



WAGENINGEN
UNIVERSITY & RESEARCH

Naar een politiek-bestuurlijke herdefinitie van pandemische paraatheid : Sturing van de COVID-19-respons in Azië en Europa

Bestuurskunde

Bekker, Marleen; Have, Ivo

<https://doi.org/10.5553/Bk/092733872021030003003>

This publication is made publicly available in the institutional repository of Wageningen University and Research, under the terms of article 25fa of the Dutch Copyright Act, also known as the Amendment Taverne. This has been done with explicit consent by the author.

Article 25fa states that the author of a short scientific work funded either wholly or partially by Dutch public funds is entitled to make that work publicly available for no consideration following a reasonable period of time after the work was first published, provided that clear reference is made to the source of the first publication of the work.

This publication is distributed under The Association of Universities in the Netherlands (VSNU) 'Article 25fa implementation' project. In this project research outputs of researchers employed by Dutch Universities that comply with the legal requirements of Article 25fa of the Dutch Copyright Act are distributed online and free of cost or other barriers in institutional repositories. Research outputs are distributed six months after their first online publication in the original published version and with proper attribution to the source of the original publication.

You are permitted to download and use the publication for personal purposes. All rights remain with the author(s) and / or copyright owner(s) of this work. Any use of the publication or parts of it other than authorised under article 25fa of the Dutch Copyright act is prohibited. Wageningen University & Research and the author(s) of this publication shall not be held responsible or liable for any damages resulting from your (re)use of this publication.

For questions regarding the public availability of this publication please contact openscience.library@wur.nl

Naar een politiek-bestuurlijke herdefinitie van pandemische paraatheid

Sturing van de COVID-19-respons in Azië en Europa*

Marleen Bekker & Ivo ten Have**

In dit artikel verkennen we de sturing van pandemische paraatheid in de eerste golf van de COVID-19-uitbraak tot 1 juni 2020 in een poging de moeizame ziektebestrijding in Europa te verklaren. We vergelijken 48 landen in de COVID-19 Health System Response Monitor; en een selectie van Europese en aan SARS (2003) blootgestelde Aziatische landen met recente literatuur en de Oxford COVID-19 Government Response Tracker. Pandemische paraatheid is tijdens de eerste golf van een specialistische ziektebestrijding op papier in de praktijk verworden tot een brede maatschappelijke mitigatie, waarvoor het bestuur en de capaciteit in minstens de helft van de Europese landen na jaren van onachtzaamheid volstrekt ontoereikend waren. In de direct operationele respons van Aziatische landen strekt paraatheid zich uit over het gehele openbaar bestuur, een betrokken en actieve gemeenschap en private actoren. Dit vergt zowel verticale én horizontale coördinatie als beleid dat aansluit bij de politieke economie per land en regio.

1. Inleiding

De grootschalige uitbraak van COVID-19 sinds begin 2020 roept vragen op over de pandemische paraatheid in westerse landen (IPPPR, 2021). De WHO definieert pandemische paraatheid als ‘een continu proces van het formuleren, uitvoeren, herzien en implementeren van nationale en subnationale plannen voor de aanpak van een pandemie’.¹ Internationale richtlijnen gaan uit van uit drie fasen: preventie en paraatheid, ziektebestrijding, en herstel met elf hoofdcategorieën van planonderdelen voor de aanpak (zie figuur 1 in de paragraaf Onderzoeksaanpak). Omdat deze internationale organisaties slechts adviserende en ondersteunende bevoegdheden hebben, bevelen zij nationale overheden aan deze richtlijnen te verankeren in nationale en/of subnationale wet- en regelgeving en een parate infrastructuur voor snelle en passende actie. Afhankelijk van de constitutionele struc-

* De auteurs danken de anonieme referenten en prof. em. Henk ten Have voor het lezen en commentariëren van een eerdere versie van dit artikel.

** M.P.M. Bekker, PhD is universitair docent in de leerstoelgroep Health and Society (HSO), in het Center for Space, Place and Society (CSPS), aan Wageningen University and Research (WUR). I.L.F. ten Have, MSc heeft recent zijn master Communication and Health Sciences aan Wageningen University and Research afgerond met een thesis waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan.

1 World Health Organization. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/pandemic-preparedness>

tuur zijn nationale of decentrale autoriteiten verantwoordelijk voor infectieziektenbestrijding ('control').

In 2019 verscheen de 'Global Health Security Index' (Cameron et al., 2019), een overzicht en ranking op basis van zelfrapportage door 195 landen met betrekking tot actieve capaciteit en competenties in geval van een 'biological event' (pandemische paraatheid). Na de eerste golf van de COVID-19-uitbraak constateren Kavanagh en Singh (2020) dat veel van de landen met de hoogste pandemische paraatheid in deze index, zoals de Verenigde Staten (score 83,5/100, rank 1; het Verenigd Koninkrijk (score 77,9/100, rank 2) en Nederland (score 75,6/100, rank 3), grote moeite hebben de COVID-19-uitbraak onder controle te krijgen. Eén veronderstelde verklaring die in de literatuur wordt genoemd, is dat Aziatische landen, in vergelijking tot Europese landen, door relatief recente epidemieën zoals SARS in 2003 politiek, professioneel en publiek alerter zijn en hun systemen voor infectieziektenbestrijding hebben aangepast en onderhouden om direct operationeel te zijn bij een dreiging (Greer, King, Massard de Fonseca & Peralta-Santos, 2021; IPPPR, 2021; Boin, McConnell & 't Hart, 2021).). Dat onderhoud is in Europa na de financieel-economische crisis in veel landen onder druk komen te staan: het aandeel publieke gezondheid in de totale zorguitgaven is sinds 2008, onder andere door bezuinigingen, in veel landen afgenomen (Rechel, 2019). De tegenstelling tussen pandemische paraatheid op papier en in de praktijk roept ook vragen op over de sturing van de infectieziektenbestrijding: wie heeft beslisautoriteit, wat is de wettelijke basis, en welke sturingsinstrumenten worden ingezet?

In dit empirische artikel onderzoeken we in een selectie van Aziatische en Europese landen, met respectievelijk zonder blootstelling aan SARS in 2003, welke overeenkomsten en verschillen in pandemische plannen, COVID-19-beleid en openbaar bestuur zichtbaar worden tussen deze twee groepen landen, en welke mogelijke verklaringen daaruit zijn af te leiden voor de moeizame ziektebestrijding in de Europese landen tijdens de eerste golf. We reflecteren op implicaties voor passende sturing van pandemische paraatheid.

2. Onderzoeksaanpak

We adresseren deze vragen met behulp van twee studies met een internationale vergelijking. Eén studie (Bekker, Ivankovic, & Biermann, 2020) betreft een verkennende en *vergelijkende governance quick scan* van data uit landenrapportages met betrekking tot het onderwerp 'Governance' per 1 juni 2020 in de COVID-19 Health System Response Monitor van de European Observatory on Health Systems and Policies.² Hoewel deze data vanwege de variëteit, voortdurende updates en onderrapportage van sommige deelthema's met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, volgen hieruit eerste indicaties van de schaalgrootte van veranderingen in governance in reactie op de COVID-19-uitbraak. We hebben voor 48 landen in de

2 www.covid19healthsystem.org/searchandcompare.aspx

Euraziatische regio³ onderzocht welke overeenkomsten en verschillen uit deze rapportages zichtbaar werden ten aanzien van (a) de beschikbaarheid, activering en aanpassing bij aanvang van de COVID-19-uitbraak van een wet en een nationaal plan voor pandemische paraatheid; (b) verschuivingen in beslisautoriteit zoals (de) centralisering en welke minister(s) de leiding kreeg/kregen; (c) de introductie van nieuwe wetten en regels en hun geldige tijdsduur; (d) het al dan niet uitroepen van de noodtoestand en (e) sturen per decreet.

Op basis van de observaties uit dit onderzoek verdiepen we de focus in een beperkte selectie van landen met, en zonder grootschalige blootstelling aan SARS in 2003 (Ten Have, 2021). In een kwalitatieve vergelijkende studieopzet (QCA; Berg-Schlosser et al., 2009) zoeken we in een ‘*most similar cases design*’ eerst *binnen* deze groepen naar verklaringen voor verschillende uitkomsten. De indeling in groepen is gebaseerd op een onderscheid tussen wel of geen blootstelling aan de SARS-uitbraak van 2003, en de ranking van landen op COVID-19-besmettingscijfers (zie tabel 1).

Tabel 1 Selectie van landen

Blootstelling aan SARS-epidemie 2003	COVID-19 uitbraak snel onder controle (jan-juni 2020)	
	JA	NEE
JA	I. Vietnam, Zuid-Korea	II. Singapore
NEE	IV. Duitsland	III. Verenigd Koninkrijk, België

De overeenkomsten binnen de groep Aziatische landen (I) bestaan uit: investeringen in paraatheid na blootstelling aan SARS 2003; relatief lage besmettingscijfers in de eerste golf tot 1 juni 2020. De afwijkende case (II) in deze groep heeft blootgestaan aan SARS en relatief hoge besmettingscijfers. De overeenkomsten binnen de groep Europese landen (III) bestaan uit: beperkte of geen blootstelling aan SARS in 2003 en beperkte investering in paraatheid; relatief hoge besmettingscijfers in de eerste golf. De afwijkende case in deze groep heeft niet blootgestaan aan SARS in 2003 en heeft relatief lage besmettingscijfers (IV). Zie tabel 1 voor de selectie van landen.

Tabel 2 Cumulatieve besmettingen SARS en COVID-19 en GHSI score in geselecteerde landen

Comparative design	Country	Cum. SARS 2003 besmettingen (tot 31 dec 2003) ¹	Cum. COVID-19 besmettingen per million (1 Jan 2020 until 1 June) ²	Global Health Security Index score en rang/195
I	Zuid- Korea	3	225,11	70.2, rank 9
	Vietnam	63	3,37	49.1, rank 50

3 Europa plus Belarus, Rusland, Georgië, Oekraïne, Armenië, Azerbeidzjan, Kirgizië, Kazachstan, Oezbekistan, Turkmenistan en Tadzjikistan.

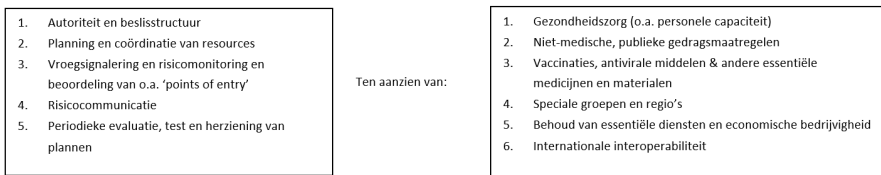
Tabel 2 (Vervolg)

Comparative design	Country	Cum. SARS 2003 besmettingen (tot 31 dec 2003) ¹	Cum. COVID-19 besmettingen per million (1 Jan 2020 until 1 June) ²	Global Health Security Index score en rang/195
II	Singapore	206	6032,47	58,7, rank 24
III	België	0	5049,09	61,0, rank 19
	Verenigd Koninkrijk	4	3814,97	77,9, rank 2
IV	Duitsland	10	2191,28	66,0, rank 14

Bronnen: 1 <https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>; 2 www.ourworldindata.org (viewed 17 August 2021)

Voor iedere groep zijn de Engelstalige nationale pandemische plannen beoordeeld met behulp van elf indicatoren uit internationale richtlijnen (WHO, 2018; ECDC, 2017; zie figuur 1).

Figuur 1 Indicatoren voor pandemische paraatheid ((WHO, 2018; ECDC, 2017)



Data over de actuele beleidsrespons zijn verzameld met literatuuronderzoek en het doorzoeken van databases: COVID-19 Health System Response Monitor en de Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT).⁴

3. De sturing van pandemische paraatheid in Europa en Eurazië tot 1 juni 2020

De eerste studie richtte zich op de politiek-bestuurlijke organisatie van de COVID-19-respons: wie heeft beslisautoriteit, wat is de wettelijke basis, en welke sturingsinstrumenten worden ingezet? Hoofdconclusie is dat het openbaar bestuur in minstens de helft van de onderzochte landen niet op orde was voor de aanpak van de COVID-19-crisis. Zo bleek dat 24 van de 48 Euraziatische landen in de eerste zes maanden van de uitbraak de noodtoestand hebben uitgeroepen. Daarbij leunden 21 van de 48 landen op sturing per decreet. Ook hebben 35 van de 48 landen (73%) onderdelen van de beslisautoriteit verplaatst van reguliere instituties naar tijdelijke arrangementen, zoals kabinetcommissies; een *Operative Corps* (Hongarije) en

4 www.covid19healthsystem.org en <https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index>

'Commandant Office' (Armenië); *Outbreak Management Teams*; *Crisis, Disaster or Emergency task forces*; een *Civil Protection Department/Authority* (Italië/Kroatië); en een *Stakeholder Forum* (Ierland). In 27 van de 37 landen betrof het een centralisering van lagere overheden of private organisaties.

Wat betreft de wettelijke basis introduceerden 35 van de 48 landen (73%) voor 1 juni 2020 wetsamendementen en/of nieuwe wet- en regelgeving, onder andere om de verschuivingen in autoriteit een wettelijke basis te geven. In slechts 17 van deze 35 landen hadden deze een expliciet tijdelijk karakter met een einddatum en condities voor verlenging.

Dat roept de vraag op wat de kwaliteit is van de nationale plannen voor pandemische paraatheid als sturingsinstrument voor infectieziektenbestrijding. Op het eerste gezicht hadden 38 van de 48 onderzochte landen van Europa en Eurazië (79%) bij aanvang van de COVID-19-uitbraak een nationaal plan voor pandemische paraatheid klaarliggen. Deze plannen waren vrijwel uitsluitend gericht op een pandemische influenza. Hiervan hebben 34 landen (71%) dit plan ook daadwerkelijk geactiveerd, sommige met aanpassingen. Tegelijkertijd volstond de activering van deze plannen niet om de COVID-19-respons in de uitvoering te coördineren, omdat politiek-bestuurlijke verantwoordelijkheden en capaciteit kennelijk onvoldoende waren verankerd.

De resultaten van deze eerste studie roepen vragen op over de inhoud van de plannen en de kennelijke noodzaak voor grootschalige veranderingen in bestuurlijke autoriteit in Europa voor de COVID-19-respons. Als we inzoomen op het Verenigd Koninkrijk, België en Duitsland en hun plannen en respons vergelijken met Zuid-Korea, Singapore en Vietnam, zijn er dan aanwijzingen dat de Aziatische landen, door hun blootstelling aan SARS in 2003, beter waren voorbereid? En hoe verklaren we dan dat Duitsland qua besmettingscijfers afwijkt van het VK en België; en andersom dat Singapore qua besmettingscijfers afwijkt van Vietnam en Zuid-Korea?

4. Overeenkomsten en verschillen in de pandemische plannen in Azië en Europa

Nader onderzoek naar de inhoud van de pandemische plannen in de zes genoemde landen levert enkele opmerkelijke observaties op. Terwijl onze verwachting was dat de plannen van aan SARS 2003 blootgestelde landen op de elf beoordeelde indicatoren beter en gedetailleerder in elkaar zouden zitten dan die van de niet aan SARS blootgestelde landen, lopen de scores tussen de beide groepen niet erg uiteen (Ten Have, 2021). In de groepen zijn de plannen van het Verenigd Koninkrijk en Zuid-Korea gelijkwaardige, positieve uitschieters, terwijl de prevalentie van COVID-19 tussen deze landen zeer uiteenloopt.

Een tweede opvallende observatie is dat in vijf van de zes plannen de niet-medische, publieke maatregelen ('non-pharmaceutical interventions') nauwelijks of geen aandacht krijgen, terwijl in het plan van het Verenigd Koninkrijk deze maat-

regelen worden afgewezen vanwege een ‘gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing’. Dit staat in schril contrast met de grootschalige inzet van deze maatregelen in de COVID-19-uitbraak, in beide groepen. Eveneens onderbelicht zijn de onderdelen ‘behoud van essentiële diensten en economische bedrijvigheid’, en ‘speciale groepen en regio’s’, terwijl de specifieke en generieke lockdown in met name Europese landen extra sociale maatregelen vergde voor bewoners van residentiële (zorg) instellingen, evenals de grootschalige financiële noodsteunmaatregelen voor het groot- en kleinbedrijf en zelfstandig ondernemers.

Terwijl in de formulering van zowel Aziatische als Europese plannen een overwegend technisch-specialistische focus op risicoschatting en communicatie centraal stond, is bij de COVID-19-uitbraak een andersoortig maatschappelijk repertoire nodig gebleken, waar in het begin van de uitbraak maar weinig wetenschappelijke en politieke steun voor te vinden was. Welke verschillen worden zichtbaar in de COVID-19-respons tussen Europa en Azië?

5. Overeenkomsten, verschillen en verschuivingen in COVID-19-beleid

Kijkend naar de daadwekelijkke COVID-19-beleidsrespons zijn er duidelijke overeenkomsten tussen de landen met relatief beperkte COVID-19-prevalentiecijfers in de onderzochte periode (Vietnam, Zuid-Korea en, binnen Europa, Duitsland). Ten eerste bieden Zuid-Korea en Duitsland bij aanvang van de COVID-19-uitbraak een grootschalige *test and trace*-capaciteit (Dostal, 2020; Lu et al., 2020). Daarnaast leggen Vietnam en Zuid-Korea in vergelijking met andere landen veel sneller en meer nadruk op preventie in de gemeenschap door gedragsmaatregelen en publieke communicatie in Vietnam (La et al., 2020; Dinh & Ho, 2020) en ‘trust, transparency, and testing’ in Zuid-Korea (You, 2020). In Duitsland worden de niet-medische maatregelen in het plan vertaald in bedrijfs- en arbeidsbeschermende maatregelen. Daarmee wordt zichtbaar dat er in vergelijking met de andere landen reeds bij aanvang van de COVID-19-uitbraak sprake is van een bredere maatschappelijke focus buiten de formele zorg en de infectieziektenbestrijding. Waar in Vietnam in tweede instantie een korte lockdown alsnog nodig is om verspreiding door Europese toeristen te voorkomen, blijft Zuid-Korea tijdens de eerste golf gevrijwaard van reisbeperkingen en lockdowns (Oh, 2021).

Ten slotte verschillen de landen die harder werden getroffen door COVID-19 tot juni 2020 (VK, België en Singapore), in de mogelijke verklaringen voor de minder grote impact van hun beleid. Het VK koos voor een strategie van ‘*herd immunity*’ (Gaskell et al., 2020; Desson et al., 2020; He et al., 2020). Daarbij ligt de nadruk op maatregelen die de toegang en capaciteit van de ziekenhuiszorg waarborgen en kwetsbare groepen afschermen. Pas toen deze onder de grote druk dreigden te bezwijken, ontstond er publieke en politieke urgentie om grootschalig te investeren in populatiemaatregelen zoals *test and trace*, en gedragsmaatregelen zoals fysieke afstand en gezichtsmaskers (‘*mitigation*’). Al snel bleek het, in afwachting van *test and trace*-capaciteit, beschermende materialen en naleving van gedragsadviezen, in België en het VK alsnog noodzakelijk om de zwaarste strategie van een complete

lockdown in te stellen ('containment'). In Azië werd Singapore, na aanvankelijk effectief mitigatiebeleid, geconfronteerd met een grootschalige uitbraak onder arbeidsmigranten, die moeilijk traceerbaar was en oversloeg naar de gehele gemeenschap (Abdullah & Kim, 2020; An & Tang, 2020). Het beleid had daarmee te weinig oog gehad voor de informatievoorziening, leefbaarheid en werkomstandigheden van 'onzichtbare' groepen in de samenleving, waardoor de maatregelen niet realistisch bleken. Ook in Europa volgden uitbraken onder arbeidsmigranten, in gevangissen en residentiële tehuizen voor jongeren, gehandicapten en ouderen.

Wat heeft het snellere reactievermogen van het mitigerend beleid in Aziatische landen mogelijk gemaakt?

6. Governance van COVID-19-mitigatie in Azië

Als we dit vergelijken met de Aziatische landen in de tweede studie, dan valt ten eerste op dat de beslisautoriteit in de Aziatische landen niet lijkt te zijn aangepast na de uitbraak. Ook de mate van (de)centralisering lijkt niet samen te hangen met een stijging of daling in het (nieuwe) aantal COVID-19-besmettingen in de periode januari-juni 2020. Zo gaat de centrale structuur in Zuid-Korea gepaard met relatief lage besmettingscijfers, en in het Verenigd Koninkrijk juist met hoge besmettingscijfers. In Duitsland, België, Singapore en Vietnam worden verantwoordelijkheden verticaal gedeeld tussen landelijke en regionale autoriteiten, maar in België en Singapore zet de daling in besmettingscijfers pas veel later in.

Een laatste observatie is dat de structuur voor de aanpak in Azië in tegenstelling tot de Europese landen gekenmerkt wordt door *horizontale coördinatie* in een 'whole of society'-aanpak. In Vietnam wordt dit gecoördineerd door de ministeries van Gezondheid en Landbouw (Vietnam Ministry of Agriculture and Rural Development and Ministry of Health, 2011). In Singapore en Zuid-Korea wordt een 'whole of government'-aanpak gecoördineerd door het ministerie van Binnenlandse Zaken (Ministry of Health Singapore, 2014; Korea Centers for Disease Control & Prevention, 2006).

7. Discussie en conclusie

In dit artikel verkennen we de sturing van pandemische paraatheid in de eerste golf van de COVID-19-uitbraak tot 1 juni 2020. Ten eerste valt uit onze analyse van de pandemische plannen op dat deze weinig voorspellende waarde hebben voor de beleidsrespons op COVID-19. Zo blijken niet-medische gedragsmaatregelen, die in de plannen nagenoeg ontbreken, in de afwezigheid van een werkzaam vaccin tijdens de eerste golf veel belangrijker en worden deze gaandeweg door vrijwel alle landen geadopteerd. De Global Health Security Index laat zien dat deze en andere voorwaarden voor health security bekend zijn, maar slechts zeer beperkt worden geïmplementeerd. Daarmee zijn verklaringen voor de moeizame beleidsrespons in Europa en verschillen met Azië veeleer te vinden in *powering* dan in *puzzling*, en met een veel langere aanlooptijd dan de ziekte-uitbraak zelf.

Kijkend naar de daadwerkelijke beleidsrespons op de besmettingscijfers zien we dat de landen die eerder blootgesteld waren aan SARS-CoV-1 in 2003, inderdaad beter blijken te zijn voorbereid op een nieuwe pandemie. De landen in Europa vervangen een aanvankelijk afwachtende houding en groepsimmunitet-benadering door het zwaarste middel van de generieke lockdown. Dat is nodig in afwachting van de ontwikkeling van materiële en personele capaciteit voor mitigatie, waarmee zij gaandeweg convergeren naar het Aziatische beleid.

In de Aziatische landen kon de infrastructuur met beschikbare mensen en materiaal voor detectie, controle en herstel, in tegenstelling tot de helft van de Europese landen in de eerste studie, onmiddellijk zonder noemenswaardige herzieningen in beleid of gezag geactiveerd worden, waarmee een veel snellere en efficiënte aanpak mogelijk werd. De pandemische paraatheid beperkt zich in deze landen niet tot technocratische controle over risicosignalering en ziektebestrijding, wat een hoofdmoot vormde in de (Europese) pandemische plannen. Paraatheid strekt er zich uit over de ordening en capaciteit van het gehele openbaar bestuur, met inbegrip van een betrokken en productieve inzet van de gemeenschap en private actoren voor een passend en succesvol beleidsontwerp en -uitvoering.

De tweede studie, met name de afwijkende case van Singaporese (en Duitse) uitbraak onder arbeidsmigranten, biedt aanwijzingen voor het belang van de *politieke economie* van een land: de financieel-economische afhankelijkheden en sociaaleconomische condities zoals flexibele of informele arbeid en arbeidsmigratie, en sociaal beleid. Het sluiten van delen van de economie door lockdown is alleen reëel als daar sociaaleconomisch opvangbeleid tegenover staat (Greer et al., 2021). Dat vergt horizontale coördinatie tussen sectoren en met private actoren. In Singapore maar ook in Europa werden relatief goed functionerende landen overvallen door uitbraken onder groepen mensen voor wie de leef- en/of werkomstandigheden het nagenoeg onmogelijk maken fysieke afstand te bewaren. Deze groepen worden niet, of minder bereikt en beschermd door sociaal, woon- en arbeidsgerelateerd beleid. De COVID-19-crisis heeft de sociaaleconomische gezondheidsverschillen ook in westerse landen verbreed en verdiept, waardoor lage inkomens en andere kwetsbare groepen dubbel worden geraakt. De infectieziektengeschiedenis leert ons dat dit uiteindelijk ten koste gaat van de algehele welvaart (Mellish et al., 2020).

Een opvallende afwezigheid in de analyse van de pandemische paraatheid is de positie van de publieke gezondheidssector. In veel Europese landen is de infectieziektenbestrijding relatief los georganiseerd van andere functies in de publieke gezondheidssector. In plaats van een onafhankelijke expert wordt de public health in veel landen zowel in publieke uitingen als achter de coulissen tegemoet getreden als een uitvoerende of ambtelijke bureaucratie, en als politieke bliksemafleider (Greer et al., 2021). Om die reden zijn preventie en gezondheidsbevordering wellicht een gemakkelijke prooi voor bezuinigingen geweest (Rechel, 2019). Adviesstructuren voor COVID-19-beleid zijn (terecht) gevuld met virologen en andere infectieziektenexperts, maar wij bepleiten dat expertise over de samenhang tussen gezondheid, gedrag en sociaal-fysieke omgeving evenzeer onontbeerlijk is om beleid uitvoer-

baar, navolgbaar en bereikbaar te maken. Zonder politieke representatie zal de als ambtelijk ervaren volksgezondheidsexpertise het in de politieke belangenafweging altijd blijven afleggen tegen de als onafhankelijk ervaren biomedisch-curatieve expertise, getuige de nog altijd grote nadruk op bescherming van de curatieve IC zorg ter onderbouwing van beleidskeuzes (Rechel, 2019).

Deze analyses geven aanleiding te reflecteren op de Nederlandse aanpak. Een korte voorgeschiedenis daarvan laat zien dat de infectieziektenbestrijding al meer dan tien jaar kampt met opeenvolgende bezuinigingen en personeelstekorten (Klazinga, 2009; AEF, 2013). Dit hangt ook samen met een veranderd concept van publieke gezondheid; steeds minder gaat het om collectieve preventie, maar gaat het om individuele verantwoordelijkheid voor leefstijl en gedrag (ten Have & Neves, 2021). De infectieziektenbestrijding kent ook slechts beperkte mogelijkheden tot coördinatie met werkgevers, ondernemers en gemeenschapsnetwerken voor een gezamenlijke aanpak, waardoor ideeën, belangen en instituties nu vaak langs elkaar heen werken. Inmiddels lijkt het tij te keren en worden honderden miljoenen publieke euro's gealloceerd voor onderzoek en ontwikkeling en uitbreiding van de infectieziektenbestrijding. Het is echter veel te vroeg voor een juichstemming over een politieke 'revival' van preventie. Van groot belang zal zijn dat dit werk lessen trekt over deze positionering van de publieke gezondheidssector, die heeft geleid tot een frame van 'falen', waarvan de diepere oorzaken te herleiden zijn naar het gebrek aan autonomie en politieke representatie in de publieke besluitvorming. Naast versterking van de horizontale coördinatie tussen deze subsectoren en aanpalende beleidsterreinen voor arbeidsmarkt, sociaal beleid en economie verdient ook de Nederlandse bijdrage aan internationale samenwerking voor *global health* intensivering, waarvoor reeds sterke aanbevelingen beschikbaar zijn (Van Schaik et al., 2017; Steenbergen, 2018).

De voorlopige bevindingen in dit artikel zijn afkomstig uit onderzoek met enkele sterke punten, maar ook enkele tekortkomingen. In de veelvoud aan secundaire analyse, kwalitatieve en literatuurstudies die momenteel gepubliceerd worden, biedt dit artikel methodologische toegevoegde waarde. Zo analyseert de eerste studie een groot aantal landen op een beperkt aantal variabelen om tot een goede probleemanalyse te komen. Omdat de eerste studie vragen oproept over de relatief grootschalige verschuivingen in beleid en bestuur ten behoeve van de COVID-19-respons en de moeizame bestrijding van het aantal besmettingen, werd een tweede, diepgaandere studie opgezet, waarbij een vergelijking mogelijk wordt tussen een beperkte selectie van landen uit de eerste studie en nieuwe landen uit een ander werelddeel. Een 'most similar cases' design volgens de methode van Qualitative Comparative Analysis garandeert een systematische analyse van mogelijke verklaringen voor overeenkomsten en verschillen tussen landen. Desalniettemin zijn de gebruikte data uit openbare databases niet altijd zonder meer vergelijkbaar tussen landen, omdat soms verschillende definities worden gehanteerd en data op uiteenlopende wijzen zijn verkregen. Ook verkeren we nog midden in de COVID-19-pandemie, waardoor bevindingen alleen een voorlopig karakter kunnen hebben. Het is goed denkbaar dat factoren als politieke en volkscultuur, demografie en vergrijzing en andere factoren eveneens van invloed zijn op de verspreiding van CO-

VID-19 en de effectiviteit van de beleidsrespons; deze vallen buiten het kader van de hier beschreven studies. Ten slotte zijn de geselecteerde landen slechts beperkt representatief voor andere landen in de Aziatische en Europese regio's. Desondanks geven deze resultaten nu reeds aanwijzingen voor een beter begrip van de voorwaarden voor een effectieve, passende en acceptabele beleidsrespons bij toekomstige ziekte-uitbraken.

We concluderen dan ook dat de belangrijkste les uit de vergelijking van plannen, beleid en bestuur tussen Europese en Aziatische landen bestaat uit de erkenning en vertaling van directe leerervaringen met ziekte-uitbraken naar een direct operationele infrastructuur bij de eerste tekenen van een dreiging, met een duidelijke gezagsstructuur, materiële en personele capaciteit, publiek draagvlak voor naleving van beleid en beperkte internationale afhankelijkheden voor economische productie. Pandemische paraatheid is tijdens de eerste golf van een specialistische ziektebestrijding op papier in de praktijk verworpen tot een brede maatschappelijke mitigatie. Dit vergt een aanpassing in sturing en organisatie die aansluit bij de kenmerken van de politieke economie per land. Bij gebrek aan zo'n leerervaring uit een nabij verleden werd in Europese landen ingegrepen in openbaar bestuur en wetgeving om COVID-19-beleid met autoriteit te laden. De relatief lagere besmettingscijfers tijdens de eerste golf in Duitsland, dat ook tot gedeeltelijke centralisering overging, hangen mogelijk samen met een bredere bestrijdingsstrategie met werkgevers, en een reeds bij aanvang grote *test and trace*-capaciteit. De relatief hogere besmettingscijfers in Singapore zijn te herleiden tot de moeilijk bereikbare en traceerbare arbeidsmigranten, waardoor de uitbraak zich kon verspreiden over de grotere populatie.

In bredere zin leren we van deze analyse dat het sturingsvraagstuk van pandemische paraatheid veel breder en dieper is dan het onder controle krijgen van een virus. Het gaat óók om de (onbedoelde) maatschappelijke en economische neveneffecten van de maatregelen zelf. Bovendien gaat het om het vertrouwen in de kwaliteit van de politieke belangenafweging, waarin biomedisch beleidsadvies soms onbedoeld heeft bijgedragen aan een ongelijke en vermijdbare verdeling van risico's en baten in de samenleving, omdat de rol van de arbeidsmarkt, sociaal beleid of onderwijs daarin is onderbelicht. De capaciteit voor pandemische paraatheid vraagt dus in tegenstelling tot het dominante technisch-specialistische discours om politiek-strategische ruimte om cruciale beslissingen over autoriteit in de context van bredere welvaartsbedreigingen af te wegen. Onze internationale vergelijkingen laten zien dat de landen die COVID-19 onder controle lijken te hebben, de internationale richtlijnen, ondanks de soms beperkte financiële middelen en wellicht dankzij hun soms autoritaire bestuurscultuur, hebben vertaald naar een parate en functionerende gezags- en infrastructuur voor ziektemitigatie (Oh, 2021; Choi & Lee, 2016; Dinh & Ho, 2020). Getuige de grootschalige investeringen in gezamenlijk onderzoek, ontwikkeling van capaciteit en inkoop van vaccins en hulpmiddelen door bijvoorbeeld de EU lijkt de COVID-19-uitbraak met het risico van internationale afhankelijkheden in andere landen één politieke horde weg te nemen om de nationale infrastructuur te herstellen en internationale coördinatie te bevorderen. Daarnaast heeft de komst van vaccins de verwachting over een te

rugkeer naar het 'oude normaal' voorlopig niet ingelost, waardoor de kans groter wordt dat er sprake is van een blijvende verandering van pandemische paraatheid als de governance van mitigatie.

Literatuur

- Abdullah, W. J., & Kim, S. (2020). Singapore's Responses to the COVID-19 Outbreak: A Critical Assessment. *American Review of Public Administration*, 50(6-7), 770-776. doi:10.1177/0275074020942454
- An, B. Y., & Tang, S. Y. (2020). Lessons From COVID-19 Responses in East Asia: Institutional Infrastructure and Enduring Policy Instruments. *The American Review of Public Administration*, 50(6-7), 790-800. doi:10.1177/0275074020943707
- Andersson Elffers Felix (AEF). (2013). *Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD*. Inspectie van de Gezondheidszorg. <https://vng.nl/files/vng/20140911-rapport-publieke-gezondheid.pdf>
- Bekker, M., Ivankovic, D., & Biermann, O. (2020). Early lessons from COVID-19 response and shifts in authority: public trust, policy legitimacy and political inclusion. *European Journal of Public Health*, 30(5), 854-855. doi:10.1093/eurpub/ckaa181
- Berg-Schlosser, D., De Meur, G., Rihoux, B., & Ragin, C. C. (2012). Qualitative comparative analysis (QCA) as an approach. Rihoux B. and C. C. Ragin (Eds). *Configurational comparative methods: Qualitative comparative analysis (QCA) and related techniques*. Sage: Thousand Oaks. Pp. 1-18.
- Boin, A., McConnell, A., & Hart, P. 't (2021). *Governing the Pandemic: The Politics of Navigating a Mega-Crisis*. Open access book: <https://www.palgrave.com/gp/book/9783030726799>
- Choi, E. K., & Lee, J. K. (2016). Changes of Global Infectious Disease Governance in 2000s: Rise of Global Health Security and Transformation of Infectious Disease Control System in South Korea. *Uisahak*, 25(3), 489-518. doi:10.13081/kjmh.2016.25.489
- Desson, Z., Weller, E., McMeekin, P., & Ammi, M. (2020). An analysis of the policy responses to the COVID-19 pandemic in France, Belgium, and Canada. *Health Policy and Technology*, 9(4), 430-446.
- Dinh, P. L., & Ho, T. T. (2020). How a collectivistic society won the first battle against COVID-19: Vietnam and their 'weapons'. *Inter-Asia Cultural Studies*, 21(4), 506-520. doi:10.1080/14649373.2020.1831811
- Dostal, J. M. (2020). Governing Under Pressure: German Policy Making During the Coronavirus Crisis. *Political Quarterly*, 91(3), 542-552. doi:10.1111/1467-923x.12865
- Cameron E. E., Nuzzo J. B., & J. A. Bell (2019). *Global health Security Index. Building Collective Action and Accountability*. Nuclear Health initiative & John Hopkins Bloomberg School of Public health. <https://www.ghsindex.org/>
- Gaskell, J., Stoker, G., Jennings, W., & Devine, D. (2020). Covid-19 and the Blunders of our Governments: Long-run System Failings Aggravated by Political Choices. *Political Quarterly*, 91(3), 523-533. doi:10.1111/1467-923x.12894
- Greer, S. L., King, E. J., Massard de Fonseca, E., & A. Peralta-Santos (Eds.). (2021). *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. University of Michigan Press. Open access book: <https://www.fulcrum.org/concern/monographs/jq085n03q>
- Have, H. ten, & Neves, M. D. C. P. (2021). Lifestyles. In: *Dictionary of Global Bioethics* (pp. 689-689). Springer.
- Have, I. ten. (2021). *COVID-19 policy response in Europe and Asia: an international comparison*. MSc thesis Communication and Health Sciences, Health and Society group. Wageningen: Wageningen University.

- He, R., Zhang, J., Mao, Y., Degomme, O., & Zhang, W. H. (2020). Preparedness and responses faced during the covid-19 pandemic in Belgium: An observational study and using the national open data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1-14. doi:10.3390/ijerph17217985
- The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response (IPPPR). (2021). *COVID-19: Make it the last pandemic*. Geneva: WHO. www.theindependentpanel.org
- Kavanagh, M. M., & Singh, R. (2020). Democracy, Capacity, and Coercion in Pandemic Response: COVID-19 in Comparative Political Perspective. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 45(6), 997-1012. doi:10.1215/03616878-8641530
- Klazinga, N. (2009). Public Health; overal en nergens - redactioneel. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, 87(5), 189.
- Korea Centers for Disease Control & Prevention. (2006). *Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan*.
- La, V. P., Pham, T. H., Ho, M. T., Nguyen, M. H., Nguyen, K. L. P., Vuong, T. T., ... Vuong, Q. H. (2020). Policy Response, Social Media and Science Journalism for the Sustainability of the Public Health System Amid the COVID-19 Outbreak: The Vietnam Lessons. *Sustainability*, 12(7). doi:10.3390/su12072931
- Lu, G., Razum, O., Jahn, A., Zhang, Y., Sutton, B., Sridhar, D., ... Müller, O. (2021). COVID-19 in Germany and China: mitigation versus elimination strategy. *Global Health Action*, 14(1), 1875601. doi:10.1080/16549716.2021.1875601
- Mellish, T. I., Luzmore, N. J., & Shahbaz, A. A. (2020). Why were the UK and USA unprepared for the COVID-19 pandemic? The systemic weaknesses of neoliberalism: a comparison between the UK, USA, Germany, and South Korea. *Journal of Global Faultlines*, 7(1), 9-45.
- Ministry of Health Singapore. (2014). *MOH pandemic readiness and response plan for influenza and other acute respiratory diseases*. In: MOH USA.
- Oh, S. Y. (2021). From a 'super spreader of MERS' to a 'super stopper' of COVID-19: Explaining the Evolution of South Korea's Effective Crisis Management System. *Journal of Asian Public Policy*. doi:10.1080/17516234.2020.1863540.
- Rechel, B. (2019). Funding for public health in Europe in decline? *Health Policy*, 123(1), 21-26. <https://doi-org.ezproxy.library.wur.nl/10.1016/j.healthpol.2018.11.014>
- Schaik, L. van, Pas, R. van de, Weezenbeek, K. van, Meeteren, N. van, & Cobelens, F. (2017). *Why the Netherlands should step up its ambitions on global health*. Clingendael Report. https://www.clingendael.org/sites/default/files/pdfs/Report_Global_Health.pdf
- Steenbergen, G. (2018). *Advies global health NL. Verkenning van het draagvlak voor beleidsformulering*. https://www.nvtg.org/uploads/nieuws/Advies_Global_Health_VWS_versie_27juni2018.pdf
- Vietnam Ministry of Agriculture and Rural Development and Ministry of Health. (2011). *The Vietnam Integrated National Operational Program on Avian Influenza, Pandemic Preparedness and Emerging Infectious Diseases (AIPED)*, 2011-2015.
- You, J. (2020). Lessons From South Korea's Covid-19 Policy Response. *American Review of Public Administration*, 50(6-7), 801-808. doi:10.1177/0275074020943708