

Organisatie	Welke nieuwe opgaves liggen er voor uw organisatie naar aanleiding van de coronapandemie (korte termijn/ lange termijn)?	Wat is er voor uw organisatie nodig om voorbereid te zijn op een volgende pandemie (Pandemic preparedness)?	Overzicht samenhangende extra middelen en fte's
(a)CBG	<p>Beoordelingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niet alleen het mandaat van ECDC wordt uitgebreid (zie de presentatie van de VWS directie Publieke Gezondheid), ook dat van de EMA. - Voor de komende jaren valt een voortzetting te verwachten van de bestaande semipermanente crisisstructuur, waarin de EMA een centrale coördinerende rol heeft en het CBG als nationale competente autoriteit (NCA) inbreng en expertise levert. Dit verloopt deels via de 'normale' kanalen (CHMP, PRAC e.a.), met een sterk verhoogde intensiteit t.o.v. normaal en deels via speciaal voor crisissituaties in het leven geroepen structuren als het European Medicines Regulatory Network (EMRN) en de Emergency Task Force (ETF). De CBG-inbreng is zowel politiek-bestuurlijk als inhoudelijk. De inhoudelijke inbreng beslaat een breed terrein (kwaliteit, pre-klinisch, klinisch, farmacovigilantie). - Het aCBG verwacht de komende jaren structureel extra beoordelingscapaciteit nodig te hebben voor Covid-19 gerelateerde procedures. Denk daarbij aan alle vaccins en therapeutica die nog in ontwikkeling zijn en aanpassingen van de huidige vaccins in het kader van nieuwe mutaties en verdere verbeteringen. - Het aCBG speelt in Europees verband een belangrijke rol bij de beoordeling van (huidige en toekomstige) vaccins en geneesmiddelen voor de bestrijding van COVID-19 en zal nauw betrokken zijn bij de beoordeling en de monitoring daarvan na hun toelating tot de markt. Echter ook procedures van andere geneesmiddelen waar het aCBG een leidende rol in heeft moeten doorgang vinden. In het verloop van de huidige pandemie is duidelijk geworden dat het aCBG aanzienlijk meer kosten zal moeten maken in verband met COVID-19 voor beoordeling en intensieve monitoring van (nieuwe) vaccins en geneesmiddelen. Voor een deel van die inzet worden via de EMA extra middelen ter beschikking gesteld. Dat betreft echter een tijdelijke regeling (tot uiterlijk eind 2022) die niet alles dekt. In het bijzonder zijn niet gedekt: <ul style="list-style-type: none"> a) Extra intensieve monitoring van voorwaardelijk toegelaten vaccins en geneesmiddelen anders dan in de vorm van een PRAC-rapporteurschap 	<ul style="list-style-type: none"> - Het aCBG dient in staat te worden gesteld een permanente flexibele schil van hooggekwalificeerde en onafhankelijke experts in te richten, zodat in geval van een crisissituatie het belangrijke reguliere werk minder te lijden heeft onder de inzet van expertise op crisis gerelateerde vlakken. - Investeren in structurele methodes om informatie-uitwisseling tussen ketenpartijen te bevorderen (EC, EMA, VWS, GR, RIVM, GGD, farmacovigilantie, fabrikanten). 	<p>Kwantitatieve schatting (op jaarbasis) omvang benodigde inzet pandemie zoals COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> - 27 fte per jaar (38.070 uren o.b.v. HOT) <p>Deze kwantitatieve inschatting is exclusief eventuele capaciteitsuitbreiding voor het Lareb die waarschijnlijk noodzakelijk is ten gevolge van het toenemende belang van farmacovigilantie.</p>

	<p>(farmacovigilantie),</p> <p>b) Mee-beoordelen en volgen van voorwaardelijk toe te laten vaccins en geneesmiddelen anders dan in de vorm van CHMP-rapporteur- en co-rapporteurschappen – bijvoorbeeld via een crisisstructuur zoals het ETF.</p> <p>c) Bestuurlijke inzet.</p> <p>d) Voor dekking van deze activiteiten is een structurele voorziening nodig.</p> <p>- Als gevolg van de voorgenomen mandaat-uitbreiding van EMA, waarin de omgang met geneesmiddel tekorten een belangrijk onderdeel is, en de nationale pandemiebestrijding zal het aCBG in de komende jaren naar verwachting ook meer werkzaamheden verrichten in het kader van de monitoring en mitigatie van geneesmiddelentekorten.</p> <p>- Als gevolg van de voorgenomen mandaat-uitbreiding van EMA, waarin de omgang met geneesmiddel tekorten een belangrijk onderdeel is, en de nationale pandemiebestrijding zal het aCBG in de komende jaren naar verwachting ook meer werkzaamheden verrichten in het kader van de monitoring en mitigatie van geneesmiddelentekorten.</p> <p>- Tot slot valt niet uit te sluiten dat (een deel) van de versnelde toelatingsprocedures die tijdens de COVID-19 pandemie in het leven zijn geroepen ook staande praktijk zullen worden voor niet COVID-19 gerelateerde producten. Dit zou resulteren in een meer permanente intensieve beoordelings-inspanning, een verhoogd aantal procedures en structureel meer vraag naar farmacovigilantie capaciteit in de post-autorisatiefase.</p> <p><u>Gegevensuitwisseling</u></p> <p>- Faciliteren van een bredere permanente uitwisseling van informatie, kennis en op het gebied van communicatie tussen het CBG en de Gezondheidsraad (GR), maar ook met andere ketenpartners zoals RIVM.</p> <p>- Sterke behoefte aan betere en beter dekkende informatie vanuit Nederland naar Europa over aantallen gevaccineerde personen, gestratificeerd naar relevante subgroepen en liefst real time (hoewel geen rol voor CBG bij de uitvoering hiervan, wel een rol bij het vaststellen van de behoefte vanuit onze taken in het Europese farmacovigilantiesysteem).</p> <p><u>Communicatie & maatschappelijke verplichtingen</u></p> <p>- Het aCBG heeft zich in sterk toegenomen mate</p>		
--	--	--	--

	<p>begeven op het terrein van actieve deelname aan het maatschappelijk debat over geneesmiddelen – in het bijzonder met betrekking tot de COVID-19 pandemie. Dit heeft effect gesorteerd. De voorzitter en leden van het College, maar ook inhoudelijk experts van het agentschap worden frequent door de media en anderen gevonden als deskundigen op het terrein van betrouwbare informatie over COVID-19 geneesmiddelen en vaccins. We verwachten dat deze inspanningen ook de komende jaren noodzakelijk en gewenst zullen zijn. De kosten van deze grotere rol voor het aCBG in communicatie en voorlichting richting de samenleving kan het CBG niet verwerken in zijn tarieven.</p> <p>- Behandeling van WOB-verzoeken. De schaal waarop deze zich ontwikkelen gaat de absorptiemogelijkheden van het aCBG ver te buiten (qua menskracht en qua ICT-technische faciliteiten). Deze kosten mag het aCBG niet verwerken in zijn tarieven.</p>		
<p>CAK</p>	<p>- Wij hebben als CAK geen primaire rol in de bestrijding van de pandemie. Wel hebben wij, op verzoek van het ministerie en na goedkeuring door de Autoriteit Persoonsgegevens, voor de zomer van 2021 informatie geleverd aan het RIVM met betrekking tot burgers die moeilijk of niet via de reguliere kanalen bereikbaar waren om hen op te kunnen roepen zich te laten vaccineren. Het CAK beschikt door de uitvoering van zijn taken over specifieke (zorg)informatie die relevant kan zijn ten behoeve van beleidsvorming of informatievoorziening aan burgers gedurende een pandemie. We zijn dan ook blij dat we op deze wijze een kleine bijdrage hebben kunnen leveren aan de bestrijding van de pandemie en stellen ons voor dat bij een eventuele volgende wij ook op soortgelijke wijze kunnen worden ingeschakeld. Punt van aandacht kan dan zijn om op voorhand te regelen dat in dergelijke gevallen we niet in allerlei ingewikkelde privacy discussies terecht komen, maar dat wij zonder ingewikkelde constructies dit soort relevante en soms vitale gegevens tbv het algemeen belang kunnen leveren.</p> <p>- Wij hebben bij het uitbreken van corona ten behoeve van de continuïteit besloten tot zoveel als mogelijk thuiswerken en het corona-proof inrichten van de werkomgeving voor enkele vitale processen en werkzaamheden die nog niet vanuit huis kon worden</p>	<p>- Door de Implementatie van het hybride werken bij het CAK zijn wij qua continuïteit van de processen voorbereid op een eventuele volgende epidemie.</p> <p>- Indien het scenario zich voordoet dat gedurende een pandemie de zorg thuis of in een verpleeghuis (deels) aan bepaalde burgers niet verleend wordt of kan worden kan dit van invloed zijn op de eigen betalingen. Hiervoor zijn wij afhankelijk van de gegevens van onze ketenpartners. Met gemeenten en zorginstellingen vindt continue afstemming plaats om tijdig de juiste informatie aan het CAK aan te leveren. Dit ketenproces is gezien de vele afhankelijkheden echter een foutgevoelig en kwetsbaar proces.</p>	

	<p>uitgevoerd. Bij het uitbreken van de pandemie kon lang niet iedereen vanuit huis werken. Begin 2021 konden vrijwel alle primaire processen vanuit huis worden uitgevoerd. Extra aandacht wordt besteed aan de ondersteuning van de uitvoering van de primaire processen, zowel ten behoeve van de inrichting van de fysieke thuiswerkplek als de digitale werkomgeving. In het kader van de vereenvoudiging van de ICT is een traject gestart om het applicatie- en systeemlandschap te rationaliseren waardoor medewerkers in de toekomst beter gefaciliteerd worden. Dit leidt uiteindelijk ook tot verbeterde continuïteit van onze dienstverlening, tijdens het post corona tijdperk maar ook indien een nieuwe pandemie zich aandient.</p> <p>- Het CAK stapt over op het hybride werken. Hiervoor is in afstemming met VWS een hybride werkconcept ontwikkeld dat momenteel wordt geïmplementeerd. Het huurcontract is heronderhandeld met minder vierkante meters kantoorruimte en lagere kosten tot gevolg. De voorbereidingen voor de verbouwing van het pand zijn in gang gezet. Hierbij staan functies die op kantoor plaatsvinden zoals informeel ontmoeten, teambuilding activiteiten en fysiek samenwerken (vergaderen, brainstormen etc.) centraal. Daarnaast is voor alle medewerkers een thuiswerkvergoeding ingevoerd.</p>		
CCMO	<p>Anticiperen en voorbereid zijn op een verhoogd aantal verzoeken nieuwe studies gerelateerd aan de pandemie in een relatief korte tijd; zowel op CCMO als METC als straks ook steeds meer EU niveau; hierbij is van belang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mogelijkheid tot opschalen beschikbaar leden van commissies en wetenschappelijke stafmedewerkers, IMPD beoordelaars etc. - adequate verdeling van studies over de METC bij de introductie van de nieuwe verordening rond klinische studies - op orde hebben van de IT/IV m.n. de connectie met het Europese systeem CTIS 	<ul style="list-style-type: none"> - Up-to-date 'pandemic calamiteitenplan' - Goed ingevoerd in het netwerk van betrokken organisaties (CBG, RIVM, IGJ, Lareb) en heldere onderlinge afspraken over afstemming en samenwerking - Beschikbaarheid over financiële ruimte om ad hoc extra capaciteit in te huren/beschikbaar te krijgen - Beschikbaarheid over financiële ruimte om ad hoc logistiek te kunnen regelen als werken op locatie niet meer mogelijk is - Helderheid over WMO-plichtig en Niet WMO plichtig onderzoek: vaststelling reikwijdte; is nu bij de Fieldlabs mogelijk niet optimaal verlopen - Heldere VWS brede policy ten aanzien van eenduidige vastlegging documentatie/verantwoording en wijze van communiceren (denk Hotspot Covid en WOB verzoek voorbereidend werk). 	
CIBG	Wat betreft de eerste vraag lopen er uiteraard al	De tweede vraag over pandemic preparedness	Zoals besproken is het niet

	<p>gesprekken met opdrachtgevers. Denk hierbij aan de coronamelderapp, LCH, medische hulpmiddelen en het Digital Corona Certificate.</p>	<p>kan niet los gezien worden van bijvoorbeeld de (ook in de bijlage van de mail benoemde) herijking van de crisisaanpak. Over bovenliggende beleidsvragen (zoals een herijking van de crisisaanpak en vervolgens de mogelijke rol van CIBG daarin) dient eerst gesproken te worden, alvorens in kaart te brengen wat nodig is om voorbereid te zijn op een volgende pandemie.</p>	<p>realistisch om in een week tijd een overzicht van activiteiten en een overzicht aan daarmee samenhangende extra middelen en fte's op te leveren. Dit levert per definitie hooguit een incompleet beeld op dat verdere besluitvorming hierover niet helpt.</p> <p>Uiteraard is het wel van belang om hier als CIBG over in gesprek te blijven met opdrachtgevers/beleidsdirecties. Mogelijk goed om hiernaast te melden is dat het CIBG aan het begin van de coronapandemie een crisisteam heeft samengesteld die met een continuïteitsplan heeft gewerkt. Ook is er een dashboard gebruikt waarin de impact per dienst/product werd bijgehouden. Op de hierbij opgebouwde kennis en gebruikte middelen wordt bij een volgende pandemie voortgebouwd.</p> <p>Ik stel voor om binnenkort eens verder te praten over uitvragen die zowel naar beleidsdirecties als naar ons als uitvoeringsorganisatie gaan, waarbij we kunnen kijken hoe deze ingezet kunnen worden om het goede gesprek tussen uitvoering en beleid te faciliteren en hoe we elkaar kunnen versterken om tot goede antwoorden te komen.</p>
CIZ	<p>Op korte termijn liggen er naar aanleiding van de coronapandemie geen nieuwe opgaves voor het CIZ die de dienstverlening raken. De dienstverlening naar cliënten is in principe geborgd, waarbij geldende veiligheidsmaatregelen om medewerkers te beschermen</p>	<p>In algemene zin geldt dat het CIZ de beschikking heeft over een business continuity plan, waarin op hoofdlijnen is geschetst welke (minimaal) acties ondernomen moeten worden om te kunnen handelen bij dit soort (crisis)situaties.</p>	

	<p>tegen het coronavirus gehandhaafd blijven. Dit betreft de medewerkers die fysieke huisbezoeken afleggen bij cliënten en waarvoor maatregelen zijn getroffen om de werkzaamheden veilig uit te kunnen blijven voeren. Verder hebben cliënten reeds nieuwe Wlz aanvragen kunnen indienen die nodig waren nadat de tijdelijke geïndiceerde profielen voor de Wlz-registraties VV COVID-19 zijn vervallen. Dit betreft de cliënten die tussen april en juni 2020 een tijdelijke Wlz registratie COVID-19 hebben aangevraagd.</p> <p>Op langere termijn kan er wellicht sprake zijn van impact op de aanvraagstroom van Wlz indicaties door wijzigingen in de zorgbehoefte en/of de omvang van het aantal aanvragen die bij het CIZ binnen komen. Dit kan leiden tot aanpassingen in de benodigde capaciteit om alle werkzaamheden te kunnen blijven uitvoeren. We hebben daarbij inmiddels ook ruime ervaring met thuiswerken; medewerkers en organisatie zijn hier goed op ingericht en nagenoeg alle werkzaamheden kunnen thuis gedaan worden als dit noodzakelijk is. Daarbij wordt tevens ingezet op het in de organisatie structureel inbedden van nieuwe werkwijzen die de dienstverlening aan cliënten raken, waarbij bijvoorbeeld het beeldbellen met cliënten een nieuwe vorm van het doen van huisbezoeken is die ook na de coronapandemie kan worden toegepast. Dit kan ook digitaal maar het afleggen van live/fysieke huisbezoeken blijft de voorkeur houden.</p>	<p>Afhankelijk van de aard en omvang van een pandemie kan in dit soort situaties een crisisorganisatie worden ingericht waarbij niet alleen focus ligt op het zoveel mogelijk borgen van de dienstverlening aan cliënten, maar ook de afstemming met de verantwoordelijk opdrachtgevende ministeries, de partijen in de zorgketen waarmee wordt samengewerkt en relevante cliëntorganisaties. Daarbij is het van belang om korte communicatielijnen te hebben met de opdrachtgever, zodat acties die ondernomen moeten worden om adequaat te kunnen acteren op de gevolgen van een pandemie snel kortgesloten kunnen worden. Specifiek is hierbij verder van belang of medewerkers van het CIZ bij een pandemie aangemerkt worden als cruciale beroepsgroep (in relatie tot mogelijkheden om het werk uit te kunnen blijven voeren en daarbij van toepassing zijnde kaders van de Rijksoverheid). Daarnaast kan de vaccinatiestrategie bij een pandemie van invloed zijn op de wijze waarop medewerkers met direct cliëntcontact (fysieke huisbezoeken) in staat zijn om huisbezoeken te blijven afleggen.</p> <p>Naast het business continuity plan is er inmiddels ook een visie ontwikkeld op hybride werken en thuiswerken, waarmee deze tijdelijke voorzieningen ook geborgd worden in de structurele invulling van de werkprocessen binnen het CIZ.</p>	
CSZ	Geen	Niets	
Dienst Testen			
Dopingautoriteit	<p>Voor de Dopingautoriteit heeft deze pandemie een nieuwe, 'contactloze' controleprocedure opgeleverd en een versterking van de e-learning voor sporters. Het eerste is overduidelijk suboptimaal, maar het werkt, en naar onze mening binnen de eisen van de Wereld Anti-Doping Code. Deze nieuwe procedure zou ook bij eventuele toekomstige pandemieën ingezet kunnen worden. De uitgebreidere e-learning heeft ons arsenaal aan voorlichtingsactiviteiten alleen maar versterkt, maar in vele gevallen is een 'face to face' voorlichting toch te prefereren. De pandemie heeft het e-learning-ontwikkeltraject versneld, en het traject zal ook zonder pandemie verder doorontwikkeld worden.</p>		<p>Dit zijn algemene opmerkingen en niet makkelijk in euro's te vangen. Wat dat betreft, gaat het toch vooral wel om die thuiswerkvoorzieningen die je in je mail juist benoemt als minder relevant. Wij willen het liefst laptops en telefoons aanschaffen voor alle medewerkers, ook in het kader van de ICT-veiligheid. Maar zoals je weet loopt dat traject al enkele jaren, en gaan we daar</p>

	De grootste opgave is het herstellen van alle internationale contacten. Ook hier snijdt de pandemie aan twee kanten: het heeft videobellen genormaliseerd, en daarmee kunnen er makkelijk meer contacten gelegd worden. Maar tegelijkertijd is in ons vak, wat vaak op vertrouwen leunt, het 'face to face' contact essentieel om echt belangrijke en vertrouwelijke informatie uit te wisselen. Dat hebben wij gemist, en dat starten we graag zo spoedig mogelijk weer op. Ik kan mij voorstellen dat dit de komende jaren een intensiever internationaal beleid stimuleert.		nu (hopelijk) de eindfase van in.
DUS-I	Op de korte termijn gaat het om de corona regelingen die worden uitgevoerd. Rekening wordt gehouden met nasleep van corona pandemie, o.a. bijv. bezwaar en beroep bij corona regelingen. Bij sprake van bezwaar en beroep stemt DUS-I dit af met de opdrachtgevers.	Bij een volgende pandemie volgen we de lijn van VWS, zoals bij de corona crisis. De reorganisatie bij DUS-I heeft geleid tot de totstandkoming van de POR (Programma Omvangrijke Regelingen) om flexibeler inzetbaar te zijn bij onverwachte opdrachten. Tevens leidt versterking van BV tot betere ondersteuning van de primaire lijn. Daarnaast is het van belang om korte lijntje te hebben met beleid en BR VWS & OCW. De manier waarop we georganiseerd zijn, kunnen we bijv. bij een pandemie, zijn we ingericht op flexibel ingericht om daarmee te bewegen.	
ESTT	Corona raakt het werk van de regionale tuchtcolleges en het centrale tuchtcollege voor de gezondheidszorg en de toetsingscommissies euthanasie niet inhoudelijk in hun primaire proces. De colleges en commissies werken onafhankelijk van het ministerie, er is geen link met zorg- of beleidsdirecties voor wat betreft de inhoud van de oordelen of de uitspraken. Voor de inhoud van de primaire processen liggen er geen nieuwe opgaves voor ESTT voor de korte- of lange termijn. NB: als gevolg van Corona en de achterstanden in de behandeling van klachten hebben de colleges wel te maken met fluctueringen in aantallen binnenkomende klachten en beroepsschriften. Door achterstanden is dat effect bij het centrale tuchtcollege meer onvoorspelbaar. Natuurlijk komen er ook Corona gerelateerde klachten binnen en zal Corona ook bij euthanasie een rol spelen. Echter dat zijn geen effecten waar we op beleidsniveau iets mee moeten of kunnen.	Om voorbereid te zijn op een volgende pandemie liggen er voor ESTT wel de nodige uitdagingen. Zowel de tuchtrechtspraak als het werk van de commissies zijn gedefinieerd als vitaal proces. Om de primaire processen bij een volgende pandemie adequater uit te kunnen voeren is het noodzakelijk om verder in te zetten op volledige digitalisering van de primaire processen ter voorkoming van achterstanden in de behandeling van tuchtklachten en meldingen van levensbeëindiging. Daarvoor is aan de kant van de tuchtcolleges tevens nadere wetgeving nodig voor zowel de digitalisering van het proces met de mogelijkheid om digitaal klachten in te dienen en deze digitaal te archiveren én om het digitaal voeren van zittingen blijvend mogelijk te maken (is nu mogelijk op basis van tijdelijke wetgeving op initiatief van Jenv).	Dit is voor ons echt niet van toepassing, omdat er inhoudelijk voor ons niets is veranderd door corona. Geen extra kosten of fte's dus. We gaan de komende jaren verder digitaliseren, maar dat zouden we sowieso wel doen.
Gezondheidsraad	Termijn 1-4 jaar	- Op basis van de geleerde lessen, een draaiboek	Is moeilijk in te schatten. Voor

	<ul style="list-style-type: none"> - Essentie van de rol van de Gezondheidsraad verandert niet - Adviesonderwerpen worden mede bepaald door de vragen vanuit ministeries en parlement <p><u>Korte termijn</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adviezen over de directe impact van de pandemie op aspecten van de volksgezondheid (mentaal en fysiek) - Advisering vaccinatie ivm coronavirus blijft zeker nog een jaar erg ad hoc ivm met veel nieuwe gegevens die voortdurend verschijnen <p><u>Lange termijn</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adviezen over de impact van de pandemie op langere termijn, fysiek en mentaal - Adviezen ivm de toenemende aandacht voor de wijze van omgaan met de leefomgeving en leefstijl en de impact daarvan op gezondheid - Impact van de wijze waarop maatschappelijk wordt aangekeken tegen wetenschappelijke kennis voor het werk van de Gezondheidsraad - Inpassing van coronavaccinate in het RVP - Doorwerking van beleidsveranderingen vanuit de VWS kolom (zie bijvoorbeeld de bijdrage van PG) 	<p>maken waarbij de opgedane ervaringen worden vastgelegd en wordt gekeken naar wat er in het kader van die preparedness ook in een niet crisis aanwezig moet zijn om voorbereid te zijn. Onder andere de verhouding tot (crisis)beleid en uitvoering. Impact voor het de Raad en het secretariaat is een andere.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doorwerking van de manier van werken in de crisis in het reguliere werk, welke mate van flexibiliteit blijft er nodig om snel te kunnen opschalen? - Uitwerking van de rol van kennis in een crisis/pandemie en daarbij afstemming met andere kennisinstellingen over hoe te borgen dat kennis ingezet wordt in een pandemie - Borgen dat een snellere manier van werken in de wijze van werken in de organisatie beschikbaar is en dat de onafhankelijkheid en kwaliteit geborgd blijft 	<p>de periode tot en met 2022 is dat goed in te schatten en loopt de claim mee in de cyclus voor 2020. Duidelijk is wel dat op de middellange termijn er bij meer vraag er meer capaciteit nodig is. Het zorgen dat je voorbereid bent op een crisis en je organisatie snel daartoe kan omschakelen kost ook geld.</p>
IGJ			
NLsportraad	<p>Als de pandemie zou aanhouden of als er een nieuwe pandemie zou komen, zal de NLsportraad afwegen om de voorgenomen bewegadviezen te versnellen, actualiseren en uit te breiden. Belangrijke reden hiervoor is dat er een nieuwe situatie ontstaat als het 'thuiswerken' en 'hybride werken' schering en inslag wordt (en de beweging van het woon-werkverkeer bijvoorbeeld gaat wegvallen, het lunchwandelen en de faciliteiten van bedrijfsfitness). Ook is het de vraag of de sportdeelname weer vanzelf op peil komt na de coronacrisis, en het vrijwilligerswerk in de sport. Vooral op de thema's 'gezondheid' en 'sociale waarden' van het werkprogramma 2021-2024 levert de samenleving in doordat er minder wordt bewogen en gesport, en op termijn ook op de topsport.</p>	Zie voorgaande antwoord	<p>De NLsportraad zou graag een (tijdelijke) fte willen claimen voor analyse/advies op het terrein van bewegen na corona. Een van onze raadsleden is erg actief op dit onderwerp en die kunnen we nu onvoldoende steunen.</p>
NZa	<p>Tijdens de corona-uitbraak hebben we gezien dat digitale zorg in een stroomversnelling is gekomen, denk hierbij aan beeldbellen met de zorgverlener. Bij het heropstarten van de reguliere zorg in de ziekenhuizen is ingezet op prioritering van patiënten op basis van urgentie en daarbij is extra aandacht gevraagd voor</p>	<p>Na 1,5 jaar corona in Nederland is er steeds meer ruimte voor reflectie. Zowel intern als extern ontstaat de behoefte om terug te blikken op de rol van betrokken organisatie bij de aanpak van de coronapandemie, waaronder de rol van de NZa bij de opstart van reguliere zorg.</p>	

	<p>digitale zorg en passende zorg. Het blijft van belang om te werken vanuit het principe van passende zorg, zodat gericht(er) ingezet kan worden op het leveren van alleen die zorg die echt nodig is. Deze ontwikkelingen zijn niet alleen van belang voor het opschalen en afschalen bij een eventuele volgende golf, maar zijn ook belangrijk op langere termijn. Op iets langere termijn komt de toegankelijkheid van zorg bij ongewijzigd beleid onder druk door de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en de veranderende demografie in Nederland.</p> <p>Het is van belang dat de goede ontwikkelingen die bij de eerdere golven zijn ontstaan, structureel kunnen worden toegepast en verder worden ontwikkeld, zodat de zorg op langere termijn organiseerbaar, betaalbaar en toegankelijk blijft en aansluit op de behoefte van de patiënt en fluctuaties in de vraag naar zorg beter kan opvangen. Daarom is het van belang die toegankelijkheid tot zorg "tijdens pandemieën" actueel te kunnen blijven monitoren (dit relateert aan het beter verankeren van een bevoegdheid om in dit geval bepaalde informatie op te vragen, zoals ook bij de geleerde lessen beschreven). De Nederlandse Zorgautoriteit heeft hier inmiddels meerdere adviezen over uitgebracht.</p>	<p>We voeren een uitgebreide interne evaluatie uit, die nog niet volledig is afgerond. Wel is gebleken dat we in crisissituaties wendbaar zijn en de zorg snel kunnen faciliteren met nieuwe beleidsregels en data/monitoring. Een aandachtspunt is hoe in de snelheid van besluitvorming niet alleen de top, maar een grotere groep medewerkers kan worden betrokken. Enkele inzichten die we alvast willen delen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ontwikkel een crisisstructuur voor pandemieën. Nederland kent een nationale crisisstructuur wanneer de nationale veiligheid in het geding is of bij andere situaties die een grote uitwerking op de maatschappij hebben. De rijksoverheid heeft in dergelijke situaties een coördinerende rol en lokaal of regionaal hebben de gemeenten, waterschap of veiligheidsregio's een grote rol. In het geval van een pandemie ontbreekt een dergelijke crisisstructuur echter waarin ook het perspectief van de zorg voldoende vertegenwoordigd is. Het ontbreken van deze structuur leidde ertoe dat Nederland tijdens de pandemie crisisstructuren moest bouwen en de NZa bijvoorbeeld het ROAZ verantwoordelijk heeft gemaakt voor de regionale coördinatie zonder deze rol te kunnen formaliseren. 2. Creëer informatiebevoegdheden voor de NZa ten behoeve van (landelijke) monitoring. De NZa heeft een bevoegdheid om informatie bij organisaties op te vragen die zij nodig heeft voor het uitvoeren van haar taken, maar geen bevoegdheid om informatie over individuele organisaties te delen met belanghebbenden. In crisissituaties kan dit wel belangrijk zijn, heeft de NZa afgelopen jaar gemerkt. De NZa vroeg gegevens op bij ziekenhuizen en door de informatie te delen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de regio konden en moesten zorgaanbieders de krappe capaciteit veel beter inzetten en werden meer mensen geholpen met hun zorgvraag. Voor de coördinatieopdracht heeft de NZa steeds gevraagd om instemming ten behoeve van het delen van informatie. Dit 	
--	---	--	--

		<p>draagt bij aan draagvlak, maar is ook tijdsintensief. Met een duidelijke verankering van de mogelijkheden van het delen van informatie met derden of het brede publiek kan tijd worden gewonnen.</p> <p>3. Vergroot actualiteit van data over toegankelijkheid.</p> <p>Vanaf het moment dat we startten met onze monitorenende taken merkten we dat veel data in de zorg enige tijd achterloopt en niet actueel is. Onder normale omstandigheden hoeft dit geen probleem te zijn, maar in crisissituaties waarin in een kort tijdsbestek ingrijpende beslissingen genomen moeten worden, is actuele data letterlijk van levensbelang. In samenwerking met onder meer Zorgdomein, de ziekenhuizen (DHD) en het LCPS hebben we actuele databronnen ontsloten in onze monitors. Ook hebben we onze Wachtlijstregeling MSZ in het voorjaar/de zomer van 2021 aangepast, met het doel de actualiteit van de data te vergroten. Maar nog altijd merken we dat het databeeld niet compleet is (bijvoorbeeld omdat productiedata van ZBC's niet centraal beschikbaar is of omdat er geen actueel beeld bestaat van het aantal ziekenhuisbezoeken. Het verdient aanbeveling om te inventariseren welke data tijdens pandemieën en voor de reguliere monitoring van de toegankelijkheid noodzakelijk is en hoe die (structureel of tijdelijk) ontsloten kan worden.</p> <p>Voor de volledigheid merken we op dat we in de zomer van 2020 ten behoeve van een tussentijdse evaluatie door VWS van de crisisaanpak een document hebben opgesteld.</p>	
PUR			
RIVM	<p>1. Zoals u weet is de covidcrisis onderwerp van evaluatie die nog zeker niet is afgerond, wordt er een kwartiermaker aangesteld voor een verkenning naar de inrichting van een landelijke functionaliteit voor landelijke pandemische crises, is er een verkenning aangaande het IV-landschap tbv pandemic preparedness gaande, en vinden er gesprekken plaats over eventuele aanpassingen in het vaccinatielandschap. Al deze belangrijke ontwikkelingen en beschouwingen raken het</p>	Zie voorgaande antwoord	

	<p>RIVM en vragen waarschijnlijk extra taken en verantwoordelijkheden of zelfs aanpassing van de organisatie. Het is daarmee, zoals ik in de Bestuursraad ook heb aangegeven, nog onvoldoende mogelijk om uw beide vragen te beantwoorden, hangende deze evaluaties, verkenningen en kwartiermakersfasen. De beantwoording van de vragen is daarmee zeer voorlopig.</p> <p>2. Maar ik realiseer mij dat er wel enigszins richtinggevend meningsvorming nodig is, gezien de lopende begrotingsdiscussie en de voorbereidingen richting een nieuw regeerakkoord, en daarom beantwoord ik met deze voorbehouden:</p> <p>a. VWS noemt in haar PPT een aantal zaken die ook het RIVM aangaan, nl:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Rol RIVM in de vaccinketen, waaronder vrijgifte. ii. Zoönosebeleid; rol RIVM in de kennisketen. iii. Testen, traceren en surveillance: rol RIVM in landelijke coördinatie, afhankelijk van resultaten bovengenoemde kwartiermakers en verkenningen. iv. Internationaal: Ruimte voor borgen en versterken van het RIVM in de internationale kennisketen, samenwerking binnen ECDC, rol in IANPHI, WHO-activiteiten, Global Health initiatieven. v. Landelijke functionaliteit, zie hieronder vi. IV-landschap: ook dit vraagt investeringen binnen het RIVM. vii. Herijken van het vaccinatielandschap, en de (coördinerende) rol RIVM hierin. viii. Borgen van het covid-vaccinatieprogramma. ix. Psychosociale (na)zorg en de functie die het RIVM hierin heeft. x. Voortzetten en borgen (C-)ARVE voor evaluaties e.d. <p>b. Pandemic preparedness vraagt daarboven op in ieder geval nog:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Langduriger voortzetting van het onderzoek in het covid-programma, en daarmee en in het verlengde onderhoud en versterking van de kennisbasis en (inter)nationale kennis- en wetenschappelijke positie van het RIVM. ii. Versterken laboratory preparedness . 		
--	---	--	--

	<p>iii. Voldoende robuuste ruimte (d.w.z. personeel en financieel) voor snelle opschaling.</p> <p>c. Ruimte bieden aan RIVM voor reflectie en herstel.</p> <p>d. Landelijke functionaliteit landelijke infectieziekte/publieke gezondheids crises. Dit zal hoe dan ook extra inzet (fte, tijd en geld) vragen van RIVM, zowel in de opstart- als de uitwerkingsfase.</p> <p>3. Verder, zoals we ook al in de BR bespraken, hou ik de indruk dat, nog voordat er uit lopende en eventueel nog komende evaluaties gedragen lessons learned gekomen zijn, binnen het departement voorstellen gelanceerd worden die kunnen leiden tot veel inspanning en grote bestuurlijke drukte, waarbij de interne coördinatie op deze dossiers niet altijd duidelijk is of (deels) lijkt te ontbreken. Daar moeten we erg alert op zijn en zien te voorkomen aangezien dit ons allen onnodig belast inclusief het RIVM in een periode waarin de covid-pandemiebestrijding nog steeds zoveel aandacht vraagt.</p>		
RVS	<p>We hebben geen RVS opgaven corona/pandemic preparedness.</p> <p>Verder goed om te vermelden dat we een advies uitbrengen over Publieke gezondheid en daarover ook in contact zijn met directie Publieke Gezondheid. Marina de Lint is projectleider van dat advies.</p>	Om voorbereid te zijn op een mogelijke volgende epidemie liggen er voor ons ook geen vragen anders dan dat we onze advisering voortzetten en ingaan op de actualiteit van dat moment.	
SCP	Onderzoek doen naar maatschappelijke en sociale aspecten van corona, op de korte en lange(re) termijn.	Een flexibele organisatie die ons in staat stelt ons werkprogramma (d.w.z. de onderzoeken die wij uitvoeren) snel aan te passen aan belangrijke 'current events'.	
Zorginstituut	<p>Het uitstellen en prioriteren van zorg heeft tijdens de afgelopen pandemie onder grote druk plaatsgevonden. Ter voorbereiding op een volgende pandemie heeft het de voorkeur om de gebruikte criteria te evalueren en te komen met een handelswijze waarbij meerdere perspectieven verenigd worden, zowel medisch inhoudelijk, als ook het brede maatschappelijke perspectief. Vanuit zijn rol op de kwaliteit van zorg kan het Zorginstituut daar een bijdrage aan leveren.</p> <p>Het stelsel van financiële afspraken moet ook voorbereid zijn op disrupties in de zorg. Zin heeft de</p>	<p>ZIN heeft van het Rijk twee zaken nodig om zich (in samenwerking met het veld en andere publieke instellingen) voor te bereiden op een volgende pandemie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een algehele evaluatie van de huidige pandemie: wat was het karakter van deze pandemie, wat werkte en wat werkte niet? - Een scenario-plan: hoe kunnen toekomstige pandemieën eruit zien (scenario's)? Wat zijn per scenario dan de mogelijke strategieën en maatregelen? Het heeft geen zin om alleen 	

	<p>verantwoordelijkheid voor een ordentelijke uitvoering van de risicoverevening en het Fondsbeheer. ZIN moet in staat zijn om veranderingen in de financiële afspraken snel en adequaat te kunnen uitvoeren en de kostenontwikkeling te kunnen monitoren en signaleren. Hier zijn enkele verbeteringen op mogelijk.</p>	<p>vanuit de huidige pandemie naar de toekomst te kijken. De kans is groot dat de volgende pandemie anders verloopt dan deze. ZIN heeft samen met de Nza en IGJ succesvol geoefend met de methodiek van scenarioplanning. Die kennis en ervaring kunnen wij gedrieën inbrengen.</p>	
ZonMw	<p>De core business van ZonMw is het ontwikkelen en uitvoeren van kennis en innovatieprogramma's. Op het terrein van Corona / COVID-19 hebben we vanaf het begin ingezet op het nu en in de toekomst met onderzoek en kennis bijdragen aan oplossingen in de strijd tegen het Coronavirus en COVID-19 als ook aan de effecten daarvan op de maatschappij. Wij zien dat er voor zowel de korte als de lange termijn nog belangrijke vraagstukken liggen. Voorbeelden (zeker niet volledig)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preventie en leefstijl. Het samenspel van chronische en infectieziekten (niet-overdraagbare en overdraagbare ziekten) wordt steeds belangrijker. Bij nieuwe infectieziekten zoals Covid-19, die ernstiger en dodelijker zijn in b.v. personen met obesitas of diabetes, is de rol van comorbiditeit bij het risico op infectieziekten duidelijk zichtbaar geworden voor. Andere infectieziekten zoals hiv, tuberculose, hepatitis en zoönosen die wereldwijd tot een aanzienlijke gezondheidslast bijdragen, worden waarschijnlijk ook beïnvloed door chronische ziekten zoals diabetes. Meer onderzoek naar de invloed, zowel positief als negatief van leefstijl \ voeding etc. is nodig. - Epidemiologie en Transmissie. Nu we ervan uit kunnen gaan dat het virus onder ons zal blijven is meer begrip voor de manier waarop het virus zich gedraagt van groot belang. Hier liggen, weten wij van experts, nog veel vragen. - Long COVID. Veel COVID-19 patiënten hebben langere tijd nadat ze ziek zijn geworden nog last van één of meerdere symptomen die hen ernstig kunnen belemmeren bij hun activiteiten. Er is inmiddels onderzoek gestart naar het voorkomen en naar de oorzaak hiervan. Waar we nauwelijks op hebben kunnen inzetten (omdat geen financiële middelen hiervoor beschikbaar zijn) is kennis over de behandeling en de organisatie van de zorg rondom deze longCOVID patiënten. - Non COVID (effecten van de pandemie op de normale zorg); de Federatie van Medisch Specialisten heeft de 	<p>Binnen onze infectieziekteprogrammering is altijd een beetje ruimte geweest voor pandemische preparedness. Dat moet fors uitgebreid worden. Er zijn al verschillende initiatieven zowel op Europees niveau als in Nederland waar ZonMw in meer en mindere mate bij betrokken is. Onderzoeksprogrammering met een passend bijbehorend budget is absoluut noodzakelijk om voorbereid te zijn op volgende grote (maar ook kleinere) infectieziekten uitbraken. Daarbij moet niet alleen worden gedacht aan het snel kunnen oppikken van nieuwe infecties en het zorgen voor goede behandelingen en vaccins. Een veel bredere insteek waarbij ook alle gevolgen voor de woon-, werk, en leefomgeving worden meegenomen is nodig. En aandacht voor de maatschappijleer gevolgen én de manier waarop we daarmee om kunnen gaan. Veel lessen te leren!</p>	

	<p>belangrijkste vragen op dit thema geprioriteerd voor zover het de curatieve sector betreft. Vanuit de langdurige zorg en vanuit de GGZ is zo'n initiatief er nog niet geweest. In de GGZ is het zeer aannemelijk dat de andere manier van werken gedurende de lockdowns effecten heeft gehad zowel negatief als positief. Maar onderzoek op dit terrein is er nog nauwelijks. En de crisis zelf kan GGZ problematiek hebben veroorzaakt. Ook daar is nog weinig zicht op.</p> <p>Het moge duidelijk zijn dat, om de komende tijd te blijven bijdragen aan oplossingen voor problemen die de pandemie veroorzaakt, er nog een aantal jaren programma's met passend budget nodig zijn. Daarnaast hebben we gezien dat randvoorwaarden voor de wetenschap om goed op de acute vragen in te spelen van belang zijn. Denk aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij crisis: Versnelde procedures, staatssteunvraagstukken. ZonMw heeft hiervoor allemaal in hoog tempo oplossingen gevonden. Draaiboeken hiervoor kunnen in de toekomst behulpzaam zijn. - Bouwen aan een infrastructuur voor onderzoek, die klaar staat om snel te worden opgeschaald. Zie het clinical trial netwerk waar we met VWS al mee bezig zijn in het Covid behandelprogramma. Daar wordt de basis gelegd maar zal in de toekomst meer/structureel financiering voor beschikbaar moeten worden gemaakt. In het clinical trial netwerk zou zowel aandacht moeten zijn voor vroege fase onderzoek naar nieuwe middelen en vaccins, maar ook bij de verpleeghuizen, huisartsen en ziekenhuizen om snel (pragmatische) studies te kunnen starten. Maar ook bv aan de knelpunten waar iedereen in de coronapandemie tegenaan liep moet worden gewerkt, zoals versnelde ethische toetsing, lokale uitvoerbaarheid en regulatoire toetsing en vergoeding van zorg binnen studies. - Data infrastructuur, hoe zorgen we dat we snel data van patiënten/burgers beschikbaar hebben om een pandemie te volgen en onderzoek te doen. 		
--	--	--	--