


# MOMENTUM

---

*Tijd voor een inclusieve en  
mondiale aanpak van  
pandemische paraatheid en  
respons*

Beleidsadvies PV NY 2021-2022

THE  
WEST  
WING



The West Wing  
© 2021-2022

Ministerie van Buitenlandse Zaken  
Rijnstraat 8, Den Haag

Momentum:

*Tijd voor een inclusieve en mondiale aanpak van pandemische paraatheid en respons*

Trackleider: Kim Brands

Eindredacteuren: Laura Boer, Tim Driessen & Sara Hofkes

Trackleden: Samar Ahmed, Robin Buijs, Birgit Hofman, Juliette Huijsmans, Liban Khalif, Lotté Toet, Thijs Uildriks, Naomi van der Valk & Vincent van Zijtveld

Opdrachtgever: Ministerie van Buitenlandse Zaken: Permanente Vertegenwoordiging van het Koninkrijk der Nederlanden bij de Verenigde Naties in New York

Gepubliceerd: 10 mei 2022

Gepresenteerd: 13 mei 2022



# Voorwoord

Dit beleidsadvies is geschreven door The West Wing, de onafhankelijke jongerendenktank van en voor het Ministerie van Buitenlandse Zaken (BZ), in opdracht van de Permanente Vertegenwoordiging (PV) van het Koninkrijk der Nederlanden bij de Verenigde Naties in New York. Het beleidsadvies dat voor u ligt, onderzoekt hoe het Koninkrijk der Nederlanden, op basis van de internationale ontwikkelingen en adviezen, het beste zijn positie en inzet op het gebied van 'pandemic preparedness and response' kan vormgeven binnen de Verenigde Naties.

In de periode oktober 2021 tot en met mei 2022 hebben twaalf studenten en young professionals met uiteenlopende studierichtingen en achtergronden gewerkt aan het bestuderen van literatuur en uitgebrachte internationale adviezen, het interviewen van experts en medewerkers van BZ, het nauwkeurig volgen van de internationale ontwikkelingen en uiteindelijk het uitwerken van aanbevelingen in onderstaand rapport. Terwijl de huidige pandemie onze eigen levens op microniveau nog altijd tekende, probeerden de trackleden op macroniveau al grip te krijgen op nieuwe pandemieën in de toekomst.

Dit beleidsadvies is mede tot stand gekomen door de medewerking van vele beleidsmedewerkers en experts van BZ, het Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (VWS) en andere organisaties. Wij willen onze grote dank uitspreken voor de verhelderende en inspirerende gesprekken die we hebben gevoerd met verschillende experts en medewerkers van onder andere African Medical and Research Foundation (AMREF) Flying Doctors, COVID-19 Vaccines Global Access (COVAX), Directorate of Foreign Relations Curaçao, Directie Multilaterale Instellingen en Mensenrechten – BZ, Directie Sociale Ontwikkeling – BZ, Directie Westelijk Halfrond – BZ, Erasmus Universiteit Rotterdam, Gavi – the vaccine alliance, Grampians Public Health Unit, Instituut Clingendael, de Nederlandse ambassade in Washington, PV Europese Unie, PV Genève, PV NY, Universiteit Leiden, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Universiteit Utrecht en VWS.

Dit beleidsadvies heeft nadrukkelijk een adviserend karakter en biedt de PV NY handvatten om, na eigen overwegingen, haar eigen strategie op het gebied van pandemische paraatheid en respons binnen de VN vorm te geven. Wij hopen dat de PV NY en andere betrokken directies het beleidsadvies met interesse zullen lezen.

The West Wing, track PV NY 2021-2022  
Den Haag, mei 2022



# De Auteurs



**Kim Brands**  
Trackleider PV NY, Bestuur The West Wing



**Samar Ahmed**  
Politiek analist en politicoloog  
Polpo



**Juliette Huijsmans**  
Student LLM Law and Politics of  
International Security  
Vrije Universiteit Amsterdam



**Laura Boer**  
Redactie-assistent  
Uitgeverij Matrijs



**Liban Khalif**  
MSc Political Science: Conflict,  
Power and Politics  
Radboud Universiteit Nijmegen



**Robin Buijs**  
Student BSc Politicologie  
Universiteit Leiden



**Lotte Toet**  
Student MSc Social Policy and Public Health  
Universiteit Utrecht



**Tim Driessen**  
Student MSc Crisis and Security  
Management  
Universiteit Leiden



**Thijs Uildriks**  
Specialist Monitoring  
Van Oort & Van Oort Public Affairs en Communicatie



**Sara Hofkes**  
Student MSc International Relations  
and Diplomacy  
Universiteit Leiden



**Naomi van der Valk**  
Beleidsadviseur en Criminoloog  
Openbaar Ministerie



**Birgit Hofman**  
Student MA International Relations:  
Global Conflict in the Modern Era  
Universiteit Leiden



**Vincent van Zijtveld**  
MSc Geneeskunde en student MSc  
Recht van de Gezondheidszorg  
Universiteit Leiden en Erasmus Universiteit



## Lijst met afkortingen

AIV	Adviesraad Internationale Vraagstukken
AVG	Algemene Verordening Persoonsgegevens
AZG	Artsen Zonder Grenzen
BZ	het Ministerie van Buitenlandse Zaken
CDW	Clinical Data Warehouse
COVAX	COVID-19 Vaccines Global Access
EU	de Europese Unie
GDPR	General Data Protection Regulation
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
IHR	International Health Regulations
KNL	het Koninkrijk der Nederlanden
NGO	Niet-Gouvernementele Organisaties
ProMED	Program for Monitoring Emerging Diseases
PV NY	de Permanente Vertegenwoordiging bij de Verenigde Naties in New York
RIVM	het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SRGR	Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten
TWW	The West Wing
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
VN	de Verenigde Naties
VWS	het Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport
WHO	World Health Organization



# Inhoudsopgave

<b>7</b>	<b>Inleiding</b>	
<b>8</b>	<b>1. Een sterkere WHO</b>	
	1.1 Reacties van de WHO en de rol van het KNL op eerdere uitbraken	<b>8</b>
	1.2 Geleerde lessen op basis van vorige uitbraken voor de WHO	<b>10</b>
	1.3 Uitdagingen voor een effectieve crisisaanpak van de WHO	<b>11</b>
	1.4 Noodzaak voor een sterke WHO	<b>12</b>
	1.5 Het momentum van de COVID-19 pandemie	<b>12</b>
	1.6 Bereidheid voor hervormingen	<b>13</b>
	Conclusie	<b>14</b>
<b>16</b>	<b>2. Effectieve communicatie en informatiedeling</b>	
	2.1 Communicatie	<b>16</b>
	2.2 Informatiedeling	<b>19</b>
	Conclusie	<b>22</b>
<b>23</b>	<b>3. Toekomstbestendige gezondheidssystemen</b>	
	3.1 Toegang tot de gezondheidszorg	<b>23</b>
	3.2 Algemene gezondheid als basis van pandemische paraatheid	<b>24</b>
	3.3. Verdeling beschermingsmiddelen en geneesmiddelen	<b>26</b>
	Conclusie	<b>28</b>
<b>29</b>	<b>4. Mondiale samenwerking en solidariteit</b>	
	4.1 Het gebrek aan solidariteit tijdens de COVID-19 pandemie en de gevolgen daarvan	<b>29</b>
	4.2 Verbeteringen voor de toekomst	<b>31</b>
<b>34</b>	<b>Conclusie</b>	
<b>36</b>	<b>Aanbevelingen</b>	
<b>37</b>	<b>Bibliografie</b>	



## Inleiding

De COVID-19 pandemie heeft aangetoond dat de wereld onvoldoende voorbereid was op een pandemie. Door het gebrek aan voorbereiding leidde het virus tot ongekende schade op het gebied van gezondheid. Ten tijde van het verschijnen van dit rapport zijn er wereldwijd bijna 514 miljoen bevestigde besmettingen gerapporteerd en zijn er wereldwijd rond de 6.3 miljoen mensen overleden aan het virus.[1] Daarnaast heeft het virus ook geleid tot enorme economische en sociale gevolgen.

De COVID-19 pandemie is niet de eerste en zal ook zeker niet de laatste pandemie zijn. Voor een toekomstige crisis is het essentieel om pandemische paraatheid en respons te verbeteren. Dit momentum stelt ook het Koninkrijk der Nederlanden (KNL) voor de taak om een strategie op te stellen op het gebied van 'global health' en pandemische paraatheid. In het regeerakkoord van kabinet Rutte IV wordt dan ook ingezet op pandemische paraatheid door middel van financiële toezeggingen, het opstellen van een Global Health Strategy en duurzame ontwikkeling van het gezondheidssysteem.[2] Tevens is er door de Tweede Kamer een adviesaanvraag gedaan bij de Adviesraad Internationale Vraagstukken (AIV) omtrent kaders voor een Nederlandse Global Health Strategy.[3]

De huidige ontwikkelingen in acht nemend, adviseert dit beleidsadvies vrijblijvend de Permanente Vertegenwoordiging van het Koninkrijk der Nederlanden bij de Verenigde Naties in New York (PV NY) over de vraag welke rol het KNL binnen VN-verband op dit gebied kan spelen. Zodoende gaat dit beleidsadvies in op de volgende hoofdvraag:

*“Hoe kan het Koninkrijk der Nederlanden, op basis van de internationale ontwikkelingen en adviezen, het beste zijn positie en inzet op het gebied van ‘pandemic preparedness and response’ vormgeven binnen de VN?”*

Dit beleidsadvies is verdeeld in vier hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk bespreekt de lessen van eerdere uitbraken en de uitdagingen van de World Health Organization (WHO) in het effectief reageren op een crisis. Het tweede hoofdstuk bespreekt het belang van communicatie en internationale informatiedeling in het bestrijden van een crisis. Het derde hoofdstuk bespreekt het belang van het weerbaar maken van gezondheidssystemen voorafgaand aan een volgende crisis. Het laatste hoofdstuk bespreekt de noodzaak van een mondiale en solidaire aanpak voor pandemische paraatheid en respons. Aan het einde van ieder hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor de PV NY. De conclusie van dit beleidsadvies geeft antwoord op de hoofdvraag en geeft een overzicht van alle aanbevelingen voor de PV NY. ■



# 1. Een sterkere WHO

Gedurende de afgelopen decennia hebben vele delen van de wereld uitbraken van infectieziektes gekend. Niet eerder werd er echter op zo'n grote schaal hinder ondervonden als tijdens de uitbraak van COVID-19. Om de uitbraken van infectieziektes te monitoren en waar nodig in te grijpen hebben de VN in 1948 de WHO opgericht. De WHO is de primaire organisatie voor het monitoren van gezondheidsbedreigingen en gerenommeerd om haar wetenschappelijke en technische capaciteiten. In die rol heeft de WHO op verschillende uitbraken gereageerd in de afgelopen decennia. De ene interventie is effectiever geweest dan de andere: dit hoofdstuk legt daarom aan de hand van vier grote uitbraken uit welke rol de WHO tot nu toe gespeeld heeft op het gebied van uitbraken van infectieziekten. Uit deze reacties worden lessen getrokken die aantonen hoe de WHO zich kan verbeteren en waar de PV NY op in moet zetten om die visie te realiseren. De algemene conclusie van dit hoofdstuk is dat de PV NY moet inzetten op gestructureerde en duurzame financiën, een duidelijke scheidslijn tussen de WHO en de VN en *member state commitment* binnen zowel de WHO als de VN.

## 1.1 Reacties van de WHO en de rol van het KNL op eerdere uitbraken

In de afgelopen decennia heeft de WHO met verschillende soorten (virus-)uitbraken te maken gehad. In dit deel wordt een aantal van deze uitbraken besproken om de reacties en handelingen aan te geven van de WHO en/of het KNL. Het complete overzicht van (virus-)uitbraken is uiteraard veel groter, maar omwille van de omvang van dit advies worden er vier uitbraken uitgelicht.

In 1987 startte de WHO een *Global Program on Aids* om bewustzijn te creëren rondom hiv. Dit programma zorgde niet voor de nodige veranderingen, waarna een actieve globale lobby en onderzoekstak nodig bleek, waarop UNAIDS (kenniscentrum voor hiv/aids) in 1997 werd opgericht.[4] Diverse overheidsinstanties zoals het KNL, formuleren hun hiv/aids en Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR) beleid op basis van de epidemiologische gegevens en technische richtlijnen van UNAIDS.[5] Rond 1980 werd er veelal ingezet op preventie door gedragsverandering door middel van voorlichting, omdat er geen geneesmiddel beschikbaar was.[6]





Tijdens de eerste besmettingen van het *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS)-coronavirus in China in november 2002 had de WHO een leiderschapsrol in het coördineren van de internationale virus aanpak.[7] De belangrijkste instrumenten voor de WHO waren de *Global Outbreak and Alert Response Network*, een wereldwijd elektronisch netwerk van experts en internationale instanties, en *The Canadian Global Public Health Intelligence*, een computerprogramma dat met zoektermen op internet informatie zocht die op een uitbraak kon duiden.[8][9] Tijdens deze uitbraak heeft het KNL het Centrum voor Infectieziekten verzocht alles over de uitbraak te rapporteren. Echter was er geen protocol qua kennisdeling en met spoed is er een concept protocol geschreven. Dit was echter niet meer dan een blauwdruk. Eind 2003 heeft het ministerie van VWS aan de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD) de opdracht gegeven een modulair draaiboek te ontwikkelen voor toekomstige grootschalige infectie rampen, dat breed toepasbaar is. Dit draaiboek is voor het laatst in februari 2020 nog aangepast.[10]

In juni 2009 verklaarde de WHO de swine flu tot een pandemie en riep zij lidstaten op om een 'pandemic planning' te starten door middel van een indeling van zes fasen. Op Europees niveau zijn er verschillende voorbereidingen getroffen: zo zijn er lidstaten die (medisch-inhoudelijke) informatie uitwisselden en waar mogelijk maatregelen op elkaar afstemden. [11] Het KNL vond de afstemming van maatregelen tussen landen binnen de EU niet optimaal.[12] Het gebrek aan afstemming zorgde voor een vertraagde samenwerking tussen de lidstaten. Als dit wel was gebeurd was de reactie hoogstwaarschijnlijk optimaal en effectief geweest.

De reactie van de internationale gemeenschap op de uitbraak van het ebolavirus in 2014-2015 wordt achteraf omschreven als traag. Eind juni 2014 luidde Artsen Zonder Grenzen (AZG) de noodklok over de medische noodsituatie. De WHO zag echter niet dezelfde gevaren als AZG.[13]. De WHO zag het namelijk vooral als een lokaal probleem.[14] In september 2014 kwam bij de internationale gemeenschap pas het besef dat ebola een serieus probleem was. De WHO richtte op 19 september de *UN Mission for Emergency Ebola Response* op. Dit was de eerste keer dat de WHO zo'n organisatie opzette voor een gezondheidsmissie.[15] De WHO droeg bij door een groot deel van de wereldwijde aankopen van, met name persoonlijke beschermingsmiddelen, op zich te nemen. Daarnaast heeft de WHO geïnvesteerd in onderzoeksactiviteiten en paraatheid. Hierbij was het delen van kennis over de ziekte essentieel.



Er werd hierdoor samengewerkt met lokale artsen, tropenartsen en epidemiologen. In januari 2015 werd er door overheden, financiële instituten en private partners ruim 5.1 miljard dollar beschikbaar gesteld om de epidemie te bestrijden.[16] Daarnaast is de kennis en kunde van ruim 2000 buitenlandse medische hulpverleners uit 40 landen ingezet in een poging om de pandemie in te dammen.[17] Nederland besloot over te gaan tot het doneren van geld en hulpmiddelen en deed een uitvraag aan zorgverleners om vrijwillig naar West-Afrika af te reizen.[18] In Nederland werd ook gekeken in hoeverre ebola een gevaar kon zijn voor de volksgezondheid. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft vanaf 2014 vastgesteld dat de kans uiterst klein was dat een reiziger besmet zou raken met het ebolavirus en het mee zou brengen naar Nederland.[19] Hierom zijn er geen extra maatregelen aangekondigd ter preventie van het ebolavirus.

Uit deze analyse van de vier uitbraken blijkt dat er meerdere lessen geleerd kunnen worden uit het verleden. Het volgende deel beschrijft de lessen over de reactie op de uitbraak. Daarna volgt een evaluatie over het functioneren van de WHO en welke uitdagingen een effectieve reactie op een uitbraak in de weg stonden. Op basis van deze analyse kan er geïdentificeerd worden wat de rol van de WHO moet zijn in de toekomst.

## 1.2 Geleerde lessen op basis van vorige uitbraken voor de WHO

Ten eerste bleek de kennisvergaring en -deling over een nog onbekende ziekte bij eerdere crises vaak langzaam op gang te komen, bijvoorbeeld bij de hiv/aids uitbraak, waarbij er pas na tien jaar een kenniscentrum werd opgericht. Het moment dat er een virus uitbreekt, waar weinig kennis over is, moet er direct/op korte termijn kennis worden vergaard op alle mogelijke manieren. Ten tweede is openbaarheid van informatie en informatiedeling essentieel, zowel voor wetenschappelijke kennis als informatie die de overheid met burgers deelt. Op basis van de SARS uitbraak kan geconcludeerd worden dat internationale samenwerking vereist is voor een succesvolle aanpak en dat versterking van gezondheidssystemen een belangrijke prioriteit moet worden.[20] Ten derde, op basis van de swine flu uitbraak, is te zien dat afstemming met andere EU-lidstaten essentieel is. Om afstemming te bevorderen zou er een Europese leidraad moeten komen wanneer de WHO een advies uitbrengt. Hierdoor zal elke lidstaat op de hoogte zijn van wat andere lidstaten zullen ondernemen tijdens uitbraken en is er een directe afstemming. Ten slotte, tijdens de ebola-uitbraak is de WHO te laat geweest met het detecteren van de gevaren van ebola en is er pas vier maanden na de uitbraak daadkrachtig gereageerd. Hier had eerder op geacteerd moeten worden.



### 1.3 Uitdagingen voor een effectieve crisisaanpak van de WHO

Bij toekomstige pandemieën is het essentieel dat de internationale gemeenschap voldoende voorbereid is om effectief te reageren aan het begin van een uitbraak. In dit scenario heeft de WHO een sterke leiderschapsrol en heeft de VN in New York een ondersteunende rol, in tegenstelling tot de huidige situatie en verhoudingen.

Uit eerdere virusuitbraken blijkt dat er meerdere uitdagingen zijn voor de WHO om effectief te kunnen reageren in een crisis. Een prominent voorbeeld is de financiering van de organisatie. Na de ebola-uitbraak wilde de organisatie het gebrek aan duurzame financiering verbeteren maar aan het begin van de COVID-19 crisis in 2020 kampte de organisatie nog steeds met dit probleem. Door het gebrek aan een bestaand budget, en het gebrek aan aanvullende financiering van de lidstaten, had de WHO niet voldoende financiële middelen om een crisisaanpak op te zetten en kwam deze dus laat op gang.[21]

Een andere uitdaging voor een effectief crisisbeleid van de WHO is de afhankelijkheid van de lidstaten. Na de swine flu-pandemie in 2009, wilde de WHO het mandaat aanpassen om meer operationele capaciteit te hebben ten tijde van een toekomstige crisis. Destijds werd dit echter geweigerd door de lidstaten.[22] Toen deze crisis plaatsvond bekritiseerden de lidstaten echter de trage reactie van de WHO.[23] Hoewel de lidstaten wel verwachtten dat de WHO een sterke leidersrol neemt, gaven ze de organisatie niet het mandaat om deze rol te kunnen vervullen. Verder is de WHO ook afhankelijk van de bereidheid van lidstaten om samen te werken in een pandemie.[24] Zowel tijdens SARS als COVID-19 waren er landen, zoals China, die geen informatie wilden delen met de organisatie, wat een effectief beleid ondermijnt.[25]

Voor een effectief beleid is het essentieel om te voorkomen dat er kostbare tijd verloren gaat doordat er bijvoorbeeld geen budget beschikbaar is of doordat de WHO niet voldoende of juiste informatie krijgt van lidstaten. In de toekomst is het belangrijk dat de WHO een sterke leiderschapsrol krijgt met voldoende operationele capaciteit dat in lijn is met het mandaat. Bovendien is het essentieel dat het mandaat ook overeenkomt met de verwachtingen van de lidstaten. Daarnaast is het noodzakelijk dat de WHO aanvullende autoriteit krijgt om te zorgen dat de international health regulations beter worden nageleefd.



## 1.4 Noodzaak voor een sterke WHO

In de toekomst zou de WHO een leidende rol moeten hebben en de VN een ondersteunende rol. De VN kunnen met name bijdragen door politieke commitment te creëren voor hervormingen en de beleidsvorming. Als er duidelijke afspraken zijn gemaakt in New York tussen regeringsleiders op het gebied van pandemische paraatheid, is het voor het personeel in Genève makkelijker om het beleid uit te voeren. In de toekomst moet er een heldere verdeling zijn van de politieke dialoog en de technische uitvoering van beleid.

Voor een betere toekomstige aanpak is het ook belangrijk dat de internationale wetgeving beter wordt nageleefd. De International Health Regulations (IHR) uit 2005 is het belangrijkste legale document voor pandemische paraatheid en respons. Tijdens de COVID-19 pandemie werd een speciale werkgroep opgericht met als doel het evalueren van het functioneren van de IHR tijdens de pandemie. Uit deze evaluatie is gebleken dat de bestaande internationale wetgeving niet meer voldoet om alle legale aspecten van pandemische paraatheid te behandelen.[26] Dit beleidsadvies pleit voor de versterking van de IHR in de toekomst met strengere naleving en verantwoordelijkheid voor de verplichtingen als prioriteiten. Daarnaast pleit dit advies ook voor een nieuw en aanvullend legaal document. In deze documenten kunnen onderwerpen aan bod komen die buiten de scope van de IHR vallen zoals rechtvaardigheid en de *One Health approach*. [27]

Hoewel het duidelijk is wat de rol van de WHO zou moeten zijn in de toekomst, toont het verleden aan dat een crisis niet altijd leidt tot de gewenste hervormingen. Het volgende deel bespreekt daarom kort wat de huidige crisis anders maakt dan voorgaande crises, en waarom deze crisis unieke mogelijkheden creëert om wél de nodige hervormingen door te voeren. Verder worden er concrete aanbevelingen gedaan voor de PV NY.

## 1.5 Het momentum van de COVID-19 pandemie

In vergelijking tot de eerdere crises besproken aan het begin van dit hoofdstuk is COVID-19 van veel grotere impact en omvang wereldwijd. COVID-19 is de eerste dodelijke besmettingsziekte in de huidige maatschappij die tot pandemie is geworden. Waar eerdere ziektes voornamelijk beperkt bleven tot enkele of meerdere landen, veranderde COVID-19 in rap tempo in een wereldwijde chaos door diens snelle infectiesnelheid. De gevolgen van de crisis zijn uiteenlopend. Zo vielen er ruim zes miljoen doden in amper twee jaar tijd, lag de globale infrastructuur volledig stil en trok de pandemie de wereld in een recessie die haar weerga niet kent.[28][29]



Waar eerst enkel gevreesd werd voor een gezondheids crisis met desastreuze gevolgen, is het nu duidelijk dat ook de economische malaise steeds groter wordt.[30] Voornamelijk de impact wereldwijd is opvallend in vergelijking tot eerdere ziekte-uitbraken. Zo bleef de impact van ebola grotendeels beperkt tot enkele landen in Afrika, en ook de varkensgriep in 2009 zorgde voor een veel minder grote impact dan COVID-19.[31] De uitbraak van aids in de jaren tachtig van de vorige eeuw was tevens een dodelijke infectieziekte die tot op heden 36 miljoen levens geclaimd heeft.[32] Deze uitbraak was echter geen luchtweginfectie ziekte, maar een seksueel overdraagbare aandoening en had als dusdanig een geheel andere manier van verspreiding.

De huidige COVID-19 crisis is een perfecte wake-up call voor de internationale gemeenschap op het gebied van pandemische paraatheid en respons. Veel experts zijn het er hedendaags over eens dat de slechte voorbereiding op pandemieën als wel een matig leerproces tijdens de pandemie aan de grondslag liggen van de (te) grote impact op de samenleving. De discrepantie tussen de potentiële en daadwerkelijke respons is groot en vereist veel verbetering voor een betere toekomstige pandemische paraatheid en respons.[33]

## 1.6 Bereidheid voor hervormingen

De huidige bereidheid om veranderingen door te voeren op pandemische paraatheid en respons komt voort uit de realisatie van veel landen dat de gebrachte respons inadequaat is gebleken. Tevens is de grote afhankelijkheid van andere landen een goede indicator voor de verbondenheid waar landen mee te maken hebben voor toekomstige uitbraken. De gevolgen van globalisatie zorgen namelijk voor een wereld die meer en meer verbonden raakt en ons daardoor steeds vatbaarder maakt voor infecties uit andere werelddelen. Op die manier kunnen virussen sneller verspreid worden en een (nog) grotere impact hebben.[34] Dit is evident gebleken tijdens COVID-19 en daardoor creëert de pandemie een perfect momentum voor verandering. Veel landen realiseren zich dat een falen om zich voor te bereiden op de volgende pandemie gelijkgesteld staat aan een toekomstig falen bij nieuwe virusuitbraken.[35] Zoals aangegeven door minister Kuipers van VWS maakt het kabinet per 2022 300 miljoen euro per jaar beschikbaar om een sterke(re) gezondheidszorg op te stellen en een flexibele houding te realiseren ten tijde van nieuwe gezondheidsbedreigingen.[36]



De *call to action* voor hervormingen in de structuur van de gezondheidszorg, de flexibiliteit, de rol van de WHO en het functioneren van de IHR is anders dan in voorgaande jaren door de enorme omvang van de pandemie. De WHO heeft gedurende de pandemie voortdurend benadrukt dat het nú het moment is voor veranderingen om de global health security op een adequaat niveau te brengen. Tevens is er nu de politieke wil die gebruikt moet worden om solide funderingen te leggen voor de toekomst van de *global health security*. De cyclus van “paniek en verwaarlozing” moet, na eerdere mislukkingen, nu eindelijk doorbroken.[37]

## Conclusie

Om deze hervormingen daadwerkelijk te realiseren zijn er verschillende middelen nodig. Ten eerste, er moet een duidelijke scheidslijn komen tussen de jurisdictie van de WHO en de VN. De missie van de WHO om “the attainment by all peoples of the highest possible level of health” te realiseren als gespecialiseerd agentschap van de VN op het gebied van gezondheid moet voornamelijk een technische functie zijn.[38] Idealiter ontstaat er een Global Health Agenda bij de VN in New York die alle politieke overwegingen in acht neemt. De technische uitvoering moet vervolgens bij de WHO in Genève komen.[39] De functie van de VN in New York moet om die reden bestaan uit het mandaat geven, principe-besluiten nemen, grote lijnen uitzetten en een duurzame financiering realiseren. Deze scheiding van jurisdicties kan ervoor zorgen dat er effectievere conclusies bereikt worden omdat principe-besluiten technisch makkelijk uitgedragen kunnen worden.[40]

Ten tweede, de financiën binnen de WHO moeten zowel beter gestructureerd worden als wel duurzamer. De huidige financiering is gefragmenteerd, te veel gefocust op ad-hoc contributies en te statisch.[41] Dit zorgt vervolgens voor een governance-systeem dat gericht is op korte termijn reparaties in plaats van de lange termijn. Zonder een passend financieel systeem met duurzame contributies en middelen worden toekomstige uitdagingen tijdens pandemieën groter, niet kleiner. De G20-top heeft gedurende de COVID-19 pandemie een gezamenlijke conclusie getrokken. Dit houdt in dat *effective global governance* een noodzakelijk systeem is, waarin financiële middelen gemakkelijker ingezet kunnen worden en de relatieve comparatieve voordelen van de lidstaten snel en duidelijk ingezet kunnen worden.[42]



Ten derde, het financiële vraagstuk hangt direct samen met de algehele *member state commitment*. Tijdens de pandemie is veelal gebleken dat landen soms informatie achterhielden, traag waren met het delen van vindingen en grotendeels een eigen lijn trokken in de bestrijding van het virus. Het opvolgen van de WHO-adviezen werd niet, zoals afgesproken in de IHR, uniform geregeld. Dit komt mede door de jurisdictie waarin de WHO opereert. De jurisdictie van de WHO is vergaand als gevolg van de 'supranationale wetgeving' waarbinnen zij opereert. Deze categorie is uniek in haar focus op samenwerkingen om internationale organisaties de middelen te bieden om verdragen en regels op te stellen voor al haar deelnemers. Echter is de macht van de WHO beperkt door haar weigering om gebruik te maken van wettelijke bevoegdheden om zo haar doelen te realiseren.[43]

Hoewel de wetgeving de WHO internationale legitimiteit geeft en een strategische positie binnen de gezondheidssferen, valt de daadwerkelijke handhaving van de resoluties binnen lidstaten tegen. In de huidige vorm gebruikt de WHO haar jurisdictie eerder als een 'soft global health norm' dan een bindende en wettelijke resolutie.[44] De WHO Grondwet voorziet de WHO wel degelijk van de mogelijkheid om normatieve wetgeving te genereren en critici stellen steeds stelliger voor dat de WHO die lijn daadwerkelijk aanneemt.[45] In het kort, de schepping van de WHO als normatieve organisatie belast met de regie en coördinatie van 'global health activities' is bovenop de Grondwet nog veel meer gerechtvaardigd als lidstaten erkennen dat normatieve agenda's veel succesvoller zijn in het zetten van de global health agenda. Wetenschappelijke en technische support zijn namelijk onvoldoende 'drivers of change' om alle bijkomende nevenactiviteiten effectief te veranderen, waar normatieve agenda's dit wél kunnen realiseren.





## 2. Effectieve communicatie en informatiedeling

Communicatie is een van de belangrijkste processen tijdens crises en communicatiestrategieën kunnen een groot verschil maken indien effectief uitgevoerd. In dit hoofdstuk worden twee vormen van communicatie behandeld, zogeheten ‘stakeholder communication’ en ‘crisis knowledge management’.[46] Aan de hand van deze twee vormen wordt aangetoond wat effectieve communicatie inhoudt en hoe het ingezet kan worden ter bevordering van begrip voor nationale en internationale maatregelen ten tijde van uitbraken. Het doel hiervan is ervoor zorgen dat een reactie op een crisis begrepen en gesteund wordt door de bevolking. Voor pandemische paraatheid is dit voornamelijk het delen van betrouwbare informatie over de crisis, zodat alle belanghebbenden (de bevolking) meegenomen kunnen worden in de crisisbestrijding. Tevens wordt de rol en impact van de *infodemic* besproken en potentiële maatregelen om dit tegen te gaan. Dit hoofdstuk belicht allereerst de benodigdheden voor communicatie vanuit de WHO, waarna er ingegaan wordt op de huidige vormen van informatiedeling en er suggesties gedaan worden voor verbeteringen, waaronder een medische database. Dit hoofdstuk concludeert vervolgens dat de PV NY een discussie moet starten over duidelijkere communicatie en de medische database binnen de VN, maar het aanvechten van de *infodemic* aan de private sector/WHO moet laten.

### 2.1 Communicatie

Om effectief te communiceren is een standaardisatie van de communicatie nodig vanuit de WHO. Hierbij zijn de zogenoemde stakeholders, de bevolking, een onmisbare factor in de reactie op een pandemie. Om zoveel mogelijk burgers te bereiken en meer steun voor de internationale maatregelen te krijgen, is de vorm van communicatie die de WHO hanteert van groot belang. Hierin moet een afweging gemaakt worden gemaakt tussen op maat gemaakte en gestandaardiseerde communicatie. Daarnaast moet er gekeken worden naar welke manier van communiceren het meest doeltreffend is voor de lange termijn. In dit hoofdstuk worden twee manieren van communicatie vanuit de WHO naar de bevolking belicht. Verder wordt in dit hoofdstuk de *infodemic* besproken.

‘Stakeholder communication’ houdt in dat een organisatie inventariseert wie de stakeholders zijn en wat hun motieven en drijfveren zijn. Door deze inventarisatie kan er informatie worden verstrekt die inspeelt op die behoeften. Het verlangen naar op maat gemaakte boodschappen voor verschillende stakeholders wordt groot wanneer de centrale organisatie te maken heeft met meerdere doelgroepen, verschillende behoeften en tegenstrijdige belangen.[47]





Deze communicatiestrategie is een manier om op nationaal niveau effectief te kunnen communiceren omdat daar de behoeften van de bevolking makkelijker kunnen worden bediend. Voor de WHO is deze strategie echter niet toepasbaar, gezien de schaal waarop de WHO opereert. Op mondiaal niveau zijn er teveel verschillende perspectieven die nooit allemaal bediend kunnen worden.

Belangrijk hierbij is dat er sprake is van uniforme, coherente informatie. Daarnaast is het belangrijk dat de autoriteit over informatie bij de WHO ligt. De informatie die de WHO verstrekt is leidend. Zo wordt het risico dat er een 'wirwar' aan informatie ontstaat verkleind. Ook zou de WHO in haar communicatie organisatorische keuzes duidelijk moeten uitleggen, zodat zij voor een groot publiek helder zijn.[48] Juist het formuleren van een uniforme boodschap is belangrijk wanneer er sprake is van een grote verandering, zoals een pandemie. De database die in verderop in dit hoofdstuk wordt besproken, draagt ook bij aan het verhogen van de uniformiteit van de boodschappen van de WHO.

Om de boodschap van de WHO kracht bij te zetten, is het belangrijk dat de WHO de bevolking een realistisch perspectief biedt in haar communicatie. Onderzoek wijst uit dat tijdens een langdurige pandemie, waarbij er grote offers worden gevraagd van de bevolking, het bieden van hoop een belangrijk uitgangspunt zou moeten zijn.[49] De WHO speelt met zijn communicatie echter eerder in op de angstgevoelens van mensen, zoals bijvoorbeeld bij de COVID-19 pandemie gebeurde. Hoewel dit voor gedragsverandering op de korte termijn kan zorgen, is het niet per se houdbaar op de lange termijn. Onderzoekers stellen in *Nature Human Behaviour* dat juist uit de literatuur over crisiscommunicatie en psychologie blijkt dat het bieden van hoop, op basis van een realistische routekaart, van essentieel belang is in een langdurige crisis. Zo wordt vermoeidheid van de bevolking tegengegaan en blijft het draagvlak voor de maatregelen hoog.[50] Door vanuit de WHO enkel objectieve feiten te communiceren, verdwijnt het normatieve aspect. Hierdoor kunnen staten zelf kiezen welke strategie ze willen gebruiken, afhankelijk van de specifieke situatie (zoals het inspelen op angstgevoelens). Hierbij is het echter wel een vereiste dat staten duidelijk communiceren over de verschillen in maatregelen met andere staten. Het is belangrijk te benoemen dat een objectieve rol van de WHO op het gebied van communicatie idealiter bijdraagt aan de algehele bestrijding van de pandemie.



### 2.1.1 Infodemic

Een infodemic (information-pandemic) kan de informatie, die door de WHO gegeven wordt, ondermijnen. Onderzoek over de COVID-19 pandemie wijst uit dat meetbare golven van onbetrouwbare informatie voorafgegaan zijn aan stijgende infectiecijfers.[51] Bij een infodemic is er sprake van misleidende en niet betrouwbare informatie tijdens een ziekte-uitbraak. De risico's van een infodemic voor de volksgezondheid zijn groot.[52] Zo stelde de directeur-generaal van de WHO dat er naast de COVID-19 pandemie ook een infodemic bestreden moest worden.[53] De WHO beargumenteert dat een infodemic leidt tot wantrouwen in de gezondheidsautoriteiten, wat op haar beurt weer leidt tot minder draagvlak voor de maatregelen.[54]

Doordat een groot deel van de wereld tegenwoordig toegang heeft tot social media en internet kan misleidende informatie gemakkelijk worden verspreid. Hierdoor is een infodemic in de COVID-19 pandemie een grotere dreiging dan in eerdere pandemieën. Dit kan leiden tot een gevaar voor de volksgezondheid. Hierom heeft de WHO vier aanbevelingen opgesteld om een infodemic tegen te gaan. Deze aanbevelingen zijn als volgt:

- Luisteren naar zorgen en vragen van de gehele bevolking;
- Weerbaarheid opbouwen binnen de bevolking tegen verkeerde informatie;
- Inzicht krijgen in de risico's van een infodemic en hierop het advies van gezondheidsdeskundigen bevorderen;
- De gemeenschap betrekken bij de besluitvorming, waardoor er op een positieve manier actie kan worden ondernomen tegen een pandemie.[55]

Door uniforme en betrouwbare informatie te verstrekken, kan de WHO invloed uitoefenen op een deel van de infodemic. De WHO moet feitelijke en objectieve informatie blijven aandragen om nepnieuws te voorkomen, maar heeft in het aanpakken van nepnieuws zelf een minder grote rol te spelen. Het actief bestrijden van de infodemic kan namelijk beter worden gedaan door private social media bedrijven zoals Facebook, Twitter, TikTok etc. Dit zijn de platformen waar een infodemic vaak op ontstaat. De WHO kan hier tijdens een volgende pandemie bijvoorbeeld wel mee samenwerken om campagnes op te richten.



## 2.2 Informatiedeling

Het monitoren van opkomende infectieziekten is van vitaal belang voor de vroege identificatie van bedreigingen voor de volksgezondheid. Het ontstaan van nieuwe infecties is gekoppeld aan menselijke factoren zoals bevolkingsdichtheid, reizen, handel, ecologische factoren (zoals klimaatverandering) en landbouwpraktijken. Om deze dreigingen te monitoren wordt er wereldwijd gebruik gemaakt van verschillende databases en informatieplatformen. Tabel 1 geeft een overzicht van bestaande technologieën, voorbeelden en de toepassingen.[56] Vervolgens zal worden besproken welke informatie momenteel gedeeld wordt, en wat er kan worden verbeterd richting een volgende pandemie.

Technologies / Resources	Examples	Application
Event-Based Surveillance	GPHIN, ProMED-mail, HealthMap, EpiSPIDER, BioCaster	Outbreak and emerging public health threat detection (i.e., SARS)
Web-based real-time Surveillance	Google Trends, Google Flu Trends	Real-time monitoring of disease activity
Early Warning and Alert Response Networks	GOARN	Detection of public health threats, communication between institutions, implementation of preventive and control measures (i.e., WHO Global Alert and Response)
Infectious Disease Modeling	Agent-based models, metapopulation models (GLEAM, FRED, gravity model)	Epidemic simulation Assessment of disease spread determinants, design of containment interventions
Social Media	Foodborne Chicago, Flu NearYou	Participatory epidemiology (i.e., foodborne illnesses, seasonal influenza activity)
New technologies in Pathogen Discovery	Genome Wide Sequencing, Microarrays, Bioinformatics	Pathogen/Virus discovery Wildlife sampling and surveillance, predictive modeling, determinants of host susceptibility, animal models

Tabel 1: Verschillende typen platformen over ziekte uitbraken [56]



### 2.2.1 Huidige informatiedeling

Wat opvalt is dat verschillende landen eigen software en medische databases voor contactopsporing, onderzoek en soms nationaal toezicht gebruiken. Voorbeelden hiervan zijn onder andere District Health Information Software, het Surveillance, Outbreak Response Management and Analysis System, Go.Data, Open Data Kit, Epi Info, CommCare, KoboToolbox en Excel.[57] Tijdens de COVID-19 pandemie waren de besmettingscijfers van verschillende landen wel te vergelijken, maar waren deze afkomstig uit verschillende nationale bronnen. Ook bevatten deze databases vaak alleen direct aan de pandemie gerelateerde informatie. Achterliggende medische informatie en individuele gevallen waren op basis hiervan niet inzichtelijk.

Hiernaast zijn er ook zogenaamde ‘epidemic intelligence from open sources’. Dit zijn platformen waarop leden, zowel experts als gewone burgers, informatie kunnen uitwisselen over mogelijke ziekte-uitbraken. Eén hiervan is het Program for Monitoring Emerging Diseases (ProMED), een non-gouvernementeel monitoringssysteem waar ook de WHO lid van is.[58] Leden van dit platform kunnen hier zowel zelf-opgedane kennis en observaties als secundaire bronnen, zoals nieuwsberichten, naartoe mailen. Door het wereldwijd grote aantal leden is dit platform een bron van diverse informatie, die gecheckt en gebundeld wordt in publicaties. Voor het vroegtijdig signaleren van toekomstige pandemieën zijn dit soort platformen uitermate geschikt, omdat er geen uitgebreide bureaucratie bij komt kijken. Het delen van informatie is daardoor zeer laagdrempelig. Doordat er geen standaard format is waarin de informatie moet worden doorgegeven, is deze informatie echter niet bruikbaar om analyses te doen van het verloop en de mortaliteit van een ziekte.

In conclusie, er wordt dus al op veel verschillende manieren informatie gedeeld. Deze informatie is echter voornamelijk technisch van aard en omvat zaken als de fysieke kenmerken van een virus. Er zitten echter een aantal nadelen aan het feit dat alleen deze informatie wordt gedeeld. Het grootste nadeel is dat er op basis van de gepresenteerde data alleen grove trends in besmettingen waargenomen kunnen worden, maar de achterliggende oorzaken en risicofactoren niet kunnen worden geanalyseerd. Verder vereist het delen van informatie een actieve handeling. Hierdoor is er niet alleen een afhankelijkheid van bereidheid om informatie te delen, maar ook van het feit dat iemand actief stappen moet ondernemen. Dit in tegenstelling tot het na toestemming automatisch delen van informatie.



Om de hierboven beschreven nadelen te overkomen, kan het delen van patiëntgegevens een uitkomst bieden. Hierdoor is er de noodzaak voor een nieuwe database, die als belangrijkste functie het standaardiseren en combineren van medische gegevens wereldwijd heeft. Hieronder zal dit verder worden besproken.

### **2.2.2 Een nieuwe vorm van informatiedeling: medische database**

Een centrale verzamelplek voor wereldwijde data is de meest effectieve manier om data te bundelen en te kunnen analyseren.[59] Om patiëntgegevens overzichtelijk op te slaan, dient er een nieuw systeem te worden opgetuigd. Het wordt wereldwijd wettelijk verplicht om patiëntgegevens bij te houden. In Nederland is dit al verplicht. Zorgverleners moeten een gestandaardiseerd patiëntendossier opstellen, wat ten minste de volgende eigenschappen bevat: leeftijd, geslacht, gewicht, alle gediagnosticeerde ziekten (inclusief kenmerken), klachten zonder diagnose en medicatie. Deze gegevens moeten op nationaal niveau worden opgeslagen in een centraal register. Dit centrale register vervangt het veelvoud aan systemen waarin deze informatie nu wordt bijgehouden. De patiëntgegevens zijn, net als nu, alleen toegankelijk voor de behandelend arts. De gegevens komen vervolgens geanonimiseerd ook terecht in een tweede database, een zogenaamd 'clinical data warehouse' (CDW). Het toezicht op het CDW en de analyse van de data zal dan worden gedaan door een speciaal monitor- en onderzoeksteam van de WHO.

Er zitten een aantal grote voordelen aan deze nieuwe benadering van dataverzameling. Ten eerste is de data gestandaardiseerd voor de hele wereld, waardoor analyses makkelijk uit te voeren zijn. Zo kan elk land afwegingen maken op basis van dezelfde informatie, en kunnen patronen van landen uit eerdere fasen van een pandemie makkelijker herkend worden. Dit vergroot de kans op tijdige en effectieve (internationale) maatregelen. Ten tweede bevat deze database alle patiëntgegevens, en niet alleen pandemiegerelateerde informatie (zoals een positieve test). Hierdoor zijn risicofactoren makkelijker te signaleren.

Er zijn echter ook een aantal argumenten in te brengen tegen het creëren van deze database. Ten eerste is er het belang van controle over eigen gegevens. Zo stellen de General Data Protection Regulation (GDPR) en de Algemene Verordening Persoonsgegevens (AVG) dat data alleen verwerkt en gedeeld mogen worden met expliciete toestemming van de betrokkene.[60]



Voor het bijhouden van een ‘normaal’ patiëntendossier is in deze waarborg al voorzien. Het centraal opslaan van gegevens is dus wettelijk toegestaan, zolang derden geen toegang hebben tot de informatie.[61] Voor het gebruiken van patiëntgegevens voor een wereldwijde database, zoals hierboven beschreven, ontbreekt deze expliciete toestemming echter nog wel. Hierom zal een arts, na het invoeren van het voorgestelde systeem, patiënten expliciet vragen of diens gegevens gebruikt mogen worden voor de database. De verwachting is dat niet iedereen hiermee akkoord zal gaan, maar wereldwijd wel voldoende mensen om een representatieve steekproef van de wereldpopulatie krijgen. Een tweede aspect is de digitale veiligheid van de data. Ook hiervoor is het van belang dat er maar een select, geautoriseerde groep mensen toegang heeft tot de data.

## Conclusie

Heldere en betrouwbare communicatie is onmisbaar in het bestrijden van een pandemie. Gezien het feit dat een pandemie een mondiaal probleem is, moet er sprake zijn van adequate communicatie tussen staten, maar ook tussen internationale organisaties en burgers. Er moet een effectieve manier van dataverzameling zijn, en deze informatie moet op de juiste manier worden uitgedragen naar burgers.

Ten eerste wordt het KNL geadviseerd te pleiten voor een communicatiestrategie van de WHO die uniform is en perspectief biedt. Voor iedereen ter wereld moet dezelfde, objectieve informatie beschikbaar zijn. De informatie moet enkel op feiten gebaseerd zijn; de interpretatie en normatieve uitdraging moet worden overgelaten aan andere partijen. Ten tweede wordt het KNL geadviseerd om binnen de VN een discussie op gang brengen over het creëren van een nieuwe medische database. De kaders van deze database zijn een politieke discussie, waarin het KNL zelf het in dit hoofdstuk beschreven model kan nastreven. Ten slotte wordt het KNL geadviseerd zich juist niet actief bezig te houden met de bestrijding van de infodemic, omdat daar een grote rol is weggelegd voor private bedrijven. ■



### 3. Toekomstbestendige gezondheidssystemen

De COVID-19 pandemie heeft aangetoond dat gezondheidssystemen wereldwijd niet voldoende voorbereid waren op een pandemie.[62] Hoewel het voorkomen van toekomstige pandemieën niet haalbaar is, is het verminderen van de aangebrachte schade dat wél. Het gaat hierbij om het weerbaar maken van gezondheidssystemen. In dit advies wordt een brede definitie van een ‘gezondheidssysteem’ als uitgangspunt genomen. Hierbij gaat het dus zowel om directe gezondheidszorg, als meer ‘indirecte’ taken, zoals de publieke gezondheid en leefomstandigheden. Om écht voorbereid te zijn op een nieuwe pandemie, is het essentieel om gezondheidssystemen juist in deze brede zin weerbaar te maken. Aangezien een gezondheidssysteem veelal een nationale taak is, kan en hoeft het KNL hier binnen de VN geen normatieve positie op in te nemen jegens andere landen. Het maken van internationale afspraken omtrent het weerbaar maken van de gezondheidssystemen op VN niveau is daarentegen wel een onderwerp waar het KNL aan kan bijdragen. Dit hoofdstuk beveelt aan dat het KNL bij het maken van deze afspraken in ieder geval aanstuurt op drie pijlers: toegang tot de gezondheidszorg, verbeteren van de algemene gezondheid en de verdeling van genees- en beschermingsmiddelen.

#### 3.1 Toegang tot de gezondheidszorg

Het is belangrijk dat de reguliere gezondheidszorg in een land blijft draaien en voor iedereen toegankelijk blijft ten tijde van een pandemie. Tijdens de COVID-19 pandemie is dit in vele nationale gezondheidssystemen mis gegaan. In Nederland was er bijvoorbeeld een afname te zien van het aantal reguliere zorgcontacten (non-covidzorg) in de eerste lijn gezondheidszorg (o.a. huisartsen).[63] Ook het RIVM heeft onderzoek gedaan naar de indirecte effecten van de COVID-19 pandemie op de gezondheid en de gezondheidszorg in Nederland. In verschillende rapportages is te zien dat er een afname is in de omvang van de geleverde reguliere zorg.[64] Hierdoor zijn er naar schatting tien keer meer levensjaren verloren dan gewonnen door de geleverde covidzorg.[65] Niet alleen in Nederland was dit effect zichtbaar, wereldwijd werd kritieke gezondheidszorg onderbroken door COVID-19.[66] Uit onderzoek van de WHO bleek bijvoorbeeld dat er eind 2021 nog altijd in 90 procent van de landen onderbrekingen in de essentiële gezondheidszorg waren.[67]

Tegenover deze nadelige effecten staan ook positieve ontwikkelingen, waarbij de toegang tot de zorg op afstand werd gewaarborgd, bijvoorbeeld door middel van e-consults en het thuis monitoren van patiënten. Ook werd in sommige landen de gezondheidszorg gereorganiseerd, waarbij meer werd gericht op ‘community services’.[68]



Daarnaast werd er in sommige gevallen internationaal samengewerkt om de gezondheidszorg draaiende te houden, bijvoorbeeld toen Duitsland Nederlandse covid-patiënten opving. Ondanks deze innovatieve oplossingen en positieve ontwikkelingen, is het duidelijk dat de toegang tot de gezondheidszorg een van de punten is die tijdens de huidige pandemie ernstig tekort is geschoten.

Het is dan ook wenselijk dat ieder land in zijn nationale pandemische paraatheidsplannen opneemt hoe in een toekomstige pandemie de toegang tot de gezondheidszorg gewaarborgd kan worden. Het is namelijk voor de WHO niet mogelijk om gestandaardiseerde maatregelen op te leggen die de gezondheidszorg toegankelijk houden, omdat ieder land zijn eigen gezondheidssysteem heeft. Elk land zal zelf maatregelen moeten bedenken die passen bij de lokale context, zoals het medische systeem, maar ook bij de culturele en sociologische aspecten van de samenleving. Er liggen hierbij vruchtbare kansen in de eerder genoemde digitalisering, juist ook in landen waar men verre afstanden moet overbruggen voor fysieke gezondheidszorg. Ook strekt het tot aanbeveling dat landen samenwerken om de gezondheidszorg te waarborgen, bijvoorbeeld door het opvangen van patiëntenstromen. Hierbij is het belangrijk dat er vooraf regionale of bilaterale plannen worden gemaakt, in plaats van enkel het ter plekke opzetten van noodhulp tijdens een crisis.

### **3.2 Algemene gezondheid als basis van pandemische paraatheid**

Een sterkere publieke gezondheid vormt de basis van pandemische paraatheid: hoe sterker de publieke gezondheid, hoe beter een bevolking bestand is tegen een pandemie. Dit advies pleit daarom voor het versterken van bestaande gezondheidssystemen, in plaats van het creëren van een parallel gezondheidssysteem voor pandemieën.

Tijdens eerdere pandemieën, specifiek de COVID-19 pandemie, hebben onderliggende gezondheidsrisico's namelijk tot meer schade geleid. Het belang van algemene gezondheid voor pandemische paraatheid blijkt dan ook op verschillende manieren uit het verloop van eerdere pandemieën, namelijk uit het bestaan van bepaalde algemene risicofactoren voor een ernstiger verloop van ziekte en de grote secundaire effecten van eerdere pandemieën.





Ten eerste is uit eerdere pandemieën gebleken dat er bepaalde risicofactoren bestaan, die de algemene gezondheid van een bevolking verzwakken en een land daarmee kwetsbaarder maken voor een pandemie. Bij COVID-19 waren bijvoorbeeld ouderdom, overgewicht en het hebben van chronische ziekten zoals diabetes, hartziekten en luchtweg- of longproblemen risicofactoren voor het ernstiger verlopen van een infectie.[69] Hoewel het natuurlijk onduidelijk is wat specifieke risicofactoren zullen zijn bij een nieuwe ziekte, zorgen factoren als roken, drinken en ongezonde voeding altijd voor een slechtere gezondheid. Ook factoren als onvoldoende beweging, een ongezonde leefomgeving, onbeschermd seks en een gebrek aan basisvaccinaties verhogen de kans op verschillende ziekten. Uit statistieken blijkt dat deze risicofactoren zeer relevant blijven: zo roken wereldwijd nog steeds 1,3 miljard mensen, hebben 1,9 miljard mensen overgewicht en blijft overmatig alcoholgebruik een van de grootste risico's voor de gezondheid van een bevolking.[70][71][72]

Ten tweede werd het belang van algemene gezondheid tijdens eerdere crises ook zichtbaar door het ontstaan van secundaire effecten van een pandemie. Hiermee wordt bedoeld dat naast de directe sterf- en ziektegevallen die veroorzaakt worden door de ziekte van de pandemie zelf, bijvoorbeeld COVID-19, er nog meer schade ontstaat door andere ziekten en gezondheidsproblemen die versterkt worden door de pandemie. Dit was ook bij de COVID-19 pandemie het geval: naast direct aan covid gerelateerde sterfgevallen, verslechterde ook de situatie qua andere ziekten, zoals malaria, hiv/aids en tuberculose.[73] Het bestaan van deze secundaire effecten toont aan dat de algemene gezondheid onlosmakelijk is verbonden met gezondheidsbedreigingen en moet als dusdanig versterkt worden voor toekomstige pandemieën.

Deze aspecten samenvoegend, kan geconcludeerd worden dat de algemene gezondheid van de bevolking van belang is voor een toekomstige pandemie. Hoe groter het deel van de bevolking is dat lijdt onder eerdergenoemde risicofactoren, hoe meer mensen er, waarschijnlijk, ernstig ziek zullen worden tijdens een pandemie. Een groter aantal mensen dat ernstig ziek wordt heeft dan weer een ontwrichtend effect op de samenleving en bijvoorbeeld het zorgstelsel.

Een nationaal plan voor pandemische paraatheid zou daarom gekoppeld moeten worden aan plannen om de algemene gezondheid te verbeteren. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om preventie van latere gezondheidsproblemen, zoals het stimuleren van gezonde voeding, voldoende beweging en het tegengaan van roken en overmatig alcoholgebruik. Ook een algemeen vaccinatieprogramma, ook wel 'routine immunization' genoemd, zou onderdeel uit moeten maken van elk gezondheidssysteem.[74]



De infrastructuur hiervoor zou stabiel genoeg moeten zijn om ten tijde van een pandemie draaiende te blijven, in tegenstelling tot tijdens de COVID-19 pandemie. Dit zou een deel van de secundaire effecten van een pandemie kunnen verminderen. Ten slotte dient ieder land voorlichting op het gebied van gezondheid prioriteit te maken. Lokale en ‘community-led’ initiatieven zouden hierbij op de voorgrond moeten staan. Voor deze verbeteringen is ook een grote financiële investering nodig: de volksgezondheid zou daarom een groter aandeel in nationale budgetten moeten krijgen dan het nu heeft.

Hoewel, zoals eerder gesteld in dit hoofdstuk, het verbeteren van de algemene gezondheid van een bevolking de taak is van nationale overheden, kan het KNL zich er binnen de VN hard voor maken dat algemene gezondheid wordt gezien als een integraal deel van pandemische paraatheid. Zo kan er voorgesteld worden om het maken van plannen voor pandemische paraatheid expliciet te koppelen aan het Duurzame Ontwikkelingsdoel ‘Good health and well-being’, kan het KNL aansturen op het opnemen van algemene gezondheidsdoelen in de richtlijnen voor pandemische paraatheid in de aanstaande Pandemic Treaty en kan het KNL de initiatieven op dit gebied waar zij al aan bijdraagt, bijvoorbeeld in samenwerking met Niet-Gouvernementele Organisaties (NGO’s) en de private sector, blijven steunen en proberen pandemische paraatheid hierbij te betrekken.[75]

### **3.3 Verdeling beschermingsmiddelen en geneesmiddelen**

Uiterst van belang om een pandemie te kunnen bestrijden is het voorhanden hebben van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, geneesmiddelen en een eerlijke verdeling van dergelijke middelen. Tijdens de COVID-19 pandemie is duidelijk geworden dat er grote tekorten ontstonden en er werd pas opgeschaald op het moment van de daadwerkelijke crisis. De vorm van toekomstige pandemieën, en bijbehorende beschermingsmiddelen, is echter onbekend. Daarom stuurt dit beleidsadvies aan op een algemene wereldwijde versterking en verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen naar het ‘stockpile’ model en nieuwe wetgeving van de EU.

Er zijn geen toereikende internationale afspraken over de verdeling van essentiële gezondheidsgoederen, waaronder vaccins.[76] De marktwerking die ontstond tijdens de covidcrisis zorgde er bijvoorbeeld voor dat rijkere landen vooraan stonden bij het inkopen van vaccins. Deze trend komt de vaccinatieongelijkheid niet ten goede en biedt, in het geval van COVID-19, kans voor mutaties die vaccin-resistent kunnen worden in landen waar grote delen van de bevolking niet gevaccineerd zijn. Op den duur wordt dit ook problematisch voor de gevaccineerde wereldpopulatie.[77] India en Zuid-Afrika hebben daarom een voorstel ingediend bij de WHO om tijdelijk de patenten op vaccins vrij te geven.[78]



Echter, met het vrijgeven van de patenten op vaccins is het probleem van de vaccinatieongelijkheid nog niet opgelost. Het huidige systeem van intellectuele eigendomsrechten waarborgt de veiligheid van de productie van vaccins. Met het opschorten van patenten betekent niet gelijk dat een derde ook daadwerkelijk in staat is een vaccin of productie na te maken. Daarbij is ook kennis over het vaccin (*know-how*) en technologie noodzakelijk.[79] Daar komt bij dat een vaccin is opgebouwd uit een dusdanige hoeveelheid verschillende patenten en daarmee verbonden *know-how* en technologie, dat enkel het opheffen van de patenten er niet toe leidt dat een vaccin daadwerkelijk door een andere partij kan worden geproduceerd, omdat dan over elke bouwsteen de benodigde kennis is vereist. Een mogelijkheid zou wel kunnen zijn om vrijwillig kennis te delen onder farmaceuten om sneller tot een vaccin te komen en om dwanglicenties in te zetten (Artikel 57 Rijksoctrooiwet). Toch is het vrijgeven van patenten volgens dit advies niet een duurzame en goede oplossing om in de toekomst een eerlijke en effectieve wereldwijde verdeling van geneesmiddelen te bereiken.

Er zijn tijdens de covidcrisis initiatieven ontstaan om deze eerlijke verdeling van middelen te bewerkstelligen. Het inzetten op samenwerking en solidariteit, ook op dit gebied, is volgens dit advies van groot belang en wordt in hoofdstuk vier verder besproken, maar de huidige initiatieven, zoals het COVAX-programma om eerlijke wereldwijde vaccin verdeling te realiseren, zijn nog niet effectief genoeg. Het vrijwillige karakter van COVAX en daarmee de afhankelijkheid van donaties van hoge-inkomenslanden zorgen ervoor dat de daadwerkelijke donaties nog altijd achterlopen op de beloftes. [80] Deze initiatiefrijke samenwerkingsverbanden zijn dus een goed begin, maar vereisen meer regulering. De Europese wetgeving geïntroduceerd in de COVID-19 pandemie biedt hiervoor een betere uitkomst vanwege het bindende karakter. De gezamenlijke aanpak van EU-lidstaten ten tijde van COVID-19 kwam namelijk de snelheid van ontwikkelingen op het gebied van vaccins en aanbestedingen ten goede.[81]

De nieuwe wetgeving ('Verordening medische middelen en Verordening *in-vitro* diagnostiek') en de 'richtsnoeren' van de Europese Commissie stellen nieuwe eisen aan persoonlijke beschermingsmiddelen, COVID-19 testen en medische behandelingen.[82][83][84] Deze wetgeving is een goede aanloop naar toekomstige pandemieën en paraatheid, maar mist een 'supply chain' component. De plotselinge verstoring van de supply chain als gevolg van een stilgelegde wereld toont aan dat het verkrijgen van grondstoffen voor persoonlijke beschermingsmiddelen en vaccins enorm gecompliceerd werd. Om de afhankelijkheid van enkele landen en/of grondstoffen te verlagen moet er door de PV NY gekeken worden naar opties om in te zetten op meer diverse productielocaties en alternatieve supply chains.



Daarnaast ligt er, volgens dit advies, potentie in het betrekken van de private sector in de productie en distributie van genees- en beschermingsmiddelen. Omdat de private sector minder vast zit aan beleid en bureaucratie, kan het innovatieve en efficiënte oplossingen bedenken die aansluiten op de behoefte van de bevolking.[85] De private sector probeert middelen te produceren tegen de laagst mogelijke prijs, waardoor deze ook beschikbaar zijn voor de bevolking in lage-inkomenslanden. De private sector heeft dus mogelijk veel te bieden, maar daarvoor zijn wel investeringen nodig om particuliere bedrijven op te zetten en duurzaam te houden.[86] Het KNL zet zich momenteel sterk in voor SRGR en investeert in overheden, NGO's en bedrijven om de toegang tot gezondheidsproducten te bevorderen.[88] Het KNL kan deze mogelijkheid verder onderzoeken en kijken of het de investeringen breder kan trekken dan alleen SRGR. Echter moet daarbij wel in acht worden genomen dat deze bedrijven onafhankelijk moeten kunnen opereren en het daadwerkelijk gaat om investeringen om de bedrijven op te zetten waar geen beïnvloeding aan te pas komt.

## Conclusie

Uit de COVID-19 pandemie is gebleken dat het voor pandemische paraatheid van belang is om de toegang tot de zorg beschikbaar te houden, de algemene gezondheid te verbeteren en betere herverdeling van essentiële goederen zoals vaccins, beschermingsmiddelen en geneesmiddelen te bereiken. De tijdelijke opschorting van patenten lost niet het tekort aan vaccins en deze middelen op. Hoewel gezondheidszorg een nationale aangelegenheid is en dus binnen de reikwijdte van de dienende overheid valt, heeft dit advies wel concrete aanbevelingen wat betreft de inhoud van nationale actieplannen en regionale plannen. Het KNL kan binnen de VN aansturen op deze aspecten.

Ten eerste adviseert dit hoofdstuk dat het KNL zich moet inzetten om in een potentiële Pandemic Treaty op te nemen dat landen een pandemische paraatheidsplan moeten vormgeven, waarin moet worden voldaan aan de aspecten van toegankelijke zorg en algemene gezondheid. Hierbij dient het KNL ook aan te moedigen dat lidstaten financiële investeringen doen in het weerbaar maken van hun gezondheidssysteem op deze vlakken. Ten tweede acht dit advies het wenselijk dat het KNL aanstuurt op het opstellen van regionale samenwerkingen waarin bindende wetgeving wordt gemaakt omtrent de verdeling van essentiële goederen, zoals vaccins, beschermingsmiddelen en geneesmiddelen. Hierbij kan een voorbeeld genomen worden aan de Europese samenwerking en verordeningen die zijn opgesteld. Ten slotte neemt dit advies de positie in dat het het KNL zich bij het standpunt moet houden dat de tijdelijke opschorting van intellectuele eigendommen, voornamelijk patenten, niet wenselijk is. Met het opheffen van patenten wordt niet het beoogde doel bereikt van productieopscaling, noch de veiligheid van het proces gewaarborgd. ■



## 4. Mondiale samenwerking en solidariteit

Voor de pandemische paraatheid en respons van de toekomst is het van vitaal belang om af te stappen van een Eurocentrische mentaliteit in internationale betrekkingen. De COVID-19 pandemie heeft cruciale onderliggende structuren blootgelegd in de wereldorde. De van oudsher dominante focus van het westerse werelddeel is tijdens de pandemie immer standvast gebleken. Bij het aankopen van vaccins, persoonlijke beschermingsmiddelen en dergelijke materialen stond de westerse wereld vooraan de rij. Tevens bij het beschermen van inwoners werd vanuit nationalistisch belang gedacht, niet vanuit een potentieel effectievere mondiale aanpak. Deze manier van doen is contraproductief gebleken. De pandemie duurde langer voort door mutaties, sterfgevallen waren vele malen hoger dan noodzakelijk en de impact onnodig groot. Voor de toekomst is het essentieel om buiten het traditionele westerse perspectief te denken. Als er maatregelen getroffen worden naar aanleiding van een uitbraak, dan moeten de maatregelen adequaat en fair zijn.

Dit hoofdstuk beargumenteert dat het KNL moet inzetten op drie grote standpunten. Ten eerste, er moeten duidelijke internationale afspraken gemaakt worden vóór nieuwe uitbraken omtrent het waarnemen van nieuwe virussen, het rapporteren daarvan en de maatregelen die vervolgens genomen worden door het land zelf en andere landen. Ten tweede, het KNL moet een assertieve en solidaire houding aannemen om voor een eerlijke(re) verdeling van middelen en materialen te zorgen ten tijde van voorbereiding en respons op uitbraken. Als laatste, het KNL moet haar positie als voorzitter van het Intergovernmental Negotiating Body for a Pandemic Treaty inzetten om diplomatieke richting te geven voor betere representatie van mondiale perspectieven, met een nadruk op de Global South om zo tot inclusieve samenwerking te komen.

### 4.1 Het gebrek aan solidariteit tijdens de COVID-19 pandemie en de gevolgen daarvan

De solidariteit tussen landen daalde naarmate de COVID-19 pandemie vorderde. Dit zorgde voor een significante afname van wereldwijde bereidheid om andere landen te helpen. Specifiek genomen, de algehele impact van de pandemie zorgde voor stevige uitdagingen voor economieën, politieke instanties en gezondheidssystemen. Als gevolg hiervan waren landen veel minder bereid om lage- en middeninkomenslanden te ondersteunen.[87] Dit fenomeen werd tijdens de pandemie bekend als het gebrek aan globale solidariteit, waarbij vele landen een nationalistische aanpak hanteerden.[88] De gevolgen van deze aanpak zijn uiteenlopend. Zo waren vaccins tegen COVID-19 veelal alleen beschikbaar in vermogende landen en werden extra vaccins ingeslagen door de westerse wereld, in tegenstelling tot de gelijke verdeling van vaccins zoals gewenst door de VN secretaris-generaal.[89]



Dit verschil in vaccinaties is duidelijk te zien. Hoewel er in Nederland bijna 200 doses per 100 mensen gegeven zijn, ligt dit aantal in veel Afrikaanse landen tussen de 0 en 50 doses. In Mali, Niger en Burkina Faso zijn er bijvoorbeeld rond de 10 doses gegeven per 100 personen.[90] Verder blijkt dat er ook grote ongelijkheid is tussen inkomensklassen. Ter illustratie, op 29 april 2022 zijn er in de hogere middenklasse gemiddeld 202.60 vaccinaties gegeven per 100 mensen en in de lage inkomensklasse ligt dit aantal op 21.86. [91] Met andere woorden, per 100 personen heeft de hogere middenklasse meer dan 10 keer zoveel vaccinaties gekregen als de lage inkomensklasse.

Als gevolg van deze discrepantie kon COVID-19 zich reproduceren en ontwikkelen, wat uiteindelijk herhaaldelijk leidde tot meer besmettelijke varianten, extra lockdowns en een verlenging van de duur van de pandemie. [92] Daarnaast werden ontwikkelingssamenwerking, financiële donaties en toewijding aan lage- en middeninkomenslanden hevig verminderd tijdens de pandemie op het moment dat juist deze economieën zeer veel steun nodig hadden. De al bestaande schaarste, zowel in goederen als in kennis, werd tijdens de pandemie alleen maar verder in het nauw gedrongen.[93] Dit heeft op de lange termijn stevige gevolgen. Zo zullen er grote problemen zijn om adequate publieke gezondheidssystemen te onderhouden, evenals algehele economische en sociale crises. Met de huidige financiële middelen en de ontstane tekorten is het onmogelijk om het gat dat COVID-19 gecreëerd heeft te verkleinen.[94] De noodzaak voor hernieuwde globale solidariteit is daarom niet alleen een moreel vraagstuk, maar tevens een financieel en politiek vraagstuk. Om 'Building Back Better' te kunnen garanderen zijn er forse financiële steunpakketten nodig met politieke toewijding om de gedane schade te reduceren en zo weer te werken richting de duurzame ontwikkelingsdoelen van 2030.

Tijdens de verschillende ervaringen van de COVID-19 pandemie en consequente lockdowns werden veel landen hard gestraft voor de openheid van informatie en het tijdig delen van nieuwe varianten. Het meest prominente voorbeeld hiervan is Zuid-Afrika, waar na het opduiken van de nieuwe variant heel snel melding werd gemaakt bij de WHO om andere landen te informeren. Het gevolg was echter dat veel landen de grenzen sloten voor Zuid-Afrikaanse vluchten. Deze maatregel heeft een zware impact op het land gehad door afnemend toerisme en economische malaise. Bovendien werden deze reisbeperkingen opgelegd tegen de adviezen van de WHO.



Op 13 januari 2022, riep de Emergency Committee van de IHR landen bijvoorbeeld op om internationale reisbeperkingen op te heffen omdat deze geen extra waarde hebben voor bestrijding van het virus maar wel leiden tot economische schade.[95] Het opheffen van de bekende ‘travel bans’ gebeurde in veel landen inconsistent, en de onduidelijkheid vergrootte de weerzin om melding te maken van nieuwe varianten als gevolg van de sancties. Vanuit Zuid-Afrikaans perspectief werd destijds verontwaardigd gereageerd op het sluiten van de vele grenzen als gevolg van de aankondiging van de nieuwe variant.

Om ervoor te zorgen dat toekomstige uitbraken een minder grote afname van solidariteit zien, zullen de volgende stukken ingaan op de essentie van globale solidariteit, de noodzaak daarvan en op welke punten de PV NY moet inzetten om een inclusiever beleid te voeren in internationale betrekkingen.

## 4.2 Verbeteringen voor de toekomst

Voor effectieve en eerlijke wereldwijde pandemische paraatheid is een inclusieve aanpak essentieel. Het principe ‘No nation is safe until every nation is safe’ betekent dat een toekomstige pandemie niet nationaal en zelfs niet regionaal kan worden opgelost. Hoewel het KNL binnen de VN vaak een sterke samenwerking heeft met andere EU-lidstaten – die ook gekoesterd moet worden – is het voor een inclusieve en écht effectieve global health security belangrijk dat ook verder dan deze gangbare samenwerkingspartners wordt gekeken. Dit advies raadt daarom aan om specifiek prioriteit te geven aan de samenwerking met en solidariteit jegens lage- en middeninkomenslanden.

Dit is ten eerste belangrijk omdat de infrastructuur en financiën van dergelijke landen vaak niet op zichzelf bestand zullen zijn tegen een uitbraak van een mogelijke ziekte. Naast de directe impact die een nieuwe ziekte kan hebben op het zorgstelsel van een dergelijk land (sterfgevallen en ernstig zieken), hebben eerdere pandemieën laten zien dat een epidemie van grote omvang een ontwrichtend effect heeft op de hele samenleving. Met name in landen waar al gebrekkige economische of politieke instituties aanwezig zijn of waar een geweldsconflict gaande is, zal een uitbraak kunnen ontaarden in een grote humanitaire ramp. Dit raakt niet alleen het land zelf, maar kan door globalisering snel verspreiden naar andere landen. Solidariteit is dus volgens dit advies niet alleen moreel wenselijk, maar ook noodzaak.



Daarnaast geldt dat er bij lage- en middeninkomenslanden vaak expertise aanwezig is op het gebied van epidemiebestrijding en pandemische paraatheid. Zo bleken landen die al eerder een grote ziekte uitbraak hadden gekend, zoals veel Aziatische landen, beter voorbereid tijdens de COVID-19 pandemie.[96] Bovendien is er bij pandemische paraatheid geen sprake van 'one size fits all': zoals al eerder benadrukt in dit advies, is het belangrijk om ten alle tijde de lokale en nationale context mee te nemen in plannen voor pandemische paraatheid. Kennis vanuit lage- en middeninkomenslanden is daarbij van vitaal belang.[97] Hierom pleit dit advies er expliciet voor om deze landen te benaderen als gelijkwaardige samenwerkingspartners, in plaats van enkel een relatie te hebben die in het teken staat van 'hulp bieden'.

Voor een inclusieve aanpak is het dus nadrukkelijk nodig dat afgestapt wordt van een Eurocentrische benadering. Hoewel het KNL zeer vruchtbare ontwikkelingsprojecten heeft opgezet, bijvoorbeeld op het gebied van seksuele gezondheid, is het juist op het gebied van pandemische paraatheid en respons belangrijk om verder te gaan dan ontwikkelingssamenwerking. Lage- en middeninkomenslanden moeten vertegenwoordigd zijn aan de tekentafel bij nieuwe internationale afspraken, bijvoorbeeld de totstandkoming van een Pandemic Treaty. Het KNL kan zich hier hard voor maken als voorzitter van de Intergovernmental Negotiating Body for a Pandemic Treaty.

Eerlijk en effectief samenwerken betekent ook dat maatregelen in de toekomst proportioneel moeten zijn. Dit betekent dat internationale maatregelen tijdens een virus in verhouding moeten staan tot het daadwerkelijke risico en geen onnodige schade moeten opleveren voor andere landen. Hoewel de WHO bijvoorbeeld 'travel bans' afraadt en dit ook staat in de IHR, luisterden vele landen hier tijdens de COVID-19 pandemie niet naar.[98] Het is dus belangrijk dat er geëvalueerd wordt welke internationale maatregelen in het geval van een pandemie redelijk zijn vanuit een solidair en internationaal oogpunt, en hoe ervoor gezorgd kan worden dat landen zich hier in de toekomst anders in opstellen.

Vanuit een solidair oogpunt is het ook belangrijk dat het KNL actiever in gaat zetten op een eerlijkere verdeling van vaccins. De financiële werkgroep voor de ACT-Accelerator heeft de 'fair share' bijdrage van verschillende landen vastgelegd op basis van het nationaal inkomen. In 2021 heeft het kabinet maar 35 procent van de 'fair share' gedoneerd aan COVAX.[99] In 2022 ligt dit percentage slechts rond de 20 procent.[100] In de Nederlandse samenleving is er echter wel een groot draagvlak voor een actievere rol van Nederland. Zo vindt bijna tweederde van de bevolking de huidige inzet onvoldoende en dat Nederland op internationaal niveau actiever moet bijdragen aan het bestrijden van deze crisis.





Het KNL kan op verschillende manieren bijdragen aan een eerlijke vaccinatieverdeling, bijvoorbeeld door meer bij te dragen aan COVAX of meer vaccins te doneren via bilaterale samenwerkingen. Zoals gesteld in hoofdstuk 3 is het hierbij wel belangrijk dat er meer regulering komt rondom COVAX. Het KNL kan echter ook bijdragen via andere internationale samenwerkingsverbanden zoals de Sahel Alliance. De Sahel Alliance is een internationale samenwerking tussen de G5 landen en internationale organisaties zoals de EU, World Bank, United Nations Development Programme (UNDP) en de Afrikaanse Ontwikkelingsbank. Dit platform zet zich in voor duurzame ontwikkeling en verbeterde stabiliteit in de Sahel regio. Het KNL is sinds de oprichting in 2017 al lid van deze samenwerking en kan deze positie gebruiken om actief in te zetten op een hogere vaccinatiegraad in de Sahel. Daarnaast kan het KNL projecten steunen die bijdragen aan een sterker gezondheidssysteem in deze regio. Zoals eerder gesteld, ziet dit beleidsadvies vruchtbare kansen bij internationale samenwerkingsverbanden, onder andere op regionaal niveau, om tot plannen voor een gelijke verdeling van genees- en beschermingsmiddelen te komen.

Ten slotte is het belangrijk dat het KNL een assertieve houding aanneemt op het gebied van global health. Hoewel dit advies dus een rol voor het KNL weggelegd ziet als voorvechter van solidariteit en gedeelde verantwoordelijkheid, dient het KNL hierbij ook haar eigen strategische belangen in het oog te houden. De solidariteit richting andere landen moet niet ten koste gaan van de gezondheidssituatie in Nederland en de internationale positie van het KNL. Daarnaast is het belangrijk om de verantwoordelijkheden en kansen van het KNL realistisch in te schatten. Dit advies raadt het KNL dan ook aan om zich strijdbaar op te stellen daar waar zij echt een verschil kan maken, bijvoorbeeld in het onderzoek naar en de onderhandelingen over een Pandemic Treaty. ■



## Conclusie

Dit beleidsadvies heeft antwoord gegeven op de hoofdvraag “Hoe kan het Koninkrijk der Nederlanden, op basis van de internationale ontwikkelingen en adviezen, het beste zijn positie en inzet op het gebied van ‘pandemic preparedness and response’ vormgeven binnen de VN?” Op basis van literatuuronderzoek, internationale adviezen, interviews en documenten van BZ zijn er in vier hoofdstukken verschillende aanbevelingen gedaan op het gebied van de positie van het KNL bij de PV NY.

In hoofdstuk één is de nadruk gelegd op het feit dat de recente pandemie daadwerkelijk verschilt van haar voorgangers. Het momentum dat is ontstaan tijdens de COVID-19 pandemie en de welwillende houding van veel landen om veranderingen door te voeren moet volgens dit advies gebruikt worden op verschillende gebieden. Zo pleit dit beleidsadvies ervoor dat de PV NY moet inzetten op een versterking van de WHO en de IHR, een nieuw legaal en bindend verdrag omtrent pandemische paraatheid, evenals een duurzame financiering van de WHO. Deze significante hervormingen kunnen voor een aanzienlijk betere voorbereiding van toekomstige pandemieën zorgen.

De hervormingen die in hoofdstuk één naar voren komen, worden in hoofdstuk twee aangevuld door een analyse van communicatiestrategieën en informatiedeling. Deze twee factoren zijn essentieel voor het bestrijden van een crisis: iedereen moet juiste en feitelijke informatie bezitten. Een infodemic daarentegen ondermijnt crisiscommunicatie juist. Voor de PV NY is er, volgens dit advies, op het gebied van de infodemic echter geen rol weggelegd. Rondom informatiedeling raadt dit advies de PV NY wel aan om binnen de VN een discussie op gang te brengen wat betreft het creëren en gebruiken van een nieuwe medische database. Door het monitoren van infectieziekten en het analyseren van desbetreffende gestandaardiseerde data kunnen er veel sneller gezondheidsbedreigingen geïdentificeerd worden. Tevens kan deze informatie snel uitgedragen worden door de WHO op een uniforme manier, waarna landen en de internationale gemeenschap controle bewaren over de manier waarop ze met die informatie om willen gaan.



In hoofdstuk drie ligt de nadruk op toekomstbestendige gezondheidssystemen. In dit advies wordt gepleit voor het weerbaar maken van gezondheidssystemen in brede zin. Dit vereist investeringen op lange termijn en daarom moet hier nu mee begonnen worden. Gezondheidssystemen blijven echter een nationale aangelegenheid en kunnen niet volledig door internationale actoren worden vormgegeven. Om die reden moet KNL zich volgens dit advies niet belerend opstellen jegens de gezondheidssystemen van andere landen. Volgens dit advies moet de PV NY zich daarom focussen op internationale afspraken rondom nationale plannen voor pandemische paraatheid met een drievoudige focus: toegang tot de gezondheidszorg, het verbeteren van de algemene gezondheid, en de verdeling van genees- en beschermingsmiddelen op een egalitaire manier. Hier ligt de nadruk dan ook niet op het creëren van een parallel gezondheidssysteem ten tijde van pandemieën, maar op het versterken van de nationale gezondheidssystemen naar aanleiding van nieuwe internationale richtlijnen waar de PV NY zich op kan focussen.

In hoofdstuk vier is ingezoomd op het belang van een mondiale en solidaire aanpak. De nationalistische aanpak tijdens de COVID-19 pandemie heeft geleid tot significante vaccinatieongelijkheid tussen het westen en de rest van de wereld. Bovendien werden er door het westen, tegen het advies in van de WHO, internationale reisbeperkingen opgelegd, wat uiteindelijk niet bijdraagt aan een betere virusbestrijding, maar juist wel leidde tot economische schade. Effectieve pandemische paraatheid vereist een inclusieve aanpak en mondiale samenwerking. Zo adviseert dit rapport om duidelijke en meer bindende internationale afspraken te maken over proportionele maatregelen bij een nieuwe uitbraak. Deze solidaire aanpak vraagt ook om een actievere rol van het KNL op het gebied van de eerlijke verdeling van vaccins en andere beschermingsmiddelen. Daarnaast wordt het KNL aanbevolen om als voorzitter van de Intergovernmental Negotiating Body for a Pandemic Treaty actief in te zetten op een inclusieve samenwerking met lage- en middeninkomenslanden.

Gezamenlijk beogen de aanbevelingen uit dit beleidsadvies handvatten te bieden aan de PV NY om een toekomstbestendige 'global health strategy' op te stellen en uit te voeren binnen de VN. Het is van groot belang dat er gebruik gemaakt wordt van het momentum voor pandemische paraatheid, dat door de COVID-19 pandemie is ontstaan. Alleen door nu stappen te zetten richting een mondiale aanpak, bindende internationale afspraken, een sterkere WHO, effectieve informatiedeling en weerbare gezondheidssystemen, zal een volgende pandemie de wereld en Nederland minder schade berokkenen. Dit beleidsadvies ziet kansen voor de PV NY om sommige van deze stappen als eerste te zetten. Er is nu momentum. ■



## Aanbevelingen

Voortbouwend op de conclusie, wordt hieronder een overzicht gegeven van alle aanbevelingen die in dit beleidsadvies worden genoemd op het gebied van de positie van het KNL bij de PV NY. Samenvattend wordt het KNL aanbevolen om...

- Een duidelijke scheidslijn tussen de WHO voor de technische uitvoering en de VN na te streven die een politieke discussie op gang kan brengen en politiek commitment kan creëren om bovengenoemde aanbevelingen door te voeren;
- Zich in te zetten voor duurzame en structurele financiering van de WHO;
- Zich in te zetten voor het versterken van de IHR en een nieuw legaal bindend verdrag;
- Te pleiten voor een communicatiestrategie van de WHO die uniform is en perspectief biedt;
- Een discussie op gang te brengen binnen de VN over het creëren van een medische database in het kader van betere informatiedeling in de toekomst;
- Zich niet bezig te houden met het bestrijden van een infodemic;
- In te zetten op het opnemen van nationale plannen voor pandemische paraatheid in een pandemic treaty;
- Aan te sturen op regionale samenwerkingen waarbinnen bindende afspraken gemaakt worden over de verdeling van essentiële goederen zoals vaccins, beschermingsmiddelen en geneesmiddelen;
- Bij het standpunt te blijven dat tijdelijke opschorting van intellectuele eigendommen, voornamelijk patenten, niet wenselijk is;
- Een mondiale, inclusieve en solidaire aanpak na te streven bij pandemische paraatheid en respons (met een specifieke prioriteit aan samenwerking met lage- en middeninkomenslanden);
- De voorzitterschapsrol van de intergovernmental negotiating body te gebruiken om lage- en middeninkomenslanden te betrekken bij het creëren van een nieuw verdrag;
- In de toekomst, proportionele maatregelen na te streven die in verhouding staan tot het daadwerkelijke gezondheidsrisico en geen onnodige schade opleveren voor andere landen;
- Een grotere rol te spelen en actiever in te zetten op de eerlijke verdeling van vaccins en andere beschermingsmiddelen;
- Zich strijdbaar op te stellen daar waar zij echt een verschil kan maken (bijvoorbeeld in het onderzoek naar en de onderhandelingen over een Pandemic Instrument). ■



# Bibliografie

- [1] WHO. "WHO Coronavirus(COVID-19) Dashboard." Geraadpleegd op 6 mei 2022 van <https://covid19.who.int/>
- [2] Rijksoverheid (15 december 2021). 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' [Coalitieakkoord].
- [3] Rijksoverheid (25 februari 2021). 'Adviesaanvraag kaders voor een Nederlandse Global Health Strategy'. Geraadpleegd op 1 mei 2022 van <https://www.adviesraadinternationalevraagstukken.nl/documenten/adviesaanvragen/2021/04/20/adviesaanvraag-kaders-voor-een-nederlandse-global-health-strategy>.
- [4] UNAIDS. (z.j.). Geraadpleegd op 10 februari 2022, van <https://aidstargets2025.unaids.org>
- [5] Ministerie van Buitenlandse Zaken (2017). Scorecard Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [Scorecard]. Geraadpleegd van [https://www.eerstekamer.nl/overig/20170921/scorekaart\\_joint\\_united\\_nations/document](https://www.eerstekamer.nl/overig/20170921/scorekaart_joint_united_nations/document)
- [6] Andere Tijden. (z.j.). Geraadpleegd op 10 februari, 2022, van <https://anderetijden.nl/aflevering/527/Aids-bereikt-Nederland>
- [7] Michelson, E. S. (2005). Dodging a bullet: WHO, SARS, and the successful management of infectious disease. *Bulletin of Science, Technology & Society* 25(5) 379-386. DOI: 10.1177/0270467605278877.
- [8] World Health Organization (2003). *World Health Report 2003: Shaping the Future*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42789/9241562439.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [9] Ibidem.
- [10] Conyn-Spaedonck, M., van Rijckevorstel, G., Timen, A., van Vliet, H., Bosman, A. & Koopmans, M. (2003). Zorgelijke ontwikkelingen: dreiging van SARS-epidemie, vogelpest treft mensen. *BIJB*, 19, 394-399. <https://doi.org/10.1007/BF03059742>
- [11] Bijvoorbeeld het Health Security Committee (HSC) en het EU Monitoring and Information Centre (EU-MIC).
- [12] Kamerstuk, 22894, nr. 300 (2011, 22 juni). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-22894-300.html>
- [13] Brummelman, W. (2014, september). Wereld schiet wakker: ebola is internationale catastrofe. *NRC Handelsblad* <https://www.nrc.nl/nieuws/2014/09/17/wereld-schrikt-wakker-ebola-is-internationale-cat-1421845-a888287>
- [14] Auteurs onbekend. (2016, maart). Reactie op ebola. In Bureau Buitenland, VPRO
- [15] Vetter, P., Dayer, J., Schibler, M. et al. (2016). The 2014-2015 ebola outbreak in West Afrika: Hands on. *Antimicrobial Resistance, and Infection Control*, 5(17) <https://doi.org/10.1186/s13756-016-0112-9>
- [16] UN Office of the Special Envoy on Ebola. (2015). Resources for Results III. [https://ebolaresponse.un.org/sites/default/files/rriii\\_finalf\\_updated.pdf](https://ebolaresponse.un.org/sites/default/files/rriii_finalf_updated.pdf)
- [17] Vetter, P., Dayer, J., Schibler, M. et al. (2016). The 2014-2015 ebola outbreak in West Afrika: Hands on. *Antimicrobial Resistance, and Infection Control*, 5(17) <https://doi.org/10.1186/s13756-016-0112-9>
- [18] Auteurs onbekend. (2016, maart). Reactie op ebola. In Bureau Buitenland, VPRO
- [19] Redactie. (2014). Geen extra maatregelen in Nederland om ebola-uitbraak in Afrika. <https://www.parool.nl/nieuws/geen-extra-maatregelen-in-nederland-om-ebola-uitbraak-in-afrika-bc3c7c29/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.nl%2F>
- [20] World Health Organization (2003). *World Health Report 2003: Shaping the Future*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42789/9241562439.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



- [21] Gostin, L., Sridhar, D. & Hougendobler, D. (2015). The normative authority of the World Health Organization. *Public Health*, 129(7), 855; Burkle, F. M. (2015). Global health security demands a strong international health regulations treaty and leadership from a highly resourced World Health Organization. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(5), 576; Kuznetsova, L. (2020). COVID-19: The world community expects the World Health Organization to play a stronger leadership and coordination role in pandemics control. *Frontiers in Public Health*, 8, 4; Van Hecke, S., Fuhr, H. & Wolfs, W. (2020). The politics of crisis management by regional and international organisations in fighting against a global pandemic: the member states at a crossroads. *Review of Administrative Sciences*, 87(3), 675.
- [22] McInnes, C. (2015). WHO's next? Changing authority in global health governance after ebola. *International Affairs*, 91(6), 1311.
- [23] Ibidem.
- [24] Van Hecke, S., Fuhr, H. & Wolfs, W. (2020). The politics of crisis management by regional and international organisations in fighting against a global pandemic: the member states at a crossroads. *Review of Administrative Sciences*, 87(3), 675.
- [25] Michelson, E. (2005). Dodging a bullet: WHO, SARS, and the successful management of infectious diseases. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 25(5), 383; Van Hecke, S., Fuhr, H. & Wolfs, W. (2020). The politics of crisis management by regional and international organisations in fighting against a global pandemic: the member states at a crossroads. *Review of Administrative Sciences*, 87(3), 676.
- [26] World Health Organization. Director-General (2021). Report of the Member States Working Group on Strengthening WHO Preparedness and Response to Health Emergencies to the special session of the World Health Assembly. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHASSA2/SSA2\\_3-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2_3-en.pdf)
- [27] Ibidem.
- [28] John Hopkins University & Medicine. Coronavirus Research Center. (z.j.). Geraadpleegd op 3 april, 2022, van <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- [29] Ibidem.
- [30] UNCTAD (2020). The coronavirus shock; a story of another global crisis foretold and what policymakers should be doing about it. <https://unctad.org/webflyer/coronavirus-shock-story-another-global-crisis-foretold-and-what-policymakers-should-be>
- [31] Centers for Disease Control and Prevention. (z.j.). Geraadpleegd op 3 april, 2022, van <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/chronology.html>
- [32] World Health Organization. (z.j.). Geraadpleegd op 3 april, 2022, van <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-deaths-due-to-hiv-aids>
- [33] Haldane, V., Jung, A., Neill, R. et al. (2021). From response to transformation: how countries can strengthen national pandemic preparedness and response systems, *BMJ*, 375. doi:10.1136/bmj-2021-067507
- [34] Behl, A., Nair, A., Mohagaonkar, S., et al. (2022). Threat, challenges, and preparedness for future pandemics: A descriptive review of phylogenetic analysis based predictions. *Infect Genet Evol*, 1-2. doi: 10.1016/j.meegid.2022.105217
- [35] Patel, J. & Sridhar, D. Toward better pandemic preparedness. <https://www.imf.org/Publications/fandd/issues/2021/12/Pandemic-preparedness-Patel-Sridhar>
- [36] Kabinet start plan pandemische paraatheid [Nieuwsbericht]. (2022, 14 april). <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/04/14/kabinet-start-plan-pandemische-paraatheid>



- [37] WHO calls on world leaders at the UN General Assembly to focus on vaccine equity, pandemic preparedness, and getting the SDGs back on track [Nieuwsbericht]. (2021, 17 september). <https://reliefweb.int/report/world/who-calls-world-leaders-un-general-assembly-focus-vaccine-equity-pandemic-preparedness>
- [38] World Health Organization. (z.j.) Geraadpleegd op 3 april 2022, van <https://www.who.int/about/who-we-are/our-values#:~:text=These%20values%20are%20inspired%20by,for%20people%20at%20country%20level>.
- [39] Interview Astrid Dunselman.
- [40] Ibidem.
- [41] Department of the Treasury. Ministry of Economy and Finance. (z.j.). Geraadpleegd op 3 april 2022, van [https://www.dt.mef.gov.it/en/news/2021/g20\\_12052021.html](https://www.dt.mef.gov.it/en/news/2021/g20_12052021.html)
- [42] Ibidem.
- [43] Lakin, A. (1997). The Legal Powers of the World Health Organization. *Medical Law International*, 3(1), 23-50.
- [44] Gostin, L., Sridhar, D. & Hougendobler, D. (2015). The normative authority of the World Health Organization. *Public Health*, 129(7), 855
- [45] Ibidem.
- [46] Coombs, W. T. (2010). Parameters for crisis communication. In W. T. Coombs & S. J. Holladay (Red.), *The handbook of crisis communication* (pp.17-53). *The Handbook of Crisis Communication*. (unisabana.edu.co)
- [47] Andriof, J., Waddock, S., Husted, B. & Sutherland Rahman, S. (2003). *Unfolding Stakeholder Thinking 2: Relationships, Communication, Reporting and Performance*. Routledge.
- [48] Ibidem.
- [49] Petersen et al. (2022). Communicate hope to motivate the public during the covid-19 pandemic. *Science Reports*, 12, 2502 <https://doi.org/10.1038/s41598-022-06316-2>
- [50] Ibidem.
- [51] Gallotti, R., Valle, F., Castaldo, N. et al. (2020). Assessing the risks of 'infodemics' in response to COVID-19 epidemics. *Nature Human Behaviour*, 4, 1285-1293
- [52] World Health Organization. (z.j.). Geraadpleegd op 6 mei 2022, van [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1).
- [53] Ghebreyesus, T. A. (2020, 15 februari). [Uitgeschreven speech]. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/munich-security-conference>
- [54] Ibidem.
- [55] WHO Health Topics. (z.j.). Geraadpleegd op 13 april 2022, van [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1)
- [56] Christaki, E. (2015). New technologies in predicting, preventing and controlling emerging infectious diseases. *Virulence*, 6(6), 558-565. <https://doi.org/10.1080/21505594.2015.1040975>
- [57] Center for Disease Control and Prevention. (z.j.). Geraadpleegd op 13 april 2022, van <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/compare-digital-tools.html>
- [58] Madoff, L. C. & Woodall, J. P. (2005). The internet and the global monitoring of emerging diseases: Lessons from the first 10 years of ProMED-mail. *Archives of Medical Research*, 36(6), 724-730. doi:10.1016/j.arcmed.2005.06.005



- [59] Samra, H., Li, A. & Soh, B. (2020). Design of a clinical database to support research purposes: challenges and solutions. *International Journal of Advanced and Applied Sciences*, 8(3), 21-29. <https://doi.org/10.21833/ijaas.2021.03.003>
- [60] GDPR (z.j.). Geraadpleegd op 15 april 2022, van <https://gdpr.eu/what-is-gdpr/>; Autoriteit Persoonsgegevens (z.j.). Geraadpleegd op 14 april 2022, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/over-privacy/wetten/algemene-verordening-gegevensbescherming-avg>
- [61] Autoriteit Persoonsgegevens (z.j.). Geraadpleegd op 12 april 2022, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/medisch-dossier>
- [62] Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response (2021). COVID-19: Make it the Last Pandemic. [https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic\\_final.pdf](https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf); European Commission, Directorate-General for Research and Innovation, European Group on Ethics in Science and New Technologies, Group of Chief Scientific Advisors. Improving pandemic preparedness and management: lessons learned and ways forward <https://data.europa.eu/doi/10.2777/977785> ; Global Health Security Index. (2021). Geraadpleegd op 4 april 2022, van <https://www.ghsindex.org/>
- [63] Rawaf, S., Allen, L. N., Stigler, F. L., Kringos, D., Quezada Yamamoto, H., & Van Weel, C. (2020b). Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *European Journal of General Practice*, 26(1), 129–133. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479>
- [64] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2020). Kort-cyclische rapportage indirecte effecten COVID-19 op zorg en gezondheid. <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-09/Kort-cyclische%20rapportage%20indirecte%20effecten%20COVID-19%20op%20zorg%20en%20gezondheid%20%2814%20september%202020%29.pdf>
- [65] Medisch Contact. (2020, 27 mei). Geraadpleegd op 25 april 2022, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/tien-keer-meer-levensjaren-verloren-dan-gewonnen-door-coronazorg.html>
- [66] The Global Fund. (2021, 13 april). Geraadpleegd op 4 april 2022, van <https://www.theglobalfund.org/en/updates/2021/2021-04-13-the-impact-of-covid-19-on-hiv-tb-and-malaria-services-and-systems-for-health/>
- [67] World Health Organization. (2022, 7 februari). Essential health services face continued disruption during COVID-19 pandemic. <https://www.who.int/news/item/07-02-2022-essential-health-services-face-continued-disruption-during-covid-19-pandemic#:~:text=Thirty%2Dsix%20per%20cent%20of,being%20as%20the%20pandemic%20continues.>
- [68] Organisation for Economic Cooperation and Development. (2021, 10 februari). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic. [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1060\\_1060243-snyxeldlii&title=Strengthening-the-frontline-How-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-COVID-19-pandemic](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1060_1060243-snyxeldlii&title=Strengthening-the-frontline-How-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-COVID-19-pandemic)
- [69] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2022). Geraadpleegd op 2 april 2022, van <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen>
- [70] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Mileu. (z.j.). Geraadpleegd op 2 april 2022, van <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor> ; World Health Organization. (2021, 26 juli). Geraadpleegd op 2 april 2022, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> ; Our World in Data (2013). Geraadpleegd op 2 april 2022, van, <https://ourworldindata.org/smoking#share-who-smoke>.
- [71] World Health Organization. (2021, 9 juli). Geraadpleegd op 2 april 2022, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=Worldwide%20obesity%20has%20nearly%20tripled,%2C%20and%2013%25%20were%20obese.>
- [72] World Health Organization. (2018). Geraadpleegd op 3 april 2022, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>





- [73] Bijvoorbeeld Rigby, J. (2021, 8 oktober). Two women and children lost lives for every covid death in poorest countries, <https://www.telegraph.co.uk/global-health/women-and-girls/two-women-children-lost-lives-every-covid-death-poorest-countries/>; Pitch professor Tobias Rinke de Wit.
- [74] Interview Tormod Simensen; World Health Organization. (z.j.). Geraadpleegd op 3 april 2022 van <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/who-recommendations-for-routine-immunization---summary-tables>.
- [75] United Nations. Department of Economics and Social Affairs. (z.j.). Geraadpleegd op 3 april 2022, van <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
- [76] Universiteit van Amsterdam. Faculteit der Rechtsgeleerdheid. (2021, 22 februari). Geraadpleegd op 1 april 2022, van <https://www.uva.nl/shared-content/faculteiten/nl/faculteit-der-rechtsgeleerdheid/nieuws/2021/02/vijf-juridische-vragen-over-de-distributie-van-vaccins.html>
- [77] AMREF Flying Doctors. (z.j.). Geraadpleegd op 5 april 2022, van <https://www.amref.nl/actueel/2021/vaccineer-afrika>; New Scientist. (2021, 18 maart). Geraadpleegd op 5 april 2022, van <https://www.newscientist.nl/nieuws/huidige-vaccinatiestrategie-helpt-schadelijke-mutaties-in-het-zadel/>
- [78] Kamerstuk, 25074, nr. 197. (2021, 6 december). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/12/06/kamerbrief-inzake-intellectueel-eigendom-en-covid-19-in-de-wto>
- [79] De Jonge, H. (2021, 26 juli). Antwoorden op kamervragen over steun VS voor vrijgeven patenten coronavaccins [Kamerbrief]. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/07/26/beantwoording-kamervragen-over-het-bericht-dat-de-vs-achter-het-voorstel-staat-om-de-patenten-van-de-coronavaccins-vrij-te-geven>
- [80] Koenis, C. (2021, 24 december). Vaccindonatie komt op stoom, maar rijke landen blijven vaccins opkopen. <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/buitenland/artikel/5276541/covax-coronavaccin-vaccinongelijkheid-donatie-vaccins-omikron>
- [81] Europese Commissie. (z.j.). Geraadpleegd op 5 april 2022, van [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/overview-commissions-response\\_nl](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/overview-commissions-response_nl)
- [82] Volksgezondheid: strengere regels voor medische hulpmiddelen [persbericht]. (2021, 26 mei). [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/nl/ip\\_21\\_2617](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/nl/ip_21_2617)
- [83] Europese Commissie. (z.j.). Geraadpleegd op 5 april 2022, van [https://ec.europa.eu/health/medical-devices-new-regulations/getting-ready-new-regulations\\_en](https://ec.europa.eu/health/medical-devices-new-regulations/getting-ready-new-regulations_en)
- [84] Emergency Live. (z.j.). Geraadpleegd op 6 april 2022, van <https://www.emergency-live.com/nl/nieuws/ontdek-de-toekomst-van-de-gezondheidszorg-in-Afrika-op-de-afrikagezondheidstentoonstelling-2019/>
- [85] Ibidem.
- [86] Ministerie van Buitenlandse Zaken. (2020). Toegang tot gezondheidsproducten. <https://www.nlontwikkelingssamenwerking.nl/#/results/themes/srhr/commodities>
- [87] Schneider, S., Eger, J., Bruder, M., Faust, J. & Wieler, L. (2021). Does the COVID-19 pandemic threaten global solidarity?. Evidence from Germany. *World Development*, 140, 105356. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105356>
- [88] 'Lack of global solidarity', slow vaccination rates put Indonesia in COVID glare [nieuwsbericht]. (2021, 24 juli). <https://reliefweb.int/report/indonesia/lack-global-solidarity-slow-vaccination-rates-put-indonesia-covid-glare>
- [89] Ibidem.



- [90] Our World in Data. (2022). Total COVID-19 vaccine doses administered per 100 people. Geraadpleegd op 5 mei 2022, van <https://ourworldindata.org/grapher/covid-vaccination-doses-per-capita?time=latest>
- [91] Our World in Data. (2022). COVID-19 vaccine doses administered per 100 people, by income group. Geraadpleegd op 4 mei 2022, van <https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-covid-vaccinations-income-group?country=High+income-Low+income-Lower+middle+income-Upper+middle+income>
- [92] Marti, J. L. (2021). Global solidarity and collective intelligence in times of pandemics. *Netherlands Journal of Legal Philosophy*, 2, 281-297. <https://doi.org/10.5553/NJLP/221307132021050002014>
- [93] Organisation for Economic Cooperation and Development. (2020, 24 juni). Geraadpleegd op 1 mei 2022, van <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-impact-of-the-coronavirus-covid-19-crisis-on-development-finance-9de00b3b/>
- [94] Ibidem.
- [95] World Health Organization, (2022, 19 januari). Statement on the tenth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, Geraadpleegd op 4 mei 2022, van [https://www.who.int/news/item/19-01-2022-statement-on-the-tenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/19-01-2022-statement-on-the-tenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
- [96] Interview Henk Bekedam; Instituut Clingendael (2021, 25 oktober). Going Dutch on Global Health [lezing]; Navarro, V. (2021). Why asian countries are controlling the pandemic better than the United States and Western Europe. *International Journal of Health Services*, 51(2). <https://doi.org/10.1177/0020731421999930>
- [97] Wat kunnen we leren van het verloop van COVID-19 in Afrika? [persbericht]. (2020, 7 augustus). <https://www.lumc.nl/over-het-lumc/nieuws/2020/Augustus/covid19-afrika/>
- [98] WHO advice for international traffic in relation to the SARS-CoV-2 Omicron variant (B.1.1.529) [nieuwsbericht]. (2021, 30 november). <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-sars-cov-2-omicron-variant> ; World Health Organization. (2005). *International Health Regulations (2005)*, artikel 40 en 43.
- [99] World Health Organization. (2022, 9 februari). ACT-Accelerator 'fair share asks' - by country, geraadpleegd op 2 mei 2022, van <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-fair-share-asks---by-country>
- [100] Cordaid. (2022, 8 maart). Peiling: meer Nederlanders willen steun voor lage-inkomenslanden in gevecht tegen coronavirus. geraadpleegd op 2 mei 2022, van <https://www.cordaid.org/nl/nieuws/peiling-meer-nederlanders-willen-steun-voor-lage-inkomenslanden-in-gevecht-tegen-coronavirus/>





Beleidsadvies PV NY 2021-2022

THE  
WEST  
WING