

TUSSENTIJDSE EVALUATIE PROGRAMMA PANDEMISCHE PARAATHEID EINDRAPPORTAGE

**KLANT
KENMERK
AUTEUR(S)**

Ministerie van VWS | Programmadirectie Pandemische Paraatheid
MB/bv/3719
Michiel Blom, Annemarijn Onstenk, Vince Rijnberg en Anneberthe
Visser
13 mei 2024
1.0

**DATUM
VERSIE**

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	4
1.1	Doelstelling en aanpak tussentijdse evaluatie	4
1.2	Programmabrede conclusies	4
1.3	Conclusies met betrekking tot de bredere context van het programma	6
1.4	Aanbevelingen voor het programma Pandemische Paraatheid	7
2	Inleiding	10
2.1	Achtergrond en aanleiding	10
2.2	Doelstelling en reikwijdte	10
2.3	Onderzoeksaanpak	12
2.4	De aanloop naar het programma Pandemische Paraatheid	13
2.5	Financiële middelen	14
2.6	Leeswijzer	15
3	Beleidsopgave 1: versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding	16
3.1	Inleiding	16
3.2	Versterken GGD'en	17
3.3	Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding	20
3.4	Infectieziektebestrijding – RIVM	23
3.5	Zoönose	26
3.6	Kennis en onderzoek	29
3.7	Vaccinatiestelsel	32
3.8	Stand van zaken beleidsopgave 1: Versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding	33
4	Beleidsopgave 2: zorg goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar	35
4.1	Inleiding	35
4.2	Curatieve zorg	36
4.3	Langdurige zorg	40
4.4	Stand van zaken beleidsopgave 2: Zorg goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar	43
5	Beleidsopgave 3: leveringszekerheid, innovatie en internationale afstemming	45
5.1	Inleiding	45
5.2	Leveringszekerheid	46
5.3	Innovatie	49
5.4	Internationaal	52
5.5	Stand van zaken beleidsopgave 3: Leveringszekerheid, innovatie en internationale afstemming	54
6	Programmabrede conclusies	55
6.1	Programma is voortvarend van start gegaan, maar voortgang is wisselend per (sub)beleidsopgave en vaak is het onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt	55
6.2	Programma heeft beperkte focus op crisiscommunicatie en het betrekken van de samenleving	56
6.3	Meer afstemming tussen subbeleidsopgaven draagt bij aan meer synergie	57

6.4	'Pandemisch paraat zijn' is een constante beweging, maar partijen weten niet altijd waar zij naartoe bewegen	58
6.5	Programmamiddelen lijken efficiënt te worden besteed	59
7	Conclusies met betrekking tot de bredere context van het programma	60
7.1	De samenhang met regulier beleid is wenselijk en logisch, maar leidt ook tot discussie	60
7.2	Pandemische paraatheid vergt een bredere blik dan sec het zorgdomein	61
7.3	Programma raakt vraagstukken rond sturing en de rol van de overheid	62
7.4	Positieve en negatieve neveneffecten van het programma zijn beperkt	63
8	Aanbevelingen voor het programma Pandemische Paraatheid	64
8.1	Herijk outputdoelen op haalbaarheid en realisme, en pak gemeenschappelijke uitdagingen centraal op	64
8.2	Benut actief de synergie tussen (sub)beleidsopgaven	65
8.3	Heb voldoende aandacht voor hybride zorgvormen, mantelzorg, Wmo en ondersteuning thuis	65
8.4	Verbind het programma, dat gericht is op de zorg, meer met andere domeinen	66
8.5	Definieer gezamenlijk wat 'pandemisch paraat zijn' precies inhoudt aan de hand van uiteenlopende scenario's	66
8.6	Zorg voor structurele borging van 'pandemische paraatheid', ook na de programmafase	67
A.	Klankbordgroep	68

1 Samenvatting

1.1 Doelstelling en aanpak tussentijdse evaluatie

In opdracht van de programmadirectie Pandemische Paraatheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft advies- en onderzoeksbureau Significant Public een tussentijdse evaluatie uitgevoerd van het programma Pandemische Paraatheid. In dit programma, dat in 2022 is gestart en erop is gericht om klaar te zijn voor toekomstige gezondheids crises, staan drie beleidsopgaven centraal¹:

1. Versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding;
2. Zorg: goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar;
3. Leveringszekerheid, innovatie en internationale afstemming.

Elk van de drie beleidsopgaven bestaat uit een aantal subbeleidsopgaven, die we in onderstaande figuur weergeven.



Een versterkte pandemische paraatheid vraagt om het vizier (ver) vooruit te richten. Het is reëel dat er een volgende pandemie zal komen, het is alleen niet zeker wanneer, hoe de pandemie eruit zal zien en hoe groot de impact zal zijn. Deze tussentijdse evaluatie richt zich met name op de vraag in hoeverre het beleidsprogramma de drie opgaven met de voorgestelde interventies kan realiseren. Hiertoe gebruiken we een zogeheten 'beleidstheorie', waarbij beoogde doelen, activiteiten, output (direct resultaat) en outcome (gewenste maatschappelijke effect), en de samenhang daartussen, als vertrekpunt dienen. Voor deze evaluatie hebben we een uitgebreide documentenanalyse uitgevoerd, een groot aantal oriënterende en verdiepende (groeps)interviews gehouden en twee toetsingssessies georganiseerd. Ook is een begeleidingscommissie ingesteld (intern VWS) en een klankbordgroep met externe experts (zie bijlage A), die in verschillende fases van het onderzoek zijn betrokken.

1.2 Programmabrede conclusies

1.2.1 *Programma is voortvarend van start gegaan, maar voortgang is wisselend per (sub)beleidsopgave en vaak is het onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt*

De voortgang binnen de verschillende beleidsopgaven verschilt. We zien dat de realisatie van de meeste output conform planning verloopt, maar dat de realisatie van de geformuleerde doelstellingen met onzekerheid is omgeven².

Binnen de eerste beleidsopgave, 'Versterken publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding', is door betrokken partijen al veel werk verzet en dat is ook terug te zien in de voortgang. De realisatie van bijna alle output van de subbeleidsopgaven loopt volgens planvorming; enkel de subbeleidsopgave 'Vaccinatiestelsel' loopt daarop achter.

¹ [Kamerstuk 25295, nr. 1836](#).

² In de paragrafen 3.8, 4.4 en 5.5 geven we per subbeleidsopgave een schematisch overzicht van de stand van zaken.

Desalniettemin verkeren acties veelal nog in een vroeg stadium van uitvoering en is het onzeker of alle output tijdig zal worden gerealiseerd. Noodzakelijke aanpassingen in wetgeving (Wet publieke gezondheid), arbeidsmarkttekorten, uitdagingen rondom dataprotectie, privacy en aansluiting van IV-systemen, het ontbreken van een tijdlijn voor te ondernemen acties en toekomstige besluitvorming van een nieuw kabinet dragen bij aan die onzekerheid. Alleen bij de subbeleidsopgaven 'Versterken GGD'en' en 'Zoönose' achten wij het realistisch dat de output tijdig wordt bereikt. Voor 'Versterken GGD'en' is concrete output uitgewerkt die gebonden is aan een tijdlijn. Bij de subbeleidsopgave 'Zoönose' versterkt de reeds uitgevoerde interne check op noodzakelijke aanscherpingen in het 'Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid' het vertrouwen in de haalbaarheid van de beoogde output. Bij de overige vier subbeleidsopgaven binnen beleidsopgave 1 is het onzeker of de beoogde output tijdig wordt gerealiseerd.

Bij de tweede beleidsopgave, '**Zorg goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar**', verschilt de voortgang tussen de twee subbeleidsopgaven. Voor de subbeleidsopgave 'Langdurige zorg' geldt hetzelfde als bij de meeste subbeleidsopgaven binnen beleidsopgave 1: het behalen van de output loopt volgens schema, maar of het lukt om de nog niet behaalde output te realiseren is onzeker. Die onzekerheid komt voort uit het feit dat voor de meeste acties het effect in de praktijk nog moet blijken en dat het een uitdaging is om zorgaanbieders en zorgprofessionals goed te bereiken. Ook zijn de effecten van de ingezette acties moeilijk meetbaar te maken. De voortgang en verwachtingen binnen de subbeleidsopgave 'Curatieve zorg' zijn minder duidelijk. Een aantal onderdelen loopt achter op planvorming en betrokken partijen zetten vraagtekens bij de uitvoerbaarheid van de beoogde output. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg en de Regionale Overleggen Acute Zorgketen hebben stappen gezet in het uitwerken van een duidelijke werkwijze rondom het verbeteren van de zorgcapaciteit en spreiding van de zorg. Rond het Landelijk Platform Zorgcoördinatie is waar het de ziekenhuizen betreft al veel gerealiseerd, maar is er nog ruimte voor verbetering in (de frequentie van) het aanleveren van data en in het uniformeren van afspraken. Het streven naar de instandhouding van de 1700 ic-bedden wordt niet als realistisch of effectief gezien. Zowel vanwege de huidige personeelstekorten als het feit dat dat het nog niet is gelukt om de financiering van (leegstaande) ic-bedden rond te krijgen. Wat betreft de Nationale Zorgreserve is het nog onzeker welk deel van de zorgreservisten in het geval van een volgende pandemie daadwerkelijk op de juiste plek inzetbaar is. In algemene zin vraagt de subbeleidsopgave Curatieve zorg om een herijking met oog voor de huidige personeelstekorten, een duidelijke rolverdeling en beschikbare financiële middelen.

Ook binnen de derde beleidsopgave, '**Leveringszekerheid, innovatie en internationale afstemming**', verloopt de beoogde output op de drie subbeleidsopgaven conform planvorming. Ook hier geldt dat de eerste stappen gezet zijn, maar dat de beoogde output nog beperkt gerealiseerd is. Daar waar wij het realistisch achten dat de beoogde output binnen de subbeleidsopgave 'Leveringszekerheid' tijdig wordt bereikt, is dat bij 'Innovatie' en 'Internationaal' nog onzeker. Deze onzekerheid heeft te maken met het vroege stadium waarin de uitvoering verkeert en de afhankelijkheid van nationale en internationale samenwerkingspartners.

1.2.2 *Meer afstemming tussen subbeleidsopgaven kan bijdragen aan meer synergie*

Het gehele programma Pandemische Paraatheid is zeer breed ingestoken en omvat een ruim scala aan activiteiten op uiteenlopende terreinen. Om die reden is een groot aantal beleidsdirecties binnen VWS betrokken en is het programma onderverdeeld in elf subbeleidsopgaven. De activiteiten die ondernomen worden binnen de verschillende subbeleidsopgaven hangen op sommige punten nauw met elkaar samen en hier is goede afstemming geboden, om overlap te voorkomen en wederzijdse versterking mogelijk te maken, en om synergie te realiseren binnen het programma. Hier lichten we drie voorbeelden uit:

1. De behaalde (en te behalen) resultaten binnen de subbeleidsopgave 'Kennis en onderzoek' kunnen nog beter landen in de praktijk om zo de vruchten te plukken van de verbeterde kennisbasis. Geïnterviewden geven aan dat er winst te behalen is in een nauwere wetenschappelijke samenwerking tussen RIVM, GGD'en en universiteiten;
2. Meer afstemming is mogelijk tussen de subbeleidsopgaven 'Curatieve zorg' en 'Langdurige zorg'. Geïnterviewde partijen geven aan dat een bredere bewustwording nodig is in het zorgveld over de belangen van de langdurige zorg tijdens een volgende pandemie;

-
- Ook zien we dat de inzet op internationale samenwerking onlosmakelijk verbonden is met andere onderwerpen. Dit speelt vooral bij Zoönose, Kennis en onderzoek, Leveringszekerheid en Innovatie. Hier is soms, bijvoorbeeld bij Zoönose, meer synergie op mogelijk, om te voorkomen dat de nationale en internationale inzet te veel parallel aan elkaar wordt gepleegd.

1.2.3 'Pandemisch paraat' zijn is een constante beweging, maar partijen weten niet altijd waar zij naartoe bewegen

Het programma Pandemische Paraatheid is breed ingestoken en raakt een groot aantal aspecten van 'de zorg'. Het uiteindelijke doel, '(meer) pandemisch paraat zijn', is echter weinig specifiek en meetbaar geformuleerd. Dit roept de vraag op wat 'pandemisch paraat' zijn precies betekent. 'Pandemische paraatheid' wordt veelal gezien als een constante beweging, en niet als een vaste stip op de horizon. Dat roept vragen op als: Wat betekent een flexibele, wendbare en opschaalbare gezondheidszorg precies? Hoe ziet dat eruit? Welke lessen kunnen we trekken uit nieuwe inzichten en onderzoek? Welke activiteiten dragen het meest bij aan het behalen van doelstellingen? Zolang dergelijke vragen onbeantwoord blijven, valt het gesprek over de 'pandemische paraatheid' van Nederland lastig te voeren, wat op de lange termijn mogelijk afbreuk doet aan de (politieke) aandacht voor pandemische paraatheid.

1.3 Conclusies met betrekking tot de bredere context van het programma

1.3.1 De samenhang met regulier beleid is wenselijk en logisch, maar leidt ook tot discussie

In de evaluatie komt naar voren dat een deel van de activiteiten die vallen onder het programma nauw samenhangen met regulier beleid, dat niet (specifiek) gericht is op pandemische paraatheid. Dit is niet problematisch; sterker, het is juist goed als beleidsdoelen ten aanzien van pandemische paraatheid in het verlengde liggen van 'reguliere' beleidsdoelen, zodat deze elkaar kunnen versterken. Tegelijkertijd leidt deze samenhang op onderdelen ook tot discussies over hoe (schaarse) middelen zo effectief mogelijk worden ingezet, en over wat wel en niet binnen het programma valt. Hier komt bij dat beleidsdoelen op de korte en lange termijn niet altijd in elkaars verlengde liggen. Door actuele issues, zoals een mazelenuitbraak in Noord-Brabant of het blauwtongvirus in de veehouderij, nemen de beschikbare tijd en aandacht voor pandemische paraatheid soms (tijdelijk) af, in dit voorbeeld bij GGD'en. De inzet en voortgang binnen het programma is daarmee deels afhankelijk van de mate waarin andere, acutere gezondheidsvragen zich aandienen. Overigens illustreert dit voorbeeld omgekeerd dat het 'pandemisch paraat' zijn juist ook kan bijdragen aan het goed in kunnen spelen op actuele publieke-gezondheidsissues.

1.3.2 Pandemische paraatheid vergt een bredere blik dan sec het zorgdomein

Het programma Pandemische Paraatheid is sterk gericht op de zorgkant en het verkleinen van de kans op een toekomstige pandemie en het beperken van de gevolgen voor de publieke gezondheid. Dat is logisch, aangezien het programma vanuit het ministerie van VWS is opgezet en wordt uitgevoerd. Elders lopen programma's die op andere aspecten zijn gericht. Tijdens de coronacrisis werd echter steeds duidelijker dat samenwerking met en inbreng vanuit andere domeinen nodig is om een pandemie in goede banen te leiden. Een domeinoverstijgende blik is belangrijk in de voorbereiding op en tijdens een pandemie. Hiermee kan worden voorkomen dat, zoals tijdens de coronapandemie, beleidskeuzes te eenzijdig gebaseerd zijn op medisch-wetenschappelijke kennis. Dit betekent niet dat de scope van het programma hoeft te veranderen of dat het programma verbreed moet worden. Het betekent wel dat een sterkere verbinding tussen het programma en aanpalende domeinen over en weer leidt tot versterking en verdieping, en tot een betere voorbereiding op een volgende pandemie. We zien die meerwaarde van verbinding onder andere op de volgende domeinen:

- Het bouwen aan een structurele kennisbasis en -infrastructuur over de sociaal-maatschappelijke en economische impact van pandemieën en de samenhang met de genomen of te nemen maatregelen gericht op zorg en publieke gezondheid. Dit vergt multidisciplinaire samenwerking;

-
2. Het inrichten van een domeinoverstijgend (digitaal) netwerk waarbinnen opgedane multidisciplinair kennis gedeeld wordt tussen onderzoekers, kennisinstituten en uitvoeringsorganisaties, zoals onder andere de KNAW bepleit;
 3. Versterking van de samenwerking met andere ministeries (zoals SZW, OCW, LNV en JenV/NCTV) rondom gemeenschappelijke thema's binnen pandemische paraatheid.

1.3.3 *Programma raakt vraagstukken rond sturing en de rol van de overheid*

Tijdens de coronapandemie bleek dat de veelal decentrale organisatie van de gezondheidszorg in Nederland ervoor zorgt dat het bij een instelling-, sector- of regio-overstijgende crisis ontbreekt aan effectieve landelijke sturing. Binnen het programma zijn stappen gezet om centrale sturing in de zorgketen ten tijde van crisis beter (juridisch) in te regelen, zoals met de 2^e tranche wijzigingen van de Wet publieke gezondheid. De vragen rondom sturing binnen het programma raken aan de kern van het gezondheids- en zorgstelsel in zijn geheel. In Nederland is de gezondheidszorg decentraal georganiseerd, waarbij zorginstellingen, zorgprofessionals en gemeenten ruimte krijgen om autonoom te werken. De vraagstukken die leven hebben betrekking op de 'sturing' van decentraal georganiseerde zorgaanbieders, de regionale organisatie van de GGD'en versus de behoefte aan landelijke uniformiteit en, breder, de mate waarin VWS 'doorzettingsmacht' heeft ten tijde van een pandemie.

De haalbare en effectieve mate van centrale sturing (in tijden van crisis) verschilt tussen zorgdomeinen. Zo is het mogelijk om centrale sturing en regie wettelijk in te regelen binnen de publieke gezondheidszorg. De rol van centrale sturing in tijden van crisis is binnen de publieke gezondheidszorg onderwerp van gesprek. Daarbij gaat het onder andere om het belang van netwerksamenwerkingen tussen overheden op voet van gelijkheid. Regionale overheden zijn hierbij essentiële partners. Binnen de curatieve zorg gaat het ook om netwerksamenwerking tussen de zorgnetwerken van zorgaanbieders, denk aan ziekenhuizen en ambulancediensten, in afstemming met het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS). Het is dan ook belangrijk dat er een gezamenlijke, integrale visie en ambitie zijn om centrale sturing vorm te kunnen geven. Het inregelen van centrale sturing en regie is moeilijker binnen de curatieve zorg. Hier zorgt de afhankelijkheid van zelfstandige partners voor meer complexiteit, evenals de wijze van financiering. Ook de effectiviteit van centrale sturing verdient daarom aandacht in een bredere discussie, met name wanneer er zelfstandige zorgpartners betrokken zijn.

1.4 **Aanbevelingen voor het programma Pandemische Paraatheid**

1.4.1 *Herijk outputdoelen op haalbaarheid en realisme en pak gemeenschappelijke uitdagingen centraal op*

We concludeerden hiervoor al dat het programma voortvarend van start is gegaan, maar dat de voortgang binnen de verschillende subbeleidsopgaven varieert. We zien dat de realisatie van de meeste output conform planning verloopt, maar dat de verdere realisatie van de geformuleerde doelstellingen vaak met onzekerheid is omgeven. Binnen het programma spelen gemeenschappelijke thema's die de voortgang in het behalen van output in de weg zitten. We adviseren deze thema's daarom gezamenlijk binnen het programma op te pakken, zodat betrokkenen van elkaar kunnen leren en naar gemeenschappelijke oplossingen kunnen zoeken en programmabrede keuzes gemaakt kunnen worden. Dit kan leiden tot een herijking van geformuleerde programmadoelen en tijdlijnen, als de uitkomst is dat deze niet (meer) realistisch zijn of niet aansluiten bij reguliere beleidsdoelstellingen.

Concreet noemen we hier vier bredere thema's die naar ons inzicht meer (centrale) aandacht en regie vragen:

1. We zien dat zich op verschillende plekken vergelijkbare uitdagingen voordoen rondom dataprotectie, privacy en het goed op elkaar laten aansluiten van verschillende IV-systemen, bijvoorbeeld bij de GGD'en. Onder andere een wijziging in de Wet publieke gezondheid (Wpg) moet zorgen voor een wettelijke basis voor een betere uitwisseling van data;
2. Arbeidsmarkttekorten zijn een terugkerend thema bij veel subbeleidsopgaven en worden meermaals genoemd als belemmerende factor. Bijvoorbeeld het tekort aan artsen Maatschappij en Gezondheid en het daarmee

samenhangende gebrek aan opleiders om nieuwe artsen op te leiden. Dit thema verdient daarom centrale aandacht binnen het programma om te voorkomen dat verschillende partijen in dezelfde vijver vissen, om nader te bezien of programmadoelen nog realistisch uitvoerbaar zijn, bijvoorbeeld bij Curatieve zorg, en om waar mogelijk te zoeken naar creatieve oplossingen voor de inzet van personeel;

3. Het is belangrijk dat er een gezamenlijke, integrale visie en ambitie zijn om sturing vorm te kunnen geven. Ook de effectiviteit van centrale sturing verdient, zoals gezegd, aandacht in een bredere discussie;
4. We adviseren meer aandacht te geven aan manieren om desinformatie en een lage vaccinatiebereidheid tegen te gaan, aan methoden om de bevolking goed te betrekken en aan eenduidig (operationeel) crisiscommunicatiebeleid.

Naast het oppakken van deze belangrijke gemeenschappelijke thema's binnen het programma is het belangrijk om de voortgang van de uitvoering te blijven monitoren, juist omdat deze met veel onzekerheid omgeven is en afhankelijk van (veranderende) externe factoren. De effectiviteit en haalbaarheid van activiteiten kunnen in de loop der tijd veranderen. De onderzoekers hebben tijdens de uitvoering van deze tussentijdse evaluatie gemerkt dat veel uitvoeringsinformatie versnipperd binnen het programma beschikbaar is. We adviseren daarom minimaal jaarlijks de stand van zaken goed in kaart te brengen, en niet pas op het moment van een eindevaluatie na afloop van het programma. Zo kan zonodig tussentijds worden bijgestuurd.

1.4.2 Heb voldoende aandacht voor hybride zorgvormen, mantelzorg, Wmo en ondersteuning thuis

Bepaalde groepen verzorgenden en bepaalde kwetsbare groepen lijken buiten beeld van het programma Pandemische Paraatheid te vallen. Er zijn steeds meer hybride vormen van (langdurige) zorg (bijvoorbeeld geclusterd wonen), waarbij medewerkers en bewoners ook veel extramuraal contact hebben. Denk aan mantelzorgers en informele zorgverleners, die ook een rol kunnen spelen in de verspreiding van infectieziekten. Ook de groep thuiswonende ouderen en zieken lijkt beperkt in beeld te zijn binnen het programma, hoewel deze groep in de vorige pandemie kwetsbaar bleek. Het verdient daarom aanbeveling mantelzorg, ondersteuning thuis vanuit de Wmo en hybride zorgvormen meer aandacht te geven vanuit het programma Pandemische Paraatheid.

1.4.3 Definieer gezamenlijk wat 'pandemisch paraat zijn' precies inhoudt aan de hand van uiteenlopende scenario's

We pleiten er niet voor om te proberen de programmadoelen alsnog specifiek, meetbaar en tijdgebonden te formuleren. Dat is in onze ogen niet realistisch en niet zinvol. We adviseren wel om op richtinggevende vragen binnen het programma periodiek gezamenlijk, met de betrokken stakeholders, antwoorden te vinden en daarbij de laatste kennis en inzichten vanuit het programma te benutten. Zo ontstaat een gezamenlijk beeld van wat 'pandemisch paraat zijn' inhoudt en wat daarvoor nodig is. Dit is een zaak van lange adem, want dit kan in de loop der tijd veranderen, als gevolg van voortschrijdende inzichten en een veranderende omgeving. Als dit gezamenlijke beeld er is, dan kan vervolgens gekeken worden of de beoogde output hier nog steeds mee in lijn is en aan bijdraagt.

Het gebruik van scenario's kan hierbij behulpzaam zijn. Scenario's concretiseren niet zozeer wat 'pandemisch paraat' behelst, maar bieden wel handvatten voor het versterken en richten van het programma en voor reflectie op de gepleegde inzet. Door te werken met scenario's kan worden getest of de aangenomen verbanden tussen output, outcome en strategische doelen stand houden in verschillende situaties die zich voordoen, en welke onderdelen belangrijk zijn en versterking behoeven, ook binnen een internationale context. Binnen het programma is al een goed begin gemaakt met het ontwikkelen van scenario's. We adviseren om hier (nog) meer op in te zetten en de scenario's, waar mogelijk, te toetsen in praktijksimulaties.

1.4.4 Zorg voor structurele borging van 'pandemische paraatheid', ook na de programmafase

'Pandemisch paraat zijn' is niet een tijdelijk doel, maar vergt structurele aandacht. We weten immers niet wanneer, of en hoe een volgende pandemie zich zal aandienen. Een belangrijke vraag is daarom hoe 'pandemische paraatheid'

structureel wordt geborgd en ingebed in regulier beleid na de programmafase in 2026. Het programma en deze evaluatie laten zien dat pandemische paraatheid investeringen vergt om als land op een bepaald niveau te komen, maar ook structurele middelen en aandacht om op de langere duur pandemisch paraat te blijven. Dit vergt een lange adem en (financiële) zekerheid op langere termijn voor partijen die hierin een rol spelen, om te voorkomen dat gedane investeringen weer teniet worden gedaan. Denk bijvoorbeeld aan GGD'en, zorgaanbieders en kennispartners. Zo blijft voortdurende kennisontwikkeling nodig vanwege grotere ontwikkelingen in de wereld als klimaatverandering en demografische veranderingen. We adviseren de programmadirectie Pandemische Paraatheid daarom om tijdig na te denken over een passende governancestructuur en structurele borging van 'pandemische paraatheid' in regulier beleid, voor na de programmafase. We voorzien dat ook na de programmafase vormen van coördinatie nodig blijven om lopende activiteiten goed op elkaar aan te laten sluiten en synergie binnen en tussen de beleidsopgaven te (blijven) realiseren.

Het is een reëel risico dat de coronapandemie langzaam maar zeker uit het collectieve geheugen verdwijnt, binnen de zorgsector en breed in de samenleving, en pandemische paraatheid daardoor minder maatschappelijke en politieke aandacht krijgt. Structureel investeren in pandemische paraatheid kan echter op termijn grotere schade aan de economie, samenleving en nationale gezondheid voorkomen of beperken.

2 Inleiding

2.1 Achtergrond en aanleiding

In opdracht van de programmadirectie Pandemische Paraatheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft advies- en onderzoeksbureau Significant Public een tussentijdse evaluatie uitgevoerd van het programma Pandemische Paraatheid. Tijdens de coronapandemie, in 2021, heeft het toenmalige kabinet hierover in zijn coalitieakkoord de volgende tekst opgenomen:

“Wij gebruiken de lessen uit de coronacrisis, zoals het belang van samenwerking, ontschotting en nieuwe (digitale) werkvormen, en maken ons klaar voor toekomstige gezondheids crises door versterking van de pandemische paraatheid. Dit betekent een (Europese) inzet op o.a. onafhankelijkheid voor genees- en hulpmiddelen, het borgen van publieke belangen en het in overleg met experts instellen van zorgreserves. Daarnaast willen we een flexibele opschaling en inzet van de ic-capaciteit met name op personeel gebied. Ook versterken we de publieke gezondheidszorg.”³

Om deze ambitie van het kabinet te verwezenlijken, heeft de minister van VWS in de beleidsagenda pandemische paraatheid drie beleidsopgaven geformuleerd waarop plannen tot versterking zijn gemaakt⁴:

1. Versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding;
2. Zorg: goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar;
3. Leveringszekerheid, innovatie en internationale afstemming.

Elk van de drie beleidsopgaven bestaat uit een aantal subbeleidsopgaven, die we in onderstaande figuur weergeven.



2.2 Doelstelling en reikwijdte

Een versterkte pandemische paraatheid vraagt om het vizier (ver) vooruit te richten. Het is reëel dat er een volgende pandemie zal komen, het is alleen niet zeker wanneer, hoe de pandemie eruit zal zien en hoe groot de impact zal zijn. De tussentijdse evaluatie die wij uitvoeren richt zich met name op de vraag in hoeverre het beleidsprogramma de drie opgaven met de voorgestelde interventies kan realiseren. Hiertoe gebruiken we een zogeheten 'beleidstheorie', waarbij beoogde doelen, activiteiten, output (direct resultaat) en outcome (gewenste maatschappelijke effect), en de samenhang daartussen, als vertrekpunt dienen voor deze evaluatie. Deze evaluatie is bedoeld om de doelmatigheid en doeltreffendheid van de inzet van de beschikbare middelen inzichtelijk te maken, én om de programmadoelen scherpte te geven en zo te kunnen monitoren op de voortgang. Omdat het een tussentijdse evaluatie is, zal een aantal

³ Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst, Coalitieakkoord 2021 - 2025 VVD, D66, CDA en ChristenUnie, 15 december 2021.

⁴ [Kamerstuk 25295, nr. 1836 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#).

deelontwerpen in de beleidsopgaven pas in een toekomstige (ex post) evaluatie uitgebreider kunnen worden geëvalueerd.

In deze tussentijdse evaluatie zijn we op zoek gegaan naar antwoorden op de volgende onderzoeksvragen:

1. Mate van de planvorming en uitvoering van de output:
 - i. Op welke wijze kan worden gemeten dat de beoogde output is bereikt (outputindicatoren)?
 - ii. In welke mate is de output doelmatig bereikt?
 - iii. In welke mate mag verwacht worden dat nog niet behaalde output wordt bereikt en dat deze doelmatig is?
 - iv. Wat zijn factoren die het behalen van de output eenvoudiger maken of juist bemoeilijken?
2. Waarschijnlijkheid van het bereiken van de gestelde doelen (de outcome):
 - i. Wat zouden bruikbare indicatoren kunnen zijn om inzicht te geven in hoeverre de doelstellingen in het programma worden gerealiseerd (outcome-indicatoren)?
 - ii. Hoe waarschijnlijk is het dat de beoogde en gerealiseerde output een bijdrage leveren aan het behalen van de gestelde doelen (doeltreffendheid)?
 - iii. Welke verdere output zou nog meer kunnen bijdragen aan het dichterbij brengen van de gestelde doelen?
3. Op basis van de beantwoording van vragen 1 en 2: een analyse op de samenhang en (neven)effecten van de beleidsopgaven van het programma:
 - i. In welke mate versterken de beleidsopgaven elkaar en/of werken ze elkaar juist tegen?
 - ii. Op welke wijze kunnen positieve (neven)effecten worden versterkt en negatieve (neven)effecten worden verminderd? (bijvoorbeeld positieve en negatieve gevolgen op andere beleidsterreinen zoals arbeidsmarkt, mentale gezondheid of economie)?

Op basis van deze onderzoeksvragen gaat de evaluatie in wezen over vier analysevarianten die betrekking hebben op de prestaties van het beleidsprogramma, kort samengevat als de 'vier D's'. Waar het ten eerste om gaat is de **doelformulering**: Zijn de doelen (output, outcome en opgaves) voldoende specifiek, meetbaar en tijdgebonden geformuleerd dat het mogelijk is om aan te tonen of deze zijn behaald? Ten tweede is het onderzoek gericht op **doelbereik**: Zijn de doelen daadwerkelijk gerealiseerd? Deze aspecten zijn relatief eenvoudig te beoordelen.

Lastiger is de evaluatie van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de activiteiten binnen het beleidsprogramma. Beleid kan alleen doelmatig zijn als het doeltreffend is. Daarom is het van belang om eerst naar de doeltreffendheid (effectiviteit) te kijken. **Doeltreffendheid** gaat over de mate waarin de beoogde effecten (outcome) optreden als gevolg van het programma Pandemische Paraatheid. In deze tussentijds evaluatie gaven geïnterviewde partijen diverse keren aan dat de 'outcome' vaak moeilijk concreet te maken is: wanneer is er sprake van een 'succes'? Veelal is er sprake van een 'beweging', bijvoorbeeld naar flexibelere en schaalbaardere zorg, zonder dat concreet te maken is wanneer deze flexibel en schaalbaar genoeg is. Voor deze evaluatie betekent dit dat we ons richten op de vraag in hoeverre outputs behaald zijn of worden, én op de vraag hoe de samenhang is tussen output en outcome; draagt het behalen van de output (voldoende) bij aan de outcome (de 'beweging')?

Doelmatigheid gaat over efficiëntie en zegt iets over de verhouding tussen de input (inzet beschikbare middelen) en de effecten ervan. Input gaat in dit geval over de hoeveelheid geld, maar ook over uitvoeringstechnische inzet, administratieve lasten, neveneffecten, et cetera. Om de doelmatigheid te kunnen beoordelen, is een extern referentiekader nodig. Dit bestaat, voor zover voor ons bekend, niet voor een programma als Pandemische Paraatheid. Doelmatigheid kun je daarom ook beoordelen door te kijken of de opzet en de uitvoering op punten efficiënter hadden kunnen zijn. Dit is in onze ogen een passende interpretatie van 'doelmatigheid'.

Onze evaluatie beperkt zich tot de voortgang, resultaten en de vooruitzichten binnen de drie genoemde beleidsopgaven van het programma van VWS. De drie beleidsopgaven opereren echter in een bredere context. Het 'pandemisch paraat' zijn, is een breed onderwerp en hangt af van veel externe factoren, zoals internationale factoren en factoren buiten het

VWS-domein en is ook afhankelijk van hoe de reguliere zorg is en wordt georganiseerd. Deze factoren hebben invloed hebben op de ontwikkelingen en de resultaten binnen het programma 'Pandemische Paraatheid'. Wanneer activiteiten die buiten de scope van het programma vallen bijvoorbeeld stagneren, dan kan dit invloed hebben op de voortgang binnen het programma. Daarnaast is er een reeks aan factoren die invloed hebben op de uitwerking van de geboekte resultaten binnen het programma bij een eventuele uitbraak van een pandemie, denk aan mediacontext, een disbalans tussen individueel en collectief belang en gedragsfactoren. De wisselwerking tussen het programma en externe factoren heeft niet de primaire focus van de evaluatie. Maar het is wel belangrijk om deze context voor ogen te hebben, omdat dit op verschillende manieren de maakbaarheid van 'pandemische paraatheid' beïnvloedt en inperkt.

Daarnaast worden de interne inrichting van en de samenwerking binnen het programma bij VWS apart geëvalueerd en zijn deze daarom niet meegenomen in dit onderzoek. Ook de plannen ten aanzien van informatievoorziening en ICT in den brede vallen buiten de evaluatie. Bovendien zijn er bij het inrichten van het programma keuzes gemaakt welke activiteiten binnen de betrokken beleidsdirecties specifiek onder het programma 'Pandemische Paraatheid' vallen. Binnen de beleidsdirecties vinden echter meer activiteiten en ontwikkelingen plaats die bijdragen aan een betere pandemische paraatheid. Ook deze activiteiten zijn niet meegenomen in deze evaluatie. Een voorbeeld hiervan is de rol van huisartsen in (de voorbereiding op) een pandemie. Die is niet meegenomen in het programma en daardoor geen onderdeel van deze evaluatie. Dit betekent niet dat er geen ontwikkelingen plaatsvinden. Huisartsen spelen bij het uitbreken van een pandemie een cruciale rol en met de lessen vanuit de vorige pandemie wordt door verschillende partijen gewerkt aan verbeteringen binnen dit thema.

De onderzoeksactiviteiten vonden plaats tussen september 2023 en april 2024. De laatste gesprekken zijn medio maart gevoerd. Ontwikkelingen binnen het programma die na medio maart hebben plaatsgevonden zijn daarom niet meegenomen in de evaluatie en rapportage.

2.3 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek kent verschillende componenten die we uitvoerden van september 2023 tot april 2024. Ten eerste voerden we oriënterende gesprekken waarin we een eerste beeld ophaalden van het programma. We bevroegen de aandachtspunten voor en gevoeligheden bij het onderzoek en gingen in op de context en achtergrond van het programma. Daarnaast inventariseerden we welke partijen betrokken zijn. We spraken oriënterend met de volgende partijen:

- a. Vertegenwoordiging programmadirectie Pandemische Paraatheid van VWS;
- b. Vertegenwoordiging directie Curatieve Zorg en programmadirectie Covid-19 Zorg van VWS;
- c. Vertegenwoordiging directie Langdurige Zorg van VWS;
- d. Vertegenwoordiging directie Geneesmiddelen en Medische Technologie van VWS;
- e. Vertegenwoordiging directie Internationale Zaken van VWS;
- f. Directeur Publieke Gezondheid van een van de GGD'en;
- g. Bestuurslid Landelijk Netwerk Acute Zorg;
- h. Lid directieraad RIVM;
- i. Betrokkene oprichting Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding.

Ten tweede voerden we een documentenstudie van ruim 40 documenten. Aan de hand van de vier D's analyseerden we de documenten. Met de informatie uit de documentenstudie en de oriënterende gesprekken vormden we een eerste overzicht van de stand van zaken binnen het programma. Deze bevindingen bundelden we in een tussenrapportage waarin we de beleidstheorie operationaliseerden en actualiseerden.

In de tweede fase van het onderzoek gingen we dieper in op de geoperationaliseerde beleidstheorie. We organiseerden verdiepende groepsgesprekken per subbeleidsopgave (10 gesprekken in totaal, beleidsopgave 1e Kennis en onderzoek en 3b Innovatie werden behandeld in een gezamenlijk gesprek). We nodigden voor deze gesprekken de verschillende partijen uit die betrokken zijn bij de uitvoering van de desbetreffende subbeleidsopgave. Voorafgaand aan deze

gesprekken stuurden we de deelnemers een vragenlijst toe waarin zij per output het doelbereik, de verwachting dat nog niet behaalde output behaald zal worden en de doelmatigheid konden beoordelen op een schaal van 1-10. Ook vroegen we hen een cijfer te geven aan het doelbereik en de doeltreffendheid van de outcome en de verwachting dat nog niet behaalde outcome behaald zal worden. De deelnemers hadden hierbij de ruimte hun antwoorden toe te lichten. De antwoorden van de vragenlijsten vormden de handvatten voor de verdiepende gesprekken. De gesprekken verdiepten ons inzicht in de voortgang van het programma, maar gaven ook inzicht in de verwachtingen voor de toekomst en de samenhang tussen de verschillende onderdelen van het programma. Op sommige onderdelen hebben we aanvullende telefonische interviews gehouden voor extra verdieping.

Ten slotte organiseerden we twee toetsingssessies (voor beleidsopgave 1 en 2) waarin we de opgehaalde informatie voorlegden bij een aantal partijen die een goed overzicht hadden van de desbetreffende beleidsopgave. Hierin konden zij eventuele onjuistheden aankaarten en reageren op conceptbevindingen van de onderzoekers. Daarnaast gingen we in op de samenhang tussen de verschillende subbeleidsopgaven binnen de beleidsopgave. Vanwege de diversiteit en beperkte samenhang tussen de subbeleidsopgaven binnen beleidsopgave 3 organiseerden we hiervoor geen toetsingssessie.

De opgehaalde bevindingen vanuit de verschillende onderzoeksactiviteiten zijn gebundeld in dit rapport. Ten behoeve van deze evaluatie is een begeleidingscommissie ingesteld (intern VWS) en een klankbordgroep met externe experts, die in verschillende fases van het onderzoek zijn betrokken.

2.4 De aanloop naar het programma Pandemische Paraatheid

Tijdens de coronapandemie, in 2020, ontstond er binnen VWS al een behoefte om de *lessons learned* op te halen. Eind 2020 was er daardoor een eerste beeld van wat VWS bij een toekomstige pandemie anders zou willen doen. In de zomer van 2021 zijn daaruit de eerste (deel)opgaven voortgekomen, in eerste instantie vooral gericht op het onderdeel publieke gezondheidszorg. Al snel werd duidelijk dat 'pandemisch paraat' zijn een grote en veelomvattende opgave is, die zich niet zomaar in een lijndirectie binnen VWS laat plaatsen. De Bestuursraad heeft daarom in het najaar van 2021 besloten om een aparte programmadirectie Pandemische Paraatheid in te richten. Dat maakte het mogelijk om gericht aan het vraagstuk te werken. De programmadirectie richt zich primair op het versterken van de publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding, met een coördinerende rol op de andere twee beleidsopgaven.

Eind 2021/begin 2022 vond een kabinetwisseling plaats. Met het nieuwe kabinet kwam er een passage in het coalitieakkoord te staan over pandemische paraatheid (zie boven) en kwam er structureel 300 miljoen euro aan middelen beschikbaar (zie volgende paragraaf). Dit maakte het mogelijk om concrete plannen uit te werken. Op 14 april 2022 is de beleidsagenda Pandemische Paraatheid die hieruit voortvloeide voor het eerst aan de Tweede Kamer gecommuniceerd.⁵ Later is dit uitgewerkt in een concreet beleidsprogramma met een verdeling van middelen over de diverse programmalijnen.⁶

De beleidsopgaven en de onderliggende plannen zijn in samenwerking met de betrokken veldpartijen, uitvoeringsorganisaties, wetenschap en internationale gremia tot stand gekomen. Hierin zijn ook de lessen uit op dat moment uitgevoerde evaluaties meegenomen, waaronder het eerste rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) over de aanpak van de coronacrisis.⁷

⁵ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/kst-25295-1836.html>.

⁶ Zie vooral de Kamerbrieven van 4 november 2022 ([Kamerbrief over beleidsprogramma pandemische paraatheid | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)) en 26 oktober 2023 ([Kamerbrief over voortgangsbrief beleidsprogramma pandemische paraatheid 2023 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)).

⁷ <https://www.onderzoeksraad.nl/nl/page/20666/aanpak-coronacrisis>.

2.5 Financiële middelen

Belangrijke 'input' (in termen van de beleidstheorie) voor het programma Pandemische Paraatheid zijn de financiële middelen die beschikbaar zijn gesteld. Hieronder geven we daarvan een overzicht, gebaseerd op de Kamerbrief over het programma uit 2023 (kamerstuk 2023D44621).⁸ De middelen zijn te relateren aan de verschillende (sub)beleidsopgaven uit de volgende hoofdstukken. Tabel 1 geeft een overzicht dat in de navolgende tabellen in meer detail wordt uitgesplitst. Veruit de meeste middelen, ruim de helft, gaan naar het onderdeel 'Publieke gezondheid' (beleidsopgave 1).

Totaal budget (x € mln.)	2023	2024	2025	2026	2027	Struct.
Publieke gezondheid	125,9	194,0	172,6	168,9	153,0	153,0
Flexibele en opschaalbare zorg	73,4	92,0	91,4	76,4	82,8	82,8
Leveringszekerheid	28,6	38,8	37,1	32,6	21,1	12,6
Internationaal	13,0	7,8	9,0	16,5	10,5	10,5
Risico reservering (RR)/nader in te vullen middelen op AP	2,3	17,5	19,4	30,7	32,4	41,0
Totaal	243,2	350,1	329,5	325,1	300,0	300,0

Tabel 1. Beschikbare middelen pandemische paraatheid⁹

Publieke gezondheid (x € mln.)	2023	2024	2025	2026	2027	Struct.
LFI	19,5	15,1	15,4	15,5	15,5	15,5
Versterking GGD'en	37,2	46,2	54,1	54,9	45,8	45,8
Versterken infectieziektebestrijdingsketen	35,3	38,3	34,4	34,1	37,5	37,5
Zoönosen	4,1	5,3	3,8	3,7	3,7	3,7
Kennis en innovatie	13,9	17,8	16,5	8,2	12,5	12,5
Versterking IV/ICT	15,2	71,0	48,2	52,5	38,0	38,0
Vaccinatiestelsel	0,5					
Totaal	125,9	194,0	172,6	168,9	153,0	153,0

Tabel 2. Beschikbare middelen pandemische paraatheid onderdeel publieke gezondheid en kennis en innovatie

Zorg (x € mln.)	2023	2024	2025	2026	2027	Struct.
Flexibel opschaalbare zorg	23,0	29,1	21,2	16,7	20,1	20,1
Extra vervoersmogelijkheden	0	5,6	8,8	8,8	8,8	8,8
Pandemische paraatheid in de Wlz	31,5	36,9	38,2	28,6	31,6	31,6
Coördinatie	18,9	20,4	23,2	22,3	22,3	22,3
Totaal	73,4	92,0	91,4	76,4	82,8	82,8

Tabel 3. Beschikbare middelen pandemische paraatheid onderdeel zorg

⁸ [Kamerbrief over voortgangsbrieven beleidsprogramma pandemische paraatheid 2023 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.](#)

⁹ AP is de aanvullende post van de begroting van Financiën. Over de inzet van deze middelen vindt in de volgende begrotingsrondes besluitvorming plaats.

Leveringszekerheid (x € mln.)	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Struct.
Geneesmiddelen	13,5	18	18	13,5	2,5	2,5	2,5
Medische hulpmiddelen	12	18	17	17	16,5	14,5	8
Vaccins	1,5	1,2	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Coördinatie	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Totaal	28,6	38,8	37,1	32,6	21,1	19,1	12,6

Tabel 4. Beschikbare middelen pandemische paraatheid onderdeel versterken van de leveringszekerheid van medische producten

Internationaal (x € mln.)	2023	2024	2025	2026	2027	Struct.
Internationale samenwerking	12,0	6,0	7,0	14,0	8,0	8,0
Pandemische Paraatheid Caribisch deel van het Koninkrijk	1,0	1,8	2,0	2,5	2,5	2,5
Totaal	13,0	7,8	9,0	16,5	10,5	10,5

Tabel 5. Beschikbare middelen pandemische paraatheid onderdeel internationale samenwerking

2.6 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken (hoofdstuk 3, 4 en 5) bespreken we achtereenvolgens de bevindingen ten aanzien van de drie genoemde beleidsopgaven. We bespreken per subbeleidsopgave de veronderstelde beleidstheorie, de mate waarin de output specifiek, meetbaar en tijdsgebonden is, de mate waarin de output volgens plan wordt gerealiseerd en de mate waarin de output bijdraagt aan het behalen van de outcome-doelen. We sluiten deze hoofdstukken telkens af met bevindingen over de gehele beleidsopgave heen. In hoofdstuk 6 gaan we in op overkoepelende bevindingen over de drie beleidsopgaven heen. Daarbij kijken we onder andere naar de samenhang tussen de beleidsopgaven en de doelmatigheid van het gehele programma. In hoofdstuk 7 plaatsen we het programma Pandemische paraatheid in een bredere context. Tot slot sluiten we in hoofdstuk 8 af met een aantal aanbevelingen voor het programma.

3 Beleidsopgave 1: versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding

3.1 Inleiding

Met de eerste beleidsopgave zet VWS in op een flexibele en opschaalbare publieke gezondheidszorg en een slagvaardig stelsel voor infectieziektebestrijding. Dit doel wordt onder andere nagestreefd door versterking van GGD'en en van de gehele infectieziektebestrijdingsketen, investeringen in monitoring en surveillance, in kennis en onderzoek, versterking van het vaccinatiestelsel en door intensivering van het zoönosenbeleid.

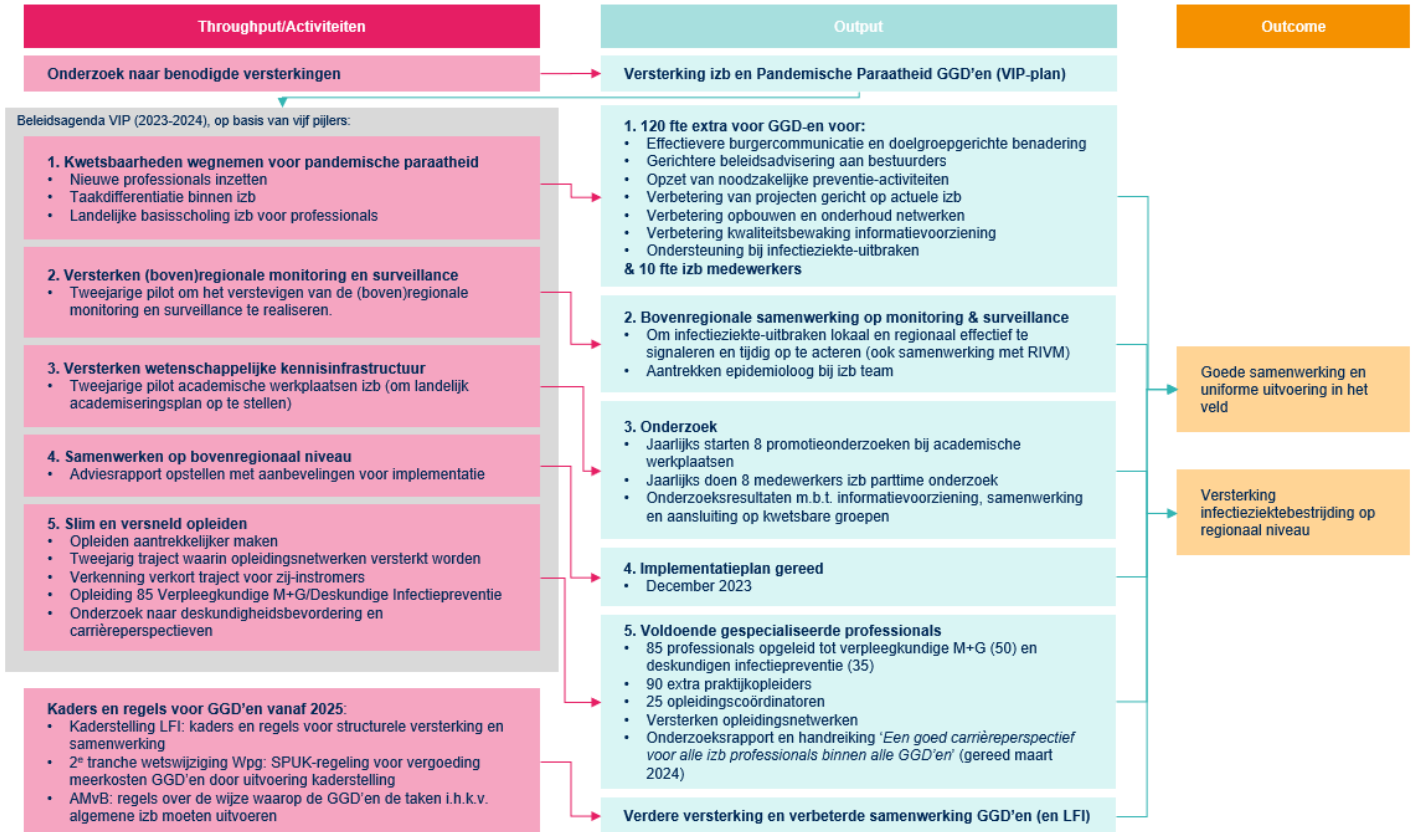
Beleidsopgave 1 is onderverdeeld in zes subbeleidsopgaven.¹⁰ In dit hoofdstuk kijken we voor elke subbeleidsopgave afzonderlijk naar de beleidstheorie, de mate waarin de beleidstheorie specifiek, meetbaar en tijdgebonden is geformuleerd, de voortgang op de beoogde output en de verwachtingen over het behalen van de output en de outcome-doelen.

¹⁰ De zevende subbeleidsopgave, IV-ICT, valt buiten de scope van deze evaluatie.

3.2 Versterken GGD'en

3.2.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 1a: Versterken GGD'en



Het versterken van de GGD'en (op regionaal niveau) is van groot belang voor het versterken van de publieke gezondheidszorg. GGD GHOR Nederland heeft samen met de GGD'en een plan van aanpak opgesteld voor de korte termijn (2023-2024), het zogeheten VIP-plan (Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische Paraatheid GGD). Het doel is dat GGD'en voldoende geëquipeerd zijn om hun rol op het gebied van infectieziektebestrijding kwalitatief goed uit te voeren, zodat ze goed voorbereid zijn op een mogelijk lauwe en warme fase bij een infectieziekte-uitbraak met (potentieel) landelijke impact. Aan de ene kant bevat het VIP-plan activiteiten die de GGD'en moeten helpen in het verbeteren van de dagelijkse werkzaamheden. Aan de andere kant is er ook output die zeer specifiek gericht is op de voorbereidingen op een volgende pandemie.

Het VIP-plan voor 2023-2024 bevat concrete activiteiten die ondergebracht zijn in vijf pijlers (zie figuur hierboven). Een deel van de activiteiten is erop gericht om de GGD'en te versterken met extra fte's. Door de inzet van deze extra fte's worden eerste kwetsbaarheden weggenomen. Dit is noodzakelijk voor de realisatie van de andere pijlers. Kennis en expertise op (boven)regionale monitoring en surveillance zijn van belang voor de beleidsadvisering en preventieactiviteiten. Om effectief infectieziekten te bestrijden in situaties die snel veranderen, is het noodzakelijk dat nieuwe wetenschappelijke kennis wordt toegepast. Hiervoor is een versterkte wetenschappelijke kennisstructuur nodig. Ook het samenwerken van GGD'en op bovenregionaal niveau is een voorwaarde voor een professionele, efficiënte en uniforme uitvoering van taken binnen de infectieziektebestrijding. Tot slot zijn opleiding en deskundigheidsbevordering nodig om de kwaliteit en professionaliteit van de professionals die zich bezighouden met infectieziektebestrijding te borgen en te bewaken.

Aan het einde van 2024, met het aflopen van het VIP-plan, zijn de GGD'en structureel versterkt waardoor zij de dagelijkse werkzaamheden beter kunnen uitvoeren en ook beter voorbereid zijn op een pandemie. Dit is een belangrijke

stap in het bereiken van de outcome-doelen. Daarnaast is de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) verantwoordelijk voor het opstellen van nieuwe kaders en regels voor de GGD'en vanaf 2025. Deze kaderstelling, die de LFI opstelt in samenspraak met de GGD'en, GGD GHOR Nederland en VWS, moet structurele samenwerking en versterking mogelijk maken vanaf 2025. In de tweede tranche wetswijziging Wet publieke gezondheid (Wpg) wordt een SPUK-regeling opgenomen om de meerkosten van GGD'en hiervoor te vergoeden. Daarnaast voorziet deze wetswijziging, waarvoor VWS verantwoordelijk is, in een grondslag om per Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) regels te stellen over de wijze waarop de GGD'en de taken in het kader van infectieziektebestrijding (moeten uitvoeren).

Deze activiteiten tezamen dienen te leiden tot een kwalitatief en kwantitatief verbeterde infectieziektebestrijding bij de GGD'en. Dit moet bijdragen aan een goede samenwerking en uniforme uitvoering in het veld en aan de versterking van infectieziektebestrijding op regionaal niveau.

3.2.2 *Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?*

De output gerelateerd aan de versterking op korte termijn (tot en met 2024) is **grotendeels specifiek, meetbaar en tijdgebonden** geformuleerd. De activiteiten die ondernomen worden om tot de gewenste output te komen, zijn uitgewerkt in het VIP-plan. Met name het vergroten van de capaciteit bij de GGD'en, waaronder meer infectieziektebestrijdingsmedewerkers (pijler 1), en het beoogd aantal praktijkleiders en artsen in opleiding (pijler 5) zijn duidelijk uitgewerkt. Tevens is per pijler beschreven wat de beoogde meetbare output is. Het adviesrapport 'Bovenregionale samenwerking tussen GGD'en in de infectieziektebestrijding' geeft duidelijkheid over de stappen die daarin genomen moeten worden. De beleidsagenda Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische Paraatheid van de GGD'en (VIP-plan) is bovendien tijdgebonden (2023 en 2024).

Echter, voor de periode na 2024 is minder duidelijk welke output behaald dient te worden en welke activiteiten er worden ondernomen. Onder andere de kaders en regels in de kaderstelling LFI en de AMvB zullen hierin voorzien. Het eerste concept van de AMvB wordt verwacht voor de zomer van 2024.

3.2.3 *Realisatie van de output conform planvorming; realistisch dat niet-behaalde output tijdig wordt bereikt*

Op dit moment **verloopt het behalen van de beoogde output conform planvorming**. Binnen de **eerste pijler** is het kwantitatieve doel om 120 fte extra aan te nemen bij de GGD'en ruimschoots behaald. Alle GGD'en hebben extra personeel, zowel niet medische professionals¹¹ als medische professionals, kunnen aannemen. Elke GGD kreeg de ruimte om zelf te bepalen welke functies zij nodig had om het izb-team te versterken. Met de uitbreiding van de fte's kunnen GGD'en de basis op orde krijgen. Daarnaast zijn er scholingen en trainingen opgestart voor niet medische professionals om hen de nodige basiskennis rondom infectieziektebestrijding bij te brengen. Een onzekere factor in de uitvoering van deze pijler zijn de tekorten op de arbeidsmarkt, waardoor het moeilijk is goede mensen aan te nemen. GGD'en moeten elkaar hierop niet beconcurreren, maar juist samenwerken, zo geven geïnterviewde partijen aan. Hierin liggen regionale en bovenregionale belangen niet altijd in elkaars verlengde, bijvoorbeeld bij het uitlenen van medewerkers. Een specifiek knelpunt hierin is dat er in Nederland weinig artsen Maatschappij en Gezondheid (arts-M&G) zijn en het lastig is hiervoor voldoende mensen aan te nemen.

Ook de pilot voor de **tweede pijler** ('versterken van de (boven)regionale monitoring en surveillance') loopt. Voor het bovenregionale gedeelte werken GGD'en, Regionale Epidemiologie Consulents (REC'ers) en het RIVM samen. Daarnaast hebben bijna alle GGD'en een epidemioloog kunnen aannemen. In 2023 zijn er een vierdaagse landelijke scholing in infectieziekte-epidemiologie en vier kennisdeling bijeenkomsten voor epidemiologen georganiseerd.

Binnen de **derde pijler** ('het versterken van de wetenschappelijke kennisinfrastructuur') zijn de verschillende beoogde onderzoekstrajecten en pilots gestart. Zo is het Consortium Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid

¹¹ Onder andere beleidsmedewerkers, communicatiemedewerkers, projectcoördinatoren en data scientists.

Infectieziekten in januari 2023 begonnen en zijn alle werkplaatsen (8 promotieonderzoeken en 8 parttime onderzoeken) gevuld tot en met 2024.

Binnen de **vierde pijler** is het adviesrapport 'Bovenregionale samenwerking tussen GGD'en in de infectieziektebestrijding' opgeleverd. Het rapport bevat onderzoeksresultaten en aanbevelingen omtrent bovenregionale samenwerking in de infectieziektebestrijding bij GGD'en. Vanaf 2025 kunnen er middelen besteed worden aan de uitwerking van dit plan.

Ook binnen **pijler 5** 'slim en versneld opleiden' is de nodige output behaald. Zo zijn er 33 verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid in opleiding en 23 opleidingscoördinatoren gestart bij de izb-teams van de GGD'en. Een risico is dat het tekort aan artsen-M&G ervoor kan zorgen dat er stagnatie komt binnen de opleidingen. Zij zijn namelijk verantwoordelijk voor het begeleiden van het praktijkgedeelte en opleiden van nieuwe artsen.

Afgaand op de gehouden interviews achten we het **realistisch dat de nog niet behaalde output binnen het VIP-plan conform planning eind 2024 afgerond zal zijn**. Dat de GGD'en goed op schema lopen voor het VIP-plan is mede te danken aan de goede samenwerking tussen GGD'en, GGD GHOR NL en VWS, geven geïnterviewde partijen aan. De combinatie van duidelijke kaders met voldoende (regionale) regelruimte die VWS biedt voor de uitvoering van het plan, wordt gewaardeerd.

Naast dat de output vanuit het VIP-plan ervoor zorgt dat de GGD'en structureel versterkt zijn en hun taken beter op zich kunnen nemen, zal de kaderstelling LFI richting geven aan de GGD'en voor verdere voorbereidingen op een volgende pandemie. Ze zijn hierbij afhankelijk van het doorvoeren van de wetswijziging van de Wpg. Mocht de wetswijziging niet per 1/1/2025 ingaan, is er geld beschikbaar via een aparte SPUK-regeling zodat de GGD'en hun bestaande formatie kunnen aanhouden en ontwikkelingen voortzetten.

3.2.4 Output draagt in redelijke mate bij aan het behalen van de outcome-doelen

Op basis van de gehouden interviews concluderen de onderzoekers dat **de output in redelijke mate bijdraagt aan de outcome-doelen**. De outcome-doelen binnen de subbeleidsopgave 'Versterken GGD'en' zijn beperkt specifiek, meetbaar en tijdgebonden geformuleerd, waardoor goed te beoordelen valt in hoeverre de output bijdraagt aan de outcome-doelen. Het VIP-plan is nauwkeurig opgesteld om de GGD'en te versterken en werkt toe naar duidelijke output. De extra fte's bij de GGD'en zorgen ervoor dat elke GGD een kwantitatieve en kwalitatieve (opleiding) verbeteringslag kan doorvoeren. Wat echter op dit moment nog ontbreekt is een stip op de horizon: wanneer zijn GGD'en voldoende geëquipeerd om hun rol op het gebied van infectieziektebestrijding kwalitatief goed uit te voeren en daarmee voorbereid op een volgende infectieziekte-uitbraak met (potentieel) landelijke impact? Adviesbureau Berenschot onderzocht de nodige formatienormering bij de GGD'en om de infectieziektebestrijding goed uit te kunnen voeren. Dit onderzoek uit december 2023 moet hiervoor handvatten bieden.

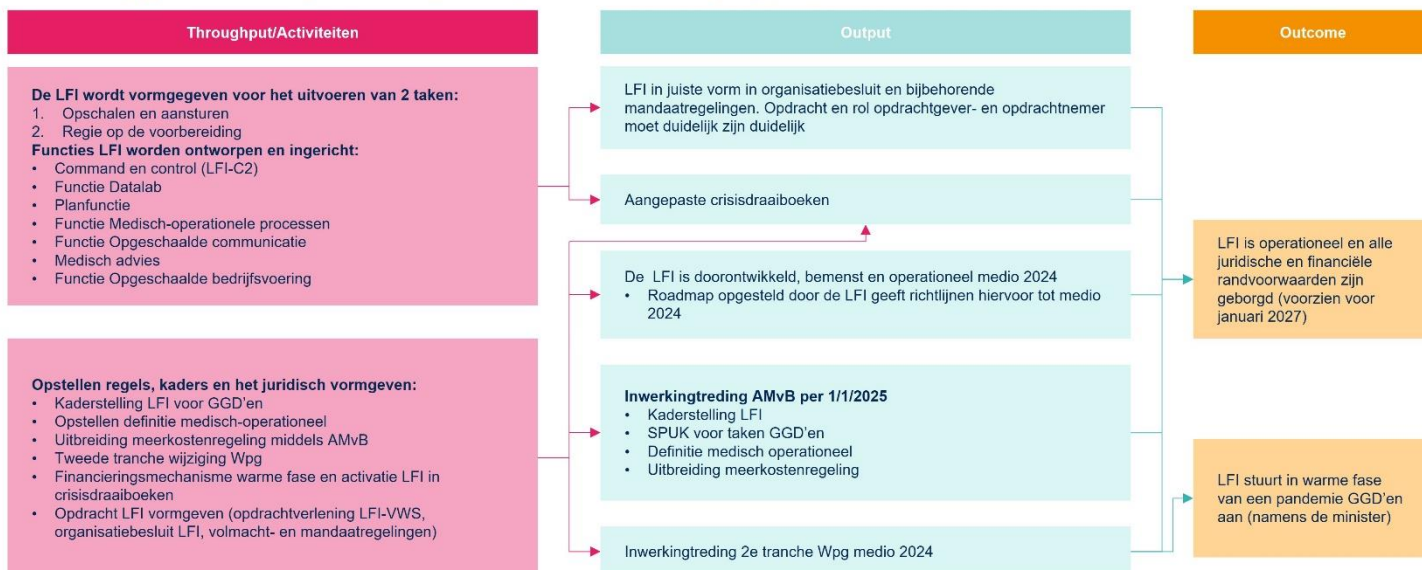
Daarnaast is het inzetten op het versterken van de GGD'en ook onderdeel van regulier beleid, waarvoor de verantwoordelijkheid van de aansturing van de GGD'en bij gemeenten ligt. Eén geïnterviewde partij geeft aan dat daardoor soms domeindiscussie ontstaat, voornamelijk op financieel vlak: wat valt onder het VIP-plan en wat valt onder regulier beleid? Deze domeindiscussie wordt overigens niet door alle geïnterviewde partijen herkend.

Het VIP-plan zorgt voor de eerste structurele stappen in het versterken van de GGD'en. Zij draagt hierbij bij aan de outcome-doelen. Hierbij is het beperkt duidelijk wanneer de versterking voldoende is geweest en de outcome-doelen zijn behaald. De kaderstelling vanuit de LFI moet het ook verder mogelijk maken te sturen op een uniforme uitvoering binnen de verschillende GGD'en en de samenwerking tussen deze GGD'en te verbeteren. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de LFI. Hoewel het aannemelijk is dat de LFI bijdraagt aan meer samenwerking en uniformiteit bij de GGD'en, is het in de outcome-doelen niet duidelijk wanneer de samenwerking goed en de werkwijze uniform genoeg is.

3.3 Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding

3.3.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 1b: Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI)



In 2022 is een advies gepubliceerd met een voorstel voor de oprichting van een Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI). Hierna is de opbouw van deze nieuwe organisatie, ondergebracht bij het RIVM, gestart. De LFI heeft twee taken. Ten eerste zal de LFI bij een nieuwe uitbraak met landelijke impact van een A-infectieziekte samen met de GGD'en zorgen voor een snelle opschaling en aansturing van de medisch-operationele processen. Ten tweede voert de LFI de centrale regie op de inhoudelijke voorbereiding op een dergelijke grootschalige uitbraak.

Om de LFI door te ontwikkelen en ervoor te zorgen dat de LFI operationeel wordt, zijn zeven verschillende functies ontworpen die de LFI moet vervullen (zie bovenstaand figuur). Als basis voor de ontwerpen van deze functies is het zogeheten Generiek opschalingsmodel LFI (GOM) ontwikkeld. In het GOM worden de activeringsniveaus van de LFI uitgelegd en het model laat zien welke stappen de LFI doorloopt bij opschaling. Uiteindelijk is het GOM niet enkel bestemd voor de LFI, maar ook voor haar partners.¹² Daarnaast is er door de LFI een implementatiestrategie opgesteld tot 2027. Een onderdeel hiervan is een roadmap met de taken per functie tot medio 2024. Deze is opgesteld door de LFI in samenspraak met betrokken partijen en vastgesteld door VWS.

Om de medisch-operationele voorzieningen succesvol te kunnen opschalen, is er tevens gewerkt aan randvoorwaardelijke zaken. Er worden regels en kaders opgesteld om snel, opschaalbaar en wendbaar te zijn (kaderstelling LFI). Deze gaan over de wijze waarop de GGD'en de algemene infectieziektebestrijding uitvoeren, wat bijdraagt aan een uniforme werkwijze van de GGD'en (zie subbeleidsopgave 1a). Om dit juridisch vorm te geven zal, met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel wijziging van de Wpg, voor sommige van deze regels en kaders een AMvB worden opgesteld. Daarnaast regelt het wetsvoorstel een directe sturingsbevoegdheid op medisch-operationele voorzieningen van de minister van VWS op de directeurs Publieke gezondheid van de GGD'en in geval van een uitbraak van een A-infectieziekte met landelijke impact.

Sinds september 2023 is de LFI operationeel en daarmee aanspreekbaar op haar rol in een warme fase. De volledige operationalisatie en implementatie van de LFI is echter pas afgerond op 1 januari 2027. Ook daarna moet de LFI zich blijven ontwikkelen en voorbereiden op een eventuele uitbraak van een A-infectieziekte met landelijke impact.

¹² [Nieuwsbrief | RIVM](#).

3.3.2 *Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?*

De output is **specifiek** geformuleerd. In het ontwerp van de LFI is duidelijk aangegeven wat er beoogd wordt met de functies en wat ervoor nodig is om deze te realiseren. Ook de benodigde regels, kaders en juridische zaken zijn duidelijk beschreven. Deze output is tevens **meetbaar**. Het is immers mogelijk om te bepalen of de verschillende functies zijn op- en ingericht en of de regels, kaders en juridische zaken zijn ingeregeld. Ook is de output **tijdgebonden** opgesteld. De LFI moet volledig voorbereid zijn op 1 januari 2027. Daarnaast bevat de implementatiestrategie tijdgebonden output, waaronder de roadmap tot medio 2024.

De verbanden tussen output en outcome zijn eveneens helder. De mate waarin de output wordt gerealiseerd, bepaalt in hoeverre de LFI volledig operationeel zal zijn en alle randvoorwaardelijke zaken juridisch en financieel zijn geborgd. Daarnaast zal de LFI in een warme fase de GGD'en inhoudelijk kunnen aansturen doordat dit verankerd zal zijn in de Wpg na de voorziene wetswijziging.

3.3.3 *Realisatie van de output conform planvorming, maar onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt*

Het behalen van de output doelen verloopt **conform planvorming**. De LFI is formeel gestart op 1 september 2023. Voorafgaand hieraan zijn voorbereidingen getroffen, waarin de nadruk lag op het ontwerpen van de LFI, het inrichten van de stuurgroep en het ophalen van input uit de GGD'en voor de ontwerpen.

In de programmafase is uitgedacht wat er moet gebeuren en deze doelen zijn in augustus 2023 vastgesteld door de stuurgroep. Sinds september 2023 is er binnen de LFI voornamelijk ingezet op bepalen welke activiteiten prioriteit hebben en het inrichten van de eerste activiteiten en functies. De roadmap van de LFI vormt hiervoor de basis. Deze beschrijft concrete doelen zoals het bemensen van de organisatie, het maken van een dashboard met de noodzakelijke sturingsinformatie, maar ook het vaststellen van de interne kwaliteitsprocessen en de wijze waarop aan de RIVM-kwaliteitseisen wordt voldaan. De geïnterviewde partijen geven aan dat de LFI tot nu toe op schema ligt om de afgesproken doelen te bereiken, maar dat er nog flinke stappen moeten worden gezet. Zij geven aan dat de samenwerking op strategisch niveau goed geregeld is en dat nu de opdracht ligt om dit ook op tactisch niveau te bereiken (onder andere via een verbindingstafel).

Daarnaast heeft de LFI samen met de GGD GHOR (en de GGD'en) een afsprakenstelsel ingericht, waarbij de verschillende partijen afspraken hebben gemaakt om een effectieve samenwerking te bewerkstelligen, zowel in een koude als in een warme fase. Het doel hiervan is een structurele verbinding opzetten om snel en effectief een veelheid aan taken te kunnen verrichten. De samenwerking met GGD'en is voorwaardelijk voor het kunnen implementeren van de ontwerpen van de LFI.

De belangrijkste output die nog behaald moet worden is de inwerkingtreding van de wijziging van de Wpg (tweede tranche). In de beleidstheorie was dit voorzien voor medio 2024. Eind 2023 is het voorstel naar de Tweede Kamer gestuurd, maar het is nog niet duidelijk wanneer het voorstel behandeld zal worden. Het is echter onrealistisch dat de wetswijziging per 1/1/2025 in zal gaan. Het tijdig behalen van deze output is dan ook zeer **onzeker**. De komst van een nieuw kabinet kan invloed hebben op de wetswijziging. De wetswijziging is nodig voor het naar behoren laten functioneren van het LFI in de warme fase. De wetswijziging is namelijk een cruciaal fundament voor een effectieve crisisaanpak, aldus geïnterviewde partijen. De wetswijziging is voornamelijk nodig voor het mandaat van de minister van VWS in een warme fase. Mocht er op dit moment een pandemie uitbreken, dan zou de aansturing vanuit de minister via de veiligheidsregio's lopen (net zoals tijdens de coronacrisis). Partijen geven aan dat ze wel zouden werken in de 'geest van de nieuwe wetgeving'. Daarnaast is de wetswijziging nodig om de AMvB op te kunnen stellen en de kaderstelling LFI richting de GGD'en (subbeleidsopgave 1a) door te voeren.

De LFI is voor de realisatie van een deel van de output, waaronder de kaderstelling, ook zelf verantwoordelijk. De verwachting hiervan is dat de beoogde output behaald zal worden binnen de voorziene termijn. Tevens bestaan er

afhankelijkheden bij het behalen van de output die de LFI dient te realiseren, bijvoorbeeld dat de LFI afhankelijk is van de GGD'en en van de ontwikkelingen rondom de informatievoorziening. Recent zijn er ook middelen beschikbaar gekomen voor de GGD'en om te kunnen aansluiten bij de LFI, wat de realisatie van de output in de toekomst mogelijk maakt. Wanneer deze output gerealiseerd wordt, is nog **onzeker**. Een mogelijk belemmerende factor is het realiseren van een passende IV-infrastructuur, waar veel ingewikkeldheden spelen. Verder zijn geïnterviewde partijen benieuwd of wat er op papier is bedacht in de praktijk ook zo gaat uitwerken.

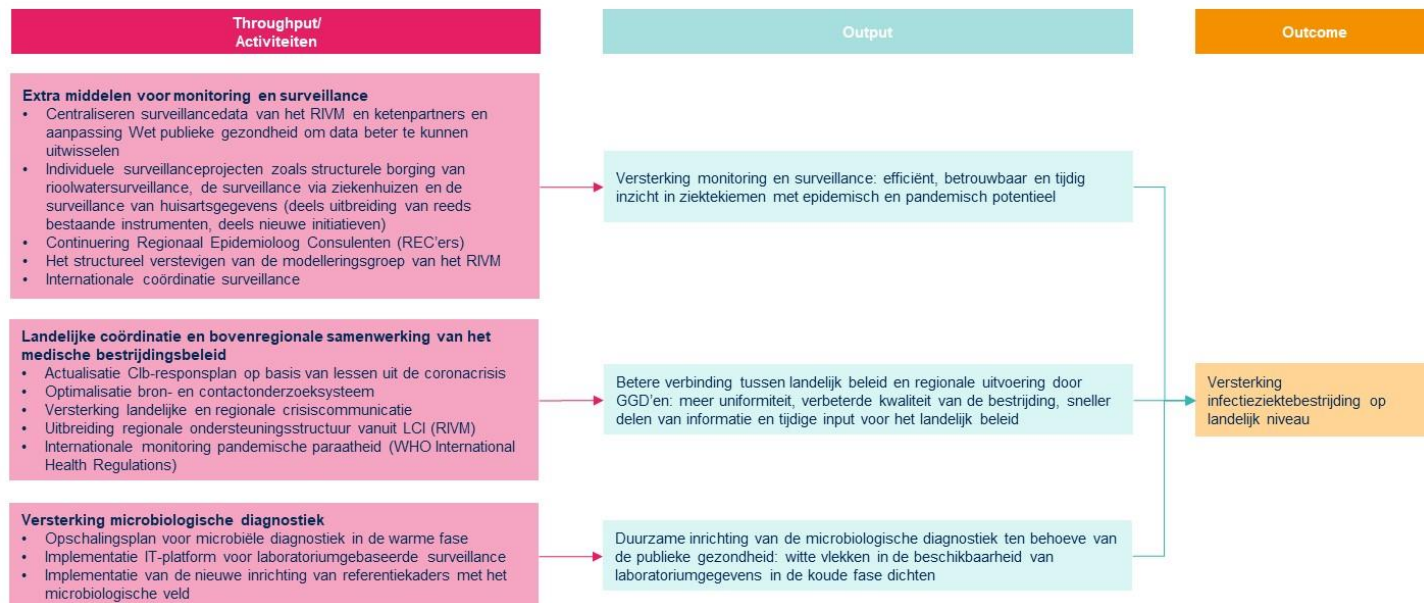
3.3.4 *Output draagt in hoge mate bij aan het behalen van de outcome-doelen*

De beoogde en gerealiseerde output dragen naar verwachting **in hoge mate** bij aan het behalen van de geformuleerde outcome-doelen. Het eerste outcome-doel ('de LFI is operationeel en alle juridische en financiële randvoorwaarden zijn geborgd in 2026') zal enerzijds worden bereikt door de activiteiten opgesteld in de roadmap en vervolgstappen hierop. Deze dragen bij aan het inrichten van de LFI. Anderzijds zorgen de wetwijziging Wpg en de daaraan verbonden AMvB voor de financiële en juridische randvoorwaarden. Daarnaast zorgt de wetwijziging ervoor dat de LFI in een warme fase een wettelijk mandaat heeft om de GGD'en direct aan te sturen (tweede outcome-doel). Een vraag die echter bij geïnterviewde partijen leeft, is hoe wordt geborgd dat de LFI ook vanaf 2027 vitaal blijft, ook als er langere tijd geen pandemie heeft plaatsgevonden. Aan deze vraag wordt actief gewerkt door de LFI. Zo wordt er een nieuwe directie opgericht, waarin uitvoeringsgerichte onderdelen samen worden gebracht. Hiermee wordt geborgd dat reguliere werkzaamheden en werkzaamheden die in tijden van crisis moeten worden uitgevoerd, in lijn komen te liggen van elkaar.

3.4 Infectieziektebestrijding – RIVM

3.4.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 1c: Infectieziektebestrijding - RIVM



Het derde doel binnen de beleidsopgave 'Versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding' is het versterken van de infectieziektebestrijding op landelijk niveau, met een centrale rol voor het RIVM. Om hiertoe te komen heeft het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS eind juni 2023 **drie adviezen** uitgebracht die de nodige activiteiten beschrijven om infectieziektebestrijding op landelijk niveau te versterken.¹³ Deze richten zich op de volgende onderwerpen:

1. Benodigdheden voor de **versterking van het landelijke en bovenregionale monitorings- en surveillancelandschap**, zodat er efficiënt, betrouwbaar en tijdig inzicht in ziektekiemen wordt verkregen met epidemisch of pandemisch potentieel;
2. Versterking van de **bovenregionale samenwerking en de landelijke coördinatie van het medische bestrijdingsbeleid**. Dit moet leiden tot een betere verbinding tussen landelijk beleid en regionale uitvoering door GGD'en, met als doel meer uniformiteit, verbeterde kwaliteit van de bestrijding, sneller delen van informatie en tijdige input voor het landelijk beleid;
3. **Microbiologische diagnostiek** ten behoeve van de publieke gezondheid, zodat witte vlekken in de beschikbaarheid van laboratoriumgegevens in de koude fase gedicht kunnen worden. Het RIVM heeft als taak om landelijke surveillance van infectieziekten uit te voeren. Hiervoor zijn gegevens uit laboratoria essentieel. Het delen hiervan gebeurt nu vaak nog op vrijwillige basis.

In de eerste twee adviezen is een centrale rol weggelegd voor het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM. Het Cib is verantwoordelijk voor een groot deel van het uitvoeren van de opgestelde plannen, samen met ketenpartners als laboratoria, GGD'en, ziekenhuizen en internationale partners. Om dit mogelijk te maken is er een structurele capaciteitsuitbreiding doorgevoerd bij het Cib. De plannen richten zich onder andere op het verbeteren van de signalering en monitoring van infectieziekten. Via het verzamelen en uitwisselen van data op verschillende manieren (zoveel mogelijk *open science*) is dit beter mogelijk. Een wijziging in de Wet publieke gezondheid (Wpg) moet zorgen voor een wettelijke basis voor een betere uitwisseling van data. Er wordt ook ingezet op internationale samenwerking en coördinatie.

¹³ [Adviezen voor grotere pandemische paraatheid | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#).

Versterking van de bovenregionale samenwerking en de landelijke coördinatie moet vorm krijgen via onder andere een actualisatie van het generiek draaiboek (toepasbaar bij verschillende soorten infectieziekten) van het Cib en van het Cib-responsplan (opschalingsstructuur in geval van een uitbraak) aan de hand van lessen uit de coronacrisis. Ook wordt het bron- en contactonderzoek-systeem geoptimaliseerd om betere informatie te genereren. Hierbij spelen onder andere vragen over de omvang waarbij bron- en contactonderzoek nog zinvol is en bij welke karakteristieken van een uitbraak. Tot slot wordt de landelijke en regionale crisiscommunicatie versterkt zodat burger en professional bij een uitbraak beter worden geïnformeerd.

In het derde advies wordt duidelijk gemaakt welke stappen binnen de microbiologische diagnostiek nodig zijn om de GGD'en en het RIVM van de juiste data te voorzien voor de signalering en monitoring van eventuele pandemieën. Denk hierbij aan de implementatie van een IT-platform voor laboratoriumgebaseerde surveillance, en een nieuwe inrichting van referentiekaders met het microbiologische veld. Ook hier wordt de link gelegd met internationale dataverzameling.

3.4.2 *Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?*

Met de verschijning van de drie adviezen is het duidelijk welke stappen ondernomen moeten worden om de infectieziektebestrijding op landelijk niveau te versterken. De beoogde output is specifiek en meetbaar uitgewerkt in de drie adviezen. Per advies zijn verschillende subdoelen benoemd waar specifieke activiteiten onder beschreven worden. Daarnaast wordt benoemd welke onderdelen van het RIVM (zoals het Cib) aan de slag gaan met welke doelen. Voor veel output is echter geen tijdslijn bekend.

Het veronderstelde verband tussen output en outcome is logisch onderbouwd. Om op landelijk niveau de infectieziektebestrijding te kunnen versterken, is het aan de ene kant nodig om in te zetten op verbetering van microbiologische diagnostiek, een betere verbinding tussen landelijk beleid en (boven-)regionale uitvoering en op versterking van de monitoring en surveillance. Aan de andere kant moeten de activiteiten binnen het RIVM aansluiten op internationale initiatieven, bijvoorbeeld binnen het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en de World Health Organization (WHO).

3.4.3 *Realisatie van de output conform planvorming, maar onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt*

De adviezen die het RIVM in juni 2023 heeft uitgebracht zijn omgezet in concrete plannen, die op dit moment worden uitgevoerd door de betrokken partijen, zoals het RIVM en de GGD'en. Meerjarige financiering geeft voorlopig zekerheid, al blijkt uit de interviews dat gemeenten, als 'eigenaren' van de 25 GGD'en, VWS op het punt van financiën op andere dossiers niet altijd als betrouwbare partner hebben ervaren.

De realisatie van de output verloopt tot nu toe volgens planvorming. Tegelijkertijd is, conform planning, nog maar relatief kort geleden begonnen met de uitvoering van de voorgenomen activiteiten en is de output soms nog maar in beperkte mate gerealiseerd. Daar waar wordt voortgebouwd op instrumenten die al voor de coronapandemie bestonden, bijvoorbeeld rondom surveillance, is het vaak makkelijker om meters te maken. Op veel onderdelen is deze subbeleidsopgave een versnelling of intensivering van al voor de pandemie ingezette trajecten.

Het is nog (te) vroeg om conclusies te trekken over het (kunnen) behalen van de beoogde output, omdat nog relatief recent gestart is met de diverse activiteiten die vallen onder deze subbeleidsopgave. Aan de output is veelal geen duidelijke tijdslijn gekoppeld, waardoor het, ook in de toekomst, moeilijk is om aan te geven of beoogde tijdschema's worden behaald. Het is daardoor op dit moment nog onzeker of de nog niet-behaalde output tijdig wordt bereikt.

Geïnterviewde partijen geven aan dat er nog flinke stappen te zetten zijn in het organiseren van bovenregionale samenwerking tussen GGD'en en het RIVM op het vlak van medisch bestrijdingsbeleid. Zo wordt er aan het Cib-responsplan en de actualisatie van het generiek draaiboek gewerkt. GGD'en werken hier ook aan vanuit het programma VIP (zie paragraaf 3.2.3). De GGD'en en het RIVM zijn hierbij aan zet (gemeenten bemoeien zich hier beperkt mee),

maar zitten niet altijd op één lijn. Ook zijn er soms discussies over waar medewerkers aangesteld moeten worden voor de bovenregionale functies die zich bezighouden met het medische bestrijdingsbeleid, bij het RIVM of GGD'en.

Een veelgenoemde uitdaging ligt verder in het goed op elkaar aan laten sluiten van IV- en ICT-systemen, doordat lokaal en regionaal verschillende systemen naast elkaar worden gebruikt. Geïnterviewde partijen geven aan dat hier nog flinke stappen in te zetten zijn. Bij data-uitwisseling zijn ook privacy-issues soms een belemmerende factor, waarbij volgens een aantal geïnterviewde partijen een bredere wegging nodig is tussen het belang van individuen en het publiek belang. Ook onzeker wanneer de wijzigingen in de Wpg (derde tranche) hun beslag zullen krijgen. De wijziging van de Wpg wordt als een belangrijke randvoorwaarde gezien voor een goede uitwisseling van data op het gebied van monitoring en surveillance.

3.4.4 Output draagt in redelijke mate bij aan het behalen van de outcome-doelen

Het veronderstelde verband tussen output en outcome is zoals gezegd logisch onderbouwd en gebaseerd op (na de COVID-19-pandemie) uitgevoerde risicoanalyses. Om op landelijk niveau de infectieziektebestrijding te versterken, is logische output geformuleerd op de drie actielijnen.

Hoewel de output naar verwachting bijdraagt aan versterking van de landelijke infectieziektebestrijding, is er geen duidelijke meetlat die aangeeft wanneer de infectieziektebestrijding op landelijk niveau 'voldoende' versterkt is. Dat maakt het moeilijk om te evalueren op het geformuleerde outcome-doel. Ook ontbreekt daardoor een duidelijke en gemeenschappelijke 'stip op de horizon' voor de betrokken partijen. Wel verwezen geïnterviewde partijen naar Artikel 8 van de Europese verordening inzake ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen, die voorschrijft dat alle EU-lidstaten eens per drie jaar beoordeeld worden op hun preventie-, paraatheids-, en responsplanning.¹⁴ Deze evaluatie zal in ieder geval een ijkpunt vormen voor de versterking van infectieziektebestrijding op nationaal niveau.

¹⁴ *[Publications Office \(europa.eu\)](https://publications.office.europa.eu).

3.5 Zoönose

3.5.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 1d: Zoönose



Zoönosen zijn infectieziekten die van dier op mens kunnen worden overgedragen, zoals het coronavirus en de vogelgriep. Het doel van het versterken van het zoönosenbeleid in Nederland is tweeledig. Allereerst wordt beoogd het risico op het ontstaan en de verspreiding van zoönosen te verkleinen. Daarnaast zijn de inspanningen gericht op het beter voorbereid zijn op een volgende uitbraak van een zoönose. Hiertoe is het *Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid* opgesteld, bestaande uit 54 acties. De uitvoering van het plan is belegd bij het (beleids-)uitvoeringsteam bestaande uit medewerkers vanuit VWS en LNV. Elke actie heeft één trekker vanuit LNV of VWS en wordt uitgevoerd in samenwerking met een groot aantal partners. Deze acties zijn onderverdeeld in vijf pijlers: **preventie**, **detectie**, **respons**, **internationale inzet** en **onderzoek**. Alle acties zijn gericht op het versterken van de *One Health* aanpak: de verbetering van de gezondheid van mens, dier en milieu. In het bovenstaande schema vermelden wij de (volgens het actieplan) belangrijkste acties in *bullet points*.

3.5.2 Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?

De vraag vanuit VWS aan de onderzoekers is om in deze tussentijdse evaluatie het actieplan in zijn geheel te beoordelen en niet alle 54 acties afzonderlijk. In deze paragraaf beperken wij ons daarom tot een globale impressie van de mate waarin de acties specifiek, meetbaar en tijdgebonden zijn geformuleerd:

- Output is specifiek geformuleerd.** De 54 acties in het nationaal actieplan zijn veelal concreet geformuleerd en uitgewerkt en uit een inventarisatie binnen VWS en LNV naar blinde vlekken in 2023 kwamen geen noodzakelijke aanscherpingen van het actieplan naar voren. LNV en VWS werken nauw samen bij de uitvoering van het actieplan, en er is een duidelijke onderlinge taakverdeling.
- Output is vaak lastig meetbaar en kent geen vaste tijdslijn.** Meerdere outputs zijn lastig meetbaar door het hoge ambitieniveau ervan (bijvoorbeeld het tegengaan van wereldwijde ontbossing) of het ontbreken van een

nulmeting (bijvoorbeeld voor zoönosegeletterdheid). Daarbij mist een deel van de acties een concrete tijdslijn (bijvoorbeeld '2023 en verder').

3. **De formulering van de beoogde outcome-doel is niet richtinggevend.** 'Versterken One Health' en de twee pijlers die eronder liggen (de doelen van het actieplan) zijn breed geformuleerd, waardoor voortgang lastig meetbaar is en een stip op de horizon nog ontbreekt.

3.5.3 Realisatie van de output conform planvorming; realistisch dat niet-behaalde output tijdig wordt bereikt

Volgens VWS, LNV en betrokken partijen biedt het *Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid* het nodige houvast in het versterken van het zoönosenbeleid, zowel nationaal als internationaal. De geïnterviewde partners reflecteren positief op de wijze waarop het rapport *Zoönosen in het vizier* uit 2021 is vertaald naar het actieplan.¹⁵ In 2023 is er tevens een ronde gedaan binnen VWS en LNV om eventuele blinde vlekken in het actieplan te identificeren. Uit deze inventarisatie kwamen geen noodzakelijke aanscherpingen naar voren. Stakeholders en experts die betrokken waren bij de totstandkoming van het plan worden in het najaar van 2024 betrokken voor een herijking en wederom aan het einde van de looptijd (2026/27). In de zomer van 2024 gaan VWS en LNV zelf de stand van zaken op alle 54 acties evalueren.

Ten tijde van deze tussentijdse evaluatie is de beoogde **output conform planvorming gerealiseerd**. Op alle 54 acties van het actieplan is werk in gang gezet en enkele acties zijn zelfs al afgerond. Acties waarbij de NVWA betrokken is (bijvoorbeeld versterkte aanpak vectoren, geletterdheid, internationale samenwerking, toezicht op beurzen), zijn wat later op gang gekomen, door onder andere het moeten werven van personeel, maar lopen inmiddels wel. De afstemming tussen VWS/LNV en de NVWA is ingeregeld op kwartaalbasis, maar volgens VWS moet de regelmatige afstemming nog beter worden ingericht. Daardoor bestaat er bij VWS en LNV nog enige onduidelijkheid over de mate waarin de extra financiële middelen zich bij de NVWA hebben vertaald naar de overeengekomen output (bijvoorbeeld de bekostiging van (extra) fte's).

Het **bereiken van de nog niet-behaalde output is realistisch**, al is niet altijd duidelijk welke tijdslijnen hiervoor staan. Enerzijds zijn geïnterviewde partijen positief over de voortgang op de verschillende acties binnen het actieplan en zijn wij geen onderdelen tegengekomen die deze partijen op voorhand onhaalbaar achten. Anderzijds bestaat er voor meerdere acties wel **onduidelijkheid bij LNV en VWS over wat 'doelbereik' precies inhoudt**. Dit heeft te maken met de meetbaarheid van output en het breed geformuleerde outcome-doel, zoals besproken in paragraaf 3.5.2.

3.5.4 Output draagt in redelijke mate bij aan het behalen van de outcome-doelen

Door de gedegen wijze waarop het nationaal actieplan tot stand is gekomen en regelmatig wordt geëvalueerd, **draagt de beoogde output naar verwachting in redelijke mate bij aan het behalen van de beoogde outcome**. Het is volgens VWS, LNV en betrokken partijen wel nog een uitdaging om de output van de 54 acties te laten samenkomen in een geïntegreerde One Health aanpak. Daarbij is het outcome-doel niet-specifiek geformuleerd, waardoor resultaten lastig meetbaar zijn en een stip op de horizon ontbreekt.

In deze tussentijdse evaluatie komt een aantal aandachtspunten naar voren. Een eerste constatering is dat de **impact van sommige acties (nog) onzeker** is en daarmee ook het effect hiervan op de twee doelen van het actieplan en het versterken van de *One Health* aanpak. Een voorbeeld hiervan is de inzet op zoönosegeletterdheid onder zowel burgers als professionals. Leidt het informeren over teken ertoe dat burgers vaker een tekencheck uitvoeren? Leidt de verbeterde afstemming tussen dieren- en huisartsen ertoe dat een huisarts vaker informeert naar de aanwezigheid van een huisdier? Deze vragen liggen ten grondslag aan het (beoogde) effect van ondernomen acties, maar zijn lastig meetbaar en worden ook niet gemeten.

¹⁵ [Zoönosen in het vizier | Rapport | Rijksoverheid.nl](#).

Daarnaast zijn betrokken partijen niet voldoende op de hoogte van alle acties die binnen deze subbeleidsopgave worden ondernomen en welke organisaties voor welke aspecten aan de lat staan. Door de afstemming over lopende acties te verbeteren wordt samenwerking gefaciliteerd en overlap voorkomen. Het RIVM is ten tijde van deze evaluatie bezig met het ontwikkelen van een kader voor betere afstemming. Dit ontbreken van overzicht speelt ook bij de internationale inzet op zoönosenbeleid. Enkele partijen die betrokken zijn bij nationale acties geven aan dat zij onvoldoende zicht hebben op internationale ontwikkelingen. Idealiter vullen acties op nationaal en internationaal niveau elkaar aan. Hier is volgens deze partijen nog ruimte voor verbetering in de samenwerking. Het reeds lopende Strong1Health project wordt aangehaald als een voorbeeld waar de aansluiting tussen nationale en internationale acties wel al wordt opgezocht.¹⁶ Dit project begeeft zich nog in de opstartfase.

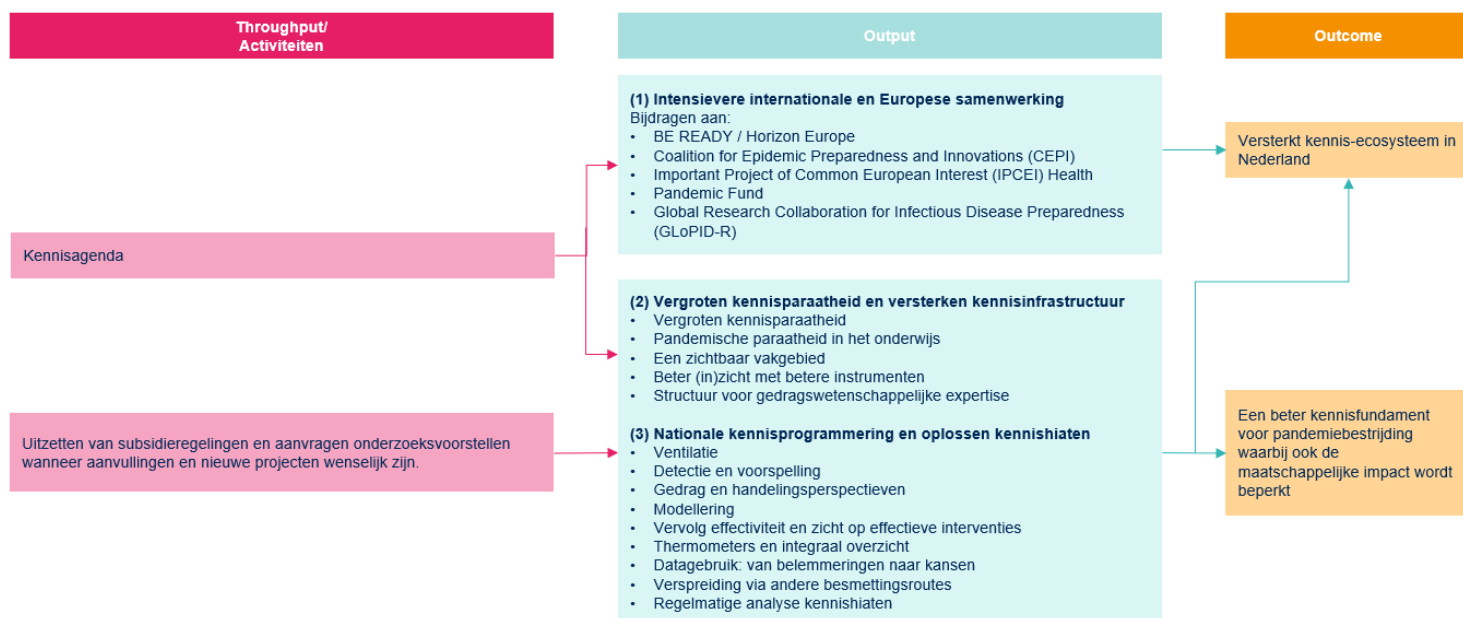
Tot slot staan bestuursstructuren en de inrichting van de financiering (door gedeeld opdrachtgeverschap VWS en LNV) een geïntegreerde One Health aanpak soms in de weg. Een eerste belemmerende factor die geïnterviewde partijen noemen is dat de financiering vanuit de ministeries (financiering voor een kortere periode) niet altijd gelijk loopt aan de tijdslijnen van onderzoeken (zekerheid nodig voor langere termijn). Een tweede belemmering is dat samenwerking tussen verschillende uitvoerende partijen (RIVM, NVWA, WUR) bemoeilijkt wordt doordat financiering vanuit de overheid niet altijd op dezelfde momenten beschikbaar komt voor deze verschillende partijen. Daardoor is het moeilijk om gezamenlijke plannen te maken. Deze knelpunten worden herkend door VWS en LNV en zij wijzen op hun beurt naar financiële en budgettaire restricties binnen de Rijksoverheid, zoals jaargrenzen, die een optimale financieringsstructuur soms in de weg staan.

¹⁶ <https://www.rivm.nl/en/international-projects/strong1h>.

3.6 Kennis en onderzoek

3.6.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 1e: Kennis en onderzoek



Tijdens de coronapandemie bleken er kennishiaten te bestaan met betrekking tot pandemieën. Om de kennisbasis te versterken, is er binnen het programma Pandemische Paraatheid een kennisagenda opgesteld langs drie lijnen:¹⁷

1. **Intensiveren internationale en Europese samenwerking.** Veel kennisvraagstukken doen zich ook voor in andere landen, zowel op Europees als mondiaal niveau. Daar waar vraagstukken grensoverstijgend zijn, is inzet in internationaal verband het meest efficiënt. Ook biedt de Nederlandse bijdrage aan Europese programma's de kans aan Nederlandse partijen om mee te dingen voor financiering. Deze lijn overlapt deels met subbeleidsopgave 3b: Innovatie.
2. **Vergroten kennisparaatheid en versterken kennisinfrastructuur.** Inzet onder deze lijn moet ertoe leiden dat de wetenschap tijdens een volgende pandemie tijdig relevante kennis kan generen als input voor besluitvorming en dat de aandacht voor pandemische paraatheid bij betrokken partijen levend blijft in de koude fase.
3. **Nationale kennisprogrammering en oplossen kennishiaten.** De inzet onder deze lijn is bedoeld om kennislacunes die zichtbaar werden tijdens de coronapandemie te dichten en voort te bouwen op opgedane kennis tijdens die pandemie.

3.6.2 Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?

Veel beoogde output van de kennisagenda zit nog in een **verkennde fase**, waarbij nog moet worden uitgewerkt hoe de verschillende aspecten van kennisparaatheid of -programmering het beste kunnen worden ingevuld. Deze **output is dus veelal nog niet specifiek, meetbaar of tijdgebonden**. Waar output wel al in specifieke onderzoeksprogramma's is gegoten (bijvoorbeeld ventilatie en detectie), zijn doelen wel specifiek (bijvoorbeeld 'meer te weten komen over het effect van ventilatie in verschillende contexten'), meetbaar en tijdgebonden.

¹⁷ [Pandemische paraatheid: een agenda voor kennis en innovatie | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#).

3.6.3 Realisatie van de output conform planvorming; onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt

Op een aantal outputs zijn al acties in gang gezet, andere zijn nog in de oriëntatie- of opstartfase. Overall reflecteren VWS en betrokken partijen positief op de voortgang binnen deze subbeleidsopgave en verloopt de realisatie van beoogde output conform planvorming. Deze tussentijdse evaluatie valt relatief vroeg voor meerdere onderdelen van de kennisagenda, aangezien die nog aan het opstarten zijn.

Binnen de eerste lijn van de kennisagenda zijn enkele acties in gang gezet (zie hiervoor ook paragraaf 5.4 Internationaal). Voor het intensiveren van internationale samenwerking lopen er gesprekken met het BE READY consortium binnen Horizon Europe voor een Europees partnerschap pandemische paraatheid met ZonMw en het RIVM. Geld voor deze partnerschappen is al gereserveerd bij VWS. Nederland draagt bij aan de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) en het Pandemic Fund. Tegelijkertijd kunnen Nederlandse partijen meedingen voor financiering vanuit CEPI. Nederland is via ZonMw al betrokken bij de Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GLOPID-R) voor een mondiale kennisagenda.

De tweede lijn van de kennisagenda bevindt zich nog in de oriënterende fase, waarbij er voornamelijk gesprekken zijn gevoerd met partners en experts. Van realisatie van bepaalde output is daarmee nog geen sprake. (Meer) aandacht voor pandemische kennis in het onderwijs is een thema dat door gesprekspartners wordt benadrukt als belangrijk aandachtspunt.

Binnen de derde lijn wordt er reeds onderzoek gedaan op een aantal thema's. TNO coördineert een onderzoeksprogramma naar de rol van ventilatie in infectieziektebestrijding. Dit programma loopt tot 2026. ZonMw coördineert onderzoeksprogramma's op twee thema's¹⁸ en deze lopen tot en met 2025. Daarnaast stimuleert ZonMw het gebruik van het FAIR Data principe waarbij (onderzoeks)data Findable (vindbaar), Accessible (toegankelijk), Interoperable (interoperabel) en Reusable (herbruikbaar) moet zijn voor mens én computers. Voor kennisontwikkeling op het gebied van modellering voor pandemische paraatheid heeft ZonMw begin 2024 een aanvraagtraject voor subsidies opengezet. Bij het RIVM loopt een onderzoek naar de determinanten van gedrag in de koude fase.

Op andere thema's binnen de derde lijn (zie schematische beleidstheorie) is nog geen actie ondernomen. Gesprekspartners benadrukken het belang van actie op het gebied van interventiestudies, waar tijdens de coronapandemie vrijwel geen capaciteit en tijd voor was. Middels interventiestudies kan worden onderzocht in welke mate beleid tijdens een pandemie zich vertaalt naar resultaten in de praktijk. Zo kan er bijvoorbeeld worden gekeken naar het stimuleren van gedrag dat ook in een koude fase al relevant is, zoals het wassen van handen.

Of alle beoogde output tijdig behaald zal worden is onzeker. In de eerste plaats komt dit doordat veel output ten tijde van deze evaluatie nog in de opstartfase verkeert. Zo lopen er in 2024 vanuit VWS nog verkenningen om vast te stellen of alle beoogde output realistisch is. De tweede reden voor onzekerheid is dat voor veel output geen concrete planning, einddatum of einddoel bestaat. Geïnterviewde partijen geven aan dat bij de inzet op kennis en onderzoek een einddatum en een concreet einddoel niet passend zijn. Onderzoeksresultaten kunnen niet op de plank worden gelegd met de hoop dat deze over 10 jaar nog eens van pas komen. Kennis en onderzoek vergt continue inzet, ook nadat huidige onderzoeksprogramma's aflopen. Daarmee hangt het bereik van de beoogde output af van de (politieke) bereidheid tot investeren, nu en in de toekomst, zo geven geïnterviewde partijen aan.

3.6.4 Output draagt in redelijke mate bij aan het behalen van de outcome-doelen

De beoogde output zal naar verwachting in redelijke mate bijdragen aan het behalen van de outcome-doelen. Tegelijkertijd zijn de outcome-doelen niet meetbaar, waardoor zowel VWS als betrokken partijen beperkt kunnen duiden

¹⁸ Deze thema's zijn (1) het beter begrijpen, voorspellen en opsporen van de introductie en verspreiding van pathogenen met pandemisch potentieel en (2) maatschappij en gedrag.

wanneer de beoogde outcomes 'behaald' zijn.¹⁹ Ook maakt de zogenoemde 'preparedness paradox' het lastig om het effect van de inzet op preventie correct te evalueren: Het succesvol mitigeren van pandemische risico's door inzet op preventie kan achteraf het paradoxale beeld creëren dat die inzet (gedeeltelijk) overbodig was.

Output waarop reeds actie is ondernomen draagt al bij aan een beter kennisfundament voor pandemiebestrijding. Volgens zowel VWS als betrokken partijen is het Nederlandse kennisfundament op het gebied van pandemische paraatheid al verbeterd ten opzichte van de situatie tijdens de coronapandemie. De kennisagenda haalt ook meermaals het belang aan van het beperken van de maatschappelijke impact van interventies tijdens een pandemie. Vanuit het COVID-19 programma bij ZonMw is een inventarisatie gedaan naar onderzoeken die betrekking hebben op de maatschappelijke impact van coronamaatregelen.²⁰ Naast deze inventarisatie is er op dit outcome-doel nog geen verdere output in gang gezet en daarmee is het behalen hiervan nog onzeker.

Om te komen tot een versterkt kennis-ecosysteem zijn reeds acties ondernomen, zoals het organiseren van netwerkbijeenkomsten en het inrichten van consortia. De partijen die wij spraken gaven vier aandachtspunten mee ter bevordering van een versterkt kennis-ecosysteem:

1. Er ligt er een taak voor VWS om **betere afstemming over lopende acties** te realiseren, om zo samenwerking tussen betrokken partijen beter mogelijk te maken. Op dit moment geven partijen aan een overzicht te missen van alle acties die worden ondernomen op het gebied van kennis en onderzoek.
2. Betrokkenen benadrukken het belang van multidisciplinair onderzoek voor pandemische paraatheid (bijvoorbeeld microbiologie, sociale wetenschap en data science). Deze **multidisciplinaire samenwerking komt nog beperkt van de grond** en hiervoor is tot op heden niets structureel ingeregeld.
3. **Langetermijnfinanciering ontbreekt** en deze is essentieel voor langetermijnonderzoek. Dit punt wordt erkend door zowel VWS als betrokken partijen. Aan de start van het programma Pandemische Paraatheid kwamen er geen structurele middelen vrij vanuit het ministerie van Financiën, maar volgens VWS is het beschikbaar maken van meer structurele financiering inmiddels beter mogelijk.
4. Tot slot ligt zien geïnterviewde partijen binnen deze beleidsopgave kansen om **meer aansluiting te vinden bij het bedrijfsleven** om zo ook private middelen aan te boren. Mogelijk kan er lering getrokken worden uit de wijze waarop dit binnen beleidsopgave 3b (Innovatie) wordt gedaan door betrokken partijen.

¹⁹ Volgens VWS speelt ook de zogenoemde 'preparedness paradox' een rol: Het succesvol mitigeren van pandemische risico's middels inzet op preventie, kan ertoe leiden dat die inzet op preventie achteraf als overmatig wordt gezien.

²⁰ [Kennis over de effecten van maatregelen tijdens de COVID-19 pandemie | ZonMw.](#)

3.7 Vaccinatiestelsel

3.7.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 1f: Vaccinatiestelsel



De Onderzoeksraad voor Veiligheid oordeelde in zijn evaluatie van de aanpak van de coronacrisis dat het vaccinatiestelsel onvoldoende voorbereid bleek op de pandemie.²¹ In de verkenning van de toekomstbestendigheid van het vaccinatiestelsel in Nederland door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) werd rond dezelfde tijd geconcludeerd dat het opzetten van nieuwe vaccinatieprogramma's te veel tijd kost vanwege het ontbreken van een eenduidige uitvoerder, voornamelijk bij vaccinaties voor volwassenen.²² De staatssecretaris van VWS verzocht de RVS in februari 2020 een verkenning uit te voeren naar de toekomstbestendigheid van het huidige vaccinatiestelsel. De verkenning die RVS heeft uitgevoerd, was dus niet ingegeven door de pandemie, maar de ervaringen uit de COVID-19-vaccinatie worden wel in het advies meegenomen en kunnen helpen bij het aanpakken van knelpunten in de reguliere vaccinatiezorg.

In de uitgebreide beleidsreactie op het RVS-advies, benoemt de staatssecretaris van VWS zijn voornemen om **één gecommiteerde uitvoerder voor vaccinaties voor volwassenen** bij GGD'en aan te stellen. Het RIVM voert in samenwerking met GGD GHOR Nederland op verzoek van de staatssecretaris een uitvoeringstoets uit waaruit moet blijken op welke wijze een vaccinatievoorziening voor volwassenen het beste kan worden georganiseerd.²³ Deze uitvoerder moet zowel in de koude als warme fase verantwoordelijk zijn voor alle vaccinaties.²⁴

De vaccinatie van zorgprofessionals en bewoners van instellingen in de langdurige zorg loopt via andere wegen dan de algemene vaccinatie voor volwassenen. In het document 'Stip op de Horizon COVID-19 in de langdurige zorg' vragen veldpartners om een landelijk structureel vaccinatieprogramma met eenvoudige registratie en duidelijkheid wie verantwoordelijk is voor professionals en bewoners.²⁵ Voor zover bij de onderzoekers bekend, zijn hier geen verdere stappen op ondernomen.

3.7.2 Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?

De **output** rondom het toewijzen van één gecommiteerde uitvoerder voor vaccinaties voor volwassenen is **specifiek** en **meetbaar**. Alhoewel een duidelijke deadline voor de uitvoeringstoets is opgesteld, bestaat er **nog geen gezette tijdlijn** voor het realiseren van de output. Het is daarbij, aan de hand van het rapport van de RVS, duidelijk waarom een gecommiteerde uitvoerder bijdraagt aan het versterken van het vaccinatiestelsel (outcome). De uitvoeringstoets van het RIVM brengt in kaart wat nodig is (capaciteiten en randvoorwaarden) voor het opzetten van een vaccinatievoorziening bij de GGD'en.

²¹ [Aanpak coronacrisis - Deel 2: september 2020 - juli 2021 - Onderzoeksraad.](#)

²² [Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\).](#)

²³ Het is onduidelijk of andere uitvoerders zijn overwogen. In [kamerbrief 32 793 nr. 615](#) stelt de staatssecretaris van VWS dat de GGD een logische partij is gezien de huidige rol met betrekking tot het Rijksvaccinatieprogramma en infectiebestrijding.

²⁴ [Kamerbrief over beleidsprogramma pandemische paraatheid | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.](#)

²⁵ [Langdurige zorg presenteert stip op de horizon Covid-19 | ActiZ.](#)

3.7.3 Realisatie van de output loopt achter op planvorming; onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt

Middels de uitvoeringstoets wordt onderzocht of een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij GGD'en haalbaar en uitvoerbaar is. De uitvoeringstoets bevindt zich nu in de afrondende fase, hoewel de beoogde (verschoven) deadline eind 2023 was. In de oorspronkelijke planning zou de uitvoeringstoets zelfs al afgerond zijn voor de zomer van 2023. De verwachting is nu dat de uitvoeringstoets afgerond wordt in het eerste kwartaal van 2024. De vorming van een nieuw kabinet kan de besluitvorming over de beoogde vaccinatievoorziening voor volwassenen bij GGD'en vertragen. Dit brengt **onzekerheid** met zich mee. Hoewel de output niet tijdgebonden is geformuleerd, kunnen we concluderen dat het onzeker is of de output behaald zal worden en wanneer.

De beleids- en stelselvraagstukken binnen de uitvoeringstoets zijn groot, zoals rond opschaalbaarheid, fijnmazig vaccineren en financiële consequenties. Het is belangrijk dat er voldoende mogelijkheden zijn om op te schalen in tijden van crisis. Dit brengt, onder andere, logistieke uitdagingen met zich mee en kan bij bepaalde typen vaccinaties op gespannen voet staan met de wens om een fijnmazige voorziening te realiseren. Dit moet uit de uitvoeringstoets blijken.

3.7.4 Output draagt in redelijke mate bij aan het behalen van de outcome-doelen

Het toewerken naar één gecommiteerde uitvoerder voor het uitvoeren van vaccinatieprogramma's voor volwassenen draagt naar verwachting **in redelijke mate** bij aan het behalen van het gestelde outcome-doel, namelijk het versterken van het vaccinatiestelsel. Bij het versterken van het vaccinatiestelsel wordt gesproken over het toekomstbestendig maken van het vaccinatiestelsel, wat op hoofdlijnen inhoudt dat de uitvoerder gecommiteerd en flexibel is en zich verhoudt tot ontwikkelingen in het vaccinatieaanbod. Het versterken van het vaccinatiestelsel maakt het daarnaast haalbaarder om nieuwe vaccinaties sneller te implementeren.

De uitvoeringstoets is nog niet afgerond door zowel de inhoudelijke als financiële complexiteit van de uitvoeringstoets. Om deze reden is er nog geen duidelijkheid over de te nemen stappen, deze volgen immers uit de uitvoeringstoets. Er zijn meerdere ingewikkelde vraagstukken waarbij belangrijke keuzes gemaakt moeten worden. Ook is er daardoor nog geen tijdspad voor de vervolgstappen. Bovendien gaat het bij deze uitvoeringstoets over een stelselvraag met mogelijk conflicterende doelstellingen (zie boven). De val van het kabinet in 2023 en het feit dat het proces van de formatie een lange periode in beslag neemt, kunnen er daarnaast voor zorgen dat besluitvorming over de uitkomsten vertraging oploopt.

3.8 Stand van zaken beleidsopgave 1: Versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding

Tot slot geven wij in onderstaand schema de stand van zaken weer binnen beleidsopgave 1 door voor iedere subbeleidsopgave de volgende drie vragen te beantwoorden:

1. In hoeverre wordt de beoogde output tot nu toe volgens plan gerealiseerd?
2. In hoeverre is het realistisch dat de nog niet-behaalde output tijdig wordt bereikt?
3. In hoeverre dragen de beoogde en gerealiseerde output naar verwachting bij aan het behalen van de gestelde outcome-doelen?

De voorgaande paragrafen doen uiteraard meer recht aan de nuances in de praktijk dan onderstaande beknopte antwoorden op deze drie vragen. Het schema is bedoeld om in één oogopslag inzichtelijk te maken welke subbeleidsopgaven volgens de onderzoekers extra aandacht behoeven.

In hoeverre wordt de beoogde output tot nu toe volgens plan gerealiseerd?			
Versterken GGD'en	<i>Achter op planvorming</i>	Conform planvorming	<i>Voor op planvorming</i>
Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding	<i>Achter op planvorming</i>	Conform planvorming	<i>Voor op planvorming</i>
Infectieziektebestrijding – RIVM	<i>Achter op planvorming</i>	Conform planvorming	<i>Voor op planvorming</i>
Zoönose	<i>Achter op planvorming</i>	Conform planvorming	<i>Voor op planvorming</i>
Kennis en onderzoek	<i>Achter op planvorming</i>	Conform planvorming	<i>Voor op planvorming</i>
Vaccinatiestelsel	Achter op planvorming	<i>Conform planvorming</i>	<i>Voor op planvorming</i>
In hoeverre is het realistisch dat de nog niet-behaalde output tijdig wordt bereikt?			
Versterken GGD'en	<i>Niet realistisch</i>	<i>Onzeker</i>	Realistisch
Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding	<i>Niet realistisch</i>	Onzeker	<i>Realistisch</i>
Infectieziektebestrijding – RIVM	<i>Niet realistisch</i>	Onzeker	<i>Realistisch</i>
Zoönose	<i>Niet realistisch</i>	<i>Onzeker</i>	Realistisch
Kennis en onderzoek	<i>Niet realistisch</i>	Onzeker	<i>Realistisch</i>
Vaccinatiestelsel	<i>Niet realistisch</i>	Onzeker	<i>Realistisch</i>
In hoeverre dragen de beoogde en gerealiseerde output naar verwachting bij aan het behalen van de gestelde outcome-doelen?			
Versterken GGD'en	<i>In beperkte mate</i>	In redelijke mate	<i>In hoge mate</i>
Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding	<i>In beperkte mate</i>	<i>In redelijke mate</i>	In hoge mate
Infectieziektebestrijding – RIVM	<i>In beperkte mate</i>	In redelijke mate	<i>In hoge mate</i>
Zoönose	<i>In beperkte mate</i>	In redelijke mate	<i>In hoge mate</i>
Kennis en onderzoek	<i>In beperkte mate</i>	In redelijke mate	<i>In hoge mate</i>
Vaccinatiestelsel	<i>In beperkte mate</i>	In redelijke mate	<i>In hoge mate</i>

Tabel 6. Stand van zaken beleidsopgave 1: Versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding

4 Beleidsopgave 2: zorg goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar

4.1 Inleiding

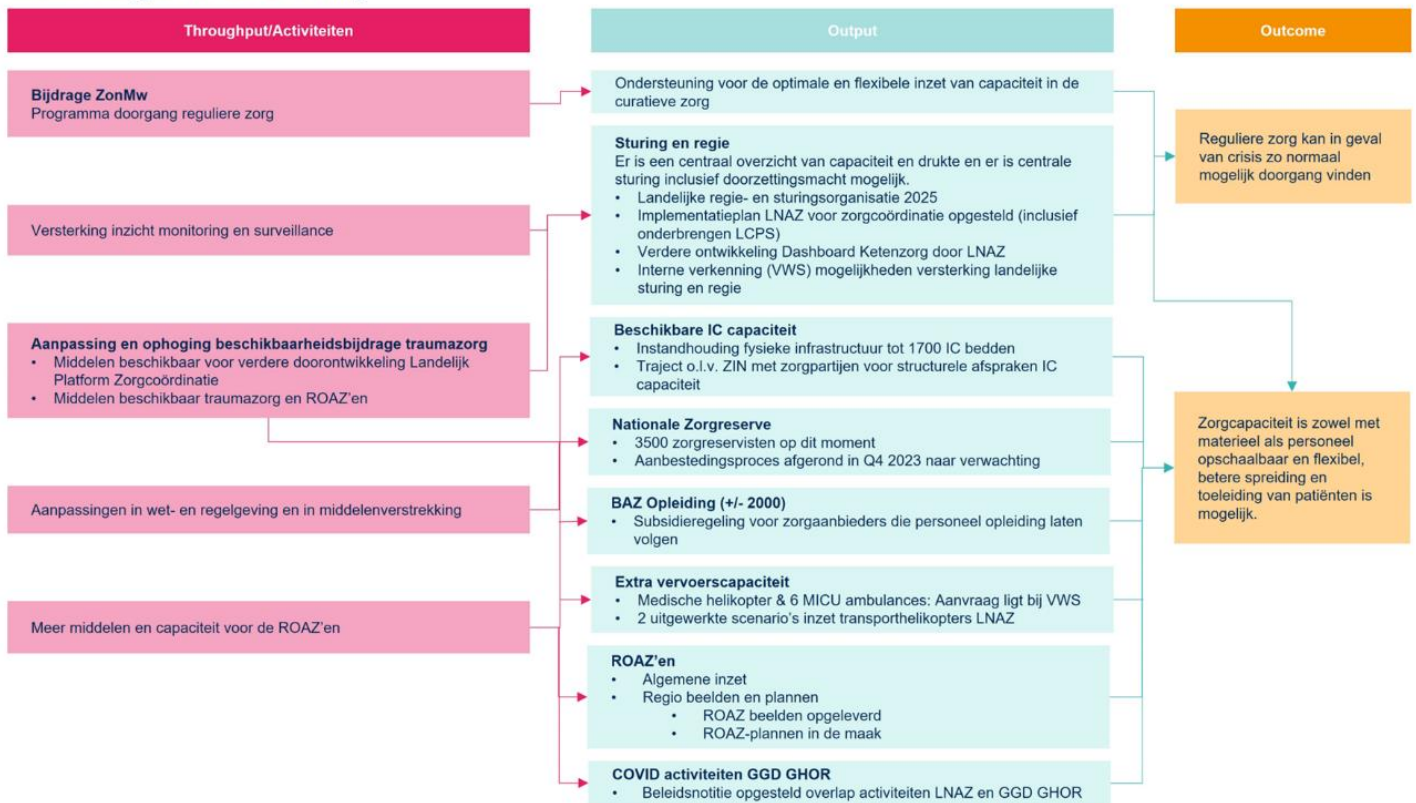
Beleidsopgave 2 richt zich op het crisisbestendig maken van het Nederlandse zorglandschap. Centraal hierin zijn de doorgang van de reguliere zorg tijdens een volgende pandemie, de opschaalbaarheid van zorgcapaciteit en hygiënebevordering en infectiepreventie binnen de Langdurige zorg. Ook bleek tijdens de coronapandemie dat de aandacht voor en aansluiting van de Langdurige zorg bij regionale afstemming nog aandacht behoeft, ter voorbereiding op en tijdens een volgende pandemie.

Onder beleidsopgave 2 vallen twee subbeleidsopgaven: Curatieve zorg en Langdurige zorg. In dit hoofdstuk kijken we voor beide subbeleidsopgaven afzonderlijk naar de beleidstheorie, de mate waarin de beleidstheorie specifiek, meetbaar en tijdgebonden is geformuleerd, de voortgang op de beoogde output en de verwachtingen over het behalen van de output en de outcome-doelen.

4.2 Curatieve zorg

4.2.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 2a: Curatieve zorg



Om pandemisch paraat te zijn, is het belangrijk dat de curatieve zorg zo is ingericht dat zorgpartijen niet alleen voldoende zorg kunnen bieden aan pandemiegerelateerde zorgvragen, maar ook dat de **reguliere zorg doorgang kan vinden**. Om dit te bereiken moet de zorgcapaciteit zowel materieel als personeel **opschaalbaar en flexibel** zijn. Daarnaast moet het mogelijk zijn patiënten te spreiden over verschillende zorgpartijen.²⁶ Het ministerie van VWS werkt samen met het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en de landelijke netwerkorganisatie van de tien Regionale Netwerken Acute Zorg (ROAZ'en) aan deze opgave.

Om de **reguliere zorg doorgang te laten vinden** wordt een **optimale en flexibele inzet van zorgcapaciteit** in de curatieve zorg onderzocht. De minister heeft aan ZonMw gevraagd om een programma uit te werken rondom het laten doorgaan van de reguliere zorg in tijden van crisis.²⁷

Daarnaast wordt ingezet op een beter overzicht van zorgcapaciteit bij de verschillende zorgpartijen voor het faciliteren van meer sturing en regie in de warme fase. Het LNAZ en de ROAZ'en werken aan de inrichting en versterking van verschillende netwerken en platforms (waaronder het Landelijk Platform Zorgcoördinatie), zodat er sterke structuren bestaan in geval van crisis waarbinnen patiënten en materialen uitgewisseld kunnen worden. Het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) maakt de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen in Nederland **realtime** inzichtelijk in een dashboard, waardoor patiënten beter gespreid kunnen worden tussen ziekenhuizen in tijden van crisis en de schaarse capaciteit van de acute zorgketen beter wordt benut. Het LPZ kent diverse modules, waaronder een spoedmodule, een geboortezorgmodule en een kliniekmodule.

²⁶ [Kamerbrief over voortgangsbrieven beleidsprogramma pandemische paraatheid 2023 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#).

²⁷ Ibid.

Ter bevordering van de **opschaalbaarheid en flexibiliteit van de zorgcapaciteit** en ter bevordering van de **patiëntenspreiding** ligt de focus op het verbeteren van de crisiscapaciteit, bijvoorbeeld door extra in te zetten op flexibel inzetbare ic-capaciteit, het verder uitbouwen en inrichten van de Nationale Zorgreserve, het stimuleren van het volgen van de Basis Acute Zorg (BAZ) opleiding door zorgmedewerkers en het uitbreiden van de vervoerscapaciteit. Dit laatste draagt ook bij aan het kunnen realiseren van patiëntenspreiding. Om deze activiteiten goed uit te kunnen voeren, zijn aanpassingen in wet- en regelgeving en aanvullende financiële middelen nodig. Dit gebeurt onder andere via aanpassingen van de beleidsregels door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de bekostiging van de bureaus die de ROAZ'en ondersteunen.²⁸

Om de doelen te realiseren zijn meer middelen en personele capaciteit nodig voor de ROAZ'en. Hiermee kunnen de ROAZ'en beelden en plannen opstellen die duidelijk maken wat er moet gebeuren in de verschillende regio's.²⁹ De beelden maken het de ROAZ-regio's mogelijk om prioritaire opgaven te identificeren waaraan gewerkt moet worden om de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg te blijven borgen. De beelden zijn vertaald naar concrete plannen, waarin afspraken staan om de acute zorg toekomstbestendiger en robuuster te maken. De ROAZ-beelden en -plannen zijn belangrijk in het kader van pandemische paraatheid, maar reiken verder dan enkel crisisbestendigheid.

4.2.2 *Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?*

Een **deel van de beoogde output** is **specifiek, meetbaar en tijdgebonden** opgesteld. Het inzetten op een flexibel inzetbare ic-capaciteit en het bereiken van een Nationale Zorgreserve zijn hier voorbeelden van. De doelen bevatten specifieke aantallen en vaak ook een tijdsverloop waarbinnen deze gehaald moeten worden.

Ook binnen het LNAZ en de ROAZ'en wordt gewerkt aan specifieke output. Door het opstellen van ROAZ-beelden is duidelijk wat nodig is en welke rollen de verschillende ROAZ'en kunnen vervullen. Stapsgewijs kunnen zij zo toewerken naar een zorgstelsel waarin makkelijk opgeschaald en gespreid kan worden. De ROAZ-plannen zijn daarbij **tijdgebonden** (oplevering eind 2023).

De beoogde output van het ZonMw-programma is ontwikkeld. ZonMw heeft een programmavoorstel uitgewerkt en VWS heeft hier goedkeuring aan gegeven. ZonMw start op dit moment het programma op, zoals ook in de planning werd beoogd.

4.2.3 *Realisatie van de output deels achter op planvorming; niet realistisch dat niet-behaalde output tijdig wordt bereikt*

Tot nu toe is er binnen het programma zowel door VWS als het LNAZ en de ROAZ'en hard gewerkt aan het realiseren van de activiteiten en output. Toch is een behoorlijk deel van de geplande output nog niet gerealiseerd en loopt de subbeleidsopgave Curatieve zorg daarmee **deels achter op planvorming**. Onder geïnterviewde partijen zijn de meningen verdeeld over de voortgang op de beoogde output en over de mate waarin de beoogde output bijdraagt aan de beoogde outcomes.

Het LNAZ en de ROAZ'en hebben stappen gezet in het uitwerken van een duidelijke werkwijze rondom het verbeteren van de zorgcapaciteit en spreiding van de zorg. Dit is mogelijk door de uitbreiding van middelen en capaciteit bij de ROAZ'en (vanaf 1 juli 2023) en het LNAZ. Vanuit VWS hebben zij de verantwoordelijkheid gekregen voor de monitoring van de continuïteit van de zorgketen. Ondernomen stappen zijn het doorontwikkelen van het LPZ en het Dashboard Ketenzorg en het opstellen van ROAZ-beelden en -plannen.

Rond het LPZ is waar het de ziekenhuizen betreft al veel gerealiseerd, maar is er nog ruimte voor verbetering in (de frequentie van) het aanleveren van data en in het uniformeren van afspraken. De volgende stap is het inzichtelijk maken

²⁸ [Kamerbrief over voortgangsbrief beleidsprogramma pandemische paraatheid 2023 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#).

²⁹ Ibid.

van de bezetting en capaciteit van bedden voor kortdurend verblijf in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg (VVT). Hiervoor gaat in 2024 een aantal pilots draaien.³⁰ De ROAZ-beelden zijn in 2023 opgeleverd en de ROAZ-plannen zijn in de maak volgens planning. De werkwijze voor het verbeteren van de zorgcapaciteit en verspreiding van zorg, zoals opgenomen in de ROAZ-plannen, moet nog in de praktijk worden gebracht.

Onder leiding van het Zorginstituut Nederland (ZIN) is een traject gestart om met zorgpartijen structurele afspraken te maken over de beschikbare ic-capaciteit.³¹ De instandhouding van een infrastructuur met (potentieel) 1700 fysieke ic-bedden is op het moment van deze tussenevaluatie niet gerealiseerd. Daarnaast wordt een kostenonderzoek uitgevoerd om inzichtelijk te maken welke kosten ziekenhuizen maken om extra ic-capaciteit beschikbaar te houden. Er zijn nog geen uitkomsten met betrekking tot structurele afspraken over de beschikbaarheid van ic-capaciteit. Deze afspraken zijn belangrijk voor de mate waarin ziekenhuizen in tijden van crisis paraat zijn.

Het aantal zorgreservisten breidt zich ook gestaag uit. Waar dit er eind 2022 nog 1618 waren, zijn er inmiddels (eind 2023) 3800, mede door de inzet van Stichting Extra ZorgSamen, die gefinancierd wordt vanuit VWS. Daarnaast heeft VWS in Q4 van 2023 het aanbestedingsproces rondom de uitvoering van de opdracht 'de Nationale Zorgreserve' afgerond, met ingangsdatum 1 februari 2024.³²

Binnen VWS is er aandacht besteed aan het wijzigen van wet- en regelgeving en het beschikbaar stellen van financiële middelen, bijvoorbeeld door het instellen van een subsidieregeling voor de BAZ-opleiding. Ook voor 2024 is het voornemen om het verkort doorlopen van de BAZ-opleiding financieel te stimuleren.

Tot slot heeft het LNAZ, op verzoek van VWS, een offerte aangeleverd voor een onderzoek voor het uitwerken van twee scenario's voor de inzet van een medische helikopter voor spreiding van patiënten tijdens toekomstige crises en rampen. In het plan wordt nader ingegaan op mogelijkheden voor benutting van de helikopter buiten crisistijd, waarbij de inzet gedurende crises geborgd blijft. Conclusie van het plan zal een advies zijn te kiezen voor één van de scenario's, in combinatie met de wijze van reguliere inzet, inclusief advies over meetbare resultaten, benodigde randvoorwaarden en financiële onderbouwing van het geheel. Momenteel vindt er afstemming plaats over de plannen rondom de medische helikopter, wat betekent dat de inzet van een medische helikopter voor patiëntenspreiding nog niet is gerealiseerd.

Op basis van deze tussentijdse evaluatie **concluderen de onderzoekers dat het tijdig bereiken van output die nog niet behaald is, onrealistisch is**. Volgens geïnterviewde partijen is de beoogde output in de huidige beleidstheorie niet altijd effectief en/of realistisch. In algemene zin vraagt de subbeleidsopgave Curatieve zorg om een herijking vanuit de programmadirectie met oog voor de huidige personeelstekorten, een duidelijke rolverdeling en beschikbare financiële middelen. Hierbij is het betrekken van alle ketenpartijen van belang. Dit lichten we hieronder toe.

Zo hebben geïnterviewde partijen verschillende zienswijzen over de inrichting van landelijke sturing en regie in tijden van crisis, oftewel in de warme fase van een pandemie. Over de landelijke sturing en regie, zoals deze in de structuur tijdens de vorige pandemie is uitgevoerd, bestaan kritische geluiden. Deels heeft dit te maken met de *haalbaarheid* van goed functionerende landelijke sturing in tijden van crisis. Tijdens de coronapandemie bleek dat er in de praktijk geen 'doorzettingsmacht' bestond voor bijvoorbeeld patiëntenspreiding. Volgens geïnterviewde partijen is een vorm van doorzettingsmacht lastig uitvoerbaar aangezien ziekenhuizen zelfstandige instellingen zijn. De keuzes die werden gemaakt rondom de doorzettingsmacht hadden niet de gewenste uitwerking. Daarnaast worden ook vraagtekens gezet bij de effectiviteit van (vormen van) landelijke sturing en regie zoals beoogd in tijden van een pandemie of crisis. Volgens alle geïnterviewde partijen, zowel binnen als buiten VWS, is *topdown* sturing en regie tijdens een pandemie onwenselijk. Het uitwerken van verschillende scenario's vanuit de praktijk is volgens hen meer wenselijk. Het ministerie van VWS zou kunnen verkennen welke partij(en) het uitwerken van dergelijke scenario's zou kunnen uitvoeren. Vormen

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

³² Ibid.

van landelijke (netwerk)sturing in de koude fase zijn daarentegen wel helpend, met als voorbeeld het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS). Het LCPS, onderdeel van het LNAZ, werkt samen met andere partners, zoals de ROAZ aan landelijke coördinatie van patiëntenspreiding.

Het streven naar de instandhouding van de 1700 ic-bedden wordt niet als realistisch of effectief gezien. Zowel vanwege de huidige personeelstekorten als het feit dat dat het nog niet is gelukt om de financiering van (leegstaande) ic-bedden rond te krijgen, vanuit zorgverzekeraars of VWS. Het maken van financiële afspraken over de 1150 ic-bedden die in het IZA staan is nog niet voltooid. In vergelijking met de huidige bezetting van circa 800-900 bedden, wordt het doel van 1700 ic-bedden gezien als te hoog. Het traject van het ZIN moet uitwijzen op welke wijze de ic-bedden bekostigd kunnen worden en hoe erover goede afspraken gemaakt kunnen worden.

Wat betreft de Nationale Zorgreserve is het nog onzeker welk deel van de zorgreservisten in het geval van een volgende pandemie daadwerkelijk op de juiste plek inzetbaar is. Er wordt gestreefd naar uiteindelijk 5000 zorgreservisten. Wel blijft de verwachte inzetbaarheid van de zorgreservisten een belangrijk aandachtspunt. Desalniettemin richt Stichting Extra ZorgSamen zich ook op de kwaliteit van de in te zetten zorgreservisten, bijvoorbeeld door een aanbod aan trainingen. De Nationale Zorgreserve verwacht in tijden van crisis de nodige ondersteuning te kunnen bieden.

4.2.4 *Output draagt in beperkte mate bij aan het behalen van de outcome-doelen*

De beoogde en gerealiseerde **output draagt naar verwachting in beperkte mate bij aan het behalen van de gestelde outcome-doelen** (zie de eerdere figuur waarin deze zijn benoemd). Ook is niet altijd duidelijk wie voor het bereiken van de output verantwoordelijk is en in hoeverre de behaalde output daadwerkelijk bijdraagt aan de outcome-doelen. Overall maakt dit dat er volgens geïnterviewde partijen onzekerheid bestaat over of de Curatieve zorg voldoende 'pandemisch paraat' is, nu en in de toekomst.

Ondanks de ingezette activiteiten is het volgens geïnterviewde partijen tijdens een volgende pandemie onvermijdelijk dat er wederom moeilijke keuzes gemaakt moeten worden over de afschaling van reguliere zorg. De voorziene noodzaak voor afschaling van reguliere zorg wordt voornamelijk veroorzaakt door een tekort aan gekwalificeerd personeel, nu al, maar zeker in tijden van crisis. De druk op personele capaciteit wordt door gesprekspartners bij een volgende pandemie zelfs als groter ingeschat dan tijdens de coronapandemie: dit komt door langdurige uitval van personeel als gevolg van langdurige covidklachten en door langdurige hoge werkdruk. Keuzes over afschaling van reguliere zorg zijn crisisafhankelijk en het is belangrijk dat keuzes over afschaling gemaakt worden in de regio's en ziekenhuizen zelf en niet vanuit het ministerie. Hierover moeten duidelijke afspraken worden gemaakt tussen het ministerie en regio's. Voor de op- en afschaling van de reguliere poliklinische zorg bestaat er ondertussen een handreiking voor keuzes die ten tijde van schaarste gemaakt moeten worden. Bredere (landelijke) richtlijnen of scenario's zijn hierop aanvullend wenselijk.

Om opschaalbare en flexibele zorgcapaciteit te realiseren, zijn belangrijke stappen gezet. Spreiding via het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding verloopt goed en hiervoor is een geautomatiseerd systeem ingericht. Wel valt er nog winst te behalen in de communicatie en het verwachtingsmanagement vanuit het LCPS richting patiënten wanneer zij worden 'gespreid' naar andere ziekenhuizen of regio's. Daarnaast missen geïnterviewde partijen aandacht voor (de afstemming met) de klinische zorg tijdens een volgende pandemie, aangezien er tijdens de coronapandemie veelvuldig gebruik is gemaakt van de klinische zorgcapaciteit. Bij een volgende pandemie gaat enkel de ic-capaciteit niet de bottleneck zijn; het gaat om de totale capaciteit van ic's, klinieken en de spoedeisende hulp, aldus geïnterviewde partijen.

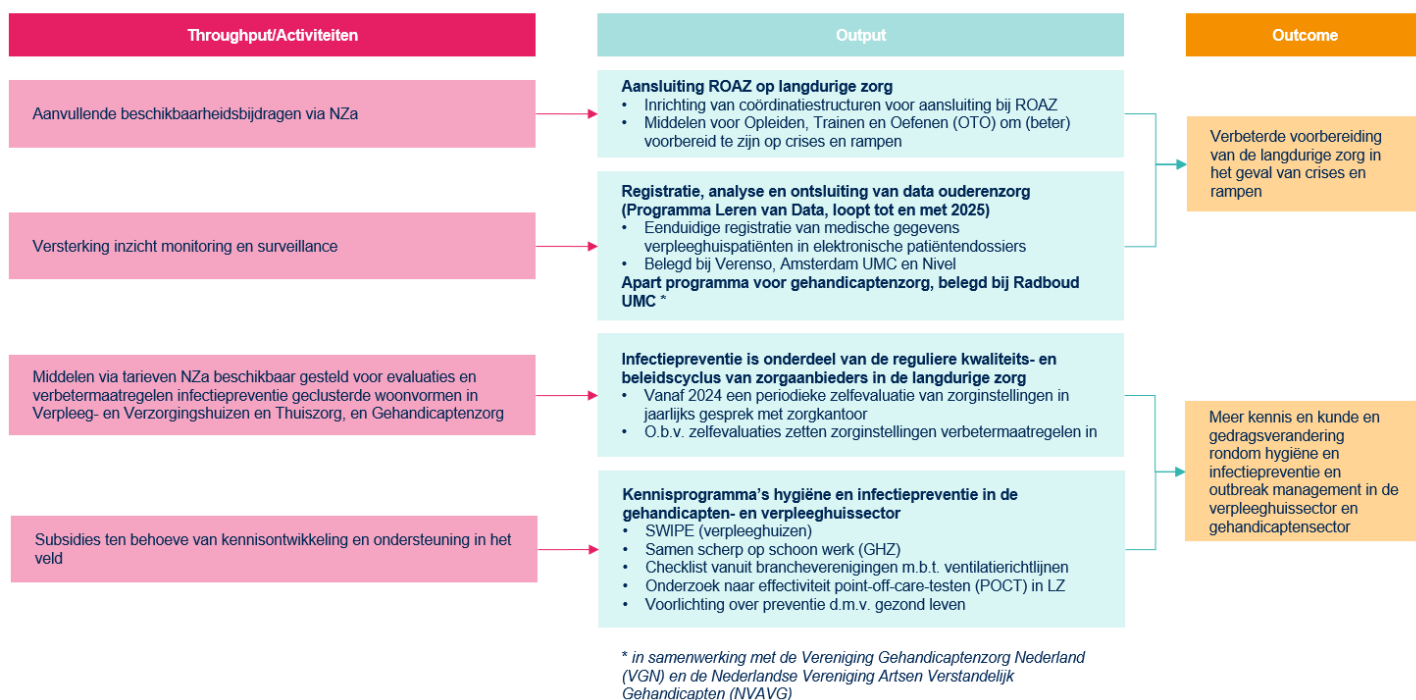
Een belangrijk knelpunt voor het opschaalbaar en flexibel houden van zorgcapaciteit is dat het financieringsstelsel van curatieve zorg (gereguleerde marktwerking) niet is ingericht op het in stand houden van flexibele zorgcapaciteit. Ziekenhuizen geven aan hun beschikbare capaciteit veelal nodig te hebben voor de reguliere zorgvraag. Investerings

in extra en/of flexibele capaciteit is daarmee niet vanzelfsprekend. Daarnaast is er onzekerheid over het type zorgcapaciteit dat nodig zal zijn bij een volgende pandemie. Een grote ic-capaciteit, zoals bij de voorgaande pandemie, heeft niet met zekerheid ook bij een volgende pandemie de hoogste prioriteit. De subbeleidsopgave Curatieve zorg is volgens geïnterviewde partijen veelal ingericht op de vorige pandemie, terwijl in een volgende pandemie mogelijk andere zaken urgent zijn en andere keuzes en inzet nodig zijn.

4.3 Langdurige zorg

4.3.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 2b: Langdurige zorg



Binnen de subbeleidsopgave Langdurige zorg (LZ) ligt de focus enerzijds op een **verbeterde voorbereiding in het geval van crises en rampen**. Hiervoor wordt ingezet op:

1. Inrichting van coördinatiestructuren, via onder andere aansluiting van instellingen voor langdurige zorg bij ROAZ'en (Regionaal Overleg Acute Zorgketen) en het beschikbaar stellen van aanvullende middelen via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor opleiden, trainen en oefenen om beter voorbereid te zijn. Aansluiting bij de ROAZ'en moet ervoor zorgen dat de belangen van de LZ goed zijn vertegenwoordigd;^{33, 34}
2. (Eenduidige) registratie, analyse en ontsluiting van medische gegevens uit elektronische patiëntendossiers, om het inzicht te versterken in ontwikkelingen met betrekking tot infectieziektes en om vroegtijdig zicht te krijgen op eventuele uitbraken. De ontsluiting van data voor de ouderen- en gehandicaptenzorg moet het mogelijk maken om deze informatie door te leveren aan partijen zoals het RIVM, GGD'en en ROAZ'en.³⁵

Daarnaast ligt de focus op **meer kennis en kunde en gedragsverandering rondom hygiëne en infectiepreventie** in de verpleeghuis- en gehandicaptensector, omdat dit een kwetsbaar punt bleek tijdens de vorige pandemie. Om dit te realiseren wordt ingezet op:

³³ [Kamerbrief over beleidsagenda pandemische paraatheid | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.](#)

³⁴ [Kamerbrief met kabinetsreactie op onderzoeksrapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid 'Aanpak Coronacrisis, Deel 1' | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.](#)

³⁵ [Langdurige zorg presenteert stip op de horizon Covid-19 | ActiZ.](#)

1. Infectiepreventie onderdeel maken van de reguliere kwaliteits- en beleidscyclus van zorgaanbieders. Hiervoor ontvangen zorginstellingen middelen via de NZa. Zorginstellingen is gevraagd vanaf 2024 een periodieke zelfevaluatie uit te voeren en dit te bespreken in de periodieke gesprekken met het zorgkantoor. VWS heeft Zorgkantoren Nederland gevraagd om in het najaar van 2024 te rapporteren over de uitkomsten van de gesprekken;
2. Kennisprogramma's gericht op hygiëne en infectiepreventie in de gehandicapten- en verpleeghuissector (doorlopend tot 2026/2027). Via de kennisprogramma's krijgen zorginstellingen de gelegenheid om werknemers te trainen op het gebied van infectiepreventie.³⁶ Ook is er een handreiking uitbraakmanagement ontwikkeld voor de ouderenzorg,³⁷ en richten de regionale zorgnetwerken ABR (antibioticaresistentie) zich op kennis en vaardigheden rond infectiepreventie, antibioticagebruik en resistentie.³⁸

Naast kennisvergroting beogen de verschillende activiteiten ook bij te dragen aan een gedragsverandering die nodig is om uitbraken te voorkomen en een volgende pandemie beter te beheersen.

4.3.2 *Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?*

De output gericht op een verbeterde voorbereiding van de langdurige zorg in het geval van een crisis is **concreet geformuleerd** en heeft een expliciet verondersteld verband met de beoogde outcome. De **doelformulering kan 'SMART-er'** worden door uit te werken wanneer de output (voldoende) bijdraagt aan de outcome. Wanneer is er bijvoorbeeld *voldoende* aansluiting van de LZ bij het ROAZ? Wat wordt er precies gedaan met de data vanuit de landelijke monitoring van medische gegevens om beter voorbereid te zijn?

Het aanbod van kennisprogramma's gericht op hygiëne en infectiepreventie en het inbedden van infectiepreventie in de reguliere kwaliteits- en beleidscyclus (output) hebben een **duidelijk en logisch verband** met het vergroten van kennis en het realiseren van een gedragsverandering (outcome). Het bereik van de kennisprogramma's (aantal deelnemende zorginstellingen) wordt door betrokken partijen gezien als het beste (haalbare) meetinstrument voor doelbereik, hoewel dit maar ten dele iets zegt over de daadwerkelijke kennisverspreiding en gedragsverandering.³⁹ Zorgkantoren rapporteren globaal (niet op instellingsniveau) over de voortgang van de implementatie op basis van zelfevaluaties. Er is hierbij geen sturing op resultaten vanuit de directie LZ van VWS, omdat er is aangesloten bij de reguliere financierings- en verantwoordingscyclus.⁴⁰ Er zijn **geen specifieke, tijdgebonden doelen** geformuleerd voor de geïnitieerde activiteiten.

4.3.3 *Realisatie van de output conform planvorming, maar onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt*

De **realisatie van de activiteiten verloopt in grote lijnen conform planvorming**. Zo heeft Actiz aansluiting bij landelijke coördinatie namens de Langdurige zorg, specifiek om te kijken naar de aansluiting van de verpleegzorg op de ROAZ'en. De aanvullende beschikbaarheidsbijdrage vanuit de NZa om de aansluiting van LZ-vertegenwoordigers bij het ROAZ te bekostigen is inmiddels gerealiseerd. Discussies over de (permanente) plek van de LZ in overleggen lopen al meerdere jaren, maar de verwachting van geïnterviewde partijen is dat die plek er voor de LZ zal komen. Wellicht komt er extra geld voor crisisbeleidsteam-trainingen en de opleiding van crisisfunctionarissen.⁴¹ Op basis van regionale initiatieven zijn er in sommige GGD-regio's ook RONAZ'en opgericht. RONAZ staat voor Regionaal Overleg Niet Acute Zorg. Deze RONAZ'en bestaan naast en stemmen af met de ROAZ over pandemische maatregelen. Enerzijds draagt

³⁶ Ibid.

³⁷ [Uitbraakmanagement - Verenso](#).

³⁸ [Regionale aanpak antibioticaresistentie | RIVM](#)

³⁹ Vilans houdt de deelname van zorginstellingen bij op anonieme basis, waarbij de omvang van de instelling wel wordt geregistreerd.

⁴⁰ Interview met directie LZ.

⁴¹ [Kamerbrief over voortgangsbrief beleidsprogramma pandemische paraatheid 2023 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#).

het bestaan van RONAZ'en bij aan regionale vertegenwoordiging van de Langdurige zorg⁴², maar idealiter zou er geen aparte netwerkorganisatie nodig zijn, zo geven geïnterviewde partijen aan.⁴³

Voor het bevorderen van landelijke monitoring en surveillance zijn programma's opgetuigd rondom registratie, analyse en ontsluiting van data. Een voorbeeld is het Programma Leren van Data met cijfers over besmettingen, vaccinaties en sterftecijfers in de ouderenzorg.⁴⁴ Er is ook een monitorprogramma voor de gehandicaptenzorg onder leiding van het Radboud MC.⁴⁵ Er moet nog blijken welke beleidsinformatie hieruit precies voortkomt (outcome).⁴⁶ Overigens zijn deze programma's breder dan alleen gericht op pandemische paraatheid.

Er is onderzocht hoe de integratie van infectiepreventie het beste kan worden opgenomen in de reguliere kwaliteits- en beleidscyclus. Vanaf 2024 hebben alle zorginstellingen via de tarieven extra geld gekregen om de periodieke zelfevaluatie en mogelijk nodige verbetermaatregelen uit te voeren. Op dit moment doen 75 zorgaanbieders mee aan het programma 'SWIPE' (verpleeghuizen) en 11 aan het programma 'Samen scherp op schoon werk' (gehandicaptenzorg) ter deling van kennis over infectiepreventie.⁴⁷ Lang niet elke zorginstelling heeft echter op dit moment de capaciteit om medewerkers te laten deelnemen en de uitdagingen in de sector zijn groot, dus het aantal deelnemende instellingen neemt maar beperkt toe.⁴⁸

Op veel onderdelen binnen de subbeleidsopgave Langdurige zorg moeten de effecten van de ingezette acties in de praktijk nog blijken. **Of de niet-behaalde output tijdig gerealiseerd wordt, is daardoor onzeker.**

Het beeld is dat de regionale aansluiting van de Langdurige zorg op de ROAZ-structuur wel beter is, maar dat er verschillen zijn tussen regio's in welke mate dit tot stand komt. De aansluiting is bovendien vaak geborgd via zorgbestuurders. De zorgprofessional wordt hierbij nog onvoldoende betrokken, zo geven geïnterviewde partijen aan, mede door schaarse capaciteit. Daardoor zit niet altijd de inhoudelijke kennis aan tafel⁴⁹. Van een echte herinrichting van regie en sturing is nog geen sprake, zo geven geïnterviewde partijen aan.

Met de programma's rondom registratie, analyse en ontsluiting van data in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg wordt nog maar een deel van de zorgaanbieders bereikt. Zo wordt er nog geen data uit de registratiesystemen van huisartsen meegenomen. Ook zorgen personeelstekorten in de sector voor deprioritering.

Middelen voor evaluaties en verbetermaatregelen rond infectiepreventie vallen binnen de reguliere beleids- en financieringscyclus, om de administratieve belasting te beperken, en zijn dus niet 'geoomerkt'. Het is nog onzeker hoe instellingen de middelen precies gaan besteden en wat er in het najaar van 2024 op dit onderdeel terugkomt in de gesprekken tussen zorginstellingen en zorgkantoren. Er zijn (conform de reguliere werkwijze) geen checklists of richtlijnen voor opgesteld.

Binnen de kennisprogramma's rondom hygiëne en infectiepreventie is het voor de betrokken (uitvoerende) partijen zoeken naar nieuwe manieren om zorgaanbieders te bereiken en het thema voldoende hoog op de agenda te houden, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij bestaande programma's, bijeenkomsten en lerende netwerken, en individuele

⁴² [Aanpak coronacrisis - Deel 1: tot september 2020 - Onderzoeksraad.](#)

⁴³ Interview met directie LZ.

⁴⁴ [Programma Leren van Data - Verenso.](#)

⁴⁵ [Kamerbrief over voortgangsbrief beleidsprogramma pandemische paraatheid 2023 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.](#)

⁴⁶ Interview met directie LZ.

⁴⁷ [Kamerbrief over voortgangsbrief beleidsprogramma pandemische paraatheid 2023 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.](#)

⁴⁸ Interview met directie LZ.

⁴⁹ De eerder genoemde Regionale Zorgnetwerken ABR zijn een goed voorbeeld van een samenwerking waarbij ook zorgprofessionals betrokken zijn. Het betreft een samenwerking tussen zorginstellingen, GGD'en, beroepsverenigingen en zorgprofessionals uit één regio.

ondersteuning te bieden aan zorgaanbieders. De effecten van de programma's zijn moeilijk meetbaar te maken. Vooral nog is het bereik van de programma's (aantal deelnemende instellingen) het voornaamste meetinstrument. Daarnaast haalt Vilans ervaringen bij zorginstellingen op over de meest effectieve verbeteringen in de organisatie van infectiepreventie.

4.3.4 Output draagt in redelijke mate bij aan het behalen van de outcome-doelen

Zoals aangegeven zijn er voor de subbeleidsopgave Langdurige zorg twee outcome-doelen geformuleerd. De onderzoekers concluderen dat de beoogde en gerealiseerde output naar verwachting in redelijke mate bijdraagt aan het behalen van deze outcome-doelen. We lichten dat hieronder per outcome-doel toe.

Wat betreft het outcome-doel 'Verbeterde voorbereiding van de langdurige zorg in het geval van crises en rampen' horen we van geïnterviewde partijen terug dat er binnen de Langdurige zorg zorgen bestaan dat de sector weer 'vergeten' wordt bij een volgende pandemie, en dat de focus (te veel) uit zal gaan naar de curatieve zorg. Om beter voorbereid te zijn is er volgens hen meer nodig dan alleen een aansluiting bij ROAZ'en. Het vraagt om een bredere bewustwording in het hele zorgveld.

Het tweede outcome-doel is 'Meer kennis en kunde en gedragsverandering rondom hygiëne en infectiepreventie in de verpleeghuissector en gehandicaptensector'. Het is waarschijnlijk dat de ingezette acties bijdragen aan meer kennis en kunde in de langdurige zorg. Of dit ook bijdraagt aan een daadwerkelijke gedragsverandering bij professionals is onzeker. Deze onzekerheid is het gevolg van de afwezigheid van (meetbare) doelen en de beperkte mate van monitoring op gedragsverandering. Ook is er nog een grote groep zorginstellingen die niet of nauwelijks wordt bereikt met de opgezette kennisprogramma's, en het is ook een uitdaging om medewerkers voldoende te bereiken (bijvoorbeeld als er veel sprake is van inzet van flexkrachten).

Er zijn bovendien steeds meer hybride vormen van (langdurige) zorg (bijvoorbeeld geclusterd wonen), waarbij medewerkers en bewoners ook veel extramuraal contact hebben. Denk aan mantelzorgers en informele zorgverleners, die ook een rol kunnen spelen in de verspreiding van infectieziekten maar nog geen doelgroep zijn van de kennisprogramma's. Wat mag je rond infectiepreventie van mantelzorgers verwachten? Vilans onderzoekt in 2024 hoe ook op deze hybride vormen van (langdurige) zorg aansluiting kan worden gevonden.

Ook de groep thuiswonende ouderen en zieken lijkt beperkt in beeld te zijn binnen het programma, hoewel deze groep in de vorige pandemie kwetsbaar bleek. Het verdient daarom aanbeveling mantelzorg, ondersteuning thuis vanuit de Wmo en hybride zorgvormen meer aandacht te geven vanuit het programma pandemische paraatheid.

4.4 Stand van zaken beleidsopgave 2: Zorg goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar

Tot slot geven wij in onderstaand schema de stand van zaken weer binnen beleidsopgave 2 door voor beide subbeleidsopgaven de volgende drie vragen te beantwoorden:

1. In hoeverre wordt de beoogde output tot nu toe volgens plan gerealiseerd?
2. In hoeverre is het realistisch dat de nog niet-behaalde output tijdig wordt bereikt?
3. In hoeverre dragen de beoogde en gerealiseerde output naar verwachting bij aan het behalen van de gestelde outcome-doelen?

De voorgaande paragrafen doen uiteraard meer recht aan de nuances in de praktijk dan onderstaande beknopte antwoorden op deze drie vragen. Het schema is bedoeld om in één oogopslag inzichtelijk te maken welke subbeleidsopgaven volgens de onderzoekers extra aandacht behoeven.

In hoeverre wordt de beoogde output tot nu toe volgens plan gerealiseerd?			
Curatieve zorg	Achter op planvorming	Conform planvorming	Voor op planvorming
Langdurige zorg	Achter op planvorming	Conform planvorming	Voor op planvorming
In hoeverre is het realistisch dat de nog niet-behaalde output tijdig wordt bereikt?			
Curatieve zorg	Niet realistisch	Onzeker	Realistisch
Langdurige zorg	Niet realistisch	Onzeker	Realistisch
In hoeverre dragen de beoogde en gerealiseerde output naar verwachting bij aan het behalen van de gestelde outcome-doelen?			
Curatieve zorg	In beperkte mate	In redelijke mate	In hoge mate
Langdurige zorg	In beperkte mate	In redelijke mate	In hoge mate

Tabel 7. Stand van zaken beleidsopgave 2: Zorg goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar

5 Beleidsopgave 3: leveringszekerheid, innovatie en internationale afstemming

5.1 Inleiding

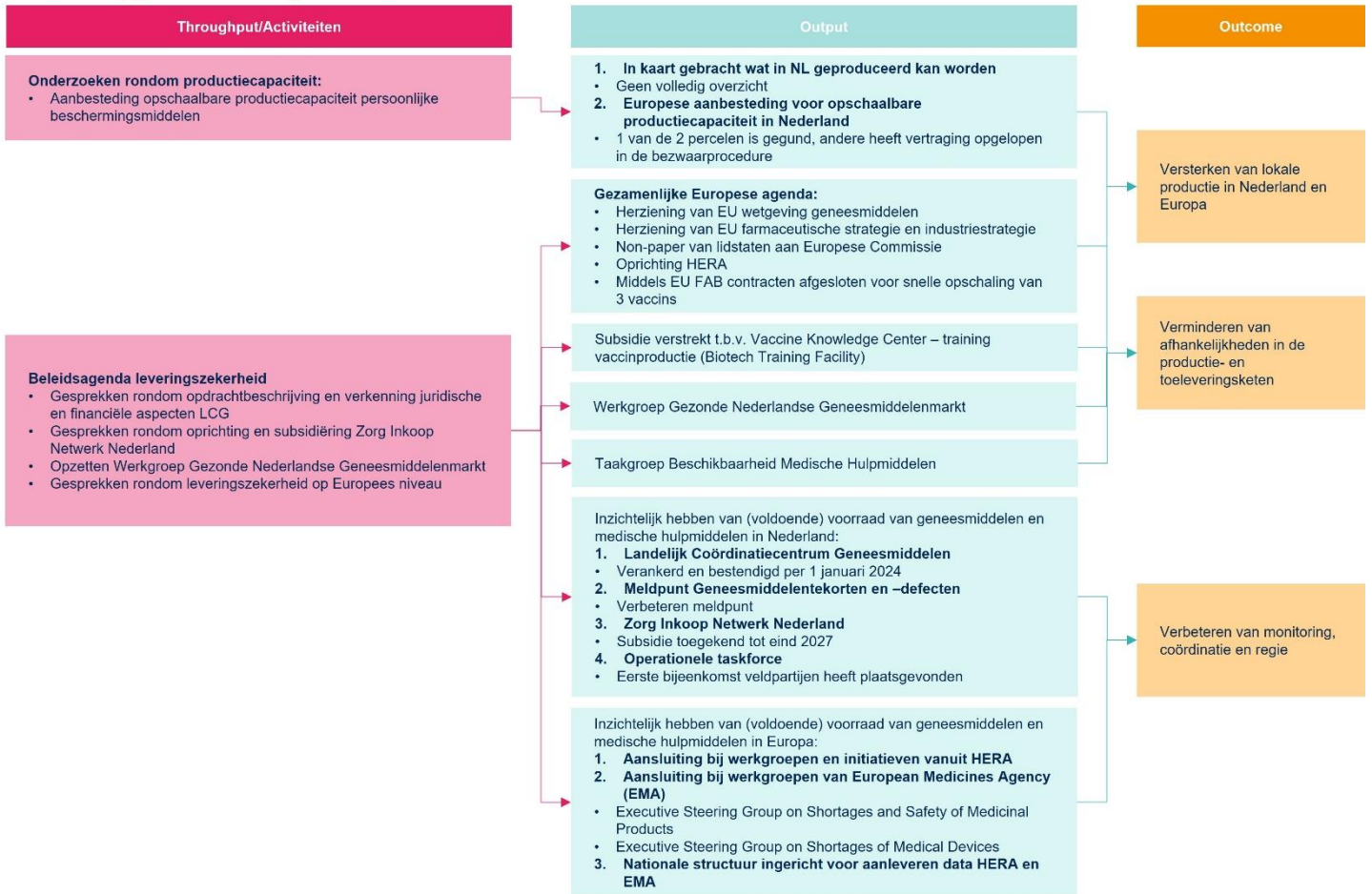
In tegenstelling tot beleidsopgaven 1 en 2 kent beleidsopgave 3 niet één overkoepelend thema. De onderwerpen die onder de beleidsopgave samenkomen zijn het versterken van de leveringszekerheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, het aanjagen van innovaties op het gebied van behandeling, diagnostiek, vaccins en therapieën in relatie tot infectieziekten en alle onderdelen waar het programma Pandemische Paraatheid raakt aan Europees of mondiaal beleid.

Daarmee vallen onder deze beleidsopgave drie subbeleidsopgaven: Leveringszekerheid, Innovatie en Internationaal. In dit hoofdstuk kijken we voor iedere subbeleidsopgave afzonderlijk naar de beleidstheorie, de mate waarin de beleidstheorie specifiek, meetbaar en tijdgebonden is geformuleerd, de voortgang op de beoogde output en de verwachtingen over het behalen van de output en de outcome-doelen.

5.2 Leveringszekerheid

5.2.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 3a: Leveringszekerheid



Tijdens de coronapandemie bleek er niet alleen een tekort te zijn aan de juiste geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, ook ontbrak een systeem dat goed overzicht bood over de beschikbaarheid van deze middelen. Door in te zetten op het verbeteren van de leveringszekerheid beoogt VWS de beschikbaarheid, toelevering en het overzicht van geneesmiddelen en medische hulpmiddelentijdens een volgende pandemie te waarborgen. Binnen de subbeleidsopgave Leveringszekerheid ligt de focus op het zicht hebben op de voorraden en productie (ook in de koude fase van een pandemie) en het maken van plannen voor crisissituaties.

Inzet op het gebied van Leveringszekerheid verloopt via de volgende lijnen, die ook als outcome-doelen in het bovenstaande schema zijn weergegeven:

- Versterken van lokale productie in Nederland en Europa;
- Verminderen van afhankelijkheden in de productie- en toeleveringsketen;
- Verbeteren van monitoring, coördinatie en regie.

Om de outcome in de eerste en tweede beleidslijn te bereiken, wordt op zowel nationaal als internationaal niveau de productiecapaciteit inzichtelijk gemaakt en de opschaalbaarheid van de lokale productie verbeterd. Om deze beleidslijnen daarnaast te bereiken is onder andere de Werkgroep Gezonde Nederlandse Geneesmiddelenmarkt opgezet, die zich richt op complexe, samenhangende beleidsvraagstukken die van invloed zijn op de beschikbaarheid

van geneesmiddelen. Ook is een subsidie verleend om professionals te trainen in het produceren van vaccins in crisissituaties. Ten slotte zet VWS in op het bijdragen aan en organiseren van een gezamenlijke Europese agenda rondom leveringszekerheid, bijvoorbeeld via de Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) van de Europese Commissie.

In de **derde beleidslijn** is een belangrijke rol weggelegd voor het Meldpunt Geneesmiddeltekorten en -defecten, belegd bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Bij dit meldpunt worden alle meldingen over geneesmiddeltekorten bekeken. Het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) heeft een kleinere rol en coördineert de vraag- en aanbodzijde en de prioritering van patiënten bij specifieke ernstige geneesmiddeltekorten. Voor het melden van tekorten van medische hulpmiddelen, de coördinatie van deze tekorten en het ontwikkelen van een alternatievendatabase is het Zorginkoop Netwerk Nederland (ZINN) ingesteld. Ten slotte wordt er vanuit Nederland aangesloten bij Europese gremia voor monitoring en registratie van tekorten, zoals de Executive Steering Group on Shortages and Safety of Medicinal Products (MSSG) van de European Medicines Agency (EMA).

5.2.2 *Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?*

De output is **veelal specifiek, meetbaar en tijdgebonden** geformuleerd. De output bestaat uit het opleiden van professionals voor vaccinproductie, het opzetten en verbeteren van monitor- en sturingsstructuren (Meldpunt Geneesmiddeltekorten en -defecten, LCG en ZINN met meldpunt tekort medische hulpmiddelen) en het nationaal en Europees inkopen van medische producten en opschaalbare productiecapaciteit. De voortgang op deze beoogde output is meetbaar, binnen gestelde termijnen. Voor de mate van opschaalbaarheid lijken bijvoorbeeld specifieke richtlijnen te bestaan in de desbetreffende aanbesteding.

Bij het opzetten van het LCG (output) is echter niet volledig duidelijk hoe deze zich vertaalt naar het verbeteren van monitoring, coördinatie en regie (outcome-doel). Het opzetten van een structuur is immers de eerste stap. Op basis hiervan kan nog niet geëvalueerd worden of en hoe het LCG (voldoende) bijdraagt aan het verbeteren van monitoring en coördinatie. Daarnaast is niet specifiek, meetbaar en tijdgebonden beschreven hoe de verbetering van het Meldpunt Geneesmiddeltekorten en -defecten zal plaatsvinden.

5.2.3 *Realisatie van de output conform planvorming; realistisch dat niet-behaalde output tijdig wordt bereikt*

De uitvoering van de beoogde activiteiten en **bijbehorende output loopt voor een groot deel conform planvorming**. Het grootste gedeelte van de opgestelde output die tot nu toe behaald moesten worden zijn behaald. Voorbeelden hiervan zijn:

- a. Een aanbesteding voor opschaalbare productiecapaciteit van FFP2 mondklappen in Nederland is gegund;
- b. De subsidie voor het Vaccine Knowledge Center is verstrekt aan de BioTech Training Facility;
- c. Taakgroep Beschikbaarheid Medische Hulpmiddelen is opgericht en komt periodiek bijeen. De Taakgroep geeft gevraagd en ongevraagd advies over beleid, wet- en regelgeving rond de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen;
- d. Het LCG is verankerd en bestendigd per 1 januari 2024;
- e. Zorg Inkoop Netwerk Nederland (ZINN) is opgericht en er is een subsidie toegekend tot eind 2027.

Enkel de Europese aanbesteding voor de opschaalbare productiecapaciteit van IIR mondklappen loopt momenteel vertraging op door een bezwaarprocedure.

Daarnaast is het **realistisch dat nog niet behaalde output tijdig wordt behaald**. Voor veel onderdelen van deze output zijn de eerste stappen al ondernomen. Zo heeft de eerste veldbijeenkomst voor het opzetten van de operationele taskforce plaatsgevonden waarin de eerste stappen zijn ondernomen voor het operationaliseren van de taskforce. Ook zijn de knelpunten binnen het meldpunt geïdentificeerd en kunnen de betrokken partijen aan de slag met het oplossen van

deze punten. Daarnaast hebben de eerste bijeenkomsten van de Werkgroep Gezonde Nederlandse Geneesmiddelenmarkt plaatsgevonden waarin het mandaat, de focus en de werkwijze van de werkgroep zijn vastgesteld. De werkgroep is aan de slag met acties rondom leveringszekerheid.

Een aantal outputs binnen de subbeleidsopgave heeft geen concrete einddatum, maar vereist constante aandacht. Het voeren van een gezamenlijke Europese agenda is hier een voorbeeld van. Dit blijft ook na het programma Pandemische Paraatheid doorlopen. Ook voor de aansluiting bij Europese gremia zoals de MSSG en de Executive Steering Group on Shortages of Medical Devices (MDSSG) is er geen concreet eindpunt.

5.2.4 Output draagt in redelijke mate bij aan het behalen van de outcome-doelen

Op basis van deze evaluatie concluderen we dat de output **in redelijke mate** bijdraagt aan de outcome-doelen. Volgens geïnterviewde partijen versterken de behaalde en beoogde output binnen deze subbeleidsopgave de leveringszekerheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, maar ligt de focus hierbij niet specifiek op leveringszekerheid tijdens een volgende pandemie, maar op leveringszekerheid in het algemeen.

Voor het outcome-doel 'verbeteren van monitoring, coördinatie en regie' en voor een deel van de output die leidt tot het outcome-doel 'verminderen van afhankelijkheden in de productie- en leveringsketen' kan **regulier beleid niet los worden gezien van de activiteiten en output vanuit het programma Pandemische Paraatheid**. De nadruk bij de directie Geneesmiddelen en Medische technologie (GMT) van VWS ligt op het oplossen van huidige knelpunten, tekorten en onzekerheden rondom leveringszekerheid. Zo concentreert de Werkgroep Gezonde Nederlandse Geneesmiddelenmarkt zich op huidige beleidsopgaven en is het ZINN ingericht om tekorten te melden die nu plaatsvinden. De directe focus op een volgende pandemie is echter beperkt. De veronderstelling hierbij is dat het oplossen van huidige problemen bijdraagt aan het versterken van de leveringszekerheid, ook wanneer een pandemie zou uitbreken. De nieuwe en versterkte instellingen, netwerken en samenwerkingsverbanden (zoals het LCG en het ZINN, maar ook het Europese MSSG) moeten niet alleen helpen met het oplossen van huidige tekorten en onzekerheden, maar zorgen er tijdens een pandemie ook voor dat er snel en effectief afgestemd kan worden over wat er nodig is. Ten slotte vallen er binnen de taken van de directie GMT een groot aantal activiteiten die niet zijn opgenomen in de beleidstheorie (want geen onderdeel van het programma Pandemische Paraatheid), maar wel bijdragen aan het verbeteren en versterken van de leveringszekerheid, ook tijdens een pandemie. De verwevenheid tussen het programma en regulier beleid is kortom groot.

Daarnaast is **veel van de output binnen het eerste outcome-doel** 'versterken van lokale productie in Nederland en Europa' **gericht op een gelijkaardige pandemie als de coronacrisis**. De subsidieverstrekking voor een Vaccine Knowledge Center richt zich op een pandemie waarbij vaccinatie nodig is. Ook de Europese aanbesteding voor opschaalbare productiecapaciteit in Nederland van mondklappen bereidt voor op een pandemie die zich via de luchtwegen verspreidt. De mate van leveringszekerheid hangt daarmee af van de aard van een volgende pandemie.

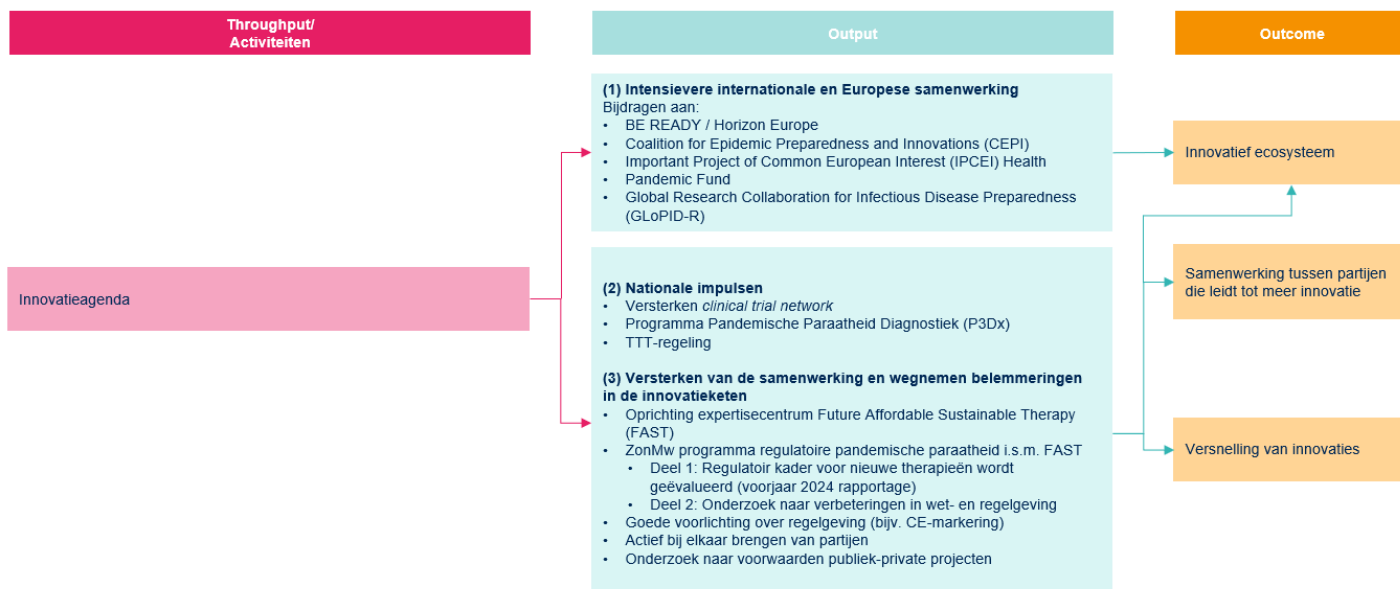
Een knelpunt binnen de subbeleidsopgave is dat er **voor het ZINN nog geen meldplicht** is, waardoor niet iedereen melding maakt van (eventuele) tekorten van medische hulpmiddelen. VWS onderzoekt momenteel mogelijkheden om dit knelpunt op te lossen. Met betrekking tot geneesmiddelen geldt dat de Europese Commissie een wetsvoorstel heeft ingediend voor de invoering van een meldplicht voor geneesmiddelentekorten.⁵⁰ Naar verwachting wordt dit wetsvoorstel voor de zomer van 2024 aangenomen waarna een overgangstermijn van zes maanden volgt voordat de meldplicht met betrekking tot geneesmiddelen in werking treedt.

⁵⁰ [Medicijntekorten worden op Europees niveau aangepakt - Europese Commissie \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/health/medicines/medicines_en).

5.3 Innovatie

5.3.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 3b: Innovatie



Ter bevordering van innovatie op het gebied van pandemische paraatheid is in oktober 2023 een innovatieagenda verstuurd naar de Tweede Kamer. Op onderdelen van deze agenda werd wel al vóór oktober 2023 actie ondernomen. Net als de kennisagenda is de innovatieagenda opgezet langs drie lijnen:⁵¹

1. **Intensiveren internationale samenwerking.** Veel innovatievraagstukken doen zich ook voor in andere landen, zowel op Europees als mondiaal niveau. Daar waar vraagstukken grensoverstijgend zijn, is inzet in internationaal verband het meest efficiënt. Ook biedt de Nederlandse bijdrage aan Europese programma's de kans aan Nederlandse partijen om mee te dingen voor financiering. Deze lijn overlapt deels met subbeleidsopgave 'Kennis en onderzoek'.
2. **Nationale impulsen.** Op het gebied van vroege fase klinisch onderzoek, therapieontwikkeling en diagnostiek worden specifieke financiële impulsen gegeven om innovatie op deze gebieden en multidisciplinaire samenwerking aan te wakkeren. In de toekomst voegt VWS mogelijk andere innovatiegebieden toe.
3. **Versterken van de samenwerking en wegnemen belemmeringen in de innovatieketen.** Het eerste streven onder deze lijn is om netwerkvorming te stimuleren tussen partijen die betrokken zijn bij een volgende pandemie op het gebied van innovatie, zodat zij elkaar tijdens een pandemie makkelijker vinden. Daarnaast worden obstakels in wet- en regelgeving onderzocht om zo innovatietrajecten te versnellen. Beide doelen dragen bij aan betere omstandigheden voor innovatie tijdens een volgende pandemie.

5.3.2 Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?

Output binnen de **eerste lijn** van de beleidsopgave is **specifiek, meetbaar en tijdgebonden**. Bijdragen vanuit VWS aan CEPI en IPCEI Health zijn immers specifiek en tijdgebonden. De innovatieprogramma's die voortkomen uit deze initiatieven en de Nederlandse projecten die succesvol meedingen voor subsidie vormen de meetpunten voor deze output.

⁵¹ [Pandemische paraatheid: een agenda voor kennis en innovatie | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#).

De output onder de **tweede lijn** is **specifiek**; de impulsen hebben concrete doelen. Ter versterking van het zogenoemde clinical trial network draagt VWS bij aan het opzetten van de benodigde fysieke infrastructuur voor het onderzoeken van infectieziekten in mensen, tijdens een volgende pandemie en voor vroege-fase onderzoek. Het P3Dx heeft als doel om de diagnostiek bij infectieziekten te innoveren en te versnellen, (publiek-private) samenwerking hierin te stimuleren en economische kansen te creëren voor dergelijke innovaties. De TTT-regeling stimuleert onderzoeksorganisaties en investeringsfondsen om kennis op het gebied van diagnostiek en therapieontwikkeling te vertalen naar startende bedrijven. Tegelijkertijd zijn al deze doelen **niet meetbaar of tijdgebonden** geformuleerd, omdat er geen tijdslijn is vastgesteld. Daardoor is nog onduidelijk wanneer impulsen via het clinical trial network, de P3Dx en de TTT-regeling kunnen worden aangemerkt als 'succesvol'.

Binnen de **derde lijn** is de output gericht op het **wegnemen van belemmeringen in de innovatieketen** (FAST, ZonMw-programma) **veelal specifiek, meetbaar en tijdgebonden** geformuleerd. Deel 2 van het ZonMw-programma wordt getrokken door de directie GMT van VWS en hiervoor is nog geen tijdslijn bekend. Met betrekking tot 'goede voorlichting over regelgeving' is nog geen specifiek, meetbaar of tijdgebonden plan bekend. De output met betrekking tot het **versterken van samenwerking** verkeert nog in een eerste fase. Het actief bij elkaar brengen van partijen en onderzoek naar publiek-private projecten is nog niet uitgewerkt in de innovatieagenda en daarmee **nog niet specifiek, meetbaar of tijdgebonden**.

5.3.3 *Realisatie van de output conform planvorming, maar onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt*

Het merendeel van de output onder de drie lijnen bevindt zich in een opstartfase. Ondanks dat er geen duidelijke tijdslijn is geschetst (en waardoor feitelijk niet te bepalen welke status de output heeft ten aanzien van de planvorming), stellen wij dat wel degelijk tijdig de stappen worden ondernomen om de output te realiseren. Het proces rond IPCEI Health en de TTT-regeling kent wel enige vertraging.

Binnen de **eerste lijn** zijn vooral IPCEI Health en CEPI relevant op het gebied van innovatie. De opstart van IPCEI duurt langer dan voorzien, maar vier Nederlandse projecten kunnen vanuit IPCEI in 2024 subsidie ontvangen. Er komt voor nu geen nieuwe ronde bij IPCEI Health voor Nederlandse projecten, maar in plaats daarvan overweegt VWS extra middelen vrij te maken voor het subsidiëren van innovatieprojecten. Bij het CEPI kunnen Nederlandse projecten op het gebied van vaccinontwikkeling meedingen voor financiering. Tot en met oktober 2023 is er vanuit CEPI ongeveer 86 miljoen euro geïnvesteerd in Nederlandse projecten.⁵²

Alle impulsen onder de **tweede lijn** zijn in gang gezet en bevinden zich veelal nog in de opstartfase. Voor TTT-regeling zijn in 2023 geen aanvragen binnengekomen. De invulling van deze regeling in de toekomst wordt momenteel besproken binnen VWS. Het P3Dx programma dat TNO coördineert bevindt zich begin 2024 nog in de opstartfase, waarin de innovatieagenda wordt uitgewerkt in detail. In 2024 start de uitvoeringsfase voor het ontwikkelen van innovatieve testmethoden. Alle huidige impulsen lopen naar verwachting af in 2025 of 2026. VWS is voornemens om vanaf 2025 nieuwe impulsen uit te zetten, maar hierover bestaat ten tijde van deze evaluatie nog geen duidelijkheid.

Ook de output binnen de **derde lijn** bevindt zich nog in een opstartfase. De oprichting van FAST en deel 1 van het programma regulatoire pandemische paraatheid bij ZonMw zijn gerealiseerd. Er is door ZonMw een quickscan uitgevoerd om de behoeftes in kaart te brengen omtrent de opbrengsten van het programma. In maart 2024 is de eindrapportage gepubliceerd⁵³, waarin aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van de regulatoire pandemische paraatheid. De belangrijkste aanbevelingen uit het rapport zijn het inzicht in het regulatorische systeem, procedures en vereisten verbeteren, de multidisciplinaire kennisamenwerking binnen het regulatorische veld versterken, de regulatoire adaptatie vormgeven op basis van pandemische scenarioplanning en komen tot geharmoniseerde dataverzameling en verbeterde toegang tot data voor regulatoire doeleinden.

⁵² [Pandemische paraatheid: een agenda voor kennis en innovatie | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#).

⁵³ [Eindrapportage deelprogramma Regulatoire Pandemische Paraatheid q \(zonmw.nl\)](#)

Of alle beoogde output tijdig wordt bereikt is ten tijde van deze evaluatie nog onzeker. Deze onzekerheid is deels het gevolg van de timing van deze evaluatie, waarin veel output binnen deze subbeleidsopgave zich nog in de opstartfase begeeft. Daarmee zijn verwachtingen over de huidige beoogde output nog onzeker en is over aanvullende output na 2025/2026 nog niks bekend. Naast de timing van deze evaluatie speelt ook afhankelijkheid een rol in deze onzekerheid. Volgens VWS bestaat er op het gebied van innovatie een (sterke) afhankelijkheid van de inzet van betrokken partijen (ZonMw, TNO, RVO, kennisinstellingen en bedrijven). VWS faciliteert impulsen, maar de uitwerking daarvan is mede afhankelijk van de inzet van deze partijen.

5.3.4 Output draagt in redelijke mate bij aan het behalen van de outcome-doelen

Gezien de onzekerheid over het behalen van de beoogde output, zijn tevens de verwachtingen over het behalen van de outcome-doelen nog onzeker. Naar verwachting van VWS en betrokken partijen zal lopende output in redelijke mate bijdragen aan het behalen van de beoogde outcome-doelen, al zal de impact beperkt meetbaar zijn. Projecten binnen de eerste en derde lijn (onder IPCEI Health, FAST, regulatoire pandemische paraatheid) zijn veel breder dan secundaire pandemische paraatheid en daarmee zal de specifieke impact voor het programma Pandemische Paraatheid volgens VWS en betrokken partijen lastig te concretiseren zijn.

Voor het creëren van een innovatief ecosysteem benadrukt VWS zijn afhankelijkheid van de partijen die deelnemen aan dit ecosysteem. Het ministerie ziet zichzelf hier als aanjager via financiële impulsen. Volgens de directie GMT van VWS zal de samenwerking op EU-niveau een beperkte impact hebben op het innovatieve ecosysteem van Nederland, omdat hiervoor vanuit Nederland maar beperkt budget beschikbaar is.

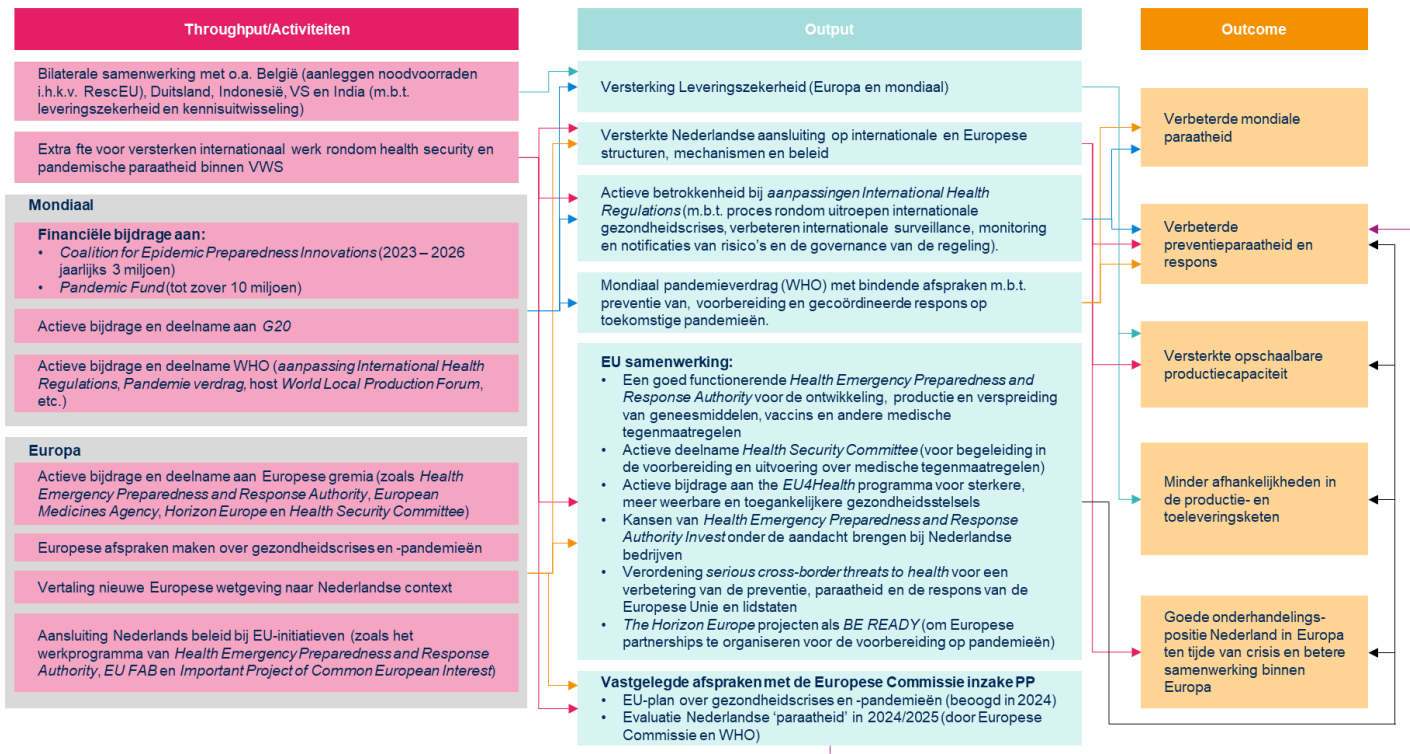
Huidige impulsen onder de tweede lijn dragen reeds bij aan verdere samenwerking tussen partijen, die leidt tot meer innovatie. Zo wordt er vanuit het programma P3Dx publieke en private samenwerking gestimuleerd. Dit maakt het mogelijk om ook private middelen aan te trekken en het faciliteert de link tussen kennis en de praktijk waarin die kennis moet worden geïmplementeerd. De wijze waarop outputs binnen de derde lijn gaan bijdragen aan deze outcome is ten tijde van deze evaluatie nog onduidelijk voor betrokken partijen.

In welke mate de inzet binnen de tweede en derde lijn zal leiden tot de versnelling van innovaties is eveneens onzeker.

5.4 Internationaal

5.4.1 Beleidstheorie

Subbeleidsopgave 3c: Internationaal



Ten tijde van een pandemie zijn volksgezondheidsbelangen mede afhankelijk van internationale samenwerking. Een pandemie is immers een epidemie op wereldwijde schaal, waarbij grensoverstijgende samenwerking van essentieel belang is. Aspecten van internationale samenwerking komen dan ook meermaals terug in andere subbeleidsopgaven. De subbeleidsopgave Internationaal legt de focus op **financiële en inhoudelijke bijdragen** aan mondiale, Europese en bilaterale samenwerkingsverbanden. Nederland speelt op verschillende manieren een rol in het bijdragen aan kennisontwikkeling en -deling. Ook worden samenwerkingsverbanden verankerd en afspraken gemaakt tussen landen. In deze beleidsopgave is er ook aandacht voor internationale belangenbehartiging van Nederland en de versterking van leveringszekerheid (output) welke ook aan internationale invloeden onderhevig is. De beoogde outcome-doelen omvatten verbeterde mondiale paraatheid, monitoring en coördinatie op Europees niveau, een opschaalbare en onafhankelijke productiecapaciteit en een goede onderhandelingspositie van Nederland.^{54, 55} De verbindingen met voorgaande subbeleidsopgaven (Leveringszekerheid, Kennis en onderzoek, Innovatie) zijn daarmee evident.

5.4.2 Is de beoogde output specifiek, meetbaar en tijdgebonden?

De **output** is **veelal niet specifiek, meetbaar of tijdgebonden** geformuleerd. De output is gericht op processen ("actieve bijdrage aan", "verbetering van", "versterking van") waarbij een **stip op de horizon ontbreekt**. In een interview met vertegenwoordigers van VWS kwam naar voren dat er nog onvoldoende duidelijkheid bestaat over de concrete einddoelen. Om iets te kunnen zeggen over het succes van het programma is een specifieke en meetbare output van essentieel belang. Gezien de formulering van de output achten wij het mogelijk om concrete doelen te stellen bij de output. Zo kan de 'versterking' van leveringszekerheid of Nederlandse aansluiting op internationale en Europese structuren, mechanismen en beleid worden geconcretiseerd. Wanneer is men tevreden? Wat moet behaald worden om

⁵⁴ <https://www.mea.gov.in/Images/CPV/G20-New-Delhi-Leaders-Declaration.pdf>

⁵⁵ [Kamerbrief over beleidsagenda pandemische paraatheid | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.](#)

te kunnen zeggen dat er 'versterking' plaats heeft gevonden? Hetzelfde geldt voor de andere output zoals in de beleidstheorie is opgenomen.

Het verband tussen de beoogde output en het verbeteren van mondiale paraatheid en het verbeteren van preventieparaatheid en respons (outcome-doelen) is duidelijk. Al zijn de outputs zelf niet altijd specifiek, het is wel helder langs welke wegen naar deze outcome-doelen wordt toegewerkt. Nog minder duidelijk is hoe (via welke output) wordt toegewerkt naar een goede onderhandelingspositie van Nederland in Europa in tijden van crisis. De outcome-doelen met betrekking tot leveringszekerheid bespreken wij in paragraaf 5.2 van dit rapport.

5.4.3 *Realisatie van de output conform planvorming, maar onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt*

Hoewel de output weinig concreet of tijdgebonden geformuleerd zijn, zijn er op bijna alle internationale afspraken en samenwerkingsverbanden uit het schema stappen gezet. Daarmee **lijkt de beoogde output vooralsnog conform planvorming te verlopen**. Er worden verschillende stappen gezet om de Europese en mondiale samenwerking te versterken. In Europees verband is Nederland als lidstaat betrokken en geeft daarin een substantiële en proactieve bijdrage. Zo is Nederland betrokken bij HERA, die zich richt op de ontwikkeling, productie en verspreiding van geneesmiddelen, vaccins en andere medische tegenmaatregelen. Ook levert Nederland een actieve bijdrage aan het EU4Health programma voor sterkere, meer weerbare en toegankelijke gezondheidsstelsels doordat het RIVM expertise levert aan en betrokken is bij internationale onderzoeken en projecten. Ook speelt het RIVM een rol bij internationale kennisuitwisseling. Het Centrum infectieziektebestrijding (Cib) van RIVM is *national focal point* (NFP) voor de International Health Regulations (IHR) voor de WHO, en fungeert in het netwerk van national focal points met het ECDC. Daarnaast ondersteunt RIVM de WHO via tien Collaborating Centres (onder andere WHO CC Infectious Disease Preparedness and IHR Monitoring & evaluation, en WHO CC for Laboratory Preparedness and Response for High Threat Pathogens and Biorisk), en maakt deel uit van het WHO Pan European Network for Disease Control. Het RIVM participeert in meer dan 30 Europese onderzoeks- en beleidsprojecten. Eveneens is Nederland betrokken bij de Europese afspraken die worden gemaakt om de afspraken om de samenwerking rondom ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen in de EU te versterken, zoals aangaande het Union Preparedness Plan. En daarnaast wordt de Nederlandse inzet op het terrein van mondiale gezondheid opgeschaald en streeft Nederland naar meer geïntegreerde en innovatieve samenwerking op verschillende niveaus door middel van de Nederlandse Mondiale gezondheidsstrategie⁵⁶.

Voor een **aantal andere onderdelen** geldt dat **moeilijk te bepalen is of de gestelde output tijdig bereikt zal worden**. Er zijn stappen gezet in het versterken van de leveringszekerheid (Europees en mondiaal), maar hierbij is sprake van verschillende standpunten van lidstaten, bijvoorbeeld over het kopen van vaccins en of deze vaccins tot nationale vaccinatieprogramma's behoren of niet. Het mondiale Pandemieverdrag is naar alle waarschijnlijkheid in 2024 gereed. Op dit moment vinden er onderhandelingen plaats over de afspraken die in het verdrag worden opgenomen, onder andere met betrekking tot financiën, verplichtingen, informatiedeling en de rol van de WHO. Ook als lid van de WHO levert Nederland een belangrijke bijdrage aan het versterken van de mondiale samenwerking en versterking van de leveringszekerheid. Voor de aanpassingen van de International Health Regulations (IHR)⁵⁷ geldt eveneens dat beoogd wordt deze in 2024 gereed te hebben. Zowel het EU-plan over gezondheids crises en -pandemieën als de evaluatie van de Nederlandse 'paraatheid' komen er waarschijnlijk in 2024. Met betrekking tot de Europese samenwerking is Nederland betrokken bij verschillende onderdelen. Aan veel van de output wordt dus nog gewerkt en is op dit moment nog niet behaald. Het is daarom op dit moment lastig te bepalen of de output tijdig bereikt gaat worden.

⁵⁶ [Nederlandse mondiale gezondheidsstrategie 2023-2030: Samen zorgen voor gezondheid wereldwijd | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

⁵⁷ Doelstelling van de IHR is het voorkomen van, beschermen tegen en beheersen van internationale verspreiding van ziekten, zonder het handelsverkeer onnodig te belemmeren. Concreet betekent dit dat de IHR een juridisch kader biedt om maatregelen te nemen om de internationale volksgezondheid te beschermen, die mogelijk belemmerend zijn voor het handels- of reizigersverkeer.

5.4.4 Output draagt in beperkte mate bij aan het behalen van de outcome-doelen

De beoogde en gerealiseerde output draagt naar verwachting in beperkte mate bij aan het behalen van de gestelde outcome-doelen. Dat Nederland vertegenwoordigd is in en een bijdrage levert aan mondiale en Europese gremia is vast te stellen. Op verschillende thema's is er Nederlandse vertegenwoordiging, zoals bij de aanpassingen van het IHR en het opstellen van het mondiaal Pandemieverdrag (vanuit het WHO) en het RIVM is op verschillende thema's rondom onderzoek en kennisdeling betrokken. Echter, welke effecten deze actieve betrokkenheid van Nederland heeft en of deze bijdrage van Nederland en deelname aan de verschillende gremia vervolgens ook leidt tot de gewenste outcome-doelen is moeilijk vast te stellen.

Eenzijds komt dit doordat de output en outcome-doelen beperkt geconcretiseerd zijn. Zoals eerdergenoemd zijn de outcome-doelen vooral gericht op processen (zoals 'verbeteren' en 'versterken'). Veel output is beschreven als actieve deelname of betrokkenheid. Daarmee is het moeilijk om uitspraken te doen over de mate waarin vervolgens effecten zichtbaar zijn van deze actieve deelname en betrokkenheid. Tevens zal er het komende jaar of komende jaren nog veel ontwikkeling op deze output plaatsvinden. Ook daarom is het moeilijk vast te stellen in welke mate de beoogde output bijdraagt aan het behalen van de gestelde outcome-doelen.

5.5 Stand van zaken beleidsopgave 3: Leveringszekerheid, innovatie en internationale afstemming

Tot slot geven wij in onderstaande schema de stand van zaken weer binnen beleidsopgave 3 door voor de drie subbeleidsopgaven de volgende drie vragen te beantwoorden:

1. In hoeverre wordt de beoogde output tot nu toe volgens plan gerealiseerd?
2. In hoeverre is het realistisch dat de nog niet-behaalde output tijdig wordt bereikt?
3. In hoeverre dragen de beoogde en gerealiseerde output naar verwachting bij aan het behalen van de gestelde outcome-doelen?

De voorgaande paragrafen doen uiteraard meer recht aan de nuances in de praktijk dan onderstaande beknopte antwoorden op deze drie vragen. Het schema is bedoeld om in één oogopslag inzichtelijk te maken welke subbeleidsopgaven volgens de onderzoekers extra aandacht behoeven.

In hoeverre wordt de beoogde output tot nu toe volgens plan gerealiseerd?			
Leveringszekerheid	Achter op planvorming	Conform planvorming	Voor op planvorming
Innovatie	Achter op planvorming	Conform planvorming	Voor op planvorming
Internationaal	Achter op planvorming	Conform planvorming	Voor op planvorming
In hoeverre is het realistisch dat de nog niet-behaalde output tijdig wordt bereikt?			
Leveringszekerheid	Niet realistisch	Onzeker	Realistisch
Innovatie	Niet realistisch	Onzeker	Realistisch
Internationaal	Niet realistisch	Onzeker	Realistisch
In hoeverre dragen de beoogde en gerealiseerde output naar verwachting bij aan het behalen van de gestelde outcome-doelen?			
Leveringszekerheid	In beperkte mate	In redelijke mate	In hoge mate
Innovatie	In beperkte mate	In redelijke mate	In hoge mate
Internationaal	In beperkte mate	In redelijke mate	In hoge mate

Tabel 8. Stand van zaken beleidsopgave 3: Leveringszekerheid, innovatie en internationale afstemming

6 Programmabrede conclusies

De hoofdstukken 3, 4 en 5 beschrijven het doelbereik, de voortgang en de verwachtingen per (sub)beleidsopgave binnen het programma Pandemische Paraatheid. In dit hoofdstuk trekken we een aantal overkoepelde conclusies over de drie beleidsopgaven heen en over het programma als geheel.

6.1 Programma is voortvarend van start gegaan, maar voortgang is wisselend per (sub)beleidsopgave en vaak is het onzeker of niet-behaalde output tijdig wordt bereikt

Binnen de eerste beleidsopgave, '**Versterken publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding**', is door betrokken partijen al veel werk verzet en dat is ook terug te zien in de voortgang. De realisatie van bijna alle output van de subbeleidsopgaven loopt volgens planvorming; enkel de subbeleidsopgave 'Vaccinatiestelsel' loopt daarop achter. Desalniettemin verkeren acties veelal nog in een vroeg stadium van uitvoering, en is het onzeker of alle output tijdig zal worden gerealiseerd. Noodzakelijke aanpassingen in wetgeving (Wpg), arbeidsmarkttekorten, uitdagingen rondom dataprotectie, privacy en aansluiting van IV-systemen, het ontbreken van een tijdlijn voor te ondernemen acties, en toekomstige besluitvorming van een nieuw kabinet dragen bij aan die onzekerheid. Alleen bij de subbeleidsopgaven 'Versterken GGD'en' en 'Zoönose' achten wij het realistisch dat de output tijdig wordt bereikt. Voor 'Versterken GGD'en' is concrete output uitgewerkt die gebonden is aan een tijdlijn. Bij de subbeleidsopgave 'Zoönose' versterkt de reeds uitgevoerde interne check op noodzakelijke aanscherpingen in het 'Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid' het vertrouwen in de haalbaarheid van de beoogde output. Bij de overige vier subbeleidsopgaven binnen beleidsopgave 1 is het onzeker of de beoogde output tijdig wordt gerealiseerd.

Bij de tweede beleidsopgave, '**Zorg goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar**', verschilt de voortgang bij de twee subbeleidsopgaven. Voor de subbeleidsopgave 'Langdurige zorg' geldt hetzelfde als bij de meeste subbeleidsopgaven binnen beleidsopgave 1: het behalen van de output loopt volgens schema, maar of het lukt om de nog niet behaalde output te realiseren is onzeker. Die onzekerheid komt voort uit het feit dat voor de meeste acties het effect in de praktijk nog moet blijken en dat het een uitdaging is om zorgaanbieders en zorgprofessionals goed te bereiken. Ook zijn de effecten van de ingezette acties moeilijk meetbaar te maken. De voortgang en verwachtingen binnen de subbeleidsopgave 'Curatieve zorg' zijn minder duidelijk. Een aantal onderdelen loopt achter op planvorming en betrokken partijen zetten vraagtekens bij de uitvoerbaarheid van de beoogde output. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg en de Regionale Overleggen Acute Zorgketen hebben stappen gezet in het uitwerken van een duidelijke werkwijze rondom het verbeteren van de zorgcapaciteit en spreiding van de zorg. Rond het Landelijk Platform Zorgcoördinatie is waar het de ziekenhuizen betreft al veel gerealiseerd, maar is er nog ruimte voor verbetering in (de frequentie van) het aanleveren van data en in het uniformeren van afspraken. Het streven naar de instandhouding van de 1700 ic-bedden wordt niet als realistisch of effectief gezien. Zowel vanwege de huidige personeelstekorten als het feit dat dat het nog niet is gelukt om de financiering van (leegstaande) ic-bedden rond te krijgen. Wat betreft de Nationale Zorgreserve is het nog onzeker welk deel van de zorgreservisten in het geval van een volgende pandemie daadwerkelijk op de juiste plek inzetbaar is. In algemene zin vraagt de subbeleidsopgave Curatieve zorg om een herijking met oog voor de huidige personeelstekorten, een duidelijke rolverdeling en beschikbare financiële middelen.

Ook binnen de derde beleidsopgave, '**Leveringszekerheid, innovatie en internationale afstemming**', verloopt de beoogde output op de drie subbeleidsopgaven conform planvorming. Ook hier geldt dat de eerste stappen gezet zijn, maar dat de beoogde output nog beperkt gerealiseerd is. Daar waar wij het realistisch achten dat de beoogde output binnen de subbeleidsopgave 'Leveringszekerheid' tijdig wordt bereikt, is dat bij 'Innovatie' en 'Internationaal' nog onzeker. Deze onzekerheid heeft te maken met het vroege stadium waarin de uitvoering verkeert en de afhankelijkheid van nationale en internationale samenwerkingspartners.

Samenvattend kunnen we concluderen dat de voortgang binnen de verschillende subbeleidsopgaven verschilt. We zien dat de realisatie van de meeste output conform planning verloopt, maar dat de verdere realisatie van de geformuleerde doelstellingen vaak met onzekerheid is omgeven.

6.2 Programma heeft beperkte focus op crisiscommunicatie en het betrekken van de samenleving

Een relevante vraag is of er belangrijke onderdelen missen in het programma die wel belangrijk kunnen zijn in het kader van de pandemische paraatheid van de zorg en daarom thuis zouden horen in het programma. Om deze vraag te beantwoorden kijken we naar een evaluatierapport van het ECDC dat in mei 2023, dus na afloop van de pandemie, verscheen onder de titel 'Lessons from the COVID-19 pandemic'.⁵⁸ In dit rapport worden de lessen uit een groot aantal EU-lidstaten samengebracht in vier *lesson areas*, die we hierna langslopen en naast het programma leggen:

1. Investment in the public health workforce;
2. Preparing for the next public health crisis;
3. Risk communication and community engagement;
4. Collection and analysis of data and evidence.

Binnen 'Investment in the public health workforce' staat centraal dat er voldoende en flexibele mankracht beschikbaar moet zijn in de gezondheidszorg, die getraind is en voldoende op de hoogte van (nieuwe) systemen en procedures. Ook benadrukt het ECDC het belang van voldoende (structurele) investeringen in personeel in de gezondheidszorg. De lessen die het ECDC rond dit thema trekt, komen in het programma Pandemische Paraatheid herkenbaar terug in vooral beleidsopgave 2 (curatieve zorg) en beleidsopgave 1 (versterken GGD'en).

In het tweede thema, *Preparing for the next public health crisis*, staat, kort samengevat, het belang centraal van goede (en actuele) noodprocedures en -plannen, duidelijke besluitvormingsstructuren ten tijde van een pandemie, intersectorale samenwerking, duidelijke wettelijke kaders, internationale samenwerking en coördinatie, en solidariteit. Genoemde onderwerpen komen, hoewel nog volop in uitvoering en onderwerp van discussie, op verschillende manieren terug in het programma Pandemische Paraatheid, zowel in de publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding (beleidsopgave 1), als in de curatieve en langdurige zorg (beleidsopgave 2). De inrichting van de LFI is hier een goed voorbeeld van, het LNAZ heeft hier een rol in voor de curatieve zorg en er zijn diverse wijzigingen van de Wpg in voorbereiding die voor een wettelijk kader moeten zorgen. Verder participeert Nederland actief en zichtbaar in internationale gremia en samenwerkingsverbanden. De intersectorale samenwerking zien we in het programma minder duidelijk naar voren komen. Dit wordt onder andere als aandachtspunt benoemd rond de subbeleidsopgave 'Kennis en onderzoek', maar speelt breder. Hier gaan we in het volgende hoofdstuk nader op in. In dat hoofdstuk komt ook het thema 'sturing en besluitvorming' terug.

'Risk communication and community engagement' gaat over het belang van goede, afgestemde crisiscommunicatie en het betrekken van de samenleving bij besluitvorming, door burgers transparant en eenduidig te informeren en aandacht te hebben voor het (gebrek aan) vertrouwen van burgers in de overheid. Het ECDC benoemt hierbij expliciet het belang van het betrekken van expertise uit de gedragswetenschap en sociologie, om ervoor te zorgen dat beleid zo goed mogelijk aansluit bij het (verwachte) gedrag van mensen. Dit belang werd eerder ook al onderschreven door de OvV in haar evaluatie van de aanpak van de coronacrisis.⁵⁹ Hierin wordt deels voorzien door de in 2020 opgezette Gedragsunit van het RIVM en in de subbeleidsopgave 'Kennis en onderzoek' (bijvoorbeeld het project BePrepared). Daarbuiten zien we in het programma Pandemische Paraatheid maar beperkte aandacht terugkomen voor eenduidig (operationeel) crisiscommunicatiebeleid, methoden om de bevolking goed te betrekken en manieren om bijvoorbeeld desinformatie en een lage vaccinatiebereidheid in de praktijk tegen te gaan. Het belang van deze onderwerpen werd aangehaald in meerdere interviews tijdens deze tussentijdse evaluatie.

⁵⁸ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/lessons-covid-19-pandemic-may-2023>

⁵⁹ [Aanpak coronacrisis – Deel 1: tot september 2020 - ovv \(onderzoeksraad.nl\)](#).

Het laatste thema, [Collection and analysis of data and evidence](#), heeft vooral betrekking op het belang van (robuuste, flexibele en opschaalbare) monitoring en surveillance, data-uitwisseling, voldoende capaciteit voor analyse en interpretatie van epidemiologische data ten behoeve van passende beleidsvorming, en voldoende aandacht voor dataprotectie en -governance. Deze onderwerpen zien we op verschillende plekken terugkomen in het programma Pandemische Paraatheid. Zo heeft het RIVM bijvoorbeeld een belangrijke rol bij de versterking van monitoring en surveillance, werkt het LNAZ op verschillende manieren aan data-ontsluiting en -uitwisseling in de zorg en lopen er binnen de langdurige zorg activiteiten om relevante medische data vanuit de ouderen- en gehandicaptenzorg beter te ontsluiten. Kortom, het is een thema dat op veel verschillende plekken binnen het programma terugkomt. Tegelijkertijd zien we dat zich op die verschillende plekken vergelijkbare uitdagingen voordoen rondom dataprotectie, privacy en het goed op elkaar laten aansluiten van verschillende IV-systemen, die de voortgang soms vertragen.

6.3 Meer afstemming tussen subbeleidsopgaven draagt bij aan meer synergie

Als onderzoekers valt ons op dat het gehele programma Pandemische Paraatheid zeer breed is ingestoken en een ruim scala aan activiteiten omvat op uiteenlopende terreinen. Om die reden is een groot aantal beleidsdirecties binnen VWS betrokken en is het programma onderverdeeld in elf subbeleidsopgaven. De activiteiten die ondernomen worden binnen de verschillende subbeleidsopgaven hangen op sommige punten nauw met elkaar samen en hier is goede afstemming geboden, om overlap te voorkomen en wederzijdse versterking mogelijk te maken.

Zulke nauwe samenhang zien we bijvoorbeeld tussen de subbeleidsopgaven 'Versterken GGD'en', 'Landelijke Functionaliteit Opschaling Infectieziektebestrijding' en 'Infectieziektebestrijding - RIVM'. We zien voldoende aandacht voor de benodigde afstemming die hierbij komt kijken. Een aantal voorbeelden van deze nauwe samenhang zijn terug te vinden in de samenwerking tussen de GGD'en, de LFI en het RIVM op deze opgaven. Zo zorgt de LFI voor de kaderstelling voor de GGD'en, waarbij de kaders in samenspraak met alle betrokken partners zijn opgesteld. Daarnaast zullen de GGD'en taken rondom infectieziektebestrijding uitvoeren waarbij het RIVM nauw betrokken is. Ook is er bij het opstellen van de ontwerpen van de LFI input opgehaald bij de GGD'en. Met betrekking tot infectieziektebestrijding bij het RIVM geldt dat het Cib verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de plannen, maar hierin samen optrekt met de GGD'en.

Tegelijkertijd zien wij ook punten van samenhang tussen subbeleidsopgaven waar nog winst valt te behalen. Zo moeten de behaalde outcome-doelen onder 'Kenniss en onderzoek' landen in de praktijk om zo de vruchten te plukken van de verbeterde kennisparaatheid. Deze afstemming tussen theorie en praktijk komt nog weinig terug in het programma. Hoe en wanneer vinden bijvoorbeeld de verkregen kennis rondom ventilatie (TNO) en de kennis over de sociale aspecten en gedragsaspecten van pandemieën (ZonMw: BePrepared) hun weg naar pandemisch beleid? Geïnterviewden geven aan dat er winst te behalen is in een nauwere wetenschappelijke samenwerking tussen RIVM, GGD'en en universiteiten.

Een tweede punt van samenhang met beperkte afstemming zien wij tussen de subbeleidsopgaven 'Curatieve zorg' en 'Langdurige zorg'. Een doel binnen beleidsopgave 2 is om de aandacht voor en de positie van de langdurige zorg tijdens een volgende pandemie beter te waarborgen. Alhoewel zowel vanuit de curatieve als de langdurige zorg wordt geconcludeerd dat dit doel nog niet is bereikt, zijn de perspectieven op de oorzaak hiervan verschillend. Vanuit de curatieve zorg ligt de focus voornamelijk op het (praktisch) organiseren van de aansluiting van de langdurige zorg op regionale overlegstructuren. Volgens geïnterviewde partijen binnen de langdurige zorg is aansluiting slechts een eerste stap en is er (vooral) een bredere bewustwording nodig in het zorgveld over de belangen van de langdurige zorg tijdens een volgende pandemie. Over de vraag wat de betere aansluiting van de langdurige zorg vergt van betrokken partijen is dus nog verdere afstemming nodig.

Tot slot zien we dat de inzet op internationale samenwerking weliswaar als een aparte subbeleidsopgave is neergezet binnen het programma, maar dat deze onlosmakelijk verbonden is met een groot aantal andere subbeleidsopgaven. Dit speelt vooral bij Zoönose, Kennis en onderzoek, Leveringszekerheid en Innovatie. Daar waar nationale en

internationale inzet binnen het programma aan elkaar raken, is de ervaring van betrokken partijen dat soms, bijvoorbeeld bij Zoönose, de verbinding met hun (inter)nationale tegenhanger versterkt kan worden. In het algemeen moet voor de directie IZ soms nog duidelijk worden of haar rol hoofdzakelijk informierend, adviserend of coördinerend is. Ook het ECDC (zie paragraaf 6.2) wees eerder op het belang van internationale samenwerking en afstemming.

De meerwaarde van het toewerken naar pandemische paraatheid in een programmastructuur is dat het mogelijkheden biedt om synergie te realiseren binnen en tussen de beleidsopgaven. Een belangrijke vraag is daarom hoe 'pandemische paraatheid' structureel wordt geborgd en ingebed in regulier beleid na de programmafase in 2026 en welke governancestructuur daarbij passend is. We voorzien dat ook na de programmafase vormen van coördinatie nodig blijven om lopende activiteiten goed op elkaar aan te laten sluiten en deze synergie te (blijven) realiseren.

6.4 'Pandemisch paraat zijn' is een constante beweging, maar partijen weten niet altijd waar zij naartoe bewegen

Bij het analyseren van de beleidstheorie onder het programma Pandemische Paraatheid valt ons op dat outcome-doelen vaak vrij algemeen en abstract zijn geformuleerd, en dat niet alle programmadoelen even specifiek, meetbaar en tijdgebonden zijn geformuleerd. Bij de output is dat veelal wel het geval. In de uitwerking van het programma is, zo blijkt in de interviews, bewust gekozen voor concreet geformuleerde output en meer algemene outcome-doelen, omdat lastig te stellen is wanneer je als Nederland 'pandemisch paraat' bent. Deze keuze heeft wel een aantal implicaties.

In de eerste plaats heeft dat implicaties voor de mate waarin de onderzoekers kunnen evalueren in hoeverre outcome-doelen zijn of (naar verwachting) worden behaald. Zoals wij al aangaven in paragraaf 2.2 heeft dit de insteek van dit onderzoek mede bepaald. Wij onderzochten de mate waarin het behalen van de output (positief) bijdraagt aan de outcome-doelen ('de beweging') en niet of de outcome-doelen (naar verwachting) behaald zijn of worden.

Ten tweede roept dit de vraag op wat 'pandemisch paraat' zijn precies betekent. Wanneer zijn we als Nederland pandemisch paraat? De complexiteit hierbij zit uiteraard in het gegeven dat we niet weten hoe een eventuele volgende pandemie eruit zal zien en hoe die verschilt van de eerdere coronapandemie, en dus ook niet waarop we ons precies moeten voorbereiden. Een deel van de activiteiten in het programma richt zich op een betere voorbereiding op een gelijksoortige pandemie als Covid-19 (bijvoorbeeld voldoende ic-capaciteit en de leveringszekerheid van mondkapjes), terwijl de kenmerken van het virusbeeld bij een volgende pandemie mogelijk heel anders zijn en daarmee ook een ander beroep doen op het zorgstelsel. Een van de geïnterviewden verwoordde het als volgt: "We bereiden ons voor op de vorige pandemie".

Volgens de programmadirectie Pandemische Paraatheid van VWS moet 'pandemische paraatheid' daarom niet worden gezien als een vaststaand punt (een 'stip op de horizon'), maar als een constante beweging. Daarmee betekent 'pandemisch paraat zijn' dat de gezondheidszorg in brede zin flexibel, wendbaar (innovatief) en opschaalbaar moet zijn. Pandemische paraatheid moet elementen in zich hebben van voorkomen van een pandemie (preventie), het tijdig zien aankomen en effectief handelen in geval van een 'warme fase'. Deze interpretatie van pandemische paraatheid is ook terug te vinden in definities van internationale gremia.⁶⁰

Overigens dienen betrokkenen zich ook te realiseren dat, zeker op nationaal niveau, de maakbaarheid van 'pandemisch paraat zijn' eindig is en dat een volgende pandemie realistisch gezien niet voorkomen kan worden. Er zijn immers vele (internationale) factoren die het ontstaan en de (mogelijkheden voor) bestrijding van een pandemie beïnvloeden. Het gaat er meer om hoe je er als samenleving op reageert.

⁶⁰ <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/first-lessons-from-government-evaluations-of-covid-19-responses-a-synthesis-483507d6/>: "Pandemic preparedness refers to governments' ability to anticipate a pandemic before it materialises and prepare for a global public health emergency, by developing the right knowledge and capacities." WHO: "Pandemic preparedness is a continuous process of planning, exercising, revising and translating into action national and sub-national pandemic preparedness and response plans."

Met de interpretatie van 'pandemische paraatheid' als een constante beweging, valt het de onderzoekers op dat een eenduidige richting in deze constante beweging vaak ontbreekt. Wat betekent bijvoorbeeld een flexibele, wendbare en opschaalbare gezondheidszorg precies? Hoe ziet dat eruit? Welke lessen kunnen we trekken uit nieuwe inzichten en onderzoek? Welke activiteiten dragen het meest bij aan het behalen van doelstellingen? Bredere reflectie op dergelijke belangrijke, richtinggevende vragen zien wij beperkt terug binnen het programma. We zien over de breedte van het programma Pandemische Paraatheid dat betrokken partijen hard werken aan de beoogde output, maar dat het voor deze partijen niet altijd helder is waar naartoe wordt gewerkt en hoe de output precies bijdraagt aan de uiteindelijke programmadoelen.

Wel wordt er binnen het programma gewerkt aan de ontwikkeling van scenario's, hoewel deze niet aan de basis hebben gestaan van de keuzes die binnen het programma zijn gemaakt. Er wordt toegewerkt naar vier maatgevende scenario's die verschillen in kenmerken van het virusbeeld, zoals de transmissieroute van de infectieziekte en de groepen die kwetsbaar zijn. Daarbij volgt er in 2025 een algemene stresstest. Binnen de LFI wordt ook gewerkt aan logistieke scenario's. Scenario's concretiseren niet zozeer wat 'pandemisch paraat' behelst, maar bieden wel handvatten voor het versterken en richten van het programma en voor reflectie op de gepleegde inzet. Door te werken met scenario's kan worden getest of de aangenomen verbanden tussen output, outcome en strategische doelen stand houden. Een continue evaluatie van de effecten van behaalde output vormt een ijkpunt voor meer richtinggevende vragen, zoals: bewegen we met de inzet in het huidige programma (voldoende) in de goede richting? Deze observatie sluit aan bij een van de aanbevelingen van de OvV over de aanpak van de coronacrisis, om de voorbereiding op langdurige maatschappij-ontwrichtende crises te versterken door scenario's uit te werken met de denkbare consequenties en de wijze waarop hierop moet worden ingespeeld.⁶¹

6.5 Programmamiddelen lijken efficiënt te worden besteed

Zoals beschreven in paragraaf 2.2 beoordelen wij doelmatigheid door te kijken of de opzet en de uitvoering van het programma Pandemische Paraatheid op punten efficiënter hadden gekund. Het kan hierbij draaien om de middelen die zijn besteed, de uitvoeringstechnische inzet, administratieve lasten en neveneffecten.

Hiertoe hebben wij betrokken partijen tijdens de interviews en vooraf middels een vragenlijst gevraagd om te reflecteren op de efficiëntie van de inzet op de output binnen de subbeleidsopgave. De belangrijkste bevinding van de onderzoekers is dat er geen noemenswaardige inefficiënties in de inzet van middelen naar voren zijn gekomen. Betrokken partijen geven, vanuit verschillende perspectieven, aan dat bestede financiële middelen of fte's in het algemeen doelmatig zijn besteed en dat de uitvoering van het programma behapbare administratieve lasten met zich mee brengt.

Binnen de beschikbare middelen wordt volgens geïnterviewde partijen efficiënt gewerkt. Zo zijn de beschikbare fte's bij GGD'en duidelijk gericht en heeft LFI haar beschikbare middelen reeds gealloceerd over de gehele looptijd van de implementatiefase tot en met 2026. Binnen de subbeleidsopgave 'Kennis en onderzoek' wordt door VWS en betrokken partijen positief gereflecteerd op de financiering via consortia, waarmee samenwerking tussen onderzoeksinstituten wordt gestimuleerd. De onderzoekers hebben geen aspecten gevonden waarop de uitvoer van het programma Pandemische Paraatheid doelmatiger kan worden ingericht.

Alhoewel er substantiële financiële middelen worden besteed binnen het programma Pandemische Paraatheid, was de omvang van de oorspronkelijke plannen (en daarmee tevens dat van de benodigde financiële middelen) veel ambitieuzer. Door een bijstelling van die ambitie hebben betrokken partijen dus ook scherpe keuzes moeten maken; iets wat heeft bijgedragen aan de doelmatigheid van de acties binnen het huidige programma.

⁶¹ [Aanpak coronacrisis deel 3 - Onderzoeksraad](#).

7 Conclusies met betrekking tot de bredere context van het programma

In dit hoofdstuk zoomen we uit en plaatsen we het programma Pandemische Paraatheid in een bredere beleidsmatige en maatschappelijke context. Het programma Pandemische Paraatheid richt specifiek op het voorbereiden van de zorg op een volgende pandemie. In dit hoofdstuk kijken we hoe het programma zich verhoudt tot regulier beleid binnen de zorg, het belang van betrokkenheid van andere domeinen dan de zorg in het voorbereiden op een volgende pandemie, en vraagstukken rondom (centrale) sturing en de rol van de overheid tijdens een gezondheids crisis.

7.1 De samenhang met regulier beleid is wenselijk en logisch, maar leidt ook tot discussie

In de gehouden interviews komt naar voren dat een deel van de activiteiten die vallen onder het programma nauw samenhangen met regulier beleid, dat niet (specifiek) gericht is op pandemische paraatheid. Een paar voorbeelden:

1. De subbeleidsopgave 'Langdurige zorg' is sterk gericht op hygiëne en infectiepreventie in de sector, wat ook voor de coronapandemie al een belangrijk thema was;
2. Bij de subbeleidsopgave 'Leveringszekerheid' staat de levering van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen centraal. Dit is echter een (complex) vraagstuk dat momenteel veel breder speelt dan alleen de leveringszekerheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen ten behoeve van een toekomstige pandemie;
3. Een laatste voorbeeld: bij de subbeleidsopgave 'Curatieve zorg' wordt onder andere gewerkt aan het borgen van voldoende, goed opgeleid personeel ten behoeve van een toekomstige pandemie. Ook dit is niet los te zien van de arbeidsmarkttekorten die zich ook in de reguliere zorg voordoen.

Deze samenhang met regulier beleid is niet problematisch; in tegendeel, het is juist goed als beleidsdoelen ten aanzien van pandemische paraatheid in het verlengde liggen van 'reguliere' beleidsdoelen, zodat deze elkaar kunnen versterken. Tegelijkertijd leidt deze samenhang op onderdelen ook tot discussies over hoe (schaarse) beschikbare middelen zo effectief mogelijk worden ingezet. Dit kan tot spanning leiden tussen regulier beleid en beleid gericht op pandemische paraatheid. Zo komen arbeidsmarkttekorten naar voren in interviews over heel uiteenlopende subbeleidsopgaven, terwijl tekorten aan medewerkers ook in de huidige situatie (zonder pandemie) al problematisch zijn. Het is niet vanzelfsprekend dat het type geschoolde medewerkers dat in de huidige situatie nodig is, overeenkomt met wat er in een pandemie nodig is. Dit is niet alleen een kwantitatief probleem (voldoende mensen), maar ook een kwalitatief probleem (medewerkers met de gevraagde scholing). Dit spanningsveld is meermaals benoemd door gesprekspartners, maar tot op heden is hier nog niet met een integrale, programmabrede bril naar gekeken. Een deel van de geïnterviewde partijen vraagt zich af of het ambitieniveau van het programma (nog) wel passend is bij de huidige arbeidsmarktsituatie.

Hier komt bij dat beleidsdoelen op de korte en lange termijn niet altijd in elkaars verlengde liggen. Door actuele issues, zoals een mazelnuitbraak in Noord-Brabant of het blauwtongvirus in de veehouderij, nemen de beschikbare tijd en aandacht voor pandemische paraatheid soms (tijdelijk) af, in dit voorbeeld bij GGD'en. De inzet en voortgang binnen het programma is daarmee deels afhankelijk van de mate waarin andere, acutere gezondheidsvragen zich aandienen. Overigens illustreert dit voorbeeld omgekeerd dat het 'pandemisch paraat' zijn juist ook kan bijdragen aan het goed in kunnen spelen op actuele publieke-gezondheidsissues.

Een ander effect van de samenhang tussen pandemiebeleid en regulier beleid is dat de inzet op (en daarmee het effect hiervan) op pandemische paraatheid niet altijd af te kaderen is voor betrokken partijen. Zo vormt pandemische

paraatheid slechts een element binnen de subbeleidsopgave Curatieve zorg en zijn veel kennisprogramma's, zoals FAST, een stuk breder gericht dan sec op pandemische paraatheid. Dat pandemische paraatheid op sommige plekken onderdeel is van een breder takenpakket is op zichzelf geen probleem, maar het beperkt de meetbaarheid van de impact van het programma en kan tot discussie leiden over de inzet van middelen en over de onderlinge rolverdeling binnen het programma (wat behoort wel/niet binnen de scope?). Dat wat regulier beleid betreft, moet immers uit reguliere middelen worden bekostigd en niet uit programmamiddelen.

7.2 Pandemische paraatheid vergt een bredere blik dan sec het zorgdomein

Het programma Pandemische Paraatheid is sterk gericht op de zorgkant en het verkleinen van de kans op een toekomstige pandemie en het beperken van de gevolgen voor de publieke gezondheid. Dat is logisch, aangezien het programma vanuit het ministerie van VWS is opgezet en wordt uitgevoerd. Het programma richt zich primair op de zorg. Elders lopen andere programma's die op andere aspecten zijn gericht. Tijdens de coronacrisis werd echter steeds duidelijker dat de samenwerking met en inbreng vanuit andere domeinen nodig is om een pandemie in goede banen te leiden. Zoals bijvoorbeeld ook gebeurt in het eerder genoemde ZonMW-programma.

Een domeinoverstijgende blik is wenselijk voor besluitvorming tijdens een pandemie. Het eerste en tweede deelrapport van de OvV over de aanpak van de coronacrisis benadrukken het belang van de betrokkenheid van andere domeinen tijdens de crisis. In die rapporten concluderen de onderzoekers dat de sociaal-maatschappelijke en economische effecten, zeker in de eerste fase van de crisis, te weinig werden meegenomen in afwegingen en besluiten. De nadruk lag op ontwikkelingen en behoeften binnen het zorgdomein. In de deelrapporten worden aanbevelingen gedaan om de betrokkenheid van andere domeinen in tijden van crisis te borgen en niet enkel medisch-wetenschappelijke kennis en ontwikkelingen in overweging te nemen.⁶²

Een adviesrapport van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) bevestigt de conclusies van de OvV en pleit voor een domeinoverstijgende aanpak ten tijde van een pandemie.⁶³ Tijdens de crisis werd gehoor gegeven aan deze aanbevelingen door het instellen van een Maatschappelijk Impact Team (MIT) in augustus 2022, verantwoordelijk voor advisering over de maatschappelijke impact van coronamaatregelen.⁶⁴ Na de crisis voerden verschillende partijen (waaronder SCP, RVS, UMC Utrecht, TU Delft, Erasmus Medisch Centrum en het Pandemic & Disaster Preparedness Center (PDPC)) samen twee simulaties uit als een eerste verkenning voor integrale advisering. In hun eindrapport concluderen zij dat integrale advisering een meerwaarde kan hebben in tijden van crisis en benadrukken ze het belang om de invulling hiervan in de koude fase verder te onderzoeken en te organiseren.⁶⁵

Integrale advisering en besluitvorming vereisen voldoende kennis over pandemieën binnen andere domeinen (sociaal-maatschappelijk, economisch). In een brief van 11 januari 2024 aan toenmalig informateur Plasterk vraagt het MIT aandacht voor de voorbereiding op de maatschappelijke gevolgen van een pandemie. Het MIT stelt dat belangrijke stappen zijn gezet binnen het zorgdomein, maar dat ontwikkelingen op andere domeinen achterblijven. Het MIT pleit in de brief voor de opbouw van een structurele kennisbasis en -infrastructuur over de maatschappelijke impact van pandemieën en de eventuele genomen maatregelen.⁶⁶ Het adviesrapport van de KNAW voegt hieraan toe dat onderzoekspartijen vanuit verschillende disciplines samen moeten werken aan kennishiaten en ook in de koude fase in contact moeten blijven.

⁶² [Aanpak coronacrisis – Deel 1: tot september 2020 - ovv \(onderzoeksraad.nl\)](#).

[Aanpak coronacrisis - Deel 2: september 2020 - juli 2021 - ovv \(onderzoeksraad.nl\)](#).

⁶³ [Met de kennis van straks. De wetenschap goed voorbereid op pandemieën - KNAW](#).

⁶⁴ [Aanpak coronacrisis deel 3 - ovv \(onderzoeksraad.nl\)](#).

⁶⁵ <https://convergence.nl/nl/leren-van-een-crisis/>

⁶⁶ [Pandemische paraatheid op maatschappelijk terrein \(Brief MIT aan informateur\) | Brief | Rijksoverheid.nl](#).

Om een domeinoverstijgende blik mogelijk te maken is er behoefte aan een digitaal netwerk waarbinnen opgedane kennis gedeeld wordt tussen onderzoekers, kennisinstituten en uitvoeringsorganisaties. Data over vaccinaties, besmettingen en opnames waren tijdens de coronapandemie beperkt beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek. Als randvoorwaarde voor dit netwerk is een data-infrastructuur nodig die het mogelijk maakt makkelijk informatie te delen, aldus de KNAW.⁶⁷ Een gezamenlijke kennisagenda, opgesteld in juni 2023 door dezelfde partijen die het rapport over het belang van integrale advisering maakten, was een eerste stap in het bundelen van kennis. Op basis van nog onbeantwoorde onderzoeksvragen binnen en tussen de verschillende domeinen, stelden de partijen een kennisagenda op die, volgens hen, in de komende jaren uitgevoerd moet worden om de pandemische paraatheid te vergroten.⁶⁸

Tot slot moet ook duidelijk zijn wat de invloed is van ontwikkelingen en kennis binnen het programma Pandemische Paraatheid op andere domeinen. De aandacht hiervoor is beperkt, aldus geïnterviewde partijen. Samenwerking vindt voornamelijk plaats binnen de opdracht van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV) van het ministerie van Justitie en Veiligheid om Nederland pandemisch paraat te maken. De NCTV is verantwoordelijk voor de coördinatie en het samenbrengen van de stappen die verschillende ministeries en domeinen ondernemen ter voorbereiding op een volgende pandemie. Dit gebeurt voornamelijk in de vorm van crisisplannen en -draaiboeken. Om ervoor te zorgen dat deze afstemming wel plaatsvindt, is het in de eerste plaats nodig om binnen de programmadoelen van het programma Pandemische Paraatheid aandacht te hebben voor ontwikkelingen binnen andere domeinen. Daarbij is het belangrijk (indien nodig vanuit VWS zelf) de samenwerking met andere ministeries (zoals SZW, OCW, LNV en JenV) te versterken rondom gemeenschappelijke thema's binnen pandemische paraatheid.

Dit alles betekent niet dat de scope van het programma Pandemische Paraatheid hoeft te veranderen of dat het programma verbreed moet worden. De focus kan op de zorg blijven liggen. Het betekent wel dat een sterkere verbinding tussen het programma en aanpalende domeinen over en weer leidt tot versterking en verdieping, en tot een betere voorbereiding op een volgende pandemie.

7.3 Programma raakt vraagstukken rond sturing en de rol van de overheid

Tijdens de coronapandemie bleek dat de veelal decentrale organisatie van de gezondheidszorg in Nederland ervoor zorgt dat het bij een instelling-, sector- of regio-overstijgende crisis ontbreekt aan effectieve landelijke sturing.⁶⁹ Sindsdien zijn er binnen het programma stappen gezet om centrale sturing in de zorgketen ten tijde van crisis beter (juridisch) in te regelen, zoals met de 2^e tranche wijzigingen van de Wet publieke gezondheid.⁷⁰

De observatie van de onderzoekers is dat de vragen rondom sturing binnen het programma raken aan de kern van het gezondheids- en zorgstelsel in zijn geheel. In Nederland is de gezondheidszorg decentraal georganiseerd, waarbij zorginstellingen, zorgprofessionals en gemeenten ruimte krijgen om autonoom te werken. De vraagstukken die leven hebben betrekking op de 'sturing' van decentraal georganiseerde zorgaanbieders, de regionale organisatie van de GGD'en versus de behoefte aan landelijke uniformiteit in de werkwijzen en, breder, de mate waarin VWS 'doorzettingsmacht' heeft ten tijde van een eventuele pandemie.

Uit deze evaluatie blijkt dat de haalbare en effectieve mate van centrale sturing (in tijden van crisis) verschilt tussen zorgdomeinen. Zo is het enerzijds mogelijk om centrale sturing en regie wettelijk in te regelen binnen de publieke gezondheidszorg. De rol van centrale sturing in tijden van crisis is binnen de publieke gezondheidszorg onderwerp van gesprek. Daarbij gaat het onder andere om het belang van netwerksamenwerkingen tussen overheden op voet van gelijkheid. In een netwerksamenwerking gaat het om het behalen van resultaten die niet door individuele organisaties

⁶⁷ [Met de kennis van straks. De wetenschap goed voorbereid op pandemieën - KNAW.](#)

⁶⁸ <https://convergence.nl/nl/leren-van-een-crisis/>

⁶⁹ Zie onder andere de conclusies van de OvV: [Aanpak coronacrisis – Deel 1: tot september 2020 - ovv \(onderzoeksraad.nl\).](#)

⁷⁰ [Tweede tranche wijzigingen WPG.](#)

alleen bereikt kunnen worden, maar alleen door het samenspel van meerdere organisaties samen. Regionale overheden zijn essentiële partners om netwerksamenwerking en -sturing vorm te geven. Het is dan ook belangrijk dat er een gezamenlijke, integrale visie en ambitie zijn om centrale sturing en netwerksamenwerking vorm te kunnen geven.

Anderzijds is het inregelen van centrale sturing en regie moeilijker binnen de curatieve zorg en zorgt de afhankelijkheid van zelfstandige partners voor meer complexiteit, evenals de wijze van financiering. Binnen de curatieve zorg gaat het om ook om netwerksamenwerking tussen de zorgnetwerken van zorgaanbieders, denk aan ziekenhuizen en ambulancediensten, in afstemming met het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding. Ook de effectiviteit van centrale sturing verdient daarom aandacht in een bredere discussie, met name wanneer er zelfstandige zorgpartners betrokken zijn. Geïnterviewde partijen zijn sceptisch over het idee van centrale sturing vanuit VWS op de curatieve zorg tijdens een volgende pandemie, omdat VWS door zijn stelselrol ook op enige afstand staat van de uitvoeringspraktijk. Eerder concludeerde de OvV eveneens dat het perspectief vanuit de praktijk vaak ontbrak op beleidsniveau, waardoor maatregelen tijdens de coronapandemie te weinig rekening hielden met behoeften van en haalbaarheid bij organisaties in de uitvoeringspraktijk.⁷¹ Het vraagstuk is actueel of binnen de curatieve zorg centrale sturing in tijden van crisis wenselijk is.

7.4 Positieve en negatieve neveneffecten van het programma zijn beperkt

In deze evaluatie vroegen wij geïnterviewde partijen ook naar positieve en negatieve neveneffecten van het programma, naast de beoogde programmadoelen. In de onderzoeksopzet dachten wij bijvoorbeeld aan potentiële neveneffecten voor de arbeidsmarkt, de burger of de economie in brede zin. Los van de eerder besproken arbeidsmarkttekorten en het feit dat het programma een beroep doet op een krappe arbeidsmarkt voor zorggerelateerd personeel, zijn er geen noemenswaardige neveneffecten naar voren gekomen tijdens de interviews, zij het positief of negatief.

⁷¹ [Aanpak coronacrisis - Deel 1: tot september 2020 - ovv \(onderzoeksraad.nl\)](#).

8 Aanbevelingen voor het programma Pandemische Paraatheid

In dit laatste hoofdstuk formuleren wij aanbevelingen voor het programma Pandemische Paraatheid. We denken dat het opvolgen van deze aanbevelingen de uitvoering van het programma versterkt en verdiept, en bijdraagt aan het doelbereik en de borging van realistische resultaten op langere termijn. De aanbevelingen volgen logisch uit de conclusies die we in de vorige hoofdstukken hebben geformuleerd.

8.1 Herijk outputdoelen op haalbaarheid en realisme, en pak gemeenschappelijke uitdagingen centraal op

In hoofdstuk 6 concludeerden we dat het programma voortvarend van start is gegaan, maar dat de voortgang binnen de verschillende subbeleidsopgaven varieert. We zien dat de realisatie van de meeste output conform planning verloopt, maar dat de verdere realisatie van de geformuleerde doelstellingen vaak met onzekerheid is omgeven. In eerdere hoofdstukken hebben we ook geconcludeerd dat er binnen het programma gemeenschappelijke thema's spelen die de voortgang in het behalen van output in de weg zitten. We adviseren deze thema's daarom gezamenlijk binnen het programma op te pakken, zodat betrokkenen van elkaar kunnen leren en naar gemeenschappelijke oplossingen kunnen zoeken, en programmabrede keuzes gemaakt kunnen worden. Dit kan leiden tot een herijking van geformuleerde programmadoelen en tijdlijnen, als de uitkomst is dat deze niet (meer) realistisch zijn of niet aansluiten bij reguliere beleidsdoelstellingen. De programmadirectie Pandemische Paraatheid van VWS heeft hierin een voortrekkersrol.

Concreet noemen we hier vier bredere thema's die naar ons inzicht meer (centrale) aandacht en regie vragen:

1. We zien dat zich op verschillende plekken vergelijkbare uitdagingen voordoen rondom dataprotectie, privacy en het goed op elkaar laten aansluiten van verschillende IV-systemen, bijvoorbeeld bij de GGD'en. Onder meer een wijziging in de Wet publieke gezondheid (Wpg) moet zorgen voor een wettelijke basis voor een betere uitwisseling van data;^{72 73}
2. Arbeidsmarkttekorten zijn een terugkerend thema bij veel subbeleidsopgaven en worden meermaals genoemd als belemmerende factor. Bijvoorbeeld het tekort aan artsen Maatschappij en Gezondheid en het daarmee samenhangende gebrek aan opleiders om nieuwe artsen op te leiden. Het thema 'arbeidsmarkttekorten' verdient daarom centrale aandacht binnen het programma om te voorkomen dat verschillende partijen in dezelfde vijver vissen, om nader te bezien of programmadoelen nog realistisch uitvoerbaar zijn, bijvoorbeeld bij Curatieve zorg, en om waar mogelijk te zoeken naar creatieve oplossingen voor de inzet van personeel. Hierin heeft ook de directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt van VWS een rol;
3. Tijdens de coronapandemie bleek dat de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland ervoor zorgt dat het bij een instelling-, sector- of regio-overstijgende crisis ontbreekt aan effectieve landelijke sturing. De vragen rondom sturing binnen het programma raken aan de kern van het gezondheids- en zorgstelsel in zijn geheel. De gezondheidszorg is decentraal georganiseerd, waarbij zorginstellingen, zorgprofessionals en gemeenten ruimte krijgen om autonoom te werken. De haalbare en effectieve mate van centrale sturing (in tijden van crisis) verschilt tussen zorgdomeinen. Met name in de curatieve zorg liggen hier vraagstukken, ook rond netwerksamenwerking tussen de zorgnetwerken van zorgaanbieders. Het is dan ook belangrijk dat er een

⁷² Zie tevens de aanbevelingen van de OvV hierover: <https://onderzoeksraad.nl/onderzoek/aanpak-coronacrisis-deel-3/>.

⁷³ Het onderdeel IV/ICT valt formeel buiten de scope van deze evaluatie, maar deze thema's komen wel in een groot aantal interviews terug.

-
- gezamenlijke, integrale visie en ambitie zijn om sturing vorm te kunnen geven. Ook de effectiviteit van centrale sturing verdient aandacht in een bredere discussie, met name wanneer zelfstandige zorgpartners betrokken zijn;
4. We adviseren meer aandacht te geven aan manieren om desinformatie en een lage vaccinatiebereidheid tegen te gaan, methoden om de bevolking goed te betrekken en aan eenduidig (operationeel) crisiscommunicatiebeleid.

Naast het oppakken van deze belangrijke gemeenschappelijke thema's binnen het programma is het belangrijk om de voortgang van de uitvoering te blijven monitoren, juist omdat deze met veel onzekerheid omgeven is en afhankelijk van (veranderende) externe factoren. De effectiviteit en haalbaarheid van activiteiten kunnen in de loop der tijd veranderen. De onderzoekers hebben tijdens de uitvoering van deze tussentijdse evaluatie gemerkt dat veel uitvoeringsinformatie versnipperd binnen het programma beschikbaar is. We adviseren daarom minimaal jaarlijks de stand van zaken goed in kaart te brengen, en niet pas op het moment van een eindevaluatie na afloop van het programma. Zo kan zonodig tussentijds worden bijgestuurd.

8.2 Benut actief de synergie tussen (sub)beleidsopgaven

In paragraaf 6.3 concludeerden we dat het programma Pandemische Paraatheid zeer breed is ingestoken en een ruim scala aan activiteiten omvat op uiteenlopende terreinen. Om die reden is een groot aantal beleidsdirecties binnen VWS en stakeholders buiten VWS betrokken. De activiteiten die ondernomen worden binnen de verschillende subbeleidsopgaven hangen op sommige punten nauw met elkaar samen en hier is goede afstemming geboden, om overlap te voorkomen en wederzijdse versterking mogelijk te maken, en om synergie te realiseren binnen het programma. We adviseren om actiever naar deze synergie op zoek te gaan. Hier lichten we drie voorbeelden uit die we in paragraaf 6.3 uitgebreider hebben toegelicht:

1. De behaalde (en te behalen) resultaten binnen de subbeleidsopgave 'Kennis en onderzoek' kunnen nog beter landen in de praktijk om zo de vruchten te plukken van de verbeterde kennisbasis. Ook kunnen kennispartners (zoals RIVM, GGD'en en universiteiten) onderling beter op de hoogte zijn van activiteiten waaraan gewerkt wordt. Hier ligt een actie voor de programmadirectie Pandemische Paraatheid;
2. Een tweede punt van samenhang waarop meer afstemming mogelijk is, is tussen de subbeleidsopgaven 'Curatieve zorg' en 'Langdurige zorg'. Geïnterviewde partijen geven aan dat een bredere bewustwording nodig is in het zorgveld over de belangen van de langdurige zorg tijdens een volgende pandemie. Over de vraag wat dit vergt van betrokken partijen is nog verdere afstemming nodig. De directies CZ en LZ van VWS hebben hier het voortouw in;
3. Tot slot zien we dat de inzet op internationale samenwerking en coördinatie weliswaar als een aparte subbeleidsopgave is neergezet binnen het programma, maar dat deze onlosmakelijk verbonden is met andere subbeleidsopgaven. Dit speelt vooral bij Zoönose, Kennis en onderzoek, Leveringszekerheid en Innovatie. Hier is soms, bijvoorbeeld bij Zoönose, meer synergie op mogelijk, om te voorkomen dat de nationale en internationale inzet te veel parallel aan elkaar wordt gepleegd. Dit vergt afstemming tussen de betrokken beleidsdirecties van VWS (inclusief Internationale Zaken), LNV en het RIVM.

8.3 Heb voldoende aandacht voor hybride zorgvormen, mantelzorg, Wmo en ondersteuning thuis

Bij beleidsopgave 2 constateerden we dat bepaalde groepen verzorgenden en bepaalde kwetsbare groepen buiten beeld van het programma Pandemische Paraatheid lijken te vallen. We schreven dat er steeds meer hybride vormen van (langdurige) zorg (bijvoorbeeld geclusterd wonen) zijn, waarbij medewerkers en bewoners ook veel extramuraal contact hebben. Denk aan mantelzorgers en informele zorgverleners, die ook een rol kunnen spelen in de verspreiding van infectieziekten. Ook de groep thuiswonende ouderen en zieken lijkt beperkt in beeld te zijn binnen het programma, hoewel deze groep in de vorige pandemie kwetsbaar bleek. Het verdient daarom aanbeveling mantelzorg, ondersteuning thuis vanuit de Wmo en hybride zorgvormen meer aandacht te geven vanuit het programma Pandemische Paraatheid. Vilans onderzoekt in 2024 hoe op hybride vormen van (langdurige) zorg aansluiting kan

worden gevonden. Een route kan zijn om initiatieven meer te richten op zorgmedewerkers dan op zorgaanbieders. De beleidsdirecties PP, LZ en Maatschappelijke Ondersteuning van VWS hebben hierin het voortouw.

8.4 Verbind het programma, dat gericht is op de zorg, meer met andere domeinen

Zoals we aangaven in paragraaf 7.2 is het programma Pandemische Paraatheid sterk gericht op de zorgkant en het verkleinen van de kans op een toekomstige pandemie en het beperken van de gevolgen voor de publieke gezondheid. Dat is logisch, aangezien het programma vanuit het ministerie van VWS is opgezet en wordt uitgevoerd. Elders lopen andere programma's die op andere aspecten zijn gericht. Deze evaluatie richt zich op de stand van zaken binnen het programma Pandemische Paraatheid. Wij hebben andere programma's en beleidstrajecten niet geëvalueerd. Om het programma goed te kunnen evalueren hebben we wel gekeken naar de bredere context waarin het programma wordt uitgevoerd.

Tijdens de coronacrisis werd namelijk steeds duidelijker dat samenwerking met en inbreng vanuit andere domeinen nodig is om een pandemie in goede banen te leiden. Een domeinoverstijgende blik is belangrijk in de voorbereiding op en tijdens een pandemie. Hiermee kan worden voorkomen dat, zoals tijdens de coronapandemie, beleidskeuzes te eenzijdig gebaseerd zijn op medisch-wetenschappelijke kennis. Dit betekent niet dat de scope van het programma hoeft te veranderen of dat het programma verbreed moet worden. Het betekent wel dat een sterkere verbinding tussen het programma en aanpalende domeinen over en weer leidt tot versterking en verdieping, en tot een betere voorbereiding op een volgende pandemie. We zien die meerwaarde van verbinding onder andere op de volgende domeinen:

1. Het bouwen aan een structurele kennisbasis en -infrastructuur over de sociaal-maatschappelijke en economische impact van pandemieën en de samenhang met de genomen of te nemen maatregelen gericht op zorg en publieke gezondheid. Dit vergt multidisciplinaire samenwerking;
2. Het inrichten van een domeinoverstijgend (digitaal) netwerk waarbinnen opgedane multidisciplinair kennis gedeeld wordt tussen onderzoekers, kennisinstututen en uitvoeringsorganisaties, zoals onder andere de KNAW bepleit;
3. Versterking van de samenwerking met andere ministeries (zoals SZW, OCW, LNV en JenV/NCTV) rondom gemeenschappelijke thema's binnen pandemische paraatheid.

De programmadirectie Pandemische Paraatheid van VWS heeft een initiërende rol op de eerste twee, kennisgerelateerde, domeinen. Op het derde domein ligt er een interdepartementale opgave.

8.5 Definieer gezamenlijk wat 'pandemisch paraat zijn' precies inhoudt aan de hand van uiteenlopende scenario's

We zien over de breedte van het programma Pandemische Paraatheid dat betrokken partijen hard werken aan de beoogde output, maar dat het voor deze partijen niet altijd helder is waar naartoe wordt gewerkt en hoe de output precies bijdraagt aan de uiteindelijke programmadoelen. Het programma Pandemische Paraatheid is breed ingestoken en raakt een groot aantal aspecten van 'de zorg'. Het uiteindelijke doel van het programma, '(meer) pandemisch paraat zijn', is echter weinig specifiek en meetbaar geformuleerd. Dat is op zichzelf geen probleem. In paragraaf 6.4 concludeerden we wel dat dit de vraag oproept wat 'pandemisch paraat' zijn precies betekent. We benoemden de interpretatie van 'pandemische paraatheid' als een constante beweging, en niet als een vaste stip op de horizon. Dat roept vragen op als: Wat betekent een flexibele, wendbare en opschaalbare gezondheidszorg precies? Hoe ziet dat eruit? Welke lessen kunnen we trekken uit nieuwe inzichten en onderzoek? Welke activiteiten dragen het meest bij aan het behalen van doelstellingen? Pandemische paraatheid moet elementen in zich hebben van voorkomen van een pandemie (preventie), het tijdig zien aankomen en effectief handelen in geval van een 'warme fase'. Zolang dergelijke vragen onbeantwoord blijven, valt het gesprek over de 'pandemische paraatheid' van Nederland lastig te voeren, wat op de lange termijn mogelijk afbreuk doet aan de (politieke) aandacht voor pandemische paraatheid.

Een van de leden van de klankbordgroep verwoordde het mooi als dat er "brandgangen, buffers en veerkracht" nodig zijn om goed voorbereid te zijn op een volgende pandemie, hoe die er ook uit moge zien:

-
1. Brandgangen: voldoende tijd en ruimte om na te denken in geval van een pandemie;
 2. Buffers: mogelijke oplossingen op de plank hebben liggen, en niet hoeven wachten;
 3. Veerkracht: leren omgaan met wat er niet is en met tegenslagen, zowel in systemen als in menskracht.

Dit is niet een pleidooi om te proberen de programmadoelen alsnog specifiek, meetbaar en tijdgebonden te formuleren. Dat is in onze ogen niet realistisch en niet zinvol. We adviseren wel om op de genoemde richtinggevende vragen binnen het programma periodiek gezamenlijk, met de betrokken stakeholders onder leiding van de programmadirectie Pandemische Paraatheid, antwoorden te vinden en daarbij de laatste kennis en inzichten vanuit het programma te benutten. Zo ontstaat een gezamenlijk beeld van wat 'pandemisch paraat zijn' inhoudt, en wat daarvoor nodig is. Dit is een zaak van lange adem, want dit kan in de loop der tijd veranderen, als gevolg van voortschrijdende inzichten en een veranderende omgeving, en is dus nooit 'klaar'. Als dit gezamenlijke beeld er is, dan kan vervolgens periodiek gekeken worden of de beoogde output hier nog steeds mee in lijn is en aan bijdraagt.

Zoals we in hoofdstuk 6 aangaven, kan het gebruik van scenario's hierbij behulpzaam zijn. Scenario's, met denkbare consequenties, concretiseren niet zozeer wat 'pandemisch paraat' behelst, maar bieden wel handvatten voor het versterken en richten van het programma en voor reflectie op de gepleegde inzet. Door te werken met scenario's kan worden getest of de aangenomen verbanden tussen output, outcome en strategische doelen stand houden in verschillende situaties die zich voordoen, en welke onderdelen belangrijk zijn en versterking behoeven, ook binnen een internationale context. Binnen het programma is al een goed begin gemaakt met het ontwikkelen van scenario's. We adviseren om hier (nog) meer op in te zetten en de scenario's, waar mogelijk, te toetsen in praktijksimulaties.

8.6 Zorg voor structurele borging van 'pandemische paraatheid', ook na de programmafase

'Pandemisch paraat zijn' is niet een tijdelijk doel, maar vergt structurele aandacht. We weten immers niet wanneer, of en hoe een volgende pandemie zich zal aandienen. Een belangrijke vraag is daarom hoe 'pandemische paraatheid' structureel wordt geborgd en ingebed in regulier beleid na de programmafase in 2026. Het programma en deze evaluatie laten zien dat pandemische paraatheid investeringen vergt om als land op een bepaald niveau te komen, maar ook structurele middelen en aandacht om op de langere duur pandemisch paraat te blijven. Dit vergt een lange adem en (financiële) zekerheid op langere termijn voor partijen die hierin een rol spelen, om te voorkomen dat gedane investeringen weer teniet worden gedaan. Denk bijvoorbeeld aan GGD'en, zorgaanbieders en kennispartners. Zo blijft voortdurende kennisontwikkeling nodig vanwege grotere ontwikkelingen in de wereld als klimaatverandering en demografische veranderingen. We adviseren de programmadirectie Pandemische Paraatheid daarom om tijdig na te denken over een passende governancestructuur en structurele borging van 'pandemische paraatheid' in regulier beleid, voor na de programmafase. We voorzien dat ook na de programmafase vormen van coördinatie nodig blijven om lopende activiteiten goed op elkaar aan te laten sluiten en synergie binnen en tussen de beleidsopgaven te (blijven) realiseren.

Het is een reëel risico dat de coronapandemie langzaam maar zeker uit het collectieve geheugen verdwijnt, binnen de zorgsector en breed in de samenleving, en pandemische paraatheid daardoor minder maatschappelijke en politieke aandacht krijgt. Structureel investeren in pandemische paraatheid kan echter op termijn grotere schade aan de economie, samenleving en nationale gezondheid voorkomen of beperken.

A. Klankbordgroep

Voor deze tussentijdse evaluatie van het programma Pandemische Paraatheid hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van de input en reflecties van een klankbordgroep. Deze klankbordgroep is twee keer bijeen geweest. De eerste keer om een tussenrapportage te bespreken. Tijdens de tweede bijeenkomst is een conceptversie van voorliggende rapportage besproken. De onderzoekers bedanken de leden van de klankbordgroep voor hun waardevolle inbreng in het onderzoek. De uiteindelijke bevindingen zoals die zijn geformuleerd in deze rapportage zijn geheel en al de verantwoordelijkheid van de onderzoekers.

Deze klankbordgroep bestond uit:

1. Anneke Augustinus, directeur Kennistoepassing & ouder wordende samenleving, Vilans;
2. Esther Cobussen, MT-lid programmadirectie Pandemische Paraatheid, VWS, vertegenwoordiger namens de opdrachtgever;
3. Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM;
4. Rob van Lint, voorzitter, ABDTOPConsult;
5. Arold Reusken, directeur Bureau LNAZ;
6. Nicolette Rigter, voormalig directeur Publieke Gezondheid, GGD Utrecht;
7. Anja Schreijer, arts maatschappij & gezondheid, Medisch directeur, Pandemic & Disaster Preparedness Centre;
8. Suzanne Verver, voormalig senior programmamanager Infectieziektebestrijding, COVID-19 en pandemische paraatheid, ZonMw; momenteel senior adviseur vernieuwing Surveillance infectieziekten, RIVM.