

### Financiële tabel – na aanscherping o.b.v. fiches

	Bedragen x 1 miljoen	2023	2024	2025	2026	Struct.
	<u>Voorstellen</u>					
1	Flexibel opschaalbare zorg (IC infra en doorgang reguliere zorg)	2,5	18,6	18,6	18,6	20,6
	a. Opslag + onderhoud 1700 IC bedden	5.1.2b				
	b. CZ: Doorgang reguliere zorg					
	c. Rode Kruis					
2	Extra vervoers- mogelijkheden	0	4,5	6,6	6,6	6,6
3	PP in de Wlz:	4	11,2	14,1	26,6	26,1
	a. monitoring en surveillance Ghz	5.1.2b				
	b. monitoring en surveillance ouderenzorg					
	c. inrichting coördinatie structuren langdurige zorg					
	d. opleiden, trainen en oefenen ter voorbereiding					
	e. transparantie en verbetering infectiepreventie					
4	ROAZ/LNAZ regionale samenwerking:	0,975	7,8	7,8	7,8	7,8
	a. uitbreiding capaciteit	5.1.2b				
	b. onderzoek + organisatie regio beelden en -plannen					
	d. overname COVID activiteiten continuïteit van zorg					
5	Doorzettingsmacht en landelijke regie & sturing in de zorg (smalle variant / B)	1,67	3,627	9,779	12,594	12,239
6	structurele bekostiging inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding LCPS	0	3,5	3,5	3,5	3,5
7	BAZ	0	0	0	0	5,2
	<b>Totaal geadviseerd</b>	<b>9,145</b>	<b>49,227</b>	<b>60,379</b>	<b>75,694</b>	<b>82,039</b>

## Totaaloverzicht aan fiches PP Zorg

### 1. Flexibel opschaalbare zorg (deel a. Opschaling IC-capaciteit)

#### 1. Doel

<p>1.1 Wat is het probleem dat wordt beoogd om op te lossen?</p> <p><i>Toelichting:</i> Om ook in de toekomst voorbereid te zijn op een crisissituatie waarin de zorg tijdelijk onder zeer hoge druk komt te staan, is het belangrijk dat de lessen uit de COVID pandemie worden toegepast en geborgd. Onderdeel hiervan is het flexibel opschalen van de zorgcapaciteit. Dat vraagt paraatheid op verschillende vlakken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Om de IC-capaciteit snel en verantwoord te kunnen opschalen, zonder dat reguliere zorg daar langdurig onder lijdt, is het in de eerste plaats van belang dat de fysieke infrastructuur aanwezig en inzetbaar is.</li> <li>•</li> <li>• De coronacrisis heeft bovendien laten zien dat het gebrek aan zorgpersoneel één van de grootste uitdagingen ten tijde van een (pandemische) crisis kan zijn. Dankzij getrainde en opgeleide vrijwilligers van het NRK kon het beschikbare zorgpersoneel waar mogelijk worden ontlast en konden zorg en maatschappelijke ondersteuning (langer) beschikbaar blijven. Tijdens een volgende (pandemische) crisis zou Nederland/VWS hier wederom maximaal gebruik van willen maken.</li> <li>•</li> <li>• Een van de geleerde lessen tijdens de covid pandemie is ten slotte dat gezondheidsschade is ontstaan, omdat opschaling van Covid-zorg gepaard ging met het uitstellen van de reguliere (niet acute) zorg. Daarom worden concrete maatregelen verkend om te borgen dat reguliere zorg in tijden van crisis zoveel mogelijk doorgang vindt.</li> <li>•</li> <li>• Dit voorstel bestaat daarom uit 3 separate onderdelen:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Opschaling IC-capaciteit</li> <li>b) Doorgang reguliere zorg</li> <li>c) Rode Kruis (NRK)</li> </ol> </li> <li>•</li> <li>• a) <i>Opschaling IC-capaciteit</i></li> <li>• e) Om de IC-capaciteit snel en verantwoord te kunnen opschalen, zonder dat reguliere zorg daar langdurig onder lijdt, is het in de eerste plaats van belang dat de fysieke infrastructuur aanwezig en inzetbaar is. De materiële voorzieningen voor deze IC-bedden zijn aanwezig in de ziekenhuizen, vanuit de subsidieregeling IC-opschaling (2020-2022) en schenkingen van VWS in 2020 (i.h.k.v. de noodvoorraad). Zoals MVWS eerder heeft aangegeven wordt van ziekenhuizen verwacht deze materiële voorzieningen tot 1700 bedden in stand te houden voor het geval een (pandemische) crisissituatie zich opnieuw aandient. Dit leidt tot kosten voor opslag en onderhoud. Om ziekenhuizen voor deze kosten te compenseren, ziet deze claim op bekostiging van kosten voor instandhouding van de fysieke infrastructuur (onderhoud en opslag).</li> </ul>
<p>1.2 Welk doel wordt nagestreefd met het beoogde voorstel?</p> <p><i>Toelichting:</i> Snel en flexibel opschaalbare IC-zorg.</p>
<p>1.3 Wat zijn de beoogde resultaten (SMART) (in termen van beoogde prestaties en effecten)? <i>Dit is waar het beleidsinstrument op is gericht en waar je dus op kan sturen. Licht zo concreet mogelijk toe welk resultaat wanneer bereikt moet zijn.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor het geval we opnieuw te maken krijgen met een (pandemische) crisissituatie, is het van belang dat de voorraad van 1700 IC-bedden beschikbaar blijft. Om de instandhouding van de materiële infrastructuur (onderhoud en opslag) voor een capaciteit tot 1700 IC-bedden structureel te bestendigen, krijgen ziekenhuizen vanaf 2024 een vergoeding voor kosten van onderhoud en opslag. Hiervoor wordt naar verwachting een beschikbaarheidsbijdrage opgezet, met een ijkmoment in 2027. Dekking voor de kosten voor opschaling van 1150 tot 1700 IC-bedden wordt gevonden binnen de envelop Pandemische paraatheid.</li> <li>•</li> </ul>

## 2. Financiële gevolgen

- 2.1 Wat zijn de financiële gevolgen van het voorstel? Vul de totale meerjarige reeks in de tabel voor de totale kosten, inclusief mogelijke apparaatskosten en/of uitvoeringkosten. Is een deel van de reeks al toegekend in een eerder bestedingsplan? Welk deel wordt nieuw aangevraagd voor toekenning in dit bestedingsplan en welk deel resteert op de AP?

*NB: Indien in 2026 nog niet het structurele bedrag is bereikt, geef dan onder de tabel aan in welk jaar de reeks structureel is.*

x mln	2023	2024	2025	2026	Struc.
Voorstel voor toekenning	0,5	9	9	9	9

### Toelichting:

- Voor 2023 is € 5.1.2b aan onderzoekskosten begroot t.b.v. kostprijsberekening IC opslag/onderhoud en een advies over afschrijving op termijn.
- Per 2024 jaarlijks € 5.1.2b tbv instandhouding materiële IC-capaciteit (550 bedden aan opslag en onderhoud).
- 

### 2.2. Hoe ziet de specifieke besteding van de middelen eruit?

*Ga daarbij ook in op de p (prijs) en de q (aantal). Rond af op miljoenen.*

*Voeg een excel toe waarin een aansluiting zit tussen 2.2 en 2.1, en eventuele detailinformatie.*

### Toelichting:

- Onderhoud en opslag gerealiseerd flexibel IC-bed: Voor de raming van de kosten wordt in afwachting van kostprijsonderzoek uitgegaan van het bedrag van € 5.1.2b, dat in de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19 is gehanteerd voor gebouwkosten (incl. financieringslasten). Voor 550 IC-bedden gaat het dan om (afgerond) € 5.1.2b
- Onderzoekskosten 2023: Geschatte onderzoekskosten t.b.v. de kostprijsberekening voor de IC opslag/onderhoud en een advies over kosten voor afschrijving op termijn.

8.

### 3. Beleidsinstrumentarium

<p>3.1 Wat is het (gekozen) <u>beleidsinstrumentarium</u>? Licht toe welk(e) beleidsinstrument(en)<sup>2</sup> gekozen zijn en wat deze concreet inhouden. Denk bijvoorbeeld aan een subsidieregeling; een nieuwe wet of een publiekscampagne.</p>
<p><i>Toelichting:</i>  <i>Voornemen is per 2024 de instandhouding van de materiële IC-infrastructuur te bekostigen vanuit een beschikbaarheidsbijdrage, met een voorzien ijkmoment in 2027.</i></p> <p>15. Er bestaat nog geen beschikbaarheidsbijdrage voor de beschikbaarheid van IC-bedden. Dat betekent dat VWS allereerst een amvb moet wijzigen, en daarna een aanwijzing moet geven aan de NZa. Dit kost tijd. De doorlooptijd van een amvb-wijziging is 8-9 maanden. Het voornemen tot een</p> <p>16. aanwijzing dient 30 dagen bij beide Kamers te worden voorgehangen. Voorafgaand aan het vaststellen van de beschikbaarheidsbijdrage moet bovendien onder andere een marktverstoringstoets en een kostenonderzoek worden gedaan door de NZa.</p> <p>17.</p> <p>18. Het is tevens mogelijk dat uit de marktverstoringstoets blijkt dat bekostiging d.m.v. een ophoging van de bestaande tarieven een beter alternatief is. Mocht dit het geval zijn dan vraagt dit een tariefaanpassing vanuit de NZa.</p>
<p>3.2 Hoe vindt de <u>uitvoering</u> plaats?  <i>Licht kort toe welke partijen betrokken zijn en hoe hun betrokkenheid eruit ziet, zowel financieel als niet-financieel. Leg ook uit wat de belangrijkste risico's voor de uitvoering zijn.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In geval van BB: Uitgevoerd en beheerd door de NZa.</li> </ul>
<p>3.3 <u>Doeltreffendheid</u>: licht toe op welke wijze de inzet van deze beleidsinstrumenten (vraag 3.1) leidt tot de resultaten en doelen 1.2 en 1.3?<sup>3</sup> (beleidstheorie)  <i>Baseer je bijvoorbeeld op wetenschappelijke literatuur, evaluaties of experts, etc. Benoem ook eventuele externe factoren of neveneffecten die kunnen bijdragen aan het wel of niet bereiken van de doelen/resultaten.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i></p> <p>In opschalingsplan NVIC en V&amp;VN IC (najaar/winter 2022-2023) is opgenomen dat de IC-capaciteit, die in de basis gelijk is aan wat vóór de pandemie voldoende bleek, niet toereikend is tijdens periodes van pandemische druk. Daarom stelt NVIC dat moet worden toegewerkt naar een operationele basiscapaciteit van 1150 IC-bedden. Zoals NVIC en V&amp;VN aangeven, ligt de grootste uitdaging in het achter de hand hebben van capaciteit om snel te kunnen opschalen in de grote tekorten aan personeel. Hierop wordt via de BAZ en zorgreservisten ingezet. Om er daarnaast voor te zorgen dat er in geval van nood geen andere belemmeringen zijn heeft MVWS besloten dat de bestaande inventaris en apparatuur tot 1700 bedden (aanwezig dankzij de eerdere subsidieregeling en schenkingen) in stand gehouden moet worden. Door kosten te vergoeden worden ziekenhuizen in staat gesteld om inventaris te onderhouden, zodat deze direct ingezet kan worden indien nodig. Door de reeds aangeschafte middelen te onderhouden zijn we niet afhankelijk van externe factoren zoals bijvoorbeeld schaarste in de markt aan middelen.</p>
<p>3.4 Doelmatig<sup>4</sup> bereiken van de doelen/resultaten: licht toe waarom de gekozen beleidsinstrumenten (vraag 3.1) het meest efficiënt zijn voor het behalen van de resultaten en doelen (vraag 1.2 en 1.3). Indien van toepassing: geef aan of de reeks samenhangt met een ombuiging uit het coalitieakkoord en beargumenteer hoe de intensivering bijdraagt aan lagere zorguitgaven.</p>
<p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Een beschikbaarheidsbijdrage sluit aan bij het gewenste doel. Via de ZVW worden alleen de kosten vergoed die kunnen worden verbonden aan geleverde zorg. Wij vragen echter van partijen om stand-by te staan en inzet te garanderen als de situatie hierom vraag, ofwel beschikbaar te zijn. Er is geen ander instrumentarium die voorziet in een structureel antwoord op deze vraag.</li> <li>-</li> </ul>

- In een beschikbaarheidsbijdrage wordt het risico op dubbele bekostiging tot 1150 IC-bedden ondervangen, omdat de kosten van de daadwerkelijk geleverde zorg, die reeds door de zorgverzekeraar zijn gedekt, niet worden meegenomen. Alleen de kosten voor het beschikbaar houden tot 1700 IC-bedden worden gefinancierd vanuit de beschikbaarheidsbijdrage.

#### 4. Monitoring & Evaluatie

<p>4.1 Hoe ziet de monitoring eruit?</p> <p><i>Bij voorkeur worden hiervoor meetbare indicatoren gebruikt, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van andere cijfers, statistieken of kerncijfers. Als kwantitatieve (meetbare/concrete) gegevens niet mogelijk zijn, kies dan voor kwalitatieve informatie op basis waarvan je doelbereik kunt vaststellen.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meting bestaande materiële capaciteit o.b.v. afrekening subsidieregeling IC-opstapeling eind 2023.</li> <li>- Kostprijsonderzoek voor onderhoud en opslag als onderdeel van traject richting beschikbaarheidsbijdrage door de NZa (o.a. toets op marktverstoring, etc.).</li> <li>-</li> </ul>
<p>4.2 Op welke manier wordt geëvalueerd of de ingezette instrumenten hebben geleid tot het bereiken van de doelen (doeltreffendheid) en of dat efficiënte wijze is gebeurd (doelmatigheid)?</p> <p><i>Licht toe hoe de evaluatie eruit komt te zien. Denk daarbij aan:</i></p> <p><i>Wanneer wordt er gemeten (nulmeting, tussentijds en/of eindmeting)?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hoe wordt er gemeten? (welke evaluatie-/onderzoeksmethode(n) worden gebruikt?) In hoeverre is het mogelijk om iets te zeggen over causaliteit (inzet van instrument x leidt tot uitkomst y)? Hou daarbij ook rekening met andere instrumenten of externe factoren die invloed kunnen hebben op het resultaat.</i></li> </ul>
<p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorzien ijkmoment is in 2027. Dan wordt besloten tot (gedeeltelijke) afbouw instandhouding voorraad aan IC-apparatuur en inventaris óf tot structurele inbedding via beschikbaarheidsbijdrage of tarifiering.</li> <li>-</li> </ul>

## 1. Flexibel opschaalbare zorg (deel b. Doorgang reguliere zorg)

### 1. Doel

<p><b>1.1 Wat is het probleem dat wordt beoogd om op te lossen?</b></p> <p>b) Doorgang reguliere zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een van de geleerde lessen tijdens de covidpandemie is dat gezondheidsschade is ontstaan door uitstellen van de reguliere (niet acute) zorg. Het RIVM rapport 'De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de coronapandemie' laat zien dat de zorg voor niet levensbedreigende aandoeningen, zoals bepaalde operaties, vaak werd uitgesteld. Hierdoor zijn levensjaren in goede gezondheid verloren gegaan. Het is van belang dat deze zorg bij een volgende pandemie zo veel mogelijk doorgang kan vinden. De huidige covidcrisis heeft laten zien dat een belangrijke beperkende factor voor het door kunnen laten gaan van de zorg, het gebrek aan capaciteit is. Ook is er winst te behalen door betere coördinatie binnen en tussen ziekenhuizen.</li> <li>-</li> <li>- Vanuit het perspectief van de reguliere zorg gebeurt er al van alles vanuit het IZA. Maar daarbovenop zijn extra inspanningen nodig om in de toekomst voorbereid te zijn op pandemieën. Dit plan richt zich op initiatieven die hiervoor een meerwaarde hebben. Specifieke uitgangspunten staan onder 1.2 geformuleerd.</li> <li>-</li> </ul> <p>In gesprekken met partijen zijn maatregelen/plannen genoemd die bij kunnen dragen aan de doorgang van de reguliere zorg ten tijde van een pandemie. Een eerste inventarisatie leert dat plannen pandemische paraatheid van ziekenhuizen gericht op de doorgang van de reguliere zorg in ieder geval gaan over de volgende aspecten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thuismonitoring</li> <li>2. Inzet artificial intelligence (AI) en data analytics</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thuismonitoring is toepasbaar om zorg dichtbij huis te stimuleren en het draagt als gevolg daarvan bij aan de continuering van de reguliere zorg in geval van een pandemie. Daarom wordt ingezet op het stimuleren van thuismonitoring. Inzet van thuismonitoring in bredere zin, dus ook voor chronische aandoeningen, vraagt een veranderkundige investering. Extra inzet is daarin nodig voor het inrichten van thuismonitoring met het oog op flexibele inzet van capaciteit. Voorwaarde is wel dat partijen kennis delen en voorbeelden/lessen van voorlopers overnemen ('proudly copied by/from') en dat het in lijn moet zijn met de afspraken die in context IZA zijn gemaakt voor transformatie naar passende hybride zorg.</li> <li>2. Met passende inzet van AI is de instroom en doorstroom van patiënten in de kliniek (IC en beddenhuis) naar verwachting beter te voorspellen, zodat (de schaars beschikbare) verpleegkundigen op de juiste momenten kunnen worden ingezet en er nog optimaler gebruik kunnen maken van de bedden capaciteit. Het draagt bij aan het beter benutten van de bestaande capaciteit (in het kader van de flexibiliteit). Dergelijke plannen kunnen ook bijdragen aan het optimaliseren van de benodigde capaciteit voor de IC.</li> </ol> <p>Het denken over pandemische paraatheid is in ontwikkeling. Naast genoemde twee thema's is het denkbaar dat inzet op andere thema's noodzakelijk is.</p>
<p><b>1.2 Welk doel wordt nagestreefd met het beoogde voorstel?</b></p> <p>Toelichting: Door middel van een extra impuls, aanvullend op (en in lijn met) de afspraken in het IZA, en in samenspraak met ZN/zorgverzekeraars, ziekenhuizen en ZBC's ondersteunen bij het realiseren van optimale en flexibele inzet van capaciteit, zodat de reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang kan vinden ten tijde van een pandemie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onderstaande uitgangspunten zijn van toepassing voor de inzet van deze middelen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het draagt bij aan het sneller kunnen opschalen van de zorg</li> <li>2. Het draagt bij aan de wendbaarheid van de zorg</li> <li>3. Het draagt bij aan flexibele inzet van capaciteit</li> <li>4. Meer zorg kan thuis of dichtbij en digitaal/hybride geleverd worden</li> </ol> </li> </ul>

- 5.
6. Het denken over wat nodig is om pandemisch paraat te zijn is in ontwikkeling. Zo wordt er gewerkt aan het opstellen van scenario's. Dit is een instrument om inzichtelijk te krijgen wat aanvullend nodig is in de zorg en welke aanvullende acties wenselijk zijn zodat de zorg beter voorbereid, wendbaar en opschaalbaar is tijdens een pandemische uitbraak. Het is goed voorstelbaar dat deze scenario's nieuwe aanknopingspunten opleveren die gebruikt kunnen worden bij het bepalen van de kaders voor dit voorstel. Dit maakt ook dat het continue inspanning vraagt van ziekenhuizen en ZBC's. Ook is het belangrijk de link te leggen naar de eerste lijn, waar tijdens Corona ook extra capaciteit werd gecreëerd om de ziekenhuizen dan wel de verpleeghuizen te ontlasten.
- 7.

1.3 Wat zijn de beoogde resultaten (SMART) (in termen van beoogde prestaties en effecten)? Dit is waar het beleidsinstrument op is gericht en waar je dus op kan sturen. Licht zo concreet mogelijk toe welk resultaat wanneer bereikt moet zijn.

10. Toelichting:

- De inrichting van een programma in samenspraak met IZA partijen, bij ZonMw.
- Ziekenhuizen en ZBC's kunnen extra support krijgen tbv interventieplannen die gericht zijn op o.a. het versneld optimaliseren en flexibele inzet van de capaciteit en op- en afschaalbaarheid van de zorg zodat de reguliere zorg doorgang kan vinden ten tijde van een pandemie.
- Plannen en onderzoeksvoorstellen moeten bijdragen aan geformuleerde uitgangspunten pandemische paraatheid.

## 2.Financiële gevolgen

-2.1 Wat zijn de financiële gevolgen van het voorstel? Vul de totale meerjarige reeks in de tabel voor de totale kosten, inclusief mogelijke apparaatskosten en/of uitvoeringskosten. Is een deel van de reeks al toegekend in een eerder bestedingsplan? Welk deel wordt nieuw aangevraagd voor toekenning in dit bestedingsplan en welk deel resteert op de AP?

NB: Indien in 2026 nog niet het structurele bedrag is bereikt, geef dan onder de tabel aan in welk jaar de reeks structureel is.

x mln	-	2023 -	2024 -	2025 -	2026 -	Struc.
Voorstel voor toekenning	-	-	-	-	-	-
	-0	-7,6	- 7,6	-7,6	-7,6	-7,6
	-	-	-	-	-	-

-Toelichting:

- Per 2024 jaarlijks € 7,6 mln tbv het ondersteunend interventieprogramma in samenspraak met IZA partijen, bij ZonMw.
- a: dit bedrag is gebaseerd op een gemiddelde van eerder ingediende vergelijkbare voorstellen/plannen vanuit de expertgroep covid in ziekenhuizen, namelijk € 400.000 per plan/voorstel. De verwachting is dat er per jaar ongeveer 17 plannen worden ingediend. € 400.000 \* 17 = € 7.600.000.
- b: Daarnaast dient rekening te worden gehouden met de uitvoeringskosten bij ZonMw. Hiervoor wordt in de regel met 10% van de programmamiddelen gerekend. Het gaat hierbij om personeelskosten ZonMw en middelen voor de begeleidingscommissie. Totale uitvoeringskosten ZonMw per jaar € 800.000.
- Totaal: 7.600.000. Voorzien ijkmoment in 2025.

-

-Structureel:

- Het denken over pandemische paraatheid is een continu proces. Dit zal nieuwe inzichten blijven opleveren. Dit vraagt ook een continu inspanning van de ziekenhuizen en zbc's om hierop te kunnen anticiperen.

2.2. Hoe ziet de specifieke besteding van de middelen eruit?

*Ga daarbij ook in op de  $p$  (prijs) en de  $q$  (aantal). Rond af op miljoenen.*

*Voeg een excel toe waarin een aansluiting zit tussen 2.2 en 2.1, en eventuele detailinformatie.*

-Toelichting:

-Zie 2.1.

### 3. Beleidsinstrumentarium

<p>3.1 Wat is het (gekozen) <b>beleidsinstrumentarium</b>? <i>Licht toe welk(e) beleidsinstrument(en)<sup>2</sup> gekozen zijn en wat deze concreet inhouden. Denk bijvoorbeeld aan een subsidieregeling; een nieuwe wet of een publiekscampagne.</i></p>
<p>Toelichting: - Programma via ZonMw</p>
<p>3.2 Hoe vindt de <b>uitvoering</b> plaats? <i>Licht kort toe welke partijen betrokken zijn en hoe hun betrokkenheid eruit ziet, zowel financieel als niet-financieel. Leg ook uit wat de belangrijkste risico's voor de uitvoering zijn.</i></p>
<p>Toelichting: Middelen worden via begroting toegekend aan ZonMw. Belangrijk is om in de opdracht aan ZonMw de juiste voorwaarden mee te geven zodat gestelde doelen ook worden behaald. Zie 1.2. -</p>
<p>3.3 <b>Doeltreffendheid</b>: licht toe op welke wijze de inzet van deze beleidsinstrumenten (vraag 3.1) leidt tot de resultaten en doelen 1.2 en 1.3?<sup>3</sup> (beleidstheorie) <i>Baseer je bijvoorbeeld op wetenschappelijke literatuur, evaluaties of experts, etc. Benoem ook eventuele externe factoren of neveneffecten die kunnen bijdragen aan het wel of niet bereiken van de doelen/resultaten.</i></p>
<p>-Toelichting: Op basis van de COVID-pandemie hebben we geleerd dat reguliere zorg snel in de knel komt. Het expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen benoemt ook dat in geval van een zware opleving of nieuwe pandemie, waarbij ziekenhuiszorg opgeschaald en vergroot moet worden, het belangrijk is om oog te hebben voor maatregelen die eraan kunnen bijdragen dat de reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang kan vinden. Deze maatregelen zijn op dit moment nog niet genoeg onderzocht of structureel ingebed in zorgprocessen. Er wordt vol op ingezet vanuit de IZA-afspraken gericht op de reguliere zorg. Aanvullend zijn extra inspanningen nodig vanuit het oogpunt van voorbereiding op (pandemische) crises. Een centraal ondersteunend programma, specifiek gericht op pandemische paraatheid is een passend instrumentarium. Mits de uitgangspunten versterkend en congruent zijn met IZA-doelen voor impactvolle (regionale) transformaties. Door centraal budget hiervoor te alloceren houdt VWS de ruimte om snel te kunnen schakelen en gericht te sturen, vanuit de lessen van de Coronacrisis.</p>
<p>3.4 Doelmatig<sup>4</sup> bereiken van de doelen/resultaten: licht toe waarom de gekozen beleidsinstrumenten (vraag 3.1) het meest efficiënt zijn voor het behalen van de resultaten en doelen (vraag 1.2 en 1.3). Indien van toepassing: geef aan of de reeks samenhangt met een ombuiging uit het coalitieakkoord en beargumenteer hoe de intensivering bijdraagt aan lagere zorguitgaven.</p>
<p>Toelichting: -Het gaat hierbij om plannen en ideeën om de schaarse capaciteit van de zorg zo optimaal mogelijk in te zetten. Via de transformatiemiddelen uit het IZA wordt hier al op ingezet, maar pandemische paraatheid vereist aanvullende inspanningen ter voorbereiding van de zorg op (pandemische) crises. -Om de plannen te kunnen toetsen op kwaliteit, haalbaarheid en opschaalbaarheid is een beoordeling nodig van experts. Een programmacommissie (bekende werkwijze bij ZonMw) kan deze beoordeling uitvoeren.</p>

- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

### 4. Monitoring & Evaluatie

<p>4.1 Hoe ziet de monitoring eruit?</p> <p><i>Bij voorkeur worden hiervoor meetbare indicatoren gebruikt, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van andere cijfers, statistieken of kerncijfers. Als kwantitatieve (meetbare/concrete) gegevens niet mogelijk zijn, kies dan voor kwalitatieve informatie op basis waarvan je doelbereik kunt vaststellen.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i></p> <p>Er is een start gemaakt met de uitwerking van een brede evaluatie van het programma Pandemische Paraatheid. Hiertoe wordt, ook in het kader van de Strategische Evaluatie Agenda (SEA), in 2024 een ex-durante en in 2027 een ex-post evaluatie opgeleverd. Deze evaluaties worden uitgevoerd door een extern en onafhankelijk bureau. In 2023 wordt gewerkt aan het opstellen van een kwalitatief hoogwaardige evaluatieopdracht en het inrichten van een verantwoord en efficiënt (inkoop)proces voor de evaluatie.</p> <p>-</p>
<p>4.2 Op welke manier wordt geëvalueerd of de ingezette instrumenten hebben geleid tot het bereiken van de doelen (<u>doeltreffendheid</u>) en of dat efficiënte wijze is gebeurd (<u>doelmatigheid</u>)?</p> <p><i>Licht toe hoe de evaluatie eruit komt te zien. Denk daarbij aan:</i></p> <p><i>Wanneer wordt er gemeten (nulmeting, tussentijds en/of eindmeting)?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Hoe wordt er gemeten? (welke evaluatie-/onderzoeksmethode(n) worden gebruikt?) In hoeverre is het mogelijk om iets te zeggen over causaliteit (inzet van instrument x leidt tot uitkomst y)? Hou daarbij ook rekening met andere instrumenten of externe factoren die invloed kunnen hebben op het resultaat.</i></li> </ul>
<p><i>Toelichting:</i></p>

## 1. Flexibel opschaalbare zorg (deel c. Rode Kruis)

### 1. Doel

<p><b>1.1 Wat is het probleem dat wordt beoogd om op te lossen?</b></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De coronacrisis heeft laten zien dat het gebrek aan zorgpersoneel één van de grootste uitdagingen ten tijde van een (pandemische) crisis is. Ondersteuning van niet-medisch en medisch geschoolde vrijwilligers tijdens een crisis is dan van grote toegevoegde waarde voor en in de zorg. Bekostiging van dergelijke activiteiten is nodig om ook voor een volgende (pandemische) crisis paraat te zijn en zorg en hulp te kunnen continueren bij een extreme zorgvraag.</li> </ul>
<p><b>1.2 Welk doel wordt nagestreefd met het beoogde voorstel?</b></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beoogd wordt activiteiten te bekostigen die bijdragen aan een goed georganiseerde basisinfrastructuur voor de inzet van vrijwilligers in het zorgstelsel ten tijde van (pandemische) crises. Met behulp van een dergelijke basisinfrastructuur kan snel hulp geboden worden, zodra dat nodig is. En dankzij de getrainde en opgeleide vrijwilligers kan het beschikbare zorgpersoneel waar mogelijk worden ontlast en kunnen zorg en maatschappelijke ondersteuning (langer) beschikbaar blijven.</li> <li></li> <li>De inzet van vrijwilligers (met of zonder zorgachtergrond) is daarnaast een belangrijk onderdeel van de escalatieladder van de Nationale Zorgreserve. Het goed inbedden en organiseren van deze 'trede' in de escalatieladder kan ervoor zorgen dat de inzet van de Nationale Zorgreserve minder vaak noodzakelijk is (last resort). Daarnaast kunnen de beschikbare vrijwilligers ook ter aanvulling en ondersteuning van de inzet van mensen mét een zorgachtergrond binnen de Nationale Zorgreserve opereren (indien die worden ingezet). Met behulp van de vrijwilligers kunnen daarmee de zorgprofessionals uit de Nationale Zorgreserve efficiënt en gericht hun zorgtaken uitvoeren.</li> <li></li> </ul>
<p><b>1.3 Wat zijn de beoogde resultaten (SMART) (in termen van beoogde prestaties en effecten)?</b>  <i>Dit is waar het beleidsinstrument op is gericht en waar je dus op kan sturen. Licht zo concreet mogelijk toe welk resultaat wanneer bereikt moet zijn.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>Een solide basis van infrastructuur, kennis en vaardigheden (inclusief personeel/vrijwilligers) om snel en efficiënt te kunnen opereren tijdens een crisis, pandemie of zorginfarct. Gestuurd wordt onder meer op prestaties en effecten met betrekking tot het werven, opleiden, trainen en behouden van vrijwilligers. Door een investering in een solide basis kan de focus tijdens een crisis gelegd worden op (onmiddellijke) opschaling in plaats van inventarisering of kennismaking met de hulpverleningsmogelijkheden. Er kunnen snel extra beroepskrachten/vrijwilligers ingezet worden.</p>

8.

### 2. Financiële gevolgen

<p><b>2.1 Wat zijn de financiële gevolgen van het voorstel? Vul de totale meerjarige reeks in de tabel voor de totale kosten, inclusief mogelijke apparaatskosten en/of uitvoeringskosten. Is een deel van de reeks al toegekend in een eerder bestedingsplan? Welk deel wordt nieuw aangevraagd voor toekenning in dit bestedingsplan en welk deel resteert op de AP?</b></p> <p><i>NB: Indien in 2026 nog niet het structurele bedrag is bereikt, geef dan onder de tabel aan in welk jaar de reeks structureel is.</i></p>																		
<p>9.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>x mln</th> <th>2023</th> <th>2024</th> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>Struc.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Voorstel voor toekenning</td> <td>2 miljoen</td> <td>2 miljoen</td> <td>2 miljoen</td> <td>2 miljoen</td> <td>4 miljoen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	x mln	2023	2024	2025	2026	Struc.	Voorstel voor toekenning	2 miljoen	2 miljoen	2 miljoen	2 miljoen	4 miljoen						
x mln	2023	2024	2025	2026	Struc.													
Voorstel voor toekenning	2 miljoen	2 miljoen	2 miljoen	2 miljoen	4 miljoen													
<p><b>2.2. Hoe ziet de specifieke besteding van de middelen eruit?</b>  <i>Ga daarbij ook in op de p (prijs) en de q (aantal). Rond af op miljoenen. Voeg een excel toe waarin een aansluiting zit tussen 2.2 en 2.1, en eventuele detailinformatie.</i></p>																		

- **Toelichting:**

De claim betreft een bedrag van €2 miljoen voor 2023 (Q3 en Q4) en vervolgens in 2024, 2025 en 2026 een bedrag van €2 miljoen waarvoor buiten de PP envelop dekking wordt gezocht om tot het benodigde jaarlijkse bedrag van €4 miljoen te komen voor het inrichten en in stand houden van een basis infrastructuur, gericht op pandemische paraatheid. Dit jaarlijkse bedrag is eveneens het structurele bedrag vanaf 2027. De beoogde bekostiging ziet niet op financiering van daadwerkelijke opschaling, maar uitsluitend op het klaar staan om te kunnen opschalen bij een pandemie. Alleen feitelijke activiteiten gerelateerd aan een infrastructuur, oefenactiviteiten, opleidingen etc. worden hiermee geregeld.

We denken hierbij aan o.a.:

- Een beroepsteam met specialistische kennis over hulpverlening (onder andere medisch, psychosociaal, publieksvoorlichting en crisiscoördinatie);
- Beroepskrachten die zich richten op werven, boeien en binden van verschillende typen vrijwilligers;
- Beroepskrachten die zich richten op bevoegd en bekwaam houden van verschillende typen vrijwilligers;
- Ondersteunende afdelingen om bovenstaande punten mogelijk te maken.

- 

Omschrijving	Aantal FTE	Personeel	Overige kosten	Totale kosten
FTE Coördinatie vrijwilligers en beroepskrachten				
FTE Werving vrijwilligers				
Campagnekosten				
FTE Organisatie opleidingen en trainingen				
FTE Collegiale opvang (nazorg vrijwilligers en beroepskrachten)				
Out of pocket (nazorg vrijwilligers en beroepskrachten)				
FTE Medische dienst				
Out of pocket medische dienst				
FTE Logistiek voorraadbeheer middelen & materialen			5.1.2b	
FTE Frontoffice en meldkamer bereikbaarheid en kwaliteitsbewaking				
FTE Adviseur monitoring en evaluatie				
FTE Relatiemanagement				
FTE Informatiemanagement				
Licenties en ICT-systemen				
FTE Kwaliteitsmedewerker				
0,4 FTE per coördinator hulpverlening (1 per veiligheidsregio)				
FTE productmanager basislevensbehoeften				
Overhead personeel: 25.000 euro per FTE per jaar				
<b>Totaal</b>	<b>32</b>	<b>3.200.000</b>	<b>480.000</b>	<b>3.680.000</b>

-

10.

### 3. Beleidsinstrumentarium

<p>3.1 Wat is het (gekozen) <u>beleidsinstrumentarium</u>? <i>Licht toe welk(e) beleidsinstrument(en) <sup>2</sup> gekozen zijn en wat deze concreet inhouden. Denk bijvoorbeeld aan een subsidieregeling; een nieuwe wet of een publiekscampagne.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>Subsidie</p>
<p>3.2 Hoe vindt de <u>uitvoering</u> plaats?</p> <p><i>Licht kort toe welke partijen betrokken zijn en hoe hun betrokkenheid eruit ziet, zowel financieel als niet-financieel. Leg ook uit wat de belangrijkste risico's voor de uitvoering zijn.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beoogd ontvanger van de subsidie en uitvoerder van de subsidiabele activiteiten is het Nederlandse Rode Kruis. VWS is de subsidieverstrekker.</li> <li>•</li> </ul>
<p>3.3 <u>Doeltreffendheid</u>: licht toe op welke wijze de inzet van deze beleidsinstrumenten (vraag 3.1) leidt tot de resultaten en doelen 1.2 en 1.3?<sup>3</sup> (beleidstheorie)</p> <p><i>Baseer je bijvoorbeeld op wetenschappelijke literatuur, evaluaties of experts, etc. Benoem ook eventuele externe factoren of neveneffecten die kunnen bijdragen aan het wel of niet bereiken van de doelen/resultaten.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NRK heeft tijdens de recente pandemie bewezen - door o.a. hun brede ondersteuning van niet-medisch en medisch geschoolde vrijwilligers en personeel - van grote toegevoegde waarde in de zorg te zijn en bij te kunnen dragen aan de zorgcontinuïteit tijdens crises. Het NRK heeft naast veel kennis ook een groot netwerk opgebouwd tijdens de afgelopen crisis. Het is van grote waarde voor de Nederlandse pandemische paraatheid om deze goed in de samenleving ingebedde crisisinfrastructuur te bestendigen en in stand te houden.</li> <li>•</li> </ul>
<p>3.4 Doelmatig<sup>4</sup> bereiken van de doelen/resultaten: licht toe waarom de gekozen beleidsinstrumenten (vraag 3.1) het meest efficiënt zijn voor het behalen van de resultaten en doelen (vraag 1.2 en 1.3). Indien van toepassing: geef aan of de reeks samenhangt met een ombuiging uit het coalitieakkoord en beargumenteer hoe de intensivering bijdraagt aan lagere zorguitgaven.</p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>Een investering in de maatschappelijke crisisinfrastructuur, waarvan het NRK een onderdeel is, kan ondersteunend zijn aan meerdere VWS dossiers.</p> <p>Daarnaast heeft het NRK tijdens de Covidcrisis met getrainde en opgeleide vrijwilligers het beschikbare zorgpersoneel waar mogelijk ontlast, waarmee zorg en maatschappelijke ondersteuning (langer) beschikbaar kon blijven. De wijze van werken, een professionele crisisorganisatie die grote aantallen vrijwilligers opleidt en breed inzet, is effectief en doelmatig. Een groot voordeel is dat het NRK deze kennis en capaciteiten al heeft opgebouwd. De subsidie wordt ingezet voor het borgen van deze capaciteit en kennis, in plaats van dat het nog opgebouwd moet worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In 2023 zal verder vanuit PDCZ een proces worden doorlopen waarin wordt uitgesorteerd voor welke taken VWS het NRK langjarig een infrastructuur wil laten verzorgen. Daarbij is kosteneffectiviteit een belangrijke overweging, de inzet van vrijwilligers die worden aangestuurd door een professionele organisatie bleek eerder ook doeltreffend. Uit ook punt van doelmatigheid en doeltreffendheid is het noodzakelijk om de taken en rollen van het NRK breder binnen het Rijk te bespreken, aangezien het NRK ook andere departementen als opdrachtgever heeft.</li> </ul>

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

#### 4. Monitoring & Evaluatie

<p>4.1 Hoe ziet de monitoring eruit?</p> <p><i>Bij voorkeur worden hiervoor meetbare indicatoren gebruikt, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van andere cijfers, statistieken of kerncijfers. Als kwantitatieve (meetbare/concrete) gegevens niet mogelijk zijn, kies dan voor kwalitatieve informatie op basis waarvan je doelbereik kunt vaststellen.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i></p> <p>Voor de monitoring en evaluatie zullen de gebruikelijke voorwaarden voor een subsidieverzoek van toepassing zijn. Dit zijn strenge criteria. Daarnaast zal dit instrument ook mee worden genomen in de bredere evaluatie van de Nationale Zorgreserve (indien die is ingezet). Deze basis infrastructuur is immers een trede van de escalatieladder voor de NZR.</p>
<p>4.2 Op welke manier wordt geëvalueerd of de ingezette instrumenten hebben geleid tot het bereiken van de doelen (doeltreffendheid) en of dat efficiënte wijze is gebeurd (doelmatigheid)?</p> <p><i>Licht toe hoe de evaluatie eruit komt te zien. Denk daarbij aan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Wanneer wordt er gemeten (nulmeting, tussentijds en/of eindmeting)?</i></li> <li>- <i>Hoe wordt er gemeten? (welke evaluatie-/onderzoeksmethode(n) worden gebruikt?) In hoeverre is het mogelijk om iets te zeggen over causaliteit (inzet van instrument x leidt tot uitkomst y)? Hou daarbij ook rekening met andere instrumenten of externe factoren die invloed kunnen hebben op het resultaat.</i></li> </ul>
<p><i>Toelichting:</i></p> <p>Voor de monitoring en evaluatie zullen de gebruikelijke voorwaarden voor een subsidieverzoek van toepassing zijn. Dit zijn strenge criteria. Daarnaast zal dit instrument ook mee worden genomen in de bredere monitoring en evaluatie van de Nationale Zorgreserve (ook wanneer die is ingezet). Deze basis infrastructuur is immers een trede van de escalatieladder voor de NZR.</p>

## 2. Extra vervoersmogelijkheden

### 1. Doel

<p><b>1.1 Wat is het probleem dat wordt beoogd om op te lossen?</b></p> <p><b>Toelichting:</b>  Wanneer tijdens een pandemie meer patiënten dan normaal moeten worden opgenomen en de druk op de zorg toeneemt, moet worden gestreefd naar gelijke verdeling van die druk over Nederland, zodat er een gelijke toegankelijkheid tot zorg blijft. Om deze gelijke verdeling te realiseren, is spreiding van patiënten nodig, waarvoor weer vervoer nodig is. Vanuit ervaring uit de COVID-periode weten we dat de reguliere ambulance- en MICU-zorg niet is ingericht om langdurig, frequent en over lange afstanden dit vervoer te organiseren en dat er nauwelijks reservecapaciteit is in medische vervoersmiddelen, waardoor niet op korte termijn kan worden opgeschaald.</p> <p>Om opschaling van zorg en spreiding van patiënten ten tijde van een crisis ook in de praktijk uit te kunnen voeren, is het beschikbaar hebben van voldoende vervoersmogelijkheden (zowel het vervoersmiddel als geschikt personeel) essentieel. Zonder die mogelijkheden is spreiding en opschaling nagenoeg onmogelijk zonder dat het ten koste gaat van de reguliere zorg en gezondheidsschade veroorzaakt: dit is exact de essentie van Pandemische Paraatheid en één van de belangrijkste lessen uit de Covid-periode.</p>
<p><b>1.2 Welk doel wordt nagestreefd met het beoogde voorstel?</b></p> <p><b>Toelichting:</b>  -Het realiseren van voldoende reservecapaciteit voor medisch vervoer, om het mogelijk te maken om snel op te schalen tijdens een pandemie wanneer spreiding noodzakelijk is tijdens een pandemie en daarmee de zorg voor iedereen in Nederland zo toegankelijk mogelijk te houden, met zo min mogelijk afschaling en risico op gezondheidsschade.  -De gehanteerde aantallen<sup>1</sup> voor de benodigde extra capaciteit zijn gebaseerd op het opschalingsplan voor Covid (verdubbeling MICU-capaciteit en een vervoershelikopter). Spreiding en vervoer zijn bij elke pandemie waarbij de ziekenhuisopnames stijgen noodzakelijk, ongeacht de ziekteverwekker.</p>
<p><b>1.3 Wat zijn de beoogde resultaten (SMART) (in termen van beoogde prestaties en effecten)?</b>  Dit is waar het beleidsinstrument op is gericht en waar je dus op kan sturen. Licht zo concreet mogelijk toe welk resultaat wanneer bereikt moet zijn.</p> <p><b>Toelichting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het creëren van een reservecapaciteit aan passende medische vervoersmiddelen en geschoold personeel voor deze medische vervoersmiddelen. Door het creëren van deze tweeledige reservecapaciteit, kan direct worden opgeschaald indien nodig ingeval van crisis.</li> <li>- De reservecapaciteit is vanaf het tweede half jaar van 2024 mogelijk en loopt structureel door. Meetbaar is de aanwezigheid van de vervoersmiddelen en de uitbreiding van geschoold personeel.</li> <li>- Bij inzet van de vervoersmiddelen tijdens een pandemie kan pas gemeten worden welk indirect effect er is: aantal verplaatste patiënten, ritduur MICU, inzet heli langere afstanden, verdeling MICU-inzet, SEH-stops, afschaling reguliere zorg, druk op de zorg.</li> </ul>

### 3.

### 2. Financiële gevolgen

<p><b>2.1 Wat zijn de financiële gevolgen van het voorstel? Vul de totale meerjarige reeks in de tabel voor de totale kosten, inclusief mogelijke apparaatskosten en/of uitvoeringkosten. Is een deel van de reeks al toegekend in een eerder bestedingsplan? Welk deel wordt nieuw aangevraagd voor toekenning in dit bestedingsplan en welk deel resteert op de AP?</b></p> <p>NB: Indien in 2026 nog niet het structurele bedrag is bereikt, geef dan onder de tabel aan in welk jaar de reeks structureel is.</p>
---

<sup>1</sup> De benodigde capaciteit op basis van het opschalingsplan is niet realiseerbaar binnen het door een rekenfout verminderde beschikbare budget, daarom is met 3 i.p.v. 6 MICU's gerekend. Dit is een budgettaire overweging en nadrukkelijk geen inhoudelijke inschatting van de benodigde capaciteit.

4.						
x mln	-	2023-	2024-	2025-	2026	Struc.
Voorstel voor toekenning	-	-	4,5	6,6	-	6,6
-	-	-	-	-	6	6

**Toelichting:**

- Voor de zomer van 2023 levert LNAZ een concreet plan op, op basis van de suggesties vanuit VWS en NZa op het initiële plan. Voordat het LNAZ het plan oplevert kunnen we al aan de slag met het uitwerken van de gewenste instrumentkeuze en bijbehorende financiering, waarna direct na de presentatie van het plan een besluit kan worden genomen (voor het zomerreces van 2023). Na het besluit is ongeveer een jaar nodig om alles formeel te verwerken in wet- en regelgeving en de benodigde operationele voorbereidingen te treffen, waardoor de start van de operatie vanaf 1 juli 2024 realistisch lijkt.

**2.2. Hoe ziet de specifieke besteding van de middelen eruit?**  
 Ga daarbij ook in op de p (prijs) en de q (aantal). Rond af op miljoenen.  
 Voeg een excel toe waarin een aansluiting zit tussen 2.2 en 2.1, en eventuele detailinformatie.

- Toelichting:
- Zoals aangegeven gaan we op basis van het opschalingsplan Covid uit van één vervoershelikopter en verdubbeling van de MICU-capaciteit. Omdat de vervoershelikopter in een niet-crisisfase kan worden ingezet als vervangende MICU voor een regio, kan één van de huidige 7 MICU's al worden gebruikt voor deze reservecapaciteit. Om die reden is uitbreiding van de MICU-capaciteit met 6 voertuigen voldoende voor voldoende pandemische paraatheid. Het beschikbare budget is o.a. door een eerdere rekenfout echter niet voldoende voor uitbreiding met 6 voertuigen, waardoor in onderstaand voorstel o.b.v. het beschikbare gedrag 3 voertuigen zijn opgenomen.
- 
- Vliegend vervoer: 4,4 miljoen euro**
- Vaste jaarlijkse kosten 4,75 miljoen euro: contract ANWB heli + piloot (4,3 miljoen euro), standplaats (300.000 euro), scholing personeel (150.000 euro). Bedragen zijn gebaseerd op verlening beschikbaarheidbijdragen ambulancehelikopter en MMT-heli's.
- De netto kosten van het vliegend vervoer vallen waarschijnlijk lager uit doordat het vervoer in niet-crisisperioden ook voor reguliere inzet gebruikt kan worden (en dus ook bekostigd wordt via reguliere contractering). Jaarlijkse opbrengsten uit reguliere inzet worden geschat op 350.000 euro: aantal MICU-inzetten per centrum is 250 per jaar in de gehele regio. Sommige ritten zijn dusdanig kort dat inzet van een helikopter niet logisch is en rijdend vervoer sneller of praktischer is, maar voor langere afstanden, zeker in een grote regio zoals Noord-Nederland, kan inzet van een helikopter zeker meerwaarde bieden. Er moet nog worden uitgewerkt voor welke ritten de helikopter exact vervangend kan worden ingezet, maar uitgaande van 1 regio waarvan van alle inzetten ongeveer 50% langere afstanden met de heli worden gedaan, zou het te verwachten aantal inzetten 125 zijn. Het aantal inzetten vermenigvuldigd met het tarief MICU vervoer uit Tariefbeschikking regionale ambulancevoorzieningen 2023<sup>2</sup> van de NZa wordt de som: 125 (inzetten) x 2693,87 (tarief inzet MICU) = 336.733,75 euro per jaar (afgerond 350.000 euro).
- 4,75 mln – 350.000 euro = 4,4 mln euro
- 
- Rijdend vervoer: 2,2 miljoen euro**
- De kosten voor een MICU bestaan uit verschillende componenten:
  - De kosten voor het 'hebben' en onderhouden van een MICU: 2 miljoen euro – De jaarlijkse kosten voor het hebben en onderhouden per MICU zijn ongeveer 673.467,50 per jaar: een MICU kost 2693,87 euro per inzet en per MICU-centrum worden gemiddeld 250 inzetten per jaar gedaan. Voor 3 MICU's is dit dus 2 miljoen euro.
  - Aanschaf van 3 trolleys: 110.000 euro - Een MICU heeft lost van het voertuig zelf een speciale trolley nodig, die afwijkt van een reguliere ambulancebrancard en voorwaardelijk is voor MICU-

<sup>2</sup> Volgens de huidige ambulancewetgeving is een ambulancehelikopter niet anders dan een rijdende ambulance – de NZa kent in de reguliere bekostiging daarom geen aparte tarieven voor een helikoptervlucht ten opzichte van een ambulancerit. Omdat deze inzet reguliere MICU-ritte vervangt is het logisch hiermee te rekenen.

vervoer. Deze speciale MICU-trolley kost ongeveer 290.000 euro en wordt over 8 jaar afgeschreven. Kosten per jaar per trolley zijn dus zo'n 36.250 euro, keer 3 MICU's.

- Scholingskosten: Voor het extra opleiden van teams binnen de bestaande MICU-centra is een bedrag van ongeveer 90.000 euro nodig. Het medisch team is gelijkwaardig aan het team voor vliegend vervoer, maar omdat er al 7 MICU-centra zijn is er al meer personeel (reserve)capaciteit beschikbaar, dus hoeven minder mensen opgeleid en de opleiding is ook minder specifiek dan bij vliegend vervoer.
- $2 \text{ mln} + 110.000 \text{ euro} + 90.000 \text{ euro} = 2,2 \text{ mln euro}$
- 
- **NB.** Voor 2024 is de helft van het jaarlijkse bedrag opgenomen in verband met de beoogde startdatum van 1 juli 2024, plus een bedrag van 1,2 miljoen euro voor initiële opleidingen zodat in de eerste helft van 2024 al nieuwe medewerkers opgeleid kunnen worden om de beoogde startdatum van 1 januari 2024 te kunnen realiseren.

5.

### 3. Beleidsinstrumentarium

<p>3.1 Wat is het (gekozen) <u>beleidsinstrumentarium</u>? Licht toe welk(e) beleidsinstrument(en) <sup>2</sup> gekozen zijn en wat deze concreet inhouden. Denk bijvoorbeeld aan een subsidieregeling; een nieuwe wet of een publiekscampagne.</p>
<p>• Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien nodig: vervolgoopdracht of evt. projectsubsidie voor nadere uitwerking scenario's helikopter en MICU door LNAZ (kosten vallen buiten deze claim en kunnen binnen regulier programmabudget opgevangen worden).</li> <li>• Beleidsinstrumentarium voor daadwerkelijke bekostiging extra capaciteit zal worden uitgewerkt obv het plan van LNAZ in nauwe samenwerking met de NZa. Mogelijkheden hiervoor zijn verwerking in het kader ambulancezorg of in een bestaande beschikbaarheidsbijdrage WMG.</li> <li>•</li> </ul>
<p>3.2 Hoe vindt de <u>uitvoering</u> plaats? Licht <u>kort</u> toe welke partijen betrokken zijn en hoe hun betrokkenheid eruit ziet, zowel financieel als niet-financieel. Leg ook uit wat de belangrijkste risico's voor de uitvoering zijn.</p>
<p>Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planvorming: LNAZ levert uiterlijk Q2 2023 een nadere uitwerking van hun plan op, waarbij zowel de benodigde reservecapaciteit voor de helikopter als MICU wordt berekend, inclusief financiële onderbouwing en aanpak, waar nodig samen met betrokken partijen, alsmede een voorstel voor doelmatig inzetten van de reservecapaciteit in reguliere situaties, en welke opbrengsten dit oplevert.</li> <li>- Rijdend vervoer: Huidige MICU-centra zorgen voor aanschaf van extra MICU's en scholing personeel.</li> <li>- Vliegend vervoer: een nog aan te wijzen MICU-centrum, MMT-aanbieder en/of RAV zorgen voor contract ANWB, standplaats en scholing personeel.</li> <li>- Bekostiging: Op basis van het onderzoek van het LNAZ werken VWS en NZa gezamenlijk een passende bekostigingsoptie uit.</li> <li>-</li> </ul>
<p>3.3 Doeltreffendheid: licht toe op welke wijze de inzet van deze beleidsinstrumenten (vraag 3.1) leidt tot de resultaten en doelen 1.2 en 1.3?<sup>3</sup> (beleidstheorie) Baseer je bijvoorbeeld op wetenschappelijke literatuur, evaluaties of experts, etc. Benoem ook eventuele externe factoren of neveneffecten die kunnen bijdragen aan het wel of niet bereiken van de doelen/resultaten.</p>
<p>Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Om afspraken over spreiding en opschaling te maken en spreiding en opschaling te bewerkstelligen als er daadwerkelijk een pandemie is, is het nodig om extra vervoerscapaciteit te creëren.</li> <li>- Het risico van het niet financieren van extra vervoerscapaciteit is dat er ten tijde van een pandemie afspraken zijn over spreiding, die in de praktijk niet uitgevoerd kunnen worden met huidige ambulances zonder concessies te doen op de parate beschikbaarheid van acute inzet.</li> <li>-</li> <li>- Plan LNAZ zal uitsluitend geven over benodigde reservecapaciteit en doelmatige inzet.</li> <li>- Aanschaf MICU-voertuigen en scholing personeel zorgt direct voor reservecapaciteit rijdend vervoer en mogelijkheden tot snelle opschaling indien nodig.</li> <li>- Contract ANWB, standplaats en scholing personeel zorgt direct voor reservecapaciteit vliegend vervoer en mogelijkheden tot snelle opschaling indien nodig.</li> </ul>
<p>3.4 Doelmatig<sup>4</sup> bereiken van de doelen/resultaten: licht toe waarom de gekozen beleidsinstrumenten (vraag 3.1) het meest efficiënt zijn voor het behalen van de resultaten en doelen (vraag 1.2 en 1.3). Indien van toepassing: geef aan of de reeks samenhangt met een ombuiging uit het coalitieakkoord en beargumenteer hoe de intensivering bijdraagt aan lagere zorguitgaven.</p>
<p>Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reservecapaciteit van vervoer in het kader van patiëntenspreiding moet in de voorbereiding op een pandemie beschikbaar zijn. Deze beschikbaarheidscomponent zal op enige wijze gefinancierd moeten worden. Zonder inzet is deze per definitie in zekere zin ondoelmatig.</li> <li>- Daarbij willen we in het kader van doelmatigheid kijken naar manieren waarop de helikopter ook in reguliere situaties kan worden ingezet. In de berekeningen is al rekening gehouden met lagere kosten als gevolg van inzet van de helikopter voor regulier vervoer. Het daadwerkelijke bedrag is afhankelijk van het plan van LNAZ, en de daaropvolgende overleggen met oa NZa en de zorgverzekeraars.</li> </ul>

### 4. Monitoring & Evaluatie

<p>4.1 Hoe ziet de monitoring eruit?</p> <p>Bij voorkeur worden hiervoor meetbare indicatoren gebruikt, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van andere cijfers, statistieken of kerncijfers. Als kwantitatieve (meetbare/concrete) gegevens niet mogelijk zijn, kies dan voor kwalitatieve informatie op basis waarvan je doelbereik kunt vaststellen.</p>
<p>Toelichting:</p> <p>In Q2 2023 moet het plan voor MICU en helikopter zijn opgeleverd, inclusief financiële paragraaf. Monitoring wordt ingericht op basis van dit plan.</p>
<p>4.2 Op welke manier wordt geëvalueerd of de ingezette instrumenten hebben geleid tot het bereiken van de doelen (doeltreffendheid) en of dat efficiënte wijze is gebeurd (doelmatigheid)?</p> <p>Licht toe hoe de evaluatie eruit komt te zien. Denk daarbij aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wanneer wordt er gemeten (nulmeting, tussentijds en/of eindmeting)?</li> <li>- Hoe wordt er gemeten? (welke evaluatie-/onderzoeksmethode(n) worden gebruikt?) In hoeverre is het mogelijk om iets te zeggen over causaliteit (inzet van instrument x leidt tot uitkomst y)? Hou daarbij ook rekening met andere instrumenten of externe factoren die invloed kunnen hebben op het resultaat.</li> </ul>
<p>Toelichting:</p> <p>Ervan uitgaande dat bekostiging plaatsvindt in de vorm van beschikbaarheidsbijdragen: Voor een wijziging van een besluit Beschikbaarheidsbijdrage in werking kan treden, geeft de NZa advies of de beschikbaarheidsbijdrage een juist instrument is, oa door het doen van een marktverstoringstoets. Voor het vaststellen van de benodigde hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage vindt kostenonderzoek plaats, dat periodiek herhaald wordt om te kijken of de bedragen in de beleidsregel nog steeds passend zijn. Verdere wijze van evaluatie nader uit te werken in planvorming.</p>

### 3. Pandemische Paraatheid in de WLz

#### 1. Doel

##### 1.1 Wat is het probleem dat wordt beoogd om op te lossen?

###### *Toelichting:*

Met deze middelen wordt ten eerste mogelijk gemaakt dat de partijen in de WLz volwaardig kunnen functioneren in de ROAZ structuren zodat de totale keten goed betrokken is. Tijdens COVID-19 crisis is gebleken (denk aan de OVW )dat ook de WLz partijen van majeur belang zijn om een crisis aan te kunnen. Tegelijkertijd zijn de instrumenten cq faciliteiten daarvoor niet of slechts beperkt aanwezig.

Ook in het genoemde OVW rapport alsmede in een recente rapportage van de IGJ is naar voren gekomen dat het inzicht van de langdurige zorginstellingen in de mate waarin zij richtlijnen maken en voldoen aan de richtlijnen op het gebied van infectiepreventie beter kunnen en dat zij ondersteuning nodig hebben om wel te gaan voldoen aan deze richtlijnen.

##### 1.2 Welk doel wordt nagestreefd met het beoogde voorstel?

###### *Toelichting:*

Het inrichten van de randvoorwaarden waarmee de partijen in de langdurige zorg volwaardig mee kunnen doen in de ROAZ structuur. Het gaat daarbij om monitoring en surveillance (informatievoorziening/gegevensdeling), inrichting coördinatie structuren langdurige zorg en het mogelijk maken van opleiden, training en oefeningen ter voorbereiding op een crisis.

Daarnaast gaat het erom dat de zorgaanbieders inzicht krijgen in de mate waarin zij voldoen aan de richtlijnen op het gebied van infectiepreventie en waar nodig ondersteuning krijgen bij het gaan voldoen aan deze richtlijnen.

##### 1.3 Wat zijn de beoogde resultaten (SMART) (in termen van beoogde prestaties en effecten)?

*Dit is waar het beleidsinstrument op is gericht en waar je dus op kan sturen. Licht zo concreet mogelijk toe welk resultaat wanneer bereikt moet zijn.*

###### *Toelichting:*

- a. Beschikbaarheid van gegevens over uitbraken, sterfte, herstel en beloop van de ziekte(n) in zowel de gehandicaptenzorg (a) ouderenzorg (b). Hiermee wordt sturing mogelijk, denk aan inzetten van pbm, testcapaciteit, vaccinatie, enz.
- c. De langdurige zorg is formeel aangesloten op de ROAZen maar inbreng kan beter en vraagt om organisatie. De coördinatie en communicatie van en naar de (vele) zorgaanbieders in regio is vaak slechts beperkt aanwezig. Ten behoeve van de ontwikkeling en vormgeving van de benodigde structuren is de aangegeven reeks nodig. Deze post dient in de uitwerking te worden betrokken bij de reeks 'uitbreiding capaciteit' van onderdeel 5 "ROAZ/LNAZ regionale samenwerking" (elders in dit document).
- d. Met de hierna aangegeven reeks wordt het budget uitgebreid voor het opleiden, trainen en oefenen ter voorbereiding op rampen en crises. Het gaat om het mogelijk maken van crisisbeleidsteam-trainingen, oefeningen, scholingen voor crisisfunctionarissen, ondersteuning bij planvorming, etc. Ook de in- en uitstroom van nieuwe zorgverleners en nieuwe ontwikkelingen vragen om training en verwerving van expertise (die er nu niet is) in de langdurige zorg. Aanvullend op de huidige situatie kunnen microbiologen / infectiedeskundigen in langdurige zorg worden ingezet. Hiervoor budget inzetten vergroot de bovendien gelijkwaardigheid van partijen in het ROAZ en verbetert de voorbereiding van de langdurige zorg op rampen. Het ouderenzorgdeel betreft ook de zorgaanbieders die zorg thuis leveren.
- e. Deze reeks betreft de middelen die nodig zijn om zeker te stellen dat de zorginstellingen voldoende inzicht krijgen in waar zij staan met betrekking tot infectiepreventie en de benodigde ondersteuning kunnen krijgen om aan de richtlijnen te gaan voldoen. De noodzaak daarvoor is opgenomen in het OVW rapport en blijkt uit de recente rapportage van de IGJ. Zie ook bericht van de IGJ daaromtrent: link naar IGJ rapport: [Infectiepreventie in gehandicaptenzorg moet Nieuwsbericht | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#). Eens te meer blijkt uit deze recente ra van de IGJ dat sprake is van een zeer hardnekkig probleem waar langdurig aandacht voor zal zijn (die ook financieel mogelijk gemaakt moet worden). De IGJ geeft aan dat de afgelopen jaren er veel was aandacht voor maatregelen tegen corona. De inspectie had verwacht dat er daardoor nu breder aandacht zou zijn voor infectiepreventie in het algemeen. Maar dat valt tegen. De meeste zorgaanbieders staan nog maar aan het begin van het voorkomen van infectieziekten en de verspreiding daarvan. De IGJ geeft aan dat zorgaanbieders voor goede infectiepreventie de juiste randvoorwaarden op orde moet hebben en erop sturen. Ook scholing en controles zijn belangrijk. Zorgverleners moeten elkaar in de dagelijkse praktijk scherp houden. Dit begint evenwel met het inzicht hebben in waar men staat met betrekking tot infectiepreventie. De aangegeven reeks maakt dit mogelijk.
- f.

7.

#### 2. Financiële gevolgen

g. 2.1 Wat zijn de financiële gevolgen van het voorstel? Vul de totale meerjarige reeks in de tabel voor de totale kosten, inclusief mogelijke apparaatskosten en/of uitvoeringkosten. Is een deel van de reeks al toegekend in een eerder bestedingsplan? Welk deel wordt nieuw aangevraagd voor toekenning in dit bestedingsplan en welk deel resteert op de AP?

NB: Indien in 2026 nog niet het structurele bedrag is bereikt, geef dan onder de tabel aan in welk jaar de reeks structureel is.

8.

x mln	k.	2023l.	2024m.	2025n.	2026o.	Struc.
Voorstel voor toekenning	q. 4	r. 11,2	s. 14,1	t. 26,6	u. 26,1	
	w.	x.	y.	z.	aa.	

bb.

x 1 mln	2023	2024	2025	2026	Structureel
a. monitoring en surveillance gehandicaptenzorg	0,5	1,7	1,7	1,7	1,7
b. monitoring en surveillance ouderenzorg			1,9	1,9	1,9
c. inrichting coördinatie structuren langdurige zorg	1	2	3	3	3
d. opleiden, trainen en oefenen ter voorbereiding	2,5	7,5	7,5	7,5	5
e. transparantie en verbetering infectiepreventie				12,5	14,5
<b>totaal</b>	<b>4</b>	<b>11,2</b>	<b>14,1</b>	<b>26,6</b>	<b>26,1</b>

cc.

dd.

2.2. Hoe ziet de specifieke besteding van de middelen eruit?

Ga daarbij ook in op de p (prijs) en de q (aantal). Rond af op miljoenen.

Voeg een excel toe waarin een aansluiting zit tussen 2.2 en 2.1, en eventuele detailinformatie.

Toelichting:

- ii. Ad a. Betreft een subsidie die wordt verstrekt aan het Radboud in samenwerking met de VGN en de NVAVG. Plan bestaat uit enkele onderdelen, zoals ontsluiting van de data, doorontwikkeling van de dataset, analyse van de data, doorlevering aan partijen zoals RIVM, GGDen en ROAZ. Het draagt bij aan een zorgbreed inzicht in ontwikkelingen.
- jj. Ad b. Betreft een subsidie aan de VU, Verenso en Nivel. Plan bestaat uit enkele onderdelen, zoals ontsluiting van de data, doorontwikkeling van de dataset, analyse van de data, doorlevering aan partijen zoals RIVM en GGDen.
- kk. Ad c. Betreft het inrichten van een langdurige zorg coördinatiestructuur per ROAZ regio. Komt neer op voldoende uren per ROAZ om alle zorgaanbieders (ook de vele kleine zorgaanbieders in de langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en GGZ) aangesloten en geïnformeerd te laten zijn. Dit is in de huidige structuur en de huidige middelen onmogelijk.
- ll. Ad d. Het gaat om het mogelijk maken van crisisbeleidsteam-trainingen, oefeningen, scholingen voor crisisfunctionarissen, etc. Hiervoor budget vrijmaken vergroot de gelijkwaardigheid van partijen in het ROAZ en verbetert de voorbereiding van de langdurige zorg op rampen. Het ouderenzorg deel betreft ook de zorgaanbieders die zorg thuis leveren. We sluiten aan bij de huidige structuur. Omdat de langdurige zorg in aantallen zorgaanbieders veel groter is dan de cure is een evenredig budget noodzakelijk. In de langdurige zorg zijn veel meer zorgaanbieders en locaties dan in de curatieve zorg. De bestaande middelen zijn ontoereikend om dit veel grotere aantal zorgaanbieders in staat te stellen het been bij te trekken.
- Ad e. Concreet betekent dit dat wij voorstellen om vanaf 2026 aan de begroting toe te voegen een bedrag van € 5 mln t.b.v. ondersteuningsprogramma's en € 10 mln het voor zorginstellingen transparant maken van waar zij staan met betrekking tot infectiepreventie. Voor dit laatste is dan 20 mln per jaar beschikbaar. Uitgaande van ca 2.300 locaties ouderenzorg en ca 1.000 locaties in de gehandicaptenzorg, is ca. 5.1.2b per locatie. Dit is incl. analyse en rapportage en aggregatie. Zorgaanbieders die slecht scoren op een audit kunnen via het ondersteuningsprogramma geholpen worden om de infectiepreventie op orde te krijgen. Met de aangegeven middelen kunnen ca 250 locaties per jaar ondersteund worden. Blijvende aandacht is essentieel, zo leert de ervaring, en dit bouwt voort op de activiteiten in eerdere jaren

mm.

### 9. 3. Beleidsinstrumentarium

10.

<p>3.1 Wat is het (gekozen) beleidsinstrumentarium? <i>Licht toe welk(e) beleidsinstrument(en)<sup>2</sup> gekozen zijn en wat deze concreet inhouden. Denk bijvoorbeeld aan een subsidieregeling; een nieuwe wet of een publiekscampagne.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>rr. Bij a en b. gaat het om een subsidie.</p> <p>ss. Bij c. gaat het om verstrekken van middelen aan de ROAZen via de reguliere reeds bestaande structuren.</p> <p>tt. Bij d. sluiten we aan op de reguliere structuur die dan van de cure wordt uitgebreid naar ook de care.</p> <p>uu. Bij e. Het in beeld brengen van hoe we de transparantie voor de zorginstellingen in beeld kunnen brengen worden in 2023 opties uitgewerkt. Dat doen we enerzijds doordat de beroepsorganisaties in de langdurige zorg tot normen komen en anderzijds door het uitvoeren van een onderzoek naar de meest effectieve methoden. Beide trajecten leiden voor de zomervakantie tot rapportages.</p> <p>vv. Voor wat betreft de ondersteuning van instellingen bij het wel voldoen aan de richtlijnen gaat het om subsidieverlening.</p>
<p>3.2 Hoe vindt de uitvoering plaats?</p> <p><i>Licht kort toe welke partijen betrokken zijn en hoe hun betrokkenheid eruit ziet, zowel financieel als niet-financieel. Leg ook uit wat de belangrijkste risico's voor de uitvoering zijn.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>a. Radboud voert uit, VGN en NVAVG zijn betrokken.</p> <p>b. VU, Verenso, Nivel voeren uit. Verder zijn ActiZ en ZorgthuisNL betrokken.</p> <p>c en d: aansluiting op de reguliere structuren.</p> <p>e. Verenso, NVAVG, V&amp;VN, VGN, Actiz, Vilans</p> <p>e.</p>
<p>3.3 Doeltreffendheid: licht toe op welke wijze de inzet van deze beleidsinstrumenten (vraag 3.1) leidt tot de resultaten en doelen 1.2 en 1.3?<sup>3</sup> (beleidstheorie)</p> <p><i>Baseer je bijvoorbeeld op wetenschappelijke literatuur, evaluaties of experts, etc. Benoem ook eventuele externe factoren of neveneffecten die kunnen bijdragen aan het wel of niet bereiken van de doelen/resultaten.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>a. De gegevens over COVID-19 en vergelijkbare (infectie)ziekten ontbreekt op dit moment. De gegevens die worden gepresenteerd zijn op z'n best deelwaarnemingen. In de ouderenzorg daarentegen is vanaf het begin van de COVID-19 crisis een gedegen informatievoorziening (zie b). Deze structuur van informatievoorziening is vertaald naar de gehandicaptenzorg. De aangegeven reeks is voor realisatie noodzakelijk.</p> <p>b. Is een traject dat in 2019 is ingezet en tot majeure resultaten heeft geleid. Resultaten zijn: vanaf april 2020 gedegen inzicht in de ontwikkeling van COVID-19 in de verpleeghuizen. Het ging daarbij om aantallen besmettingen, herstel, sterfte, beloop van de ziekte, enz. De financiering daarvan stopt na 2023. Met de aangegeven reeks is structurele inbedding mogelijk.</p> <p>c en d: betreft aansluiten op de reguliere structuren door deze te verbreden van sec de cure naar de care.</p> <p>d. e. Voor wat betreft het mogelijk maken dat zorgaanbieders weten waar zij staan met betrekking tot voldoen aan de richtlijnen op het gebied van infectiepreventie geldt dat in 2023 de mogelijkheden worden uitgewerkt, met name met betrekking tot de doeltreffendheid. Medio 2023 leveren zowel de beroepsorganisaties als Vilans dan rapportages opleveren ten behoeve van structurele inzet van de middelen. Voor wat betreft de ondersteuning van zorgaanbieders om aan de richtlijnen op het gebied van infectiepreventie te gaan voldoen gaat het om voortbouwen op de ervaringen met vergelijkbare programma's.</p>
<p>3.4 Doelmatig<sup>4</sup> bereiken van de doelen/resultaten: licht toe waarom de gekozen beleidsinstrumenten (vraag 3.1) het meest efficiënt zijn voor het behalen van de resultaten en doelen (vraag 1.2 en 1.3). Indien van toepassing: geef aan of de reeks samenhangt met een ombuiging uit het coalitieakkoord en beargumenteer hoe de intensivering bijdraagt aan lagere zorguitgaven.</p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>a. Zie ook 3.3.</p> <p>Met deze betrekkelijk overzichtelijke reeksen kan de pandemische paraatheid langdurige zorg breed worden versterkt, zodat tegemoet gekomen kan worden aan zowel de problemen die zowel door de OW als de IGJ zijn gerapporteerd.</p>

11.

12.

#### 4. Monitoring & Evaluatie

##### 4.1 Hoe ziet de monitoring eruit?

*Bij voorkeur worden hiervoor meetbare indicatoren gebruikt, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van andere cijfers, statistieken of kerncijfers. Als kwantitatieve (meetbare/concrete) gegevens niet mogelijk zijn, kies dan voor kwalitatieve informatie op basis waarvan je doelbereik kunt vaststellen.*

##### *Toelichting:*

- e. a en b: Zijn subsidies, en de subsidievoorwaarden voorzien in monitoring. Daarnaast wordt een passende overlegstructuur met partijen ingericht.
- f. c en d: Er wordt aangesloten op de reguliere structuren.
- g. e: Monitoring en evaluatie is noodzakelijk om het sectorbrede leren en verbeteren mogelijk te maken. Ten behoeve van deze transparantie zullen de zorgaanbieders in het jaarlijkse kwaliteitsverslag aangeven waar zij staan met betrekking tot infectiepreventie. Deze kwaliteitsverslagen zijn openbaar en geven inzicht in waar zowel de individuele instelling als de sector staat.
- h. Voor wat betreft het ondersteunen van zorginstellingen zodat zij aan de richtlijnen op het gebied van infectiepreventie gaan voldoen geldt dat het gaat het om subsidie en daarin is voorzien in monitoring. Daarnaast wordt een passende overlegstructuur ingericht.

##### 4.2 Op welke manier wordt geëvalueerd of de ingezette instrumenten hebben geleid tot het bereiken van de doelen (doeltreffendheid) en of dat efficiënte wijze is gebeurd (doelmatigheid)?

*Licht toe hoe de evaluatie eruit komt te zien. Denk daarbij aan:*

- *Wanneer wordt er gemeten (nulmeting, tussentijds en/of eindmeting)?*
- *Hoe wordt er gemeten? (welke evaluatie-/onderzoeksmethode(n) worden gebruikt?) In hoeverre is het mogelijk om iets te zeggen over causaliteit (inzet van instrument x leidt tot uitkomst y)? Hou daarbij ook rekening met andere instrumenten of externe factoren die invloed kunnen hebben op het resultaat.*

##### *Toelichting:*

- a en b: Zijn subsidies, en de subsidievoorwaarden voorzien in evaluatie. Daarnaast wordt een passende overlegstructuur met partijen ingericht.
- c en d: Er wordt aangesloten op de reguliere structuren.
- e: Monitoring en evaluatie is noodzakelijk om het sectorbrede leren en verbeteren mogelijk te maken. Ten behoeve van deze transparantie zullen de zorgaanbieders in het jaarlijkse kwaliteitsverslag aangeven waar zij staan met betrekking tot infectiepreventie. Deze kwaliteitsverslagen zijn openbaar en geven inzicht in waar zowel de individuele instelling als de sector staat.
- Voor wat betreft het ondersteunen van zorginstellingen zodat zij aan de richtlijnen op het gebied van infectiepreventie gaan voldoen geldt dat het gaat het om subsidie en daarin is voorzien voorwaarden op het gebied van doelmatigheid.
-

## 4. ROAZ/LNAZ regionale samenwerking

### 1. Doel

#### 1.1 Wat is het probleem dat wordt beoogd om op te lossen?

*Toelichting:*

Uitvoering van taken die belegd zijn bij de Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en) zijn meer en groter sinds COVID-19 pandemie en niet meer passend bij de huidige capaciteit binnen de bureaus acute zorgnetwerken. In het ROAZ moeten afspraken gemaakt worden over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg, ook in tijden van crisis. Gegeven de permanent hoge druk op de acute zorg, is het belang van goede afspraken voor tijden van crisis groot. Bij geen financiering hiervoor zullen niet alle taken die voortvloeien uit de AMvB acute zorg in combinatie met de uitbreiding van taken na COVID-19 en uitbreiding van het netwerk, uitgevoerd kunnen worden.

Voor de ROAZ'en en LNAZ worden voor 3 onderdelen binnen regionale samenwerking middelen aangevraagd.

- a. uitbreiding capaciteit; voor het uitvoeren van de wettelijke taken en de taken die sinds de COVID-19 crisis bij de ROAZ'en zijn belegd en uitgevoerd worden door de regionale bureaus acute zorg. De wettelijke taken in relatie tot het uitbreiden van het netwerk sinds de Corona pandemie en de voorbereiding op toekomstige pandemieën en continuïteitsproblemen zorgen voor extra druk op de ROAZ-bureaus. Om te voldoen aan deze taken en werkzaamheden is meer informatie en overleg nodig om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg te borgen, zowel regulier als tijdens bijzondere omstandigheden.
- b.
- c. onderzoek en organisatie regio beelden en -plannen; voor de organisatie en het opstellen van ROAZ-beelden en plannen zijn middelen benodigd om de data te verzamelen en deze om te zetten naar een ROAZ beeld, o.a. om de samenwerking in de keten van acute zorg te optimaliseren om zo goed mogelijk voorbereid te zijn op de vraag in de acute zorg. Het regioplan heeft als doel de grootste knelpunten in de samenwerking en toegankelijkheid van de acute zorg naar voren te brengen, met als doel de zorg te allen tijde toegankelijk te houden, zowel binnen normale omstandigheden als in crisistijd.
- zz.
- d. overname COVID activiteiten continuïteit van zorg: LNAZ en ROAZ'en wordt gevraagd de monitoringsactiviteiten en activiteiten die betrekking hebben op organiseren van continuïteit van zorg, van GGD GHOR Nederland over te nemen. De opdracht die tot april 2023 aan GGD GHOR NL is gegeven wordt niet verlengd. Het betreft concreet de volgende activiteiten:
- e.
  - a. monitoring continuïteit verpleeghuizen, wijkverpleging, gehandicaptenzorg en GGZ
  - b. monitoring van de capaciteit van het aantal landelijk aantal ELV-bedden
  - c. monitoring van beschikbare capaciteit voor patiënten die een zuurstofbehandeling thuis
- f.

#### 1.2 Welk doel wordt nagestreefd met het beoogde voorstel?

*Toelichting:*

- i. De ROAZ-en hebben vanaf de start van de Corona-pandemie hard gewerkt om het netwerk uit te breiden en stevig neer te zetten. De opdrachten waar de ROAZ'en nu voor staan om zowel reguliere acute zorg te borgen, als voorbereiding in het kader van een (nieuwe) pandemie, vraagt om voortzetten en doorontwikkelen van deze netwerksamenwerking. Hiervoor is structureel meer capaciteit nodig. Het LNAZ heeft reeds aangegeven dat de opdrachten uit het IZA en de Beleidsagenda toekomstbestendige Acute Zorg niet passen binnen de huidige financiële regeling. Het onderhouden en verankeren van het netwerk dat tijdens de Corona-pandemie is uitgebreid komt daar nog extra bij, inclusief de bijbehorende taken en de preparatie op (nieuwe) pandemische crises. Risico op het niet structureel financieren van de ROAZ-netwerken en bijbehorende taken zal zorgen voor het niet (kunnen) uitvoeren van de opdrachten die voorliggen aan de ROAZ'en. Daardoor zullen de regio's onvoldoende voorbereid zijn op een volgende pandemie.
  - a. Met de uitbreiding van de capaciteit zijn de bureaus zowel kwantitatief als kwalitatief beter in staat de uitbreiding van taken en de uitbreiding van het netwerk, uit te voeren en te bedienen. Met de uitbreiding van capaciteit van de bureaus acute zorg ontstaat er meer ruimte om intensiever afspraken te maken over voorbereidingen rondom pandemische crises, naast het maken van afspraken over de toegankelijkheid van de (reguliere) acute zorg.
  - b.
  - c. Op basis van de ROAZ-beelden en daarop de ROAZ-plannen worden de transformatieopgaven van iedere regio bepaald. Door te werken aan deze transformatieopgaven wordt beoogd de acute zorg in de regio's zo in te richten dat de zorgvraag opgevangen kan worden en de zorg ook in de toekomst toegankelijk blijft, zowel regulier als in crisissomstandigheden. In de ROAZ-plannen is ruimte om flexibiliteit binnen de afspraken in te richten voor op- en afschalen van

zorg in regionaal verband, mocht dat nodig zijn. Deze activiteiten zijn een cyclisch onderdeel van de ROAZ-overleggen, om te blijven zorgen voor toegankelijkheid van acute zorg in de continue veranderende omgeving van de regio. Daarom zijn structurele middelen nodig en zijn de tijdelijke middelen vanuit de transformatiemiddelen uit het IZA niet toereikend.

- d.
- e. Voortzetting van de activiteiten die GGD GHOR NL tot april 2023 uitvoert in het kader van zorgcontinuïteit en monitoring. Met de bedoeling deze binnen de ROAZ structuren te borgen, zodat er zicht blijft op de continuïteit van de zorg over alle sectoren heen.
- f.

1.3 Wat zijn de beoogde resultaten (SMART) (in termen van beoogde prestaties en effecten)?

*Dit is waar het beleidsinstrument op is gericht en waar je dus op kan sturen. Licht zo concreet mogelijk toe welk resultaat wanneer bereikt moet zijn.*

*Toelichting:*

*ROAZ-en hebben met deze middelen de mogelijkheid om hun netwerken te versterken door implementeren van aanvullende taken, het uitbreiden van het netwerk en preparatie op crises. Denk hierbij aan het maken en onderhouden van afspraken rondom op- en afschalen van zorg tijdens een pandemie. Hiermee zorgen zij ervoor dat in periode(s) van crisis of de voorbereiding daarop, de partijen in de zorg aangehaakt zijn en daar waar nodig afspraken met elkaar gemaakt kunnen worden. Ook kunnen de voorzitters ROAZ vanuit deze voorbereiding/afspraken en overleggen aan de landelijke (crisis) overlegtafel de zaken vanuit hun regio belichten.*

- a. Structurele uitvoering van de taken die in de AMvB acute zorg, de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg en het IZA aan de ROAZ-regio's zijn gegeven en die alle bijdragen aan paraatheid bij langdurige (infectieziekte) crises. Het gaat hier met name om taken rondom afspraken in samenwerking en preparatie en om te zorgen voor het organiseren van een zo volledig mogelijk netwerk waarin afspraken worden gemaakt over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg, ook bij crisis. Wat ook de informatievoorziening van landelijk naar regionaal en vice versa ten goede komt.
- b.
- c. Concreet geformuleerde (transformatie)opgaven per regio ten behoeve van het toegankelijk houden van acute zorg zowel regulier als in bijzondere omstandigheden. Regio's moeten afspraken maken over de opgaven die voorliggen om de acute zorg (ten alle tijden) toegankelijk te houden. Zij maken samenwerkingsafspraken over waar welke zorg, tijdens crisissomstandigheden, geleverd wordt.
- d.
- e. Vanaf april 2023 nemen de ROAZ-regio's de monitoring, overlegstructuren en de daarin behandelde onderwerpen over van GGD GHOR NL in de eigen ROAZ structuur en volgt de overdracht van de informatiestructuren en dashboards in het kader van zorgcontinuïteit. Monitoren van zorgcontinuïteit in de breedte van het zorgveld zorgt voor vroegtijdig signaleren van knelpunten en continuïteitsproblematiek. Dit helpt de onder a en b genoemde onderdelen verder met het 'goede gesprek' in de ROAZ-overleggen.
- f.

13.

## 2. Financiële gevolgen

- g. 2.1 Wat zijn de financiële gevolgen van het voorstel? Vul de totale meerjarige reeks in de tabel voor de totale kosten, inclusief mogelijke apparaatskosten en/of uitvoeringkosten. Is een deel van de reeks al toegekend in een eerder bestedingsplan? Welk deel wordt nieuw aangevraagd voor toekenning in dit bestedingsplan en welk deel resteert op de AP?

*NB: Indien in 2026 nog niet het structurele bedrag is bereikt, geef dan onder de tabel aan in welk jaar de reeks structureel is.*

s.

14.

x mln	u.	2020	2024	2025x.	2026	Struc.
Voorstel voor toekenning	aa.		bb.	cc.	dd.	ee.
a. Uitbreiding capaciteit	b.	0	c. 5	d. 5	e. 5	f. 5
g. Onderzoek en		0	j. 1,5	k. 1,5	l. 1,5	m. 1,5
	i.					

organisatie regio-beelden en plannen						
n. Overname COVID activiteiten continuïteit van zorg	o. 0,9 75	p. 1,3	q. 1,3	r. 1,3	s. 1,3	

t.

**Toelichting:**

Voor onderdeel a is naar schatting eind 2023 al financiering nodig in verband met de start van werving nieuwe medewerkers (schatting circa 1 miljoen euro), hiervoor is incidenteel ruimte binnen de beschikbare middelen voor zorg coördinatie binnen het uitgavenplafond zorg.

Voor onderdeel b is vanaf 1 januari 2023 geld benodigd, hiervoor is al incidenteel geld beschikbaar op de VWS-begroting in 2023. . Voor onderdeel a geldt dat de uitwerking hiervan na het kostenonderzoek in gang wordt gezet.

De NZa verricht een kostenonderzoek naar de beschikbaarheidsbijdrage voor de traumacentra, welke in juni gereed is en uitsluitend zal geven over de kosten van alle onderdelen van dit fiche.

De gehanteerde bedragen voor de onderdelen a en b zijn gebaseerd op informatie van het ROAZ. Het gehanteerde bedrag voor onderdeel c is het bedrag wat GGD GHOR Nederland van VWS op dit moment (voor de duur van de opdracht) op jaarbasis ontvangt voor het uitvoeren van deze activiteiten. Voor het jaar 2023 is het gevraagde bedrag lager, omdat de werkzaamheden door GGD GHOR Nederland in het eerste kwartaal reeds gefinancierd zijn.

2.2. Hoe ziet de specifieke besteding van de middelen eruit?  
Ga daarbij ook in op de p (prijs) en de q (aantal). Rond af op miljoenen.  
Voeg een excel toe waarin een aansluiting zit tussen 2.2 en 2.1, en eventuele detailinformatie.

**Toelichting:**

hh. Ad a - 10 ROAZ regio's, gemiddeld € 5.1.2b per regio per jaar. In totaal gaat het om €5.000.000,- per jaar voor uitbreiding met 5.1.2b gemiddeld per regio, afhankelijk van complexiteitsniveau van de regio, aantal zorgorganisaties en de grootte van de regio) voor uitbreiding formatieplaatsen. De NZa voert hier momenteel een onafhankelijk kostenonderzoek op uit. De resultaten van het kostenonderzoek worden verwacht in juni 2023.

ii.

jj. Ad b - Kosten voor onderzoek en organisatie rondom ROAZ-beelden en plannen met het oog op toekomstbestendige acute zorg die voorbereid is op pandemieën worden geraamd op € 5.1.2b per regio. 10 ROAZ-regio's. In totaal gaat het om € 1.500.000) Deze kosten zijn gebaseerd op een reeds gedaan financieringsverzoek door het LNAZ aan VWS.

kk.

ll. Ad c - Overname van COVID activiteiten van GGD GHOR NL aan LNAZ 2023: € 5.1.2b voor drie kwartalen in 2023. Vanaf 2024 gaat het om structureel 5.1.2b Tot nog toe gefinancierd uit generale (tijdelijke) Covid-middelen?!

n.

### 15.3. Beleidsinstrumentarium

16.

<p>3.1 Wat is het (gekozen) <u>beleidsinstrumentarium</u>? Licht toe welk(e) beleidsinstrument(en)<sup>2</sup> gekozen zijn en wat deze concreet inhouden. Denk bijvoorbeeld aan een subsidieregeling; een nieuwe wet of een publiekscampagne.</p>
<p><i>Toelichting:</i> Activiteiten onder a. en b. en c zullen onder de beschikbaarheidsbijdrage voor de traumacentra komen te vallen.</p>
<p>3.2 Hoe vindt de <u>uitvoering</u> plaats?</p> <p>Licht <u>kort</u> toe welke partijen betrokken zijn en hoe hun betrokkenheid eruit ziet, zowel financieel als niet-financieel. Leg ook uit wat de belangrijkste risico's voor de uitvoering zijn.</p>
<p><i>Toelichting:</i> De ROAZ-bureaus zijn onderdeel van de traumacentra en worden bekostigd uit de beschikbaarheidsbijdrage voor de traumacentra. De traumacentra betalen een lidmaatschapsvergoeding aan het LNAZ voor de ondersteunende en coördinerende taken van het LNAZ.</p>
<p>3.3 <u>Doeltreffendheid</u>: licht toe op welke wijze de inzet van deze beleidsinstrumenten (vraag 3.1) leidt tot de resultaten en doelen 1.2 en 1.3?<sup>3</sup> (beleidstheorie)</p> <p>Baseer je bijvoorbeeld op wetenschappelijke literatuur, evaluaties of experts, etc. Benoem ook eventuele externe factoren of neveneffecten die kunnen bijdragen aan het wel of niet bereiken van de doelen/resultaten.</p>
<p>a. <i>Toelichting:</i> b. Tijdens de Covid-pandemie hebben de ROAZ'en vanaf het allereerste begin hun belangrijke rol laten zien bij het opvangen van een crisis in de zorg. Via de ROAZ'en werd zowel de informatievoorziening, als de patiëntenspreiding en samenwerking in de zorg in de regio's georganiseerd. Omdat alle relevante zorgaanbieders in de reguliere situatie al vertegenwoordigd zijn in het ROAZ en het ROAZ als doel heeft om de toegankelijkheid van de acute zorg te borgen, kunnen de bestaande samenwerkingen in het ROAZ in crisistijd goed worden opgeschaald. Het is niet nodig om nieuwe structuren in te richten, waardoor het ROAZ direct effectief kan handelen. Wel is het nodig, zoals ook in het OVV rapport van februari 2022, "aanpak tot september 2020" te lezen is, om de bestaande netwerken uit te breiden en te zorgen voor betere aansluiting van partijen en aansluiting op de crisisstructuur. Zie ook de beleidsagenda pandemische paraatheid.</p>
<p>3.4 Doelmatig<sup>4</sup> bereiken van de doelen/resultaten: licht toe waarom de gekozen beleidsinstrumenten (vraag 3.1) het meest efficiënt zijn voor het behalen van de resultaten en doelen (vraag 1.2 en 1.3). Indien van toepassing: geef aan of de reeks samenhangt met een ombuiging uit het coalitieakkoord en</p>
<p>d. beargumenteer hoe de intensivering bijdraagt aan lagere zorguitgaven.</p>
<p>e. <i>Toelichting:</i> Het beleggen van de taken die nodig zijn voor pandemische paraatheid bij het ROAZ is doelmatig, omdat de taken bij een bestaande organisatie worden belegd en de benodigde samenwerkingsstructuren ook in de reguliere situatie binnen het ROAZ al aanwezig zijn. Opdrachten en doelen volgen onder andere uit het IZA, de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg en de beleidsagenda pandemische paraatheid. Door ROAZ bureaus de mogelijkheid te geven uit te breiden in capaciteit kunnen zij voldoen aan het uitvoeren van de gevraagde opdrachten. Het borgen in een beschikbaarheidsbijdrage is een efficiënte manier om een structurele taak te borgen (in vergelijking met subsidies en opdrachten).</p>

17.

18.

19.

20.

### 4. Monitoring & Evaluatie

<p>h.4.1 Hoe ziet de monitoring eruit?</p> <p>Bij voorkeur worden hiervoor meetbare indicatoren gebruikt, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van andere cijfers, statistieken of kerncijfers. Als kwantitatieve (meetbare/concrete) gegevens niet mogelijk zijn, kies dan voor kwalitatieve informatie op basis waarvan je doelbereik kunt vaststellen.</p>
<p><i>Toelichting:</i> k. Kosten analyse van de NZa op de beschikbaarheidsbijdrage ROAZ'en. De beschikbaarheidsbijdrage wordt periodiek geëvalueerd op kosten, doeltreffendheid en doelmatigheid.</p>

nm. 4.2 Op welke manier wordt geëvalueerd of de ingezette instrumenten hebben geleid tot het bereiken van de doelen (doeltreffendheid) en of dat efficiënte wijze is gebeurd (doelmatigheid)?

n. Licht toe hoe de evaluatie eruit komt te zien. Denk daarbij aan:

- Wanneer wordt er gemeten (nulmeting, tussentijds en/of eindmeting)?
- Hoe wordt er gemeten? (welke evaluatie-/onderzoeksmethode(n) worden gebruikt?) In hoeverre is het mogelijk om iets te zeggen over causaliteit (inzet van instrument  $x$  leidt tot uitkomst  $y$ )? Hou daarbij ook rekening met andere instrumenten of externe factoren die invloed kunnen hebben op het resultaat.

*Toelichting:*

*Via periodieke overleggen en bestuurlijke overleggen van VWS met het LNAZ wordt de uitvoering van de taken in de regio's gemonitord.*

## 5. Doorzettingsmacht en landelijke regie & sturing in de zorg

### 5. Doel

<p>1.1 Wat is het probleem dat wordt beoogd om op te lossen?</p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>Ten tijde van een crisis overstijgen zowel de problemen als ook de oplossingen al snel de mogelijkheden van de individuele zorgorganisaties. Het publieke/maatschappelijke belang voor behoud van (de continuïteit) van het zorgstelsel prevaleert daarbij al snel boven het individuele belang van de zorgorganisatie als ook de patiënt.</p> <p>De Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) heeft in zijn eerste deelrapport over de aanpak van de coronacrisis geconcludeerd dat de vergaande decentralisatie en versnippering van het Nederlandse zorglandschap het complex maakten om eenduidig regie te voeren in een omvangrijke crisis zoals de coronapandemie.</p> <p>De wijze waarop het Nederlandse zorgstelsel is ingericht verhoudt zich daarmee niet goed tot de wijze waarop een crisis (van deze omvang) normaal gesproken wordt aangepakt. Het ontbreken van centrale sturing op cruciale onderdelen in de inhoudelijke crisisaanpak leidde tijdens de coronapandemie tot onduidelijkheid, regionale verschillen in de aanpak en bypasses in de structuur waardoor snel en eenduidig handelen werd bemoeilijkt. VWS moest daardoor tijdens de coronacrisis samen met andere partijen improviseren om de crisis te bestrijden, wat resulteerde in de oprichting van coördinatiestructuren als het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS), het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en de Landelijke coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT).</p> <p>De minister van VWS heeft eerder, gelet op het advies van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) en het expertteam COVID-zorg, aan de Tweede Kamer aangegeven voorbereidingen te treffen om centrale sturing en regie wettelijk te borgen en daarbij de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren. De doelstelling om te komen tot (landelijke) regie en sturing sluit daarnaast aan op het dwarsdoorsnijdende thema regie en sturing zoals benoemd in het programma Pandemische Paraatheid. Met de uitwerking van dit traject worden aan de gesignaleerde knelpunten van zowel de OVV als het expertteam Covid-zorg in de ziekenhuizen aangepakt. Daarnaast wordt invulling gegeven aan de uitvoering van de scenario gerichte voorbereiding zoals gesignaleerd door OVV en eerder benoemd in de beleidsagenda PP.</p>
<p>1.2 Welk doel wordt nagestreefd met het beoogde voorstel?</p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>De doelstelling is tweeledig (1) De uitwerking en implementatie van het wetgevingstraject om te komen tot juridische en financiële kaders/randvoorwaarden voor landelijke regie en sturing inclusief de daarbij behorende (ministeriële) doorzettingsmacht. (2) het realiseren van de landelijke regie en sturing inclusief de invulling van de hiervoor benodigde landelijke regie- en sturingstaken in de zorg. Daarbij wordt uitgegaan van de huidige verkenning over de (juridische) mogelijkheden voor landelijke regie en sturing en doorzettingsmacht. Daarin is eerder geconcludeerd dat, ongeacht de formele positionering een uitvoeringsorganisatie verbonden aan VWS noodzakelijk is om ministeriële doorzettingsmacht goed in te kunnen zetten.</p>
<p>1.3 Wat zijn de beoogde resultaten (SMART) (in termen van beoogde prestaties en effecten)? Dit is waar het beleidsinstrument op is gericht en waar je dus op kan sturen. <i>Licht zo concreet mogelijk toe welk resultaat wanneer bereikt moet zijn.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hoofddoelstellingen</b></li> <li>-</li> <li>- <i>Deeltraject 1 (uitwerking juridische kaders)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. de realisatie van de benodigde aanpassingen in wet- en regelgeving zodanig dat (a) sprake is van doorzettingsmacht tijdens bijzondere omstandigheden met (potentieel) landelijke gevolgen voor de toegankelijkheid of kwaliteit van zorg. (b) betrokken partijen voldoende mandaat en verplichtingen hebben om te aan hun gegeven verantwoordelijkheden naar behoren te kunnen uitvoeren en (c)de daaruit voortvloeiende afspraken zodanig wettelijk zijn geborgd dat handhaving door toezichthouders voldoende mogelijk is</li> <li>b.</li> <li>c.</li> <li>d.</li> <li>e.</li> </ul> </li> </ul>

<p><i>f. Deeltraject 2 (inrichting landelijke regie en sturing)</i></p> <p>g. De inrichting van landelijke regie- en sturingstaken die in de voorbereiding draagt zorg voor een goede voorbereiding/paraatheid van het zorgveld (zowel voor pandemieën als andere potentieel regio-overstijgende crises in de zorg) als ook voor een goede regie en sturing van het zorgveld ten tijde van een crisis (inclusief de advisering van de Minister van VWS over het inzetten van doorzettingsmacht).</p> <p>h. Hieronder valt o.a. (a) De inrichting van de benodigde landelijke data-/informatiepositie voor effectieve regie en sturing (b) De inrichting/doorontwikkeling en uitvoering van landelijke monitoring van de druk op de zorg en ontwikkelingen die van invloed zijn op de mate waarin de zorg kan handelen bij een eventuele bijzondere omstandigheid zoals een pandemie (c) De ontwikkeling het onderhouden voor de benodigde landelijke (uniforme) IV/IT functionaliteiten (ook te gebruiken op regionaal en lokaal niveau) (d) De inrichting en uitvoering van een structurele netwerkfunctie met de (ROAZ-) regio's, landelijke partijen en internationaal (e) De invulling van een goede verbinding tussen de zorgkolom en de veiligheidskolom (o.a. LOCC, KCR2) zowel in samenwerking als informatiepositie (f) De inrichting en uitvoering van een adviesfunctie voor (naderende crises en de eventueel benodigde voorbereiding richting VWS (koud) als ook de advisering het informeren en adviseren van VWS ten tijde van een crisis (warm) (g) De verdere professionalisering van de voorbereiding van crises met mogelijk landelijke gevolgen voor de zorg (zoals pandemieën) zoals ook opgenomen in de beleidsagenda PP. (o.a. scenario-uitwerking, impactanalyses met het veld, stresstest, planvorming, opleiden, trainen en oefeningen)</p> <p>i.</p> <p>j. Invulling van de landelijke regie- en sturingstaken 2025 – Operationeel voor crisisbeheersing inclusief alle benodigde wettelijke kaders 2026 of '27 (Afhankelijk van snelheid deeltraject 1)</p> <p>k. In de periode '25 tot '27 worden (a) het benodigde netwerk gebouwd (b) de benodigde processen ingericht (c) de benodigde IV/IT functionaliteiten verder door ontwikkeld en ingevuld (d) worden samen met partijen de daarvoor benodigde plannen uitgewerkt en (e) de processen met veldpartijen beoefend.</p> <p>l.</p> <p>m.</p> <p>n. <i>Zie voor een toelichting van de fasering <a href="#">bijlage 1</a></i></p> <p>o.</p> <p>p. <i>Zie voor een verdere specificatie van de doelstellingen <a href="#">bijlage 2</a></i></p> <p>q.</p> <p>r.</p>
<p><b>s. Aanvullende opmerkingen</b></p> <p>t.</p> <p>u. Bij de doorlooptijd van beide deeltrajecten is rekening gehouden met de complexiteit van (a) het inrichten van een publieke component in een private (marktgerichte) sector, (b) De nog lopende trajecten rondom zorgcoördinatie, de verbreding van de taken van het LCPS en de RCPS'en, de versterking van de ROAZ-en en andere lopende trajecten, en (c) de zorgvuldigheid die moeten worden betracht om goede verbindingen aan te brengen tussen de zorgkolom en de bredere veiligheidskolom op zowel lokaal, regionaal als landelijk niveau.</p> <p>v.</p> <p>w. Daarnaast is aandacht besteed aan mogelijk overlap van financiering. Zo is al financiering beschikbaar voor het zogenaamd OTO (opleiden, trainen en oefenen) en de monitoring van de druk op de zorg door o.a. het LCPS zoals begroot door CZ. Bij de uitwerking van taken en de hoogte van het budget is daarom voor een aantal taken een beperkt budget opgenomen waarbij alleen sprake is van hetgeen aanvullend nodig is voor landelijke regie en sturing en waarbij sprake is van aansluiting op bestaande financiering en structuren. De verwachting is dat daarmee geen sprake zal zijn van overlappende financiering.</p> <p>x.</p>

## 6. Financiële gevolgen

y. 2.1 Wat zijn de financiële gevolgen van het voorstel? Vul de totale meerjarige reeks in de tabel voor de totale kosten, inclusief mogelijke apparaatskosten en/of uitvoeringkosten. Is een deel van de reeks al toegekend in een eerder bestedingsplan? Welk deel wordt nieuw aangevraagd voor toekenning in dit bestedingsplan en welk deel resteert op de AP?

NB: Indien in 2026 nog niet het structurele bedrag is bereikt, geef dan onder de tabel aan in welk jaar de reeks structureel is.

21.

x mln	dd. 2023	ee. 2024	ff. 2025	gg. 2026	hh. 2027
Spoor 2 intern/implementatie*	jj. 1,670 M	kk. 3,627 M	ll. 1,635 M	mm. 1,399 M	nn. 0,937 M
Spoor 1 inrichting landelijke regie en sturing *	pp.	qq.	rr. 8,143 M	ss. 1,230 M	tt. 1,132 M
<b>a. voorstel voor toekenning</b>	vv. bbb. 1,670 M	ww. ccc. 3,627 M	xx. ddd. 9,778 M	yy. eee. 1,224 M	zz. fff. 1,269 M

g.

h. 2.2. Hoe ziet de specifieke besteding van de middelen eruit?

Ga daarbij ook in op de p (prijs) en de q (aantal). Rond af op miljoenen.

Voeg een excel toe waarin een aansluiting zit tussen 2.2 en 2.1, en eventuele detailinformatie.

kkk.

### III. Spoor 2 (implementatie)

mmm.

nnn.	ooo. 2023	ppp. 2024	qqq. 2025	rrr. 2026	sss. 2027
	0	0	0	2	2
	2	2	2	6	7
	3	4	5		
ttt. FTE	uuu. 13 (opbouwende vanaf j u)	13	7,5	8,5	4,5

	i 2 0 2 3 )	l			
zzz. Percentage inhuur	aaaa. 8 0 %	bbbb. 5 0 %	cccc. 5 0 %	dddd. 5 0 %	eeee. 8 0 %
ffff. Bedrag	gggg. 1 , 0 2 0 M	hhhh. 2. 4 2 7 M	iiii. 1. 2 3 6 M	jjjj. 1. 3 9 2 M	kkkk. 0, 9 3 7 M
lll. Overige kosten (extern onderzoek etc)	mmmm. 0 , 6 5 0 M	nnnn. 1, 2 0 0 M	oooo. 0, 4 0 0 M	pppp.	qqqq.

rrrr.

ssss. Zie voor een algemene toelichting van de FTE's en kosten per onderdeel **Bijlage 3**

tttt.

**uuuu. Spoor 1 (inrichting landelijke regie en sturingstaken)**

vvvv.

www.	xxxx. 2 0 2 5	yyyy. 2 0 2 6	zzzz. 2 0 2 7
aaaa. FTE	bbbb. 4 9	dddd. 4 9	eeee. 4 9
	cccc. ( v a n a f j u l i 2 0 2 5 )		
ffff. Perce ntage inhuur	gggg. 4 0 %	hhhh. 2 0 %	iiii. 2 0 %
jjjj. Bedra g	kkkk. 4 ,	7, 9 5	7. 9

		1 8 M	4 3 M	3 M
ooooo. Overi ge kosten (extern onderzoek, IT etc.)	ppppp. 3 . 7 2 5 M	qqqqq. 3. 2 5 0 M	rrrrr. 3. 3 5 0 M	

sssss.

ttttt. Zie voor een verdere toeschrijving van taken inclusief gerelateerde FTE en kosten [Bijlage 4](#)

uuuuu.

**vvv. Toelichting:**

wwwww. Berekening op basis van:

- toegerekende personeelskosten per deeltaak
- Kosten voor projecten en materiele kosten gekoppeld aan doelstelling en opdrachten
- Daarbij is rekening gehouden met:
  - de salarisschalen op basis van CAO rijk (2022)
  - de benodigde commerciële inhuur gegeven de krapte in de huidige markt vooral voor tijdelijke functies op basis van overleg met de FA (rekenmethode: salarisschaal x2).
  - de overhead op basis van tarieven uit de Handleiding Overheidstarieven (HOT)
  - de benodigde tijdsduur om de verschillende fasen op te starten en de doorlooptijd zoals aangegeven in 1.3
  - De overige kosten zijn geraamd op basis van ervaringen opgedaan tijdens en voorafgaan aan de coronapandemie en de eerdere uitwerking van de LFI.
  -

22.

## 7. Beleidsinstrumentarium

<p>3.1 Wat is het (gekozen) <u>beleidsinstrumentarium</u>? <i>Licht toe welk(e) beleidsinstrument(en) <sup>2</sup> gekozen zijn en wat deze concreet inhouden. Denk bijvoorbeeld aan een subsidieregeling; een nieuwe wet of een publiekscampagne.</i></p> <p><i>Toelichting:</i>  Aanpassing van (naar verwachting) meerdere wet- en regelgeving (waaronder de Wkkgz en de Amvb AZ) met raakvlakken richting o.a. de zorgverzekeringswet, de Mededingingswet en andere wet- en regelgeving in relatie tot het zorgveld.</p> <p>Oprichting van een uitvoeringsorganisatie voor landelijke regie- en sturing in de zorg tijdens bijzondere omstandigheden inclusief de praktische invulling en inbedding binnen het zorgveld.</p>
<p>3.2 Hoe vindt de <u>uitvoering</u> plaats?  <i>Licht kort toe welke partijen betrokken zijn en hoe hun betrokkenheid eruit ziet, zowel financieel als niet-financieel. Leg ook uit wat de belangrijkste risico's voor de uitvoering zijn.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>Aangezien de wijzigingen het gehele zorgveld en de raakvlakken met andere domeinen zoals het bredere veiligheidsdomein zullen raken zijn vele partijen bij de uiteindelijke uitwerking betrokken. Niet gelimiteerd worden vooralsnog de volgende partijen genoemd.</p> <p>Uitvoerend departement  VWS (PDCZ)</p> <p><i>Primair betrokken directies binnen departement</i>  CZ, LZ, WJZ, PZo, Z, FEZ, Concernsturing, PG (relatie GHOR), PP (relatie LFI)</p> <p>Betrokken departementen en overheidsinstanties  J&amp;V  BZK  RIVM/LFI  KCR2/LOCC  IGJ  NZa  Autoriteit Consument en Markt  Autoriteit persoonsgegevens</p> <p>Betrokken partijen landelijk  ZN  LNAZ  LCPS  NVZ  NFU  AZN  InEen  LHV Nederland  GGD GHOR Nederland  De Nederlandse GGZ  Verenso  NVIC  FMS  V&amp;VN  Patiëntenorganisaties  Veiligheidsberaad  Etc.</p> <p>Zie voor een korte toelichting voor de verwachte raakvlakken met de belangrijkste veldpartijen <b>Bijlage 5</b></p>
<p>3.3 <u>Doeltreffendheid</u>: licht toe op welke wijze de inzet van deze beleidsinstrumenten (vraag 3.1) leidt tot de resultaten en doelen 1.2 en 1.3? (beleidstheorie)  <i>Baseer je bijvoorbeeld op wetenschappelijke literatuur, evaluaties of experts, etc. Benoem ook eventuele externe factoren of neveneffecten die kunnen bijdragen aan het wel of niet bereiken van</i></p>

<p><i>de doelen/resultaten.</i></p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>Eerder heeft de Onderzoeksraad voor Veiligheid (corona deel 1) geconcludeerd dat de reguliere situatie in het zorgveld zich kenmerkt door autonomie en eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen, met een overlegcultuur tussen zorgveld en ministerie waarin de sectorale- en beroepsverenigingen een belangrijke vertegenwoordigende functie hebben. Het ministerie noch de koepelorganisaties hebben doorzettingsmacht of andere instrumenten om individuele zorginstellingen te kunnen aansturen. Ook heeft nooit een landelijke voorbereiding plaatsgevonden, waarin het leidinggeven aan de infectieziektebestrijding is geoefend. Het gebrek aan uitwerking, ervaring met en voorbereiding op de leidende rol van het ministerie van VWS leidde tijdens de coronapandemie tot een aantal knelpunten.</p> <p>De gezondheidszorg in Nederland is decentraal georganiseerd, met een hoge mate van autonomie voor zorginstellingen en zorgprofessionals. In tijden van crisis ontbreekt het aan een formele crisisstructuur met coördinatie- en sturingsmogelijkheden om problemen die instellingen, gezondheidssectoren of regionale samenwerkingsverbanden overstijgen snel en adequaat het hoofd te bieden. Hierdoor moest geïmproviseerd worden om dergelijke problemen, zoals de evenredige verspreiding van patiënten over ziekenhuizen en de schaarste aan hulpmiddelen het hoofd te bieden. Omdat het ministerie van VWS zelf niet over de benodigde kennis en expertise beschikte, was het voor een effectieve aanpak sterk afhankelijk van het zorgveld.</p> <p>De vraagstukken tijdens de coronapandemie waren niet op te lossen op het niveau van individuele zorginstellingen of in samenwerkingsverbanden in regio's of in sectoren, waardoor de noodzaak tot instellings- en sector-overstijgende (en dus: landelijke) afspraken en sturing toenam. In de zoektocht van VWS naar manieren om landelijk te kunnen sturen, ontstond al improviserend een variatie in regievormen, wat onduidelijkheid gaf over de verantwoordelijkheden en sturing binnen de gezondheidszorg.</p> <p>Om effectief te kunnen sturen op de gezondheidszorg in een nationale crisis, zijn daarmee andere mechanismen nodig dan in de reguliere situatie. Het gaat enerzijds om het creëren van de mogelijkheid tot centrale sturing en doorzettingsmacht en anderzijds om het inrichten van een landelijke crisisstructuur, zowel binnen het zorgveld als in de verbinding tussen VWS en het zorgveld.</p> <p>Het kabinet heeft hierop aangegeven dat:</p> <p>Bij crises met regio-overstijgende of landelijke gevolgen voor de gezondheid of gezondheidszorg vervult de minister van VWS een belangrijke regisserende rol, naast de coördinerend minister van Justitie en Veiligheid en de voorzitters veiligheidsregio's die verantwoordelijk zijn voor de integrale crisisbeheersing. Om hier invulling aan te geven is een goede inrichting van de regie en sturing in de gezondheidszorg noodzakelijk, met duidelijkheid over taken, rollen en verantwoordelijkheden voor de verschillende partijen in de uitvoering en heldere regie en sturingsmechanismen die bijdragen aan sluitende samenwerkingsketens, met doorzettingsmacht als dat nodig is.</p> <p>Uit de eerste analyse blijkt:</p> <p>Dat voor de inrichting van doorzettingsmacht en landelijke regie en sturing een publiekrechtelijke organisatie onontbeerlijk is om te kunnen spreken van praktische uitvoerbaarheid. Dit is daarmee een voorwaarde om doorzettingsmacht te kunnen realiseren. Het huidige conceptvoorstel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (conceptnota juridische mogelijkheden positionering doorzettingsmacht en landelijke regie en sturing)</li> </ul> <p>3.4 Doelmatig bereiken van de doelen/resultaten: licht toe waarom de gekozen beleidsinstrumenten (vraag 3.1) het meest efficiënt zijn voor het behalen van de resultaten en doelen (vraag 1.2 en 1.3). Indien van toepassing: geef aan of de reeks samenhangt met een ombuiging uit het coalitieakkoord en beargumenteer hoe de intensivering bijdraagt aan lagere zorguitgaven.</p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>Uit de eerdere uitwerking van de juridische mogelijkheden blijkt dat, gegeven de benodigde taken van een landelijke regie en sturingsorganisatie, de inrichting van een publiekrechtelijke organisatie voor de hand ligt.</p> <p>Eerder is zowel de betrokken DG als ook de Minister van VWS meegenomen in dit gedachtenproces. Vaststelling/besluitvorming over de betreffende nota wordt Q1 2023 verwacht.</p>
--

## 8. Monitoring & Evaluatie

<p>4.1 Hoe ziet de monitoring eruit?</p> <p><i>Bij voorkeur worden hiervoor meetbare indicatoren gebruikt, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van andere cijfers, statistieken of kerncijfers. Als kwantitatieve (meetbare/concrete) gegevens niet mogelijk zijn, kies dan voor kwalitatieve informatie op basis waarvan je doelbereik kunt vaststellen.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i> Zie voor algemene doelstelling en daaruit voortvloeiende subdoelstellingen punt 1.3 en bijlage 1</p> <p>Besluitvorming door de Minister VWS over de inrichting van de landelijke regie en sturingstaken staat gepland voor Q1 2023. Na vaststelling en communicatie richting politiek en zorgveld zal, samen met het zorgveld, de verdere criteria worden uitgewerkt alvorens de oprichting/inrichting van de uitvoeringsorganisatie. De uitwerking van de indicatoren maakt daarmee onderdeel uit van het implementatietraject en het inrichtingstraject voor de gewenste uitvoeringsorganisatie.</p>
<p>4.2 Op welke manier wordt geëvalueerd of de ingezette instrumenten hebben geleid tot het bereiken van de doelen (doeltreffendheid) en of dat efficiënte wijze is gebeurd (doelmatigheid)?</p> <p><i>Licht toe hoe de evaluatie eruit komt te zien. Denk daarbij aan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Wanneer wordt er gemeten (nulmeting, tussentijds en/of eindmeting)?</i></li> <li>- <i>Hoe wordt er gemeten? (welke evaluatie-/onderzoeksmethode(n) worden gebruikt?) In hoeverre is het mogelijk om iets te zeggen over causaliteit (inzet van instrument x leidt tot uitkomst y)? Hou daarbij ook rekening met andere instrumenten of externe factoren die invloed kunnen hebben op het resultaat.</i></li> </ul>
<p><i>Toelichting:</i></p> <p>Het einddoel van dit beleidsvoornemen is de operationalisering van een agentschap zoals een uitvoeringsorganisatie. Conform artikel 7 van de Regeling Agentschappen beoordelen de betreffende Minister en de Minister van Financiën gezamenlijk tenminste eens in de vijf jaar de doelmatigheid en doeltreffendheid van het functioneren van een agentschap.</p> <p>Hoe deze evaluatie er precies uit gaat zien is nog niet bekend. Hierbij zal worden geput uit recent gedane beleidsevaluaties van agentschappen en zelfstandige bestuursorganen bij VWS. Hiervoor zal een extern bureau ingeschakeld worden.</p>

## Bijlage 1 – Fasering in hoofdlijnen

### Spoor 1

Ontwerp (2023 – 2024)

Uitwerking inrichting in samenwerking met directies binnen VWS en het zorgveld.

Bouwen/inrichting (2025 - 2026)

Inrichting van de landelijke regie- en sturingstaken op basis van de ontwerpfase

Gebruik (2026 →)

Regie en sturing inzetbaar

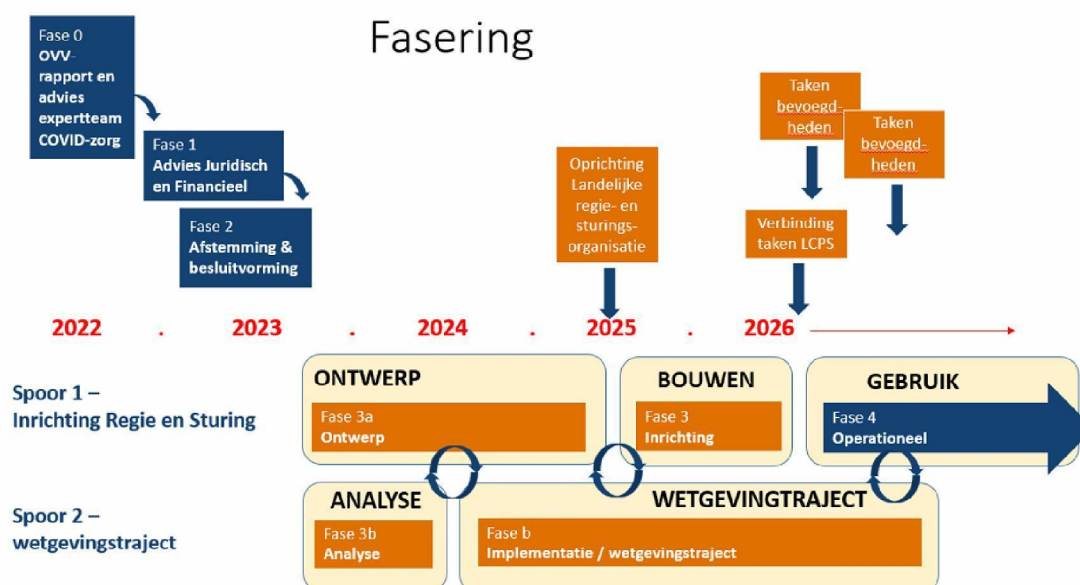
### Spoor 2

Analyse (2024)

Onderzoek impact wet en regelgeving bij invulling doorzettingsmacht en regie en sturing

Wetgevingstraject (2025 – 2027)

Uitvoering wetgevingstraject



**Bijlage 2 - Verdere specificatie doelstellingen:**

- *Deeltraject 1 (uitwerking juridische kaders)*
  - 2023
  - Overkoepelend
    - a. coördinatie algeheel programma
    - b. uitzetten en coördineren onderzoek en uitwerking scenariogerichte uitwerking / stresstest)
    - c. parlementaire zaken
    - d.
    - e. Juridisch
      - a. analyse van de impact van landelijke regie en sturing op wet- en regelgeving en de wijzigingsbenodigdheden
      - b. coördinatie en uitzetten van de benodigde externe onderzoeken
      - c.
      - d. Uitlet/ opbouw organisatie
        - a. uitwerking raakvlakken landelijke regie en sturing met zorg en veiligheidsdomein
        - b. uitwerking taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in het verlengde van landelijke regie en sturing
        - c.
        - d. IV/IT
          - a. start dialoog met zorgveld over benodigde vereisten voor gegevensuitwisseling op landelijke data (zowel in welke data, de hiervoor benodigde standaardisatie als ook uitwisselingsmogelijkheden softwarematig)
          - b.
          - c. 2024
          - d. Overkoepelend
            - a. coördinatie algeheel programma
            - b. uitzetten en coördineren onderzoek en uitwerking scenariogerichte uitwerking / stresstest)
            - c. parlementaire zaken
            - d.
            - e. Juridisch
              - a. start eerste ronde aanpassingswet afhankelijk van resultaten 2023
              - b. uitwerking plan van aanpak vervolg wetgevingstraject op basis van uitkomsten onderzoek
              - c.
              - d. Uitlet/ opbouw organisatie
                - a. uitwerking landelijke kaders voor de inrichting inclusief takenpakket en waar nodig aanpassing inrichtingsvoorstel voor de uitvoeringsorganisatie
                - b. aanleveren tekstvoorstellen aan team juridisch voor aanpassing wetsvoorstellen voor de benodigde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zowel VWS, de uitvoeringsorganisatie als veldpartijen
- c.
  - d. IV/IT
    - a. uitwerking van een landelijk kader voor de benodigde dataset, informatielevering en standaardisatie door het zorgveld
    - b. analyse van de hiervoor benodigde juridische vereisten
    - c. aanleveren van de inhoudelijke teksten voor aanpassing wetgeving aan team juridisch.
    - d.
    - e. 2025
    - f. Overkoepelend
      - a. coördinatie algeheel programma
      - b. uitzetten en coördineren onderzoek en uitwerking scenariogerichte uitwerking / stresstest)
      - c. parlementaire zaken
      - d.
      - e. Juridisch
        - a. Aanpassing van wet- en regelgeving op basis van nog nader te bepalen wetgevingstraject aan de hand van onderzoek in 2023.
        - b.
        - c.
        - d. Uitlet/ opbouw organisatie
          - a. afstemming met de uitvoeringsorganisatie over de te behalen resultaten en verantwoording
          - b. waar op basis van planvorming nog aanpassing van wet- en regelgeving nodig blijken voor in de benodigde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zowel VWS, de uitvoeringsorganisatie als veldpartijen dit aanleveren aan team juridisch
- d. IV/IT
  - a. afstemming met de uitvoeringsorganisatie over de te behalen resultaten en verantwoording
  - b. waar op basis van planvorming nog aanpassing van wet- en regelgeving nodig blijken voor in de benodigde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zowel VWS, de uitvoeringsorganisatie als veldpartijen dit aanleveren aan team juridisch
- c. 2026
- d. Overkoepelend
  - a. coördinatie algeheel programma
  - b. parlementaire zaken
  - c.

- d. Juridisch
- a. Aanpassing van wet- en regelgeving op basis van nog nader te bepalen wetgevingstraject aan de hand van onderzoek in 2023.
- b.
- c.
- d. Uitrol/ opbouw organisatie
- a. afstemming met de uitvoeringsorganisatie over de te behalen resultaten en verantwoording
- b. waar op basis van planvorming nog aanpassing van wet- en regelgeving nodig blijken voor in de benodigde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zowel VWS, de uitvoeringsorganisatie als veldpartijen dit aanleveren aan team juridisch
- c.
- d. IV/IT
- a. afstemming met de uitvoeringsorganisatie over de te behalen resultaten en verantwoording
- b. waar op basis van planvorming nog aanpassing van wet- en regelgeving nodig blijken voor in de benodigde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zowel VWS, de uitvoeringsorganisatie als veldpartijen dit aanleveren aan team juridisch
- c.
- d. 2027
- e. Overkoepelend
- a. inbedding taken in reguliere staande organisatie VWS
- b.
- c. Juridisch
- a. Afronding aanpassing van wet- en regelgeving op basis van nog nader te bepalen wetgevingstraject aan de hand van onderzoek in 2023
- b.
- c. *Deeltraject 2 (inrichting landelijke regie en sturing)*
- d.
- e. 2025
- e. Uitvoering stresstests met zorgveld op basis van voorwerk Deeltraject 1 in 2023 en 2024
- f. Inrichting landelijke regie en sturingsstructuur
- g. Uitwerking landelijke planvorming op basis van voorwerk Deeltraject 1 in 2023 en 2024
- h. Inrichting nationaal en internationaal netwerk en benodigde platforms
- i. Advisering VWS over benodigde aanpassingen in wet- en regelgeving
- j. Uitwerking onderzoeksagenda met het zorgveld
- k. Uitwerking scenario's voor zorgveld en intern
- l. Ontwikkelen van benodigde opleidingen trainingen en oefeningen aan het veld
- m. Ontwikkelen van benodigde opleidingen trainingen en oefeningen voor interne organisatie
- n.
- o. 2026
- p. Advisering VWS over eventuele benodigde aanvullende maatregelen in het kader van pandemische paraatheid op basis van de stresstest (punt a 2025)
- q. Inrichting landelijke regie en sturingsstructuur (inclusief ICT en overige structuren)
- r. Afronding en vaststelling landelijke planvorming op basis van voorwerk Deeltraject 1 in 2023 en 2024
- s. Uitvoering onderzoeksagenda met het zorgveld
- t. Aanbieden van benodigde opleidingen trainingen en oefeningen aan het veld
- u. Uitvoeren van benodigde opleidingen trainingen en oefeningen voor interne organisatie
- v.
- w. 2027
- x. Bestendiging en doorontwikkeling landelijke regie en sturingsstructuur (inclusief ICT en overige structuren)
- y. Eventuele aanpassing planvorming op basis van scenario's en afspraken VWS (punt a 2026)
- z. Aanbieden van benodigde opleidingen trainingen en oefeningen aan het veld
- aa. Uitvoeren van benodigde opleidingen trainingen en oefeningen voor interne organisatie.
- bb. Paraatheid / inzet bij een eventuele crisis (organisatie operationeel op basis van afronding wetgevingstraject (Deeltraject 1)

## Bijlage 3 FTE's en overige kosten Spoor 2

	Functie	Schaal	FTE				
			2023 gewogen	2024	2025	2026	2027
<b>Juridisch</b>	coördinerend	13	5.1.2b				
	adviseur	12					
	adviseur	11					
	adviseur	12					
<b>uitrol / opbouw regie en sturing</b>	coördinerend	13					
	adviseur	12					
	adviseur	11					
	adviseur	12					
	Secretariaat	10					
<b>Overkoepelend programma</b>	kwartiermaker	16					
	MT	14					
	Expert	14					
	projectsecretaris	13					
	Secretariaat	10					
	adviseur	12					
	adviseur	11					
<b>IV/IT / informatie</b>	Expert/coördinerend	13					
	adviseur	12					
	adviseur	11					
<b>Totaal</b>							

## Overige kosten spoor 2

Hoofdtak	2023	2024	2025
<b>Juridisch</b>	€ 250.000,00	€ 400.000,00	€ 400.000,00
	onderzoek juridische gevolgen aanpassing wet en regelgeving (HIS)	Inhuur externe expertise op afroep op aanpassingstrajecten wetgeving (HIS)	Inhuur externe expertise op afroep op aanpassingstrajecten wetgeving (HIS)
<b>uitrol / opbouw regie en sturing</b>	€ 250.000,00	€ 250.000,00	
	Externe ondersteuning uitwerkingstraject met het veld (HIS)	Externe ondersteuning uitwerkingstraject met het veld (HIS)	
<b>Risico- en impactanalyses*</b>	€ 150.000,00	€ 300.000,00	
	Ontwikkeling en uitwerking scenario en impactanalyses met het veld	Ontwikkeling en uitwerking scenario en impactanalyses met het veld	
<b>IV/IT / informatie</b>		€ 250.000,00	
		Externe ondersteuning uitwerkingstraject met het veld (HIS)	
<i>Totaal</i>	€ 650.000,00	€ 1.200.000,00	€ 400.000,00

\* Na inrichting landelijke regie en sturingstaken wordt dit daar ondergebracht/voortgezet

## **Bijlage 4 - Taken en budget Spoor 1 (landelijke Regie- en sturing in de zorg) inclusief FTE en budget**

### Landelijke Regie en Sturing en doorzettingsmacht

Landelijke regie en sturing (en in het verlengde daarvan landelijke doorzettingsmacht) dient bij te dragen aan het zo goed mogelijk op het juiste moment, op de juiste plek, op de juiste manier inzetten van de beschikbare middelen (mensen, materialen en ruimtes) die de zorg tot zijn beschikking heeft om de gevolgen van een bijzondere situatie tot een minimum te beperken. Daarbij rekening houdend met de gevolgen van keuzes voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid de gevolgen voor de betrokken zorgorganisaties (cure en care). Landelijke regie en sturing draagt daarbij bij aan transparante en gelijkwaardige besluitvorming ten tijde van crises en in lijn daarmee de benodigde (politieke) verantwoording.

Alhoewel de basis ligt van de organisatie ligt in de verantwoordelijkheden van de minister kan de nieuwe organisatie niet functioneren zonder een goede relatie en verbinding met het zorgveld. Het zorgveld zal tenslotte nog altijd zelf de zorg moeten leveren. De inzet is daarom om de benodigde taken nadrukkelijk tussen de minister van VWS en de zorgketen te positioneren.

De invulling van een landelijke regie- en sturing dient daarnaast zo min mogelijk verstoring te werken op reguliere organisaties en structuren. Landelijke regie- en sturing is vooral een aanvulling op bestaande structuren en de reguliere invulling van het zorgveld en niet een vervanging.

Een betere voorbereiding op potentieel landelijke crises kan echter wel gevolgen hebben voor de inrichting van het zorgveld en de eisen die daaraan worden gesteld.

Dit kan gebeuren doordat:

- In de voorbereiding landelijke kaders/eisen worden gesteld voor de wijze waarop de zorg is ingericht (denk daarbij aan uniformiteit van taal en werken als ook de hiervoor gebruikte informatiesystemen zodat landelijke samenwerking en opschaling mogelijk is);
- In de voorbereiding (op basis van gemaakte afspraken) eisen worden gesteld aan de te leveren capaciteit in relatie tot de gesignaleerde risico's (denk daarbij aan de beschikbare IC-capaciteit);
- Ten tijde van een crisis in toenemende mate sturing worden gegeven aan de kaders waarin de bestaande partijen dienen te handelen (denk daarbij aan het volgen van veranderende spreidingsafspraken die bepalend zijn voor de inzet van RCPS'en en het LCPS).

De invulling van de zorg blijft ook tijdens een crisis zo lang en zo veel mogelijk bij het zorgveld en de regio's. Pas als de situatie potentieel gevolgen heeft voor de landelijke toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg vindt besluitvorming plaats onder landelijke regie en sturing. Ook dan gebeurt dit echter zo veel mogelijk op basis van (eerder gemaakte) afspraken met het veld.

Door een stevig mandaat en een wettelijke basis draagt de landelijke regie- en sturing in de zorg ten tijde van een crisis bij aan het creëren van de juiste randvoorwaarden. Dit zodat de zorg kan blijven doen waar zij goed in is: Zorg verlenen aan de aan hun toevertrouwde patiënten en cliënten.

### Basistaken van de landelijke regie- en sturingsorganisatie

Om landelijke regie- en sturing mogelijk te maken moeten minimaal de basisvereisten crisisbeheersing<sup>3</sup> worden gerealiseerd, te weten (a) melding & alarmering (b) op- & afschaling (c) leiding & coördinatie en (d) informatiemanagement. Voor landelijke regie- en sturing in dit kader is daar één extra basisvereiste aan toegevoegd: Advisering. Deze vereiste ontstaat doordat wordt gehandeld in het verlengde van de verantwoordelijkheid en (in sommige gevallen) de gewenste aanwijzingsbevoegdheid van de Minister van VWS. Daarmee is een adviserende taak aan de Minister noodzakelijk.

Naast deze randvoorwaardelijke processen voor de crisisbeheersing zijn er nog een aantal deelprocessen te benoemen die logischerwijs voortvloeien uit de taken in het kader van de landelijke regie- en sturing en bijdragen aan een goede positionering in de voorbereiding en ten tijden van een crisis. In de verdere uitwerking zijn er drie benoemd: voorbereiding, ondersteuning en inzet van expertise. Alhoewel deze complementair zijn is vooral de voorbereiding zeker niet van ondergeschikt belang. Zonder een goede voorbereiding is tenslotte een goede crisisbeheersing niet mogelijk. De zeven genoemde processen zijn hieronder in hoofdlijnen toegelicht. Daarbij zijn de verwachte personele inzet (in FTE) en de eventuele overige kosten/budget die daaraan zijn gerelateerd kort weergegeven.

<sup>3</sup> Basisvereisten Crisismanagement; De decentrale normen benoemd, Landelijk Beraad Crisisbeheersing, Nov. 2006

## Leiding en coördinatie

### Doel

Voor landelijke regie en sturing zijn gedegen besluitvormingsprocessen en structuren ingericht om tijdens crises te komen tot effectieve besluitvorming en coördinatie. Dit zodat de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek op de juiste manier kan worden ingezet. Hiervoor wordt, ook in de koude fase, geïnvesteerd in een gedegen netwerk en samenwerking.

### Toelichting

Vanaf het moment dat de gevolgen van een crisis niet meer regionaal (dreigen te) kunnen worden ondervangen en landelijke coördinatie van maatregelen gewenst is de regie op de besluitvorming zijn hiervoor de juiste sturingsmechanismen ingericht.

Daarbij ligt een sterke verbinding met de regionale (ROAZ-)netwerken. Om goed aangesloten te zitten neemt een vertegenwoordiger namens VWS, indien dat nodig wordt geacht, deel aan de ROAZ-overleggen in of meerdere regio's.

Er wordt voor gezorgd dat, indien dat nodig wordt geacht, andere relevante partijen uit worden genodigd. Denk daarbij aan organisatiekoepels zoals NFU, NVZ, Actiz, enz., maar ook meer specialisme gerelateerde partijen zoals NFU, NVIC en Verenso.

Bij de besluitvorming wordt gebruik gemaakt van de in de voorbereiding gemaakte plannen en streeft zo veel mogelijk naar consensus en draagvlak. Indien besluiten nodig zijn die niet aansluiten op bestaande plannen en/of waarvoor mandaat is gegeven en consensus niet mogelijk blijkt of als partijen ondanks afspraken niet doen wat is afgesproken wordt aan de Minister van VWS geadviseerd om te komen tot een besluit of gebruik te maken van doorzettingmacht/ de mogelijkheid tot het geven van aanwijzingen (op basis van nog nader uit te werken wet- en regelgeving). Daarbij maakt de landelijke regie- en sturingsorganisatie gebruik van de beschikbare data en de duiding door de veldpartijen.

Daarbij wordt afgestemd met de toezichthoudende organisaties (IGJ en NZa) die, vanuit hun eigen positie en verantwoordelijkheid toezicht houden op goede en toegankelijke zorg. Daarbij ook gebruik makend van de informatie vanuit de taken vanuit landelijke regie en sturing (zie verder) en de plannen en kaders waarin kwalitatieve en kwantitatieve afspraken zijn gemaakt over het handelen in de voorbereiding en tijdens een crisis.

Personeel					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
FTE	0	0	6	13	13

Overige kosten					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
Post onvoorzien			75.000	100.000	100.000

## Informatiemanagement

### Doel

Een stevige data- en informatie positie is ingericht en signaleert en duidt daarmee (mede door afstemming met het zorgveld) eventuele knelpunten tijdens of in aanloop naar landelijke crises. Op basis hiervan is vroegtijdige afstemming en eventueel benodigde besluitvorming mogelijk.

### Toelichting

Een informatiesysteem specifiek voor bijzondere omstandigheden is zowel niet kosten effectief als werkbaar. Onbekend maakt tenslotte onbemand. En juist tijdens een crisis moet men, ook als de aanloop kort is, snel met een informatiesysteem overweg kunnen. Daarom wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van reguliere informatiesystemen in de zorg.

Tegelijkertijd kunnen wel eisen worden gesteld aan de uniformiteit in taal, de ontsluiting van data en, in sommige gevallen, het gehanteerde systeem. De eerste twee zijn veelal randvoorwaardelijkheid. De laatste situatieafhankelijk.

Met de coronacrisis is al breed ervaring gedaan over de benodigde informatie en eenheid van taal. Ook rondom IT-systemen is met o.a. het Landelijk Portaal Zorgcoördinatie (LPZ) een grote stap gezet. Tegelijkertijd zijn, zo getuigt ook het Integraal Zorgakkoord (IZA), rondom de ontsluiting van data nog vele stappen te zetten.

Samen met veldpartijen wordt de benodigde data en informatie uitgewerkt. Daar waar verbeteringen mogelijk zijn of nog niet alles is gerealiseerd wordt gefaciliteerd en worden kaders gesteld. De benodigde kaders worden, waar nodig, in wet- en regelgeving opgenomen. Daar waar specifieke IT-vereisten aanwezig worden deze ontwikkeld of wordt gezorgd voor ontsluiting.

Om dit voor elkaar te krijgen is een separaat IT-budget beschikbaar waardoor partijen bij de ontwikkeling en realisatie kunnen worden ondersteunen of dit in eigen beheer kan worden uitgevoerd.

Personeel					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
FTE	0	0	4,5	9	9

Overige kosten					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
Inrichting IT (software) systemen voor monitoring zorg inclusief koppelingen met het veld			500.000	500.000	500.000
Inrichting IT-voorzieningen (hardware) controleroom voor crisisbeheersing			1.000.000	500.000	500.000

#### Op- en afschaling

##### Doel

Landelijk zijn heldere kaders gedefinieerd voor de op- en afschaling op landelijk en regionaal niveau (in lijn met andere organisaties zoals de ROAZ'en) als ook de benodigde maatregelen in zowel de zorgorganisatie als zorgkwaliteit.

##### Toelichting

De op- en afschaling van maatregelen ten tijden van een crisis hebben in toenemende mate gevolgen voor zowel de zorgkwaliteit (en daarmee de patiënt/cliënt), zorgorganisatie (en daarmee de zorginstelling) en zorgverzekeraar (betaalbaarheid). Om te komen tot een gebalanceerde respons op een crisis is gedegen planvorming die zo veel mogelijk is gestoeld op (wetenschappelijke) kennis en deskundigheid een vereiste. Het opschalen van alle organisaties betrokken bij de crisisbeheersing dienen hier naadloos op aan te sluiten.

Om dit mogelijk te maken is in de voorbereiding, in samenwerking met veldpartijen (zowel medisch als organisatorisch) gerichte planvorming uitgewerkt. De planvorming is daarbij niet hard maar laat ruimte voor aanpassing aan de situatie. Daarvoor is gewerkt aan scenariogerichte planvorming waarbij rekening is gehouden met de daarin aanwezige onzekerheden (zie ook paragraaf voorbereiding).

De criteria voor op- en afschaling zijn daarbij helder gedefinieerd. Afwijken kan, mits onderbouwd, maar vraagt dan aanvullende besluitvorming (eventueel door de Minister van VWS)

De kosten voor op- en afschaling en melding en alarmering zijn, aangezien dit complementaire taken zijn, samengevoegd onder het volgende punt.

## Melding en Alarmering

## Doel

Landelijk is zicht op op lokale en regionale crises doordat landelijk dekkende afspraken zijn over de melding en alarmering bij grootschalige calamiteiten die de kwaliteit en toegankelijkheid bedreigen. Dit zodat vroegtijdig afstemming mogelijk is en, indien dit niet nodig is, landelijk inzicht ontstaat in de prevalentie van diverse risico's zodat hierop kan worden geanticipeerd.

## Toelichting

Een goede op- en afschaling valt of staat met tijdige en eenduidige melding en alarmering.

In aansluiting op ervaringen opgedaan tijdens de coronacrisis worden landelijk afspraken gemaakt over de wijze waarop partijen gealarmeerd worden bij een (dreigende) crisis (van lokaal/organisatieniveau tot landelijk). Daarbij zijn in de huidige tijd IT-functionaliteiten onontbeerlijk.

De landelijke regie- en sturingsorganisatie uniformeert in samenwerking met veldpartijen zowel de taal als methode van melding en alarmering zodat sprake is van landelijk inzicht. Daar waar verbeteringen mogelijk zijn of nog niet alles is gerealiseerd functioneert de landelijke regie- en sturingsorganisatie als organisator/ facilitator maar worden ook kaders gesteld. De benodigde kaders worden, waar nodig, in wet- en regelgeving opgenomen. Daar waar specifieke IT-vereisten aanwezig zijn worden deze ontwikkelen of wordt gezorgd voor ontsluiting van informatie (budget eerder opgenomen in paragraaf informatiemanagement gezien de samenhang).

Personeel					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
FTE	0	0	1	3	3

Overige kosten					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
Kosten voor beheer en onderhoud van materialen / noodvoorraden en opslag hiervan			100.000	150.000	150.000

## Adviseren (en informeren)

## Doel

Landelijk zijn processen en structuren in plaats om (de Minister van) VWS effectief te informeren en van adviezen te voorzien. Zowel in de voorbereiding als ten tijde van een crisis.

## Toelichting

Landelijke uit in het verlengde van de verantwoordelijkheid en bevoegdheden van (de Minister van) VWS. Centraal hierin staat een goede informatie en adviseringspositie. Zowel om tot goede besluitvorming te komen als ook voor de politieke verantwoording en transparantie. Dit laatste wil niet zeggen dat de landelijke regie- en sturingsorganisatie actief betrokken is bij processen zoals het beantwoorden van Kamervragen. Echter is zij wel verantwoordelijk om hiervoor tijdig en afdoende informatie aan te leveren aan het ministerie.

Personeel					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
FTE	0	0	1	3	3

Bij advisering zijn geen specifieke kosten toegerekend.

#### Complementaire taken

Naast bovenstaande niet inhoudelijke maar randvoorwaardelijke processen zijn een aantal complementaire taken te benoemen. Complementair betekent daarbij niet dat deze niet voorwaardelijk zijn voor een goed functioneren van de landelijke regie- en sturing maar dat ze complementair zijn op de basisvereisten crisisbeheersing. Ze zijn tegelijkertijd randvoorwaardelijk om regie en sturing ten tijde van een crisis goed te kunnen uitvoeren. Dit geldt met name voor de voorbereidingstaak. De sleutel tot goede crisisbeheersing ligt tenslotte in een gedegen voorbereiding. Tegelijkertijd is voorbereiding geel heilige graal. Het voorkomen crisis niet noch zal de planvorming perfect passen op de uiteindelijke crisis.

#### Vorbereiding

##### Doel

Het komen tot goede afspraken, kaders en plannen om als zorgveld in Nederland goed voorbereid te zijn op crisisscenario's waarbij landelijke gevolgen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg mogelijk te verwachten zijn.

##### Toelichting

Met de coronacrisis nog vers in het geheugen maakt de Nederlandse zorg stilzwijgend een transitie door. Daar waar het afgelopen decennium in het adagium stond van 'generieke veerkracht van de zorg' verschuift dit nu naar 'gerichte voorbereiding'. Daarbij is de capaciteit op basis van marktwerking op punten niet meer leidend getuige ook de brede discussie rondom de benodigde IC-capaciteit. Deze ontwikkeling sluit aan op eerdere bewegingen van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) in het kader van *resilience*.

Een gerichte voorbereiding vraagt om:

- inzicht in risico's en de (verwachte) gevolgen voor de zorg op basis van onderbouwde scenario's;
- gerichte afwegingen over de gewenste mate van voorbereiding (kwaliteit en kwantiteit) op basis van de uitkomsten van de risicoanalyses (politieke afweging);
- Afspraken en planvorming om de gestelde doelen te kunnen realiseren. Zowel voor de voorbereiding als ook planvorming voor de crisis zelf;
- Voorbereiding op zowel lokaal/organisatie, regionaal als landelijk niveau door inzet van Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO);
- Een goede verantwoordingscyclus om te toetsen of activiteiten zijn uitgevoerd en of daarmee de gestelde doelen in mate van voorbereiding zijn behaald.

De focus van de landelijke regie- en sturing ligt daarbij op crises met potentieel landelijke (of regio-overstijgende) gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Deelname aan de voorbereiding is daarbij geen vrijblijvendheid. Deelname wordt daarom, waar nodig, in wet- en regelgeving opgenomen. Regio specifieke risico's of risico's op zorgorganisatie niveau liggen nadrukkelijk bij het zorgveld en de ROAZ-regio's zelf. Indien bij risico's geen landelijke gevolgen te verwachten zijn maar dit wel zodanig generiek zijn dat landelijke samenwerking bijdraagt aan de effectiviteit en efficiëntie van de voorbereiding kan dit ook onder begeleiding van de landelijke regie- en sturing plaatsvinden. Dit gebeurt dan echter op verzoek van de ROAZ-regio's.

#### Risicoanalyse

Voor gerichte afwegingen in de voorbereiding en daaropvolgende planvorming is zowel inzicht in de verwachte impact als ook de verwachte mogelijkheid om de benodigde capaciteit te realiseren noodzakelijk. Dit stelt eisen aan de gebruikte methodologie. Daarnaast is uniformiteit in zowel methodologie als taal vereist. Vanuit landelijke sturing en regie wordt hiertoe in samenwerking met het LFI en het RIVM en in afstemming met het zorgveld de benodigde methodologie. Op basis hiervan wordt aan de ROAZ-en gevraagd om de gevolgen voor de zorg regionaal in beeld te brengen. De landelijke regie- en sturingsorganisatie adviseert en ondersteunt regio's met de uitrol en uitvoering van de risicoanalyse met het zorgveld. Deelname is daarbij geen vrijblijvendheid. Anders is landelijk inzicht niet mogelijk.

De scenario analyse is een cyclisch proces dat qua planning bij voorkeur aansluit op de Rijksbrede Risicoanalyse Nationale Veiligheid.

#### Afspraken en planvorming

Een gerichte voorbereiding vraagt om gerichte keuzes. Het afdekken van alle risico's in de zorg is niet mogelijk. Elke maatregel vraagt tenslotte een investering die niet kan worden ingezet voor de reguliere zorg of de bredere maatschappij. Daarmee is de afweging 'wanneer is goed, goed genoeg?' vooral een politieke en maatschappelijke afweging. In welke mate is men bereid om te investeren in de voorbereiding? Vanuit de taak van landelijke regie en sturing wordt VWS, op basis van de uitgevoerde risicoanalyse, geadviseerd over de gewenste/mogelijke investeringen in capaciteit en kwaliteit om beter voorbereid te zijn op een crisis. Dit kunnen zowel generieke voorbereidingen zijn of voorbereidingen op een specifiek scenario. Afhankelijk van de keuzes worden afspraken gemaakt met zorgpartijen en uiteindelijk uitgewerkt in planvorming.

### Voorbereiding

Op basis van landelijke afspraken bereiden de ROAZ-regio's zich voor op landelijke crises. Dit is complementair op de regionale voorbereiding op regionale en/of organisatorische risico's. De landelijke afspraken worden opgenomen in planvorming. Daar waar nodig worden specifieke procesplannen uitgewerkt en de benodigde (wettelijke en financiële) randvoorwaarden gecreëerd. Denk daarbij aan planvorming rondom afschaling of verplaatsing van zorg.

Landelijk wordt over dit proces regie gevoerd over de uitwerking van de benodigde plannen. Dit gebeurt echter nadrukkelijk in samenwerking met het zorgveld. Planvorming is tenslotte alleen effectief als er sprake is van draagvlak en vertrouwen is bij de partijen die de plannen moeten uitvoeren.

De plannen worden ter vaststelling aangeboden aan het ministerie van VWS. Op basis van nog te ontwikkelen juridische kaders hebben de plannen daarmee een verplichtend karakter. De verplichting gaat daarbij zowel over het nakomen van de afgesproken voorbereiding op een crisis als het navolgen van de afspraken ten tijde van een crisis.

### Verantwoording

Tijdens landelijke crisis die een groot deel van het zorgveld raken is solidariteit essentieel. Dat vraagt ook om een gelijke investering in de voorbereiding en het houden aan de gemaakte afspraken tijdens een crisis. Het zorgveld legt hiervoor cyclisch (verantwoording af over de uitgevoerde activiteiten en de mate waarin op deze wijze wordt voldaan aan de gemaakte afspraken. Deze inhoudelijke verantwoording wordt, gezien het verplichtende karakter, ook gedeeld met de IGI vanuit haar toezichhoudende rol. Op basis van de uitkomsten worden afspraken eventueel aangepast of bijgesteld.

Personeel					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
FTE	0	0	6	13	13

Overige kosten					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
OTO/ Geoefendheid			150.000	250.000	350.000
Scenario's / impactanalyses koud*			400.000	100.000	100.000
Planvorming met veld, onderhoud en doorontwikkeling			300.000	300.000	150.000

\* Relatie met stresstest zoals opgenomen in de agenda PP vraagt om een opstart vooruitlopend op inrichting landelijke regie en sturingstaken. Om die reden wordt al in 2023 volgens planning gestart met een HIS-procedure voor het uitzetten van de ontwikkeling en uitvoering van de hiervoor benodigde activiteiten.

### Ondersteuning

#### Doel

Landelijk worden regio's en sectoren in de zorg ondersteund met de voorbereiding op bijzondere omstandigheden. Daarvoor wordt bijgedragen aan de borging van de kwaliteit van de benodigde coördinatie en informatiepositie tijdens crises. Hiervoor wordt personele capaciteit beschikbaar gesteld, worden uniforme OTO-activiteiten aangeboden en, indien gewenst, wordt gefaciliteerd met budget.

#### Toelichting

Sinds 2008 is sprake van landelijke OTO-gelden ter voorbereiding op rampen en crises. Deze zijn primair gericht op zorgorganisaties en de voorbereiding op ROAZ-regioniveau. De ondersteuning vanuit de landelijk is complementair op deze inzet. De focus ligt op de verbinding tussen de landelijke regie- en sturing en de regio's. Voor een goede samenwerking ten tijde van crises wordt opgeleid, getraind en geoefend met de regionale ROAZ-organisaties, landelijke partijen zoals LCPS, het LOCC/KCR2 en internationale partners.

Personeel					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
FTE*	0	0	0	0	0

\* Ondersteuning vindt vanuit expertise plaats. Dit betreft dan ook taken die vanuit functies worden uitgevoerd. Hiervoor zijn dan ook geen separate FTE's begroot.

#### Expertise

##### Doel

Landelijk wordt, in het belang van continue verbetering, gebouwd aan een nationaal en internationaal netwerk. Daarbij worden, in samenwerking met andere landen, onderzoek en oefeningen uitgevoerd. Hiervoor wordt een kenniscentrum ingericht die zowel (a) kennis verzamelt, (b) kennis ontwikkelt als ook (c) kennis verspreidt zodat de zorg beter voorbereid is op bijzondere omstandigheden

#### Toelichting

Crisis zijn, gelukkig, schaars. Tegelijkertijd vraagt een goede voorbereiding om onderbouwde keuzes. Dit vraagt om een goede ontsluiting van kennis en informatie als ook het gericht ontwikkelen hiervan. *Lessons learned* zullen veelal vooral internationaal beschikbaar zijn. Door het verzamelen en ontsluiten van deze kennis kan deze worden toegepast door het zorgveld in Nederland. Bij internationale onderzoeken wordt samen met het zorgveld gekeken of, en hoe, daarop kan worden aangesloten. Landelijk wordt daarbij, indien nodig, een coördinerende en uitvoerende rol opgepakt.

Daarnaast wordt met het zorgveld aan toepassingsgericht onderzoek om de voorbereiding te verbeteren. Hiervoor wordt samen met het zorgveld een onderzoeksagenda opgesteld die aansluit op de plannen ter voorbereiding en de verbeterwensen die daaruit voortvloeien. Landelijk wordt voor zowel het proces dat leidt tot de onderzoeksagenda als de uitvoering van het benodigde onderzoek ondersteuning en budget beschikbaar gesteld.

Personeel					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
FTE	0	0	2	4	4

Overige kosten					
Jaartal	2023	2024	2025	2026	2027→
Onderzoeksbudget toegepast onderzoek in samenwerking met het zorgveld ter verbetering van de (voorbereiding op) crisisbeheersing			200.000	350.000	500.000

#### Caribisch Nederland

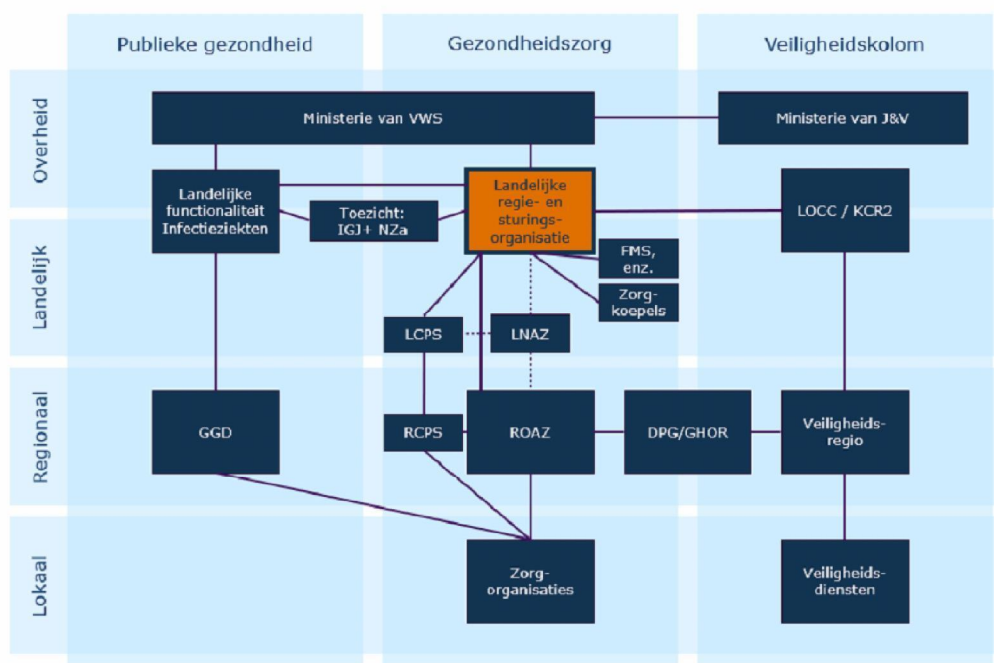
In aanvulling op de reeds aan de specifieke taken toegeschreven budgetten is per 2025 een stelpost opgenomen voor Caribisch Nederland. Deze overlapt de separate aanvraag voor Caribisch Nederland binnen de envelop niet. Deze aanvraag heeft namelijk betrekking op de publieke gezondheid daar waar de stelpost gericht is op de gezondheidszorg. Caribisch Nederland kenmerkt zich door een significant ander zorglandschap. Onduidelijk is nog waar landelijke regie en sturingstaken generiek kunnen worden ingericht en waar maatwerk nodig is. Zowel ivm uitvoering ter plaatse als door andere risico's en omgevingsfactoren. In de komende jaren worden de kosten binnen deze stelpost verder uitgewerkt. Daarbij is de inzet: generiek waar mogelijk, specifiek waar nodig. De stelpost dient daarbij alle taken zoals hiervoor beschreven in het kader van regie en sturing te dekken.

### Bijlage 5 – Positionering en raakvlakken landelijke regie en sturing

#### Positionering in het zorgveld

De taken vanuit landelijke regie en sturing worden binnen huidige invulling nadrukkelijk tussen de minister van VWS en de zorgketen gepositioneerd. Zij staat daarmee in het zorgveld en is verbonden met VWS.

De invulling van een landelijke regie- en sturing dient daarbij zo min mogelijk verstorend te werken op reguliere organisaties en structuren in de zorg. Landelijke regie- en sturing is daarmee vooral een aanvulling op bestaande structuren en niet een vervanging. Een betere voorbereiding op bijzondere omstandigheden met potentieel landelijke gevolgen voor de toegankelijkheid en/of kwaliteit van zorg kunnen echter wel gevolgen hebben voor de inrichting van het zorgveld en de eisen die daaraan worden gesteld. Het adagium is hierbij: Regulier waar mogelijk, bijzonder waar nodig. De taken in het kader van landelijke regie- en sturing creëert vooral, ten tijde van een crisis, de plek waar alle informatie samenkomt (lokaal, regionaal, nationaal en internationaal) en zorgdraagt voor de benodigde afstemming en besluitvorming met het veld en waar nodig de advisering aan (de Minister van) VWS. De relaties met de verschillende organisaties zijn, in grove lijnen, hieronder weergegeven en daarna opeenvolgend kort toegelicht.



Figuur 1 - Positionering Landelijke regie- en sturingsorganisatie in de zorg

De taken vanuit landelijke regie- en sturing die tijdens een crisis worden uitgevoerd zijn in het licht van de coronacrisis niet nieuw (zie ook kader volgende pagina) maar worden vooral samengebracht met een stevig juridisch kader onder verantwoordelijkheid van de Minister van VWS. Het grootste onderscheid zit hem in de koude/voorbereidingsfase. Met de inrichting van de structuur wordt de transitie gemaakt van vertrouwen op reguliere veerkracht naar een effectieve en efficiënte inrichting van de voorbereiding en de mate van veerkracht die daarbij gewenst is (*resilience*). Daarmee kan snel worden opgeschaald en gereageerd op een nieuwe crisis in de zorg waarbij maatregelen zo veel mogelijk zijn gebaseerd op onderbouwde plannen.

#### Raakvlakken andere partijen

Onderstaand is een eerste uitwerking beschreven van de raakvlakken met andere partijen. Dit betreft nadrukkelijk een eerste schets ter illustratie voor toetsing van de Fiche Pandemisch Paraatheid In het kader van de Voorjaarsnota 2023. In het implementatieplan is rekening gehouden met een uitwerking met het veld waarin de taken, relaties en positionering verder worden uitgewerkt.

#### Ministerie van VWS

Met de inrichting van de taken in het verlengde van landelijke regie- en sturing wordt een deel van de taken van VWS binnen de coronapandemie gescheiden van het verzorgen van de juridische en financiële randvoorwaarden en het parlementaire proces. Landelijke regie- en sturing draagt daarbij zorg voor een gedegen invulling vanuit voorbereiding en legt hier tijdig en volledig verantwoording over af aan VWS zodat sprake is van een transparante uitvoering, parlementaire verantwoording en controle.

In de voorbereiding maakt de landelijke regie- en sturingsorganisatie plannen met het veld in voorbereiding op een landelijke crisis. Eventuele keuzes in mate van paraatheid (en de daaruit voortvloeiende investeringen) worden voorgelegd aan VWS en over de behaalde resultaten wordt, mede namens de veldpartijen, verantwoording afgelegd.

#### Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum en het Knooppunt Coördinatie Regio's – Rijk

Daar waar de crisis ook de bredere veiligheidskolom raakt vindt actief afstemming plaats met het Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum (LOCC) indien dit actief is wordt vanuit de landelijke regie en sturing zorg gedragen voor de benodigde informatieverstrekking aan het Knooppunt Coördinatie Regio's – Rijk (KCR2). De benodigde duiding in samenwerking met het zorgveld loopt ook via deze route naar LOCC/KCR2. Dit is naar verwachting gelijk aan de route GGD-LFI voor de publieke gezondheid tijdens grootschalige infectieziekten.

#### Landelijke Functionaliteit Infectieziekten en RIVM

Indien besluitvorming en/of maatregelen uit de gezondheidszorg de publieke gezondheid raken of andersom vindt actief afstemming plaats met de Landelijke Functionaliteit Infectieziekten (LFI). Streven is dan altijd om te komen tot consensus over de wenselijke maatregelen waarbij rekening gehouden wordt met de gevolgen voor zowel de uitbraakbeheersing als de zorgcontinuïteit. Dit geldt bijvoorbeeld bij beperkende maatregelen maar ook bij de inzet van vrijwilligers zoals het Rode Kruis die zowel van meerwaarde zijn bij opschaling van de GGD-en als de zorg in den breedte. Doel is altijd om te komen tot een gezamenlijke afspraak (als dat past binnen de aan beide partijen gegeven taken en bevoegdheden) danwel dat dit leidt tot een gelijkkluidend advies richting de Minister van VWS als dit nodig blijkt. Als blijkt dat consensus niet mogelijk blijkt wordt dit bij de advisering aan VWS meegegeven.

#### Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en)

De landelijke regie- en sturingsorganisatie sluit nadrukkelijk aan op de regionale taken van de ROAZ- en rondom zorgcontinuïteit die, in lijn met eerdere toezeggingen aan de Tweede Kamer, de aankomende periode worden versterkt. Ook andere structuren die nauw verbonden zijn aan het ROAZ zoals de RCPS-LCPS structuur blijven behouden. De ROAZ-regio's sluiten hiervoor aan bij de door de landelijke regie- en sturingsorganisatie georganiseerde besluitvormingsstructuren en vertegenwoordigen hierin de zorgketens in de regio. De wettelijke bevoegdheden van de landelijke regie- en sturingsorganisatie draagt bij aan een stevigere positionering van de ROAZ-en doordat de achterliggende planvorming een wettelijke basis krijgt.

#### **Verschillen met de coronapandemie**

*De meeste taken die vanuit landelijke regie- en sturing zullen worden uitgevoerd zijn eerder tijdens de coronapandemie door een veelheid van organisaties uitgevoerd. Zo lag een deel van de taken intern bij VWS. Daarnaast lag de taak tot het samenbrengen van landelijke partijen en de advisering bij zowel de LNAZ als GGD-GHOR Nederland. Het creëren van een beeld van de zorg lag tot slot bij een veelheid van partijen zoals LNAZ, LCPS, GGD-GHOR Nederland en de NZa.*

#### **Landelijk Netwerk Acute Zorgketen (LNAZ)**

De afgelopen (corona)crisis heeft het LNAZ een belangrijke rol gespeeld bij de verbinding en afstemming met andere partijen als ook de advisering aan het Ministerie van VWS. Dit was, gegeven de situatie en de mate van improvisatie, begrijpelijk en de inzet en resultaten zijn bewonderenswaardig. Met een toekomstig wettelijk kader en doorzettingsmacht door de Minister van VWS wordt hetgeen tijdens de coronacrisis op draagvlak en solidariteit is gedaan meer geborgd. Daarmee kan deze rol niet meer aan één of meerdere veldpartijen worden gelaten<sup>4</sup>. Deze taken schuiven daarmee grotendeels naar de landelijke regie- en sturingsorganisatie. Dat betekent niet dat de LNAZ hierna geen rol meer speelt ten tijde van een crisis als ook de voorbereiding hierop. Zij is ten tijde van een crises tenslotte een centraal aanspreekpunt voor de ROAZ'en. De rol van het LNAZ wordt daarmee vooral zuiverder en sluit aan op de reguliere functie van het LNAZ als vereniging van de traumacentra (met als taak om de ROAZ-en in de regio's te organiseren).

<sup>4</sup> Voorlopige conclusies verkenning juridische mogelijkheden voor landelijke regie en sturing en doorzettingsmacht in de zorg

In de voorbereiding is de verbinding tussen LNAZ en de uitvoering van landelijke regie- en sturing zo mogelijk nog nauwer. Een goede voorbereiding op rampen en crises vraagt tenslotte veel van de zorgpartijen in ROAZ-verband. Daar komen trajecten zoals regionale planvorming maar ook het daaruit voortvloeiende opleiden, trainen en oefenen (OTO) samen. Dit vraagt om verbinding en samenwerking.

#### Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding en het Landelijk Platform Zorgcoördinatie

Eerder heeft VWS gecommuniceerd het Landelijk coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS) en de regionale counterpart de RCPS'en te bestendigen. Het ligt daarbij in de lijn der verwachting dat de uitvoering van de taken van het LCPS en de RCPS'en gekoppeld worden aan die van zorgcoördinatie zoals ook omschreven in het Integraal Zorgakkoord. Voor de positionering van het LCPS en daaruit voortvloeiend het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) dat zowel voor het LCPS als zorgcoördinatie een belangrijke rol vervult of gaat vervullen. Voor de verdere invulling van zorgcoördinatie en de positionering loopt vanuit het veld echter nog een verkenning die in maart 2023 wordt verwacht. Duidelijkheid hierover kan daarom nog niet worden gegeven. Bovenstaande omschrijving van de rol en positie is echter voorlopig als uitgangspunt gehanteerd.

Aangezien patiëntenspreiding (de kerntaak van het LCPS en de RCPS'en) met zorgcoördinatie een meer reguliere taak wordt is in de uitwerking van de landelijke regie- en sturingsorganisatie er voor gekozen deze functie te behouden en het te integreren. Dit maakt vloeiende opschaling mogelijk.

Het LCPS heeft de afgelopen twee jaar een stevige datapositie verworven. Vanuit landelijke regie- en sturing wordt vooral aangesloten op de reeds beschikbare data in plaats van separaat gelijke data te verzamelen om zodoende verschillen te voorkomen. nauw samengewerkt met het LCPS.

Ten tijde van een crisis zullen in toenemende mate de kaders waarbinnen het LCPS en de RCPS'en functioneren vanuit landelijke regie en sturing worden bepaald. Denk daarbij aan de wijze van spreiding en de opschaling van de benodigde zorgcapaciteit.

Daarnaast kunnen vanuit landelijke regie- en sturing eisen worden gesteld aan uniformiteit van taal en data zodat regio overstijgende informatie eenduidig en volledig kan worden verzameld.

Door de achterliggende wet- en regelgeving bij de uitvoering van de taken vanuit landelijke regie- en sturing wordt vooral bijgedragen aan een volledige en tijdige aanlevering van data zodat het LCPS en de RCPS'en hun taken kunnen uitvoeren en de IGJ hier toezicht op kan houden.

#### Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)

In de afgelopen coronacrisis heeft de GHOR een belangrijke rol gespeeld in het kader van de zorgcontinuïteit. Alhoewel dit in de crisisfase van de pandemie goed was dat deze functie werd ingevuld misten de uitgevoerde taken een wettelijke basis. Eerder heeft VWS daarom de wens uitgesproken om de uitgevoerde taken onder te brengen bij reguliere zorgpartijen en is de GHOR gevraagd deze taken te beëindigen. Over de overdracht van de taken vindt op korte termijn overleg plaats.

Daarmee richt de taak van de GHOR (en de DPG in het verlengde van de GHOR taken) zich weer primair op de geneeskundige hulpverlening. Dit vanuit het perspectief van fysieke veiligheid als taak van de Veiligheidsregio's/ het lokaal bestuur. De wettelijke taak van de geneeskundige hulpverlening beperkt zich tot het regionaal niveau. In de uitwerking is daarom uitgegaan van een verbinding tussen GHOR en ROAZ op regionaal niveau. Op landelijk niveau loopt communicatie via het LOCC.

NB. Voor VWS is de ROAZ-regio indeling voor de gezondheidszorg leidend daar waar voor de bredere veiligheidskolom de veiligheidsregio indeling leidend is. Over de samenwerking over de verschillende 'grenzen' heen dienen op regionaal niveau goede afspraken te worden gemaakt.

#### Landelijke koepels zorgpartijen en verenigingen rondom specialismen

Ten tijde van de coronacrisis vonden landelijk meerdere zogenaamde 'ronde tafel' overleggen plaats. Doel hiervan was het verkrijgen van een totaalbeeld en het creëren van draagvlak. De input van landelijke partijen mag niet worden onderschat. Daar waar de ROAZ'en de zorgketens vertegenwoordigen dragen de koepels en verenigingen bij aan de noodzakelijke steun van de achterban. Dit geldt zowel ten tijde van crises als in de toekomstige voorbereiding vanuit de landelijke regie- en sturingsstaken. De koepels en verenigingen worden daarom actief betrokken bij alle fasen van crisisbeheersing. Van risico, tot planvorming als ook de uiteindelijke crisisbeheersing. Zij nemen deel aan overleggen en dragen bij aan de uitwerking van de benodigde plannen en maatregelen.

#### Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De basis van crisisbeheersing dient altijd vertrouwen en solidariteit te zijn. Juist als de spanning oploopt is dit echter een uitdaging. Transparantie en korte lijnen dragen bij aan het vertrouwen maar uiteindelijk is toch toezicht nodig. Dit geldt zowel voor de toegankelijkheid als het behoud van kwaliteit en betaalbaarheid. Landelijke regie- en sturing draagt hieraan bij door actieve afstemming met de NZa en de IGJ. Dit zowel in de voorbereiding als tijdens de crisisbeheersing. Beide partijen worden daarbij

geholpen doordat de afspraken die vanuit landelijke regie- en sturing met zorgpartijen worden gemaakt een juridische status krijgen die toezicht (en ook ingrijpen) mogelijk maakt. Daarnaast hebben de IGJ en NZa een belangrijke rol bij het afkondigen van bepaalde maatregelen. Daarbij valt te denken aan het afschalen van bepaalde zorg (NZa) maar ook het verlagen van de kwaliteit in de zorg (IGJ) en, indien niets anders meer mogelijk blijkt, het adviseren van een af te kondigen Fase 3 (ook wel in de volksmond code zwart geheten) door de Minister van VWS. De taken van beide organisaties blijven daarmee grotendeels ongewijzigd.

#### [Inzet Nationale zorgreserve en Rode Kruis](#)

Indien tijdens een landelijke crisis behoefte is aan inzet van extra 'handen' (zowel medisch geschoold als niet medisch geschoold) ontstaat al snel de vraag of de ondersteuning gerechtvaardigd is en welke (zorg)partij de grootste nood heeft of waar de beschikbare ondersteuning de grootste bijdrage levert. Eenzelfde vraag kan spelen bij de inzet van defensie. Met MEVA is eerder besproken dat hiervoor een landelijke partij gezocht wordt die tot gedegen besluitvorming kan komen over de noodzaak en wijze van inzet van de Nationale Zorgreserve. De landelijke regie- en sturingsorganisatie is hiervoor naar verwachting goed gepositioneerd. Een gelijke conclusie kan naar verwachting worden getrokken voor bijvoorbeeld de inzet van het Rode Kruis.

## 6. Structurele bekostiging inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding LPCS

### 1. Doel

1.1 Wat is het probleem dat wordt beoogd om op te lossen?

*Toelichting:*

Ontbrekend inzicht bij zorgverleners waar capaciteit beschikbaar is voor een patiënt, ontbrekend inzicht in waar het druk is in de acute zorg en waar dat minder het geval is, waardoor regionaal en landelijk geen afspraken kunnen worden gemaakt over het mitigeren van die drukte of, indien nodig over het spreiden van patiënten om de druk te spreiden.

1.2 Welk doel wordt nagestreefd met het beoogde voorstel?

*Toelichting:*

Inzicht in capaciteit en de mogelijkheid om patiënten te spreiden.

1.3 Wat zijn de beoogde resultaten (SMART) (in termen van beoogde prestaties en effecten)?

*Dit is waar het beleidsinstrument op is gericht en waar je dus op kan sturen. Licht zo concreet mogelijk toe welk resultaat wanneer bereikt moet zijn.* Behoud van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) en het op basis daarvan monitoren

*Toelichting:*

Behoud van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) en het op basis daarvan monitoren van de drukte in de zorg, behoud van menskracht om het LPZ te beheren, door te ontwikkelen, aansluiting van zorgaanbieders op LPZ te bevorderen, aanlevering van capaciteitsgegevens bevorderen, analyseren van die gegevens en op basis daarvan mitigeren van drukte en zo nodig spreiden van patiënten.

23.

### 2. Financiële gevolgen

mm. 2.1 Wat zijn de financiële gevolgen van het voorstel? Vul de totale meerjarige reeks in de tabel voor de totale kosten, inclusief mogelijke apparaatskosten en/of uitvoeringskosten. Is een deel van de reeks al toegekend in een eerder bestedingsplan? Welk deel wordt nieuw aangevraagd voor toekenning in dit bestedingsplan en welk deel resteert op de AP?

*NB: Indien in 2026 nog niet het structurele bedrag is bereikt, geef dan onder de tabel aan in welk jaar de reeks structureel is.*

24.

. x mln	rr.	2023ss.	2024tt.	2025uu.	2026vv.	Struc.
v. Voorstel voor toekenning		xx. 0	yy. 3,5	zz. 3,5	aaa.	bbb. 3,5
.		ddd.	eee.	fff.	ggg.	hhh.

iii.

*Toelichting:*

Ten tijde van de Covid-crisis kostte het LCPS ca. 7 mln per jaar. Voor de structurele bekostiging van LCPS is reeds 3,5 mln per jaar beschikbaar in de premie-inmiddelen vanuit de middelen voor pandemische paraatheid als onderdeel van de middelen voor zorgcoördinatie. De overige 3,5 mln staan nu nog op de aanvullende post voor pandemische paraatheid. De NZa is bezig met een kostenonderzoek, het kan zijn dat 3,5 mln genoeg is voor de "waakvlamfunctie". Deze 3,5 mln is voor als dat niet genoeg blijkt en/of extra budget benodigd blijkt tijdens crises omdat dan 24/7 patiëntenspreiding nodig is. Met Financiën is reeds door FEZ gecommuniceerd: We verwachten dat met de beschikbaarheidsbijdrage een bedrag van € 3,5 miljoen is gemoeid en gaan ervan uit dat dit voldoende is om het LCPS structureel inzicht in capaciteit en monitoring te laten geven en voor het zo nodig incidenteel spreiden van patiënten. Daarmee zijn financieel de consequenties gedekt die met de wijziging van het besluit beschikbaarheidsbijdrage gepaard gaan op het niveau waarop het LCPS nu functioneert (de waakvlamfunctie). De NZa doet momenteel een kostenonderzoek, zodat de beschikbaarheidsbijdrage voor de traumacentra in de tweede helft van 2023 opgehoogd kan worden (in de eerste helft van 2023 geschiedt financiering uit de begroting). Mocht daaruit een hoger bedrag naar voren komen, dan moet dit worden ingepast binnen de middelen voor zorgcoördinatie die voor het onderdeel Zorg beschikbaar zijn in de CA-enveloppe pandemische paraatheid. Op de Aanvullende post is nog een bedrag van € 3,5 miljoen beschikbaar. Binnen het Uitgavenplafond Zorg is in 2023 in totaal € 9,8 miljoen beschikbaar (voor zorgcoördinatie in brede zin). Voor 2024 e.v. gaat het om € 11,5 miljoen euro.

k.

2.2. Hoe ziet de specifieke besteding van de middelen eruit?

nm. Ga daarbij ook in op de p (prijs) en de q (aantal). Rond af op miljoenen.

n. Voeg een excel toe waarin een aansluiting zit tussen 2.2 en 2.1, en eventuele detailinformatie.

*p. Toelichting:*

*p. Jaarlijks is ca. 1 mln nodig voor ICT, onderzoek en huisvesting en ca. 25 fte (voor elk van de 10 ROAZ-regio's 2 fte en voor een landelijk centrum 5 fte; bij een crisis is 24/7 bezetting nodig).*

25.

### 3. Beleidsinstrumentarium

<p>q. 3.1 Wat is het (gekozen) <u>beleidsinstrumentarium</u>? <i>Licht toe welk(e) beleidsinstrument(en)<sup>2</sup> gekozen zijn en wat deze concreet inhouden. Denk bijvoorbeeld aan een subsidieregeling; een nieuwe wet of een publiekscampagne.</i></p>
<p>r. <i>Toelichting:</i> Bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage aan de traumacentra (toe te voegen aan de beschikbaarheidsbijdrage die deze traumacentra al krijgen voor de coördinatie van traumazorg en voor het Regionaal Overleg Acute Zorgketen)</p>
<p>u. 3.2 Hoe vindt de <u>uitvoering</u> plaats?</p>
<p>v. <i>Licht kort toe welke partijen betrokken zijn en hoe hun betrokkenheid eruit ziet, zowel financieel als niet-financieel. Leg ook uit wat de belangrijkste risico's voor de uitvoering zijn.</i></p>
<p>w. <i>Toelichting:</i> x. De NZa verstrekt de beschikbaarheidsbijdrage.</p>
<p>y. 3.3 <u>Doeltreffendheid</u>: licht toe op welke wijze de inzet van deze beleidsinstrumenten (vraag 3.1) leidt tot de resultaten en doelen 1.2 en 1.3?<sup>3</sup> (beleidstheorie)</p>
<p>z. <i>Baseer je bijvoorbeeld op wetenschappelijke literatuur, evaluaties of experts, etc. Benoem ook eventuele externe factoren of neveneffecten die kunnen bijdragen aan het wel of niet bereiken van de doelen/resultaten.</i></p>
<p>aa. <i>Toelichting:</i>  <p>bc. <i>Met de beschikbaarheidsbijdrage worden inzicht in capaciteit en zo nodig het spreiden van patiënten bekostigd. Zonder inzicht in capaciteit rijden ambulances naar een ziekenhuis waar wellicht op dat moment geen plek is voor de patiënt, moeten verloskundigen vele ziekenhuizen bellen voor een bevallende vrouw, weet de huisarts niet waar een patiënt snel terecht kan, kan er niet op basis van data beleid worden gemaakt om de beschikbaarheid van zorg te vergroten of anders in te richten. Als er in tijden van crisis geen patiënten kunnen worden gespreid, moet er onnodig veel zorg afgeschaald worden waardoor patiënten onnodig lang op behandeling moeten wachten, met mogelijke schadelijke gevolgen voor de gezondheid. Ook kan dan in bepaalde ziekenhuizen of regio's een te grote druk op het personeel ontstaan, waardoor personeel uitvalt en de schaarste nog groter wordt.</i></p> </p>
<p>bd. 3.4 Doelmatig<sup>4</sup> bereiken van de doelen/resultaten: licht toe waarom de gekozen beleidsinstrumenten (vraag 3.1) het meest efficiënt zijn voor het behalen van de resultaten en doelen (vraag 1.2 en 1.3). Indien van toepassing: geef aan of de reeks samenhangt met een ombuiging uit het coalitieakkoord en</p>
<p>be. <i>beargumenteer hoe de intensivering bijdraagt aan lagere zorguitgaven.</i></p>
<p>b. <i>Toelichting:</i>  <p>gg. Deze functies kunnen niet bekostigd worden uit zorgprestaties. Door inzicht in drukte ligt een patiënt niet onnodig lang in een ambulance te wachten omdat de ambulance rijdt naar een SEH die overloopt, komt de patiënt niet eerst op de verkeerde plek terecht waarna hij weer verplaatst moet worden, kan gegeven het beschikbare zorgpersoneel meer passende zorg geleverd worden. De overeenkomst met LNAZ voor patiëntenspreiding loopt af per 30-6-23 en kan niet meer verlengd worden. De overeenkomst is gesloten in tijden van spoed, juridisch kan die nu niet meer verlengd worden.</p> </p>

### 4. Monitoring & Evaluatie

<p>4.1 Hoe ziet de monitoring eruit?</p> <p><i>Bij voorkeur worden hiervoor meetbare indicatoren gebruikt, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van andere cijfers, statistieken of kerncijfers. Als kwantitatieve (meetbare/concrete) gegevens niet mogelijk zijn, kies dan voor kwalitatieve informatie op basis waarvan je doelbereik kunt vaststellen.</i></p>
<p>kk. <i>Toelichting:</i> Dashboard Zorgketen is breed toegankelijk en biedt inzicht in drukte in eerstelijns, tweedelijns en vervolgzorg. Gegevens over patiëntenspreiding worden openbaar gemaakt.</p>

nm. 4.2 Op welke manier wordt geëvalueerd of de ingezette instrumenten hebben geleid tot het bereiken van de doelen (doeltreffendheid) en of dat efficiënte wijze is gebeurd (doelmatigheid)?

*nn. Licht toe hoe de evaluatie eruit komt te zien. Denk daarbij aan:*

- *Wanneer wordt er gemeten (nulmeting, tussentijds en/of eindmeting)?*
- *Hoe wordt er gemeten? (welke evaluatie-/onderzoeksmethode(n) worden gebruikt?) In hoeverre is het mogelijk om iets te zeggen over causaliteit (inzet van instrument x leidt tot uitkomst y)? Hou daarbij ook rekening met andere instrumenten of externe factoren die invloed kunnen hebben op het resultaat.*

*Toelichting:*

Beschikbaarheidsbijdragen worden periodiek geëvalueerd door PZO en NZa, inclusief de hoogte van het bedrag en de doeltreffendheid/doelmatigheid. De NZa tracht in de beschikbaarheidsbijdrage een flexibele component in te bouwen die meebeweegt met de mate van crisis.

## 7. Basis Acute Zorg (BAZ) Opleiding

### 1. Aanleiding

<p>1.1 Wat is de letterlijke tekst in het <u>regeerakkoord</u> of wat is er richting Tweede Kamer gecommuniceerd (doel of maatregel)?</p> <p><i>Toelichting:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Coalitieakkoord</b> (Gezondheid – Coronacrisis) onder het kopje Pandemische Paraatheid:</li> <li>• <i>“Daarnaast willen we een flexibele opschaling en inzet van de ic-capaciteit met name op personeel gebied”</i></li> </ul> <p><b>Kabinetsreactie aan TK op advies Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners</b></p> <p>Op 12 april heeft de Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners haar advies aangeboden aan de bewindslieden van VWS. Eén van de aanbevelingen uit dit advies is om de opleiding Basis Acute Zorg (hierna: BAZ) voort te zetten en te verbreden. De Kabinetsreactie op het advies van is opgenomen in de Kamerbrief met nadere uitwerking lange termijn aanpak Covid-19 d.d. 13 juni 2022. In de Kabinetsreactie op het adviesstaat het volgende over de BAZ-opleiding:</p> <p><i>“De Taskforce adviseert daarnaast om de modulaire opleiding Basis Acute Zorg (BAZ) ruim aan te bieden en breder in te zetten door in de zomerperiode personen op te leiden die een initiële vooropleiding hebben, maar momenteel (gedeeltelijk) werkzaam zijn in een andere zorgbranche. Het kabinet deelt het advies om de opleiding BAZ ruim aan te bieden gezien de positieve ervaringen, groeiende instroom en bijdrage aan een flexibele inzet van medewerkers, ook in andere zorgbranches. Tot 1 juli kunnen zorginstellingen nog gebruik maken van de subsidieregeling opschaling IC-capaciteit voor bekostiging van de BAZ-opleiding. Het kabinet is voornemens om een nieuwe subsidieregeling op te zetten die het mogelijk maakt dat in elk geval in 2022 nog 800 studenten kunnen starten met de BAZ-opleiding. De subsidieregeling wordt deze zomer uitgewerkt en heeft als opzet om te voorzien in een vergoeding aan opleidende zorginstellingen van € 25.000 euro per student die aantoonbaar de BAZ-opleiding heeft afgerond. Hiervoor zijn reeds financiële middelen beschikbaar. ”</i></p> <p><b>Probleem</b></p> <p>De coronacrisis heeft laten zien dat het gebrek aan zorgpersoneel in de acute zorg één van de grootste uitdagingen ten tijde van een (pandemische) crisis is.</p> <p><b>Doel</b></p> <p>Het doel is ervoor te zorgen dat een groot aantal zorgprofessionals flexibel inzetbaar is, breed binnen de acute zorg. Via breed en flexibel opleiden kan snel ingespeeld worden op een veranderende zorgvraag als gevolg van toekomstige crises. Om dit te bereiken is de BAZ het geëigende instrument. De BAZ richt zich op het breed en flexibel opleiden van mensen die al in de zorg werkzaam zijn. Hierdoor wordt het mogelijk om deze mensen flexibel in te zetten, zodat zorgprofessionals voorbereid zijn om aan de slag te kunnen bij een acute zorgvraag, als mogelijk COVID weer piekt en de personele capaciteit bijvoorbeeld meer moet verschuiven naar de arbeidsintensieve IC-zorg. Op wat voor soort crises we op langere termijn voorbereid moet zijn, wordt nog onderzoek gedaan.</p>																																									
<p>1.2 Hoe ziet de meerjarige reeks eruit? Is een deel van de reeks al aangevraagd in een eerder bestedingsplan?<sup>5</sup> Welk deel wordt aangevraagd in dit bestedingsplan en welk deel resteert?</p> <p><i>NB: de specifieke besteding van de middelen wordt beschreven in vraag 2.2.</i></p> <p><i>Indien in 2027 nog niet het structurele bedrag is bereikt, wordt de meerjarige reeks, tot het jaar waarin de uitgaven structureel zijn, toegevoegd aan de tabel.</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027 (Struc.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale reeks coalitieakkoord voor flexibele opschaling van zorgcapaciteit<sup>6</sup></td> <td>0,2</td> <td>35,7</td> <td>52,8</td> <td>55,4</td> <td>59,1</td> <td>68,1</td> </tr> <tr> <td>Toegekend voorjaar 2022</td> <td>0,2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Toegekend Augustus 2022 (BAZ)</td> <td></td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beoogd budget huidig plan</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>5,2</td> </tr> </tbody> </table>								2022	2023	2024	2025	2026	2027 (Struc.)	Totale reeks coalitieakkoord voor flexibele opschaling van zorgcapaciteit <sup>6</sup>	0,2	35,7	52,8	55,4	59,1	68,1	Toegekend voorjaar 2022	0,2						Toegekend Augustus 2022 (BAZ)		20					Beoogd budget huidig plan	0	0	0	0	0	5,2
	2022	2023	2024	2025	2026	2027 (Struc.)																																			
Totale reeks coalitieakkoord voor flexibele opschaling van zorgcapaciteit <sup>6</sup>	0,2	35,7	52,8	55,4	59,1	68,1																																			
Toegekend voorjaar 2022	0,2																																								
Toegekend Augustus 2022 (BAZ)		20																																							
Beoogd budget huidig plan	0	0	0	0	0	5,2																																			

<sup>5</sup> Het gaat hierbij om een goedgekeurd bestedingsplan, onafhankelijk van het moment van budgettaire verwerking.

<sup>6</sup> Na kasschuif bij voorjaar 2022

## 2. 2. Beleidsinstrumentarium

<p>2.1 Wat is het (gekozen) beleidsinstrumentarium?  <i>Licht toe welk(e) beleidsinstrument(en)<sup>7</sup> gekozen zijn en wat deze concreet inhouden. Denk bijvoorbeeld aan een subsidieregeling; een nieuwe wet of een publiekscampagne.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i>  Financiering van de BAZ via de beschikbaarheidsbijdrage</p> <p>De BAZ richt zich op het breed en flexibel opleiden van mensen die al in de zorg werkzaam zijn. Hierdoor wordt het mogelijk om deze mensen flexibel in te zetten, zodat zorgprofessionals voorbereid zijn om aan de slag te kunnen bij een acute zorgvraag, als mogelijk COVID weer piekt en de personele capaciteit bijvoorbeeld meer moet verschuiven naar de arbeidsintensieve IC-zorg.</p> <p>Om te stimuleren dat zorgmedewerkers de BAZ-opleiding gaan volgen is momenteel een subsidieregeling in de maak. De subsidieregeling wordt in april 2023 gepubliceerd. In de regeling wordt opgenomen dat vanaf 1 juli 2022 activiteiten en gemaakte kosten subsidiabel zijn. Opzet is om te voorzien in een vergoeding aan opleidende zorginstellingen van € 18.675 euro per student die aantoonbaar de BAZ-opleiding heeft afgerond, welke achteraf wordt verleend. De subsidie kan worden aangevraagd door zorginstellingen die opleiden via een door CZO (College Zorg Opleidingen) erkende opleidingsinstelling. Voor de subsidieregeling zal het principe "wie het eerst komt, wie het eerst maalt" gelden. Van de 1000 studenten is het grootste deel gestart in de tweede helft van 2022 met de BAZ, een deel begin 2023. Instellingen kunnen uiterlijk tot 30 september 2023 nog de vergoeding in het kader van genoemde subsidieregeling aanvragen op basis van een behaald BAZ-certificaat.</p> <p>Het is de wens om hier in structurele zin opvolging aan te geven door de BAZ-module als onderdeel van de gemodulariseerde verpleegkundige en medisch ondersteunende vervolgoopleidingen in het ziekenhuis te gaan vergoeden vanuit de beschikbaarheidsbijdrage. Om dit mogelijk te maken is een wijziging nodig van het Besluit WMG. Een dergelijk traject beslaat in de regel 1 jaar.</p>
<p>2.2. Hoe ziet de specifieke besteding van de middelen eruit?  <i>Ga daarbij ook in op de p (prijs) en de q (aantal).</i></p>
<p><i>Toelichting:</i>  € 18.675 per BAZ opleiding (berekend op basis van 1/3 van kosten van IC opleiding van 1,5 jaar, BAZ opleiding duurt 6 maanden). Deze kostprijs à € 18.675 per BAZ-opleiding is afgestemd met betrokken partijen. In 2021 werden 232 verpleegkundigen opgeleid, in 2022 waren het 918. Uitgaande van het gemiddelde aantal opgeleiden per jaar worden ongeveer 691 verpleegkundigen opgeleid. De verwachting is dat het aantal personen die de BAZ-opleiding volgt de loop der jaren gaat stabiliseren, waarna de verwachting is dat er circa 40% overblijft aan animo. Dat maakt dat grosso modo wordt uitgekomen op een bedrag van 5,2 miljoen als structurele bekostiging (<math>0,40 * 691 * 18.675</math>). Goed te benoemen dat deze wens dus ziet op structurele bekostiging vanaf 2027 via de beschikbaarheidsbijdrage. Er is dekking voor de subsidieregeling in 2023. Voor de tussenliggende jaren is vooralsnog geen dekking. Dus mocht inzet van de beschikbaarheidsbijdrage eerder gewenst zijn, of er is een verlenging van de subsidieregeling gewenst voor de jaren 2024, 2025 en 2026, dan zal daarvoor separaat dekking moeten worden gezocht. Dat moet los worden gezien van deze claim.</p>
<p>2.3 Hoe vindt de uitvoering plaats?  <i>Licht toe welke partijen betrokken zijn en hoe ziet hun betrokkenheid eruit, zowel financieel als niet-financieel. Leg ook uit wat de belangrijkste risico's voor de uitvoering zijn.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i>  Ziekenhuizen kunnen een beschikbaarheidsbijdrage bij de NZa aanvragen. De daadwerkelijke uitkering van de beschikbaarheidsbijdrage wordt uitgevoerd door Zorginstituut Nederland. Bij de verpleegkundige- en medisch ondersteunende beroepen is de uitkering in twee momenten opgeknipt, namelijk bij aanvang van de opleiding en na diplomering.</p>
<p>2.4 Doeltreffendheid: licht toe op welke wijze de inzet van deze beleidsinstrumenten (vraag 2.1) leidt tot de doelen/resultaten die geformuleerd zijn bij 1.3 en 1.4?<sup>8</sup>  <i>Baseer je bijvoorbeeld op wetenschappelijke literatuur, beleidsdoorlichtingen en -evaluaties of experts, etc. Geef aan in</i></p>

<sup>7</sup> In het [Integraal afwegingskader voor beleid en regelgeving](#) is een lijst opgenomen met allerlei beleidsinstrumenten

<sup>8</sup> Er zijn allerlei hulpmiddelen voorhanden die het onderbouwen van doeltreffendheid en doelmatigheid kunnen ondersteunen. Een aantal voorbeelden:

- [De handleiding publieke businesscase;](#)
- [Algemene leidraad voor MKBA's;](#)

<p><i>hoeverre de gekozen instrumenten er in zullen slagen de geformuleerde doelen/resultaten te bereiken. Benoem daarbij ook eventuele externe factoren die kunnen bijdragen aan het wel of niet bereiken van de doelen/resultaten. Sta ook stil bij eventuele (positieve of negatieve) neveneffecten van het gekozen instrumentarium.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i> De BAZ opleiding werd vanaf 2020 gesubsidieerd onder de regeling opschaling IC-capaciteit. Doel hiervan is dat er meer zorgwerkmedewerkers flexibel inzetbaar waren in de acute zorg. Dit leidde er effectief toe dat er meer werd opgeleid, via een grotere instroom van verpleegkundigen in deze opleiding. Dat zorgde dus voor een hogere mate van flexibel inzetbaar personeel. Eenzelfde verwachting is er met het vergoeden van de BAZ-opleiding via de beschikbaarheidsbijdrage.</p>
<p>2.5 <b>Doelmatig<sup>9</sup> bereiken van de doelen/resultaten:</b> licht toe waarom de gekozen beleidsinstrumenten (vraag 2.1) het meest efficiënt zijn voor het behalen van de doelen/resultaten (vraag 1.3 en 1.4).</p>
<p><i>Toelichting:</i> De reeds in de beschikbaarheidsbijdrage opgenomen opleidingen worden centraal gefinancierd om marktfalen te ondervangen. In de situatie dat opleiden aan de (zorg)markt wordt overgelaten, blijkt sprake van free riders gedrag, ertoe leidend dat er minder wordt opgeleid. Ziekenhuizen hebben een kleinere prikkel om verpleegkundigen op te leiden, aangezien zij daarna kunnen vertrekken naar een andere werkgever. Dit geldt in zijn algemeenheid, maar nog sterker in de voorbereiding van crisissituaties. Hier zit inherent een doelmatigheidsvermindering, waardoor ziekenhuizen dit niet zelf zullen doen. Met een vergoeding vanuit de beschikbaarheidsbijdrage g, puur gericht op het BAZ gedeelte, is de verwachting dat genoemde marktfalen ondervangen kan worden en er blijvende instroom is in de opleiding. Dit maakt e.e.a. meer doelmatig.</p>

### 3.3. Evaluatie

<p>3.1 Met welke concrete informatie wordt bepaald of de geformuleerde doelen/resultaten bereikt zijn?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Bij voorkeur worden hiervoor indicatoren gebruikt, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van andere cijfers, statistieken of kerncijfers. Als kwantitatieve (meetbare/concrete) gegevens niet mogelijk zijn, kies dan voor kwalitatieve informatie op basis waarvan je doelbereik kunt vaststellen.</i></li> <li>- <i>Goede indicatoren voldoen aan een aantal criteria:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>De indicator meet wat deze moet meten (valide)</i></li> <li>- <i>De indicator is feitelijk (objectief)</i></li> <li>- <i>De indicator is op tijd beschikbaar</i></li> <li>- <i>De indicator kan keer op keer verzameld worden</i></li> <li>- <i>De indicator is transparant (duidelijk hoe deze tot stand is gekomen)</i></li> </ul> </li> </ul>
<p><i>Toelichting:</i> De instroom en uitstroom in de BAZ opleiding. Deze cijfers zijn beschikbaar via (<a href="#">de website van</a>) het CZO. Doel van het opleiden van zorgmedewerkers in de BAZ is om meer flexibel en breed inzetbaar personeel beschikbaar te hebben, om in te springen op een veranderende zorgvraag in de acute zorg als gevolg van een toekomstige crisis. De kwaliteit van de BAZ opleiding is hierbij geborgd via een kwaliteitszorgsysteem dat loopt via CZO Flex. De onderliggende modules en toebedeelde credits worden erkend door alle betrokken zorginstellingen (NVZ, Actiz etc.).</p>
<p>3.2 Op welke manier wordt onderzocht/geëvalueerd of de ingezette instrumenten hebben geleid tot het bereiken van de doelen (doeltreffendheid) en of dat efficiënte wijze is gebeurd (doelmatigheid)? <i>Licht toe hoe de evaluatie/onderzoeksopzet eruit komt te zien. Denk daarbij aan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Wanneer wordt er gemeten (nulmeting, tussentijds en/of eindmeting)?</i></li> <li>- <i>Hoe wordt er gemeten? (welke evaluatie-/onderzoeksmethode(n) worden gebruikt?)</i></li> </ul> <p><i>In hoeverre is het mogelijk om iets te zeggen over causaliteit (inzet van instrument x leidt tot uitkomst y)? Hou daarbij ook check, is dat zo?rekening met andere instrumenten of externe factoren die invloed kunnen hebben op het resultaat.</i></p>
<p><i>Toelichting:</i> De instroom en uitstroom in de BAZ opleiding; deze cijfers zijn beschikbaar via (<a href="#">de website van</a>) het CZO. Er kan een nulmeting, tussentijdse meting en eindmeting worden gedaan. Er kan gekeken worden of er uiteindelijk meer instroom is in de BAZ dan instroom in de SEH, IC, Ambulance, Cardiacare en Mediumcare opleidingen tezamen bij de nulmeting. Dan zou de vergoeding via de beschikbaarheidsbijdrage geslaagd zijn.</p>
<p>3.3 Hoe wordt de evaluatie formeel geregeld?</p>

- Het CPB heeft de 'kansrijk' reeks uitgebracht, met allerlei *evidence based* beleidsinzichten. (bijvoorbeeld over [arbeidsmarktbeleid](#); [onderwijsbeleid](#) of [woonbeleid](#)).
- <sup>9</sup> Doelmatigheid wordt op twee 'niveaus' gedefinieerd in dit format. 1) (vraag 2.5) de efficiëntie in het halen van de geformuleerde doelstellingen. 2) (vraag 2.6) de efficiëntie waarmee de uitvoering is georganiseerd.

- Wie is er verantwoordelijk voor de evaluatie binnen het departement?
- Hoe verhoudt de evaluatie van dit plan zich tot de evaluatieplanning en de cyclus van beleidsdoorlichtingen?
- Wordt er tussentijds gerapporteerd? En zo ja, hoe en aan wie?
- Is er ruimte voor herijking van het plan? Zo ja, op welke momenten?

*Toelichting:*

De directie MEVA is verantwoordelijk voor de evaluatie. Dit wordt een aparte evaluatie die parallel loopt aan de uitvoering van de beschikbaarheidsbijdrage. Tussentijdse rapportage kan van het CZO komen. Door CZO aan directie MEVA.

## Bijlage

Deze bijlage betreft een denkbeeldig voorbeeld over de aanpak van overgewicht bij scholieren. Het voorbeeld is ontleend aan het Integraal afwegingskader voor beleid en regelgeving (IAK).

### Probleem, doel en resultaat

De overheid ziet een toename in overgewicht onder scholieren en constateert dat dit nadelige gevolgen heeft, zoals gezondheidsproblemen en ziekteverzuim. Daarom wil de overheid dat het aantal scholieren met overgewicht vermindert. De overheid stelt tot doel het aantal scholieren met overgewicht binnen 5 jaar met 20% terug te brengen. Hiervoor wordt vanuit de rijksoverheid € 5.000.000 ter beschikking gesteld.

### Beleidsvoorstel en beleidsinstrument

Uit onderzoek blijkt dat frisdrankconsumptie tijdens schooltijd de belangrijkste oorzaak van overgewicht bij scholieren is. Fastfoodconsumptie en het gebrek aan lichamelijke beweging dragen in mindere mate bij aan het overgewicht bij scholieren. Gelet hierop besluit de overheid zich te richten op de frisdrankconsumptie, en niet op de fastfoodconsumptie en lichamelijke beweging.

Vervolgens overweegt de overheid verschillende beleidsinstrumenten om de frisdrankconsumptie tijdens schooltijd te verminderen. De overheid kiest uiteindelijk vanwege de verwachte effectiviteit en efficiëntie voor het plan om op elke Nederlandse middelbare school het drinken van water in plaats van (suikerhoudende) frisdranken te stimuleren door op de scholen de frisdranken in de automaten te vervangen door water.

### Verwachte doeltreffendheid van het beleidsinstrument

Door alleen water aan te bieden op scholen wordt verwacht dat de consumptie van frisdranken op middelbare scholen zal afnemen. Doordat het voor scholieren meer moeite zal kosten om tijdens schooltijd aan frisdrank te komen, is de verwachting dat 80% van de scholieren zal kiezen voor het drinken van water in plaats van frisdrank. De verminderde frisdrankconsumptie zal naar verwachting leiden tot een afname van 20% overgewicht bij scholieren.

### Verwachte doelmatigheid van het beleidsinstrument

#### *Doelmatig bereiken van de doelen/resultaten*

Het vervangen van frisdrank door water is naar verwachting de meest goedkope manier om jongeren te stimuleren minder frisdrank te drinken tijdens schooltijd en daarmee overgewicht terug te dringen.

De kosten (€ 5.000.000) die gepaard gaan met dit voorstel zijn lager dan de kosten die gemaakt zouden worden als gekozen was voor een andere interventie om dezelfde doelstelling te realiseren, zoals het vervangen van fastfood door gezonde maaltijden in de kantines van middelbare scholen (naar schatting € 8.000.000), het handhaven van het verbod op de verkoop van frisdranken op scholen (naar schatting €7.000.000) of het stimuleren van lichamelijke beweging op scholen (naar schatting €10.000.000).

#### *Doelmatig uitvoeren*

Op het niveau van de uitvoering (de te leveren prestaties) is gekozen voor de meest goedkope manier om dit voorstel uit te voeren, door scholen zelf in te schakelen bij het vervangen van water door frisdrank, in plaats van dit door een uitvoeringsorganisatie van het Rijk te laten doen.

### Monitoring en evaluatie van het beleidsinstrument

#### *Effectiviteit van het beleidsinstrument*

Om na te gaan of het vervangen van frisdrank door water in automaten op scholen daadwerkelijk leidt tot minder frisdrankconsumptie onder schooltijd wordt eerst een pilot opgezet, waarbij alleen bij een beperkte groep scholen frisdrank wordt vervangen door water. Hiermee kan op kleine schaal worden nagegaan of scholieren ook daadwerkelijk overgaan op water.

Daarnaast wordt een monitor gestart onder scholieren om het percentage overgewicht bij jongeren te meten. Op die manier kan gevolgd worden of het aantal scholieren met overgewicht afneemt en of er na 5 jaar inderdaad 20% minder overgewicht onder scholieren wordt gerealiseerd. Tussentijds kan er indien nodig worden bijgestuurd.

#### *Efficiëntie van het beleidsinstrument*

Om de efficiëntie te bepalen wordt enerzijds onderzocht hoe groot de kosten en baten zijn geweest van het ingevoerde beleidsplan. Daarnaast wordt een verkennend onderzoek gestart naar de verwachte kosten en baten van alternatieve beleidsinstrumenten om overgewicht bij scholieren tegen te gaan. Op basis van de uitkomsten van beide onderzoeken zal na 5 jaar een oordeel worden gevormd over de gerealiseerde efficiëntie van het beleidsplan.