

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Deadline: 11-12-2020

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Ontworpen door

5.1.2e

5.1.2e@minvws.
nlDatum
8 december 2020Kenmerk
Zaaknummer

nota

(ter beslissing)

Uitvraag Recovery and Resilience Facility (RRF)

Paraaf directeur

1. Aanleiding

- De Europese Commissie is een Coronaherstelfonds aan het oprichten om ons uit de crisis te investeren. Er vindt op dit moment een rijksbrede inventarisatie plaats op voorstellen die voor dit (RRF) fonds in aanmerking komen. In deze nota wordt een beknopt overzicht gegeven van mogelijk investeringsvoorstellen binnen VWS. Dit overzicht leggen we nu aan de BR voor met de vraag om goedkeuring voor nadere uitwerking in de komende weken van een selectie van de voorstellen.

2. Beslispunten

- *Stemt u in met de voorgestelde werkwijze?*
- *Stemt u in met het verder uitwerken van de kansrijke VWS voorstellen die vooralsnog lijken te voldoen aan de RRF voorstellen.*
NB. Het gaat hierbij in ieder geval om 15 voorstellen.

3. Toelichting

- Het RRF is (het grootste) onderdeel van het herstelinstrument van de Europese Commissie (EC). EZK verwacht dat Nederland in aanmerking komt voor ongeveer € 5.1.2b aan middelen. Dit zijn incidentele middelen voor de jaren 2022-2026 (de totale EU-pot bedraagt 750 miljard). Om in aanmerking te komen voor deze middelen moet Nederland een *Recovery and Resilience Plan* (RRP) bestaande uit hervormingen en investeringen indienen bij de EC. Deze hervormingen en investeringen moeten voldoen aan bepaalde voorwaarde.
- Besluitvorming over het RRF wordt overgelaten aan het volgend kabinet. Ten behoeve van de formatie wordt langs twee sporen een voorbereiding gemaakt.
 - Spoor 1: FIN heeft een inventarisatie gemaakt van investeringen en hervormingen waartoe reeds besloten is. Hieronder vallen ook de COVID-19 gerelateerde uitgaven, zoals de zorgbonus, de aanschaf en distributie van medische beschermingsmiddelen, etc.

- Spoor 2: EZK/FIN inventariseren de mogelijkheden voor additionele investeringen via vakdepartementen. De voorstellen in deze nota vallen onder dit spoor.
- Er is in totaal € 5.1.2b aan VWS voorstellen ingediend. Er zullen dus keuzes gemaakt moeten worden aangezien dit de totale pot bijna overstijgt en andere departementen ook investeringsvoorstellen zullen doen. Er zal daarom tijdig een VWS-brede afweging gemaakt moeten worden, omdat voorstellen op VWS-terrein naar verwachting met elkaar concurreren. Tegelijkertijd is besluitvorming aan het nieuwe kabinet, de lijst aan mogelijke kansrijke investeringen hoeft daarom niet limiterend te zijn. Alle voorstellen die aan de voorwaarden voldoen, worden door EZK/FIN aan de formatietafel voorgelegd. *NB. Ons inziens is het opportuun om deze VWS-brede afweging te maken wanneer duidelijk is welke voorstellen volgens EZK/FIN aan de voorwaarden voldoen.*

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk

Werkwijze

- Gelet op de korte doorlooptijd vragen wij op dit moment uw goedkeuring voor het alvast uitwerken van alle kansrijke voorstellen. De betrokken directies worden vervolgens gevraagd om deze verder uit te werken.
- De deadline om uitgewerkte voorstellen aan te leveren bij EZK/FIN is 6 januari. Daarna wordt de lijst voorgehangen bij de EC, zodat er een kansrijke lijst met investeringen klaar ligt voor de formatietafel.

Overzicht criteria RRF

- Investeringsvoorstellen moeten bijdragen aan een vijftal doelen:
 1. Versterken groeipotentieel/ sociaal economische weerbaarheid;
 2. Werkgelegenheid
 3. Klimaat
 4. Groene transitie
 5. Digitalisering
- Daarnaast moeten voorstellen aansluiten bij de landspecifieke aanbeveling voor Nederland van 2019 en 2020. Hierbij is voornamelijk de volgende aanbeveling relevant: "het versterken van de veerkracht van het gezondheidsstelsel, onder meer door de bestaande tekorten aan gezondheidswerkers aan te pakken en de uitrol van relevante elektronische gezondheidsinstrumenten te versnellen".
- Tot slot gaat het om incidentele middelen met een minimale investering van € 30 mln per investering.

Ingediende voorstellen

- Er zijn 24 voorstellen aangeleverd. Vanuit elke kolom zijn meerdere voorstellen aangeleverd. In totaal is het bedrag van alle VWS voorstellen op dit moment € 5.1.2b
- Er zijn 5 voorstellen ingediend in het kader van de landspecifieke aanbeveling. Hiervan dragen 2 voorstellen bij aan het oplossen van de personeelstekorten in de zorg en zijn er 4 voorstellen ingediend in het kader van e-health en innovatie.
- De overige voorstellen (7 tot en met 24) haken met name aan op het RFF-doel versterken groeipotentieel. Een aantal voorstellen draagt daarnaast ook bij aan klimaat en digitalisering.

Nr	Investerings VWS	Cumulatief bedrag 2022-2026
1	Regionale aanpakken van personeelstekorten in de zorg	5.1.2b
2	Transitiemiddelen	

3	Digitaliseringsimpuls	
4	Versterken eerste lijn	
5	Coördinatie acute zorg	
6	E-health, digitalisering/innovatie	
7	Voorzieningszekerheid medische isotopen in EU met bouw Pallas	
8	Verduurzaming zorg(vastgoed)	
9	Leefstijltransitie	
10	Kennisinfrastructuur gezonde leefomgeving	
11	DNA 1 Million Genomes	
12	Preventie-infrastructuur	
13	Pandemic Preparedness	
14	Leveringszekerheid	5.1.2b
15	Future Affordable and Sustainable Therapies	
16	Overdracht medicatiegegevens in de zorg	
17	Registers geneesmiddelen	
18	Opvang en woningen voor daklozen, ouderen en kwetsbare personen	
19	Versterking sociale infrastructuur	
20	Verbeteren zorginfrastructuur	
21	Vitaliteit ouderen bevorderen	
22	Innovatie bij activiteiten voor mensen met dementie	
23	Innovatie fundamenteel en diagnostiek onderzoek	
24	Structurele meerkosten sociaal domein	

SGDir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB**Kenmerk****Appreciatie**

- Een aantal voorstellen voldoet niet aan de criteria van het RRF. Voorstellen 22 en 23 voldoen niet aan de drempel van 5.1.2b. Voorstel 24 vraagt om financiering van structurele meerkosten, terwijl de RRF-middelen zijn bedoeld voor een incidentele investering.
- Een aantal voorstellen liggen in elkaars verlengde. Hiervan kan overwogen worden om ze samen te voegen. Hierbij gaat het om voorstel 1 en 2, 3 en 4, en voorstel 9 en 12.
- Een aantal voorstellen hebben MEVA en FEZ niet kunnen beoordelen omdat de aangeleverde informatie te beknopt was. Dit geldt voor voorstel 6, 19, 20 en 21. Voor wat betreft voorstellen 18 en 21 hebben we niet kunnen inschatten of ze aan de drempel van 5.1.2b voldoen.
- De overige voorstellen lijken aan de RRF-voorwaarden te voldoen en wij raden aan om deze verder uit te werken en daarbij een aantal voorstellen in elkaar te schuiven.

Bijlage: toelichting per voorstel

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk1. Regionale aanpakken van personeelstekorten in de zorg

Regionale aanpakken van personeelstekorten in de zorg door middel van:

- A. Stagebegeleiding
- B. Zij/Her instroom
- C. Loopbaanontwikkeling
- D. Arbeidsomstandigheden (o.a werkplezier, roosters, meer uren werken)

2. Transitie middelen

De verpleeghuiszorg is de zorgsector die veruit het meest te kampen krijgt met knelpunten op de arbeidsmarkt (blijkt uit de nieuwste prognoses die twee weken gelden naar de TK zijn gestuurd). Om die aan te pakken is regionale samenwerking tussen zorgaanbieders en met de zorginkoop van groot belang. Corona heeft laten zien dat dat tot goede resultaten kan leiden.

De middelen kunnen alleen gezamenlijk door zorgaanbieders ingezet worden en kunnen etrekking hebben op:

- Aanpak arbeidsmarktproblematiek;
- Inzet op (arbeidsbesparende) technologieën en innovaties;
- Inzetten op domeinoverstijgende aanpak gericht op beperking instroom in WLZ.

Daarmee wordt de arbeidsvraag te beperkt en/of het arbeidsaanbod groter, opdat er minder knelpunten zijn.

Het kan gezien worden als een verbijzondering van de transitie middelen die in de periode 2018-2021 beschikbaar zijn voor de verpleeghuiszorg. Het nieuwe regionale ontwikkelbudget komt voor de periode 2022-2025 beschikbaar en is bedoeld voor de gehele langdurige zorg, met een budget van € 100 miljoen per jaar. Voorwaarde is wel dat het administratief eenvoudig wordt weggezet, vergelijkbaar met de wijze waarop het huidige transitiebudget beschikbaar gesteld wordt.

3. Digitaliseringsimpuls

De impuls bestaat uit een zevental voorstellen:

- Vergroten gebruik pgo
- Vergroten van kennis
- Vergroten van digitale (gezondheids)vaardigheden van cliënten, patiënten en mantelzorgers
- Vergroten van de veranderkracht (Digicoachregeling met focus op verandering organisatie / innovatieve vaardigheden)
- Vergroten van aandacht voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden uitbreiden
- Bieden van ondersteuning bij implementatie en opschaling
- Financiële steun kansrijke netwerkinitiatieven jzojp

Genoemde voorstellen zijn gericht op het versterken van de veerkracht van het gezondheidsstelsel, onder meer door de bestaande tekorten aan gezondheidswerkers aan te pakken en de uitrol van relevante elektronische gezondheidsinstrumenten te versnellen. Onderstaande voorstellen dragen bij aan de randvoorwaarden die nodig zijn om tekorten aan te pakken en de uitrol van relevante elektronische gezondheidsinstrumenten te versnellen.

Voor de organiseerbaarheid van zorg in Covid-tijd en structureel daarna is inzet van digitale zorg en ondersteuning cruciaal. Om dat te realiseren dient voldaan te zijn aan twee randvoorwaarden:

- Vergroten van gebruik van persoonlijke gezondheids omgevingen (pgo) om regie en beheer te hebben als patiënt/burger over je gezondheidsgegevens en zo op de voor jou benodigde zorg en ondersteuning
- Digitale vaardigheden vergroten (vergroten van kennis over innovatie en slimme zorg, vergroten van de veranderkracht, vergroten van de aandacht voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en vergroten, bieden van personele ondersteuning bij implementatie, bieden van financiële ondersteuning bij vormgeving van jzojp netwerkiniciatieven)

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk

De activiteiten dragen bij aan de digitale transitie door het wegwerken van achterblijvende digitalisering in de zorgsector. Ook maakt het mensen meer weerbaar (resilience) doordat men meer inzicht krijgt in de eigen gezondheid en (digitaal) toegang krijgt tot zorg en ondersteuning en levert het een bijdrage aan cohesie (meedoen van burgers en ervaringsdeskundigheid delen).

4. Versterken de eerste lijn

Het versterken van de organisatiekracht in de eerstelijns (denk o.a. aan de huisartsenzorg, wijkverpleging, paramedie en de apothekers) draagt eraan bij dat de eerstelijns een stevige gesprekspartner wordt en daarmee goed kan samenwerken met alle partijen in de regio om de zorg voor de patiënten te optimaliseren. De eerste lijn kan hierdoor beter en sneller kan schakelen met zowel de 2e lijn (patiënten gaan in en uit het ziekenhuis), de publieke gezondheidszorg (Covid heeft duidelijk gemaakt dat die verbinding nog niet altijd goed is) en de langdurige zorg (o.a. verpleeghuizen). Dit alles draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, betere afstemming in de zorg, het slimmer inzetten van zorg, verlaging van de administratieve lasten, een hogere belastbaarheid van de zorg

Concreet zou het neerkomen op investeringen in ict en gegevensuitwisseling, gebouwen/infrastructuur, een regionaal systeem met een overzicht van zorgaanbod in de regio, ondersteuning in transfers tussen de verschillende sectoren en het in kaart brengen van hoe een georganiseerde eerste lijn eruit moet zien.

In de zorgmarkt komt deze investering niet tot stand. Omdat de omvangrijke last te ver voor de beoogde baten uit gaan.

5. Coördinatie acute zorg

- Een belangrijke les uit de Covid-crisis was dat de toestroom van acute-zorg patiënten centraal (regionaal en landelijk) gecoördineerd moet worden om efficiënt (goede verdeling van de lasten en goed gebruik maken van de beschikbare zorgcapaciteit qua personeel en middelen) en effectief (goede patiëntenzorg) te kunnen handelen in een crisis of situatie van hoge druk.
- Hiervoor zijn thans tijdelijke voorzieningen ingericht, specifiek bedoeld voor Covid-patiëntenstromen.
- Voorgestelde maatregel beoogt om deze voorzieningen structureel in te bedden voor alle acute-zorg patiëntenstromen, met zodanige flexibiliteit dat dit zowel in tijden van crisis als ook in de reguliere zorg gebruikt kan worden.
- Het gaat dan om inrichting van 1 landelijk en circa 10 regionale coördinatiecentra.
- De investering ziet voornamelijk op de inrichting van digitale informatie-uitwisseling tussen deze centra en de betrokken partijen in de zorg (eerste

- lijn, tweede lijn, acute-zorgketen); en het opleiden van personeel ten behoeve van deze centra.
- De kosten voor het (structurele) gebruik van deze coördinatiefunctie vallen niet in de EU-subsidie, maar loopt via de gebruikelijke bekostiging van curatieve zorg (premie).

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk

6. E-health, digitalisering/innovatie

PM toelichting (*niet ontvangen*)

7. Voorzieningszekerheid medische isotopen in EU met bouw Pallas

Doel van dit project is om voorzieningszekerheid van medische isotopen in de EU te borgen voor de diagnostiek en behandeling van o.a. kanker, waarmee een belangrijke bijdrage kan worden geleverd aan de doelstellingen van het EU Beating Cancer Plan. Hiervoor zal een nieuwe kernreactor (Pallas) worden gerealiseerd die medische isotopen op grote schaal (huidige HFR voorziet zo'n 65% van de Europese markt) kan produceren voor zowel diagnostische als therapeutische doeleinden, inclusief een nucleair health center dat isotopen tot half fabricaten en medicijnen gaat verwerken. Naast voorzieningszekerheid gaat Pallas bijdragen aan hoogwaardige werkgelegenheid en versterking van de (nucleaire) kennis- en onderzoeksinfrastructuur in de EU. Pallas geeft daarmee invulling aan de strategische doelen van de EU zoals ook verwoord in de RFF, namelijk het borgen van zelfvoorzienendheid en het versterken van economische weerbaarheid en strategische autonomie in de EU.

Hoewel er vanuit de Europese Commissie (Sante en Energy) grote steun is voor het project, is het tot nu toe niet gelukt de EU bij de financiering van het project te betrekken door het ontbreken van een geschikt instrument. RRF is dit wellicht wel. Medefinanciering vanuit de EU wordt vanuit de Ministerraad zeer wenselijk geacht omdat Pallas een fors deel van de Europese behoefte dekt.

De financiering heeft betrekking op het afdekken van de risico's (in de vorm van een begrotingsreserve) die voortkomen uit door de Nederlandse Staat af te geven garanties gedurende de bouw.

Mate waarin het project voldoet aan de criteria:

- **Publiek en Europees belang:** een eerdere studie van de Europese Commissie (2019) concludeert het nut en de noodzaak van een nieuwe reactor om de voorzieningszekerheid van medische isotopen in Europa veilig te stellen. De studie noemt daarbij de nieuw te bouwen Pallas-reactor als de meest waarschijnlijke kandidaat. Redenen hiervoor zijn de verouderde 'vloot' aan reactoren in de EU en de onzekerheid of deze en nieuwe technologieën (zoals het Amerikaanse SHINE) kunnen voorzien in de toenemende vraag naar isotopen voor zowel diagnostische als therapeutische doeleinden. Deze conclusie is onlangs in gesprekken met de Commissie bevestigd. De Commissie heeft tevens bevestigd dat voorzieningszekerheid van medische isotopen aansluit bij de doelstellingen van het 'EU Beating Cancer Plan' dat in januari 2021 zal worden gepubliceerd. Naast voorzieningszekerheid zal Pallas bijdragen aan hoogwaardige werkgelegenheid en versterking van de (nucleaire) kennis- en onderzoeksinfrastructuur in de EU op het gebied van diagnostiek en behandelingen van kanker. De publieke investering in R&D en opgedane (nucleaire) kennis kan tevens van nut zijn voor de toekomstige besluitvorming over het al dan niet over gaan tot kernenergie in de

toekomst en kan daarmee van meerwaarde zijn voor de Europese discussie over energietransitie.

- Geoorloofde staatssteun: er is sprake van marktfalen aangezien de pogingen tot private financiering van Pallas zijn op niets zijn uitgelopen. Private financiering lijkt op dit moment alleen mogelijk met vergaande garanties van de overheid. Ook publieke financiering vergt garanties vanuit de overheid gedurende de bouwfase. Dit zou de onwenselijke situatie opleveren waarin private partijen de zeggenschap hebben, terwijl aanzienlijke risico's bij de Staat blijven liggen. Private financiering kan op een later moment heroverwogen worden als de risico's wel zijn te dragen door private partijen.
- Het betreft een eenmalige activiteit, namelijk de realisatie van een nieuwe kernreactor.

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk

De genoemde bedragen betreft de risico-opslag van 20% op de totale bouwkosten weer van Pallas (ongeveer € 5.1.2b). Voorgesteld wordt om binnen het RFF op € 5.1.2b in te zetten voor het afdekken van risico's t.a.v. de bouw.

8. Verduurzaming zorg(vastgoed)

Dit draagt bij aan realisatie van de Klimaatwet en -doelen, aan de energietransitie (beiden doel RRF), aan de ontwikkeling en opschaling van duurzaamheids-technieken en toepassing daarvan (zorg als "proeftuin"), en kan tegelijkertijd andere transitie in de zorg versterken, zoals digitalisering (doel RRF). Meer zorg op afstand en (dus) minder vastgoed reduceren CO2 (ook door minder vervoersbewegingen). 'Zorg' is goed voor 7% van de nationale CO2-uitstoot, met name via het vastgoed (oa. gas- en energieverbruik). Investerings in duurzaamheidsmaatregelen verdienen zich niet zonder meer terug, onder andere door lage energietarieven. Bij business cases is daarom sprake van een onrendabele top, waardoor partijen zich herbezinnen en op de rem trappen. Bestaande regelingen blijken niet altijd passend voor zorglocaties (want bijv. gericht op 'industrie' of voor groot verbruik). Een meerjarig investeringsprogramma kan dat ondervangen en de zorg helpen te verduurzamen in een periode dat de groei van zorguitgaven moet geremd.

9. Leefstijltransitie

In dit voorstel wordt ingezet op gezonde scholen voor iedereen, met gezonde schoolpleinen in een gezonde wijk. Voor Lage SES wijken wordt het concept van de Gezonde Basisschool van de Toekomst toegepast. Daarbij ook een impuls voor Special Heroes, een gezond leefstijl programma die zich succesvol inzet voor gezonde omgeving voor mensen met een beperking. Ook roken en alcoholgebruik verlagen de weerstand en maken kwetsbaar. Ook zorg en ondersteuning van mensen die (ernstig) overgewicht hebben wordt verbeterd waardoor deze groep geholpen wordt met de vele factoren die een rol spelen bij overgewicht.

Wat betreft bewegen is het doel is dat 75% van de Nederlanders aan de beweegrichtlijn gaat voldoen in 2040. Hiervoor willen we de komende 5 jaar een impuls geven om bewegen het nieuwe normaal in de samenleving te laten worden. We kiezen voor een integrale, lokale, aanpak. Deze richt zich op het wegnemen van drempels voor sport- en beweegdeelname van het individu en het bevorderen van een beweegvriendelijke, duurzame, infrastructuur (sport- en beweegfaciliteiten en buitenruimte). De inzet is vooral gericht op groepen met grote beweegarmoede (bv: lage SES, ouderen, overgewicht en de jeugd). We zetten in op meer buurtsportcoaches, scholing van buurtsportcoaches, invulling

van het beweegdeel van de GLI, financiële steun bij bewegen voor lage SES en living labs bewegen (praktijkgericht onderzoeken en innovatie) en bewustwording.

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

10. Kennisinfrastructuur gezonde leefomgeving

De maatregelen sluiten aan bij de beleidsprioriteiten van de RRF op het gebied van (3) klimaat, (4) groene transitie. De maatregelen stimuleren en faciliteren landelijke, regionale en lokale partijen om gezondheid in de fysieke leefomgeving beter mee te nemen. Leefomgeving kan namelijk positief bijdragen aan het lichamelijk (fysiek), geestelijk (mentaal) en sociaal welbevinden van mensen. Dit kan via de inzet van zowel gezondheidsbevordering (bijvoorbeeld het stimuleren van lopen, fietsen, het stimuleren van gezonde voeding of de aanleg van parken of groen) als via gezondheidsbescherming (verminderen van luchtvervuiling en geluidshinder door bijvoorbeeld onder de milieunorm afspraken te maken, infectieziekten, elektrisch vervoer in te zetten, gebruik te maken van deelauto's, werken aan klimaateffecten). Urgente ontwikkelingen, zoals COVID-19, sociaal economische gezondheidsverschillen, vergrijzing, overgewicht, eenzaamheid, klimaat en achteruitgang van natuur, maar ook bijvoorbeeld de relatief hoge ziektelast door milieufactoren/vervuiling, geven het belang aan om steviger in te zetten op een gezonde leefomgeving. Integrale samenwerking tussen verschillende domeinen op alle schaalniveaus (landelijk, regionaal en lokaal) is cruciaal voor het realiseren van een gezonde leefomgeving. Deze samenwerking is nu vaak nog sectoraal georganiseerd en er is een cultuuromslag nodig en goede kennis en instrumenten om dit adequaat te faciliteren. Er is behoefte aan overzicht en structuur, zodat de bestaande informatie makkelijk te vinden is en er is behoefte aan vaardigheden voor nieuwe vormen van integrale samenwerking aan een gezonde leefomgeving. Kennis, beleid en praktijk moeten beter aan elkaar verbonden worden. Instrumenten zoals stappenplannen en leidraden kunnen bijvoorbeeld bestuurders de urgentie te laten voelen om aan de slag te gaan met een gezonde leefomgeving en hun betrekken bij het proces. Eenvoudig bruikbare, kwantitatieve data, met name op gemeente-, wijk- en buurtniveau kunnen helpen bij het maken van goede beleidsbeslissingen of om burgers goed te kunnen informeren over besluiten. Ook zijn er nog uiteenlopende kennisimpulsen nodig, zoals op klimaat & gezondheid en microplastics & gezondheid en is er aandacht nodig om bestaande kennis in de praktijk beter mee te nemen, bijvoorbeeld bij infectieziekten. Tot slot mag de monitoring en evaluatie van beleid niet ontbreken, zodat er ook goed onderbouwde interventies kunnen ontstaan en zodat we kunnen blijven leren en doorontwikkelen, zowel op landelijk- als regionaal- en lokaal niveau. Daarom willen we investeren op het creëren van een stevige kennisbasis en kennisinfrastructuur met passende (beleids-) instrumenten en monitoring door middel van een 1) Landelijke kennisportaal (loket) met overzichtelijke informatievoorziening (2) een landelijk lerend netwerk, 3) kennisinfrastructuur 4) kennisprogramma's

Kenmerk

11. DNA 1 Million Genomes

De maatregelen sluiten aan bij de beleidsprioriteiten van de RRF op het gebied van het bevorderen van de economische weerbaarheid van Nederland en het bevorderen van de digitale transitie (gezamenlijk voorstel directie PG en directie I).

Doel van deze maatregelen is om te investeren in een data infrastructuur van 50.000 whole sequenced genomes van de Nederlandse bevolking om bij te dragen aan het Europese 1+ Million Genomes (1+ MG) programma dat beoogt DNA databanken (in te richten bij bijv de cohorten zoals Lifelines en Doetinchem

Cohort) met whole sequenced genomes aan elkaar te koppelen en in te zetten voor zorg en preventie. De ontwikkelingen ten aanzien van het gebruik van DNA in de zorg en preventie gaan snel. Een grote databank als deze is nodig als referentie voor onderzoek en praktijk om het gebruik van DNA verder te brengen (geven veldpartijen aan) en te komen tot versnelling, verbetering van de kwaliteit van zorg en preventie en goedkopere zorg.

Een dergelijke databank kan gebruikt worden voor preventie van leefstijlinterventies en bevolkingsonderzoek, in de curatieve zorg van verbeteren/versnellen behandelingen en personalised medicine. Urgente ontwikkelingen, zoals COVID-19 en de toename van de kosten in de zorg, geven het belang aan om steviger in te zetten op DNA data. DNA testen worden bovendien steeds goedkoper.

Oud minister Bruno Bruins heeft in 2018 zijn handtekening gezet onder deelname (positieve intentie) aan 1+ MG; veldpartijen werken aan een plan van aanpak ten behoeve van de Nederlandse deelname aan dit EU programma. Het UK heeft sinds kort een DNA visie en programma gestart en o.a. België is hier ook mee bezig. In Duitsland is recent besloten 11 miljoen euro te investeren in een digitale Infrastructuur, GenomDE, waarin gegevens kunnen worden opgeslagen en onder voorwaarden toegankelijk gemaakt kunnen worden voor onderzoeksdoeleinden. Een visie en samenwerking binnen VWS op het vlak van DNA lijkt toegevoegde waarde te hebben. Nederland onderscheidt zich door investering in deze databank nog meer op het vlak van innovatie in de zorg en versterkt door inrichting van een dergelijke databank en deelname aan dit EU programma de Nederlandse innovatie/concurrentiepositie.

De verwachtingen van dit initiatief zijn positief en de EU financiert ook de onderliggende EU infrastructuur met diverse werkgroepen waarin lidstaten samenwerken om dit initiatief van de grond te tillen. Wel zal in het voorjaar nog een go/no go moment plaatsvinden op basis van de exacte plannen die dan naar verwachting bekend zijn.

*inschatting aangegeven door veldpartijen: relatief inwonertal NL in Eurozone:

17miljoen/340miljoen = 5%. 5% van 1MG = 50.000 genomen

**indicatieve bedragen tbv bijvoorbeeld opzetten en onderhouden infrastructuur, benodigde apparatuur, etc

12. Preventie-infrastructuur

De maatregelen sluiten hoofdzakelijk aan bij beleidsprioriteit (1) groeipotentieel/sociaal economische weerbaarheid van de RRF. De maatregelen beogen het initiatief én het rendement van preventie te vergroten door de overheid een sterkere initiërende en coördinerende rol te geven voor preventie. En door daarnaast extra investeringen te doen op preventie.

Waarom draagt het bij aan de RRF-doelen?

- Onderzoek toont aan dat 1/3 van de ziektelast vermijdbaar is omdat het samenhangt met een ongezonde leefstijl. Inzet op preventie levert meer jaren in goede gezondheid en werkt daarmee direct door op het potentieel van de arbeidsmarkt en het structureel verdienvermogen van Nederland.
- Financiering van kansrijke preventie-initiatieven blijkt structureel lastig. Preventie vereist vaak samenwerking tussen (private) zorgpartijen en partijen uit onder andere het sociaal domein, waarbij het rendement vaak pas over langere tijd zichtbaar is en vaak buiten het eigen domein valt. Dit alles biedt onvoldoende financiële prikkels om te investeren in preventie, ook al zijn de

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk

(maatschappelijke) baten - zeker op langere termijn - groter dan de kosten. Initiatieven zijn vaak tijdelijk en daarmee van te korte duur om impact te hebben. Terwijl preventie vraagt om een structurele en langjarige inzet.

- In de discussienota 'toekomst voor de zorg' is dit knelpunt ook geïdentificeerd wordt daarom voorgesteld om het initiatief explicieter bij de overheid (gemeenten) te beleggen en doelgroepen en thema's te benoemen waarop een preventief aanbod tot stand dient te komen. Daarbij wordt voorgesteld om de GGD (een publiekrechtelijke regionale organisatie voor gezondheid) een expliciete coördinerende rol te geven bij het tot stand brengen van beoogde regionale plannen en activiteiten, in afstemming met (private) zorgpartijen en verzekeraars. Welke op hun beurt ook een wettelijke plicht tot samenwerking krijgen. Dit alles bevordert schaalvergroting en efficiëntie en leidt tot snellere opschaling van bewezen effectieve aanpakken en maatregelen. Bovendien wordt hiermee beter gericht/geborgd dat initiatieven van (private) partijen ook het algemene belang (preventie) dienen.
- Omdat de infrastructuur die hiermee gecreëerd wordt meer robuust en duurzaam is, wordt het ook voor het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties interessant om te investeren in preventie. Preventie is immers niet alleen een kostenpost, maar het biedt ook kansen voor innovatie en bedrijvigheid. Het is van maatschappelijk belang dat investeren in **gezondheid** gaat lonen!
- Een wetstraject neemt enkele jaren in beslag. Om de beoogde ontwikkeling te stimuleren is het voorstel om de regio's die - in lijn met het beoogde wetsvoorstel - al voor die tijd met regionale plannen en samenwerkingsafspraken komen én daarbij extra investeringen doen in preventie, een Rijksbijdrage te verstrekken. Daarom wordt gevraagd om een bijdrage uit het Europees stimuleringsfonds van 65 mln euro per jaar, gebaseerd op 10 koploperregio's.
- Valpreventie is overigens de duurste interventie in dit overzicht (overigens wel een bewezen kosten-effectieve en zelfs kostenbesparende interventie)¹. Dit komt omdat vallen een multifactorieel probleem is en vraagt om een brede aanpak/interventie. Bovendien moet de aanpak nog vrijwel geheel opgebouwd worden in Nederland en betreft het een grote risicopopulatie (> 1 mln mensen).

NB er is voor de investeringen op leefstijlthema's (roken, alcohol en overgewicht) rekening gehouden met de investeringen op basis van het fiche leefstijltransitie. Desgewenst kunnen de beide fiches samengevoegd worden.

13. Pandemic Preparedness

Door nu te investeren in Pandemic Preparedness, krijgt het vehikel van innovatie en commercialisatie van therapieën binnen de Infectie Ziekten een extra stimulant. Terwijl het ook nuttig en nodig is om goed en snel te kunnen reageren op een mogelijke nieuwe pandemie.

De welvaart zit enerzijds in het creëren van hoogwaardige banen. Anderzijds levert 'goed voorbereid zijn' op een volgende pandemie, maatschappelijke welvaart op, als een pandemie niet tot wasdom komt of sneller gesmoord kan worden.

¹ Er is in 2015 een maatschappelijke MKBA uitgevoerd door Erasmus MC, Vilans en VeiligheidNL. Deze wordt jaarlijks geactualiseerd.

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk

Let wel: pandemic preparedness, met name ook op het gebied van therapie ontwikkeling, is geen nationale aangelegenheid, maar een Europese /internationale. Zowel in aanpak, als de resultaten. Een vaccin ontwikkelt in Leiden, is een baat voor de hele wereld.

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Het past ook in EU beleid van innovatie, versterken van pandemische voorbereiding, en minder afhankelijk van andere regio's worden.

Kenmerk

Let wel: de budgettaire kant is nu nog een zeer grove schatting. Ook vanuit de Topsector LSH wordt gekeken naar pandemic preparedness. Een betere inschatting wordt komende weken wel duidelijker.

14. Leveringszekerheid

Leveringszekerheid en strategische autonomie op het terrein van persoonlijke beschermingsmiddelen, medische technologie en geneesmiddelen, en daarmee economische weerbaarheid en de veerkracht van het gezondheidszorg zijn twee beleidsprioriteiten van het huidige, en naar verwachting ook aankomende kabinet. Om dit te bevorderen dient geïnvesteerd te worden in productieNL/EU. Hiervoor zou een fonds ingericht kunnen worden van waaruit geput kan worden voor het stimuleren van deze strategische onafhankelijkheid. Doelgroep zijn bedrijven die willen investeren in deze producten, en vanuit een innovatief of duurzaam perspectief e.e.a. willen ontwikkelen. Het draag bij aan een veerkrachtige medische sector met gegarandeerde en kwalitatief goede leveringszekerheid van producten. Er is synergie met de economische topsector Life Science and Health.

15. Future Affordable and Sustainable Therapies

FAST wordt het nationale platform voor therapieontwikkeling waarbij innovatie en betaalbaarheid hand in hand gaan. Geneesmiddelen van de toekomst zullen steeds vaker een therapie zijn gecombineerd in de zgn. 4D benadering: *drugs, devices, data and diagnostics*. Daarom wordt in FAST over therapieontwikkeling gesproken en niet over geneesmiddelontwikkeling. FAST omvat:

1. een wegwijzerfunctie waarin informatie wordt ontsloten voor onderzoekers en bedrijfsleven tav therapieontwikkeling
2. investeringen in infrastructuur (bijv labruimte, maar ook onderwijs op grensvlak wetenschap en bedrijfsleven)
3. zal op geselecteerde thema's een impulsfinanciering zijn met aandacht voor doorgeleiding naar hogere TRLs van kansrijke ontwikkelingen.

Financiering van FAST is een publieke financiering van kansrijke, maatschappelijk gewenste therapieontwikkeling ook tbv het bedrijfsleven. Hierbij kan de overheid bepaalde ontwikkelingen waar maatschappelijk behoefte aan is de-risken door als publieke investeerder op te treden en daarbij ook voorwaarden stellen rondom betaalbaarheid, maar ook over NL als productielocatie.

Doordat unmet patient needs worden geadresseerd en NL als productielocatie voor innovatieve behandelingen aantrekkelijk blijft zal dat bijdragen aan het versterken van de economie en maatschappij op lange termijn.

FAST kwalificeert voor RRF: voldoet aan CSR2020 ad.3 omdat het missiegedreven onderzoek en innovatie betreft, voldoet aan deelaanbeveling 4. investeringen in R&D, en voldoet aan EU beleidsprioriteit voor bijdrage aan groeipotentieel en economische weerbaarheid. Onderwerp heeft steun van EZK.

NB. De bedragen die hier zijn opgevoerd komen uit het FAST rapport opgesteld door de kwartiermakers van FAST (wordt 14 dec aangeboden aan MMZS en stas

EZK). Indien bijstelling van de bedragen nodig is dan zou uit andere bronnen de verminderde dekking gezocht moeten worden.

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

16. Overdracht medicatiegegevens in de zorg

- Een digitale transitie in de zorg met grote gezondheidswinst en vermindering van administratieve belasting.
- Op dit moment zijn er jaarlijks 25.000 vermijdbare ziekenhuisopnames en 1000 slachtoffers door medicatieonveiligheid. (Anderhalf keer zo veel als het jaarlijkse aantal verkeersslachtoffers!)
- Het gaat om vermijdbare problemen met medicatie als het gevolg van beperkte gegevensuitwisseling tussen professionals in de zorg.
- Het zorgveld heeft zelf een richtlijn opgesteld om de gegevensuitwisseling beter te kunnen laten functioneren, en te zorgen voor een reductie van het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames en slachtoffers.
- Hierbij wordt het receptenverkeer volledig digitaal en kunnen wijzigingen in medicatie goed verwerkt worden in een digitaal, compleet én actueel medicatieoverzicht voor een patiënt.
- De implementatie hiervan is al langere tijd in voorbereiding maar op dit moment is er nog geen budget beschikbaar om deze transitie mogelijk te maken.
- Een eerste Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA) is uitgevoerd. Op dit moment wordt gewerkt aan Business Impact Analyses (BIA's) en een uitbreiding op de MKBA. Deze worden begin volgend jaar opgeleverd en kunnen worden gebruikt voor de verfijning en actualisatie van de begroting.
- Door de voorbereiding is het daadwerkelijk mogelijk om de implementatie in 2022 te starten en vanaf 2024 breed uit te rollen bij de 16.000 zorgaanbieders.
- In 2026 kan volgens de huidige planning de invoering afgerond worden en daarmee afgesloten worden met een wettelijke verplichting met behulp van de nieuwe Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

Kenmerk

Draagt bij aan de RRF-doel 5) Digitalisering.

17. Registers geneesmiddelen

- Het huidige registerlandschap is gefragmenteerd en de kwaliteit en bruikbaarheid van de data kan verbeterd worden. Er gaat veel tijd (onderzoekers en zorgverleners) en geld om in het vullen van de bestaande registers
- Wanneer dit wordt aangepakt kunnen de registers een belangrijke bijdrage leveren aan het gepast gebruik van geneesmiddelen, uitkomstgerichte zorg en kan het Zorginstituut de data gebruiken voor gericht pakketbeheer. Tevens kan een grote efficiëntieslag gemaakt worden wanneer meer op aandoeningsniveau ipv op geneesmiddelniveau registers bestaan.
- Binnen het project regie op registers (zorginstituut) wordt uitgewerkt hoe de kwaliteit van data, de organisatiestructuur en de informatie-architectuur van registers te verbeteren
- Om dit bij de bestaande registers te implementeren is publieke investering nodig. Bedragen zijn conform Zorgkeuzes in Kaart.

18. Opvang en woningen voor daklozen, ouderen en kwetsbare personen

Inzetten voor het creëren van extra woonplekken (met begeleiding). Dat schijnt vergelijkbaar te zijn met wat Spanje en Portugal hebben aangevraagd. In aanvulling daarop ook middelen kunnen vragen voor de andere doelen uit de

brede aanpak: preventie en vernieuwen opvang. Beiden zijn in het kader van corona goed uit te leggen. Optie is om ook voor monitoring extra middelen te vragen. Het is immers belangrijk dat we dak- en thuisloze mensen goed in beeld krijgen – juist nu – en we moeten daar nog een flinke slag op slaan.

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk

19. Versterking sociale infrastructuur

PM toelichting (*niet ontvangen*)

20. Verbeteren zorginfrastructuur

PM toelichting (*niet ontvangen*)

21. Vitaliteit ouderen bevorderen

Dementie in verlengde van de nationale strategie (mn pijlers zorg en samenleving bieden aanknopingspunten, bv ehealth, sociale benadering, life sciences, bedrijfsleven), duurzaamheid, extra capaciteit met het oog op "rek in zorgsysteem", lessons learned corona en digitalisering/innovatie.

22. Innovatie bij activiteiten voor mensen met dementie

Door Covid-19 wegvallen groot deel dagbesteding/activiteitenbegeleiding voor mensen met dementie en gemis sociale contacten, gevolgen:

- Mensen met dementie vereenzamen, sneller achteruitgang door gebrek aan stimulering en sociale contacten
- Mantelzorgers, vooral partners, zwaarder belast cq overbelast
- Beide leidend tot eerdere opname in verpleeghuis
- *Investering in:*
 - Onderzoek naar en implementatie van innovatieve mogelijkheden voor dagbesteding/activiteitenbegeleiding, met gebruikmaking van technologie, waardoor ook activiteiten op afstand mogelijk zijn
 - Onderzoek naar en implementatie van mogelijkheden om mantelzorger met gebruik van technologie te ontlasten bij de zorg voor de mens met dementie
 - Opleiding van zorg- en welzijnprofessionals (oud en nieuw) en mantelzorgers in deze nieuwe vormen van dagbesteding/activiteitenbegeleiding
 - Het meer betrekken van jongeren bij ondersteuning mensen met dementie en hun naasten, via opleiding, maatschappelijke diensttijd en als vrijwilligers, ook op afstand met communicatiemiddelen
 - Stimuleren gemeenten ontwikkelde mogelijkheden structureel te benutten
- *Effecten:*
 - Minder snelle achteruitgang van mensen met dementie
 - Meer kwaliteit van leven voor zowel mens met dementie als mantelzorger
 - Minder beroep op professionele zorg
 - Uitstel opname in verpleeghuis

23. Innovatie fundamenteel en diagnostiek onderzoek

Onderdeel van het dementie-onderzoeksprogramma is het meer en beter benutten van technologie bij onderzoek; dit zijn vaak zeer geavanceerde producten, waarvan de ontwikkeling kostbaar is:

- *Extra investering* in ontwikkeling technologie bij fundamenteel en diagnostisch onderzoek bij mensen met dementie en implementatie
- *Effecten:*

- Versnelling van onderzoek, leidend tot:
 - Eerder beschikbaar komen van genezende en preventieve medicijnen
 - Snellere en nauwkeurigere diagnostiek, waardoor effectievere, op de persoon toegespitste behandeling mogelijk is, uiteindelijk leidend tot minder zorggebruik.

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk

24. Structurele meerkosten sociaal domein
PM toelichting (*niet ontvangen*)