

Huisartsen bestanden van 1-5, 4-5, 6-5 en 7-5 gekoppeld

Indicator of each last matching case as Primary * Bronsysteem

Crosstabulation

		Bronsysteem		Total
		Eridani	ExpertDoc	
Indicator of each last	Duplicate Case	726	15	741
matching case as Primary	Primary Case	839	417	1256
Total		1565	432	1997

1256 patiënten waarbij niets in status of beleid is veranderd. Vooral in Eridani veel dubbelen.

Deze verwijderen.

Daarna kijken hoeveel pt erin zitten waarbij iets is veranderd in status of beleid = 22

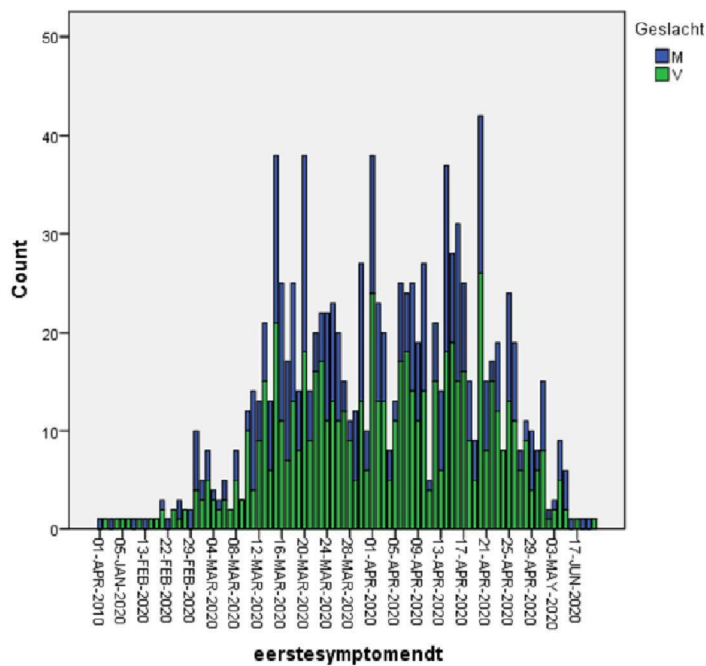
Indicator of each last matching case as Primary * Bronsysteem

Crosstabulation

		Bronsysteem		Total
		Eridani	ExpertDoc	
Indicator of each last	Duplicate Case	14	8	22
matching case as Primary	Primary Case	825	409	1234
Total		839	417	1256

Province

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Groningen	3	,2	,2	,2	
	Friesland	22	1,8	1,8	2,0	
	Drenthe	3	,2	,2	2,2	
	Overijssel	24	1,9	1,9	4,1	
	Flevoland	74	5,9	5,9	10,0	
	Gelderland	163	13,0	13,0	23,0	
	Utrecht	35	2,8	2,8	25,8	
	Noord-Holland	271	21,6	21,6	47,4	
	Zuid-Holland	323	25,7	25,7	73,1	
	Zeeland	3	,2	,2	73,3	
	Noord-Brabant	209	16,6	16,6	90,0	
	Limburg	126	10,0	10,0	100,0	
	Total		1256	100,0	100,0	



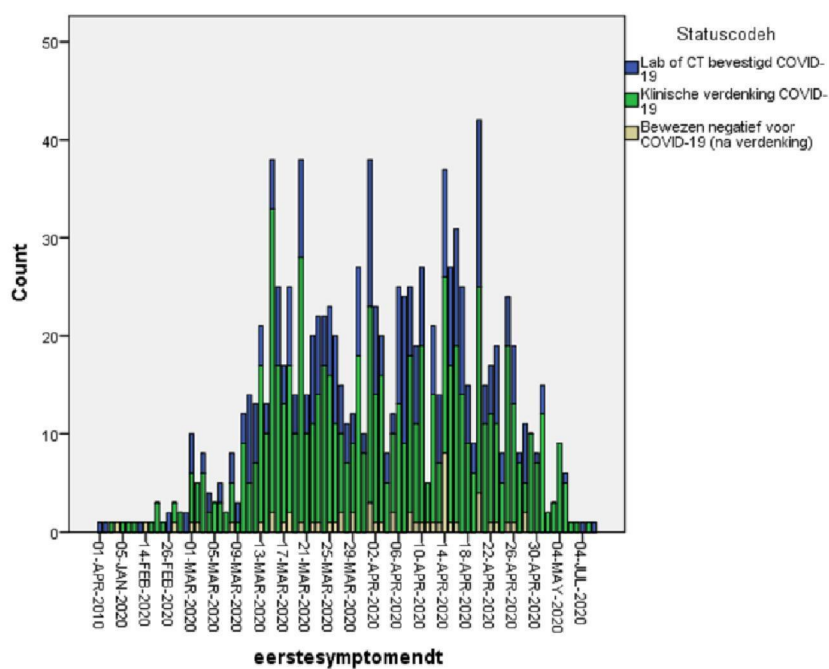
Aantal invoerfouten in datum eerste symptomen.

Geslacht * Bronsysteem Crosstabulation

		Bronsysteem		Total	
		Eridani	ExpertDoc		
Geslacht	M	Count	338	152	490
		% within Bronsysteem	41,0%	37,2%	39,7%
	V	Count	487	257	744
		% within Bronsysteem	59,0%	62,8%	60,3%
Total		Count	825	409	1234
		% within Bronsysteem	100,0%	100,0%	100,0%

Statuscode

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	,6	,6	,6
CT bevestigd COVID-19	44	3,5	3,5	4,1
Lab bevestigd COVID-19	325	25,9	25,9	29,9
Na verdenking bewezen negatief voor COVID-19	69	5,5	5,5	35,4
Bevestigde COVID-19 maar onbekend waarmee	38	3,0	3,0	38,5
Klinische verdenking COVID-19	773	61,5	61,5	100,0
Total	1256	100,0	100,0	



Beleidsomschrijving * Bronsysteem Crosstabulation

Beleidsomschrijving		Bronstysteem		Total
		Eridani	ExpertDoc	
Beleidsomschrijving	Count	15	0	15
	% within Bronstysteem	1,8%	0,0%	1,2%
GGZ-instelling	Count	0	1	1
	% within Bronstysteem	0,0%	0,2%	0,1%
Patient is overleden	Count	14	0	14
	% within Bronstysteem	1,7%	0,0%	1,1%
Patiënt is overleden	Count	0	7	7
	% within Bronstysteem	0,0%	1,7%	0,6%
Verblijf in wooninstelling (inclusief kleinschalige instelling)	Count	0	3	3
	% within Bronstysteem	0,0%	0,7%	0,2%
Verblijf thuis, in eigen woning	Count	668	345	1013
	% within Bronstysteem	81,0%	84,4%	82,1%
Verblijf thuis, in eigen wooninstelling	Count	33	0	33
	% within Bronstysteem	4,0%	0,0%	2,7%
Verpleeghuis, psycho- geriatisch	Count	0	4	4
	% within Bronstysteem	0,0%	1,0%	0,3%
Verwezen naar coronahotel	Count	2	8	10
	% within Bronstysteem	0,2%	2,0%	0,8%
Verwezen naar hospice	Count	1	0	1
	% within Bronstysteem	0,1%	0,0%	0,1%
Verwezen naar ziekenhuis	Count	92	36	128
	% within Bronstysteem	11,2%	8,8%	10,4%
Woonzorgvoorziening	Count	0	5	5
	% within Bronstysteem	0,0%	1,2%	0,4%
Total	Count	825	409	1234
	% within Bronstysteem	100,0%	100,0%	100,0%

ALLEEN IN EXPERTDOC RECORDS

ICPCNHGCovid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Registratie ICPC NHG met COVID: ja	125	30,6	30,6	30,6
	Registratie ICPC NHG met COVID: nee	284	69,4	69,4	100,0
	Total	409	100,0	100,0	

ICPCNHGGeenCovid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Registratie ICPC NHG zonder COVID: ja	106	25,9	25,9	25,9
	Registratie ICPC NHG zonder COVID: nee	303	74,1	74,1	100,0
	Total	409	100,0	100,0	

SARSCOV2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SARS CoV 2 diagnostiek: ja	4	1,0	1,0	1,0
	SARS CoV 2 diagnostiek: nee	405	99,0	99,0	100,0
	Total	409	100,0	100,0	

Obesitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Obesitas: ja	66	16,1	16,1	16,1
	Obesitas: nee	343	83,9	83,9	100,0
	Total	409	100,0	100,0	

Diabetes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Diabetes: ja	48	11,7	11,7	11,7
	Diabetes: nee	361	88,3	88,3	100,0
Total		409	100,0	100,0	

GriepvaccinatieOuderen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Indicatie griepvaccinatie leeftijd egt 70 jaar: ja	60	14,7	14,7	14,7
	Indicatie griepvaccinatie leeftijd egt 70 jaar: nee	349	85,3	85,3	100,0
Total		409	100,0	100,0	

GriepvaccinatieJongeren

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Indicatie griepvaccinatie leeftijd lt 70 jaar: ja	131	32,0	32,0	32,0
	Indicatie griepvaccinatie leeftijd lt 70 jaar: nee	278	68,0	68,0	100,0
Total		409	100,0	100,0	

Omschrijving nog gelijktrekken

Statusomschrijving * Bronsysteem Crosstabulation

Statusomschrijving	Count	Bronsysteem		Total
		Eridani	ExpertDoc	
	7	0	7	
	% within Bronsysteem	0,8%	0,0%	0,6%

Bevestigd COVID-19 maar onbekend waarmee (CT of Lab)	Count	0	5	5
	% within Bronsysteem	0,0%	1,2%	0,4%
Bevestigde COVID-19 maar onbekend waarmee	Count	33	0	33
	% within Bronsysteem	4,0%	0,0%	2,7%
CT bevestigd COVID-19	Count	32	12	44
	% within Bronsysteem	3,9%	2,9%	3,6%
Klinische verdacht voor COVID-19	Count	493	0	493
	% within Bronsysteem	59,8%	0,0%	40,0%
Klinische verdenking COVID- 19	Count	0	274	274
	% within Bronsysteem	0,0%	67,0%	22,2%
Lab bevestigd COVID-19	Count	211	107	318
	% within Bronsysteem	25,6%	26,2%	25,8%
Na verdenking bewezen negatief voor COVID-19	Count	0	11	11
	% within Bronsysteem	0,0%	2,7%	0,9%
Na verdenking Bewezen negatief voor Covid -19	Count	49	0	49
	% within Bronsysteem	5,9%	0,0%	4,0%
Total	Count	825	409	1234
	% within Bronsysteem	100,0%	100,0%	100,0%

Aantallen PBM thuis – buiten wijkverpleging/verzorging

Uitgangspunten:

1. Gaat om **zorg continuïteit van cliënt met COCID 19 klachten of besmette cliënt.**
2. In tabel staat **omvang van de groep** waarmee gerekend wordt – hiervan heeft maar een deel PBM nodig – dat deel dat dicht in buurt komt van cliënt met COVID 19 klachten/besmette cliënt (waar frequent binnen 1,5 meter gewerkt wordt). Niet iedereen heeft immers een cliënt met klachten of zieke cliënt.

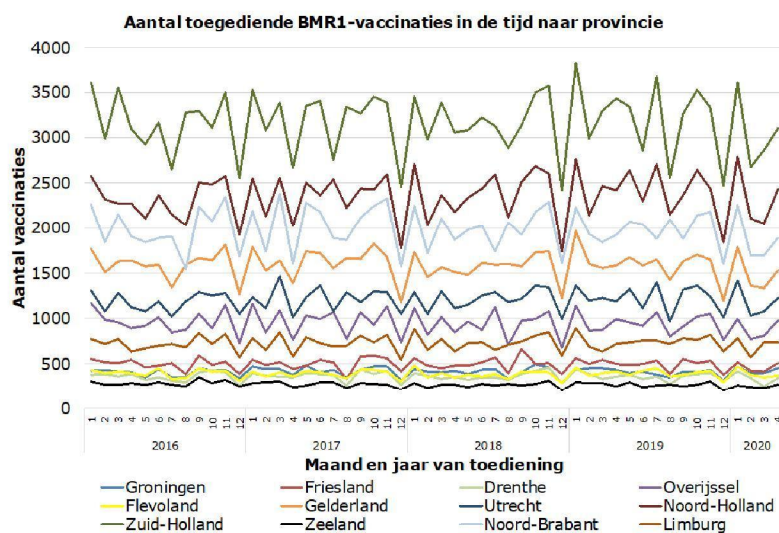
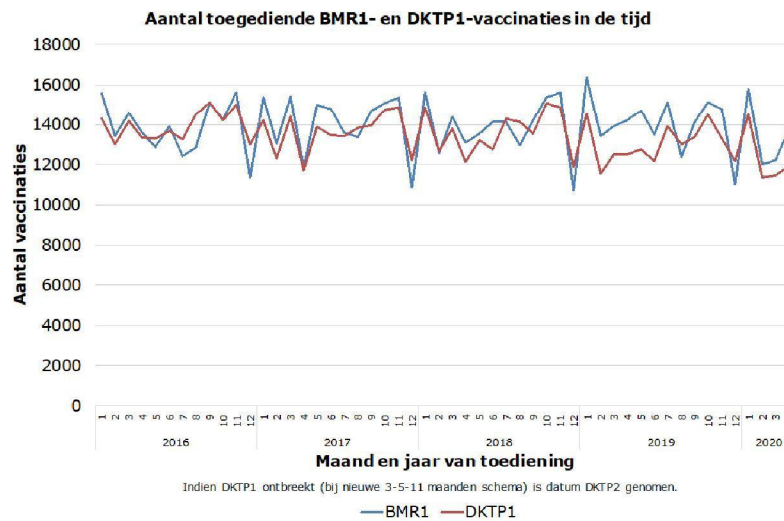
Groep	Omvang totale groep die mogelijk PBM nodig heeft	Aantal PBM rekening houden met gepast gebruik (drie keer zelfde cliënt etc) voor: - korte termijn (wachten op testuitslag; 2 dagen) - lange termijn (2 weken)	Opmerkingen
Mantelzorgers	750.000	Uitgaande van pakket als reservering voor de hele groep en uitgaande van hulp gedurende het covid-19 ziekteproces (ca 2 weken, 'lange termijn pakket' (zoals tussen haakjes aangegeven)): <ul style="list-style-type: none"> • 750.000 brillen (1 bril) • 37.500.000 chirurgische maskers (50 maskers) • 75.000.000 handschoenen (100 handschoenen) • 37.500.000 schorten (50 schorten) • 750.000 flacons desinfectans (1 flacon) Dit is grote overschatting die is te schalen met het percentage van de kwetsbare mensen die daadwerkelijk worden besmet (percentage besmettingen onder de kwetsbare mensen thuis (RIVM heeft geen cijfers)).	Gerekend met mantelzorgers die intensieve mantelzorg leveren. Dat zijn er, van totaal 4,5 mln, 750.000 Gegeven een conservatieve van de besmettingsgraad in de bevolking, is het realistisch deze aantal te maximeren op 10%. Dit zou dus neerkomen op 1/10 van de hiernaast gegeven aantallen.
Vrijwilligers palliatieve zorg thuis	Ca 5000	Vraag is of deze vrijwilligers steeds weer opnieuw iemand verzorgen. Dan is het per keer/cliënt: Overschatting.	Gegeven een conservatieve van de besmettingsgraad in de bevolking, is het realistisch deze aantal te maximeren op

		<ul style="list-style-type: none"> • 5000 brillen • 250.000 chirurgische maskers • 500.000 handschoenen • 250.000 schorten • 5000 flacons desinfectans 	10% . Dit zou dus neerkomen op 1/10 van de hiernaast gegeven aantallen.
PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners	130.000	<p>Uitgaande van pakket zoals in Limburg beschikbaar wordt gesteld voor PGB ('lange termijn pakket'):</p> <p>Overschatting want op basis hele groep</p> <ul style="list-style-type: none"> • 130.000 brillen • 6.500.000 chirurgische maskers • 13.000.000 handschoenen • 6.500.000 schorten • 130.000 flacons desinfectans 	<p>Bevat zowel dus mensen met arbeidscontract en mensen met overeenkomst – niet in dienst van zorginstelling of – aanbieder</p> <p>Gegeven een conservatieve van de besmettingsgraad in de bevolking, is het realistisch deze aantal te maximeren op 10%. Dit zou dus neerkomen op 1/10 van de hiernaast gegeven aantallen.</p>
Huishoudelijke hulp	350.000 cliënten; 3 tot 4 cliënten per HH per week; aanname ca 100.000 mensen in de HH.	<p>Dan op basis van 'korte termijn pakket' (tussen haakjes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100.000 brillen (1 bril) • 500.000 maskers (5 chirurgische maskers) • 1000.000 handschoenen (10 handschoenen) • 500.000 schorten (5 schorten) • 100.000 flacons desinfectans (1 flacon) <p>Bedoeld voor een kortstondige interventie bij een cliënt en dan als noodpakket.</p>	Gaat om noodpakket medische maskers in geval echt sprake is van COVID 19 besmette cliënt of cliënt met klachten en hh moet teveel in de buurt van cliënt komen.
Mensen werkzaam in dagbesteding of begeleiding			Uitgangspunt blijft: 1,5 aanhouden. Waar dit niet kan omdat mensen naar toilet moeten worden gebracht, geholpen moeten worden met eten, of waar sprake is van ander lichamelijk contact moeten PBM beschikbaar zijn.
Mensen werkzaam in VO, MO			
Verzorgenden thuis			

?			
?			

**Invloed coronacrisis op deelname Rijksvaccinatieprogramma?
Situatie 14 mei 2020**

Het aantal toegediende BMR1- en DKTP1-vaccinaties lijkt na de dip in maart 2020 in april 2020 (situatie 14 mei 2020) weer te zijn toegenomen. Dit is ook op provincieniveau zichtbaar.



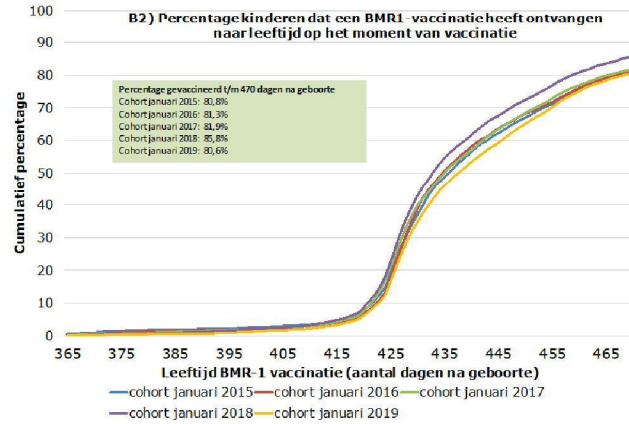
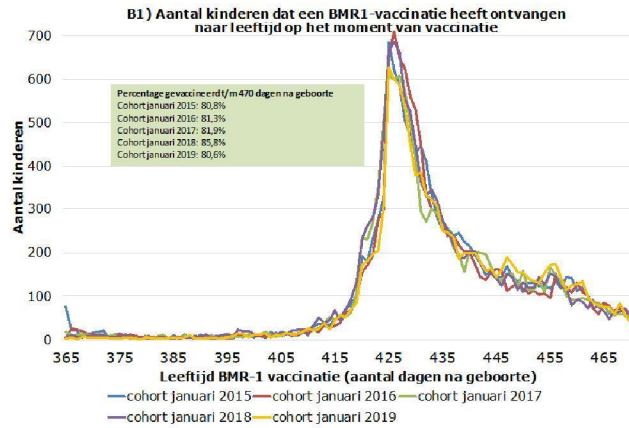
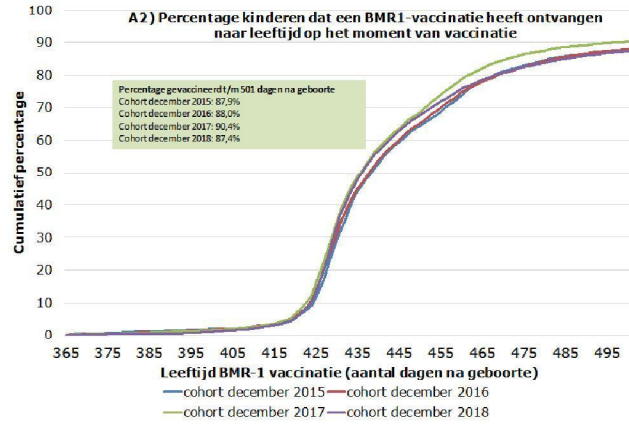
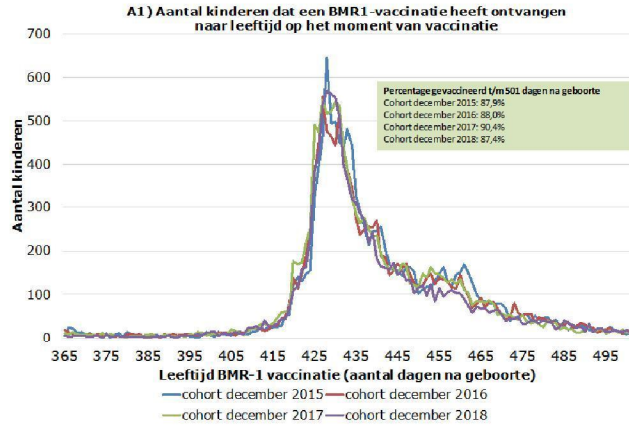
Op de volgende pagina's wordt tevens de deelname aan de BMR1 (aantal vaccinaties en cumulatief percentage gevaccineerd) van kinderen **geboren in december 2018, januari 2019 en februari 2019** gepresenteerd ten opzichte van de deelname van kinderen geboren in dezelfde maand een aantal jaren daarvoor. Kinderen geboren in december 2018 (Figuur A1-A2) zijn nu minimaal 501 dagen oud (16,4 maanden) en voor een goede vergelijking met eerdere jaren is de figuur op die leeftijd afgekapt. Idem voor kinderen geboren in januari 2019 (nu minimaal 470 dagen oud; 15,4 maanden; Figuur B1-B2) en februari 2019 (nu minimaal 442 dagen oud; 14,5 maanden; Figuur C1-C2).

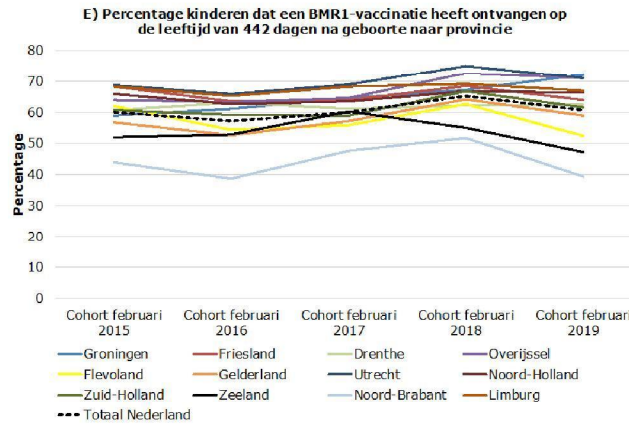
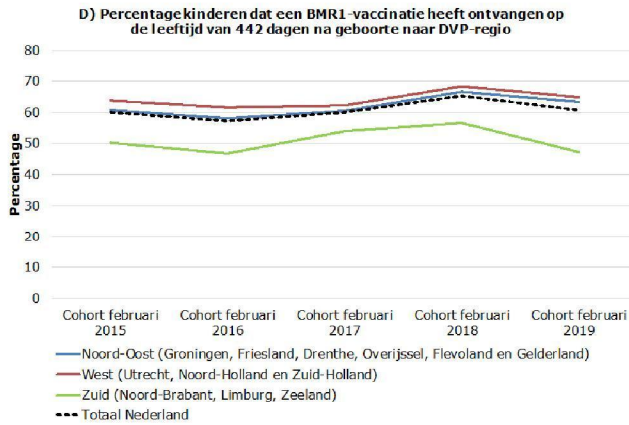
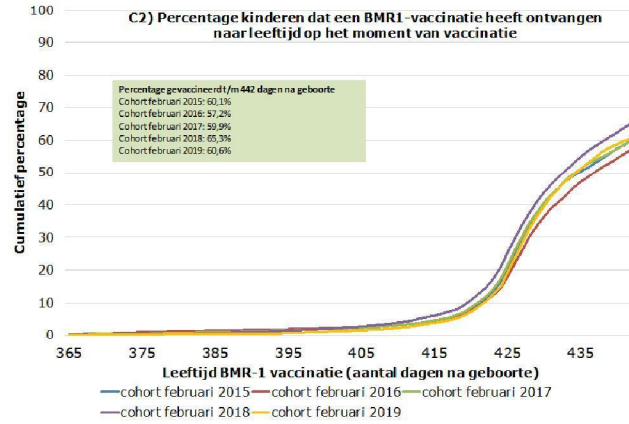
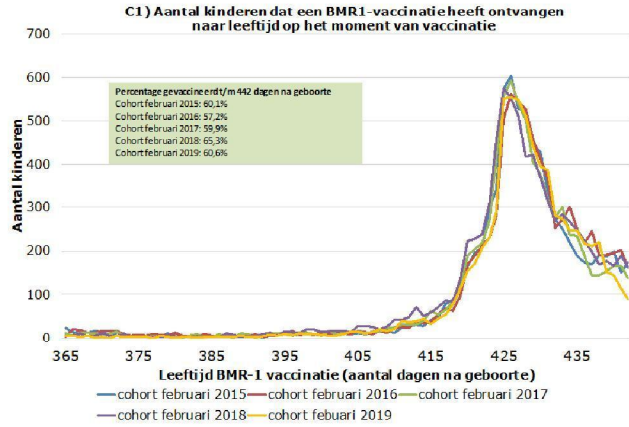
Figuren A1-A2 voor kinderen **geboren in december 2018** (paarse lijn) geven een completer beeld van de BMR1-deelname dan de figuren daaronder maar zijn daardoor ook pas later in de tijd beschikbaar. Aangezien de meeste van de kinderen geboren in december 2018 al in februari 2020 zijn gevaccineerd, verwachten we daar geen groot effect meer van de coronacrisis. De figuren lijken er echter wel op te wijzen dat minder kinderen dan gebruikelijk op een wat latere leeftijd (vanaf maart 2020) een eerste BMR-vaccinatie hebben gekregen.

Figuren B1-B2 betreffen kinderen **geboren in januari 2019** (geeloranje lijn). De meeste van de kinderen geboren in januari 2019 zijn in maart 2020 gevaccineerd: hier verwachten we een eerste effect van de coronacrisis te zien. De figuren lijken er op te wijzen dat er in maart minder kinderen dan gebruikelijk zijn gevaccineerd maar dat dit in april deels weer is ingehaald. De deelname voor kinderen geboren in januari 2019 ligt op dit moment echter nog wel 5% lager dan voor kinderen geboren in januari 2018.

Figuren C1-C2 voor kinderen **geboren in februari 2019** (geeloranje lijn) geven een minder compleet beeld van de BMR1-deelname dan de figuren daarboven maar zijn daardoor wel eerder in de tijd beschikbaar. De meeste van de kinderen geboren in februari 2019 zijn in april 2020 gevaccineerd. De figuren lijken er op te wijzen dat er in april weer meer kinderen zijn gevaccineerd dan in maart. Wel ligt de deelname voor kinderen geboren in februari 2019 5% lager dan voor kinderen geboren in februari 2018. In de DVP-regio Zuid (-9%) is dit verschil groter dan in de DVP-regio's Noord-Oost en West (-3%) (**Figuur D**). Op provinciaal niveau is dit verschil het grootst in Noord-Brabant (-12%), Flevoland (-10%) en Zeeland (-8%) (**Figuur E**).

In het algemeen geldt dat er mogelijk sprake is van een administratief effect wanneer er door de coronacrisis of andere redenen enige achterstand is ontstaan in het verwerken van vaccinatiegegevens in Praeventis. Daarnaast is het heel goed mogelijk dat een vaccinatie op een later moment wordt ingehaald en dat het om tijdelijke effecten gaat. Deze analyse zal voorlopig maandelijks worden herhaald.





Covid-19 in verpleeghuizen in Nederland – een epidemiologische analyse van de verspreiding en de impact van maatregelen daarop

Verpleeghuizen zijn disproportioneel geraakt tijdens de uitbraak van Covid-19, ten delen vanwege de hoge risicopopulatie, alsook vanwege het gebrek aan beschermende middelen in de eerste fase van de uitbraak. Er zijn verschillende maatregelen genomen om personeel en bewoners van verpleeghuizen te beschermen: het bezoekersverbod (20 maart) en de isolatie van verdachte gevallen. Daarnaast wordt bij een verdenking van een acute infectie met SARS-CoV-2 overgegaan op cohort-zorg (waarbij medewerkers van de getroffen afdeling niet ook op andere afdelingen werken) en worden beschermingsmiddelen gebruikt door het zorgpersoneel.

Het doel van deze maatregelen is om enerzijds de introductie van nieuwe infecties te voorkomen en anderzijds de verdere verspreiding binnen het huis te beperken. Hoe effectief deze afzonderlijke maatregelen zijn is nog onduidelijk, maar hangt af van de relatieve bijdrage van introducties en verspreiding binnen de huizen. **In dit project zullen wij, in samenwerking met het RIVM, de verspreiding van SARS-CoV-2 in verpleeghuizen in Nederland in kaart brengen en de impact van maatregelen op introducties en verspreiding binnen de verpleeghuizen onderzoeken.**

Voor deze analyse zullen data gebruikt worden van het geregistreerde aantal gevallen in verpleeghuizen (OSIRIS) en ziekenhuis- en IC-opnames in de algemene bevolking, eventueel aangevuld met gedetailleerde data van enkele verpleeghuizen. Wiskundige modellen en statistische analyses zullen gebruikt worden om te schatten of het aantal gevallen in verpleeghuizen afwijkt van de verwachting op basis van de mate van verspreiding in de algemene bevolking.

De beoogde uitkomsten van deze studie kunnen gebruikt worden om bij een eventuele opleving van de epidemie een onderbouwd pakket aan maatregelen te kunnen implementeren. In het bijzonder hopen wij inzicht te verkrijgen over de impact van het bezoekersverbod, gelet op de emotionele impact van deze maatregel.

2. Handel

DEEL A: AFHANKELIJKHEDEN VAN INTERNATIONALE KETENS VOOR HANDEL, PRODUCTIE EN TRANSPORT

Samenvatting

Tijdens de coronacrisis heeft een sterke toename in de wereldwijde vraag naar medische hulpmiddelen gezorgd voor grote schaarste en een concurrentiestrijd tussen landen om toegang tot medische goederen. Daarnaast heeft het geleid tot de realisatie dat kwetsbaarheden moeten worden geadresseerd in de afhankelijkheid van ketens voor productie, handel en transport m.b.t. medische en andere kritieke goederen. Deze afhankelijkheden zijn aanleiding om te onderzoeken of aanvullende maatregelen nodig zijn om publieke belangen met betrekking tot leveringszekerheid te beschermen. Er bestaat een breed scala aan mogelijke beleidsrichtingen. Eventuele maatregelen dienen plaats te vinden op basis van een volledige kosten-/batenanalyse. Uitgangspunt is de internationale marktwerking zo min mogelijk te verstoren. Tegelijkertijd moet rekening worden gehouden met het internationale krachtenveld en gewaakt worden voor nationalistische en protectionistische tendensen.

Analyse

a) Aanleiding

Internationale ketens voor productie, handel en transport (hierna kortheidshalve: leveringsketens¹) waren al voor de coronacrisis onderdeel van politieke discussie. Kwetsbaarheden in die ketens zijn toegenomen door o.a. oplopende geopolitieke spanningen, w.o. het handelsconflict tussen de VS en China en technologische ontwikkelingen. Hierdoor zijn economie en politiek sterker verweven geraakt en zijn de zorgen over onze veiligheid en de Nederlandse en EU concurrentiekracht op de langere termijn toegenomen. Ook wordt de roep om meer duurzame en inclusieve handel steeds sterker. Denk aan de Green Deal, de circulaire economie², IMVO³ en mondiale voedselzekerheid. Deze ontwikkelingen leiden tot een roep om herbezinning op de huidige organisatie van de internationale economie.

De coronacrisis heeft meer specifiek aanleiding gegeven voor reflectie op de leveringszekerheid voor kritieke goederen.⁴ ⁵ Dat is de focus van deze notitie.⁶ Leveringszekerheid is niet geborgd als Nederland en de EU sterk afhankelijk zijn van een beperkt aantal derde landen. In het kader van deze notitie is gekeken naar de volgende sectoren: gezondheid, voedsel, energie, overige grondstoffen en hightech als voorbeelden van sectoren waar sprake is van kritieke goederen.⁷

b) Uitgangspunten overheidsbeleid leveringszekerheid

¹ Onder "leveringsketen" wordt hier verstaan: de keten van processen nodig zijn voor de productie en distributie van een goed.

² Dit kan zorgen voor verduurzaming en minder risico's op mens en milieu in de keten doordat producten van dichterbij komen, maar dient niet noodzakelijkerwijs de belangen van productielanden omdat ook de kans op economische ontwikkeling zo mist.

³ Net als bij leveringszekerheid, wordt hiervoor het internationale productieproces in kaart gebracht. Hier met als doel risico's op mens en milieu in de waardeketens van bedrijven aan te pakken.

⁴ "Kritieke goederen" wordt hier gebruikt als een verzamelnaam voor goederen die van bijzonder belang zijn omdat het ontbreken ervan leidt tot bovengemiddelde schade voor menselijk leven en andere publieke belangen.

⁵ De Tweede Kamer heeft hier specifiek voor geneesmiddelen, vaccins en persoonlijk beschermingsmateriaal ook om gevraagd (motie Marijnissen/Heerma, 25 295, nr. 255).

⁶ Voor de internationale handel heeft de coronacrisis op de korte termijn aanleiding geven tot neergang van de Nederlandse export door onder meer dalende vraag.

⁷ Welke goederen exact als kritiek zijn aan te merken is een politieke discussie op zichzelf. Dit naar analogie van de discussie die is voorgegaan aan het vaststellen van een lijst van vitale processen binnen de infrastructuur in Nederland. Zie: <https://www.nctv.nl/onderwerpen/vitale-infrastructuur/overzicht-vitale-processen>. Die lijst hanteert het perspectief van infrastructuur in Nederland. In deze notitie kijkt naar internationale afhankelijkheden, waardoor ook andere sectoren worden meegenomen, zoals de medische sector en voedsel.

Productie en transport van goederen is in Nederland en de EU in principe aan de markt, die geacht wordt dit het meest efficiënt te kunnen uitvoeren. Internationale handel is een onderdeel van dit principe en heeft in de afgelopen decennia geleid tot groei van de wereldwijde welvaart, door specialisatie, lagere prijzen en een groter aanbod van goederen en diensten. Dit uitgangspunt geldt ook voor kritieke goederen en diensten. Leveringszekerheid ligt daardoor voor een groot deel bij bedrijven ("supply chain management"⁸).

In uitzondering op bovenstaand uitgangspunt, is er in de EU en Nederland op bepaalde terreinen al beleid ter waarborging van leveringszekerheid. Zo hebben alle landen die zijn aangesloten bij het Internationaal Energieagentschap (IEA) bijvoorbeeld sinds 1973 een van overheidswege ingestelde strategische aardoliereserve, heeft het EU landbouwbeleid als een van zijn doelstellingen het veiligstellen van de voedselvoorziening en werd eind vorig jaar in Nederland een politieke discussie gevoerd over de vraag of het aanhouden van een 'ijzeren voorraad' (minimaal beschikbare voorraad) van medicijnen bij groothandels en apotheken noodzakelijk was.

c) Voorlopige observaties naar aanleiding van de coronacrisis

De coronacrisis kan worden gezien als een stresstest van de bestaande omgang met leveringszekerheid van kritieke goederen.

- Over het geheel genomen zijn leveringsketens voor **kritieke goederen** tijdens corona blijven functioneren. De productie is over algemeen doorgedaan en (Nederlandse) grenzen bleven grotendeels open, zoals bij import en export van levensmiddelen.
- Een uitzondering zijn met name coronagerelateerde **medische producten**. Hiervoor zijn tekorten ontstaan. Aan de basis daarvan ligt een explosieve stijging van de vraag naar die producten, die de productie niet heeft kunnen bijbenen. De stijging van de vraag staat op zichzelf los van de afhankelijkheid van internationale leveringsketens. Vervolgens kregen deze (schaars geworden) goederen te maken met exportrestricties.
- De verstoring van de leveringsketens is groter bij **niet-kritieke goederen**. Dit komt onder meer doordat de productie hiervoor als gevolg van overheidsmaatregelen vaker is stilgelegd. Ook hebben zich meer problemen voorgedaan in de transportsector, onder meer via de lucht. Hierdoor ervaren Nederlandse bedrijven zowel aanleveringsproblemen als moeite om hun producten te exporteren.

Verder heeft de coronacrisis laten zien dat de weerbaarheid van leveringsketens voor schokken van buitenaf beperkt is, door onder meer:

- **Het Just-in-time (JIT) principe**⁹
JIT is afgelopen jaren vanuit bedrijfseconomische efficiëntie overwegingen zeer sterk doorgevoerd, waardoor minimale voorraden worden aangehouden, minimale transactiekosten optreden en er een minimaal tijdsbeslag is. Dat levert goedkope producten op. Het nadeel is dat leveringsketens als geheel kwetsbaar zijn als zij ergens worden onderbroken.
- **Beperkt inzicht in complexe ketens**
Bedrijven, zorginstellingen en overheden hebben niet altijd een volledig overzicht over de internationale afhankelijkheden binnen leveringsketens. De reden is de grote complexiteit van de leveringsketens door (geavanceerde) producten, een sterk (internationaal) versnipperd productieproces, veel verschillende leveranciers, etc. Voor zorginstellingen bijvoorbeeld, die voor (kritieke) medische producten afhankelijk zijn van deze complexe leveringsketens, is dit een grote kwetsbaarheid gebleken.
- **Invoed van (buitenlandse) overheden**
Landen hebben geïnterfereerd in internationale handelsstromen met beroep op noodclausules

⁸ Supply chain management (SCM), ook wel bekend als ketenmanagement, wordt gebruikt om de integrale stromen tussen de verschillende schakels rondom een organisatie te beheren en waar mogelijk te verbeteren. Het gaat om het strategisch coördineren van toeleverketens waarbij goed samenwerken met partners zowel binnen als buiten de keten essentieel is.

⁹ Just-In-Time (JIT) is een concept dat essentieel is in hedendaagse supply chain management. Doel van JIT is het besparen van kosten door de hoeveelheid goederen en materialen, die een bedrijf op voorraad heeft te verminderen. Hier geldt dat de productie de vraag volgt. De productiecyclus begint als de afnemer een bestelling bij de producent heeft geplaatst. Dat betekent dat voorraden pas worden geleverd, wanneer ze nodig zijn.

in internationale handelsverdragen en het EU recht. Bijvoorbeeld door exportrestricties voor medische producten af te kondigen. Bij enkele kritieke goederen zijn grote concentraties van afhankelijkheden van leveringen vanuit China blootgelegd.

Beleidsrichtingen

Bovengenoemde kwetsbaarheden kunnen aanleiding vormen voor het treffen van nadere maatregelen voor het versterken van de leveringszekerheid. Bedrijven hebben hier primair een eigen verantwoordelijkheid. Zij houden de eigen leveringsketens opnieuw tegen het licht. Daarnaast is er aanleiding om te toetsen in hoeverre bestaande afhankelijkheden in de leveringsketen aansluiten bij de gewenste risico-acceptatiegrens van de overheid.

Opties voor een overheidsrespons liggen qua intensiteit op een continuüm van laissez-faire tot autarkie. Denk voor mogelijke overheidsrespons bijvoorbeeld aan:

- Internationale afspraken over omgang met schaarse medische producten
- Aanleggen van voorraden, of stimuleren van flexibiliteit in productie
- Diversifiëren van leveringsketens

Specifiek voor medische producten wordt door VWS momenteel al gewerkt aan een strategie voor de korte en lange termijn, ter uitvoering van de motie Marijnissen/Heerma.¹⁰

Overheidsingrijpen in leveringsketens is een politieke afweging. Als uitgangspunt voor overheidsoptreden geldt dat dit zo min mogelijk marktverstrend dient te zijn. Dit om de voordelen van internationale handel in termen van economische efficiëntie zo veel mogelijk te behouden. De koninklijke weg is dat de overheid vooral kijkt hoe zij de markt het beste kan faciliteren opdat de juiste maatregelen (kunnen) worden getroffen. Een voorbeeld, maar ook een hele lastige om kwetsbaarheden te verminderen, is het maken van goede internationale afspraken over hoe om te gaan met wereldwijde schaarste van bijvoorbeeld medische goederen in crisissituaties. Verder moet worden bezien wat met EU samenwerking kan worden bereikt. Tegelijkertijd moeten we ook rekening houden met andersoortige strategieën van andere landen en deze in kaart te brengen. Er bestaat een risico op een overreactie of kaping van de discussie vanuit protectionistische overwegingen.

DEEL B: INTERNATIONALE HANDEL EN STAATSTEUN

- Internationale handel wordt mede beïnvloed door het ingrijpen van buitenlandse overheden in hun eigen markt, zoals in de vorm van staatssteun. Dit heeft niet alleen een effect op het concurrentievermogen en handel van buitenlandse bedrijven in hun thuismarkten, maar ook op internationale markten. Dat kan de concurrentiekracht van Nederlandse bedrijven op internationale markten negatief beïnvloeden.
- Na de coronacrisis zal de neiging van overheden, ook in Europa, om hun eigen industrieën (structureel) te ondersteunen met staatssteun toenemen. De focus zal daarbij mogelijk meer komen te liggen op de gezondheidszorg.
- In beginsel is Nederland terughoudend over het gebruik van staatssteuninstrumenten, zoals *Important Projects of Common European Interest* (IPCEI). Naast potentieel overheidsfalen, kan dit tot een oneerlijk concurrentievoordeel voor deelnemende landen leiden. De verdeling van concurrentiekracht is dan gebaseerd op welke lidstaten de meeste middelen ter beschikking hebben. Dit staat haaks op de waarde van een gelijk speelveld.
- Een belangrijk notie is dat er veel andere manieren zijn binnen de reguliere staatssteunkaders om onze economische weerbaarheid en concurrentiepositie te verstevigen. Denk aan reguliere publieke investeringen (bijvoorbeeld in R&D en innovatie), gezonde concurrentie (bijvoorbeeld middels het *level playing field instrument*), investeringstoetsing en de in onderdeel A geschetste beleidsopties die leveringszekerheid vergroten.
- Voor sommige gevallen kan het echter nuttig zijn om meer steun te geven dan de normale staatssteunkaders toestaan. Het IPCEI-instrument kan projecten die een sterke positieve impact hebben op de gehele interne markt en Europese maatschappij, maar moeite hebben

¹⁰ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25295-255.html>.

om genoeg financiering uit de markt te halen helpen om toch van de grond te laten komen. Publieke investeringen via een IPCEI-project kunnen zo leiden tot een versterking van de Europese concurrentiekracht en positieve maatschappelijke effecten hebben. De Nederlandse belangen zullen steeds zorgvuldig afgewogen moeten worden voordat tot deelname aan een IPCEI wordt besloten.

Volgende pagina verwijderd i.v.m. blanco.

Redeneerlijn: "medische mondmaskers zijn alleen voor de zorg"

- Zorgmedewerkers moeten hun werk veilig kunnen doen.
- Daarom is het van belang dat zij de beschikking hebben over goede beschermingsmiddelen/ medische mondmaskers als dat voor hun werk nodig is.
- De toelevering van medische mondmaskers naar de zorg moet dus de hoogste prioriteit hebben. De zorg moet hier altijd voorrang krijgen.
- In andere sectoren kan men andersoortige, niet-medische mondkapjes gebruiken als daar behoefte aan is.
- Daarom roepen we alle partijen in de keten op – producenten, importeurs, groothandels, winkeliers – om hun te medische mondmaskers in de eerste plaats aan de zorg te leveren.
- Dat kan via de gebruikelijke kanalen, via het LCH of via winkels – als ze er maar voor zorgen dat deze medische mondmaskers bij zorgpersoneel belanden en niet bij anderen.
- Natuurlijk houden we dit goed in de gaten. We zullen de keten aanspreken als we zien dat medische mondmaskers bij andere sectoren belanden en daardoor tekorten ontstaan bij de zorg.
- Zo nodig nemen we steviger maatregelen om ervoor te zorgen dat deze medische maskers bij de zorg terecht komen. We hebben nog altijd de vorderingwet achter de hand.

Q: Waarom geeft u geen boete als medische maskers worden gebruikt in niet-medische sectoren?

- Mijn belangrijkste doel is ervoor zorgen dat de aanvoer van medische mondmaskers naar de zorg op peil blijft.
- Een boete uitdelen als iemand buiten de zorg een verkeerd masker gebruikt, heeft weliswaar een afschrikwekkend effect, maar daarmee hebben we niet voor elkaar dat de medische mondmaskers op de juiste plek – namelijk in de zorg – terecht komen.
- Het is veel effectiever om afspraken met de keten te maken; en ook een instrument als vordering als ultimum remedium is effectiever.
- Bovendien is het maar de vraag of het goed na te gaan is of en wanneer iemand buiten de zorg een medisch mondmasker draagt. Dat is namelijk niet zomaar in één oogopslag te herkennen.
- Een regel die niet handhaafbaar is, werkt averechts.

Terug naar 100% dagbesteding binnen de 1,5 meter maatschappij?

Op uw verzoek hebben wij een mogelijke terugkeer naar normale volumes van dagbestedingszorg met inachtneming van de RIVM richtlijnen als gevolg van Corona besproken met de regionale organisaties van de 840 aangesloten zorgboerderijen en enkele individuele zorgboerderijen. Hierbij onze bevindingen.

N.B. alles is hierbij natuurlijk afhankelijk van de ontwikkeling van de verspreiding van Corona in de komende periode. Wij gaan voorsnog uit van de huidige positieve trend.

1,5 meter dagbesteding

Voor 1,5 meter dagbesteding is nodig:

- Voldoende fysieke ruimte (creëren van extra ruimte en sanitaire voorzieningen, m.n. voor groepsmomenten zoals lunch)
- Werken in kleinere groepen met extra personeel (1 begeleider per groep)
- Mogelijkheden voor vervoer (momenteel wel een issue, maar niet apart meegenomen in deze notitie)

Wat is fysiek mogelijk binnen de zorglandbouw? Overzicht per doelgroep

De zorglandbouw is – op een enkele uitzondering na waar Gemeenten of GGD dit vereisten- nooit volledig gestopt met het bieden van fysieke dagbesteding. Er is dan ook inmiddels al wat ervaring met het bieden van dagbesteding binnen de richtlijnen van het RIVM. Na consultatie van onze regionale verenigingen en zorgboerderijen die aan verschillende doelgroepen dagbesteding bieden, kwamen wij tot een volgende inschatting van een realistische opbouw voor mogelijkheden voor fysieke dagbesteding in de komende 3 maanden:

	Jeugd t/m 12 jaar	Vanaf 13 jaar en volwassenen *	Ouderen *	Totale gemiddelde *
Huidige situatie	100%	40%	40%	60%
Over 3 maanden	100%	70%	70%	80%

* Van deze groepen kan voor ongeveer 30% van de dagbesteding niet worden opgestart binnen de 1,5 meter richtlijnen. Dit percentage is onder de doelgroep ouderen het grootst en bestaat uit:

- Cliënten die hun wooninstelling niet mogen verlaten
- Cliënten die niet meer willen/ durven te komen omdat ze tot de risicogroep behoren
- Cliënten die niet in staat zijn de hygiënemaatregelen na te leven en/of zich niet kunnen houden aan 1,5 meter afstand doordat zij dit niet kunnen begrijpen door hun beperking

Deze drie categorieën zijn verder uitgewerkt onder "uitgangspunten".

Welke gevolgen heeft dit?

- Zorg (m.u.v. jeugd) wordt duurder doordat er meer personeel moet worden ingezet (gemiddeld meer personeel per deelnemer/cliënt) en meer ruimte gerealiseerd moet worden (bijvoorbeeld verbouwen van werkruimte tot kantine, huren van ruimte elders, plaatsen van mobiele woonunit).
- Ongeveer 30% van de zorg kan niet geleverd worden door beperking in de fysieke ruimte; in niet-zorglandbouw in bijvoorbeeld de bebouwde kom kan dit nog lastiger blijken.
- Ongeveer 30% van de zorg kan fysiek niet geleverd worden door kenmerken van de doelgroep zelf (cliënten zijn niet in staat 1,5 meter afstand te begrijpen en toe te passen en/of hebben fysieke nabijheid en persoonlijke verzorging nodig) zolang de huidige richtlijnen nog gelden. Voor deze groep zal apart naar een oplossing gezocht moeten worden.
- Er is sprake van een verarming van de zorg doordat sociale interactie minder (kwalitatief en kwantitatief) wordt. Kwalitatief: Hierbij gaat het om het verlies van het fysieke contact dat voor een aantal doelgroepen een belangrijk middel van communicatie is. Kwantitatief verlies van sociale contacten doordat de groepen kleiner worden.
- De kans is groot dat er een herverdeling van zorg plaats, waarbij wonen en dagbesteding steeds meer op dezelfde locatie wordt gerealiseerd om de woongroepen met kwetsbaren zo goed mogelijk te kunnen beschermen/ isoleren. Daarmee wordt ook de keuzevrijheid beperkt.

Vertaling van gevolgen in financiële compensatie

Belangrijke uitgangspunten:

- Regulier geleverde zorg krijgt een hogere kostprijs (m.u.v. jeugd). Een stijging van ongeveer 100% per cliënt die momenteel deels vergoed wordt uit compensatie van niet te leveren zorg.