

## fiches versterking crisisbestendigheid

waarn  
daarbo

beperkt?

|   |  |
|---|--|
| Titel fiche (met datum, concept/definitief) | Versterking crisisbestendigheid acute kolom<br>(25-2-2021 Concept 1.4) |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| Schrijver fiche (telefoon & mailadres & directie) | 5.1.2e (06- 5.1.2e<br>5.1.2e @minvws.nl, directie CZ) |
|---|---|

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Besproken in MTDG? (datum)                 | 01-03-2021                         |
| Afgestemd met WJZ (en zo ja, met wie?)     | 5.1.2e                             |
| Afgestemd met FEZ (en zo ja, met wie?)     | 5.1.2e                             |
| Met welke directies is nog meer afgestemd? | MEVA; 5.1.2e   5.1.2e reageert nog |

**Om welke concrete maatregel gaat het?**

- A. Grotere (flexibele, reserve) buffercapaciteit in de curatieve zorg, waardoor een wendbaar zorgsysteem ontstaat dat sneller kan inspelen op een grotere vraag. Deze flexibele buffercapaciteit ziet toe op extra intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen, een flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis in een eerstelijns verblijf-setting, extra vervoersmogelijkheden voor patiënten, extra zorgpersoneel in de vorm van zorgreservisten en een ijzeren voorraad aan genees- en hulpmiddelen<sup>1</sup>. Deze buffercapaciteit wordt alleen ingezet in (een door de minister uitgeroepen) crisissituatie.

B. In plaats van een flexibele reserve buffercapaciteit aan IC bedden, wordt de uitbreiding met circa 200 vaste IC-bedden en 400 klinische bedden (fase 2 van het LNAZ IC-opstalingsplan) en de uitbreiding met 350 flexibele IC-bedden en 700 klinische bedden (fase 3 van het LNAZ IC-opstalingsplan) structureel gemaakt en operationeel gehouden.
- Het inrichten van 1 landelijke en 11 regionale coördinatiecentra. Dergelijke coördinatievoorzieningen zijn ingesteld tijdens de COVID-crisis en de maatregel beoogd deze structureel in te bedden voor alle acute-zorg patiëntenstromen, met zodanige flexibiliteit dat dit zowel in tijden van crisis als ook in de reguliere zorg gebruikt kan worden<sup>2</sup>.

**Wat is het probleem dat die maatregel precies moet oplossen?**

- Naar aanleiding van de Covid-crisis is duidelijk geworden dat de crisisbestendigheid van de acute zorg kolom moet worden versterkt: de curatieve zorg blijkt maar beperkt op te kunnen schalen en op onderdelen ontbreekt een duidelijke, soms centrale, coördinatie.
- Door nu structurele flexibele buffercapaciteit te realiseren en op een slimme en flexibele manier personeel op te leiden en in te zetten, wordt voorkomen dat bij een volgende gezondheids crisis de niet acute en planbare zorg moet worden afgeschaald, met ernstige gezondheidsschade tot gevolg. Hiermee wordt extra lucht in het systeem gecreëerd in de vorm van een beperkte mate aan overcapaciteit (PM: waarbij deze - afhankelijk van variant 1A of 1B - altijd beschikbaar is of alleen ingezet wordt in een door de minister uitgeroepen crisissituatie).
- Tevens leidt op een slimme manier investeren in structurele coördinatie, tot het voorkomen van verkeerde bedden problematiek en opnamestops in de reguliere acute zorgverlening én bij het zorgbreed opvangen van de pandemische druk in een crisissituatie<sup>3</sup>.
- De genoemde maatregelen komen voort uit de geleerde lessen uit de Covid-crisis tot nu toe. De grote evaluatie van de Covid-crisis o.a. door de Onderzoeksraad voor Veiligheid moet nog volgen, wat kan leiden tot bijstelling van de genoemde maatregelen.

**Zijn er alternatieve maatregelen te bedenken die hetzelfde probleem oplossen?**

- Er kan nog worden gevarieerd met de grootte van de nationale buffercapaciteit, door buiten de landsgrenzen te kijken en structureel capaciteit te reserveren/huren in Duitsland of België.
- De coördinatiefuncties kunnen worden toegevoegd aan de werkzaamheden van de meldkamer ambulancezorg, waardoor geen nieuwe entiteiten worden gecreëerd. Hiermee worden de wettelijke taken en bevoegdheden van de ambulancevoorzieningen uitgebreid.

<sup>1</sup> Standpunt 67 (D66), 297/298 (VVD) en 527 (CU) uit de verkiezingsprogramma's.

<sup>2</sup> Stanpunt 299 (VVD) uit het verkiezingsprogramma.

<sup>3</sup> Motie Marijnissen, Tweede Kamerstukken 25 295, Nr. 1008

**Welke acties zijn er nodig (bijv. op organisatorisch vlak)?<sup>4</sup>**

**1. A. Extra flexibel inzetbare intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen**

Tot en met 2022 is in verband met de COVID-crisis extra flexibele ziekenhuis capaciteit gerealiseerd van 550 IC-bedden en 1100 klinische bedden. Vanaf 2023 moet deze extra flexibele ziekenhuis capaciteit worden behouden.

Er moet onderzocht worden wat de meest efficiënte manier is om deze extra ziekenhuis capaciteit te realiseren, centraal, decentraal of een combinatie van beide.

Een kostenonderzoek van de NZa moet uitwijzen hoe deze extra ziekenhuis capaciteit het beste gefinancierd kan worden.

Afhankelijk van deze onderzoeken wordt er vanaf 2023 extra geïnvesteerd in deze flexibele buffercapaciteit van ziekenhuisbedden.

Flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis

In elk geval tot en met Q1 2021 is in verband met de COVID-crisis een flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis gerealiseerd van 2000 bedden (momenteel lopen de gesprekken tussen de aanbieders en zorgverzekeraars tot hoe lang deze bedden in stand moeten worden gehouden). Daarna moeten deze bedden worden behouden. De NZa wordt gevraagd te adviseren over geschikte financiering. Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek wordt vanaf 2022 extra geïnvesteerd in deze flexibele schil cohort bedden.

Extra vervoersmogelijkheden voor patiënten

Er moeten 7 extra MICU ambulances en 1 ambulancehelikopter worden gerealiseerd als flexibele, reserve buffercapaciteit in te zetten in crisissituaties. De NZa wordt gevraagd te adviseren over geschikte financiering. Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek wordt de komende twee jaar extra geïnvesteerd in deze vervoersmogelijkheden.

Extra zorgpersoneel in de vorm van zorgreservisten

Er is reeds onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor de introductie van een nationale reserve aan zorgmedewerkers, die kunnen worden ingezet tijdens een pandemie, ramp of terreuraanslag<sup>5</sup>. In 2021 start de stichting Extra Zorg Samen met proeftuinen voor zorgreservisten, waarbij er gebruik gemaakt wordt van lessen vanuit de coronacrisis en inzet van Extra Handen voor de Zorg, Nationale Rode Kruis en Defensie in de sector. Zie ook <https://zorgreservisten.nl> (PM. wordt aangevuld door MEVA.).

Tevens moet worden gezorgd dat zorgpersoneel beter wordt toegerust om breder en flexibeler inzetbaar te zijn. Zo zullen bijvoorbeeld IC-, SEH-, OK- en ambulanceverpleegkundigen meer met elkaar worden verbonden qua opleiding en inzet. Het NVZ/NFU-project rond modulair onderwijs voor de brede opleiding acute zorg dient hiervoor als vehikel (PM. wordt aangevuld door MEVA.).

Het aanleggen van voorraden van (kritische/essentiële) medische producten en het versterken van de bestaande en nieuwe productie van medische producten in Nederland en Europa.

Zie fiche: leveringszekerheid.

**B. Structureel extra intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen**

Tot en met 2022 is in verband met de COVID-crisis extra flexibele ziekenhuis capaciteit gerealiseerd van 550 IC-bedden en 1100 klinische bedden. Vanaf 2023 moet deze extra capaciteit die in de huidige ziekenhuizen is gerealiseerd structureel worden gemaakt en operationeel zijn, waarvoor structurele investeringen noodzakelijk zijn.

**2. Het inrichten van 1 landelijke en 11 regionale coördinatiecentra**

Een belangrijke les uit de COVID-crisis is dat de toestroom van acute-zorg patiënten centraal (regionaal en landelijk) gecoördineerd moet worden om efficiënt (door een goede verdeling van de lasten en goed gebruik te maken van de beschikbare zorgcapaciteit qua personeel en middelen) en effectief (er werd overal op eenzelfde niveau patiëntenzorg geleverd) te kunnen handelen in een crisis of situatie van hoge druk.

<sup>4</sup> Bij deze acties worden de aantallen aangehouden waarmee is gewerkt in de huidige opschalingsplannen.

<sup>5</sup> Motie van de leden Wilders en Heerma, TK, 25 295, Nr. 692.

Voor deze coördinatie zijn tijdelijke voorzieningen ingericht, specifiek bedoeld voor Covid-patiëntenstromen; 11 regionale coördinatiecentra (RCPS) en 1 landelijk coördinatiecentrum patiënten spreiding (LCPS). Deze voorzieningen moeten na de COVID-crisis niet verdwijnen, maar structureel worden ingebed in de acute zorg én in de crisisstructuur. Door de 11 RCPS'en in werking te houden wordt verkeerde bedden problematiek en opnamestops in de reguliere acute zorgverlening voorkomen. In tijden van (een nieuwe) crisis kan het LCPS flexibel worden opgeschaald en samen met de 11 RCPS'en zorgen voor centrale coördinatie van acute zorg patiënten.

Hiervoor is het van belang dat deze organisatie een losstaande juridische entiteit wordt, structureel wordt verankerd in wet- en regelgeving, en structurele financiering ontvangt. Er is onderzoek nodig om te bepalen hoe dit het beste structureel kan worden vormgegeven.

Vervolgens moet worden geïnvesteerd in de inrichting van digitale informatie-uitwisseling tussen deze centra en de betrokken partijen in de zorg (eerste lijn, tweede lijn, acute-zorgketen); en het opleiden van personeel ten behoeve van deze centra.

#### Welke juridische consequenties heeft deze maatregel?

1. Afhankelijk van de gekozen manier van financiering (via een Rijksbijdrage, de premie, of een beschikbaarheidsbijdrage) is mogelijke Staatssteun een belangrijk aandachtspunt. Daarnaast moet ook worden gekeken naar de effecten op de mededinging. De overheid breekt in op het huidige Zvw-stelsel, waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen over waar welke zorg wordt geleverd. De overheid schrijft met deze maatregelen een flexibele buffercapaciteit aan ziekenhuisbedden, cohort bedden en vervoersmiddelen voor.
2. De landelijke en 11 regionale coördinatiefuncties moeten een juridische entiteit krijgen, die moet worden vastgelegd in 1 van de zorgwetten. Een dergelijk ingewikkeld wetgevingstraject duurt minimaal twee jaar.

#### Op welke termijn kan de maatregel ingevoerd worden, en waarom?

1. De benodigde onderzoeken kunnen per direct starten, zodat de gewenste en noodzakelijke flexibele buffercapaciteit in de ziekenhuizen per 2023 kan zijn gerealiseerd en buiten het ziekenhuis per 2022 kan worden gestart.
2. Momenteel is een dergelijke werkwijze al in een tijdelijke setting opgezet in het kader van COVID-19. De functie van coördinatiecentrum is daarmee al uitvoerbaar en realiseerbaar gebleken. Ook is er reeds een digitaal systeem aangeschaft voor de uitwisseling van gegevens omtrent drukte en capaciteit. Om dit op de lange termijn werkbaar en betaalbaar te houden, zal personeel moeten worden aangenomen en opgeleid om de coördinatiecentra te leiden en bemensen. Daarnaast moet het digitale systeem worden doorontwikkeld om de gehele acute zorgketen te ontsluiten en de functionaliteit te verbeteren.
  - 2020: tijdelijke constructie, aanschaf systeem
  - 2021: structurele aansluiting bij de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS), aannemen en opleiden personeel, aansluiten en doorontwikkeling systeem voor ziekenhuizen
  - 2022: evaluatie 2021 en personele/organisatorische aanpassingen o.b.v. evaluatie, doorontwikkeling systeem voor aansluiting doorstroomlocaties op systeem
  - 2023: evaluatie 2022 en personele/organisatorische aanpassingen o.b.v. evaluatie, doorontwikkeling systeem voor aansluiting doorstroomlocaties op systeem aansluiting instroom op systeem
  - 2024: evaluatie 2023, laatste aanpassingen voor structurele situatie.

#### Wat zijn de financiële consequenties? (uitgewerkt voor 2021 – 2025 en structureel, berekening bijvoegen)

1.
  - A. Extra intensive care bedden  
Tot en met 2022 is in verband met de COVID-crisis extra flexibele ziekenhuis capaciteit gerealiseerd van 550 IC-bedden en 1100 klinische bedden. Deze bedden zijn met een subsidieregeling gefinancierd. Vanaf

2023 moet deze extra flexibele ziekenhuis capaciteit worden behouden. De kosten bestaan uit de vergoeding voor het in stand houden van deze extra capaciteit.

Het in stand houden van 1 IC-bed en 2 klinische bedden (zonder personeel) kost gemiddeld 5.1.2b per jaar. Bij 550 IC-bedden en 1100 klinische bedden (zonder personeel) gaat het om een bedrag van 5.1.2b 5.1.2b per jaar.

Aanname: kosten van 1 IC-bed en 2 klinische bedden (zonder personeelskosten) in fase 2 van de subsidieregeling opschaling IC-capaciteit.

#### Flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis

In elk geval tot en met Q1 2021 is in verband met de COVID-crisis een flexibele schil decentrale cohort-bedden buiten het ziekenhuis gerealiseerd van 2000 bedden. Dit zijn eerstelijns verblijf bedden die vaak op Wlz-locaties worden aangeboden. Vanaf Q2 2021 moeten deze bedden worden behouden. De kosten bestaan uit de vergoeding voor het in stand houden van de extra capaciteit.

Er wordt aangenomen dat er 1000 bedden (de helft van de structurele beschikbaarheid van de flexibele schil cohort bedden) moeten worden bijgebouwd, omdat deze in de huidige flexibele schil sub-optimaal zijn ingericht. Hierbij wordt uitgegaan van een vergoeding van 5.1.2b per jaar om deze capaciteit (1000 bedden) te realiseren en vrij te houden. Aanname: we hebben hierbij de wijze van financiering conform de WLZ aangehouden, waarbij instellingen bouwen aan extra capaciteit en de investeringen over 30 jaar afschrijven. Er is gerekend met ¼ van de huidige kapitaallasten, waarvoor de WLZ instelling een financiële verplichting/lening van 5.1.2b per plek/bed aangaan.

Voor de reeds bestaande 1000 cohort bedden die in stand moeten worden gehouden geldt een vergoeding van 5.1.2b per jaar. Aanname: de huidige WLZ vergoeding per bed per jaar.

Het gaat bij 2000 extra bedden, waarvan 1000 te realiseren met behulp van verbouw/nieuwbouw, om een bedrag van ongeveer 5.1.2b per jaar. NTB. Indien de overheid zelf gaat bouwen, zal een groot deel van de kosten in de eerste jaren worden gemaakt en zullen de kosten daarna beperkt zijn.

#### Extra vervoersmogelijkheden voor patiënten

De aanschaf van een extra MICU ambulance en hem 1 jaar lang 24/7 beschikbaar hebben (inclusief personeel) kost 5.1.2b Voor 7 MICU ambulances komt dit neer op een bedrag van 5.1.2b

Deze kosten zijn gebaseerd op berekeningen van de NZa tbv het LNAZ IC-opschalingsplan.

Het operationeel hebben van een extra ambulancehelikopter kost 5.1.2b per jaar. Deze investeringen gaan lopen vanaf 2021.

#### Extra zorgpersoneel in de vorm van zorgreservisten

PM. Staat uit bij MEVA.

#### Kosten voor de inzet flexibele buffercapaciteit in de curatieve zorg

De kosten voor het in gebruik zijn van de (flexibele, reserve) buffercapaciteit in de curatieve zorg in crisissituaties loopt via de gebruikelijke bekostiging van curatieve zorg (premie). We gaan uit van € 0 kosten op het moment dat ze niet in gebruik zijn en op het moment van crisis en in gebruik name gaan deze kosten lopen.

Het gaat om 5.1.2b per dag voor 1 IC-bed en 2 klinische bedden en 5.1.2b per dag voor een cohort bed buiten het ziekenhuis. De inzet van de totale buffercapaciteit kost 5.1.2b per dag in tijden van crisis. NTB: hier wordt wel/geen geld voor gereserveerd op de begroting.

#### B. Structureel extra intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen

Tot en met 2022 is in verband met de COVID-crisis extra flexibele ziekenhuis capaciteit gerealiseerd van 550 IC-bedden en 1100 klinische bedden. Vanaf 2023 moet deze extra capaciteit in de huidige ziekenhuizen gerealiseerd structureel worden gemaakt, waarvoor structurele investeringen noodzakelijk zijn.

De kosten bestaan uit de vergoeding voor het operationeel houden van deze extra capaciteit. Het operationeel hebben van 1 extra IC-bed en 2 extra klinische bedden (met personeel) kost gemiddeld 5.1.2b per jaar. Bij 550 extra IC-bedden en 1100 extra klinische bedden (met personeel) gaat het om een bedrag van 5.1.2b per jaar.

Aanname: kosten van 1 IC-bed en 2 klinische bedden in fase 2 van de subsidieregeling opschaling IC-capaciteit.

Kosten voor de inzet flexibele buffercapaciteit in de curatieve zorg

De kosten voor het in gebruik zijn van de (flexibele, reserve) buffercapaciteit in de curatieve zorg in crisissituaties loopt via de gebruikelijke bekostiging van curatieve zorg (premie). Aangezien de bedden operationeel zijn, kunnen ze ook in niet-crisissituaties worden ingezet. Het gaat om 5.1.2b per dag voor 1 IC-bed en 2 klinische bedden en 5.1.2b per dag voor een cohort bed buiten het ziekenhuis. De inzet van de totale buffercapaciteit kost 5.1.2b per dag in tijden van crisis.

NTB: hier wordt wel/geen geld voor gereserveerd op de begroting.

2. Het inrichten van 1 landelijke en 11 regionale coördinatiecentra

Totale budgettaire omvang van de investeringsmaatregel is in totaal 5.1.2b over 4 jaar. De kosten voor het (structurele) gebruik van de coördinatiefunctie vallen niet binnen deze investering, maar loopt via de gebruikelijke bekostiging van curatieve zorg (premie) en kent een budgettair beslag van 5.1.2b

5.1.2b

Aanname bij de kosten voor structureel gebruik is dat dit per jaar evenveel kost als de huidige beschikbaarheidsbijdrage voor de 11 traumacentra (coördinatie +opleiden, trainen en oefenen).

| (variant 1A)   | 2021 | 2022   | 2023 | 2024 |
|--|------|--------|------|------|
| Extra flexibel inzetbare intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen (variant 1A) |      |        |      |      |
| Flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis                                      |      |        |      |      |
| Extra vervoersmogelijkheden voor patiënten   |      |        |      |      |
| Extra zorgpersoneel in de vorm van zorgreservisten                                       |      | 5.1.2b |      |      |
| Het inrichten van 1 landelijke en 11 regionale coördinatiecentra                         |      |        |      |      |
| Kosten voor de inzet flexibele buffercapaciteit in de curatieve zorg                     |      |        |      |      |
|  |      |        |      |      |
| TOTAAL   |      |        |      |      |

| (variant 1B)  | 2021 | 2022   | 2023 | 2024 |
|---|------|--------|------|------|
| Extra flexibel inzetbare intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen |      |        |      |      |
| Flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis                         |      | 5.1.2b |      |      |
| Extra vervoersmogelijkheden voor patiënten                                  |      |        |      |      |

|  |        |
|--|--------|
| Extra zorgpersoneel in de vorm van zorgreservisten                   | 5.1.2b |
| Het inrichten van 1 landelijke en 11 regionale coördinatiecentra     |        |
| Kosten voor de inzet flexibele buffercapaciteit in de curatieve zorg |        |
| TOTAAL   |        |

**Wat zijn overige te verwachten effecten/aandachtspunten?**

- Het zal lastig zijn om capaciteit die leegstaat in niet-crisissituaties niet in te zetten, als er wel sprake is van krapte (bijvoorbeeld in geval van wachtlijsten). Gevaar is dat hiermee noodcapaciteit structurele capaciteit wordt. Zie ook de reactie van het CPB op het voorstel van diverse partijen (VVD, CU, CDA en DENK) om taakstellend 0,1 mld euro in flexibele IC-capaciteit ten behoeve van infectieziektebestrijding te investeren. Hierbij geeft het CPB aan dat het onzeker is of het doel behaald wordt, omdat het risico bestaat dat de gecreëerde overcapaciteit na verloop van tijd wordt ingezet in de reguliere zorgverlening.

**Met welk onderwerp of welke onderwerpen interacteert deze maatregel?**

- de Houtskoolschets Acute Zorg. Zie fiche: toekomstbestendige inrichting van de acute zorg (CZ)
- de Discussienota Zorg voor de Toekomst.
- het aanleggen van voorraden van (kritische/essentiële) medische producten en het versterken van de bestaande en nieuwe productie van medische producten in Nederland en Europa. Zie fiche: leveringszekerheid (GMT)
- Investeren in opleiden/behoud personeel (salaris, zeggenschap, werkomstandigheden) (MEVA)
- Fiche inhaalzorg (CZ)

| Budgettair effect op netto collectieve zorguitgaven in mln. euro | Jaar 1 | Jaar 2 | Jaar 3 | Jaar 4 | Structureel |
|--|--------|--------|--------|--------|-------------|
| Maatregel variant 1 A:   |        |        |        |        |             |
| Maatregel variant 1 B:   |        |        | 5.1.2b |        |             |

**Optioneel: relevante facts & figures (of verwijzing naar bronnen)**

-