



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Advies Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI)

3 juni 2022

# Colofon

Directoraat Generaal Volksgezondheid  
Programmadirectie Pandemische Paraatheid

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5 2511 VX Den Haag

Contactpersoon                      Projectmanager Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding

Versie                                      Definitief  
Opdrachtgever                      Minister van VWS  
Auteur                                      Kwartiermaker Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding

Aantal pagina's                      60

# Inhoud

<b>Colofon</b>	<b>2</b>
<b>1. Samenvatting</b>	<b>5</b>
a. Aanleiding	5
b. Doel	5
c. Verantwoordelijkheidsgebied LFI	6
d. Belangrijkste aanbevelingen van dit advies	7
<b>2. Aanleiding en doel van dit advies</b>	<b>9</b>
a. Aanleiding	9
b. Belangrijkste punten uit het Verwey-Jonker rapport	9
c. Mogelijk toekomstige infectieziekte-erisico's	10
d. Doel van dit advies	10
e. Aanpak en afbakening	11
f. Leeswijzer	12
<b>3. Rol, verantwoordelijkheidsgebied en opschaling</b>	<b>13</b>
a. Inleiding	13
b. Op te schalen medisch-operationele processen	13
c. Verantwoordelijkheidsgebied van de LFI	15
d. Activeringsniveaus	16
e. Besluitvorming	16
f. Aansluiting op internationale ontwikkelingen	17
<b>4. De LFI in de warme en koude fase</b>	<b>18</b>
a. Warme fase	18
b. Randvoorwaarden	21
c. Koude fase	22
<b>5. Sturing en positionering van de LFI</b>	<b>27</b>
a. Sturing op de voorbereiding en bestrijding	27
b. Positionering van de LFI	30
<b>Bijlage 1 – Opdracht aan de kwartiermaker</b>	<b>32</b>
a. Aanleiding	32
b. Opgave	32
c. Randvoorwaarden van de opdracht	34
d. Context	34
<b>Bijlage 2 – Lijst geïnterviewde personen</b>	<b>35</b>
<b>Bijlage 3 – Ontwerpprincipes LFI</b>	<b>37</b>

<b>Bijlage 4 – Mogelijke processen en randvoorwaarden</b>	<b>38</b>
a. Processen in de warme fase	38
b. Generieke processen	40
c. Randvoorwaarden	40
<b>Bijlage 5 – Juridische toets sturing</b>	<b>45</b>
a. Geen zelfstandige organisatie maar onderbrengen bij een bestaande organisatie	57
b. Relevante overwegingen voor de onderbrenging van de LFI	57
c. Mogelijke opties voor onderbrenging	58
d. Advies	58
e. Aandachtspunten	59

# 1. Samenvatting

## a. Aanleiding

Dit advies bevat een voorstel voor de oprichting van een landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding (LFI). Dit advies is opgesteld door een kwartiermaker op verzoek van de minister van VWS. Aanleiding hiervoor was één van de aanbevelingen van het adviesrapport “Versterking van de publieke gezondheid” van het Verwey-Jonker Instituut (hierna: *Verwey-Jonker rapport*) om te komen tot een dergelijke functionaliteit.

Eén van de gedragen conclusies in de probleemanalyse van het Verwey-Jonker rapport was dat vanuit de aanpak rondom COVID-19 duidelijk is gebleken dat de infrastructuur niet kon voldoen aan het bestrijden van een grootschalige, langdurige en op sommige punten zeer onvoorspelbare pandemie. Volgens het rapport was er behoefte aan meer capaciteit, meer slagkracht, meer eenduidigheid, meer flexibiliteit en vooral ook snellere en betere opschalingsmogelijkheden. De vraag tijdens de pandemie was ook hoe landelijke sturing in de praktijk moest worden vormgegeven en of de benodigde randvoorwaarden, onder andere op ICT-gebied, voldoende waren ingevuld voor deze situatie.

In februari 2022 publiceerde de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) haar eerste evaluatierapport over de aanpak van de coronacrisis<sup>1</sup>. In het rapport worden voor een deel dezelfde conclusies getrokken als in het Verwey-Jonker rapport: Nederland was niet goed voorbereid op een langdurige, landelijke infectieziektecrisis, en de minister van VWS heeft onvoldoende bevoegdheden om rechtstreeks te kunnen sturen op zorgpartijen, zoals de GGD'en.

Hoewel het Verwey-Jonker rapport de directe aanleiding vormt voor onderhavig advies, is het rapport van de OVV wel betrokken in de uitwerking hiervan.

## b. Doel

Dit advies dient om te kunnen besluiten over de oprichting van een LFI. De scope is daarbij toegespitst op de centrale regie op en operationele aansturing van grootschalige uitvoeringsaspecten in geval van een toekomstige warme fase<sup>2</sup> waarbij sprake is van een A-infectieziekte<sup>3</sup> met landelijke impact.

Daartoe is allereerst beredeneerd wat er minimaal nodig is aan taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden om in geval van een pandemie de centrale regie- en sturingsrol effectief te kunnen vervullen. Vervolgens is beredeneerd wat er minimaal aan randvoorwaarden georganiseerd zou moeten worden door en voor de LFI en de regionale GGD'en. Op basis van deze twee vraagstukken is beoordeeld welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden de LFI in de koude fase zou moeten hebben.

Daarnaast gaat dit advies in op het sturingsvraagstuk in de koude en warme fase. Dat wil zeggen, sturing van de minister op de LFI en van de minister (via de LFI) op de GGD'en. Tot slot richt dit advies zich op de positionering van de LFI binnen de witte kolom.

Dit advies is in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de koepel van GGD'en (GGD GHOR NL) opgesteld. Daarnaast is ambtelijk afstemming georganiseerd met het ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V), het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK), de Veiligheidsregio's, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de regionale GGD'en.

<sup>1</sup> [Aanpak coronacrisis – Deel 1: tot september 2020 - Onderzoeksraad](#)

<sup>2</sup> Met de warme fase wordt in de crisisbeheersing de periode bedoeld waarin sprake is van een crisissituatie. Daar tegenover staat de 'koude fase', die vaak gebruikt wordt voor een goede voorbereiding en evaluatie van een eerdere warme fase.

<sup>3</sup> Zoals bedoeld in artikel 1, artikel 6 lid 4 en artikel 7 lid 1 van de Wet publieke gezondheid.

## c. Verantwoordelijkheidsgebied LFI

In de bestrijding van een A-infectieziekte met landelijke impact speelt een groot aantal actoren een rol. De kern wordt gevormd door het ministerie van VWS, het Centrum voor infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM en de 25 regionale Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). Samen met nog een groot aantal andere partners in en buiten de zorg, waaronder de medisch-microbiologische laboratoria, zijn zij verantwoordelijk voor een effectieve infectieziektebestrijding.

In dit advies wordt voorgesteld het stelsel te versterken met een Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI). Deze functionaliteit versterkt de landelijke bestrijding van toekomstige A-infectieziekten met landelijke impact en is complementair aan de huidige actoren.

Hoewel een volgende A-infectieziekte met landelijke impact nooit exact is te voorspellen, zijn deskundigen het in grote lijnen eens dat er, ongeacht welke infectieziekte potentieel ook zal leiden tot een pandemie, altijd activiteiten nodig zijn op het gebied van:

- het grootschalig testen van mensen ten behoeve van diagnostiek en behandeling, het doorbreken van transmissieketens en monitoring;
- het grootschalig uitvoeren van bron- en contactonderzoek, vanwege het doorbreken van transmissieketens en monitoring;
- het, indien voorhanden, grootschalig vaccineren van mensen of het grootschalig distribueren van geneesmiddelen om verspreiding en ziektelast te verminderen.

Deze activiteiten vereisen medisch-inhoudelijke kennis en aansturing. Dat is in het huidige systeem goed verankerd bij vooral het CIb en de regionale GGD'en. Het verantwoordelijkheidsgebied van de LFI betreft de medisch-operationele uitvoeringstaken. Hierbij gaat het om taken die nodig zijn om processen als testen, bron- en contactonderzoek en vaccineren op te kunnen schalen, bijvoorbeeld met waakvlamcontracten op het gebied van inhuur van personeel, logistieke dienstverlening of inkoop van hulpmiddelen. Daarnaast gaat het om taken die nodig zijn om de operatie in opgeschaalde vorm te kunnen monitoren en bijsturen, bijvoorbeeld op het gebied van de informatievoorziening.

Tijdens een A-infectieziekte met landelijke impact is het noodzakelijk zeer snel op te kunnen schalen en in korte tijd een groot aantal mensen en middelen te kunnen inzetten. Hiermee moet vervolgens een omvangrijke operatie op hoge snelheid en zeer kort-cyclisch worden aangestuurd. Dit kan alleen als er in de voorbereidende fase voldoende maatregelen zijn getroffen, mede doordat voorzien is in de benodigde uniformiteit in de relevante infectieziektebestrijdingsprocessen. Daarom wordt geadviseerd de LFI verantwoordelijk te maken voor:

- de centrale regie op de voorbereiding op een A-infectieziekte met landelijke impact. Enerzijds door gebruik te maken van kaderstelling zodat medisch-operationele processen in de gehele infectieziektebestrijdingsketen meer uniform worden uitgevoerd. Anderzijds door het organiseren en ter beschikking stellen van centrale (generieke) capaciteiten, zoals callcenters en logistieke dienstverlening. Daartoe organiseert de LFI de randvoorwaarden die nodig zijn voor de medisch-operationele taken, zoals een generieke infrastructuur (bijvoorbeeld een goed werkende IV/ICT die aansluit op de reguliere infectieziektebestrijdingsprocessen), randvoorwaarden vereist voor de medisch-operationele taken (zoals een centrale inkoop, logistieke waakvlamcontracten), monitoring van de operatie en het ontsluiten van deze gegevens aan ketenpartners, uniforme communicatie en scenario-ontwikkeling;
- de operationele aansturing van (de opschaling van) grootschalige medisch-operationele uitvoeringstaken in het geval van een A-infectieziekte met landelijke impact, door (1) gebruik te maken van additionele kaderstelling die nodig is voor de betreffende A-infectieziekte, (2) het organiseren van centrale capaciteiten en (3) monitoring en bijsturing van de medisch-operationele processen passend binnen de landelijke kaders.

## d. Belangrijkste aanbevelingen van dit advies

### Positionering, rol en taken

1. Richt een landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding (LFI) op als crisisorganisatie die verantwoordelijk is voor: (a) de centrale regie op de voorbereiding van een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact, door kaderstelling en het organiseren van centrale capaciteiten zodat medisch-operationele processen in de gehele infectieziektebestrijdingsketen meer uniform worden uitgevoerd en daardoor beter opschaalbaar zijn, en (b) de operationele aansturing van (de opschaling van) grootschalige uitvoeringsaspecten in geval van een A-infectieziekte met landelijke impact.
2. Breng de LFI onder bij het RIVM. Richt de LFI in als crisisorganisatie met een sterke focus op logistieke competenties in een crisiscontext. Baken de taken en processen van de LFI goed af ten opzichte van de onafhankelijke medisch-inhoudelijke onderzoeks- en adviesrol van andere onderdelen van het RIVM en organiseer goede afstemming met die andere onderdelen waar nodig. Zorg voor een bedrijfsvoering die in staat is om in de warme fase zeer snel op te schalen.
3. Stel na formele besluitvorming over dit advies de definitieve, passende naam van de LFI vast op basis van de vastgestelde rol, taken, verantwoordelijkheden en positionering.
4. Richt de taakafbakening van de LFI adaptief en modulair in, zodat de LFI zo wendbaar mogelijk is en zich daarmee zo goed als mogelijk kan voorbereiden op een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact. Geadviseerd wordt de taakafbakening periodiek te onderwerpen aan een systematische review door experts op het gebied van infectieziektebestrijding en crisisbeheersing.
5. Beschouw de 25 regionale GGD'en – die onderdeel zijn van de bredere infectieziektebestrijdingsketen - als primaire partners van de LFI. Onderzoek welke andere actoren een meer landelijke (randvoorwaardelijke) functie kunnen vervullen via de LFI en welke andere actoren een meer regionale (operationele) functie kunnen vervullen als partner van de GGD'en. Faciliteer waar nodig en mogelijk dat GGD'en op bovenregionaal niveau met elkaar kunnen samenwerken en afstemmen.
6. Veranker de LFI als organisatie en de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de LFI in wet- en regelgeving.
7. Ontwikkel een mechanisme om in geval van een lauwe fase snel besluitvorming te organiseren over het toekennen van middelen om verplichtingen met derden aan te gaan in de warme fase.
8. Creëer in de koude fase een sterk IV-landschap dat de infectieziektebestrijdingsketen in staat stelt tijdens een A-infectieziekte met landelijke impact alle digitale werkprocessen zeer snel op te schalen tot grote omvang. Geef de LFI een formele rol in de totstandkoming van dit IV-landschap.

### Sturing op de LFI door de minister van VWS

9. Formaliseer een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen het kerndepartement en de LFI. Geef de LFI een formele adviesrol richting het kerndepartement op het gebied van medisch-operationele taken waarbij een toets op de uitvoering formeel onderdeel is van het adviesproces. Formaliseer binnen VWS een proces van opdrachtverlening aan de LFI ten behoeve van de koude en de warme fase.
10. Hanteer meerdere activeringsniveaus voor de LFI en laat de minister van VWS, na toetsing in de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCB), besluiten over het verhogen of verlagen van het niveau.

### Sturing op de infectieziektebestrijdingsketen in de koude fase

11. Organiseer versterkte sturing door de minister van VWS op de infectieziektebestrijdingsketen in de koude fase voor een betere voorbereiding op een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact, door in de Wet publieke gezondheid meer gebruik te maken van kaderstelling zodat werkwijzen meer uniform worden uitgevoerd. Laat de LFI de randvoorwaarden organiseren en door monitoring zicht houden op de voortgang van de uniformering. Overweeg de IGJ het toezicht daarop te laten houden.
12. Laat het ministerie van VWS in nauw overleg met de (bestuurders van) ketenpartners deze vorm van sturing via kaderstelling wettelijk verankeren.

### **Sturing op de infectieziektebestrijdingsketen in de warme fase**

13. Benut in de warme fase zoveel mogelijk de bestaande aanwijzingsbevoegdheid van de minister van VWS aan de voorzitters van de Veiligheidsregio's op grond van artikel 7 van de Wet publieke gezondheid, zeker waar het MCCB-besluiten betreft.
14. Ontwikkel een juridische grondslag op basis van een beperkte wijziging van de Wet publieke gezondheid, zodat de minister van VWS rechtstreeks kan sturen (via de LFI) op de GGD'en met betrekking tot de uitvoering van (grootschalige) medisch-operationele processen in geval van een A-infectieziekte met landelijke impact, waar snelheid en uniformiteit zijn vereist in het belang van de volksgezondheid.
15. Houd bij de wettelijke verankering van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in zowel de warme als koude fase rekening met de mogelijkheid dat nieuwe, andere actoren betrokken moeten worden afhankelijk van de aard van de infectieziekte en de bestrijding daarvan.
16. Geef GGD'en de ruimte om, binnen landelijke kaders, regionaal maatwerk te leveren op de bestrijding waar dat nodig is.



## 2. Aanleiding en doel van dit advies

### a. Aanleiding

Dit advies bevat een voorstel voor de oprichting van een landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding (LFI). Dit advies is opgesteld door een kwartiermaker op verzoek van de minister van VWS, zoals gemeld aan de Tweede Kamer<sup>4</sup> op 18 juni 2021. Aanleiding hiervoor was één van de aanbevelingen van het adviesrapport “Versterking van de publieke gezondheid” van het Verwey-Jonker Instituut<sup>5</sup> (hierna: *Verwey-Jonker rapport*) om te komen tot een dergelijke functionaliteit en de inpassing daarvan binnen de generieke afspraken over crisisbeheersing ambtelijk te verkennen en uit te werken, in samenhang met de evaluatie van de COVID-19 pandemie en de uitwerking van het kabinetsstandpunt evaluatie Wet veiligheidsregio’s (Wvvr)<sup>6</sup>.

### b. Belangrijkste punten uit het Verwey-Jonker rapport

Eén van de gedragen conclusies uit de probleemanalyse van het Verwey-Jonker rapport is dat, hoewel Nederland een fijnmazige infrastructuur van infectieziektebestrijding kent en er rekening werd gehouden met de mogelijkheid van nieuwe pandemieën, de ervaringen met COVID-19 duidelijk hebben gemaakt dat deze infrastructuur niet (snel genoeg) kon voldoen aan wat er nodig is voor de bestrijding van een grootschalige, langdurige en op sommige punten zeer onvoorspelbare pandemie.

Er was volgens Verwey-Jonker behoefte aan meer capaciteit, meer slagkracht, meer eenduidigheid, meer flexibiliteit en vooral ook snellere en betere opschalingsmogelijkheden. De vraag tijdens de pandemie was hoe landelijke sturing in de praktijk moest worden vormgegeven en of de benodigde randvoorwaarden, onder andere op ICT-gebied, voldoende waren ingevuld voor deze situatie.

In het Verwey-Jonker rapport zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd voor de totstandkoming van een landelijke functionaliteit:

- het is van belang zo veel mogelijk gebruik te maken van bestaande structuren en afspraken;
- er dient in de crisisbestrijding altijd een goede verbinding te zijn en te blijven tussen de algemene crisiskolom en de functionele (medische of ‘witte’) kolom;
- het gaat zowel om versterking van de infectieziektebestrijding op regionaal niveau als om de bestendinging en structurering van een landelijke functionaliteit;
- er is behoefte aan duidelijkere mogelijkheden voor landelijke sturing door de minister van VWS bij grootschalige landelijke infectieziektecrisisen (waar hij/zij op basis van de Wet publieke gezondheid de leiding aan dient te geven). Het betreft hier met name de sturing op het ‘wat’ via heldere kaders;
- het zoveel mogelijk gebruik maken van bestaande en reguliere structuren betekent ook dat er een nauwe verbinding moet bestaan tussen de koude en warme fase evenals tussen lokale/regionale inbedding en landelijke kaders. Hierbij heeft de landelijke functionaliteit ook duidelijk een rol in de koude fase.

Verwey-Jonker concludeert dat - om tot een meer slagvaardige, flexibele en opschaalbare bestrijding van grootschalige infectieziektecrisisen (van A-infectieziekten) en andere mogelijke gezondheidscrisisen te komen - het allereerst noodzakelijk is dat de basis op orde is. Daarvoor moet de regionale infectieziektebestrijding in al haar onderdelen in kwantiteit en kwaliteit worden versterkt. De grondslag voor de landelijke functionaliteit is de gedeelde noodzaak en de gezamenlijke wens van Rijk, gemeenten, GGD'en, Veiligheidsregio's, RIVM en GGD-GHOR NL om op basis van de ervaringen van de afgelopen tijd landelijke taken te borgen en versterken. Verwey-Jonker positioneert de GGD'en daarbij *als ruggengraat van de lokale en regionale publieke gezondheid*.

4 [Kamerbrief over stand van zaken COVID-19 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

5 [Versterking van de publieke gezondheid - Verwey-Jonker Instituut](#)

6 [Kabinetsstandpunt evaluatie Wet veiligheidsregio's | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

Voor het functioneren van de landelijke functionaliteit en voor een goede samenwerking tussen de GGD'en en de landelijke functionaliteit is het volgens het rapport gewenst dat er een gezamenlijk kader is over welke besluiten er op landelijk niveau genomen dienen te worden en welke op lokaal niveau. Het zou volgens Verwey-Jonker een goed uitgangspunt zijn om onderscheid te maken tussen 'wat vragen', waar landelijk over besloten wordt, en 'hoe vragen', waar lokaal invulling aan wordt gegeven.

## c. Mogelijk toekomstige infectieziekerisico's

De noodzaak om te komen tot een LFI ligt niet alleen besloten in de huidige COVID-19 pandemie, maar juist en vooral in een mogelijk toekomstige pandemie. Het is zaak te leren van het verleden en heden om goed voorbereid te zijn op de toekomst. Het is volgens het RIVM namelijk waarschijnlijk dat pandemieën elkaar in de toekomst sneller op gaan volgen. De Amerikaanse regering schrijft hier zelfs over<sup>7</sup>:

*"As devastating as the COVID-19 pandemic is, there is a reasonable likelihood that another serious pandemic that may be worse than COVID-19 will occur soon — possibly within the next decade. Unless we make transformative investments in pandemic preparedness now, we will not be meaningfully prepared."*

Het ontstaan van nieuwe infectieziekten bij de mens door het intensieve contact met dieren (zoönosen)<sup>8</sup> wordt waarschijnlijker met de wereldwijde toename van intensieve veeteelt<sup>9,10</sup>. Ook werkt klimaatverandering het ontstaan van nieuwe pandemieën in de hand doordat vectoren zich in nieuwe omgevingen kunnen vestigen<sup>11</sup>. De verspreiding wordt bespoedigd door migratie, toenemend internationaal reizigersverkeer<sup>12</sup> en armoede, die mensen qua gezondheid kwetsbaar maakt. Ook het werken met hoogrisicopathogenen (biosafety) of het moedwillig misbruiken van pathogenen (biosecurity) kunnen risico's met zich meebrengen.

SARS-CoV-2 (de veroorzaker van de huidige COVID-19 pandemie) is zeker voor Nederland en andere westerse landen de meest ingrijpende pandemie sinds lange tijd. Toch zijn pandemieën van alle tijden en hebben die door de eeuwen heen geleid tot een hoge sterfte en ziektelast. In de afgelopen eeuw waren er pandemieën van de Spaanse griep (1918-1919), de Aziatische griep (1957), de Hongkong griep (1968), HIV, SARS-CoV-1 (2003), de Mexicaanse griep (2009), Mers-Cov (2012) en Ebola (2015). Eerder hebben de pokken, de pest, cholera de wereld lange tijd sterk beïnvloed.

## d. Doel van dit advies

Gebaseerd op beschikbare lessen vanuit de COVID-19 pandemie en rekening houdend met een mogelijk toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact, dient dit advies om te kunnen besluiten over de oprichting van een LFI. De in dit adviesrapport beschreven contouren en aanbevelingen vergen verdere uitwerking in een volgende fase.

1. Welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zou de LFI moeten krijgen om met de regionale GGD'en, het RIVM en andere ketenpartijen effectief een A-infectieziekte met landelijke impact te bestrijden in een toekomstige pandemie, en welke randvoorwaarden moeten al in de koude fase geregeld worden (voor de LFI zelf en voor de regionale GGD'en) om goed voorbereid te zijn op een toekomstige pandemie?
2. Hoe zou de minister van VWS moeten sturen op de bestrijding van een A-infectieziekte met landelijke impact en welke rol heeft de LFI daarin namens de minister van VWS?
3. Waar zou de LFI ondergebracht moeten worden?

7 [American Pandemic Preparedness: Transforming Our Capabilities \(whitehouse.gov\)](https://www.whitehouse.gov/presidential-action/american-pandemic-preparedness-transforming-our-capabilities/)

8 [Emerging infections-an increasingly important topic: review by the Emerging Infections Task Force. - Abstract - Europe PMC](#)

9 [Rapport Bekeidam 'Zoönosen in het vizier' | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

10 [Towards a conceptual framework to support one-health research for policy on emerging zoonoses - ScienceDirect](#)

11 [A new twenty-first century science for effective epidemic response | Nature](#)

12 [Travel, Migration and Emerging Infectious Diseases \(nih.gov\)](#)

## e. Aanpak en afbakening

### Opdracht

Een stuurgroep-LFI, bestaande uit de plaatsvervangend directeur-generaal Volksgezondheid van het ministerie van VWS, de directeur Pandemische-Paraatheid van het ministerie van VWS, de directeur-generaal van het RIVM en de plaatsvervangend directeur van de Landelijke Coördinatie COVID-19 bestrijding (LCCB) van GGD GHOR NL, heeft het proces van de totstandkoming van het advies begeleid. Een team van medewerkers afkomstig uit de drie organisaties heeft dit adviestraject ondersteund.

Daarnaast is afstemming gezocht met het ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V), het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK), de Veiligheidsregio's, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de regionale GGD'en.

Bijlage 1 beschrijft de opdracht die de minister van VWS aan de kwartiermaker heeft gegeven.

### Interviews

Ten behoeve van verdere verrijking van de probleemanalyse en aanbevelingen in het Verwey-Jonker rapport zijn in dit adviestraject semi-gestructureerde interviews afgenomen met ruim 60 personen (Bijlage 2). Deze personen waren of zijn direct betrokken bij de bestrijding van de huidige pandemie, en/of zijn betrokken bij de reguliere infectieziektebestrijding en/of hebben kennis van crisisbeheersing. Tijdens een rondetafelbijeenkomst op 25 november 2021 zijn de opbrengsten van de interviews en de richting van het advies besproken met de geïnterviewden.

### Afstemming met aanpalende trajecten

In dit adviestraject is zoveel mogelijk afstemming gezocht met aanpalende beleidstrajecten en/of is daar rekenschap van gegeven, waaronder veranderingen in het testlandschap (Dienst Testen en Stichting Open Nederland)<sup>13</sup>, de geplande kabinetsreactie op het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving "Vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend"<sup>14</sup>, de mogelijke opvolging van het advies "Landing COVID-19 vaccinatieprogramma" van de Algemene Bestuursdienst (ABD Topconsult)<sup>15</sup>, de kabinetsreactie<sup>16</sup> op de evaluatie rondom de Wet veiligheidsregio's en de mogelijke invulling die daaraan gegeven wordt en de ontwikkelingen in Europees verband rondom de Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA).

### Afbakening

In het advies is uitgegaan van de huidige beschikbare kennis. Toekomstige beschikbare kennis en aanbevelingen zullen waar nodig bij een eventuele verdere uitwerking van de LFI worden betrokken.

Als in dit rapport gesproken wordt over de GGD, dan worden daarmee de 25 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten bedoeld, die onder leiding staan van een directeur Publieke Gezondheid (dPG), zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet publieke gezondheid. Bedoeld wordt niet de GHOR-bureaus (Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen), die onder leiding staan van dezelfde dPG (zoals beschreven in artikel 32 van de Wet veiligheidsregio's).

Aangenomen is dat - in geval de LFI wordt opgericht - gelijktijdig ook de regionale GGD'en dusdanig versterkt worden dat zij goed aansluiten op de LFI. Dit advies gaat niet in op de versterking die bij de GGD'en nodig is.

De volgende onderwerpen vallen niet binnen de scope van dit advies:

- Het functioneren van de stelsels en de betrokken partijen in de crisis, hetgeen onderdeel is van onder meer de evaluaties van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid en een advies van de Raad van State<sup>17</sup>.

<sup>13</sup> <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?did=2021D41301&id=2021Z19259>

<sup>14</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 32 793, nr. 547

<sup>15</sup> [Landing Covid-vaccinatieprogramma | Publicatie | Algemene Bestuursdienst](#)

<sup>16</sup> [Kabinetsstandpunt evaluatie Wet veiligheidsregio's | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

<sup>17</sup> ['Van noodwet tot crisisrecht', een spontaan advies - Raad van State](#)

- Continuïteit van de zorg zal naar alle waarschijnlijkheid ook in een volgende pandemie een zeer relevant onderwerp zijn. Het is een wettelijke taak van de GHOR-bureaus om inzicht te bieden in cijfers rondom zorgcontinuïteit en planvorming van zorgpartners in de regio. Daarnaast houdt het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ) zich bezig met de spreiding van patiënten. Op het vraagstuk rondom zorgcontinuïteit wordt binnen het ministerie van VWS op dit moment een aparte beleidsverkenning uitgevoerd. Indien op een later moment hier een mogelijke rol voor de LFI uit voort zou komen, bijvoorbeeld op het gebied van monitoring, dan zal daar op dat moment aparte besluitvorming voor georganiseerd worden.
- In de huidige crisis is voor de inkoop en verspreiding van hulpmiddelen het Landelijk Consortium Hulpmiddelen voor opgezet. Omdat dit de zorg in de breedte aangaat en omdat er internationale ontwikkelingen zijn rondom de HERA, is dit onderwerp niet opgenomen in de scope van deze opdracht.

## f. Leeswijzer

Dit advies is als volgt opgebouwd:

- Dit advies start met een beschrijving van het beoogde rol en verantwoordelijkheidsgebied van de LFI, inclusief een advies over mogelijke activiteitsniveaus en de wijze van besluitvorming daarover (hoofdstuk 3).
- Daarna volgt een beschrijving van de LFI in de warme en koude fase en welke randvoorwaarden georganiseerd zouden moeten worden om de LFI en de regionale GGD'en goed te kunnen laten functioneren in de warme fase (hoofdstuk 4).
- Tot slot wordt in hoofdstuk 5 geadviseerd over wat nodig is om de minister van VWS direct te kunnen laten sturen op de LFI en via de LFI op de GGD'en in de koude en warme fase.

## 3. Rol, verantwoordelijkheidsgebied en opschaling

### Aanbevelingen

- Richt een landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding (LFI) op als crisisorganisatie die verantwoordelijk is voor: (a) de centrale regie op de voorbereiding van een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact, door kaderstelling en het organiseren van centrale capaciteiten zodat medisch-operationele processen in de gehele infectieziektebestrijdingsketen meer uniform worden uitgevoerd en daardoor beter opschaalbaar zijn, en (b) de operationele aansturing van (de opschaling van) grootschalige uitvoeringsaspecten in geval van een A-infectieziekte met landelijke impact.
- Formaliseer een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen het kerndepartement en de LFI. Geef de LFI een formele adviesrol richting het kerndepartement op het gebied van medisch-operationele taken waarbij een toets op de uitvoering formeel onderdeel is van het adviesproces. Formaliseer binnen VWS een proces van opdrachtverlening aan de LFI ten behoeve van de koude en de warme fase.
- Hanteer meerdere activering niveaus voor de LFI en laat de minister van VWS, na toetsing in de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MC CB), besluiten over het verhogen of verlagen van het niveau.

### a. Inleiding

In dit hoofdstuk staan de taken, de rol en het verantwoordelijkheidsgebied van de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding centraal. Tevens worden de mogelijke activiteitsniveaus beschreven en hoe daarin op- en afgeschaald zou kunnen worden.

Bij aanvang van dit adviestraject is een aantal ontwerpprincipes geformuleerd. Deze principes hebben richting en afbakening aan het advies hebben geven. Daarmee dienden de principes als leidraad voor de verdere uitwerking en waren ze bepalend voor keuzes die gemaakt moesten worden op de verschillende onderwerpen uit dit advies, zoals bijvoorbeeld taken van de LFI, het verantwoordelijkheidsgebied en de positionering. De gehanteerde ontwerpprincipes zijn in bijlage 3 opgenomen.

### b. Op te schalen medisch-operationele processen

Hoewel een volgende A-infectieziekte met landelijke impact nooit exact is te voorspellen, zijn deskundigen<sup>18</sup> het in grote lijnen eens dat er, ongeacht welke infectieziekte potentieel ook zal leiden tot een pandemie, altijd activiteiten nodig zijn op het gebied van:

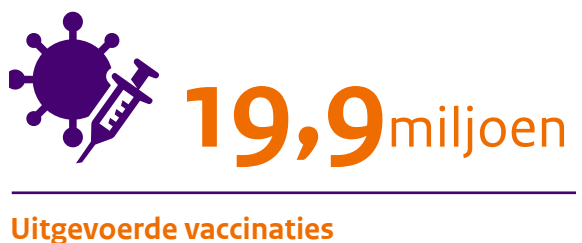
- het grootschalig testen van mensen ten behoeve van diagnostiek, het doorbreken van transmissieketens en monitoring;
- het grootschalig uitvoeren van bron- en contactonderzoek, vanwege het doorbreken van transmissieketens en monitoring;
- het, indien voorhanden, grootschalig vaccineren van mensen of het grootschalig distribueren van geneesmiddelen om verspreiding en ziektelast te verminderen.

In deze processen speelt een groot aantal actoren een rol. De kern wordt gevormd door het ministerie van VWS, het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de 25 regionale Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). Samen met nog een groot aantal andere partners in en buiten de zorg, waaronder de medisch-microbiologische laboratoria, zijn zij verantwoordelijk voor een effectieve infectieziektebestrijding.

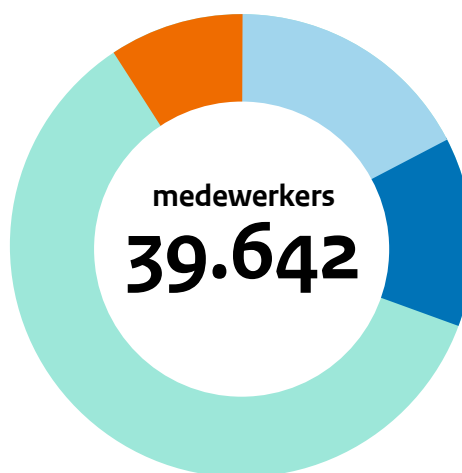
<sup>18</sup> Generiek draaiboek | LCI richtlijnen (rivm.nl)

Figuur 1 – Visuele weergave van de omvang van de medisch-operationele taken in de bestrijding van COVID-19

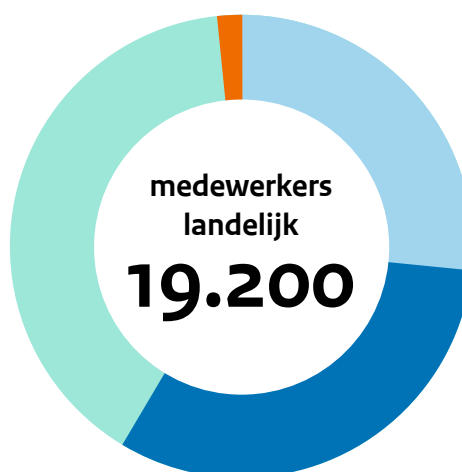
Totaal aantal uitgevoerd  
t/m 30 september 2021



Aantal medewerkers GGD en  
peildatum 1 juni 2021



- Testen
- Bron- en contactonderzoek
- Vaccineren
- Overig COVID-19 gerelateerd



- Testen (callcenter)
- BCO (landelijke partners)
- Vaccineren (callcenter)
- Overig (CPO)

### Illustratie van de medisch-operationele processen tijdens de COVID-19 pandemie

Om een indruk te krijgen van de omvang van deze medisch-operationele processen toont Figuur 1 een aantal kerncijfers vanuit de bestrijding van de COVID-19 pandemie bij de 25 regionale GGD'en en hun koepelorganisatie GGD GHOR NL.

Op 1 juni 2021 (vlak voor de piek van de eerste vaccinatiecampagne) waren er bijna 60.000 medewerkers werkzaam bij de regionale GGD'en. Daarvan waren er zo'n 40.000 mensen in dienst van de GGD'en zelf en bijna 20.000 mensen werkzaam in landelijke call centers. Dit alles werd gecoördineerd vanuit de CPO, waar op dat moment circa 300 mensen werkzaam waren.

Als het gaat om de medisch-operationele taken werden op de piek van één van de golven ruim 550.000 testafnames per week gedaan. Op de piek van de eerste vaccinatiecampagne werden bijna 1,5 miljoen vaccinaties per week gezet door de GGD'en.

Daarnaast werden er ook testen afgenomen door andere partijen dan de GGD'en (via Stichting Open Nederland) en werd een groot aantal vaccinaties gezet door andere partijen dan de GGD'en (ziekenhuizen, zorginstellingen en huisartsen).

## c. Verantwoordelijkheidsgebied van de LFI

### Regie- en organisatierol

In dit advies wordt voorgesteld een Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI) op te richten en deze in te richten als crisisorganisatie. Deze functionaliteit versterkt zo het bestaande stelsel en is complementair aan de huidige actoren.

De LFI zal in staat moeten zijn om in aanloop naar een warme fase zeer snel op te kunnen schalen en in korte tijd een groot aantal mensen en middelen te kunnen inzetten. Hiermee moet vervolgens een omvangrijke operatie op hoge snelheid en zeer kort-cyclisch worden aangestuurd. Van belang daarbij is dat de LFI de processen in lijn brengt en houdt van met de (soms zeer snel ontwikkelende) richtlijnen van het RIVM/LCI. Dit kan alleen als er in de voorbereidende fase voldoende maatregelen zijn getroffen waarbij het vooral van belang is een zekere mate van uniformiteit in de relevante infectieziektebestrijdingsprocessen te voorzien.

Daarom wordt geadviseerd de LFI verantwoordelijk te maken voor:

- de centrale regie op de voorbereiding op een A-infectieziekte met landelijke impact. Enerzijds door gebruik te maken van kaderstelling zodat medisch-operationele processen in de gehele infectieziektebestrijdingsketen meer uniform worden uitgevoerd en daardoor beter opschaalbaar zijn. Anderzijds door het organiseren en ter beschikking stellen van centrale (generieke) capaciteiten, zoals callcenters en logistieke dienstverlening. Daartoe organiseert de LFI de randvoorwaarden die nodig zijn voor de medisch-operationele taken, zoals een generieke infrastructuur (bijvoorbeeld een goed werkende IV/ICT die aansluit op de reguliere infectieziektebestrijdingsprocessen), randvoorwaarden vereist voor de medisch-operationele taken (zoals een centrale inkoop, logistieke waakvlamcontracten), monitoring van de operatie en het ontsluiten van deze gegevens aan ketenpartners, uniforme communicatie en scenario-ontwikkeling;
- de operationele aansturing van (de opschaling van) grootschalige medisch-operationele uitvoeringstaken in het geval van een A-infectieziekte met landelijke impact, door (1) gebruik te maken van additionele kaderstelling die nodig is voor de betreffende A-infectieziekte, (2) het organiseren van centrale capaciteiten en (3) monitoring en bijsturing van de medisch-operationele processen passend binnen de landelijke kaders.

### Werkgebieden waarop de LFI geen rol heeft

Het verantwoordelijkheidsgebied van de LFI heeft raakvlakken met een aantal andere werkgebieden. Gezien deze raakvlakken is een goede afstemming met andere partijen noodzakelijk voor een effectieve pandemiebestrijding.

De LFI houdt zich niet bezig met de uitvoering van maatregelen die liggen op het terrein van de algemene veiligheidskolom die gaan over de algemene crisisbestrijding en contactbeperkende maatregelen, zoals het sluiten van winkels en scholen of handhaving van (gedrags)maatregelen. Ook houdt de LFI zich niet bezig met medisch-inhoudelijke aspecten, zoals medisch-inhoudelijke keuzes, inhoudelijke analyse van gegevens en inhoudelijke advisering aan de minister.

## Aanpassing van processen tijdens een toekomstige warme fase

In vooraf te ontwikkelen uitvoeringsscenario's of tijdens de bestrijding van nieuwe A-infectieziekten met landelijke impact, kan een niet voorziene dynamiek van een infectieziekte optreden of nieuwe technologieën die nu nog niet in beeld zijn beschikbaar komen. Dit zou kunnen leiden tot een tijdens een warme fase aan te passen invulling van de basisprocessen in de bestrijding. Verwacht mag echter worden dat de basisprocessen in de kern niet veranderen. Innovatievermogen en wendbaarheid van de LFI zullen moeten bijdragen aan het snel kunnen reageren op niet voorziene situaties.

## d. Activeringsniveaus

Geadviseerd wordt meerdere activeringsniveaus voor de LFI te hanteren en de minister van VWS te laten besluiten over het verhogen of verlagen van het niveau. Hieronder worden drie activeringsniveaus voorgesteld die afhankelijk zijn van de ernst of inschatting van de situatie. In de hierna volgende hoofdstukken worden deze niveaus aangeduid als respectievelijk de koude, lauwe en warme fase.

### NIVEAU 1 – Koude fase (Preparatie)

Er is geen A-infectieziekte geconstateerd in Nederland of in het buitenland waarvoor verhoogde paraatheid van de LFI nodig is. De LFI zorgt in deze fase voor een goede voorbereiding op een mogelijke toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact. Enerzijds door gebruik te maken van kaderstelling zodat medisch-operationele processen in de gehele infectieziektebestrijdingsketen meer uniform worden uitgevoerd. Anderzijds door het organiseren en ter beschikking stellen van centrale (generieke) capaciteiten. Er wordt in deze fase veelvuldig geoefend en getraind met ketenpartners.

### NIVEAU 2 - Lauwe fase (Verhoogde paraatheid)

Er is sprake van een opkomende infectieziekte die potentieel kan leiden tot een pandemie. De kans op grootschalige verspreiding in de nabije toekomst is aanwezig. De LFI wordt in verhoogde staat van paraatheid gebracht en inventariseert wat er nodig is voor de bestrijding van dit type infectieziekte. De LFI start met het aanpassen van de eerder voorbereide generieke scenario's en planningsaanpak aan de context van de desbetreffende A-infectieziekte. Ook trekt de LFI alvast extra capaciteit aan om, indien nodig, heel snel op te kunnen schalen. Er wordt alvast een mechanisme in gang gezet om besluitvorming te organiseren om snel de beschikking te kunnen krijgen over middelen om verplichtingen aan te gaan met derden ten behoeve van de warme fase. Daarnaast worden de uitvoerende partijen in hun voorbereiding ondersteund. Ook wordt afgestemd met de algemene crisiskolom.

### NIVEAU 3 – Warme fase (Crisis)

De kans op grootschalige verspreiding van een A-infectieziekte is zeer reëel of reeds gaande. De LFI wordt in deze fase volledig geactiveerd. Er wordt gestart met de aansturing van de (opscaling van de) uitvoering van de operationele taken met het oog op een snelle, accurate en doeltreffende landelijke infectieziektebestrijding. De LFI richt zich op het (1) adviseren over en operationaliseren van additionele kaderstelling die nodig is voor de betreffende A-infectieziekte, (2) het organiseren van centrale capaciteiten en (3) het monitoren en bijsturen van de medisch-operationele processen passend binnen de landelijke kaders.

## e. Besluitvorming

### Verhogen of verlagen van het activeringsniveau

Nederland kent volgens deskundigen een goed functionerend nationaal systeem van monitoring van infectieziekten. Daarnaast is het RIVM goed aangesloten op internationale organisaties als de WHO en het ECDC. Hierdoor is het RIVM in staat vroegtijdig opkomende infectieziekten te onderkennen (early warning) en een Outbreak Management Team (OMT) bijeen te roepen.

Geadviseerd wordt om de LFI aan te laten sluiten op de bestaande structuren van advisering in geval van een (opkomende) A-infectieziekte en deze ook wettelijk te verankeren. Dat wil zeggen: zodra het OMT adviseert een infectieziekte te classificeren als A-ziekte, wordt geadviseerd om in het BAO-advies een paragraaf op te nemen over het eventueel verhogen van het activeringsniveau van de LFI. Hierbij is aangenomen dat in geval van een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact een BAO-advies een relevant onderdeel vormt van het crisisbesluitvormingsproces. Deze paragraaf wordt opgesteld door de



LFI en is gebaseerd op de te verwachten voorbereidingstijd die nodig is om operationele taken in stelling te brengen. Daarbij gaat de LFI niet alleen uit van het te verwachten scenario waarin de betreffende infectieziekte zich zal ontwikkelen, maar gaat het ook uit van een negatiever scenario.

De minister van VWS besluit vervolgens over een verhoogde staat van paraatheid van de LFI (niveau 2) en over het volledig activeren van de LFI (niveau 3). Dit besluit is gebaseerd op een gevraagd of ongevraagd advies van het OMT en van het BAO, dat in ICCB- en MCCB-verband is getoetst zodat de afstemming met de algemene crisiskolom goed gewaarborgd is.

De minister van VWS besluit ook over verlaging van het activeringsniveau van de LFI. Ook dit besluit is gebaseerd op een gevraagd of ongevraagd advies van het OMT, van het BAO en van de LFI.

### **Oprichting**

In de warme fase is het van groot belang dat opdrachten van de minister van VWS eenduidig en tijdig aan de directeur van de LFI gecommuniceerd worden. De opdracht wordt schriftelijk opgesteld door VWS en mondeling geconfirmeerd tussen VWS en de LFI zodat voor alle betrokkenen helder is wat er moet gebeuren. Dit proces zal binnen VWS verder geformaliseerd moeten worden. Vervolgens is het zaak dat de LFI eenduidig en tijdig deze opdracht omzet in uitvoering via de operationele lijnen.

## **f. Aansluiting op internationale ontwikkelingen**

De COVID-19 pandemie heeft ook in Nederland laten zien dat landen een pandemie of een andere ernstige grensoverschrijdende gezondheids crisis niet alleen kunnen oplossen.

De Europese Commissie heeft daartoe een pakket bestaande uit uiteenlopende voorstellen en initiatieven opgesteld waarmee de eerste bouwstenen voor een Europese gezondheidsunie worden gelegd. De Commissie beoogt een versterkt kader voor grensoverschrijdende samenwerking voor alle ernstige grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid, dat erop gericht is levens en de interne markt beter te beschermen en de hoogste normen betreffende de bescherming van de mensenrechten en de burgerlijke vrijheden te handhaven. De voorstellen van de Commissie zijn niet gericht op de bestrijding van de huidige COVID-19 pandemie.

Een van de onderdelen van de Europese Gezondheidsunie is de oprichting van de *Health Emergency Preparedness and Response Authority* (HERA). De HERA zal de lidstaten beter in staat te stellen om grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen te voorkomen, op te sporen en daar snel op te reageren door te zorgen voor de ontwikkeling, productie, de aanschaf en eerlijke verdeling van crisisrelevante medische tegenmaatregelen. Daarnaast zal de HERA bijdragen aan de internationale architectuur voor *global health security*, onder meer door inzet op internationale waardeketens, lokale productie in Afrika bevorderen en versterkte reactievermogen in tijden van gezondheids crises.

De komende periode zal duidelijk moeten worden welke consequenties de HERA heeft voor de LFI.

Naast de ontwikkelingen in de EU, wordt ook mondiaal gereflecteerd hoe de wereldgezondheidsarchitectuur beter als één systeem kan functioneren, wat dient uit te monden in een pandemisch verdrag. Daarbij wordt ook naar het systeem van de International Health Regulations gekeken van de World Health Organisation. Bij de uitwerking van het advies zullen we de ontwikkelingen op Europees en mondiaal niveau volgen en waar nodig verwerken.

## 4. De LFI in de warme en koude fase

### Aanbevelingen

- Richt de taakafbakening van de LFI adaptief en modulair in, zodat de LFI zo wendbaar mogelijk is en zich daarmee zo goed als mogelijk kan voorbereiden op een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact. Geadviseerd wordt de taakafbakening periodiek te onderwerpen aan een systematische review door experts op het gebied van infectieziektebestrijding en crisisbeheersing.
- Veranker de LFI als organisatie en de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de LFI in wet- en regelgeving.
- Ontwikkel een mechanisme om in geval van een lauwe fase snel besluitvorming te organiseren over het toekennen van middelen om verplichtingen met derden aan te gaan in de warme fase.
- Creëer in de koude fase een sterk IV-landschap dat de infectieziektebestrijdingsketen in staat stelt om tijdens een pandemie alle digitale werkprocessen zeer snel op te schalen tot grote omvang. Geef de LFI een formele rol in de standkoming van dit IV-landschap.

Zoals beschreven in het Verwey-Jonker rapport zal de LFI meer capaciteit, meer slagkracht, meer eenduidigheid, meer flexibiliteit en vooral ook snellere en betere opschalingsmogelijkheden moeten leveren (zie hoofdstuk 2). Het gaat volgens het Verwey-Jonker rapport zowel om versterking van de infectieziektebestrijding op regionaal niveau als om de bestendinging en structurering van een landelijke functionaliteit.

Dit hoofdstuk beschrijft:

- Wat er in de warme fase aan processen minimaal georganiseerd moet worden om de centrale regierol effectief te kunnen vervullen (paragraaf 4a).
- Vervolgens wat er ten behoeve van de warme fase minimaal aan randvoorwaarden georganiseerd zou moeten worden door en voor de LFI en de regionale GGD'en (paragraaf 4b).
- Tot slot welke processen en organisatiestructuur er nodig zijn in de koude fase om de basis op orde te hebben en zo beter voorbereid te zijn op een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact (paragraaf 4c).

Voor meer detail over processen en randvoorwaarden in de koude en warme fase wordt verwezen naar bijlage 4. Deze bijlage is tot stand gekomen aan de hand van een uitgebreide inhoudelijke analyse van de huidige COVID-19 operatie, deels op basis van de interviews met betrokkenen. Deze bijlage kan in een vervolgfase benut worden voor eventueel verdere uitwerking van de taken en processen.

### a. Warme fase

De LFI is in de kern een crisisorganisatie die in de warme fase gericht is op de operationele aansturing van (de opschaling van) grootschalige medisch-operationele uitvoeringstaken. Zo stelt de LFI operationele kaders op, op basis van (wettelijke) kaders die volgen uit landelijke besluitvorming. Ook monitort de LFI de operationele processen nauwgezet, ontwikkelt daar scenario's op en stuurt daar op bij waar nodig. Verder organiseert de LFI een continue, effectieve communicatie- en afstemmingsstructuur binnen de hele keten om snel en in samenhang te kunnen handelen.

Al deze processen zijn ruwweg onder te verdelen in (1) op te schalen medisch-operationele processen enerzijds en (2) generieke processen anderzijds.

#### **Op te schalen medisch-operationele processen**

De op te schalen medisch-operationele processen gaan over de operatie zelf. Bijvoorbeeld de opschaling van reguliere werkprocessen, zoals diagnostiek, bron- en contactonderzoek en vaccineren. Maar ook het bijsturen van de operatie, bijvoorbeeld in situaties waarin sprake is van achterblijvende opschaling in een regio, het ontstaan van schaarste, problemen in de samenwerking, het ontstaan van te lange doorlooptijden, etc. De uitvoering van deze processen zal hoofdzakelijk belegd zijn bij de ketenpartners; de aansturing daarop ligt belegd bij de LFI. Hiervoor geldt dat er tal van zaken geregeld moeten worden

in de warme fase. Daaronder vallen in ieder geval het inrichten van locaties, het inplannen van afspraken, zaken die specifiek zijn voor bijvoorbeeld bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren, en inkoop, opslag en distributie. Onderling zal sprake zijn van afhankelijkheden. Het is aan de LFI om de synergie daartussen goed te bewaken en daarop bij te sturen.

## **Generieke processen**

De generieke processen zijn nodig voor de LFI om de op te schalen medisch-operationele processen aan te kunnen sturen en de regionale operatie effectief te laten verlopen. Deze processen zijn hoofdzakelijk belegd bij de LFI zelf. Hieronder vallen in ieder geval de informatievoorziening, monitoring en datamanagement, scenario-ontwikkeling, advisering, communicatie en kwaliteit en innovatie.

### *Informatievoorziening*

Een cruciaal onderdeel is het organiseren van de informatievoorziening. Daarvoor is het nodig dat een sterk IV-landschap wordt gecreëerd dat de infectieziektebestrijdingsketen in staat stelt om tijdens een pandemie de digitale werkprocessen zeer snel op te schalen tot grote omvang. Omdat de IV een cruciaal onderdeel is voor de LFI, is het aan te bevelen de LFI een formele rol in de totstandkoming van dit IV-landschap te geven.

### *Monitoring*

Volgens deskundigen is het in elke crisisorganisatie essentieel om een onderdeel te hebben dat verantwoordelijk is voor het organiseren van het (informatie)beeld. Dat wil zeggen: het verzamelen, visualiseren, ontsluiten en communiceren van kerncijfers.

De primaire doelgroepen van het beeld zijn het LFI-management, het Clb-management, de politieke en ambtelijke leiding van VWS, de MCCB en de ketenpartners (met name GGD'en en Veiligheidsregio's). Door de kerncijfers te ontsluiten via open dashboards, is het algemeen publiek een belangrijke secundaire doelgroep. De LFI verzamelt en ontsluit kerncijfers over de op te schalen medisch-operationele taken. Deze set geeft informatie over de voortgang daarvan en geeft aan waar in de keten de operatie goed of juist niet goed loopt. Ook worden hiermee verschillen tussen regio's zichtbaar.

Daarnaast is het voor de LFI van essentieel belang dat het de beschikking heeft over kerncijfers over de epidemie. Deze cijfers geven de LFI namelijk informatie over waar de operatie geïntensiveerd of afgebouwd moet worden en (indirect) ook informatie over de effectiviteit van de operatie. Dit betreft cijfers die door het Clb worden verzameld. De LFI visualiseert deze cijfers voor de genoemde doelgroepen. De analyse en interpretatie van de kerncijfers over de epidemie is nadrukkelijk geen taak van de LFI, maar van het Clb.

De monitoringsprocessen bestaan in ieder geval uit (a) het (laten) uniformeren en standaardiseren van de gegevensuitwisseling en gegevensontsluiting als open data; (b) het organiseren van de vereiste juridische grondslag ten behoeve van de gegevensverwerking; (c) het alle ketenpartners laten beschikken over hetzelfde beeld; (d) het analyseren en interpreteren van de kerncijfers over de medisch-operationele taken; (e) het (laten) ontwikkelen van specifieke dashboard-infrastructuur.

Ten aanzien van datamanagement draagt het LFI (in alle fases van activering) zorg voor onder meer het opstellen en bewaken van de data-governance, datadefinities, datakwaliteit, data-integratie, datasecurity en het toepassen van het privacy-beginsel. De LFI stelt tevens, in overleg met haar ketenpartners, vast welke op de specifieke crisis afgestemde inhoud de vooraf gedefiniëerde informatieproducten moeten krijgen en draagt zorg voor de realisatie hiervan.

### *Scenario-ontwikkeling*

Voorbereid zijn op hetgeen mogelijk gaat komen helpt de bestrijdingsoperatie om snel te kunnen anticiperen op ontwikkelingen en op te schalen voor een infectieziektecrisis met landelijke impact, zoals ook geadresseerd werd door de OVV. Voor een crisisorganisatie als de LFI is het ontwikkelen van uitvoeringsscenario's een onmiskenbaar proces. In de warme fase zal de LFI de ontwikkelde scenario's continu moeten bijstellen om te kunnen anticiperen op ontwikkelingen in de warme fase die effect hebben op de effectiviteit en kwaliteit van de uitvoering. Op basis van (bijgestelde) scenario's zal ook telkens de terugkoppeling naar het monitoringsproces moeten plaatsvinden, als blijkt dat op basis van de scenario's bepaalde indicatoren in het beeld missen of niet volledig zijn. Van belang is dat in de ontwikkeling van scenario's professionals vanuit een breed spectrum betrokken worden en vanuit de verschillende ketenpartners.

### *Advisering (intern en extern)*

De LFI heeft een formele adviesrol richting het besluitvormingsproces van het kerndepartement over de uitvoerbaarheid van de (voorgenomen) bestrijdingsmaatregel en wordt daarin mede gevoed door de ketenpartners. Dit betreft onder meer advisering over het effect op andere onderdelen van de bestrijding, de uitvoerbaarheid (inclusief uitvoeringsrisico's) en het effect op benodigde middelen (zoals personeel, materialen, locaties en informatievoorziening) en de snelheid waarmee dit gerealiseerd kan worden. Hierbij geeft de LFI waar nodig en mogelijk een indicatie van de kosten van nieuwe uitvoeringstaken. Deze zogenaamde uitvoeringstoets gaat vooraf aan de opdrachtverlening aan de LFI voor het ter hand nemen van de uitvoering in samenwerking met de ketenpartners.

Naast de advisering richting het kerndepartement is er ook sprake van dwarsdoorsnijdende interne advisering. Een belangrijk onderdeel daarvan is het organiseren van medisch-inhoudelijke expertise zodat de medisch-operationele processen van de LFI in lijn zijn met de LCI-richtlijnen van het RIVM. Deze medisch-inhoudelijke expertise is ook in de huidige CPO-organisatie georganiseerd en wordt als zeer waardevol ervaren.

Tot slot organiseert de LFI met behulp van liaisons een sterke informatie- en adviespositie vanuit ketenpartners, zodat ontwikkelingen in internationaal, nationaal en regionaal verband tijdig geïdentificeerd worden, en zodoende tijdig opgenomen kunnen worden in scenario's en het informatiebeeld.

### *Communicatie*

Communicatie is belangrijk in een crisis en is geen sluitstuk; een crisis staat of valt met goede communicatie. Communicatie is integraal onderdeel van de infectieziektebestrijding. Uniformiteit in de boodschap draagt bij aan duidelijkheid voor alle betrokkenen en het vertrouwen in de bestrijding bij het algemeen publiek.

Het gaat hierbij nadrukkelijk over communicatie over de operatie, dat wil zeggen de voortgang en implementatie van de medisch-operationele processen en het functioneren van de LFI zelf. Daarnaast betreft het creëren van uniforme communicatieboodschappen die nodig zijn voor de medisch-operationele processen, zoals adviezen aan burgers over hoe te handelen in geval van een infectie of wat te doen na bezoek aan een teststraat. Omdat ook de andere ketenpartners zelf communicatie inzetten, is het van belang dat er eenduidige communicatieboodschappen, -instrumenten en -kanalen zijn.

Taken op het gebied van communicatie betreffen in ieder geval: (a) het opstellen van uniforme communicatie (inhoud en vorm) rondom de medisch-operationele taken; (b) het opstellen van eenduidige en begrijpelijke communicatie (inhoud en vorm) van adviezen die aan burgers gegeven worden (bijvoorbeeld de informatie in een teststraat of de adviezen die vanuit het landelijke call center gegeven worden); (c) het voortdurend herijken van te onderscheiden doelgroepen (algemeen publiek, doelgroepen publiek, professionals, burger betrokken bij een specifieke bestrijdingsmaatregel op bijvoorbeeld testen en vaccineren) en daarvoor te benutten informatiekanaalen landelijk en regionaal; (d) het aan alle ketenpartners beschikbaar stellen van uniforme communicatieboodschappen over het doel en de werkwijze van de medisch-operationele processen afgestemd op de betreffende doelgroepen; en (e) het ondersteunen van landelijke afstemming tussen communicatieadviseurs van ketenpartners op de medisch-operationele processen.

### *Kwaliteit en innovatie*

De LFI is een organisatie waarbij kwaliteit, procesoptimalisatie en het benutten van *state of the art* kennis op het gebied van medisch-operationele processen en crisisbeheersing centraal staat. Het borgen en bewaken van de kwaliteit van de opgeschaalde medisch-operationele processen tijdens een warme fase vergt om verschillende redenen extra aandacht. Zo is er onder andere sprake van het snel inschakelen van zeer grote aantallen extra personeel die vaak geen werkervaring hebben met de specifieke werkzaamheden. Dit stelt eisen aan het opstellen van medisch-operationele richtlijnen, scholing en nascholing en toetsing van de kwaliteit van de uitvoering. Ook wordt gewerkt met privacygevoelige gegevens en is er in de uitvoering contact met een grote diversiteit aan burgers. Dit vraagt om integer handelen en het juist omgaan met privacy.

De LFI voorziet in instrumenten om de kwaliteit van de uitvoering te monitoren en bij te sturen. Daarnaast zorgt de LFI er voor dat de ingerichte werkprocessen tijdens de warme fase voortdurend, kort-cyclisch geëvalueerd en verbeterd dan wel aangepast worden.

Daarnaast heeft de LFI een actieve rol in het vertalen van innovaties naar de operationele processen. Hetzelfde geldt voor het toepassen van nieuwe wetenschappelijke inzichten op het gebied van onder meer infectieziektebestrijding, crisisbeheersing, informatievoorziening, klantcontact en de scenariofunctie.

De LFI voorziet in kwaliteitsmanagement in de gehele keten van de medisch-operationele processen. Daartoe formuleert de LFI kwaliteitseisen aan leveranciers, faciliteert het de zorg voor supervisie van ingehuurd personeel door de GGD'en, zorgt het ervoor dat de medisch-operationele processen in lijn zijn met de medisch-inhoudelijke LCI-richtlijnen van het RIVM, biedt het instructie en trainingen aan voor personeel en faciliteert de LFI het delen van best (en worst) practices. De LFI organiseert innovatiekracht en zet innovatiemethodieken in gericht op actuele knelpunten die vragen om nieuwe oplossingen voor de uitvoering van de bestrijding en/of ter voorbereiding op mogelijke bestrijdingsscenario's. De LFI past nieuwe, innovatieve oplossingen toe in de medisch-operationele processen.

## b. Randvoorwaarden

De LFI moet in de warme fase in staat zijn om snel een operatie op te schalen, de uitvoering te kunnen aan- en bijsturen binnen de gestelde kaders en in te kunnen spelen op onvoorziene omstandigheden. Een sterke bestuurlijke basis in combinatie met een gedegen voorbereiding is cruciaal om die functie te kunnen vervullen. Een goede voorbereiding gaat over het op orde hebben van een digitale en fysieke infrastructuur, de mate van geoefendheid en het beschikken over de juiste competenties en kennis. Niet alleen bij de LFI, maar ook bij de ketenpartners – in het bijzonder de GGD'en.

Deze paragraaf beschrijft de randvoorwaarden die in ieder geval op orde moeten zijn om goed voorbereid te zijn op een warme fase. Er is onderscheid gemaakt in (1) randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan om de LFI als organisatie te laten functioneren met een formeel mandaat; (2) randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan om de medisch-operationele processen snel op te kunnen schalen in geval van een warme fase; en (3) randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan voor een aantal generieke processen.

### **Randvoorwaarden voor een goed functionerende LFI**

Een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact kan al over enkele jaren optreden, maar het kan ook nog decennia duren. Vanwege het lange termijn karakter van de LFI en het goed voorbereid zijn en blijven op een A-infectieziekte met landelijke impact is het belangrijk de taken en bevoegdheden die de LFI namens de minister van VWS heeft stevig te verankeren, zowel juridisch als financieel. Een stevige wettelijke verankering van taken en bevoegdheden in bijvoorbeeld de Wet publieke gezondheid biedt tevens een solide basis voor de financiering van de LFI.

Concreet betekent dit dat het nodig is dat de LFI als organisatie wettelijk verankerd is en daarnaast de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de LFI zijn verankerd in wet- en regelgeving. Hoe de verankering uiteindelijk juridisch vorm gaat krijgen zal in de vervolgfase worden uitgewerkt. De keuzes die daarin gemaakt worden zijn onder meer afhankelijk van de nadere uitwerking van het sturingsvraagstuk.

Ten aanzien van de financiering is het nodig dat er in een vervolgfase een mechanisme wordt ontwikkeld om in geval van een lauwe fase snel besluitvorming te organiseren over het toekennen van middelen om verplichtingen met derden aan te gaan in de warme fase. Ook dienen er afspraken te worden gemaakt over de wijze van financiële verantwoording tijdens een warme fase. Verder is het van belang dat de ketenpartners beschikken over voldoende budget om zich voor te bereiden op de warme fase.

Tot slot zijn er randvoorwaarden die van toepassing zijn op de bedrijfsvoering van de LFI.

### **Randvoorwaarden voor de op te schalen medisch-operationele processen**

Er gelden ook randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan om de medisch-operationele processen snel op te kunnen schalen. Deze bestaan uit randvoorwaarden ten aanzien van de operationele infrastructuur en de mate van geoefendheid. Zo zullen er contracten beschikbaar moeten zijn met leveranciers van grootschalige hoeveelheden materialen en grootschalige aantallen personeel; en moeten er processen ingericht zijn om rekening te houden met grootschalige vraaguitalen en –toename

in korte tijd gedurende de warme fase. Ten aanzien van geoefendheid zullen er voor de warme fase draaiboeken beschikbaar moeten zijn (bijvoorbeeld in het Landelijk Crisisplan Infectieziektebestrijding) en zullen de LFI (inclusief de bedrijfsvoering) en de ketenpartners uniform getraind moeten zijn in de opschaling van de uitvoering.

### Randvoorwaarden voor de generieke processen

Verder gelden er randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan om de generieke processen van de LFI te laten functioneren. Deze betreffen randvoorwaarden ten behoeve van de informatievoorziening, monitoring, scenario-ontwikkeling, advisering, communicatie en kwaliteit en innovatie. Zo zal er op het gebied van:

- *informatievoorziening* eisen gesteld moeten zijn aan onder meer de beschikbaarheid, capaciteit en kwaliteit van het IV-landschap. Het IV-landschap zal ingericht moeten zijn op toepassing in een warme fase. Het is van belang dat daar continu scherp op gestuurd blijft worden. Ten aanzien van monitoring geldt bijvoorbeeld dat er landelijke instrumenten moeten zijn voor real-time en periodiek inzicht in de prestaties van de keten, de omvang van de ingezette middelen (personeel, diensten, materialen, vaccins, etc.), knelpunten in de uitvoering en inzicht in de epidemiologische ontwikkelingen. Ook moet de gegevensuitwisseling geüniformeerd en gestandaardiseerd zijn in de vorm van open data en moet de juridische grondslag daarvoor zijn geregeld.
- *scenario-ontwikkeling* kennis en expertise aanwezig moeten zijn die snel ingezet kunnen worden om scenario's te ontwikkelen of bij te stellen.
- *advisering* meerdere interne en externe adviesfuncties ingericht zijn. Zo moet er sprake zijn van interne medisch-inhoudelijke expertise zodat de LFI-processen in lijn zijn met de LCI-richtlijnen van het RIVM (zoals dat nu ook binnen CPO geregeld is). Ook dient er binnen het LFI een interne en externe gerichte adviesfunctie georganiseerd te zijn rondom de uitvoerbaarheid van processen en besluiten door de minister van VWS.
- *communicatie* onder meer een generiek, ketenbreed communicatieplan beschikbaar moeten zijn, waarin is gedefinieerd wie in de keten welke verantwoordelijkheden en taken heeft.
- *innovatie* een relevant netwerk moeten zijn van onder meer universiteiten, bedrijfsleven en vergelijkbare organisaties in andere landen om specialistische expertise, kennis en capaciteit in te kunnen inzetten. Innovatie wordt gestimuleerd om tijdens een A-infectieziekte met landelijke impact nieuwe of innovatieve oplossingen te creëren of uit de markt op te halen ten behoeve van de operationele uitvoering.

## c. Koude fase

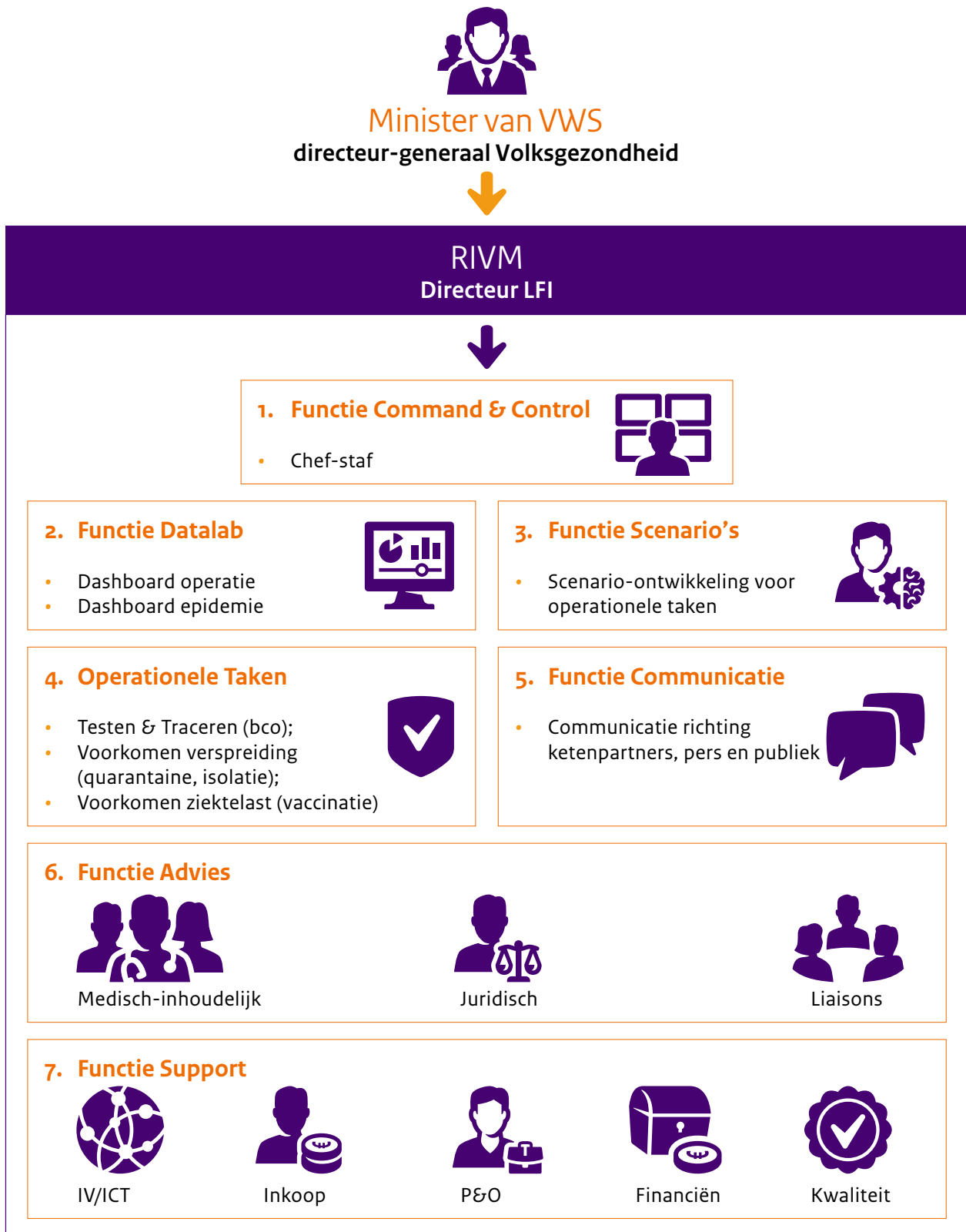
Het in korte tijd opschalen van een crisisorganisatie kan alleen goed gebeuren als de processen in de warme fase zoveel mogelijk voortbouwen op de processen in de koude fase. Dat wil zeggen: opschalen kan alleen als de dagelijkse praktijk op orde is en als opschaling vanuit die dagelijkse praktijk gestalte krijgt. Die basis wordt gelegd in tijden van (relatieve) rust: de koude fase.

De LFI zal dus ook in de koude fase in de kern opgebouwd moeten zijn als crisisorganisatie met functies die in de koude fase deels actief zijn en in de warme fase snel opgeschaald kunnen worden. Het is van belang dat de LFI ook in de koude fase een organisatie van betekenis is die zijn rol binnen het wettelijk kader goed kan vervullen. Dat stelt eisen aan de functies die in het LFI moeten zijn opgenomen. Deze betreffen in ieder geval een centrale *command & control* functie, een functie ten behoeve van de operatie, en functies rondom monitoring, scenario-ontwikkeling, communicatie, advisering en bedrijfsvoering. Deze functies zijn gebruikelijk in crisisorganisaties en worden bijvoorbeeld ook gehanteerd bij Defensie, de Nationale Politie en de Veiligheidsregio's. Figuur 2 geeft deze functies visueel weer. In deze afbeelding is uitgegaan van positionering van de LFI bij het RIVM (zie hoofdstuk 5b).

Daartoe stelt LFI hooggekwalificeerde medewerkers aan met een sterke resultaatgerichtheid en met zeer goede vaardigheden op het gebied van samenwerking, met focus op continue innovaties en met een sterke externe oriëntatie. Deels zal gewerkt worden met detacheringsconstructies vanuit ketenpartners zodat mobiliteit bevorderd wordt. Dit hoofdstuk is opgebouwd langs deze crisisfuncties. Beschreven is welke taken deze functies in de koude fase hebben uit te voeren. Deze beschrijving is bedoeld om een indruk te geven van waar de LFI zich op te richten heeft. Dit hoofdstuk zal niet volledig zijn. Het is van belang om in een volgende fase deze functies en processen nader uit te werken.

Figuur 2 – Overzicht van essentiële functies in de LFI als crisisorganisatie

# Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding



## **Command & Control (aansturing)**

Dit is de centrale functie. Hier komt alle relevante informatie bijeen op de korte en langere termijn. Hier komen de opdrachten vanuit het ministerie van VWS binnen en worden de operationele beslissingen genomen. Deze functie wordt in ieder geval bemenst met de eindverantwoordelijke manager die ook de externe contacten onderhoudt en eerste aanspreekpunt is voor de minister van VWS en de directeur-generaal Volksgezondheid van VWS. Daarnaast is er een manager voor met name de interne besturing (chef-staf). In de uitwerking zullen deze functies goed gezien moeten worden in relatie tot de taken en verantwoordelijkheden van de directeur-generaal van het RIVM, in geval de LFI daar gepositioneerd wordt (zie hoofdstuk 5b).

## **Monitoring**

Zoals benoemd in paragraaf 4a is het doel van deze functie het bijeenbrengen, standaardiseren en begrijpelijk ontsluiten van kerndata over de voortgang van de operatie en de ontwikkeling van de epidemie. Er wordt gewerkt met dashboards, waarvan de opzet zowel in koude als warme fase gebruikt wordt. Tevens wordt expertise op het gebied van informatievoorziening en datamanagement ingezet.

## **Scenario-ontwikkeling**

Zoals benoemd in paragraaf 4a is het doel van deze functie het opstellen van scenario's die nodig zijn voor het effectief uitvoeren van de kerntaken. De scenario's baseren zich in belangrijke mate op de prognoses die het CIb maakt ten aanzien van de ontwikkeling van infectieziekten (en waarover het OMT adviseert aan het BAO). Deze LFI-functie houdt rekening met zowel worst case scenario's als best case scenario's. Deze functie bestaat in zowel de warme als koude fase. In de koude fase is het takenpakket onder meer gericht op het (trainen in het) ontwikkelen van scenario's en het afstemmen van de randvoorwaarden aan mogelijke scenario's bij introductie van een A-ziekte met landelijke impact.

## **Operatie**

Dit is de grootste functie en richt zich op de voorbereiding van de opschaling van de medisch-operationele processen in de koude fase en het opschalen en regie voeren in de warme fase. Elk op te schalen medisch-operationeel proces vormt een eenheid binnen deze functie.

De onderdelen van deze functie zijn in de warme fase naar verwachting zeer groot. In de koude fase wordt binnen deze functie werkzaamheden uitgevoerd die zich met name richten op het coördineren van een goede voorbereiding op een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact door het organiseren van randvoorwaarden, het realiseren van uniformering van de uitvoering, bijvoorbeeld op het gebied van de gebruikte informatiesystemen in de bestrijdingsprocessen, en het trainen en oefenen.

In de koude fase heeft deze functie als taak om een relevant netwerk te ontwikkelen en onderhouden, een oefen- en trainingsprogramma met de ketenpartners te ontwikkelen en uit te voeren, en nieuwe ontwikkelingen nauwgezet te volgen en te initiëren.

### *Netwerk*

Om vanuit de reguliere infectieziektebestrijding te kunnen opschalen is een sterke basis voor publieke gezondheid in alle regio's nodig. De LFI bouwt voort op die basis en zorgt tijdens de koude fase dat afspraken tot stand komen over wat er op die medisch-operationele kant te doen is in tijden van crisis en over de manier waarop dat gedaan zal worden, zodat daar tijdens een crisis geen discussie over is.

Het organiseren van randvoorwaarden en stellen van minimumeisen komt in samenwerking tussen alle betrokken partijen tot stand. Daartoe is het van belang elkaars rol, positie en (on)mogelijkheden goed te kennen en te begrijpen. Kaders die moeilijk uitvoerbaar zijn of waar geen draagvlak voor is, helpen niet als tijdens een crisis moet worden opgeschaald. Daarom faciliteert de LFI de onderlinge uitwisseling van kennis en ervaring in het netwerk van samenwerkende partijen, gericht op het zo efficiënt en vanzelfsprekend mogelijk samenwerken tijdens een crisis.



Gezamenlijke afspraken maken over de werkwijze tijdens een warme fase vergroot de slagkracht en het draagvlak voor snelle opschaling. Dat er tijd is in de koude fase brengt het risico met zich dat niet besloten wordt over de wijze waarop de basis georganiseerd wordt, of dat geen uniformiteit tot stand komt in bijvoorbeeld werkwijzen, gehanteerde definities of te gebruiken IV-infrastructuur. De LFI neemt, gehoord hebbend ieders inbreng, waar nodig besluiten als onderling geen overeenstemming wordt bereikt of legt indien nodig besluiten voor aan de minister van VWS.

### *Oefenen en trainen*

Het zijn de mensen die de systemen en processen gebruiken. Om dat tijdens een warme fase adequaat te kunnen doen is het van belang vooraf gezamenlijk op te leiden, te trainen en te oefenen. Dat voorkomt onduidelijkheid als het spannend wordt en zorgt ervoor dat mensen elkaar en elkaars manier van werken tijdens een warme fase kennen. Tegelijkertijd wordt door te oefenen en trainen de manier van werken continu verbeterd en kan in de praktijk worden ondervonden of gemaakte draai-boeken in de praktijk uitvoerbaar zijn. Door te oefenen kan kennis over knelpunten in de infectieziektebestrijdingsprocessen worden verkregen, wat tot aanpassing kan leiden.

De LFI faciliteert – waar nodig in nauwe samenhang met bestaande programma's op het gebied van Oefenen, Trainen en Opleiden (OTO) - bovenregionale, gezamenlijke crisisoefeningen voor bestuurders en professionals om elkaars rol, positie en werkwijze in het netwerk (nog) beter te leren kennen en te kunnen oefenen met de onderlinge samenwerking tijdens een warme fase. (Worst case) scenario's vormen de basis voor deze oefeningen en worden op hun beurt bijgesteld op basis van ervaringen uit de oefeningen.

De LFI ontwikkelt opleidings- en trainingsmateriaal dat in geval van een warme fase snel ingezet kan worden voor personeel dat niet is opgeleid voor de taak waarvoor het aangesteld is.

### *Innovatie*

Voldoen aan de noodzakelijke randvoorwaarden is geen eenmalig maar een continu proces. Omstandigheden kunnen immers veranderen. Daarom moet de LFI de kennis op medisch-operationeel gebied actueel houden om aan te kunnen blijven sluiten bij veranderingen in de systemen, de processen en de diensten die nodig zijn in een warme fase. De COVID-19 pandemie heeft laten zien hoe het veld van de infectieziektebestrijding voortdurend in beweging is. Dit door nieuwe wetenschappelijke kennis, nieuwe inzichten uit onderzoek, nieuwe praktijkervaringen en nieuwe *lessons learned*. Dit geldt niet alleen voor de infectieziektebestrijding zelf maar ook voor alle betrokken aanpalende processen zoals IV, logistiek en personeel. Om klaar te staan voor de toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact is het bijhouden van voor de medisch-operationele kant van de infectieziektebestrijding relevante kennis en nieuwe wetenschappelijke inzichten, technologische ontwikkelingen en (inter)nationale *best practices* essentieel. Dit geldt voor de volledige breedte van de betrokken expertises.

Niet alleen systemen, processen en diensten veranderen continu, dat geldt ook voor de wettelijke context van de infectieziektebestrijding. Ook hier moet voortdurend bij worden aangesloten. Het bestrijden van infectieziekten raakt aan een veelheid van juridische systemen die in de uitvoeringspraktijk ook niet altijd verenigbaar blijken. Denk hierbij aan het beschermen van persoonsgegevens enerzijds en de noodzaak om medische gegevens te kunnen verwerken ten behoeve van surveillance en monitoring anderzijds. Wetgeving is aan verandering onderhevig, zowel in nationaal als Europees verband. Dat betekent dat de LFI zich in de koude, voorbereidende fase continu tot deze veranderende context zal moeten verhouden. Het LFI heeft hierin twee gerelateerde taken:

- het aanpassen van systemen, processen en diensten naar aanleiding van veranderende wetgeving. Hierbij valt te denken aan de (on)mogelijkheden van de uitwisseling van persoonsgegevens tussen verschillende ketenaanbieders en de mogelijkheid van identificeren van de burger;
- het signaleren van (mogelijk) wringende of beperkende wetgeving die de uitvoering in de warme fase in de weg staat en het adviseren over oplossingen.

Het is van belang dat de LFI niet alleen ontwikkelingen volgt, maar ook dat verbetering en innovatie wordt geïnitieerd. Bijvoorbeeld door steeds na te gaan of er verbeterde versies, systemen, technologieën of processen beschikbaar zijn. Of door gebruik te maken van de laatste technologieën en inzichten die er op de markt en in de wetenschap beschikbaar zijn.

Hiervoor is het van belang dat de LFI continu de laatste kennis en kunde implementeert in processen waar nodig. Ook organiseert de LFI (digitale) innovatie door ruimte te bieden om te experimenteren, het bieden van een platform om innovaties te ontwikkelen en bij succes het uitvoeren van praktijktoetsen van innovaties.

### **Communicatie**

Communicatie naar professionals, het publiek en de media is tijdens een warme fase van groot belang. Het gaat hierbij nadrukkelijk over communicatie over de operatie, dat wil zeggen de voortgang en implementatie van de medisch-operationele processen en het functioneren van de LFI zelf. Daarnaast betreft het creëren van uniforme communicatieboodschappen die nodig zijn voor de medisch-operationele processen, zoals adviezen aan burgers over hoe te handelen in geval van een infectie of wat te doen na bezoek aan een teststraat. De LFI ontwikkelt deze communicatie in lijn met de LCI-richtlijnen en in gezamenlijkheid met de ketenpartners.

### **Advies**

Deze functie heeft tot doel om vanuit specifieke expertise te adviseren aan de overige functies van de LFI. Het gaat om drie typen advisering: medisch-inhoudelijk, juridisch en de liaisonfunctie. De medisch-inhoudelijke en juridische advisering hebben een intern-dwarsdoorsnijdend karakter. De liaisonfunctie krijgt invulling door bijvoorbeeld medewerkers te detacheren bij ketenpartners, zoals het ministerie van VWS, de GGD'en en het Clb of vice versa. Deze functie bestaat in zowel de warme als de koude fase.

### **Bedrijfsvoering (support)**

Dit is de functie die de LFI voorziet in ondersteuning met bedrijfsvoeringsprocessen van de LFI zelf. Het gaat onder meer om P&O, inkoop, juridische zaken, kwaliteitsmanagement, informatievoorziening, etcetera. Maar ook verslaglegging en archivering (mede ten behoeve van mogelijke evaluaties). De bedrijfsvoering die de LFI vereist in een warme fase is potentieel zeer omvangrijk. Hoewel in de koude fase veel goed georganiseerd kan worden (zoals het aangaan van slapende contracten of het goed inregelen van de IV) zal tijdens een A-infectieziekte met landelijke impact veel werk nodig zijn op dit gebied. In de koude fase kan deze functie worden ingevuld door de reguliere bedrijfsvoering van de organisatie waar de LFI wordt ondergebracht. In de warme fase worden hiervoor aparte, specifiek voor de LFI functionerende teams opgezet per bedrijfsvoeringstaak.

## 5. Sturing en positionering van de LFI

### Aanbevelingen

#### *Sturing op de infectieziektebestrijdingsketen in de koude fase*

- Organiseer versterkte sturing door de minister van VWS op de infectieziektebestrijdingsketen in de koude fase voor een betere voorbereiding op een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact, door in de Wet publieke gezondheid meer gebruik te maken van kaderstelling zodat werkwijzen meer uniform worden uitgevoerd.
- Laat de LFI de randvoorwaarden organiseren en door monitoring zicht houden op de voortgang in uniformering. Overweeg de IGJ het toezicht daarop te laten houden.
- Laat het ministerie van VWS in nauw overleg met de (bestuurders van) ketenpartners deze vorm van sturing via kaderstelling wettelijk verankeren.

#### *Sturing op de infectieziektebestrijdingsketen in de warme fase*

- Benut in de warme fase zoveel mogelijk de bestaande aanwijzingsbevoegdheid van de minister van VWS aan de voorzitters van de Veiligheidsregio's op basis van artikel 7 van de Wet publieke gezondheid, zeker waar het MCCB-besluiten betreft.
- Ontwikkel een juridische grondslag op basis van een beperkte wijziging van de Wet publieke gezondheid, zodat de minister van VWS rechtstreeks kan sturen (via de LFI) op de GGD'en met betrekking tot de uitvoering van (grootschalige) medisch-operationele processen in geval van een A-infectieziekte met landelijke impact, waar snelheid en uniformiteit zijn vereist in het belang van de volksgezondheid.
- Houd bij de wettelijke verankering van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in zowel de warme als koude fase rekening met de mogelijkheid dat nieuwe, andere actoren betrokken moeten worden afhankelijk van de aard van de infectieziekte en de bestrijding daarvan.
- Geef GGD'en de ruimte om, binnen landelijke kaders, regionaal maatwerk te leveren op de bestrijding waar dat nodig is.

#### *Positionering, rol en taken*

- Breng de LFI onder bij het RIVM. Richt de LFI in als crisisorganisatie met een sterke focus op logistieke competenties in een crisiscontext. Baken de taken en processen van de LFI goed af ten opzichte van de onafhankelijke medisch-inhoudelijke onderzoeks- en adviesrol van andere onderdelen van het RIVM en organiseer goede afstemming met die andere onderdelen waar nodig. Zorg voor een bedrijfsvoering die in staat is om in de warme fase zeer snel op te schalen.
- Beschouw de 25 regionale GGD'en – die onderdeel zijn van de bredere infectieziektebestrijdingsketen – als primaire partners van de LFI. Onderzoek welke andere actoren een meer landelijke (randvoorwaardelijke) functie kunnen vervullen via de LFI en welke andere actoren een meer regionale (operationele) functie kunnen vervullen als partner van de GGD'en. Faciliteer waar nodig en mogelijk dat GGD'en op bovenregionaal niveau met elkaar kunnen samenwerken en afstemmen.
- Stel na formele besluitvorming over dit advies de definitieve, passende naam van de LFI vast op basis van de vastgestelde rol, taken, verantwoordelijkheden en positionering

### a. Sturing op de voorbereiding en bestrijding

In veel interviews is naar voren gekomen dat de sturing op de aanpak van de huidige COVID-19 pandemie ernstig werd bemoeilijkt doordat in de warme fase allerlei randvoorwaardelijke zaken nog moesten worden geregeld. De OVV constateerde dat daardoor in de crisis door VWS en andere partijen veel geïmproviseerd moest worden. Op het gebied van de informatievoorziening bleek bijvoorbeeld dat een veilige data-uitwisseling met voldoende waarborgen voor privacyaspecten veelal ad-hoc moesten worden geregeld. Dit bemoeilijkt uiteraard het kunnen monitoren van de operatie, hetgeen effectieve sturing bemoeilijkt. Het belang van een goede voorbereiding om tijdens een warme fase goed op te kunnen treden, wordt door veel betrokkenen onderkend en onderstreept.

Verwey-Jonker constateerde dat onder betrokkenen de meningen uiteen liepen in hoeverre de aanwijzingsbevoegdheid van de minister van VWS aan de voorzitters van de Veiligheidsregio's een passend instrument is om sturing te geven aan de dagelijkse aanpak van de bestrijding. De kwartiermaker constateert op basis van de interviews ten behoeve van onderhavig advies dat in de huidige pandemie beperkt gebruik is gemaakt van de wettelijke mogelijkheden om – als het gaat om landelijke kaderstelling – te sturen via de voorzitters van de Veiligheidsregio's. Tegelijkertijd constateert de kwartiermaker dat er gaandeweg een vorm van aansturing is ontstaan waarbij GGD GHOR NL een belangrijke operationele aansturingsrol vervult.

Op basis van de interviews lijkt er:

- Met betrekking tot de voorbereiding (koude fase) breed draagvlak om via kaderstelling toe te werken naar meer uniformering van de processen van de infectieziektebestrijding teneinde beter voorbereid te zijn op een A-infectieziekte met landelijke impact. Hierbij komt echter ook een aantal kanttekeningen naar voren. Zo moet het effect van meer kaderstelling op de verantwoordelijkheden van de GGD-besturen in de koude fase nog worden uitgewerkt. Ook moet het mogelijk blijven om lokaal maatwerk te leveren. En als via kaderstelling gestuurd zou worden, dan moet dat tevens leiden tot een kwaliteitsimpuls van de reguliere, regionaal-georiënteerde infectieziektebestrijding. Ook wordt aandacht gevraagd voor de vereiste financiële middelen die voor verdere kaderstelling nodig kunnen zijn.
- Met betrekking tot de bestrijding (warme fase) breed draagvlak voor een vorm van rechtstreekse sturing door de minister van VWS op de GGD'en ten aanzien van de medisch-operationele taken (zoals testen, vaccineren en bco). Ook hierbij komt een kanttekening naar voren. De sturing zou zich moet beperken tot de taken van de directeur Publieke Gezondheid van de GGD'en en er moet rekening worden gehouden met eventuele wijzigingen in de Wet veiligheidsregio's naar aanleiding van de evaluatie van deze wet. Daarom wordt gepleit op dit moment terughoudend te zijn met het in gang zetten van een eventuele stelselwijziging.

Op basis van de ervaringen in de huidige pandemie adviseert de kwartiermaker drie hoofdrichtingen op het sturingsvraagstuk

In de koude fase betreft het sturing door kaderstelling en het organiseren van centrale capaciteiten. Sturing in de warme fase kan uit twee parallelle routes bestaan, namelijk het 'wat' via aanwijzingen aan de voorzitters van Veiligheidsregio's en het 'hoe' rechtstreeks op medisch-operationele zaken van de minister van VWS naar de dPG'en. Hierbij is uitgegaan van onderbrenging van de LFI bij het RIVM (zie paragraaf 5b). Met betrekking tot de warme fase is uitgegaan van de volgende randvoorwaarden:

- De rechtstreekse sturing op de GGD'en in de warme fase is beperkt tot medisch-operationele taken;
- De rechtstreekse sturing in de warme fase zal integraal worden betrokken bij de (toekomstige) opgave van het te ontwikkelen samenhangende, landelijk dekkende stelsel van crisisbeheersing;
- De beide vormen van sturing in de warme fase laten de coördinerende verantwoordelijkheid van de voorzitters Veiligheidsregio's en de minister van JenV voor de crisisbeheersing, onverlet.

Ten behoeve van onderhavig advies is een juridische toets uitgevoerd door een externe juridisch adviseur op de hoofdrichtingen 1 en 3 (Bijlage 5).

### **Hoofdrichting 1: kaderstelling en centrale capaciteiten in de koude fase**

De LFI stuurt in de koude fase op een betere voorbereiding op een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact. Enerzijds door gebruik te maken van kaderstelling zodat medisch-operationele processen in de gehele infectieziektebestrijdingsketen meer uniform worden uitgevoerd. Anderzijds door het organiseren en ter beschikking stellen van centrale (generieke) capaciteiten.

Kaderstelling wordt door de LFI in nauw overleg met het veld voorbereid waarbij de LFI uiteindelijk advies voorlegt aan de minister van VWS. Landelijke kaders worden vastgesteld door de minister van VWS. Via deze route formuleert de minister van VWS de minimale eisen waaraan GGD'en moeten voldoen. Waar nodig zal kaderstelling moeten worden voorzien van aanvullende financiering. De LFI operationaliseert de wettelijke kaders in uitvoeringskaders.

Voorbeelden waarbij kaderstelling nodig kan zijn: het gebruik van één gezamenlijke IV-infrastructuur, het werken met eenduidige en uniforme definities voor gegevens, eisen ten aanzien van privacy en informatiebeveiliging, het toepassen van dezelfde opleiding, training en oefeningen en het uniformeren van het bron- en contactonderzoek.

Een randvoorwaarde voor deze vorm van sturing is dat kaderstelling wettelijk wordt verankerd. Dit zou bijvoorbeeld kunnen binnen het huidige wettelijk kader van de Wet publieke gezondheid worden georganiseerd en in een Algemene maatregel van bestuur of Ministeriële regeling worden uitgewerkt. Deze randvoorwaarde zal door het ministerie van VWS moeten worden ingevuld.

Daarnaast organiseert de LFI centrale capaciteiten en stelt deze ter beschikking aan de GGD'en. Een voorbeeld hiervan is een callcenter ter ondersteuning van de regionale GGD'en of een uniform systeem voor het maken van een afspraak voor testen of vaccineren. De voorbereiding van dergelijke capaciteiten en het oefenen en trainen hiermee zorgt ook voor een zekere mate van uniformering bij de GGD'en. Zij zullen immers allen in staat moeten zijn om bij dergelijke centrale capaciteiten aan te kunnen sluiten, ook in de koude fase.

De LFI zal jaarlijks aan VWS voortgangsrapportages opstellen die gedeeld worden met het parlement, eventueel mede op basis van interne en externe auditering. Ook zou voorzien kunnen worden in een rol voor de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) in het toezicht houden op zowel de LFI als op de GGD'en met betrekking tot de opvolging van de wettelijke kaderstelling.

### **Hoofdrichting 2: aanwijzingsbevoegdheid in de warme fase ('wat')**

Dit betreft een reeds bestaande wijze van sturing op het 'wat' via aanwijzingen aan de voorzitters van de Veiligheidsregio's als het gaat om de landelijke kaders ten behoeve van de bestrijding van de specifieke A-ziekte, op basis van artikel 7 van de Wet publieke gezondheid. Deze route zou in de volgende situaties kunnen worden gebruikt:

- Situaties waarin bestrijdingstaken een breder en meer multidisciplinair karakter hebben, waarbij ook vraagstukken op het gebied van openbare orde en veiligheid een rol spelen. Een voorbeeld is het toewijzen van locaties waar getest of gevaccineerd kan worden.
- Situaties waarin de minister van VWS een besluit neemt over medisch-operationele taken naar aanleiding van bijvoorbeeld een OMT-, BAO-, of Gezondheidsraadadvies. De voorzitters laten de aanwijzingen vervolgens omzetten in een regionale verordening aan de GGD-besturen (vanwege de medische aard van de aanwijzingen kan overwogen worden de dPG'en een rol te geven in de omzetting). De LFI zet de besluiten om in operationele lijnen, organiseert de randvoorwaarden zodat de regionale GGD'en hun taken uitvoeren passend binnen de landelijke kaders en monitort de voortgang en uniformiteit. De LFI stuurt binnen die kaders bij waar nodig.

Een voorwaarde voor het goed laten functioneren van hoofdrichting 2 is dat aanwijzingen in zeer korte tijd opgesteld en opgevolgd kunnen worden.

### **Hoofdrichting 3: rechtstreekse aansturing op dPG'en in de warme fase ('hoe')**

Een nieuwe vorm van rechtstreekse sturing op het 'hoe' door de LFI op de medisch-operationele taken, zoals ook in lijn met het advies van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid<sup>19</sup>, op basis van een beperkte wijziging van de Wet publieke gezondheid. Deze rechtstreekse sturing vindt alleen plaats in geval van een A-infectieziekte met landelijke impact binnen de door de minister van VWS gestelde landelijke kaders, zoals benoemd onder hoofdrichting 2. Deze beperkte wetswijziging betreft sturing op het 'hoe' van de operatie en betreft de facto een formalisering van de werkwijze tijdens de COVID-19 pandemie.

### **Lauwe fase**

Het sturingsvraagstuk richt zich in dit advies met name op de koude en warme fase, aangezien daar de belangrijkste keuzen eerst gemaakt moeten worden. In een vervolgfase zal ook het sturingsvraagstuk in de lauwe fase verder uitgewerkt moeten worden en wat dit betekent voor ieders rol en verantwoordelijkheden. Wel kan voorzien worden dat in de lauwe fase de rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vergelijkbaar zijn met die in de koude fase.

<sup>19</sup> Aanpak coronacrisis – Deel 1: tot september 2020 - Onderzoeksraad

## Rol van de GGD'en

De GGD'en zijn voor de LFI de primaire uitvoerende partij in de infectieziektebestrijdingsketen. Daar hoort wel een aantal aandachtspunten bij voor de uitwerking in een eventuele vervolgfase.

In de uitwerking van het sturingsvraagstuk is het van belang rekening te houden dat de verschillende aansturinglijnen (vanuit de minister van VWS / LFI, de minister van J&V, de voorzitters van de Veiligheidsregio's, de GGD-besturen en het Clb) richting dPG'en duidelijk georganiseerd en afgebakend worden. Niet alleen binnen een niveau, maar ook in geval van het verhogen of verlagen van het activeringsniveau.

In dit advies is verder aangenomen dat - in geval de LFI wordt opgericht - gelijktijdig ook de regionale GGD'en dusdanig versterkt worden dat zij goed aansluiten op de LFI. Het zou voor de LFI behulpzaam zijn als de GGD'en op bovenregionaal niveau met elkaar afstemmen en samenwerken. De GGD'en willen in dit verband een koppelvlak voor de LFI inrichten. Waar nodig en mogelijk kan de LFI hier een faciliterende rol in spelen.

De GGD'en zullen een groot deel van de operationele bestrijding zelf uitvoeren. Ze hebben echter ook de mogelijkheid om specifieke taken door andere partijen uit te laten voeren als dat om praktische overwegingen nodig blijkt. Zo kan het vaccineren in verpleeghuizen worden gedaan door artsen of verpleegkundigen in die instellingen. De GGD'en zouden bij een dergelijke constructie wel verantwoordelijk blijven voor de uniformiteit van het (medische) handelen en het eenduidig registreren van gegevens in hun regio. Deze werkwijze zorgt er voor dat ook als er verschillende partijen zijn betrokken bij de infectiebestrijding, dit nog steeds zorgt voor helderheid voor de burger ("één-overheid-principe").

## b. Positionering van de LFI

Verwey-Jonker benoemt het RIVM als één van de mogelijkheden voor inbedding van de LFI, maar adviseert de voor- en nadelen van de verschillende opties (bij het RIVM of elders binnen de Rijksoverheid) in een verdere uitwerking zorgvuldig af te wegen.

Geadviseerd wordt om – in lijn met het advies van het Verwey-Jonker rapport – de functionaliteit onder te brengen bij het RIVM. Belangrijke overwegingen daarvoor zijn (a) de mogelijkheid van een vorm van rechtstreekse sturing tijdens een A-infectieziekte met landelijke impact, (b) het creëren van de benodigde afstand van de uitvoering van het kerndepartement, (c) de nabijheid van de expertise van het RIVM en (d) de verbinding met de reguliere infectieziektebestrijding om de landelijke rol te kunnen invullen.

Wel wordt geadviseerd om in geval van onderbrenging van de LFI bij het RIVM aandacht te besteden aan de volgende punten met betrekking tot de organisatie en de uitvoering (skracht):

- *Aansturing*: de LFI vergt aansturing die past bij de aard van haar taken en werkzaamheden. De LFI zal in de kern als crisisorganisatie met een sterke focus op grootschalige uitvoering moeten worden opgezet waarop een vorm van rechtstreekse sturing door de minister van VWS mogelijk moet zijn. De kennis en ervaring die ander crisisorganisaties op dit vlak hebben opgedaan (bijvoorbeeld Defensie en de Nationale Politie) kunnen behulpzaam zijn bij het inrichten van de organisatie en deze sturing.
- *Personeel/competenties*: de LFI vergt personeel met specifieke competenties, gericht op operationele aansturing (in crisisomstandigheden). Tegelijkertijd moet het personeel in de reguliere fase ook in staat zijn een formele en informele netwerkfunctie te vervullen, zowel nationaal als internationaal om goed aangehaakt te blijven op relevante ontwikkelingen en een aanjaagfunctie moeten kunnen vervullen om richting alle partners om goed voorbereid te zijn op een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact.
- *Afbakening met inhoudelijk adviserende taak*: om voldoende focus op de uitvoering (skracht) te houden is formele afbakening met andere rollen van het RIVM (zoals de medisch-inhoudelijke advisering over bestrijding van infectieziektebestrijding) van belang. Onderbrenging van de LFI bij het RIVM moet deze complementair zijn aan deze taak en er zal goede afstemming georganiseerd moeten worden tussen de LFI en het Clb.

- *Ondersteunende bedrijfsvoering*: de huidige bedrijfsvoeringsprocessen van het RIVM zijn ingericht op ondersteuning van alle huidige primaire processen van het RIVM. De omvang van de bedrijfsvoering die de LFI vereist in een warme fase is potentieel zeer omvangrijk. Hoewel in de koude fase veel goed georganiseerd kan worden (zoals het aangaan van slapende contracten of het goed inregelen van de IV) zal tijdens een A-infectieziekte met landelijke impact veel werk hierop nodig zijn.

Tot slot, de naam Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding is nadrukkelijk een voorlopige werktitel. Na formele besluitvorming over dit advies moet op basis van de vastgestelde rol, taken, verantwoordelijkheden en positionering een definitieve, passende naam worden gekozen. Indien - conform dit advies - wordt besloten de LFI onder te brengen bij het RIVM, dan is het bovendien van belang dat de naam past bij de interne RIVM-organisatie en op draagvlak van de ketenpartners kan rekenen.

Bijlage 6 beschrijft in detail de onderbouwing van het advies in deze paragraaf. Daarin volgt een aantal relevante overwegingen bij de vraag waar de LFI moet worden ondergebracht. Op basis van deze overwegingen wordt een aantal opties voor onderbrenging tegen elkaar afgewogen.

# Bijlage 1 – Opdracht aan de kwartiermaker

## a. Aanleiding

De minister van VWS heeft in de brief aan de Tweede Kamer van 18 juni 2021 over de stand van zaken Covid-19 geschreven over het idee van de vorming van een landelijke functionaliteit in de bestrijding van toekomstige infectieziektecrises met landelijke impact en de inpassing daarvan binnen de generieke afspraken over crisisbeheersing. Dit wordt de komende maanden verder ambtelijk verkend en uitgewerkt. Het is aan een nieuw kabinet is om daarover te besluiten.

Het idee van de vorming van een Landelijke Functionaliteit (LF) komt voort uit één van de gedragen conclusies uit de probleem-analyse van onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut<sup>20</sup>. Dit onderzoek geeft aan dat hoewel Nederland een fijnmazige infrastructuur van infectieziektebestrijding kent en er rekening werd gehouden met de mogelijkheid van nieuwe pandemieën, de ervaringen met COVID-19 duidelijk hebben gemaakt dat deze infrastructuur niet (snel genoeg) kon voldoen aan wat er nodig is voor de bestrijding van een grootschalige, langdurige en op sommige punten zeer onvoorspelbare pandemie. Verwey-Jonker concludeert dat er behoefte is aan meer capaciteit, meer slagkracht, meer eenduidigheid, meer flexibiliteit en vooral ook snellere en betere opschalingsmogelijkheden. De vraag tijdens de Covid-pandemie was hoe landelijke sturing in de praktijk moest worden vormgegeven en of de benodigde randvoorwaarden, onder andere op IV/ICT-gebied, voldoende waren ingevuld voor deze situatie. Mede gebaseerd op de ervaringen met de huidige Covid-19 Programmaorganisatie (CPO) bij GGD GHOR NL, en bij RIVM en VWS wordt een verkenning gedaan voor centrale landelijke functionaliteit ten behoeve van de uitvoering bij toekomstige infectieziektecrises (en waar mogelijk bij andere gezondheidscrises) met landelijke impact.

## b. Opgave

De opgave is om voor het eind van het jaar 2021 met een advies over de inrichting van de landelijke functionaliteit die verantwoordelijk is voor een centrale aansturing van de uitvoering bij toekomstige infectieziektecrises met landelijke impact. De eerste prioriteit van de kwartiermaker is om te verkennen wat vanuit de huidige kennis en ervaring uit de huidige en eerdere infectieziekten crises kan worden geleerd en ontwikkeld gericht op het bestrijden van toekomstige infectieziektecrises, zoals ook gesuggereerd door Verwey-Jonker. In het volgende jaar (2022) kan dit worden uitgebreid naar bredere publieke gezondheidscrises. Immers we willen ons voorbereiden op de crisis van morgen en niet alleen die van gisteren.

Tot half november is er sprake van een verkennende fase waarbij wordt onderzocht hoe de Landelijke Functionaliteit eruit zou kunnen zien qua taken, inrichting en governance, een houtskoolschets dus voor de Landelijke Functionaliteit. Dat is ook het go/no go-moment m.b.t. de vraag waar de Landelijke Functionaliteit kan worden ondergebracht (het Verwey-Jonker Instituut suggereerde bij het RIVM). Daarna richt de opdracht zich op hoe de kwartiermakersfase verder kan worden ingericht. Daarbij geldt dat de kwaliteit van het advies prevaleert boven de snelheid.

De kwartiermaker legt adviezen voor aan met de Stuurgroep Landelijke Functionaliteit, bestaande uit het ministerie van VWS (met de plv. dg-Volksgezondheid als voorzitter), RIVM (dg) en GGD GHOR Nederland (directeur CPO). De kwartiermaker wordt ondersteund door een team van medewerkers afkomstig uit de drie organisaties. De kwartiermaker betreft partners nauw in het proces van de verkenning (in ieder geval J&V, Veiligheidsberaad, VNG, GGD-en). De kwartiermaker heeft oog voor ieders rol en positie, gekoppeld aan de inhoudelijk te behalen maatschappelijke doelstellingen.

Het advies van de kwartiermaker bevat ten minste de volgende elementen:

- Doel van de Landelijke Functionaliteit; wat zijn de beoogde maatschappelijke effecten die bereikt worden met het oprichten en inzetten van een Landelijke Functionaliteit

<sup>20</sup> Verwey-Jonker instituut 2021. Versterking van de publieke gezondheid Advies over het belang van een sterke publieke gezondheid en gezondheidsbevordering. En geleerde lessen uit de COVID-19 pandemie



- Voorstel wanneer de Landelijke Functionaliteit wordt geactiveerd (naar de warme fase) en wanneer wordt deze weer wordt afgeschaald richting de koude fase.
- Taken van de Landelijke Functionaliteit in koude en warme fase.
- Rol en governance van de Landelijke Functionaliteit (relatie en verantwoordelijkheidsverdeling t.o.v. minister van VWS en RIVM, GGD GHOR, GGD'en en anderen).
- Voorstel waar (een deel van) de landelijke functionaliteit (in de koude fase) wordt ondergebracht, bijvoorbeeld binnen een bestaande organisatie, waarbij voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden expliciet worden benoemd en gewogen.
- Voorstel voor de organisatorische inrichting van de landelijke functionaliteit in de koude en warme fase (o.a. bemensing, IV/ICT, financiën, juridisch en bedrijfsvoering) en een voorstel welke benodigde afspraken met partijen over uitvoering inclusief eventuele paraatheidscontracten nodig zijn, ook m.b.t. benodigde bemensing en (operationele) goederen.
- Voorstel hoe IV/ICT landen in de Landelijke functionaliteit en hoe geborgd wordt dat data en informatie die noodzakelijk zijn in de warme fase beschikbaar gemaakt worden. Hierbij wordt nadrukkelijk bedoeld op gegevens vanuit de hele keten: primaire processen in bestrijding, de cure- en de care-sector en afspraken rondom het behoud van de zorgcontinuïteit.
- Voorstellen voor bestuurlijke afspraken en/of wet- en regelgeving.
- Bij het uitwerken van dit advies houdt de kwartiermaker rekening met ieders huidige taken en komt met voorstellen de onderlinge aansluiting met de taken van de landelijke functionaliteit goed te regelen.
- De kwartiermaker neemt eerdere en tussentijds vrijkomende relevante aanbevelingen uit evaluaties mee in de uitwerking van zijn advies.

Taken van de Landelijke Functionaliteit waar nu aan gedacht wordt zijn o.a.:

- Het - in de koude fase - borgen van de randvoorwaarden voor de uitvoering van een effectieve, efficiënte en uniforme bestrijding van grootschalige infectieziektecrises (en eventueel andersoortige gezondheidscrises) met landelijke impact.
- Het voorbereiden van en zorgdragen voor (borging van) snelle, efficiënte en uniforme opschalingsmogelijkheden voor uitvoerende taken van de regionale GGD'en en het RIVM (op onderdelen). Voorbeelden hiervan zijn taken gericht op:
- Diagnostiek, zoals testen;
  - a. Preventie (zoals vaccineren) of vermindering (zoals bron- en contactonderzoek) van verspreiding, ziekte en sterfte;
  - b. Monitoring – bestaande uit 1) zicht houden op het pathogeen, bijvoorbeeld door bron- en contactonderzoek; en 2) het verzamelen van gegevens over operationele KPI's (van betrokken uitvoerende organisaties);
  - c. Informatievoorziening – zoals het realiseren van de vereiste infrastructuur t.b.v. inhoudelijke monitoring en het ontsluiten van gegevens t.b.v. sturingsinformatie in de keten en (publieks)communicatie;
  - d. Een te onderzoeken rol op ondersteuning in de verspreiding van hulpmiddelen, zoals persoonlijke beschermingsmiddelen voor betrokken uitvoerende partijen voor taken genoemd onder ad a en ad b.
- Het voorbereiden van de bedrijfsvoering in koude en warme fase van de Landelijke Functionaliteit (inclusief vraagstukken rondom IV/ICT, aanbestedingen en persoonsgegevens);
- Advisering vanuit de praktijk over uitvoerbaarheid van politiek-bestuurlijke/beleidsmatige keuzes, en het maken van scenario's voor mogelijke uitvoering en bijbehorende randvoorwaarden.
- Het ontwikkelen van scenario's, opleidingen, oefeningen en randvoorwaarden voor uitvoering van taken bij verschillende verschijningsvormen van infectieziektecrises met landelijke impact.
- Opstellen en voorbereiden van (organisatorische) handboeken/draaiboeken voor specifieke taken van de landelijke functionaliteit samen met de andere betrokken organisaties bij operationele bestrijding van infectieziektecrises met landelijke impact.
- Verbinding met, leren en reflecteren in de samenwerking met regionale GGD'en, GGD GHOR Nederland, RIVM, ministerie van VWS, Veiligheidsregio's en andere (landelijke) partners.

## c. Randvoorwaarden van de opdracht

De kwartiermaker:

- wordt aangesteld door het ministerie van VWS onder verantwoordelijkheid van de plaatsvervangend Directeur Generaal Volksgezondheid
- wordt gefinancierd, gefaciliteerd en ondersteund door het ministerie van VWS
- kan –indien gewenst- een fysieke werkplek krijgen bij het RIVM
- werkt met een team met medewerkers van de betrokken organisaties (ministerie van VWS, GGD GHOR Nederland en RIVM) die hiervoor ook voldoende tijd en financiering krijgen
- wordt ondersteund door een projectleider van het ministerie van VWS die verantwoordelijk is voor de beleidsmatige voorbereiding van de stuurgroep bijeenkomsten (secretaris) en verdere voorbereiding van besluitvorming, waaronder ook bestuurlijke afspraken en/of wet- en regelgeving.

## d. Context

De stuurgroep landelijke functionaliteit bestaat uit VWS, RIVM, GGD GHOR Nederland. Om de stuurgroep heen wordt een adviserend ketenberaad onder leiding van de kwartiermaker Landelijke Functionaliteit in het najaar georganiseerd, bestaande uit betrokken organisaties zoals J&V, afvaardiging van het Veiligheidsberaad, afvaardiging van de Directeuren Publieke Gezondheid van de GGD'en en de VNG. Gedurende het najaar wordt onderzocht in hoeverre de stuurgroep Landelijke Functionaliteit wordt uitgebreid met de programma's voor versterking IV/ICT. Ook dient een verbinding te worden gelegd met aanpalende trajecten, bijvoorbeeld op het gebied van testen. Met deze programma's zal tot dat moment in ieder geval een nauwe verbinding zal zijn.

### *Achtergrondstukken*

- Rapport Verwey-Jonker – Versterking van de publieke gezondheid
- Kamerstuk vergaderjaar 2020-2021, 25925, nr 1297 (Stand van zaken brief COVID-19)

## Bijlage 2 – Lijst geïnterviewde personen

Thema	Personen	Organisatie
Algemeen	Afke van Rijn	VWS
	Peter Munters	VWS
	Esther Veldhuis	VWS (thans: LNV)
	Nicolette Rigter	GGD Utrecht (t/m oktober 2021 programmadirecteur CPO bij GGD GHOR NL)
Medisch-inhoudelijk	Jaap van Dissel	RIVM
	Susan van den Hof ( <i>ook monitoring</i> )	RIVM
	Anja Schreijer	GGD Amsterdam
	Everhard Hofstra	NVIB
	Marion Koopmans	Erasmus MC
	Corien Swaan	RIVM
	Susan Hahné	RIVM
	Birgit van Benthem	RIVM
	Erik de Jonge	GGD GHOR NL
	Nienke van den Berg	GGD GHOR NL
Governance	Ciska Scheidel	VWS
	Bas Pinxteren	VWS / RIVM
	Michiel Hoorweg	VWS
	Harry Paul	RIVM / ABD-Interim
	George Haringhuizen	RIVM
Crisisbeheersing	Marco Zannoni	NCTV
	Jac Rooijmans	Veiligheidsregio's
	Aura Timen	RIVM
	Willem Woelders	Nationale Politie
	Cees Punter	Nationale Politie
	Karin Morren	J&V
	Lilia Hendrikse	J&V
	Annemarie Bouma	LNV
	Arco van der Spek	NVWA
Communicatie	Kristof Franse	GGD GHOR NL
	Dick van Gooswilligen	GGD GHOR NL
	Kevin Kosterman	RIVM
	Esther Rikkengaa	RIVM
	Marian Bijvanck	VWS
Monitoring	Jan Martens	GGD GHOR NL
	Angela Loeffen	GGD GHOR NL

IV	Walter van Bentem	RIVM
	Jeroen van Oostrum	GGD GHOR NL
	Ruud IJzelendoorn	GGD GHOR NL
	Ron Roozendaal	VWS
	Toos Waegemakers	RIVM
	Adrie Dumaij	RIVM
	Frank Mueller	GGD GHOR NL
	Pieter Kuijpers	GGD GHOR NL
	Anjo Grakist	GGD GHOR NL
	Yvo Hoeke	GGD GHOR NL
Vaccineren	Marcel van Raaij	RIVM (thans: LNV)
	Rob Riesmeijer	RIVM
	Rob de Werd	VWS
	Jaap Eikelboom	GGD GHOR NL
	Odin Goedhart	GGD GHOR NL
	Joris van Egmond	RIVM
	Sjaak de Gouw	GGD Hollands Midden
Tiemen Bloemberg (ook: testen)	GGD GHOR NL	
Testen	Aginus Kalis	VWS, Dienst Testen
	Marc Ruijten	GGD GHOR NL
	Moniek Pieters	GGD Gelderland-Zuid
	Edwin Boel	LCDK
	Joyce Simons	LCDK
	Reinier Koppelaar	VWS (thans: EZK)
BCO	Jacos van Zelst	VWS
	Martijn van Hulsteijn	GGD GHOR NL
	Henk Brill	GGD Gelderland-Midden
	Bas Lohman	GGD GHOR NL
Zorgcontinuïteit	Nicolette Verduin	GGD GHOR NL
	Petra van Zeeland	GGD GHOR NL

## Bijlage 3 – Ontwerpprincipes LFI

Bij aanvang van dit adviestraject is een aantal ontwerpprincipes geformuleerd die richting geven aan dit advies. De ontwerpprincipes zijn bedoeld als leidraad voor verdere uitwerking in de hierna volgende hoofdstukken.

### *De LFI versterkt de landelijke sturing*

Bij opschaling moet het LFI opdrachten vanuit de minister snel en slagvaardig kunnen uitvoeren. Dit stelt eisen aan de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en doorzettingsmacht van de LFI. Het stelt ook eisen aan de ondersteuning die het LFI biedt aan regionale GGD'en.

### *De LFI wordt alleen opgeschaald indien nodig*

De meeste infectieziekten worden in Nederland succesvol (regionaal) bestreden. De landelijke functionaliteit wordt alleen opgeschaald als dat nodig is om een A-infectieziekte met (potentiële) landelijke impact uniform en effectief te bestrijden. Voor opschaling is altijd een besluit door de minister van VWS nodig.

### *De LFI kan omgaan met onverwachte ontwikkelingen in een crisis*

De LFI moet robuust genoeg zijn om grote infectiecrises met landelijke impact te kunnen bestrijden. Omdat de kenmerken van een infectiecrisis nooit exact zijn te voorspellen, moet de LFI over voldoende aanpassingsvermogen beschikken om snel in te kunnen spelen op onvoorziene omstandigheden.

### *Opschaling van de LFI bouwt zoveel mogelijk voort op reguliere processen*

Het is van belang dat op te schalen processen zo veel mogelijk aansluiten bij reguliere processen. De LFI maakt daarom zoveel mogelijk gebruik van expertise, structuren, werkwijzen, instrumenten en informatie vanuit de reguliere infectieziektebestrijding en crisisbeheersing. Hierdoor blijft het LFI ook goed aangesloten op innovaties in de infectieziektebestrijding en crisisbeheersing. Voor processen die tijdens een pandemie aanvullend nodig blijken te zijn zal specifieke innovatie moeten plaatsvinden in de warme fase.

### *Opschaling van de LFI naar de warme fase stelt eisen aan de koude fase*

Snel opschalen kan alleen als er voorafgaand aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan. Informatie-uitwisseling kan bijvoorbeeld niet pas worden georganiseerd op het moment dat de LFI wordt geactiveerd; dit moet vooraf structureel zijn verzekerd om er in de warme fase effectief gebruik van te kunnen maken. Ook moet de LFI eisen kunnen stellen aan de mate waarin regulier gezamenlijk wordt geoefend.

### *De LFI is levensvatbaar in de koude fase*

Zolang er geen sprake is van opschaling, is de LFI niet groter dan nodig. De LFI houdt geen structurele capaciteiten achter de hand die het ook via "opblaasconstructies" kan organiseren. Wel moet de kern van de LFI in de koude fase voldoende uitdagend en zinvol werk bieden zodat hooggekwalificeerde mensen er graag willen werken.

### *De LFI stelt een slagvaardige uitvoering centraal*

Het LFI is gericht op de uitvoering en bewaakt dat deze effectief en vlot verloopt. Hierbij heeft de LFI oog voor de medisch-inhoudelijke kant van de infectieziektebestrijding. Ook heeft de LFI vanuit zijn kennis van de uitvoering een sterke adviesrol richting het kerndepartement.

### *De LFI stelt eisen aan andere, relevante processen*

De LFI stelt eisen aan aanpalende processen voor zover dat nodig is voor de taken van de LFI voor en tijdens een pandemie (inclusief de eisen aan de informatievoorziening van de bredere infectieziektebestrijdingsketen).

## Bijlage 4 – Mogelijke processen en randvoorwaarden

Deze bijlage beschrijft de mogelijke processen van de LFI in de warme fase en de mogelijke randvoorwaarden die georganiseerd dienen te worden. Deze beschrijving is gebaseerd op een uitgebreide inhoudelijke analyse van de huidige operatie rondom COVID-19 op basis van de interviews, aangevuld met een bredere blik op bestrijding van A-infectieziekten. Deze beschrijving is desalniettemin vooral bedoeld om een indruk te geven van waar de LFI zich op te richten heeft. Deze beschrijving zal niet volledig zijn. Deze bijlage kan benut worden om in een volgende fase verder compleet te maken.

### a. Processen in de warme fase

#### Op te schalen medisch-operationele processen

Ten aanzien van de op te schalen medisch-operationele processen zijn er tal van zaken die geregeld moeten worden in de warme fase. Daaronder vallen in ieder geval het inrichten van locaties, het inplannen van afspraken, zaken die specifiek zijn voor bijvoorbeeld bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren, en inkoop, opslag en distributie. Onderling zal sprake zijn van afhankelijkheden. Het is aan de LFI om de synergie daartussen goed te bewaken en daarop bij te sturen.

#### *Inrichten van locaties*

Tabel B4.1 toont de processen op het gebied van de opbouw, inrichting en bemensing van locaties. Het betreft deels processen die gaan over het (doorlopend) definiëren van eisen aan de locaties. Anderzijds betreft het processen die gaan over de inrichting van de locaties en het operationaliseren van de locaties.

**Tabel B4.1 – Overzicht van mogelijke processen rondom het operationaliseren van locaties**

Categorie	Proces
Locatie-eisen	Opstellen en (doorlopend) aanpassen van eisen aan de infrastructuur
	Het adviseren over eisen aan locaties en deze via het kerndepartement om laten zetten in aanwijzingen aan de voorzitters-Veiligheidsregio's.
Inrichting van locaties	Het activeren van (raam)contracten met derden voor de grootschalige levering van materiaal en locaties; eventueel ook het opstellen van nieuwe (raam)contracten die specifiek nodig blijken te zijn. Aanpassen van de contracten waar nodig voor de betreffende situatie
	Opstellen en/of aanpassen van operationele instructies voor de inrichting van locaties
Uitvoerende capaciteit	Activeren en beheren van contracten voor grootschalige werving, selectie en indiensttreding van personeel. Waar nodig aanpassen van de contracten of opstellen van aanvullende contracten.
	Beheren en evt. aanpassen van een landelijke pool met mankracht die ingezet kan worden op de taken van de LFI
	Personeel beschikbaar stellen aan ketenpartners
	(Door)ontwikkelen en beschikbaar stellen van werkinstructies en (bij)scholingsprogramma's

### *Toeleiding en planning*

Tabel B4.2 toont de processen op het gebied van het inplannen van afspraken. Die kunnen nodig zijn voor bijvoorbeeld testen en vaccineren. Het betreft deels processen rondom het uitnodigen en deels processen rondom de toeleiding naar een specifieke locatie op een specifieke dag/tijd.

**Tabel B4.2 – Overzicht van mogelijke processen rondom het inplannen van afspraken**

Categorie	Proces
Uitnodigen	Activeren van een callcenter
	Ontwikkelen / beschikbaar stellen van een web-portal voor het digitaal inplannen van een afspraak
	Activeren van afspraken met drukker en postservice voor drukken, couverteren en verzenden van uitnodigingen
	Selecteren en/of actief uitnodigen/oproepen van burgers (of doelgroepen daarvan) voor bijvoorbeeld vaccinatie
	Het inplannen en vastleggen van afspraken (bijvoorbeeld testen of vaccineren)
Toeleiding	Beschikbaar stellen van informatie aan de burger over bijvoorbeeld testen of vaccineren
	Vastleggen van de beschikbare capaciteit per locatie per tijdvak in een centraal afsprakensysteem
	Afstemmen beschikbare capaciteit en aantal uit te nodigen mensen voor vaccinatie
	Vastleggen van (door de minister bepaalde) criteria voor toelating van doelgroepen per taak (bijvoorbeeld toelating van leeftijdsgroepen voor vaccinaties); omzetting hiervan in werkinstructies en uniforme communicatie

### *Inkoop, opslag en distributie*

Tabel B4.3 toont de processen op het gebied van inkoop, opslag en distributie.

**Tabel B4.3 – Overzicht van mogelijke processen rondom inkoop, opslag en distributie**

Categorie	Proces
Inkoop	Activeren en bijsturen van contracten met leveranciers op het gebied van materialen, opslag en distributie.
	Afstemmen van de inkoop op de omvang en fase van de pandemie
Opslag	Bijstellen van eisen aan een centrale opslag (inclusief beveiliging), specifiek voor de betreffende A-infectieziekte
	Via het kerndepartement per aanwijzing aan een voorzitter-Veiligheidsregio toegang krijgen tot een centrale opslagfaciliteit, inclusief beveiliging
	Opstellen van werkinstructies/protocollen voor medewerkers in de centrale opslag, in lijn met de LCI-richtlijnen
Distributie	Inzichtelijk maken van voorraden aan ketenpartners
	Beschikbaar stellen van een bestelfunctionaliteit voor ketenpartners
	Distribueren vanuit de centrale opslag

### *Taak-specifieke processen*

Tabel B4.4 toont de processen die specifiek zijn voor bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren, aanvullend op de hierboven genoemde processen.

**Tabel B4.4 – Overzicht van mogelijke processen specifiek voor bco, testen en vaccineren**

Categorie	Proces
Bco, testen en vaccineren	Het beschikbaar stellen en onderhouden van applicaties voor de registratie van personen, het volgen en afsluiten van het contact met personen die besmet zijn, het zichtbaar maken van het proces en resultaat rondom testen en vaccineren, het vastleggen en melden van resultaten; doorontwikkelen van deze applicaties specifiek voor de A-infectieziekte
	Opstellen van (werk)instructies voor de grootschalige uitvoering van de procedure rondom testen en vaccineren, in lijn met de LCI-richtlijnen
	Opstellen en beschikbaar maken van een uniforme informatieboodschap aan de doelgroepen over het test-/vaccinatieproces en instructies voor na de medische handeling (in lijn met de LCI-richtlijnen)

Categorie	Proces
Analyse	Op basis van vastgelegde criteria adviseren over de overgang van de inzet van MML-labs naar grootschalige inzet van (commerciële) laboratoria
	Activeren van contracten met grootschalige laboratoria.
	Adviseren over de ontwikkeling in de omvang van analysebehoefte
	Opstellen en beschikbaar stellen van werkinstructies voor het verpakken en verzenden van analysemateriaal
Bemensing	Activeren van een team van medisch-inhoudelijk experts die in staat zijn de medische informatie vanuit Clb te vertalen naar de uitvoeringspraktijk en beschikbaar zijn voor medisch-inhoudelijke vragen / casuïstiek op het gebied van bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren.

## b. Generieke processen

Generieke processen zijn nodig om de op te schalen medisch-operationele processen aan te kunnen sturen. Hierbinnen wordt onderscheid gemaakt tussen informatievoorziening, monitoring en datamanagement, scenario-ontwikkeling, advisering, communicatie en kwaliteit en innovatie.

Deze paragraaf beschrijft voor het onderdeel informatievoorziening welke mogelijke sub-processen opgezet dienen te worden. De overige generieke processen zullen in een later stadium nader uitgewerkt moeten worden.

### Informatievoorziening

Een cruciaal onderdeel is het organiseren van de informatievoorziening. Er van uitgaande dat deze in belangrijke mate goed voorbereid is in de koude fase, zullen er tijdens een pandemie altijd aanpassingen nodig zijn. Tabel B4.5 beschrijft welke processen in ieder geval georganiseerd dienen te worden.

**Tabel B4.5 – Overzicht van mogelijke processen rondom informatievoorziening**

Categorie	Proces
IV-landschap	Vaststellen welke reeds ontwikkelde IV-onderdelen nodig zijn voor de crisisbestrijding en welke onderdelen nog aanpassing of ontwikkeling behoeven
	Doorlopend vaststellen en aanpassen van de functionele eisen die de uitvoeringsprocessen stellen aan de IV-systemen
	Vertalen van deze eisen naar opdrachten aan ketenpartners en/of aannemende (commerciële) partijen voor het snel ontwikkelen van nieuwe applicaties of aanpassing van bestaande applicaties
	Begeleiden van de applicatieontwikkeling, conform de architectuurprincipes van de gehele IZB-keten. Toezien op de snelheid en kwaliteit van de ontwikkeling.
Beschikbaarheid	Applicaties / licenties ter beschikking (laten) stellen aan ketenpartners.
	(Laten) aanbieden van een digitale werkplek voor alle betrokken medewerkers van ketenpartners
	Beschikbaar stellen van expertise/capaciteit (bijv. in de vorm van een helpdesk) ter ondersteuning om de applicaties snel te kunnen gebruiken en te koppelen aan decentrale systemen.
Issuemanagement	Het signaleren van problemen en het nemen van maatregelen. Uitvoeren van een ketenbreed incident- en wijzigingenmanagement

## c. Randvoorwaarden

Dit hoofdstuk beschrijft de randvoorwaarden die voor de LFI geregeld moeten worden en die de LFI moet organiseren voor de warme fase.

### Randvoorwaarden voor op te schalen medisch-operationele processen

De randvoorwaarden die ingevuld moeten zijn om de medisch-operationele processen snel op te kunnen schalen, zijn onderverdeeld in randvoorwaarden ten behoeve van de operationele infrastructuur en de mate van geoefendheid.



### Operationele infrastructuur

Onderstaande tabel toont randvoorwaarden ten aanzien van de operationele infrastructuur. Daaronder vallen contracten en internationale aspecten.

**Tabel B4.6 – Overzicht van mogelijke randvoorwaarden rondom de operationele infrastructuur**

Categorie	Randvoorwaarde
Contracten	Waar mogelijk zijn vooraf (raam)contracten afgesloten met leveranciers van materialen, voorraadbeheer, distributie, verzend- en vervoersdiensten, personeel en laboratoria. De voorwaarden van contracten zijn gericht op de mogelijkheden voor snelle activering, levering in grote hoeveelheden, voldoen aan (medisch-inhoudelijke) kwaliteitseisen en snelle (tussentijdse) op- en afschaling van de levering.
Internationaal	Indien van toepassing zijn internationale afspraken gemaakt over verdeling van materialen en/of vaccins bij crises in het algemeen en waar mogelijk voor de specifieke crisis.

### Geoefendheid

Onderstaande tabel toont randvoorwaarden ten aanzien van de voorbereiding van de uitvoering in de hele keten.

**Tabel B4.7 – Overzicht van mogelijke randvoorwaarden rondom geoefendheid**

Categorie	Randvoorwaarde
Netwerk	De LFI beschikt over een relevant netwerk van ketenpartners
Draaiboeken	De onderdelen van de bestrijding zijn ketenbreed, in onderlinge samenhang eenduidige en uniform beschreven, bijvoorbeeld in uitvoeringsdraaiboeken. De componenten zijn zoveel mogelijk modulair ingestoken om ze snel toepasbaar te maken op een specifieke crisis. De organisatievorm, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de LFI in de preparatie en responsfase zijn bekend bij ketenpartners, en bij gecontracteerde partijen voor het leveren van resources voor de opschaling van bedrijfsvoering processen.
Trainingen	De LFI, ketenpartners en bedrijfsvoering zijn uniform getraind in de opschaling van de uitvoering (waaronder het werken volgens een command & control structuur) en hebben voldoende geoefend met het (samen) werken in de opgeschaalde situatie.

### Randvoorwaarden voor de generieke processen

Verder gelden er randvoorwaarden die moeten zijn ingevuld om de generieke processen van de LFI te laten functioneren. Deze betreffen randvoorwaarden ten behoeve van de organisatie (bedrijfsvoering), informatievoorziening, monitoring, scenario-ontwikkeling, advisering, communicatie en kwaliteit en innovatie.

### Organisatie

Ten aanzien van randvoorwaarden voor de organisatie zelf (tabel B4.8) moet de LFI niet alleen beschikken over een bedrijfsvoering met diverse functies, ook moeten deze processen in zeer korte tijd enorm opschaalbaar zijn.

**Tabel B4.8 – Overzicht van mogelijke randvoorwaarden rondom de organisatie**

Categorie	Randvoorwaarde
Bedrijfsvoering	De LFI beschikt over een kwalitatief goede bedrijfsvoering op het gebied van onder meer inkoop, financiën, P&O, kwaliteit en ICT. De bedrijfsvoering is in staat om in geval van een (naderende) warme fase zeer snel op te schallen. Bijvoorbeeld om in zeer korte tijd grote aantallen personeel aan te trekken. Capaciteit die ter beschikking komt van het LFI en/of wordt gecontracteerd heeft kennis en ervaring in crisismanagement en/of worden hierin getraind en geschoold. De LFI beschikt over of kan tijdig komen te beschikken over voldoende passende en veilige fysieke en digitale werkplekken. LFI heeft schaalbare processen ingericht voor fysieke en digitale beveiliging. De LFI beschikt over of kan tijdig een beroep doen op benodigde resources voor uitbreiding hiervan De LFI beschikt over of kan tijdig een beroep doen op benodigde expertise en capaciteit ten aanzien van de bedrijfsvoeringsfuncties

Categorie	Randvoorwaarde
Functies	De LFI beschikt over relevante functies om de generieke processen in te richten, waaronder functies op het gebied van informatievoorziening, monitoring, scenario-ontwikkeling, advisering (o.a. medisch-inhoudelijk en juridisch), communicatie en innovatie.
	De LFI beschikt over of kan tijdig een beroep doen op benodigde expertise en capaciteit ten aanzien van deze functies

### Informatievoorziening

Onderstaande tabel toont randvoorwaarden ten aanzien van de informatievoorziening. Hieronder vallen randvoorwaarden rondom inkoop, functionele en niet-functionele eisen, sturing, toepassing en gebruik.

**Tabel B4.9 – Overzicht van mogelijke randvoorwaarden rondom informatievoorziening**

Categorie	Randvoorwaarde
Eisen en sturing	Er zijn functionele en niet-functionele eisen opgesteld in afstemming met de keten. Deze eisen zijn getoetst aan de hand van vooraf ontwikkelde crisisscenario's. De niet-functionele eisen betreffen bijvoorbeeld eisen ten aanzien van performance (snelheid), capaciteit (meer betrokken partijen / personen), integreerbaarheid binnen het ketenlandschap (koppelingen), het voorkomen van gebruikersfouten, toegankelijkheid (faciliteert laagdrempelig gebruik), beschikbaarheid (continue beschikbaarheid 24/7/365), vertrouwelijkheid (voldoet aan security/privacy maatregelen), aantoonbaarheid data integriteit (logging registraties en gebruik voldoen), authenticatie (bekend welke gebruiker welke actie heeft uitgevoerd), beheersbaarheid (systeem is onderhoudbaar volgens standaarden) en wendbaarheid (laagdrempelige aanpasbaarheid).
	De LFI heeft een formele rol richting ketenpartners om de IV/ICT te laten voldoen aan de functionele en niet-functionele eisen
	Noodzakelijke IV/ICT functionaliteiten (applicaties) zijn voorafgaand aan de warme fase gerealiseerd en geïntegreerd in de IZB-keten
Toepassing en gebruik	Noodzakelijke IV/ICT functionaliteiten bevatten minimaal ondersteuning bij (a) workflow van primaire processen door uitvoerders; (b) geautomatiseerde procesondersteuning / afhandeling; (c) informatie-uitwisseling tussen ketenpartners; (d) data-analyse; en (e) communicatie met burgers
	Het gebruik van de IV-functionaliteiten in de primaire werkprocessen in de opgeschaalde situatie is eenvoudig en snel aan te leren. Er is een duidelijke handleiding voor (nieuwe) gebruikers en er is scholing beschikbaar.
Inkoop	Contracten met IT-bedrijven voor (door-) ontwikkeling en implementatie tijdens de warme fase heeft vooraf plaatsgevonden en contracten kunnen snel geactiveerd worden

### Monitoring

Onderstaande tabel toont randvoorwaarden ten aanzien van monitoring. Hieronder vallen randvoorwaarden op het gebied van het digitale instrumentarium, datamanagement en juridische aspecten.

**Tabel B4.10 – Overzicht van mogelijke randvoorwaarden rondom monitoring**

Categorie	Randvoorwaarde
Instrumentarium	Er zijn landelijk monitoringsinstrumenten ontwikkeld voor real-time en periodiek inzicht in (a) de prestaties van de keten (bijvoorbeeld het aantal uitgevoerde tests, vaccinaties, diagnostiek); (b) de omvang van de ingezette middelen (personeel, diensten, materialen, vaccins en andere geneesmiddelen); (c) de beschikbare, nog niet ingezette middelen; (d) signaleren van knel/verbeterpunten in de uitvoering (kwalitatief); (e) kerncijfers over de epidemiologische situatie
	Er zijn standaard dashboards ontwikkeld die inhoudelijk en (ICT-) technisch eenvoudig aan te passen zijn aan de specifieke informatiebehoefte in de warme fase
Datamanagement	De gegevensuitwisseling en gegevensontsluiting t.b.v. de dashboards is geüniformeerd en gestandaardiseerd in de vorm van open data.
	Er is een mechanisme voor uitwisseling van data tussen ketenpartijen ingericht

Categorie	Randvoorwaarde
Juridisch	<p>Er is een juridische mogelijkheid om (a) te kunnen afwijken van <i>informed consent</i> en regelen 'Opt out' bij doorgeven gegevens burger naar systemen; (b) te formaliseren wie tijdens een warme fase data dient te verstrekken of wie gerechtigd is om data te ontvangen</p> <p>Er zijn handreikingen opgesteld om houvast te bieden aan medische professionals en aan organisaties (zoals bijvoorbeeld commerciële laboratoria) waarin de interpretatie van wet- en regelgeving is uitgewerkt (bijvoorbeeld uitvoering AVG, Wgbo, Wpg).</p> <p>Met ketenpartners zijn afspraken gemaakt over bindende arbitrage in geval ketenpartners wet- en regelgeving anders uitleggen en/of toepassen .</p> <p>De vereiste juridische grondslag ten behoeve van gegevensverwerking is bepaald en geregeld.</p>

### Scenario-ontwikkeling

Onderstaande tabel toont randvoorwaarden ten aanzien van scenario-ontwikkeling.

**Tabel B4.11 – Overzicht van mogelijke randvoorwaarden rondom scenario-ontwikkeling**

Categorie	Randvoorwaarde
Scenario's	<p>Er zijn vooraf scenario's ontwikkeld om in verschillende situaties op de te verwachten noodzakelijke aard en omvang van de medisch-operationele processen te kunnen anticiperen, zowel in het meest optimistische als in het worst-case scenario.</p> <p>Er is kennis aanwezig om scenario's (door) te ontwikkelen</p>

### Advisering (intern en extern)

Onderstaande tabel toont randvoorwaarden ten aanzien van interne en externe advisering. Het gaat met name om advisering rondom medisch-inhoudelijke aspecten en uitvoerbaarheid.

**Tabel B4.12 – Overzicht van mogelijke randvoorwaarden rondom advisering**

Categorie	Randvoorwaarde
Medisch-inhoudelijk	Er is sprake van medisch-inhoudelijke advisering op de interne LFI-processen zodat deze in lijn zijn met de LCI-richtlijnen
Uitvoerbaarheid	In het besluitvormingsproces bij VWS is het maken uitvoeringstoetsen door de LFI standaard opgenomen
Liaisons	Om korte lijnen te kunnen houden met ketenpartners, worden er (strategisch) liaisons gestationeerd bij in ieder geval VWS en de regionale GGD'en.

## Communicatie

Onderstaande tabel toont randvoorwaarden ten aanzien van communicatie. Het gaat daarbij om randvoorwaarden rondom voorbereiding, contracten en toepassing.

**Tabel B4.13 – Overzicht van mogelijke randvoorwaarden rondom communicatie**

Categorie	Randvoorwaarde
Communicatieplan	<p>Er is een generiek, ketenbreed communicatieplan opgesteld ten behoeve van de warme fase dat de LFI eenvoudig kan toesnijden op de specifieke situatie. Daarin is in ieder geval vastgelegd: (a) de taakverdeling, coördinatie en afstemming tussen VWS (landelijk beleid), Clb (medisch-inhoudelijk) en LFI (landelijke aansturing uitvoering) enerzijds en tussen LFI en regionale ketenpartners anderzijds, op het gebied van woordvoering, communicatie met het algemeen publiek, met professionals en met uitvoerende medewerkers binnen de keten; (b) De standaard communicatiekanalen en -instrumenten die bij een crisis gehanteerd worden; (c) De verantwoordelijkheid van de LFI voor het opstellen van uniforme communicatie-boodschappen over de uitvoering, die door alle ketenpartners worden gebruikt; (d) De criteria voor specifieke invulling van communicatie boodschappen over de uitvoering en benutting van specifieke communicatiekanalen daarvoor op regionaal/lokaal niveau.</p> <p>Er is een heldere afbakening tussen de verantwoordelijkheden van LFI voor communicatie over de uitvoeringsketen, verantwoordelijkheden RIVM/LCI voor de communicatie over medisch-inhoudelijke zaken en verantwoordelijkheden van het lokale bestuur voor het communiceren van zaken rond openbare orde en veiligheid.</p> <p>Er zijn werkafspraken gemaakt over het aanleveren van informatie voor het parlementaire proces.</p>
Contracten	Contracten met leveranciers op het gebied van communicatie zijn gereed en contracten kunnen snel geactiveerd worden; snelle op- en afschaling is mogelijk
Toepassing	De LFI beschikt over eigen communicatiekanalen, zoals website(s), social media-accounts.

## Kwaliteit en innovatie

Onderstaande tabel toont randvoorwaarden ten aanzien van kwaliteit en innovatie. Het betreft randvoorwaarden rondom kaderstelling, contracten, monitoring en evaluatie en innovatie.

**Tabel B4.14 – Overzicht van mogelijke randvoorwaarden rondom kwaliteit en innovatie**

Categorie	Randvoorwaarde
Kaderstelling	<p>Er zijn normen bepaald op grond waarvan bijsturing op de werkprocessen plaatsvindt om een minimaal kwaliteitsniveau te behalen en behouden</p> <p>De rol van de medisch-inhoudelijke experts (inclusief de medische verantwoordelijkheid in de keten) is vooraf vastgelegd, zodat de processen van de LFI en de GGD'en in lijn zijn met de LCI-richtlijnen.</p>
Contracten	De kwaliteitseisen aan de te contracteren leveranciers zijn zoveel als mogelijk vooraf bepaald en in contracten meegenomen.
Monitoring en evaluatie	Er is voorzien in een methodische aanpak van voortdurende (proces)evaluatie en daaraan gekoppelde doorvertaling van verbetermogelijkheden naar de uitvoering.
Innovatie	<p>De LFI beschikt over een relevant netwerk van onder meer universiteiten, bedrijfsleven en vergelijkbare organisaties in andere landen om specialistische expertise, kennis en capaciteit in te kunnen inzetten.</p> <p>Innovatie wordt gestimuleerd om tijdens een pandemie nieuwe of innovatieve oplossingen te creëren of uit de markt op te halen ten behoeve van de operationele uitvoering.</p>

## Bijlage 5 – Juridische toets sturing

## Juridische sturing koude en warme fase LFI

Eindadvies

mr. dr. Oswald Jansen

10 maart 2022



Aan mij werd gevraagd juridisch te adviseren over de sturing door de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding namens de minister van VWS met betrekking tot de bestrijding van een A- infectieziekte met landelijke impact. Mijn advies hangt nauw samen met het concept- Advies- Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI) d.d. 23 december 2021.

Bij mijn advies staan de volgende aan mij gestelde vragen centraal:

1. In hoeverre is de voorgestelde wijze van sturing door de minister van VWS in geval van een warme fase juridisch haalbaar o.b.v. een tijdelijk mandaat van de voorzitters-Veiligheidsregio's aan hun directeuren publieke gezondheid?
2. In hoeverre is het juridisch mogelijk om in de koude fase te sturen op de Gemeentelijke gezondheidsdiensten door middel van kaderstelling (zonder dat dit de gemeentelijke verantwoordelijkheden en bewegingsruimte ondermijnt)?

Aan dit advies ligt een aantal memo's ten grondslag die zijn besproken in twee werkgroepen, één per vraag. De twee werkgroepen bestonden uit ambtelijke vertegenwoordigers van de drie betrokken ministeries (naast VWS, J en V en BZK). De werkgroepen zijn elk tweemaal bijeengekomen, en de laatste bijeenkomst was een gezamenlijke bijeenkomst. Daarop volgend zijn in een schriftelijke ronde opmerkingen gewisseld die zoveel mogelijk in dit eindadvies zijn verwerkt. Een concept werd op 11 februari 2022 aangeboden.

Het advies is gebaseerd op de gesprekken in deze werkgroepen naar aanleiding van de genoemde memo's en de genoemde schriftelijke ronde. De uitwisseling met de collega's in deze werkgroepen was rijk en vruchtbaar. Ik ben allen dankbaar voor hun inbreng en de tijdsinvestering die op zo'n korte termijn werd gevraagd.

## **Koude fase**

Bij sturing in de koude fase gaat het om kaderstelling door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS over pandemische paraatheid ter voorbereiding van een A-infectieziekte met landelijke impact. Zoals hiervoor al aangegeven staat in mijn advies daarbij de volgende vraag centraal:

*In hoeverre is het juridisch mogelijk om in de koude fase te sturen op de Gemeentelijke gezondheidsdiensten door middel van kaderstelling (zonder dat dit de gemeentelijke verantwoordelijkheden en bewegingsruimte ondermijnt)?*

In het gesprek met de leden van de werkgroep koude sturing werd al meteen duidelijk dat bij deze vraag ook aandacht moet worden besteed aan de juridische vormgeving van de financiering van de voorbereiding op een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact Gemeentelijke Gezondheidsdiensten. Mijn advies heeft dan ook mede betrekking op die kwestie.

### *Globaal beeld van de inhoud van de kaderstelling*

Om de mij gestelde vraag te kunnen beantwoorden is het van belang om een beeld te hebben van de inhoud van de kaderstelling die wordt beoogd. Gelet op het karakter van dit advies en de korte tijd waarbinnen het tot stand moest worden gebracht, volstaat een globaal beeld. In een later stadium en volgend op bestuurlijke besluitvorming naar aanleiding van het nog te finaliseren Advies-Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI) kan dat beeld nader worden aangescherpt.

Ik ontleen het globale beeld van de beoogde inhoud van de kaderstelling aan het concept-'Advies- Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI)'d.d. 23 december 2021. Er wordt daarin een aantal thema's genoemd dat voorwerp zou kunnen zijn van kaderstelling.

Het gaat om het stellen van kaders die gericht zijn op de uniformering van werkwijzen en van medisch operationele processen, zodat beter kan worden opgeschaald bij een pandemie van een A-infectieziekte met landelijke impact. Denk daarbij aan kaders over de generieke infrastructuur en generieke processen (uniformering IV/ICT, privacy en cybersecurity), over niveaus van opschaling, bron- en contactonderzoek, trainingen en opleidingen, randvoorwaarden voor de generieke processen (informatievoorziening, monitoring, scenario-ontwikkeling, advisering, communicatie en kwaliteit en innovatie). Ook de 42 aanbevelingen ter ondersteuning van de GGD bij de voorbereiding op grootschalige infectieziekteproblematiek uit de [Checklist voorbereiding in bijlage 1 van het Generiek Draaiboek van het RIVM](#) biedt een beeld van de mogelijke inhoud van de beoogde kaderstelling. Als geschreven, is het in dit stadium nog niet noodzakelijk om in alle details in te gaan op de inhoud van de kaderstelling. Ik wijs er op dat ik mij richt op kaderstelling over medisch-operationele aangelegenheden.



De kaderstelling over medisch-inhoudelijke aangelegenheden blijft buiten beschouwing omdat deze langs de lijnen van onder meer het medische métier, medische protocollen en het medische tuchtrecht lopen. De aan mij gestelde vraag heeft bovendien geen betrekking op medisch-inhoudelijke sturing.

#### *Welke vorm van juridische kaderstelling of uniformering?*

De gezochte uniformering zou kunnen worden vormgegeven in een bestuursakkoord of een andere vorm van onderlinge afspraken. Naar ik heb begrepen is veel van de voor de bestrijding van een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact benodigde kaderstelling werkenderwijs gegroeid gedurende de huidige pandemie. Naar mijn inschatting brengt het belang van kaderstelling - juist ook om voorbereid te zijn wanneer de onmiddellijke dreiging van een pandemie niet meer zo sterk zou worden gevoeld - mee dat het uitgangspunt behoort te zijn dat deze kaderstelling in een wettelijk voorschrift wordt gegoten. Dat biedt de beste garantie voor toekomstbestendige kaderstelling. Dat is dan een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) (zie hierna). Dat er op dit moment al overeenstemming is over een (groot) deel van de inhoud van die kaderstelling maakt dat het draagvlak voor de inhoud van zo'n wettelijk voorschrift groot zal zijn.

Het vereiste overleg met de andere overheid (gemeentebesturen, gemeentelijke gezondheidsdiensten en veiligheidsregio's) (zie hierna) zou tot een bestuursakkoord kunnen leiden dat het draagvlak over de mogelijke inhoud van een wettelijk voorschrift bezegelt.

Het gaat bij dit wettelijke voorschrift en met de daarin opgenomen juridische kaderstelling volgens mij om het stellen van minimumeisen aan basistaken op het terrein van de bestrijding van een pandemie met landelijke impact. Dat biedt naar mijn inschatting ruimte voor de andere overheid voor eigen en aanvullend beleid toegesneden op de eigen regio of eigen gemeente en de daarbij passende keuzes van het lokale bestuur.

#### *Wettelijke grondslag juridische kaderstelling*

De gemeentelijke gezondheidsdiensten zijn wettelijk verplichte samenwerkingsvormen tussen colleges van burgemeester en wethouders en openbare lichamen op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen (artikel 14 Wet publieke gezondheid). Het algemeen bestuur van gemeentelijke gezondheidsdiensten bestaat uit vertegenwoordigers van de aangesloten gemeenten, naar ik aanneem veelal wethouders met gezondheidszorg in hun portefeuille. De leden van het dagelijks bestuur worden door en uit de leden van het algemeen bestuur gekozen. De gemeentelijke gezondheidsdienst staat onder leiding van de Directeur publieke gezondheid (artikel 14, derde lid Wet publieke gezondheid).

In artikel 2 van de Wet publieke gezondheid zijn de taken geregeld, en deels opgesomd, op het terrein van de publieke gezondheidszorg. Eén van de taken is de algemene infectieziektenbestrijding (artikel 6, eerste lid, Wet publieke gezondheid). Het bestuur van de veiligheidsregio draagt zorg voor de voorbereiding op een epidemie met een A-infectieziekte, en de voorzitter van de veiligheidsregio voor de bestrijding daarvan (artikel 6, tweede en derde lid, Wet publieke gezondheid).

Er zijn twee mogelijke kandidaten voor mogelijke wettelijke grondslagen voor kaderstelling in een wettelijk voorschrift: artikel 2, derde lid, en artikel 6, vijfde lid, Wet publieke gezondheid. De eerste grondslag maakt nadere regels mogelijk over de taak van het college van burgemeester en wethouders om de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen te bevorderen. Artikel 6, vijfde lid biedt een wettelijke grondslag om bij AMvB de taken nader uit te werken die het college van burgemeester en wethouders (algemene infectieziektebestrijding), het bestuur van de veiligheidsregio (voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A), de burgemeester (bestrijding van pandemie met andere infectieziekte) en de voorzitter van de veiligheidsregio (bestrijding van pandemie met A-infectieziekte) hebben.

Omdat kaderstelling bij AMvB wordt gezocht die specifiek ziet op de voorbereiding van een pandemie met een A-infectieziekte, is de wettelijke grondslag in artikel 2 Wet Publieke Gezondheid mijns inziens niet geschikt. Die grondslag ziet immers op de volle breedte van de gemeentelijke gezondheidszorg (die op grond van artikel 14 Wet publieke gezondheid verplicht bij de GGD is ondergebracht). Dan resteert de wettelijke grondslag in artikel 6, vijfde lid, van die wet. Dit is dan de wettelijke



grondslag voor kaderstelling van de bestuursorganen die met de voorbereiding van een pandemie met een A-infectieziekte zijn belast (de besturen van de Veiligheidsregio) of tijdens een pandemie met een A-infectieziekte met de bestrijding daarvan (de voorzitters van de Veiligheidsregio's).

Het gesprek in de werkgroep sturing koude fase heeft mij ervan overtuigd dat de AMvB met de beoogde juridische kaderstelling kan worden gebaseerd op de huidige wetgeving, te weten de wettelijke grondslag in artikel 6, vijfde lid, Wet publieke gezondheid. Er is dus geen wijziging noodzakelijk van de Wet publieke gezondheid of de Wet veiligheidsregio's (afgezien van het maken van de AMvB).

### *Juridische basis financiering*

Zoals ik hiervoor al aangaf moet ook aandacht worden besteed aan de juridische vormgeving van de financiering van de voorbereiding op een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact door de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten.

De gedachte is dat het gaat om een vorm van financiering met een structureel karakter en met sturing op doelen en resultaatverplichtingen. Een subsidie is hiervoor niet geschikt, en dan komt een specifieke uitkering in beeld zoals bedoeld in artikel 15a Financiële verhoudingswet. Daarvoor is op grond van artikel 17 van die wet een wettelijke basis vereist. Voor de financiering is derhalve aanvulling van de Wet publieke gezondheid noodzakelijk met een wetswijziging<sup>21</sup>. Ik wijs erop dat hier sprake is van het vragen van medebewind en op grond van artikel 108, derde lid, Gemeentewet is financiering daarvan vereist.

### *Verplicht onderzoek en overleg met de andere overheid*

Ik wijs erop dat ook onderzoek moet worden gedaan en overleg met betrokkenen moet worden gevoerd om de toelichting te kunnen voorbereiden die op grond van artikel 2 Financiële verhoudingswet is vereist. Het gaat hier immers om beleidsvoornemens van het Rijk die tot een wijziging van de uitoefening van taken of activiteiten door provincies of gemeenten leiden, zoals in die bepaling bedoeld. Er is dan een afzonderlijk onderdeel van de bijbehorende toelichting vereist met redenen omkleed en met kwantitatieve gegevens gestaafd over de financiële gevolgen van deze wijziging voor de provincies of gemeenten.

### **De warme fase**

Bij sturing in de warme fase gaat het om het geven van aanwijzingen door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding (LFI) namens de minister van VWS aan de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (en/of de Directeur Publieke Gezondheid) tijdens een pandemie met een A- infectieziekte met landelijke impact. Zoals hiervoor al aangegeven staat in mijn advies daarbij de volgende vraag centraal:

In hoeverre is de voorgestelde wijze van sturing door de minister van VWS in geval van een warme fase juridisch haalbaar o.b.v. een tijdelijk mandaat van de voorzitters-Veiligheidsregio's aan hun directeuren publieke gezondheid?

Het startpunt van mijn onderzoek is de mogelijkheid van mandaat binnen de bestaande wettelijke regeling. Zoals ik hierna zal toelichten, heb ik gemeend ook de mogelijkheid van een beperkte wetswijziging te moeten onderzoeken om te kunnen komen tot een alternatief dat naar mijn mening de betere juridische en toekomstbestendige oplossing is.

De minister van VWS heeft op grond van artikel 7, eerste lid, Wet publieke gezondheid de taak om leiding te geven aan de bestrijding van een pandemie met een A-infectieziekte. Bij het uitvoeren van die taak kan de minister de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen, waaronder begrepen het opdragen van de in de Wet Publieke gezondheid geregelde maatregelen (zoals isolatie). Ik wijs erop dat deze in hoofdstuk V van de Wet publieke gezondheid geregelde maatregelen niet voorwerp zijn van de sturing waarop mijn advies betrekking heeft. De bevoegdheid van de minister staat in directe relatie met de taak van de voorzitter van de veiligheidsregio om zorg te dragen voor de bestrijding van een pandemie met een A-infectieziekte (artikel 6, vierde lid, Wet publieke gezondheid).

---

<sup>21</sup> Zie ook artikel 108, derde lid, Gemeentewet. Er is hier sprake van het vragen van medebewind door het Rijk, en de kosten daarvan moeten worden vergoed

De enige wettelijk geregelde geadresseerde van de sturing door (de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens) de minister bij een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact is dus op dit moment de voorzitter van de veiligheidsregio.

Ik wijs er op dat goede regeling van de kaderstelling over de pandemische paraatheid en een goede organisatie daarvan op landelijk en regionaal niveau de noodzaak van het geven van aanwijzingen door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS tijdens een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact sterk vermindert.

### *De mogelijkheid van mandaat*

Biedt een tijdelijk mandaat de mogelijkheid aan (de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens) de minister om tijdens zo'n epidemie de Directeur Publiek Gezondheid (of de gemeentelijke gezondheidsdienst) rechtstreeks aan te sturen?

Mandaat is het recht om namens een bevoegd bestuursorgaan een wettelijke bevoegdheid uit te oefenen. Het is dus een vorm van vertegenwoordiging bij het uitoefenen van een bevoegdheid. Dat mandaat wordt door het bevoegde bestuursorgaan verleend en heeft betrekking op zijn wettelijke bevoegdheid. Als verlener van het mandaat kan het bestuursorgaan bijzondere en algemene aanwijzingen geven, en het blijft bevoegd om de betrokken bevoegdheid zelf uit te oefenen (in een bepaald geval weer naar zich toe te trekken). Het mandaat ziet dus op de uitoefening van bevoegdheden van (in dit geval:) de voorzitter van de veiligheidsregio. Van het uitsluitend mandateren van de mogelijkheid tot het ontvangen van een aanwijzing kan dus geen sprake zijn.

De sturing door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS blijft formeel steeds tot de voorzitter van de Veiligheidsregio gericht en ook met het mandaat aan de Directeur Publieke Gezondheid wordt deze sturing niet direct. Het blijft immers de sturing aan de voorzitters van de Veiligheidsregio's op grond van artikel 7 Wet Publieke Gezondheid. Een dergelijke sturingsbevoegdheid ontbreekt bij het handelen van de GHOR op grond van de Wet veiligheidsregio's. Daar heeft mandaat dan ook geen toegevoegde waarde.

Een voordeel van mandaat zou kunnen zijn dat op grond van dat mandaat de Directeur Publieke Gezondheid de voorzitter van de Veiligheidsregio moet informeren (artikel 10:6, tweede lid, Awb). De afstemming die de directeur moet zoeken met de voorzitter en andersom kan echter ook worden bereikt met de gemeenschappelijke gremia, tafels en besturen die binnen de regio's al (moeten) zijn geregeld. Ik wijs er voorts op dat voorafgaand aan het geven van een aanwijzing bestuurlijk overleg op ministerieel niveau wettelijk is voorgeschreven, zodat ook hier wordt afgestemd.

Het nadeel van dat mandaat is dat de voorzitter van de Veiligheidsregio bijzondere en algemene aanwijzingen kan geven aan de Directeur Publieke Gezondheid (artikel 10:6, eerste lid, Awb), en de bevoegdheid in voorkomend geval aan zich kan trekken. Dat zou tot regionale verschillen kunnen leiden die nu juist moeten worden voorkomen met de centrale sturing bij de bestrijding van een pandemie van een A-infectie met landelijke impact.

Met de besturen van de GGD en de voorzitters van de veiligheidsregio zou kunnen worden afgesproken dat het beoogde mandaat zal worden verleend. Enige uniformiteit kan worden bereikt indien daarbij voorts wordt afgesproken dat een model-mandaatregeling wordt gehanteerd dat door alle voorzitters Veiligheidsregio e/o besturen van de Gemeentelijke gezondheidsdiensten bij het verlenen van het mandaat wordt gehanteerd. In theorie zou de vraag kunnen worden opgeroepen of de wettelijk geregelde verdeling van bevoegdheden tussen de voorzitter veiligheidsregio, het dagelijks bestuur van de GGD en de Directeur Publieke Gezondheid zich tegen mandaatverlening verzet. Ik neem op dit moment ook na de gesprekken met de werkgroep aan dat de wet zich op zich zelf niet verzet tegen de gezochte vorm van mandaatverlening.

### *Welke bevoegdheid is voorwerp van de mandaatverlening?*

Ik heb hiervoor aangegeven dat het bij mandaat gaat om het namens het bevoegde bestuursorgaan (dat wil zeggen: de voorzitter veiligheidsregio) uitoefenen van een wettelijke bevoegdheid. Ik heb in mijn gesprekken met de werkgroep de vraag opgeworpen of de voorzitter wel alle bevoegdheden heeft die de minister van VWS nodig heeft om effectief op te sturen in het geval van een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact. Voorwaarde van een effectieve sturing is immers dat het juiste bestuursorgaan geadresseerde daarvan is. Een niet bestaande bevoegdheid kan niet worden gemandateerd.

Om te kunnen vaststellen of de voorzitter van de veiligheidsregio over een relevante te mandateren bevoegdheid beschikt, dient eerst een globaal beeld te worden geschetst van de bevoegdheden van de voorzitter van de Veiligheidsregio die met het tijdelijk mandaat zouden kunnen zijn gemoeid dat aan de directeur publieke gezondheid zou worden gegeven om de rechtstreekse sturing door de minister van VWS van de Directeur Publieke Gezondheid op medisch-operationele zaken te regelen. Wellicht ten overvloede: de sturing heeft immers geen betrekking op medisch-inhoudelijke zaken.

Aan het concept van dat 'Advies-Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI)' d.d. 23 december 2021 ontleen ik de volgende beschrijving van de inhoud van de sturing. Dat is een hulpmiddel om na te gaan welke bevoegdheden van de voorzitter van de veiligheidsregio in het spel zouden kunnen zijn.

VWS heeft behoefte aan landelijk uniforme sturing in de warme fase met betrekking tot de uitvoering van (grootschalige) medisch-operationele processen, waar snelheid en uniformiteit zijn vereist in het belang van de volksgezondheid. Het gaat daarbij om: grootschalig testen, grootschalig contactonderzoek en grootschalig vaccineren bij een pandemie van een A- infectieziekte met landelijke impact. Medisch-inhoudelijke onderwerpen maken geen deel uit van deze sturing, en veiligheidsthema's evenmin.

Bij de sturing valt te denken aan op te schalen medisch-operationele processen en thema's zoals het inrichten van locaties, het inplannen van afspraken, zaken die specifiek zijn voor bijvoorbeeld bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren, en inkoop, opslag en distributie, en aan het bijsturen in situaties waarin de opschaling in een regio achterblijft, waarin schaarste of te lange wachttijden ontstaan of waarin problemen met de samenwerking bestaan. Ik heb de indruk dat ook sturing op uniforme communicatie hiervan deel uitmaakt (zie p. 22 en 23 van het concept- 'Advies-Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI)' d.d. 23 december 2021). De gezochte sturing is beperkt tot sturing op de taken van de directeur Publieke Gezondheid<sup>22</sup>.

De wet geeft aan de voorzitter van de Veiligheidsregio de taak om zorg te dragen voor de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte. Deze zorg behelst nog geen bevoegdheid. Een andere interpretatie komt in strijd met het legaliteitsbeginsel.

Een kort voorbeeld.

Voorbeelden van bevoegdheden die voor een effectieve sturing bij het aan te sturen bestuursorgaan dienen te berusten zijn het sluiten van overeenkomsten om bron- en contactonderzoek te verrichten en om personeel aan te nemen. Deze bevoegdheden berusten echter bij het dagelijks bestuur van de gemeentelijke gezondheidsdienst (artikel 33b Wet gemeenschappelijke regelingen) of de voorzitter van de GGD (artikel 33d, eerste lid, Wet gemeenschappelijke regelingen). Dit dagelijks bestuur kan de bevoegdheid aan de Directeur Publieke gezondheid mandateren en – vergis ik mij niet – dan gebeurt dit ook regelmatig (altijd?). Komt het aan op het ondertekenen van de overeenkomst dan heeft de directeur mandaat nodig van de voorzitter van de Gemeentelijke gezondheidsdienst.

---

<sup>22</sup> In artikel 32, tweede lid, Wet op de veiligheidsregio's is haar of zijn taak omschreven als de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening, maar heet de minister van VWS daarover geen sturingsbevoegdheid. In veiligheidsregio's trof ik regelmatig aan dat de Algemeen Directeur van de Veiligheidsregio ondermandaat verleent aan de Directeur Publieke Gezondheid. Artikel 14 Wet publieke gezondheid beperkt zijn taakomschrijving tot het geven van leiding aan de gemeentelijke gezondheidsdienst. Ik neem aan dat de taken de directeur nader zullen zijn uitgewerkt in haar aanstellingsbesluit en instructies en in andere interne regelingen van de gemeentelijke gezondheidsdienst. Voorbeelden: Mandaat en instructie Directeur Publieke Gezondheid GGD Brabant-Zuidoost (mandaat van het Dagelijks Bestuur aan de directeur) en het Algemeen Mandaat-, volmacht- en machtigingsbesluit GGD Gelderland-Zuid (besluit Dagelijks Bestuur en voorzitter van de Gemeenschappelijke Regeling Gelderland- Zuid).

Dit toont al aan dat met een tijdelijk mandaat niet alle bevoegdheden worden gedekt die noodzakelijk zijn om de sturing door de minister van VWS te regelen. De voorzitter van de veiligheidsregio beschikt niet over alle bevoegdheden die nodig zijn om met een tijdelijk mandaat rechtstreekse sturing van de Directeur Publieke Gezondheid mogelijk te maken tijdens een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact.

### *Verschil van opvatting*

Er is in de werkgroep sturing warme fase en met de direct betrokken vertegenwoordigers van de verschillende ministeries constructief en diepgaand gesproken over de vraag wat de omvang van de bevoegdheid van de voorzitter van de Veiligheidsregio is bij de bestrijding van een pandemie met een A-infectieziekte. Die omvang bepaalt of met het gezochte mandaat alle bevoegdheden worden bestreken die voor een effectieve sturing door de minister van VWS op grond van de enige wettelijke grondslag daarvoor (te weten artikel 7 Wet publieke gezondheid).

De vertegenwoordigers van J en V wijzen er op dat de zorg voor de bestrijding van A- infectieziekten, ingevolge artikel 6, vierde lid van de Wpg, breed is en niet nader geclausuleerd met uitzondering van de bijzondere bevoegdheden tot het opleggen van maatregelen ingevolge hoofdstuk V van de Wpg. Om uitvoering aan deze verantwoordelijkheid te kunnen geven, geeft de voorzitter sturing aan de GGD als operationele organisatie voor de bestrijding van A- infectieziekten. Omdat de voorzitter veiligheidsregio integraal verantwoordelijk is voor de infectieziektebestrijding, is in de Wpg vastgelegd dat de minister van VWS bij bestrijding van A- infectieziekten aanwijzingen kan geven aan de voorzitter. Hiermee wordt een unieke en heldere sturingslijn gerealiseerd om de eenduidige en daarmee integrale aanpak te bevorderen. De vertegenwoordigers van J en V menen dat gelet op de brede reikwijdte van de zorg van de voorzitter van de Veiligheidsregio voor de bestrijding van een pandemie met een A-infectieziekte deze daarom over de relevante bevoegdheid beschikt die maakt dat met een tijdelijk mandaat de verlangde sturing door de minister van VWS kan worden gerealiseerd.

De vertegenwoordigers van J en V hebben in het gesprek een tweetal mogelijkheden voor mandaatverlening naar voren gebracht:

1/ De bevoegdheid van de voorzitter van de Veiligheidsregio om een aanwijzing te geven (op grond van artikel 6, vierde lid, Wpg) wordt gemandateerd aan de Directeur publieke gezondheid als leidinggevende van de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR) op grond van de Wet veiligheidsregio's. De vertegenwoordigers van J en V menen dat zo de directe doorgeleiding van aanwijzing wordt gerealiseerd. Dit, omdat de Directeur publieke gezondheid zowel de GHOR als de Gemeentelijke gezondheidsdienst aanstuurt. Met het mandaat wordt het informeren van en het afstemmen met de voorzitter van de Veiligheidsregio door de Directeur publieke gezondheid geborgd. Daardoor wordt volgens hen de verbinding tussen de DPG en de voorzitter Veiligheidsregio versterkt om de A-infectieziektecrisis optimaal te bestrijden.

2/ De bevoegdheid van de voorzitter Veiligheidsregio om de aanwijzing van de minister van VWS te ontvangen (artikel 7 Wpg) voor nader af te bakenen medische-operationele zaken wordt gemandateerd aan de Directeur publieke gezondheid als hoofd van de gemeentelijke gezondheidsdienst. Ook hier wordt volgens de vertegenwoordigers van J en V met het mandaat het informeren van en het afstemmen met de voorzitter van de Veiligheidsregio door de Directeur publieke gezondheid geborgd. Ook nu wordt volgens hen de verbinding tussen de DPG en de voorzitter Veiligheidsregio versterkt om de A-infectieziektecrisis optimaal te bestrijden.

Vertegenwoordigers van BZW en VWS wijzen erop dat de verantwoordelijkheid of zorgplicht van de voorzitter van de veiligheidsregio niet betekent dat zij alle bevoegdheden heeft waarop de minister van VWS in een pandemie dient te sturen. Bevoegdheden vereisen immers op grond van het legaliteitsbeginsel een duidelijke grondslag. Die grondslag heeft de voorzitter voor een aantal specifieke bevoegdheden in de Wet publieke gezondheid en de Wet veiligheidsregio's, maar dit maakt haar nog niet ongeclausuleerd bevoegd ook allerhande andere besluiten te nemen waarvoor de bevoegdheid niet aan de voorzitter is toegekend. Nog steeds zijn andere bestuursorganen van de gemeentelijke gezondheidsdienst bevoegd op onderwerpen die van belang zijn voor de sturing door de minister. Zij onderschrijven op dit punt mijn analyse dat niet alle bevoegdheden worden gedekt met het voorgestelde tijdelijke mandaat die nodig zijn voor een effectieve sturing door de minister van VWS tijdens zo'n pandemie met landelijke impact.

Ik vind de door de vertegenwoordigers van J en V naar voren gebrachte mandaatvarianties juridisch niet houdbaar. In de variant onder 1/ wordt eraan voorbij gegaan dat de minister van VWS – hoe voor de hand liggend ook – niet de bevoegdheid heeft om aanwijzingen te geven over de geneeskundige hulpverlening op basis van de Wet veiligheidsregio's. Een mandaat op grond van de Wet veiligheidsregio's heeft dan geen zin, omdat daarmee niet de mogelijkheid kan worden gecreëerd om een bevoegd bestuursorgaan te vertegenwoordigen bij de uitoefening van een bevoegdheid op grond van de Wet publieke gezondheid. In de variant onder 2/ wordt miskend dat het bestaan als geadresseerde van een aanwijzing niet een bevoegdheid is (=het vermogen om rechtshandelingen te verrichten). Nog minder kan worden aangenomen dat daarin de op grond van het legaliteitsbeginsel vereiste specifieke wettelijke grondslag zou kunnen worden gevonden.

Ik wijs erop dat de discussie over de beperkte dekking door het tijdelijke mandaat niet afdoet aan het belang van de taak van de voorzitter van de Veiligheidsregio om zijn integrale verantwoordelijkheid voor de zorg voor de bestrijding van een pandemie met een A-infectieziekte en voor de veiligheid en openbare orde in geval van rampen of crises op regionaal niveau.

## **Twee onderzochte alternatieven**

### *Een bestuursakkoord?*

Om een aantal redenen ligt het voor de hand dat er afspraken worden gemaakt met de andere overheid over onder meer de regionale pandemische paraatheid, kaderstelling en financiering. Het is denkbaar dat dan ook afspraken worden meegenomen over het mandateren van de bevoegdheid en het hanteren van een model daarvoor. In de praktijk van een pandemie weten de bevoegde functionarissen elkaar wel te vinden, en veelal zullen afspraken mogelijk blijken die ook bevredigend werken. Dit alles kan echter het juridische probleem niet oplossen dat mandaat de beoogde centrale sturing door de minister van VWS bij een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact niet kan realiseren omdat andere bestuursorganen belangrijke bevoegdheden hebben waarover de enige wettelijk geregelde adressaat van de sturing, de voorzitter van de Veiligheidsregio, ook bij een dergelijke pandemie niet beschikt. Een bestuursakkoord is dan ook niet geschikt om de gezochte sturing goed te regelen.

### *Een wetswijziging?*

Zoals ik hiervoor aangaf, is mij gevraagd te adviseren over de mogelijkheid van mandaat. Ik vat hierna nog de voor- en nadelen van de bezwaarconstructie samen. Echter, omdat ik tal van bezwaren zie tegen zowel de mandaatconstructie als een bestuursakkoord om de gezochte sturing door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS juridisch in de Wet publieke gezondheid zou immers kunnen worden neergelegd dat de gemeentelijke gezondheidsdienst de op grond van artikel 7, eerste lid gegeven opdrachten uitvoert. Dat zijn de opdrachten die de minister aan de voorzitter van de Veiligheidsregio geeft. Het gaat hier dan om de opdrachten waarvan het ministerie van VWS meent dat de voorzitter moet worden aangeschreven (bijvoorbeeld omdat er een veiligheidsbelang of ander openbaar ordebelang speelt). In deze bepaling zou kunnen worden neergelegd dat de gemeentelijke gezondheidsdienst aanwijzingen en richtlijnen van de minister van VWS in acht neemt. Het gaat hier wat mij betreft om de sturing op bijvoorbeeld medisch-operationele aangelegenheden waar de taken en bevoegdheden van de gemeentelijke gezondheidsdienst zijn betrokken. De organen en overlegstructuren binnen de regio's zorgen voor integrale afweging waar dat nodig is. Overwogen zou kunnen worden om in een later stadium een spiegelbepaling in de Wet veiligheidsregio's neer te leggen voor zover het geneeskundige hulpverlening betreft. Zo kan de beoogde wetswijziging beperkt blijven. De verplichting van de gemeentelijke gezondheidsdienst om de aanwijzingen en richtlijnen van de minister van VWS in acht te nemen is wat mij betreft beperkt tot de situatie waarin sprake is van een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact.

Naar ik meen zou een dergelijke beperkte wetswijziging voldoen aan de volgende voorwaarden die daaraan zouden moeten worden gesteld:

- rechtstreekse en effectieve sturing door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS op de juiste bestuursorganen met de juiste regionale bevoegdheden wordt mogelijk gemaakt;
- de positie en de integrale verantwoordelijkheid van de voorzitter Veiligheidsregio wordt versterkt;
- de sturingsbevoegdheid wordt toereikend geconditioneerd.

Een wetswijziging vergt enige tijd, maar moet ook niet te lang duren omdat er een belangrijk hiaat is dat bij een volgende pandemie zou moeten worden opgelost. Dit betekent dat bij het vormgeven van juridische sturing moet worden onderscheiden tussen een korte termijn-oplossing (in afwachting van wetswijziging) en een middellange termijn-oplossing (de beperkte wetswijziging). Er zijn ook stelselherzieningen denkbaar die wellicht zouden kunnen voortvloeien uit de besluitvorming die zal volgen op onder meer de evaluaties van de Wet veiligheidsregio's, van de aanpak van de Coronacrisis en van de Wet publieke gezondheid. Die zou ik op de langere termijn willen positioneren. Indien met de wetswijziging zou worden gewacht tot de besluitvorming over de evaluaties is afgerond en de wetswijzigingen zijn gerealiseerd, zou de benodigde aanpassing te laat kunnen komen.

Ik kom in mijn advies tot de volgende beschrijving van de voor- en nadelen van de hiervoor geschetste mogelijkheden om verlange sturing door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS vorm te geven:

### **Voor- en nadelen voorgesteld tijdelijk mandaat**

Het voorgestelde tijdelijke mandaat heeft daarmee de volgende voor- en nadelen:

#### *Voordelen:*

1. Er is geen wetswijziging noodzakelijk omdat van bestaande mogelijkheden gebruikt wordt gemaakt: sturing door de minister op grond van artikel 7, eerste lid, Wet publieke gezondheid en mandaatverlening door de voorzitter van de veiligheidsregio van zijn bevoegdheid op grond van artikel 6, vierde lid, Wet publieke gezondheid.
2. Met mandaat wordt aansluiting gezocht bij de eigen taken- en bevoegdheidsstructuur van de betrokken regio.
3. Met mandaat ontstaat een verhouding tussen de voorzitter Veiligheidsregio en de Directeur Publieke Gezondheid (algemene en bijzondere instructies, verantwoording) die de onderlinge afstemming versterkt.

#### *Nadelen:*

1. Landelijke uniformiteit is niet gewaarborgd, omdat elke voorzitter van de 25 Veiligheidsregio's eigen algemene en bijzondere instructies kan geven naast de sturing door de minister van VWS; Ook indien dezelfde model-mandaatregeling wordt nagevolgd in elke regio blijft het risico op onvoldoende uniformiteit bestaan.
2. De voorzitter van de Veiligheidsregio beschikt niet over alle bevoegdheden die de minister van VWS nodig heeft om effectief te sturen en de minister beschikt niet over de bevoegdheden die nodig zijn om alle juiste bestuursorganen van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst aan te sturen.
3. De minister van VWS heeft geen bevoegdheid om te sturen op de operationele leiding van de Directeur Publieke Gezondheid van de geneeskundige hulpverlening op grond van de Wet veiligheidsregio's. Het tijdelijk mandaat lost dit probleem niet op.

### **Voor- en nadelen alternatief 1: bestuursakkoord**

#### *Voordeel*

Met een bestuursakkoord kan op een flexibele en betrekkelijk snelle manier draagvlak worden vastgelegd om in goed overleg de vereiste afstemming te bereiken tussen de bevoegde bestuursorganen en overheden.

#### *Nadeel*

Met een bestuursakkoord wordt het juridisch probleem van een mandaat dat niet alle bevoegdheden dekt die nodig zijn voor een effectieve sturing door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS niet opgelost.

## Voor- en nadelen alternatief 2: wetswijziging

### Voordelen

1. De rechtstreekse sturing van de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS van de Gemeentelijke gezondheidsdienst (e/o de Directeur Publieke Gezondheid) kan juridisch sluitend worden geregeld;
2. De rechtstreekse sturing op de operationele leiding van de Directeur Publieke Gezondheid van de geneeskundige hulpverlening op grond van de Wet veiligheidsregio's kan worden geregeld;
3. De positie van de voorzitter Veiligheidsregio als verantwoordelijke voor de zorg voor de bestrijding van een pandemie met een A-infectieziekte kan worden versterkt.

### Nadelen

1. Wetswijziging vergt tijd. Het kan zijn dat de wijziging niet gereed is bij een volgende pandemie;
2. Het gevaar bestaat dat de wetswijziging wordt ondergebracht in mogelijk grote stelselwijzigingen volgende op evaluaties en daarmee verzandt in de tijd.

## Mijn advies

Ik kom tot de volgende antwoorden op de aan mij gestelde vragen en aanbevelingen.

### 1. Sturing in de koude fase

*In hoeverre is het juridisch mogelijk om in de koude fase te sturen op de GGD'en door middel van kaderstelling (zonder dat dit de gemeentelijke verantwoordelijkheden en bewegingsruimte ondermijnt)?*

Het is juridisch mogelijk om in de koude fase te sturen op de gemeentelijke gezondheidsdiensten met kaderstelling. Het meest geschikte instrument daarvoor is een Algemene Maatregel van Bestuur en de daarvoor beschikbare wettelijke basis is artikel 6, vijfde lid, Wet publieke gezondheid. Deze kaderstelling dient beperkt te blijven tot het stellen van minimumeisen aan de basistaken op het terrein van de pandemische paraatheid voor A-infectieziekten.

Omdat hierbij sprake is van een beleidsvoornemen van het Rijk die tot een wijziging van de uitoefening van taken of activiteiten door provincies of gemeenten leidt, is onderzoek en overleg vereist op grond van de Financiële Verhoudingswet om onder meer de financiële gevolgen daarvan inzichtelijk te maken. Het ligt voor de hand dat wordt getracht om in dit kader tot een bestuursakkoord met de stakeholders te komen om het draagvlak voor de beoogde kaderstelling te consolideren.

De financiering van de pandemische paraatheid van gemeentelijke gezondheidsdiensten dient met een specifieke uitkering te worden vormgegeven. Daarvoor is een wettelijke basis vereist in de Wet publieke gezondheid.

### 2. Sturing in de warme fase

*In hoeverre is de voorgestelde wijze van sturing door de minister van VWS in geval van een warme fase juridisch haalbaar o. b. v. een tijdelijk mandaat van de voorzitters-Veiligheidsregio's aan hun directeuren publieke gezondheid?*

Het is juridisch mogelijk om bevoegdheden van de voorzitter van de Veiligheidsregio te mandateren. De beslissing om één of meer van deze bevoegdheden te mandateren is echter niet aan de minister van VWS, maar aan de voorzitter van de Veiligheidsregio. Om diverse redenen vind ik het tijdelijke mandaat niet geschikt om de voorgestelde wijze van sturing door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS te realiseren. Ik adviseer dan ook om daarvan af te zien.

De belangrijkste reden is dat de voorzitter niet beschikt over een aantal bevoegdheden die van belang zijn voor een effectieve sturing door de minister van VWS. Deze bevoegdheden berusten bij andere bestuursorganen van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst, zoals met name het dagelijks bestuur. Ook waarborgt de mandaatconstructie niet de uniformiteit die bij medisch- operationele aangelegenheden ten tijde van een landelijke pandemie met een A-infectieziekte is vereist.

Bestuursafspraken dragen enigszins bij aan uniformiteit (bijvoorbeeld met een model van een mandaatregeling). Deze zijn echter niet toereikend om een toekomstbestendige en effectieve uniforme sturing te bereiken. Dergelijke afspraken lossen de problemen van een mandaatconstructie ook overigens niet op.

Ik heb hiervoor beschreven dat er een verschil van opvatting is tussen de vertegenwoordigers van J en V en die van VWS en BZK. Ook ik verschil van opvatting met de vertegenwoordigers van J en V. De gronden daarvoor heb ik hiervoor al toegelicht.

Mijn advies is om de verlangde sturing door de Landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding namens de minister van VWS met een beperkte wijziging van de Wet publieke gezondheid vorm te geven. Daarmee kan de rechtstreekse sturing van de minister van VWS op de gemeentelijke gezondheidsdienst op een effectieve manier worden gerealiseerd en de positie van de voorzitter veiligheidsregio worden verduidelijkt en versterkt. Het is van belang om de sturingsbevoegdheid te beperken tot de sturing bij een pandemie met een A-infectieziekte met landelijke impact op medisch-operationele aangelegenheden.



## Bijlage 6 – Afweging positionering LFI

### a. Geen zelfstandige organisatie maar onderbrengen bij een bestaande organisatie

Het is in theorie denkbaar de LFI als zelfstandige entiteit op te richten en niet onder te brengen bij een bestaande organisatie. Deze optie kent echter veel nadelen. De LFI is er voor uitzonderlijke omstandigheden. Zolang er geen sprake is van landelijke opschaling is, zal de LFI naar verwachting een relatief kleine entiteit zijn. Dit pleit ervoor de LFI gebruik te laten maken van de bedrijfsvoeringsprocessen van een bestaande organisatie. Als zelfstandige organisatie zou de LFI al deze processen (huisvesting, P&O, financiën, etc.) zelf moeten organiseren. Dat zou leiden tot een onevenredig grote overhead voor de LFI. Bovendien vergemakkelijkt aansluiting op deze bedrijfsvoeringsprocessen bij een bestaande organisatie ook de opschaling op dit vlak, indien de meeste randvoorwaarden in de voorbereiding al goed georganiseerd worden. Daarnaast is opschaling het best te organiseren als het aansluit op expertisen, structuren, werkwijzen, instrumenten en informatie in de reguliere infectieziektebestrijdingsketen.

Ook dit pleit voor onderbrenging bij een bestaande organisatie. In dit advies nemen we daarom alleen de optie onderbrenging in beschouwing en niet de optie van een nieuwe zelfstandige organisatie.

### b. Relevante overwegingen voor de onderbrenging van de LFI

Om te komen tot een advies voor de onderbrenging van de LFI is een aantal overwegingen van belang. Hieronder worden deze puntsgewijs toegelicht.

- *Sturing door minister VWS:* De LFI komt onder directe sturing van de minister van VWS. Onderbrenging moet deze sturing goed mogelijk maken.
- *Focus op uitvoering (skracht):* de LFI is een operationele organisatie waar snel en slagvaardig handelen voorop staat. Focus op de uitvoering is van groot belang bij de onderbrenging. Het Verwey-Jonker Instituut adviseert ook de LFI op enige afstand van de beleidskern te positioneren.
- *Aansluiting op bestaande nationale crisisstructuren:* Onderbrenging bij een organisatie die al geregeld nationaal crises aanstuurt en al beschikt over personeel met de juiste competenties op dit vlak, zal effectief optreden van de LFI ondersteunen.
- *Landelijke rol:* De LFI speelt een rol bij landelijke opschaling. De ophanging moet hierbij aansluiten.
- *Aansluiting op bestaande infectieziektebestrijdingstaken:* Opschaling is het best te organiseren als het aansluit op expertisen, structuren, werkwijzen, instrumenten en informatie in de reguliere infectieziektebestrijdingsketen. Hierdoor kan het LFI ook goed aangesloten blijven op innovaties in de infectieziektebestrijding en signalen die kunnen wijzen op nieuwe pandemieën. Bovendien kan de LFI dan ook beter een aanjaagfunctie vervullen die in de voorbereiding op opschaling nodig is, bijvoorbeeld op het gebied van gezamenlijke oefenen en trainen.
- *Solide basis:* Het is zeker denkbaar dat de frequentie van toekomstige pandemieën relatief laag is. Het is daarom van belang de LFI onder te brengen bij een organisatie met een solide basis en niet bijvoorbeeld in een (tijdelijk) samenwerkingsverband.
- *Onderbrenging bij een organisatie met een eigen en relevante inkoopfunctie:* Bij een toekomstige nationale infectieziektecrisis zal de LFI wendbaar moeten zijn en in kunnen spelen op onvoorziene omstandigheden. Dit betekent onder meer dat er snel en adequaat middelen, mensen en diensten moeten kunnen worden ingekocht of via reeds opgestelde contracten moeten worden aangewend. Dit kan het beste als de organisatie waarin de LFI is ondergebracht beschikt over een eigen inkoopfunctie. Bij voorkeur heeft de inkoopfunctie ook expertise op (een deel van) de onderdelen van de landelijke functionaliteit.

## c. Mogelijke opties voor onderbrenging

De bovenstaande overwegingen geven al richting aan de opties die het verdienen serieus in beschouwing te worden genomen. Gezien de publieke taak op het gebied van de infectieziektebestrijding nemen we alleen overheidsorganisatie in beschouwing. De drie organisaties die in de afgelopen periode een belangrijke rol hebben gespeeld op het gebied van de infectieziektebestrijding zijn het kerndepartement VWS, het RIVM en de GGD'en. Deze worden dus in ieder geval in beschouwing genomen. Daarnaast bezien we ook de optie om het LFI onder te brengen bij een organisatie die zich al richt op het gebied van de crisisbeheersing. Dit zijn er een aantal bij de overheid, bijvoorbeeld de NCTV, Defensie of Rijkswaterstaat. We kiezen hier in de afweging voor de organisatie die qua werkterrein de meeste overlap heeft met humane infectieziektebestrijding: de NVWA. De NVWA treedt als crisisorganisatie op voor de bestrijding van dierziekten.

- *Het kerndepartement VWS:* deze is bij uitstek geschikt voor de sturende rol van de minister van VWS. Het heeft een landelijke rol en is een solide organisatie om de LFI bij onder te brengen. De focus van het kerndepartement ligt echter minder op uitvoering(skracht) en afstand tot de beleidsfunctie is nauwelijks te realiseren. Ook de aansluiting op bestaande IZB-taken is gering. Deze taken zijn voornamelijk belegd bij de GGD'en en het RIVM.
- *De GGD'en:* de aansluiting op bestaande IZB-taken zou goed kunnen worden geregeld bij de GGD'en. De Focus van de GGD'en ligt ook op uitvoering(skracht). De GGD'en zijn echter regionaal georganiseerd en kennen met de GGD-GHOR NL een beperkte landelijke structuur. Dit bemoeilijkt de aansturing door de minister en de landelijke rol die de LFI moet vervullen. De benodigde solide basis voor de LFI kan hierdoor ook moeilijker worden gerealiseerd. Ervaring met nationale aansturing van crises is gedeeltelijk in het afgelopen periode opgedaan maar nog niet structureel. De GGD'en stellen in hun brief aan de informateur van 25 mei jl. ook voor dat een slagvaardige crisisorganisatie niet bij de GGD'en maar bij het RIVM zou kunnen worden belegd. Ten slotte is er bij de GGD'en ook geen sprake van een eigen inkoopfunctie.
- *Een bestaande crisisorganisatie binnen het Rijk, zoals de NVWA:* De NVWA heeft een landelijke uitvoerende rol in de bestrijding van dierziekten, soms zelfs meerdere keren per jaar. De NVWA kan een solide basis vormen voor de LFI. Hoewel de minister van LNV eigenaar is van de NVWA, fungeert de minister van VWS op sommige terreinen als opdrachtgever van de NVWA, wat een vorm van sturing door de minister van VWS mogelijk maakt. De NVWA is ervaren in het bestrijden van crises, beschikt over personeel met competenties op dit vlak en is in staat om op te schalen als nodig. Daar staat tegenover dat er nauwelijks aansluiting is op de reguliere IZB-taken.
- *Het RIVM:* Het RIVM is onderdeel van het ministerie van VWS en leent zich goed voor sturing door de minister van VWS. Het RIVM heeft een landelijke rol en zou met haar wettelijke grondslag een solide basis vormen voor de LFI. De aansluiting op bestaande IZB-taken is goed te regelen bij het RIVM. Daarnaast beschikt het RIVM over een eigen inkoopfunctie met voor het LFI relevante expertise, zoals ten aanzien van inkoop van vaccins en medische hulpmiddelen. Hoewel het RIVM ook over uitvoerende onderdelen beschikt, ervaring heeft in het aansturen van logistieke processen en de afgelopen periode heeft laten zien slagvaardig te kunnen opereren, is het in hoofdzaak een inhoudelijk kennisinstituut met minder focus op uitvoering(skracht). Desalniettemin vervult het RIVM ook crisistaken op het gebied van bijvoorbeeld milieu en heeft het ook personeel met competenties op dit vlak.

## d. Advies

Van de vier opties hierboven kennen onderbrenging bij het kerndepartement en de GGD'en de meeste nadelen. Het grote nadeel van onderbrenging bij het kerndepartement is de geringe afstand tot de beleidsfunctie. Het grote nadeel van onderbrenging bij de GGD'en is de decentrale organisatievorm en het daarom niet goed rechtstreeks kunnen sturen. Daarom worden deze twee opties ontraden.

Onderbrenging bij de NVWA en het RIVM kennen de meeste voordelen en de minste nadelen. Bij de NVWA is het belangrijkste nadeel dat de LFI dan niet aansluit op bestaande IZB-taken en daarmee geen onderdeel is van de witte keten. Bij het RIVM is het belangrijkste nadeel de verminderde focus op uitvoering(skracht). Een van de ontwerpprincipes van de landelijke functionaliteit is namelijk:

*“Om op te kunnen schalen is het van belang dat op te schalen processen zo veel mogelijk aansluiten bij de reguliere processen. De LFI maakt daarom zoveel mogelijk gebruik van expertise, structuren, werkwijzen, instrumenten en informatie vanuit de reguliere infectieziektebestrijding en crisisbeheersing. Hierdoor blijft het LFI ook goed aangesloten op innovaties in de infectieziektebestrijding en crisisbeheersing. Voor processen die nodig zijn voor de specifieke A-ziekte zal de LFI ten tijde van de pandemie investeren in specifieke innovatieprocessen.”*

Onderbrenging van de LFI bij de NVWA bemoeilijkt deze aansluiting in belangrijke mate. Daar komt bij dat dit nadeel nauwelijks is op te lossen. Het is niet realistisch te veronderstellen dat ook reguliere IZB-taken bij de NVWA worden ondergebracht. Het nadeel van het NVWA weegt daarom zwaar, mede omdat dit nadeel structureel is.

Het nadeel van het RIVM is wel oplosbaar. Het is mogelijk om met aandacht voor aansturing, inrichting, competenties en ontwikkeling meer focus op uitvoering(skracht) te organiseren.

Geadviseerd wordt de landelijke functionaliteit onder te brengen bij het RIVM.

## e. Aandachtspunten

Geadviseerd wordt om in geval van onderbrenging van de LFI bij het RIVM aandacht te besteden aan de volgende punten met betrekking tot de organisatie en de uitvoering(skracht):

- *Aansturing*: de LFI vergt aansturing die past bij de aard van haar taken en werkzaamheden. De LFI zal in de kern als crisisorganisatie met een sterke focus op grootschalige uitvoering moeten worden opgezet waarop een vorm van rechtstreekse sturing door de minister van VWS mogelijk moet zijn. De kennis en ervaring die ander crisisorganisaties op dit vlak hebben opgedaan (bijvoorbeeld Defensie en de Nationale Politie) kunnen behulpzaam zijn bij het inrichten van de organisatie en deze sturing.
- *Personeel/competenties*: de LFI vergt personeel met specifieke competenties, gericht op operationele aansturing (in crisissituaties). Tegelijkertijd moet het personeel in de reguliere fase ook in staat zijn een formele en informele netwerkfunctie te vervullen, zowel nationaal als internationaal om goed aangehaakt te blijven op relevante ontwikkelingen en een aanjaagfunctie moeten kunnen vervullen om richting alle partners om goed voorbereid te zijn op een toekomstige pandemie.
- *Afbakening met inhoudelijk adviserende taak*: om voldoende focus op de uitvoering(skracht) te houden, is formele afbakening met andere rollen van het RIVM (zoals de medisch-inhoudelijke advisering over bestrijding van infectieziektebestrijding) van belang. Onderbrenging van de LFI bij het RIVM moet deze taak niet verzwakken en vice versa. Idealiter werken deze taken versterkend op elkaar.
- *Ondersteunende bedrijfsvoering*: de huidige bedrijfsvoeringsprocessen van het RIVM zijn ingericht op ondersteuning van alle huidige primaire processen van het RIVM. De omvang van de bedrijfsvoering die de LFI vereist in een warme fase is potentieel zeer omvangrijk. Hoewel in de preparatiefase veel goed georganiseerd kan worden (zoals het aangaan van slapende contracten of het goed inregelen van de IV) zal tijdens een pandemie veel werk hierop nodig zijn.





**Dit is een uitgave van**

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Bezoekadres**

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

**Postadres**

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

Telefoon 070 340 79 11

Telefax 070 340 78 34

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

juni 2022