

Vergaderjaar 2019–2020

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 455**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2020

Hierbij ontvangt u het advies «Opschalingsplan COVID-19», dat het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) samen met een brede groep deskundige partijen op mijn verzoek heeft opgesteld.<sup>1</sup> Ik wil beginnen met mijn grote dank uit te spreken naar alle betrokkenen die zich de afgelopen tijd volledig hebben ingezet om te komen tot dit advies. Na een intense periode waarbij veel van zorgprofessionals, ondersteuners en zorgbestuurders is gevraagd, hebben zij zich wederom ingezet om te komen tot een plan voor de toekomst. Ik heb grote waardering voor de betrokkenheid, creativiteit en bevlogenheid waarmee in korte tijd een gedragen plan is ontwikkeld.

In deze brief ga ik achtereenvolgens in op (1.) het doel en de context van het plan, (2.) mijn reactie op de inhoudelijke kernpunten van het plan en op de aanbevelingen die LNAZ in het plan aan VWS heeft gedaan en (3.) het vervolgproces.

#### **1. Doel en context**

##### *Zorgverlening in tijden van COVID-19*

Tijdens de eerste golf van de COVID-19 uitbraak hebben we gezien dat er veel gevraagd is van de hele keten rond de getroffen patiënten. Zowel de intensive care (IC) als de klinische capaciteit moest flink uitbreiden. Dat gold ook voor het vervoer en de nazorg die patiënten nodig hebben. Daarnaast is de regionale en landelijke coördinatie in korte tijd opgepakt. Er was sprake van een ongekende en intense periode vanwege de grote groep patiënten die zich in korte tijd aandiende waarbij vooral het aantal patiënten op de IC met een gemiddelde ligduur van 19 dagen een enorme impact heeft gehad. Alle betrokken hebben toen alles op alles moeten zetten om de nodige zorg te kunnen blijven verlenen. Dat is gelukt en dat is een prestatie van formaat, maar het heeft veel gevergd van de

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

zorgprofessionals. Daarbij zagen we ook de negatieve consequenties voor de overige patiënten vanwege de afschaling van de reguliere zorg.

Gelukkig ligt de piek van de COVID-19 uitbraak inmiddels achter ons. Het aantal patiënten op de IC is momenteel gedaald tot 30 en in de afgelopen periode was de instroom van nieuwe patiënten beperkt tot minder dan 10 per week. Dat betekent niet dat we nu rustig achterover kunnen leunen. Om eenzelfde situatie bij een onverhoopte tweede golf te voorkomen, moeten we kijken hoe de keten rond de COVID-19 patiënt beter georganiseerd kan worden. Daarom heb ik aan LNAZ gevraagd om met een opschalingsplan te komen.

Dit opschalingsplan zal in deze brief centraal staan. Daarbij wil ik benadrukken het de opschaling van zorg voor COVID-19 patiënten een belangrijk aspect is, maar dat we het vraagstuk van zorgverlening in tijden van COVID-19 binnen de context van de gehele gezondheidszorg moeten blijven zien. En dat we blijven kijken door de ogen van de patiënt en centraal stellen wat voor hem goede zorg is.

#### *Doel van het plan*

Op basis van de geleerde lessen moeten we zoveel mogelijk voorbereid zijn op het onvoorspelbare effect van het COVID-19 virus zolang dat onder ons is en de gevolgen daarvan voor de gezondheidszorg. Met dit plan willen we naar een situatie waarin we:

- Zoveel mogelijk voorkomen dat (acute) reguliere zorg te veel wordt verdrongen;
- Rekening houden met de benodigde IC-capaciteit voor COVID-zorg en aansluiten bij de controlestrategie van het kabinet, waarin de huidige signaalwaarde voor IC-opname ligt bij landelijk 10 patiëntopnames per dag gedurende 3 dagen of meer;
- Flexibel kunnen opschalen indien de ontwikkeling van het virus onverhoopt toch weer tot een piekbelasting zou leiden;
- Ervoor zorgen dat we goed voorbereid zijn in plaats van dat we heel plotseling en in korte tijd weer moeten opschalen.

Bij de beoordeling, afwegingen en besluitvorming naar aanleiding van dit plan moeten we de balans vinden tussen drie relevante invalshoeken,

- *Haalbaarheid:* We moeten goed in de gaten houden in hoeverre de verdere opschaling van de IC-capaciteit haalbaar en realiseerbaar is, met name ten aanzien van de beschikbaarheid van voldoende personeel en de gevolgen voor het zorgproces in de totale zorgketen binnen en buiten het ziekenhuis.
- *Noodzakelijkheid:* We moeten steeds bezien welke (extra) IC-capaciteit absoluut nodig is om de controlestrategie te kunnen uitvoeren, de reguliere zorg te laten doorgaan en om nieuwe pieken bij een eventuele volgende golf op te vangen.
- *Doelmatigheid:* We moeten oog houden voor de doelmatigheid van de zorg op de langere termijn. Daarbij gaan we ervan uit dat op een zeker moment een vaccin tegen COVID-19 beschikbaar komt. IC-zorg is relatief dure zorg en we moeten voorkomen dat we extra bedden enkel «voor de leegstand» creëren.

Het doet mij deugd dat het LNAZ in het plan al zoveel mogelijk vanuit deze doelstellingen en uitgangspunten heeft gewerkt. Hieronder ga ik inhoudelijk dieper in op de hoofdpunten van het plan.

## 2. Inhoud van het plan

### *Draagvlak en betrokkenheid van partijen*

Samen met betrokken partijen heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in diverse werkgroepen gewerkt aan de uitwerking van een plan waarbij alle betrokkenen structureel voorbereid en toegerust zijn op een toename van COVID-19 patiënten. In vier werkgroepen zijn vraagstukken rondom personeel en opleiden, fasering, regionale, landelijke en internationale samenwerking, het vervoer, en de financiën verder uitgewerkt.

Ten aanzien van de motie van de leden Klaver (GL) en Dijkhoff (VVD)<sup>2</sup> waarin verzocht wordt om IC-verpleegkundigen bij de besluitvorming te betrekken, wijs ik er graag op dat de werkgroep «Personeel en opleidingen» in gezamenlijkheid is getrokken door de bestuurders van V&VN-IC en de NVIC en dat verpleegkundigen en artsen vanuit hun inhoudelijke expertise betrokken zijn. Daarnaast is de *Chief Nursing Officer* lid van de overkoepelende kerngroep van het totale project.

Met deze inrichting wordt maximaal invulling gegeven aan de motie van de leden Klaver (GL) en Dijkhoff (VVD)<sup>3</sup> over het betrekken van IC-verpleegkundigen bij de besluitvorming. Daarnaast wordt in de motie verzocht om de consequenties van het structureel opschalen van IC-bedden voor de rest van de zorgketen binnen en buiten het ziekenhuis af te laten wegen in Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)-verband, samen met vertegenwoordigers van de verpleegkundigen en artsen. Ik heb vernomen dat de conceptplannen met de diverse ROAZ-regio's zijn gedeeld en daar uitgebreid zijn besproken. Ik beschouw deze motie daarmee als uitgevoerd.

### *Opschaling in fases*

Een van de aanbevelingen betreft dat VWS het advies om over te gaan tot een structurele uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.350 IC-bedden en een flexibele capaciteit van 1.700 IC-bedden overneemt. Partijen, inclusief de beroepsverenigingen NVIC en V&VN-IC, achten een flexibel model dat meebeweegt met de capaciteitsbehoefte het meest passend voor het opvangen van piekbelasting op de IC.

In dit model wordt uitgegaan van een structureel aanwezige capaciteit van 1.350 operationele bedden binnen de bestaande muren van de IC's. De IC-capaciteit zou zich vervolgens bij piekbelasting als een harmonica moeten kunnen uitrekken van 1.350 tot 1.700 bedden. In dit model zal ook uitbreiding van de klinische bedden capaciteit hierin meelopen.

Om te komen tot het verhogen van de IC-capaciteit, zijn er drie stappen:

- **Stap 1** – 100% structureel beschikbaar maken (1.150 IC-bedden): Momenteel zijn er 1.150 IC-bedden qua materieel en fysieke infrastructuur beschikbaar. Deze bedden zijn bestemd voor alle patiënten die IC-zorg nodig hebben. Door het structurele en jaarlijks oplopende tekort aan IC-verpleegkundigen is er echter gemiddeld een bedbezetting van 78%. Door het invullen van vacatures dient er een bezetting van 100% te worden gerealiseerd.
- **Stap 2** – 120% structureel beschikbaar maken (1.350 IC-bedden): Er wordt gestreefd naar een uitbreiding tot 120% binnen de bouwkundige grenzen. Deze extra IC-bedden zijn alleen bestemd voor COVID-19 patiënten die IC-zorg nodig hebben. Deze uitbreiding zal in een

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 358.

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 358.

selectief aantal ziekenhuizen plaatsvinden en zal vragen om een aangepaste werkwijze van IC-verpleegkundigen.

- **Stap 3** – 150% flexibel beschikbaar maken (1.700 IC-bedden): De opschaling van 1.350 naar 1.700 IC-bedden betreft extra operationele bedden, die alleen in zullen worden gezet voor COVID-19 patiënten in geval van een onverhoopt grote piek. Deze uitbreiding zal (meestal) buiten de muren van de IC-afdeling moeten worden gerealiseerd. Ook in deze stap is geen nieuwbouw nodig. Daarnaast vraagt de uitbreiding in deze stap om maximale ondersteuning van alle ondersteunende professionals gedurende de piekbelasting.

Deze stapsgewijze benadering vind ik nuttig, omdat het een praktische en planmatige benadering van de opgave mogelijk maakt. En het geeft vertrouwen dat deze benadering volgens de betrokken partijen haalbaar is.

Van groot belang is dat met de realisatie van stap 2 – die mogelijk wordt zodra stap 1 is gezet – de controlestrategie van het kabinet ondersteund wordt. Immers met een gemiddelde ligduur van 19 dagen en tot 10 IC-opnames per dag zullen binnen de controlestrategie namelijk tot maximaal circa 200 extra bedden voor COVID-19 patiënten nodig zijn. Met stap 2, die een vaste capaciteit van 200 bedden aan de huidige IC-capaciteit toevoegt, wordt deze behoefte ingevuld zonder dat de reguliere zorg hoeft te worden afgeschaald. De realisatie van stap 1 en 2 heeft daarom voor mij nu de prioriteit.

Ik ben daarnaast verheugd dat partijen gezamenlijk zijn gekomen tot een plan voor stap 3. Dat betreft een verder ingroeimodel tot 1.700 IC-bedden waarbij flexibiliteit en urgentie gezamenlijk voorop staan.

Ik realiseer mij dat het ambitieus is om in het najaar structureel 1.350 IC-bedden beschikbaar te hebben en ook snel flexibel te kunnen uitbreiden tot 1.700 IC-bedden waarbij de reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang vindt. Het geeft mij vertrouwen dat de ROAZ-regio's desondanks aangeven dat de genoemde uitbreiding gerealiseerd kan worden. Uit het advies komt naar voren dat bij een uitbreiding tot 1.700 IC-bedden de reguliere zorg niet meer 100% doorgang kan vinden. Het genoemde percentage van 80% doorgang van de reguliere zorg vind ik acceptabel voor een korte periode. Hierbij ga ik er vanuit dat spoed en semi-spoed zorg te allen tijde doorgaat.

Deze opschaling heeft ook consequenties voor vervoer van patiënten. Het vraagt om uitbreiding van ambulancecapaciteit, Mobiele Intensive Care Units (MICU's) en mogelijk ook inzet van het Mobiel Medisch Team (MMT). Ik ben verheugd om te vernemen dat de NVIC samen met Ambulancezorg Nederland (AZN) al bezig is met een kwalitatief verantwoorde opschaling van de IC-vervoerscapaciteit.

#### *Inzet en opleiding van personeel*

Voor het verlenen van de benodigde zorg is de inzet van personeel essentieel. Tijdens de eerste golf hebben verpleegkundigen en artsen alles op alles gezet en daarbij goed samengewerkt om alle benodigde zorg te kunnen verlenen. Ook het opstellen van dit opschalingsplan is het resultaat van de goede samenwerking tussen deze beroepsgroepen. Om de uitvoering van het plan ook daadwerkelijk te laten slagen, is het voor mij een randvoorwaarde dat deze gelijkwaardige samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen wordt voortgezet. Ik verwacht van ziekenhuisbestuur en medische staf dat ze bij alle vervolgstappen de verpleegkundigen maximaal betrekken.

We weten dat het tekort aan verpleegkundigen een grote uitdaging is. Oplossingsrichtingen waar in het plan naar wordt verwezen zijn onder

andere het maximaal inzetten op het aantrekken en behoud van IC-verpleegkundigen, het organiseren van de tijdelijke inzet van voormalig (IC)-verpleegkundigen, de uitbreiding van contracturen, het (roulerend) inzetten van verpleegkundigen van andere afdelingen, het inzetten van ondersteunend personeel en het verminderen van de administratieve lasten.

Het zal per regio, ziekenhuis en zorginstelling verschillend zijn op welke wijze voldoende personeel beschikbaar kan zijn en ingezet kan worden. Het is daarbij van belang om dit vraagstuk vanuit de gehele keten te bekijken. Ik waardeer het zeer dat partijen hebben gedacht in mogelijkheden en niet in onmogelijkheden. Juist door creatief te denken en constructief in gesprek te gaan zijn er nieuwe mogelijkheden ontstaan. De Chief Nursing Officer zal eind augustus een notitie uitbrengen over zeggenschap en positionering van verpleegkundigen. Ik kijk daar naar uit omdat dit behulpzaam kan zijn bij het uitvoeren van enkele aanbevelingen in dit plan.

#### *Coördinatie, monitoring en informatiedeling*

Het LNAZ adviseert dat VWS de landelijke COVID en non-COVID IC-bezetting en de COVID kliniek-bezetting opneemt in het dashboard als relevante ijkpunten voor het sturen op zorgcapaciteit. Dit advies neem ik in overweging. Het dashboard helpt bij het faciliteren en steeds verder verbeteren van de controlestrategie die we in Nederland hanteren. Hierbij is het van groot belang dat we via het dashboard dagelijks inzicht hebben in cijfers. Op deze manier kan een opleving van het coronavirus meteen gesignaleerd worden en kan er direct actie worden ondernomen. Samen met RIVM wordt momenteel onderzocht wanneer en onder welke voorwaarden aanvullende informatie op het dashboard kan worden opgenomen. Ondertussen verwacht ik van partijen dat ze deze informatie dagelijks blijven aanleveren bij het Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS).

Bij de stapsgewijze uitbreiding van de IC-capaciteit is ook uitgewerkt welke lokale, regionale en landelijke partijen verantwoordelijk zijn voor de verschillende onderdelen die beschreven zijn in het plan. Deze regionale en landelijke coördinatie vraagt om 7x24 uur geautomatiseerde actuele informatie over de beschikbare capaciteit en de bezetting. Dit realtime inzicht is wat mij betreft een essentiële randvoorwaarde om snel en gezamenlijk alle patiënten op de op dat moment beste plek op te kunnen vangen. Dit vraagt om één systeem dat door iedereen gebruikt wordt. Ik verwacht dat er op korte termijn een plan ligt voor het operationaliseren van één landelijk systeem voor de monitoring van bedden capaciteit en bezetting.

In het plan wordt tevens vermeld dat Nederland in tijden van crisis/schaarste over moet kunnen gaan op landelijke coördinatie en dat de beschikbaarheid van een functioneel coördinatiecentrum voor patiënten spreiding hiertoe gerealiseerd zal moeten worden. Dit landelijke coördinatiecentrum zorgt op basis van actueel inzicht in bezetting en zorgcapaciteit voor een optimale benutting van de schaars beschikbare capaciteit. In het plan is te lezen dat het LNAZ in samenspraak met de Landelijk Meldkamer Samenwerking (LMS) mij een voorstel zal doen om dit coördinatiepunt te huisvesten bij het LMS. De afgelopen periode heeft aangetoond dat landelijke coördinatie in bepaalde fases van een crisis een grote toegevoegde waarde kan hebben. Ik zie het voorstel van het LNAZ en het LMS dan ook graag tegemoet.

Voor goede COVID-zorg is het essentieel dat er voldoende apparatuur en middelen beschikbaar zijn. Het LNAZ verwacht dat VWS dit via het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) borgt. Het LCH en LCG kunnen ziekenhuizen ondersteunen in de aanschaf van de benodigde apparatuur, hulpmiddelen en geneesmiddelen, die noodzakelijk zijn voor de IC-opstapeling. Het rapport constateert dat het LCG geen knelpunten voorziet voor de medicatie die nodig is voor de opstapeling tot 1.700 IC-bedden en dat het LCH tijdig over voldoende beademingsmachines, bewakingsmonitoren, infuuspompen en (huur)bedden voor de opstapeling naar 1.700 IC-bedden beschikt. Het LCH heeft reeds van mij de opdracht gekregen om samen met de ROAZ-regio's te komen tot een verdeelplan voor de bovengenoemde spullen, zodra duidelijk is in welke ziekenhuizen de IC-opstapeling precies plaats gaat vinden. Het organiseren van andere hulpmiddelen en disposables wordt aan ziekenhuizen zelf overgelaten via hun reguliere inkoopkanalen, vanwege de grote variatie in materiaalkeuze. Het LCH zal hierin geen rol spelen.

#### *Inzet capaciteit Duitsland*

Ik heb onlangs mijn Duitse collega's uitgebreid gesproken, waarbij is afgesproken dat we elkaar in geval van nood opnieuw zullen helpen bij het opvangen van IC-patiënten. Ook de goede contacten tussen de ROAZ-en in de grensregio's en de Duitse collega's helpen hierbij. Alleen al in Noordrijn-Westfalen zijn 300 ziekenhuizen bereid om hulp te bieden. Zodra we in de situatie terecht komen waarin we aanspraak moeten maken op de flexibele opstapeling boven de 1.350 structurele bedden zal ik, samen met het LNAZ, opnieuw gaan overleggen met de Duitse collega's over het gebruikmaken van de Duitse capaciteit.

#### *Financiën*

Ik realiseer mij dat duidelijkheid over de financiering comfort biedt aan partijen om de eerste stap te zetten in de voorbereiding. Dit comfort wil ik graag bieden. Tegelijkertijd wil ik de paradoxale complexiteit van dit vraagstuk niet onderbelicht laten. We moeten gaan investeren in bedden die we bij voorkeur nooit willen gebruiken en mogelijk ook nooit gaan gebruiken, omdat we met onze COVID-19 aanpak zoveel mogelijk besmetting trachten te voorkomen. En we kunnen niet wachten om partijen tot actie te bewegen zodat we in oktober klaar staan voor een eventuele tweede golf, en tegelijkertijd kunnen we niet op korte termijn alles meteen geregeld hebben.

Op korte termijn zal ik een besluit nemen over hoe we de kosten van dit plan gaan vaststellen en dit financieel gaan inpassen. Daarbij gaat het om zowel de eenmalige investeringskosten als de kosten voor beschikbaarheid en gebruik.

- Eenmalig investeringen

Uit het plan volgt dat op de korte termijn onder andere eenmalige investeringen gedaan moeten worden voor aanpassingen die nodig zijn voor de opstapeling. Ik vind het van belang dat partijen hiermee snel aan de slag moeten kunnen gaan op basis van adequate bekostiging. Ik maak hierbij onderscheid in de verschillende fases van opstapeling.

De eenmalige investeringen die nodig zijn in stap 1, om structureel 1.150 IC-bedden te realiseren voor IC-zorg aan alle patiënten, vallen onder de normale verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar.

De eenmalige investeringen die nodig zijn in stap 2, voor de opstapeling naar 1.350 IC-bedden en bijbehorende capaciteit aan klinische

bedden voor COVID-19 patiënten, wil ik op korte termijn mogelijk maken zodat de partijen de nodige acties in gang kunnen zetten. Ik denk hierbij aan beperkte bouwkundige aanpassingen binnen een beperkt aantal ziekenhuizen en het aanpassen van ambulances waardoor ze geschikt zijn om COVID-19 patiënten te vervoeren. Hierbij ga ik er, mede vanuit doelmatigheidsredenen, vanuit dat deze extra capaciteit ten eerste gerealiseerd gaat worden in de ziekenhuizen die momenteel een IC hebben van 15 bedden of meer met daarbij een bezetting van tenminste 80%.

Het is zaak dat deze investeringen zo snel mogelijk concreet inzichtelijk worden gemaakt. Daarom ga ik op korte termijn met de ROAZ-regio's en zorgverzekeraars in gesprek om te bepalen in welke ziekenhuizen deze extra capaciteit gerealiseerd wordt.

Nieuwbouw buiten het ziekenhuis is niet nodig. Uit het plan blijkt immers dat uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.700 IC-bedden en bijbehorende uitbreiding van de kliniek binnen de muren van de bestaande ziekenhuizen te realiseren is, eventueel door middel van een verbouwing. Ook voor de aanschaf van beademingsapparatuur zijn in principe geen investeringen nodig aangezien deze apparatuur al in grote aantallen door mij is aangekocht. Voor investeringen die nodig zijn om medewerkers op te leiden tot ondersteuning op de IC, kan gebruik worden gemaakt van de reeds bestaande KIPZ-regeling (kwaliteitsimpuls ziekenhuizen).

Ook voor de eenmalige investeringen die nodig zijn in stap 3, om de flexibele opschaling van 1.350 naar 1.700 bedden voor COVID-19 patiënten te realiseren, moeten partijen snel met een concrete invulling komen.

- **Kosten voor beschikbaarheid en gebruik**

Naast eenmalige investeringen zal er ook bekostiging nodig zijn voor de beschikbaarheid en het gebruik van de IC-bedden voor COVID-19 patiënten in stap 2 (tot 1.350 bedden) en stap 3 (tot 1.700 bedden). Dit is nodig zolang we nog geen remedie hebben tegen het COVID-19-virus.

Het plan gaat in op financieringsmogelijkheden via algemene of specifieke tarieven, via een beschikbaarheidsbijdrage en een combinatie van een beschikbaarheidsbijdrage en tarieven. Voor de bekostiging adviseert het LNAZ om te kiezen voor het financieren van beschikbaarheid inclusief een variabele component. Ik vind dit een goed uitgangspunt en zal op korte termijn met de NZa en de zorgverzekeraars overleggen over de vervolgstappen, waarna ik een nader standpunt zal innemen over de wijze van bekostiging.

### **3. Vervolg**

Zoals ik hiervoor heb aangegeven, hecht ik eraan dat er nu voortvarend aan de slag wordt gegaan met de uitwerking van dit plan. Het betreft immers een plan waarmee we ons willen voorbereiden op een eventuele tweede golf waarbij de reguliere zorg ook zoveel mogelijk doorgang vindt. We zullen met dit plan verdere actie moeten ondernemen, waarbij we continu blijven schakelen met alle betrokken partijen en voortschrijdend inzicht zullen meenemen.

Ik ga ervan uit dat alle betrokken partijen er gezamenlijk alles aan zullen doen om de adviezen uit dit plan te realiseren en in een constructieve dialoog blijven om de hoge kwaliteit van zorg te kunnen blijven garanderen waarbij ook oog blijft voor de doelmatigheid. Specifiek verwacht ik van de NVZ en NFU als werkgevers dat zij hun rol pakken ten aanzien van alle vraagstukken die spelen rond betrokkenheid van verpleegkundig personeel en hier een sterke faciliterende rol in spelen



Zoals ik meermaals heb aangegeven ben ik verheugd dat partijen uit het veld binnen een zeer korte termijn een gedragen plan hebben opgeleverd over de opschaling die nodig is voor goede COVID-19 zorg naast het zoveel mogelijk continueren van de reguliere zorg. In mijn opdracht aan het LNAZ heb ik ook gevraagd om het uitwerken van een plan voor de verdere additioneel flexibele opschaling naar 3.000 IC-bedden in geval van een nieuwe, grote golf aan COVID-patiënten. Naar verwachting worden de uitkomsten hiervan in september opgeleverd.

Ten slotte wil ik benadrukken dat dit plan zich specifiek richt op COVID-19 en de specifieke voorzieningen en investeringen die deze crisis vraagt. Logischerwijs heeft dat nu onze volle aandacht en proberen we ons maximaal voor te bereiden op een eventuele tweede golf en aansluiting te houden bij de risicoweging in de controlestrategie. Aan de hand daarvan zal aan het eind van het jaar worden gezien hoe lang en in welke mate de nu voorziene opschaling ook in de toekomst passend is. We moeten ons echter blijven realiseren bij een eventuele volgende epidemie de focus op andere zorg dan IC-zorg zou kunnen liggen. Het is daarom goed om in de verdere discussie aandacht te hebben voor wat we waarin investeren. Zeker wanneer het gaat om grote investeringen is het wenselijk dat deze bijdragen aan de robuustheid van ons zorgstelsel waardoor we ook in de toekomst bij een eventuele volgende pandemie de vruchten plukken van de investeringen die we nu doen.

De Minister voor Medische Zorg,  
M.J. van Rijn