

<b>Titel fiche (met datum, concept/definitief)</b>	<b>IC-capaciteit (21-10-2021 Concept)</b>
<b>Contactpersoon fiche (telefoon &amp; mailadres &amp; directie)</b>	5.1.2e (06 5.1.2e 5.1.2e @minvws.nl, directie CZ)
Oorspronkelijke versie afgestemd met:	
Besproken in MTDG? (datum)	01-03-2021
Afgestemd met WJZ (en zo ja, met wie?)	5.1.2e
Afgestemd met FEZ (en zo ja, met wie?)	5.1.2e
Met welke directies is nog meer afgestemd?	MEVA: 5.1.2e en 5.1.2e GMT: 5.1.2e 5.1.2e

#### Kern/samenvatting

In de huidige pandemie was het nodig om het aantal IC-bedden op te schalen. Om de zorg voor te bereiden op een nieuwe gezondheids crisis zijn verschillende varianten uitgewerkt in dit fiche (van 200 tot 850 extra IC bedden en bijbehorende klinische bedden). In deze varianten wordt met name geïnvesteerd in flexibel inzetbaar en hoger opgeleid personeel en in materiaal. Hoewel nader moet worden onderzocht of het verhogen van het aantal IC-bedden de beste voorbereiding is op een crisis in de toekomst, zijn deze investeringen in personeel en middelen in alle gevallen relevant voor een wendbaarder zorgsysteem dat sneller kan inspelen op een grotere vraag. Knelpunt hierbij is dat, gezien de huidige krapte in de arbeidsmarkt het niet realistisch is dat de benodigde personele capaciteit volledig kan worden gecreëerd met de instroom van nieuw personeel. De benodigde capaciteit zal daarom deels ook bestaan uit bestaand zorgpersoneel dat anders wordt opgeleid en ingezet (verschuiving). Ook zal arbeidsmarkt krapte vragen om andere organisatie van het werk o.a. door inzet van arbeidsbesparende technologie.

#### Om welke concrete maatregel gaat het?

Versterking van de crisisbestendigheid van de acute zorg en het realiseren van een robuust en flexibel acuut zorglandschap door:

1. Behoud van een deel van de opgebouwde (vaste) extra IC- capaciteit (1150 bedden).
2. Onderzoek naar een grotere (vaste en flexibele) reserve buffercapaciteit in de curatieve zorg, waardoor een wendbaar zorgsysteem ontstaat dat sneller kan inspelen op een grotere vraag. Deze buffercapaciteit wordt alleen ingezet in (een door de minister uitgeroepen<sup>1</sup>) crisissituatie. In dit fiche wordt daartoe een aantal varianten uitgewerkt:
3. A: Extra flexibel inzetbare intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen (3 varianten).
4. B: Een flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis in een eerstelijns verblijf-setting.
5. C: Extra vervoersmogelijkheden voor patiënten.<sup>2</sup>

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

- Naar aanleiding van de Covid-crisis is duidelijk geworden dat de crisisbestendigheid van de acute zorgkolom moet worden versterkt: de curatieve zorg blijkt maar beperkt op te kunnen schalen.
- In de eerste golf is de reguliere zorg in de ziekenhuizen flink afgeschaald om de explosieve groei aan acute zorg voor Covid-patiënten in de ziekenhuizen aan te kunnen. Het aantal verwijzingen naar een ziekenhuis daalde met ruim 75%, het aantal nieuwe oncologische diagnoses halveerde. Dit heeft geleid tot gezondheidsschade.
- Doordat de Nederlandse IC-zorg relatief gezien enorm doelmatig is ingesteld, moesten we bij een crisistoename van 20% patiënten al uitwijken naar Duitse IC's.
- Na de eerste golf waren we aangewezen op tijdelijke (dure) opschaling van de Nederlandse IC-capaciteit en reguliere klinische capaciteit in de ziekenhuizen. Dit heeft niet kunnen voorkomen dat ook in de tweede en derde golf de reguliere zorg gedeeltelijk moest worden afgeschaald.
- De mogelijkheden tot het uitbreiden van de IC-capaciteit worden daarbij met name begrensd door de tekorten aan (gespecialiseerde) verpleegkundigen.
- In het afgelopen jaar is ook de druk op huisartsen, het patiëntenvervoer en de nazorg van patiënten fors gestegen. Een evenwichtige spreiding van de Covid-patiënten in Nederland vereiste extra vervoerscapaciteit. Ook heeft het ministerie van VWS in de eerste golf de Waddenhelikopter moeten

<sup>1</sup> Eventueel op aangeven van het ROAZ, in afstemming met de zorgverzekeraars

<sup>2</sup> Standpunt 67 (D66), 297/298 (VVD) en 527 (CU) uit de verkiezingsprogramma's.

‘vorderen’ voor IC vervoer naar Duitsland, waardoor een onwenselijke situatie ontstond op de Friese Waddeneilanden.

- Door nu structurele flexibele buffercapaciteit te realiseren en op een slimme en flexibele manier personeel op te leiden en in te zetten, wordt voorkomen dat bij een volgende gezondheids crisis de niet acute en planbare zorg moet worden afgeschaald, met ernstige gezondheidsschade tot gevolg. Hiermee wordt extra lucht in het systeem gecreëerd in de vorm van een beperkte mate aan overcapaciteit.
- Tevens leidt op een slimme manier investeren in structurele coördinatie tot het zorgbreed opvangen van de pandemische druk in een crisissituatie<sup>3</sup> en in normale tijden bij het voorkomen van verkeerde bedden problematiek en opnamestops in de reguliere acute zorgverlening.
- Deze structurele investering in extra beschikbaarheid heeft een prijs; het geeft weliswaar een bepaalde mate van ondoelmatigheid in de reguliere zorgverlening, maar het zorgt voor robuustheid en daarmee doelmatigheid in tijden van crisis.
- De genoemde maatregelen komen voort uit de geleerde lessen uit de Covid-crisis tot nu toe.<sup>4</sup> Over de crisisbestendigheid van de zorg in de toekomst moet een nieuw kabinet besluiten. Ter voorbereiding moet hier samen met alle betrokken veldpartijen en toezichthouders verder over worden nagedacht.<sup>5</sup> De evaluatie van de Covid-crisis o.a. door de Onderzoeksraad voor Veiligheid moet nog volgen, wat kan leiden tot bijstelling van de genoemde maatregelen.

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

- Een deel van de hervormingen zou kunnen worden bereikt door meer inzet op passende zorg, waarbij er bijvoorbeeld wordt ingezet op verschuiving richting de eerste en nulde lijn. Deze maatregelen moeten daarom worden bezien in het bredere vraagstuk van de inrichting van het (acute) zorglandschap.
- Er kan nog worden gevarieerd met de grootte van de nationale buffercapaciteit, als buiten de landsgrenzen Duitsland en/of België bereid zijn structureel capaciteit te reserveren voor Nederlandse patiënten. Dit zal niet meer vrijblijvend zijn en ook hier zal structureel geld voor moeten worden gereserveerd.

#### **• Welke acties zijn er nodig (bijv. op organisatorisch vlak)?<sup>6</sup>**

- Behoud van een deel van de opgebouwde (vaste) intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen.
- In verband met de COVID-crisis is extra ziekenhuis capaciteit gerealiseerd. In fase 1 en 1+ ging dit om de inzetbaarheid van ca. 1050 naar 1150 reguliere IC-bedden. De uitbreiding in fase 1 en 1+ wordt t/m 2022 grotendeels betaald door de zorgverzekeraars. Over de continuering van de 1150 bedden uit fase 1 en 1+ in 2023 en verder dienen financiële afspraken gemaakt te worden met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. In principe gelden de 1150 IC bedden als basiscapaciteit in de nieuwe uitgangssituatie (2023 en verder).
- Variant A: Extra flexibel inzetbare intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen
- Tot en met 2022 is in verband met de COVID-crisis extra *tijdelijke* ziekenhuis capaciteit gerealiseerd van 550 IC-bedden en 1100 klinische bedden, bovenop de 1150 IC bedden als basiscapaciteit (fase 1 en 1+). De tijdelijke extra bedden in fase 2 en 3 zijn grotendeels met een subsidieregeling gefinancierd die tot en met 2022 doorloopt. Het lijkt wenselijk om vanaf 2023 (een gedeelte van) deze extra capaciteit die in de huidige ziekenhuizen is gerealiseerd structureel te behouden als vaste en/of flexibele buffercapaciteit, zodat deze elk moment in te zetten zijn in tijden van crisis. Het voorstel is om een aantal subvarianten in kaart te brengen om de IC-capaciteit van 1150 bedden en het daarbij horende aantal klinische bedden te vergroten vanaf 2023:
  - Variant A1: Uitbreiding met circa 200 IC-bedden en circa 400 klinische bedden, waarvoor geen afschaling van reguliere zorg nodig is indien deze capaciteit wordt ingezet. Voor deze bedden is continu personeel beschikbaar.
  - Variant A2: Uitbreiding met circa 350 IC-bedden en 700 klinische bedden, bovenop de vaste hoeveelheid van 200 IC-bedden en 400 klinische bedden uit variant A1. Inzet van deze bedden heeft afschaling van reguliere zorg tot gevolg. Voor deze bedden wordt deels personeel

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

<sup>4</sup> Kamerbrief ‘Lessons learned Covid-19’, vergaderjaar 2020/2021, 25 295, Nr. 508

<sup>5</sup> Kamerbrief over ondersteuning van de zorg tijdens de Covid-crisis, herstel van zorgprofessionals en het inhalen van reguliere zorg, 26 mei 2021.

<sup>6</sup> Bij deze acties worden de aantallen aangehouden waarmee is gewerkt in de huidige opschalingsplannen.

vrijgespeeld doordat reguliere zorg wordt afgeschaald.

- Variant A3: Extra flexibele capaciteit van circa 300 IC-bedden en 600 klinische bedden bovenop het voorstel in variant A2, eventueel in een zelfstandig crisis ziekenhuis. Variant A3 betekent dat in Nederland kan worden opgeschaald tot 2000 IC-bedden. Inzet van de flexibele capaciteit heeft afschaling van reguliere zorg tot gevolg. Al het personeel dat nodig is voor de extra flexibele capaciteit in variant A3, wordt vrijgespeeld doordat reguliere zorg wordt afgeschaald.

Er dient een politieke keuze te worden gemaakt over welke variant de komende jaren wordt doorgevoerd, ondersteund door de geleerde lessen uit de evaluaties van de huidige Covid-crisis, de inbreng van relevante veldpartijen en eventueel onafhankelijk advies.

- 
- Voor deze extra capaciteit zijn structurele investeringen noodzakelijk. Een inschatting van de kosten is gemaakt op basis van het IC-opschalingsplan van juni 2020 en de bijbehorende subsidieregeling, en te lezen onder het kopje 'Wat zijn de financiële consequenties'. Een kostenonderzoek van de NZa moet uitwijzen welke kosten hier precies mee zijn gemoeid en hoe deze extra ziekenhuiscapaciteit het beste gefinancierd kan worden, ook in relatie tot de bestaande systematiek waarbij de kosten deels via DBC's worden vergoed en deels via add-ons. Wij gaan ervan uit dat een gedeelte van de vaste en flexibele IC capaciteit met een vorm van beschikbaarheidsbekostiging zal worden gefinancierd.
- 
- Hierbij moet worden opgemerkt dat het, gezien de huidige krapte in de arbeidsmarkt en de instroomverwachtingen, niet realistisch is dat deze capaciteit volledig kan worden gecreëerd met de instroom van nieuw personeel. We nemen daarom aan dat de capaciteit naast een deel nieuwe instroom voor een deel ook zal bestaan uit bestaand zorgpersoneel dat anders wordt opgeleid en ingezet (verschuiving). Hier is rekening mee gehouden in de inschatting van de kosten. Maar zelfs met deze aanname zijn naar verwachting ook andere, aanvullende maatregelen nodig op het terrein van arbeidsmarktbeleid (zie fiches arbeidsvoorwaarden, zorgreservisten) om nieuw personeel aan te trekken.
- 
- De focus lag in deze crisis op de beschikbare IC capaciteit. Een volgende crisis zou weleens heel andere capaciteit nodig kunnen hebben. Bijvoorbeeld isolatiebedden (wat misschien op 1 centrale locatie handig is) of trauma bedden (wat weer een andere expertise vraagt dan IC zorg). Er moet onafhankelijk advies worden ingewonnen, zodat duidelijk is of voor een komende pandemie de reeds gerealiseerde vaste en flexibele ziekenhuis capaciteit van 550 IC-bedden en 1100 klinische bedden noodzakelijk blijft en of er nog extra ziekenhuiscapaciteit nodig is.
- 
- Variant B: Flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis
- In elk geval is er voor Q1 en Q2 2021 in verband met de COVID-crisis een flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis gerealiseerd met verschillende opschalingniveaus (<300 bedden, 300-850 bedden, 850-2000 bedden en >2000 bedden). Het lijkt wenselijk om een deel van de flexibele bedden te behouden. Hier dient een politieke keuze over te worden gemaakt, eventueel ondersteund door onafhankelijk advies. De NZa wordt gevraagd te adviseren over de daarmee gemoeide kosten en een geschikte wijze van financiering in flexibele en haalbare bedden capaciteit (beschikbaarheid). Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek wordt vanaf 2023 extra geïnvesteerd in deze flexibele schil cohort bedden.
- 
- Variant C: Extra vervoersmogelijkheden voor patiënten
- Als uit onderzoek en/of onafhankelijk advies blijkt dat voor komende crisissituaties extra vervoersmogelijkheden voor patiënten nodig zijn, moeten er extra MICU-ambulances en een ambulancehelikopter worden gerealiseerd als flexibele, reserve buffercapaciteit. Vooral nog wordt er van een variant uitgegaan waarbij er 7 extra ambulances en 1 extra helikopter nodig zijn, conform het IC-opschalingsplan. De NZa wordt gevraagd te adviseren over de daarmee gemoeide kosten en een geschikte wijze van financiering. Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek wordt de komende twee jaar extra geïnvesteerd om vervolgens meer structurele vervoersmogelijkheden te hebben.

- **Welke juridische consequenties heeft deze maatregel?**

Afhankelijk van de gekozen manier van financiering van de verschillende onderdelen van het vergroten van de capaciteit (bijvoorbeeld initiële investeringen via een subsidie, het in stand houden van de lege capaciteit via beschikbaarheidsbekostiging) is mogelijke staatssteun een belangrijk aandachtspunt. Daarnaast moet ook worden gekeken naar de effecten op de mededinging. De overheid schrijft met deze maatregelen een flexibele buffercapaciteit aan ziekenhuisbedden, cohort bedden en vervoermiddelen voor. Daarmee breekt de overheid in op het huidige Zvw-stelsel, waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen over waar welke zorg wordt geleverd.

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

- Allereerst moet er politieke besluitvorming plaatsvinden over wat de gewenste uitbreiding is van de grotere (flexibele, reserve) buffercapaciteit in de curatieve zorg. Het bemensen van de extra capaciteit moet in het licht worden gezien van de huidige arbeidsmarktproblematiek.
- De benodigde kostenonderzoeken moeten op korte termijn starten, zodat de gewenste en noodzakelijke flexibele buffercapaciteit binnen en buiten het ziekenhuis per 2023 kan worden voortgezet/ opgestart (i.v.m. advies bekostiging NZa en inkoopcyclus).
- De adviesaanvraag richting de NZa mbt de extra vervoersmogelijkheden moet op korte termijn van start gaan.

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

- Behoud van een deel van de opgebouwde (vaste) intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen
- In principe gelden de 1150 IC bedden van fase 1 en 1+ als basiscapaciteit in de nieuwe uitgangssituatie (2023 en verder). Over de continuering van de 1150 bedden uit fase 1 en 1+ in 2023 en verder dienen financiële afspraken gemaakt te worden met de zorgverzekeraars. Op basis van ramingen voor 2021 en 2022 bedragen de geschatte kosten hiervan voor de zorgverzekeraars € 35,5 miljoen per jaar. De zorgverzekeraars vergoeden voor <sup>5.1.2b</sup> IC-bedden in 2021 in fase 1 en <sup>5.1.2b</sup> IC-bedden in fase 1+ een bedrag van <sup>5.1.2b</sup> per IC-bed per jaar. Aname is dat zij dat in 2022 ook doen.
- Variant A: Extra inzetbare intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen
- Tot en met 2022 is in verband met de COVID-crisis extra vaste en flexibele ziekenhuis capaciteit gerealiseerd van 550 IC-bedden en 1100 klinische bedden. Deze bedden zijn grotendeels met een subsidieregeling gefinancierd. Er zijn vervolgens 3 varianten uitgewerkt voor de situatie vanaf 2023:
- *Variant A1:* Uitbreiding met circa 200 IC-bedden en 400 klinische bedden. Aname is dat de personele capaciteit gecreëerd kan worden met 50% nieuw personeel en 50% bestaand personeel dat hoger wordt opgeleid en ingeschaald, waarbij er rekening is gehouden met een ingroeipad van 4 jaar. Daarnaast zijn er kosten opgenomen voor opleiden, materiaal, gebouwen en inventaris,
- *Variant A2:* Bovenop de 200 IC bedden uit variant A1 uitbreiding met 350 IC-bedden en 700 klinische bedden. Aname is dat de personele capaciteit gecreëerd kan worden met 50% nieuw personeel en 50% bestaand personeel dat hoger wordt opgeleid en ingeschaald, waarbij er rekening is gehouden met een ingroeipad van 12 jaar. Daarnaast zijn er kosten opgenomen voor opleiden, materiaal, gebouwen en inventaris.
- *Variant A3:* Bovenop de 550 IC-bedden en 1.100 klinische bedden uit variant A2 een flexibele capaciteit realiseren van 300 IC-bedden en 600 klinische bedden (tot een totaal van 2000 IC bedden in Nederland). Bovenop de kosten van variant A2 komen beperkte vergoedingen voor personeel, gebouwen en inventaris.
- 
- De kosten verschillen per variant en bestaan voornamelijk uit de vergoeding voor het beschikbaar zijn van het anders, flexibeler en hoger opgeleid personeel en een gedeelte extra opgeleid personeel dat nodig is indien deze extra capaciteit wordt ingezet. Hiervoor is structurele financiële ruimte noodzakelijk. Een kostenonderzoek van de NZa moet uitwijzen welke kosten hier precies mee zijn gemoeid en hoe deze extra ziekenhuiscapaciteit het beste gefinancierd kan worden, ook in relatie tot de bestaande systematiek waarbij de kosten deels via DBC's worden vergoed en deels via add-ons.
- 
- Variant B: Flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis
- In elk geval is er voor Q1 en Q2 2021 in verband met de COVID-crisis een flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis gerealiseerd met verschillende opschalingniveaus (<300 bedden, 300-850 bedden, 850-2000 bedden en >2000 bedden). Dit zijn eerstelijns verblijf bedden die vaak op Wlz-locaties worden aangeboden. Het is het wenselijk om een deel van de flexibele bedden te behouden. De kosten bestaan uit de vergoeding voor het in stand houden van de extra capaciteit.

- 
- Vanuit de monitor zorgcontinuïteit van de GGD GHOR blijkt dat er knelpunten zijn rondom personele capaciteit. Regio's zijn niet altijd in de mogelijkheid om verder op te schalen. Uitgaan van een flexibele schil van 2000 bedden lijkt daarom niet realistisch, waardoor we in dit fiche uitgaan van maximaal 1000 extra bedden. Er wordt aangenomen dat deze 1000 bedden moeten worden bijgebouwd, omdat deze in de huidige flexibele schil door de crisissituatie suboptimaal zijn ingericht. Hierbij wordt uitgegaan van een vergoeding van €8.000 per jaar om deze capaciteit (1000 bedden) te realiseren en vrij te houden. Aanname: we hebben de wijze van financiering conform de WLZ aangehouden, waarbij instellingen bouwen aan extra capaciteit en de investeringen over 30 jaar afschrijven. Er is gerekend met  $\frac{3}{4}$  van de huidige kapitaallasten, waarvoor de Wlz-instelling een financiële verplichting/lening van 240.000 euro per plek/bed aangaan. Het gaat bij 1000 extra bedden te realiseren met behulp van verbouw/nieuwbouw, om een bedrag van ongeveer € 8 miljoen per jaar.

- 
- **Totaal: Kosten voor de inzet flexibele buffercapaciteit in de curatieve zorg**
- De kosten voor het in gebruik zijn van de (flexibele, reserve) buffercapaciteit in de curatieve zorg in crisissituaties loopt via de gebruikelijke bekostiging van curatieve zorg (premie). Aangezien de bedden operationeel zijn, kunnen ze ook in niet-crisissituaties worden ingezet. Dit is een potentieel risico. We gaan uit van € 0 zorgkosten op het moment dat ze niet in gebruik zijn. Op het moment van crisis en in gebruik name van flexibele bedden (de extra bedden uit de hierboven beschreven variant 3) komen daar zorgkosten bij conform de gebruikelijke systematiek (v.w.b. IC-capaciteit gaat het dan om dbc-vergoedingen). En in ieder geval een bedrag van € 882 per dag voor 1 IC-bed en 2 klinische bedden (inschatting op basis van de huidige subsidieregeling IC-opstapeling) en € 250 per dag voor een cohort bed buiten het ziekenhuis (inschatting op basis van het huidige dagtarief ELV hoog complex). Dit kan wijzigen als gevolg van de kostenadviezen van de NZa. Hier wordt vooraf geen geld voor gereserveerd op de begroting. De personeelskosten lopen ook in tijden van niet-crisis door (doordat al het beschikbare personeel te allen tijde aan het werk is) en zijn meegenomen in de kosten per IC-bed en de kosten per cohort ELV bed. Bij de reguliere IC-bedden en in alle fasen van de opschaling komen de zorgkosten voor rekening van zorgverzekeraars. Wat niet betekent dat het gratis is voor VWS, want het leidt 'gewoon' tot hogere zorguitgaven, waarvoor de minister verantwoordelijk is.

	2022	2023	2024	2025
	35.500.000	35.500.000	35.500.000	35.500.000
1. 1150 IC bedden als basiscapaciteit				
VARIANT A1 - Extra inzetbare intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen	Subsidie + 10.858.194	81.571.279	96.876.553	112.181.826
VARIANT A2 - Extra flexibel inzetbare intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen	Subsidie + 17.192.140	201.973.137	234.382.651	266.797.972
VARIANT A3 - Extra flexibel inzetbare intensive care en klinische bedden in ziekenhuizen	Subsidie + 17.192.140	259.777.545	292.187.059	324.602.380
VARIANT B - Flexibele schil cohort bedden buiten het ziekenhuis	8.000.000	8.000.000	8.000.000	8.000.000
VARIANT C - Extra vervoersmogelijkheden voor patiënten	16.700.000	16.700.000	16.700.000	16.700.000
TOTAAL VARIANT 1	71.058.194	141.771.279	157.076.553	172.381.826
TOTAAL VARIANT 2	77.392.140	262.173.137	294.582.651	326.997.972
TOTAAL VARIANT 3	77.392.140	319.977.545	352.387.059	384.802.380

<p><b>• Wat zijn overige te verwachten effecten/aandachtspunten?</b></p> <p>Het zal lastig zijn om bedden capaciteit die leegstaat in niet-crisissituaties waarbij wel sprake is van krapte (bijvoorbeeld wachtlijsten) niet in te zetten. Gevaar is dat hiermee deze noodcapaciteit structurele capaciteit wordt. Zie ook de reactie van het CPB op het voorstel van diverse partijen (VVD, CU, CDA en DENK) om taakstellend 0,1 miljard euro in flexibele IC-capaciteit ten behoeve van infectieziektebestrijding te investeren. Hierbij geeft het CPB aan dat het onzeker is of het doel behaald wordt, omdat het risico bestaat dat de gecreëerde overcapaciteit na verloop van tijd wordt ingezet in de reguliere zorgverlening.</p>
---

<p><b>• Met welk onderwerp of welke onderwerpen interacteert deze maatregel?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De Houtskoolschets Acute Zorg. Zie fiche: crisisbestendig en robuust acuut zorglandschap ((CZ)</li> <li>• De Discussienota Zorg voor de Toekomst.</li> <li>• Advies passende zorg, Nza en Zorginstituut Nederland</li> <li>• Het aanleggen van voorraden van (kritische/essentiële) medische producten en het versterken van de bestaande en nieuwe productie van medische producten in Nederland en Europa. Zie fiche: leveringszekerheid.</li> <li>• Fiche: Investeren in opleiden/behoud personeel (salaris, zeggenschap, werkomstandigheden) (MEVA)</li> <li>• Fiche: zorgreservisten (MEVA)</li> </ul>
---

Budgettair effect op netto collectieve zorguitgaven in mln. euro	2022	2023	2024	2025	Structureel
Maatregel variant 1					
Maatregel variant 2					
Maatregel variant 3					

•