

REPUBLIEK SURINAME
REPUBLIC OF SURINAME



GEZONDHEID
OP ALLE BELEIDSGBIEDEN
HEALTH IN ALL POLICIES

Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid en Welzijn in Suriname 2019- 2028



PAHO



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE
Americas



Makandra seti wan gesontoe Sranan

Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid en Welzijn in Suriname 2019 - 2028



Februari 2019



INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	04
Dankwoord	05
Lijst met afkortingen	06
Samenvatting	07
Inleiding	08
<i>Kort overzicht gezondheidszorgsysteem</i>	08
<i>Gezondheid in het kader van nationale ontwikkeling</i>	11
<i>Koppelingen naar HiAP en de sociale gezondheidsdeterminanten</i> ..	12
<i>Beschrijving van het nationaal strategisch planningsproces</i>	12
Hoofstuk 1:	
HET ZORGMODEL VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN	14
<i>De visie en missie van het Surinaamse gezondheidszorgsysteem</i>	15
<i>Algemene beschrijving van het zorgmodel</i>	16
<i>Waarden en principes</i>	17
<i>Mensgerichte zorg</i>	17
<i>Universele gezondheid</i>	18
<i>Alomvattende, geïntegreerde, kwalitatieve gezondheidszorgdiensten</i>	19
<i>Human resource: bekwaam en voldoende in aantal</i>	20
<i>Toegang tot geneesmiddelen en geschikte technologieën en infrastructuur</i>	20
<i>Sterk leiderschap en bestuur</i>	21

Hoofdstuk 2 :

HET NATIONAAL STRATEGISCH PLAN VOOR

GEZONDHEID(NSPG) 2019 - 2028 23

*Strategische Doelstelling 1: Een universeel mensgericht
gezondheidszorgsysteem voor Suriname23*

*Strategische Doelstelling 2: Rechtvaardige, duurzame en
universele financiering voor gezondheid.....24*

*Strategische Doelstelling 3: Middelen voor een efficiënt
en effectief gezondheidszorgsysteem..... 24*

*Strategische Doelstelling 4: Sterk leiderschap en goed
bestuur in de gezondheidssector..... 24*

*Het NSPG 2019 - 2028 koppelt naar andere strategische
verplichtingen.....25*

Strategisch kader.....26

Hoofdstuk 3 : BEGINSELEN EN UITVOERINGSMECHANISMEN.....38

Nationale inzet.....38

Planning en financiële afstemming.....38

Flexibiliteit.....38

Monitoring en evaluatie.....38

Bijlagen:..... 40

*Geïntegreerde Netwerken van gezondheidszorgdiensten:
Een nieuwe organisatie van gezondheidszorgdiensten voor
een nieuw zorgmodel..... 40*

*Voorgestelde activiteiten voor de jaren een en twee van het
Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheidszorg
NSPG 2019-2028..... 43*

Begrippenlijst46

Bronvermelding.....49

VOORWOORD



De gezondheid en het welzijn van alle burgers in Suriname behoren tot de topprioriteiten van de regering van Suriname. Het Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid en Welzijn in Suriname 2019-2028 weerspiegelt de gekozen aanpak om kwaliteitsgezondheidszorg voor iedereen te garanderen.

Het plan is gebaseerd op de Surinaamse grondwet, waarin is vastgelegd dat de regering verantwoordelijk is voor de gezondheidszorg. Het plan laat ook zien dat de overheid vastbesloten is om de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen te verwezenlijken, door de aanpak van de sociale determinanten voor gezondheid.

Samen met stakeholders en de Pan-Amerikaanse Gezondheidsorganisatie (PAHO) heeft het ministerie van Volksgezondheid in dit raamplan de prioriteitsgebieden vastgesteld. Het plan is gebaseerd op de behoefte aan gezondheidszorg die leidt tot ‘een gezonde bevolking’, via preventieve zorg en toegankelijke, betaalbare kwaliteitszorg voor de hele bevolking.

Het plan introduceert een nieuw zorgmodel op basis van primaire gezondheidszorg, ondersteund door de strategie voor universele gezondheid en het verlaten van het biomedische, niet-duurzame zorgmodel dat op ziekte is gericht. Op basis van nationaal geaccepteerde waarden en principes, zal het nieuwe zorgmodel richting geven aan de transformatie en ontwikkeling van het systeem, zijn diensten en voordelen.

Een duidelijk gedefinieerd zorgmodel biedt aanzienlijke strategische voordelen, zoals een helder geformuleerde visie voor het gezondheidszorgsysteem en een gemeenschappelijke reeks doelstellingen op hoog niveau die de acties van alle belanghebbenden vastleggen. Wanneer het zorgmodel op consensus berust, bevordert het de betrokkenheid en vormt het een duidelijke basis voor monitoring van de voortgang, evaluatie van de resultaten en correctie van afwijkingen van de strategische doelstellingen.

Het nieuwe zorgmodel zal sturing geven aan de transformatie van het gezondheidszorgsysteem van Suriname en biedt daarnaast elementen van structuur en begeleiding voor de reorganisatie van de gezondheidszorgdiensten, ter verbetering van de toegankelijkheid, dekking, efficiëntie, rechtvaardigheid en kwaliteit. Bovenal zal het een model zijn dat de mens centraal stelt.

In de geest van ‘Health in All Policies’ beloven wij samen te werken om een omgeving te garanderen waarin mensen vermijdbare ziekten kunnen voorkomen en bij ziekte toch kunnen genieten van de kwaliteit van het leven. Laten we ons blijven concentreren op de gezamenlijke verwezenlijking van doelen, met speciale aandacht voor de individuele inzet voor het creëren van een gezondere levensstijl.

Antoine Elias
Minister van Volksgezondheid

DANKWOORD

Het Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid en Welzijn in Suriname 2019 – 2028 is ontwikkeld onder toezicht van de Directeur van Volksgezondheid, ondersteund door het technisch personeel van het Ministerie van Volksgezondheid, relevante belanghebbenden in de gezondheidssector en vertegenwoordigers van Niet-Gouvernementele Organisaties (NGOs).

Een speciaal woord van dank gaat uit naar de Pan-American Health Organization (PAHO) voor de technische begeleiding tijdens het proces van de ontwikkeling van het Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid en Welzijn in Suriname 2019 – 2028.



LIJST MET AFKORTINGEN

BOG	Bureau voor Openbare Gezondheidszorg
FAO	<i>Food and Agriculture Organization of the United Nations</i> [Voedsel- en Landbouworganisatie van de Verenigde Naties]
BBP	Bruto Binnenlands Product
HiAP	Health in All Policies
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HRH	Human Resources in de Gezondheidszorg
IHF	International Hospital Federation [Internationale Federatie van Ziekenhuizen]
IHSDN	Integrated Health Service Delivery Networks [Geïntegreerde netwerken van Gezondheidsdiensten]
IS4H	Informatiesystemen voor Gezondheid
MMR	Maternale sterftecijfer
MVG	Ministerie van Volksgezondheid
M&E	Monitoring en Evaluatie
NMR	Neonataal sterftecijfer
NSPG	Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid
PAHO	Pan-American Health Organization
PGZ	Primaire Gezondheidszorg
PMMHS	Productieve Managementmethodologie voor Gezondheidsdiensten
KKP	Koopkrachtpariteit
RBM	Resultaatgericht Management
RGD	Regionale Gezondheids Dienst
SDG	Sustainable Development Goals [Duurzame ontwikkelingsdoelen]
SHAA	Duurzame Gezondheidsagenda voor Noord- en Zuid-Amerika
SLA	Overeenkomst inzake Dienstverleningsniveau
SZF	Stichting Staatsziekenfonds
UNDP	United Nations Development Programme [Ontwikkelingsprogramma van de Verenigde Naties]
UNFPA	Bevolkingsfonds van de Verenigde Naties
UNICEF	Kinderfonds van de Verenigde Naties
WHO	Wereld Gezondheidsorganisatie

SAMENVATTING

Het Strategisch Plan voor Gezondheid en Welzijn in Suriname 2019 – 2028 is een document dat is ontwikkeld door het Ministerie van Volksgezondheid samen met haar belanghebbenden voor een periode van tien (10) jaar. Dit plan geeft de richting aan die de gezondheidssector op gaat met als visie 'Een Gezonde Bevolking'. Dit betekent dat alle strategische plannen die worden ontwikkeld voor programma's binnen de gezondheidssector zullen worden afgestemd op de doelstellingen in dit Strategisch Plan.

De belangrijkste strategie die in dit document wordt gepresenteerd is de ontwikkeling en uitvoering van een nieuw zorgmodel voor Suriname, een logisch kader dat bepaalt hoe het gezondheidszorgsysteem wordt georganiseerd, gefinancierd en beheerd om de vereiste diensten te leveren die inspelen op de gezondheidsbehoeften, -eisen en -verwachtingen van de bevolking. Het gezondheidszorgsysteem omvat in deze context de vier essentiële functies namelijk bestuur, financiering, middelen en levering van diensten. Het nieuwe zorgmodel geeft aan hoe deze functies op elkaar inwerken in de ontwikkeling van gezondheid en welzijn. Het nieuwe zorgmodel voor Suriname zal vereisen dat nieuwe organisatorische regelingen effectief, efficiënt en kwaliteitsgericht zijn.

Hoewel het Ministerie van Volksgezondheid de grondwettelijke verantwoordelijkheid heeft voor de levering van gezondheidszorgdiensten aan de bevolking van Suriname, erkent en bevordert het Ministerie van Volksgezondheid het belang van samenwerking met andere ministeries, overheidsinstanties en NGO's. In Suriname zijn de belangrijkste doodsoorzaken chronische niet-overdraagbare ziekten. Dit vraagt om een multi-sectorale aanpak van gezondheidsvoorlichting- en -bevordering, preventie en zorg vanwege het feit dat de risicofactoren gerelateerd aan niet-overdraagbare aandoeningen in de meeste gevallen worden beïnvloed door factoren buiten de gezondheidszorg en het gezondheidszorgsysteem.

Het Strategisch Plan voor Gezondheid en Welzijn in Suriname 2019 – 2028 is ontwikkeld in overeenstemming met de internationale, nationale en lokale verplichtingen van Suriname ten aanzien van gezondheid:

- 1. In artikel 40 van de grondwet van de Republiek Suriname wordt het mandaat vastgesteld voor de goedkeuring bij wet van een Nationaal Ontwikkelingsplan dat de sociale en economische doelstellingen van de staat bepaalt. Het hier voorgestelde Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid (NSPG) bouwt voort op de doelstellingen en principes van het Ontwikkelingsplan 2017-2021 en breidt de strategische visie en vooruitzichten uit.*
- 2. De door de lidstaten van de Verenigde Naties in september 2015 vastgestelde Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen vormen het kader van onze wereldwijde inzet en bijdrage aan de verbetering van de wereldgezondheid tegen 2030. Behalve de specifieke kenmerken van SDG # 3, "Goede gezondheid en welzijn", legt het NSPG ook verbanden met andere SDG met betrekking tot de belangrijkste determinanten van gezondheid.*
- 3. In september 2017, tijdens de 29e Pan-American Sanitary Conference [Pan-Amerikaanse Sanitaire Conferentie], hebben de ministers van Volksgezondheid van Amerika een strategisch beleidsinstrument goedgekeurd dat richting en politieke visie biedt voor gezondheidsontwikkeling in de regio voor de komende 13 jaar. De Sustainable Health Agenda for the Americas (SHAA2030) [Duurzaamheidsagenda voor Gezondheid in Noord- en Zuid-Amerika] streeft naar bevordering van gezondheid en welzijn van alle individuen, families en gemeenschappen in Noord- en Zuid-Amerika en houdt zich aan de waarden en principes van de landen in Noord- en Zuid-Amerika. De doelen en doelstellingen van deze NSPG zijn afgestemd op de SHAA2030 als onderdeel van onze regionale verplichtingen.*

Ten slotte vat dit document het belangrijke overgangsproces van de Surinaamse gezondheidszorg samen, dat sterk zal afhangen van het bereiken van consensus en het verenigen van alle belanghebbenden op weg naar Universele Gezondheid.



BORSTVOEDING,
NATUURLIJK!

ERING
IG

1999

ODING
ELIJK

GAMBULANES

RGO GEZONDHEIDSCENTRUM
LATOUR

INLEIDING

Het verwezenlijken van de ambities van de bevolking en de regering van Suriname op het gebied van gezondheid en welzijn, vereisen een andere benadering dan die er traditioneel bestond. Deze hoge ambities en de bestaande gezondheidssituatie en -trends maken duidelijk dat de huidige resultaten, organisatie van het systeem en de gezondheidsdiensten onvoldoende zullen zijn om de uitdagingen van het veranderende epidemiologische profiel en de eisen en verwachtingen van de bevolking aan te kunnen.

De redenen die wijzen op de noodzaak van verandering zijn onder andere:

- *Historische ongelijkheid in de ontwikkeling en toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg (geïllustreerd door de verdeling van human resources);*
- *Vraagstukken rond de financiering van gezondheidszorg, met inbegrip van inefficiënties bij de toewijzing van financiële middelen, niet-duurzame betalingsmechanismen en beperkte financiële bescherming;*
- *Versnipperde gezondheidszorgverlening, die niet in staat is adequaat in te spelen op de huidige eisen en het verschuivende epidemiologische profiel met een toename van chronische aandoeningen;*
- *Ongelijkheden tussen regio's en specifieke populaties;*
- *Inefficiënties veroorzaakt door een biomedische benadering van gezondheidszorg;*
- *Veranderende demografische gegevens (vergrijzing van de bevolking);*
- *Kwetsbaarheid voor de impact van klimaatverandering op de volksgezondheid.*

Kort overzicht gezondheidszorgsysteem

De grondwet van de Republiek Suriname legt het recht op gezondheid voor iedereen vast (artikel 36) en geeft de overheid de verantwoordelijkheid om gezondheid te bevorderen door de leef- en werkomstandigheden systematisch te verbeteren en informatie te verstrekken voor de bescherming van gezondheid.

De bevolking van Suriname wordt geschat op 563.000 (2017). De huidige indicatoren beschrijven een land in volledige demografische transitie, met matige geboorte- en sterftcijfers, dalende vruchtbaarheidscijfers, toenemende levensduur en gematigde tot lage natuurlijke groei (Tabel 1). Deze demografische transitie komt het best tot uiting in de opmerkelijke verandering in de bevolkingsstructuur en wordt geïllustreerd door een afname van de afhankelijkheid van jongeren en een toename van de afhankelijkheid van ouderen. De meest recente censusgegevens tonen aan dat de dynamiek van deze demografische transitie zich vooral concentreert in het dichtbevolkte stedelijk gebied van het land en, in mindere mate, in het ruraal kustgebied, terwijl het binnenland nog steeds een pre-industrieel demografisch profiel vertoont. Verstedelijking, vergrijzing en migratie zijn belangrijke trends in het vormgeven van de demografische dynamiek en de bevolkingsstructuur, met name de groep onder de 30 jaar. Een belangrijk kenmerk van de demografische transitie is verbetering van overlevingskansen en daarom een gestage toename van de levensverwachting bij beide geslachten. Hoewel deze verbetering van overleving alle leeftijdsgroepen tijdens hun levensduur positief heeft beïnvloed, heeft het vooral invloed gehad op de jongsten en de oudsten van de bevolking.

Suriname heeft aanzienlijke vooruitgang geboekt bij het terugdringen van ziektes en sterfte ten gevolge van infectieziekten. Elk jaar verliest Suriname echter 170.000 productieve levensjaren als gevolg van slechte gezondheid en vroegtijdige sterfte. "Overdraagbare ziekten, maternale-, neonatale- en voedingsstoornissen", "Niet-overdraagbare ziekten" en "Ongevallen" vertegenwoordigen respectievelijk 27%, 58% en 15% van de verloren productieve levensjaren. Niet-overdraagbare ziekten vormen een grote uitdaging voor kostenbeheersing in het gezondheidszorgsysteem.

Suriname moet nog steeds de wereldwijde doelen bereiken voor moeder- en kindersterfte en heeft ook te maken met een aanzienlijke ziektelast als gevolg van verkeersongevallen, depressieve stoornissen en suïcide. Inflatie en een economische crisis hebben het gezondheidszorgsysteem verder onder druk gezet, maar er worden inspanningen geleverd om kosten verder te beheersen en de levering van gezondheidszorgdiensten te optimaliseren. Een recent onderzoek naar gezondheidsgelijkheid vermeldt ongelijkheden in de gezondheidstoestand en de prevalentie van risicofactoren tussen etnische, geografische, gender- en sociaaleconomische status. Niet-overdraagbare ziekten, zoals beroerte, ischemische hartaandoeningen, kanker en diabetes, psychische problemen, waaronder suïcide, HIV, verkeersongevallen, blootstelling aan milieucontaminanten en vroegtijdige geboortecomplicaties dragen het meest bij aan de ziektelast. De belangrijkste risicofactoren zijn een ongezond voedingspatroon, onvoldoende lichaamsbeweging, gebruik van tabak en alcohol, hoge bloeddruk, huiselijk geweld, onvolledige vaccinatie, jonge maternale leeftijd en geen optimaal gebruik van kraamzorgvoorzieningen. Er worden voorbereidingen getroffen om de 2030 agenda voor duurzame ontwikkeling binnen het Ministerie van Volksgezondheid in Suriname te *mainstreamen* en de gezondheidsindicatoren en gerelateerde indicatoren in kaart te brengen in het nationale gezondheidsbeleid en de strategische plannen.

Het Ministerie van Volksgezondheid heeft twee belangrijke beleidsterreinen geïdentificeerd in het Ontwikkelingsplan voor 2017-2021. Dit zijn: de preventie en vermindering van ziekte en sterfte; en de beschikbaarheid van en toegankelijkheid tot kwalitatieve gezondheidszorg voor de hele bevolking. Gezondheid staat bovenaan de nationale agenda en vormt een pijler van de grondwet en van sociale bescherming in het kader van de huidige economische stagnatie. Suriname heeft de afgelopen jaren belangrijke beleidshervormingen doorgevoerd om verder te gaan in de richting van Universele Gezondheid. In 2014 is de Wet Basis Zorgverzekering in werking getreden met als doel ziektekostenverzekering te bieden aan de bevolking onder de 16 en boven de 60 jaar, om zodoende de toegang tot diensten op alle zorgniveaus te verbeteren, terwijl de werkende bevolking verzekerd is door programma's van ziektekostenverzekering via de werkgever. Vanwege financiële moeilijkheden van particuliere verzekeringsmaatschappijen die een deel van de verzekeringsregeling beheerden, is het management van dit volledig openbaar stelsel in 2016 overgedragen aan Stichting Staatsziekenfonds (SZF), die momenteel ongeveer 75% van de bevolking verzekerd.

Suriname heeft een gefragmenteerd gezondheidszorgsysteem dat de stedelijke, kust- en binnenlandregio's van het land dekt. Een speciale gezondheidsdienst verschaft eerstelijnszorg voor de bevolking in het binnenland (Medische Zending) en in het stedelijke kustgebied (RGD). Via het Bureau voor Openbare Gezondheidszorg (BOG) van het Ministerie van Volksgezondheid worden Public Health projecten en programma's uitgevoerd, waaronder monitoring van gezondheidstrends. Er zijn zes ziekenhuizen, waarvan er zich vier in de hoofdstad bevinden en twee in de districten.

INDICATOREN	#	Jaar	Herkomst
Totaal aantal inwoners	563,000	2017	PAHO Kernindicatoren ¹
Mediane leeftijd (in jaren)	28,9	2017	PAHO Kernindicatoren
Jaarlijkse bevolkingsgroei	0,9%	2017	PAHO Kernindicatoren
Bevolking onder de 15 jaar	26%	2017	PAHO Kernindicatoren
Totaal vruchtbaarheidscijfer (per vrouw)	2,3	2013	WHO Statistisch Profiel
Bevolking onder de 15 jaar	26%	2017	PAHO Kernindicatoren
Bevolking boven de 65 jaar	7%	2017	PAHO Kernindicatoren
Stedelijke bevolking	66%	2017	PAHO Kernindicatoren
Levensverwachting bij geboorte	71,5 jaar	2017	PAHO Kernindicatoren
Man	68,4 jaar		
Vrouw	74,9 jaar		
Geboorten	10.0001	2017	PAHO Kernindicatoren
Gemiddeld aantal onderwijsjaren	9	2017	PAHO Kernindicatoren
Vrouw	8,9		
Man	9,1		
Sterfgevallen	4.000	2017	PAHO Kernindicatoren
Maternale Sterftecijfer (gerapporteerd)	139,8/10000 levend geboren kinderen	2017	PAHO Kernindicatoren
Kindersterftecijfer (gerapporteerd)	15,9/1.000 levend geboren kinderen	2017	PAHO Kernindicatoren
Neonatale sterftecijfer (gerapporteerd)	13,5/1.000 levend geboren kinderen	2017	PAHO Kernindicatoren
Sterftecijfer onder vijf jaar (gerapporteerd)	18,5/1.000 levend geboren kinderen	2017	PAHO Kernindicatoren
Geboorten die worden begeleid door deskundige gezondheidswerkers	90%	2010	WHO Country Cooperation Strategy ²
Exclusieve borstvoeding <6 maanden	2.8%	2017	PAHO Kernindicatoren
Dichtheid artsen (per 1000 bevolking)	0.8	2013	WHO Country Cooperation Strategy
Dichtheid verpleegkundigen en vroedvrouwen (per 1000 inwoners)	1,6	2013	WHO Country Cooperation Strategy
Inkomensindeling Wereldbank	Upper middle income	2013	WHO Statistisch Profiel ³
Totale uitgaven aan gezondheidszorg als % van het BBP	5,69	2014	WHO Country Cooperation Strategy
Public Health Uitgaven als % van het BBP	2,9	2017	PAHO Kernindicatoren
“Out of pocket” kosten als % van de totale gezondheidszorguitgaven	11,4	2017	PAHO Kernindicatoren
Armoedebestand tegen \$1.25 per dag koopkrachtpariteit (% van de bevolking)	15,54	2010	WHO Country Cooperation Strategy
Alfabetiseringsgraad onder volwassenen van >= 15 jaar (%)	95	2007-2010	
Index voor menselijke ontwikkeling	103	2014	WHO Country Cooperation Strategy
Index genderongelijkheid	100	2014	

¹ PAHO Kernindicatoren 2017 <http://www.paho.org/data/index.php/en/INDICATORENEN/visualization.html>

² WHO Waarnemingspost voor Wereldgezondheid mei 2017 <http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

³ WHO Waarnemingspost voor Wereldgezondheid januari 2015 <http://www.who.int/gho/en/>

Gezondheid in het kader van nationale ontwikkeling

Om deze situatie aan te pakken, is een gezamenlijke nationale inspanning vereist om vooruitgang te boeken met een visie op gezondheid en welzijn in tegenstelling tot een louter curatieve benadering van ziekten.

De bevolking van Suriname erkent gezondheid en welzijn als fundamentele rechten en de zoektocht naar het volledig bereiken daarvan als een totale ambitie die de transitie en voortdurende verbetering van het gezondheidszorgsysteem tot een nationale prioriteit en verantwoordelijkheid maakt.

GRONDWET VAN SURINAME

Art.

36



1. Een ieder heeft recht op gezondheid.

2. De Staat bevordert de algemene gezondheidszorg door systematische verbetering van leef- en werkomstandigheden geeft voorlichting ter bescherming van de gezondheid.

De erkenning van het recht op gezondheid in de grondwet is een belangrijke verworvenheid en dient als een sterke basis van het gezondheidszorgsysteem. De uitdrukking van dit constitutionele mandaat in het huidige wettelijk kader (wetten, voorschriften, decreten en andere juridische instrumenten) vereist echter verbetering en modernisering in het licht van nieuwe eisen en toekomstige ontwikkelingen.

De visie van een "Gezonde Bevolking" voor Suriname, zoals voorgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, gaat verder dan de schijnbare eenvoud van de verklaring. Het is een reflectie van de dromen en de betrokkenheid van de mensen en de overheid om een gezondheidszorgsysteem op te zetten dat inspeelt op hun eisen en dat kwaliteitsvolle gezondheidszorgdiensten biedt die alomvattend, geïntegreerd en uitgebreid zijn om aan de veranderende behoeften van de bevolking te voldoen. In haar brede interpretatie tracht de visie de bevolking van Suriname te verenigen onder de roep: "Makandra seti wan gesontoe Sranan" (Samen een gezonde natie creëren).

Koppelingen naar HiAP en de sociale gezondheidsdeterminanten

Bij het aanpakken van de sociale gezondheidsdeterminanten, ongelijkheden op gezondheidsgebied en de gezondheidsagenda van de SDG-2030 heeft de regering van Suriname een 'Health in All Policies (HiAP)'-aanpak omarmd. Tijdens een HiAP nationale consensusworkshop in augustus 2015 heeft een intersectoraal groep deelnemers uit alle sectoren van de overheid, niet-gouvernementele organisaties en de particuliere sector, 12 beleidsmaatregelen geformuleerd die later door de Raad van Ministers voor uitvoering zijn goedgekeurd.

Verschillende ministeries, waaronder Regionale Ontwikkeling, Grond en Bosbeheer en Handel en Industrie, hebben begrotingslijnen opgenomen voor intersectorale samenwerking op het gebied van gezondheidskwesaties. Daarnaast werkt de gezondheidssector samen met de PAHO/WHO en andere relevante VN-agentschappen (UNFPA, UNICEF, UNDP, FAO) en internationale financiële en samenwerkingsorganisaties om ervoor te zorgen dat gezondheid deel uitmaakt van alle ontwikkelingsprojecten en samenwerkingsactiviteiten.

Beschrijving van het nationaal strategisch planningsproces

De hierin gepresenteerde definitie van het zorgmodel en het NSPG is het resultaat van een 18 maanden durend proces van discussies en besprekingen. Het proces begon in april 2017 tijdens een workshop in Paramaribo waarbij een breed scala aan nationale stakeholders aanwezig was met steun van de PAHO. Dit open debat resulteerde in de ontwikkeling van een concept-zorgmodel in mei 2017.

Op basis van de aanvaarding van het *concept* van het nieuwe zorgmodel, organiseerde het Ministerie van Volksgezondheid met steun van de PAHO in juli 2018 een reeks vergaderingen en interviews met belanghebbenden binnen de gezondheidssector die waardevolle input gaven voor de ontwikkeling van het NSPG. Het NSPG is dus het resultaat van breed overleg en uitgebreide en diepgaande evaluatie van nationale strategische en operationele plannen en documenten.

De eindproducten van dit participatieproces is een richtlijn voor de transitie van de gezondheidszorg van Suriname en een strategisch 10-jarig plan om die doelstelling te bereiken. Het succes van dit belangrijke transitieproces van het gezondheidszorgsysteem in Suriname zal sterk afhangen van het bereiken van een nationale consensus, ook buiten verkiezingsperiodes, en het verenigen van alle belanghebbenden op weg naar 'Universele Gezondheid' in Suriname.

*Een zorgmodel
voor gezondheid en welzijn*

mz
Primary
Health
Care Suriname

HOOFDSTUK

1

01 Een zorgmodel voor gezondheid en welzijn

Een zorgmodel is een logisch kader dat bepaalt hoe zorgsystemen worden georganiseerd, gefinancierd en bestuurd om diensten te leveren die inspelen op de gezondheidsbehoeften, eisen en verwachtingen van een samenleving. Deze definitie omvat de vier essentiële functies van een gezondheidszorgsysteem, t.w. bestuur, financiering, het genereren en toewijzen van middelen en het leveren van diensten; het zorgmodel specificeert derhalve hoe deze functies op elkaar inwerken in de ontwikkeling van gezondheid en welzijn. Een nieuw zorgmodel voor Suriname zal vereisen dat nieuwe organisatorische maatregelen effectief, efficiënt en kwaliteitsgericht zijn.

Het dienstverleningsmodel verwijst naar de zorgverleningsfunctie van het systeem en vormt het ideale ontwerp en de weergave van de manier waarop de middelen (financieel, menselijk, technologisch en infrastructuur) die nodig zijn voor het leveren van gezondheidszorgdiensten zijn georganiseerd en toegewezen. Het spreekt voor zich dat een land één zorgmodel voor de totale gezondheidssector moet hebben (dit omvat de publieke en de private sector), maar dat verschillende organisatiemodellen vereist zijn om te kunnen reageren op specifieke geografische, etnische of culturele omstandigheden, behoeften of verwachtingen.²

Bij het ontwerpen van nieuwe modellen van zorg en zorgverlening, zou de huidige realiteit een platform moeten worden om de toekomst uit te stippelen op basis van de ambities van de natie. Gebaseerd op nationaal geaccepteerde waarden en principes, zal het zorgmodel de transitie en ontwikkeling van het systeem, en de diensten en voordelen ervan begeleiden. Het hebben van een duidelijk gedefinieerd Zorgmodel biedt aanzienlijke strategische voordelen, waaronder:

- Een duidelijk geformuleerde visie voor het gezondheidszorgsysteem;
- Een gemeenschappelijke *high level* doelen die de handelingen van alle belanghebbenden vastleggen;
- Het bevorderen van de betrokkenheid, als deze op consensus is gebaseerd;
- Een duidelijke basis voor het monitoren van de voortgang, het evalueren van de resultaten en het corrigeren van afwijkingen van de strategische doelstellingen.

Het nieuwe zorgmodel dat hier wordt voorgesteld, zal de transitie van het Surinaamse gezondheidszorgsysteem sturen en zal elementen van structuur en begeleiding bieden voor de reorganisatie van de gezondheidszorgdiensten, gericht op het verbeteren van toegankelijkheid, dekking, efficiëntie, rechtvaardigheid en kwaliteit.

Samen één gezonde natie creëren: een nieuw Zorgmodel

² Vanwege haar geografische en demografische verdeling, voorwaarden en capaciteit om gezondheidszorgdiensten te verlenen, kan Suriname bijvoorbeeld twee verschillende organisatiemodellen vereisen op basis van één conceptueel systeemkader voor gezondheidszorg.

De visie en missie van het Surinaamse gezondheidssysteem

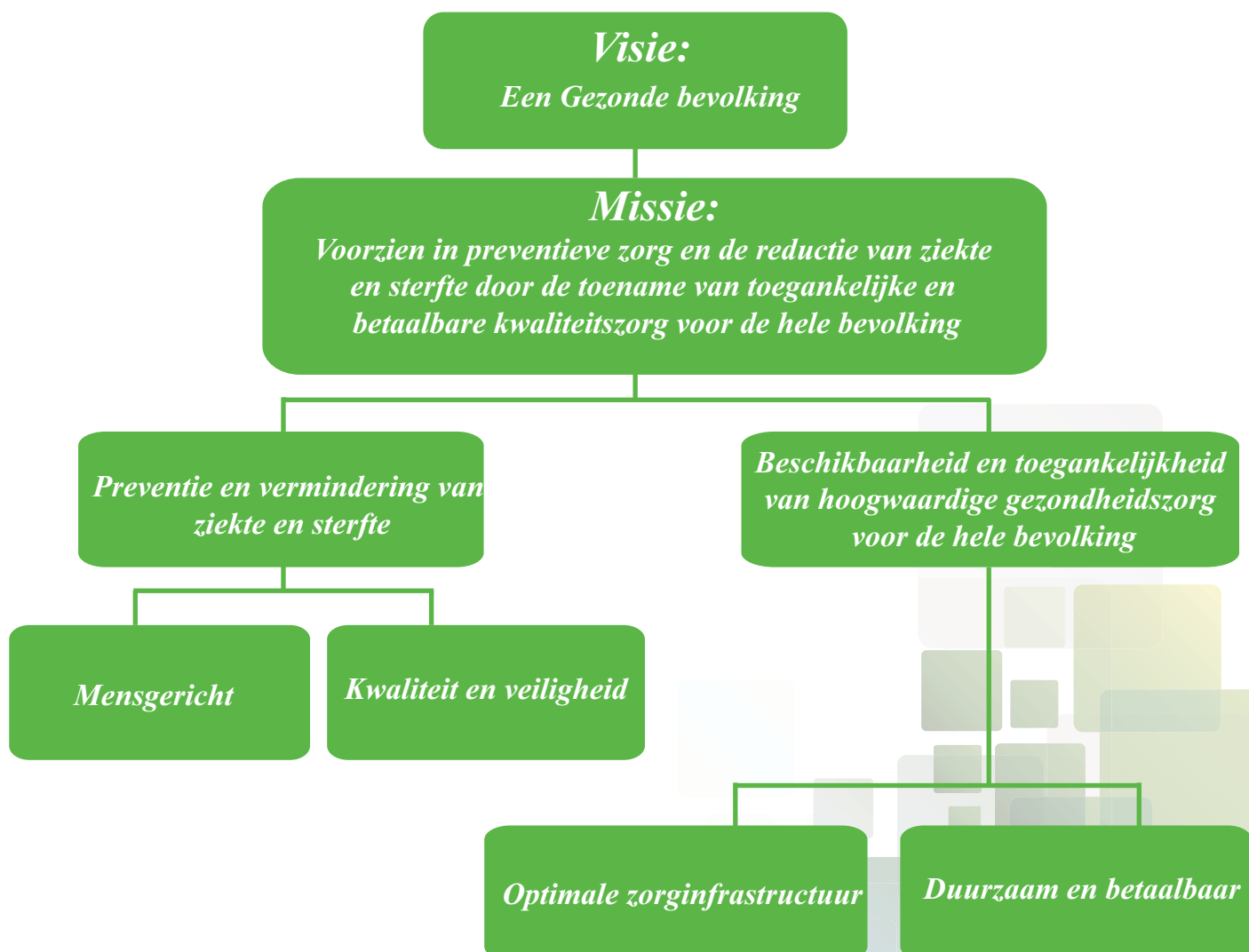
Het hoofdstuk over gezondheid in het Nationale Ontwikkelingsplan 2017-2021 specificereert twee beleidsprioriteiten op hoog niveau:

Beleidsgebied 1: Preventie en vermindering van ziekte en sterfte;

Beleidsgebied 2: Beschikbaarheid en toegankelijkheid van kwalitatieve gezondheidszorg voor de gehele bevolking.

Op basis hiervan heeft het Ministerie van Volksgezondheid een missieverklaring aangenomen waarin haar plannen, acties en verantwoordelijkheden gericht zijn op de transitie van het gezondheidszorgsysteem om strategische doelstellingen te bereiken op beide beleidsgebieden. Dit alles in overeenstemming met het opzetten en versterken van een gezondheidszorgsysteem, dat mensgericht is, dat een gezonde levensstijl bevordert, dat effectieve preventieve diensten en optimale zorg met kwaliteit en veiligheid biedt en beantwoordt aan de behoeften en verwachtingen van de bevolking.

Deze prioriteiten wijzen op de noodzaak om ervoor te zorgen "dat alle mensen gebruik kunnen maken van het bevorderende, preventieve, curatieve, revaliderende en palliatieve gezondheidszorgsysteem dat ze nodig hebben, dat kwalitatief en effectief is, en betaalbaar voor de gebruiker."



Algemene beschrijving van het zorgmodel:

Door te kiezen voor een Gezondheidszorgsysteem dat gebaseerd is op primaire gezondheidszorgsysteem³ ondersteund door de Strategie voor Universele Gezondheid,⁴ en de transformatie van het niet-duurzame biomedisch-ziekte gericht zorgmodel, zal Suriname een systeem bouwen:

- Dat georiënteerd is op sterke waarden en principes (betrokkenheid, vertrouwen, rechtvaardigheid, solidariteit, integriteit, professionaliteit en kwaliteit);
- Waar mensen en hun behoeften, verwachtingen en rechten centraal staan met universele toegang tot gezondheidszorg en universele zorgdekking (met de garantie dat alle mensen toegang hebben tot een goede gezondheidszorg en daarbij niet in financiële moeilijkheden raken);
- Waar zorgverlenende organisaties kwalitatief, brede en geïntegreerde gezondheidszorg bieden;
- Waar voldoende personeel beschikbaar is met een breed scala aan disciplines en competenties, dat zich betrokken en gerespecteerd voelt;
- Waar een duurzame en rechtvaardige toegang tot geneesmiddelen en geschikte technologieën een alle daagse realiteit is;
- En met bestuurssystemen met een sterke betrokkenheid van meerdere belanghebbenden (publiek en privaat) die samenwerken onder leiding en beheer van het Ministerie van Volksgezondheid in haar rol als nationale gezondheidsautoriteit.

³ Zie Begrippenlijst

⁴ PAHO. Strategie voor universele toegang tot gezondheidszorg en universele gezondheidszorg. CD53-R14, 2014.

1

Waarden en principe

- *Een nationaal gezondheidszorgsysteem, zoals beoogd, moet gebaseerd zijn op waarden en principes die de Surinaamse bevolking dierbaar zijn.*
- *Waarden zoals vertrouwen, rechtvaardigheid, kwaliteit en solidariteit, ondersteund door principes van verantwoordelijkheid, integriteit en professionaliteit, vormen de pijlers die onze dromen en ambities ondersteunen in de richting van een gezondheidszorgsysteem waar universele toegang tot gezondheidszorg en universele gezondheidsdekking een realiteit is.*

2

Mensgerichte zorg

- *Mensgerichte zorg is de uitdrukking en het resultaat van een benadering van gezondheidszorgsystemen op basis van de rechten en verantwoordelijkheden van mensen.*
- *Persoonsgerichte zorg richt zich op de "hele persoon"; d.w.z., zorg die rekening houdt met de fysieke, mentale, emotionele en sociale dimensies van de persoon gedurende de gehele levensloop*
- *Het betekent mensen te versterken om hun gezondheid beter te beheren door middel van strategieën, zoals gezondheidsvoorlichting, zelfzorg en zelfmanagement van ziekten.*
- *Het betekent ook dat gezondheidszorgdiensten zowel interculturele als gender gebaseerde benaderingen van gezondheidszorg hanteren, aangepast aan de specifieke behoeften van de persoon, met empathie, respect en vertrouwen, en dat individuen, hun families en hun zorgverlener samen klinische beslissingen nemen.*
- *De familie- en gemeenschapsbenadering betekent dat de zorg de behoeften van het individu behandelt in het kader van familieomstandigheden, sociale en culturele netwerken en de omstandigheden waarin de persoon leeft en werkt. Het betekent ook dat gezinnen en gemeenschappen zelf zowel ontvangers en eventueel verleners van gezondheidsdiensten zijn, met respect voor de diversiteit die mogelijk bestaat binnen de gemeenschap, onder meer in geslacht, seksuele geaardheid, cultuur, etniciteit en andere soorten.*

De PAHO-strategie voor universele toegang tot gezondheidszorg en universele dekking van de gezondheidszorg biedt vier strategische lijnen. In overeenstemming met de strategie, accepteren de bevolking en de regering van Suriname:

3

Universele gezondheid

- *Dat universele toegang tot gezondheidszorg en universele dekking van de gezondheidszorg zijn gevormd door de waarden en principes van de primaire gezondheidszorg in de geest van Alma-Ata wat impliceert dat alle mensen en gemeenschappen, zonder enige vorm van discriminatie, toegang hebben tot volledige, gepaste en tijdige kwalitatief gezondheidszorg, die op nationaal niveau wordt bepaald op basis van de behoeften, evenals toegang tot veilige, betaalbare, effectieve geneesmiddelen van hoge kwaliteit, waarbij het gebruik van deze diensten gebruikers niet in financiële problemen brengt, met name groepen in kwetsbare omstandigheden;*
- *Dat beleid en interventies die de sociale gezondheidsdeterminanten aanpakken en de betrokkenheid van de samenleving als geheel bevorderen om gezondheid en welzijn te bevorderen, met de nadruk op kwetsbare groepen, een essentiële vereiste zijn om verder te gaan in de richting van universele toegang tot gezondheidszorg en universele dekking van de gezondheidszorg;*
- *Dat op weg naar universele toegang tot gezondheidszorg en universele dekking van de gezondheidszorg kwesties van uitsluiting, ongelijkheid en de barrières die toegang en het tijdig gebruik van alomvattende gezondheidszorg in de weg staan, overwonnen zullen moeten worden;*
- *Dat het streven naar de eliminatie van directe betalingen, beschreven als de kosten die een individu moet betalen voor gezondheidsdiensten, welke een barrière vormt voor de toegang tot de diensten, en hierbij armoede en blootstelling aan catastrofale uitgaven moeten vermijden. De vervanging van directe betalingen als financieringsmechanisme moet geleidelijk aan worden gepland en uitgevoerd, door middel van bundelingsmechanismen op basis van solidariteit die verschillende financieringsbronnen, zoals sociale zekerheidsbijdragen, belastingen en belastingopbrengsten zodat de financiële bescherming, rechtvaardigheid en efficiëntie van het gezondheidssysteem vergroot kan worden;*
- *De noodzaak om een reeks acties te identificeren en uit te voeren om de efficiëntie van de financiering en organisatie van het zorgstelsel te verbeteren;*
- *Het belang van de uitvoering van plannen, programma's en projecten om de aansterking van mensen en gemeenschappen te bevorderen om een actieve rol te spelen bij het maken van beleid, bij het vaststellen en aanpakken van ongelijkheden op gezondheidszorggebied en de sociale gezondheidsdeterminanten, en bij gezondheidsbevordering en -bescherming.*

Alomvattende, geïntegreerde, kwalitatieve gezondheidszorgdiensten

- *Op weg naar alomvattende, kwalitatieve, universele en brede gezondheidszorgdiensten in overeenstemming met gezondheidsbehoeften en prioriteiten, capaciteit en nationale context, zullen geplande, gecoördineerde en aanhoudende inspanningen vereist zijn.*
- *Deze alomvattende, kwalitatieve gezondheidszorgdiensten zijn essentieel voor het bevorderen en realiseren van het recht op de hoogst haalbare gezondheidsstandaard.*
- *Daaruit volgt dat deze diensten beschikbaar moeten zijn voor alle mensen, zonder kwaliteitsverschil, zonder onderscheid van hun economische of sociale situatie. Bovendien moeten deze diensten worden ontwikkeld met voldoende aandacht voor de gedifferentieerde en onvervulde behoeften van alle mensen en de specifieke behoeften van groepen in kwetsbare omstandigheden.*
- *In alomvattende, geïntegreerde kwalitatieve gezondheidszorgdiensten speelt de eerstelijnszorg een sleutelrol in het functioneren van het systeem als geheel. De eerstelijnszorg dient als toegang tot het systeem en garandeert een rechtvaardige toegang tot essentiële diensten voor de gehele bevolking.*
- *De eerstelijnszorg speelt een zeer belangrijke rol bij de coördinatie van het dienstenspectrum en de informatiestroom door het gehele dienstennetwerk, ongeacht waar de zorg wordt verleend.*
- *Het is ook het meest belangrijk moment voor het bereiken van de operationele integratie van programma's die gericht zijn op specifieke ziekten, risico's en populaties, en persoonlijke en openbare gezondheidszorgdiensten.*
- *Ziekenhuizen spelen een zeer belangrijke rol bij het verlenen van kwaliteitszorg. Het 'ziekenhuis van de toekomst' zal meer gericht zijn op intramurale en acute zorg, grote operaties en intensieve zorg. Poliklinische diensten en chronische zorg zullen worden verstrekt in de eerstelijnszorginstellingen en in nauw verband met sociale diensten. Het is echter belangrijk om te beseffen dat 'de toekomst' in veel opzichten de realiteit en uitdaging van vandaag is.*
- *De overgang van ziekenhuizen naar nieuwe manieren van zorgverlening en nieuwe organisatorische maatregelen in het kader van geïntegreerde netwerken voor de levering van gezondheidszorgdiensten, hoewel uitdagend, is een absolute noodzaak om de duurzaamheid van de gezondheidszorg te waarborgen en de gelijkheid en kwaliteit te verbeteren.*

5

Human Resources: bekwaam en voldoende in aantal

- *In het algemeen vereist een gezondheidszorgsysteem, dat mensgericht is en gebaseerd is op waarden en principes van eerstelijnszorg, een nieuwe benadering t.a.v. training, werving en planning van personeel.*
- *Verschuivende demografische en epidemiologische profielen vereisen nieuwe competenties, een diverse samenstelling van gezondheidsteams, nieuwe taken en functies voor de eerstelijnszorg, voor ziekenhuizen en voor andere typen diensverleners.*
- *Het bereiken van eerstelijnszorg met uitgebreide taken en een beter capaciteit om zorg aan te bieden en te coördineren, vereist een verbeterde capaciteit op het vlak van human resources.*
- *Stappen in de goede richting houd in: het vergroten van werkgelegenheid met aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden en incentieven, met name in gebieden waar weinig diensten worden aangeboden; het consolideren van multidisciplinaire teams met verschillende competenties die worden bepaald door behoeften en culturele kenmerken van verschillende populaties.*

6

Toegang tot geneesmiddelen en geschikte technologieën en infrastructuur

- *Essentiële geneesmiddelen en gezondheidstechnologieën vormen een fundamenteel onderdeel van universele gezondheid. Het is belangrijk om processen te identificeren die systematisch en geleidelijk de beschikbaarheid en het rationeel gebruik van geneesmiddelen (waaronder vaccins) en andere gezondheidstechnologieën verbeteren en ook regelgevings- en beoordelingscapaciteit ontwikkelen om veilige, effectieve geneesmiddelen van hoge kwaliteit te waarborgen.*
- *Integratie van nieuwe technologieën om de capaciteit voor het leveren van kwaliteitsgezondheidszorg uit te breiden, met name de eerstelijnszorg, is een belangrijk onderdeel van deze transformatie. Het bieden van toegang tot geïntegreerde gezondheidsvoorlichting, eHealth-diensten (waaronder telezorg en telegeneeskunde) en andere technologieën om de communicatie te verbeteren en het vermogen om kwalitatieve diensten te verlenen, maar een hedendaagse noodzaak.*
- *Nieuwe en verbeterde capaciteiten worden van de nationale gezondheidsautoriteit vereist om voor adequate integratie en het gebruik van technologieën en de bewaking te zorgen teneinde veilig gebruik te garanderen.*

Sterk leiderschap en bestuur

- **Versterking van de leiderschaps capaciteit van het Ministerie van Volksgezondheid als nationale gezondheidsautoriteit door nieuwe wetgeving of mechanismen in te stellen of gebruik te maken van bestaande mechanismen om de formulering en uitvoering van allesomvattend beleid en regelgeving te bevorderen en te zorgen voor verantwoording en transparantie moet met urgentie worden behandeld.**
- **Bij het opzetten van een nieuw zorgmodel en het bevorderen van universele gezondheid, kunnen effectieve bestuursmechanismen met een participatie van mensen en gemeenschappen solide beleidsvormingsprocessen versterken. Om rechtvaardigheid en algemeen welzijn te bevorderen, moet het beleidsvormingsproces een dialoog met alle belanghebbenden en sociale participatie omvatten om ervoor te zorgen dat alle groepen vertegenwoordigd zijn en dat belangen niet prevaleren ten koste van 'Public Health' belangen.**
- **Een duidelijk en expliciet beleid, regelgeving en plannen die het voornemen aangeven om het gezondheidszorgsysteem te transformeren en te versterken zijn op alle niveaus en in alle programma's en projecten essentieel. In deze plannen moeten welomlijnde doelen zijn opgenomen, die regelmatig worden gemonitord en geëvalueerd, met bestaande mechanismen voor sociale participatie bij planning, monitoring en evaluatie ter bevordering van transparantie.**
- **Vooruitkijkend moet het wet- en regelgevingskader een afspiegeling zijn van de nationale inzet voor de waarden en beginselen die hier zijn vastgesteld en voor het bereiken van universele gezondheid, naarmate we voortgaan om "Samen een gezonde natie te creëren".**

*Het Nationaal Strategisch
Plan Voor Gezondheid
(NSPG) 2019 - 2028*

HOOFDSTUK



02 *Het Nationaal Strategisch Plan Voor Gezondheid (NSPG) 2019 - 2028*

Een bepalend kenmerk van een systeem dat is gericht op het verbeteren en waarborgen van gezondheid en welzijn is een mensgerichte benadering bij het verlenen van diensten en zorg. Dit vereist een aanzienlijke verandering in oriëntatie op alle niveaus, van beleid tot dienstverlening.

Een tweevoudige aanpak is van cruciaal belang voor het waarborgen en ondersteunen van het transformatietraject. Allereerst dienen individuen, families en gemeenschappen “empowered” te worden om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en welzijn, en om een proactieve rol te spelen in het algemene bestuur van het gezondheidszorgsysteem. Even belangrijk is dat “empowerde” gezondheidswerkers op alle niveaus en van alle disciplines, actieve deelnemers en promotors zijn van de transitie van dienstverlening op basis van het traditioneel bio-medisch ziektemodel naar dienstverlening waarbij individuen en families, en hun gezondheid en welzijn centraal staan. Deze heroriëntering vereist nieuwe benaderingen van professionele taken en functies alsook nieuwe disciplines die in overeenstemming zijn met het concept van gezondheid, niet als "alleen de afwezigheid van ziekte of lichamelijke gebreken" maar als een toestand van "volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn"⁶.

Terwijl de bevolking van Suriname deze uitdagende transitie ondergaat, is **onze belangrijkste strategische verklaring onze toewijding en vastberadenheid om vooruitgang te boeken bij het opzetten van een Universeel Mensgericht Gezondheidszorgsysteem.**



⁶ WHO. *Constitutie van de Wereldgezondheidsorganisatie. Basisdocumenten, Vijfenvestigste editie, Bijlage, oktober 2006.* http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

In een gezondheidszorgsysteem dat op deze basis is gebouwd, bereiken we:

Strategische Doelstelling 1: Een universeel mensgericht gezondheidszorgsysteem voor Suriname

De volledige uitvoering van een eerstelijnsgezondheidszorgbenadering van gezondheidszorgsystemen dat mensgericht is, het recht op gezondheid garandeert, rechtvaardig is en volgens welke de inwoners van Suriname zorg op basis van hun behoeften ontvangen en die betaalbaar is op basis van vermogen.

- Sterke gezondheidsorganisaties die kwalitatieve brede en geïntegreerde zorg bieden.
- Verschillende vormen van dienstverlening die met succes uitgevoerd worden in antwoord op de behoeften en geografische realiteit van de bevolking in zowel het kustgebied als voor de binnenlandgemeenschappen.

Strategische Doelstelling 2: Rechtvaardige, duurzame en universele financiering van gezondheidszorg

Een systeem waarbij de financiering van gezondheidszorg- en welzijnsdiensten universeel wordt nagekomen en het rationele en efficiënte gebruik van diensten, geneesmiddelen en technologie wordt gerealiseerd.

- Een gezondheidszorgsysteem dat wordt gefinancierd en gegarandeerd is op basis van solidariteit, rechtvaardigheid en consistent beleid dat richting geeft aan plannen, middelen en uitvoering met bijzondere nadruk op kwetsbare groepen en het verbeteren van de nationale gezondheidsindicatoren.

Strategische Doelstelling 3: Middelen voor een efficiënt en effectief gezondheidszorgsysteem

Het gezondheidszorgsysteem trekt toegewijde, bekwame en betrouwbare gezondheidswerkers en werknemers aan; richt zich op de personeelsbehoeften en zorgt voor toegang tot en gebruik van geschikte technologieën die de zorgverlening verbeteren. Daarnaast worden de middelen en de transitie die nodig zijn om Universele Gezondheid te bieden voortdurend geïdentificeerd, bewaakt en uitgebreid op basis van onze waarden en principes.

- Een uitgebreid en geïntegreerd gezondheidsinformatiesysteem, dat beantwoordt aan de besluitvormingsbehoeften van gebruikers van gezondheidszorgdiensten, artsen, epidemiologen, managers, en beleidsmakers is landelijk opgezet, is robuust en in overeenstemming met nationale prioriteiten en doelstellingen.
- Een gezondheidszorgsysteem waarbij het beheer van gezondheidszorgdiensten resultaatgericht is en managers in juiste aantallen, met de juiste competenties, de juiste hulpmiddelen en in omgeving die bevorderlijk is voor goed management, met succes zorgen voor efficiëntie en effectiviteit van het gezondheidszorgstelsel.

Strategische Doelstelling 4: Sterk leiderschap en goed bestuur in de gezondheidszorg

Het Ministerie van Volksgezondheid is versterkt en haar leiderschapsrol is ten volle erkend. Alle belanghebbenden nemen actief deel aan het bestuur van het gezondheidszorgsysteem en dragen op effectieve wijze bij aan het bereiken van de nationale doelstellingen en gezondheidsprioriteiten.

- Gekwalificeerde technici vormen de kern van het ministerie en zijn beschikbaar voor het informeren en ondersteunen van beleid en besluitvorming.
- De leiding van het Ministerie van Volksgezondheid en alle belanghebbenden die betrokken zijn bij het bestuur van het gezondheidszorgsysteem zijn sterke voorstanders van het recht op gezondheid en de focus op primairegezondheidszorg.

Het NSPG 2019 – 2028

KOPPELINGEN NAAR ANDERE STRATEGISCHE VERPLICHTINGEN

Dit NSPG 2019 – 2028 is ontwikkeld in overeenstemming met de internationale, nationale en lokale verplichtingen van Suriname ten aanzien van gezondheid.

1. In artikel 40 van de grondwet van de Republiek Suriname wordt het mandaat vastgesteld voor de goedkeuring bij wet van een Nationaal Ontwikkelingsplan dat de sociale en economische doelstellingen van de staat bepaalt. Het hier voorgestelde Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid (NSPG) bouwt voort op de doelstellingen en principes van het Ontwikkelingsplan 2017-2021 en breidt de strategische visie en vooruitzichten uit.
2. De Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen (SDG) die de lidstaten van de Verenigde Naties in september 2015 hebben aangenomen, bieden het kader voor onze wereldwijde inzet en bijdrage aan het verbeteren van de wereldgezondheid tegen 2030. Afgezien van de specifieke details van SDG 3, "Goede gezondheid en welzijn", legt het NSPG verbanden met andere SDG's met betrekking tot de belangrijkste determinanten van gezondheid.
3. In september 2017, tijdens de 29e *Pan-American Sanitary Conference* [Pan-Amerikaanse Sanitaire Conferentie], hebben de ministers van Volksgezondheid van de Amerika's een strategisch beleidsinstrument goedgekeurd dat richting en politieke visie biedt voor gezondheidsontwikkeling in de regio voor de komende 13 jaar. De *Sustainable Health Agenda for the Americas*⁷ (SHAA2030) streeft naar bevordering van gezondheid en welzijn van alle individuen, gezinnen en de Amerika's en houdt zich aan de waarden en principes van de landen in die regio. De doelen en doelstellingen van dit NSPG zijn afgestemd op de SHAA2030 als onderdeel van onze regionale verplichtingen.



⁷ (*Sustainable Health Agenda for the Americas*)
[*Duurzame Gezondheidsagenda voor de Amerika's*]

STRATEGISCH RAAMWERK

Strategische Doelstelling 1

Een Universeel Mensgericht Gezondheidssysteem voor Suriname:

De volledige uitvoering van een primaire gezondheidsbenadering van een gezondheidszorgsysteem dat mensgericht is, het recht op gezondheid garandeert, rechtvaardig is en volgens welke de inwoners van Suriname naar behoefte zorg ontvangen en dat betaalbaar is op basis van vermogen.

KOPPELINGEN NAAR:

- Ontwikkelingsplan Suriname: 1) Preventie en vermindering van ziekte en sterfte; 2) Toegankelijkheid en toegang tot kwaliteitszorg voor de hele bevolking (universele kwalitatieve gezondheidszorg voor iedereen).
- SDG 3.1 Tegen 2030 de globale maternale sterfte terugdringen tot minder dan 70 per 100.000 levendgeborenen.
- SDG 3.2 Tegen 2030 een einde maken aan vermijdbare sterfte van pasgeborenen en kinderen onder de 5 jaar, waarbij alle landen er naar moeten streven om het neonatale sterftcijfer minstens tot 12 per 1000 levendgeborenen te beperken alsook het sterftcijfer van kinderen jonger dan 5 jaar eveneens in te perken tot maximum 25 per 1000 levendgeborenen.
- SDG 3.3 Tegen 2030 een einde maken aan epidemieën, zoals aids, tuberculose, malaria en verwaarloosde tropische ziekten, alsook hepatitis, water overdraagbare ziekten en andere overdraagbare ziekten bestrijden.
- SDG 3.4 Tegen 2030 de vroegtijdige sterfte gelinkt aan niet-overdraagbare ziekten met een derde inperken via preventie en behandeling, en het bevorderen van mentale gezondheid en welzijn.
- SHAA 1: De rechtvaardige toegang tot alomvattende, geïntegreerde, kwalitatieve, gezondheidsdiensten uitbreiden die gezins- en gemeenschapsgericht werken, met de nadruk op gezondheidsbevordering en ziektepreventie.
- SHAA 8: De nationale en regionale capaciteiten versterken om zich voor te bereiden op ziekte-uitbraken, noodsituaties en rampen die de gezondheid van de bevolking beïnvloeden, en om deze te voorkomen, opsporen, monitoren en erop te reageren.
- SHAA 9: Ziekte, invaliditeit en sterfte door niet-overdraagbare ziekten, ongevallen, geweld en geestelijke gezondheidsproblemen verminderen.
- SHAA 10: De last van overdraagbare ziekten verminderen en verwaarloosde ziekten terugdringen.

Goal 1

Outcomes	Indicatoren	Outputs	Indicatoren
1.1 Een sterke organisatie voor gezondheidszorgdiensten die kwalitatieve, allesomvattende, geïntegreerde zorg biedt aan iedereen gedurende de levensloop.	MMR < 70 per 100,000 NMR < 12 per 1000 levendgeborenen	1.1.1 Allesomvattende, op de levensloop gebaseerde nationale gezondheidszorg standaarden en richtlijnen die bepalen welke diensten moeten worden verleend en worden gedekt in het gehele zorgspectrum.	Standaarden en Richtlijnen voor Gezondheidszorg-diensten uitgevoerd.
1.2 Verschillende vormen van gezondheidsdiensten, die met succes worden uitgevoerd in antwoord op de behoeften en geografische realiteit van de bevolking in zowel het kustgebied als de binnenland-gemeenschappen.	Sterftecijfer onder de 5 jaar < 25 per 1000 levendgeborenen Minstens 10% vermindering in het sterftecijfer op basis van de Gezondheidszorg	1.2.1 Tienjarenplan voor de versterking van eerstelijnszorgdiensten, waaronder de transitie naar het nieuwe zorgmodel in uitvoering.	Zorgmodel geïmplementeerd
	Eliminatie van malaria, in 2020 gecertificeerd. Herintroductie in malariavrije gebieden voorkomen tegen 2022.	1.2.2 Transformatie van het Academisch Ziekenhuis als nationale tertiaire verwijnsinstelling.	Strategisch Transformatieplan in uitvoering
		1.2.3 Versterking van de tweedelijnsziekenhuizen en de aanschaf van ambulante diensten vanuit de uitvoering van het plan voor niet-overheidsziekenhuizen	Transformatieplan voor tweedelijnsziekenhuizen in uitvoering
		1.2.4 Ontwikkeling en uitvoering van de strategie en het programma voor het versterken van management-competenties in gezondheidszorgdiensten	Strategie voor versterking van het management in de gezondheidszorg in uitvoering

Goal 1

Outcomes	Indicatoren	Outputs	Indicatoren
1.3 Geïntegreerde benadering van gezondheidsprogramma's voor de beheersing en/of uitroeiing van belangrijke gezondheidsproblemen en uitdagingen.	MMR < 70 per 100,000 NMR < 12 per 1000 levendgeborenen Sterftecijfer onder de 5 jaar < 25 per 1000 levendgeborenen Minstens 10% vermindering in het sterftecijfer op basis van de Gezondheidszorg Eliminatie van malaria, in 2020 gecertificeerd. Herintroductie in malariavrije gebieden voorkomen tegen 2022.	1.3.1 Malaria eliminatie. Strategieën duurzaam gefinancierd.	Zero malariagevallen in 2020
		1.3.2 Goedkeuring en uitvoering van het Actieplan Antimicrobiële Resistentie (AMR) 2018-2021	Strategische en operationele plannen ontwikkeld en uitgevoerd
		1.3.3 Uitvoering van de Internationale Gezondheidsregels (IHR); Standaard Operationele Procedures (SOP).	IHR SOP goed gekeurd en operationeel
		1.3.4 Uitvoering Strategisch Plan voor Geïntegreerd Beheer en Zorg voor NCD's. ⁸	NCD-plan ontwikkeld, goed gekeurd en geïmplementeerd in 2020
		1.3.5 Ontwikkeling SOA Strategisch Plan	SOA Strategisch Plan
		1.3.6 Ontwikkeling Allesomvattend Milieu gerelateerd Gezondheidsplan	Milieu Gezondheidszorgplan
		1.3.7 Ontwikkeling en uitvoering Beleid en Strategie voor gezondheid van vrouwen, kinderen en jongeren	MMR < 70 per 100,000 NMR < 12 per 1000 levend geboren
		1.3.8 Ontwikkeling Nationaal Plan voor Geestelijke Gezondheid en Suïcidepreventie	Nationaal Plan voor Geestelijke Gezondheid en Suïcidepreventie
		1.3.9 Ontwikkeling en uitvoering Nationaal Medisch Noodnetwerk Plan .	Medisch Noodnetwerk
		1.3.10 Versterking van het Nationale Vaccinatieprogramma	

⁸ Niet-overdraagbare ziekten

Goal 1

Outcomes	Indicatoren	Outputs	Indicatoren
1.3 Geïntegreerde benadering van gezondheidsprogramma's voor de beheersing en/of uitroeiing van belangrijke gezondheidsproblemen en uitdagingen.		1.3.11 Uitvoering van het Actieplan voor Universele Toegang tot Veilig Bloed	
		1.3.12 Versterkte capaciteit voor Gezondheidstechnologie	
1.4 Bouwen aan en versterken van de veerkracht van zorgsystemen en -diensten en toepassing van een multisectorale aanpak om bij te dragen aan de gezondheidszekerheid en het omgaan met noodsituaties en klimaatsverandering.		1.4.1 Versterking beheer, bestuur, beleidslijnen, plannen, regels en processen voor het intensiveren van essentiële public health functies teneinde de veerkracht en het aanpassingsvermogen aan klimaat en andere gevaren in de gezondheidssector te versterken.	1.4.1.1 Voldoen aan en ondersteuning van de noodzakelijke capaciteiten voor noodsituaties in de gezondheidszorg, waaronder de kerncapaciteiten van IGR . ⁹
			1.4.1.2 Beschikken over een noodzakelijke capaciteit om te reageren op elk type ramp (systemen voor vroegtijdige alarmering, centra voor spoedoperaties, risicocommunicatie en veilige ziekenhuizen).
Assumpties/Risico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilisatie van de nationale economie 2. Een brede consensus bereikt ter ondersteuning van de transitie van het Zorgmodel en de uitvoering van het Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid 3. Uitgebreide dekking van de Nationale Ziektekostenverzekering om diensten te dekken gedurende het gehele zorgspectrum (d.w.z. programma's en diensten ter Bevordering en Preventie van Gezondheidszorg). 		

⁹ International Health Regulations [Internationale Gezondheidsregeling]

Strategische Doelstelling 2

Rechtvaardige, duurzame en universele financiering van Gezondheid

Een systeem waarbij de financiering van gezondheid- en welzijnsdiensten universeel wordt nagekomen en het rationeel en efficiënt gebruik van de diensten, geneesmiddelen en technologie is gerealiseerd, op basis van sociale participatie met alomvattend beleid, plannen en coördinatie met andere sectoren en internationale samenwerking.

KOPPELINGEN NAAR:

- Ontwikkelingsplan Suriname: 1) Preventie en vermindering van ziekte en sterfte; 2) Toegankelijkheid en toegang tot kwalitatieve zorg voor de gehele bevolking (Universele Kwalitatieve Gezondheidszorg voor iedereen).
- SDG 3.8 Zorgen voor een universele ziektekostenverzekering, inclusief de bescherming tegen financiële risico's, toegang tot kwaliteitsvolle essentiële gezondheidszorgdiensten en toegang tot veilige, doeltreffende, kwaliteitsvolle en betaalbare essentiële geneesmiddelen en vaccins voor iedereen
- SHAA 2: Versterk beheer en bestuur van de nationale gezondheidsautoriteit en tegelijkertijd het bevorderen van sociale bescherming.

Goal 2			
Outcomes	Indicatoren	Outputs	Indicatoren
2.1 Het Surinaamse gezondheidszorgsysteem is voldoende gefinancierd, voornamelijk uit duurzame overheidsbronnen en gebaseerd op solidariteit en rechtvaardigheid teneinde universele toegang tot gezondheidszorgdiensten voor de bevolking te garanderen.	Gestage stijging van de openbare uitgaven voor gezondheidszorg tot 6% van het BBP	2.1.1 "Fiscal space" analyse leidt tot informatie over potentiële bronnen voor verruiming van overheidsmiddelen voor gezondheid.	Opties voor het vergroten van de begrotingsruimte voor gezondheid zijn gecalculeerd en onderzocht in termen van haalbaarheid
	Afname van "out-of-pocket" kosten in de gezondheidszorg tot maximaal 20% van de totale gezondheidsuitgaven	2.1.2 Gestructureerde dialoog tussen het Ministerie van Volksgezondheid en het Ministerie van Financiën	Op basis van het bovenstaande selecteert de overheid haalbare nieuwe financieringsbronnen
	Toename van de financiële zekerheid gemeten als de incidentie van catastrofale uitgaven voor gezondheid: een vermindering van ten minste 33%	2.1.3 Nationale "Health Accounts" ontwikkeld	Macro-gezondheidsfinancieringsindicatoren zijn berekend als basisindicatoren in 2019

Goal 2

Outcomes	Indicatoren	Outputs	Indicatoren
<p>2.2 Segmentering van het Surinaamse gezondheidszorg-systeem is tot een minimum beperkt door over te gaan op een stelsel van universele bundeling van fondsen die de overgrote meerderheid van de bevolking beschermen met een uitgebreid pakket van gezondheidszorg dat homogeen is qua kwaliteit en kwantiteit</p>		<p>2.2.1 Het mechanisme voor bundeling van middelen onder de overheid is aangepast: actuariële analyse van bijdragen en andere financieringsbronnen en ziektekostenverzekering volgens het nieuw zorgmodel</p>	<p>Wijzigingen in het verzekeringsplan zijn in 2020 ontwikkeld (dekking van diensten, duurzaamheidsanalyse en progressieve uitbreidingsmechanismen zijn geformuleerd)</p>
		<p>2.3.1 Betalingsmechanismen binnen de algemene ziektekostenverzekeraar zijn herzien.</p>	<p>Berekening van de kapitaaltoeslag voor de eerstelijnszorgdiensten zijn ge-update. Nieuwe mechanismen voor ziekenhuisopname zijn ontwikkeld in 2019</p>
		<p>2.3.2 Er is een tarievenlijst voor gespecialiseerde zorg in ziekenhuizen en klinieken</p>	<p>Het schema voor de nationale vergoedingen is ontwikkeld en geïmplementeerd in 2019. Het wordt toegepast bij elke dienstverlener binnen de algemene ziektekostenverzekering</p>
<p>2.3 Financiële middelen voor gezondheid zijn toegewezen op basis van de doelstellingen van het gezondheidszorgsysteem en zijn gebaseerd op verbetering van de efficiëntie, rechtvaardigheid en solidariteit met speciale aandacht voor kwetsbare groepen en verbetering van de nationale gezondheidsindicatoren.</p>		<p>2.3.3 Overeenkomsten inzake dienstverlening is geïmplementeerd.</p>	<p>Contracten zijn in 2019 opgesteld en geïmplementeerd.</p>
Assumpties/Risico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilisatie van de nationale economie 2. Adequate Begrotingsruimte voor nieuwe gezondheidsinvesteringen 3. Brede consensus bereikt ter ondersteuning van de transitie van het Zorgmodel en uitvoering van het Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid 4. Uitbreiding van de Algemene Nationale Ziektekostenverzekering om diensten te dekken gedurende het gehele zorgspectrum (d.w.z. programma's en diensten voor Bevordering en Preventie van Gezondheid). 		

Strategische Doelstelling 3

Middelen voor efficiënt gezondheidszorgsysteem

Het gezondheidszorgsysteem trekt toegewijde, bekwame en betrouwbare gezondheidswerkers en werknemers aan en zorgt voor toegang tot geneesmiddelen en geschikte technologieën om Universele Gezondheid te bieden.

KOPPELINGEN NAAR:

- Ontwikkelingsplan Suriname: 1) Preventie en vermindering van ziekte en sterfte; 2) Toegankelijkheid en toegang tot kwaliteitszorg voor de hele bevolking (Universele kwalitatieve gezondheidszorg voor iedereen).
- SDG 3.c Het aanzienlijk opvoeren van de financiering van de gezondheidszorg de werving, de ontwikkeling, de opleiding en behoud van gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden, in het bijzonder in de minst ontwikkelde landen en de kleine eilandstaten.
- SHAA 3. Het management en de ontwikkeling van gezondheid versterken met vaardigheden die een comprehensieve benadering van gezondheid mogelijk maken.
- SHAA 6: Informatiesystemen versterken ter ondersteuning van de ontwikkeling van “evidence-based” beleid en besluitvorming
- SHAA 5: Toegang garanderen tot essentiële geneesmiddelen en vaccins en tot andere prioritaire gezondheidstechnologieën op basis van beschikbare wetenschappelijk aangetoonde gegevens en de nationale context.
- SHAA 7: De capaciteit ontwikkelen voor het genereren, overdragen en gebruiken van bewijsmateriaal en kennis op het gebied van gezondheid, bevordering van onderzoek en innovatie en het gebruik van technologie .

Goal 3

Outcomes	Indicator	Outputs	Indicator
<p>3.1 Het gezondheidszorgsysteem trekt toegewijde, bekwame en betrouwbare gezondheidswerkers en werknemers aan en voldoet effectief aan de personeelsbehoeften.</p>	<p>Minimaal 10% toename in de richting van de vereiste van 25 gezondheidswerkers (artsen, verpleegkundigen en vroedvrouwen) per 10.000 inwoners</p>	<p>3.1.1 Human Resources Plan voor gezondheidswerkers gebaseerd op het nieuwe Zorgmodel is ontwikkeld en implementatie is gestart.</p>	<p>50% vermindering van de kloof in de dichtheid van gezondheidswerkers (artsen, verpleegkundigen en vroedvrouwen) tussen districten met een lagere dichtheid van gezondheidswerkers van het land.</p>
		<p>3.1.2 Programma's gericht op competentieversterking op het gebied van het nieuwe Zorgmodel zijn ontwikkeld voor alle professionele en technische disciplines.</p>	<p>90% van professionals en werknemers in de gezondheidszorg hebben training en informatie ontvangen over het nieuwe Zorgmodel</p>
<p>3.2 Toegang tot en gebruik van geneesmiddelen en geschikte technologieën die bij de zorgverlening verbeteren, is gegarandeerd.</p>	<p>Verbeterde beschikbaarheid en rationeel gebruik van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen</p>	<p>3.2.1 Nationaal systeem voor het beheer van de geneesmiddelen- en overige medische hulpmiddelenvoorraad is ontwikkeld en geïmplementeerd.</p>	<p>Nationaal Logistiek Bevoorradings- en beheersysteem is geïnstalleerd.</p>
<p>3.3 Een robuust, alomvattend en geïntegreerd gezondheidsinformatiesysteem dat beantwoordt aan de besluitvormingsbehoeften van gebruikers, dienstverleners en beleidsmakers en in overeenstemming is met nationale prioriteiten en doelstellingen, is volledig geïmplementeerd.</p>		<p>3.3.1 Het "Information System for Health" (IS4H) is geïmplementeerd.</p>	<p>De dekkings- en kwaliteitsdoelstellingen van het regionale PAHO-plan voor de Versterking van Vitale en Gezondheids statistieken zijn bereikt.</p>

Goal 3

Outcomes	Indicator	Outputs	Indicator
<p>3.4 Een gezondheidszorg-systeem waarbij het beheer van gezondheidszorgdiensten resultaatgericht is en waar managers werken in de juiste aantallen, met de juiste competenties en de juiste hulpmiddelen, in een omgeving die bevorderend is voor goed management en die er voor zorgen dat het systeem efficiënt en effectief draait.</p>	<p><i>Opgeleide en competente managers op cruciale posten niveaus van het gezondheidszorgsysteem is gegarandeerd.</i></p>	<p>3.4.1 <i>Het raamwerk voor IHF Leiderschapscompetenties voor Managers van Gezondheidszorgdiensten op het gebied van training, kwalificaties en selectie is aangepast en ingevoerd op alle niveaus van het gezondheidszorgsysteem.</i></p>	<p><i>Standaarden en regelgeving die van toepassing zijn op de toewijzing van managementposities in gezondheidszorgdiensten zijn aanwezig.</i></p>
<p>Assumpties/Risico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilisatie van de nationale economie 2. Adequate Begrotingsruimte voor nieuwe gezondheidsinvesteringen 3. Brede consensus bereikt ter ondersteuning van de transitie van het zorgmodel en de uitvoering van het Nationaal Strategisch Plan voor gezondheid 4. Innovatieve oplossingen voor uitdagingen op het vlak van human resources. 		

Strategische Doelstelling 4

Sterk leiderschap en goed bestuur in de gezondheidszorg:

Het Ministerie van Volksgezondheid is versterkt en haar leiderschapsrol is volledig erkend. Alle belanghebbenden nemen actief deel aan het bestuur van het gezondheidssysteem en dragen op effectieve wijze bij aan het bereiken van de nationale doelstellingen en gezondheidsprioriteiten.

KOPPELINGEN NAAR:

- Ontwikkelingsplan Suriname: 1) Preventie en vermindering van ziekte en sterfte; 2) Toegankelijkheid en toegang tot kwalitatieve zorg voor de hele bevolking (universele kwalitatieve gezondheidszorg voor iedereen).
- SDG 3: Verzekeren van een goede gezondheid en promoten van welvaart voor alle leeftijden.
- SDG 3.d: De capaciteit van alle landen versterken, in het bijzonder die van de ontwikkelingslanden, met betrekking tot systemen voor vroegtijdige waarschuwing, risicovermindering en het beheer van nationale en globale gezondheidsrisico's.
- SHAA 2: Versterk het beheer en het bestuur van de nationale gezondheidsautoriteit, en bevorder de sociale bescherming.

Goal 4			
Outcomes	Indicator	Outputs	Indicator
<p>4.1 Het leiderschap van het Ministerie van Volksgezondheid en alle belanghebbenden die bij het bestuur van het gezondheidszorgsysteem zijn betrokken, zijn sterke pleitbezorgers van het recht op gezondheid en de oriëntatie op primaire gezondheidszorg.</p>	<p>Verbeterde capaciteit en competentie voor leiderschap van het gezondheidssysteem</p> <p>Uitgebreide bestuursmechanismen voor gezondheid</p>	<p>4.1.1 Bestuursstructuur voor gezondheid versterkt met toegenomen sociale participatie en intersectorale samenwerking.</p>	<p>Hoge tevredenheid onder belanghebbenden gemeten via nationale consumentenenquêtes.</p>
		<p>4.1.2 De essentiële Public Health Functies zijn versterkt volgens vastgestelde standaarden (kerncompetenties voor Public Health)</p>	

Goal 4

Outcomes	Indicator	Outputs	Indicator
<p>4.2 Gekwalificeerde technici vormen de kern van het ministerie en zijn beschikbaar om beleid en besluitvorming te informeren en te ondersteunen</p>	<p>Verbeterde capaciteit en competentie voor leiderschap van het gezondheidszorgsysteem</p> <p>Uitgebreide bestuursmechanismen voor gezondheid</p>	<p>4.2.1 Opbouw van de technische en politieke capaciteit voor het ontwerpen, implementeren, reguleren en handhaven van gepaste bundelings- en betaalmechanismen binnen het kader van Universele Gezondheid.</p>	<p>Technische functies op het gebied van Public Health, planning, Gezondheidseconomie, Wettelijke en Regelgevende disciplines en andere technische gebieden zijn ingevuld met opgeleid en bekwaam personeel.</p>
<p>4.3 Monitoring en evaluatie van het systeem, de diensten en plannen hebben een voortdurende cyclus van verbetering en transparantie gecreëerd.</p>	<p>Monitoring- en evaluatiemechanismen van het nationale gezondheidszorgsysteem</p>	<p>4.3.1 Nationale monitoring- en evaluatiesystemen voor gezondheid met outputs en outcomes gekoppeld aan de NSPG zijn ontwikkeld en geïmplementeerd.</p>	<p>Nationaal Plan voor Monitoring en Evaluatie is geïmplementeerd in 2020</p>
<p>4.4 Capaciteitsversterking voor de ontwikkeling, uitvoering en handhaving van nieuwe voorschriften.</p>	<p>Verbeter de beleidskader en regelgevende capaciteit</p>	<p>De capaciteit is versterkt voor het ontwikkelen van regelgeving en juridische analyses van gezondheidssysteem gerelateerde juridische kwesties.</p>	<p>Consultancyrapport afgerond tegen juni 2019.</p>
<p>Assumpties/Risico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilisatie van de nationale economie. 2. Opzettelijke uitvoering van strategieën voor het vernieuwen en versterken van de leidende rol van het Ministerie van Volksgezondheid als de nationale gezondheidsautoriteit. 3. Beschikbaarheid en behoud van sterk en bekwaam technisch personeel. 4. Adequate Begrotingsruimte voor nieuwe investeringen op het vlak van gezondheid. 5. Een brede consensus bereikt ter ondersteuning van de transitie van het Zorgmodel en de uitvoering van het Nationaal Strategisch Plan voor Gezondheid. 		

*Beginnelsen
en
uitvoeringsmechanismen*

HOOFDSTUK



03 **Beginnelsen** **en** **uitvoeringsmechanismen**

De succesvolle uitvoering van het NSPG 2019-2028 zal in belangrijke mate afhangen van vier factoren: het bereiken van een nationale inzet, planning en financiële afstemming, flexibiliteit en constante monitoring en evaluatie.

a. Nationale inzet: Voor de goedkeuring van het NSPG zijn een uitgebreid en participatief proces nodig voor consensusvorming waarbij alle belanghebbenden zijn betrokken en dat moet resulteren in de gecommitteerde uitvoering van het NSPG. In dit proces moeten debatten, consultaties en een proactieve sociale marketingcampagne worden meegenomen, die ervoor zorgen dat elke Surinamer de mogelijkheid heeft om deel te nemen aan het opbouwen van een beter gezondheidszorgsysteem. Toekomstige aanzittende regeringen zullen zich aan die commitment moeten houden.

b. Planning en financiële afstemming: Een NSPG, dat landelijk wordt ondersteund, vereist dat alle programmatische plannen, operationele plannen en toewijzing van financiële middelen (budgettair of extra-budgettair) worden afgestemd op het bereiken van de doelstellingen, outcomes en outputs van dit NSPG. De looptijd van tien jaar van het NSPG maakt deze herschikking mogelijk en vereist dat de leiding van het Ministerie van Volksgezondheid zorgt voor deze afstemming binnen alle gezondheidsprojecten en -programma's in Suriname.

c. Flexibiliteit: Het NSPG is opgesteld als een breed strategisch kader dat flexibiliteit mogelijk in veranderende omstandigheden. Het Ministerie van Volksgezondheid zal zorgen voor een constante monitoring van de omstandigheden die van invloed zijn op de gezondheidsontwikkeling en de uitvoering van het NSPG en stelt de tactische aanpassingen voor die nodig zijn voor een succesvolle uitvoering en het bereiken van de doelstellingen van het NSPG.

d. Monitoring en evaluatie: De ontwikkeling van een M&E-kader voor het NSPG is een noodzakelijke volgende stap om de succesvolle uitvoering van het NSPG 2019-2028 te waarborgen. Behalve het opzetten van sterke mechanismen voor het monitoren van indicatoren, moeten beheersinstrumenten worden ingevoerd die een verbeterde operationele planning, monitoring en evaluatie van de prestaties van de verschillende instellingen met verantwoordelijkheden in het NSPG mogelijk maken. Mechanismen zoals *Service Level Agreements* (SLAs) [Overeenkomsten inzake Dienstverleningsniveau] die de verwachte prestaties van de zorgverleners (RGD, Medische Zending, ziekenhuizen) specificeren, gekoppeld aan de toewijzing van financiële middelen, zijn nuttig gebleken. Rapportageroosters op basis van de SLAs waarin zorgverleners hun prestaties elk kwartaal of elk semester rapporteren, zorgen voor verbeterd management en productiviteit.

Daarnaast zal het Ministerie van Volksgezondheid de capaciteitsopbouw voor gezondheidsmanagers bevorderen om de introductie van managementcompetenties in de gezondheidszorg te vergemakkelijken, in het besef dat gezondheidsmanagement een discipline is en als zodanig training en specifieke competenties vereist.



Bijlagen

Begrippenlijst

Bronvermelding

Bijlage I

Geïntegreerde Netwerken van Gezondheidszorgdiensten: Een nieuwe organisatie van gezondheidszorgdiensten voor een nieuw zorgmodel

Het is onmiskenbaar dat voor een nieuw zorgmodel nieuwe vormen voor de organisatie van de gezondheidszorgdiensten nodig zijn.

Suriname, als een lidstaat van de Pan-Amerikaanse Gezondheidsorganisatie, onderschrijft geïntegreerde netwerken van gezondheidsdiensten als "de belangrijkste operationele uitdrukkingen van de Eerstelijns Gezondheidszorg aanpak van dienstverlening, waardoor een aantal van haar essentiële elementen werkelijkheid wordt, namelijk universele dekking en toegang; eerstelijnszorg; uitgebreide zorg; passende gezondheidszorg; optimale organisatie en management; intersectorale actie, enz."

Geïntegreerde Netwerken van Gezondheidsdiensten (IHSDN) zijn "een netwerk van organisaties die zorgen voor, of regelingen treffen voor, rechtvaardige, uitgebreide, geïntegreerde en continue gezondheidszorgdiensten voor een bepaalde populatie en is bereid om verantwoordelijk te worden gehouden voor de klinische en economische outcomes en de gezondheidsstatus van de bevolking".¹⁰

Internationale ervaring en bewijs tonen aan dat IHSDN:

- de toegankelijkheid van gezondheidszorg verbetert,
- versnippering van zorg vermindert,
- de efficiëntie in gezondheidssystemen in het algemeen verbetert,
- overlapping in infrastructuur en dienstverlening vermindert,
- de efficiëntie van de productiekosten verhoogt,
- hogere gebruikerstevredenheid door effectief in te spelen op de behoeften en verwachtingen van mensen.¹¹

Als zodanig zal het Ministerie van Volksgezondheid bij het uitvoeren van de transitie van de Surinaamse gezondheidszorgsystemen leiding geven aan de herstructurering van de gezondheidszorgdiensten om geïntegreerde, alomvattende zorg te bereiken die op een kwalitatieve en rechtvaardige manier geleverd wordt.

Domeinen en attributen van IHSDN:

De transitie van een op ziekte gerichte en gefragmenteerde gezondheidszorg naar het aanbieden van diensten die mensgericht en gezondheidgericht zijn, vereist niet alleen de definitie van een nieuw zorgmodel, maar ook verschillende en innovatieve organisatievormen van het zorgspectrum.

Het kader voor IHSDN zal dienen als een leidraad voor de transformatie en duurzame uitvoering van waaruit domeinen en attributen zullen ontstaan die de geplande uitvoering begeleiden. Met een strategische visie zullen we overgaan tot de uitvoering van de domeinen en attributen van IHSDN, op grond van de nationale realiteiten en mogelijkheden.

¹⁰PAHO. *Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas.* Washington DC 2011.

¹¹In het geciteerde werk

In dat opzicht zal de transitie van de gezondheidszorgdiensten in Suriname worden geleid door de volgende algemene benadering :

I. Organiseren van de Netwerken:

- **Mens- en gemeenschapsgerichte planning en diensten op basis van behoeften:** Elk regionaal netwerk zal verantwoordelijk zijn voor een gedefinieerde populatie in een bepaalde territoriale context. Economische overwegingen alsook de kenmerken van de bevolkingsgebieden (d.w.z. kustgebieden en binnenland) zullen de omvang en territoriale uitbreiding van elk netwerk bepalen.
- **Mapping en sectoren:** Territoriale netwerken zullen verder worden onderverdeeld in sectoren die zijn toegewezen aan multidisciplinaire teams van eerstelijnszorgverleners die verantwoordelijk zijn voor het verlenen van zorg en Public Health diensten aan een specifieke populatie.
- **Een netwerk van voorzieningen - bepaald door de behoeften van het volk en het reactievermogen van het systeem:** Het aantal en het type gezondheidszorgfaciliteiten wordt bepaald door de behoefte van de bevolking en de huidige capaciteit met plannen voor geleidelijke uitbreiding. Als zodanig kan het ene netwerk van het andere verschillen.
- **Multidisciplinaire teams in de Eerstelijnszorg:** De eerstelijnszorg zal worden georganiseerd en toegerust om de capaciteit te vergroten zodat het grootste deel van de ambulante gezondheidsbehoeften van de bevolking opgevangen kan worden, waarbij uitgebreide diensten worden verleend, bij voorkeur buiten het ziekenhuis. De samenstelling van de multidisciplinaire teams zal worden bepaald door de behoeften van de bevolking. Naast het bieden van directe zorg, zullen deze teams verantwoordelijk zijn voor coördineren en faciliteren van gebruikerservaring gedurende het gehele spectrum van gezondheidszorgdiensten.
- **Verlenen van ambulante gespecialiseerde diensten op de meest geschikte locatie, bij voorkeur buiten ziekenhuis:** Ziekenhuizen en andere vormen van dienstverlening (diagnostische diensten, verpleeghuizen, dialyse- en andere behandelcentra, langdurige zorg, enz.), zowel ambulante als via opname, bieden acute en langdurige zorg passend bij de behoeften van individuen en families in het netwerk. Het type en aantal van deze voorzieningen zal variëren afhankelijk van de kenmerken die worden bepaald door de gezondheidsbehoeften van de bevolking en de capaciteit van het zorgsysteem. In veel gevallen, met name in ziekenhuizen, zal dit een herdefiniëring in de organisatie, de functies en het management vereisen. Economische schaalvoordelen en kwaliteit van zorg zullen doorslaggevende factoren zijn bij de inzet van deze diensten.
- **Mechanisme om de zorg door het gehele spectrum te coördineren:** Een verscheidenheid aan coördinatiemechanismen die omvattende, maar niet beperkt zijn tot verwijssystemen, zijn cruciaal voor het versterken van de coördinatie langs het dienstenspectrum. Een volledige herziening van deze mechanismen om een effectieve uitvoering te garanderen, zal voor beide zorgniveaus worden uitgevoerd.

II. Beheer van het Netwerk:

- **Geïntegreerd beheer van klinische, administratieve en logistieke systemen:** Ondersteuningssystemen voor effectieve zorgverlening zullen worden gerationaliseerd, opnieuw met het oog op economische schaalvoordelen en het behalen van meer efficiëntie.
- **Toegewijde gezondheidsprofessionals en werknemers:** De mensgerichte bedadering impliceert niet alleen aandacht voor de gebruikers, maar ook voor de gezondheidswerkers die kwalitatieve zorg moeten waarborgen. Het behouden van toegewijde gezondheidswerkers, in de juiste aantallen en met de juiste competenties, vereist gepaste arbeidsvoorwaarden, waaronder salaris, en de juiste erkenning van hun bijdragen aan het welzijn van de samenleving. Een nieuw beleid en nieuwe ontwikkelingsplannen voor human resources in de gezondheidszorg zullen een hoge prioriteit hebben binnen deze transitie.
- **Een geïntegreerd informatiesysteem:** "Het IHSDN-informatiesysteem moet een breed scala aan data bieden om te voldoen aan de informatiebehoeften" van zorgverleners, managers, epidemiologen, beleidsmakers en, belangrijker, gebruikers.
- **Uitvoering van op resultaten gebaseerde management:** Een belangrijk principe van IHSDN is dat netwerken "verantwoordelijk worden gehouden voor de klinische en economische outcomes en de gezondheidsstatus van de bevolking". Om die verantwoordelijkheid werkelijkheid te laten zijn, moeten netwerken duidelijke doelstellingen en resultaten vaststellen op basis van de analyse van de behoeften van de bevolking, toegewijd zijn aan dienstverleningsovereenkomsten en monitoring- en evaluatiemechanismen die door de tijd heen duurzaam zijn. RBM [Resultaatgericht Beheer] vereist ook een verbeterde managementcapaciteit in het zorgstelsel in het algemeen.

III. Financiering van het Netwerk:

- **Toewijzing van financiële middelen:** Voor de verantwoording binnen geïntegreerde netwerken zijn nieuwe mechanismen voor de toewijzing van middelen vereist. Netwerken zullen bepaalde niveaus van autonomie nodig hebben om fondsen te gebruiken bij het nastreven van de doelstellingen en resultaten van het netwerk. Dit impliceert wijzigingen in de regelgeving die het beheer van gezondheidszorg moderniseren.
- **Incentieven op netwerkdoelstellingen:** Een succesvolle progressieve uitvoering van IHSDN berust op de aanwending van incentieven en verantwoordingssystemen die de integratie van het netwerk bevorderen en gedrag en processen wijzigen bij de invoering van nieuwe manieren om zorg te verlenen. Het ontwerpen van het meest effectieve stelsel van incentieven voor individuen, teams en netwerken is een taak van het aller grootste belang en prioriteit.

IV. Bestuursregelingen:

- **Uniform bestuursstelsel voor het netwerk:** De uitdaging van IHSDN en de uitvoering ervan vereist de configuratie van bestuursstructuren met ruime deelname van drie strategische partners: de gemeenschap die wordt bediend door het netwerk, de zorgverleners en -werknemers, en de managementstructuren (waaronder vertegenwoordigers van het Ministerie van Volksgezondheid en andere officiële instanties). Deze collegiale entiteit is verantwoordelijk voor de effectieve werking van het netwerk, de adequate financiering ervan en de planning en realisatie van zijn strategische doelstellingen door het monitoren en evalueren van resultaten en outcomes.
- **Intersectorale actie:** Het bestuursorgaan is ook het forum voor het plannen, onderhandelen en integreren van middelen van verschillende sectorpartners die de ontwikkeling van gezondheidsproblemen en het welzijn van de gemeenschap ten goede komen.

Samenvattend vereist de configuratie van geïntegreerde netwerken nieuwe manieren van denken, plannen en leveren van gezondheidszorg, die mensen, zorgverleners en managers in staat stellen om actief verantwoordelijk te zijn voor outcomes in gezondheid en welzijn.

Bijlage 2

Voorgestelde activiteiten voor jaar een en twee van het Nationaal Strategisch Plan Voor Gezondheid 2019 - 2028

DOELSTELLING 1: Universeel Mensgericht Gezondheidszorgsysteem

De volledige uitvoering van een gezondheidssysteem dat mensgericht is, dat benaderd is vanuit de primaire gezondheidszorg, dat het recht op gezondheid garandeert, rechtvaardig is en waardoor de inwoners van Suriname zorg en voordelen ontvangen op basis van hun behoeften en bijdragen op basis van hun capaciteit.

ACTIVITEITEN:

- 1.1.1.1 Herdefiniëring van de organisatie van gezondheidszorgdiensten voor de eerstelijnszorg in zowel het kustgebied als het binnenland om te zorgen voor betere toegang, dekking en integratie gestuurd door het Zorgmodel.
- 1.1.1.2 Gebaseerd op de lijst van essentiële diensten, klinische richtlijnen, standaarden en protocollen die zijn ontwikkeld om de brede dienstverlening te begeleiden in alle stadia van het zorgspectrum.
- 1.1.1.3 Introductie van het perinatale gezondheidsinformatiesysteem en data die zijn opgenomen als onderdeel van besluitvormingsprocessen.
- 1.1.2.1 Eerstelijnszorg die wordt verleend in het binnenland, die gereorganiseerd is op basis van het nieuwe zorgmodel, inclusief de integratie van gezondheidszorgtechnologie om de toegang uit te breiden.
- 1.1.3.1 Ontwerp en uitvoering van Tele-Health en Tele-Geneeskunde als oplossingen voor het uitbreiden van eerstelijnszorg op afstand, met name voor de dienstverlening in het binnenland.
- 1.1.3.2 Ontwerp van een Logistiek Bevoorradingsraamwerk voor Geneesmiddelen en andere medische hulpmiddelen.
- 1.2.1.1 Introductie van Productieve Managementmethodologie voor Gezondheidsdiensten (PMMHS) en hulpmiddelen voor de kostenberekening en het beheer van gezondheidszorgdiensten.
- 1.2.2.1 Ontwikkeling van een Nationaal Ziekenhuisbeleid.
- 1.2.2.2 Ontwikkeling van een Nationaal Plan voor de transformatie van Ziekenhuizen en Gespecialiseerde Zorg.
- 1.2.2.3 Ontwikkeling en uitvoering van een vijfjaren strategisch plan voor tweedelijns ziekenhuizen.
- 1.2.2.4 Verkennend onderzoek naar nieuwe zakelijke regelingen voor nationale en internationale dienstverlening door het Centraal Laboratorium - BOG.
- 1.2.2.5 Voorstellen voor het aanbieden van ambulante zorg en de behandeling van nierdialyse, kankerpatiënten en andere vormen van chronische zorg op andere locaties dan ziekenhuizen.
- 1.2.3.1 Behoeftte-onderzoek naar managementtraining van managers in de gezondheidszorg.
- 1.2.3.1b PAHO's Virtuele Trainingscursussen in IHSDN en PMMHS aanbieden aan alle managers in de gezondheidszorg op alle niveaus.

DOELSTELLING 2: Rechtvaardige, duurzame en universele financiering voor gezondheid :

Een systeem waarbij de financiering van gezondheids- en welzijnsdiensten universeel wordt nagekomen en het rationele en efficiënte gebruik van diensten, geneesmiddelen en technologie wordt gerealiseerd.

ACTIVITEITEN:

- 2.1.1.1 Het uitvoeren van 'Fiscal space study'.
- 2.1.2.1 Ontwikkeling en progressieve uitvoering van opties voor het bundelen van gezondheidsfondsen.
- 2.1.3.1 Onderzoek en aanpassing van de essentiële diensten die moeten worden gedekt en betalingsmechanismen die moeten worden vastgesteld, waarbij specifieke voorwaarden en financiële dekking worden bepaald in het licht van het zorgmodel.
- 2.1.3.2 Ontwikkelen en uitvoering van een basis tarievenlijst voor betalingen van gespecialiseerde zorg en ziekenhuizen in het gehele systeem of ten minste voor de belangrijkste verzekeraar (SZF).
- 2.1.3.3 Ontwikkelen en uitvoeren van overeenkomsten zake dienstverleningsniveau tussen zorgverleners op zowel de eerste lijn als in ziekenhuizen.
- 2.1.3.4 Formuleren van een plan voor de geleidelijke afschaffing van directe betalingen aan de zorginstantie

DOELSTELLING 3 Middelen voor een efficiënt en effectief gezondheidssysteem:

Het gezondheidszorgsysteem trekt toegewijde, bekwame en betrouwbare gezondheidswerkers en werknemers aan en zorgt voor toegang tot geneesmiddelen en geschikte technologieën om universele gezondheid te bieden.

ACTIVITEITEN:

- 3.1.1.1 Human Resources Plan voor de Gezondheidszorg voltooid medio 2019.
- 3.2.1.1 Ontwerp van een logistiek bevoorradingssysteem voor geneesmiddelen en andere medische hulpmiddelen met speciale aandacht voor de bevoorrading van het binnenland.
- 3.3.1.1 Onderzoek naar de huidige gezondheidsinformatiesystemen en ontwerp van opties voor de uitvoering van IS4H.
- 3.4.1.1 Ontwikkeling van een managementcompetentie-verbeteringsprogramma op basis van het IHF kader.

DOELSTELLING 4 Sterk leiderschap en bestuur in de gezondheidssector :

Het Ministerie van Volksgezondheid is versterkt en haar leiderschapsrol is ten volle erkend. Alle belanghebbenden nemen actief deel aan het bestuur van het gezondheidszorgsysteem en dragen op effectieve wijze bij aan het bereiken van de nationale doelstellingen en gezondheidsprioriteiten.

ACTIVITEITEN:

- 4.1.1.1 Ontwerp van een verandermanagement strategie voor de uitvoering van het nieuwe zorgmodel en NSPG.
- 4.1.1.2 Herziening van de huidige bestuursstructuren voor gezondheid op nationaal en lokaal niveau.
- 4.1.1.3 Ontwikkeling en uitvoering van een Nationale Communicatiestrategie over het Zorgmodel en het transitieproces.
- 4.2.1.1 Opzetten van een Gezondheidseconomie Unit binnen het Ministerie van Volksgezondheid.
- 4.3.1.1 Ontwerp en tot stand brengen van een nationaal monitorings- en evaluatiemechanisme.
- 4.4.1.1 Herziening van het bestaande wet- en regelgevingskader met het oog op het constateren van hiaten en de behoefte aan updaten of ontwerpen van nieuwe instrumenten.
- 4.4.1.2 Herziening en updaten van de Wet op de Public Health.
- 4.4.1.3 Ontwikkeling van normatieve en regelgevingsdocumenten voor de levering van Public Health diensten door openbare en particuliere zorgaanbieders, waaronder surveillance en handhaving-mechanismen.
- 4.4.1.4 Ontwikkeling of herontwerp van het regelgevingskader voor de uitoefening van beroepen in de gezondheidszorg.
- 4.4.1.5 Herziening en ontwerp van nieuwe voorschriften en opties voor opleiding, accreditatie en certificering van beroepsbeoefenaren en technici in de gezondheidszorg.
- 4.4.1.6 Ontwikkelen van samenwerkingsovereenkomsten met instellingen voor hoger onderwijs voor de opleiding en ontwikkeling van beroepsbeoefenaren en technici in de gezondheidszorg.
- 4.4.1.7 Ontwikkeling van een Nationaal Beleid inzake donaties en geschenken van het Ministerie van Volksgezondheid.

BEGRIPPENLIJST

Klinische integratie: De mate waarin patiëntenzorg wordt gecoördineerd dwars door de verschillende functies, activiteiten en operationele eenheden van het systeem. De mate van coördinatie van gezondheidszorg hangt in de eerste plaats af van de toestand van de patiënt en de beslissingen die door zijn gezondheidsteam zijn genomen. Klinische integratie omvat horizontale en verticale integratie (Gewijzigd uit Shortell, S.M.; Anderson, D.A.; Gillies, R.R.; Mitchell, J.B.; Morgan, K.L. *Building Integrated Systems: The Holographic Organization*. Healthcare Forum Journal 1993; 36(2): 20-6).

Allesomvattende, Geïntegreerde en Continue Gezondheidszorgdiensten: Het beheer en de levering van gezondheidszorgdiensten, zodat mensen een spectrum krijgen van gezondheidszorgbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziektebeheer, rehabilitatie en palliatieve zorg via de verschillende niveaus en locaties van zorg binnen de gezondheidszorg, en volgens hun behoeften gedurende de hele levensloop. (Gewijzigd uit de WGO. *Integrated Health Services—What and Why? Technical Brief No. 1*, nr. 1, mei 2008).

Dekking: De capaciteit van het gezondheidszorgsysteem om aan de behoeften van de bevolking te voldoen, waaronder de beschikbaarheid van infrastructuur, menselijke hulpbronnen, gezondheidstechnologieën (waaronder geneesmiddelen) en financiering.

Continuïteit van zorg: De mate waarin een reeks discrete contacten met de gezondheidszorg wordt ervaren door mensen als samenhangend en onderling verbonden in de tijd, en consistent met hun gezondheidsbehoeften en voorkeuren (Gewijzigd uit Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B., Adair, C.E., McKendry, R. *Continuity of Care: A Multidisciplinary Review* BMJ 2003; 327 (7425): 1219-1221).

Rechtvaardigheid in Gezondheid: De afwezigheid van onrechtvaardige verschillen in gezondheidsstatus, toegang tot gezondheidszorg en gezondheidsbevorderende omgevingen en behandeling binnen het gezondheidszorgsysteem en stelsel van sociale voorzieningen. (PAHO.) *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization* (PAHO/WHO), Washington, DC, 2007).

Eerstelijnszorg: In dit document wordt de voorkeur gegeven aan de term "eerstelijnszorg" in plaats van de term "primaire zorg" om verwarring met het concept van Primaire Gezondheidszorg (PGZ) te voorkomen. Voor PAHO vertegenwoordigt PGZ een brede benadering van de organisatie en de werking van het gezondheidszorgsysteem als geheel, en niet alleen de levering van eerstelijnsgezondheidszorg. De term Primaire Gezondheidszorg, zoals de eerstelijnszorg, is door het Amerikaanse *Institute of Medicine* gedefinieerd als de levering van geïntegreerde, toegankelijke gezondheidszorgdiensten door medici die verantwoordelijk zijn voor het aanpakken van een grote meerderheid van de persoonlijke gezondheidszorgbehoeften, waarbij een langdurige samenwerking met patiënten wordt ontwikkeld, en in het kader van gezinnen en gemeenschap wordt gepraktiseerd. (Institute of Medicine.) *Primaire zorg: America's Health in a New Era*, Washington, DC: National Academy Press, 1996).

Gezondheidszorgsysteem : Alle organisaties, mensen en acties waarvan de primaire doelstelling is om gezondheid te bevorderen, herstellen of behouden (Gewijzigd uit de WHO *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva, 2000).

Geïntegreerd Netwerk van Gezondheidszorgdiensten: Een netwerk van organisaties dat zorgt voor, of regelingen treft voor, rechtvaardige, alomvattende, geïntegreerde en continue gezondheidszorgdiensten voor een bepaalde populatie en bereid is om verantwoordelijk te worden gehouden voor de klinische en economische outcomes en voor de gezondheidsstatus van de bevolking die wordt bediend. (Gewijzigd uit Shortell, S.M.; Anderson, D.A.; Gillies, R.R.; Mitchell, J.B.; Morgan, K.L. *Building Integrated Systems: The Holographic Organization*. Healthcare Forum Journal 1993; 36(2): 20-6).

Levensloop: Een benadering op basis van een model dat suggereert dat de gezondheidsresultaten van individuen en de gemeenschap afhankelijk zijn van de interactie tussen meerdere beschermende en risicofactoren in het leven van mensen. Als gevolg hiervan beïnvloedt elke fase van het leven de volgende. De factoren verwijzen naar ecologische, biologische, gedrags- en psychologische kenmerken en toegang tot gezondheidszorgdiensten. Deze benadering biedt een alomvattende visie op de gezondheid en de determinanten ervan, die vraagt om de ontwikkeling van gezondheidszorg die meer gericht is op de behoeften van gebruikers in elke fase van hun leven. (Gewijzigd uit Lu, M, Halfon, N. *Racial and Ethnic Disparities in Birth Outcomes: A Life-Course Perspective*, Mat and Child Health J 2003; Vol 7, No. 1:13-30).

Netwerk van Diensten: Dit heeft voornamelijk betrekking op: a) de functionele coördinatie van dienstverleners van een andere aard; b) hiërarchische organisatie volgens niveau van complexiteit; c) een gemeenschappelijk geografisch referentiepunt; d) opdracht door een enkele operator; e) operationele standaarden, informatiesystemen en andere gedeelde logistieke middelen; en f) een gemeenschappelijke doelstelling. (Montenegro, H. Presentation, "Organización de sistemas de servicios de salud en redes", Foro international de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud., Bogotá, Colombia, 11-13 juni 2003).

Gezondheidszorg gebaseerd op Primaire Gezondheidszorg (PGZ): Een overkoepelende benadering van de organisatie en de werking van gezondheidszorgsystemen die het recht op het hoogst haalbare gezondheidsniveau tot hoofddoelstelling maakt, terwijl rechtvaardigheid en solidariteit worden gemaximaliseerd. Een op PGZ gebaseerd gezondheidszorgsysteem bestaat uit een kernset van functionele en structurele elementen die universele dekking en toegang tot diensten garanderen, die acceptabel zijn voor de bevolking en die rechtvaardigheid vergroten. Het biedt alomvattende, geïntegreerde en passende zorg en benadrukt na verloop van tijd gezondheidsbevordering en -preventie en garandeert eerstelijnszorg. Families en gemeenschappen vormen de basis voor planning en actie. Een gezondheidszorgsysteem, dat op PGZ is gebaseerd, vereist zowel een solide juridische, institutionele en organisatorische basis als adequate en duurzame menselijke, financiële en technologische middelen. Het maakt gebruik van optimale organisatie- en beheerspraktijken op alle niveaus om kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit te bereiken en ontwikkelt actieve mechanismen om de individuele en collectieve deelname aan gezondheidszorg te maximaliseren. Een gezondheidszorgsysteem dat op PGZ is gebaseerd ontwikkelt intersectorale acties om determinanten van gezondheid en rechtvaardigheid aan te pakken. (PAHO) *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization* (PAHO/WHO). 2007).

Public Health: Een georganiseerde aanpak door de samenleving, voornamelijk via haar openbare instellingen, om de gezondheid van de bevolking te verbeteren, bevorderen, beschermen en herstellen door middel van collectieve acties. Het omvat o.a. diensten zoals analyses van de gezondheidssituatie, surveillance, gezondheidspromotie, preventieve diensten, controle van infectieziekten, milieu en sanitatie rampenplan en bedrijfsgezondheidszorg. (PAHO) *Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment and Bases for Action Scientific and Technical Publication No. 589*. Washington, D.C.: OPS; 2002).

Public Health diensten: Gezondheidsdiensten gericht op de totale populatie. Deze omvatten o.a. analyses van de gezondheidssituatie, surveillance, gezondheidspromotie, preventieve diensten, controle van infectieziekten, milieu en sanitaie, rampenplan en bedrijfsgezondheidszorg.

(PAHO) *Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment and Bases for Action* Scientific and Technical Publication No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2002).

Segmentatie (van zorgsystemen): Het naast elkaar bestaan van subsystemen met verschillende financieringsvormen, aansluiting en zorgverlening, waarbij elk van hen zich 'specialiseert' in verschillende lagen van de bevolking op basis van hun type baan, inkomensniveau, draagkracht en sociale status. Dit soort institutionele regelingen consolideert en verdiept onrechtvaardigheid in de toegang tot gezondheidszorgdiensten in verschillende groepen. Organisatorisch gezien is segmentatie het naast elkaar bestaan van één of meer overheidsinstanties (afhankelijk van de mate van decentralisatie of deconcentratie), sociale zekerheid (vertegenwoordigd door één of meer entiteiten), verschillende financiers/verzekeraars en particuliere dienstverleners (afhankelijk van de omvang van mechanismen voor markt- en bedrijfsbeheer geïntroduceerd tijdens sectorale hervormingen). (PAHO, *Health in the Americas*, Vol. I, p. 319, Washington, DC: PAHO; 2007).

Universele toegang: De afwezigheid van geografische, economische, sociaal-culturele, organisatorische of genderbelemmeringen. Universele toegang wordt bereikt door het geleidelijk opheffen van barrières die voorkomen dat alle mensen op nationaal niveau rechtvaardig gebruik kunnen maken van alomvattende gezondheidszorg.

Universele dekking van de gezondheidszorg: impliceert dat de organisatorische mechanismen en financiering voldoende zijn om de gehele bevolking te dekken. Universele dekking is op zich niet voldoende om gezondheid, welzijn en rechtvaardigheid op het gebied van gezondheid te waarborgen, maar het legt de noodzakelijke basis.

Universele toegang tot gezondheidszorg en universele gezondheidszorgdekking: Impliceert dat alle mensen en gemeenschappen zonder enige vorm van discriminatie toegang hebben tot alomvattende, passende en tijdige kwalitatieve gezondheidszorgdiensten die op nationaal niveau worden bepaald op basis van behoeften, evenals toegang tot veilige, effectieve en betaalbare kwaliteitsgeneesmiddelen, terwijl ervoor wordt gezorgd dat het gebruik van dergelijke diensten gebruikers niet in financiële moeilijkheden brengt, met name groepen in kwetsbare omstandigheden. Universele toegang tot gezondheidszorg en universele gezondheidszorgdekking vereisen het bepalen en uitvoeren van beleid en acties met een multisectorale aanpak om de sociale gezondheidsdeterminanten aan te pakken en een maatschappelijke betrokkenheid bij het bevorderen van gezondheid en welzijn.

BRONVERMELDING

1. Overheid van de Republiek van Suriname. 2017-2021 Beleidsontwikkelingsplan Deel 1: Ontwikkelingsprioriteiten van Suriname. Stichting Planbureau Suriname. Januari 2017.
2. Ministerie van Volksgezondheid - Suriname. Nationaal Malaria Eliminatieplan: Suriname 2018-2022. PAHO, 2018.
3. Ministerie van Volksgezondheid - Suriname. Het Health in All Policies Pakket 2017-2018: Intersectorale Samenwerking voor Gezondheid en Ontwikkeling. November 2017.
4. Ministerie van Volksgezondheid - Suriname. Nationaal Gezondheidsplan Suriname, 2011-2018. Oktober 2011.
5. VN. Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen: 17 doelstellingen om onze wereld te transformeren. Verenigde Naties, september 2015.
(www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/).
6. PAHO. Vernieuwing van Primaire Gezondheidszorg in Noord- en Zuid-Amerika: Een standpuntnota van de Pan-Amerikaanse Gezondheidsorganisatie/Wereld Gezondheidsorganisatie (PAHO/WHO). Pan-Amerikaanse Gezondheidsorganisatie, 2007.
7. PAHO. Geïntegreerde Netwerken van Gezondheidszorgverlening: Concepten, Beleidsopties en een Routekaart voor Uitvoering in Noord- en Zuid-Amerika. Pan-Amerikaanse Gezondheidsorganisatie, Washington, DC, 2011.
8. PAHO. Duurzame Gezondheidsagenda voor Noord- en Zuid-Amerika 2018-2030: een oproep tot actie voor gezondheid en welzijn in de regio. Pan-Amerikaanse Gezondheidsorganisatie, CSP29/6, Rev. 3. 25 september 2017.
9. WHO. Suriname WHO Statistisch profiel. Global Health Observatory (www.who.int/gho/en/). Laatst bijgewerkt: januari 2015.
10. WHO. Landenamenwerkingsstrategie in een oogopslag. Global Health Observatory (<http://apps.who.int/gho/data/node.cco>) Bijgewerkt mei 2018.



**Nationaal Strategisch Plan
voor Gezondheid en Welzijn
in Suriname 2019-2028**

REPUBLIEK SURINAME
REPUBLIC OF SURINAME



GEZONDHEID
OP ALLE BELEIDSGBIEDEN
HEALTH IN ALL POLICIES

National Strategic Plan for Health and Wellbeing in Suriname 2019-2028



PAHO



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE
Americas



Makandra seti wan gesontoe Sranan

National Strategic Plan for Health and Wellbeing in Suriname 2019 - 2028



February 2019



Table of Contents

FOREWORD	04
ACKNOWLEDGEMENT	05
ACRONYMS	06
EXECUTIVE SUMMARY	07
INTRODUCTION	08
<i>Brief Health System Overview</i>	08
<i>Health in the context of national development</i>	11
<i>Links to HiAP and the Social Determinants of Health</i>	12
<i>Description of the national strategic planning process</i>	12
CHAPTER 1:	
THE MODEL OF CARE	14
<i>The vision and mission of Suriname’s Health System</i>	15
<i>General description of the Model of Care</i>	16
<i>Values and Principles</i>	17
<i>People-centered care</i>	17
<i>Universal Health</i>	18
<i>Comprehensive, integrated, quality health services</i> <i>kwalitatieve gezondheidszorgdiensten</i>	19
<i>Human resources</i>	20
<i>Access to medicines and appropriate technologies</i> <i>and infrastructure</i>	20
<i>Strong leadership and Governance</i>	21

CHAPTER 2:	
THE NATIONAL STRATEGIC	
PLAN FOR HEALTH 2019 - 2028	23
<i>Strategic goal 1: A Universal People-Centered Health</i>	
<i>System for Suriname</i>	23
<i>Strategic goal 2: Equitable, sustainable and universal</i>	
<i>financing for Health</i>	24
<i>Strategic goal 3: Resources for an efficient and effective</i>	
<i>health system</i>	24
<i>Strategic goal 4: Strong leadership and governance</i>	
<i>in health</i>	24
<i>The NSPH 2019 - 2028 links to other strategic commitments</i>	25
<i>Strategic Framework</i>	26

CHAPTER 3:	
PRINCIPLES AND IMPLEMENTATION	
MECHANISMS	38
<i>National commitments</i>	38
<i>Planning and financial alignment</i>	38
<i>Flexibility</i>	38
<i>Monitoring and Evaluation</i>	38

ANNEXES:	40
<i>1.Integrated Health Service Delivery Networks: A</i>	
<i>new organization of health services for a new model</i>	
<i>of care</i>	40
<i>2.Proposed activities for years one and two of the</i>	
<i>NSPH 2019-2028</i>	43

Glossary	46
References	49

FOREWORD



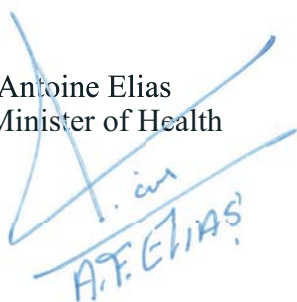
The health and wellbeing of all citizens in Suriname is one of the top priorities of the Government of Suriname. The National Strategic Plan for Health and Wellbeing in Suriname 2019 – 2028 reflects the approach chosen to guarantee quality health services for all. While the plan finds its roots in the Constitution of Suriname which states the responsibility of the Government is to provide healthcare, it also reflects the commitment to achieving the Sustainable Development Goals by 2030 addressing the social determinants of health.

The Ministry of Health, together with stakeholders and the Pan American Health Organization (PAHO) identified the priority areas for focus in this overarching plan based on the need of a health system that should result in ‘A Healthy Population’ by providing preventive care and increasing accessible and affordable quality care for the entire population.

The plan introduces a new model of care which is a Primary Health Care (PHC) based health system supported by the strategy for Universal Health and transitioning from the unsustainable biomedical-disease-oriented model of care. Based on nationally accepted values and principles, the model of care will guide the transformation and development of the system, its services and benefits. Having a clearly defined Model of Care provides significant strategic benefits, including: A clearly articulated vision for the health system; A common set of high-level goals that frame the actions of all stakeholders; When built on consensus, it fosters commitment; A clear basis for monitoring progress, evaluating performance and correcting deviations from the strategic goals. The new model of care will steer the transformation of Suriname’s health system and provide elements of structure and guidance for the reorganization of the health services aimed at increasing access, coverage, efficiency, equity and quality but most of all a system that is people-centered.

In the spirit of ‘Health in All Policies’ we make a plea to come together to guarantee an environment in which people can prevent preventable diseases and in situations of sickness can still enjoy quality of life. Let’s remain focused in joining together to reach the goals with a special focus on doing what we as individuals can do to create a healthier lifestyle.

Antoine Elias
Minister of Health



A.F. ELIAS

AKNOWLEDGEMENT

The National Strategic Plan for Health and Wellbeing in Suriname 2019 – 2028 was developed under the supervision of the Director of Health supported by the technical staff of the Ministry of Health, relevant stakeholders in Health and representatives of NGOs.

A special word of thanks goes out to the Pan American Health Organization (PAHO) for the technical guidance provided during the process of the development of the National Strategic Plan for Health and Wellbeing in Suriname 2019 – 2028.



ACRONYMS

BOG	Bureau of Public Health
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
GDP	Gross Domestic Product
HiAP	Health in All Policies
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRH	Human Resources for Health
IHF	International Hospital Federation
IHSDNs	Integrated Health Service Delivery Networks
IS4H	Information Systems for Health
MMR	Maternal Mortality Ratio
MoH	Ministry of Health
M&E	Monitoring and Evaluation
NMR	Neonatal Mortality Rate
NSPH	National Strategic Plan for Health
PAHO	Pan American Health Organization
PHC	Primary Health Care
PMMHS	Productive Management Methodology for Health Services
PPP	Purchasing Power Parity
RBM	Results Based Management
RGD	Regional Health Services
SDG	Sustainable Development Goals
SHAA	Sustainable Health Agenda for the Americas
SLA	Service Level Agreements
SZF	State Health Insurance Foundation
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children Fund
WHO	World Health Organization

EXECUTIVE SUMMARY

The Strategic Plan for Health and Wellbeing in Suriname 2019 – 2028 is a document developed by the Ministry of Health together with its stakeholders for a period of ten (10) years. The focus of this plan is to present the direction in which the Health Sector is going with the vision ‘A Healthy Population’. This therefore means that all strategic plans developed for programs within the health sector will be aligned with the objectives in this Strategic Plan.

The main strategy presented in this document is the development and implementation of a new Model of Care for Suriname, a logical framework that will define how the health system is organized, financed and governed to deliver the required services that address the health needs, demands and expectations of the population. The health system in this context encompasses the four essential functions, i. e. governance, financing, resources, and delivery of services. The new model of care is therefore a model of care that specifies how these functions interact in the production of health and wellbeing. The new Model of Care for Suriname will require new organizational arrangements to be effective, efficient and quality-oriented.

Even though the Ministry of Health has the constitutional responsibility for the delivery of health services to the population of Suriname, the Ministry of Health recognizes and promotes the importance of collaboration with other ministries, government bodies and NGOs. In Suriname, the main causes of death are Chronic Noncommunicable diseases. This emphasizes the need for a multi-stakeholder approach to health promotion, prevention and care because the risk factors related to NCDs are in most cases influenced by factors outside healthcare and healthcare system.

The Strategic Plan for Health and Wellbeing in Suriname 2019 – 2028 is developed in line with Suriname’s international, national and local commitments to health:

- 1. The Constitution of the Republic of Suriname (Article 40) establishes the mandate for the adoption, by law, of a National Development Plan that determines the social and economic goals of the State. The proposed National Strategic Plan for Health (NSPH) builds on the goals and principles of the Development Plan 2017-2021 and expands the strategic vision and outlook.*
- 2. The Sustainable Development Goals, adopted by the member states of the United Nations in September 2015, provides the framework of our global commitment and contribution to improving the health of the world by 2030. Aside from the specifics of SDG goal 3, “Good health and wellbeing”, the NSPH considers linkages with other SDG goals related to key determinants of health.*
- 3. In September 2017, during the 29th Pan American Sanitary Conference, the Ministers of Health of the Americas approved a strategic policy instrument that provides direction and political vision for health development in the Region for the next 13 years. The Sustainable Health Agenda for the Americas (SHAA2030) seeks to promote the health and well-being of all individuals, families, and communities in the Americas and adheres to the values and principles of the countries of the Americas. The goals and objectives of this NSPH are aligned with the SHAA2030 as part of our regional commitments.*

Finally, this document therefore summarizes the critically important process of transforming Suriname’s health system which will depend greatly on building consensus and unifying all stakeholders on the way forward to Universal Health in the common cause of building a healthy Suriname.



BORSTVOEDING,
NATUURLIJK!

ERING
NG
1999
ODING
ELIJK

GEZONDHEID DICHTBIJ HUIS
GAMBULANCES
RGO GEZONDHEIDSCENTRUM
LATOUR

INTRODUCTION

To achieve the aspirations of the people and government of Suriname in health and wellbeing requires a different approach than what has been traditional. These high aspirations and the existing health situation and trends make it evident that the current performance and organization of the system and the healthcare services will be insufficient to address the challenges of the changing epidemiological profile and the demands and expectations of the population.

The reasons that point to the need for change are (but are not limited to):

- *Historical inequities in the development and access to quality health care (exemplified by the distribution of Human Resources);*
- *Issues related to financing the health system, including inefficiencies in the allocation of financial resources, unsustainable provider payment mechanisms, and limited financial protection;*
- *Fragmented healthcare service delivery, that is unable to adequately address current demands and the shifting epidemiological profile toward the increase of chronic conditions;*
- *Inequities among regions and specific population groups;*
- *Inefficiencies induced by a biomedical approach to healthcare;*
- *Changing demographics (population aging) and*
- *Vulnerability to the public health impact of climate change.*

Brief Health System Overview

The constitution of the Republic of Suriname establishes the right to health for all (Article 36) and mandates the responsibility of the government to promote health by systematically improving living and working conditions and providing information for the protection of health.

Suriname's population is estimated at 563,000 for year 2017. Current indicators point to a country in full demographic transition, with moderate birth and death rates, decreasing fertility rates, increasing life span, and moderate-to-low natural growth (Table 1). This demographic transition is best reflected in the remarkable change in population structure and illustrated by a decline in youth dependency and an increase in older age dependency. Recent census data show that the dynamics of this demographic transition is concentrated mostly in the populous urban area of the country and, to a lesser extent, in its rural coastal area, whereas the rural interior still exhibits a pre-industrial demographic profile. Urbanization, aging and migration are important trends in shaping the demographic dynamics and the population structure, particularly the segment under 30 years of age. A major feature of the demographic transition is improvement in survival and therefore, a steady increase in life expectancy in both sexes. While this improvement in survival has positively affected all ages in the life span, it has particularly affected those at extremes; the youngest and the oldest in the population.

Suriname has made significant strides in reducing infectious disease related morbidity and mortality. However, each year Suriname loses 170,000 productive life-years due to ill health and premature death. “Communicable diseases, maternal, neonatal, and nutritional disorders”, “Noncommunicable diseases” and “Injuries” account for 27%, 58%, and 15% of lost productive life-years respectively. Noncommunicable diseases pose a major challenge for the containment of cost in the health system.

Suriname has yet to reach global targets for maternal and infant mortality and faces a significant burden of disease from road traffic injury and depressive disorders and suicide. Inflation and an economic crisis have further put pressure on the health system and efforts are under way to further contain cost and optimize health service delivery. A recent assessment of health equity reports inequities in health status and prevalence of risk factors across ethnic, geographic, gender and socio-economic status. Noncommunicable diseases including stroke, ischemic heart disease, cancers and diabetes, mental health issues including suicide, HIV, road traffic injuries, exposure to environmental contaminants, and preterm birth complications are among the largest contributors to the burden of disease. Key risk factors are an unhealthy diet, insufficient physical activity, use of tobacco and alcohol, high blood pressure, domestic violence, incomplete vaccination, young maternal age and low antenatal care service uptake. Efforts are under way to mainstream the 2030 agenda for sustainable development within the ministry of health in Suriname and mapping the health and health related indicators in the national health policies and strategic plans.

The Ministry of Health has identified two key policy areas in its Development Plan for 2017-2021. These are the Prevention and reduction of morbidity and mortality and Availability and accessibility of quality health care for the whole population. Health tops the national agenda and is a pillar of the constitution and social protection in context of the current economic stagnation. Suriname has gone through important policy reforms in the last years to advance in the direction of Universal Health. In 2014 the Basic Health Care Insurance Act came into effect with the aim to provide health insurance coverage for the population under 16 and over 60 years old and intended to improve access to services across all levels of care, while the working population is insured through employers’ health insurance programs. In 2016, due to financial difficulties shown by private insurance companies that managed part of the insurance scheme, the management of this entire public scheme was transferred to the State Health Insurance Foundation (SZF), currently covering around 75% of the population.

Suriname has a fragmented health system that covers the urban, coastal and interior regions of the country. A dedicated primary health service exists both for the population in the interior (Medical Mission) as well as the urban-coastal area (RGD) providing first level of care services. Implementation of projects and public health programs including health trend monitoring takes place through the Ministry of Health’s Bureau of Public Health (BOG). Six hospitals serve the population, four of which are in the capital.

Table 1

INDICATOREN	#	Jaar	Herkomst
Total Population	563,000	2017	PAHO Core Indicators ¹
Median age (years)	28,9	2017	PAHO Core Indicators
Annual pop. Growth	0,9%	2017	PAHO Core Indicators
	26%	2017	
Total fertility rate (per woman)	2,3	2013	WHO Statistisch Profiel
Pop. Under 15 years	26%	2017	PAHO Core Indicators
Pop. Over 65 years	7%	2017	PAHO Core Indicators
Urban pop.	66%	2017	PAHO Core Indicators
Life Expectancy at Birth	71.5 years	2017	PAHO Core Indicators
Male	68.4 years		
Female	74.9 years		
Births	10.0001	2017	PAHO Core Indicators
Mean years of schooling	9	2017	PAHO Core Indicators
Male	8,9		
Female	9,1		
Deaths	4.000	2017	PAHO Core Indicators
Maternal Mortality Ratio (Reported)	139,8/10000 Live Births	2017	PAHO Core Indicators
Infant Mortality Rate (Reported)	15,9/1.000 Live Births	2017	PAHO Core Indicators
Neonatal Mortality Rate (Reported)	13,5/1.000 Live Births	2017	PAHO Core Indicators
Under-five Mortality (Reported)	18,5/1.000 Live Births	2017	PAHO Core Indicators
Births attended by skilled health personnel	90%	2010	WHO Country Cooperation Strategy ²
Exclusive breastfeeding <6 months	2.8%	2017	PAHO Core Indicators
Physician density (per 1000 population)	0.8	2013	WHO Country Cooperation Strategy
Nursing and midwifery personnel density (per 1000 population)	1,6	2013	WHO Country Cooperation Strategy
World Bank income classification	Upper middle income	2013	WHO Statistical Profile ³
Total expenditure on health as a % of GDP	5,69	2014	WHO Country Cooperation Strategy
Public Health Expenditure as a % of GDP	2,9	2017	PAHO Core Indicators
Out-of-pocket expenditure as % of total health expenditure	11,4	2017	PAHO Core Indicators
Poverty headcount ratio at \$1.25 a day PPP (%of population)	15,54	2010	WHO Country Cooperation Strategy
Literacy rate among adults aged >= 15 years (%)	95	2007-2010	
Human Development Index rank	103	2014	WHO Country Cooperation Strategy
Gender inequality index rank	100	2014	

¹ PAHO Core Indicators 2017 <http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html>

² WHO Global Health Observatory May 2017 <http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

³ WHO Global Health Observatory January 2015 <http://www.who.int/gho/en/>

Health in the context of national development

Addressing this situation requires a concerted national effort to move forward with a vision for health and wellbeing as opposed to a strictly curative approach to disease.

The people of Suriname recognize health and wellbeing as fundamental rights and the quest to their full achievement a generational aspiration that makes the transformation and continuous improvement of the health system a nation-wide priority and responsibility.

Constitution of Suriname

Art.

36



1. Everyone has the right to health

2. It is the responsibility of the State to promote general health-care by systematic improvement of living and working conditions and to give information on the protection of health.

The recognition of the right to health, mentioned in the Constitution, is an important achievement and serves as the firm foundation of the health system; however, the expression of this constitutional mandate in the current legal framework (laws, regulations, decrees and other legal instruments) requires improvement and modernization considering new demands and future transformations.

The vision of a “Healthy Population” for Suriname, as proposed by the Ministry of Health, goes beyond the apparent simplicity of the statement to reflect the dreams and commitment of the people and the government to build a health system that is responsive to their demands and that provides quality healthcare services that are comprehensive, integrated, and progressively expanded to meet the changing needs of the population. In its extended interpretation, the vision seeks to unite the people of Suriname under the call: “Makandra seti wan gesontoe Sranan” (Together creating one healthy nation).

Links to HiAP and the Social Determinants of Health

In addressing the social determinants of health, health inequities, and the SDG-2030 health agenda, the government of Suriname has embraced a ‘Health in All Policies Approach’ (HiAP). During a HiAP National Consensus Workshop in August 2015 an intersectoral body of participants from all key sectors across government, non-governmental organizations and the private sector advanced 12 policies that was later approved by the Council of Ministers for implementation.

Several ministries including Regional Development, Agriculture and Trade and Industry have included budget lines for intersectoral collaboration on health issues. In addition, the health sector collaborates with PAHO/WHO as well as other relevant UN agencies (UNFPA, UNICEF, UNDP, FAO), and international financial and cooperation agencies to ensure that health is part of all development projects and cooperation activities.

Description of the national strategic planning process

The definition of the Model of Care and the NSPH herein presented is the result of an 18-month process of discussions and reviews. The process began in April 2017 at a workshop held in Paramaribo with the participation of a wide range of national stakeholders and the support of the Pan American Health Organization (PAHO). This open debate resulted in the development of a draft Model of Care document that was submitted in May 2017.

In July 2018, based on the acceptance of the design of the new model of care, the Ministry of Health with the support of the PAHO conducted a series of meetings and interviews with key health system stakeholders who provided valuable input for the development of the NSPH. In this sense, the NSPH is the result of a wide consultation and the extensive and in-depth review of national strategic and operational plans and documents.

The end products of this participatory process are a guiding document for the transformation of Suriname’s health system and a strategic 10-year framework for advancing to that goal. This critically important process of transforming Suriname’s health system will depend greatly on building a national consensus beyond electoral periods and unifying all stakeholders on the way forward to Universal Health in the common cause of building a healthy Suriname.

*A model of care for
health and wellbeing*

mz

Primary
Health
Care Suriname

CHAPTER

1

01 *A model of care for health and wellbeing*

A Model of Care is a logical framework that defines how health systems are organized, financed and governed to deliver services that address the health needs, demands and expectations of a society. This definition encompasses the four essential functions of a health system, i.e. governance, financing, resource generation and allocation, and delivery of services. Thus, the model of care specifies how these functions interact in the production of health and wellbeing. A new Model of Care for Suriname will require new organizational arrangements to be effective, efficient and quality oriented.

The healthcare delivery model, on the other hand, refers to the service delivery function of the system, and constitutes the ideal design and representation of how the resources (financial, human, technological, and infrastructure) required for delivering healthcare services are organized and allocated. It is understood that a country should have one model of care for the overall system (this includes the public and private sectors) but may require different models of organization to respond to certain geographic, ethnic or cultural conditions, needs or expectations.¹

In designing new models of care and healthcare delivery, the current reality should become a platform to plot the future based on the aspirations of the nation. Based on nationally accepted values and principles, the model of care will guide the transformation and development of the system, its services and benefits. Having a clearly defined Model of Care provides significant strategic benefits, including:

- A clearly articulated vision for the health system;
- A common set of high-level goals that frame the actions of all stakeholders;
- When built on consensus, it fosters commitment;
- A clear basis for monitoring progress, evaluating performance, and correcting deviations from the strategic goals.

The new model of care proposed here will steer the transformation of Suriname's health system and provide elements of structure and guidance for the reorganization of the health services aimed at increasing access, coverage, efficiency, equity and quality.

Together creating one healthy nation: A new Model of Care

¹For example: Suriname, due to its geographical and demographic distribution, conditions and capacity to provide healthcare services, may require two different organizational models based on one conceptual health system framework.

The Vision and Mission of Suriname’s Health System

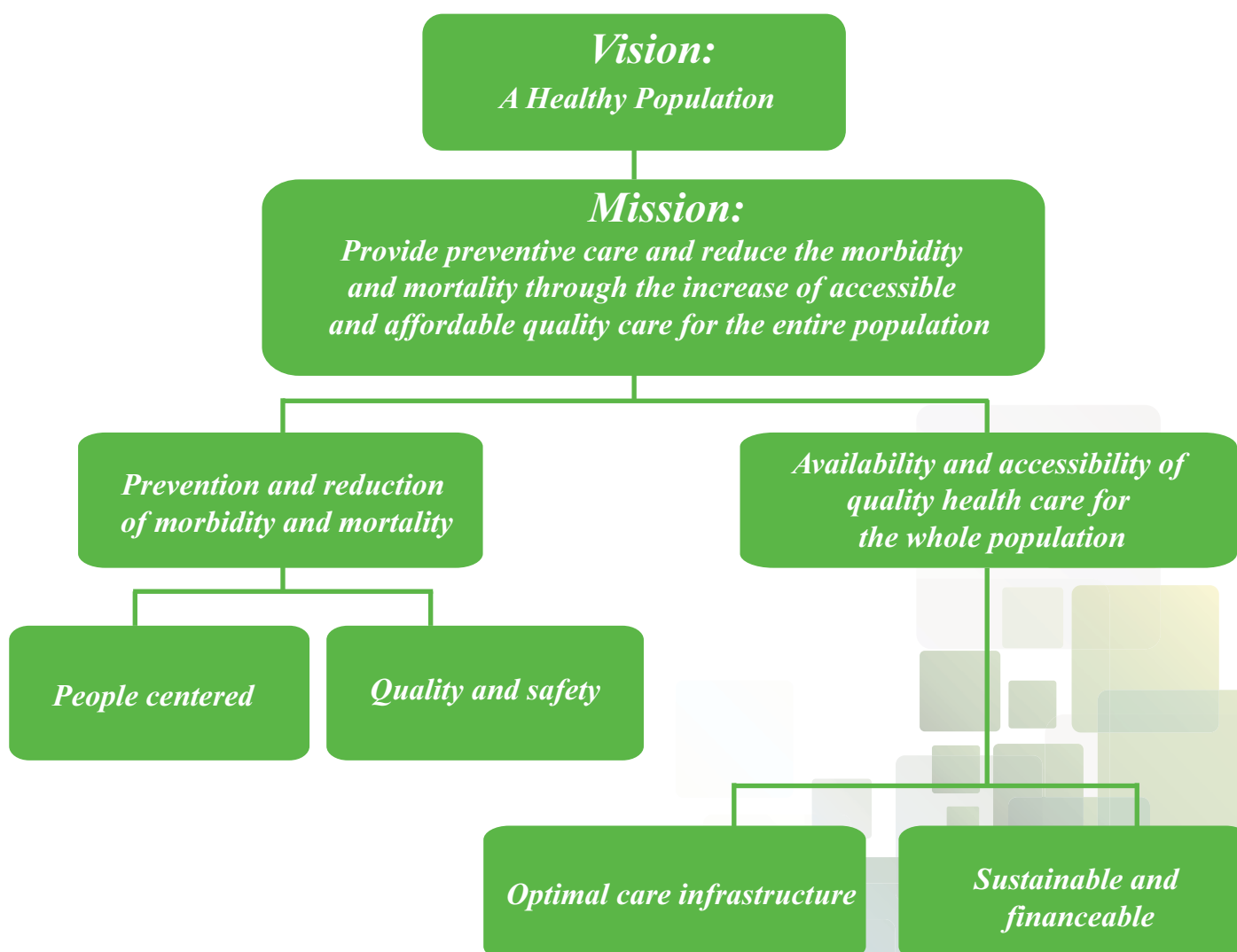
The National Development Plan 2017-2021, in its Chapter on Health, specifies two high-level policy priorities for health:

Policy area 1: Prevention and reduction of morbidity and mortality; and

Policy area 2: Availability and accessibility of quality health care for the entire population.

Consequently, the Ministry of Health has adopted a mission statement that focuses its plans, actions and responsibilities on the transformation of the health system to achieve strategic goals in both policy areas aligned with building and strengthening a health system that is people-centered, promotes healthy lifestyles, provides effective preventive services and optimal care with quality and safety, and responds to the needs and expectations of the population.

These priorities point at the need to ensure “that all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship.”



General description of the Model of Care:

In opting for a Primary Health Care (PHC)-Based Health System², supported by the Strategy for Universal Health³, and transitioning from the unsustainable biomedical-disease-oriented model of care, Suriname will build a system:

- Oriented by strong values and principles (Ownership, trust, equity, solidarity, integrity, professionalism and quality);
- Where people and their needs, expectations and rights are at the center of the health system;
- With universal access to health and universal health coverage (ensuring that all people have access to quality health and in doing so do not fall into financial hardship).
- Where health services organizations provide quality, comprehensive, and integrated healthcare.
- With availability of enough human resources with a wide range of disciplines and competencies, who feel committed and respected.
- Where sustainable and equitable access to medicines and appropriate technologies is a common reality.
- And with governance systems that have strong involvement of multiple stakeholders (public and private) collaborating under the leadership and stewardship of the Ministry of Health in its role as National Health Authority.

²See Glossary.

³PAHO. Strategy for universal access to health and universal health coverage. CD53-R14, 2014.

1

Values and Principles

- *A national health system as envisioned must be grounded on values and principles that are dear to the people of Suriname*
- *Values such as trust, equity, quality and solidarity, supported on principles of ownership, integrity, and professionalism, constitute the pillars that sustain our dreams and aspirations toward a health system where universal access to health and universal health coverage is a reality.*

2

People-centered care

- *People-centered care is the expression and result of a health systems approach based on people's rights and responsibilities.*
- *Person-centered care means that care focuses on the "whole person"; that is, care that considers the physical, mental, emotional and social dimensions of the person during the entire life course.*
- *It means empowering people to better manage their health through strategies such as health education, self-care and self-management of diseases.*
- *It also means that health services adopt both intercultural and gender-based approaches to healthcare, adapted to the specific needs of the person, with empathy, respect and trust, and that individuals, their families and their provider make clinical decisions together.*
- *The family and community approach means that care addresses the individual's needs in the context of family circumstances, social and cultural networks, and the circumstances in which the person lives and works. It also means that families and communities are themselves both recipients and at times providers of health services, respecting the diversity that may exist within the community including gender, sexual orientation, culture, ethnicity and other types.*

PAHO's strategy for universal access to health and universal health coverage recommends four strategic lines. In line with the strategy⁴, the people and government of Suriname accept and recognize:

3

Universal Health

- ***That universal access to health and universal health coverage are framed by the values and principles of primary health care in the spirit of Alma-Ata and imply that all people and communities have access, without any kind of discrimination, to comprehensive, appropriate and timely, quality health services determined at the national level according to needs, as well as access to safe, affordable, effective, quality medicines, while ensuring that the use of these services does not expose users to financial hardship, especially groups in conditions of vulnerability;***
- ***That policies and interventions that address the social determinants of health and foster the commitment of society as a whole, to promote health and well-being, with emphasis on groups in conditions of poverty and vulnerability, are an essential requirement to advance toward universal access to health and universal health coverage;***
- ***That advancing toward universal access to health and universal health coverage requires efforts to overcome exclusion, inequity, and barriers to access and to the timely use of comprehensive health services;***
- ***The need to increase efficiency and public financing for health, and that these resources should be allocated, as appropriate, on a priority basis to the first level of care to expand the supply of quality services and quickly address unmet health needs;***
- ***That moving toward eliminating direct payment, understood as the costs that individuals face for health service fees, that constitutes a barrier to access at the point of service, avoiding impoverishment and exposure to catastrophic expenditures. The replacement of direct payment as a financing mechanism should be planned and achieved progressively, replacing it by pooling mechanisms, based on solidarity, that consider diverse sources of funding such as social security contributions, taxes, and fiscal revenues, in order to increase the financial protection, equity, and efficiency of the health system;***
- ***The need to identify and implement a set of actions to improve the efficiency of health system financing and organization;***
- ***The importance of implementing plans, programs, and projects to facilitate the empowerment of people and communities to take an active role in policy-making, in actions to identify and address health inequities and the social determinants of health, and in health promotion and protection.***

⁴PAHO, CD53-5 Strategy for universal access to health and universal health coverage. 53rd Directing Council of the Pan American Health Organization. Washington, DC, Sept. 2014.

4

Comprehensive, integrated, quality health services

- *Moving toward comprehensive, quality, universal and progressively expanded health services, in accordance with health needs and priorities, system capacity, and national context will require planned, concerted and sustained efforts.*
- *These comprehensive, quality health services are essential for promoting and realizing the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health.*
- *Consequently, these services should be available to all people, with no difference in quality without distinction of their economic or social condition. Furthermore, these services should be designed with due regard to the differentiated and unmet needs of all people and the specific needs of groups in conditions of vulnerability.*
- *In comprehensive, integrated, quality health services, the first level of care plays a key role in the functioning of the system as a whole. The first level of care serves as a gateway to the system and guarantees equitable access to essential services for the entire population.*
- *The first level of care plays a very important role in coordinating the continuum of services and the flow of information throughout the entire network of services, regardless of where care is delivered.*
- *It is also the most critical level for achieving the operational integration of programs targeted at specific diseases, risks and populations, and personal and public health services.*
- *Hospitals play a very important role in the provision of quality care. The “hospital of the future” will be more inpatient-centered and focused on acute care, major surgery, and critical/intensive care. Outpatient services and chronic care will be provided in first level of care settings and in close coordination with social services. It is important to realize, however, that in many ways “the future” is today’s reality and challenge.*
- *Transformation of hospitals to new ways of providing care and new organizational arrangements, in the context of integrated health service delivery networks, though challenging, is an absolute necessity to ensure sustainability of the health system and improve equity and quality.*

5

Human resources: competent and sufficient in number

- *Overall, a health system that is people-centered and based on values and principles of PHC will require a new approach to human resources training, recruitment and planning.*
- *Shifting demographic and epidemiological profiles demand new competencies, transfer in roles, diverse composition of health teams, new roles and functions for the first level of care, for hospitals, and for other types of health provider organizations.*
- *Achieving a first level of care with expanded roles and increased capacity to deliver and coordinate care requires improved human resources capacity.*
- *Steps in the right direction should include increasing employment opportunities with attractive labor conditions and incentives, particularly in underserved areas; and consolidating multidisciplinary health teams with diverse competencies determined by needs and cultural characteristics of different population groups.*

6

Access to medicines and appropriate technologies and infrastructure

- *Essential medicines and health technologies are a fundamental part of universal health. It is important to identify processes that will systematically and progressively improve the availability and rational use of medicines (including vaccines) and other health technologies, including the development of regulatory and assessment capacity in order to ensure safe, effective, quality medicines.*
- *Integration of new technologies to expand the capacity to provide quality health services, particularly at the first level of care, is an important component of this transformation. Providing access to integrated health information, e-health services (including telehealth and telemedicine) and other technologies to improve communications and capacity to provide quality services is no longer a futuristic desire, but a present-day necessity.*
- *New and enhanced capacities are required of the national health authority to ensure the adequate integration and use of technologies and the surveillance to ensure safe use.*

Strong Leadership and Governance

- ***Strengthening the leadership capacity of the Ministry of Health as the national health authority by establishing new legislation or mechanisms or using existing ones, in order to promote the formulation and implementation of inclusive policies and regulations and to ensure accountability and transparency is to be undertaken as urgent business.***
- ***In building a new model of care and advancing to universal health, effective governance mechanisms, with wide participation of people and communities can strengthen solid policy-making processes. In order to promote equity and the common good, the policy-making process should include dialogue with all stakeholders and social participation to ensure that all groups are represented and that special interests do not prevail at the expense of public health interests.***
- ***At all levels and in all programs and projects clearly and explicit policies, regulations and plans that state the will to transform and strengthen the health system is essential. These plans should include defined targets that are monitored and evaluated frequently and established mechanisms for social participation in planning, monitoring and evaluation, to promote transparency.***
- ***Moving forward, the legal and regulatory framework should reflect the national commitment to the values and principles here established and to the achievement of universal health, as we move “Together creating one healthy nation”.***

A photograph of several children in a classroom-like setting, all wearing backpacks with the 'REDD' logo. They are raising their hands in a gesture of participation or excitement. The image is overlaid with a semi-transparent green filter.

*THE NATIONAL STRATEGIC
PLAN FOR HEALTH
(NSPH) 2019 - 2028*

CHAPTER

2

02 THE NATIONAL STRATEGIC PLAN FOR HEALTH (NSPH) 2019 - 2028

A defining attribute of a system aimed at improving and ensuring health and wellbeing is a people-centered approach to providing services and care. This requires a significant change in focus at all levels, from policy to service delivery.

A dual course of action is crucial to ensuring and sustaining coherence as changes are implemented. First and foremost is that individuals, families and communities are empowered to take responsibility for their health and wellbeing, and to play a proactive role in the overall governance of the health system. Equally important and critical is that empowered healthcare workers, at all levels and of all disciplines, be active participants and promoters of refocusing the delivery of health services from disease-centered modalities of care to care and services that put individuals and families, and their health and wellbeing, at the center of all their actions. This refocusing will require new approaches to professional roles and functions and the inclusion of new disciplines aligned with the concept of health as not “merely the absence of disease or infirmity” but as a state of “complete physical, mental and social well-being”⁵.

As the people of Suriname undertake this challenging transformation **our core strategic declaration is our commitment and determination to push forward in building a Universal People-Centered Health System.**



⁵ WHO. *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-Fifth edition, Supplement, October 2006.* http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

In a health system built on this foundation we will achieve:

Strategic Goal 1: A Universal People-Centered Health System for Suriname

Full implementation of a primary health care approach to health systems that is people-centered, ensures the right to health, is equitable and where the people of Suriname receive care and benefits according to their needs and contribute according to their capacity.

- Strong health service organizations that provides quality, comprehensive, integrated care throughout the life course for all.
- Different modalities of health services organization successfully implemented in response to the needs and geographical realities of the population in both the Coastal Area and the hinterland communities.

Strategic Goal 2: Equitable, sustainable and universal financing for Health

A system where financing health and wellbeing services is universally fulfilled and the rational and efficient use of services, medicines, and technology is realized.

- A health system that is financed and guaranteed based on solidarity, equity and consistent policies that guide plans, resources, and implementation efforts with focus on vulnerable populations and improving the national health indicators.

Strategic Goal 3: Resources for an efficient and effective health system

The health system attracts dedicated, competent and trustworthy health professionals and workers; addresses staffing needs effectively and ensures access to and utilization of appropriate technologies that enhance performance in the delivery of care. In addition, resources and transformation required to provide Universal Health are continuously identified, safeguarded and enhanced based on our values and principles.

- A comprehensive and integrated health information system, that responds to the decision-making needs of health services users, clinicians, epidemiologist, managers and administrators, and policy-makers, is in place country-wide, is robust, and consistent with national priorities and goals.
- A health system where management of health services is results-based and managers in right numbers, with the right competencies, the right tools, and working in environments conducive to good management, successfully ensure efficiency and effectiveness of the health system.

Strategic Goal 4: Strong leadership and governance in health

The Ministry of Health is empowered, and its leadership role fully recognized. All stakeholders participate actively in the governance of the health system effectively contributing to the achievement of the national goals and health priorities.

- Qualified, technical people are at the core of the ministry available to inform and support policy and decision making
- The leadership of the Ministry of Health and all stakeholders involved in the governance of the health system are strong advocates for the right to health and the focus on Primary Health Care.

The NSPH 2019 – 2028

LINKS TO OTHER STRATEGIC COMMITMENTS

This NSPH 2019 – 2028 was developed in line with Suriname’s international, national and local commitments to health

1. The Constitution of the Republic of Suriname (Article 40), establishes the mandate for the adoption by law of a National Development Plan that determines the social and economic goals of the State. The National Strategic Plan for Health (NSPH) proposed here builds on the goals and principles of the Development Plan 2017-2021 and expands the strategic vision and outlook.
2. The Sustainable Development Goals, adopted by the member states of the United Nations in September 2015, provide the framework of our global commitment and contribution to improving the health of the world by 2030. Aside from the specifics of SDG goal 3, “Good health and wellbeing”, the NSPH considers linkages with other SDG goals related to key determinants of health.
3. In September 2017, during the 29th Pan American Sanitary Conference, the Ministers of Health of the Americas approved a strategic policy instrument that provides direction and political vision for health development in the Region for the next 13 years. The Sustainable Health Agenda for the Americas (SHAA2030) seeks to promote the health and well-being of all individuals, families, and communities in the Americas and adheres to the values and principles of the countries of the Americas. The goals and objectives of this NSPH are aligned with the SHAA2030 as part of our regional commitments.



STRATEGIC FRAMEWORK

GOAL 1:

A Universal People-Centered Health System for Suriname

Full implementation of a primary health care approach to health systems that is people-centered, ensures the right to health, is equitable and where the people of Suriname receive care and benefits according to their needs and contribute according to their capacity.

LINKS TO:

- **Suriname Development Plan: 1)** Prevention and reduction of disease and mortality; 2) Accessibility and access to quality care for the entire population (Universal high-quality health care for all).
- **SDG 3.1** By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births.
- **SDG 3.2** By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births.
- **SDG 3.3** By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases.
- **SDG 3.4** By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being.
- **SHAA 1** Expand equitable access to comprehensive, integrated, quality, people, family and community centered health services with an emphasis on health promotion and illness prevention
- **SHAA 8** Strengthen national and regional capacities to prepare for, prevent, detect, monitor, and respond to disease outbreaks and emergencies and disasters that affect the health of the population.
- **SHAA 9** Reduce morbidity, disabilities, and mortality from noncommunicable diseases, injuries, violence, and mental health disorders
- **SHAA 10** Reduce the burden of communicable diseases and eliminate neglected diseases.

Goal 1

Outcomes	INDICATORS	Outputs	INDICATORS
<p>1.1 <i>A strong health service organization that provides quality, comprehensive, integrated care throughout the life course for all.</i></p>	<p><i>MMR < 70 per 100,000</i></p> <p><i>NMR < 12 per 1,000 LB</i></p>	<p><i>1.1.1 Comprehensive, life course based national health care norms and guidelines that determines services to be provided and covered throughout the continuum of care implemented.</i></p>	<p><i>Norms and Guidelines for Healthcare Delivery implemented.</i></p>
		<p><i>1.2.1 Ten-year plan for the strengthening of first level of care services including the transformation to the new model of care in execution.</i></p>	<p><i>Model of Care implemented</i></p>
<p>1.2 <i>Different modalities of health services organization successfully implemented in response to the needs and geographical realities of the population in both the Costal Area and the hinterland communities.</i></p>	<p><i>Under-5 mortality < 25 per 1,000 live birth</i></p> <p><i>At least 10% reduction in the rate of Mortality Amenable to Health Care</i></p> <p><i>Elimination of Malaria certified by 2020 and re-introduction in malaria free areas prevented by 2022.</i></p>	<p><i>1.2.2 Transformation of the Academic Hospital as the national tertiary referral institution.</i></p>	<p><i>Strategic transformation plan in execution</i></p>
		<p><i>1.2.3 Strengthening of the second level hospitals and purchase of inpatient services from non-government hospitals plan implemented.</i></p>	<p><i>Transformation plan for second level hospitals in execution</i></p>
		<p><i>1.2.4 Strategy and program for strengthening management competencies in healthcare services developed and implemented.</i></p>	<p><i>Strategy for strengthening management in health in execution.</i></p>

Goal 1

Outcomes	INDICATORS	Outputs	INDICATORS
<p><i>1.3 Integrated health programs approach for the control and/or eradication of key health issues and challenges.</i></p>	<p><i>MMR < 70 per 100,000</i></p> <p><i>NMR < 12 per 1,000 LB</i></p> <p><i>Under-5 mortality < 25 per 1,000 live birth</i></p> <p><i>At least 10% reduction in the rate of Mortality Amenable to Health Care</i></p> <p><i>Elimination of Malaria certified by 2020 and re-introduction in malaria free areas prevented by 2022.</i></p>	<i>1.3.1 Malaria Elimination Strategies sustainably funded</i>	<i>Zero Malaria cases by 2020</i>
		<i>1.3.2 Anti-microbial Resistance (AMR) Action Plan 2018-2021 approved and implemented.</i>	<i>Strategic and operational plans developed and implemented.</i>
		<i>1.3.3 International Health Regulation (IHR) Standard Operational Procedures (SOP) implemented.</i>	<i>IHR SOP approved and operational</i>
		<i>1.3.4 Strategic Plan for Integrated Management and Care of NCDs implemented.</i>	<i>NCD Plan developed, approved and implementation began by 2020</i>
		<i>1.3.5 STI Strategic Plan developed</i>	<i>STI Strategic Plan</i>
		<i>1.3.6 Comprehensive Environmental Health Plan developed</i>	<i>Environmental Health Plan</i>
		<i>1.3.7 Policy and strategy for women, children and adolescent health developed and implemented</i>	<i>MMR < 70 per 100,000</i> <i>NMR < 12 per 1,000 LB</i>
		<i>1.3.8 National Mental Health and Suicide Prevention Plan developed</i>	<i>National Mental Health and Suicide Prevention Plan</i>
		<i>1.3.9 National Medical Emergency Network Plan developed and implemented</i>	<i>Medical Emergency Network</i>
		<i>1.3.10 Strengthening of the National Immunization Program</i>	

Goal 1

Outcomes	INDICATORS	Outputs	INDICATORS
<p><i>1.3 Integrated health programs approach for the control and/or eradication of key health issues and challenges.</i></p>		<p><i>1.3.11 Implementation of the Plan of Action for Universal Access to Safe Blood</i></p>	
		<p><i>1.3.12 Strengthened capacity for Health Technology</i></p>	
<p><i>1.4 Building and strengthening resilience of health systems and services and application of multisectoral approach to contribute to health security and cope with emergencies and climate change</i></p>		<p><i>1.4.1 Strengthen stewardship, governance, policies, plans, rules, and processes for reinforcing essential public health functions in order to strengthen resilience and adaptability to climate and other hazards in the health sector</i></p>	<p><i>1.4.1.1 Meet and sustain the critical capacities for health emergencies, including the IHR core capacities.</i></p>
			<p><i>1.4.1.2 Have critical capacity in place to respond to any type of emergency or disaster (early warning systems, emergency operation centers, risk communication, and safe hospitals).</i></p>
<p>Assumptions/Risk</p>	<p><i>1. Stabilization of the national economy</i></p> <p><i>2. Wide consensus built in support of the transformation of the Model of Care and implementation of the National Strategic Plan for Health</i></p> <p><i>3. Expanded coverage of National Health Insurance to cover services throughout the continuum of care (i.e. Health Promotion and Prevention programs and services).</i></p>		

⁹International Health Regulations [Internationale Gezondheidsregeling]

GOAL 2:

Equitable, sustainable and universal financing for Health

A system where financing of health and wellbeing services is universally fulfilled and the rational and efficient use of services, medicines, and technology is realized including social participation with inclusive policies and plans and coordination with other sectors and international cooperation.

LINKS TO:

- **Suriname Development Plan: 1)** Prevention and reduction of disease and mortality; 2) Accessibility and access to quality care for the entire population (Universal high-quality health care for all).
- **SDG 3.8** Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all.
- **SHAA 2** Strengthen stewardship and governance of the national health authority, while promoting social protection.

Goal 2			
Outcomes	INDICATORS	Outputs	INDICATORS
2.1 The Surinamese health system is sufficiently financed, mainly by sustainable public sources of funds and based on solidarity and equity, in order to guarantee universal access to health services for the population.	Progressive increase in Public Expenditure in Health towards a 6% of the GDP	2.1.1 Fiscal Space analysis informing potential sources of increased public funds for health.	Options for increasing fiscal space for health quantified and assessed in terms of feasibility
	Reduction in out-of-pocket expenditure in health towards a maximum of 20% of total expenditure in health	2.1.2 Structured dialogue Ministry of health-Ministry of Finance	Based on the above, government selects feasible new sources of funds
	Increase financial protection measured as the incidence of catastrophic expenditure in health: at least 33% reduction	2.1.3 National health accounts developed	Macro health financing indicators calculated as base indicators by 2019

Goal 2

Outcomes	Indicatoren	Outputs	Indicatoren
<p>2.2 Segmentation of the Surinamese health system is reduced to a minimum, by moving towards a scheme of universal pooling of funds that protect the vast majority of the population with a comprehensive basket of health services that is homogenous in quality and quantity</p>		<p>2.2.1 Revised mechanism of pooling of funds under the public insurer: actuarial analysis of contributions and other sources of funds and coverage of services according to new model of care</p>	<p>Changes to the insurance plan developed by 2020 (coverage of services, sustainability analysis and progressive expansion mechanisms defined)</p>
		<p>2.3.1 Revised payment mechanisms under the public insurance scheme</p>	<p>Calculation of capitation payment for first level of care services updated and new mechanisms developed for hospitalization by 2019</p>
		<p>2.3.2 Single reference price list for specialized care in hospitals and clinics</p>	<p>National fee schedule developed and implemented by 2019 to be effective in every provider that operates with the public insurance scheme</p>
<p>2.3 Financial resources for health are allocated according to health system's objectives and based on improving efficiency, equity and solidarity with particular focus on vulnerable populations and improving the national health indicators</p>		<p>2.3.3 Service Level agreements implemented</p>	<p>Design and implementation of contracts by 2019</p>
<p>Assumptions/Risk</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilization of the national economy 2. Adequate Fiscal Space for new health investments 3. Wide consensus built in support of the transformation of the Model of Care and implementation of the National Strategic Plan for Health 4. Expanded coverage of National Health Insurance to cover services throughout the continuum of care (i.e. Health Promotion and Prevention programs and services). 		

GOAL 3:

Resources for an efficient and effective health system

The health system attracts dedicated, competent and trustworthy health professionals and workers and ensures access to medicines and appropriate technologies to provide Universal Health.

LINKS TO:

- **Suriname Development Plan: 1)** Prevention and reduction of disease and mortality; 2) Accessibility and access to quality care for the entire population (Universal high-quality health care for all).
- **SDG 3.c** Substantially increase health financing and the recruitment, development, training and retention of the health workforce in developing countries, especially in least developed countries and small island developing States.
- **SHAA 3** Strengthen the management and development for health with skills that facilitate a comprehensive approach to health.
- **SHAA 6** Strengthening information systems for health to support the development of evidence-based policies and decision-making.
- **SHAA 5** Ensure access to essential medicines and vaccines, and to other priority health technologies, according to available scientific evidence and the national context.
- **SHAA 7** Develop capacity for the generation, transfer, and use of evidence and knowledge in health, promoting research and innovation, and the use of technology.

Goal 3

Outcomes	INDICATORS	Outputs	INDICATORS
<p>3.1 The health system attracts dedicated, competent and trustworthy health professionals and workers and addresses staffing needs effectively.</p>	<p>At least 10% increase toward the benchmark of 25 health workers (doctors, nurses and midwives) per 10,000 population</p>	<p>3.1.1 Human Resources for Health (HRH) Plan informed by the new Model of Care developed and implementation has begun.</p>	<p>50% reduction of the gap in the density of health workers (doctors, nurses and midwives) between subnational jurisdictions that have a lower density of health workers than the national density</p>
		<p>3.1.2 Programs aimed at strengthening competencies for the new Model of Care for all professional and technical disciplines developed.</p>	<p>90% of healthcare professionals and workers have received training and information on new Model of Care</p>
<p>3.2 Access to and utilization of medicines and appropriate technologies that enhance performance in the delivery of care is ensured.</p>	<p>Improved availability and rational use of medicines and medical devices</p>	<p>3.2.1 National supply management systems for medicines and healthcare supplies designed and implemented.</p>	<p>National Logistical Supply Management System instituted.</p>
<p>3.3 A robust, comprehensive and integrated health information system that responds to the decision-making needs of health services users, providers and policy-makers and consistent with national priorities and goals, is fully implemented.</p>		<p>3.3.1 Implementation of the Information System for Health (IS4H) framework</p>	<p>Meeting the coverage and quality goals of the PAHO Regional Plan for Strengthening Vital and Health Statistics</p>

Goal 3

Outcomes	INDICATORS	Outputs	INDICATORS
<p>3.4 A health system where management of health services is results-based and managers in right numbers, with the right competencies, the right tools, and working in environments conducive to good management, successfully ensure efficiency and effectiveness of the health system.</p>	<p>Trained and competent managers at critical levels of the health system ensured.</p>	<p>3.4.1 International Hospital Federation Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Framework for the training, credentialing and selection of health managers adopted/adapted and implemented at all levels of the health system.</p>	<p>Norms and regulation governing the assignment of management positions in health services in place.</p>
<p>Assumptions/Risk</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilization of the national economy 2. Adequate Fiscal Space for new health investments 3. Wide consensus built in support of the transformation of the Model of Care and implementation of the National Strategic Plan for Health 4. Innovative solutions to the human resources challenges. 		

GOAL 4:

Strong Leadership and Governance in health

The Ministry of Health is empowered, and its leadership role fully recognized. All stakeholders participate actively in the governance of the health system effectively contributing to the achievement of the national goals and health priorities.

LINKS TO:

- **Suriname Development Plan :1)** Prevention and reduction of disease and mortality; 2) Accessibility and access to quality care for the entire population (Universal high-quality health care for all).
- **SDG 3** Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages.
- **SDG 3.d** Strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for early warning, risk reduction and management of national and global health risks.
- **SHAA 2** Strengthen stewardship and governance of the national health authority, while promoting social protection

Goal 4			
Outcomes	INDICATORS	Outputs	INDICATORS
<p>4.1 The leadership of the Ministry of Health and all stakeholders involved in the governance of the health system are strong advocates for the right to health and the focus on Primary Health Care.</p>	<p>Enhanced capacity and competence for leadership of the health system</p> <p>Extended governance mechanisms for health</p>	<p>4.1.1 Governance structure for health strengthened with increased social participation and intersectoral collaboration.</p>	<p>High Stakeholder satisfaction as measured through national consumer surveys.</p>
		<p>4.1.2 Essential Public Health Functions strengthened according to established standards (core competencies for public health)</p>	

Goal 4

Outcomes	INDICATORS	Outputs	INDICATORS
<p>4.2 <i>Qualified, technical people are at the core of the ministry available to inform and support policy and decision making</i></p>	<p><i>Enhanced capacity and competence for leadership of the health system</i></p> <p><i>Extended governance mechanisms for health</i></p>	<p>4.2.1 <i>Building the technical and political capacity for designing, implementing, regulating and enforcing appropriate pooling and payment mechanisms in the framework of Universal Health.</i></p>	<p><i>Technical positions in Public Health, Health Planning, Health Economics, Legal and Regulatory disciplines, and other technical areas filled with trained and competent professionals.</i></p>
<p>4.3 <i>Monitoring and evaluation of the system, services and plans has created a continuous cycle of improvement and transparency.</i></p>	<p><i>National health system's monitoring and evaluation mechanisms</i></p>	<p>4.3.1 <i>National monitoring and evaluation systems for health with outputs and outcomes linked to the NSPH developed and implemented.</i></p>	<p><i>National Monitoring and Evaluation System plan implemented by 2020.</i></p>
<p>4.4 <i>Strengthening the capacity for the development, implementation and enforcement new regulations.</i></p>	<p><i>Enhance policy framework and regulatory capacity</i></p>	<p>4.4.1 <i>Increased capacity for the development of normative documents and legal analysis of health systems related legal issues.</i></p>	<p><i>Consultancy report finalized by 2019.</i></p>
<p>Assumptions/Risk</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Stabilization of the national economy</i> 2. <i>Deliberate implementation of strategies for renewing and strengthening the leadership role of the Ministry of Health as the National Health Authority.</i> 3. <i>Availability and retention of strong and competent technical staff.</i> 4. <i>Adequate Fiscal Space for new health investments</i> 5. <i>Wide consensus built in support of the transformation of the Model of Care and implementation of the National Strategic Plan for Health</i> 		

*PRINCIPLES
AND
IMPLEMENTATION
MECHANISMS*

CHAPTER

3

03 Principles and implementation mechanisms

The successful implementation of the NSPH 2019-2028 will depend significantly on four factors: the achievement of a national commitment, planning and financial alignment, flexibility, and constant monitoring and evaluation.

a. National Commitment: The approval of the NSPH will require an extensive and participatory consensus building process, involving all stakeholders and ends in a strong national commitment to the implementation of the NSPH. This process should include debates, consultations and a proactive social marketing campaign that ensures that every Surinamese citizen can participate in building a better health system and future administrations will adhere to that commitment.

b. Planning and Financial Alignment: A NSPH, supported by a nationwide commitment, will require that all programmatic plans, operational plans and assignments of financial resources (budgetary or extra-budgetary), are aligned to the achievement of the goals, outcomes and outputs of this NSPH. The ten-year extension of the NSPH allows for this realignment and requires that the leadership of the Ministry of Health ensures this alignment of all health projects and programs in Suriname.

c. Flexibility: The NSPH is drafted as a wide strategic framework that allows flexibility considering the changing conditions. The Ministry of Health will ensure constant monitoring of the conditions that influence the development of health and the implementation of the NSPH and propose the tactical adjustments required for successful implementation and achievement of the goals of the NSPH.

d. Monitoring and Evaluation: The development of a M&E framework for the NSPH is a necessary next step to ensure the successful implementation of the NSPH 2019-2028. Aside from establishing strong mechanisms for monitoring indicators, there is need to introduce management instruments that allow for improved operational planning and monitoring and evaluation of the performance of the different institutions with responsibilities in the NSPH. Mechanisms such as Service Level Agreements (SLAs) specifying the performance expected from the health providers (RDG, Medical Mission, Hospitals), linked to the allocation of financial resources, has proven to be useful. Reporting schedules, based on the SLAs, in which health services providers report their performance quarterly or each semester creates an environment for improved management and productivity.

In addition, the Ministry of Health will promote capacity building for Health Managers in order to facilitate the introduction of management competencies in the health system recognizing that health management is a discipline and as such requires training and specific competencies.



Annexes

Glossary

References

Annex I

Integrated Health Service Delivery Networks: A new organization of health services for a new model of care

Unmistakably, a new model of care will require new modalities of health services organization.

Suriname, as a Member State of the Pan American Health Organization, endorses integrated health service delivery networks as “the principal operational expressions of the PHC approach in health service delivery, helping to make several of its essential elements a reality, namely universal coverage and access; the first contact; comprehensive care; appropriate health care; optimal organization and management; and inter-sectoral action, etc.”

Integrated Health Service Delivery Networks are “a network of organizations that provides, or makes arrangements to provide, equitable, comprehensive, integrated, and continuous health services to a defined population and is willing to be held accountable for its clinical and economic outcomes and the health status of the population served”⁶.

International experience and evidence show that IHSDNs:

- Improves accessibility to health services
- Reduces fragmentation of care
- Improves efficiency in health systems overall
- Reduces duplication in infrastructure and services
- Increases efficiency of production cost
- Provides higher user satisfaction by effectively responding to people’s needs and expectations.

As such, in undertaking the transformation of Suriname’s health systems, the Ministry of Health will lead the reconfiguration of the healthcare delivery services to achieve integrated, comprehensive care, ⁷ delivered with quality and equitably.

I. IHSDNs Domains and Attributes:

The transition from a disease-oriented and fragmented health service to the provision of services that are people-centered, and health focused requires not only the definition of a new model of care but also different and innovative modalities of organizing the continuum of care.

The framework for IHSDNs will serve as a guide for transformation and sustainable implementation providing domains and attributes that guide planned approaches to implementation. With a strategic outlook, we will move to the implementation of the domains and attributes of IHSDNs subject to the national realities and possibilities.

In that respect, transforming Suriname’s health services will be guided by the following general approach : ⁸

⁶ PAHO. *Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas*. Washington DC 2011.

⁷ *Op. cit.*

⁸ Annex # 1 provides a summary of our discussion on an initial approach to implementation issues for IHSDNs. Further discussions, with a view of building the required ownership and consensus for success, will be required.

I. Organizing the Networks:

- ***People and community centered – planning and delivery, based on needs:*** Each regional network will be responsible for a defined population in a defined territorial context. Considerations of economies of scale and the characteristics of the population areas (i.e. Coastal and Hinterlands) will determine size and territorial extension of each network.
- ***Mapping and Sector Assignment:*** Territorial networks will be further divided in sectors assigned to multidisciplinary teams of first level of care providers responsible for providing care and public health services to a defined population.
- ***A network of facilities – determined by people's needs and system's response capacity:*** The number and type of healthcare facilities will be determined by the need of the population and the current capacity with plans for progressive expansion. As such, one network may vary from another.
- ***Multidisciplinary teams at the First Level of Care:*** The first level of care will be organized and equipped to enhance capacity to resolve most of the ambulatory health needs of the population under its charge providing comprehensive services, preferably away from hospital settings. The composition of the multidisciplinary teams will be determined by the needs of the population. In addition to providing direct care, these teams will be responsible for coordinating and facilitating users experience throughout the continuum of healthcare services.
- ***Delivery of ambulatory specialized services at the most appropriate location, preferably in non-hospital settings:*** Hospitals and other modalities of service delivery (diagnostic services, nursing homes, dialysis and other treatment centers, long-term care, etc.), both ambulatory and inpatient, provide acute and long-term care appropriate to the needs of individuals and families in the network. The type and number of these facilities will vary in response to the characteristics determined by health needs of the population and the capacity of the system to provide care. In many cases, particularly in hospitals, this will require redefinitions in organization, functions and management. Economies of scale and quality of care will be crucial determinants in the deployment of these services.
- ***Mechanism to coordinate care throughout the continuum:*** A variety of coordination mechanisms that include but are not limited to Referral Systems are crucial in strengthening coordination along the continuum of services. A complete review of these mechanisms to insure effective implementation will be conducted for both levels of care.

II. Management of the Network:

- **Integrated management of clinical, administrative and logistical systems:** Support systems for the effective delivery of care will be rationalized, again with a view of economies of scale and gaining efficiencies.
- **Committed Healthcare Professionals and Workers:** People centeredness implies a focus not only on the users, but also importantly on the people who work to provide care and ensure its delivery with quality. Committed healthcare workers, in the right numbers and the competencies, require appropriate working conditions, including remuneration, and the just recognition of their contributions to society's wellbeing. New policies and development plans for human resources in health will be a high priority of this transformation
- **An integrated information system:** "The IHSDNs information system must provide a wide range of data to meet the information needs" of providers, managers, epidemiologist, policy makers and, importantly, users.
- **Implementing results-based management:** An important tenet of IHSDNs is that networks are "held accountable for its clinical and economic outcomes and the health status of the population served". For that accountability to be reality, networks must establish clear objectives and results, informed by the analysis of needs of the population, committed to service level agreements and monitoring and evaluation mechanisms that are sustainable throughout time. RBM also requires improved management capacity in the health system overall.

III. Financing the Network:

- **Allocation of financial resources:** For integrated networks to be accountable, new mechanisms for allocating funds will be required. Networks will need certain levels of autonomy to utilize funds in pursuit of the goals and results of the network. This will imply changes in regulations that modernize health services management.
- **Incentives aligned with network goals:** Successful progressive implementation of IHSDNs rest on the use of incentives and accountability systems that promote integration of the network and changes behaviors and processes in adoption of new ways of providing care. Designing the most effective system of incentives for individuals, teams, and networks is a task of the outmost importance and priority.

IV. Governance arrangements:

- **Unified governance system for the network:** the challenge of IHSDNs and their implementation will require the configuration of governing structures with ample participation of three strategic partners: the community that is served by the network, the healthcare providers and workers, and the management structures (that include representatives of the Ministry of Health and other official entities). This collegiate entity will be responsible for the effective performance of the network, its adequate funding, and the planning and achievement of its strategic goals by monitoring and evaluating performance and outcomes.
- **Intersectoral action:** the governance body is also the forum for planning, negotiating, and integrating resources of different sectorial partners to benefit the development of health issues and wellbeing for the community.

In summary, the configuration of integrated networks requires new ways of thinking, planning and delivering health services that empower people, healthcare providers and managers to be actively responsible for outcomes in health and wellbeing.

Annex 2

PROPOSED ACTIVITIES FOR YEAR ONE AND TWO OF THE NATIONAL STRATEGIC PLAN FOR HEALTH 2019-2028

GOAL 1: A Universal People-Centered Health System

Full implementation of a primary health care approach to health systems that is people-centered, ensures the right to health, is equitable and where the people of Suriname receive care and benefits according to their needs and contribute according to their capacity.

ACTIVITIES:

- 1.1.1.1 Re-definition of the health services organization for the first level of care in both the Coastal Area and the Hinterlands to ensure increased access, coverage and integration guided by the Model of Care.
- 1.1.1.2 Based on the list of essential services, clinical guidelines, norms and protocols developed to guide the comprehensive delivery of services through all stages of the continuum of care.
- 1.1.1.3 Introduction of the perinatal health information system, and data incorporated as part of decision-making processes.
- 1.1.2.1 First level of care provided in the hinterlands re-organized based on the new model of care, including the integration of health technology to expand access.
- 1.1.3.1 Design and implementation of Tele-Health and Tele-Medicine solutions for expanding capacity of the first level of care particularly for the services in the hinterland.
- 1.1.3.2 Logistical Supply Framework for Medicines and Health Supplies designed.
- 1.2.1.1 Introduction of the Productive Management Methodology for Health Services (PMMHS) and tools for costing and managing healthcare services.
- 1.2.2.1 Development of a National Hospital Policy.
- 1.2.2.2 Development of a National Plan for Transformation of Hospitals and Specialized Care.
- 1.2.2.3 Development and implementation of five-year strategic plan for second level hospitals.
- 1.2.2.4 Exploratory studies on new business arrangements for national and international services provided by the Central Laboratory-BOG.
- 1.2.2.5 Proposals for the provision of ambulatory care and treatment of renal dialysis, cancer patients and other modalities of chronic care in sites other than hospitals.
- 1.2.3.1 Needs assessment for management training of health services managers.
- 1.2.3.1b PAHO's Virtual Training courses in IHSDNs and PMMHS provided for all health services managers at all levels.

GOAL 2: Equitable, sustainable and universal financing for Health

A system where financing of health and wellbeing services is universally fulfilled and the rational and efficient use of services, medicines, and technology is realized.

ACTIVITIES:

- 2.1.1.1 Fiscal space study completed.
- 2.1.2.1 Development and progressive implementations of options for the pooling of health funds.
- 2.1.3.1 Assessment and re-design of the essential services to be covered and provider payment mechanisms to be established, determining specific conditions and financial coverage considering the model of care.
- 2.1.3.2 Design and implementation of a single reference price list for payments of specialist care and hospitals in the entire system or at least for the main public insurer (SZF).
- 2.1.3.3 Design and implementation of Service Level Agreements between health services providers at both first level of care and hospitals.
- 2.1.3.4 Formulation of a plan for the progressive elimination of direct payments at the point of service.

GOAL 3: Resources for an efficient and effective health system

The health system attracts dedicated, competent and trustworthy health professionals and workers and ensures access to medicines and appropriate technologies to provide Universal Health.

ACTIVITIES:

- 3.1.1.1 HRH Plan completed by mid 2019.
- 3.2.1.1 Design of a medicines and healthcare supply logistics system with special considerations for supplying the hinterland.
- 3.3.1.1 Assessment of the current health information systems and design of options for implementation of IS4H.
- 3.4.1.1 Development of a management competency enhancement program based on IHF framework.

GOAL 4: Strong leadership and governance in health:

The Ministry of Health is empowered, and its leadership role fully recognized. All stakeholders participate actively in the governance of the health system effectively contributing to the achievement of the national goals and health priorities.

ACTIVITIES:

- 4.1.1.1 Design of a change management strategy for the implementation of the new model of care and NSPH.
- 4.1.1.2 Review of the current governance structures for health at the national and local levels.
- 4.1.1.3 Development and implementation of a National Communication Strategy on the Model of Care and transformation process.
- 4.2.1.1 Establishment of a Health Economics Unit in the MoH.
- 4.3.1.1 Design and establishment of a national monitoring and evaluation mechanism.
- 4.4.1.1 Review of the current legal and regulatory framework with a view to establish gaps, and the needs for updating or designing new instruments.
- 4.4.1.2 Review and updating of the Public Health Law.
- 4.4.1.3 Development of normative and regulatory documents for the delivery of Public Health Services by healthcare providers, both public and private, including surveillance and enforcement mechanisms.
- 4.4.1.4 Development or re-design of the regulatory framework governing the exercise of health professions.
- 4.4.1.5 Review and design of new regulations and options for training, accreditation and certification of healthcare professionals and technicians.
- 4.4.1.6 Establishment of collaboration agreements with higher education institutions for the training and development of healthcare professionals and technicians.
- 4.4.1.7 Development of a Ministry of Health National Policy on Donations and Gifts.

GLOSSARY

Clinical Integration: The extent to which patient care is coordinated across the system's different functions, activities and operating units. The degree of coordination of care depends primarily on the patient's condition and the decisions made by his or her health team. Clinical integration includes horizontal and vertical integration (Modified from Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building Integrated Systems: The Holographic Organization. Healthcare Forum Journal 1993; 36(2):20-6).

Comprehensive, Integrated, and Continuous Health Services: The management and delivery of health services, such that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease-management, rehabilitation and palliative care services, through the different levels and sites of care within the health system, and according to their needs throughout the life course (Modified from WHO. Integrated Health Services—What and Why? Technical Brief No. 1, May 2008).

Coverage: The capacity of the health system to serve the needs of the population, including the availability of infrastructure, human resources, health technologies (including medicines) and financing.

Continuity of Care: The degree to which a series of discrete health care events is experienced by people as coherent and interconnected over time, and consistent with their health needs and preferences (Modified from Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of Care: A Multidisciplinary Review. BMJ 2003; 327(7425):1219–1221).

Equity in Health: Absence of unfair differences in health status, access to healthcare and health-enhancing environments, and treatment within the health and social services system (PAHO. Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, D.C., 2007).

First Level of Care: In this document, preference has been given to the term “first level of care” instead of the term “primary care” in order to avoid confusion with the concept of Primary Health Care (PHC). For PAHO, PHC represents a broad approach to the organization and operation of the health system as a whole, and not only the delivery of health services at the first level of care. The term primary care, like the first level of care, has been defined by the USA's Institute of Medicine as the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community (Institute of Medicine. Primary care: America's Health in a New Era. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996).

Health System: All organizations, people, and actions whose primary intent is to promote, restore or maintain health (Modified from WHO. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva, 2000).

Integrated Health Service Delivery Network: A network of organizations that provides, or makes arrangements to provide, equitable, comprehensive, integrated, and continuous health services to a defined population and is willing to be held accountable for its clinical and economic outcomes and for the health status of the population served. (Modified from Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building Integrated Systems: The Holographic Organization. Healthcare Forum Journal 1993; 36(2):20–6).

Life Course: An approach based on a model that suggests that the health outcomes of individuals and the community depend on the interaction of multiple protective and risk factors throughout people's lives. As a result, each stage of life influences the next. The factors refer to environmental, biological, behavioral, and psychological characteristics and access to health services. This approach provides a more comprehensive vision of health and its determinants, which calls for the development of health services more centered on the needs of its users in each stage of their lives (Modified from Lu M, Halfon N. Racial and Ethnic Disparities in Birth Outcomes: A Life-Course Perspective. *Mat and Chil Health J* 2003; Vol 7, No. 1:13-30).

Network of Services: This refers primarily to: a) the functional coordination of provider units of a different nature; b) hierarchical organization according to level of complexity; c) a common geographic point of reference; d) command by a single operator; e) operating standards, information systems and other shared logistical resources; and f) a common purpose (Montenegro, H. Presentation, "Organización de sistemas de servicios de salud en redes". Foro internacional de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud. Bogotá, Colombia, June 11-13, 2003).

PHC-Based Health System: An overarching approach to the organization and operation of health systems that makes the right to the highest attainable level of health its main goal while maximizing equity and solidarity. A PHC-based health system is composed of a core set of functional and structural elements that guarantee universal coverage and access to services that are acceptable to the population and that are equity-enhancing. It provides comprehensive, integrated and appropriate care over time emphasizes health promotion and prevention and assures first contact care. Families and communities are its basis for planning and action. A PHC-based health system requires a sound legal, institutional and organizational foundation as well as adequate and sustainable human, financial and technological resources. It employs optimal organization and management practices at all levels to achieve quality, efficiency and effectiveness and develops active mechanisms to maximize individual and collective participation in health. A PHC-based health system develops intersectoral actions to address determinants of health and equity (PAHO. *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)*. Washington, D.C., 2007).

Public Health: An organized effort by society, primarily through its public institutions, to improve, promote, protect and restore the health of the population through collective action. It includes services such as health situation analysis, health surveillance, health promotion, prevention, infectious disease control, environmental protection and sanitation, disaster and health emergency preparedness and response, and occupational health, among others (PAHO. *Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment and Bases for Action*. Scientific and Technical Publication No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2002).

Public Health Services: Health services targeted at the population as a whole. These include, among others, health situation analysis, health surveillance, health promotion, prevention services, infectious disease control, environmental protection and sanitation, disaster preparedness and response, and occupational health (PAHO. *Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment and Bases for Action*. Scientific and Technical Publication No. 589. Washington, D.C., 2002).

Segmentation (of health systems): The coexistence of subsystems with different modalities of financing, affiliation and health care delivery, each of them ‘specializing’ in different strata of the population according to their type of employment, income level, ability to pay, and social status. This kind of institutional arrangement consolidates and deepens inequity in access to health care services across different population groups. In organizational terms, segmentation is the coexistence of one or more public entities (depending on the degree of decentralization or deconcentration), social security (represented by one or more entities), different financers/insurers, and private providers (depending on the extent of market and business management mechanisms introduced during sectoral reforms) (PAHO. Health in the Americas 2007. Vol.I, p. 319, Washington, DC: PAHO; 2007).

Universal access: the absence of geographical, economic, sociocultural, organizational, or gender barriers. Universal access is achieved through the progressive elimination of barriers that prevent all people from having equitable use of comprehensive health services determined at the national level.

Universal health coverage: implies that the organizational mechanisms and financing are sufficient to cover the entire population. Universal coverage is not in itself sufficient to ensure health, well-being, and equity in health, but it lays the necessary groundwork (2).

Universal access to health and universal health coverage (Universal Health): imply that all people and communities have access, without any kind of discrimination, to comprehensive, appropriate and timely, quality health services determined at the national level according to needs, as well as access to safe, effective, and affordable quality medicines, while ensuring that the use of such services does not expose users to financial difficulties, especially groups in conditions of vulnerability. Universal access to health and universal health coverage require determining and implementing policies and actions with a multi-sectoral approach to address the social determinants of health and promote a society-wide commitment to fostering health and well-being.

REFERENCES

1. Government of The Republic of Suriname. 2017-2021 Policy Development Plan. Part 1: Development Priorities of Suriname. Suriname Planning Bureau Foundation. January, 2017.
2. Ministry of Health-Suriname. National Malaria Elimination Plan: Suriname 2018-2022. PAHO, 2018
3. Ministry of Health-Suriname. The Health in All Policies Policy Package 2017-2018: Intersectoral Collaboration for Health and Development. November, 2017.
4. Ministry of Health-Suriname. Suriname National Health Sector Plan 2011-2018. October, 2011.
5. UN. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world. United Nations, September, 2015. (www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/),
6. PAHO. Renewing Primary Health Care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Pan American Health Organization, 2007.
7. PAHO. Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas. Pan American Health Organization, Washington, DC, 2011.
8. PAHO. Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030: A call to action for health and well-being in the Region. Pan American Health Organization, CSP29/6, Rev. 3. 25 September, 2017.
9. WHO. Suriname WHO Statistical Profile. Global Health Observatory (www.who.int/gho/en/). Last updated: January 2015.
10. WHO. Country Cooperation Strategy at a glance. Global Health Observatory (<http://apps.who.int/gho/data/node.cco>) Updated May 2018.



**National Strategic Plan
for Health and Wellbeing
in Suriname 2019-2018**