

REPUBLIEK SURINAME



Nationaal Plan Vernieuwing Gezondheidszorg Suriname 2025

Amar Ramadhin

Minister van Volksgezondheid

Republiek Suriname

22 juni 2022



Nationaal Plan Vernieuwing Gezondheidszorg Suriname 2025

Doelstellingen te realiseren voor 2025:

1. Dat alle Surinamers toegang hebben tot een zorgverzekering waarbij vastligt welke zaken wel en niet worden vergoed en waarbij de bijdragen aan de kosten van de gezondheidszorg zijn gebaseerd op het principe dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen.
2. Dat het zorgaanbod zodanig is georganiseerd dat er zorg-continuïteit is, de zorg efficiënt wordt geleverd en aan kwaliteitseisen voldoet en rekening houdend met de omvang en economische situatie van Suriname.
3. Dat het ministerie van Volksgezondheid de regie voert, en waakt over de Volksgezondheid en de besturen van zorginstellingen en verzekeraars hun bestuurlijke verantwoordelijkheid waarmaken.
4. Dat het gezondheidszorgsysteem zelfvoorzienend is, en dat er een Nationaal Zorgbudget wordt vastgesteld waardoor kan worden afgestapt van het fee for service model.
5. Dat de gezondheidstoestand van de Surinamers verbetert door meer aandacht voor lifestyle en preventie en dat de financiële prikkels gericht zijn op preventie.
6. Dat er een evenwichtige, motiverende en transparante beloningsstructuur is voor alle medewerkers in de gezondheidszorg die recht doet aan de zwaarte en complexiteit van het werk.
7. Dat er een volksgezondheid instituut is dat de volksgezondheid van alle Surinamers in de ruimste zin bevordert.
8. Dat er een solide (digitale) data-infrastructuur en infostructuur is op basis waarvan beleid, de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en financiële stromen continu kunnen worden gemonitord.

Inleiding

Op dit moment staat de gezondheidszorg er niet goed voor in Suriname. Op alle fronten zijn er problemen. Dit maakt het noodzakelijk om op korte termijn de gezondheidszorg te gaan vernieuwen. Dit is echter alleen mogelijk als het wordt gezien als een groot en gezamenlijk Programma waarbij deskundigen samen met het Ministerie voor Volksgezondheid (VG) een commitment aangaan om de zorg daadwerkelijk te moderniseren.

Zowel de President als de minister VG onderschrijven de noodzaak van deze modernisering en steunen de volgende uitgangspunten:

1. Versterk de top van ministerie VG:
 - a. Stel voor ieder thema senior Programmaleiders aan die zelf verantwoordelijkheid nemen, doortastend en volhardend zijn
 - b. Stel wetgevingsjuristen aan die de wetsherzieningen versneld kunnen voorbereiden (BIG-wet, PH autoriteit, Zorg autoriteit, Besmettelijke ziekten)
2. Moderniseer Bazo:
 - a. VG verantwoordelijk, schrap nominale bedragen, in bijlage bedragen
 - b. Uitgangspunt Bazo: sterkste schouders dragen zwaarste lasten
 - c. Stel zorg autoriteit in: controle declaraties zorgverleners en verzekeraars
3. Pas honoreringen aan in de gehele zorgsector door bijvoorbeeld het instellen van Sectorbrede CAO ziekenhuispersoneel inclusief artsen (ZH, RGD, MZ)
4. Versnel invoering BIG
 - a. Stel huisartsenopleiding (2j) verplicht plus bijscholing
 - b. Stel een specialisten & huisartsen opleidingsbureau in die de postacademisch opleidingen organiseren
 - c. Bijscholing en herregistratie specialisten verplicht
 - d. Stel hoofdinspecteur volksgezondheid aan
5. Stel thema ziekenhuizen in, waaronder verpleeghuis (geriatrische zorg)
6. Stel ruim budget beschikbaar voor Volksgezondheid/preventie en essentiële geneesmiddelen
7. Organiseer verantwoordelijkheden dicht bij zorgverleners en ziekenhuisbestuurders

Versterking van het Ministerie van VG

Een grote verandering is alleen mogelijk als er een evenwicht is tussen voldoende sturing door het ministerie zelf en betrokkenheid van de sector. Om dit te kunnen realiseren wordt voorgesteld om een aparte **Programma Directie Nationaal Plan Vernieuwing Gezondheidszorg 2025 (NPVG2025)** in te stellen die primair sturing moet geven aan deze veranderingen. Om dit te kunnen doen wordt voorgesteld om verschillende Programma's te onderscheiden en ieder thema door een deskundige **Programma Leider** uit het veld te laten trekken, binnen de kaders van de visie die door de regering is geformuleerd. Deze Programma Leider (PL) is bestuurlijk deskundig op het betreffende gebied en handelt uitsluitend in het belang van Suriname. Het is niet de bedoeling dat de PL een vereniging of groepering 'vertegenwoordigd'. Omdat de meeste programma's zeer breed zijn zal er gekeken worden naar **co-programma leiders** die bekend zijn met een bepaald aspect van het thema.

Daarnaast zal er binnen het ministerie voor ieder Programma een **Programma Coördinator (PC)** worden aangesteld via een Arbeidsovereenkomst waarbij de honorering rekening houdt met de zwaarte van het Programma.

De taak van de **Programma Directeur** is primair ervoor te zorgen dat het proces loopt en de Programma Coördinatoren functioneel aan te sturen en de nog op te zetten projectteam.

Organisatie Programma Directie NPVP2025

De programma directie zal rapporteren aan de minister van Volksgezondheid en staat onder leiding van de programma directeur. Deze Programma Directie zal nauw samenwerken met de bestaande directie en het directieteam.

Verder is het van belang om de bestaande commissies te evalueren en congruent te maken aan de voorgestelde programmastructuur zodat er geen ongecoördineerde overlappings of dubbel werk ontstaan.

Tenslotte is een strategische en effectieve **communicatiestrategie** van doorslaggevend belang. Deze moet duidelijk maken dat het ministerie in de drivers seat zit, dat alle stakeholders worden betrokken en dat er daadwerkelijk iets gaat veranderen. Te denken valt aan een twee wekelijkse nieuwsbrief.

De programma directie zal bestaan uit

1. Team programma ondersteuning
2. Projectteam Planning & Monitoring
3. Projectteam Donor relaties
4. Projectteam Data-infrastructuur en Informatie Gezondheidszorg

1. Team programma ondersteuning

- Ondersteunen van alle programma's door de Project Coördinatoren en andere medewerkers

2. Projectteam Planning en Monitoring

- Het overzien van de gehele Planning en instrumenten aanreiken aan de Programma Leiders om projectmatig te kunnen werken
- Daarnaast verschaft dit stafbureau overzichten over de stand van zaken aan de politieke leiding.

3. Projectteam Stafbureau Donor relaties

- Potentiële donoren identificeren waarmee vruchtbaar kan worden samengewerkt
- Actief beleid ontwikkelingen om duurzame relaties aan te gaan met donoren
- Ontwikkelen van proposals en de implementatie van deze proposals te monitoren
- Verzorgen van donor rapportages

4. Projectteam Data-infrastructuur en Informatie Gezondheidszorg

- Mogelijk maken dat in 2023 alle verzekeraar op maandelijkse basis gestandaardiseerde financiële gegevens aanleveren van alle inkomsten en uitgaven betreffende de Gezondheidszorg en Systeemkosten (o.a. beheerskosten) inclusief ICD-codering.
- Faciliteren dat in 2023 alle zorgverleners digitaal hun declaraties aanleveren bij de verzekeraars op basis van gestandaardiseerde formats inclusief ICD-codering.
- Vaststellen van aanleverspecificaties per zorgsoort
- Adviseren welk EPD-systeem voor Suriname moet worden gekozen en geïmplementeerd
- Inrichten van een datawarehouse omgeving waarin alle data wordt verzameld en de invoer overigens vooraf wordt gecontroleerd. Tevens zal er een productielijn met informatieproducten dienen te worden opgezet die is aangesloten op het datawarehouse.
- De infrastructuur zal worden ondergebracht bij en onder toezicht komen van de nog op te richten Zorg autoriteit.
- Het updaten van wetgeving t.a.v. de toegang tot de data, databeveiliging en privacy

Holistische aanpak: Programma's en beoogde werkwijze

Op gebied van de gezondheidszorg zijn er veel problemen die op de een of andere manier met elkaar te maken hebben. Preventie is belangrijk maar zal niet goed van de grond komen als er niet de juiste financiële prikkels zijn, de rol van de huisarts op dit gebied is versterkt en er bijvoorbeeld goede 'health educators' zijn. Daarom is er voor een holistische aanpak gekozen die vorm heeft gekregen in negen programma's. Deze programma vertonen uiteraard overlap. Daarom is het belangrijk dat de Programma Leiders samen werken in een op te richten Stuurgroep Vernieuwing Gezondheidszorg.

Zorgvernieuwing kan alleen succesvol in gang worden gezet als dit door Surinamers zelf wordt gedaan. Daarom is het uitgangspunt dat de *Programma Leiders en Project Coördinatoren vanuit de Surinaamse gemeenschap worden gerekruteerd*. Verder is een uitgangspunt dat er in principe geen nieuwe adviezen van commerciële consultants worden gevraagd maar dat in eerste instantie bestaande en *eerder uitgebrachte adviezen worden gebruikt* of dat gebruik wordt gemaakt van expertise die om niet beschikbaar wordt gesteld.

De Programma teams worden beschouwd als zelfstandig professioneel werkende teams. Teams die weten welk doel moet worden bereikt (zoals beschreven in de visie) maar die zelf hun werkwijze professioneel bepalen en vooral op welke manier zij denken dat ze dat doel kunnen behalen.

De problemen in de zorg vragen een snelle en doortastende aanpak. Toch is het van groot belang dat er ook zoveel mogelijk draagvlak is bij de betrokkenen. Van iedere Programma Leider wordt verwacht dat er actief stakeholders bij worden betrokken en dat hun standpunten bekend zijn. Er moet een juist evenwicht worden gevonden bij het zoeken naar draagvlak en het nemen van besluiten waarbij het primaat bij de politiek ligt, c.q. de Minister, Raad van Ministers en de President.

Op grond van een analyse van de diverse problemen in de gezondheidszorg kunnen de onderstaande negen programma's worden onderscheiden. Nadrukkelijk moet worden vermeld dat er grote samenhang is tussen de programma's.

1. Programma Modernisering Bazo
2. Programma Integrale Bekostiging & Efficiency Intramurale Zorg
3. Programma Preventie en Gezondheidsbevordering
4. Programma Modernisering Beloningsstructuur & Opleiding gezondheidszorg
5. Programma Modernisering Geneeskundige Inspectie en Zorg-continuïteit
6. Programma Modernisering Eerste-lijn Gezondheidszorg
7. Programma Verbetering Farmaceutische Hulp
8. Programma Modernisering Zorgtechnologie
9. Programma Oprichten Public Health Autoriteit Suriname (PHAS)

Het streven is dat de programma's per 1 juli 2022 van start gaan. De planning is dat er binnen drie maanden en plan van aanpak kan worden gepresenteerd waarbij wordt aangegeven wat de haalbare 'deliverables' zijn binnen 6 maanden, 1 en 2 jaar. Ook op welke manier dit kan worden bereikt, in hoeverre er separate projecten kunnen worden gestart en wat de benodigde middelen zijn in menskracht en begroting. Zie de bijlage voor het project template.

1. Programma Modernisering Bazo

Visie:

- a) Een zelfvoorzienend zorgsysteem te creëren waardoor de zorg voor iedere ingezetene, continu en kwalitatief hoogwaardig, bereikbaar wordt.
- b) Het zorgsysteem is gedepolitiseerd, wordt breed gedragen en de juiste deskundigen worden betrokken.
- c) Het ministerie van Volksgezondheid moet het verantwoordelijke ministerie worden voor de herziene Bazo.

Financieringsstructuur:

- a) De premiestructuur moet marktconforme worden met als uitgangspunt dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen (inkomensafhankelijke bijdrage) en een gesloten budget systeem (dus geen open eind regeling), eventueel met opties voor een eigen bijdrage of eigen risico om de kosten beheersbaar te houden.
- b) Er moet een herziening komen van de omvang van het zorgpakket gericht op het vertrekken van noodzakelijke zorg.
- c) De premie wordt berekend op basis van parameters van de Tarievenraad
- d) Rechtmatigheid voor overheidssubsidie voor de premies: Criteria voor het aantal personen dat aanspraak kan maken op het ziekenfonds, waarbij het uitgangspunt is dat het moet passen binnen de economische ontwikkel fase van Suriname met een transparante en efficiënte inspraak structuur.
- e) In de wet moet worden opgenomen dat er een percentage van de premie voor een medisch solidariteitsfonds komt als vervanging van de ARMULOV regeling en incorporatie van de diverse zorgvragen voor uitzending naar het lokaal verzekeringssysteem.

De vaststelling van tarieven:

Op basis van zorgpakket, kwaliteitsindicatoren en volume komen de tarieven tot stand, waarbij de methode kan worden vastgesteld in de Wet Tarieven Gezondheidszorg waarin eveneens taken en bemensing en bevoegdheden van een Tarievenraad worden vastgesteld. De vastgestelde tarieven worden leidend voor alle verzekeraars voor het zorgpakket.

Het toezicht:

- a) Binnen de wet moeten er expliciet controlemechanismen komen ten aanzien van de declaraties, verstrekkingen, min-vermogens, uitgevoerd door de verzekeraars op basis van parameters opgesteld door een Zorgautoriteit.
- b) De zorgautoriteit zorgt voor dataverzameling dat als basis dient voor bijvoorbeeld de tarievenraad

Efficiëntie en bereikbaarheid

De bereikbaarheid en efficiëntie van de huidige zorgdistributie afstellen op de regio's. Het spreekt voor zich dat het aanbieden van het totaal zorgaanbod ogv van bevolkingsspreiding en logistiek een aangepaste benadering nodig heeft.

De rol van het Ministerie van Volksgezondheid

- a) Regie met betrekking tot het zorgpakket
- b) Ontwikkeling van kwaliteitsparameters en bewaking van de zorgkwaliteit op het gebied van Mensen, Diensten en Producten in de zorg.
- c) Ontwikkelen van strategieën om de bereikbaarheid van zorg te verhogen
- d) Ontwikkelen en uitwerken van de preventieve gezondheidszorg van Public Health
- e) Ontwikkeling van wet en regelgeving voor het bovenstaande

Programmaleider: dhr. Vinodj Sewberatmisser

Programma coördinator: mw. Ameerani Jarbandhan

Medewerkers:

Kennis expertise: PUM, RIVM, Ned Zorg Autoriteit, Zorg Instituut Nederland

2. Programma Integrale Bekostiging & Efficiency Intramurale Zorg

Visie

- a) De zorg moet zodanig worden gefinancierd dat zorgpaden en transmurale zorg wordt gefaciliteerd (Integrale zorg en Casemanagement)
- b) Focus moet liggen op het zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren van de zorg, waarbij de eerste lijnzorg een regierol speelt. Om hier te komen betekent dit:

Voor de 1^e lijn:

- c) Versteving 1^e lijn en het beperken van vermijdbare verwijzingen naar het ziekenhuis. Focus op behandeling chronische patiënten in de 1^e lijn. (Hypertensie, diabetes/ CHF/ COPD/ Obesitas)
- d) Introduceer financierings vormen voor langdurige zorg en zorg voor personen met beperkingen. (Chronische zorg componenten waarbij focus op behandeling in de 1^e lijn en rond patiënt thuis waarbij thuiszorg een rol kan spelen)

Voor de 2^e lijn:

- e) Gegeven de bevolkingsomvang en verandering in behandelsetting moet het aantal ziekenhuisbedden worden gereduceerd.
- f) De intramurale gezondheidszorg moet efficiënter worden ingericht zodat de klinische zorg meer geconcentreerd wordt en kan voldoen aan kwaliteitseisen en financieel levensvatbaar is.
- g) De topklinische zorg concentreren in enkele centra

Voor de financiering:

- h) Er is een ontschotte financiering gebonden aan zorgpaden benodigd (financiering volgt patiënt) om te komen tot de juiste prikkels. Ongewenste fin prikkels tussen 1^e en 2^e lijn moeten weggenomen worden.

Programmaleider: mw. Angele Wallerlei

Programma coördinator: vacant

Medewerkers:

3. Programma Preventie en Gezondheidsbevordering

Visie

- a) Suriname heeft zich gecommitteerd aan de SDG doelstellingen waarbij Health in All policies centraal staat.
- b) Er moet beleid worden ontwikkeld waardoor de SDG-doelstellingen ten aanzien van kindervaccinaties, kindersterfte (moeder-kind zorg) en suicide worden gehaald.
- c) Er moet beleid worden ontwikkeld waardoor een gezonde levensstijl wordt bevorderd met inzet van bijvoorbeeld health educators gericht op de preventie van chronische ziekten (incl tabaksontmoediging) waarbij er zoveel mogelijk decentraal wordt gewerkt en waarbij de eerste lijn een grote rol speelt.
- d) Er moet beleid worden ontwikkeld tav Mentale gezondheidszorg waarbij extramuralisering centraal staat en financieel wordt gefaciliteerd.

Programmaleider: dhr. Jerry Toelsie

Programma coördinator: mw. Marina Bersaoui

4. Programma Modernisering Beloningsstructuur & Opleiding Gezondheidszorg

Visie

- a) Op dit moment is er een onevenwichtige beloningsstructuur waarbij grote groepen gezondheidszorgmedewerkers weinig verdienen (onder bestaansminimum) en een kleine groep zeer veel. Noodzakelijk is een evenwichtige en motiverende beloningsstructuur voor alle medewerkers in de gezondheidszorg die recht doet aan de zwaarte en complexiteit van het werk, rekening houdend met de huidige en toekomstige verdienstructuur van de respectieve instituten en hoofdfinancierders. Dit moet bij voorkeur worden bereikt door het ontwikkelen van een sectorbrede CAO voor alle medewerkers in de zorg, incl de specialisten, huisartsen, paramedici en overige medewerkers van MZ en RGD.
- b) Er moet een actieplan 'stop-the-brain-drain' worden opgesteld voor het stoppen van de braindrain door te investeren in begeleiding en opleiding van met name verpleegkundigen en andere bindende faciliteiten zoals het verstrekken van hypotheek.
- c) Er moet een goede continue raming worden gemaakt van de behoefte aan gezondheidszorgmedewerkers (paramedische beroepen, VPK, artsen, tandartsen, apothekers & specialisten) e.e.a. op basis van formatieplannen per gezondheidsinstelling gekoppeld aan het goedgekeurde meerjarenbeleidsplan voor de gehele gezondheidszorg, met alignment aan dit overall plan vanuit de verschillende instellingen.
- d) Gebaseerd op de raming aan gezondheidszorgmedewerkers dienen de opleidingen te worden gefaciliteerd op een zodanige manier dat er enerzijds geen drempel is voor de instroom en de vervolgopleidingen, anderzijds medewerkers worden behouden voor Suriname. Aandacht zal ook moeten worden besteed aan een raamplanning voor potentiële samenwerkingsvormen tussen opleidingsinstituten in binnen- en buitenland en het bestendigen en/of terugverdienen van gepleegde investeringen.

- e) Bij de implementatie zal rekening moeten worden gehouden met een gefaseerde aanpak die middels een roadmap c.q. een meerjarig implementatieplan/framework met randvoorwaarden, KPIs en een M&E component worden opgesteld.

Programmaleider: mw. Nensy Bandhoe

Programma coördinator: Sasha Chikoer

Medewerkers:

5. Programma Modernisering Geneeskundige Inspectie en Zorg-continuïteit

Visie:

- a) De doelstellingen van NPVG2025 zijn gericht op 2025. Toch moet de zorg-continuïteit ook op korte termijn worden gegarandeerd. In dit programma wordt geïnventariseerd waar knelpunten zitten op gebied van zorg-continuïteit. Er wordt een monitoring opgezet om permanent zich te krijgen op eventuele knelpunten. Deze knelpunten worden vervolgens onder de aandacht van de zorgbestuurders, verzekeraars, politieke leiding en de Stuurgroep Vernieuwing Gezondheidszorg gebracht en gezamenlijk wordt gezocht naar korte termijn oplossingen.
- b) De invoering van de Wet BIG is van groot belang voor de gezondheidszorg van Suriname en dient met de grootst mogelijk spoed te worden ingevoerd, liefst in 2023.
- c) Ter versterking van de eerste lijn dient Suriname voor 2024 een volwaardige 2-jarige huisartsenopleiding te hebben.
- d) Er wordt een Geneeskundige Beroepen Opleidings Bureau ingesteld dat
 - I. de behoefte bepaalt, afspraken maakt over opleidingsplekken, en deze ook financiert ten aanzien van huisartsen, bedrijfsartsen en specialisten
 - II. verantwoordelijk is voor de registratie en herregistratie
 - III. verantwoordelijk is voor de accreditatie van de opleidingen en bijscholingen
- e) Er moet een scheiding komen tussen de functie van directeur Volksgezondheid en de geneeskundige inspectie. Daartoe dient er een aparte inspectie te worden opgebouwd, inclusief een farmaceutische inspectie, die onder leiding komt te staan van een hoofdinspecteur.

Programmaleider: dhr. Pieter Voigt

Programma coördinator: vacant

Medewerkers:

6. Programma Modernisering Eerste-lijn Gezondheidszorg

Visie

- a) Iedere Surinamer moet toegang tot de eerste lijns gezondheidszorg hebben. Dit vraagt een evenwichtige spreiding van eerstelijns gezondheidswerkers zoals, gezondheids-assistenten, artsen, tandartsen en apothekers. Hiervoor zal er een vestigingsbeleid worden geformuleerd dat deze toegang garandeert.
- b) Focus moet liggen op het zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren van de zorg, waarbij de eerste lijnszorg een regierol speelt. Om hier te komen betekent dit:
 - I. Versteving 1e lijn en het beperken van vermijdbare verwijzingen naar het ziekenhuis. Focus op behandeling chronische patiënten in de 1e lijn. (Hypertensie, Diabetes/ CHF/ COPD/ Obesitas)
 - II. Bevorderen van self-management door de patiënt
 - III. Introduceren financierings vormen voor langdurige zorg en zorg voor personen met beperkingen. (Chronische zorg componenten waarbij focus op behandeling in de 1e lijn en rond patiënt thuis)
- c) De Medische Zending en de Regionale Gezondheidsdienst doen patiënten zorg en hebben taken op gebied van de volksgezondheid (voorlichting, vaccinaties etc). De vraag is of deze taken gecombineerd moeten blijven en zo ja op welke wijze deze gefinancierd moeten worden.
- d) Op dit moment is de eerstelijns spoedeisende hulp niet goed geregeld waardoor te veel patiënten onnodig de spoedeisende hulp afdeling van het academisch ziekenhuis belasten. Daarom moet er zo spoedig mogelijk een infrastructuur voor huisartsen spoedposten incl telefonische triage worden ingericht met een passend financieel arrangement.

- e) In de moderne huisartsenhulp is een Elektronisch Patiënten Dossier noodzakelijk. Voor 2023 dient dit EPD landelijk te zijn ingevoerd voor iedere huisarts met links naar apotheek, laboratoria, röntgen, specialist en zorgverzekeraars. Randvoorwaarde hierbij is dat er draagvlak is bij de gebruikers en dat deze betrokken zijn bij de besluitvorming.

PM: punt b in samenwerking met Programma Integrale bekostiging

Programmaleider: mw. Indra Moenesar

Programma coördinator: Sasha Chikoer

Medewerkers:

7. Programma Verbetering Farmaceutische Hulp

Visie

- a) Op dit moment verloopt de levering van geneesmiddelen niet optimaal. Regelmatig zijn er essentiële geneesmiddelen niet beschikbaar, terwijl er ook vragen zijn of er op de meest efficiënte manier wordt ingekocht.
- b) De functie van geneesmiddelen leverancier wordt uitgeoefend door zowel BGVS, de ziekenhuisapothekers de stadsapotheken, de RGD-apotheken en de apotheek van SZF.
- c) Hulpmiddelen en verbruiksmiddelen worden door de ziekenhuizen apart ingekocht waardoor er een beperkte inkoopkracht is.
- d) Op basis van een analyse moet er een voorstel komen voor een efficiënte geneesmiddelen en hulpmiddelen voorziening waarbij het functioneren van de verschillende stakeholders kritisch moet worden geëvalueerd, wat tot en substantiële kostenreductie moet leiden. Hierbij kan ook gedacht worden aan internationale verbanden.

Programmaleider: dhr. Fitzgerald Gopie

Programma coördinator: vacant

Medewerkers:

8. Programma Modernisering Zorgtechnologie

Visie

- a) Moderne gezondheidstechnologie is ook een onderdeel van de Surinaamse gezondheidszorg. Echter de financiële middelen zijn beperkt. Hierdoor is het noodzakelijk dat er een visie wordt ontwikkeld op het prioriteren van het introduceren van de technologie in de gezondheidszorg, idealiter gebaseerd op wat de behoefte is van de (basale) Surinaamse gezondheidszorg. Dit moet ook de basis zijn voor een aanschafplan van nieuwe noodzakelijk apparatuur.
- b) Regelmatig wordt het ministerie geconfronteerd met het nieuws dat een apparaat van een van de ziekenhuizen stuk is dat er geen middelen zijn voor reparatie of vervanging. Hierdoor komt de patiënten zorg acuut in gevaar. Daarom is het noodzakelijk dat er centraal een overzicht komt van alle kritische intramurale apparatuur waarbij duidelijk is wat de staat van onderhoud is.
- c) Hierop gebaseerd moet er een investerings- en onderhoudsplan komen waarbij het uitgangspunt is dat apparatuur efficiënt wordt ingezet.
- d) Aangezien veel apparatuur gedoneerd is ontstaan situaties waarbij bv op de IC beademingsapparaten van verschillende merken staan. Er moet nagegaan worden of er draagvlak is voor een uitruil/stroomlijning van apparatuur tussen de ziekenhuizen.
- e) Tenslotte moet er een voorstel worden ontwikkeld voor een landelijke beoordelingscommissie die investeringen boven een bepaald bedrag gaan beoordelen.
- f) Opstellen van pakket van eisen en opstellen van investeringsplan voor een landelijke dekking van de ambulance dienstverlening

Programmaleider: mw. Rohma Banwari

Programma coördinatoren: dhr. Sheldon Simson en mw. Arti Visnudatt

Medewerkers:

9. Programma Oprichten Public Health Autoriteit Suriname (PHAS)

Visie:

- a) In 2023 moet de Wet Besmettelijke Ziekten zijn herzien waardoor er een wettelijk kader is voor de infectieziekten bestrijding.
- b) De Public Health Autoriteit Suriname (PHAS) wordt een dynamisch volksgezondheid instituut dat het ministerie van strategische informatie voorziet, effectief gezondheidszorg programma's uitvoert en waar internationale wetenschappers graag mee willen samenwerken en de Surinamers trots op zijn.
- c) Het Instituut zich richt op het in kaart brengen, beschermen en verbeteren van de algemene gezondheid door middel van pro-actieve benadering, data verzameling en analyse en het opzetten van preventieve gezondheidsprogramma's.
- d) De kennisgebieden zijn Infectieziekten, NCD's, Preventie, Voeding en Gezondheidsevaluatie
- e) De Programma's zijn op gebied van vaccinatie, screening, gezondheidsvoorlichting
- f) PHAS is onafhankelijk van politiek, heeft een adequate financiering & infrastructuur (nationaal en internationaal) en heeft relaties met onderzoek en onderwijs (nationaal en internationaal)
- g) Het PHAS is een agentschap van het ministerie van Volksgezondheid en wordt gefinancierd door de overheid.

Programmaleider: vacant

Programma coördinator: vacant

Medewerkers:

Kritische succes factoren

1. Het vinden van voldoende gekwalificeerde programma-medewerkers, die bereid zijn om binnen de overheids-kaders (mn bezoldiging) te werken.
2. Voldoende politiek draagvlak creëren in De Nationale Assemblée
3. Politiek vertrouwen winnen en behouden voor het consistent en gedisciplineerd kunnen uitvoeren van het programma
4. Het beschikbaar hebben van een budget om het team te kunnen financieren inclusief IT-equipment en kantoorruimte
5. Het beschikbaar krijgen van een budget om de specifieke projecten te kunnen uitvoeren
6. Het managen van reële verwachtingen en het tijdig communiceren met het publiek

Stappenplan

1. Voor ieder programma een geschikte Programma Leider vinden
2. Visie laten reviewen door Programma Leider en evt aanpassen
3. Recrutment programma team: Co-Programma Leiders en Programma Coördinator
4. Programma team olv Programma Leider ontwikkelen programmaplan incl begroting
5. Programmaplan wordt beoordeeld door directie & minister VG en evt besproken in RvM
6. Start van het Programma