

To: 5.1.2e 5.1.2e @minbzk.nl; 5.1.2e 5.1.2e @minvws.nl; 5.1.2e
 From: 5.1.2e @minvws.nl
 Sent: Tue 4/28/2020 10:14:45 PM
 Subject: PBM gebruik buiten de zorg - discussie
 Received: Tue 4/28/2020 10:14:46 PM

Ha 5.1.2e

Je vroeg om een bijdrage over de discussie over PBM gebruik buiten de zorg. Ik zag dat 5.1.2e vragen had gesteld m.b.t. het gebruik van PBM binnen en buiten de zorg. Volgens mij zijn die grofweg...

1. Wanneer hebben we genoeg in de zorg en hoe weten we dat?

Zoals vanmiddag besproken, kun je theoretisch de netto vraag bij LCH optekenen als 'het tekort' in de reguliere zorg. Als inderdaad alle zorginstellingen zijn aangesloten (welke ontbreken er nu nog??), dan kun je over een periode van een paar weken zien hoeveel extra vraag er gemiddeld is. Dat zou dan het tekort kunnen zijn dat niet door de reguliere bevoorrading wordt geleverd.

Echter, er zijn een aantal kanttekeningen:

- Het is onbekend of instellingen hun voorraden aanvullen met extra bestellingen via het LCH. Of er ruime voorraden zijn bij de instellingen is eigenlijk irrelevant. Immers, als de vraag weer zou pieken, dan zijn die hooguit genoeg voor dagen of een week of 2.
- Zoals we afgelopen week zagen, heeft het Erasmus MC het gebruik van FFP2 maskers verplicht gesteld voor alle medewerkers met patiëntcontact. Volgen alle ziekenhuizen dat beleid, dan zijn er een half miljoen extra FFP2 mondmaskers per week nodig. Dat soort besluiten over gebruik hebben dus direct effect op vraag en tekorten. Gaan kappers mondmaskers gebruiken, dan zullen alle medewerkers in de thuiszorg die patiëntcontact hebben daar ook om vragen.
- Als er weer schaarste ontstaat door uitbraken in Europa of elders, dan kan het aanbod weer snel minder worden. De vraag is of dit begin maart ook het geval was.

Of de zorg genoeg heeft is dus een momentopname. *Alles pleit ervoor in ieder geval voor om een ijzeren voorraad voor de zorg aan te leggen, gebaseerd op minstens 3 maanden gebruik bij een gemiddeld Corona scenario, voordat er naar andere sectoren wordt geleverd.*

2. Kunnen andere sectoren PBM krijgen als de zorg voorzien is en dan zonder de toevoer aan de zorg te kannibaliseren?

Er moet een helder antwoord komen op de vraag welke mate van bescherming zinvol en nodig is voor welke groepen buiten de zorg. Wat is het karakter van die bescherming (bescherming van de persoon of van diens omgeving). Hier is deels een advies van OMT nodig. Maar ook een meer politiek besluit: welke risico's is de maatschappij bereid te nemen. En welke maatregelen gaan we dan weer opschalen wanneer het toch fout loopt?

PG kijkt al naar vitale sectoren. Geen idee wat daar dan allemaal onder valt. Maar ik denk dat er op interdepartementaal niveau gewerkt moet worden aan een verdringingslijst: als er overschot aan PBM is (of we gaan meer produceren), wie krijgt er dan eerst?

- Vitale / essentiële sectoren?

- Gevaarlijke beroepen?

- Onderwijs?

- Vervoer?

- Contactberoepen?

- Etc.

Dat moet denk ik geen lijstje zijn van OMT of RIVM want dan zal er altijd discussie ontstaan. Het moet voor de niet-zorg interdepartementaal worden vastgesteld op basis van nut en noodzaak en op politiek niveau gesanctioneerd. Kernvraag bij het bovenstaande is in hoeverre de bescherming van niet-zorg te realiseren valt zonder PBM en als er PBM nodig zijn, in hoeverre zijn die PBM niet-medisch uitvoerbaar, zodat er geen kannibalisering van grondstoffen en PBM's in de zorg optreedt. *Vanuit de zorg moeten we aangeven dat het gebruik van medische PBM buiten de zorg moet zijn: alleen als het niet anders kan!* Belangrijk is dat er een monitoring blijft plaatsvinden van de vraag in de zorg. Als daar weer tekorten ontstaan, dan moet medisch PBM gebruik elders worden afgeschaald (en wellicht weer een vorm van lock down worden opgestart).

Contactberoepen moeten via hun protocollen zelf in beeld brengen hoe zij aan hulpmiddelen denken te komen en hoe zij zorgen dat ze dit niet onttrekken aan de beschikbaarheid van M-PBM voor de zorg. In het gesprek met VNO/NCW kwam ook ter sprake hoe je de werkplek kan veranderen. Taxi's kunnen een plexiglas plaat plaatsen bij de achterbank. In kantoren kun je afwisselend werken met op en af dagen op kantoor. Handhaving van de basisregels over afstand, handen wassen en thuisblijven bij klachten blijven essentieel. In alle gevallen dient er sprake te zijn van geleidelijkheid in gebruik van PBM.

Voor het bredere publiek zijn er simpelweg onvoldoende medische PBM beschikbaar, tenzij we een jaar lang heel veel gaan produceren (komt dan toch niet op tijd). Als daarvoor Community masks voor beschikbaar voor kunnen komen (NB. waarvoor géén grondstoffen nodig zijn die ook benut moeten worden voor medische beschermingsmiddelen) dan zou dat schelen. Immers geen concurrentie met de zorg, sectoren kunnen alles zelf doen. Er kan productie voor opgezet worden. Het is ook verstandig zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande inkoop en distributienetwerken, zolang men weet wat er nodig is.

3. Je stelt dat het LCH ingezet kan worden. Ik zou daar toch echt voorzichtig mee zijn.

Andere sectoren willen graag dat LCH en daarmee LCH de problemen oplost, maar de bedrijven achter LCH zullen niet staan te trappelen. De opgave zou fabuleus zijn: Mediq wordt dan inkoper voor alle bedrijfssectoren in Nederland. Als we zien dat het nu al moeilijk is om overzicht te creëren en te houden over wat de zorg nodig heeft en wat er aan producten kan worden ingevlogen, dan is uitbreiding makkelijker gezegd dan gedaan. Immers:

- LCH is niet bedoeld om te blijven bestaan. Bevoorrading van NL vraagt een lange adem. De gelegenheidscoalitie zal dat niet kunnen overleven (zeker als de zorg 'normaliseert').
- LCH is additioneel. Dus ook voor andere sectoren zou de rol bescheiden moeten zijn. Het delen van kennis, expertise en netwerken kan een goede zaak zijn. Maar functioneren als centrale inkooporganisatie voor iedereen is een heel ander verhaal.

- LCH bedient de zorg en Mediq is een zorgleverancier. Als LCH/ Mediq toch worden gevraagd om dit te doen, dan zou ik dat echt beperken tot inkoop voor vitale/ essentiële sectoren met een publieke taak. Dat zijn meer overzichtelijke aantallen.
- Maar ik vraag me echt af of LCH nog veel meer moet gaan inkopen. Het bevoorraden van de maatschappij is echt onmogelijk. Het LCH zou bedolven worden onder aanbiedingen en onder vragen vanuit diverse sectoren. LCH kan het ook nooit zo snel en efficiënt als bedrijven en sectoren zelf. Dat is immers nu ook niet het geval voor de bulk aan medische hulpmiddelen in de zorg.
- Daarnaast is de vraag dan of er kwaliteitstoetsing nog haalbaar is voor alle inkoop. Dat is eigenlijk wel nodig. Want je wilt ook enig zicht op waar inferieure geïmporteerde mondklappers en andere PBM terecht komen. Immers, via een achterdeur kunnen die de zorg weer inkomen.
- En dan hebben we het nog niet over alle praktische problemen rondom bestellen, vervoer, factureren maar ook mogelijk onbedoelde impact van LCH op de nationale en EU PBM-markt, etc.

Groet,

5.1.2e

Covid-19 response team

.....
 Ministry of Health, Welfare and Sports
 Directorate for Pharmaceuticals and Medical Technology
 Parnassusplein 5 | 2511 VX The Hague
 P.O. Box 20350 | 2500 EJ The Hague
 The Netherlands

T
 M
 5.1.2e @minvws.nl
www.rijksoverheid.nl