

	European Observatory on Health Systems and Policies		
(10)(2e)	(10)(2e) Global health economics, Radboud UMC	Verwacht dat hij uiterlijk 7/8 aanlevert	
(10)(2e)	(10)(2e) WHO health emergencies, (10)(2e) London School of Hygiene and Tropical Medicine	Reactie betreft de brief aan MVWS en MP van 22/7 en de nieuwe brief van deze week	
(10)(2e)	(10)(2e)		
(10)(2e)	(10)(2e)		
(10)(2e)	(10)(2e)		
(10)(2e)	(10)(2e)		

Mijn eigen samenvatting van de rode draden in deze papers:

Meta:

Opmerkingen dat leidende principes overall hetzelfde waren/zijn, maar dat de uitwerking ervan verschilt door verschillen in zorgstelsels (zowel mate van onderscheid tussen public health en zorg als mate van regionale ordening), besluitvorming en cultuur, en de mate van fragmentatie van de data infrastructuur. Die leidende principes betreffen:

- Veel nadruk op regionale differentiatie, regionale zorgordening en dus regionale governance,
- waarbij de samenwerking tussen kennisinstellingen, kennisintensieve organisaties en beleid cruciaal is voor lerende systemen.
- Veel nadruk om dit moment aan te pakken een meer geharmoniseerde data infra te institutionaliseren, en digitale zorg erin te houden.
- Noodzaak om flexibele schil IC etc in te richten is er overall, evenals het gebruik van urgentielijsten voor opschaling zorg.
- Ruimhartig testen (ook asymptomatisch).
- Communicatie belangrijk (consistent, transparant, begrijpelijk en inclusief).

(10)(2e)

- Legt nadruk op cycli monitoring-kennisvragen formuleren-onderzoek-interveniëren-monitoring.
- Dit moet in de regio gebeuren, met mogelijkheden tot regio experimenten, zoals in Den/UK/Bel/UK. Rol UMCs belangrijk door kennisintensiteit.
- Pleit voor regionale dashboards, incl info over sociaaleconomische effecten.
- Pleit voor meer kennis over impact op lage SES.

(10)(2e)

- Pleit voor een PvA vóór de kerst, hoe momentum kan worden aangegrepen voor een meer geharmoniseerde data infra. Fungeert beter in andere landen met als resultaat meer sturingsinfo zowel vwb aanpak virus als opvangen virus.
 - Ook hij legt nadruk op regionale governance.
- Specifieke dingen:
- Doorlooptijd BCO per veiligheidsregio op dashboard
 - Asymptomatisch testen moet regie op komen, want mensen willen het. Dus ook als wetenschappelijke advies is dat het niet altijd meerwaarde biedt.
 - Stelt tav ROAZ de vraag welke info zij nodig hebben als ze meer moeten dan enkel acute zorg?
 - Kennis over lage SES impact blijft achterwege door beperkte mogelijkheden datakoppeling. Onderzoek naar nodig.
 - Pleit ervoor geen aparte datainfra in te richten voor COVID onderzoek, maar deze te integreren in de reguliere data infra.

(10)(2e)

Begint constructief (vindt dat NL overheid en zorg goed gereageerd hebben) en ziet veel parallelen met de UK. Maar trekt scherpe lessen:

- Veel regionale verschillen!
- Meer regie en centrale sturing op de zorg nodig (bijv bij patiëntenspreiding, Levi vraagt zich af of Noordelijke ziekenhuizen genoeg deden). NHS geen blauwdruk maar na 15 jaar Zwv blijkt dat verzekeraars deze rol niet kunnen vervullen terwijl teveel aan 'veldpartijen' wordt overgelaten.
- Afschalen reguliere zorg was enige optie.
- Met de kennis van nu hoeft dit geen 2^e x te gebeuren, maar zkh moeten dan wel COVID en niet-Covid zorg strikt scheiden etc
- Drastische uitbreiding IC bedden nodig. Niet om standaard leeg te laten staan, maar 'high dependency bedden' die normaal gebruikt worden voor de meer intensieve postoperatieve patiënten of acute zorg en snel omgebouwd kunnen

worden voor de IC. Vergt spullen en personeel. Er is groot programma in het VK gestart waarbij reguliere zorgverleners opleiding krijgen voor zeer intensieve zorg en dit ook 1-2 maanden/jaar moeten doen. Zou ook voor algemene niveau beter zijn

- Bijzonder kritisch op LZ. "Kaalslag uit zich". Training nodig ook bijv hoe PBM te gebruiken
- Financiële consequenties. In VK zeer vroeg (in maart) zekerheden geboden door NHS en MoH waardoor dat niet meer afleidde. In NL bestonden die financiële onzekerheden voor zkh te lang; moet volgende x direct geregeld worden.

(10)(2e)

Licht enkel de Deense aanpak toe:

- Communicatie: Deense vertrouwen in overheid behulpzaam. Er is geen discussie over de uitvoering na democratisch besloten besluit! En, de Deense plicht voor burgers om elektronisch met overheid verbonden te zijn, zorgt ervoor dat ze via social media targetted boodschappen konden versturen
- Communicatie: duidelijk onderscheid tussen regering en adviesorganen (bijv SG MoH bracht avond na besluit grenzen dicht communiqué uit dat daarvoor geen medische gronden zijn)
- Testen/traceren: er wordt giga veel getest (ook asymptomatisch), loopt via social media waarbij men inspeelt op maatschappelijke verantwoordelijkheid.
- Quarantaine: gemeente moet inwoner huisvesting bieden wanneer quarantaine thuis niet mogelijk is
- Excellente data infra zorgt voor goed onderzoek en persoonlijk inzicht in de eigen COVID-19 uitslagen, en goed zicht op uitvoering reguliere zorg.
- Sturing: politiek gecontroleerde doorzettingsmacht in zorgordering werkte goed
- Reguliere zorg: afschaling viel mee doordat de uitbraak relatief beperkt was. Met beschikbare registraties werden urgentielijsten opgesteld, regionaal afgestemd in verdeling schaarste.
- Al langere inzet op thuis wonen zorgde voor minder brandhaarden in verpleeghuizen, omdat die er minder zijn.
- Varia: stipt aan dat de Deense organisatie van Kinderopvang hielp. Die is tax-financed en ging begin april alweer open. Daardoor was de interactie tussen jong-oud (oppassende grootouders) minder en dus ook het aantal risicobesmettingen.

(10)(2e)

Beschrijft met de monitor vd WHO/Europe, EC en Observatory wat andere landen doen.

- Communicatie: "iedereen doet het (anders)". Consistentie, transparantie, begrijpelijkheid (niet teveel sites) en inclusiviteit moeten leiden.
- Testen/traceren: enkele landen hebben teststraten direct bij labs, om logistieke problemen te verminderen. Ook wordt buitenlandse capaciteit ingezet.
- BCO: Finland zet studenten in, Duitsland het leger, en Cyprus vrijwilligers. Onduidelijk hoe dit de kwaliteit van BCO beïnvloedt.
- Isolatie: Deense gemeenten stellen huisvesting beschikbaar (zie punt Westendorp), andere landen zijn strenger (boeten en volgen van geïsoleerden met apps e.d.)
- Reguliere zorg: Regio en Digitale Zorg komen overal terug. Problemen vergelijkbaar in andere landen met weinig zkh capaciteit en grote 1^e lijn (UK, Den, Spa, Ita). Italië gebruikt de urgentielijst ontwikkeld voor de wachtlijsten die er al waren pre-Corona. Zkh zorg wordt beschermd door mensen te adviseren 2 weken voor opname contacten te vermijden, en vooraf te testen.

(10)(2e)

afdeling Algemeen Economisch Beleid
directie Macro-Economische Vraagstukken & Arbeidsmarkt
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

M (10)(2e) (10)(2e) E (10)(2e) @minvws.nl