

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T (10)(2e)  
F (10)(2e)  
www.rijksoverheid.nl

# memo

Financieringsvoorstellen opschaling IC-capaciteit

**Datum**  
30 juli 2020

**Aantal pagina's**  
7

## Doel

Dit memo gaat in op de wijze van financiering van diverse aspecten, zogenoemde percelen, die gerelateerd zijn aan de opschaling van de capaciteit t.a.v. zorg voor COVID-19 patiënten.

## Besispunt

- Van het MTDGCZ wordt als stuurgroep een principebesluit gevraagd t.a.v. de onderstaande voorstellen betreffende de financiering van de verschillende percelen.

## Kanttekeningen vooraf

- Bij de financiering van de IC-opschaling en de benodigde extra capaciteit lijkt een beschikbaarheidsbijdrage een voor de hand liggende route, maar dit is voor nu geen optie. Het voldoet namelijk niet aan de eisen van tijd (wijziging van AMvB is een traag proces) en tijdelijkheid (de uitbreiding van de IC-capaciteit is tijdelijk).
- Ten aanzien van het starten van een eventueel parallel traject – naast de voorgestelde financieringswijzen per perceel – is het advies om de komende maanden af te wachten hoe nodig de bedden zijn die we nu gaan inkopen via de open house. Bij inkoop van de open house tot 2022, is er de komende maanden de tijd om te kijken of een beschikbaarheidsbijdrage op termijn mogelijk is. Dit zou dan ook gezien kunnen worden in het licht van andere aanpalende dossiers zoals de ramingen van het capaciteitsorgaan.
- BB wordt door tijdigheid niet realistisch geacht, met verwachting dat openhouse regeling wel binnen de korte termijn wordt gerealiseerd.
- Eventueel kan later het traject voor een BB worden ingezet. Dit vraagstuk kan een leerpunt zijn voor een eventuele volgende pandemie:
  - welke basis wil je hebben voor extra capaciteit
  - als deze pandemie langer duurt, wat doe je dan? Ga je dan wel voor een BB?
- Bekostiging via een subsidie (m.u.v. de opleidingen) is niet gewenst: het opstellen en uitvoeren van een subsidieregeling vraagt veel tijd, het ontbreekt aan capaciteit bij DUS-I (gezien de uitvoering van de Bonus-regeling) en uitvoering van de activiteiten uit een subsidie is niet afdwingbaar (ziekenhuizen kunnen afzien van het verrichten van de activiteit).
- De buffercapaciteit betreft niet enkel de uitbreiding van het aantal IC-bedden, maar ook de daarmee samenhangende uitbreiding van het aantal klinische bedden.

- De uitwerking van de diverse voorstellen zal veel vragen van de capaciteit van VWS en de HIS. In de reguliere situatie zouden de routes van reguliere ziekenhuisbekostiging en beschikbaarheidsbijdragen verder van VWS af georganiseerd worden dan in de voorgestelde opzet.

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

**Datum**  
30 juli 2020

## Voorstellen t.a.v. financiering per perceel

### A. Perceel opleidingen

**Voorstel:** dit kan worden gefinancierd via SectorPlanPlus van MEVA; COVID-19 subsidie (subsidie voor scholing (inwerktrajecten) van de extra instroom in het kader van het coronavirus) en de KIPZ.

(10)(2e) : Kunnen zeggen dat het vooral via subsidies laten lopen. Zit wel risico aan. Zit geen verhoging in. Sectorplanplus loopt 30 sept af. Er zou volgens NZa minimaal (10)(2b) nodig zijn. Deze zou je ergens willen claimen. Waarom wordt deze niet meegenomen in de claim? Dan zouden we de KIPZ kunnen ophogen. Beide hebben een plafond.

Manieren zijn prima. Maar middelen zijn niet toereikend.

(10)(2e) uitgangspunt is dat de extra financiële middelen in claim worden toegekend.

MEVA: (10)(2b) uit miljard moet vrij komen uit totale claim. Er is geld voor opleidingen in claim. Aannee is dat er dus financiële middelen voor zijn.

Voorkeur gaat uit naar . Ziekenhuizen willen waarschijnlijk KIPZ ivm ruimere speelruimte.

Het gaat om een subsidieregeling. We moeten zien wat zh aanleveren. Dan kijken wat meest passend is in dit verhaal.

DGCZ: Subsidie is de geëigende route.

PZo: Hoe weten we dat ze ook echt gaan opleiden? > Zh moeten vooraf een plan aanleveren. Op basis van het plan worden middelen toegekend.

CZ: ook op andere perceel bij beschikbaarheid een randvoorwaarden tav opleiden meenemen.

Iedereen is akkoord met principebesluit.

Het is van groot belang dat er (aanvullend) personeel wordt opgeleid. Het is, wat de vergoeding van de kosten voor het opleiden betreft, dan ook geen probleem als ziekenhuizen in een eerdere fase van het opschalingsplan ook alvast personeel gaan opleiden dat voor een latere fase van het opschalingsplan noodzakelijk is. Ook staat het ziekenhuizen vrij om vanuit het Opschalingsplan opgeleid (aanvullend) personeel ook in te zetten voor non-Covid zorg.

### B. Perceel beademingsapparatuur

**Voorstel:** De beademingsapparatuur is reeds ingekocht door VWS. Het voornemen is deze beademingsapparatuur te schenken aan ziekenhuizen. Hier zijn staatssteunrisico's aan verbonden. WJZ is bezig met een traject met de Europese

Commissie om goedkeuring voor deze schenking te krijgen. Verwachte duur van het traject is 2 à 3 weken.

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

**Alternatief:** Keurt de Europese Commissie de schenking niet goed, dan wordt de sale & leaseback-constructie uitgewerkt.

**Datum**  
30 juli 2020

(10)(2e) 2e): ze moeten het ook onderhouden en aanvullende spullen, naast apparatuur. Mogelijk is het daarna niet meer bruikbaar. Spullen die ze zelf nog hebben staan en de inzet daarvan is nog een aandachtspunt.

Akkoord.

### C. Perceel infrastructuur

De volgende percelen worden gezamenlijk besproken onder de noemer 'infrastructuur':

- Perceel bedden en aanvullende apparatuur; zowel de uitbreiding van het aantal IC-bedden als de daarmee samenhangende uitbreiding van het aantal 'gewone' bedden.
- Perceel verbouwingskosten.
- Perceel beschikbaarheid personeel en voorzieningen.

**Voorstel:** Voor deze percelen zal een Open House-constructie worden ingericht. Open House is een systeem van afspraken waarbij VWS gedurende de gehele looptijd overeenkomsten kan sluiten met ieder ziekenhuis die zich ertoe verbindt om de betrokken dienst te leveren tegen vooraf vastgestelde voorwaarden (zoals aan reistijd, etc.). Er vindt dus geen selectie plaats onder de belangstellenden, waardoor er geen sprake is van een aanbesteding.

**Besluit:**

CZ: Alle ziekenhuizen hebben gisteren commitment uitgesproken over de ondelinge verdeling van bedden. Iedereen kan hierdoor volgens dit plan meedoen waardoor open-house mogelijk is.

(10)(2e) : meerkosten premie? Vb: 200miljoen aan zh. En die zit boven toaal 1miljard. Dan komt deel van 200miljoen terug bij VWS. Dan blijft wat aan strijkstok hangen bij zvv.

MEVA + Z: kijken naar premie dat deze niet wordt verhoogd. Aandachtspunt. Het zou via calamiteitenregeling kunnen volgens WJZ. Dit is een politiek punt.

Let op! Het mag geen effect hebben op de premie. Werkgroep, check dit. Let op consequenties. Voorkeur en streven is een model dat geen effect heeft op de premie. Deze effecten moeten wel inzichtelijk worden gemaakt. Dit punt gaat over zorgkosten specifiek.

PZo: opschaling tot 1150 moeten zvv zelf doen. Dit moeten zvv, NVZ en NFU ook zo zien. Zvv hebben toegezegd dat ze tot 1150 gaan doen.

PZo: Er zijn over de bedden afspraken gemaakt tussen de ziekenhuizen. Binnen de ROAZ-regio kunnen ze ruilen. Is een fall-back optie zodat iemand anders bij een tekort dit kan opvangen. Conclusie: Dit moet stelliger. VWS moet er akkoord op geven ipv alleen maar mededelen aan VWS.

PZo: RvB toetst op doelmatigheid (p. 4). Prijs van een beschikbaar bed zal hetzelfde zijn. Het beschikbaar maken van een bed zal verschillende kosten met zich meebrengen. Hiervoor moeten de RvB's verantwoordelijkheid in nemen.

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

Conclusie: We geven de RvB de verantwoordelijkheid dat dit doelmatig gebeurt.  
Voorstel: een onafhankelijke partij moet dit toetsen/goedkeuren.

**Datum**  
30 juli 2020

PZo: onderhandelingen tussen VWS en zh? Opslag in het contract wat VWS met ze sluit. In principe heeft iedereen hetzelfde contract.

PZo: als er toch nog reguliere patiënten op bedden terecht komen. Waarom vindt er dan in zekere mate een terugbetaling plaats en hoezo niet helemaal?  
Uitgangspunt: we vergoeden dit niet. Als we in een bijzondere situatie komen, bekijken we dit. Dit moet scherper geformuleerd worden.

PZo: laatste punt: verbouwingen: moet nieuwbouw zijn.  
Excessen moeten worden voorkomen. Daar moeten maatregelen op worden genomen: Plausibiliteitstoets op aanpassingen in gebouw moeten worden uitgevoerd.

#### *Randvoorwaarden*

- Open House is geen wettelijk voorgeschreven inkoopprocedure, maar een wijze van contracteren die onder bepaalde voorwaarden niet onder de reikwijdte van de Aanbestedingswet 2012 valt. De fundamentele beginselen van het aanbestedingsrecht gelden echter wel: non-discriminatie, gelijke behandeling en transparantie.
- Openbare vooraankondiging is vereist.
- VWS formuleert de geschiktheids- en minimumeisen (kwaliteit en inhoud) voor toetreding tot de Open House en stelt de voorwaarden voor het sluiten en uitvoeren van de overeenkomst.
- Voorwaarden van de overeenkomst worden eenzijdig (door VWS) vastgesteld. Alle ziekenhuizen krijgen in principe dezelfde overeenkomst. Voorwaarden in de overeenkomst moeten o.a. zijn:
  - o Toelating vindt plaats maar aan de hand van inschrijving met aantal IC-bedden waarvoor men zich heeft geëngaat in het LNAZ-plan en het overzicht van de op te schalen IC-bedden per ziekenhuis. Minder (dan in lijst bepaald) kan niet en meer ook niet, behalve als de ziekenhuizen onderling binnen de eigen ROAZ-regio ruilen en dat beide schriftelijk bevestigen richting ROAZ, en VWS daar over schriftelijk geïnformeerd wordt.
  - o Waarborgen dat ziekenhuizen eerst (en vóór 1 oktober 2019) de reeds bestaande 1150 IC-bedden structureel beschikbaar maken (fase 1). Deze 1150 IC-bedden kunnen worden gebruikt voor alle patiënten die IC-zorg nodig hebben, zowel Covid als non-Covid patiënten. De investeringen die nodig zijn om structureel 1150 IC-bedden te realiseren voor IC-zorg aan alle patiënten vallen onder de normale verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar en zullen moeten worden gefinancierd via de reguliere contractering.
  - o Waarborgen dat de inkoop van 200 extra IC-bedden en 400 extra klinische bedden (fase 2) bovenop de bedden uit fase 1 komen. Zolang Covid-19 nog substantieel invloed kan hebben op de ziekenhuiszorg

zorgen de ziekenhuizen ervoor dat deze bedden fysiek aanwezig en qua personeel inroosterbaar zijn per uiterlijk 1 oktober 2020. Ook waarborgen dat de ziekenhuizen deze extra bedden alleen beschikbaar houden en gebruiken voor de behandeling en verpleging van Covid-19 patiënten. Als de Covid-pandemie voorbij is (zodra er een werkzaam vaccin is waarmee de Nederlandse bevolking beschermd is, of een geneesmiddel, of Covid-19 nagenoeg niet meer van invloed is op de ziekenhuiszorg), zullen de ziekenhuizen de capacitaire uitbreiding ten behoeve van fase 2 weer terugschalen tot een maximum van 1150 bedden.

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

**Datum**  
30 juli 2020

- o Ten behoeve van fase 3 uit het Opschalingsplan zijn er op 1 januari 2021 in de Nederlandse ziekenhuizen totaal 1700 IC-bedden beschikbaar. Dat geldt ook voor de bijbehorende capaciteit in de kliniek. Deze (bovenop de 1350 IC-bedden) extra 350 IC-bedden en bijbehorende extra bedden in de kliniek (ongeveer 700 extra) zijn flexibel en hoeven dus niet constant fysiek binnen de ziekenhuizen aanwezig te zijn. Ze moeten wel snel gerealiseerd en opgebouwd kunnen worden binnen de muren van het ziekenhuis, als er onverhoopt een piekbelasting vanwege Covid-19 aankomt. De opschaling van 1350 naar 1700 IC-bedden in geval van piekbelasting vanwege Covid-19 zal naar verwachting gepaard gaan met (enige mate van) afschaling van de reguliere zorg; de mate waarin zal onder meer worden bepaald door de beschikbaarheid van personeel. Voor de opschaling tot 1700 IC-bedden gelden eveneens de hierboven beschreven voorwaarden over de tijdelijkheid en de exclusieve bezetting door Covid-19 patiënten.
  - o Enkel bouwkundige aanpassingen of verbouwingen binnen het ziekenhuis zijn (conform het LNAZ-plan) geoorloofd, voor zover die nodig zijn om deze extra capaciteit tot 1700 IC-bedden (plus klinische capaciteit) te realiseren. Nieuwbouw is volgens het plan niet nodig en zal dus ook niet vergoed worden.
- De Raden van Bestuur van de betrokken ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de opschaling en dienen zich daarin ook toetsbaar op te stellen. Naast kwaliteit van zorg moeten de Raden van Bestuur de opschaling ook op doelmatigheid toetsen.
  - Waarborgen dat het niet aantrekkelijker is om bedden via de Open House vrij te houden in plaats van te bezetten met Covid-19 patiënten; aansluiten bij de huidige bekostiging.
  - VWS biedt een vaste vergoeding per extra IC-plaats met de mogelijkheid van opslagen in nader omschreven gevallen (bijv. regionale toeslag); over de opslagen kunnen binnen grenzen onderhandelingen plaatsvinden.
  - De overheid zal het beschikbaar maken en beschikbaar houden van de extra bedden (fase 2 en fase 3) financieren. De zorgverzekeraars zullen (zoals gebruikelijk) betalen voor het gebruik, voor de zorg aan patiënten die voor Covid-19 op de IC of een klinisch bed worden behandeld. Dit geldt ook als dit zorg aan een patiënt op een extra bed betreft. Achteraf zal overheid een eindafrekening plaatsvinden, waarbij de opbrengsten agv gebruik in mindering worden gebracht op de inkoop van beschikbaarheid vanuit de overheid.
  - Aangezien de extra opschaling van IC-bedden boven de 1150 reguliere IC-bedden uitsluitend plaats vindt in het licht van Covid-19, is gebruikmaking van deze bedden voor (extra) non-covid-patiënten niet toegestaan. De verzekeraars zullen deze bedden niet (mogen) contracteren en indien ziekenhuizen alsnog van deze bedden gebruik maken voor de reguliere

- patiëntenzorg, dan zal hiervoor een zekere mate van terugbetaling aan VWS op plaatsvinden. Hetzelfde geldt voor de extra klinische bedden die specifiek bedoeld zijn voor COVID.
- Verantwoordings-eisen voor eindafrekening mogelijk; gescheiden boekhouding, documentatie, werkelijk gemaakte kosten, gebruik IC-plek door patiënten (hierbij is een punt van aandacht hoe VWS (al dan niet via een accountantscontrole) uit de verantwoording kan afleiden of een IC-plek is gebruikt of niet). De uitwerking van de controle achteraf moet nog plaatsvinden.
  - Overeenstemming met alle betrokken ziekenhuizen over de verdeling van benodigde IC-bedden, de eisen voor toetreding en voorwaarden voor het sluiten en uitvoeren van overeenkomst.
  - De kosten van noodzakelijke verbouwing worden separaat begroot en vergoed en niet omgeslagen per IC-bed. Alleen uitbreidingen die zonder verbouwing zijn te realiseren, worden gefinancierd.

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

**Datum**  
30 juli 2020

#### D. Perceel zorgkosten

Voorstel: Dit is het perceel gebruikskosten bij patiëntopname; deze kosten zullen via de zorgverzekeraars lopen. Dit betreft een integrale vergoeding van zorg zoals gebruikelijk in de ziekenhuisbesteding. Dit betekent concreet dat de inkomsten die ziekenhuizen hiermee genereren moeten worden verrekend met de beschikbaarheidsvergoeding vanuit VWS voor het vaste deel (zie boven)

Zie eerder.

#### E. Perceel coördinatie

Voorstel:

- Beschikbaarheidsbijdrage ROAZ-en aan traumacentra zou verhoogd kunnen worden. Dat lijkt wel te passen binnen de tekst van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage zoals die nu is en zoals die wordt per 1-7-21.
- Er kan een addendum komen op de huidige overeenkomst tussen VWS en het LNAZ tbv het LCPS. In maart is deze overeenkomst afgesloten en is op basis van deze overeenkomst een voorschot van (10)(2b) aan het LNAZ verstrekt. In het addendum kunnen de werkzaamheden tbv landelijke en regionale coördinatie van patiëntenstromen opgenomen worden. Ook kan daarin dan worden opgenomen dat het LNAZ de middelen over de ROAZ-en verdeelt. De benodigde financiële middelen kunnen dan in het addendum worden opgenomen (kan met een voorschot en/of garantstelling). De mogelijkheid van verdeling van de middelen over de ROAZ'en is nog niet bij WJZ gecheckt. Dit kan bij een eventuele uitwerking worden gedaan.

**Kun je dit zo ophogen? Moet worden nagezocht maar gaat over kleine ophoging. Bovenstaande is uitgangspunt van waaruit verder wordt gewerkt.**

#### F. Perceel vervoer

*Kanttekening*

*Op basis van een overleg op 30-07 om 14.00u met CZ, WJZ en PZo over het perceel vervoer wijzig onderstaande mogelijk nog. Tijdens het overleg met de*

stuurgroep om 15.00u zullen wijzigingen ten aanzien van onderstaande zo nodig worden toegelicht.

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

Datum  
30 juli 2020

Voorstel:

- 25 ambulances begeleid IC transport inclusief opleiding ambulanceverpleegkundigen: exploitatiekosten via reguliere bekostiging ambulancezorg, RAV en verzekeraars dienen gezamenlijke aanvraag in bij NZa (beleidsregels ambulancezorg NZa 5.1.2 flexibilisering S&B-vergoeding). NB AZN gaat alleen uit van exploitatiekosten, niet van investeringsuitgaven en komt op een bedrag van (10)(2b) voor de ambulances en (10)(2b) (10)(2b) incidenteel voor de opleidingen. Dit is excl. inzet IC-artsen op het begeleid IC transport.
- Aanpassing IC-bus: via overige kosten (beleidsregels ambulancezorg NZa 5.5.7)
- Opschaling MICU-capaciteit: via reguliere bekostiging MICU ritten (NZa beleidsregels ambulancezorg).
- MMT (extra vliegrede reeds beschikbare helikopter): via beschikbaarheidsbijdrage MMT. Rechtmatigheid kan verhoogd worden door in de tekst van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage op te nemen: "Tot uiterlijk 31-12-2022 of zoveel eerder als het COVID-19 virus in hoge mate is bestreden, gaat het ook om zorg aan en vervoer van COVID-19 patiënten." Dit kan gerealiseerd worden per 1-1-21 via het Besluit ambulancezorgvoorzieningen. Er is dan snelle besluitvorming nodig, omdat dit besluit op 17 augustus aangeleverd moet worden voor de CWIZO.
- IC-houdende ziekenhuizen moeten voldoen aan de NVIC-richtlijn voor interklinisch transport: meenemen bij de open house constructie voor infrastructuur.
- Voor bovengeschetste opties die aansluiten bij de reguliere prestatiebekostiging is aandachtspunt dat de kosten die worden gemaakt in het kader van het IC-opstalingsplan apart worden geregistreerd (aangezien verzekeraars deze kosten kunnen/zullen inbrengen in de catastrofereregeling).

Alles is al beschikbaar. Moet wel een andere backup/reserve worden geregeld maar dat wordt een ander traject.

Het materieel voor de inrichting van ambulances en MICU's is al beschikbaar. Het gaat niet over meerjarige investeringen maar om meerkosten die meekunnen in de meerkostenregeling COVID-19. Het is daarmee snel te realiseren. Aandachtspunt: in een ander traject ook aandacht moet zijn voor een reserve

Vervolg

Vanaf maandag gaan projectteams met de percelen aan de slag. Als er besluiten nodig zijn, worden deze aan de stuurgroep voorgelegd. Streven is om 1 september het meeste in de steigers te hebben staan.

Er is met IRF gesproken. Zij zullen kritisch maar behulpzaam meekijken. NZa zal aan het perceel beschikbaarheid meewerken.

---- (10)(2e) ipv (10)(2e) uitnodigen vanaf nu ----

De brief aan de ROAZ-en wordt in concept ter info rondgestuurd aan het MTDGCZ.

**To:** (10)(2e) [(10)(2e) @etz.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]  
**Cc:** (10)(2e) [(10)(2e) @etz.nl]  
**From:** (10)(2e)  
**Sent:** Sat 8/1/2020 8:42:17 AM  
**Subject:** RE: Manuscript & supplement  
**Received:** Sat 8/1/2020 8:42:17 AM  
[20200730 SCIENCE manuscript PCR sensitivity2 JLM CR.docx](#)

Hoi,

Hierbij mijn feedback.

(10)(2e) heeft een eiwit geproduceerd voor de array (S1), mag ook naar acknowledgements hoor.  
(10)(2e) terwijl eea gesubmit is moet het ook nog voor goedkeuring door het Cib (kun je in parallel laten lopen). Zie ook mijn wijzigingen in de paragraaf over NL. Ik heb deze paragraaf ernstig ingekort om het uit de NI context te houden maar ook omdat het de paper in mijn ogen geen goed deed om het zo uitgebreid voor te rekenen. Zie mijn suggestie als alternatief.

Gr (10)(2e)

---

**From:** (10)(2e) <(10)(2e) @etz.nl>  
**Sent:** donderdag 30 juli 2020 17:21  
**To:** (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>  
**Cc:** (10)(2e) <(10)(2e) @etz.nl>  
**Subject:** Manuscript & supplement

Beste (10)(2e)

Samen met (10)(2e) zijn we tot een (haast) definitieve versie van het manuscript en supplementary materials (waarin onder andere de materiaal en methoden staan) gekomen. Zouden jullie er nog naar willen kijken en feedback geven alsjeblieft?

(10)(2e) heb een opmerking van (10)(2e) tav afbeelding opmaak laten staan, ter weet  
wat kan ik bij de author contribution over (10)(2e) zeggen?

Met vriendelijke groeten,

(10)(2e)  
Laboratorium voor Medische Microbiologie en Immunologie



Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis

**To:** (10)(2e) <(10)(2e)>@minvws.nl  
**Cc:** (10)(2e) <(10)(2e)>@minvws.nl; (10)(2e) <(10)(2e)>@minvws.nl; (10)(2e) <(10)(2e)>@rivm.nl; (10)(2e) <(10)(2e)>@rivm.nl  
**From:** (10)(2e)  
**Sent:** Tue 7/28/2020 11:53:34 AM  
**Subject:** FW: reports on benefits pooling from teh Netherlands, last ELISA auto-analyser and POCT sero reports  
**Received:** Tue 7/28/2020 11:53:35 AM  
[Rapport Poolen COVID PCR final - 2 juli 2020.pdf](#)  
[Document Poolen SARS - 9 juli 2020 kopie.pdf](#)  
[Status validation POC Ab tests 20200715 final.pdf](#)  
[Status validation ELISA and auto-analysers 2020715 final.pdf](#)

Beste (10)(2e)

Ter info.

Ik denk dat het goed is te weten dat we het internationaal erg goed doen met onze bijdragen vanuit de nationale lab response en onze bijdragen aan de internationale lab response (heel belangrijk want grensoverschrijdend probleem).

Enkele voorbeelden:

- lezingen/trainingen voor WHO-Euro, EMRO, Afro
- capacity building (10)(2a)
- diagnostiek ondersteuning wereldwijd door confirmatory testing van problematische samples
- bijdragen aan diverse WHO en ECDC lab technische guidelines
- input met docs vanuit de LCT structuur (zoals de bijgevoegde rapporten, allen na afstemming met de LCT)
- organiseren en analyseren external quality assessments voor (10)(2e) detectie en serologie voor ECDC
- net binnengehaald: opstellen WHO guideline voor neerzetten rol PH lab in emergency response

Groet (10)(2e)

---

**From:** (10)(2e)  
**Sent:** dinsdag 28 juli 2020 13:40  
**To:** (10)(2e) <(10)(2e)>@who.int>; (10)(2e) <(10)(2e)>@who.int>; (10)(2e) <(10)(2e)>@who.int>; (10)(2e) <(10)(2e)>@ecdc.europa.eu>; (10)(2e) <(10)(2e)>@ecdc.europa.eu>; (10)(2e) <(10)(2e)>@ecdc.europa.eu>; (10)(2e) <(10)(2e)>@ecdc.europa.eu>

**Subject:** reports on benefits pooling from teh Netherlands, last ELISA auto-analyser and POCT sero reports

Dear all,

Please find attached the last two reports on serology tests (ELISA/Autoanalyser & POCT) from the Netherlands. They are in English now (\*) and were also published in the public domain on the NVMM website (durch microbiology association) and thru a link on the RIVM website.

Also attached, in confidentiality, two docs on pooled testing that we established in the Netherlands that might be of interest to you. My apologies, these are in Dutch but I know not a problem for half of you. It would be appreciated that any use of data in these reports would be properly acknowledged.

Best wishes (10)(2e)

**To:** (10)(2e) [(10)(2e)]@who.int]  
**From:** (10)(2e)  
**Sent:** Tue 7/28/2020 11:18:48 AM  
**Subject:** RE: Input in huidige versie interim guidance  
**Received:** Tue 7/28/2020 11:18:48 AM  
[Status validation ELISA and auto-analysers\\_2020715\\_final.pdf](#)  
[Status validation POC Ab tests\\_20200715\\_final.pdf](#)  
[labifact sero.docx](#)  
[20200728guidance documentforinput\\_CR.docx](#)

Ho (10)(2e)

Nogmaals excuses voor mijn slechte bereikbaarheid ( (10)(1d)

(10)(1d) Hierbij mijn commentaar. Happy to call, app dan even.

De flow chart heb ik moeite mee. Veel te simpele weergave van de complexiteit van SARS2 diagnostiek. Ik ben bang dat het juist averechts gaat werken en de nuances voor een goede interpretatie dan niet meer meegenomen worden? (maar wellicht wat te pessimistisch \* ). De flowchart heeft meer details nodig denk ik?

Bijgevoegd ook laatste twee rapporten vanuit NL (nu in engels), sero interpretatie tabel uit een labifact. Ik vraag even toestemming aan VWS om pooling docs uit NL te delen.

G (10)(2e)

**From:** (10)(2e) <(10)(2e)]@who.int>  
**Sent:** dinsdag 28 juli 2020 01:09  
**To:** (10)(2e) <(10)(2e)]@rivm.nl>  
**Subject:** RE: Input in huidige versie interim guidance

Beste (10)(2e)

Indien tijd dan zou het heel fijn zijn als je voor woensdag 17:00 input kan geven in de huidige versie van de interim guidance.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

**From:** (10)(2e)  
**Sent:** Saturday, July 25, 2020 12:49 AM  
**To:** (10)(2e) <(10)(2e)]@rivm.nl>  
**Subject:** Input in huidige versie interim guidance

Beste (10)(2e)

Indien mogelijk zou het heel fijn zijn als je input wilt geven in de huidige versie van de interim guidance.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

Technical Officer – GLAD HP (Global laboratory alliance for the diagnosis of High Threat Pathogens)  
 Infectious Hazards Management (IHM), WHO Health Emergencies Programme (WHE)

World Health Organization  
 20, Avenue Appia  
 1211 Geneva 27  
 Switzerland

t: +41 (10)(2e)  
 m: +41 (10)(2e)  
 e: (10)(2e)]@who.int

Volgende pagina verwijderd wegens blanco