Hervormingsmaatregelen ter verlaging van met name de uitgaven van medische beroepsbeoefenaren zijn daarin vastgelegd, waaronder de invoering per 1 januari 2020 van een maximumleeftijd van 65 jaar voor het aangaan van zorgcontracten. Het LB sluit medische beroepsbeoefenaren van 65 jaar en ouder uit van zorgcontracten met SVB voor BVZ-verzekerden.
- Regeling maximumprijzen geneesmiddelen 2019 (P.B. 2019, no. 27).[56] Hervormingsmaatregelen voor de verlaging van de uitgaven aan geneesmiddelen zijn daarin vastgelegd.

- De minister van GMN heeft de SVB op 21 juni 2019 opgedragen om als uitvoeringsorgaan van de BVZ alle benodigde maatregelen te nemen om meergenoemde hervormingen op een adequate wijze te plannen en uit te (doen) voeren, zodat daarmee verband houdende doelstellingen vanaf het jaar 2020 kunnen worden gerealiseerd. Deze maatregelen moeten gedurende de referentieperiode 2020-2024 die met de SVB is afgesproken worden gerealiseerd.
- De SVB heeft vervolgens op 16 september 2019 het 'Uitvoeringsplan hervormingsmaatregelen' aan de minister van GMN aangeboden. De uitvoering beslaat de periode 2020 en 2021. Hierna zijn per uitgavencategorie de in het plan opgenomen maatregelen beknopt weergegeven. In bijlage 3 is een uitgebreidere weergave opgenomen met de beoogde effecten van de maatregelen en de geplande acties.

[55] Lb ham ter uitvoering van artikel 7.1, vierde lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten. Hierin zijn onder andere als criteria opgenomen dat alleen met een individuele medisch beroepsbeoefenaar, die de leeftijd waarop wettelijk het recht op ouderdomspensioen bestaat ontstaat, nog niet heeft bereikt, een zorgcontract kan worden afgesloten, behalve in gevallen van waarneming of tijdelijke inzet van buitenlandse geneeskundigen door een ziekenhuisvoorziening. Ook wordt in het zorgcontract een productieplafond afgesproken. In het LB is ook de invoering van een farmaceutisch overleg tussen artsen, apothekers en de Uitvoeringsorganisatie van BVZ opgenomen, om een doelmatiger voorschrijfgedrag van geneesmiddelen door artsen te bevorderen.

[56] Ministeriele Regeling met algemene werking van 12 juni 2019, strekkende tot vervanging van de Regeling maximumprijzen geneesmiddelen 2015. In deze Regeling is de importeursmarge voor spécialités (merkgeneesmiddelen) verlaagd van 20% naar 10% en voor generieken

Tabel 5. Verkorte weergave hervormingsmaatregelen volgens Uitvoeringsplan SVB 16 september 2019[57]

Hervormingsmaatregelen per zorggebied			
I	**Geneesmiddelenvoorziening**		
1A	Brutowinstmarge importeurs spécialités[58] van 20% naar 10%	3,0	
1B	Negatieve prikkel excessief voorschrijfgedrag per medewerkende huisarts	4,0	
1C	Generale korting vergoedingsprijs met 30% ingevolge het substitutiebeleid	32,0	
	Subtotaal		**39,0**
II	**Medische uitzendingen**		
2	Uitbreiding lokale zorgcapaciteit		
2A-1	Substitutie uitzendingen i.v.m. incidentele ondercapaciteit	3,5	
2A-2	Substitutie uitzendingen door structurele uitbreidingscapaciteit	13,5	
2B	Pakketaanpassing hart-, long-, en levertransplantaties	1,0	
	Subtotaal		**18,0**
III	**Medisch specialisten**		
3A	Introduceren maximale leeftijd zorgcontracten	11,5	
3B	Introduceren productieplafond voor vrijgevestigde medisch specialisten	13,3	
	Subtotaal		**24,8**
	Totaal		**81,8**

Uit de tabel blijkt dat het plan uitgaat van een verhoogde taakstellende besparing van NAf. 81,8 miljoen in plaats van de taakstellende besparing van NAf. 70 miljoen (ten opzichte van 2017) volgens het LB Taakstelling Zorguitgaven. Dit komt omdat de SVB voor de taakstelling besparing over het jaar 2020 het technisch geprojecteerde uitgavenniveau van 2019 heeft gehanteerd om tot meer realistische bedragen te komen. Op 16 september 2019 bedroeg de door de SVB voor 2020 geschatte besparing NAf. 81,8 miljoen.

In de volgende paragraaf wordt inzicht gegeven in de mate van uitvoering en realisatie van de maatregelen.

[57] NB. In de tabel zijn de maatregelen voor het zorggebied "laboratorium' weggelaten omdat de taakstelling aan de SVB alleen de drie opgenomen zorggebeden inhoudt. Van maatregelen op het zorggebied heeft de overheid tot nader order uitgesteld op advies van de TMFZ. Laatstgenoemde heeft in haar rapport aangeraden om de tariefevaluatie af te wachten die zal zorgdragen voor een beter inzicht in de opbrengsten en kosten van laboratoria.

[58] Een spécialité is een verpakt geneesmiddel in een farmaceutische vorm, dat in de handel wordt gebracht onder een speciale benaming en waarop nog intellectuele eigendommen rusten of intellectuele eigendommen hebben gerust; (Lb ham, van de 24ste maart 2020, houdende wijziging van het Landsbesluit verpakte geneesmiddelen (P.B. 1961, no. 169, zoals laatstelijk gewijzigd bij P.B. 2019, no. 24), artikel 1A, lid 2, letter h.

6.4 Mate van uitvoering en realisatie kostenbesparende maatregelen

Navolgend wordt inzicht gegeven in de uitvoering en mate van realisatie van de taakstellende besparing door de SVB:

- Na de kennisgeving door de SVB in augustus 2019, dat vanaf 1 januari 2020 de AOV leeftijdgrens voor medisch beroepsbeoefenaren zou gelden om een zorgcontract af te kunnen sluiten met de SVB, zijn er diverse protesten vanuit deze groep geweest. Daaronder was ook een kort geding procedure op 29 augustus 2019 van de VMSC tegen het Land. De VMSC heeft daarin haar standpunt toegelicht:

  > *"…..als gevolg van het Landsbesluit per 1 januari 2020 twaalf specialisten van 65 jaar en ouder niet meer voor SVB zullen kunnen werken en hun ofisina zullen moeten sluiten. Dit zal niet alleen inkomensverlies en pensioenschade meebrengen voor de desbetreffende specialisten, maar ook het ontslag van hun circa 100 werknemers. Bovendien zullen vele duizenden patiënten plotseling op zoek moeten naar een andere specialist, terwijl er nu al een tekort aan specialisten is en de wachttijden lang zijn. Door de abrupte invoering van een leeftijdsgrens komen volgens de vereniging niet alleen de belangen van haar leden in het gedrang, maar dreigt schade voor de gehele patiëntenzorg op Curaçao. De vereniging verwijt het Land dat de beroepsgroep van medisch specialisten onvoldoende is betrokken bij de voorbereiding van het Landsbesluit".*

  In de uitspraak van het GEA op 21 november 2019 is deze van oordeel dat, rekening houdend met de belangen van de (vrijgevestigde) medische specialisten, zoals eerder samengevat, in het bijzonder de rechtszekerheid meebrengt dat op het punt van de nagestreefde leeftijdsgrens een overgangsregeling niet mag ontbreken. Samengevat komt het erop neer dat voor medische beroepsbeoefenaren die op 1 januari 2020 de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt of daarna zullen bereiken (de 65-plussers) in beginsel een overgangsperiode geldt van drie jaar (tot 1 januari 2023). Voor de grensgevallen die minder dan drie jaar te gaan zullen hebben (de 63- en 64-jarigen) geldt dat zij in aanmerking kunnen komen voor een additioneel zorgcontract respectievelijk voor één en twee jaar. Voorts komt er, naast de tijdelijke waarneming en tijdelijke inzending van buitenlandse medici, een additionele mogelijkheid voor ontheffing van de leeftijdsgrens in geval van capaciteitstekort. Het GEA verbood het Land ten aanzien van de leden van de VMSC toepassing te geven aan het LB zolang ten aanzien van de leeftijdsgrens niet is voorzien in een overgangsregeling zoals eerder beschreven.[59] Gezien de verschillende protesten had de taskforce al op verzoek van de minister van GMN een overgangsregeling voorbereid, wat ook in het

[59] ECLI: NL: OGEAC: 2019:256, zaaknummer: CUR201903524.

kort geding was ingebracht.[60] Per 1 januari 2020 kon daarom ook de Overgangsregeling pensioengerechtigde leeftijd[61] samen met het LB Nadere criteria zorgcontracten in werking treden.

- In maart en mei 2020 heeft de SVB circa 55 vrijgevestigde medisch specialisten schriftelijk geïnformeerd dat per 1 juli 2020 een individueel productieplafond zou worden ingevoerd. Circa twintig medisch specialisten hebben daartegen juridische procedures gevoerd. Onder andere is via het GEA verzocht om een voorlopige voorziening te treffen om de bestreden beschikking te schorsen.[62] Het GEA heeft hierbij geoordeeld dat de beschikking in strijd is met het zorgvuldigheidsbeginsel en motiveringsbeginsel.[63]
- Op 13 mei 2020 en 1 september 2020 heeft de SVB tussentijdse rapportages aan de minister van GMN uitgebracht over de implementatie van het uitvoeringsplan, waaronder de geprojecteerde besparingen in 2020 per die data. Verder heeft de taskforce, op verzoek van de minister van GMN naar aanleiding van vragen van de Rekenkamer daarover op 9 november 2020, op 2 december 2020 de meest recente informatie daarover gegeven.[64] In de volgende tabel is de mate van realisatie van de taakstelling voor 2020 opgenomen.

[60] Jaarverslag implementatie- en adviestraject hervormingen marktordening en financiering zorgsector 21juni 2019-21 juni 2020, TMFZ 30 juni 2020.

[61] Lb ham houdende wijziging van het LB nadere criteria zorgcontracten (Overgangsregeling pensioengerechtigde leeftijd, P.B. 2019, no. 89).

[62] Tussenrapportage implementatie en realisatie LB taakstelling BVZ; SVB 1 september 2020.

[63] Het GEA heeft dit als volgt gemotiveerd: "Door pas eind mei 2020 aan verzoeker bekend te maken dat vanaf ongeveer een maand daarna een aanzienlijke lagere normomzet voor hem zou gelden zonder daarbij te motiveren waarom de invoering van die lagere normomzet niet langer kon worden uitgesteld, heeft verweerster onvoldoende blijk gegeven dat zij bij het geven van de bestreden beschikking zorgvuldig te werk is gegaan en voldoende rekening heeft gehouden met de belangen van verzoeker. Verweerster had behoren te begrijpen dat aan het voeren van een dokterspraktijk zoals die van verzoeker vaste kosten verbonden zijn, waarop waarschijnlijk niet binnen een termijn van een maand zou kunnen worden bezuinigd";
ECLI: NL: OGEAC: 2020:202, zaaknummer: CUR202001692, 14 september 2020. NB. Ingeval van een andere verzoeker is een eensluidende uitspraak gedaan: ECLI: NL: OGEAC: 2020:199, zaaknummer: CUR202001901, 19 augustus 2020.

[64] Bijlage 'Conceptantwoorden TMFZ, n.a.v. vragen van de Rekenkamer bij brief van 9 november (nummer 111-20) aan de minister van GMN, mede gebaseerd op de conceptantwoorden van de SVB d.d. 20 november 2020', bij de brief d.d. 2 december 2020 van de TMFZ aan de minister van GMN.

Tabel 6. Mate van realisatie taakstelling door SVB in 2020

Zorggebied	LB Taakstelling t.o.v. 2017	Geprojecteerde besparingen in 2020		
		SVB 13 mei 2020	SVB 1 Sept 2020	TMFZ/SVB Nov 2020
Geneesmiddelenvoorziening	34	3,3	1,8	3,0
Medische uitzendingen	19	12,6	15,0	14,1
Medisch specialisten	17	11,3	4,2	5,9
Totaal	**70**	**27,2**	**21,0**	**23,0**

Uit de tabel blijkt dat de geprojecteerde besparingen in 2020 aanzienlijk achterlopen op de taakstelling. De oorzaken zijn[65]:

- Geneesmiddelenvoorziening: De versnelde inschrijving van de generieke geneesmiddelen die reeds in de Verenigde Staten, Canada of de Europese Unie geregistreerd zijn, heeft geen doorgang kunnen vinden gedurende het jaar. Dat komt doordat de Commissie Registratie geneesmiddelen niet voltallig is, diens secretaris, tevens Inspecteur Geneesmiddelen, met ontslag is gegaan en de voormalige minister van GMN, tevens bestuurlijke trekker van het project, is afgetreden.
- Medische uitzendingen. Mede door de COVID-19 is het aantal uitzendingen vanaf maart 2020 aanzienlijk gedaald. Nog niet alle voorwaardelijke maatregelen om de taakstelling volledig te behalen zijn echter al *in place*: De CMU is wel per 1 januari 2020 geïnstitutionaliseerd, maar de begrote uitbreiding aan de zorgcapaciteit van het CMC (om de medische uitzendingen te substitueren) en de tijdelijke medische inzending van specialisten naar behoefte zijn nog niet gerealiseerd. Verder zijn er nog geen beleidsmaatregelen genomen door het ministerie van GMN om hart-, long- en levertransplantaties uit het pakket voor medische uitzendingen te halen.[66]
- Medisch specialisten. Door de eerdergenoemde verplichte instelling van een overgangsregeling voor de introductie van de AOV leeftijdsgrens voor individuele medisch beroepsbeoefenaren is de daarmee beoogde besparing in 2020 nihil. Door de eerdergenoemde procedures tegen de invoering van een productieplafond per 1 juli 2020 is ook de besparing op dit gebied achtergebleven bij de taakstelling.
- De verwachte meerkosten sinds de opening van het CMC op 15 november 2019 bedragen volgens TMFZ/SVB, t.o.v. het jaarbudget van NAf. 135 miljoen van SEHOS,

[65] Bijlage 'Conceptantwoorden TMFZ, n.a.v. vragen van de Rekenkamer bij brief van 9 november (nummer 111-20) aan de minister van GMN, mede gebaseerd op de conceptantwoorden van de SVB d.d. 20 november 2020', bij de brief d.d. 2 december 2020 van de TMFZ aan de minister van GMN; Tussenrapportage implementatie en realisatie Lb. taakstelling BVZ; SVB 1 september 2020.

[66] Tussenrapportage implementatie en realisatie Lb. taakstelling BVZ; SVB 1 september 2020.

voor 2019 NAf. 5,2 miljoen en 2020 NAf. 42,5 miljoen. De TMFZ geeft verder aan dat de bedragen kunnen wijzigen afhankelijk van lopende juridische procedures die het CMC is begonnen. Uitgaande van de verwachte meerkosten van NAf. 42,5 miljoen in 2020 en de geprojecteerde besparingen van NAf. 23 miljoen in 2020 is sprake van een verwacht tekort van NAf. 19,2 miljoen in 2020 om de exploitatie uitgaven van het CMC te dekken. Daardoor, en door de onvoorziene premiedaling i.v.m. de COVID-19 crisis (waardoor volgens TMFZ voor 2020 een tekort van NAf. 40 a 50 miljoen wordt verwacht voor het BVZ-fonds) zal het BVZ-fonds in 2020 een financieel tekort kennen.[67]

6.5 Financiering overschrijding investeringsbedrag

Hierna is vermeld wanneer indicaties waren over de hoogte van de overschrijding van het investeringsbudget en wanneer en welke matregelen zijn genomen om deze te financieren:

- Het Land had twee obligatieleningen opgenomen om het projectbudget van NAf. 421,8 miljoen te financieren, namelijk in juni 2014 en in januari 2015.[68] Zoals eerder opgemerkt waren eind 2015, eind 2016 en eind 2017 verwachte hoge overschrijdingen van het projectbudget gemeld.[69] Ook had de SD BO van het ministerie van Financiën diens minister al in november 2017 geadviseerd om bij de minister van GMN en de RvM een uitspraak te krijgen over de wijze waarop zij deze meerkosten wilden opvangen, hetzij door kostenverlaging, aanvullende lening of kostenverlagingen elders buiten het project. Indien tot aanvullende financiering zou worden besloten werd geadviseerd om dit zo snel mogelijk in gang te zetten.[70]
- De minister van GMN had op 23 februari 2018 in de Staten een geschatte overschrijding op de investeringskosten gemeld van tussen de NAf. 100-125 miljoen.[71] Verder was in augustus 2018 melding gemaakt van een totale overschrijding op de investering van maximaal NAf. 200 miljoen.

---

[67] Bijlage 'Conceptantwoorden TMFZ, n.a.v. vragen van de Rekenkamer bij brief van 9 november (nummer 111-20) aan de minister van GMN, mede gebaseerd op de conceptantwoorden van de SVB d.d. 20 november 2020', bij de brief d.d. 2 december 2020 van de TMFZ aan de minister van GMN.

[68] NB. Zie het derde deelrapport van de Rekenkamer over de kosten van het project: 'HNO - uitputting begroting', december 2020.

[69] SONA had eind 2015 al een geschatte overschrijding van NAf. 72 miljoen gemeld, het evaluatierapport had eind 2016 een verwachte overschrijding van NAf. 100 miljoen genoemd, het concept van het nieuw exploitatiemodel gaf een indicatie van een overschrijding van NAf. 72 miljoen.

[70] Brief van de SD BO van het Ministerie van Financiën aan diens minister, d.d. 1 november 2017, zaaknummer 2017/042344.

[71] Presentatie MRT aan de Rekenkamer, feb 2019.

- Toch is pas in de loop van 2018 een aanvang gemaakt met voorbereidingen voor het aantrekken van aanvullende financiering op de lokale markt. Eind 2018/begin 2019 zijn daarover afspraken gemaakt met een aantal lokale institutionele instellingen om een consortium te vormen om het bedrag van NAf. 200 miljoen aan de HNO entiteiten te lenen.[72] Om een juridische grondslag te krijgen voor de vestiging van het hypotheekrecht alsmede garantie voor de te verstrekken lening moesten de domeingronden van het HNO-complex in erfpacht uitgegeven worden aan HNO VB door het Land, die de eigenaar is van deze terreinen. Ook dienden de betrokken partijen formeel juridische overeenkomsten af te sluiten om diverse aangelegenheden tussen hen te regelen. Deze betroffen de overdracht van de eerdergenoemde twee obligatieleningen van het Land aan de HNO entiteiten, de verantwoordelijkheid voor de terugbetaling van de additioneel op te nemen lening en de onderlinge verantwoording van de HNO entiteiten jegens het Land. De middelen uit de twee obligatieleningen bleken echter bijna uitgeput waardoor de aanvullende financiering urgent was. Daardoor was er geen tijd om de diverse afspraken volledig uit te werken en is gekozen om de belangrijkste afspraken op hoofdlijnen vast te leggen.[73] Gelet op de urgentie heeft het betrekkelijk lang geduurd (circa vijf maanden) voordat het erfpachtrecht is verleend en het hoofdlijnenakkoord is opgesteld. Dit, terwijl het erfpachtrecht reeds in juni 2018 was aangevraagd.[74]
- Op 3 juni 2019 heeft de minister van VVRP bij MB het recht van erfpacht op deze terreinen voor veertig jaar verleend aan HNO VB. In de beschikking is (vooruitlopend daarop) ook verwezen naar een tussen het Land en HNO VB en HNO TE ondertekend Hoofdlijnenakkoord erfpachtuitgifte met betrekking tot onder meer de financiering van het gebouwencomplex van HNO. De RvM is op 4 juni 2019 akkoord gegaan met onder andere een op 3 juni 2019 'op stuk' genomen beslissing[75] ten aanzien van het 'Hoofdlijnenakkoord inzake de erfpachtuitgifte m.b.t. de ondergrond en de opstallen

[72] Annex 2 bij het memorandum van de MRT (2019/0669), ongedateerd. In dit document reageert de MRT op de brief van de Gouverneur d.d. 1 juli 2019 aan de Minister President. Ook vermeldt de MRT dat door het ontbreken van een proactief initiatief bij het Ministerie van Financiën de MRT met het voorbereiden van de lening was belast.

[73] Annex 1 bij het memorandum van de MRT (2019/0669), ongedateerd.

[74] Zie ook het derde deelrapport van de Rekenkamer over de kosten van het project, december 2020. Daarin is onder andere vermeld dat het Land omdat de middelen uitgeput waren, in het eerste kwartaal van 2019 middelen op de begroting, bestemd voor CDI, moest aanwenden om geld voor het project aan SONA over te kunnen maken. Ook daarna zijn voorschotten aan de HNO entiteiten verstrekt uit de CDI middelen en uit de opbrengstmiddelen van de verkoop van UTS. Al deze gelden moesten teruggestort worden als de lening van NAf. 200 miljoen was afgesloten.

[75] NB. Bedoelt wordt een voorstel met een spoedeisend karakter dat buiten de RvM vergadering, door de meerderheid van de ministers voor akkoord wordt getekend, waarna op de eerstvolgende RvM vergadering het besluit door de RvM wordt vastgesteld.

van HNO'. Ook is akkoord gegaan met het machtigingslandsbesluit[76] om de ministers van AZ, GMN, Financiën en VVRP te machtigen om het Hoofdlijnenakkoord namens de openbare rechtspersoon het Land te tekenen met de HNO entiteiten?. In het Hoofdlijnenakkoord is onder meer verwezen naar de financiering die het Land is aangegaan om het ziekenhuis te bouwen. Verder is genoemd dat er voor de afronding daarvan én van de transitiefase dringend aanvullende financiering noodzakelijk was. Ook is vermeld dat een consortium van private financiers daartoe bereid was en ter verzekering daarvan zekerheden moesten worden gevestigd op de vermogensbestanddelen van HNO VB en HNO TE. Vermeld is eveneens dat deze zekerheden zouden bestaan uit door HNO VB en HNO TE in pand of hypotheek, eerste rang, geven aan het Consortium van al hun bestaande en toekomstige goederen, waaronder de in erfpacht uit te geven percelen en het daarop bebouwde. Tot slot is ook opgenomen dat HNO VB in principe voor een aandeel van NAf. 342,5 miljoen de rente- en aflossingsverplichtingen van de lopende HNO-Nederland-financiering van het Land zal overnemen.

- Het ontwerp van eerdergenoemd machtigingslandsbesluit, om de ministers van AZ, GMN, Financiën en VVRP te machtigen om het Hoofdlijnenakkoord namens de openbare rechtspersoon het Land te tekenen met de HNO entiteiten, is op 7 juni 2019 aan de Gouverneur aangeboden. Laatstgenoemde heeft op 10 juni 2019 het ontwerp met onderliggend dossier, voorzien van kanttekeningen op de inhoud van het ontwerp, retour gezonden aan de Minister President. Op 27 juni 2019 is een bijgesteld ontwerp-landsbesluit met het dossier, waaraan stukken waren toegevoegd, aan de Gouverneur aangeboden. Laatstgenoemde heeft vervolgens op 1 juli 2019 de RvM, d.t.k.v. de Minister President, meegedeeld dat zij het ontwerp-landsbesluit niet heeft vastgesteld en ingevolge artikel 21 van het reglement van de Gouverneur de Koning als hoofd van de regering van het Koninkrijk hiervan in kennis heeft gesteld.[77] Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heeft daarop een ontwerp Koninklijk Besluit voorbereid dat door de RMR voor advies is aangeboden aan de RvS. Voordat de RvS een advies kon geven heeft de RvM op 31 juli 2019 besloten om haar besluit tot aanbieding van het conceptmachtigingslandsbesluit aan de Gouverneur én het Hoofdlijnenakkoord in te trekken.[78] De Minister President heeft de Gouverneur op 6 augustus 2019 daarover geïnformeerd.

[76] Zaaknummer 2019/010304.
[77] Brief met kenmerk LB 19/1051 d.d. 1 juli 2019.
[78] Besluit RvM, d.d. 31 juli 2019, zaaknummer 2018/054069.

- In oktober 2018 had het Cft over de extra benodigde financiering van NAf. 200 miljoen al opgemerkt dat zij HNO VB en HNO TE aanmerkte als onderdelen van de collectieve sector. In de berekening van de schuldquote zou de aanvullende investeringsfinanciering van maximaal NAf. 200 miljoen dus ook meetellen.[79] Het Centraal Bureau voor de Statistiek Curaçao heeft in februari 2019 deze entiteiten ook als zodanig geclassificeerd.
- Gelet op voorgaande ontwikkelingen heeft de minister van Financiën in augustus 2019 een leenverzoek aan het Cft gedaan voor het bedrag van NAf. 200 miljoen. In antwoord daarop heeft het Cft meegedeeld dat een bedrag van NAf. 96,3 miljoen niet in aanmerking komt voor financiering. Deze uitgaven zouden zich namelijk volgens de geldende definitie van het SNA van de Verenigde Naties niet als kapitaalsuitgaven kwalificeren. Het betreft de volgende uitgaven:

Tabel 7. Onderdelen leenverzoek ad NAf. 200 miljoen die geen kapitaalsuitgaven zijn (x NAf. miljoen)

Onderdelen	Bedrag
Transitie onderdelen upgraden eerste en derdelijnszorg	5,0
Uitgaven door het Land (NAf. 3 miljoen voor SEHOS, 11 miljoen voor eigen uitgaven)	14,0
Vertragingsclaims BNI	37,0
Gealloceerd door het Ministerie van Financiën aan HNO	3,6
Projectbeheerskosten: HNO entiteiten, MRT, juridisch, Erasmus Medical Center	7,0
Claims, niet betaalde kosten, juridische kosten	9,7
Werkkapitaal HNO	20,0
Totaal	**96,3**

- Het restant ad NAf. 103,7 miljoen kwalificeerde zich wel voor financiering middels een lening maar daarvoor moest het Land eerst aan een aantal voorwaarden voldaan. In dat verband merkte het Cft ook op dat met het aantrekken van de lening de schuldquote niet overschreden zou worden.
- Uit briefwisseling blijkt dat een lening op korte termijn niet door Nederland kon worden geëffectueerd omdat het Land Curaçao nog niet aan de gestelde voorwaarden had voldaan.[80] Het Cft heeft toen de mogelijkheid van aanvullende financiering door het eerdergenoemde Consortium met de minister van Financiën besproken en geadviseerd om, vanwege de aanvullende kosten, de hoogte van deze

[79] Brief Cft aan de minister van Financiën van Curaçao, 23 oktober 2018, kenmerk Cft 201800222

[80] NB. Zie ook paragraaf 6.2. waarin is vermeld dat een van de voorwaarden was dat uiterlijk op 1 oktober 2019 een geoptimaliseerde business case voorzien van een second opinion bij het Cft moest zijn ingediend.

financiering maximaal te beperken en een andere oplossing zoals een overbruggingskrediet te kiezen. Uit onderliggende correspondente blijkt dat de HNO-entiteiten een lening van NAf. 128 miljoen met het consortium van lokale institutionele beleggers hebben afgesloten, bestaande uit een rekening courant faciliteit van NAf. 25 miljoen en een annuïteitenlening van NAf. 103 miljoen.[81]

Conclusie:

Er is te laat onderzoek gedaan naar mogelijke besparingsmaatregelen met als gevolg dat de gekozen besparingsmaatregelen ook laat tot uitvoering zijn gebracht.

Er is onvoldoende rekening gehouden met het gebruikelijke vertragingseffect tussen uitvoering en resultaat, welk effect ook is verhoogd door de aanzienlijke gevolgen van de maatregelen voor diverse partijen, waar onder de medisch specialisten. De taakstellende besparing van NAf. 70 miljoen in het eerste jaar van uitvoering kan dan ook te optimistisch worden genoemd en het achterlopen van de verwachte besparing in 2020 (NAf. 23 miljoen) ten opzichte van de taakstelling te verwachten.

Gezien de vroege indicaties is laat begonnen met het zoeken naar financiering voor de verwachte overschrijding van het investeringsbudget. De inspanningen zijn bovendien pas geïntensiveerd toen de middelen uit de eerder aangegane obligatieleningen bijna uitgeput waren.

[81] Reactie van het Ministerie van Financiën in het kader van ambtelijk hoor en wederhoor op het conceptrapport 'HNO - Uitputting Begroting' van de Rekenkamer, 11 november 2020. In een memorandum (MRT/2020/0854) d.d. maart 2020 heeft de MRT onder andere de lening van NAf. 103 miljoen opgenomen.

7 Haalbaarheid van een duurzame exploitatie van het ziekenhuis

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag of een duurzame exploitatie van het ziekenhuis haalbaar is.

De haalbaarheid van een duurzame exploitatie van het ziekenhuis hangt af van een realistische schatting van de hogere exploitatiekosten van het ziekenhuis en de toereikendheid van de besparingsmaatregelen. De onderzoeksvraag wordt daarom beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen

- Is er duidelijkheid over de actuele verwachte omvang van de hogere exploitatiekosten?
- Zijn de kostenbesparende maatregelen toereikend?

In paragraaf 7.2. wordt ingegaan op de actuele verwachte omvang van de (hogere) exploitatie uitgaven van het ziekenhuis en paragraaf 7.3 gaat over de toereikendheid van de hervormingsmaatregelen

7.2 De actuele verwachte omvang van de (hogere) exploitatie uitgaven van het ziekenhuis

Er is geen duidelijkheid over de actuele verwachte omvang van de hogere exploitatiekosten. Er zijn tot nu toe diverse bedragen genoemd. Verder kan deze omvang realistischer worden geschat als alle factoren die daarop van invloed zijn definitief zijn. Hierna wordt dit toegelicht:

- Er zijn verschillende bedragen gegeven voor de verwachte omvang van de hogere exploitatiekosten van het ziekenhuis. Er dient helderheid over de juiste hoogte te bestaan, daar afhankelijk van deze hoogte kan worden beoordeeld of de kostenbesparingen voldoende zullen zijn.[82] In 2018 en 2019 is uitgegaan van geschatte hogere exploitatiekosten van NAf. 59 miljoen.[83] In februari 2020 is een

[82] Voor haar bevindingen in het rapport heeft de Rekenkamer geen gebruik gemaakt van de geactualiseerde business cases in 2018, 2019 en 2020 en de second opinion daarop maar de informatie aan andere bronnen ontleend. De genoemde documenten kunnen alleen met goedkeuring van de eigenaar, tevens opdrachtgever van de SOAB worden gebruikt, i.c. HNO TE en HNO VB. In reactie op verzoeken om informatie heeft HNO TE de Rekenkamer eind september 2020 te kennen gegeven dat zij niet onder diens onderzoeksbevoegdheid valt. HNO VB wenste een uitspraak daarover in het midden te laten. Uit andere bronnen maakt de Rekenkamer op dat er verschillende hoogtes van de geschatte hogere exploitatiekosten voor het CMC worden genoemd.

[83] Zie voetnoot 41.

bedrag van NAf. 81 miljoen genoemd[84] en medio 2020 NAf. 87,5 miljoen.[85] Volgens de TMFZ/SVB zijn de verwachte hogere exploitatiekosten voor het CMC in 2020 NAf. 42,5 miljoen en zou dit bedrag, afhankelijk van lopende juridische procedures die door het CMC zijn aangespannen, kunnen wijzigen.[86]

- De feitelijke hoogte van de totale investeringskosten is nog niet definitief. In een update van het bestedingsoverzicht van het project d.d. 20 maart 2020 wordt uitgegaan van een totaal bedrag van NAf. 645,1 miljoen, inclusief 20 miljoen werkkapitaal HNO.[87] Eerder was uitgegaan van NAf. 621,8 miljoen op basis waarvan de overschrijding op maximaal NAf. 200 miljoen was geschat. De feitelijke hoogte kan pas definitief worden vastgesteld als ook de HNO entiteiten verantwoording hebben afgelegd over de bestedingen die onder hen hebben plaatsgevonden.[88]
- Als de feitelijke hoogte van de investeringen definitief is kan ook de toebedeling van de projectuitgaven aan het Land en de HNO entiteiten vollediger worden vastgesteld. Er zijn al stappen daartoe gezet door het Land.
- De overdracht van het ziekenhuisgebouw door het Land aan HNO VB is nog niet geregeld. De financiële impact van een definitieve regeling op de verwachte (hogere) exploitatiekosten van het ziekenhuis staan dus evenmin vast. De overdracht kan pas goed geregeld worden als de twee eerdergenoemde punten uitgevoerd zijn én tevens de volgende mogelijke risico's voor het Land zijn ondervangen:
  - HNO VB heeft een door haar op 16 maart 2020 ondertekende akte van schuldbekentenis aan het Land voorgelegd waarin zij in de vorm van drie annuïteitenleningen, die bij het Land worden opgenomen, de schuld overneemt die laatstgenoemde is aangegaan om het ziekenhuis te bouwen.[89] Dit bedrag is

[84] Informatie door het Cft verstrekt tijdens haar persconferentie op 12 februari 2020.
[85] NB. Na door de SOAB doorgevoerde correcties zou sprake zijn een bedrag van NAf. 87,5 miljoen; uitspraak voorzitter Cft in de media, medio 2020.
[86] Bijlage 'Conceptantwoorden TMFZ, n.a.v. vragen van de Rekenkamer bij brief van 9 november (nummer 111-20) aan de minister van GMN, mede gebaseerd op de conceptantwoorden van de SVB d.d. 20 november 2020', bij de brief d.d. 2 december 2020 van de TMFZ aan de minister van GMN.
[87] Bijlage '2.2. HNO bestedingsoverzicht d.d. maart 2020' ontvangen van de MRT, n.a.v. vragen van de Rekenkamer bij brief van 9 november (nummer 111-20) aan de minister van GMN.
[88] Zie deelrapport 'HNO - Uitputting begroting' waarin onder meer de verantwoording door SONA is vermeld.
[89] NB. Zie ook deelrapport 'HNO - Uitputting begroting', december 2020. Het Land heeft in 2014 en 2015 twee obligatieleningen opgenomen bij de Staat der Nederlanden voor de financiering van het project. Eén lening bedroeg NAf. 247 miljoen en de andere lening NAf. 245,5 miljoen. Van laatstgenoemde lening had het Land NAf. 80 miljoen voor andere doeleinden bestemd waardoor per saldo NAf. 412,5 miljoen resteerde voor het HNO project. In de akte van schulderkenning d.d. 16 maart 2020 heeft HNO VB een bedrag van NAf. 412.811.802 opgenomen die zij als een vergoeding aan het Land is verschuldigd. Deze hoofdsom en de daarover verschuldigde rente zullen in 360 termijnen terugbetaald worden van elk NAf. 1.564.000 ingaande 31 januari 2020.

volgens HNO VB verschuldigd als een vergoeding bedoeld in artikel 5:99 lid 1 BW.[90] Volgens de akte kunnen alleen met toestemming van de financiers van HNO VB zekerheden aan het Land worden verstrekt dat de verplichtingen jegens haar worden nagekomen. Het Ministerie van Financiën heeft de Rekenkamer desgevraagd meegedeeld dat zij niet beschikt over een afschrift van de lening met de financiers van HNO of informatie over de leenvoorwaarden. Indien de leenvoorwaarden daadwerkelijk uitsluiten dat HNO VB zonder toestemming van deze financiers de genoemde zekerheden aan het Land verschaft is de kans klein dat het Land en Nederland akkoord gaan met deze constructie. Zowel het Land als Nederland moeten immers zekerheid hebben dat HNO VB de rente- en aflossingsverplichtingen tijdig en volledig aan het Land voldoet. Uit de akte blijkt verder dat de financiers van HNO VB onder meer beschikken over een recht van eerste en tweede hypotheek op het erfpachtrecht van HNO VB. De vraag is welke afspraken er nog meer met de financiers zijn gemaakt en wat de gevolgen daarvan kunnen zijn voor het Land. Ook is de vraag of het recht van eerste en tweede hypotheek ook het bebouwde op de erfpachtgrond betreft. Verder is de vraag welke acties de financiers van HNO VB kunnen nemen indien laatstgenoemde in gebreke blijft om de lening aan hen te betalen en de gevolgen daarvan zijn voor het Land. In het meest negatieve scenario verkrijgen de financiers het erfpachtrecht. De vraag is dan welke garanties het Land heeft dat goede ziekenhuiszorg voor het volk gewaarborgd blijft.

- Indien het Land het ziekenhuisgebouw aan HNO VB overdraagt moeten haar belangen gewaarborgd zijn ingeval van een mogelijke vervreemding van het ziekenhuisgebouwencomplex en/of de aandelen in de HNO entiteiten. Het Land is namelijk overeenkomstig de Staatsregeling verantwoordelijk voor de volksgezondheid. Het Land zal uit dien hoofde dus moeten waarborgen dat het CMC als 'het' algemeen ziekenhuis van Curaçao te allen tijde de beoogde ziekenhuiszorg kan bieden.
- Indien het Land het ziekenhuisgebouw tegen een vergoeding aan HNO VB overdraagt en over veertig jaar het erfpachtrecht niet verlengt heeft HNO VB op grond van artikel 5:99 lid 1 van Boek 5 van het BW[91] recht op vergoeding van

[90] NB. Artikel 5:99 lid 1 Burgerlijk Wetboek Boek 5 luidt als volgt: "Na het einde van de erfpacht heeft de voormalige erfpachter recht op vergoeding van de waarde van nog aanwezige gebouwen, werken en beplantingen, die door hemzelf of een rechtsvoorganger zijn aangebracht of van de eigenaar tegen vergoeding der waarde zijn overgenomen."

[91] Idem.

de waarde (op dat moment) van het gebouw dat zij, tegen vergoeding van de waarde (toendertijd), van het Land heeft overgenomen. Gelet op het voorgaande is het Land dus verplicht om over veertig jaar een vergoeding tegen een toekomstige waarde aan HNO VB te betalen als laatstgenoemde een vergoeding betaalt, in welke vorm dan ook, voor de overname van het ziekenhuisgebouw. De vraag is of het Land zich daarvan bewust is en op welke wijze zij daarmee rekening gaat houden in haar landsbegroting.

7.3 De toereikendheid van de hervormingsmaatregelen

Zoals eerder vermeld heeft de SVB een taakstelling gekregen om gedurende de referentieperiode van 1 januari 2020 tot en met 31 december 2024 jaarlijks NAf. 70 miljoen te besparen op uitgaven in verband met verstrekking van geneesmiddelen, medische uitzendingen en medisch-specialistische zorg. Ook is vermeld dat de geprojecteerde besparingen in 2020 aanzienlijk achterliepen op de taakstelling. De vraag is dan ook in hoeverre de per jaar beoogde besparingen haalbaar zijn met de hervormingsmaatregelen. Op basis van onder meer de eerste tussenrapportage van de SVB in mei 2020 concludeerde de TMFZ in juni 2020[92] nog dat de hervormingsmaatregelen voorlopig als voldoende konden worden beschouwd, gegeven bepaalde voorwaarden. De Rekenkamer is nagegaan of eind november 2020 aan deze voorwaarden is voldaan. Hierna is dit voor elk zorggebied weergegeven:

[92] Jaarverslag implementatie- en adviestraject hervormingen marktordening en financiering zorgsector 21 juni 2019-21 juni 2020, TMFZ 30 juni 2020.

Tabel 8. Mate van realisatie voorwaarden voor toereikendheid hervormingsmaatregelen, eind november 2020

Realisatie voorwaarden per zorggebied	
Geneesmiddelenvoorziening	
Conclusie TMFZ juni 2020	Voorlopig kan structureel NAf. 34 miljoen op jaarbasis worden aangehouden als besparingsrealisatie vanaf 2021.
Voorwaarde juni 2020	Indien de Commissie Registratie Geneesmiddelen nog in 2020 de lijst met registraties van generieke geneesmiddelen drastisch zal uitbreiden, zoals voorzien middels de wijziging van het Landsbesluit verpakte geneesmiddelen, en bedoelde middelen ook dit jaar daadwerkelijk beschikbaar komen als vervanging voor spécialités.
Mate van realisatie eind november 2020	De versnelde inschrijving van de generieke geneesmiddelen die reeds in de VS, Canada of de EU geregistreerd zijn, heeft geen doorgang kunnen vinden gedurende het jaar. Dat komt doordat de Commissie Registratie Geneesmiddelen niet voltallig is, diens secretaris, tevens Inspecteur Geneesmiddelen, met ontslag is gegaan en de voormalige minister van GMN, tevens bestuurlijke trekker van het project, is afgetreden
Medische uitzendingen	
Conclusie TMFZ juni 2020	Voorlopig kan structureel NAf. 13 miljoen op jaarbasis worden aangehouden als besparingsrealisatie. Dit bedrag kan vanaf 2021 zeker groeien naar het niveau van de taakstelling (NAf. 19 miljoen).
Voorwaarde juni 2020	De hervorming van het beleid middels de komst van de CMU, de uitbreiding van de zorgcapaciteit van de CMU en tijdelijke medische inzending van buitenlandse geneeskundigen conform de behoefteplanning.
Mate van realisatie eind november 2020	De CMU is wel per 1 januari 2020 geïnstitutionaliseerd, maar de begrote uitbreiding van de zorgcapaciteit van het CMC (om de medische uitzendingen te substitueren) en de tijdelijke medische inzending van specialisten naar behoefte zijn nog niet gerealiseerd. Verder zijn er nog geen beleidsmaatregelen genomen door het Ministerie van GMN om hart-, long- en levertransplantaties uit het pakket voor medische uitzendingen te halen.
Medisch specialisten	
Conclusie TMFZ juni 2020	Voorlopig kan structureel in ieder geval NAf. 25 miljoen op jaarbasis worden aangehouden als besparingsrealisatie. Dit bedrag is NAf. 8 miljoen hoger dan de taakstelling (van NAf. 17 miljoen) in het LB Taakstelling zorguitgaven.
Voorwaarde juni 2020	De inwerkingtreding van het nieuwe productieplafond vanaf 1 juli 2020 (vanaf die datum tot maximaal NAf. 750.000 per medisch specialist gerekend op jaarbasis).
Mate van realisatie eind november 2020	Het nieuwe productieplafond kon voor circa 20 van de 55 vrijgevestigde medisch specialisten niet per 1 juli 2020 worden ingevoerd. Deze 20 personen hebben namelijk juridische procedures gevoerd tegen de invoering per die datum en zijn door het GEA in het gelijk gesteld.

Uit de tabel blijkt dat ingeval van 'geneesmiddelenvoorziening' en 'medische uitzendingen' niet is voldaan aan de voorwaarden en ingeval van 'medische specialisten' deels is voldaan aan de voorwaarden. De Rekenkamer schat daarom de toereikendheid (het voldoende zijn) van de hervormingsmaatregelen, om, in 2021 en daarop volgende jaren NAf. 70 miljoen per jaar te besparen, laag in. De kans is dus groot dat een duurzame exploitatie van het ziekenhuis niet haalbaar is, zonder extra besparingsmaatregelen.

De TMFZ heeft in haar rapport van 4 maart 2019 een totaalbedrag van NAf. 84 miljoen aan mogelijke hervormingsmaatregelen geïdentificeerd. Volgens het TMFZ zou er dus nog

NAf. 14 miljoen[93] aan mogelijke maatregelen ingezet kunnen worden indien de hervormingsmaatregelen ad NAf. 70 miljoen ontoereikend blijken te zijn.[94] Eén van deze mogelijke maatregelen betreft de verlaging van de tarieven van laboratoria voor klinisch chemische testen met 20%. De andere mogelijke maatregel betreft het verbeteren van het voorschrijfgedrag voor geneesmiddelen door artsen als gevolg van het jaarlijks FTO tussen de SVB, apothekers en artsen. Elke maatregel zou volgens de TMFZ een besparing van NAf. 7 miljoen opleveren. De SVB schat de verwachte besparingen lager in namelijk NAf. 6 miljoen respectievelijk NAf. 4 miljoen. Voorts heeft de SVB de laatstgenoemde besparingsmaatregel in 2020 al ter uitvoering meegenomen in haar uitvoeringsplan[95] en reeds de eerste stappen heeft genomen om het FTO te institutionaliseren. Voor 2020 zijn op dit gebied geen besparingen verwacht, wel vanaf 2021.

Gelet op het voorgaande zouden meer besparingsmaatregelen geïdentificeerd en ingezet moeten worden. In het eerste kwartaal van 2019 is al uitgebreid onderzocht welke besparingen mogelijk zijn op de zorggebieden met de hoogste uitgaven. Er bestaat daarom een hoog risico dat er geen besparingsmogelijkheden meer zijn en dat het Land dus de hogere exploitatiekosten van het ziekenhuis zal moeten dragen. De noodzaak en omvang van de besparingsmaatregelen hangt uiteindelijk af van een realistische schatting van de hogere exploitatiekosten van het ziekenhuis.

Conclusie:

Een duurzame exploitatie van het ziekenhuis is haalbaar indien de besparingsmaatregelen toereikend zijn om de hogere exploitatiekosten te dekken.

Daar de toereikendheid van de besparingsmaatregelen laag wordt ingeschat is de kans groot dat een duurzame exploitatie van het ziekenhuis niet haalbaar is, tenzij meer besparingsmaatregelen worden geïdentificeerd en ingezet. Gezien het vrij recentelijk onderzoek in 2019 naar besparingsmogelijkheden, bestaat er een hoog risico dat deze mogelijkheden uitgeput zijn en dat het Land, en daarmee de belastingbetaler, opdraait voor de hogere exploitatiekosten van het nieuwe ziekenhuis.

Ondanks dat er onzekerheid bestaat over de omvang van de hogere exploitatiekosten

[93] NB. De mogelijke hervormingen volgens de TMFZ ad NAf. 84 miljoen minus de wettelijke taakstelling ad NAf. 70 miljoen aan de SVB.

[94] Bijlage 'Conceptantwoorden TMFZ, n.a.v. vragen van de Rekenkamer bij brief van 9 november (nummer 111-20) aan de minister van GMN, mede gebaseerd op de conceptantwoorden van de SVB d.d. 20 november 2020', bij de brief d.d. 2 december 2020 van de TMFZ aan de minister van GMN.

[95] NB. Zie maatregel 1B, actie 2 SVB in bijlage 3 van het rapport waarin een beknopte weergave is opgenomen van het uitvoeringsplan van de SVB van september 2019.

is, gelet op de bedragen die tot nu toe zijn genoemd, de verwachting gerechtvaardigd dat deze omvang in de miljoenen beloopt.

Om de omvang van eventuele aanvullende besparingsmaatregelen te bepalen is het noodzakelijk dat zo spoedig mogelijk inzicht wordt gegeven in de geschatte omvang van de hogere exploitatiekosten. Om deze schatting zo goed mogelijk te maken is het bovendien nodig dat de hoogte van het investeringsbedrag definitief wordt vastgesteld en dat ook de voorwaarden worden vastgesteld waartegen het Land het ziekenhuis gebouw zal overdragen aan HNO VB.

8 Conclusies en aanbevelingen

8.1 Conclusies

De Rekenkamer heeft de volgende conclusies getrokken:

1. Voorafgaand aan het besluit in juni 2011 om een nieuw ziekenhuis te bouwen heeft het Land wel laten onderzoeken of een ziekenhuis kon worden gebouwd dat kostendekkend zou kunnen worden geëxploiteerd maar er was nog onvoldoende onderzoek uitgevoerd voor een onderbouwde besluitvorming. Enerzijds werden namelijk harde voorwaarden gesteld aan de kostendekkendheid, zoals efficiencybesparingen in de gezondheidszorg en kostenbesparingen door het ziekenhuis, terwijl anderzijds zelf werd onderkend dat nog onderzocht moest worden hoeveel geld nodig zou zijn om deze besparingen te realiseren. Ook was nog niet zeker of het Land de benodigde middelen zou kunnen opbrengen. De haalbaarheid van de als voorwaarde gestelde efficiencybesparingen was dus onvoldoende gewaarborgd, en daarmee ook de haalbaarheid van een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis.
2. Ten tijde van het besluit was ook nog geen inzicht in de omvang van de overige projectkosten, zoals de overgang naar het ziekenhuis, terwijl verondersteld werd dat het Land deze uitgaven zou bekostigen. Er bestond dus een risico dat halverwege het project de financiering een probleem zou blijken en de afronding niet of moeilijk haalbaar zou zijn. Dit is later in het project ook gebleken.
3. Ook het besluit om het ziekenhuis op de beoogde locatie in Otrobanda te bouwen is onvoldoende onderbouwd. Er is namelijk geen rekening gehouden met risico's die al in 2012 bekend waren, zoals een langere bouwtijd van drie jaar en circa 40% hogere kosten ingeval van een bebouwde locatie. Ook kon in dit geval worden verwacht dat de staat van de ondergrondse infrastructuur een risico kon vormen. De consequenties van het besluit zijn pas een maand na het besluit, dus te laat, gekwantificeerd en door vertaald naar een uitspraak over de haalbaarheid van een kostendekkende exploitatie, uitgaande van de beoogde locatie.
4. In 2011, 2013 en 2014 is, uitgaande van aannames en schattingen, geconcludeerd dat een kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis haalbaar was. Van sommige aannames en schattingen kon echter toen al de haalbaarheid worden betwijfeld. Zo is de aanname aangehouden dat minstens dertig vrijgevestigde medisch specialisten zouden overgaan naar dertig nog te bouwen poliklinieken in het ziekenhuis terwijl deze aanname begin 2012 al als een aanzienlijk risico voor de business case was aangemerkt. Ook is het egalisatiefonds, waaruit eventuele schadevergoedingen aan

deze specialisten betaald zouden worden, nooit opgericht noch waren er andere vruchtbare inspanningen gebleken. Verder zijn de financiële gevolgen van de locatiewijziging naar Otrobanda op circa NAf. 39 miljoen geschat terwijl SONA al in 2012 op basis van onderzoek had ingeschat dat de investeringskosten ingeval van bouw in Otrobanda 40% hoger zouden worden, wat neerkomt op NAf. 132,2 miljoen hogere investeringskosten.

5. Het Land heeft niet tijdig onderzocht welke besparingsmaatregelen in de gezondheidszorg mogelijk waren en daardoor ook niet tijdig maatregelen om deze te realiseren in uitvoering gebracht. Hoewel vanaf mei 2014 tot en met oktober 2018 geen actualisaties van de business case waren opgesteld, waren er genoeg indicaties in deze periode van een verwachte overschrijding van het investeringsbedrag én van een aanzienlijk toekomstig exploitatietekort. Zo zijn vanaf 2015 aanhoudend overschrijdingen van het investeringsbudget gemeld variërend tussen de NAf. 72 miljoen en 200 miljoen en is eind 2017 een eerste schatting van het exploitatietekort van NAf. 49 miljoen gegeven, gevolgd door eens schatting in juni 2018 van NAf. 59 miljoen. De overheid had in ieder geval, in afwachting van een geactualiseerde business case, al kunnen laten onderzoeken welke besparingsmaatregelen mogelijk waren en een aanvang kunnen maken met de uitvoering van de gekozen maatregelen.
6. Er is onvoldoende rekening gehouden met het gebruikelijke vertragingseffect tussen uitvoering en resultaat, welk effect ook is verhoogd door de aanzienlijke gevolgen van de maatregelen voor diverse partijen, waar onder de medisch specialisten. De taakstellende besparing van NAf. 70 miljoen in het eerste jaar van uitvoering kan dan ook te optimistisch worden genoemd en het achterlopen van de verwachte besparing in 2020 (NAf. 23 miljoen) ten opzichte van de taakstelling te verwachten.
7. Gezien de vroege indicaties is laat begonnen met het zoeken naar financiering voor de verwachte overschrijding van het investeringsbudget. De inspanningen zijn bovendien pas geïntensiveerd toen de middelen uit de eerder aangegane obligatieleningen bijna uitgeput waren. Daardoor is lange tijd onzekerheid geweest of het project (tijdig) afgerond zou kunnen worden.
8. Een duurzame exploitatie van het ziekenhuis is haalbaar indien de besparingsmaatregelen toereikend zijn om de hogere exploitatiekosten te dekken. Daar de toereikendheid van de besparingsmaatregelen laag wordt ingeschat is de kans groot dat een duurzame exploitatie van het ziekenhuis niet haalbaar is, tenzij meer besparingsmaatregelen worden geïdentificeerd en ingezet. Gezien het vrij recentelijk onderzoek in 2019 naar besparingsmogelijkheden, bestaat er een hoog

risico dat deze mogelijkheden uitgeput zijn en dat het Land, en daarmee de belastingbetaler, opdraait voor de hogere exploitatiekosten van het nieuwe ziekenhuis.

9. Ondanks dat er onzekerheid bestaat over de omvang van de hogere exploitatiekosten is, gelet op de bedragen die tot nu toe zijn genoemd, de verwachting gerechtvaardigd dat deze omvang in de miljoenen beloopt.
10. Om de omvang van eventuele aanvullende besparingsmaatregelen te bepalen is het noodzakelijk dat zo spoedig mogelijk inzicht wordt gegeven in de actueel geschatte omvang van de hogere exploitatiekosten. Om deze schatting zo goed mogelijk te maken is het bovendien nodig dat de hoogte van het investeringsbedrag definitief wordt vastgesteld en dat ook de voorwaarden worden vastgesteld waartegen het Land het ziekenhuis gebouw zal overdragen aan HNO VB.

8.2 Aanbevelingen

De Rekenkamer beveelt de Staten aan erop toe te zien dat:

1. de ministers van GMN en Financiën zo spoedig mogelijk inzicht verschaffen in de actuele geschatte omvang van de hogere exploitatiekosten;
2. de minister van GMN bevordert dat de HNO entiteiten op korte termijn verantwoording afleggen over hun de bestedingen t.b.v. het project, zodat de hoogte van het investeringsbedrag kan worden vastgesteld, én de Staten daarover informeert;
3. de ministers van GMN en Financiën inzicht verschaffen over de wijze waarop de belangen van het Land, in geval van een mogelijke vervreemding van het ziekenhuis gebouwencomplex en/of van de aandelen in de HNO entiteiten, zijn gewaarborgd;
4. de ministers van GMN en Financiën een afschrift verkrijgen van de leenovereenkomst tussen de HNO entiteiten en de lokale financiers zodat duidelijk wordt welke zekerheden en afspraken zijn gemaakt;
5. de ministers van GMN en Financiën juridisch advies inwinnen over de gevolgen van de verleende zekerheden en gemaakte afspraken voor het Land, waar onder welke acties de financiers kunnen nemen indien HNO VB in gebreke blijft om tijdig te voldoen aan de rente- en aflossingsverplichtingen;
6. de minister van Financiën inzicht geeft over de wijze waarop rekening is gehouden met de gevolgen voor het Land bij het aflopen van het erfpachtrecht aan HNO VB na veertig jaar;

7. De minister van Financiën informatie verstrekt over de status van het leenverzoek dat in 2019 bij het Cft is ingediend om de overschrijding van het investeringsbudget te financieren; i.c. is het de bedoeling de lening bij de lokale financiers omgezet worden in een lening bij Nederland?
8. De minister van GMN en Financiën informatie verstrekken over de exploitatierekening van het nieuwe ziekenhuis daar deze inmiddels al langer dan een jaar operationeel is.
9. de minister van GMN de SVB verzoekt om een plan van aanpak op te stellen waarin is uitgewerkt op welke wijze de gevolgen van het achterlopen van de besparing bij de taakstelling in 2020, en de gevolgen van COVID-19, ondervangen zullen worden zonder dat de landsbijdrage voor de gezondheidszorguitgaven verhoogd wordt;
10. de minister van GMN bij de SVB en de TMFZ informeert of aanvullende besparingsmaatregelen noodzakelijk zijn om de verwachte hogere exploitatiekosten te dekken en zo ja welke maatregelen mogelijk zijn.

9 Ambtelijke en bestuurlijke reactie

9.1 Ambtelijke reacties

De Rekenkamer heeft het conceptrapport op 23 februari jl. voor ambtelijk hoor en wederhoor aan het bestuur van SONA en aan de SG a.i. van het ministerie van Financiën aangeboden. Op dezelfde datum is het conceptrapport voor hoor en wederhoor aan de minister van GMN aangeboden. Volgens een brief van de Secretaris Generaal van het ministerie van GMN d.d. 23 april 2018 kon het ministerie het project namelijk niet dragen. Dit argument was ook als reden aangevoerd waarom geen ambtelijke reacties werden gegeven op de eerdere deelrapporten van de Rekenkamer over het HNO project.

Bij de aanbieding van het conceptrapport heeft de Rekenkamer vermeld dat zij graag binnen twee weken na dagtekening van de brief het commentaar op dit concept verneemt. Ook is vermeld dat indien de Rekenkamer na het verstrijken van deze periode geen commentaar heeft ontvangen, zij ervan uit gaat dat de ontvanger zich met de inhoud kan verenigen.

Noch van de SG a.i. van het Ministerie van Financiën noch van de minister van GMN is een reactie ontvangen.

Na een verzoek tot verlenging van de termijn is op 17 maart jl. een reactie van SONA ontvangen. Deze reactie is onverkort als bijlage (4) bij het rapport opgenomen. Hierna is alleen de conclusie daarvan opgenomen:

> *"SONA concludeert met de ARC dat een duurzame exploitatie onder de huidige omstandigheden inderdaad niet gegarandeerd lijkt. Zulks blijkt uit de aanmerkelijke verschillen tussen de exploitatieramingen die tijdens het project zijn opgesteld (en waarvoor reeds bezuinigingen noodzakelijk waren) en de door CMC gepresenteerde kostencijfers die aanzienlijk hoger liggen (en zodoende nog meer bezuinigingen of premiestijgingen met zich mee zullen brengen). Het CMC heeft de exploitatie van het nieuwe hospitaal kennelijk niet binnen de destijds geraamde budgettaire kaders weten te realiseren en lijkt het Land nu met een voldongen feit te confronteren. Uit het conceptrapport van de ARC blijkt dat het Land evenmin geslaagd is om de voor de financiering van het nieuwe hospitaal noodzakelijke bezuinigingstaakstelling te realiseren. Dit leidt ertoe dat de kloof tussen de thans bij CMC gemaakte operationele kosten en de beschikbare (publieke) financiering aanzienlijk te noemen is. Daarmee is van een duurzame exploitatie vooralsnog geen sprake.*

Het thans door het CMC in feite opgeëiste additionele beslag op de publieke middelen die beschikbaar zijn voor volksgezondheid roept bovendien de (beleids)vraag op naar de (wenselijke) verdeling van publieke middelen en de daarbij gewenste kwaliteitsniveaus van de eerste- en derdelijnszorg op Curaçao. De beschikbare fondsen zijn immers een gegeven en het financieren van een kwaliteitsstap voorwaarts bij het CMC (de tweedelijnszorg) zal mogelijk tot gevolg hebben dat de eerste- en derdelijnszorg een stap achteruit moeten zetten. Het is immers uit de (financiële) lengte of uit de breedte.

Wel is het de vraag of het Land het CMC niet te hoge kapitaalslasten opdringt door alle kosten van de realisatie van het project voor rekening van de exploitatie van het CMC te willen brengen. Er is volgens SONA iets voor te zeggen om niet alle realisatiekosten van het nieuwe hospitaal ten laste van de exploitatie van het CMC te brengen, maar alleen de oorspronkelijke begroting van de realisatie op het Amstelterrein, ad ANG. 370 miljoen. De kosten van de beleidskeuze voor de locatie van het nieuwe hospitaal te Otrobanda blijven dan voor rekening van het Land".

De Rekenkamer merkt op dat haar onderzoeksperiode loopt tot eind november 2020. Terwijl de ambtelijke hoor en wederhoorperiode liep heeft het CMC (op 15 maart 2021) een persconferentie gegeven over de financiële problemen bij de exploitatie van het ziekenhuis. SONA refereert in haar opmerkingen naar de gepresenteerde cijfers tijdens de persconferentie.

9.2 Bestuurlijke reacties

De Rekenkamer heeft het conceptrapport op 23 maart jl. voor bestuurlijk ambtelijk hoor en wederhoor aan de RvC van SONA en aan de minister van Financiën aangeboden. Het conceptrapport was al op 23 februari 2021voor hoor en wederhoor aan de minister van GMN aangeboden.

Noch van de minister van Financiën noch van de minister van GMN is een reactie ontvangen.

Op 30 maart jl. is een reactie ontvangen van SONA waarin is vermeld dat de RvC en de directie van SONA constateren dat het ambtelijke commentaar integraal is opgenomen in bijlage 4 bij dit rapport. Voorts is vermeld dat SONA geen opmerkingen heeft op de

inhoud van het deelrapport dat op 23 maart j.l aan haar is aangeboden en dat zij daarom afziet van het geven van bestuurlijk commentaar.

10 Nawoord

Dit rapport betreft het vierde en tevens laatste deelrapport dat de Rekenkamer uitbrengt over het project ter zake de bouw van het nieuwe ziekenhuis, het CMC.

Terwijl de ambtelijke hoor en wederhoorperiode liep heeft het CMC (op 15 maart 2021) een persconferentie gegeven over de financiële problemen bij de exploitatie van het ziekenhuis. Uit deze persconferentie blijkt dat sprake is van een zorgelijke situatie met betrekking tot een duurzame exploitatie van het CMC.

Daar bovenop woedt er wereldwijd een pandemie die ook op Curaçao het nodige beslag legt op de (financiering van de) gezondheidszorg.

Gelet op het voorgaande wringt het des te meer dat de ministers van GMN en van Financiën, evenals bij het derde deelrapport, geen reactie op dit deelrapport hebben gegeven, in het kader van bestuurlijk hoor en wederhoor. Zelfs indien de ministers zich met de inhoud van het rapport kunnen verenigen mag, gezien hun verantwoordelijkheid, ten minste verwacht worden dat zij aangeven op welke wijze zij invulling zullen geven aan de aanbevelingen van de Rekenkamer. Het volk mag van de overheid geruststelling en duidelijkheid verwachten over de wijze waarop deze de (financiële) toegankelijkheid van voorzieningen in de gezondheidszorg waarborgt.

Evenals in het voorgaande deelrapport benadrukt de Rekenkamer dat het Land overeenkomstig de Staatsregeling verantwoordelijk is voor de volksgezondheid en dus te allen tijde moet waarborgen dat het CMC als 'het' algemeen ziekenhuis van Curaçao de beoogde ziekenhuiszorg kan bieden. Ten overvloede merkt de Rekenkamer op dat het risico bestaat dat het Land géén bevoegdheden heeft om tijdig in te kunnen grijpen om financiële problemen van het CMC te voorkomen of te beperken, maar wél de rekening gepresenteerd krijgt indien deze problemen zich voordoen. Dit moet uiteraard voorkomen worden.

Bijlage 1. Toelichting business case oktober 2013

Ad 1. per saldo hoger investeringsbedrag

In de business case van 21 oktober 2013 is het investeringsbedrag toegenomen van NAf. 330,5 miljoen naar NAf. 400,2 miljoen. De toename wordt gevormd door enerzijds een hogere schatting van investeringsbedragen en anderzijds investeringsposten die niet meer zijn meegenomen.

Hogere bouwsom en daarvan afgeleide kosten

De meerkosten voor de bouw op de locatie Otrobanda zijn geschat op NAf. 39,1 miljoen. Door de stijging van de bouwsom zijn ook de kosten die een bepaald percentage zijn van de bouwsom, te weten de bijkomende kosten, directiekosten, onvoorzien en startkosten, hoger geschat.

Hogere bouwrente

De bouwrente is door verschillende oorzaken hoger geschat dan in de business case van december 2011. Naast de hogere bouwsom zijn ook de verhouding publiek-private financiering en het stortingsschema[96] voor de benodigde financiering gewijzigd. Eerder was uitgegaan van 100% publieke financiering door een obligatielening tegen 3% rente. In oktober 2013 werd uitgegaan van 70% publieke financiering door een obligatielening tegen 3% rente en 30% private financiering tegen 5% rente. Voor het stortingsschema werd in oktober 2013 uitgegaan van 40% van de investeringssom in 2014 en in 2015 en 2016 elk 30%.[97] In de eerdere business case was de verdeling per kostenpost én verschillend per kostenpost.

Vervallen van de grondkosten

In de business case van oktober 2013 is er van uitgegaan dat de kosten voor de grond, het opkopen van de huizen[98] en de overdracht van een deel van de grond van SEHOS naar het nieuwe ziekenhuis door het Land zelf zouden worden betaald.

Vervallen van de omzetbelasting

In de business case van december 2011 is de OB meegenomen in het investeringsbedrag. Toen is opgemerkt dat USONA bezig was om vrijstelling van OB aan te vragen voor NHN.

---

[96] NB. Het stortingsschema hangt af van de timing van betaling van de investeringen.

[97] NB. Toen werd er nog van uitgegaan dat de oplevering in 2016 zou plaatsvinden.

[98] NB. Bij de locatiewijziging naar Otrobanda was er in eerste instantie van uitgegaan dat het ziekenhuis gedeeltelijk op een bepaald gebied waarop huizen van particuliere eigenaren stonden gesitueerd zou worden en dit gebeid door de overheid aangekocht zou worden.

In de business case van oktober 2013 is de OB niet meegenomen in het investeringsbedrag omdat verwacht werd dat de overheid ook voor HNO vrijstelling van OB zou verlenen. Ter onderbouwing daarvan is verwezen naar de MOU van 20 september 2013 waarin onder andere is opgenomen dat het Land zich maximaal inspant om het project nieuwbouw ziekenhuis vrij te stellen van OB, importheffingen en andere heffingen. Ook werd verwezen naar de eerder aan NHN verleende vrijstelling.

Bijlage 2. Conclusies in second opinion SOAB November 2013

Beoordeling van de conclusie van USONA dat na de meerkosten nog steeds een gezonde exploitatie mogelijk is. Hierna zijn de vragen, bevindingen en het antwoord volgens de SOAB opgenomen.

	Vraag	Bevindingen	Conclusie
1	Is het door USONA berekende investeringsbedrag na de meerkosten ad NAf. 400 miljoen aanvaardbaar voor een gezonde exploitatie van het nieuwe ziekenhuis?	- De uitgangspunten van de business case HNO zijn dezelfde als die zijn toegepast ten aanzien van NHN (Opbouw van de investeringen en het rekenmodel dat met in achtneming van de wijzigingen op dezelfde wijze, dus met dezelfde parameters en veronderstellingen, is opgezet als het geval was ten aanzien van NHN.). - De SOAB deelt de visie van USONA dat een efficiencybesparing in de exploitatie van het nieuwe ziekenhuis van structureel NAf. 2 miljoen mogelijk is. Het realiseren van deze besparing vergt goed overleg met het Ministerie van GMN en de SVB, opdat deze efficiencymaatregel niet "weglekt: via de voorgenomen budgetfinanciering.	Met in achtneming van de bevindingen is het investeringsbedrag van NAf. 400 miljoen aanvaardbaar uit een oogpunt van een sluitende exploitatie van het nieuwe ziekenhuis HNO gedurende de periode 2017 -2032.
2	Is er een risico dat dit investeringsbedrag bij de formele start van de bouw van het ziekenhuis hoger zal uitvallen en hoe is dit risico afgedekt in de business case?	- Het Land is er alles aan gelegen om een snelle start van de bouw van het nieuwe ziekenhuis HNO te faciliteren. - SOAB taxeert dat de huidige ramingen van BNI die inderdaad aan de conservatieve kant zijn. De geraamde bedragen zijn bovendien nog onderwerp van onderhandeling tussen USONA en BNI. - De visie van USONA wordt gedeeld dat verdere efficiencybesparingen boven op de NAf. 2 miljoen, indien noodzakelijk, mogelijk zijn.	Met in achtneming van de bevindingen wordt het risico dat het investeringsbedrag van NAf. 400 miljoen, bij de formele start van de bouw van het ziekenhuis, hoger zal uitvallen niet groot geacht. Ook is de mening dat dit eventuele risico voldoende is of kan worden afgedekt in de business case HNO.

3	Is het verantwoord om het Rekenmodel nog steeds te baseren op de gerealiseerde geschoonde exploitatie SEHOS 2010?	- De SOAB heeft geen aanleiding om te menen dat het niet verantwoord zou zijn om voor de business case HNO uit te gaan van de geschoonde jaarcijfers van het SEHOS 2010. - Meer algemeen wordt opgemerkt dat het lastig blijft om uitspraken te doen over de exploitatie van een nieuw ziekenhuis op Curaçao vanaf 2017. Curaçao heeft een relatief kleinschalig ziekenhuis, voor een beperkt verzorgingsgebied, met inwoners met deels een eigen ziektebeeld. Ook kent Curaçao relatief lagere lonen en een lagere productiviteit dan waarmee internationale standaarden rekenen. - Met het handhaven van het uitgangspunt van het SEHOS 2010 wordt gekozen voor een behoedzaam uitgangspunt.	Met in achtneming van de bevindingen is het niet onverantwoord om voor het Rekenmodel HNO te blijven uitgaan van de geschoonde jaarcijfers van het SEHOS over het jaar 2010.
4	Zijn de bestuurlijke omgevingsfactoren van de business case HNO gewijzigd ten opzichte van de stand second opinion business case NHN januari 2012 en wat betekenen de eventuele wijzigingen voor de business case HNO?	Voor zover kon worden nagegaan zijn de bestuurlijke omgevingsfactoren die van belang zijn voor de politiek bestuurlijke ambities met betrekking tot het nieuwe ziekenhuis HNO niet of nauwelijks gewijzigd ten opzichte van de situatie ten tijde van de business case NHN. Het gestelde door USONA dat met de enkele wijziging die wel heeft plaatsgevonden, de mogelijkheid op het realiseren van bestuurlijke randvoorwaarden eerder is toegenomen dan is afgenomen.	Met in achtneming van de bevindingen wordt geconcludeerd dat het niet onverantwoord is om geen rekening te houden met voor de business case negatieve wijzigingen in de bestuurlijke omgevingsfactoren.

Bijlage 3. Beknopte weergave maatregelen, beoogde effecten en acties volgens uitvoeringsplan SVB, 16 september 2019

I	**Geneesmiddelenvoorziening**	
	Maatregelen	
1A	**Brutowinstmarge importeurs spécialités van 20% naar 10%**[99]	**3**
	Beoogd effect	
	Dit stimuleert de substitutie van spécialités naar minder kostbare generieke middelen waardoor prijsverlaging van geneesmiddelen optreedt. Er treedt ook kostenverlaging op door de margeverlaging op de spécialités.	
	Acties	
	Actie extern: een voorwaarde voor het succesvol implementeren van deze maatregelen is een volledige en tijdige vaststelling alsook publicatie van de relevante prijslijsten voor de desbetreffende geneesmiddelen door het ministerie van EO, en een voortvarende registratie van generieke middelen door de Inspectie voor de Geneesmiddelen (IVG).	
	Actie SVB: De SVB zal er in haar bedrijfsvoering op toe zien dat de door haar betaalde prijzen voor de desbetreffende geneesmiddelen maximaal corresponderen met de voornoemde prijslijst van MEO of analoog aan de berekening van MEO en de generieken en spécialités onderscheiden t.b.v. gedifferentieerde winstmarges van de groothandel/importeur (resp. 20% en 10% winstmarge).	
1B	**Negatieve prikkel excessief voorschrijfgedrag per medewerkende huisarts**	**4**
	Beoogd effect:	
	Minder medicijnen voorschrijven, waardoor uitgaven SVB om medicijnen te vergoeden daalt.	
	Actie 1 SVB: de SVB neemt de negatieve prikkel[100] bij excessief voorschrijfgedrag voor medewerkende huisartsen op in de zorgcontracten voor huisartsen. Na communicatie van de nulmeting (zonder gevolgen), volgt op een later moment handhaving via deze negatieve prikkel met gevolgen (streven 4e kwartaal 2020).	
	Actie 2 SVB:	
	Het gedrag zal ook worden aangepakt via het farmacotherapeutisch overleg (FTO)[101] De SVB institutionaliseert het FTO voor de medische beroepsbeoefenaren, in eerste instantie uitsluitend voor huisartsen inclusief waarnemers, ter uitvoering van artikel 1 lid 1e van het Landsbesluit nadere criteria zorgcontracten. (PB 2019, no. 28): "*Als nadere criteria voor zorgcontracten als bedoeld in artikel 7.1. vierde lid, van de landsverordening basisverzekering ziektekosten, worden vastgesteld: deelname door een*	

[99] Conform artikel 2 lid 2c van de ministeriële regeling maximumprijzen geneesmiddelen (P.B. 2019, no. 17): "*De maximumprijzen worden per kwartaal berekend door de factuurprijs van een geneesmiddel te vermeerderen met: (..) c. een opslag voor de importeur van 10% voor spécialités en 20% voor generieke geneesmiddelen.*"

[100] NB. De negatieve prikkel houdt volgens het uitvoeringsplan een periodieke korting op het abonnementstarief in, voor huisartsen die de vastgestelde norm overschrijden. Deze norm wordt onder meer gemeten in (historisch) aantal receptregels per abonnementsverzekerde.

[101] NB. Het ***Farmacotherapeutisch overleg*** (FTO) is een ***overleg*** tussen huisartsen en apothekers over de behandeling van ziekten met medicijnen in het algemeen.

	individuele medisch beroepsbeoefenaar aan FTP georganiseerd door de Uitvoeringsorganisatie".	
1C	**Generale korting vergoedingsprijs met 30% ingevolge het substitutiebeleid**	**32,0**
	Beoogd effect (1):	
	Generieke geneesmiddelen moeten sneller en eenvoudiger op de markt komen[102] zodat het aanbod aan generieke middelen toeneemt wat de substitutiemogelijkheden vergroot	
	Acties:	
	Extern (buiten SVB): de importeur moet aanmelden bij de Inspectie voor de Geneesmiddelen (IVG) dat deze een geneesmiddel uit de toegestane jurisdicties wil verhandelen. Op haat beurt dient IVG de aangevraagde registratie van generieke geneesmiddelen versneld te doen lopen. **Actie SVB:** De SVB zal er in haar bedrijfsvoering op toezien dat de door haar betaalde prijzen voor geneesmiddelen met 30% gekort worden met ingang van 1 januari 2020.	
	Beoogd effect (2):	
	Apothekers verplichten om met in achtneming van de verzekering van de patiënt een voorgeschreven spécialité te vervangen door een gelijkwaardig generiek geneesmiddel.	
	Acties:	
	Wettelijk voorgeschreven: Apothekers of apotheekhoudende geneeskundigen zijn verplicht een elektronische administratie van ingekochte geneesmiddelen bij te houden met gegevens over: de leverancier en over de ingekochte spécialités onderscheidenlijk generieke geneesmiddelen. Volgens de SVB is deze administratieve actie niet nodig en zal zij alle maximumprijzen (maximale vergoedingsprijs) neerwaarts aanpassen met 30%, conform de generale korting van 30%.	
	Actie SVB: De SVB zal haar maximumprijzen neerwaarts aanpassen conform de generale korting van 30%.	
	Actie extern: Importeurs en apothekers worden geprikkeld om generieke geneesmiddelen lokaal aan te melden voor verhandelen. Cruciale voorwaarde is dat de registratiecommissie op haar beurt tijdig dient te handelen cf. artikel 13a: "(..) *wordt op verzoek van een importeur een generieke geneesmiddel* ***terstond*** *in het register (….) ingeschreven* (…)	
II	**Medische uitzendingen**	
	Maatregelen	
2	**Uitbreiding lokale zorgcapaciteit[103]**	

[102] NB. Ter bevordering daarvan is het Landsbesluit verpakte geneesmiddelen gewijzigd; artikel 1G, 13 b van het Landsbesluit bevordering doelmatigheid gezondheidszorg.

[103] Nota van Toelichting van het Landsbesluit taakstelling zorguitgaven: "de besparing voortvloeiende uit de ingebruikname van het CMC wordt geschat op NAf. 19 miljoen die duurzaam kan worden gerealiseerd. In et Landsbesluit bevordering doelmatigheid gezondheidszorg (P.B. 2019, no 24: "Allereerst zal ervoor gezorgd dienen te worden dat de beschikbare expertise en middelen werkelijk aanwezig zijn binnen het CMC, met name in de vakgroepen die het meest geconfronteerd worden met de noodzaak tot medische uitzendingen (..) daarin speelt het CMC zelf, uiteraard in overleg met de Uitvoeringsorganisatie, een belangrijke rol".

2A1	**Substitutie uitzendingen i.v.m. incidentele ondercapaciteit**	**3,5**
	Beoogd effect:	
	Tijdelijke hiaten in het lokaal zorgaanbod worden opgevangen door medische uitzendingen. Met een goed functionerende CMC zal de kostenpost voor medische uitzendingen met circa 10% dalen t.o.v. de geprojecteerde uitgaven voor 2019.	
	Acties:	
	Actie extern: beschikbaarheid van medische expertise en middelen	
	Actie SVB: Redenen voor medische uitzendingen monitoren.	
2 A2	**Substitutie uitzendingen door structurele uitbreidingscapaciteit**	**13,5**
	Beoogd effect:	
	Structurele hiaten in het lokale zorgaanbod worden nu opgevangen door medische uitzendingen. Afname van de structurele hiaten leidt tot afname van de uitzendingen. De cruciale aanname is dat met een goed functionerende CMC, het totaal structureel aanbod van medische handelingen wordt verruimd ten opzichte van de huidige situatie.	
	Acties:	
	Actie extern: Het rapport getiteld 'Verdeling van de mogelijke besparingen op de kosten van medische uitzendingen naar vakgroepen (Micromethode)' weergeeft een detailoverzicht van de geanticipeerde besparingen op niveau van de vakgroepen. In het rapport zijn de randvoorwaarden voor de besparingen uiteengezet, namelijk: a. een nieuw en volledig uitgerust ziekenhuis; b. een speciaal voor de beoordeling van medische uitzendingen ingesteld college van medisch specialisten; c. medische inzending van de specifiek benodigde buitenlandse medisch specialismen. CMC dient hiertoe expliciet te beschrijven welke zorg, waarvoor thans uitzendingen plaatsvinden, lokaal gesubstitueerd gaan worden door CMC Belangrijke randvoorwaarde is dat dit niet zal leiden tot een verhoging van de uitgaven voor SVB conform wat begroot is in het businessplan CMC.	
	Acties SVB	
	De SVB bekleedt de voorzittersfunctie van het College Medische Uitzendingen (CMU) en geeft uit dien hoofde mede invulling aan het doelmatig en doeltreffend fungeren van dit college. De medisch adviseur van de SVB neemt zitting om met name de verzekeringstechnische aspecten voor de uitvoeringsorganisatie te garanderen. De medisch adviseur bewaakt het budget voor medische uitzendingen. De SVB zal in samenwerking met CMC de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en operationele werkwijze van het CMU beschrijven, binnen de kaders van de wetgeving.	
	Afdeling medische uitzendingen van de SVB schrijft alle coördinerend medisch hoofden aan plus CMC en gaat met hen in overleg voor uitwerking op vakgroep niveau van taakstelling. Afdeling CURE van de SVB complementeert de afdeling uitzendingen i.v.m. de expertise t.a.v. de lokale zorg. Dit mag niet leiden tot budgetverhoging CMC.	
	CMC wordt in de toekomst de wettelijke plicht opgelegd om te beschikken over een centrale planningscommissie verantwoordelijk voor het te allen	

	tijde inzichtelijk houden van beschikbare capaciteit en medisch specialismen[104]. Zulks in het kader van de omgekeerde medische uitzendingen (invliegen van medisch specialisten). De SVB kan deze verplichting eventueel ook opnemen in haar zorgcontract met CMC.	
2B	**Pakketaanpassing hart-, long-, en levertransplantaties**	**1**
	Beoogd effect:	
	Door aanpassing van het verstrekkingenpakket de kosten ten laste van het BVZ verlagen. In plaats van verzekerden jarenlang op kosten van het fonds BVZ in het buienland te laten verblijven, in afwachting van beschikbare organen, wordt voorgesteld dat de SVB de emigratie naar het buitenland faciliteert en de verzekerde onderbrengt bij het verzekeringsstelsel aldaar (dit in navolging van bijvoorbeeld Aruba).	
	Actie SVB: Opstellen, aanpassen wetgeving en uitvoeren emigratiebeleid	
	Actie extern: vaststellen en publiceren aangepaste landsbesluiten.	
III	**Medisch specialisten**	
3A	**Introduceren maximale leeftijd zorgcontracten**	**11,5** [105]
	Beoogd effect:	
	Door het niet verlengen van de zorginkoop bij alle medisch specialisten die de AOV gerechtigde leeftijd (65 jaar) bereiken of reeds hebben bereikt, en deze deels - voor zover noodzakelijk- te vervangen door anderen die in loondienst treden van het ziekenhuis, wordt bespaard op de uitgaven aan medisch specialisten.[106]Additioneel moet rekening worden gehouden met de kosten ter vervanging van de afvloeiende medisch specialisten. O.b.v. gegevens uit 2018 betreft het 24 medisch specialisten met een totale productie van NAf. 15,6 miljoen welke de AOV leeftijd met ingang van 1 januari 2020 bereiken. Daarnaast zijn er reeds enkele specialisten die hun werkzaamheden staken/hebben gestaakt gedurende 2019 met een omzet van NAf. 1,1 miljoen. Ter vervanging van een deel van de 24 afvloeiende specialisten komen 14 nieuwe in loondienst tegen Beloningsregeling Medisch Specialisten (BMS) voorwaarden van maximaal NAf. 375.000 per medisch specialist, totale kostenpost NAf. 5,2 miljoen.	
	Acties:	
	Acties extern: reeds voldaan middels artikel 1 lid 1c van het landsbesluit nadere criteria zorgcontracten.	
	Actie SVB: handhaving via zorgcontracten. Tijdig informeren van de betrokkenen i.v.m. rechtsgevolgen.	
3B	**Introduceren productieplafond voor vrijgestelde medisch specialisten**	**13,3**
	Beoogd effect:	
	Door een productieplafond per jaar op te nemen in het zorgcontract met vrijgestelde medisch specialisten wordt bespaard op de uitgaven aan medisch specialisten.	

[104] Blijkens de Nota van Toelichting van het landsbesluit bevordering doelmatigheid gezondheidszorg zal deze plicht opgelegd worden.

[105] Per saldo 11,5 miljoen: totale besparing (NAf. 15,6 plus NAf. 1,1) minus additionele kostenpost (NAf. 5,2)

[106] Artikel 1 lid c van het Landsbesluit nadere criteria zorgcontracten.

	O.b.v. gegevens uit 2018 betreft het n=21[107] medisch specialisten welke voor een totaal bedrag van NAf. 13,3 miljoen boven de norm van NAf. 750.000 per jaar[108] declareren bij de SVB.	
	Acties:	
	Acties extern: reeds voldaan middels artikel 1 lid 1d van het landsbesluit nadere criteria zorgcontracten.	
	Actie SVB: handhaving via zorgcontracten. Tijdig informeren van de betrokkenen i.v.m. rechtsgevolgen.	
IV	**Laboratoriumzorg**	
4A	**Tariefsverlaging 20% op alle testen klinische chemie**	**6**
	Beoogd effect:	
	Besparen op laboratoriumuitgaven	
	Acties:	
	Volgens de SVB is een besparing van NAf. 6 miljoen op KT realistisch en haalbaar.	
	Actie extern: aanpassingen tarieven (minister GMN)	
	Actie SVB: verwerking van de verlaagde tarieven in de interne bedrijfsvoering.	

[107] NB. Medisch specialisten welke zowel de AOV leeftijd als het productieplafond overschrijden zijn al meegeteld in maatregel 3A.

[108] NB. In het rapport van de TMFZ is het plafond op NAf. 750.000 per jaar gesteld voor vrijgevestigde medisch specialisten.

Bijlage 4. Reactie bestuur SONA in het kader van ambtelijk hoor en wederhoor

De investering en de kapitaalslasten

De begroting van NHN en HNO

Het HNO project ging na de locatiewijziging van Amstel naar Otrobanda uit van een budget van ANG 421,8 miljoen via SONA. Daaraan zaten een aantal randvoorwaarden verbonden, de volledige financiering van het project door het Land, evenals de tijdige beschikking over het Sehos terrein voor de bouw, dat de kosten van het verleggen van ondergrondse infrastructuur in de Hamelbergweg niet ten laste van SONA zouden komen en dat er een vrijstelling van invoerrechten en omzetbelasting zou gelden.

Een deel van de kosten zou dus niet via SONA maar via de overheid of ten laste van de eigenaren van de te verleggen ondergrondse infrastructuur moeten komen. De overheid nam ook de kosten van het verwerven van het bouwterrein van het Sehos en Colon voor haar rekening. Een aanzienlijk deel van de aan de locatiewijziging verbonden risico's materialiseerde zich, met name in verband met het in gebreke blijven van diverse actoren op diverse gemaakte afspraken die beoogden deze risico's op meerkosten en vertragingen te mitigeren. Zie rapportage SONA o.a. blz. 15-17.

De mate waarin deze additionele kosten (SONA: niet-gebudgetteerde kosten) uiteindelijk ten laste van de business-case van het nieuwe hospitaal zouden moeten komen is aan de overheid en de exploitatie-entiteiten van het nieuwe hospitaal. SONA wijst er echter op dat het besluit om het oorspronkelijke NHN-project van het Amstelterrein te verplaatsen naar Otrobanda niet op volksgezondheidoverwegingen is gebaseerd, maar op politiek-bestuurlijke overwegingen waaronder economische. Zie o.a. de motie van de Staten van Curaçao d.d. 11 april 2013 en hoofdstuk 2013 in het SONA eindverslag. Er is dus iets voor te zeggen om daarom alleen de kosten van het realiseren van het oorspronkelijke project te Amstel ten laste van de business-case HNO/CMC te brengen en de meerkosten te opzichte van dat scenario ten laste van de Landkas te houden en zodoende niet ten laste van het BVZ-fonds en de particulier verzekerden te willen brengen.

In dat geval zou de business case van het nieuwe Hospitaal de volgende investeringskosten moeten dragen

Begrotingspost	Bedrag	Toelichting
Aanneemsom Ballast Nedam	ANG 196.560.000	conform aanbesteding 2012 (BAFO van USD 108 miljoen) ex. OB en invoerrechten
"Additional work package" locatie Amstelterrein	ANG 5.824.000	conform aanbesteding 2012 (USD 3,2 miljoen), betreft het bouwrijp maken van de omgeving ad. USD 3,2 miljoen, ex. OB en invoerrechten
15% onvoorzien bouwproject	ANG 30.357.600	'ruime' schatting
Inrichting en ICT	ANG 89.812.000	conform in HNO gebudgetteerd, ex. OB en invoerrechten en ex. aanvullende inkoopbesluiten door CMC
7,45% all-in management fee SONA/ Berenschot	ANG 24.030.243	conform de beheers- en managementovereenkomst 2011
Transitie	ANG 22.000.000	conform uiteindelijk in HNO gebudgetteerd
Totaal	**ANG 368.583.843**	

Het Amstel-terrein was door het Land al verworven en is in erfpacht aan de Fundashon Isla Scadta gegeven.

Bovenstaande kan daarna nog vermeerderd worden met de extra investeringskosten die het CMC uit eigen overweging heeft gemaakt en voor zover die het investeringsscenario van realisatie te Amstel te boven gaan. Te denken valt dan aan de aanschaf van extra medische apparatuur of extra investeringen in transitie. SONA heeft daarop geen zicht, maar SONA begrijpt wel dat de HNO-entiteiten onder andere voor dat doel in 2019 geld geleend hebben op de lokale markt.

De investeringskosten via SONA en 'overheveling' aan HNO

SONA verantwoordt uiteindelijk ANG 425 miljoen aan gemaakte kosten onder de beheersovereenkomst met het Land. Zie o.a. blz. 171 van het SONA rapporten de door EY gecontroleerde afrekening. SONA maakt vervolgens een inschatting (raming) van de kosten die na de overname van de financiering door HNO-entiteiten voor de afronding van het oorspronkelijke HNO-project (HNO-begroting uit 2014) door de HNO-entiteiten gemaakt zijn. Zie o.a. blz. 172 SONA rapport. Extra investeringen op initiatief van de HNO-entiteiten zelf, buiten de oorspronkelijke plannen en budgetten moeten daar nog bij opgeteld. Zoals aangegeven heeft SONA daarop geen zicht. SONA's raming van de kosten van het oorspronkelijke HNO-project komt neer op de volgende indeling.

	Kosten SONA 2011-2020 (realisatie SONA)	'Overheveling' aan HNO (raming SONA)	HNO project SONA en overheveling aan HNO
Aanloopkosten 'NHN' (derden)	ANG 2.855.052	-	ANG 2.855.052
Berenschot	ANG 39.608.238	-	ANG 39.608.238
Beheerskosten 2016-2020	ANG 10.590.452	ANG 1.800.000	ANG 12.390.452
Management en advies (bouw)	ANG 12.110.091	ANG 6.000.000	ANG 18.110.091
Management en advies (inrichting)	ANG 2.588.070	ANG 1.500.000	ANG 4.088.070
Bouw (BNI)	ANG 239.317.065	ANG 11.100.000	ANG 250.417.065
Claims BNI	ANG 33.146.430	(ANG 20.200.000)	ANG 12.946.430
Omgeving (gebudgetteerd)	ANG 5.258.786	-	ANG 5.258.786
Omgeving (niet-gebudgetteerd)	ANG 6.408.312	ANG 2.700.000	ANG 9.108.312
Inrichting en ICT	ANG 23.953.643	ANG 50.000.000	ANG 73.953.643
Transitie	ANG 7.450.301	ANG 14.600.000	ANG 22.000.000
Schuifplan SEHOS	ANG 7.083.678	-	ANG 7.083.678
Invoerrechten en OB	ANG 14.219.906	-	ANG 14.219.906
Escrow-account Berenschot	ANG 500.000	-	ANG 500.000
R/c verhouding met HNO-TE	ANG 18.700.770	-	ANG 18.700.770
Raming nog te maken kosten bij SONA	ANG 1.205.600		ANG 1.205.600
Raming nog door SONA te innen vorderingen	ANG 910.094		ANG 910.094

Totaal HNO project SONA en overheveling aan HNO	ANG 424.086.300	ANG 67.500.000	ANG 491.586.300

Bovenbeschreven investeringen, op grond van of scenario Amstel of de feitelijke realisatie of een deel daarvan, leiden, in de vorm van kapitaalslasten, zoals rente aflossingen en afschrijvingen tot exploitatielasten van het nieuwe hospitaal.

De business case en het exploitatiemodel

Voor en tijdens het project is telkens een raming bijgehouden van de kosten van de exploitatie van het nieuwe hospitaal. Zie hierover o.a. de blz. 48, 57, 80, 142-144 van het SONA rapport. De oorspronkelijke ramingen gaan uit van het realiseren van een nieuw gebouw en de daarbij behorende investerings- en transitiekosten en vertalen dit dan naar een extra belasting ten opzichte van de exploitatiekosten die door het voormalige Sehos-hospitaal gemaakt werden. Uitgangspunt was 'zo weinig mogelijk overhoop halen' en de meerkosten ten opzichte van het Sehos bezuinigen binnen de Curaçaose zorgsector (of op posten waar het Sehos geacht werd te veel geld aan uit te geven, b.v. bepaalde inkoop).

Het laatste exploitatiemodel van Performation onder beheer van SONA gaat uit van ramingen van zorgbehoefte en zorgproductie en het aantal fte van het Sehos. Dit is in 2018 overgedragen aan het ministerie van GMN. Dit model bepaalde de bedrijfslasten van het nieuwe hospitaal op ANG 204,8 miljoen. Zie onderstaand overzicht en verder blz. 142-144 van het SONA rapport en bijgaande print-out.

Exploitatiekostenpost	Bedrag
Personeelskosten	ANG 59.063.522
Medisch specialisten incl. A(N)IO's	ANG 39.188.712
Materiaalkosten	ANG 75.153.365
Apparatuurkosten	ANG 12.100.000
Gebouwkosten	ANG 22.300.000
Diverse negatief, o.a. kostprijs-verlagende opbrengsten	(ANG 2.957.157)
Totaal	**ANG 204.848.442**

Op grond van de door CMC vrijgegeven bijgaande perspublicatie concludeert SONA dat de huidige exploitatielasten van het CMC aanzienlijk hoger liggen dan de bij aanvang van en tijdens het NHN/HNO-project gemaakte ramingen. Uit de presentatie blijkt dat kosten van CMC ANG 264,9 miljoen per jaar bedragen, met opmerkelijke uitschieters ten opzichte van de raming in de posten personeelskosten en kapitaallasten. CMC meldt personeelskosten ter hoogte van ANG 138,6 miljoen p/j. Performation raamde de personeelskosten op ANG 98.252.234 p/j inclusief medische specialisten (de raming van 2013 ging uit van ANG 96 miljoen p/j bij opening in 2017 en ANG 104,9 miljoen p/j in 2020).

Nadere analyse van de verschillen zou inzicht moeten brengen in het antwoord op de vraag in hoeverre het Land en CMC na overname van dit deel van het project van SONA afgeweken hebben de uitgangspunten die ten grondslag lagen aan de financiële haalbaarheid van het oorspronkelijke NHN-/HNO-project. In elk geval geeft het CMC in de persconferentie aan dat het zich gedwongen zag om al het personeel van het Sehos op gelijke condities over te nemen. Het is de vraag of dat een verschil van ANG 30 a 35 miljoen aan personeelskosten ten opzichte van de ramingen kan verklaren. SONA kan dit niet beoordelen.

SONA neemt kennis van de in het ARC rapport aangehaalde taakstelling hervormingsmaatregelen van ANG 81,8 miljoen ter financiering van de hogere exploitatielasten van het CMC. SONA constateert dat dit aanzienlijk meer is dan in de oorspronkelijke haalbaarheidsramingen, waarin (in 2018) de meeste niet-gebudgetteerde investeringskosten i.v.m. meerkosten Otrobanda reeds verdisconteerd waren.

Niet alleen de vraag naar de haalbaarheid van (overheids)bezuinigingsmaatregelen buiten de exploitatie van het CMC zou aan de orde moeten zijn, maar gelet op de aanzienlijke verschillen tussen de oorspronkelijke exploitatieramingen en de huidige CMC begroting zou tevens de vraag aan de orde moeten zijn waardoor deze verschillen veroorzaakt worden en in hoeverre e.e.a. niet (alsnog) binnen de CMC-begroting bezuinigd kan worden.

Zonder nadere duiding roepen de door het CMC gepresenteerde cijfers in ieder geval de vraag op het CMC zich iets gelegen heeft laten liggen aan de budgettaire kaders van de exploitatie en de haalbaarheid daarvan voor de Lands- en de BVZ-kas zoals oorspronkelijk voor dit project gedefinieerd. Het roept ook de vraag op naar de sturing hierop van de zijde van het Land/ SVB of de eigen toezichtsorganen (RvC's) van de HNO-entiteiten. Met de Ministeriële beschikking van 2019 (048814) lijkt het Land in elk geval wel een voorzet te hebben willen geven aan een dergelijke kaderstelling. De CMC entiteiten kunnen met dat budgettaire kader kennelijk niet uit de voeten. Het is dan de vraag of er van overheidswege meer geld bij zou moeten, of dat het eerder aan het CMC is om minder kosten te maken.

Uit het relaas van de heer Merkies (Medisch directeur CMC) tijdens de persconferentie bleek de ambitie om o.a. met radiodiagnostiek min of meer topklinische zorg aan te bieden. Dit vergt additionele investeringen en brengt additionele exploitatielasten met zich mee. Een dergelijk ambitieniveau was echter niet verdisconteerd in de business case van het nieuwe hospitaal. Ook is bovendien niet duidelijk of de thans gepresenteerde exploitatiemeerkosten ook daadwerkelijk leiden tot een significante verbetering van het kwaliteitsniveau van de tweedelijnszorg op Curaçao. Bij het in verband met een sociaal statuut overgang van het Sehos naar het CMC kennelijk te veel mensen in dienst hebben, kunnen in dit kader in elk geval de nodige vraagtekens gezet worden.

Conclusie

SONA concludeert met de ARC dat een duurzame exploitatie onder de huidige omstandigheden inderdaad niet gegarandeerd lijkt. Zulks blijkt uit de aanmerkelijke verschillen tussen de exploitatieramingen die tijdens het project zijn opgesteld (en waarvoor reeds bezuinigen noodzakelijk waren) en de door CMC gepresenteerde kostencijfers die aanzienlijk hoger liggen (en zodoende nóg meer bezuinigingen of premiestijgingen met zich mee zullen brengen). Het CMC heeft de exploitatie van het nieuwe hospitaal kennelijk niet binnen de destijds geraamde budgettaire kaders weten te realiseren en lijkt het Land nu met een voldongen feit te confronteren. Uit het concept rapport van de ARC blijkt dat het Land evenmin geslaagd is om de voor de financiering van het nieuwe hospitaal noodzakelijke bezuinigingstaakstelling te realiseren. Dit leidt ertoe dat de kloof tussen de thans bij CMC gemaakte operationele kosten en de beschikbare (publieke) financiering aanzienlijk te noemen is. Daarmee is van een duurzame exploitatie vooralsnog geen sprake.

Het thans door het CMC in feite opgeëiste additionele beslag op de publieke middelen die beschikbaar zijn voor volksgezondheid roept bovendien de (beleids)vraag op naar de (wenselijke) verdeling van publieke middelen en de daarbij gewenste kwaliteitsniveaus van de eerste- en derdelijnszorg op Curaçao. De beschikbare fondsen zijn immers een gegeven en het financieren van een kwaliteitsstap

voorwaarts bij het CMC (de tweedelijnszorg) zal mogelijk tot gevolg hebben dat de eerste- en derdelijnszorg een stap achteruit moeten zetten. Het is immers uit de (financiële) lengte of uit de breedte.

Wel is het de vraag of het Land het CMC niet te hoge kapitaalslasten opdringt door alle kosten van de realisatie van het project voor rekening van de exploitatie van het CMC te willen brengen. Er is volgens SONA iets voor te zeggen om niet alle realisatiekosten van het nieuwe hospitaal ten laste van de exploitatie van het CMC te brengen, maar alleen de oorspronkelijke begroting van de realisatie op het Amstelterrein, ad ANG 370 miljoen. De kosten van de beleidskeuze voor de locatie van het nieuwe hospitaal te Otrobanda blijven dan voor rekening van het Land.