

QUESTIONS DE FOND / REFLEXION

QUESTIONS SOUMISES PAR ECRIT AVANT AUDITION (1 à 101)

VRAAG Nr. 1 (M. COPPIETERS)

Quelles ont été les collaborations entre Sciensano et le SPF Santé publique et pourquoi le leadership de la crise n'a pas été pris par l'administration du SPF ?

a) Collaborations avec Sciensano

J'ai déjà abordé cette question lors de ma première audition. Le Dr Quoilin l'a fait également. (Collaborations multiples et interactions quotidiennes à travers le RAG – CELEVAL – RMG)

b) Leadership

- Cette question est pour le président de l'SPF qui a déjà eu l'occasion de vous faire part de son avis à ce propos lors de son audition du 12.02.2021.
- Il faut aussi s'entendre sur ce que signifie « prendre le leadership » : Être devant les caméras de TV ou dans la presse pour dire qu'on prend le leadership ou être sur le terrain et gérer la situation avec les équipes ?
- A mon niveau et en ce qui me concerne, mon rôle et celui du SPF est de gérer concrètement la crise et pas de m'exprimer dans les médias.
- Le leadership doit selon moi être assuré par le politique, par ceux qui prennent les décisions. Le rôle du SPF est davantage de gérer concrètement la crise et de mettre ses compétences au service de la santé publique. Le SPF n'a pas les coudées franches, n'est pas libre d'agir et de décider. Il est finalement l'outil du politique.
- Je vous ai déjà expliqué à quel point cette mission a été rendue difficile vu les pressions quotidiennes auxquelles nous étions soumis et la difficulté à travailler efficacement tout en répondant aux exigences incessantes des cabinets, surtout avec le peu de moyens dont nous disposions à l'époque.

VRAAG Nr. 2 (M. COPPIETERS)

Quel est le rôle dans la crise de la cellule Public Health Emergency ?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 3 (M. COPPIETERS)

En quoi l'administration générale a été entendue par les responsables politiques en début de crise sanitaire ?

Réponse :

Dit is ook een vraag voor de voorzitter van de FOD Volksgezondheid.

Ik kan u wel mededelen dat vanaf het begin briefing en overleg bestond met het Kabinet.

In de RMG zijn de politiek verantwoordelijke structuren ook vertegenwoordigd. En het gebeurt wel dat goede adviezen of aanbevelingen niet (volledig) worden gevolgd wat in het bestaande bestuursstelsel in de regel dient aanvaard te worden, zeker als men zijn advies heeft mogen/kunnen geven.

VRAAG Nr. 4 (M. COPPIETERS)

Quelles sont les forces et faiblesses d'une instance comme le RMG ?

C'est une question qui doit être traitée parallèlement à la question 8/17 posée par MM. LAMS sur l'évaluation du RMG en waarop ook al is geantwoord tijdens de eerste auditie.

VRAAG Nr. 5 (M. COPPIETERS)

Qui porte la responsabilité d'un manque d'anticipation de la crise et donc d'une mortalité très importante en Belgique ?

Het komt me als auditee niet toe uitspraak te doen over wie hierin verantwoordelijkheid draagt.

VRAAG Nr. 6 (MM.LAMS - 10)

Hoe ervaart u de samenwerking tussen Binnenlandse Zaken (als coördinator crisisbeheer) en Volksgezondheid (belangrijkste domein in deze crisis)?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 7 (MM. LAMS - 16)

Zijn experts in de Risk Management Group getraind in crisiswerking? Is dit (of zou dit), in uw opinie, een meerwaarde kunnen zijn voor de werking?

Réponse :

Crisiswerking is heel breed en heeft meerdere aspecten. Meestal denkt men dan aan de aanpak van rampen, catastrofes, dringende medische hulpverlening. De huidige situatie is een wereldwijde pandemie van lange duur met zijn typische en evolutieve karakteristieken die niemand ooit heeft meegemaakt.

Vanuit de administraties en het wetenschappelijk instituut heeft iedereen ervaring in de aanpak van uitbraken van infectieziekten die op kleinere of grotere schaal ook crisissen zijn. Sommigen hebben training gevolgd in crisisbeheer en/of waren al betrokken in eerdere crisissen zoals bvb de H1N1 pandemie of in buitenlandse epidemieën.

Training, die men dan ook moet onderhouden, is zeker nuttig. Het heeft ook het voordeel dat men elkaar beter leert kennen; wel is iedere crisis anders en verloopt dit niet volgens een vast stramien dat je zou kunnen instuderen. Wie van ons had bvb ervaring met een lockdown? Een opleiding op het gebied van de volksgezondheid of “public health” die o.a. ook de crisisaspecten belicht, zou ook zinvol zijn; blijkbaar bestond dit vroeger interuniversitair. Het zou ten zeerste wenselijk zijn dat deze pandemie in al zijn facetten de komende jaren, decennia, optimaal wordt gebruikt in het onderrichten van verantwoordelijken aangaande de voorbereiding en het beheer van crisissen.

VRAAG Nr. 8 (MM. LAMS - 17)

Is er tot nu toe een evaluatie gebeurd over de werking van het RMG, de besluitvormingsstructuur, de samenwerking met andere organen? Werden lessons learned gedeeld en/of reeds geïmplementeerd?

Réponse :

La réponse à cette question répond également à la question 4 supra.

Na de eerste golf werd samen met de crisiscoordinator een tussentijdse bevraging georganiseerd in welke mate we zouden kunnen bijsturen voor de komende tweede golf. Daaruit zijn meerdere aspecten naar voor gekomen, zowel theoretische als praktische, en enkele waren/werden in de verdere aanpak meegenomen. De nouveau, c'était une réaction à chaud et dans l'urgence alors que à ce moment aucun de nous n'avait assez de recul sur cette situation que nous sommes toujours en train de vivre. Van zodra de crisis afneemt is het absoluut noodzakelijk dat een grondige evaluatie van de ganse aanpak plaatsvindt.

Ik geef u hierbij een niet limitatieve opsomming van aandachtspunten:

- Duidelijke identificatie, omschrijving en respecteren van ieders bevoegdheden én verantwoordelijkheden met heldere omschrijving van de scharnierpunten (punten waar de verantwoordelijkheid van de ene over gaat op de andere) en duidelijke zichtbaarheid van wie voor wat bevoegd is.
 - Principe bij bevoegdheidsonduidelijkheid moet zijn: eerst actie om acuut probleem op te lossen
 - Bepalen van de relatie RMG/crisiscel/IFC/celeval/IMC/COFECO (rol ??)/ e.a. met stroomlijning en vereenvoudiging van de processen en het aantal (beslissings)organen;
 - bestaansgrond van *nieuwe* organen en/of
 - implicatie op behoud/aanpassing *bestaande* structuren
 - Belang van een duidelijke interne briefing, informatiedoorstroming, vanuit de RMG naar de IMC zodat er een coherentie is tussen de beslissingen van de RMG en de IMC, vermits alle IMC leden in de RMG vetegenwoordigd zijn
 - Integratie van de wetenschappelijke input Sciensano, HGR, wetenschappelijk comité, e.a. in een vooraf gecoördineerd advies aan de RMG

- Methodiek: probleemstellend vs oplossingsgericht ; bevoegde instanties dienen naast de probleemstelling op zijn minst een voorstel tot oplossing mee te geven vanuit hun bevoegdheid
- Versterken van de reeds vooraf bestaande en goed functionerende structuren (RMG, RAG, e.a.). De personen kennen elkaar en zijn samenwerken gewoon . Dit creëert een klimaat van respect en bewijst ook dat , om doeltreffend te werken tijdens de crisis, het effectief noodzakelijk is dat de verschillende actoren gewoon zijn met elkaar samen te werken.
 - Vermijden van dubbel werk, overlap in de verschillende (parallele) organen
 - Structureel verbeteren van de human resources in de crisisstructuren
 - Op alle beleidsniveau's.
 - Uitbouw van een effectieve HR reservecapaciteit voor crisisbeheersing (element business continuity)
 - Creatie van een backoffice dat bvb zo autonoom mogelijk op de gestelde vragen antwoordt (zodat de personen die de crisis aanpakken zich op hun job kunnen focussen)
- Bepalen van een duidelijker transparant proces van vraagstelling/opdracht aan de RMG
 - wie doet concreet wat, wie behandelt welke thema's en hoe worden de uitgebrachte adviezen, beslissingen, gevaloriseerd?
 - oog voor de echte urgenties met redelijke deadlines

VRAAG Nr. 9 (MM. LAMS - 19)

Wat heeft u tijdens deze crisis voornamelijk geleerd als voorzitter van de RMG?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 10 (MM. LAMS - 21)

Heeft het departement Volksgezondheid in uw opinie voldoende snel gereageerd op deze pandemie?

Réponse :

Cette question doit être traitée en combinaison avec la question suivante. (Q.11 / 39)

- Lors de ma première audition, j'ai déjà répondu à cette question en retraçant la ligne du temps depuis le tout début du mois de janvier. Oui, en ce qui me concerne, je pense avoir réagi très rapidement
- Le RMG s'est réuni immédiatement et très rapidement, les différents organes de crise se sont également mis en place
- Qu'entend-on par « réagir rapidement à une pandémie » ? A l'époque, en janvier, nous ne savions pas que nous nous dirigeons vers une pandémie. Ensuite, la situation reste inédite et

dépend de nombreux facteurs extérieurs au SPF : enjeux diplomatiques, enjeux économiques, enjeux politiques, etc...

- Bien évidemment, sachant ce que nous savons aujourd'hui, nous ferions des choses différemment, mais c'est toujours facile à dire après-coup
- Mais je peux vous assurer d'une chose : chacune des personnes impliquées dans la gestion de crise au sein du SPF s'est donnée sans compter pour maîtriser cette pandémie le mieux possible et ce dès le début du mois de janvier

VRAAG Nr. 11 (OPEN – VLD - 39)

Meent u dat er voldoende snel is gereageerd door de nationale instanties op de eerste signalen betreffende het coronavirus? Vond u de acties in februari/maart proportioneel, in de lijn met het gedetecteerde risico?

Réponse :

- Cette question est à mettre en relation avec la question précédente (Q. 10 / 21).
- Je dirais que oui, compte tenu des informations dont nous disposons à l'époque et compte tenu de connaissances scientifiques à cette même période.
- Bien entendu, à la lumière de ce que nous savons aujourd'hui, les choses se feraient très certainement différemment. Il ne faut pas oublier que nous apprenons tous les jours à propos de ce virus. Il faut se replonger dans le contexte des mois de février et mars : Le nombre limité de cas, dans un nombre limité de régions / pays...La preuve de notre apprentissage quotidien vient encore d'être rapportée par la récente mutation du virus au Royaume-Uni et les nouveaux « variants of concern » (VOC's).
- En février- mars, le contexte diplomatique était également délicat. Je pense bien entendu à la fermeture des frontières et aux conséquences diplomatiques de mesures très dures à l'égard de ressortissants chinois par exemple. Souvenez-vous également de ce que les codes couleurs ont suscité comme tensions en juillet-août.
- C'est là encore toute la différence entre une pandémie et une catastrophe : le débat n'est pas que sanitaire, il est multifactoriel et les intérêts sanitaires sont parfois difficilement conciliables avec les intérêts politiques, économiques ou diplomatiques avec lesquels il faut néanmoins composer. Très récemment, nous avons conféré de l'avant-projet de loi sur les mesures de police administrative et l'utilisation des données à caractère personnel. Voilà encore un aspect complexe avec lequel nous devons composer.
- Donc oui, dans le contexte de l'époque, je pense que les mesures étaient adéquates et proportionnées. Leur mise en œuvre n'a pas été aisée et il y a eu des imperfections dans l'opérationnalisation de certaines mesures. Nous aurons l'occasion d'y revenir *infra*.

VRAAG Nr. 12 (PVDA-PTB - 63)

Uit de verslagen van de RMG leren we dat de RMG besliste dat chirurgische maskers voldoende zijn voor zorgpersoneel. Voor tandartsen raadde de Hoge Gezondheidsraad bv ook FFP2-aan. Experts vinden dat beter was om eerlijk te communiceren dat er niet voldoende maskers waren. Waarom gebeurde dat niet?

Réponse :

Het klopt dat er een mondiale schaarste was van maskers.

Het dragen van het chirurgisch masker werd beschouwd als een afdoende maatregel, zowel voor zorgverleners, patiënten, douane, e.a.

Bij aerosolverwekkende procedures (tandartsen) werd het gebruik van FFP2 aangeraden.

De RMG stelde verder dat , als bvb de ziekenhuizen, omwille van interne procedures, wilden upgraden naar FFP2, dat dit aan hen was om dit te beslissen.

VRAAG Nr. 13 (PVDA-PTB - 64)

In het RMG-verslag van begin februari 2020 vraagt de RMG zich af of de regering een strategische voorraad maskers kan aanleggen. U weet op dat moment heel goed dat die voorraad vernietigd is, en wegens budgettaire redenen niet (tijdig) opnieuw heraangelegd werd. Minister De Block stelt in het parlement dat “de situatie in ons land en in Europa onder controle is, en dat er geen reden tot paniek is”. Wat vindt u daarvan?

Réponse :

Het is gemakkelijk om zaken achteraf te beoordelen; het is niet aan mij om hier uitspraak over te doen maar dat was toen wel in ons land de houding die we op dat op moment aannamen op basis van de toen gekende informatie. Il y a probablement eu une volonté de rassurer la population. Rappelez-vous que début février, certains pensaient de bonne foi qu’il s’agissait d’une grippe et je pense qu’ils le pensaient sincèrement. Parmi eux, il y avait notamment des virologues et des épidémiologistes.

VRAAG Nr. 14 (PVDA-PTB - 67)

U bent in de RMG geconfronteerd met de vertegenwoordigers van 9 ministers van Gezondheid. Wat vindt u daarvan? Denkt u dat er aan efficiënte kan gewonnen worden indien men over 1 federale minister zou beschikken?

Réponse :

C’est une question politique. Je vous ai expliqué lors de ma première audition le processus de décision par consensus au sein du RMG et les difficultés que cela pose parfois. Il est évident que plus il y a de protagonistes autour de la table, plus le consensus est difficile à atteindre.

Donc oui, ce système a généré de grosses dépenses de temps et d’énergie avec une certaine perte d’efficacité. Dit is uiteraard een gevolg van het feit dat de vertegenwoordigers van de verschillende en van elkaar onafhankelijke overheden als gelijken, inter pares , ageren zonder dat iemand de meerdere is. Zo heeft ons consensusmodel ongetwijfeld zijn voordelen en kan dit rekenen op een ruim draagvlak als er inderdaad consensus is. Maar als er geen consensus is, en er is nood aan een

daadkrachtige beslissing, dan kan een probleem rijzen want niemand is de meerdere van de andere; federaal coördineert maar is terzelfdertijd een participant, zoals een scheidsrechter zonder kaarten die ook nog meespeelt. Omdat u de vraag stelt : 9 overheden die verantwoordelijkheid dragen aangaande een deel van de volksgezondheid is toch wel van het goede te veel ; als we de keuze van het federalisme hebben gemaakt zou het op zijn minst beter zijn dat één overheid per gemeenschap de volksgezondheid in de betrokken gemeenschap aanstuurt en coördineert. Dit betekent dan ook dat vlot akkoorden kunnen worden afgesloten als onderlinge regelingen nodig zijn of als men thema's op één lijn wil/moet brengen of dat men er samen mee instemt om bvb dezelfde wet in voege te laten treden. Bij een crisis als de huidige zou het accent op eenheid in de aanpak moeten liggen maar we zitten in ons land eerder in een cultuur waar de gemeenschappen uit elkaar drijven. Als we zien naar Europa verwachten we toch ook dat de Europese unie daadkrachtig en gecoördineerd optreedt ; het zou dus logisch en begrijpelijk zijn dat we op nationaal gebied ook waar mogelijk zoveel als kan samenwerken om delicate en moeilijke situaties aan te pakken temeer deze het ganse land betreffen en zich niet beperken tot een bepaalde gemeenschap.

En fait, je n'ai pas à me prononcer sur la question de savoir s'il faut remplacer les 9 ministres par un seul ministre fédéral. Je peux juste dire que cela permettrait sans doute, sans certitude, d'accélérer le processus décisionnel. Mais cela peut aussi comporter un certain nombre de risques en termes démocratiques. C'est un choix politique
En outre, la multiplicité des *fora* de discussion et de décision doit également être réévaluée.

VRAAG Nr. 15 (CD&V - 73)

Coordination intra-belge:

Uw collega, Pedro Facon heeft zich al meermaals verontwaardigd uitgelaten over hoe de coördinatie tussen de verschillende beleidsniveaus is verlopen. Deelt u die mening? Wat is er volgens u op dat vlak niet goed verlopen? Wat wel? En welke les heeft u daaruit getrokken?

Denkt u dat het Duitse systeem ook in België ervoor zou zorgen dat er een vlottere coördinatie is? Of denkt u dat dat systeem hier niet zou werken?

Réponse :

Je me permets de vous renvoyer aux questions 14/67 et 66.

VRAAG Nr. 16 (VB - 79)

Kunt u zich vinden in de open brief van de UGent, waarin gevraagd wordt naar meer transparantie en om de cijfers duidelijker uit te leggen? Bv 800 pos getesten op 800 testen is iets anders dan 800 pos getesten op 8000 testen. Waarom wordt dat niet duidelijker vermeld en wordt steeds gebruik gemaakt van de absolute cijfers?

Réponse :

Deze vraag hoort eigenlijk aan sciensano gesteld te worden.

Néanmoins je peux vous dire qu'il y a un rapport chaque jour depuis plus d'un an, un rapport hebdomadaire, des rapports thématiques, les données sur Epistat, les données en open data et un accès à des données complémentaires pour les chercheurs. Chaque demande d'informations/explications complémentaires que ce soit de parlementaires, de la presse ou de citoyens est traitée avec rigueur ... La transparence est complète, peu de pays européens ont mis autant d'énergie à rendre disponible l'informations. La mise à disposition de données doit évidemment suivre les règles liées au respect de la vie privée.

In de rapporten van sciensano zijn alle cijfers beschikbaar zijn, ook over de positiviteitsratio (aantal positieve personen op aantal geteste personen) die ik zeker ook nuttig vind. De wekelijkse analyse van de epidemiologische situatie door de RAG (waarop bv het OCC zich baseert om te beslissen over maatregelen) gebeurt ook niet enkel op basis van kwantitatieve indicatoren zoals het aantal besmettingen, maar houdt ook rekening met kwalitatieve indicatoren, zoals de test strategie.

Wat daarvan in de media verschijnt, is natuurlijk een andere zaak; daar is m.i. geen controle op en men kan zich wel afvragen hoe de burger de dagelijkse cijfers ervaart en interpreteert en in welke mate dit bijdraagt tot aanhouden motiveren van mensen om zich aan de maatregelen te houden en/of hun gedrag bij te sturen.

VRAAG Nr. 17 (VB - 81)

Prof.dr. Jan De maeseneer zegt in een artikel in De Morgen dat de wereld wist dat een nieuw Corona virus zou komen, en we hebben ons niet goed voorbereid. We hebben Sars en Mers gehad, beiden coronavirussen, maar de zoektocht naar een vaccin is stilgevallen. Hoe verklaart u dat?

Réponse :

De virussen SARS-CoV-1 en MERS-coronavirus hebben andere eigenschappen dan het SARS-CoV-2 virus. Overdracht van mens op mens vindt zelden plaats voor MERS, en het aantal besmettingen is voor beide virussen beperkt gebleven. Dergelijke aantallen verantwoorden niet de grote inzet van middelen om een vaccin te ontwikkelen. Daarnaast zijn er al veel langer andere humane coronavirussen bekend, die een banale neusverkoudheid veroorzaken. Het was onmogelijk om te voorspellen dat een coronavirus de oorzaak zou zijn van de huidige pandemie met een hoge morbiditeit (voor risicopersonen). Bovendien muteert deze virussoort vaak wat het anticiperen op een vaccinproductie bijzonder lastig maakt.

VRAAG Nr. 18 (VB - 83)

Waarom bleven de verslagen van het RAG/RMG lang geheim? Wat was er te verbergen? Voor wie moesten die verslagen geheim blijven?

Réponse :

Ik meen dat mijn collega Sophie Quoilin u reeds een antwoord heeft verstrekt aangaande de rapporten van de RAG.

De RMG verslagen waren nooit geheim; wel was er historisch een zekere graad van confidentialiteit. Rapporten werden steeds gedeeld en in juni hebben we in de RMG beslist om (vanaf 26 juni) alle verslagen vanaf het begin van de crisis online te publiceren. Dit had ook het voordeel dat iedereen op transparante wijze kon zien wat beslist werd en welke standpunten door de RMG werden ingenomen, in het bijzonder over onderwerpen die ook in andere organen verder werden behandeld.

VRAAG Nr. 19 (VB - 84)

Wat hebt u voorlopig geleerd uit deze crisis? Wat zou u anders willen doen voor de komende golven?

Réponse :

Cette question a déjà reçu une réponse par le biais des questions 8/17, 9/19 et 15/73 et pendant ma précédente audition.

Depuis votre question, nous avons déjà vécu une deuxième vague et on se trouve plein dans une troisième vague. Nous avons tous la tête sous l'eau comme je l'ai déjà expliqué. Depuis le début de cette crise, nous parons continuellement aux vraies et aux fausses urgences.

Il est clair que, en ce moment, nous réagissons aux urgences mais il n'y a pas de temps et d'espace pour une profonde réflexion. Lors des réunions, nous réfléchissons « *on the spot* » et bien sûr, nous essayons d'améliorer ce qui n'a pas bien fonctionné lors de la première vague, mais c'est toujours dans le feu de l'action.

VRAAG Nr. 20 (CDH - 92)

Dans les recommandations internationales (dont les recommandations claires de l'OMS), on appelle les Etats Membres à protéger les personnes les plus vulnérables et notamment par rapport aux voyages au niveau international (d'abord de Chine et ensuite d'Italie et de zones de ski en France). En Belgique, il n'y a pas eu de telles recommandations : il n'y a pas eu d'application de quarantaine pour des personnes venant de zones touchées par le covid. Il n'y a pas eu testing de personnes qui faisaient partie de l'entourage de personnes vulnérables telles que des personnes âgées ou avec pathologie chronique) ? Pourquoi ne pas avoir appliqué ces recommandations ? Comment expliquez-vous cela ?

Réponse :

In de beginfase lag de nadruk op 'containment', waarmee we verspreiding van het virus op alle mogelijke manieren wilden tegengaan. Ik denk niet dat er van meet af aan duidelijke aanbevelingen waren van de WHO; deze zijn er naderhand gekomen en werden ook desgevallend aangepast. De WHO aanbevelingen werden wel degelijk van bij de start opgevolgd wanneer mogelijk.

Er was ook aandacht voor kwetsbare personen; bvb op 24 februari 2020 schreef ik aan de gemeenschappen dat naast de algemene informatieverstrekking (zoals naar de ziekenhuizen en de

huisartsen) zieke bezoekers en personeel met reishistoriek uit risicogebied weg dienden te blijven uit zorginstellingen met een risicopopulatie zoals woonzorgcentra, diensten geriatrie, e.a. Een ander voorbeeld betreft de formulering van het advies « social distancing » (8 maart) voor de hele bevolking maar vooral voor personen met risicofactor. Voor de socialdistancing in het onderwijs werd zo o.a. het organiseren van schoolfeesten, opendeurdagen of evenementen waar externen naartoe komen, en verder het organiseren van uitstappen naar woonzorgcentra, kwetsbare groepen werd zeer sterk afgeraden.

Verder waren de eerste reizigers die terugkeerden uit Wuhan begin februari in quarantaine geplaatst in het militair hospitaal. Naarmate de aantallen toenamen was dit echter logistiek (en wettelijk) niet meer mogelijk. Personen met symptomen die terugkwamen uit een zone waar besmettingen werden gerapporteerd werden wel in isolatie geplaatst en deze met ernstige symptomen werden getest (omdat de testcapaciteit op dat ogenblik onvoldoende was om iedereen te testen, zowel wat betreft labo als afname van stalen door personen die voldoende beschermd waren). Op dat ogenblik werd er vanuit gegaan dat overdracht van het virus door asymptomatische personen slechts een beperkte impact had.

De aanbevelingen in België (net zoals deze van de WHO en ECDC) zijn over verloop van tijd geëvolueerd, naarmate er meer wetenschappelijke kennis over het virus beschikbaar was en ook meer beschermingsmiddelen. Maar algemeen baseren de aanbevelingen zich steeds op deze van ECDC en/of WHO; zo ook bvb de eerste aanbevelingen van maatregelen voor contacten (22.04.2020).

VRAAG Nr. 21 (CDH - 94)

Comment l'OMS épaulé les Etats-Membres ? Y-a-t-une aide, une évaluation de la façon dont les Etats membres préparent et gèrent une crise sanitaire ?

Réponse :

- Er loopt momenteel een evaluatie van het crisisbeheer door de WHO en de wereld in zijn geheel.
- De WHO heeft ook niet het mandaat om éézijdig de aanpak van specifieke landen te evalueren, ze kan dit weliswaar doen maar dan enkel op expliciete vraag van de Lidstaat in kwestie. En 2017, il y a eu une évaluation de l'application du RSI 2005 par les Etats-Membres. Il y a ensuite eu des conseils et des avis sur la manière d'améliorer les choses.
- Ook voorziet ECDC een methodologie die landen kunnen gebruiken om hun crisisbeheer te evalueren.
- L'OMS donne des recommandations et des guidelines mais qui restent assez théoriques.

VRAAG Nr. 22 (CDH - 96)

Y-a-t-il des mêmes indicateurs épidémiologiques proposés dans le cadre de la collaboration au niveau de l'OMS ou d'autres instances européennes ? Pour le suivi, si chacun prend des indicateurs épidémiologiques différents, cela ne permet pas de bonne comparaison ni le suivi le plus efficace de la pandémie.

Il faut poser la question à Sciensano.

VRAAG Nr. 23 (CDH - 97)

Mme Quoilin nous a indiqué lors des auditions que « l'absence de masques est ce qui va influencer les suites des décisions. » (Le manque de matériel de protection pour les médecins généralistes qui auraient pu tester la population a conduit à l'établissement de conditions très restrictives de testing au départ). Est-ce que vous partagez cette analyse ?

Réponse :

Oui, je partage cette analyse. J'ajouterais que le manque de réactifs était une autre composante du problème.

VRAAG Nr. 24 (CDH - 98)

Considérez-vous qu'il manquait d'un « centre opérationnel » pour orchestrer la gestion de l'épidémie?

Réponse :

Ja, ik denk wel dat dit mankeerde, zeker in het begin. Moeilijkheden kwamen er vooral door de verspreide bevoegdheden, en het grote aantal betrokken ministers. La tendance a plutôt été de créer de nouveaux groupes de travail et de nouveaux organes (Comité scientifique, GEES, taskforces etc...) wat gezien de grootte en complexiteit van de crisis ook noodzakelijk was. Intussen ontstond ook een werkstramien op basis van andere structuren (Celeval, Cofeco, NVR, e.a.).

Pourtant, nous avons déjà expérimenté la désignation d'un Commissariat influenza qui avait plutôt bien fonctionné. Nous aurions pu renouveler cette expérience dès le début de la crise. Je pense qu'on ne s'attendait pas à une crise d'une telle ampleur. Avec la grippe H1N1 l'impact sanitaire s'est avéré bien plus limité que ce à quoi on s'attendait. Peut-être avons-nous pensé à tort que le scénario serait identique avec le Covid et que la nécessité de désigner un Commissariat Covid n'était pas aussi évidente. Wel is een commissariaat geen absolute garantie dat dit zaken makkelijker maakt, maar dan is er een structuur die een algemeen nationaal overzicht kan bewaren, wat m.i. wel soms mankeerde.

Zie ook vraag 73

VRAAG Nr. 25 (CDH - 99)

Considérez-vous qu'il y a eu trop peu d'investissement dans la santé publique ces dernières années ?

Réponse :

Oui, je pense en effet que la santé publique n'a pas reçu l'attention qu'elle mérite.

D'ailleurs, très honnêtement, je crois que la santé publique est méconnue du grand public mais aussi des acteurs de la santé.

Je vous ai expliqué des raisons pour lesquelles il est difficile de recruter des médecins au SPF. La valorisation financière de la fonction est l'une de ces raisons mais je pense que peu de gens savent de quoi est faite la vie des personnes qui travaillent au sein du SPF et d'une cellule comme PHE. En mogelijk is het beleid zelf niet steeds voldoende overtuigd geweest van de specifieke behoefte aan of het belang van artsen in een administratie volksgezondheid.

Le manque de moyens dans un secteur comme la santé publique peut avoir des conséquences dramatiques et il n'est pas possible d'avoir de l'ambition, d'organiser des exercices réguliers ou d'avoir une réflexion prospective de qualité en bricolant des solutions de fortune.

Des moyens se sont débloqués avec la crise, mais c'est trop tard et très concrètement, les personnes nouvellement engagées doivent être formées par ceux qui sont au feu, ce qui est très difficile à gérer.

Zie ook vraag 40.

VRAAG Nr. 26 (CDH - 100)

Considérez-vous que l'Union européenne, l'ECDC auraient dû jouer un rôle proactif plus important dans la gestion de la crise au sein de Europe ?

Réponse :

Het antwoord op deze vraag is genuanceerd :

- Ja, mogelijk had ECDC duidelijk kunnen waarschuwen voor het risico in Italië maar allicht is iedereen door de situatie verrast geweest.
- Mais les Etats-Membres ont voulu conserver leur autonomie en matière de santé. Il est donc difficile de reprocher à l'Europe de ne pas avoir pris le lead alors qu'elle n'est en fait pas compétente pour le faire.
On ne peut pas vouloir conserver ses prérogatives en matière de santé et ensuite reprocher à l'Europe de ne pas gérer la situation de manière proactive.
- Ook stel ik bij grensoverschrijdende verplaatsingen keer op keer opnieuw vast dat zowat alle internationale instellingen de rol van internationaal (vlieg)verkeer minimaliseren, trachten te vermijden dat dit wordt stilgelegd, en vinden dat het aan de landen zelf is om de geïmporteerde gevallen te traceren en te isoleren. Ook een EU reisverbod ligt heel moeilijk. Het accent wordt dan dus verlegd naar quarantaine, (grens)controle en testen maar deze triade blijft second best, moeilijk haalbaar en dus dweilen met de kraan open. Bovendien zijn bvb travel bans (verbod op niet-essentiële reizen) ook tegen het EU recht van "free movement"; het is dus niet logisch dat dergelijke beperkingen blijkbaar wel kunnen en een reisverbod, dat veel effectiever en efficiënter is, niet.
- Je me suis déjà exprimé sur le fait que nous nous étions sentis lâchés par les instances internationales en début de crise. C'est en tous cas mon ressenti. A mon humble avis, comme tout le monde, ni l'Europe ni l'OMS n'étaient bien préparés à ce type de situation.
- Ce serait intéressant d'entendre l'ECDC et l'OMS à ce sujet pour avoir leur perception.

VRAAG Nr. 27 (N-VA)

MM. GIJBELS:

Mijnheer de voorzitter, mijnheer Pardon, ik heb veel respect voor wat u de afgelopen maanden hebt gedaan. Ik hoor u vertellen dat het moeilijk investeren is in preparedness. Ik kan u erin volgen als u zegt dat het tussen pandemieën in – zo zal het wel verlopen – moeilijk is om mensen ervan te overtuigen om daarin voldoende middelen en mankracht te investeren. Wat is in dat verband uw idee over een calamiteitencentrum, zoals dat bijvoorbeeld in Nederland bestaat? In geval van calamiteiten, die alle richtingen kunnen uitgaan, kan er een beroep gedaan op de middelen en mankracht van een dergelijk centrum.

Réponse :

Het calamiteitenhospitaal in Nederland is een ziekenhuis dat kan worden gebruikt voor de opvang van slachtoffers bij grote ongelukken, rampen en dat ook stoelt op de samenwerking met Defensie.

Uitdagend bij een dergelijk concept in het geval van een pandemie is o.a de bestaffing (naast het up to date houden van de infrastructuur). De nodige zorgverleners dient men dan in de regel weg te halen uit de reguliere zorgverstrekking wat in de regel nefast is voor de goede werking van deze zorginstellingen (bvb ziekenhuizen).

In de huidige crisis hebben we ook vastgesteld dat bvb aangaande de extra gecreëerde intensieve bedden, die o.a. dienden bestaft te worden met niet automatisch daartoe voorzien personeel, de outcome voor de patient minder goed was dan deze voor patiënten in erkende intensieve bedden. In dit kader is het spreiden van patiënten over ziekenhuizen met nog beschikbare capaciteit een duidelijk betere optie.

VRAAG Nr. 28 (N-VA)

U zegt ook dat er midden in de crisis geen reflectie mogelijk was. Dat is heel belangrijk. Iedereen was zo druk bezig met het ad-hocmanagement dat er niet kon worden nagedacht over vragen als waar we mee bezig zijn en waar we naartoe willen.

Waarom werden er dan geen externe experts, die niet betrokken waren bij het directe beheer van de crisis, aangesproken? Zij hadden waarschijnlijk toch een bredere kijk op de zaak.

Réponse :

Ik heb inderdaad gesteld dat we zelf niet konden reflecteren over de situatie en dit is toch een element dat essentieel is bij de uitoefening van je werk, om ons bewust te zijn van wat we aan het doen zijn, om te leren, om ons handelen bij te schaven.

Het gebrek aan mogelijkheid tot reflectie kwam uiteraard door de grootte van de crisis maar vooral ook door het tekort aan mankracht, door het feit dat men taken waarvoor een basiskennis van de

dienst, werking van de structuren, problematiek, e.a. vereist is, niet kon delegeren. Het is dus zaak in vrede tijd een crisisdienst voldoende te ontwikkelen.

Dans l'absolu, l'idée est séduisante mais concrètement, je me demande comment on aurait pu mettre cela en pratique. Il faudrait un groupe d'experts qui observe la gestion de crise tout en ayant connaissance des décisions passées, et qui nous donnerait des conseils ou des consignes pour « réajuster le tir ». De vraag stelt zich ook naar het profiel van deze experten, en als men voor dergelijke aanpak kiest, ook hun toekomstige training en inschakeling in het crisisbeheer. Maar los daarvan zou dit geen oplossing bieden voor de eigen wezenlijke behoefte aan reflectie.

VRAAG Nr. 29 (N-VA)

MM. DEPOORTER :

Dokter Pardon, ik heb nog een aantal vragen bij uw uiteenzetting. U zegt dat er op 17 januari een schrijven was van het WHO waarin stond dat er gevallen buiten China waren gedetecteerd. U haalt daarbij Engeland, Frankrijk en Italië aan. Waarom specifiek deze landen? Hoe heeft ons land daar dan op gereageerd?

Réponse :

Lors de mon audition, j'ai précisément dit ceci :

« Op 17 januari 2020 is er een bijeenkomst van het Health Security Committee, waaruit wordt bericht dat er nog steeds geen informatie is over de bron en de manier van transmissie. Een mens-op-mensoverdracht is mogelijk. Het is dan kort voor het Chinese Nieuwjaar. Er wordt ook melding gemaakt van de verbindingen naar Italië, Frankrijk en Engeland. De WHO denkt dat er zich gevallen zullen verspreiden buiten China. Dat zijn dus bijkomende punten, waarop men alert dient te zijn. »

Lors de son Rapid Risk Assessment du 17.01.2020, l'ECDC a communiqué les informations scientifiques dont j'ai parlé et a attiré l'attention des pays européens sur les connections aériennes de certains aéroports européens avec Wuhan :

« The airport of Wuhan has direct flight connections with some EU cities: Paris (France) with six weekly flights, London (the United Kingdom) with three weekly flights and Rome (Italy) with three weekly flights. Health authorities in the concerned member states remain vigilant and are closely monitoring the ongoing situation in China. »

C'est en ce sens que j'ai mentionné ces trois pays par lesquels le virus trouverait potentiellement une voie d'entrée sur le sol européen.

Dans ce même rapport, l'ECDC fait effectivement état de 3 cas « hors Chine » en Japon et en Thaïlande :

« By 17 January 2020, a total of 44 laboratory confirmed cases infected with 2019-nCoV have been reported, 41 from Wuhan, China and three travel-associated to Thailand (2) and Japan (1). »

Entre le 17 et le 30 janvier, le RMG s'est réuni pour faire le point sur la situation sanitaire en Chine et évaluer les risques au niveau de notre pays. Nous avons notamment lancé une révision des

procédures SARS, pris contacts avec les acteurs de soins de première et deuxième ligne, le labo de référence, les hôpitaux de référence.

Le 30.01.2020, le RMG s'est réuni (réunion extraordinaire) et a largement discuté du rapatriement de belges présents en Chine et de leur mise en quarantaine à NOH. La communication vers le public et le décalage entre les nécessités sanitaires et politiques a également été argumenté.

Il y a eu, à ce niveau, une bonne coopération avec la France et d'autres pays européens concernés par ce rapatriement.

VRAAG Nr. 30 (N-VA)

Ik heb ook een vraag over het probleem dat corona werd vergeleken met een griepje. Wanneer was u er echt van op de hoogte dat het om iets serieus ging en niet om een gewoon influenza- of coronavirus? Wanneer was dat voor u duidelijk?

Réponse :

Vooreerst, het is waar dat een corona-infectie vergeleken werd met griep. Maar het is absoluut niet correct een griep te beschouwen als of te vergelijken met een mineure infectieziekte. De griep is een ernstige infectieziekte waaraan jaarlijks enkele duizenden mensen in ons land sterven; daarom ook zijn er door de hoge gezondheidsraad risicogroepen bepaald (cfr ook terugbetaling) en daarom vaccineren we ook jaarlijks. De griep is ernstig en is een belangrijke infectieuze doodsoorzaak en daarom dus nooit algemeen als een "griepje" te aanzien.

Bij aanvang diende men zich te baseren op de data uit China en vroeg men zich af als dat de top van de ijsberg was, wat er echt gaande was of hoeveel we in feite niet wisten. Het sterftcijfer bedroeg blijkbaar ca 3%. De risico-analyse door de RAG en de Belgische houding was gebaseerd op de internationale aanbevelingen (adviezen ECDC, WHO o.a. gesteund op buitenlandse informatie) en ook werd rekening gehouden met de aanpak in de buurlanden. Toen we de situatie zagen in Italië waarbij de ziekenhuizen overvol stroomden en een sterftcijfer van 10 % werd vastgesteld, was het overduidelijk dat dit geen gewoon coronavirus was.

Zie ook vraag 32;

VRAAG Nr. 31 (PS)

M. RIGOT :

Vous dites aussi, à propos des avis, que le RMG décide en consensus, que si un membre n'est pas d'accord, on essaye de clarifier le point en tenant de l'intégrer dans la décision, et que les personnes qui doivent interpréter l'avis doivent avoir connaissance des différentes options avancées. Pourriez-vous donner un avis plus concret concernant le COVID-19 afin que l'on puisse mieux appréhender la façon dont vous avez rendu certains avis?

Réponse :

Le consensus dans la prise de décision, c'est un point fort et faible à la fois.

Il est important que le politique comprenne que quand le RMG propose trois solutions, en général elles n'ont pas toutes le même poids et que c'est le signe qu'il n'y a pas de consensus. Donc, dans ce cas, c'est important que ça soit pondéré.

In dergelijke gevallen beslist dan in de regel zonodig de politieke overheid.

Voorbeelden zijn :

- inkorten quarantaineduur op basis van een test op de 7de dag (19.05.2020).
- het evt dragen van maskers door kinderen in het 5de en 6de leerjaar.

VRAAG Nr. 32 (PS)

Petites questions très rapides, si vous le permettez. Vous évoquez le 19 janvier. À ce moment, nous avons le sentiment que tout est sous contrôle, qu'il y a une bonne préparation au niveau de vos contacts avec le SPF, mais qu'il faut rester prudents, parce que des rumeurs évoquent plus de cas. Quelles sont ces rumeurs? Quelle est la pertinence, l'attention qu'on peut y apporter?

Réponse :

Lors de mon audition j'ai effectivement dit :

« Op 19 januari 2020 is er een interne communicatie in de FOD, waarin wordt gesteld dat onze graad van voorbereiding op dat moment goed is, dat er een verfijning bezig is van de lopende coronavirusprocedure, specifiek voor het nieuwe 2019 coronavirus. Er wordt ook in gesteld dat wij waakzaam moeten zijn alsook dat er geruchten zijn dat er mogelijks meer gevallen zijn dan de gevallen die tot op dat moment bekend zijn. Er wordt dus ook gesignaleerd dat wij moeten opletten dat de graad van besmetting niet veel uitgebreider is dan op dat moment officieel is weergegeven en dat al tot 2.000 mensen besmet kunnen zijn, terwijl het op 25 januari 2020 Nieuwjaar is in China en wij dus een reizigerspiek verwachten. »

A l'époque, nous manquions cruellement de données scientifiques sur les modes de transmission, les facteurs de risques, l'origine du virus etc... Dans ces conditions et compte tenu de nos modes de vie modernes qui impliquent de nombreux et rapides déplacements de personnes, il était hautement probable qu'en dehors des cas connus, des personnes asymptomatiques ou symptomatiques mais non testées soient atteintes par le virus.

En début de pandémie, il est impossible d'avoir un recensement exact du nombre de cas qui est dès lors toujours sous-représenté.

D'ailleurs, le RAG indiquait dans son « Primary Risk Assessment que :

*« Update assessment :
22/01/2020*

Changes

- 1. Cases identified in 13 of the 26 Chinese provinces*
- 2. Likelihood of global spread is high"*

Risk characterization : Limited number of cases and no evidence of sustained person to person transmission.

No direct flight between Belgium and Wuhan.

But even low, the circulation of the virus in the community cannot be excluded since missing information on the disease spectrum, risk factors for severity, source, mode of transmission, ...

The risk is actually related to importation by travellers visiting Wuhan which is low for Belgium since there is no extensive traffic of people from Wuhan".

Met de kennelijke beperktheid van gegevens dacht men dus ook andere aspecten.

Zie ook vraag 30.

VRAAG Nr. 33 (PS)

Vous indiquez que, le 21 janvier, lors de votre invitation pour le RMG du 23, on se rend compte qu'une transmission limitée d'homme à homme doit être envisagée, que la prudence reste de mise - vous l'évoquez encore -, que la gravité de la maladie n'est pas très importante. Mais il est clair qu'il faut traiter les données, à nouveau dites-vous "avec prudence". Avez-vous eu le sentiment d'un manque d'informations correctes au niveau international?

Réponse :

Non, ce n'est pas forcément un manque d'information ou la volonté de cacher un certain nombre d'informations. Simplement, nous manquons de connaissances et de données scientifiques à ce moment-là. Het probleem is dus niet onwil van communicatie op internationaal niveau maar het feit dat het om een nieuw virus gaat waarvan de kenmerken niet gekend zijn en het vraagt tijd om hierover informatie te verzamelen.

Cette question rejoint la question précédente.

VRAAG Nr. 34 (PS)

Au niveau des relations avec le NFP britannique, vous posez des questions sur les vols directs vers Wuhan. Vous obtenez des informations et vous dites les répercuter vers le terrain. Quels sont les canaux de communication pour répercuter ces informations vers les prestataires de soins, hôpitaux, etc.?

Réponse :

Plus précisément, j'ai dit :

« Ik overloop de acties die zijn ondernomen. Op 7 januari krijg ik een bericht van ICAO, de internationale luchtvaartorganisatie, die melding maakt van die uitbraak en waarbij er wordt gekeken in hoeverre er mensen vanuit die zone naar Europa komen. Er is melding van vluchten vanuit Wuhan naar Fiumicino in Italië, Charles de Gaulle in Frankrijk, Heathrow in Groot-Brittannië en een aantal andere luchthavens. Die informatie wordt ter inlichting doorgegeven aan de gezondheidsdienst Saniport op onze luchthavens.»

Le 7 janvier, la situation ne nécessitait pas de communication particulière vers les soins de santé. C'est pour cette raison que lors de mon audition, j'ai parlé de communication vers le service santé de Saniport.

Cette communication s'est faite via le service Saniport de notre SPF.

Ensuite, j'ai relaté les événements des 23 et 24 janvier :

« Op 23 januari stel ik een vraag aan het National Focal Point van de UK, dat rechtstreekse vluchten met Wuhan heeft. Daarbij wordt gevraagd naar de maatregelen die men in Engeland toepast om de uitbraak te beperken. Ik vraag of het mogelijk is om ons informatie te bezorgen en ook of het mogelijk is om ons informatie te bezorgen die het focal point aan de reizigers op de Britse luchthaven geeft. Die vraag wordt bevestigend en met materiaal door Engeland beantwoord.

Op 24 januari bezorgen we brieven aan de hoofddartsen van de ziekenhuizen, aan de huisartsenkringen, aan de medische diensten van de havens, aan de reisklinieken en aan de federale gezondheidsinspectie over wat bezig was.

Donc, nous avons adressé des courriers aux directeurs médicaux des hôpitaux, aux médecins généralistes (via e-healthbox et via les cercles de médecins généralistes), aux services médicaux des ports, aux cliniques de voyage et à l'Inspection fédérale de la santé pour les informer de ce qu'il se passait.

VRAAG Nr. 35 (PS)

Alors que la France et la Suisse arrêtaient tous les événements publics de masse, la Belgique a continué aussi à organiser ces événements, comme Batibouw. On sait que la ministre parlait alors de "grippette". On sait aussi que M. Van Gucht parlait de "grosse grippe"; il disait que c'était une grippe à laquelle il fallait être attentif. La situation a-t-elle été minimisée au regard de signaux étrangers, mais aussi au regard de signaux internes?

Réponse :

A l'époque de Batibouw, nous sommes fin février – début mars. Le 20.02.2020, nous avons 1 cas positif sur 143 personnes testées.

Je ne pense pas que la situation ait été minimisée et en dehors de l'Italie qui était fort touchée fin février, la situation belge justifiait difficilement la cessation immédiate de tous événements tels que Batibouw.

Anderzijds stelt zich ook de vraag naar de impact van het verbieden van grote evenementen op de virusverspreiding ; dit alleen lijkt niet zo zinvol. Daartoe is vooral het beperken van samenkomsten in kleine groepen effectief en ook bvb het sluiten van niet-essentiële bedrijven , horeca.

MM. SNEPPE :

U hebt hier meerdere keren opgemerkt dat in de verschillende organen vaak dezelfde mensen zitten. Dat doet de vraag rijzen of het wel nodig is om zoveel verschillende organen te hebben, als het toch veelal om dezelfde mensen gaat. Zouden we niet effectiever en sneller kunnen werken met minder organen?

Réponse :

Het klopt dat bepaalde personen in verschillende organen zetelen, maar elk orgaan heeft eigen taak/werkdomein. Bv experts in de RAG geven (snel) advies over de inschatting van epidemiologische risico's met voorstellen van "medische" en volksgezondheidsmaatregelen, zoals quarantaine en isolatie. De GEES, GEMS, CELEVAL geven dan weer adviezen rond de bredere maatregelen in de samenleving. KCE geeft adviezen voor bepaalde specifieke vragen waarvoor een uitgebreid onderzoek in de zorgsector nodig is. En HGR geeft adviezen die behoren tot zijn bevoegdheid, zoals doelgroepen vaccinatie.

De verschillende organen hebben dus enerzijds een verschillende rol. Zo is de RAG in wezen een groep die wetenschappelijke adviezen geeft, de RMG eerder een orgaan dat de haalbaarheid mee in rekening brengt en – toch in initiële bedoeling – beslissingen neemt en andere instanties zoals de taskforces, bvb de taskforce testing een groep die de implementatie uitwerkt. Er zijn in wezen dus wel argumenten "pro" om diverse organen te hebben en daardoor duidelijk te zien hoe wetenschap soms verschilt van wat te velde effectief mogelijk is.

Gezien er evenwel erg weinig mensen rond volksgezondheid werken in België, wordt er voor de bestaande van deze groepen anderzijds inderdaad wel steeds in dezelfde kleine vijver gevist of uit het beperkte potentieel aan ervaren krachten geput, en vervagen de rollen soms. Dat is inderdaad niet goed en leidt mogelijk tot rolverwarring en soms onduidelijkheid. Het hebben van diverse groepen met dezelfde mensen leidt ook tot overbevoering van de leden, waar meteen het grootste probleem zit: de erg beperkte "public health workforce" in België.

Tenslotte is dit wel een van de moeilijkheden in het beheer van deze crisis. Men dient er ook rekening mee te houden dat we eerder « gewoon » zijn om bepaalde rampen te beheren dan pandemische situaties. Dit verklaart ook de nood aan de creatie van nieuwe fora waarbij we niet blind mogen zijn voor de vaststelling dat momenteel de constellatie en complexiteit van de beheersstructuren toch wel onvermijdelijk een afspiegeling zijn van de ingewikkeldheid van onze staatsstructuur en veelheid aan organen. Het belangrijkste is dat iedereen zich enkel bezighoudt met zijn taak en dat er goede communicatie is. Daarom werd er een overlegmoment voorzien 1x per week met vertegenwoordiging van GEMS/RAG/KCE/HGR (onder coördinatie van commissariaat) om te overlopen welke vragen voor adviezen er zijn, en wie daarvoor het meest geschikt is. Het commissariaat coördineert daarnaast de werking van de task forces (die een operationele functie hebben) testing en vaccinatie. Het heeft wel lang geduurd eer dat dit werd opgestart waardoor er vaak dubbel werk is gebeurd.

In de context van de crisisbeheersing is het essentieel om gebruik te maken van bestaande/permanente organen omdat, hoewel België complex is, deze volksgezondheidsactoren elkaar kennen en weten hoe ze de nodige interacties kunnen activeren. Het is ook essentieel om het generieke crisisplan, waarvan al sprake is in de evaluatie van de H1N1 pandemie, af te ronden, zodat

de ad-hocorganen die binnen een specifiek beheerskader moeten worden geactiveerd, worden beschreven.

VRAAG Nr. 37 (VB)

Ik wil ook nog even terugkomen op de betrouwbaarheid van de cijfers. Een van de eerste vragen die ik stelde aan mevrouw De Block in de commissie was of zij de cijfers uit China vertrouwde. Zij antwoordde toen, op de haar kenmerkende zeer laconieke wijze, dat China zeer transparant was over dit virus. Als we de discrepantie zien tussen wat China deed om het virus te bestrijden en wat ze communiceerden, dan had dat misschien toch al een belletje moeten doen rinkelen. Ook de verwachting dat een communistische dictatuur transparant zou communiceren over een ramp die in het land aan de gang was vond ik redelijk naïef. Ik dacht dat het professor Goossens was die al op 19 januari zei dat het feit dat het opeens zo snel gaat in China, misschien wel betekent dat de Chinezen iets verzwijgen. Wat is er gedaan met die informatie? Waarom is daar niet sneller op gereageerd? Ik verwijs ook naar de internationale organisaties, die nooit echt durfden te zeggen dat China iets achterhield of verkeerde of te weinig informatie heeft gegeven.

Réponse :

Début mars, le taux de mortalité annoncé par la Chine a été mis en corrélation avec les chiffres de mortalité italiens. Il s'avère que ces chiffres étaient comparables et qu'il n'y avait pas de grande disparité entre eux. D'une part, à l'époque, nous n'avions pas d'autres sources d'information que ces chiffres communiqués par la Chine et d'autre part, les chiffres de mortalités transmis par l'Italie confirmaient la réalité chinoise.

La note urgente du CSS du 26.03.2020 dit en effet :

« China meldt in maart 2020 een 'overall case fatality rate' van 2,3%. Zowel de ernst, het verloop en case fatality rate is afhankelijk van onderliggende aandoeningen, waaronder diabetes, hypertensie en hart- en vaatziekten, en neemt toe bij ouderen boven de 70 jaar (Guan et al., 2020, Huang et al., 2020, Wang et al., 2020).

*Voor een minderheid van de COVID-19 patiënten die ernstig ziek worden, is er dus een hoge kans is op overlijden. **Als men de vergelijking maakt tussen sterftecijfers in China en Italië, dan zijn ze identiek.** Bovendien zijn het in beide landen voornamelijk ouderen met bekende comorbiditeiten die eraan overlijden (Porcheddu et al., 2020).*

Ook in België zijn het vooral 65+ die het meeste kans hebben op overlijden."

Qu'aurions-nous dû faire d'autre ?

Gonfler artificiellement les chiffres chinois et fermer les frontières en supposant que la Chine mentait sur ses taux de mortalité et de contamination ? De combien ? Deux fois, dix fois ?

Qui nous aurait suivi dans une telle démarche basée sur du vent ?

Honnêtement, nous n'avions aucune raison valable de mettre en doute les chiffres chinois qui nous étaient transmis.

We hebben ons ook steeds gebaseerd op de adviezen van de internationale organisaties (WHO, ECDC) en de officieel beschikbare informatie bij het inschatten van de situatie en bepalen van maatregelen.

Toen bleek dat in Italië de ziekenhuizen overspoeld werden en het sterftecijfer veel hoger lag, was de ernst van de pandemie overduidelijk.

Bij mijn weten, en in zover dat ook al diplomatisch doenbaar zou (geweest) zijn, is China nooit formeel beschuldigd of terecht gewezen door de WHO, de EU of een andere internationale instelling van het bewust achterhouden van informatie; ik heb ook geen weet van harde bewijzen. De vraag is ook in hoever de WHO in staat is of zou geweest zijn om meegedeelde data zelf te valideren/controleren; ieder land heeft zijn te respecteren autonomie.

Cfr ook vraag 42, 121.

VRAAG Nr. 38 (MR)

M. DE MAEGD :

Le 27 janvier, lorsque des Français furent rapatriés de Wuhan, l'OMS estima que la menace n'était plus modérée, mais élevée. L'OMS admit alors une "erreur de formulation", selon vos propres termes, dans ses précédents rapports. À ce sujet, j'aimerais connaître le sentiment que vous inspire la gestion de la crise par l'OMS. A-t-elle manqué de sens de l'anticipation dans les premiers moments? C'est, du moins, l'avis de beaucoup d'observateurs.

Réponse :

Il y a eu des faiblesses dans la gestion de crise par l'OMS comme partout ailleurs. J'ai déjà expliqué que j'avais trouvé l'OMS et l'ECDC absents au début de la crise et je pense en fait que, même au niveau de ces institutions, aucune préparation à une pandémie d'une telle ampleur n'était réellement opérationnelle ou « opérationnalisable ».

L'OMS était confrontée aux mêmes difficultés que chaque Etat du monde : un virus méconnu et mutant, des données scientifiques insuffisantes, l'absence d'expérience en matière de gestion d'une pandémie mondiale. Donc, elle a fait comme nous. Elle s'est continuellement adaptée en fonction des nouvelles connaissances, elle a formulé des recommandations sur base des *lessons learned*.

Wel was de WHO snel in haar reactie op de crisis in januari 2020 (ze had misschien iets sneller kunnen zijn, een week ofzo, maar dat zou op zich weinig uitgemaakt hebben denk ik), maar ze was té zwak in haar aanbevelingen toen ze de PHEIC uitriep eind januari: ze had perfect kunnen voorstellen alle vliegverkeer van/naar China stil te leggen, maar vroeg net om dit te laten doorgaan.

VRAAG Nr. 39 (MR)

Ensuite, et la remarque sonnait comme une recommandation de votre part, vous avez considéré que, si les services sanitaires d'un pays demandaient des listes de voyageurs aux compagnies aériennes, ils devaient pouvoir les recevoir. Qu'en est-il de la situation pour le moment? A-t-elle évolué?

Manifestement, selon vous, il a été très difficile d'obtenir ces listes, de sorte que ce retard aurait contribué à l'expansion du virus sur notre territoire.

Réponse :

C'est le revers de la médaille de la protection des données et de la vie privée propres à nos démocraties. Het is zeker een goede zaak dat de persoonlijke levenssfeer maximaal wordt beschermd en ik blij te leven in een vrij en democratisch land waar we ons als individu ook ten volle mogen ontwikkelen.

Il faut cependant admettre que le RGPD et la protection des données sensibles que sont les données de santé, nous a sérieusement compliqué la tâche.

Des solutions juridiques *ad hoc* ont été trouvées mais, peut-être faudra-t-il réfléchir à une solution sur le long terme une fois que ce contexte de crise sera terminé. Il s'agit d'une question très délicate qui nécessite un débat interdisciplinaire.

Le débat qui s'est tenu le 9 mars dernier à propos de l'avant-projet de loi relatif aux mesures de police administrative à l'occasion duquel l'Autorité de protection des données a expliqué de manière très didactique les raisons pour lesquelles ce projet ne pouvait être approuvé en l'état, démontre largement toute la complexité de cette problématique.

Door het invullen en overmaken van de PLF formulieren samen met het beperkt reizigers verkeer, bekomen we momenteel wel gegevens. Nadeel blijft dat deze vaak onvolledig zijn en dat geen garantie bestaat of een passagier wel degelijk op de stoel is gaan zitten die op het voorafgaandelijk ingevuld formulier is aangegeven.

Eens het systeem van invullen van PLF formulieren zal wegvallen, worden we terug geconfronteerd met de pre-Covid situatie en dus een gebrek aan een afdoend dwingend middel tov vervoersmaatschappijen (vlieg-, trein-, bus-, scheepsverkeer) om passagiersgegevens verplicht en snel te bezorgen als de overheid daarom vraagt op basis van de toepassing van het Internationaal gezondheidsreglement en de bestrijding van besmettelijke ziekten. Dit is dan bovendien een vraag die kadert in de bescherming en dus het belang van iedere passagier (en crew !). Het komt dan ook uitermate dubbelzinnig over dat een maatregel die, zoals aangegeven terecht, een individu beschermt wat betreft zijn/haar persoonlijke levenssfeer er anderzijds wel ook voor zorgt dat de gezondheid van deze persoon mogelijk schade oploopt of zelfs sterft als we niet snel handelen (bvb meningitis). Dit is onlogisch en contradictorisch . M.i. zou in deze omstandigheden, goed gekaderd, het respecteren van de privacy of levenssfeer ondergeschikt moeten worden gesteld aan het beschermen van het leven zelf.

VRAAG Nr. 40 (MR)

Comme Mme Quoilin, vous avez évoqué une charge de travail énorme pour vous, des délais artificiellement imposés, une quantité importante de réunions. Il en résulte, comme vous l'avez dit, des difficultés à réfléchir de manière approfondie à la crise ainsi qu'à ses tenants et aboutissants. C'est évidemment préoccupant. Comment pourrait-on, d'après vous, permettre au RMG et au RAG de dégager du temps, même en pleine gestion de crise - comme c'est le cas aujourd'hui - pour prendre le recul nécessaire à celle-ci?

Réponse :

Ik heb u dit inderdaad te kennen gegeven tijdens mijn eerste auditie toen we, zoals naderhand werd bewaarheid, aan de vooravond van de tweede golf stonden.

Dit is natuurlijk een ongeziene crisis waarbij we het beste van onszelf willen en moeten geven en als overheidsmedewerker is dit zondermeer onze, mijn plicht. En in de eerste plaats denk ik dan steeds aan de mensen op het terrein, bij de patiënten, in de vuurlijn; daar wordt de strijd beslecht. Wel is het inderdaad de rol van de overheid ervoor te zorgen dat ieder in de best haalbare omstandigheden kan functioneren. Momenteel, in volle crisis, is dit vrijmaken van tijd met de recent toegevoegde middelen verbeterd maar nog steeds een uitdaging wil men niet inboeten op andere vlakken van de crisisaanpak. Wat allicht al zou helpen is het maken van een zeker onderscheid tussen de echte en de valse prioriteiten maar ik besef volledig dat dit niet steeds eenvoudig is; er is druk vanuit vele hoeken en dit om wisselende redenen, politiek, media, maatregelen of initiatieven in bepaalde regio's of landen, e.a. En ja, heel wat stakeholders zijn betrokken zowel eerst qua inbreng als vervolgens wat de uitvoering en de voorbereiding van de implementatie aangaat.

De maatschappij zal hier tot de juiste keuzes en prioriteitsstelling moeten komen. Sedert jaren wordt er gevraagd om meer in volksgezondheid en preventie te investeren. Ook een onafhankelijke doorlichting vanuit de WHO stelde zich in 2017 nog een aantal vragen over de "public health workforce". Zonder investering in een degelijk opgeleide en voldoende grote personeelscapaciteit van de verschillende volksgezondheidsdiensten, is echte "preparedness" onmogelijk en zullen bij een nieuwe epidemie – waarvan de vragen over de komst ervan eerder gaan over "wanneer" dan over "of" – de bestaande lilliput diensten federaal zowel als in de regio's meteen weer overspoeld worden. Daarbij, als u me toestaat dit ter sprake te brengen met alle achting voor onze politieke structuren en in het bijzonder de parlementaire rol, wil ik toch ook aanstippen dat het grotendeels dezelfde schaarse en overbezette mensen of de specifiek voor de crisisbestrijding acuut aangeworven personen zijn, die instaan om de veelheid aan parlementaire vragen te beantwoorden. Dat is broodnodige tijd die niet aan de eigenlijke crisisaanpak kan worden besteed; ik vermeld dit in alle transparantie en bescheidenheid en ben me bewust van het belang en de noodzaak van de parlementaire taak waar ik niet de minste afbreuk wil aan doen. In de context van deze vraag zou het goed zijn indien de commissie dit aspect van de personeelsbelasting ook mee in rekening kan nemen.

Zie ook vraag 25.

VRAAG Nr. 41 (MR)

Par ailleurs, vous avez déclaré, après avoir participé au CNS, que vous aviez du respect pour la façon dont cette crise avait été abordée, qu'il n'y avait pas eu de querelle, qu'il y avait une cohérence entre les différents responsables politiques. Je voudrais, aujourd'hui, vous entendre sur le RMG.

- Qu'en est-il de la cohésion au sein de ce groupe?
- Vous avez salué la cohésion au niveau du CNS. Les scientifiques ont exprimé des opinions différentes au sein du RMG ou dans la presse, à l'occasion de cartes blanches. À votre avis, comment pourrait-on mieux intégrer ces différentes opinions pour éviter ce que l'on a connu ces derniers mois, à savoir une véritable cacophonie, une réelle dichotomie entre les experts qui sont parfois frustrés de constater qu'il n'est pas tenu compte de leurs avis?
- Comment pourrait-on faire pour avoir une communication plus sereine et globale?

Réponse :

Zie ook het antwoord op vraag 54.

- Qu'en est-il de la cohésion au sein de ce groupe?

De RMG bestaat al lange tijd en functioneert ondertussen bijna 15 jaar ; de cohesie binnen de kerngroep is steeds optimaal geweest. Die kerngroep die in de praktijk de enige was die samenkwam bestond uit mensen van de administraties van de federale en regionale “volksgezondheidsdienstjes” en was sterk wetenschappelijk / technisch volksgezondheidskundig gericht. De uitbreiding van deze operationele bezetting met vertegenwoordigers van de kabinetten van de bevoegde ministers heeft verder tot een verrijking in het beslissingsproces geleid.

Bij het begin van deze crisis kostte het natuurlijk even tijd voordat de verschillende stakeholders elkaar leerden kennen en het samenwerken gewoon werden. Tegenwoordig is er een echt klimaat van vertrouwen en respect. Wel is het uiteraard zo dat een grotere groep een complexere samenwerking heeft dan een zeer beperkte groep.

- Vous avez salué la cohésion au niveau du CNS. Les scientifiques ont exprimé des opinions différentes au sein du RMG ou dans la presse, à l'occasion de cartes blanches. À votre avis, comment pourrait-on mieux intégrer ces différentes opinions pour éviter ce que l'on a connu ces derniers mois, à savoir une véritable cacophonie, une réelle dichotomie entre les experts qui sont parfois frustrés de constater qu'il n'est pas tenu compte de leurs avis?

Vooreerst is het zo dat niet iedere viroloog, epidemioloog of infectioloog in de adviesorganen betrokken is en dus zullen er steeds alternatieve meningen te vinden zijn.

De meeste van de bestaande groepen streven naar consensusvorming of eventueel naar een compromisadvies. Ook al zijn we nu al meer dan een jaar verder, al bij al gaat het om een “jong virus” waar nog niet alles over gekend is, ook het hebben van een grootschalige pandemie blijft een nieuw gegeven waar we nog steeds niet mee vertrouwd zijn: de waarheid over de beste aanpak is dus niet zwart – wit in slecht en goed maar veeleer genuanceerd.

Wanneer evenwel individuele experts om hun eigen mening gevraagd worden, zijn er sommigen die eerder de consensusmening zullen verdedigen, maar anderen die toch eerder vanuit een academische vrijheid - die ook nodig is - terugvallen op de eigen zienswijze. Indien dit gegeven dan door de pers beschouwd wordt - en laat ons eerlijk zijn, soms geaccentueerd wordt - als complete tegenstellingen in plaats van als een spectrum van waarheden, lijkt alles een “cacophonie”. Zo namen In de beginperiode van de crisis de experts van het wetenschappelijk comité deel aan de RMG vergaderingen. Zij hadden wel enkel een adviserende rol, en namen niet deel aan het beslissingsproces. Maar omdat zij inderdaad ook in de media een belangrijke rol speelden (en spelen), waar zij hun eigen mening uitdrukten die niet altijd in lijn lag met wat er besloten werd, gaf dit inderdaad wel aanleiding tot incoherente en verwarrende communicatie. Daarom werd er ook beslist dat de werking van de RMG opnieuw zou verlopen volgens het protocolakkoord. Twee experts van het wetenschappelijk comité werden uitgenodigd, de voorzitter van het wetenschappelijk comité of een andere expert naargelang het geagendeerde onderwerp en Prof. Van Ranst.

Men zou experts ook hun advies kunnen laten geven in één orgaan zodat er vanuit de experts een duidelijk, gezamenlijk, zonodig genuanceerd advies komt en er geen verscheidene organen zijn waaruit verschillende adviezen worden geformuleerd en waar dan de besluitvormers zelf telkens de verschillende adviezen moeten proberen te doorgronden/af

te wegen alvorens ze een beslissing kunnen nemen. Dit laatste is tijdrovend en andere elementen dan de wetenschappelijke kunnen dan al meespelen.

- Comment pourrait-on faire pour avoir une communication plus sereine et globale?

Ik meen dat zowel deskundigen als de pers daar een belangrijke rol in kunnen spelen. Zonder de academische vrijheid te beperken, moet het mogelijk zijn dat experts in hun verklaringen een onderscheid maken tussen een eigen individuele mening en een rijkere consensusmening. Zonder het bestaan van nuanceverschillen en verschillende visies achter te houden, kan ook de pers - als ze dat zou willen - wel focussen op wat de grootste gemene deler van het meningspectrum is en niet zozeer de controverse aanzwengelen. Dat vergt uiteraard van beide groepen een zeker engagement.

In deze ongeziene crisis hebben ook wel heel veel diverse mensen hun mening vertolkt of willen uitdrukken in de media wat deels ook tot chaos leidt en de verwarring bij de bevolking voedt.

Het is verder absoluut goed en noodzakelijk dat experts hun advies kunnen geven ; als de politieke verantwoordelijken echter in kennis van en rekening houdende met het experts advies een besluit nemen of genomen hebben, dient eenieder zich daarachter te scharen. Te vaak zien we dat via andere kanalen dan kritiek wordt gegeven op besluiten. Als men zijn advies heeft mogen geven, moet men op dat moment kunnen aanvaarden dat de organen die de politieke verantwoordelijkheid dragen, alsnog iets anders beslissen. Op dat moment in de media treden en zijn ongenoegen uiten creëert verwarring, onrust en verdeeldheid, zaken die men in de crisisaanpak waar ieder de mond vol heeft over eenheid van commando echt wel kan missen. Bovendien hebben we te maken met een onderwerp waarvan niet de klassieke evidence-based kennis voorhanden is (cfr . voortschrijdend inzicht); in die zin laten expertadviezen die gefundeerd zijn op vaste bewijzen wel minder ruimte tot afwijkende beslissingen in hun omzetting naar beleidsmaatregelen.

Aansluitend bij het voorgaande denk ik daarom ook dat het uitleggen van het waarom van de beslissingen zeer belangrijk is, ook desgevallend van het waarom van het niet volgen van een uitgebracht advies. Dit laatste verplicht de besluitvormers ook grondig na te denken over de argumenten om van een advies, dat men toch bewust en niet zonder reden vraagt, desgevallend af te wijken. Dit leidt verder tot extra responsabilisering van diegenen die de verantwoordelijkheid voor het gevoerde beleid dragen én tot duidelijkheid en meer begrip bij de bevolking en experts.

VRAAG Nr. 42 (SP.A)

MM. JIROFLEE :

Ik heb een tweede item dat ik even wil aanhalen, maar ik ga er niet op ingaan, want de tijd is inderdaad kostbaar. Mevrouw Creemers heeft er al heel uitgebreid over gepraat. Dat gaat over de discrepantie tussen wat we zagen gebeuren in China enerzijds en anderzijds de zeer gemodereerde, officiële communicatie van China aan ons land. Ik vraag me af of iemand daarop 'getikt heeft' op dat moment? Ten tweede, wie had er dan volgens u op moeten 'tikken', wie had daar een zekere verantwoordelijkheid in moeten opnemen?

Réponse :

Je me suis déjà exprimé sur cette question (Cfr. Q. de MM. Sneppe supra)

Zie ook vraag 37.

VRAAG Nr. 43 (DéFI)

MM. ROHONYI :

Ma première question porte sur le processus décisionnel au sein du RMG . Vous avez expliqué que les décisions se prennent au consensus qui n'est pas toujours évident, vu les différences de sensibilité qui peuvent s'exprimer au sein du RMG. Toujours est-il que vous devez tenir compte des avis du RAG, de l'OMS et d'autres organismes.

Pouvez-vous nous dire ce qu'il en est des avis d'autres organismes? Je pense en particulier à l'ECDC, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies? En effet, Mme Quoilin du RAG nous avait assuré qu'il y avait un échange vraiment régulier d'informations entre le RAG et l'ECDC. En était-il de même avec le RMG?

Réponse :

Inderdaad, ECDC adviezen werden geraadpleegd en/of via de RAG adviezen in de RMG in rekening genomen; dit zijn we ook gewoon bij andere crisissen of probleemsituaties.

Een moeilijkheid was wel dat het nagenoeg onmogelijk was de veelheid van alle andere binnenkomende informatie door te nemen. Ook was niet alles relevant op het moment dat de informatie binnenkwam, en het acute crisisbeheer nam alle tijd in beslag. Maw: veel tijd om bijkomende teksten door te nemen was er niet.

VRAAG Nr. 44 (DéFI)

Vous avez également évoqué les discours différents que les autorités ont pu avoir en ce qui concerne la transmission interhumaine du virus et vous avez rappelé une réunion du 17 janvier 2020 au Health Security Committee lors de laquelle il a été affirmé qu'il n'y avait toujours pas plus d'information en ce qui concerne la transmission interhumaine de cette maladie. Il est vrai que ce n'est que le 29 janvier 2020 que la mission de l'OMS en Chine avait indiqué que des données probantes attestaient d'une transmission interhumaine à Wuhan, sauf que nous avions déjà des informations en ce sens le 14 janvier 2020. En effet, à cette date, la responsable technique de l'OMS, qui était chargée à l'époque de la riposte, avait indiqué que le risque d'une transmission interhumaine limitée du coronavirus, principalement entre membres d'une même famille, existait et qu'il existait par conséquent un risque d'épidémie de grande ampleur.

Pourquoi dès lors avons-nous attendu d'être certains à 100 %, voire plus, de la transmission interhumaine pour réagir? Je parle de recommandations qui seraient autres que de simples conseils

de vigilance, sachant que la transmission interhumaine avait déjà été attestée bien avant pour les virus responsables du SRAS et du MERS ainsi que d'autres agents pathogènes des voies respiratoires?

Réponse :

Vermoedelijk hield men van bij het begin rekening met deze mogelijkheid, maar ook internationale instellingen wilden geen ongefundeerde berichten de wereld in sturen.

Il aurait aussi été disproportionné à ce moment d'imposer des mesures spécifiques alors-même qu'aucun cas confirmé n'était présent en Europe à la mi-janvier.

Comme je l'ai dit lors de ma première audition, dès le 11.01.2020, nous avons mis en place la procédure pour la gestion de cas suspects MERS. Le même jour, dans un message adressé à la Commission européenne, nous avons indiqué que les tests de diagnostic PCR pour le nouveau Coronavirus pouvaient être effectués dans notre labo de référence pour les pathogènes respiratoires.

Je me permets de vous renvoyer à la chronologie des actions entreprises largement détaillée aux pages 3 et suivantes de mon audition.

On ne peut pas relire le déroulé du processus avec les connaissances d'aujourd'hui. A l'époque, il y avait lieu d'apporter une réponse proportionnée aux informations scientifiques et épidémiologiques dont nous disposions (OMS, ECDC).

QUESTIONS DE LA N-VA POSEES PAR ECRIT AVANT AUDITION

VRAAG Nr. 45 (N-VA - 22)

Klopt het dat de rol van de RMG in twijfel werd getrokken rond half maart? Waren er volgens u te veel organen actief? Verliep de doorstroming tussen de verschillende organen vlot?

Réponse:

Le RMG est institué par un protocole d'accord.

Le rapport du RMG du 16.03.2020 précise seulement :

« Discussion:

Now the crisis is dealt in the federal phase, that means by the "Beheerscel" + "infocel" + "cel Eval" + and a number of taskforces

*- The role of the RMG is to be clarified. It cannot function as a surrogate-CelEval
- Currently the RMG is functioning sub-optimal.*

Decision:

The following RMG meetings will be conducted in the strict format such as agreed on in the "protocol agreement" with one representative / entity"

Lors de la réunion suivante le 18.03.2020, il y a une remarque sur la lenteur des processus de décision liée aux nombreux organes. La TF shortages trouve que le processus de décision est ralenti notamment par la place occupée par le RMG entre elle et le COFECO.

Ce sont des ajustements nécessaires suite au passage en phase fédérale. Effectivement, les organes sont nombreux, de nouveaux acteurs entrent en piste et ne sont pas rôtés à la structure de gestion de crise.

Ik denk dus niet dat de rol van de RMG zoals u stelt in twijfel werd getrokken ; wel was het niet vanzelfsprekend om, gezien de veelheid van organen, de diversiteit van de onderwerpen en de complexiteit van de crisis, dossiers voor adviezen en beslissingen door de verschillende structuren te sluizen waarbij het niet steeds voor iedereen duidelijk was welk orgaan over welk onderwerp advies diende uit te brengen.

De gestelde deadlines waren doorgaans ook heel strak en soms artificieel of vermijdbaar wat bij momenten toch als voorkoombare extra belasting werd ervaren, vooral gezien het intense vergaderritme en de benodigde tijd die noodzakelijk was om een gedragen en doordacht standpunt in te nemen. In ieder geval werden de dringende thema's steeds urgent en met grote bereidheid en inzet van de leden afgewerkt zoals het in een crisis ook hoort te gebeuren.

VRAAG Nr. 46 (N-VA - 29)

Was er consensus binnen de RMG over het risico dat COVID initieel betekende voor dit land? Wordt er bij verdeeldheid een compromis gemaakt als basis voor het advies, of worden de verschillende meningen doorgegeven

Réponse:

Les informations scientifiques et épidémiologiques à propos de ce virus n'ont jamais cessé d'être évolutives. Donc, la situation a constamment été évaluée au RMG et oui, des consensus ont été trouvés sur la « *case definition* », laquelle a aussi évolué.

Concernant les éventuels désaccords, comme je l'ai déjà expliqué, le RMG propose alors plusieurs alternatives qui sont pondérées.

VRAAG Nr. 47 (N-VA - 30)

Zijn er momenten geweest waarbij de beslissingen van de RMG ingingen tegen de adviezen van het RAG? Indien ja, waarover ging dit?

Réponse:

De beslissingen van de RMG zijn in de regel gebaseerd op de RAG adviezen die tijdens de RMG worden vertaald naar hun implementatie toe met inbreng van de leden. Het manifest ingaan tegen het RAG advies, waar in de regel ook de administraties van de gemeenschappen aan participeren, gebeurde eigenlijk uitzonderlijk en als, dan eerder genuanceerd; bvb bij het aanpassen van de quarantaineduur of als bepaalde onderdelen dienden afgetoetst met andere departementen (vb onderwijs).

VRAAG Nr. 48 (NV-A - 31)

Vanaf wanneer beseftte men binnen de RMG dat de uitbraak van het coronavirus een majeure gezondheidsbedreiging vormde voor dit land?

J'ai déjà répondu à cette question. (Cfr. Q. 30)

VRAAG Nr. 49 (NV-A - 33)

Werden de adviezen van de RMG steeds onmiddellijk doorgespeeld aan de instellingen van de deelstaten of passeerde dit eerst langs een ander federaal niveau?

Réponse :

Les entités fédérées sont représentées au sein du RMG. Donc, inévitablement, leurs représentants répercutent les décisions du RMG en temps réel s'ils le souhaitent.

QUESTIONS DU CD&V POSEES PAR ECRIT AVANT AUDITION :

VRAAG Nr. 50 (CD&V)

Werking van RAG + samenwerking met RMG / Sciensano / beleidsmakers

Hoe ziet de samenstelling van de RMG eruit? Bij de RAG was de De laatste update van de ploeg dateert sinds 2013. Gaat het bij jullie om vaste leden. Zien we een goed evenwicht tussen infectiologen / crisismanagers/ gedragswetenschappers & psychologen?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 51 (CD&V)

U bent momenteel zowel focal point als voorzitter van het RMG, uw collega van de RAG gaf aan dat daar ideologisch geen bezwaren rond zijn maar vindt u dat de 2 jobs haalbaar zijn voor 1 persoon in tijden van crisis?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 52 (CD&V)

Hoe beschrijft u de taak en opdracht van de RMG zelf? Graag meer toelichting.

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 53 (CD&V)

Zijn experts in de Risk Management Group getraind in crisiswerking? Is dit (of zou dit), in uw opinie, een meerwaarde kunnen zijn voor de werking?

Je me permets de vous renvoyer à la question 7/16 de MM. LAMS ci-dessus.

VRAAG Nr. 54 (CD&V)

De RMG werd uitgebreid met een Wetenschappelijk Comité van wetenschappers. Wat was hiervoor de reden? Gebeurde dit op vraag van de RMG? Hoe verliep de samenwerking met het Wetenschappelijk Comité? Zat de RMG en het Wetenschappelijk Comité op dezelfde lijn over de te nemen beslissingen?

Réponse:

Il ne s'agit pas réellement d'un élargissement du RMG.

In de beginperiode van de crisis namen de experts van het wetenschappelijk comité deel aan de RMG vergaderingen. De RMG vergaderde op dat moment al met uitgenodigde experts omwille van de situatie rond de persoon met virale haemorrhagische koorts die in St-Pierre was opgenomen.

Disons que le Comité scientifique a été créé et a ensuite été invité à s'exprimer dans les réunions du RMG. Zij hadden wel enkel een adviserende functie, en namen niet deel aan het beslissingsproces. Maar omdat zij inderdaad ook in de media een belangrijke rol speelden (en spelen), waar zij hun eigen mening uitdrukten die niet altijd in lijn lag met wat er besloten werd, gaf dit inderdaad vaak aanleiding tot incoherente en verwarrende communicatie.

Daarom werd op 03.03.2020 ook beslist dat de werking van de RMG opnieuw zou verlopen volgens het protocolakkoord. Toen werd overeengekomen dat twee personen van het comité, viroloog Prof. Van Ranst en de voorzitter of een andere expert afhankelijk van de specifieke geagendeerde thema's (te beslissen door het comité), werden uitgenodigd. Enkel de voorzitter van het wetenschappelijk comité neemt nog deel aan de vergaderingen voor wetenschappelijke input indien relevant.

Het is belangrijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen de rol van eenieder. Experts geven een advies, gebaseerd op wetenschappelijk evidentie. De RMG (en autoriteiten in het algemeen) evalueert dat advies, beoordeelt ook operationele of andere aspecten, en neemt dan een besluit om het advies al dan niet toe te passen. Het apart bijeenkomen van de groep met adviserende (RAG) en deze met beslissende (RMG) rol zorgt voor meer sereniteit in het overleg.

Hierbij moet opgemerkt worden dat de RMG beslist mede op basis van de input van de RAG en dat de grote meerderheid de adviezen gevalideerd werden. En ook dat er met de experts van de RAG groep geen tot zelden problemen zijn geweest rond communicatie van adviezen en beslissingen.

Uiteraard zijn niet alle leden die wel deelnemen aan de beslissingen steeds zonder meer akkoord, maar er wordt altijd gestreefd naar een consensus, en indien nodig wordt een complexer punt opnieuw op de agenda gezet. Thema's die sterk politiek gevoelig zijn of bvb complex-interdepartementaal worden desgevallend in de IMC verder behandeld. In deze context is het wel belangrijk te wijzen op een voldoende vertrouwen in de administratieve diensten en op de nood aan

een krachtig mandaat van de leden om efficiëntie in het beslissingsproces te waarborgen en onnuttige echelonnering te vermijden.

Zie ook vraag 41.

VRAAG Nr. 55 (CD&V)

In 1 van de RMG verslagen lees ik dat De heer Pardon de RMG beschijft als : een politiek beslissingsmiddel op basis van consensus tussen de gezondheidsautoriteiten.

Wanneer komt de politiek aan tafel om de beslissingen te bekrachtigen, zitten ze bij de RMG of de RAG aan tafel, wie is de persoon die de politiek informeert over de adviezen van de RMG & hoe beslist de politiek. Zijn er gesprekken per bevoegdheid of zijn dit gezamenlijke overlegmomenten?

Réponse :

J'ai déjà partiellement répondu à cette question.

De RMG is samengesteld op basis van het protocolakkoord van 5 november 2018, een akkoord tot vaststelling van de generische structuren voor het gezondheidsbeheer van crisissen van de volksgezondheid, in toepassing van het internationaal gezondheidsreglement en een Europees besluit over grensoverschrijdende bedreigingen.

Binnen de RMG zijn er vertegenwoordigers, officieel benoemd door hun voorgedijminister, en mensen van de administratie. Momenteel is het kabinet van de federale overheid daarin vertegenwoordigd en zijn er ook vertegenwoordigers van de ministers Beke, Morreale, Linard, Glatigny, Maron en Antoniadis.

Daarnaast zetelt ook de coördinator van de RAG in de RMG.

Le politique est donc présent aux réunions du RMG et donc, aux côtés du coordinateur du RAG notamment.

Le RMG est un instrument de la CIM.

VRAAG Nr. 56 (CD&V)

Hoe beschrijft u de taak en opdracht van een focal point zelf?

J'ai répondu à cette question lors de ma première audition. (p.11)

VRAAG Nr. 57 (CD&V)

De werking van de RAG is me duidelijk. Ze maken evaluaties van de gezondheidsrisico's die bepaalde gezondheidsalarmen met zich meebrengen. Ze hebben geen beslissende rol en werken nauw samen met wetenschappelijk instituut sciensano. Zoals wij hebben verstaan van dokter Quoilin (vertegenwoordiger van de RAG). Is de eerste opdracht van de RAG het boosten van Beslissingen.

- Is het dan aan de RMG dan om die beslissingen te concretiseren en preppen voor beleidsmakers?
- Hoe groot is de betrokkenheid van de sector bij jullie concretisering of opdracht? Vinden jullie dat jullie in de mandaten die jullie hebben slagen in jullie rol? Hebben jullie struikelblokken gehad, dewelke?
- Wanneer komen de beleidsmakers in beeld?
- In welke mate heeft de RMG de adviezen van het RAG opgevolgd? Zijn er uitgestelde adviezen geweest die door de RMG on hold werden gezet alvorens naar de politieke tafel te stappen? Dewelke waren deze? Hebben we deze nadien dan toch moeten invoeren?

Réponse

Op verschillende elementen heb ik reeds een antwoord gegeven tijdens mijn vorige audit en de bij de bovenstaande vragen.

Le RAG n'est pas au RMG pour « booster » les décisions. Il est présent pour donner un *input* scientifique, épidémiologique et éclairer le RMG dans sa prise de décisions.

Binnen de RMG zijn ook de gefedereerde entiteiten vertegenwoordigd.

Op basis van het RAG advies en rekening houdende met andere elementen zoals bvb de politieke haalbaarheid probeert de RMG in consensus tot een besluit of beslissing te komen.

Iedere overheid is verantwoordelijk voor de implementatie ervan op basis van de eigen bevoegdheden, al dan niet na bekrachtiging bv. in de IMC of OCC.

Il est arrivé plusieurs fois que le RMG suspende ses décisions en attendant d'avoir plus d'informations scientifiques fournies par le RAG of als gemandateerde leden overleg dienden in te winnen bij hun kabinet of sector. Dit laatste is een belangrijk element dat aandacht verdient omdat het mee de slagkracht van de RMG bepaalt. Het is cruciaal dat de vertegenwoordigers in de RMG de dossiers voldoende kennen en kunnen doorgronden (en daartoe ook de ruimte hebben) en daarnaast ook over het nodige mandaat beschikken om standpunten in te nemen en beslissingen te treffen. In het begin liep dit relatief vlot ondanks een intens vergaderritme (dagelijks). Naarmate de complexiteit steeg, werd dit lastiger; mandaten wisselden, dezelfde personen participeerden (noodgedwongen) in meerdere nieuwe organen of meetings en de politieke dimensie van bepaalde thema's nam substantieel toe. Het een is natuurlijk met het ander verweven en het komt er m.i. op aan de communicerende vaten in de beleidsstructuren (in deze context bvb RMG-IMC) zo optimaal mogelijk te laten werken met aandacht voor het niveau waarop beslissingen kunnen en moeten genomen worden ; wat op een lager niveau kan behandeld worden dient daar afgeklopt en moet een hoger niveau niet extra belasten. Zoals aangegeven is dit vooral, maar niet enkel, een bewuste (politieke) keuze.

Les membres du RAG ont travaillé jours et nuits pour nous fournir les informations scientifiques les plus à jour, et quand des recherches complémentaires ont été nécessaires, celles-ci ont été présentées dans le plus court délai possible.

Ces points de l'ordre du jour étaient alors remis à l'agenda d'une réunion suivante.

Zie ook vraag 71.

VRAAG Nr. 58 (CD&V)

Quelles ont été les collaborations entre Sciensano et le SPF Santé publique et pourquoi le leadership de la crise n'a pas été pris par l'administration du SPF ?

J'ai répondu ci-dessus.

VRAAG Nr. 59 (CD&V)

Quel a été le rôle exact du SPF dans la gestion de cette crise quand on sait que sciensano a joué un rôle important (définitions des cas et dès lors des critères de testing etc) mais que la gestion des lits au sein des hôpitaux par exemple a été gérée par le ' Comité Hospital & Transport Surge Capacity' ? Comment se sont articulées les différentes instances?

J'ai répondu à cette question lors de ma première audition à l'aide d'un organigramme.

VRAAG Nr. 60 (CD&V)

Hoe ervaart u de samenwerking tussen Binnenlandse Zaken (als coördinator crisisbeheer) en Volksgezondheid (belangrijkste domein in deze crisis)?

J'ai répondu à cette question lors de ma première audition (p. 12)(Idem vraag 6/10)

VRAAG Nr. 61 (CD&V)

Wat is de rol van de FGI's binnen de gezondheids crisis?

J'ai répondu à cette question lors de ma première audition.

VRAAG Nr. 62 (CD&V)

Beleidstructuren

Hoe verliep de samenwerking tussen binnenlandse zaken (als coordinator crisisbeheer) en de volksgezondheid (belangrijkste domein in deze crisis)?

Je me permets de vous renvoyer à la question 60 supra.

VRAAG Nr. 63 (CD&V)

Hoe verliep de samenwerking tussen binnenlandse zaken en de regio's / lokale besturen?

Il faut poser la question au NCCN.

VRAAG Nr. 64 (CD&V)

Wat is uw evaluatie over de beleidstructuren, waar ziet u verbeterpunten?

Réponse :

Ik verwijst u naar het antwoord op vraag 66.

VRAAG Nr. 65 (CD&V)

Hoe verliep de beslissingsprocedure RAG- RMG- politieke overheden?

J'ai répondu à cette question lors de ma première audition.

VRAAG Nr. 66 (CD&V)

De heer Pedro Facon heeft zich meermaals verontwaardigd uitgelaten over hoe de coordinatie tussen de verschillende beleidsniveau's verlopen. Welke lessen heeft u getrokken uit de coordinatie voorbije maanden? Wat kan beter en wat moet zeker blijven?

Réponse :

Dit is ook een politieke vraag waarbij ik me van enige uitspraak kan onthouden maar ik denk dat het juist de bedoeling is dat u op een zo transparant mogelijke wijze en, om een medische term te gebruiken « breedspectrum », informatie bekomt, zodat deze commissie dan aan de politiek zijn conclusies kan overmaken. In dit kader wil ik daarom volgende elementen naar voor brengen.

België is hoe dan ook een complex land. Maar zo zijn er nog en als we naar de epidemiecijfers kijken hebben we het in wezen niet slechter gedaan dan andere landen; soms wat minder goed maar soms ook beter.

Binnen de zuil volksgezondheid is er altijd al overleg en samenspraak en een evenwichtig beslissingsmodel geweest. Maar nu spreken we natuurlijk van een nooit geziene crisis in omvang zowel als in duurtijd, en ook naar impact op alle maatschappelijke sectoren. En dan ligt samenspraak sowieso moeilijker. In het begin van de crisis was dat soms erg uitgesproken tussen de regio's en federaal, rollen en bevoegdheden en verantwoordelijkheden waren niet steeds duidelijk (bvb quarantaine, testafname, voorzien in beschermingsmiddelen) maar ik meen wel dat we in de crisis ook gaandeweg een manier gevonden hebben om een zekere harmonie te vinden tussen de sectoren en regio's in de beslissingen van het OCC als een nieuwe en daadwerkelijke eenheid van leiding.

In ieder geval loont samenwerken en het maximaal gebruik maken van bestaande crisisstructuren zoals RAG, RMG, Celeval, het crisiscentrum met de verschillende crisisorganen, Infocel, e.a. ; mensen kennen elkaar en zijn samenwerken gewoon.

Ik meen dat het in een crisis mogelijk aantrekkelijk lijkt om één bestuursniveau de zaak te laten overnemen om tot een snellere besluitvorming te komen. Maar vandaag moeten we rekening houden met de bestaande staatstructuur en ook beseffen dat er dan zonder twijfel een verlies is aan

gedragenheid en er vaak beslist zou worden zonder de diepgaande kennis over, en buiten het vertrouwen dat andere bestuursniveaus hebben binnen bepaalde sectoren. In ieder geval is het belangrijk dat bevoegdheden én de bijhorende verantwoordelijkheden helder worden vastgelegd; twijfelsituaties of vaagheid op dit vlak leidt, zeker bij een crisis, is het niet tot chaos dan in ieder geval tot vertraging in het beslissings- en uitvoeringsproces en dus tot inefficiënt handelen.

Eenheid van leiding is nodig, en dat in elke crisis, maar overname van leiding door één bestuursniveau in het huidige bestel is dus mijn inziens alleen goed als dit effectief het algemeen belang dient zoals bvb in een grote crisis van beperkte duur en dus met, in de tijd, beperkte sectorenimpact en waar uiterst snel moet gehandeld worden; en dus eerder niet in een langdurige pandemie. We moeten ook realistisch zijn en dan gaat het er niet over om de klok van de staatshervormingen op zich terug te draaien. Wel zou het wijs zijn, nu de nood en zin van een beleidsanalyse en -beoordeling vanzelfsprekend is, de bereidheid te hebben om ons toch jonge staatsbestel kritisch te evalueren, lessen daaruit te trekken en vervolgens de moed te tonen om de nodige aanpassingen door te voeren ook als dit op bepaalde vlakken een terugkeer naar vroeger zou betekenen. Het loont daarbij ook de moeite om de gelijkaardige (recente) buitenlandse structuren te onderzoeken. Met wat we nu tijdens deze crisis ervaren hebben zou het bijzonder onverstandig en onverantwoord zijn de geleerde lessen niet in praktijk om te zetten.

Momenteel is het aan de politiek, aan deze commissie om tot conclusies te komen. Echter, het is absoluut cruciaal, eens het crisisgebeuren het toelaat, het momentum van deze pandemie alsnog te benutten om met alle betrokkenen een grondige evaluatie door te voeren, de lessen daaruit te trekken en deze dan effectief ook in de praktijk om te zetten. Dit zal ons voor veel, en niet enkel specifiek Belgische, aspecten meer leren of nuttiger zijn dan 100 algemeen theoretische onderrichtingen of oefeningen achteraf. Waarbij ik geenszins wil hebben beweerd dat steeds weer trainen en oefenen niet belangrijk zouden zijn.

Zie ook vraag 14, 15, 40, 57, 64, 70, 71, 224.

VRAAG Nr. 67 (CD&V)

Wij hebben een corona-commissaris die aangesteld zal worden, wat zijn uw bedenkingen hierover?

Réponse :

Entre-temps, il a été nommé. Je pense que c'est une bonne chose et Pedro Facon connaît très bien notre SPF pour y avoir été directeur-général du DGGS. Il a une excellente connaissance de notre système de soins de santé et il est très impliqué.

Hij is een zeer gedreven aimabel persoon met een fantastische kennis, ervaring en netwerk die ook de politieke gezondheidszorgstructuren door en door kent en veel ondervinding heeft met zijn carrière in het RIZIV, op het Kabinet, als secretaris van het IMC en met tal van comités en professionele raden, e.a.

Zie ook vraag 24, 73.

VRAAG Nr. 68 (CD&V)

In de juridische nota hebben we heel wat informatie ontvangen over het crisis beheer. Het was niet altijd even duidelijk over wie dewelke verantwoordelijkheid draagt.

- Was het voor u en de ploeg altijd duidelijk wie dewelke verantwoordelijkheid droeg en waar en met wie beslissingen doorgesproken horen te worden?
- Welk niveau is volgens u best geschikt om een crisis te beheren?
- Heeft u enige suggesties voor de toekomst?

Réponse :

Zie ook o.a. het antwoord op vraag 66.

Neen het was niet steeds duidelijk, mede gezien de complexiteit van onze staatsstructuur, maar ook gewoon door de complexiteit van de maatschappij zelf, gecombineerd met de breedte van impact van de crisis op een veelheid van sectoren. Of bepaalde bevoegdheden waren wel duidelijk maar werden in de praktijk niet consequent gevolgd; politiek verantwoordelijken namen soms eigen initiatief en communiceerden eerst in de media waardoor het bvb moeilijk was om genomen beslissingen terug te draaien, en wat ook tot verwarring leidde.

Hoe korter een crisis verwacht wordt te duren, hoe meer nood er is aan een eenheid van leiding die ook is samengebald in een kleine groep: snel en effectief beslissen om schade te beperken en terug te keren naar een normale toestand is dan de beste optie.

Naarmate de verwachte duur van een crisis langer is, en hoe groter de impact in tijd ook is op diverse sectoren, hoe meer er gepland moet worden “wat te doen wanneer”, bijvoorbeeld bij stijgende incidentiecijfers of bij vollopende ICU's, of bij tanende motivatie, en alhoewel ook hier de “go” best gegeven wordt door een kleine groep die snel kan ageren, is het aangewezen om de voorbereidingen voor deze beslissingen breed te maken over de verantwoordelijke bestuursniveaus en sectoren. Zoals het nu de laatste tijd loopt, is een OCC hier mijn inziens een geschikt beslisorgaan om de “go” te geven. Een nationale crisis impliceert een federale coördinatie met vertegenwoordiging van de gefedereerde entiteiten. Het aantal personen met bevoegdheid om te beslissen wordt idealiter zou klein mogelijk gehouden.

En laat ons daarbij, in een context van tal van bestaande communicatiemiddelen en vrije meningsuiting, zeker het cruciale belang van de eenheid in communicatie niet verwaarlozen; een goed commando met een slechte communicatie wordt gepercipieerd als een slecht commando.

VRAAG Nr. 69 (CD&V)

Learnings

Dewelke uitdagingen zou u als eerst aanpakken binnen de gezondheidszorg met de kennis die u vandaag heeft voor de toekomst?

Réponse :

Uit deze crisis zullen een veelheid van lessen getrokken worden waarbij het inderdaad de kunst zal zijn een goede keuze te maken wat men nu best prioritair (en dit niet alleen binnen de gezondheidszorg maar als element van het gehele multisectoriële beleid) aanpakt en waarmee op termijn het grootste effect binnen de gezondheidszorg of in feite potentiële gezondheidswinst voor de bevolking in het algemeen zal kunnen worden bereikt. In die zin is de zorg voor de gezondheid dan ook niet als een loutere opdracht voor het gezondheidszorgsysteem te zien maar holistisch te benaderen.

Ik denk daarbij aan volgende uitdagingen :

- Versterken van de weerbaarheid van ons gezondheidszorgsysteem, zowel in als buiten de ziekenhuizen en zorginstellingen met intensifieren van de samenwerking binnen het kader van de ziekenhuisnetwerken.
- Investeren in preventie en dit op meerdere vlakken, zo bvb voldoende aandacht voor de aspecten die het gedrag van de bevolking bepalen en hoe men daarop kan inspelen om mensen te overtuigen een betere gezondheid na te streven ; meer oog ook binnen het onderwijsprogramma voor bvb het belang van een gezonde levensstijl, e.a.
- Uitbouw van de diensten volksgezondheid op de verschillende niveau's die een rol spelen in de crisiscoördinatie, zowel strategisch als operationeel, met specifieke experts met een brede kennis op het gebied van volksgezondheid in de beslissingsorganen (specifieke experts in de adviesorganen).
- Meer initiatieven voor een gezonde levensstijl
 - o In het onderwijsprogramma
 - o Probleemsituaties waar mogelijk demedicaliseren
- Valorisatie van het artsen en verpleegkundige beroep:
 - o minder administratieve overlast in de zorgverlening
 - o verbeteren van de aantrekkelijkheid van het beroep met niet enkel een redelijke verloning maar met ook oog voor het typisch menselijke zorgelement in dit beroep , de bewogenheid met de andere die in de zorgverlening toch vrij uniek en uiterst waardevol is als men kwetsbaar en afhankelijk van anderen is geworden
- Solide duurzame financiering van het gezondheidszorgsysteem dat betaalbaar moet zijn, vlot toegankelijk en een optimale kwaliteit moet leveren ; nu moeten ziekenhuizen naast de verkregen budgetten vawege de overheid bijkomende systemen gebruiken zoals afdrachten op de inkomsten van de artsen. Dit houdt ook in dat onderzoeken en analyses meer doordacht en efficiënter gebeuren
- Optimaliseren van het delen van gegevens
- Responsabilisering van de patiënt

Zie ook het antwoord op andere vragen, bv 224.

VRAAG Nr. 70 (CD&V)

Dewelke uitdagingen hadden volgens u met de kennis van vandaag anders aangepakt kunnen worden?

Réponse :

Zie ook vraag 40.

Als we in het wat verdere verleden kijken, hadden zeker de maatschappelijke investeringen in degelijk uitgebouwde – zowel naar aantal als naar opleiding en bijscholings- en trainingsmogelijkheden – klassieke volksgezondheidsdiensten anders aangepakt kunnen worden.

Het is een toenemend gegeven de laatste 50-100 jaar dat infectieziekten gezien worden als iets uit het verleden, toch wanneer het om de westerse wereld gaat met de beschikbaarheid van vaccins, antibiotica en (technologische) top-zorg.

Net zoals de brute natuurkrachten van het weer of in sommige delen van de wereld vulkanen zich niet door de mens laten, bedwingen, is dat ook zo met virussen en bacteriën. Het is een maatschappelijke fout geweest onze aandacht en dus ook de besteding van middelen hier stelselmatig af te bouwen, zeker in een wereld met toenemende bevolking, globalisering, verstedelijking en indringen van natuurlijke habitats en dus stijgend risico op besmetting met (nieuwe) ziekteverwekkende biologische agentia vooral als deze ook het potentieel hebben zich vlot onder de bevolking te kunnen verspreiden en er geen afdoende behandeling bestaat.

In deze crisis zijn alvast volgende verbeterpunten te identificeren:

- Aanwezigheid van een strategische stock maskers en/of snelle beschikbaarheid van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen met een meer dan bijzondere aandacht voor de bewaring en de controle daarop.
- Duidelijke bepaling van ieders bevoegdheden én verantwoordelijkheden, in het bijzonder voor crisisaspecten
- Snellere centrale coördinatie, eventueel ondersteund met verschillende werkgroepen en met het vermijden van dubbel werk
- Gebruik van bestaande structuren met zonodig uitbreiding van sommige zoals bvb Celeval, dat initieel toch wel goed functioneerde, met duidelijke omschrijving en consequent respecteren van de opdrachten bij de adviesaanvragen, ook hier met het vermijden van overlap naar andere organen toe; evt werking met subgroepen (bv mental health) ipv parallelle groep GEES.
- Sterkere vertegenwoordiging in de RMG van vertegenwoordigers met beslissingsrecht (zoals voorzien in protocol) om uitstel van beslissing te vermijden (cfr eerst terugkoppeling naar het cabinet ondanks vooraf beschikbaar dossier). Verduidelijken van welk orgaan waarover/wat beslist (vb RMG, IMC, OCC).
- Aandacht voor de sterktes van de bestaande structuren, in die zin dat het mekaar kennen en het gewoon zijn met elkaar te werken in “vredestijd” een ongelofelijke meerwaarde betekent.
- Duidelijke en uniforme communicatie naar het groot publiek toe. Dit is primordiaal om mensen mee te hebben in het goed opvolgen van de maatregelen, voldoende georiënteerd op specifieke doelgroepen met het helder uitleggen van het waarom van de genomen maatregelen.
- Betere afspraken maken met media/journalisten voor een meer serene communicatie zonder het te frequent opzoeken van de controverse; daarbij ook aandacht voor het nastreven van een voldoende coherentie van het mediamateriaal met de afgekondigde maatregelen.

- Beslissing voor strengere maatregelen op het niveau van de provincie indien lokaal slechtere situatie niet enkel laten afhangen van de beslissing van de gouverneur maar ook van het oordeel op niveau van het NCCN.
- Meer armslag bij het bepalen van reisverboden (verbod/beperken van internationale reizen) en quarantaineopvolging.
- Nood aan een lange termijn visie met bepaling waartegen we ons willen beschermen en waar we de accenten leggen met daarmee samenhangend een lange termijn investering.

VRAAG Nr. 71 (CD&V)

Zijn er bepaalde aspecten die u ons als commissie kunt adviseren om ons in te verdiepen voor verbetering in pandemie voorbereiding die u vandaag mss niet aan bod heeft zien komen?

Réponse :

Vooreerst wil ik verwijzen naar mijn antwoord op andere vragen zoals vraag 40, 70, 221, 224.

Er zullen zeker nog aspecten zijn die nadere aandacht eisen ook omdat het voor diegenen die actief betrokken zijn in de crisisaanpak eigenlijk niet mogelijk is om in volle crisis een evaluatie, laat staan een grondige evaluatie, uit te voeren. Bij de oprichting van deze commissie, en ik zeg dit met het volste begrip voor het parlementaire werk, was het ook geen zekerheid dat de pandemie in zijn getoonde vorm en kracht zou aanhouden.

Een eerste aspect is de onduidelijkheid in de hoegrootheid van de beleidscoördinatie die nu wel beter is. Van de federale overheid werd enerzijds verwacht een coördinerende rol op te nemen; anderzijds diende men natuurlijk rekening te houden met ieders bevoegdheid. Dit leidde ertoe dat op sommige vlakken coördinatie welkom was, op andere dan weer niet, deels tgv van de reeds bestaande verschillen tussen de deelstaten. De aanwezigheid van dit spanningsveld verhinderde een integrale coördinatie die mogelijks ook geen must is, maar dan is het wel handig dat iedereen weet wat wel en wat niet te coördineren valt en dat dit op voorhand ondubbelzinnig is bepaald om een goede voorbereiding te garanderen.

Een ander punt is het vertrouwen in de overheid. We weten dat een groter vertrouwen in de overheid leidt tot een beter opvolgen van de maatregelen en dus minder zieken en overlijdens. Het zou dus goed zijn stil te staan bij de dynamiek van de interacties op het vertrouwen of hoe het vertrouwen tot stand komt, hoe je de ruimte hiertoe creëert zonder ook mensen angst aan te jagen. Of ook welke elementen een gebrek aan vertrouwen in de hand werken, hoe komt dit. En daarmee samenhangend: de rol van de verschillende communicaties en de wijze waarop die is gebeurd ; werden de doelgroepen bereikt die we wilden bereiken. Kunnen bepaalde media niet meer constructief-kritisch zijn ipv steeds maar de controverse of mogelijke negatieve elementen te accentueren.

Verder, een grote bekommernis was en is het tegengaan van de implosie van ons gezondheidszorgsysteem wat uiteraard zeer belangrijk is. We beschouwen in de eerste plaats gezondheidsgerelateerde aspecten zoals zieken, hospitalisaties, overlijdens. De vraag is ook welke waarde we toekennen aan het verloren of ingeboet welzijn, enerzijds door de maatregelen die al dan niet correct of soms overdreven werden toegepast en anderzijds indirect door bvb. de economische gevolgen.

Een pandemie treft maw niet enkel het gezondheidszorgsysteem en de zorg is dan ook hoe we de verschillende sectoren toekomstig beter voorbereiden op pandemieën zodat mensen verder aan de slag kunnen, onderwijs optimaal verdergaat en het welzijn van de bevolking maximaal verzekerd wordt. Hoe kunnen we ons sociale weefsel terug verstevigen met de burger als partner; in die zin omvat voorbereiding ook wat mensen zelf kunnen doen om anderen te beschermen en hun focus niet alleen op het individuele maar ook op het algemene belang te leggen.

Heel veel aandacht ook voor onze zorgverleners. Het handgeklap is intussen verstild maar we dragen hen met zijn allen meer dan op handen. Zij verrichten nog steeds ongelooflijk werk in moeilijke, stresserende, bijwijlen traumatische omstandigheden. We moeten hen koesteren, ondersteunen en waarderen, ervoor zorgen ook dat de ziel in het beroep niet verloren gaat, uitgerekend in de zorg waar mensen die zich op dat moment doorgaans ongewild in een afhankelijke en kwetsbare positie bevinden, met warme “zorg” moeten kunnen verzorgd worden om het even of dit nu in een verzorgingsinstelling, ziekenhuis, thuiszorg of andere is. Dit is dienstverlening die rechtstreeks te maken heeft met het optimaal functioneren van uw fysieke en psychische zijn en waar we vaak maar de nodige aandacht aan besteden als we het zelf “aan den lijve” of van heel nabij ondervinden.

Zie ook vraag 57.

VRAAG Nr. 72 (CD&V)

U bent in de RMG geconfronteerd met de vertegenwoordigers van 9 ministers van Gezondheid. Wat vindt u daarvan? Denkt u dat er aan efficiënte kan gewonnen worden indien men over 1 federale minister zou beschikken?

Je me permets de vous renvoyer à la question 14 supra.

VRAAG Nr. 73 (CD&V)

Considérez-vous qu'il manquait d'un « centre opérationnel » pour orchestrer la gestion de l'épidémie?

Réponse :

Zeker in het begin was dat zo. In wezen had de RMG beslisbevoegdheid maar in de praktijk was dat al snel niet meer zo; verder was er onduidelijkheid of een beslissing nu op IMC-niveau moest genomen worden of in de Veiligheidsraad of op een OCC. Dat is vandaag toch wel duidelijker meen ik.

Bij de afkondiging van de federale fase was de oprichting van een commissariaat gezien de verdere evolutie van de crisis en de enorme omvang van alle aspecten allicht beter geweest.

Er is vooral ook nood aan duurzame investering in de structuren volksgezondheid op alle niveau's , in het bijzonder in de FOD om haar coördinerende rol te kunnen waarmaken.

Zie ook vraag 24.

VRAAG Nr. 74 (CD&V)

Internationale betrekkingen

Hoe verliep de uitwisseling van deze informatie met de nationale instituten? Wanneer hebt u hen voor de eerste keer geïnformeerd over de reële dreiging die het virus met zich mee bracht? De Block en Van Gucht hadden het op 3 maart immers nog over een griepje?

Réponse :

A nouveau, il faut se baser sur les chiffres et les données épidémiologiques du mois de février qui requéraient une surveillance mais qui étaient peu inquiétants.

Sciensano et le RAG étaient en contact avec l'ECDC et on suivait les informations de l'OMS.

Lors de ma première audition, je vous ai retracé au jour-près la ligne du temps de janvier à début mars.

La gravité de la situation est apparue entre le 20 et le 25 février, période durant laquelle le nombre de cas a dramatiquement augmenté en Italie.

Zie ook vraag 30.

VRAAG Nr. 75 (CD&V)

Kunnen we adhv onze indicatoren de pandemie vergelijken op EU-niveau , met andere woorden hebben wij op eu-niveau via de focal points eventueel een afstemming gehad over dewelke indicatoren gebruikt horen te worden, of is daar advies over gegeven door het WHO? ECDC? Heeft u als Focal point hierover gesprekken gehad met de lidstaten, wat waren de visies daarover?

Réponse:

Ik had hierover geen gesprekken met de lidstaten. Cette question devrait être posée à Sciensano.

En effet, en tant qu'Institut de santé publique, c'est Sciensano qui a ces échanges avec l'ECDC.

VRAAG Nr. 76 (CD&V)

Ik heb via de kranten vernomen dat wij in China een agent hadden die het medisch materiaal controleerde alvorens invoering naar België gebeurde. Is deze agent aangeduid geweest of geadviseerd door jullie ploeg? Hoe verliep die samenwerking?

Réponse :

Dit was onderdeel van de TF shortages aan wie de vraag best wordt gesteld.

Ik kan u wel medelen dat er inderdaad een liaison in China beschikbaar was die een eerste kwaliteitscontrole deed van de materialen en daarna de technische gegevens doorstuurde naar het team voor een verdere analyse, beslissing. Blijkbaar deed deze persoon ook visitaties in fabrieken.

Uiteraard werd in België de ATP testing uitgevoerd om de kwaliteit te verzekeren. Met deze liaison hebben wij ons kunnen verzekeren dat de kwaliteit een minimum standaard had.

VRAAG Nr. 77 (CD&V)

Pandemie beheersing

Wat was de trigger om de week erop te pushen dat de NVR een lockdown zou uitvaardigen? Welke signalen waren hiervoor nodig? Is dit enkel doorgevoerd omdat de indicatoren stegen?

Réponse :

Vous pouvez lire dans le rapport du RMG du 7.03.2020 que la transmission locale commence à se produire, qu'il y a du stress sur le terrain et que le contact tracing devient impossible. On décide donc un confinement « renforcé ».

Le 12.03.2020, les mesures proposées par le RAG sont approuvées par le RMG à l'unanimité vu la dégradation de la situation épidémiologique.

VRAAG Nr. 78 (CD&V)

Waarom zijn niet alle adviezen die de EU heeft uitgevaardigd opgevolgd door de NVR? Wat was de rol van de RMG bij het implementeren/uitvoeren van deze adviezen?

Réponse :

Bij de RAG adviezen en bijgevolg de RMG beslissingen werd steeds met de EU adviezen rekening gehouden.

Le CNS traduit une décision politique.

PPE - STOCK STRATEGIQUE

QUESTIONS POSEES PAR ECRIT AVANT L'AUDITION (1 à 101)

VRAAG Nr. 79 (SPA - 41)

Vanaf wanneer werd het u duidelijk dat beschermend materiaal, in het bijzonder mondkmaskers, handschoenen, schorten, ... een belangrijke rol gingen spelen bij het bestrijden van dit virus?

Réponse:

Het hebben van mondkmaskers en andere beschermingsmiddelen is steeds als een belangrijk element in de voorbereiding van een pandemie aanwezig geweest. Dit was hier niet anders en daartoe waren de voorbereidingen bezig, nog voor er sprake was van het coronavirus. Wel was in het begin over dit coronavirus niet veel gekend en dat het zich anders zou gedragen als de klassieke winter coronavirussen.

Op de RMG vergadering van 10.01.2019, de eerste vergadering in mijn nieuwe rol als toekomstig Nationaal focal Punt, werd de aandacht daarop gevestigd en gesteld dat een nieuwe voorraad moet worden aangelegd. Daartoe werd op 13 december 2018 (om 22:35) ook een nieuwe adviesaanvraag voorgelegd aan de Hoge Gezondheidsraad betreffende de benodigde stock aan antivirale middelen tegen griep, griepvaccins en andere preventieve middelen.

Op woensdag 3.04.2019 bezorg ik een confidentiële nota aan de medewerkers van de voorzitter als input van antwoord op de groene nota van februari betreffende de strategische stock; daarin wordt o.a. aandacht gevraagd voor beschermingsmiddelen, cfr "Dit dossier verdient momenteel de grootste aandacht. De vroegere strategische stock is vernietigd en een pandemie biedt zich mogelijks in de eerstvolgende jaren aan."

Op 21.08.2019 bezorg ik een confidentiële nota aan de voorzitter over de financiële behoeften om de vernieuwing van de strategische stock pandemie/influenza te dekken. Het totale bedrag situeert zich rond de 100 miljoen euro. Hierbij geef ik aan dat het, indien mogelijk en in tegenstelling tot vroeger, de bedoeling is om de invulling van de strategische stocks te realiseren op een meer duurzame wijze; het principe van de roterende stock of het vergoeden van een garantie op levering worden daarbij als mogelijke opties gezien. Verder deel ik mee dat daarover momenteel gesprekken met firma's bezig en dat deze kunnen pas worden omgezet in actie eens de benodigde bedragen ter beschikking zijn. Ik besluit met "In die zin wil ik het belang van deze nota, opgesteld op basis van de vandaag beschikbare informatie, toch benadrukken, zeker naar het Kabinet toe; zonder middelen zitten we hier vast."

Op 21.10.2019 bezorg ik aan het Kabinet een confidentiële nota over de financiële behoeften om de vernieuwing van de strategische stock pandemie/influenza te dekken en waarbij ik stel dat er geen maskers meer in stock zijn. Verder "Het totale bedrag situeert zich rond de 100 miljoen euro. Zoals eerder aangegeven is het, indien mogelijk en in tegenstelling tot vroeger, de bedoeling om de invulling van de strategische stocks te realiseren op een meer duurzame wijze; het principe van de roterende stock of het vergoeden van een garantie op levering zijn daarbij mogelijke opties."

Daarover zijn momenteel gesprekken met firma's bezig en deze kunnen pas worden omgezet in actie eens de benodigde bedragen ter beschikking zijn.

Om de nakende budgettaire planning te regelen en vervolgens de dossiers op te starten, zouden we hierbij het standpunt van het Kabinet willen vragen, concreet wat betreft de toekomstige beschikbaarheid van financiële middelen; is er m.a.w. een politieke bereidheid om substantieel te investeren in dit aspect van de crisisvoorbereiding?"

VRAAG Nr. 80 (PVDA – PTB - 43)

Eind januari 2018 maakte de Hoge Gezondheidsraad haar advies over de strategische stock (geneesmiddelen en beschermingsmiddelen) over aan de FOD Volksgezondheid, nadat een eerste deel van de strategische voorraad in 2016 vernietigd werd en de FOD in 2017 een advies daarover vroeg van de Hoge Gezondheidsraad. Op dat moment, in januari 2018, bevinden er zich nog 27 miljoen maskers in de kazerne van Belgrade. In het advies van de Hoge Gezondheidsraad staat dat er over de resterende strategische voorraad "best ook een navraag bij het FAGG gebeurt over het al dan niet behouden van de chirurgische maskers". Ook zegt de HGR dat chirurgische maskers geen houdbaarheidsdatum hebben (23/01/2018), advies nummer 9336)

1. Is die navraag bij het FAGG gebeurd, ja of nee? Zo ja, wat was de reactie van het FAGG?
2. Wat is er met die reactie gebeurd? Is daar gevolg aan gegeven, ja of nee?
3. Zo nee, waarom niet?

Réponse :

Het advies 9336 van de HGR (gevalideerd op 6 december 2017) waar u naar verwijst, handelt over de strategische stock van geneesmiddelen in de context van een chemische, biologische, radio-nucleaire gerelateerde terroristische dreiging. Dit is een update van het vorige rapport van 2003 aangaande stock in het kader van chemisch en biologische terrorisme met inbegrip nu van radio-nucleaire bedreigingen.

Ik heb ook het advies 9529 van de HGR nagezien aangaande "strategische stocks aan middelen als voorbereiding op een Influenza uitbraak of pandemie " maar kon uw vraag, met name aangaande "best ook een navraag bij het FAGG gebeurt over het al dan niet behouden van de chirurgische maskers" ook daar niet terugvinden.

In het inspectie verslag dat door medewerkers van de FOD en het FAGG plaatsvond op 06 augustus 2013 vond ik wel elementen terug die stellen dat de maskers van de firma delta, aangekocht in 2006 geen houdbaarheidsdatum hebben, geen CE markering, door het FAGG niet als medische hulpmiddelen worden beschouwd zodat het FAGG dienaangaande geen uitspraak kon doen. Blijkbaar diende dit verder opgenomen te worden met de producent.

VRAAG Nr. 81 (PVDA – PTB - 44)

In maart 2018 maakte de FOD Volksgezondheid een nota op over de resterende stock in Belgrade, Nivelles en de private magazijnen van Bornem. In dat advies staat dat “de stock niet meer op peil is en een deel vernietigd is, als gevolg van personeelsverloop, verhuis en reorganisaties”.

1. Wat wordt er concreet verstaan onder “reorganisaties”?
2. Kan u weergave geven van het personeelsverloop tussen 2013 en 2018?
3. Hoe kan het dat iets dergelijk belangrijk als een strategische voorraad mondmaskers niet meer op peil was door personeelsverloop?
4. Hebben besparingen bij de FOD Defensie en FOD Volksgezondheid geleid tot een dergelijk personeelsverloop?

Réponse :

Introduction :

La note à laquelle il est fait référence est un draft du 29 mars 2018 rédigée par la personne concernée dans ce dossier et un suivi de sa première note de juillet 2017.

La note dit plus précisément ceci :

“Als gevolg van omstandigheden (personeelsverloop, verhuis, reorganisaties...) is deze strategische belgische voorraad van geneesmiddelen en medische producten niet steeds meer op het peil van de beginfase of zijn de producten ondertussen vervallen en vernietigd.”

La note finale rédigée par le même auteur et datée du octobre 2018, a été adressée par moi au président du SPF le 18.10.2018 et stipule :

« Als gevolg van omstandigheden (personeelsverloop, verhuis, reorganisaties...) is deze voorraad van geneesmiddelen en medische producten niet steeds meer op het peil van de beginfase of zijn de producten vervallen. Ook werd ondertussen een deel van deze strategische stock vernietigd omdat de producten vervallen waren”.

A la fin de cette note, on peut lire (p.9/10) :

« Aandachtspunten:

- *Akuut personeelstekort: op dit ogenblik beschikt de cel Public Health Emergencies niet over voldoende personeel om de verschillende dossiers correct te kunnen beheren. Op dit ogenblik beschikt de cel slechts over één voltijds persoon. Een tweede persoon vertrekt eind oktober op pensioen en een derde persoon is tijdelijk consultant bij de WHO*

(...) »

Cette question devrait être posée à l’auteur de la note et les personnes concernées à ce moment. Je n’ai repris ce dossier qu’en octobre 2018.

Pour votre information et comme je l’ai déjà mentionné pendant ma première audition je peux encore vous répondre que :

a. Vraag 1, 2 en 4:

- De bestaffing van de cel PHE of « medische bewaking » bestond steeds uit artsen, juist omwille van hun specifieke taken in het kader van de medische bewaking (medisch gerelateerde thema's, beroepsgeheim, contacten met artsen en patiënten, wachtdienst, e.a.). Le recrutement de médecins au sein de la cellule PHE est extrêmement difficile :
 - Een verschil met vroeger bestaat er ook in dat artsen na een internationale humanitaire loopbaan of activiteit in de ontwikkelingssamenwerking (vb Abos) bij terugkeer aan de slag konden in de federale overheidsdiensten hetgeen nu nagenoeg niet meer het geval is waardoor deze recruteringspool veel kleiner is.
 - Peu de motivation
 - Fonction perçue comme peu ou pas attractive / peu valorisante / peu valorisée / déconnectée de la pratique clinique
 - Lagere verloning dan in de privésector en ook minder dan in wetenschappelijke instituten, RIZIV, e.a. zonder dat veel daadwerkelijk initiatief werd genomen om dit te verbeteren wat mogelijk ook een te gering besef van de nood/belang van de aanwezigheid van artsen binnen de administratie volksgezondheid illustreert.
 - Attire des médecins en fin de carrière peu enclins à prêter au-delà des heures de bureau ce qui est incompatible avec le travail de PHE
- La cellule PHE déjà pauvre en personnel s'est peu à peu vidée de ses effectifs (départ à la retraite / départ vers l'OMS etc...
- Le travail au sein de PHE est très exigeant et les responsabilités sont lourdes, ce qui nécessite un investissement personnel que peu de personnes sont prêtes à fournir (urgences, heures supplémentaires, gardes de WE et de nuit...)

b. Vraag 3:

- Le stock stratégique a pris beaucoup d'importance avec la crise du Covid-19. A l'époque, le stock représentait davantage une sécurité supplémentaire en « back office » des stocks des hôpitaux. Les gripes H1N1 et H5N1 n'avait pas pris l'ampleur qu'on avait imaginé à l'époque et les stocks étaient restés inutilisés pour une grande part. Peut-être que cela explique un recul dans l'ordre des priorités à l'époque.
- Compte tenu du manque récurrent de personnel au sein de PHE, il y avait à ce moment d'autres dossiers à traiter avec priorité.

VRAAG Nr. 82 (PVDA – PTB - 45)

In de nota van maart 2018 zou ook staan dat er voorzien was om een voorraad beschermingsmateriaal aan te leggen via een gezamenlijke Europese aankoop, maar die is niet doorgegaan omdat er geen enkele kandidaat weerhouden was.

1. Waarom is er op dat moment niet voor een alternatief gekozen?
2. Er was een nieuwe gezamenlijke Europese aankoop voorzien, maar door gebrek aan concrete datum werd die niet verder ontwikkeld. Waarom werd er geen concrete datum voorzien?
3. Waarom heeft Europa de zaak niet in handen genomen?

Réponse :

Deze vraag dient gesteld te worden aan de personen die dan in dit dossier betrokken waren.

Op 4 december 2018 heb ik een mail gelezen (in mijn SPAMbox) die op 21 november was verstuurd door de persoon die binnen de FOD de joint procurement dossiers opvolgde. Dit betrof een enquête over PPE in het kader van een mogelijke EU joint procurement. Op basis van de resultaten zou de EU dan een doelgericht marktonderzoek doen waarna de lidstaten later specifiekere input van hun noden zouden kunnen meedelen.

Op 18 december 2018 wordt aan de HGR de vraag gesteld ivm de uitbouw van de strategische stock (influenza uitbraak of pandemie) en over deze vraagstelling wordt op 25 februari 2019 aan de HGR toelichting gegeven.

Op 02 april 2019 neem ik contact op met het joint procurement secretariaat met de vraag naar lopende initiatieven i.v.m. EU joint procurement en personal protective equipment's (influenza, ebola f.e.).

Het joint procurement secretariaat laat weten dat nog respons op de enquête kan worden gegeven en dat 2 landen interesse hebben in FFP3; er is geen vermelding van FFP2 en/of chirurgische maskers.

Op 10 april antwoord ik dat we eerder een stock hadden van FFP en chirurgische maskers en op dat moment niet in de mogelijkheid ben om een duidelijk antwoord te geven in afwachting van het advies van de HGR.

Op 08 mei 2019 geeft het EU joint procurement team volgend antwoord:

“Following the interest of your country in participating in a joint procurement of Personal Protective Equipment (PPE), we have asked you and all other concerned Member States for specific information on current needs.

From the countries that initially voiced interest in the process, we have until now received information with some level of detail from three, showing few commonalities. This does not provide sufficient grounds to proceed to the market analysis phase.

Under these circumstances, the Commission suggests to stop this process while remaining open to reassess the situation at a later stage or in case additional Member States express their interest. This information will also be conveyed to the Joint Procurement Steering Committee.”

VRAAG Nr. 83 (PVDA – PTB - 46)

In mei 2018 maakt de FOD een actieplan op met mogelijkheden voor de resterende stock mondmaskers.

1. Bevestigt u dat er twee opties waren: de vernietiging of de verplaatsing?
2. Bevestigt u dat de resterende strategische voorraad vernietigd is omdat die optie goedkoper was dan het verplaatsen van de stock?
3. Bevestigt u dat Tom Auwers op 4 mei 2018 een mail stuurde waarin staat dat “gezien de prijs van het verplaatsen hoger is dan vernietigen, best geopteerd wordt voor vernietigen”?
4. Wat was de aankoop prijs van de maskers in 2006?

5. Wat was de kostprijs van het transport (eenmalig) naar en de opslag in (per jaar) campus Vesta?
6. Wat was de kostprijs van het transport (eenmalig) naar en de opslag in (per jaar) Pharmadistrictcenter?

Réponse :

Ik was niet betrokken in de beslissing tot vernietiging; men zou de vraag dus dienen te richten aan de personen die in dit dossier betrokken waren.

Uit mails waar ik doorgaans in cc stond vermeld en de weinige informatie die ik daarover heb gehoord, kan ik u volledigheidshalve wel het volgende meedelen:

- a) Bevestigt u dat er twee opties waren: de vernietiging of de verplaatsing?

Blijkbaar was er eerst de vraag tot het verplaatsen van de stock naar een farmaceutische stockageplaats. Daarna waren er blijkbaar op een bepaald ogenblik 2 opties, verplaatsen of vernietigen waarbij ook het tijdelijk verplaatsen naar campus Vesta ter sprake kwam (dit laatste werd niet weerhouden omdat het geen oplossing bood). Ook was er kennelijk geen garantie dat de maskers nog probleemloos zouden kunnen gebruikt worden.

En juin, le SPF a fait une demande de prix pour le transport et le stockage des masques. Le montant s'élevait entre 60 et 70.000€/ an. C'est dans cet échange que l'on peut lire qu'il vaut peut-être mieux détruire que de déplacer les masques (suggestion faite par un collaborateur SPF).

Les demandes d'offres de prix pour déplacement et destructions sont demandées en été 2018.

- b) Bevestigt u dat de resterende strategische voorraad vernietigd is omdat die optie goedkoper was dan het verplaatsen van de stock?

Neen, dat kan ik niet zondermeer bevestigen.

De stock diende blijkbaar verplaatst te worden omdat men de stockageplaats moest vrijmaken.

Terzeldertijd werd gesteld dat de maskers niet in ideale condities werden bewaard.

Dit laatste is m.i. de hoofdrede dat de optie om de maskers te vernietigen werd overwogen temeer deze optie kennelijk goedkoper was dan de maskers te verplaatsen en verder te stockeren zonder in dit geval te weten of men de maskers zelfs ooit nog zou kunnen gebruiken. Bovendien was er eind 2018 nog slechts weinig budget om dit stockageproject te financieren.

Ik neem ook aan dat indien men ervan overtuigd was geweest dat de maskers nog van goede kwaliteit waren en zonder problemen in nood zouden kunnen worden gebruikt, men wel een oplossing voor de verdere stockage zou hebben gevonden te meer met het beschikbare budget in feite ook slechts maar een klein deel van de stockagekosten voor het jaar 2018 zouden moeten gefinancierd worden.

- c) Bevestigt u dat Tom Auwers op 4 mei 2018 een mail stuurde waarin staat dat “gezien de prijs van het verplaatsen hoger is dan vernietigen, best geopteerd wordt voor vernietigen”?

Neen, ik kan dit niet bevestigen.

Zie ook antwoord op vraag 85.

d) Wat was de aankoopprijs van de maskers in 2006?

In de tabel over gestockeerde produkten die door de FOD wordt overgemaakt aan het kabinet op 20 juni 2018 staat:

863.904€ pour 22.311.580 pièces. (cfr. Pc 012 du tableau)

e) Wat was de kostprijs van het transport (eenmalig) naar en de opslag in (per jaar) campus Vesta?

Het transport naar campus Vesta zou minstens ook 8.200 euro bedragen of mogelijks minder als Defensie dit zelf zou uitvoeren.

Hoeveel de stockage kost zou bedragen kan ik u niet zeggen; ik zag wel een raming van 5000 euro per jaar

f) Wat was de kostprijs van het transport (eenmalig) naar en de opslag in (per jaar) Pharmadistrictcenter?

Dans un e-mail de l'SPF écrit au Cabinet, on peut lire:

" Entretemps, j'ai aussi reçu le prix pour un transport éventuel de 600 -700 palettes de Belgrade vers Pharmadistrictcenter à Zolder :voir ci-dessous.

On peut mettre plus ou moins 30 palettes dans un camion. Il faut donc 20 voyages à 410 euro par voyage : 8200 euro au total

+ les frais de stockage par an (plus ou moins 60 à 70.000 euro en fonction du nombre exact de palettes)."

VRAAG Nr. 84 (PVDA – PTB - 47)

Bevestigt u dat er vanuit het kabinet van minister De Block op 28 juni een nota kwam met de vraag naar actieplannen voor een strategische stock en voor samenwerking bij de uitbraak van een pandemie?

1. Wanneer is die nota bij de FOD ontvangen?
2. Wat was de reactie bij de FOD op die nota?

Réponse :

Oui, le Cabinet a bien rédigé une note le 28.06.2018.

Le président du SPF a reçu cette note par mail le 28.06.2018.

Dit was een groene nota over crisismanagement bij de FOD waarover blijkbaar was gesproken tijdens een bilateraal overleg tussen het Kabinet en de voorzitter van de FOD.

Meer bepaald ging de nota ging over:

- operationeel crisisplan van de FOD en om dit te finaliseren, te formaliseren en in te oefenen,
- verzekeren van de coördinatie tussen diensten PHE en DGH voor gezamenlijke dossiers

Binnen de FOD is toen een draft van een nood- en interventieplan opgemaakt waarop ik op 05.09.2018 input heb verstrekt.

Op 27.09.2018 werd het punt van het GPP binnen de RMG besproken waarbij ook gewezen werd op de nood aan mankracht om dit verder af te kunnen werken.

Op 8.11.2018 werd het herwerkte noodplan van de FOD voorgesteld aan het kabinet, dat eerder ook had gewezen op de onduidelijkheid voor de toekomstige werking van de cel PHE na het vertrek van medewerkers.

Le 10.01.2019, réunion du RMG et discussion stock stratégique et possibilité de stocks roulants :

“Er moet een nieuwe voorraad worden aangelegd na de vernietiging van de vervallen antivirale middelen en maskers waarover de federale overheid beschikte. Er werd een nieuw adviesaanvraag voorgelegd aan de Hoge Gezondheidsraad (HGR) betreffende antivirale middelen tegen griep, griepvaccins en andere preventiemiddelen.

De vraag rijst of we producten moeten blijven kopen om nieuwe voorraden aan te leggen dan wel overeenkomsten sluiten met farmaceutische bedrijven? “

VRAAG Nr. 85 (PVDA – PTB - 48)

U hebt in de maanden na mei 2018 groen licht gegeven voor de vernietiging van de resterende strategische voorraad. U nam die opdracht over van Dirk De Groof.

1. In het advies van de HGR eind januari 2018 staat dat de maskers geen houdbaarheidsdatum hebben. Kan u bevestigen dat de maskers in goede staat werden bewaard?
2. Kan u bevestigen dat het kabinet van toenmalig minister van Volksgezondheid Maggie De Block groen licht gaf voor de vernietiging in augustus 2018?
3. Hoeveel chirurgische mondmaskers zijn er in totaal in 2018 vernietigd?

Réponse :

Vooreerst, het is geenszins correct te stellen dat ik groen licht zou gegeven hebben voor de vernietiging van de resterende strategische maskervoorraad. Toen mijn collega op pensioen ging was dit dossier zoals u ook aangeeft nog niet beëindigd; de door mijn collega opgemaakte bestelbon voor de opdracht diende enkel nog, zoals gebruikelijk, bekrachtigd te worden door de voorzitter. Toen dit was gebeurd, heb ik deze op 6 november verder geleid aan de betrokken firma.

1. In het advies van de HGR eind januari 2018 staat dat de maskers geen houdbaarheidsdatum hebben. Kan u bevestigen dat de maskers in goede staat werden bewaard?

Het is me niet duidelijk naar welk advies van de HGR juist wordt gerefereerd. Op 23.05.2019 heeft de HGR wel gesteld dat de houdbaarheid van maskers beperkt is.

Uit de nota's kan ik niet opmaken dat de maskers goed werden bewaard.

Cfr : « Comme le produit a été conservé dans un hangar dans des conditions médiocres (pas de chauffage, pas d'électricité) le bon état de ce produit ne peut pas être garanti. La destruction de ce produit semble une solution logique : prix estimatif 20.000 euro. Une société de destruction nous proposera un prix plus précis d'ici quelques jours. »

Zie ook vraag 80.

2. Kan u bevestigen dat het kabinet van toenmalig minister van Volksgezondheid Maggie De Block groen licht gaf voor de vernietiging in augustus 2018?

Zoals aangegeven was ik niet in deze beslissing betrokken; dit is enkel impliciet af te leiden uit de verschillende mails van mijn collega's, een goedgekeurd actieplan en de nota van 15 oktober 2018 aan de inspecteur van Financiën waarin staat dat na bespreking tussen de FOD en kabinet beslist werd tot vernietiging van de stock maskers (22 milj.).

3. Combien de masques chirurgicaux détruits ?

Uit de documenten blijkt dat er 600 paletten waren met 22.311.580 maskers.

Zie ook het antwoord op de andere vragen.

VRAAG Nr. 86 (PVDA – PTB - 49)

Op 13 december 2018 vraagt de FOD opnieuw een advies aan de Hoge Gezondheidsraad over de heraanleg van een strategische stock, als voorbereiding op een influenza-pandemie.

1. Waarom werd dat advies pas eind 2018 gevraagd?
2. Waarom kon dat niet vroeger, toen men reeds wist dat vernietiging de goedkoopste optie was, en toen de nota van de minister op 28 juni 2018 werd overgemaakt?

Réponse :

Op 13 december 2018 heb ik inderdaad, na overleg met het Kabinet en de voorzitter van de FOD, aan de HGR een advies gevraagd over welke antivirale middelen (vb. neuraminidase/endonuclease inhibitor, adamantanen) in aanmerking komen om in de stock te worden ingepland om de bevolking te beschermen bij een mogelijke influenza uitbraak of pandemie; dit ook omdat nieuwe producten in ontwikkeling waren en de wetenschappelijke inzichten konden gewijzigd zijn. Ook werd gevraagd naar de benodigde hoeveelheden en in welke vorm men de antivirale middelen diende te voorzien, gespecificeerd naar kinderen, volwassenen, desgevallend zwangeren. Verder wilden we vernemen welke vaccins in aanmerking kwamen (vb. pandemisch influenzavaccin H5N1 AstraZeneca, Foclivia Seqirus) en in welke hoeveelheden. Ten slotte werd ook geïnformeerd naar welke andere (genees)middelen zoals bvb beschermingsmiddelen (maskers) voor zorgverstrekkers en bevolking in aanmerking kwamen en in welke hoeveelheden?

Het leek me ten eerste wenselijk om voor de uitbouw van de stock over deze (update van) informatie te beschikken.

Ik heb het dossier pas overgenomen eind 2018 en ik kan u geen antwoord geven op uw tweede vraag waarom dit niet vroeger is gebeurd.

VRAAG Nr. 87 (PVDA – PTB - 50)

Wat vindt u van de beslissing (augustus 2018?) om de resterende chirurgische mondmaskers te vernietigen, hoewel er geen alternatief was op dat moment?

Het is simpel om dingen die gebeurd zijn te beoordelen met wijsheden achteraf en al zeker als men zelf niet bij de beslissing was betrokken.

Men zou zich wel de vraag kunnen stellen in welke mate het op dat moment redelijke argument van de vastgestelde slechte bewaaromstandigheden dat blijkbaar bepalend was om de maskers te vernietigen, blijvend doorslaggevend zou geweest zijn om de maskers alsnog niet te gebruiken in een effectieve noodsituatie.

VRAAG Nr. 88 (PVDA – PTB - 51)

Op 8 februari 2019 stuurde de minister een tweede nota aan de FOD Volksgezondheid waarin ze aandringt op een stand van zaken van het dossier rond de heraanleg van een nieuwe stock. Ze vraagt ook achter een operationeel crisisplan en een general preparedness plan. Welke reactie is er op de FOD gegeven aan die nota?

Je me permets de vous renvoyer à la réponse sur la question 84/47 supra.

VRAAG Nr. 89 (PVDA – PTB - 52)

Op 25 februari 2019 houdt de HGR een ontmoeting tussen experts. Was u aanwezig op die ontmoeting? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat is er op die ontmoeting besproken?

Réponse:

Op 25 februari was ik op uitnodiging van de voorzitter aanwezig op de werkvergadering van de HGR (de multidisciplinaire ad hoc werkgroep “Influenza”) om de gestelde vragen toe te lichten, zoals ondermeer weergegeven in de brief van de HGR:

“- alle in 2009 aangelegde voorraden (vaccins, antivirale middelen, maskers) werden vernietigd.

- in aansluiting op de interne reorganisaties van de FOD Volksgezondheid moet u over informatie van velddeskundigen kunnen beschikken om de voorbereiding van de strategische voorraden te plannen en te organiseren. Dit voor het geval ons land getroffen zou worden door een grote griepedemie of zelfs een pandemie.

- het ontbreekt niet aan bereidheid om het pandemieplan te heractiveren, maar de 'Cel Medische Bewaking' kampt momenteel met een tekort aan bekwaam personeel.

- bulkaankopen zijn niet meer mogelijk omdat er niet meer zoals vroeger praktische en logistieke steunpunten (militaire apotheek van Nijvel) beschikbaar zijn om binnen een zeer korte termijn (snelle terbeschikkingstelling) tabletten te bereiden.

- gelet op de gewenste zeer korte antwoordtijden hebt u er geen bezwaar tegen gemaakt dat het antwoord op uw vragen u in de vorm van een brief wordt meegedeeld, en niet in de klassiekere vorm van een advies van de HGR, die vervolgens op onze website zou worden gepubliceerd. “

VRAAG Nr. 90 (PVDA – PTB - 53)

Op 21 oktober 2019, een maand voor de HGR op 13 november haar advies overmaakt, maakt de FOD een vertrouwelijke nota over aan het kabinet over de financiële behoeftes van de nieuwe strategische stock, ter waarde van 100 miljoen euro.

- In welke mate was het idee van een roterende stock reeds uitgewerkt in die nota?
- Kan u de exacte inhoud van die nota van de FOD aan het kabinet toelichten? Het is immers over de nota over een roterende stock dat er heel wat onenigheid bestaat. Minister De Block beweerde dat die nota niet af was. Wat is uw evaluatie daarvan?
- Met welke bedrijven werd gesproken over een meer duurzame uitwerking van de strategische voorraad?
- In welke mate hebt u aangedrongen bij het kabinet van minister De Block over enerzijds het belang van de effectieve terbeschikkingstelling van de budgetten die nodig zijn om de voorraad te heraanleggen op duurzame wijze?
- Bevestigt u dat er 22,3 miljoen FFP-2 maskers zouden worden aangelegd, en 6 miljoen chirurgische maskers, met een totale kost van 6,15 miljoen euro voor de maskers (6 cent per FFP-2 masker en 80 cent per chirurgisch masker, inclusief BTW)?

Réponse :

De betreffende nota's en begeleidende mails vermelden hierover het volgende:

- In het antwoord op de groene nota van 8/11 februari 2019 deel ik in mijn schrijven op 03.04.2019 aan de medewerkers van de voorzitter van de FOD het volgende mee:

“...2.Geplande aankoop:

-Antivirale middelen, antibiotica, PPE, andere hulpmiddelen zullen worden besteld na advies Hoge Gezondheidsraad (vraag uit PHE aan HGR december 2018) dat in april wordt verwacht. Wat betreft de PPE kan eventueel worden ingetekend op een EU joint procurement. Dit dossier verdient momenteel de grootste aandacht. De vroegere strategische stock is vernietigd en een pandemie biedt zich

mogelijks in de eerstvolgende jaren aan. Terzelfdertijd houdt deze aanpak overlap in met de voorbereidingen aangaande terrorisme.

-Imvanex: contacten met firma ter voorbereiding aankoop

Opmerking: Met de Europese Commissie wordt momenteel gezien in hoever naast een joint procurement, ook een joint use van aangelegde stocks kan worden gerealiseerd. Estland heeft zijn interesse in onze stock BAT betoond.

3.Strategie: Het is de bedoeling zoveel mogelijk te komen tot een roterende strategische stock opdat de producten na vervaldatum niet telkens moeten worden vernietigd.

Voor de firma's is dergelijke werkwijze doorgaans niet interessant.

Aan het FAGG is op 21.02.2019 de vraag gesteld welke procedure we moeten volgen om niet-vervallen producten te schenken aan humanitaire organisaties voor gebruik in ontwikkelingslanden. De vernietiging van medicatie is niet alleen duur maar ook is het in feite niet te verantwoorden dat men nuttige medicatie en andere producten laat vervallen in plaats van deze, voor het einde van de houdbaarheid, zinvol te gebruiken, zeker als men beseft welke grote behoefte aan medicatie bestaat in noodlijdende landen.

4.Aandachtspunten:

-Is de conventie met defensie nog van toepassing? Dit dient best op kabinetsniveau verder afgetoetst.

-Scholing van first responders is nog steeds een groot hiaat en nochtans is dit cruciaal.

-Update pandemieplanning in kader GPP op te nemen."

- Op 21 augustus 2019 wordt aan de voorzitter van de FOD een nota bezorgd aangaande de financiële behoeften om de vernieuwing van de strategische stock pandemie/influenza te dekken waarbij het totale bedrag zich situeerde rond de 100 miljoen euro.

De planning van de stock ter voorbereiding op een influenza pandemie werd opgemaakt op basis van het advies van de Hoge Gezondheidsraad, nl. advies 9529 -in brief format- op de vraag "strategische stocks aan middelen als voorbereiding op een Influenza uitbraak of pandemie" van 23 mei 2019.

Daarbij werd herhaald dat het, indien mogelijk en in tegenstelling tot vroeger, de bedoeling was om de invulling van de strategische stocks te realiseren op een meer duurzame wijze; het principe van de roterende stock of het vergoeden van een garantie op levering waren daarbij mogelijke opties. Daarover zijn momenteel gesprekken met firma's bezig en deze kunnen pas worden omgezet in actie eens de benodigde bedragen ter beschikking zijn.

Er werd aan toegevoegd: "In die zin wil ik het belang van deze nota, opgesteld op basis van de vandaag beschikbare informatie, toch benadrukken, zeker naar het Kabinet toe; zonder middelen zitten we hier vast."

- In de mail die op 21 oktober 2019 aan het kabinet werd gestuurd stond het volgende:

"In bijlage ontvang je een confidentiële nota over de financiële behoeften om de vernieuwing van de strategische stock pandemie/influenza te dekken (actueel hebben we geen antivirale middelen en maskers meer in stock).

Het totale bedrag situeert zich rond de 100 miljoen euro.

Zoals eerder aangegeven is het, indien mogelijk en in tegenstelling tot vroeger, de bedoeling om de invulling van de strategische stocks te realiseren op een meer duurzame wijze; het principe van de roterende stock of het vergoeden van een garantie op levering zijn daarbij mogelijke opties.

Daarover zijn momenteel gesprekken met firma's bezig en deze kunnen pas worden omgezet in actie eens de benodigde bedragen ter beschikking zijn.

Om de nakende budgettaire planning te regelen en vervolgens de dossiers op te starten, zouden we hierbij het standpunt van het Kabinet willen vragen, concreet wat betreft de toekomstige beschikbaarheid van financiële middelen; is er m.a.w. een politieke bereidheid om substantieel te investeren in dit aspect van de crisisvoorbereiding?"

Hierbij wordt gewezen op de aandacht voor meer duurzaamheid in het beheer van de strategische stock en ook op de budgettaire planning die cruciaal is om dossiers (aanbestedingen) te kunnen opstarten.

De idee van een roterende stock was in de nota en de begeleidende mail vermeld maar niet als dusdanig uitgewerkt; dit was ook geen specifieke vraag in de groene nota van 28 juni 2018 en van 8/11 februari 2019. Het principe van de roterende stock bestaat al langer en werd in 2002 ook toegepast, zo bvb enerzijds in ziekenhuizen wat betreft de atropine stock waarbij bepaalde ziekenhuizen op basis van een overeenkomst met de overheid een atropine stock beheren die is verkregen op kosten van de Belgische Staat en steeds een bepaalde hoeveelheid atropine ter beschikking houden en anderzijds bij een farmaceutische firma die ervoor zorgt dat een stock die door de overheid is gereserveerd of aangekocht door de firma in rotatie wordt gehouden (dit bestaat bvb voor antibiotica) en bij de uitschrijving van een nieuw lastenboek voor antibiotica begin 2019 werd dit aspect ook terug meegenomen. Het komt er dus op neer dat men met (bepaalde) ziekenhuizen een overeenkomst sluit die betekent dat ze een door de overheid ter beschikking gestelde stock mogen gebruiken maar moeten laten roteren zodat deze niet vervalst en dus steeds voorradig en inzetbaar is. Het was mijn bedoeling dit principe meer toe te passen teneinde op meer duurzame wijze met de beschikbare budgetten om te gaan. De mogelijkheid om te werken met een systeem waarbij het produkt niet vervalst, werd de laatste jaren met de meeste gecontacteerde firma's afgetoetst (vb Pfizer, Serb, Bayer, Arega Pharma, Mylan, 3M, e.a.). Ook werd waar mogelijk en zinvol nagegaan als voor bepaalde produkten evt het basisprodukt in vraag kon worden gekocht maar hier moet dan worden uitgekeken naar een alternatief om een bruikbaar eindprodukt te maken (aangezien deze capaciteit bvb door de afbouw van de militaire apotheek niet meer aanwezig is). Daarnaast werd ook nagegaan hoe produkten die niet roteren, een periode voor het aflopen van de houdbaarheidsdatum, zouden kunnen gedoneerd worden aan bvb humanitaire hulpverleningsorganisaties omdat het, zoals hoger al aangegeven in de nota van 03.04.2019 « ...De vernietiging van medicatie is niet alleen duur maar ook is het in feite niet te verantwoorden dat men nuttige mediatie en andere producten laat vervallen in plaats van deze, voor het einde van de houdbaarheid, zinvol te gebruiken, zeker als men beseft welke grote behoefte aan medicatie bestaat in noodlijdende landen".

Volledigheidshalve wil ik er nog op wijzen dat niet ieder product eenvoudigweg in aanmerking komt om door regelmatig verbruik vernieuwd te worden. Bepaalde produkten die voorradig zijn voor incidenten met een mogelijk groot aantal slachtoffers worden slechts weinig courant verstrekt en deze omzet is dan te gering om een stock regelmatig te kunnen vernieuwen; of produkten dienen in het (verre) buitenland te worden aangekocht en moeten dus in ons land aanwezig zijn als men deze snel zou nodig hebben (beide aspecten zijn bvb toepasselijk op Kaliumjodide bij nucleaire incidenten). In

dit verband had ik de voorzitter van de FOD bvb voorgesteld om, in een geest van ruimere Europese solidariteit en eenheid bij de voorbereiding en aanpak van grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen en duurzame besteding van de schaarse middelen (naast het concept van joint *procurement* dus ook joint *use*), de Belgische voorraad van een bepaald tegengif (met beperkte houdbaarheid en dus toekomstig verval) ook ter beschikking te stellen van de andere Europese lidstaten onder coördinatie van de Europese Commissie; begin maart 2019 hebben we dit voorstel ook effectief overgemaakt (cfr hoger in schrijven van 03.04.2019).

- Op 17 januari 2020 werd een herinneringsmail naar het kabinet gestuurd waarbij aandacht werd gevraagd voor de nota en de benodigde budgetten:

“...mag ik nog even je aandacht vragen voor bijgevoegde nota en de benodigde budgetten aub.

We hebben momenteel nagenoeg niets in stock tegen een evt griepuitbraak of andere uitbraak waar beschermende middelen nodig zijn.

Ook dient de betaling van de eerste schijf voor het praepandemisch griepvaccin volgens planning de komende maanden te worden uitgevoerd....”

- Op de laatste vraag kan ik niet bevestigend antwoorden. In de nota staat het volgende:

MASKERS				
Alle maskers uit 2006 en 2009 zijn vernietigd; hieronder richtbedragen van toen. Voor de huidige raming wordt dezelfde aantallen verondersteld en een geschatte prijstoename van ca 50 %.				
Chirurgisch	Firma	Stukprijs	Vroegere aankoopprijs	Huidige raming
Uitgave in 2006 voor ca 22,3 miljoen maskers	Delta	0,04 (incl. btw)	€ 863.904 (incl. btw)	€ 1.296.000 (incl. btw)
FFP 2				
Uitgave in 2009 voor 6 miljoen maskers	3M	0,54 (incl. 21 % btw) 0,4455 (excl. btw)	€ 3.234.330 (incl. btw)	€ 4.851.000 (incl. btw)

De raming betrof dus het aanleggen van 22,3 miljoen chirurgische maskers, en 6 miljoen FFP-2 maskers, met een totale geschatte kost van 6,147 miljoen euro voor de maskers (0,058 cent per chirurgisch masker en 0,808 cent per FFP-2 masker, inclusief BTW)?

VRAAG Nr. 91 (PVDA – PTB - 54)

Klopt het dat er in 2018 425.000 euro ter beschikking werd gesteld uit de terreur-enveloppe van de FOD Volksgezondheid om de stock aan te vullen en te beheren?

1. Klopt het bovendien dat er op het belang werd gehamerd om die enveloppe volledig te benutten, omdat het budget anders verloren ging?
2. Waarom is dat geld niet gebruikt voor de heraanleg van een nieuwe stock?

Réponse:

Zoals eerder aangegeven werd dit dossier tot eind oktober 2018 niet door mij opgevolgd.

Ik kan u wel meedelen dat het klopt dat in 2018 425.000 euro ter beschikking stond uit de terreur-enveloppe en dat kennelijk 151.368 euro werd gebruikt voor de aankoop van een geneesmiddel tegen intoxicatie door zenuwgassen en 23.892 euro voor de aankoop van Radiogardase.

Het kabinet wees inderdaad op het belang van een maximale benutting van de terro kredieten (cfr. uit mail (zelf in cc) van het kabinet van 9 oktober 2018 : “anders hebben we geld gevraagd voor niks! En lopen we risico dat dat volgend jaar wordt ingeperkt”).

VRAAG Nr. 92 (PVDA – PTB - 55)

De HGR onderstreept in haar advies van 13 november 2019 ook het belang van input van terrein in relatie tot reorganisaties binnen de FOD. Zijn experts van op het terrein betrokken geweest bij het opstellen van het nieuwe plan rond de heraanleg van de strategische voorraad? Zo ja, wie is er gecontacteerd?

Réponse:

Het advies van 13 november 2019 waar u naar verwijst is vermoedelijk de nederlandse vertaling van 13 november 2019 van het advies 9529 van 23.05.2019.

Daarin is inderdaad sprake van « moet u over informatie van velddeskundigen kunnen beschikken om de voorbereiding van de strategische voorraden te plannen en te organiseren. Dit voor het geval ons land getroffen zou worden door een grote griep epidemie of zelfs een pandemie ». In die zin is dus niet zozeer de HGR die het belang van de informatie van de velddeskundigen benadrukt, dan wel de meegedeelde nood aan deze inbreng tijdens het voorafgaandelijke gesprek dat ik met de HGR had.

Betrokken experts zijn vanzelfsprekend de deskundigen van de HGR. Verder werd bij bvb de organisatie van nucleaire oefeningen regelmatig gewezen op het ook insluiten van discipline 2 en ziekenhuizen. Omdat de distributie van producten uit de nationale stock, zowel naar first-responders als naar burgers, een cruciaal element betekenen in de federale responsfase van bepaalde crisissen werd aan het NCCN, in het kader van de sowieso voorziene nationale oefeningen, op 12.11.2019 gevraagd of het thema reactieve distributie van middelen, al dan niet uit de nationale stock, tijdens een crisis en zodoende het beroep doen op de logistieke capaciteiten van de respectievelijke

departementen alsook de onderlinge afstemming, als praktisch te testen doelstelling zou kunnen opgenomen /ondersteund worden in de komende oefenplanning.

Zie ook het antwoord op vraag 89.

VRAAG Nr. 93 (PVDA – PTB - 57)

Klopt het dat u op 17 januari 2020 een mail stuurde naar de het kabinet om aan te dringen op uw nota over de financiële behoeftes van de stock?

1. Wat dit reeds naar aanleiding van de Covid-besmettingen? Twee dagen later bevestigt de WHO dat het coronavirus zich verspreidt van mens tot mens.
2. U wist dat ons land geen enkel mondmasker meer had. Wist u op dat moment, dat als de pandemie in ons land aankwam, we onze zorgverleners onbeschermd zouden moeten laten werken?

Réponse :

Ja dat is juist ; ik heb deze mail op 17 januari om 00 :13 verstuurd:

https://collab.health.fgov.be/sites/DVZ-SDP/CW/COVID-19_SpecialCommission/Autres%20documents%20demands%20par%20le%20gouvernement%20fdral/FOD-Cab%20De%20Block/Stock%20strategique/Confidentiel/2020-01-23-NOTA%20financiële%20behoefte%20strategische%20stock%20pandemie%20influenza%20%20CO NFIDENTIEEL.msg

Zoals reeds verteld, hadden we op 31 december 2019 een ProMED-bericht ontvangen dat in China iets gaande was. Op 5 januari 2020 kwam er een melding van de WHO dat het WHO-contactpunt in China op 31 december werd geïnformeerd over gevallen van een pneumonie met een onbekende oorzaak in Wuhan, de hoofdstad van de provincie Hubei. We waren toen vooral betrokken bij de aanpak van een virale hemorragische koorts geval, in St Pierre gehospitaliseerd, met tal van mogelijke risicocontacten. Op 9 januari 2020 had ECDC een Threat assessment opgesteld en op 17 januari een Rapid Risk Assessment waarbij mogelijke mens-op-mens overdracht werd vermeld.

Er waren toen op 17 januari 2020 44 bevestigde gevallen van besmetting met dit nieuwe coronavirus. 41 van deze gevallen deden zich voor in de stad Wuhan in de Chinese provincie Hubei. Bij 3 gevallen (2 in Thailand en 1 in Japan) ging het om reizigers die recent Wuhan bezocht hadden. 7 patiënten ontwikkelden ernstige symptomen en 2 patiënten van hogere leeftijd en met onderliggende aandoeningen, overleden.

Binnen de Chinese ziekenhuizen werden blijkbaar geen gezondheidsprofessionelen besmet en bij bijna alle patiënten lag een bezoek aan de Wuhan's Huanan Seafood Wholesale Market (of een andere markt waar levende en dode dieren verkocht werden) aan de oorsprong van de besmetting. De FOD Buitenlandse Zaken had haar reisadvies voor Wuhan aangepast en de reisklinieken waar reizigers voor hun vertrek informatie en vaccinatie krijgen, werden ingelicht.

Deze situatie en het feit dat ik nog geen antwoord had ontvangen, zullen allicht meegespeeld hebben om op dit late uur een herinnering te sturen.

Op dat moment was er geen onmiddellijke ongerustheid over het nieuwe virus. De kans dat een besmette reiziger vanuit Wuhan met het virus tot in Europa zou reizen, werd als zeer laag ingeschat. Er waren ook geen rechtstreekse vluchten naar Wuhan en het reizigersverkeer vanuit Europa naar deze regio was zeer beperkt. Op de luchthaven van Wuhan werd de gezondheid van vertrekkende reizigers nauwlettend in het oog gehouden en op de belangrijkste bestemmingen vanuit deze luchthaven, werden ook aankomende reizigers gescreend (Hong Kong, Indonesië, Maleisië, Myanmar, de Filipijnen, Singapore, Taiwan, Thailand, Rusland en Vietnam).

Ons land had zeer goede procedures voor het opsporen van coronavirussen en laboratoria die het nieuwe virus konden identificeren. Toen werd er ook nog vanuit gegaan dat bij dit virus, zoals bij andere coronavirussen de symptomen sterk zouden gelijken op die van een verkoudheid of de seizoensgriep en dat zich in sommige gevallen ernstigere ademhalingsproblemen zoals bronchitis konden voordoen; vooral erg jonge kinderen, oudere personen of patiënten met andere aandoeningen werden als kwetsbaar beschouwd. Het ziekteverloop werd in het algemeen als mild gezien met weinig symptomen en spontaan herstel. Als behandeling werd voldoende rust, vochtinname en het gebruik van koortswerende middelen vooropgezet.

In deze context kon ik dus op dat moment, 17 januari 2020, niet voorzien dat er voor de zorgverleners een tekort aan beschermingsmateriaal zou zijn; niemand verwachtte op dat moment een pandemie van dermate omvang. Het risico op gevallen door reizen naar België werd dan als erg laag beoordeeld, waarbij wel rekening diende te worden gehouden met het Chinese nieuwjaar dat plaatsvond eind januari 2020.

Mais la nécessité de renouveler le stock était très claire pour moi dès que j'ai repris le dossier en octobre 2018 et vous aurez lu dans mes notes confidentielles que je voulais reconstituer ce stock ayant en tête une possible pandémie.

VRAAG Nr. 94 (PVDA – PTB - 58)

Klopt het dat het kabinet u op 23 januari antwoordde: *“het ontbreekt aan concrete invulling van bijvoorbeeld het roterende stock concept en de berekening wat dit gaat kosten (hopelijk een stuk minder dan de berekening in de nota). Ook concrete plannen (en kostprijs van verschillende opties) rond gebruik van de materialen ontbreken. Het bedrag van ongeveer 100 miljoen euro is op dit moment niet te verantwoorden. Daarom graag verdere uitwerking van alternatieven met kostenschatting”*?

1. Wat was uw reactie op die mail?
2. Welk gevolg gaf u aan die mail van het kabinet?

Réponse :

Ik kan het antwoord van het Kabinet bevestigen.

De nota betrof de financiële behoeften en planning om de vernieuwing van de strategische stock pandemie/influenza te dekken, met bijzondere aandacht voor het feit dat er geen antivirale middelen en maskers meer in stock waren, en ook de benodigde financiering van het pandemisch vaccin waartoe we ons geëngageerd hadden.

Om de nakende budgettaire planning voor de komende jaren te regelen en vervolgens de dossiers te kunnen opstarten, werd het standpunt van het Kabinet gevraagd, concreet naar wat betreft de

toekomstige beschikbaarheid van financiële middelen en de politieke bereidheid om substantieel te investeren in dit aspect van de crisisvoorbereiding.

In die context en met dat oogpunt, nl. nood aan planning en toekomstig bijkomend vrijwaren van extra financiële middelen vond ik de nota voldoende helder en duidelijk. De inhoud en de raming van de volumes was onder meer gebaseerd op het eerder denkwerk bij de aanschaf van de oorspronkelijke strategische stock 2005-2006 en het advies van de HGR aangaande de strategische stock. Ik verwijs ook naar het antwoord op vraag 90 en het feit dat in die periode al intensief fysiek overleg, ook informeel, met het kabinet over de corona-aanpak plaatsvond waar dit uiteraard ook werd verduidelijkt en opgenomen.

VRAAG Nr. 95 (PVDA – PTB - 59)

Waarom reageerde het kabinet niet eerder op uw nota over de financiële behoeftes van 21/10/2019?

1. Kan u het exacte verloop geven van de periode oktober 2019 - februari 2020 met betrekking tot het voorstel voor een roterende stock (ander voorstel duurzame invulling strategische voorraad) en het financiële aspect.
2. Hoeveel keer hebt u het kabinet daarvoor aangesproken/aangeschreven?

Réponse :

Zie vraag 90/53.

VRAAG Nr. 96 (PVDA – PTB - 60)

In welke mate is uw dienst de afgelopen jaren afgeslankt? In welke mate hebben uw opdrachten daaronder geleden?

Réponse :

Deze vraag is eerder beantwoord.

VRAAG Nr. 97 (PVDA – PTB - 61)

Hoe evalueert u achteraf de sequentie rond de heraanleg van een nieuwe strategische voorraad?

1. Waar zaten volgens u de belangrijkste bottlenecks - vertragingen - problemen?
2. Wat zou u anders gedaan hebben?

Réponse :

Zie ook het antwoord op de vorige vragen o.a.90/53.

U vraagt mijn persoonlijke mening over een dossier waarin ik niet betrokken was. Dit geeft me wel het voordeel wat afstand te kunnen nemen maar dit neemt niet weg dat het antwoord daarop lastig en bijna onmogelijk is omdat men bij een reactie op deze vraag volledig abstractie moet maken van hetgeen we nu weten. Uiteraard is de vraag in een evaluatie terecht en moet ze op zijn minst gesteld worden ; daarom zal ik proberen u een zo transparant en getrouw mogelijk antwoord te geven.

Met de kennis van vandaag was het zonder twijfel beter geweest als met de vernietiging van de stock ook een vernieuwing was geïnitieerd. In hoeverre daar toen is over nagedacht, kan ik u niet medelen en dat is eigenlijk de kern van de zaak : welke beslissing zou toen door alle politieke verantwoordelijken samen genomen zijn ? Zou toen de politieke bereidheid hebben bestaan om de financiële middelen daartoe vrij te maken en deze elders te besparen?

Welke elementen had men allicht mee in rekening genomen:

In die periode, dus na de aanslagen van 2 maart 2016, is het aannemelijk dat het accent aangaande voorbereiding en investering daarin, sterk bepaald werd door de mogelijkheid van aanslagen waarbij niet conventionele wapens worden gebruikt (type CBRN). Ook buiten de FOD Volksgezondheid was men intenser met CBRN en terrorisme bezig. In januari 2018 was het algemene dreigingsniveau voor ons land wel aangepast naar niveau 2 (op een schaal van 4); dit betekende dat het OCAD inschatte dat de dreiging was afgenomen, een aanslag minder waarschijnlijk was geworden maar niet dat er geen dreiging meer was.

Mogelijk werd de nood ook onderschat door het feit dat de H1N1 pandemie niet zo hard had toegeslagen als verwacht. Ook was de aangelegde stock niet gewoon opgebruikt, neen, een deel (FFP maskers) was eerder al simpelweg, zomaar vervallen en nu waren 22 miljoen Delta maskers (864.000 euro) aan de beurt die blijkbaar bovendien in suboptimale omstandigheden waren opgeslagen, kennelijk te onveilig dus om nog bij een evt epidemie of pandemie te worden verdeeld en benut. Een goedkope stockage plaats voor deze (en dus ook voor toekomstige) lag niet onmiddellijk voor de hand. Mogelijk speelden nog andere zaken mee, zoals de context van de regering in lopende zaken.

Dit alles tesamen kan het enigszins begrijpelijk maken dat er toen geen actieve bereidheid was om stappen te zetten om de stock te vernieuwen. Maar, zoals aangegeven, de vraag had toen beter op de politieke tafel gelegen; het mogelijke antwoord zullen we nooit weten en ik ben niet zeker als men toen de nodige budgetten zou hebben vrijgemaakt.

VRAAG Nr. 98 (PVDA – PTB - 62)

Experten zoals Erika Vlieghe stelden eind januari reeds voor om mondmaskers te bestellen, en zelfs om zelf mondmaskers te produceren. Op 7 februari waarschuwde de WHO reeds dat er een tekort aan materiaal dreigde.

1. Waarom ging u niet sneller over tot de aankoop van mondmaskers in het buitenland?
2. Wanneer vond de eerste bestelling van mondmaskers plaats?
3. Waarom werd daar zo lang op gewacht?

Réponse :

Zie ook het antwoord op vraag 120.

J'avais suggéré l'achat de masques dans ma note confidentielle le 21.08.2019 ; cfr aussi la réponse aux questions 88/51, 95/59

Le marché public, après décision politique, a été lancé le **4.03.2020** (Marchés publics en extrême urgence) et la première commande a été faite le **8.03.2020** (5.000.000 de masques chirurgicaux).

VRAAG Nr. 99 (PVDA – PTB - 65)

Wanneer hebt u de RAG op de hoogte gebracht van het feit dat ons land niet meer over mondmaskers beschikte?

Réponse :

Dit werd vermeld op de eerste RMG vergadering met mijn voordracht als NFP en goedkeuring door de RMG, nl. 10.01.2019.

Le CSS et les experts avait connaissance de cette situation en février 2019 suite à ma lettre du 13.12.2018. Ca ressort de leur lettre confidentielle du 23.05.2019.

Op 20.06.2019 werd dit in de RMG (met ebola punt en uitgenodigde experten) terug besproken (FFP).

VRAAG Nr. 100 (PVDA – PTB - 66)

Wanneer hebt u de leden van de RMG voor het eerst op de hoogte gebracht van het feit dat ons land niet meer beschikte over een strategische voorraad?

Réponse :

Lors de la réunion du RMG du 10.01.2019 :

DISCUSSION

« Un nouveau stock doit être renouvelé à la suite de la destruction des antiviraux et des masques périmés dont disposait le Fédéral. Une nouvelle demande d'avis a été soumise au Conseil Supérieur de la Santé (CSS) en ce qui concerne les moyens antiviraux grippe, vaccins grippe et autres moyens de prévention.

La question se pose si nous devons continuer à acheter des produits pour la confection d'un nouveau stock ou faut-il prévoir des accords avec les sociétés pharmaceutiques »?

DECISION

« Stock antiviraux fédéral (périmé) a été détruit.

Une nouvelle demande d'avis pour reconstituer un stock a été envoyée au Conseil Supérieur de la Santé ».

Confirmation lors de la réunion du RMG du 20.06.2019 :

DISCUSSION:

“FFP2 masques : L’ancien stock a été détruit (péremption). Suite aux recommandations du CSS, il est prévu de renouveler le stock. (cet avis sera transmis aux membres du RMG). L’intention est de ne pas acheter un stock, mais de trouver un accord avec le fournisseur pour avoir un stock rotatif ainsi éviter les frais de destruction lorsqu’ils arrivent à échéance. Une autre solution, pourra être une donation avant la date limite de péremption ».

DECISION :

« FFP2 masques :

- transmettre l’avis du CSS aux membres du RMG*
- demander au HSC : quelles sont les règles et les besoins matériels que chaque Etat Membre devrait disposer en vue de la préparation en cas de pandémies »*

Suivi lors de la réunion RMG du 20.11.2019:

DISCUSSION:

“Le but est d’ouvrir la discussion quant à la composition du stock national et de refléter les besoins de tous.

Le Conseil Supérieur de la Santé a donné un avis, mais il n’est pas possible de tout acheter (disponibilité des budgets). Il est donc demandé de réfléchir sur les besoins et priorités. Que faut-il acheter et quelle quantité ?

Il est important de négocier un accord avec les fournisseurs pour avoir un stock rotatif ainsi éviter les frais de destruction lorsqu’ils arrivent à échéance.

Pour information :

*La procédure pour l’achat de voriconazole (antifongique) est en cours.
Le stock d’antitoxine botulique a été proposé aux autres Etats Membres EU ».*

DECISION :

« Avoir une réflexion quant à la future composition du stock stratégique national.

Pour discussion ultérieure »

VRAAG Nr. 101 (CD&V - 71)

Kan u toelichten wat destijds de overweging was om het gebruik van mondmaskers niet aan te raden als efficiënt hulpmiddel om de verspreiding van het virus tegen te gaan?

Réponse :

We bevonden ons in een context van extreme schaarste van medische mondmaskers en niet-medische FFP2-maskers ('stofmaskers') waarbij het belangrijk was de absolute prioriteit te geven aan zorgpersoneel. Nochtans had dat een mogelijke aanbeveling voor het gebruik van mondmaskers door de algemene bevolking niet in de weg gestaan indien er overtuigend bewijs voorhanden geweest zou zijn in verband met hun doeltreffendheid. Er was initieel zeer weinig gekend over (het belang van) verspreiding van de ziekte door personen zonder symptomen. Het algemeen aanbevelen van mondmaskers is slechts zinvol als verspreiding van de ziekte door personen zonder symptomen een grote rol lijkt te spelen. Bovendien golden op dat moment erg strikte social distancing regels, waarbij contact <1,5m of langdurig contact met personen buiten het eigen huishouden nauwelijks voorkwamen behalve voor zorgpersoneel. We zijn het er nog steeds over eens dat het dragen van een mondmasker tijdens een solitaire wandeling op straat weinig zinvol is. Mondmaskers van textiel, als alternatief voor de erg schaarse medische mondmaskers of (medische en niet-medische) FFP2-maskers, waren niet alleen niet breed beschikbaar, er was ook geen bewijs voor hun werkzaamheid. Dat was ook de redenering van de WHO die in hun Scientific Brief van 6 april 2020 vermeldde: "Studies of influenza, influenza-like illness, and human coronaviruses provide evidence that the use of a medical mask can prevent the spread of infectious droplets from an infected person to someone else and potential contamination of the environment by these droplets. There is limited evidence that wearing a medical mask by healthy individuals in the households or among contacts of a sick patient, or among attendees of mass gatherings may be beneficial as a preventive measure. However, there is currently no evidence that wearing a mask (whether medical or other types) by healthy persons in the wider community setting, including universal community masking, can prevent them from infection with respiratory viruses, including COVID-19. " De bevolking verwacht (terecht) van een overheid dat het maatregelen prioriteit geeft waarvan de werkzaamheid bewezen is. Men kan ook niet zomaar de "baat het niet, dan schaadt het niet"-redenering volgen. Zoals de WHO in hun bovenvermelde brief van 6 april uiteen zette, waren er een aantal mogelijke nadelen verbonden aan het aanraden van mondmaskers voor de brede bevolking. Behalve een potentiële verminderde beschikbaarheid van medische maskers voor zorgpersoneel, zijn er ook het risico op zelf-besmetting door frequent aanraken van het masker, een vals gevoel van veiligheid, verhoogde ademweerstand bij onjuist gebruik van bepaalde types maskers en verminderde aandacht voor andere maatregelen, zoals handhygiëne.

VRAAG Nr. 102 (VB – 76)

In het begin van de pandemie was er een schrijnend tekort aan PBM, waardoor vanuit de verschillende hoeken werd verklaard dat mondmaskers tot niets dienden.

1. Waarom werd daar niet eerlijk over gecommuniceerd?
2. Van wie kwam de beslissing om daar niet eerlijk over te communiceren?
3. Was u (of uw dienst) op de hoogte van het vernietigen van de strategische stock?

Réponse :

Zie ook het antwoord op voorgaande vraag.

Er is op geen enkel moment niet eerlijk gecommuniceerd over het nut van mondmaskers, wel is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen situaties waarbij mondmaskers wél nuttig kunnen zijn en waar hun nut onomstotelijk bewezen was (zorg voor bewezen COVID-19 patiënten) versus situaties

waar het nut niet bewezen was en er mogelijk meer nadelen dan voordelen waren (bv. gebruik van een chirurgisch mondmasker bij een solitaire wandeling).

Ik was op de hoogte van het vernietigen van de maskers vermits ik ook het dossier in oktober 2018 had overgenomen. Eind december 2018 was aan de HGR advies gevraagd ivm het hernieuwen van de stock en het punt was ook geagendeerd op RMG van januari 2019 zoals aangegeven in het antwoord op vraag 99 en 100.

VRAAG Nr. 103 (VB - 82)

Op 23 februari adviseerde het RAG reeds om stoffen mondmaskers te gebruiken voor de dagdagelijkse omgang. Maar het duurde tot 23 april tot de regering dat advies volgde. Waarom duurde dat zo lang?

Réponse :

Het Sciensano advies (niet RAG-advies) van 21/02/2020 vermeldt dat gezocht moet worden naar alternatieven omdat er een duidelijke schaarste is aan medische mondmaskers, die dreigt nog erger te worden. Het advies vermeldt echter:

“For individuals without respiratory symptoms, a medical mask is not required, as no evidence is available on its usefulness to protect non-sick persons.” Wel werd er aanbevolen dit type maskers te gebruiken door patiënten in thuisisolatie en hun huisgenoten.

Cfr, vraag 101 sur la généralisation du port du masque.

Il faut poser la question au politique, parce que le 25.02.2020, cette idée a été discutée au sein du RMG. Le politique est présent à ces réunions et connaissait donc l'existence de cette alternative.

Cependant, le 24.02.2020, j'ai adressé une demande d'avis au HGR à ce sujet.

VRAAG Nr. 104 (CDH - 93)

En ce qui concerne les équipements de protection individuelle, la Belgique a été très vite touchée (dès début février, des pharmaciens ont indiqué que leurs fournisseurs étaient en carence totale) et il a fallu plusieurs semaines pour lancer des commandes.

1. Comment analysez-vous la stratégie de la Belgique en matière d'équipements de protection individuelle ?
2. Selon vous, comment se fait-il qu'il a fallu des semaines pour enfin commander de tels équipements ?

Réponse :

J'ai répondu à la question via les questions 84/47, 88/51, 90/53, 95/59 et 98/62.

J'ajouterais simplement qu'à travers le PV de la réunion du RMG du 1.01.2019 et la note confidentielle que j'ai rédigée le 21.08.2019, j'avais déjà exprimé la nécessité d'améliorer la performance de notre stock stratégique en mettant en place des stocks tournants.

J'avais également abordé la thématique de la distribution réactive des ressources, provenant ou non du stock national, dans un mail adressé au NCCN en novembre 2019 (demande pour inclure les aspects logistiques dans les futurs exercices)

Ceci est révélateur de mon souhait de remédier de manière durable au problème de la mauvaise conservation des stocks, de leur péremption et du gaspillage qui en découle. Je pense également qu'un entraînement concret à la distribution des ressources (matériel de protection, vaccins, médicaments etc...) est indispensable. Il me semble plus constructif de faire en sorte qu'à l'avenir nous puissions être mieux préparés.

Au vu des réponses aux questions précédentes, vous connaissez maintenant le déroulé de la destruction et du rachat de PPE.

QUESTIONS POSEES PAR LA NV-A PAR MAIL AVANT AUDITION

VRAAG Nr. 105 (N-VA - 3)

Klopt het dat er, voor de terugkeerders uit Wuhan, aan het personeel van Melsbroek werd aanbevolen om FFP2 maskers te dragen om te beschermen tegen droplet infectie? Wie gaf dat advies?

Réponse :

Oui, ça ressort du Rapport RMG du 30.01.2020 :

« *DECISION*

6) PPE pour Melsbroek

Quelles sont les protections à prévoir pour les accompagnants à Melsbroek lors de l'arrivée des rapatriés ? Un droplet simple càd masques FFP2 et nécessaire pour l'hygiène des mains »

VRAAG Nr. 106 (N-VA - 5)

Wanneer wist men dat de stock van maskers was vernietigd? Wat heeft u gedaan wanneer u dit gemeld werd?

Réponse:

Cfr. Vragen 92/65, 100/66 & 106/76.

Op de vergadering van 10.01.2019 waarbij de RMG mijn voorgestelde aanstelling als nieuw National Focal Punt goedkeurt, wordt aan de leden meegedeeld dat de maskers zijn vernietigd en dat advies is

gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad betreffende de aanschaf van antivirale middelen tegen griep, griepvaccins en andere preventieve middelen.

Dan is ook al vermeld of de overheid producten moet blijven kopen om nieuwe voorraden aan te leggen dan wel overeenkomsten dient te sluiten met farmaceutische bedrijven.

Op de RMG vergadering van 20.06.2019 (met ebola agenda punt) wordt over de FFP2 maskers het volgende gesteld “ De oude voorraad werd vernietigd (vervallen). Ingevolge de aanbevelingen van de HGR is het de bedoeling om de voorraad te vernieuwen (dit advies zal naar de leden van de RMG verstuurd worden). Het is niet de bedoeling om een voorraad te kopen, maar om met de leverancier tot een akkoord te komen om een roterende voorraad te hebben en zo vernietigingskosten te vermijden wanneer ze vervallen. Een andere mogelijke oplossing is een schenking voor de vervaldatum.”

VRAAG Nr. 107 (N-VA – 6)

Wanneer vroeg men aan de regering om een voorraad aan te leggen?

1. Welk gevolg heeft de regering daaraan gegeven en wanneer?
2. Had u de indruk dat de regering de vraag ernstig naam en er de gepaste urgentie aan toekende?

Réponse :

A l’occasion des questions précédentes, j’ai déjà répondu à cette question.

Pour rappel, j’ai adressé au cabinet ma note confidentielle sur la demande de budget en vue de recréer le stock le 21.10.2019 et j’ai ensuite envoyé un rappel le 17.1.2020.

Le cabinet m’a répondu le 23.01.2020 demandant un complément d’information et indiquant qu’il n’était pas possible de libérer un tel montant.

Cependant, la question du renouvellement du stock stratégique est discutée en RMG depuis janvier 2018.

Le 6.02.2020, le RMG réadresse cette demande au gouvernement :

«*DECISION :*

Actuellement il y a pénurie de masques FFP2 sur le territoire. Le gouvernement peut-il prévoir un stock stratégique ? »

Le marché public pour la commande de masques a été ouvert le 4.03.2020.

Je pense que le gouvernement a pris la question très au sérieux mais que malheureusement, dans l’intervalle, le marché mondial était saturé de demandes et qu’il était très difficile d’obtenir des masques à ce moment-là.

VRAAG Nr. 108 (N-VA - 7)

Wat was de houding van de RMG ten aanzien van een EU aankoop van maskers?

Réponse :

De RMG werd hierover geïnformeerd en stond positief tov ieder initiatief dat bijdroeg om het tekort aan maskers te lenigen. Verder kan ik me niet herinneren dat de RMG in dit verband om een specifiek standpunt werd gevraagd of dat er specifieke signalen voor participatie vanuit de Deelstaten was. Het was doorgaans ook niet zeker hoe snel dergelijke aankopen in de praktijk werden omgezet en welke garantie men had op het evt ontvangen van de initieel gevraagde hoeveelheid. Ons land bevestigde wel zijn deelname op 18 februari 2020.

VRAAG Nr. 109 (N-VA – 15)

Klopt het dat op 28/2 aan de HGR werd gevraagd om richtlijnen op te stellen ivm het gebruik van maskers? Wat waren die richtlijnen en wat heeft men met die richtlijnen gedaan?

Réponse :

Plus exactement, j'ai adressé un courrier au HGR le 24.02.2020 sur cette question.

Le HGR a rendu son avis 9557 le 3.03.2020. (avis confidentiel par simple lettre)

Globalement, le HGR préconise la rationalisation de l'utilisation des masques compte tenu du risque de pénurie et de spéculation, p.e. :

« ...4.b « masques chirurgicaux » :

Bien qu'il soit normalement à usage unique, vu la potentielle pénurie, le masque chirurgical qui a pour rôle de protéger son utilisateur lors des soins et actes médicaux peut être utilisé par les prestataires de soins (et le personnel soignant) :

- lors de contact avec des « patients coronavirus » confirmés (légers) ;
 - au quartier opératoire,
 - chez le dentiste (aussi en extra-hospitalier),
 - en zones propres et sales des centrales de stérilisation,
 - en salle d'accouchement,
 - en unités stériles,
 - lors de la réalisation des actes de kinésithérapie respiratoire légère et lourde,
-
- pendant 8 heures indépendamment de la séquence des interventions, sans sortie à l'extérieur ;
 - peut donc à cette fin être conservé sur soi (autour du cou) mais jamais dans la poche ;
 - peut être provisoirement conservé à l'abri de toute contamination (par exemple, dans une enveloppe individualisée en papier ou dans un bac personnalisé lavable) ;

- ne peut jamais être touché sur sa face antérieure ;
- doit être immédiatement éliminé dès la présence de souillures macroscopiquement visibles...

4.d. « masques FFP2 »

Du point de vue de la protection des prestataires de soins (et du personnel soignant), les masques FFP2 avec valve peuvent être utilisés par ces derniers quand ils entrent en contact direct avec des patients suspects ou confirmés de Covid-19, de SRAS, de MERS, de tuberculose, de rougeole, de varicelle, de zona

- pendant 8 heures, indépendamment de la séquence des interventions ;
- peuvent donc à cette fin être conservés sur soi (autour du cou) mais jamais dans la poche ;
- peuvent être provisoirement conservés à l'abri de toute contamination (par exemple, dans une enveloppe individualisée en papier ou dans un bac personnalisé lavable) ;
- ne peuvent jamais être touchés sur la face antérieure ;
- doivent être immédiatement éliminés dès la présence de souillures macroscopiquement visibles. »

On y trouve également un guideline sur l'utilisation de chaque type de masque en fonction de sa spécificité et la solution alternative en cas de pénurie.

Une mise en garde y figure par rapport aux masques vendus à destination du secteur industriel mais qui ne bénéficie pas d'une autorisation pour un usage médical au sens large.

Finalement, le HGR se montre défavorable à la confection officieuse de masques, en tout cas son utilisation en institution de soins ne doit pas être autorisée.

Le 5.03.2020, le RMG était globalement d'accord avec cet avis et l'a distribué à ses membres.

VRAAG Nr. 110 (N-VA - 16)

Klopt het dat de HGR adviseerde dat tandartsen FFP2 maskers moesten gebruiken, maar dat deze richtlijn niet kon worden gevolgd omwille van een tekort aan maskers?

Réponse :

Niet enkel de HGR maar ook de RMG heeft het gebruik van FFP2-maskers door tandartsen aanbevolen. Op 07/02/2020 werden de tandartsen door de RMG aangeschreven met de vraag om niet-dringende behandelingen uit te stellen of een FFP2-masker te dragen voor patiënten die voldeden aan de gevaldefinitie van mogelijk geval van COVID-19 (toen nog met noodzakelijke reisgeschiedenis of bevestigd contact).

In het RMG rapport van 13 maart wordt inderdaad aangegeven dat geen andere dan chirurgische maskers op de markt voorradig zijn.

Op 14 maart werd een door de RMG gevalideerde update gepubliceerd waarin vermeldt wordt dat :

- 1) àlle niet-essentiële tandheelkundige zorg moest uitgesteld worden
- 2) men zich voor essentiële behandelingen bij patiënten met respiratoire symptomen moet beschermen met een FFP2-masker (en andere PBM).

Er was toen inderdaad een extreme schaarste aan PBM waardoor er gesteld werd dat "indien hij niet over deze beschermingsmiddelen beschikt, dient hij de patiënt te verwijzen naar een collega voor de

nodige zorgen. De collega dient verwittigd te worden van de komst van de patiënt". Door enerzijds het aantal uitgevoerde behandelingen (sterk) te beperken en anderzijds te werken met een systeem van doorverwijspraktijken konden de beschikbare PBM zo rationeel mogelijk ingezet worden. Verder, voor essentiële behandelingen met vrijkomen van aërosolen bij patiënten ZONDER respiratoire symptomen, "verdient het aanbeveling om zich te beschermen met een FFP2-masker". De procedure geeft bovendien nog bijkomende adviezen om de productie van infectieuze aërosolen te beperken voor essentiële behandelingen bij asymptomatische patiënten, m.n. mondspoeling, rubberdam en grote zuiger.

Of FFP2 ja/nee noodzakelijk is voor alle tandzorg (dus ook patiënten zonder mogelijke covid) was ook nadien nog voer voor discussie. Op 20 mei gaf de procedure (BEHEERSING VAN SARS-COV-2 INFECTIES VOOR DE TANDARTSPRAKTIJK) opnieuw een voorkeur voor FFP2, maar met chirurgisch en face shield en andere maatregelen als alternatief; concreet stond er voor asymptomatische patiënten : " In geval van tekort aan FFP2 maskers, bestaat het alternatief uit het dragen van een chirurgisch masker in combinatie met een face shield. In dat geval, beschermt de face shield niet enkel de oog-slijmvliezen van de tandarts, maar biedt tevens een bijkomende bescherming tegen aërosolen". Voor deze procedure werd ook gezien naar richtlijnen in andere landen, voor sommigen volstond chirurgisch en face shield, andere raadden FFP2 als standaard aan.

VRAAG Nr. 111 (N-VA - 17)

Klopt het dat er niet werd geadviseerd om FFP2 maskers te gebruiken in WZC en bij fragiele mensen omwille van een tekort aan maskers?

Réponse :

Dat klopt niet. De aanbevelingen in verband met het gebruik van maskers zijn allemaal openbaar gepubliceerd en bevatten steeds een duidelijke wetenschappelijke onderbouwing. De WHO en verschillende internationale organisaties houden tot op de dag van vandaag vast aan de aanbeveling om enkel FFP2-maskers te gebruiken bij zorg voor COVID-19 patiënten bij zogenaamde medische aërosol-genererende procedures (zoals bv. intubatie). Indien er vragen zijn rond logistieke haalbaarheid, werd dat in de adviezen opgenomen, zoals het advies van 17/04/2020 dat vermeldt dat chirurgische maskers aanbevolen zijn voor àl het personeel in woon-zorgcentra "indien de voorraad het toelaat".

VRAAG Nr. 112 (N-VA - 21)

Was er van meet af aan duidelijkheid over wie de prioritaire groepen waren ivm de verdeling van PBM?

Réponse :

Een eerste advies rond prioritisatie van de maskers is gevalideerd op 23 maart 2020. Het consensus advies rond mondmaskers van 17 april 2020 gaat daar verder op in en houdt ook rekening met niet-medische sectoren.

Er werd een protocol opgesteld op 21 april over de principes rond de globale verdeling van PPE (personal protective equipment) binnen de zorgsector in het kader van de Covid 19-Crisis.

Dit was geen eenvoudig dossier dat tijdens een RMG vergadering op een bepaald moment, spijtig (gezien niet de gangbare procedure) en te vroeg m.i., abrupt aan de RMG werd ontnomen en overgeheveld naar de IMC waar ook geen oplossing werd gevonden en waarna het dossier dan terug op de RMG werd gebracht.

Finalement, la répartition des PPE fait partie des choses qui en général se sont bien déroulées, et il faut le mentionner également. C'est la première fois que nous étions confrontés à une distribution d'une telle envergure.

J'ai évidemment repensé à ma demande d'exercice dont j'ai parlé lors d'une question précédente et je reste convaincu de la nécessité d'organiser un entraînement pour ce type de situation. Si nous sommes amenés à faire face à de nouvelles crises, il faut que nos exercices évoluent. La situation aura probablement encore changé entre cette pandémie-ci et la prochaine crise.

C'est typiquement une expérience à laquelle nous devons réfléchir et qui nous aidera à optimiser nos interventions futures.

VRAAG Nr. 113 (N-VA - 24)

Op 01/4 gaat de RMG niet akkoord met de richtlijn van de national focal point ivm maskers. Wat was die richtlijn en waarom gaat men niet akkoord?

Réponse :

De tekst ivm social distancing richtlijnen werd ons via de ERMG bezorgd en betrof een dringende vraag vanuit het overleg met de sociale partners om meer duidelijke richtlijnen te geven rond social distancing en andere beschermende maatregelen op de werkvloer. Aan de RMG werd gevraagd het ontwerp dat door de sociale partners was opgemaakt te bekijken en waar nodig te amenderen.

De RMG had inderdaad opmerkingen, o.a. aangaande de coherentie met de RMG richtlijnen ivm maskergebruik, en bezorgde de ERMG volgende reactie :

“De RMG heeft de volgende opmerkingen bij de voorgestelde richtlijn voor social distancing in bedrijven.

Blz.2 onderaan: “Het is effectief wanneer het gaat om infecties die zich verspreiden via druppels (hoesten, niezen, loopneus). Vermits dat deels het geval is voor het coronavirus, is ‘social distancing’, naast hygiënemaatregelen zoals handen wassen en schoonmaak, een van de aangewezen benaderingen om infecties...” ipv “Het is effectief wanneer het gaat om een infecties die zich verspreiden via druppels (hoesten niezen, loopneus), direct fysiek contact, indirect contact via besmette voorwerpen of oppervlakken en via de lucht. Vermits dat het geval is voor het coronavirus, is ‘social distancing’ de aangewezen benadering om een infecties...”

Blz.3 onderaan: “spreiding van het werk in de tijd gedurende een kalenderdag (mogelijkheden om het werk vroeger te beginnen en om het werk ook later op de dag mogelijk te maken.” ipv “spreiding van het werk in de tijd gedurende een werkdag.”

De aanbeveling om wegwerphandschoenen te gebruiken als aanvulling van handhygiëne in punt 4.6 wordt best verwijderd omwille van de volgende redenen: het SARS-CoV-2 virus overleeft langer op plastic materialen; maar vooral omdat het dragen van handschoenen niet vermijdt dat mensen hun

gezicht (mond, neus en ogen) aanraken, met mogelijke besmetting; bij het verkeerd uitdoen van de handschoenen kan besmetting van de handen plaatsvinden; door het dragen van handschoenen worden de handen minder vaak gewassen (vals gevoel van veiligheid). Indien het dragen van werkhandschoenen nodig is voor het uitoefenen van het werk kunnen die wel verder gebruikt worden, met het wassen van de handen onmiddellijk na het uitdoen van de handschoenen. In dat zelfde punt: “Water en zeep, bij voorkeur vloeibare zeep, zijn onmisbaar voor een goede handhygiëne.” ipv “Water en zeep zijn onmisbaar voor een goede handhygiëne.”.

Punt 4.8: De hele paragraaf wordt best verwijderd en vervangen door “In de huidige fase van de epidemie en de bestaande hygiëne- en distancing maatregelen worden het gebruik van (medische) maskers ontraden buiten de zorgsetting gezien de bestaande tekorten en de absolute nood om ze te dragen bij de verzorging van realistisch vermoede of gekende Covid-19 patiënten”.

Het is namelijk belangrijk dat duidelijk wordt aangegeven in de tekst dat fysieke afstand moet bewaard worden en dat het dragen van een masker als een zeer restrictieve uitzondering moet beschouwd worden, voor omstandigheden waar er een contact moet zijn met een zieke persoon binnen 1m50 afstand, voor het toedienen van zorg.”

N.B punt 4.8 betrof:

“Voorzie het gebruik van beschermingsmiddelen als het noodzakelijk is om korter dan 1,5 meter bij iemand te komen of als je een gesloten ruimte moet betreden waar veel mensen aanwezig zijn, of als de risico's verbonden aan de aard van het werk het vereisen.

- Het gebruik van maskers mag geen op zichzelf staande maatregel zijn maar moet altijd gezien worden in samenhang met de andere preventiemaatregelen.
- Om enig effect te hebben, moeten maskers correct en consistent gedragen worden gedurende de tijd dat ze gebruikt worden. Bij correct gebruik hebben ze hun rol in het voorkomen van blootstellingen.
- Gewone mondmaskers of chirurgische maskers vormen een fysieke barrière en beschermen werknemers tegen gevaren zoals spatten of grote druppels. Die maskers capteren ook partikels of lichaamsvloeistoffen uitgestoten door de drager. Op die manier beschermen ze ook andere mensen tegen blootstelling door de drager. Dat ze helpen om vingers en handen weg te houden van mond en neus is een gunstig neveneffect. Dit soort maskers is geen persoonlijk beschermingsmiddel. Ze beschermen de drager niet tegen inademen van kleine partikels of druppels met virussen. Ze sluiten niet naadloos aan op het gezicht en de stof filtert geen kleine deeltjes.
- De juiste persoonlijke beschermingsmiddelen beschermen de drager wel. Voor persoonlijke beschermingsmiddelen bestaan strikte normen met beschermingsgraden en ze vergen risicoanalyse, informatie voor en opleiding van de gebruiker.
- Hou er rekening mee dat een persoonlijk beschermingsmiddel bestemd is voor gebruik door één persoon. Zij mogen niet achtereenvolgens door verschillende werknemers worden gebruikt, tenzij zij bij elke verandering van gebruiker met zorg gereinigd, ontstof en gedesinfecteerd worden. (cf. art IX.2-19 Codex Welzijn).
- Bekijk ook zeker de richtlijnen voor beschermingsmiddelen:
 - Rationeel gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen voor het Coronavirus.
 - Advies over het gebruik van mondmaskers in het openbaar, tijdens thuiszorg en in een gezondheidszorg omgeving.

Let wel, het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen voor activiteiten die strikt genomen die bescherming niet behoeven, louter om de continuïteit van de activiteiten in niet-essentiële diensten of sectoren te kunnen verzekeren, druist in tegen de geest van de genomen coronamaatregelen. Op die manier komt mogelijk de beschikbaarheid van PBM noodzakelijk voor zorgverleners, interventieploegen of andere werknemers die omgaan met gevaarlijk stof en biologische en chemische agentia in het gedrang.”

VRAAG Nr. 114 (N-VA – 25)

Klopt het dat het gebruik van maskers actief moest worden ontmoedigd in situaties buiten de gezondheidszorg omwille van tekorten? Heeft men hier kwetsbare groepen apart beoordeeld of niet?

Réponse :

Zie ook de antwoorden op vraag 101, 102 en 111.

Er is inderdaad zeker opgeroepen om rationeel om te gaan met de beschikbare voorraden, om geen chirurgische maskers te hamsteren (FAGG heeft zelfs een verplichting op voorschrift gemaakt en extra regelgeving uitgevaardigd, ziekenhuizen moesten chirurgische maskers achter slot bewaren etc) en om de beschikbare voorraad FFP2-maskers (bv. van de bouwsector) over te dragen aan de zorgsector.

VRAAG Nr. 115 (N-VA – 27)

Klopt het dat op 6/4 beslist is om comfortmaskers opnieuw te klasseren als chirurgische maskers omwille van tekorten? Werd dit gemeld aan de betrokkenen die de maskers zouden dragen?

Réponse :

De vraag is te stellen aan het FAGG dat bevoegd is en controleerde of de geleverde chirurgische maskers, die medische hulpmiddelen zijn, de CE-markering (of een gelijkwaardig conformiteitsmerkteken) hebben, dat aangeeft dat aan de kwaliteits- en veiligheidsnormen wordt voldaan. Op basis van artikel 6 van het koninklijk besluit van 18.03.1999 betreffende de medische hulpmiddelen, kan, wanneer een medisch hulpmiddel geen CE-markering heeft, een derogatie worden aangevraagd. Dit artikel stelt: “In afwijking van artikel 5, § 2 en van artikel 8 van dit besluit kan de bevoegde Minister, op een naar behoren gemotiveerd verzoek, toestaan dat individuele hulpmiddelen op de markt worden gebracht en in gebruik worden genomen zonder dat daarvoor de in § 2 van artikel 5 van dit besluit bepaalde procedures zijn toegepast, indien het gebruik van die hulpmiddelen in het belang van de bescherming van de gezondheid is.”

Het klopt m.i. niet dat comfortmaskers werden geklasseerd als chirurgische maskers.

Wat wel kan is dat in afwachting van testresultaten een klassificatie als chirurgisch masker uitbleef tot de resultaten bekend waren.

VRAAG Nr. 116 (N-VA - 28)

Klopt het dat er in april nog steeds discussie was over de rolverdeling in het management van de crisis en over de verdelingssleutel van de beschermmaterialen?

Réponse :

En effet, cela ressort notamment du rapport de la CIM du 22.04.2020 à propos du contact-tracing, de la distribution des PPE et particulièrement des masques.

QUESTIONS POSEES LORS DE L'AUDITION DU 9.10.2020

VRAAG Nr. 117 (N-VA)

MM. GIJBELS :

Over de maskers en de vernietiging ervan begrijp ik dat u zelf aan de slag bent gegaan of dat u dat toch hebt geprobeerd, maar ik vind dat daarover zo weinig duidelijkheid is geweest in het begin van de crisis. Wanneer exact wist u en wie wist van de vernietiging van die stock? Wie was verantwoordelijkheid voor de vernieuwing van de stock?

J'ai déjà répondu à cette question.

Zie ook vraag 120.

VRAAG Nr. 118 (N-VA)

MM. DEPOORTER :

Dan nog een vraag over de eerste RMG. Ik dacht uit de reportage van Pano begrepen te hebben dat u op de hoogte was van het feit dat de strategische stock was vernietigd. Dokter Quoilin heeft vorige week gezegd dat zij in de eerste RMG nog niet op de hoogte was, dat men heel kort erna op de hoogte werd gebracht.

Réponse :

Zie het antwoord op vraag 99, 100.

VRAAG Nr. 119 (N-VA)

Gisteren zei minister Vandenbroucke dat minister De Block die vernietiging zou hebben gedaan op basis van een schrijven van Sciensano. Ik neem aan dat u daarvan op de hoogte was. Kunt u mij hierover duidelijkheid geven?

Waarom werd dat niet op de eerste RMG meegedeeld aan de experten die daar aan tafel zaten en daarvan op de hoogte gesteld moesten worden, en liefst zo snel mogelijk?

Réponse :

De vraag zou aan Sciensano moeten worden gericht.

Ik heb geen weet van een schrijven van Sciensano. Wel van een inspectieverslag van het FAGG/FOD Volksgezondheid (06.08.2013) en een rapport van medewerkers van de FOD Volksgezondheid (25.03.2014).

VRAAG Nr. 120 (N-VA)

U gaf aan dat u op 4 februari contacten had over de mondkmaskers, met iemand die u niet wenst te vernoemen. Ik vermoed dat die persoon u gezegd zal hebben dat er geen meer waren. Welke concrete stappen hebt u gezet tussen 4 februari en 14 februari, toen u deelnam aan een joint procurement. Werden er verschillende leveranciers gecontacteerd? Wat hebt u daarmee gedaan?

Réponse:

Sedert mei 2019 vonden meerdere contacten plaats met 3M.

Op 22.01.20 om 22:31 vraag ik via mail naar bepaalde prijsspecificaties voor maskers. De dagen daarop zijn er verder telefonische en mailcontacten. Op dat moment is er een schaarste en slechts kleine hoeveelheden worden geleverd.

Op 29 januari wordt prijs en beschikbaarheid gevraagd voor 500.000 FFP2 en 2 miljoen chirurgische maskers

Op 31.01.2020 worden 1080 FFP2 maskers besteld; dit was ook in het kader van de voorbereiding van de repatriëring van de belgen uit Wuhan.

Ook op 31.01.2020 worden 500.000 FFP2 maskers besteld.

Moeilijkheid is dan ook dat bestaande contracten vanuit de firma met prioriteit worden beleverd.

Het contact van 04.02.2020 kaderde in diezelfde context met ook de zoektocht naar mogelijke alternatieven met een aanvaardbare normering (vb EN 149).

Intussen schrijven we inderdaad ook in op de EU joint procurement voor beschermingsmiddelen (27.02.2020), wordt bij andere firma's gehoord, wordt er nagevraagd bij de ziekenhuizen hoe de stockvoorraden zijn, e.a.

In maart, na de aanbesteding van 05 maart, zijn de bestellingen en aankopen dan verder opgenomen door de ploeg van de FOD die dan echt met man en macht het nodige gedaan hebben om maskers te verkrijgen.

Zie ook vraag 123.

MM. CREEMERS :

Laatste puntje, over die chronologie. Het is een gevoel waarmee ik blijf zitten. Mevrouw Quoilin heeft er al een stukje antwoord op gegeven, maar ik blijf er toch mee zitten.

U geeft aan dat er op 27 januari ongeveer tachtig overlijdens waren in China. Als we dat met de situatie hier vandaag de dag bekijken, vallen tachtig overlijdens op een land als China reuze mee. Toch hadden wij hier enkele dagen later, einde van de laatste week van januari, een vragenronde met minister De Block. Ik herinner mij dat wij toen hebben gesproken over de ziekenhuizen die daar in allerijl werden gebouwd. Op tien dagen stond daar een nieuw ziekenhuis! Iedereen had mondmaskers in China. Die kochten de hele wereldvoorraad op met, sorry als het oneerbiedig klinkt, maar tachtig overlijdens. Mevrouw Quoilin heeft daarover gezegd: wat anders konden we volgen dan de internationale meldingen die gegeven werden, wat anders konden we doen dan ons baseren op wat officieel gemeld werd?

Tegelijkertijd zegt u ook dat u op 19 januari in uw logboek heeft genoteerd dat er geruchten waren of er niet meer gevallen zouden zijn dan er uit China werden gerapporteerd. Als ik die chronologie van de tweede helft van januari bekijk, dan blijf ik met een heel vreemd gevoel zitten. Ze waren ziekenhuizen bij aan het bouwen, ze hadden alle mondmaskers, alle beschermingsmateriaal dat er op de wereldmarkt nog beschikbaar was, opgekocht. Ze hadden "maar" tachtig overlijdens.

Waar zit de kink in de kabel? Waar is de fout, al mag ik het misschien geen fout noemen? Hoe komt het dat we de signalen die er kwamen, de officiële signalen en wat we zagen binnenkomen via media, ook social media, zo ver uit elkaar liggen? Die discrepantie. In mijn ogen zit daar een heel stuk van ons later ageren dan we mogelijk hadden kunnen doen.

Alle mondmaskers waren op. Dan meldt u dat er op 24 februari contact was met mondmaskerfabrikanten, terwijl we op 19 januari twijfelden over de geruchten dat er misschien meer aan de hand was. Daar blijf ik met een heel vreemd gevoel zitten.

Ik wil niet met stenen gooien, ik wil niet met de vinger wijzen, maar waar zit die discrepantie?

Wat hadden we anders moeten doen?

Réponse :

Zie het antwoord op vraag 37 waarin is gesteld dat we steeds gebaseerd hebben op de adviezen van de internationale organisaties (WHO, ECDC) en de officieel beschikbare informatie bij het inschatten van de situatie en het bepalen van maatregelen.

De contacten met maskerfabrikanten waren eerder dan 24 februari, cfr antwoord op vraag 120.

VRAAG Nr. 122 (PS)

M. RIGOT :

Je reviendrai rapidement sur la pénurie de masques. À nouveau, cela reste un problème. Mme Quoilin l'a évoqué la semaine dernière. Étiez-vous au courant de cette pénurie de masques? Elle dit aussi que la stratégie des masques a été conditionnée par le manque de stocks. Confirmez-vous ce propos selon lequel la situation à laquelle on a dû faire face et le peu de masques dont nous disposions à ce moment-là nous ont amenés à faire des choix difficiles, notamment au niveau du personnel soignant? Des travaux étaient-ils en cours concrètement pour la reconstitution du stock?

Réponse :

J'ai déjà répondu à cette question.

J'ajouterai juste que, oui, il y avait un manque de masques et de réactifs et cela a forcément eu un impact sur les décisions prises en matière de testing, ainsi que le manque de personnel (non seulement) dans les entités fédérées.

VRAAG Nr. 123 (VB)

MM. SNEPPE :

U zei verder dat u op 4 februari contact hebt gehad met een firma voor persoonlijk beschermingsmateriaal. Werd er toen reeds een bestelling geplaatst? Indien niet, wanneer werd de eerste bestelling dan wel geplaatst? Is de RMG bevoegd om bestellingen te plaatsen of moet u daar de opdracht toe krijgen?

Réponse :

Ik verwijs ook naar het antwoord op vraag 120.

De RMG plaatst geen bestellingen of doet geen aankopen. De RMG beschikt ook niet over een budget daartoe. De RMG kan wel een standpunt innemen aangaande de noodzaak om een produkt of bvb een vaccin aan te kopen of over de zin van een project en het vrijmaken van middelen daarvoor ; maar de middelen moeten van elders komen en de instantie die het budget beheert moet akkoord zijn om dit vrij te geven (dit kan wel een lid van de RMG zijn). De RMG kan ook beraadslagen over de toe te passen verdeelsleutel bij een gemeenschappelijke aankoop ; een evt beslissing hangt dan af van de grootte van het mandaat van de leden. Bij grote budgetten zal dit eerder op het niveau van de politieke verantwoordelijken (bvb IMC) worden beslist.

VRAAG Nr. 124 (VB)

Een belangrijk element is ook het probleem van de mondmaskers. Wanneer was u op de hoogte van de vernietiging van de strategische stock? Door wie werd u daarvan op de hoogte gesteld? Waarom werd het niet meegedeeld?

In de reportage van Pano zagen wij dat de virologen heel laat op de hoogte werden gebracht van het feit dat de stock er niet meer was. Heel het debacle van de mondkmaskers zou ik toch graag opgehelderd zien.

J'ai déjà répondu à cette question ci-dessus.

VRAAG Nr. 125 (PVDA-PTB)

MM. MERCKX :

In mijn tweede vraag wil ik de olifant in de kamer benoemen. U brengt een gedetailleerde chronologie, maar u spreekt eigenlijk weinig over het feit dat de mondkmaskervoorraad vernietigd was. Het is voor mij uit uw uiteenzetting niet duidelijk geworden hoe u daarmee bent omgegaan vanuit uw functie, in uw verantwoordelijkheid. Sommige collega's hebben u al gevraagd wanneer u van de vernietiging van die stock mondkmaskers op de hoogte werd gesteld. Iedereen heeft de reportage van Pano gezien. Ik heb ook het voorrecht gehad om met een van de kroongetuigen te spreken. Die persoon heeft mij een mail doorgestuurd. Het gaat om een mail die u naar de betrokkene op donderdag 8 november 2018 hebt gestuurd en waarin u vraagt – het gaat om een extreem slechte beslissing, de grote politieke fout van toenmalig minister De Block – om de mondkmaskervoorraad effectief te vernietigen. In die mail staan onder andere de data wanneer de vrachtwagens de voorraad komen ophalen. U bent een kroongetuige van die politieke fout. Vandaag, na de Pano-reportage, weten wij ook dat die maskers nog van goede kwaliteit waren en dat het dus onnuttig was om ze te vernietigen.

Ook komt de vraag naar boven hoe er daarmee wordt omgegaan door uw dienst of diensten. Hoe komt het eigenlijk dat de mondkmaskers worden vernietigd zonder dat er een alternatief voorhanden is, bijvoorbeeld door reeds na te denken over de vernieuwing van de voorraad? Enkele antwoorden op die vragen heb ik eigenlijk al. Daarover mag ik geen vragen stellen, maar ik begrijp niet waarom. In de eyes-only-documenten die wij konden inkijken, staan er namelijk antwoorden.

Mijnheer de voorzitter, de vraag komt daardoor bij de collega's en bij u terecht. Denkt u niet dat de tijd vandaag rijp is, onder andere na de uitzending van Pano over de mondkmaskers, om alles in die zaak aan het licht te brengen?

Wie heeft precies wat beslist en waarom is dat beslist? De heer De Croo zei gisteren bijvoorbeeld dat mevrouw De Block zich gebaseerd zou hebben op een rapport van het Wetenschappelijk Instituut dat zou gezegd hebben dat die maskers niet meer goed waren. We weten vandaag dat dat niet waar is en dat die maskers niet zijn getest. Waar is dat rapport? Kunnen wij dat zien? Kan de bevolking dat zien? Het is toch wel tijd dat dit aan het licht gebracht wordt. Ik wil de gevolgen daarvan ook benadrukken. Ik ben zelf huisarts. Eind februari heb ik uit mijn kast dé mondkmaskers gehaald die ik nog had van de pandemie in 2009. Ik heb die hergebruikt. Vandaag ben ik dus gerustgesteld dat ik goed gehandeld heb, want er was niks. Half maart, toen we nog steeds geen maskers kregen, hebben we zelf maskers in China besteld. We hebben effectief pas zeer laat maskers gekregen. Andere collega's hebben het geluk niet gehad om oude maskers te gebruiken en zijn ziek geworden. Veel verpleegsters en zorgkundigen zijn ziek geworden. En dan kwam het drama van al die besmettingen in de woonzorgcentra en in de ziekenhuizen en al die mensen die zonder materiaal hebben gewerkt. Het is vandaag toch tijd dat er politieke verantwoordelijkheid wordt genomen in deze zaak.

Mijnheer Pardon, kan u bevestigen wat in de reportage van Pano beweerd werd? Er werd beweerd dat om budgettaire redenen de maskers zijn vernietigd en niet verplaatst, omdat dat duurder zou

geweest zijn? Kan u meer vertellen over het precieze plan van 100 miljoen van de FOD Volksgezondheid om een nieuwe mondkaskervoorraad aan te leggen? Waarom is dit eind januari ontstaan?

Uit de rapportage blijkt ook dat het niet aan het Parlement werd meegedeeld. Mevrouw Gijbels en ik hebben toen die vraag gesteld. Mevrouw De Block hield die informatie geheim. Ook de experts kwamen vrij laat te weten dat die mondkaskervoorraad er niet meer is. Waarom duurde het zo lang voor iedereen daarvan op de hoogte werd gesteld? Waarom werden er zo laat pas maskers besteld door de overheid?

J'ai déjà répondu à toutes ces questions supra, 85 e.a.

VRAAG Nr. 126 (SP.A)

MM. JIROFLEE :

U zegt dat u op 4 februari contact had gehad met een firma om maskers naar België te krijgen, maar u zegt ook dat u het jaar ervoor, in 2019, met diezelfde firma contact had gehad. Graag verneem ik waarover u in 2019 met die firma in contact bent geweest. Waarover ging dat juist? Waren er toen dan wel plannen om nieuwe mondkaskers aan te kopen en is dat mislukt? Of ging dat over iets totaal anders? Dat had ik toch wel graag geweten.

J'ai déjà répondu à cette question.

VRAAG Nr. 127 (SP.A)

U zegt ook dat u op 22 februari bij binnenlandse leveranciers informeerde naar de aankoop van persoonlijk beschermingsmateriaal. Kan u ingaan op de vraag of uw contacten iets hebben opgeleverd?. Was er bezorgdheid binnen de FOD en binnen het kabinet rond de beschikbaarheid van dat beschermingsmateriaal? Als ik juist ben, dan is er pas een internationale bestelling geplaatst op 4 maart. Dat is dus al veertien dagen later. Als ik zie dat u de vierde al contact hebt gehad met een firma daarover, vraag ik mij af of er op dat vlak helemaal niets is gebeurd tussen 4 februari en 7 maart. Dat zou dan toch wel een grote gap betekenen.

J'ai répondu à la question 120.

VRAAG Nr. 128 (CDH)

MM. FONCK :

Vous vous êtes inquiété, dès le 4 février, du manque d'équipement de protection individuelle. Votre constat fut quasi immédiat et colle, d'ailleurs, avec les constats sur le terrain, notamment la pénurie des fournisseurs des pharmacies. Pourquoi un tel retard entre les différents constats, dont les vôtres, les signaux d'alerte que vous avez envoyés et la commande des autorités?

J'ai déjà répondu à cette question.

VRAAG Nr. 129 (DéFI)

MM. ROHONYI :

On a beaucoup parlé des masques. Mme Quoilin avait déclaré que les autorités savaient que les masques avaient été détruits et que cette absence de masques avait influencé la suite des décisions prises par nos autorités politiques. Partagez-vous ce constat?

J'ai déjà répondu à cette question.

VRAAG Nr. 130 (DéFI)

En ce qui vous concerne plus particulièrement, quand avez-vous été mis au courant de la destruction du stock stratégique de masques? Quand vous êtes-vous inquiété de la nécessité, par conséquent, de le reconstituer? C'est une question essentielle qui vous a d'ailleurs déjà été posée par certains de mes collègues. Je me permets de vous reformuler cette question car il ressort de l'un de vos procès-verbaux, daté du 23 janvier, que la question des masques ne se posait pas plus que pour les cas de grippe ou d'influenza.

J'ai déjà répondu à cette question.

QUESTIONS POSEES PAR LE CD&V PAR ECRIT AVANT AUDITION

VRAAG Nr. 131 (CD&V)

De RAG was al vroeg op de hoogte van de vernietiging van mondmaskers. Wanneer heeft de RMG deze bezorgdheid ontvangen en wanneer hebben zij de regering aangespoord om mondmaskers te bestellen omwille van dreigend tekort?

J'ai déjà répondu à cette question.

VRAAG Nr. 132 (CD&V)

Brief aan de apothekers rond verkoop van de mondmaskers (30/01) zij zouden de verdelers worden van de mondmaskers, op welk moment is die beslissing gewijzigd? Kunt u ons meer inzichten geven op dat proces?

Réponse :

Le 30.01.2020, le RMG a pris la décision d'adresser un courrier aux pharmaciens. Un courrier leur a été adressé le 11.02.2020. Ce courrier indique quelle est l'attitude à adopter par le pharmacien lorsque un patient revenu de Chine se plaint de symptômes compatibles avec le Covid.

In april en mei was de RMG wel betrokken in de communicatie over het gebruik van de stoffen maskers.

Aangaande de verdeling dient de vraag aan de Taskforce Shortage te worden gesteld.

VRAAG Nr. 133 (CD&V)

Er was een groot tekort aan verschillende soorten materiaal, dit was een wereldwijd probleem. We hebben vaak vernomen dat er aankopen werden gedaan van niet-kwalitatief / onbruikbaar materiaal. Hoe betrokken zijn jullie als RMG bij die beslissingen?

- Mondmaskers (ffp2, ffp1, chirurgische maskers)
- 3,6 miljoen serologische testen

Réponse :

De RMG was geen actor in de aankopen. Vanuit de RMG werden wel signalen doorgegeven van gemelde tekorten of behoeften. De vraag dient verder gesteld aan de Taskforce shortages.

Néanmoins je peux vous dire que dans la situation de pénurie mondiale que nous connaissions au début de la pandémie, certaines firmes ont apparemment profité de la situation pour retirer un maximum de bénéfices et fournir des produits de mauvaise qualité à prix prohibitifs. Anderen, die handelden in allerlei produkten, kochten gewoon maskers op zonder de markt goed te kennen en werden allicht ook zelf, bewust of onbewust, bij de transacties bedrogen.

Ce sont les contrôles de qualité effectués par l'AFMPS et le SPF économie qui ont mis ces problèmes en évidence et ils n'ont dès lors pas été mis sur le marché ou ont été déclassés.

TESTING / TRACING

QUESTIONS POSEES PAR ECRIT AVANT AUDITION (1 à 101)

VRAAG Nr. 134 (PVDA - PTB - 68)

Op 8 april 2020 adviseert de RMG om de testcriteria uit te breiden vanaf 13 april: symptomatische personen (bewoners, patiënten en personeel) in residentiële collectiviteiten en ziekenhuizen & algemene bevolking met griepsymptomen. Toch gebeurt dat pas op 24 april.

a) Waarom gebeurde dat pas zo laat?

b) Uit de verslagen van de RMG leren we dat het advies over uitbreiden testcriteria voorgesteld werd op de IMC, maar dat daar geen consensus was tussen de ministers. Wat is uw evaluatie daarvan? Had dat niet efficiënter kunnen verlopen?

Réponse :

De uitbreiding van testindicaties gebeurde progressief, om te kunnen waarborgen dat de testcapaciteit voldoende was. Testen van zorgpersoneel (indien symptomen en contact met personen met risico voor ernstige ziekte) behoorde al tot de testindicaties sedert 11 maart. Op 13 maart werd dat wel verengd tot personeel met luchtwegklachten EN koorts, omdat het aantal te groot was. Vanaf 4 april was testen ook al mogelijk voor bewoners in residentiële collectiviteiten (de eerste gevallen in een residentiële collectiviteit (woonzorgcentra, gevangenis, opvangcentra,...) die de gevaldefinitie vervullen (tot een maximum van 5)).

Vanaf 22 april (en niet 24) werd testen uitgebreid naar alle zorgpersoneel en ook nieuwe bewoners van residentiële collectiviteiten.

Het testen van de algemene bevolking die beantwoordt aan de definitie van een mogelijk geval werd pas mogelijk vanaf 4 mei, met het einde van lockdown en de start van de contact tracing.

Mede door de versnippering van bevoegdheden was het bereiken van een consensus in de gevaldefinitie en teststrategie niet evident, en dit op verschillende niveau's. In de deelstaten ontwikkelde zich intussen een eigen strategie met bvb testen van asymptomatische personen. Op 10 april werd de RMG zelfs gewoonweg kortgesloten. Dit alles had zeker efficiënter gekund in een eenvoudiger structuur. Meer details vindt u in de volgende weergave:

Ce que dit exactement le rapport RMG du 8.04.2020 :

"AGENDA :

4.1 Testing Strategy (discussion – Sciensano & TF Shortage):

DISCUSSION :

A proposal for a testing strategy based on the increased testing capacity, discussions in the IMC Health and RAG recommendations was presented and discussed.

Issues during the discussion were:

- Concerns on the feasibility regarding logistics (a quick estimation came to a need of around 200 FTE per day to take 20 000 samples, each taking about 5 minutes to be realized). Indeed the main "bottle neck" is probably the logistics of administration of tests, rather than the capacity.*
- Concerns on testing of asymptomatic persons. The RAG is not in favor of a PCR screening of asymptomatic persons for a number of reasons (The PPV in asymptomatic is at least unknown; If done, should be repeated regularly as the risk of being infected - while decreasing thanks to control measures - remains each day; If not done regularly, done for (legitimate) emotional reason, false safety feeling; Risk of urge problem by missing personnel/ absenteeism of personnel). However asymptomatic testing might give an idea of the prevalence.*

Test capacity should be used where there is the most value added

- However the extension test capacity could be very useful to take people out of isolation and get them back to work*

- Hospitals that are already testing every new arrival (also asymptomatic)
- The approach of neighboring countries. The German speaking community will try to get information on the testing approach in Germany to share with the RMG members.
- The protection equipment for personnel is more important than the testing of personnel.
- The discussion does not put in question the pilot project currently being implemented in the elderly homes.

DECISION / TO DO :

The RMG takes note of the increased capacity for testing.

- The RMG expresses concerns on the implementation of an increased number of tests, especially in terms of logistics, the impact on the workload of pre-triage posts or others administrating the tests and the impact on the increasing need of PPE
- The RMG is not in favor of a strategy of testing asymptomatic persons, as the positive predictive value of asymptomatic tests is at least unknown; if done, should be repeated regularly as the risk of being infected remains each day; if not done regularly, done for (legitimate) emotional reason, false safety feeling; it implies the risk to urge problems by absent personal.
- Based on the test capacity increase provided by the Task Force and based on the test strategy already approved by RMG on March 25th*, the RMG **recommends to gradually include** in the testing as of April 13th:
 - 1) Symptomatic persons (residents, patients and personnel) in residential collectivities (=collectivities where people stay overnight) and hospitals
 - 2) Enlarge the testing of the general population to those with ILI symptoms (for which RAG will provide an updated definition)
 - 3) The RMG understands the reasoning behind testing new arrivals in residential collectivities (with or without symptoms).
- In the exit phase, the RMG recommends to include contacts of confirmed cases in the testing". *(**Stratégie approuvée le 25.03.2020:** https://collab.health.fgov.be/sites/DVZ-SDP/CW/COVID-19_SpecialCommission/Received%20Documents/FOD%20-%20SPF/Pardon%20Paul/Confidentiel/RMG%20DOCSVALIDÉS/4_Surveillance%20and%20detection/2020%2003%2025%20prioritisation%20des%20testing/Proritisation%20de%20testing_RMG_250320.pdf)

Mais au RMG du 9.04.2020 on dit :

« RMG approves the draft agenda, amended by an item on the timeline for the change of the testing strategy”

Et le 10.04.2020, le RMG est complètement By- passé par le politique sur cette question :

https://collab.health.fgov.be/sites/DVZ-SDP/CW/COVID-19_SpecialCommission/Received%20Documents/FOD%20-%20SPF/Pardon%20Paul/Non%20confidentiel/RAPPORTS/20.04.10_RMG_report.pdf

Rapport RMG du 14.04.2020 où on constate :

- Que les entités fédérées ont déjà été contactées par la TF à propos de la stratégie de prélèvements alors que le fédéral ne l'a pas été
 - Que le RMG doit rappeler son rôle de coordination et de maintien d'une cohérence pour l'ensemble du territoire et demande que tout le monde s'y tienne
- [https://collab.health.fgov.be/sites/DVZ-SDP/CW/COVID-19 SpecialCommission/Received%20Documents/FOD%20-%20SPF/Pardon%20Paul/Non%20confidentiel/RAPPORTS/20.04.14_RMGM_report.pdf](https://collab.health.fgov.be/sites/DVZ-SDP/CW/COVID-19%20SpecialCommission/Received%20Documents/FOD%20-%20SPF/Pardon%20Paul/Non%20confidentiel/RAPPORTS/20.04.14_RMGM_report.pdf)

Rapport RMG du 16.04.2020 :

« Elements of the discussion:

- *For 6000 tests there are still no results available*
- ***RMG had agreed on a coordinated testing approach throughout the whole country integrating the lessons learned of the pilot. This is apparently not happening and every region moves forward with its own approach.***
- ***The RMG approved RAG recommendation was to test symptomatic persons. The fact is that asymptomatics are already tested.***
- *There are two streams of testing: consortium of the task force shortages and the normal laboratories*
- *There is a need to get a state of play of the taskforce and on the pilot in the elderly homes (on capacity, results, lessons learned, planning for the next week)*
- *After the current screening phase, the question is asked about testing in residential communities for young people. With regard to schools, the question of testing methods was raised. RAG is currently preparing an adapted case definition for next week”.*

[https://collab.health.fgov.be/sites/DVZ-SDP/CW/COVID-19 SpecialCommission/Received%20Documents/FOD%20-%20SPF/Pardon%20Paul/Non%20confidentiel/RAPPORTS/20.04.16_RMGM_report.pdf](https://collab.health.fgov.be/sites/DVZ-SDP/CW/COVID-19%20SpecialCommission/Received%20Documents/FOD%20-%20SPF/Pardon%20Paul/Non%20confidentiel/RAPPORTS/20.04.16_RMGM_report.pdf)

VRAAG Nr. 135 (PVDA-PTB – 70)

Bevestigt u dat men de huisartsen niet wilde laten testen, de testcriteria zo lang beperkt bleven, en zelfs onderbenut bleven op een bepaald punt, wegens het gebrek aan beschermingsmateriaal en testmateriaal voor hen?

Réponse :

Het is antwoord is genuanceerd. Er was inderdaad een tekort aan beschermingsmiddelen waardoor aan de huisartsen niet werd gevraagd om stalen af te nemen.

Bepalend ook voor de testcriteria was de haalbaarheid op logistiek vlak, waar bvb op 07.03 in de RMG ter sprake komt om enkel nog personen die in het ziekenhuis worden opgenomen, te testen.

Op 16.03 stelt de RMG naar aanleiding van een voorstel van de TF eerstelijns surge capacity dat :

« Proposals taskforce Surge Capacity 1st line:

- 1st : the treating GP does the full follow-up by telephone (and does not receive potential Covid patients in his practice)

- 2nd : GP circles organize points of pre-triage (within or close to “wachtposten” or emergency services)

- => so the flow is: telephone → pre-triage → hospital

- 3rd : as probably there won't be enough masks for all GPs, masks should go first to the pretriage centers (estimation is that there will be around 100 centers) »

VRAAG Nr. 136 (VB - 77)

Er waren opmerkelijke verschillen tussen de aanpak van de coronacrisis door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en door de Belgische overheid (Sciensano). BV de enge gevalsdefinitie in tegenstelling tot de oproep om zo breed mogelijk te testen. Hoe verklaart u deze verschillen?

Réponse :

In deze crisis werden zoveel mogelijk de richtlijnen gevolgd van de WHO en ECDC toegepast op de Belgische situatie. De bepaling van de gevalsdefinitie was een evolutief proces dat gebaseerd was op de bestaande wetenschappelijke informatie. Daarnaast werd ook rekening gehouden met de haalbaarheid en de realiteit op het terrein (Human Resources contacttracing, beperkte beschikbaarheid van reagentia en beschermingsmiddelen, capaciteit staalafname, e.a.).

Il n'est pas étonnant qu'il y ait un décalage entre les recommandations de l'OMS et la mise en œuvre par chaque Etat-Partie parce que une recommandation supranationale ne peut pas prendre en compte les particularismes nationaux.

VRAAG Nr. 136bis (VB - 78)

In België werd beslist om de sneltesten te verbieden. Waarom en door wie werd deze beslissing genomen?

Réponse :

Cette question doit être posée à l'AFMPS.

Néanmoins je peux vous dire que les tests rapides de type IgG et IgM ont en effet été interdit en Belgique par Arrêté Royal du 17 mars 2020, à l'initiative de l'AFMPS, car l'utilisation de tests basés sur la détection d'anticorps qui n'avaient pas prouvé leur spécificité pour la détection de SARS-CoV-2, pouvait mener à une mauvaise interprétation sur l'état du patient (porteur du virus ou non porteur).

En effet, le patient peut être porteur du virus SARS-CoV-2 malgré un résultat négatif du test (absence d'anticorps) avant la séroconversion (niveau suffisant d'anticorps dans l'échantillon pour être détecté), ce qui était incompatible avec la situation de pandémie à ce moment-là. De plus dans le cas d'autodiagnostic, l'utilisateur profane pouvait également mal interpréter le résultat de par l'absence de culture scientifique et d'information sur le faible intérêt de ces tests. De surcroît, les tests de détection IgG/IgM sont susceptibles de donner des résultats faux positifs induisant la prise de mesure chez des patients sains.

VRAAG Nr. 137 (VB - 80)

In 2017 oordeelde de WHO in een rapport dat onze test-capaciteit, in het geval van een pandemie, niet gegarandeerd is. We hebben zo'n 160 labo's in België en die functioneren allemaal goed voor routinetesten. In de Italiaanse regio Veneto bijvoorbeeld, heeft de overheid per 500.000 inwoners een labo van de overheid dat klaar is om voor virussen te testen. Waarom heeft België dat niet? Waarom is met die waarschuwing van de WHO niets gedaan?

Réponse :

De vraag over labocapaciteit wordt best gesteld aan sciensano maar de WHO heeft wel gesteld dat onze testcapaciteit goed is met een score 5/5. In het rapport staat o.a. :

« Belgium has a good laboratory system, with about 160 hospital and private laboratories. »

« Wide access to a dense network of laboratories . »

« A well-working national reference centre (NRC) system for public health has been established and funded in Belgium for identified pathogens . »

QUESTIONS POSEES LORS DE L'AUDITION

VRAAG Nr. 138 (NV-A)

MM. GIJBELS :

Ik heb heel weinig gehoord over de rol van het nationaal referentielab. Daar heb ik zeker nog wel heel veel vragen over. Daar horen vragen bij over het feit dat er in het begin blijkbaar parallelle informatiestromen waren, waardoor de gegevens van de testing niet gecentraliseerd werden, waardoor het moeilijk in te schatten viel hoeveel besmettingen er waren.

Réponse :

Je me suis déjà exprimé sur cette question lors de ma première audition. Verder is de vraag te stellen aan het nationaal referentielabo en sciensano.

VRAAG Nr. 139 (N-VA)

Ik heb ook nog een vraag over die virale hemorrhagische koorts waarover u het had. Werd dat onderzocht? Heeft het überhaupt iets te maken met COVID-19? Waarom werd het specifiek aangehaald? Werd daarmee iets gedaan? Zijn er testen van stalen gebeurd? Heeft men de oorsprong onderzocht?

Réponse :

Effectivement, lors de mon audition, je vous ai parlé de ce cas de fièvre hémorragique auquel nous étions confrontés durant le mois de janvier.

Je l'ai fait pour vous expliquer qu'à ce moment-là, vu l'arrivée de ce cas vraiment rare sur notre territoire, nous étions déjà, avant l'entrée du coronavirus en Europe, dans une démarche de préparation à une possible contamination de personnes avec le virus d'une fièvre hémorragique.

Er was een intense contacttracing lopende en samenwerking met het buitenland, ook aangaande de behandeling. De RMG kwam dus al actief bijeen in crisismodus en tijdens deze meeting werd de coronavirus uitbraak besproken. Met Covid-19 heeft virale haemorhagische koorts inderdaad geen verband.

VRAAG Nr. 140 (N-VA)

MM. DEPOORTER :

U had het in uw presentatie niet over het tekort aan swabs, maar dat werd al op 6 februari gemeld door Saint-Pierre. Ik heb het zelf aangehaald op 26 februari. Was u op de hoogte van een tekort aan swabs?

Réponse :

Effectivement, j'étais au courant. Cela ressort du rapport de la réunion du RMG le 6.02.2020 :

« St Pierre mentionne que les « swabs » sont menacés de rupture de stock. »

https://collab.health.fgov.be/sites/DVZ-SDP/CW/COVID-19_SpecialCommission/02%20-%20Fed.%20Inst/CIM%20-%20IMC/Plénières/20200325/FICHES-DOSSIERS/20200325_IMC-CIM_AGENDAP.3a_REPORTS%20RMG/20.02.06_%20RMG%20_rapport%20_FR.docx

A ce moment-là, les prélèvements ne manquent pas encore mais il s'agit d'une alerte pour une possible pénurie.

Er zijn dan ook bestellingen geweest waarvoor ik u voor bijkomende informatie verwijs naar de TF shortages.

M. RIGOT :

Des questions plus larges. Vous avez évoqué les moments d'attention qui ont été le Nouvel an chinois; deuxième moment d'attention, les retours de vacances de carnaval, alors que l'OMS a recommandé la plus grande prudence, notamment à l'égard des publics vulnérables. Donc en gros, la prudence c'est aussi envisager le testing, la mise en quarantaine.

- a) Avez-vous évoqué cette mise en quarantaine à l'époque? Après, elle a été appliquée durant les vacances d'été.
- b) Aurait-elle pu freiner l'épidémie?
- c) Le testing n'a pas été mis en œuvre de façon aussi large non plus à ce moment-là, comme il l'est aujourd'hui pour les retours de zones rouges et zones orange. L'avez-vous aussi envisagé au moment des vacances de carnaval?

Réponse :

- a) Avez-vous évoqué cette mise en quarantaine à l'époque? Après, elle a été appliquée durant les vacances d'été.

Op het moment van de krokusvakantie was het beeld over de uitgebreidheid van de transmissie in Italië (officieel beperkt tot 11 gemeenten op grote afstand van grote skigebieden) nog niet duidelijk. Met de lockdown zijn de grenzen gesloten en bestond geen nood om een quarantaine regel te voorzien. Ondertussen nam de kennis over pre- en asymptomatische transmissie toe en werd quarantaine bij het heropenen van de grenzen quarantaine inderdaad aanbevolen.

- b) Aurait-elle pu freiner l'épidémie?

Achteraf gezien was er inderdaad beter verbod op reizen in de krokusvakantie geweest en was aan terugkerende reizigers inderdaad beter quarantaine opgelegd geweest. Maar op basis van de kennis op dat ogenblik kon de impact niet voorspeld worden. Bovendien circuleerde het virus op dat moment ook al bij ons en werden naderhand meer en meer gevallen gemeld/vastgesteld zonder reishistoriek (cfr ook overleg tot verandering van fase). De terugkerende reizigers hebben het effect van de verspreiding allicht wel versterkt.

- c) Le testing n'a pas été mis en œuvre de façon aussi large non plus à ce moment-là, comme il l'est aujourd'hui pour les retours de zones rouges et zones orange. L'avez-vous aussi envisagé au moment des vacances de carnaval?

Er was toen gewoon onvoldoende capaciteit (zelf niet genoeg om alle personen met symptomen te testen), zowel op niveau van labo (reagentia, swabs, e.a.), met enorme vertraging voor het krijgen van een resultaat, als voor de afname (huisartsen hadden nog geen beschermingsmateriaal om stalen te kunnen afnemen en dienden in de regel patiënten dan naar een spoedgevallendienst te sturen met grote werkdruk aldaar). Pour éviter que les services d'urgence soient paralysés par l'afflux de patients peu malades, la définition de cas pour testing a été limitée à ceux qui présentaient des symptômes

sévère ou à risque d'en présenter mais tout autre patient qui présentait des symptômes légers devait être considéré comme covid possible et rester en quarantaine.

VRAAG Nr. 142 (CDH)

MM. FONCK :

Au niveau du testing, vous avez parlé du laboratoire de la KUL. C'est effectivement le laboratoire de référence. Ce laboratoire a vraiment été le seul, pendant de très nombreuses semaines, à pouvoir réaliser les tests, alors que l'on croyait qu'il y avait un décalage entre les besoins en matière de testing, les tests réalisés et les résultats obtenus.

- Pourquoi les tests n'ont-ils pas été confiés plus rapidement à d'autres laboratoires pour permettre une capacité de testing supérieure et, surtout, une mise à disposition des résultats plus rapide?

Réponse :

In januari omvatte de gekozen strategie de identificatie van geïmporteerde gevallen. In deze context was het niet nodig dat verschillende laboratoria testen zouden moeten analyseren die ook een bijkomende technische aanpassing vereisten. Verder werd het NRC hierin gevolgd ook aangaande het initiëren/voorbereiden van een nodige uitbreiding van de labocapaciteit eens de vraag de capaciteit van het NRC dreigt te overstijgen.

Ceci est confirmé par le rapport de la réunion RMG du 5.03.2020 :

« DISCUSSION :

25 laboratoires répartis dans toute la Belgique sont en cours d'optimisation pour pouvoir procéder aux tests COVID-19.

Ces laboratoires suivent les mêmes procédures que la KUL pour assurer la qualité des tests (certains ont d'autres procédures internes spécifiques mais la qualité est assurée).

Dans chaque laboratoire, un software sera installé pour la transmission et la centralisation des données.

Un rapportage global sera fait 1x par jour.

Les résultats sont tous confirmés par une 2ème analyse par le laboratoire de la KUL.

Pour les échantillons des catégories A et B, il faut environ 6h pour avoir les résultats.

DECISION / TO DO :

TO DO : la liste des laboratoires concernés sera transmise par la KUL aux autorités sanitaires. »

VRAAG Nr. 143 (CDH)

Avez-vous participé à la définition du *worst case*, puisque M. Van Gucht mais aussi la ministre De Block nous ont expliqué, au tout début mars en commission, que le *worst case* était d'environ

3 000 hospitalisations, dont 500 à 700 en USI. On sait aujourd'hui que le nombre d'hospitalisations s'élève à plus de 21 000.

- a) Le RMG a-t-il participé à la définition de ce *worst case*?
- b) Sinon savez-vous qui l'a défini?
- c) Pourquoi aucune décision de quarantaine n'a-t-elle été prise pour l'ensemble des régions touchées en France et en Italie au retour des vacances de carnaval et qu'un suivi s'est limité aux personnes revenant de trois villages seulement dans ces régions, alors même que, depuis le début, vous vous êtes inquiété au niveau du RMG de la manière avec laquelle les personnes allaient devoir être suivies pour le retour des zones infectées?

De cijfers waar u naar verwijst zijn m.i. gebaseerd op een ruwe inschatting die door leden van het wetenschappelijk comité werd uitgevoerd om een idee te hebben van de impact van de situatie in Wuhan op de Belgische gezondheidszorg en bijgevolg op de capaciteit/belasting van de ziekenhuizen. Dit was eerder een interne denkoefening en geen berekening of scenario dat stoelde op een of andere specifieke modellering; de RMG was daarin m.i. niet betrokken. In die zin was dit ook geen officiële raming of « worst case » waarop het beleid zou zijn/worden afgestemd.

Iedereen die symptomen vertoonde bij terugkeer uit de zones die als risicogebied golden, moest in quarantaine gaan en getest worden. De beslissing om een land aan de risicolijst toe te voegen was gebaseerd op verschillende criteria zoals incidentie, aantal dagen met een toename van het aantal gevallen, e.a. Toen de aantallen van gevallen toenamen in bepaalde delen van Europese landen, werd overwogen om ineens het ganse land als risicogebied te beschouwen. Rekeninghoudende met het dagdagelijkse reizigersverkeer tussen de landen van de EU en het feit dat we ons toen ook nog in het griepseizoen bevonden en er bijgevolg heel wat personen (griepale) symptomen konden vertonen die met Covid-19 overeenkwamen maar eigenlijk aan de griep te wijten waren, werd toen, besloten om het geografische criterium toch beperkt te houden. De keuze van maatregelen voor terugkerende reizigers uit risicogebieden werd immers mee bepaald door de haalbaarheid tgv het gebrek aan human resources en de belasting op de diensten die voor de contacttracing in stonden.

In deze context wil ik nog eens wijzen op de navolging van de isolatie en quarantaine. Sedert het begin van de crisis proberen we indexgevallen en HRC te identificeren, en ze dan te isoleren of in quarantaine te plaatsen. Als deze, op zich heel simpele strategie, goed zou werken bloedt de ziekteverspreiding letterlijk dood; echter, een aantal doen het, anderen -om heel diverse redenen- weer niet en we krijgen daar onvoldoende zicht en vat op. Ondanks alle inspanningen en opvolging is zelfs vandaag quarantaine dus nog steeds geen evidentie/problematisch en weten we niet (goed) in welke mate risicopersonen dit respecteren ; als een van de sleutels in de virale bestrijding is dit uitermate schrijnend en zeker de moeite om na te gaan waarom het zo moeilijk is om potentieel besmette personen te overtuigen van het risico dat ze vormen voor anderen en van hun aandeel in het onderhouden en/of opflakkeren van de ziekteverspreiding. Welke aspecten zorgen ervoor dat dit besef zich niet terdege ontwikkelt of dat een beoogde gedragsverandering uitblijft ? In hoeverre is de communicatie vanuit de overheid, experts, media hierin bepalend ?

Tenslotte, we mogen absoluut blij zijn dat we in een vrij land wonen. We moeten zeker zeer goed waken over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zonder twijfel. Alleen denk ik in dit kader dat in veel beschouwingen het recht op privacy op ongehoorde wijze boven het algemeen belang (dat qua ziektebescherming ook wel het individueel belang omvat) wordt gesteld; dit zeker als men bedenkt dat het om een vooral via de lucht verspreide aandoening gaat die de hele wereld treft en waar niemand beschaamd voor hoeft te zijn of met minachting moet worden bekeken (dus hoezo dit

onproportioneel privacy aspect). De focus hoort m.i. daarom niet zozeer op het virus te liggen (uiteraard belangrijk) maar veeleer op de drager die door het virus wordt gebruikt om te kunnen overleven; dit lijkt vanzelfsprekend maar is een iets andere insteek die meer toelaat de hardnekkige vasthoudenheid aan individuele rechten af te wegen tov het algemeen belang.

VRAAG Nr. 144 (DéFI)

MM. ROHONYI :

Pour ce qui concerne les conseils qui ont été donnés aux voyageurs, le 30 décembre 2019, Sciensano avait été informé qu'une pneumonie non identifiée était apparue en Chine, raison pour laquelle, le 9 janvier, des conseils de voyage ont été donnés pour la destination de Wuhan. Vous l'avez rappelé en début d'exposé. Pouvez-vous nous dire quel a été finalement l'élément déclencheur pour élargir ces conseils à tous les voyageurs?

Réponse :

Op zondag 26 januari 13 :15 werd aan Buitenlandse zaken inderdaad voorgesteld om in het kader van de escalerende evolutie van de 2019-nCov epidemie, geen reizen meer naar China te laten plaatsvinden. Dit betrof een uitbreiding van het vorig advies voor alle reizen naar China en voor iedereen.

De redenen hiertoe waren de volgende:

- China stopte blijkbaar overzeese reizen
- USA evacueerde onderdanen; andere landen mogelijk ook
- logisch zou zijn dat vluchten naar China worden gecancelld; ligt te moeilijk.
- we kunnen burgers die naar China vertrekken niet garanderen dat ze terug kunnen
- aantal cases is heel fel aan het uitbreiden en velen zijn met zekerheid niet geweten

Questions de la N-VA par écrit avant audition :

VRAAG Nr. 145 (N-VA - 2)

Op 30 januari vraagt het Wetenschappelijk Comité een bredere gevalsdefinitie. Waarom werd dit advies niet gevolgd?

Réponse :

De RAG volgde bij het adviseren van de gevalsdefinitie aan de RMG de voorstellen van de WHO en ECDC en er waren ook criteria bepaald om nieuwe landen in de gevalsdefinitie op te nemen met de bedoeling importgevallen te kunnen detecteren.

Het voorstel van het Wetenschappelijk Comité werd op een zeker moment niet gevolgd omdat dit tot problemen qua uitvoerbaarheid en haalbaarheid zou kunnen leiden gezien de schaarste aan middelen en gezien ook het begin van de seizoensgriep epidemie. Er werd rekening gehouden met het risico op overbelasting van de spoedgevallendiensten en de vorige gevalsdefinitie dateerde pas van 23.01.2020.

VRAAG Nr. 146 (N-VA - 4)

Klopt het dat het Nationaal Referentielabo in januari/februari zelf de gegevens bijhield van de testresultaten? Was dat de bedoeling? Wie had dit gevraagd? Was er op een gegeven moment een probleem van parallelle informatiestroom omdat niet alle data meteen werden doorgegeven naar Epistat? Is het volgens u de rol van Sciensano om de data te verzamelen en analyseren of heeft het NRL hier ook een rol in? Was die rolverdeling op voorhand duidelijk?

Réponse :

Deze vraag is eigenlijk aan Sciensano en het NRC te stellen.

Ik kan u wel vertellen dat bij de start van de epidemie enkel het NRC in staat was om testen uit te voeren. Alle NRC moeten de resultaten van de testen die zij uitvoeren binnen hun taak rapporteren aan Sciensano. In een normale context gebeurt dit 1x per jaar. In deze context was het belangrijk dat de data dagelijks werden gerapporteerd. Het klopt dat in de beginperiode de data niet rechtstreeks aan Sciensano werden gerapporteerd. Aangaan de rolverdeling is het de rol van Sciensano om data te analyseren en te rapporteren, niet van het NRC.

VRAAG Nr. 147 (N-VA - 8)

Er is sprake geweest van mobiele teams om testen af te nemen. Wiens voorstel was dat en waarom werd dit niet in de praktijk gebracht?

Réponse :

Dit idee kwam al bij aanvang van de crisis ter sprake; het is mogelijk dat dit aanvankelijk geopperd werd door de Gemeenschappen. Dit leek een heel praktische manier om iemand getraind een test te laten afnemen waar nodig. Zelf vond ik dit bij aanvang, *prima facie*, ook een goed idee en ik heb toen nog initiatief genomen om een medewerker-verpleegkundige van de FOD op vrijwillige basis de procedure te laten aanleren in het ziekenhuis van Neder-Over-Heembeek (wat ook is gebeurd) toen regelmatig stalen werden afgenomen bij de gerepatrieerde personen die in quarantaine waren.

Dit kwam ook ter sprake in de RMG op o.a. 06.02.2020 waarbij de FOD zou bekijken in hoeverre het haalbaar was om een mobiel team op te richten, dat zich bij een toename van het aantal gevallen naar de patiënt thuis zou kunnen begeven en dat ook de Gemeenschappen zou kunnen ondersteunen in

het afnemen van testen. Het voordeel daarbij was het gestandaardiseerd werken en het feit dat iemand die thuis was of bij de huisarts, zich niet naar de spoeddienst diende te verplaatsen om getest te worden en er aldus ook de werking op de spoeddienst niet extra zou belasten.

Ook op 28.02.2020 werd staalafname door mobiele teams besproken. Er zou bijvoorbeeld één mobiel team per provincie zijn en twee in Brussel. Het aantal mobiele teams zou dan evolueren in functie van de verspreiding van het virus. De mobiele teams zouden het nodige materiaal uit de voorraad van de ziekenhuizen nemen. Op de vraag of de vrijwilligers van B-Fast konden ingeschakeld worden voor die mobiele teams werd geantwoord dat het verzorgend personeel van B-Fast uit vrijwilligers bestaat die al voor het Belgisch gezondheidszorgsysteem werken wat betekent dat de staf van de ziekenhuizen zou verzwakken als uit hun personeel wordt geput. Verder werd gedacht aan medewerkers van de FOD administratie met verpleegkundige opleiding.

Intussen vonden ook verschillende leden van het wetenschappelijk comité dat een mobiele equipe van verpleegkundigen, die diepe neuswissers kon afnemen bij de patiënten thuis, een efficiënte, veilige en accurate manier was om detectie van het virus bij verdachte gevallen te organiseren. Er werd gesteld dat:

“Het ontlast huisartsen en spoeddiensten en beperkt transmissie in wachtzalen en verplaatsing patiënt naar spoeddienst.

De patiënt blijft thuis, belt naar de huisarts die een reis en klinische anamnese afneemt en in functie daarvan contact opneemt met inspecteur die de mobiele equipe opdracht geeft voor staalafname en collectie patiëntgegevens.

Voordelen:

- Centraal beheer van stock met afnamemateriaal en PPE
- Optimale kwaliteit sampling (diepe neus-keel regio) door getrainde verpleegkundigen
- sampling met correcte PPE
- Minder patiënten in spoed of wachtzaal
- Patiënt kan thuisblijven en minder risico op besmetting omgeving tijdens verplaatsing
- Staal kan veilig en correct getransporteerd worden
- Ontlasten van gezondheidsinspecteurs (meer tijd voor contact tracering,...)

Nodig:

- equipe van 30 verpleegkundigen voor 4 maanden, die zich met enige flexibiliteit on-demand kunnen vrijmaken
- wagen (? FOD)
- centrale stock PPE, sampling materiaal
- Evt. hulp vragen aan B-Fast voor samenstellen equipe: beschikken over een pool van >100 verpleegkundigen die zich 2-4 weken kunnen vrijmaken
- Vrijmaken crisisbudget”

Uiteindelijk leek het weinig haalbaar om een 24/7 dienst te organiseren, er waren onduidelijkheden aangaande verzekering bij incidenten en daarom werd de piste binnen de FOD niet verder uitgewerkt.

VRAAG Nr. 148 (N-VA - 9)

In het referentieziekenhuis Saint Pierre werd er al op 6/2 een tekort aan swabs gemeld. Hoe kan dit tekort worden verklaard?

Réponse :

Vanaf februari en dat vanaf 6/2 was er een stockbreuk bij zowel MLS als Becton Dickinson van de swabs en tube cultuur van het merk Copin. Copin een Zwitsers bedrijf had in de eerste golf enorm veel geleverd aan China en natuurlijk aan Italië . De verdelers in België kregen met mondjes maat een gedeelte van hun gevraagde bestelling. En bijgevolg konden zij niet meer voldoen aan de bestelde hoeveelheden vanuit alle ziekenhuizen. Elk ziekenhuis kreeg een fractie van hun bestelling. Er werd op een ogenblik in maart een alternatief aangeboden door Copin en uitgeleverd door MLS maar na iets meer dan een maand was dit ook niet meer verkrijgbaar. Daarom werd dan een productie huismerk labo HULB-ULB opgestart voor de culturen.

Verder was het een algemene vaststelling dat er tekorten dreigden van laboratoriummateriaal dat nodig is in de diagnosestelling van het coronavirus bij patiënten. Door de wereldwijde vraag nam deze dreiging alleen maar toe. Dit betrof niet alleen swabs maar ook ander labomateriaal en bvb later ook hulpmiddelen voor medische toestellen (vb beademingstoestellen).

VRAAG Nr. 149 (N-VA - 11)

Klopt het dat het NRL op 20/2 dacht dat de vraag naar testen niet sterk zou toenemen?

Il faut poser la question à LNR. Ik kan u enkel vermelden dat in het verslag van de RMG van 20.02 2020 het volgende staat : « De KUL verwacht niet dat het aantal tests nog al te veel zal toenemen, zelfs met de uitbreiding van de criteria in de definitie van de gevallen »

VRAAG Nr. 150 (N-VA – 12)

Hoe verliep de communicatie naar de perifere labs? Wanneer werd hen het protocol bezorgd? Wat waren de richtlijnen die ze kregen en wanneer kregen ze die? Klopt het dat er in het begin een dubbelcheck nodig was door het NRL? Werd dergelijke dubbelcheck ook in andere landen gedaan? Kan dit volgens u invloed hebben gehad op de contacttracing?

Cette question doit être posée à LNR et Sciensano.

VRAAG Nr. 151 (N-VA - 13)

Klopt het dat Vlaanderen op 25/2 de gevalsdefinitie wilde uitbreiden, maar dat Wallonië en Brussel dat niet wilden uit angst voor overbelasting?

Réponse :

Brussel en Wallonië meldden inderdaad dat een uitbreiding van de gevalsdefinitie op logistiek vlak moeilijk uitvoerbaar zou zijn, gezien de reeds bestaande overbelasting door de situatie in Italië (terugkeer uit Venetië of Lombardije met griepsymptomen).

De nieuwe gevalsdefinitie werd toen aanvaard, met de opmerking dat de gemeenschappen/gewesten niet voldoende middelen hebben om de tests uit te voeren. Er was in het algemeen voor ieder weinig marge.

VRAAG Nr. 152 (N-VA - 14)

Klopt het dat de gevalsdefinitie bepaald werd door de tekorten aan

- a. beschermingsmaterialen en
- b. aan testen?

J'ai déjà répondu à cette question supra.

VRAAG Nr. 153 (N-VA - 18)

Klopt het dat er pas op 28/2 werd gevraagd om alle labs te betrekken bij de testen? Waarom pas zo laat?

Réponse :

La première enquête auprès des labos pour connaître leur capacité et leur intention de développement d'une capacité diagnostique Covid-19 date de la semaine du 15/02/2020.

VRAAG Nr. 154 (N-VA - 19)

Klopt het dat het NRL op 5/3 meldt dat er prioriteiten moeten worden gesteld met betrekking tot de testen, omdat ze de toevloed aan testen niet meer konden verwerken?

Réponse :

De vraag dient gesteld aan het NRC.

Néanmoins, je peux vous dire que, du rapport du RMG du 5.03.2020, il ressort en effet que :

«A la KUL, un triage s'est avéré nécessaire sur les échantillons reçus en 3 Catégories (...)

Il est fait remarqué par les inspecteurs communautaires qu'ils ont des difficultés à suivre. Ils sont contactés en permanence (gouverneurs, cabinets, 1er ligne, etc) et doivent également suivre d'autres infections. Il faut donc faire attention à la définition de cas, que ce soit réalisable sur le terrain ».

Le tri par le LNR s'est éré nécessaire compte tenu du grand nombre de personnes asymptomatiques qui se faisaient tester pour se rassurer. La mesure visait plus particulièrement à anticiper une surcharge.

VRAAG Nr. 155 (N-VA - 20)

Op 7/3 blijkt dat tracing niet meer mogelijk is. Slechts 20% van de contacten kan worden getraceerd. Van wanneer tot wanneer heeft men in de eerste fase aan efficiënte contacttracing kunnen doen? Wat is volgens u de oorzaak dat men zo snel van tracing heeft moeten afzien?

Réponse :

Op een bepaald moment was contact tracing door een gebrek aan capaciteit in de praktijk niet meer te bolwerken.

La recherche de contact n'a pas été « abandonnée rapidement ». Un réajustement temporaire a été nécessaire. Er kon nog vooral gefocust worden op de grootste risicogeveallen.

Toch was de keuze om zo lang mogelijk « containment » na te streven.

VRAAG Nr. 156 (N-VA - 23)

Op een gegeven moment werden sneltesten van Coris voorgesteld op een vergadering (28/3). Wie stelde deze test voor? Waarom heeft men beslist om deze te bestellen? Was dit naar analogie van andere landen?

Cette question doit être posée à l'AFMPS et au TF Shortages.

VRAAG Nr. 157 (N-VA - 26)

Wat was de houding ten opzichte van het nationale testplatform? Waren alle partners op de hoogte van de ontwikkelingen en afspraken?

Réponse :

Dit was een goed en absoluut nuttig initiatief waarover ook in de RMG werd gerapporteerd en dat ongetwijfeld positief werd onthaald. Wel kon er een betere afstemming zijn geweest over de bepaling van de teststrategie, en dus ook alle logistieke elementen bvb daarrond, in het kader van het optimaal benutten van de testcapaciteit.

QUESTIONS DU CD&V PAR ECRIT AVANT AUDITION :

VRAAG Nr. 158 (CD&V)

De criteria om in aanmerking te komen voor een test waren zeer beperkt. Lag dit aan een tekort van materialen / capaciteit of was dit een wetenschappelijk ingeschatte keuze?

Er waren meermaals oproepen van zowel minister DBCK als de virologen om de testcriteria uit te breiden

J'ai répondu à cette question supra.

VRAAG Nr. 159 (CD&V)

Dokter Quoilin van de RAG gaf aan dat er rekening werd gehouden met deze 3 indicatoren om de pandemie te meten: changes, severity en impact. Waarom is er op dat moment voor die 3 indicatoren gekozen? Wie maakte die beslissing is dat de RAG, RMG of sciensano als wetenschappelijk instituut. In 1 van de inleidend rapporten van onze experts verwijst men naar de epi-toezicht voor de crisis die al bestaande was en die meting gebeurd door 4 factoren.

1. – de incidentie (i.e. het aantal nieuwe gevallen in een bepaalde periode);
2. – het reproductiegetal (R_0), dat aangeeft in welke mate de ziekte zich verspreidt;
3. – de opname in de ziekenhuizen en op de intensieve zorg;
4. – de specifieke sterftecijfers (met betrekking tot de ziekte, per geslacht, per leeftijdscategorie enzovoort).

Gedurende de hele periode van de eerste golf werd alleen ten volle rekening gehouden met de indicatoren die de ernst weergeven (ziekenhuisopnames en sterftecijfers). Bij gebrek aan diagnosetests, alsook doordat alleen de in het ziekenhuis opgenomen patiënten met de zwaarste symptomen konden worden getest, was het immers onmogelijk de frequentie van de ziekte bij de bevolking (incidentie) te meten

Cette question doit être posée à Sciensano.

L'évolution, la gravité et l'impact sont les trois dimensions dans lesquelles Sciensano décrit l'épidémie dans l'approche gestion aiguë. Pour chacune de ces dimensions, une série d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont suivis dont ceux mentionnés ci-dessus. Mais ce ne sont pas les seuls. Le nombre d'indicateurs a aussi augmenté au fur et à mesure de l'installation de l'épidémie afin de répondre aux besoins en information pour la gestion de la crise.

VRAAG Nr. 160 (CD&V)

Er werd al eens gezegd dat de indicatoren tijdens de crisis vaak gewijzigd zijn geweest gedurende de crisis kunt u dit bevestigen? Kunt u ons ook uitleggen op dewelke manieren dat is gebeurd en of dit invloed heeft op de inschatting van de crisis én evaluatie op lange termijn?

- Kunt u ons iets meer vertellen over de strategie rond testing en inzetten van labo's?
 - o Langdurig centraal houden van testing

- Inzetten op privé markt

Réponse :

Deze vraag dient gesteld aan Sciensano, het NRC en de TF shortages.

PLAN PANDEMIE / PLAN D'URGENCE

QUESTIONS POSEES PAR ECRIT AVANT AUDITION (1 à 101)

VRAAG Nr. 161 (MM. LAMS - 12)

a) Er is geen sanitair noodplan uitgewerkt op federaal niveau, hadden we door het bestaan van zo'n plan beter kunnen ingrijpen? Zijn er nu reeds concrete acties opgestart om dit plan weldegelijk te verwezenlijken?

Réponse :

Reeds beantwoord in de andere vragen

VRAAG Nr. 162 (MM. LAMS - 18)

Waren er op internationaal niveau voorzorgen genomen op een pandemie?

- a) Bestaan hier Risk Assessments van?
- b) Indien positief, werden voor dat risico plannen opgesteld voor een internationale aanpak?
- c) Zijn er oefeningen/trainingen geweest (waarvan u weet heeft) om deze problematiek in kaart te brengen en wat waren de belangrijkste outcomes van die oefeningen/trainingen?

Réponse:

De WHO waarschuwde inderdaad reeds langer voor het risico op een pandemie.

Vous savez qu'il existe un RSI de 2005 édicté par l'OMS qui a « force obligatoire pour la Belgique ». L'OMS assure une vigilance sanitaire au niveau international mais cette vigilance dépend très largement de la qualité et de la rapidité avec laquelle les Etats communiquent leurs informations sanitaires à l'OMS. Il y a un temps de latence entre le moment où un événement sanitaires surgit dans un Etat et le moment où l'OMS peut à son tour répercuter ces infos vers le reste du monde.

Vous savez aussi que l'ECDC est en quelques sorte le « Sciensano » au niveau européen. L'ECDC assure donc un rôle de surveillance épidémiologique

Prendre des « précautions » contre une pandémie telle que nous la connaissons aujourd'hui est un vœu pieu compte tenu de nos modes de vies modernes.

Les voyages, les enjeux économiques, les relations diplomatiques sont autant de facteurs qui « parasitent »

L'OMS a édicté en 2005 une *check list* pour permettre aux Etats de se préparer à une pandémie éventuelle.

Il y a eu des exercices au niveau européen.

Mais il ne faut pas confondre deux notions très différentes que sont la gestion de catastrophes et la gestion d'une pandémie.

La gestion de catastrophe est :

- Un évènement soudain
- Dans un périmètre limité (Souvent à l'échelle nationale)
- Impliquant un nombre limité de victimes
- Mais surtout dans une durée limitée
- Il est question de blessures / décès

Dans la cadre d'une pandémie mondiale le scénario est radicalement différent :

- La découverte de cas est progressive
- Le périmètre est illimité (international / mondial)
- Le nombre de victimes est potentiellement illimité et incertain (dépend de la détection)
- La durée est potentiellement illimitée (dépend de la découverte d'un traitement / vaccin)
- Il est question de maladie / décès

Il est beaucoup plus faisable d'organiser des exercices de gestion de catastrophes que d'organiser des exercices de gestion de pandémie. La gestion de pandémie inclut toute une série d'inconnues sur lesquelles on n'a pas de prise.

VRAAG Nr. 163 (MM. LAMS - 22)

Er bestaan verschillende fasen door FOD volksgezondheid gehanteerd in een crisissituatie (fase 1 – 3). Zijn deze fasen afgestemd op de fasering van de noodplanning (IBZ)? Bestaan er criteria voor deze afstemming/afgesproken schakelpunten om naar en hogere fase te gaan?

Réponse :

Er worden inderdaad verschillende fasen gebruikt om het verloop, de verspreiding en de aanpak van een besmettelijke ziekte te situeren.

- Fase 1: men probeert het virus uit het land te houden. Hiervoor werkt de diensten volksgezondheid samen met alle huisartsen en ziekenhuizen. Zij staan klaar om iemand met symptomen te identificeren en te behandelen. Er bestaan strenge procedures die bij de minste twijfel worden toegepast.
- Fase 2: men probeert de verspreiding van het virus te stoppen. Als er iemand positief test voor het nieuwe coronavirus, probeert men meerdere besmettingen te voorkomen. Ook voor deze fase bestaan strikte procedures. Een arts infectieziektebestrijding gaat na met wie de besmette persoon in contact kwam (bv. vrienden of familie), om ook hen te testen en eventuele maatregelen te nemen.

- Fase 3: bij een groot aantal besmette personen, concentreren de diensten Volksgezondheid zich voornamelijk op de behandeling van patiënten. Hiervoor werken ze nauw samen met de ziekenhuizen. Ze bekijken waar er extra capaciteit nodig is, hoe ze patiënten het best kunnen verdelen over verschillende ziekenhuizen en welke opnames uitgesteld kunnen worden.

Wanneer de besmettingshaarden niet ingedijkt kunnen worden en het virus zich overal gaat verspreiden, niet meer te stoppen is, komt het erop aan de impact zo veel mogelijk te verminderen. "Prioriteit is dan om alle slachtoffers optimaal op te vangen en te behandelen, thuis of in het ziekenhuis. Dan moeten we zo veel mogelijk ziekenhuisbedden vrijmaken en /of bijcreëren. Elk ziekenhuis heeft daar een eigen noodplan voor. Deze strategie includeert ook een tijdelijke opnamestop van niet-dringende zorg en een spreiding van patiënten over de ziekenhuizen.

Deze fasen hebben geen rechtstreeks verband met de fasen uit de noodplanning waarop bvb het Ministerieel besluit van 13 maart 2020 houdende de afkondiging van de federale fase betreffende de coördinatie en het beheer van de crisis coronavirus COVID-19, het koninklijk besluit van 31 januari 2003 tot vaststelling van het noodplan voor de crisisgebeurtenissen en -situaties die een coördinatie of een beheer op nationaal niveau vereisen en het koninklijk besluit van 22 mei 2019 betreffende de noodplanning en het beheer van noodsituaties op het gemeentelijk en provinciaal niveau en betreffende de rol van de burgemeesters en de provinciegouverneurs in geval van crisisgebeurtenissen en -situaties die een coördinatie of een beheer op nationaal niveau vereisen, betrekking hebben.

De afkondiging en activering van deze laatstgenoemde fasen zijn beslissingen die tot gevolg hebben dat de beleidscoördinatie en dus de verantwoordelijkheid wordt opgenomen door een overheid, hetzij de gemeentelijke, de provinciale dan wel de federale.

Zo wordt bij een noodsituatie de gemeentelijke fase afgekondigd door de burgemeester voor noodsituaties die op gemeentelijk niveau kunnen beheerd worden, de provinciale fase wordt afgekondigd door de gouverneur voor noodsituaties die grootschalig en/of gemeentegrensoverschrijdend zijn en extra middelen vergen en de federale fase wordt afgekondigd door de minister van binnenlandse zaken voor noodsituaties die nationaal gecoördineerd moeten worden.

Volledigheidshalve vermeld ik wel nog dat in het ziekenhuisnoodplan er aangaande operationele taken wel afstemming is met de gemeentelijke en provinciale noodplannen en anderzijds hebben we de ziekenhuizen in deze crisis ook gevraagd hun noodplannen te activeren.

VRAAG Nr. 164 (CD&V - 72)

Waarom werden de in het pandemienoodplan opgenomen instantie voor coördinatie en analyse niet aangezocht?

Réponse :

Zie ook vraag 24, 73, 171 en tijdens de eerste audit heb ik ook over het pandemieplan gesproken.

De coördinatiestructuren (Beheerscel, Evaluatiecel, Infocel, Ecosoc, departementale crisiscellen, provinciale en lokale coördinatie) werden opgericht. Verder ook bvb het wetenschappelijk comite,

Hoge gezondheidsraad, surveillance systemen, case-management, modelling met verwachte impact en de talrijke taken die in de epidemiologische opvolging, analyse en beoordeling van de situatie door de RAG (nog niet aldus in dit document vernoemd) zijn opgenomen.

VRAAG Nr. 165 (VB - 75)

Waarom werd het bestaande griep pandemieplan niet gebruikt en waarom werden de opstellers van dat plan niet gecontacteerd?

Réponse :

Cette question doit être lue en combinaison avec la question précédente.

Lorsque les organes sont trop complexes, il est difficile de leur donner une existence pérenne et fonctionnelle.

Pour rappel, une importante mise à jour est en cours dans le cadre du Generic preparedness plan (GPP). Un des buts est aussi de créer un outil pratique, avec des fiches très simples à utiliser en cas de crise ; ce n'est pas lorsqu'une crise survient qu'il faut commencer à lire 500 pages. C'est un excellent travail de réflexion qui est une bonne base pour la création de fiches opérationnelles.

Ook door gebrek aan mankracht is de opmaak van dit GPP al enkele jaren bezig ; PHE, en dus ook het NFP, gaf hiertoe continu input samen met andere stakeholders. Momenteel wordt hieraan binnen de FOD volksgezondheid verder gewerkt, ook o.a. met inbreng van de evaluatie die ik had opgemaakt na de H1N1 pandemie.

VRAAG Nr. 166 (CDH - 89)

Est-ce qu'en amont de la crise, vous disposiez de recommandations de l'OMS et ECDC sur les plans pandémies, sur l'harmonisation de ces plans au niveau des Etats Membres (tracing permanent), des indicateurs de suivi pour avoir une harmonisation de la surveillance épidémiologique, et sur les stocks de protection individuelle que chaque Etat membre devait avoir ?

Réponse :

Uiteraard zijn er de International Health Regulations die duidelijk aangeven welke types ziekten er gemeld moet worden aan de WHO en ECDC en wat er nodig is aan surveillance capaciteiten. Dit alles blijft echter heel algemeen (zie o.a. p. 40 van het IHR reglement waar sprake is over de "CORE CAPACITY REQUIREMENTS").

Op niveau van de stocks zijn er een reeks aanbevelingen in de Jont External Evaluation of IHR core capacities.

Ensuite, des recommandations de l'ECDC et de l'OMS existent mais il s'agit toujours de recommandations très générales, puisqu'elles s'adressent à un grand nombre d'Etats dont les réalités nationales sont à géométries variables.

L'OMS ne dit jamais aux Etats « vous devez prévoir autant de masques par habitants ».

En 2005, l'OMS a édité une « checklist » pour aider les Etats à se préparer à une potentielle pandémie de grippe. La liste de contrôle se composait des grandes sections suivantes :

- préparation à une situation d'urgence
- surveillance
- examen et traitement des cas
- prévention de la propagation de la maladie dans la communauté
- préservation des services essentiels
- recherche et évaluation
- application, mise à l'essai et révision du plan national

Par ailleurs, lors d'une réponse précédente, je vous ai expliqué que Sciensano est en relation étroite et constante avec l'ECDC et ce, même en dehors d'une période de crise.

Le Dr. Quoilin vous avait également parlé des relations existantes entre l'ECDC et les instituts de santé publique nationaux et d'une absence d'harmonisation.

VRAAG Nr. 167 (CDH - 95)

En amont de la crise, y-avait-il des recommandations précises par rapport à l'importance d'avoir un plan pandémie ?

- Si oui, est-ce que le NFC est partie prenante pour ce plan pandémie qui aurait dû exister dans une version actualisée ?
- Comment le NFC s'articule avec sciensano, avec le SPF ?
- Est-ce que vous étiez au courant de la suppression du stock stratégique d'équipements de protection individuelle?

Réponse :

L'OMS recommande aux Etats d'élaborer un plan pandémie comme expliqué à la question précédente.

Je suppose que le NFC est en fait le NFP, sinon, je ne comprends pas la question.

Comme expliqué à la question 164/72 posée par le CD&V, le SPF Santé publique est impliqué dans le plan pandémie. Il n'est pas précisé que le NFP est spécifiquement consulté, mais il est assez logique que ce soit le cas.

Mon rôle de NFP vous a été expliqué lors de ma première audition.

J'ai répondu à la dernière sous-question dans la partie consacrée au stock.

VRAAG Nr. 168 (CDH - 101)

Etes-vous impliqué dans la rédaction du plan générique pandémie qui est en cours actuellement (notamment par Sciensano) ?

Zie het antwoord op de vorige vragen (165, e.a.)

VRAAG Nr. 169 (N-VA)

MM. DEPOORTER :

Mijn collega heeft verwezen naar het pandemieplan. Ik vind dat u uzelf daarover een beetje tegensprekt en ik zou graag weten waarom. Volgens u zou een geüpdatet pandemieplan ons niet veel verder geholpen hebben. Anderzijds geeft u wel aan dat een pandemieplan, een urgentieplan of een preparednessplan efficiënt zou zijn, als daaraan kleine veranderingen aangebracht kunnen worden naargelang de ziekte of uitbraak. Wat is het verschil? Kunt u ons dat duidelijk maken?

Réponse :

Ik verwijs naar eerdere antwoorden en de vaststelling dat we veel aspecten uit het pandemieplan ook nu hebben gebruikt.

Bij een generiek plan worden bepaalde aspecten zoals surveillance, detectie, alarmering, opschaling, contactopsporing, staalafname, communicatie, afschaling, ea. zaken die bij bepaalde agentia of ziekteverwekkers hetzelfde zijn algemeen of generiek beschreven. Zo krijgt men een stramien dat bij bepaalde groepen van uitbraken tot op een bepaalde hoogte eenzelfde aanpak inhoudt. Dit betekent dat de voorbereiding en de manier van handelen tijdens een crisis tot op een bepaalde hoogte steeds dezelfde is. Daar waar de maatregelen specifiek zijn/worden, creëert men specifieke richtlijnen, fiches, e.a. En daarnaast zal men bij iedere crisis ook nog rekening moeten houden met elementen die nieuw opduiken of zich anders manifesteren dan aanvankelijk gedacht ; zo kon bvb in 2009 het pandemieplan ook niet op dezelfde wijze gevolgd worden als het was opgesteld (vb geen vaccinatie in de zorgmeldpunten).

Donc oui, je pense qu'il faut un plan qui soit un « dénominateur commun » et sur lequel on peut facilement greffer des éléments spécifiques.

Ce dénominateur commun doit être très simple, très opérationnel et très entraîné.

Il faut que les personnes susceptibles de devoir intervenir aient l'habitude de travailler ensemble et se connaissent. C'est cela qui crée de l'efficacité, de la confiance et des automatismes.

VRAAG Nr. 170 (Ecolo – Groen)

MM. CREEMERS :

U zegt anderzijds over het pandemieplan dat het niet had kunnen voorkomen waar we nu zijn. Het is te kort door de bocht om te zeggen dat een pandemieplan in de schuif dat had kunnen voorkomen. Als het nu in een pandemieplan of eender welk soort plan stond, had het wel al duidelijkheid kunnen scheppen over wie waarvoor verantwoordelijk is. In 2009 zullen die problemen toch ook wel zijn opgedoken. Wij hebben een lijvige nota gekregen van de diensten over wie waarvoor verantwoordelijk is. In volle crisis hebt u daar waarschijnlijk ook geen tijd voor. Dat geeft u ook aan. We zullen een en ander niet meer kunnen rechtzetten op korte tijd, maar lijkt het niet nuttig om daar alvast een punt van te maken in een plan op basis van verschillende groepen ziekten, zoals u al aangaf?

J'ai déjà répondu à cette question précédemment.

VRAAG Nr. 171 (PS)

M. RIGOT :

Vous dites que de nombreux éléments du plan Pandémie ont été mis en œuvre, mais vous dites aussi qu'il était difficile d'activer ce plan, parce que nous étions le nez dans le guidon. C'est vrai, c'est un fait et nous le comprenons. Il s'agit d'être à la fois dans une gestion de crise et dans l'adaptation de procédures.

- a) Quels sont les éléments que vous avez repris dans le plan Pandémie?
 - b) Avez-vous eu des contacts avec des auteurs du plan Pandémie pour voir ce qu'on pouvait en retirer d'immédiatement opérationnalisable et d'utile dans la crise que l'on traversait?
 - c) Avez-vous reçu des recommandations de l'ECDC ou de l'OMS sur une actualisation des points d'attention, une attitude à adopter, par exemple sur la constitution de stocks de matériel?
- J'ai répondu à cette sous-question supra. (166/89).

Réponse :

- a) Voorbeelden van aspecten (niet-limitatief) die ook in het pandemieplan zijn/waren opgenomen en in deze crisis aan bod kwamen, meestal uiteraard wel in gewijzigde versies gezien ontbrekende update, zijn:
 - Het principe van de crisiscellen; ook bij de entiteiten
 - de werking in verschillende structuren; beheerscel, evaluatiecel, infocel ecosoc
 - de communicatie naar publiek/ zorgverleners
 - het internationaal aspect WHO/EU (wetende dat de lidstaten initieel wel noodgedwongen op zichzelf terugvielen)
 - de formulering van reisadviezen
 - de communicatie naar Belgen in het buitenland
 - de opvang van buitenlanders in België
 - maatregelen ivm bvb doorvoeren van dringende medische zorg over de landsgrenzen heen
 - het aspect vaccinatie en aanbevelingen HGR
 - de rol van het Nationaal Referentie Labo
 - de surveillance systemen
 - de epidemiologische evaluatie door sciensano
 - de opvolging van de infecties in de ziekenhuizen, mortaliteit, e.a.
 - de bepaling van de gevalsdefinitie;
 - de ontwikkeling van testcapaciteit, systeem van melding van gevallen, contactopsporing, verzamelen van data, geografische differentiatie
 - de principes van quarantaine
 - de procedure opvang in de luchthaven
 - de behandelingsaspecten en het voorzien in medicatie

- de hygienemaatregelen, beschikbaarheid ontsmettingsprodukten
- de verdeling van de PBM
- het principe van vaccinaankoop
- het principe kritische structuren/ business continuity plan bedrijven
- het principe te sluiten/ open te houden sectoren
- de taken opgenomen door RAG, RMG

Wel was er eerder geen formeel interministerieel coördinatiecomité influenza (dat in het plan van 2006 diende in te staan voor de coördinatie en het dagelijks beheer van de pandemievoorbereiding) meer ingesteld. De taken van de stuurgroep zijn kennelijk opgenomen door en zeker in de eerste helft van de crisis waargemaakt door de coördinerende rol van de RMG.

- b) Nous n'avons pas eu de contacts avec les rédacteurs de ce plan.
- c) J'ai déjà répondu à cette sous-question en de Joint External Evaluation van de WHO (2017) formuleerde in deze een reeks aanbevelingen.

VRAAG Nr. 172 (VB)

MM. SNEPPE :

U zei dat het goed zou zijn als we een pandemieplan zouden hebben waarmee dan geoefend kan worden en dat regelmatig geactualiseerd kan worden. Anderzijds zegt u ook dat u het eigenlijk niet echt gebruikt hebt maar dat u heel wat aspecten onbewust gebruikt hebt of in voege hebt laten treden. Als we zo'n plan zouden hebben, met een bepaalde structuur waaraan men dan op het moment zelf invulling kan geven naargelang het virus of de ramp, dan zou dat de werking kunnen vergemakkelijken. Men zou ook tijd kunnen winnen door die bepaalde structuur te volgen. Ik zou daar graag nog even uw visie op horen.

J'ai déjà répondu à cette question.

VRAAG Nr. 173 (MR)

M.DE MAEGD :

Par ailleurs, s'agissant du plan pandémie, êtes-vous impliqué dans un processus de recueil des enseignements de la crise?

De même, participez-vous à la rédaction d'un tel plan, qui serait mis en œuvre par Sciensano?

Réponse :

De opmaak van het Generic Preparedness Plan is al enkele jaren bezig; het pandemieplan zal hier deel van uitmaken en men maakt daar momenteel werk van. Verder worden ook de lessen meegenomen die zijn af te leiden uit het evaluatiedocument dat na de H1N1 pandemie is opgesteld. Vanzelfsprekend zullen ook de conclusies van deze commissie, waarnaar we heel sterk uitkijken, en de essentiële

evaluatie van deze crisis die we na afloop met alle betrokken moeten organiseren, samen met de lessen uit andere landen en adviezen van bvb WHO en ECDC, mee in de redactie moeten worden verrat.

Het nemen van de nodige tijd hiervoor, na de crisis (momenteel is dit absoluut onmogelijk), zal een cruciaal element zijn en ik hoop dat dit besef na de crisis niet verdwijnt door de vele belangrijke taken en opdrachten die ongetwijfeld door de pandemie zijn verdrongen.

VRAAG Nr. 174 (DéFI)

MM. ROHONYI :

En ce qui concerne le plan pandémie, pourquoi, selon vous, ce plan, qui avait été prévu à l'époque pour le H1N1, n'a pas été réactivé et mis à jour? Des propositions ont-elles été faites en ce sens au cours de cette fameuse réunion du RMG du 23 janvier 2020, puisqu'il s'agit quand même là d'une recommandation fondamentale de l'OMS qui, par conséquent, aurait normalement également dû être faite par le RAG?

Entre-temps, avez-vous été sollicité pour l'actualisation de ce plan? Si oui, quand? Où en sommes-nous aujourd'hui?

J'ai déjà répondu à cette question.

QUESTIONS DE LA N-VA PAR ECRIT AVANT AUDITION

VRAAG Nr. 175 (N-VA - 10)

Werd het pandemieplan geupdated en gebruikt?

J'ai déjà répondu à cette question.

QUESTIONS DU CD&V PAR ECRIT AVANT AUDITION

VRAAG Nr. 176 (CD&V)

Er bestaat een pandemieplan, van 2006, hoe goed is deze van dienst geweest of uberhaupt gebruikt? Zijn de pilaren/ schrijvers van dat plan op enig moment betrokken tijdens de crisis?

J'ai déjà répondu à cette question.

QUESTIONS « GOVERNANCE » / RMG (Rôle, fonctionnement, ...)

QUESTIONS POSEES PAR ECRIT AVANT AUDITION

VRAAG Nr. 177 (M. COPPIETERS - 2)

Quel est le rôle dans la crise de la cellule Public Health Emergency ?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 178 (MM. BELKHIR - 6)

Quelle est l'articulation exacte entre le RMG, le RAG et le comité scientifique (créé le 28/01/2020): qui définit qui sont les membres? sur base de quels critères? qui prend les décisions sanitaires finales en cas de désaccord?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 179 (MM. BELKHIR - 7)

Est-ce le RMG qui a favorisé un seul laboratoire de testing (KUL) en début de crise? Si pas, qui a pris cette décision et pourquoi n'y a-t-il pas eu d'anticipation sur les capacités nécessaires à la bonne gestion de la crise?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 180 (MM. BELKHIR - 8)

Quel est le rôle exact du « **Point FOCAL RSI** »: alerter l'OMS et/ou alerter la Belgique en fonction des données transmises par l'OMS?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 181 (MM. BELKHIR - 9)

Quel a été le rôle exact du SPF dans la gestion de cette crise quand on sait que sciensano a joué un rôle important (définitions des cas et dès lors des critères de testing etc) mais que la gestion des lits au sein des hôpitaux par exemple a été gérée par le ' Comité Hospital & Transport Surge Capacity' ? Comment se sont articulées les différentes instances?

Réponse :

J'ai expliqué les interactions entre les différentes structures de la gestion de crise lors de mon audition sur base d'un organigramme.

VRAAG Nr. 182 (MM. LAMS - 11)

Doet de Risk Management Group risicoanalyses om mogelijke toekomstige dreigingen in kaart te brengen? Wordt er aan foresight gedaan?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 183 (MM. LAMS - 13)

RMG krijgt advies van RAG. Worden de beslissingen van RMG onmiddellijk doorgevoerd of dienen deze als advies aan een ander orgaan zoals CELEVAL of COFECO of rechtstreeks aan de NVR vooraleer ze eventueel omgezet wordt in beleid? Hoe is de verhouding tussen alle vernoemde organen en wat is het onderscheid tussen deze?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 184 (MM. LAMS - 14)

Heeft u een beslissingsbevoegdheid als voorzitter van RMG (of uitsluitend een adviserende rol)? In welke adviesraden zetelt u nog meer, buiten het RMG?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 185 (MM. LAMS - 15)

Hoe verliep de communicatie en de samenwerking tussen de federale diensten gezondheid, de diensten van de gewesten inzake gezondheid, de provinciale en lokale crisiscellen? Eveneens, hoe verliep de communicatie en de samenwerking tussen de FOD Volksgezondheid en de Europese/Internationale instanties?

Réponse :

- a) J'ai répondu à la première partie de la question lors de ma première audition.
- b) Sur la manière dont s'est déroulé la communication et la coopération entre le SPF Santé publique et les instances européennes/internationales

Mon Collègue, Lieven De Raedt responsable du service « relations internationales », serait bien mieux à même de vous répondre, ce qu'il a déjà fait j'imagine.

VRAAG Nr. 186 (MM. LAMS - 20)

U bent National Focal Point voor ons land en daarboven ook voorzitter van de RMG, is die combinatie haalbaar voor 1 persoon?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 187 (MM. LAMS - 23)

Wat is de taak van de Federale gezondheidsinspecteurs in deze crisis? Hoe is dit vanuit de FOD Volksgezondheid georganiseerd?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 188 (MM. LAMS - 24)

Was het mogelijk om aan de hand van de FGI's een beeld te krijgen van het terrein?

Cette question doit être posée aux inspecteurs fédéraux.

VRAAG Nr. 189 (OPEN - VLD - 25)

Hoe is de RMG samengesteld? Zitten steeds dezelfde personen in de RMG, of hangt dit af van de aard van de problematiek?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 190 (OPEN - VLD – 26)

Op welk moment treedt de RMG in werking? Is dit op eigen initiatief of is dit op vraag van de politieke overheden?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 191 (OPEN - VLD- 27)

In welke mate was de RMG voorbereid voor een pandemie van dergelijke opvang? Waren er draaiboeken voor een dergelijke crisis?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 192 (OPEN - VLD - 28)

Wanneer kwam de RMG een eerste keer samen i.h.k.v. Covid19? Hoeveel vergaderingen waren er in deze beginperiode (tot eind maart 2020)?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 193 (OPEN – VLD - 29)

Neemt de RMG zijn beslissingen enkel op basis van de adviezen van de RAG, of worden ook andere elementen meegenomen in het beslissingsproces (e.g. adviezen van de WHO en de ECDC)?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 194 (OPEN - VLD - 30)

De RMG werd uitgebreid met een Wetenschappelijk Comité van wetenschappers. Wat was hiervoor de reden? Gebeurde dit op vraag van de RMG?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 195 (OPEN - VLD - 31)

Hoe verliep de samenwerking met het Wetenschappelijk Comité? Zat de RMG en het Wetenschappelijk Comité op dezelfde lijn over de te nemen beslissingen?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

VRAAG Nr. 196 (OPEN - VLD - 32)

Hoe verliep de communicatie en de samenwerking tussen de federale diensten gezondheid en de diensten van de gewesten inzake gezondheid? Was het steeds duidelijk wie bevoegd was?

Réponse :

J'ai déjà répondu à la première partie de la question. Quant à savoir qui est compétent pour quoi, je dois bien admettre que cela n'a pas toujours été évident pour deux raisons essentielles :

- La complexité de la répartition des compétences dans notre structure étatique
- Les questions complètement inédites qui ont été soulevées et pour lesquelles il a vraiment fallu faire des recherches : Par exemple, peut-on imposer un confinement ou un test et si oui, qui peut l'imposer ? Saniport a également été sujet à discussions. Ce ne sont que des exemples...

VRAAG Nr. 197 (OPEN - VLD - 33)

Werden de beslissingen van de RMG allemaal uitgevoerd? Zo niet, welke werden door de overheden van ons land niet gevolgd?

Réponse :

Non, toutes les décisions du RMG n'ont pas été mises en œuvres. La décision finale appartient toujours au politique.

VRAAG Nr. 198 (OPEN - VLD – 34)

Wanneer was het duidelijk voor de RMG dat de Covid19 epidemie een majeur probleem vormde voor de Belgische volksgezondheid, en niet zoals eerdere pandemieën beperkt zou blijven tot Azië? Wat heeft tot dit inzicht geleid?

Réponse :

Entre le 20 et le 25 février, le nombre de cas en Europe a considérablement augmenté, l'Italie étant la plus touchée.

Le 20.02.2020, il y a 47 cas positifs dans 9 pays européens.

Op het moment dat blijkbaar verspreiding optrad zonder expliciet verband met reizen naar China of contact met een reiziger vanuit China, was het duidelijk dat het virus buiten China circuleerde (Iran, Italië). C'est vraisemblablement la situation rapidement dégradée en Italie qui nous a alertés. Vanaf dan wist men dat dit ook in België kon toeslaan.

Mais la situation était sous très étroite surveillance par Sciensano dès le tout début du mois de janvier.

VRAAG Nr. 199 (OPEN - VLD - 35)

In de eerste maanden werd, op vraag van het WHO, zo weinig mogelijk restricties opgelegd voor verplaatsingen naar andere landen. De krokusvakantie bleek, achteraf gezien, een belangrijk ogenblik in de verspreiding van de epidemie. Wat besliste de RMG omtrent de teruggekeerde reizigers? Moesten deze getest worden, of in quarantaine blijven? Wat was de achterliggende redenering van deze beslissing?

Réponse :

Begin maart werd bepaald dat het in quarantaine plaatsen en testen van asymptomatische terugkerende reizigers niet nodig was.

Volwassenen konden hun gewone activiteiten verderzetten ; wel moesten ze gedurende 14 dagen na hun terugkeer zelf hun gezondheidstoestand opvolgen (zelfmonitoring), door tweemaal per dag hun lichaamstemperatuur te meten en bij koorts of andere respiratoire symptomen (cfr gevalsdefinitie) diende contact opgenomen te worden met de huisarts en moest de procedure voor een verdacht geval gevolgd worden.

Asymptomatische kinderen mochten naar de kinderopvang/school gaan, ook als zichzelf of één van hun ouders terugkwamen van een regio of land waar er gevallen van COVID-19 voorkwamen. Ze werden niet getest. Als één van de ouders of nauwe contacten van het kind echter een bevestigd geval van COVID-19 was, diende het kind in thuisisolatie te blijven. Het was immers niet uitgesloten dat kinderen meer viruspartikels kunnen uitscheiden dan adolescenten of volwassenen, ook als ze nog niet of niet meer symptomatisch zijn, zoals ook voor andere virussen (denk aan Influenza) het geval is. Bovendien was/is het in acht nemen van de basis hygiëne maatregelen voor hen minder evident.

Voor zorgverleners gold dat steeds de leidinggevende op het werk over mogelijke blootstelling moest geïnformeerd worden. De arbeidsgeneesheer diende een register bij te houden en in regelmatig contact te staan met de regionale gezondheidsinspectie. Bij het ontwikkelen van respiratoire symptomen diende men zich minstens tot het verdwijnen van de symptomen af te zonderen. Testen gebeurde alleen op basis van de gevalsdefinitie.

- bij hoog-risico contact
 - verwijdering van het werk gedurende 14 dagen;
 - actieve opvolging door de Dienst Infectieziektebestrijding;
 - beperken van sociale interacties en houden van minimum 1,5m afstand;
 - controleren van de lichaamstemperatuur 2x/dag.
- bij laag-risico contact
 - verwijdering van het werk was niet noodzakelijk;
 - extra aandacht aan de algemene hygiënemaatregelen
 - indien mogelijk, vermijden van contact met immuungeprimeerde patiënten op het werk;
 - controleren van de lichaamstemperatuur 2x/dag.

Hierbij werd rekening gehouden met:

- ervaringen uit de SARS-epidemie met vaststelling dat nosocomiale transmissie in belangrijke mate bijdroeg aan de epidemie.
- ziekenhuispatiënten vormen een bijzonder kwetsbare populatie.
- voldoende personeel en ziekenhuiscapaciteit is van het grootste belang tijdens een epidemie, en toen waren we nog steeds in het Influenza-seizoen.
- de bestaande wetenschappelijke richtlijnen

VRAAG Nr. 200 (OPEN - VLD - 36)

De 'case definition' voor testing was in eerste instantie erg beperkt, en werd in de loop van de crisis verder uitgebreid. Was het niet beter geweest deze 'case definition' van in het begin ruimer te doen? Wat was de reden om dit niet te doen? (e.g. een wetenschappelijke reden, te weinig testcapaciteit, te weinig tracingcapaciteit, etc.)

Réponse:

D'une part, au mois de janvier – février, la situation épidémiologique ne justifiait pas l'élargissement de la *case definition*, et d'autre part, vous connaissez la problématique du manque de PPE et de réactifs qui a limité la politique de testing.

Lors de réponses précédentes, j'ai également eu l'occasion de vous expliquer que les inspecteurs communautaires ont eu du mal à suivre le rythme au début du mois de mars.

VRAAG Nr. 201 (OPEN - VLD - 37)

Wanneer werd door de RMG besloten dat het gebruik van mondmaskers veel breder zou moeten gebeuren dan enkel voor het medisch personeel. Wat was de aanleiding voor deze beslissing?

Réponse :

Een consensus werkgroep samengesteld uit leden van de RAG, het wetenschappelijk comité, de Hoge Gezondheidsraad, de FOD Volksgezondheid en het FAGG boog zich op vraag van de RMG over de aanbevelingen rond mondmaskers. In het consensusdocument van 17 april 2020 (dat publiekelijk beschikbaar is) wordt aanbevolen om "Momenteel, tijdens de periode van social distancing, kunnen textielen maskers gebruikt worden door personen die geen symptomen vertonen als middel om pre- of asymptomatische overdracht te voorkomen in omstandigheden waar social distancing moeilijk is, bijvoorbeeld voor bewoners van collectiviteiten, politieagenten, de brandweer... Een textielen masker kan tevens een fysieke barrière vormen tegen spatten, maar moet worden afgenomen zodra het bevuild is. Wanneer de inperkingsmaatregelen geleidelijk aan worden opgeheven, worden textielen maskers aangeraden voor elke situatie waarbij een contact op minder dan 1,5m afstand nodig is, en op plaatsen waar veel mensen samenkomen (bv. openbaar vervoer, supermarkten, ...)." Het

gepubliceerde document bevat een uitvoerige wetenschappelijke onderbouwing waarin zowel het standpunt van de WHO (geen gebruik van mondmaskers door de algemene bevolking) als van de ECDC (lijst mogelijke voor- en nadelen op) als verschillende oproepen van wetenschappers in de wetenschappelijke literatuur in overweging worden genomen.

In het RMG verslag van 17 april staat bvb dat de centrale boodschap is dat men door het dragen van textielmaskers anderen beschermd.

VRAAG Nr. 202 (OPEN - VLD - 38)

Hoe verliep de beslissingsprocedure (RAG – RMG- politieke overheden)? Was deze procedure gestroomlijnd?

J'ai répondu à cette question lors de ma première audition.

VRAAG Nr. 203 (SP.A - 40)

Is het mogelijk deze commissie een overzicht van de contacten en vergaderingen te bezorgen voor de periode januari-17 februari?

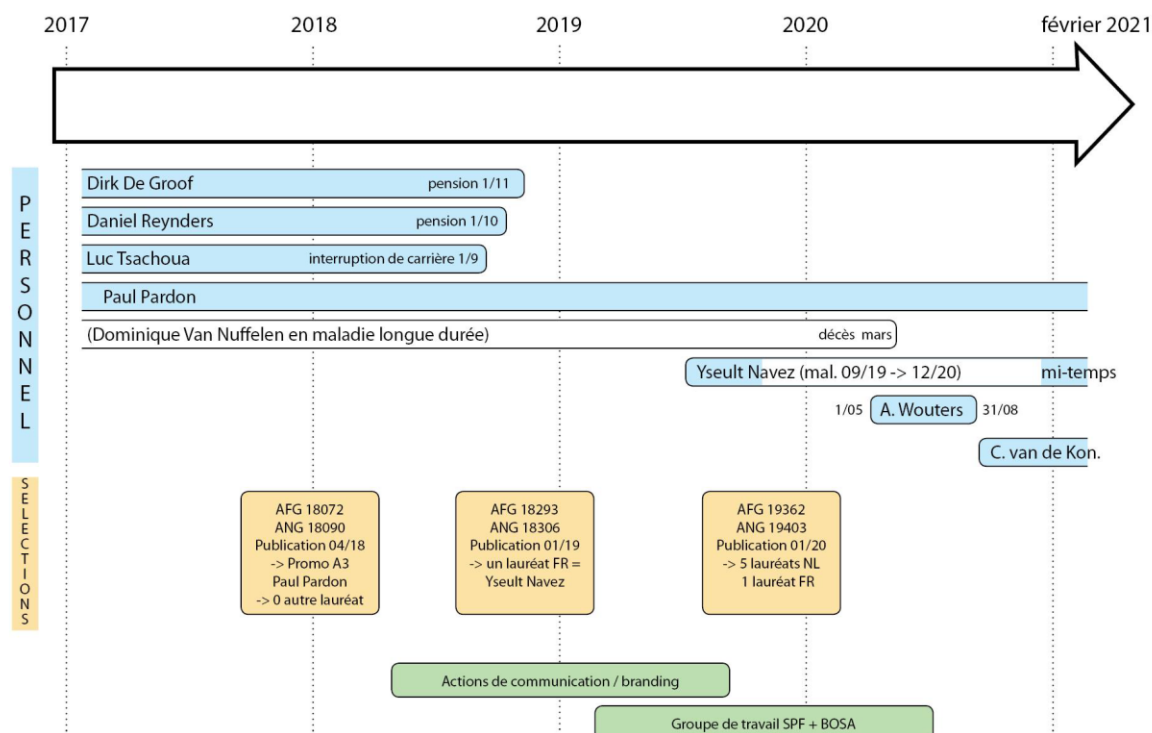
Réponse:

Naast onderstaand overzicht verwijs ik ook naar de reeds gegeven chronologie.

In het RMG verslag van 20.06.2019 staat vermeld dat “Momenteel beschikken de teams inzake volksgezondheid (PHE) niet over voldoende personeel om de gevallen te beheren. De FOD moet de Minister van Volksgezondheid hiervan bewust maken en de politieke leiders voor hun verantwoordelijkheden plaatsen”.

Le président de l’SPF vous a rendu des réponses écrites très détaillées sur les procédures de recrutement et les mouvements de personnel.

Je vous redonne un aperçu assez parlant du processus :



VRAAG Nr. 205 (PVDA-PTB - 56)

Staat er in het advies van 13/11/2019 dat “het niet aan bereidheid ontbreekt om het pandemieplan te activeren, maar dat de Cel Medische Bewaking momenteel kampt met een tekort aan bekwaam personeel”. In welke mate is die cel, onder de FOD Volksgezondheid, afgeslankt? Kan u een overzicht geven van de evolutie van het aantal personeelsleden bij de Cel MB van 2015 - nu?

Je me permets de vous renvoyer à ma réponse précédente.

VRAAG Nr. 206 (VB – 74)

Wanneer en door wie werd u, of uw dienst, op de hoogte gesteld van de verspreiding van het virus? Wanneer werd de ernst van het virus begrepen?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition et à la seconde partie de la question ci-dessus. (Q.30).

VRAAG Nr. 207 (CDH - 90)

Combien de personnes sont investies dans les structures en Belgique (au niveau fédéral et entités fédérées) : Est-ce exact que vous êtes le seul membre du National Focal Point ? Quels sont les liens entre le NFP et la cellule *public health emergency* du SPF Santé ? Pourriez-vous nous informer de l'évolution du nombre de personnes et du budget de ces instances ces dernières années ? Est-ce que vous avez fait des demandes de renfort, des demandes de budget pour assurer vos missions ? A qui ont-elles été adressées ? Ont-elles été suivies ?

Réponse :

Oui, je suis seul NFP et je dirige la cellule PHE. J'ai détaillé le rôle du NFP lors de mon audition. Voor de (budgettaire) versterking van de bestaffing van de PHE cel verwijst ik u naar het antwoord op vraag 204.

Sedert crisisbegin wordt deeltijds ondersteuning verleend aan de RMG door, wat wisselend in de tijd, 2-3 nieuwe krachten. Eerst waren dit medewerkers van de FOD vanuit andere diensten, later nieuw aangeworven personeel met tijdelijke contracten, nu tot juni 2021.

De PHE cel werd in februari 2021 verruimd met 2 FTE die momenteel ook bijkomende crisistaken binnen de FOD opnemen.

VRAAG Nr. 208 (CDH - 91)

On voit qu'en fonction du type de signal, c'est une structure différente qui réagit (signal local, SPF Santé publique, RAG). Comment se fait l'articulation à partir de ce signal entre le SPF Santé publique, le RAG, le National Focal Point ?

J'ai répondu à cette question lors de mon audition.

QUESTIONS POSEES LORS DE L'AUDITION :

VRAAG Nr. 209 (N-VA)

MM. GIJBELS :

U zegt dat het pandemieplan voor influenza werd geschreven. Het was niet toepasbaar, maar er zijn wel verschillende dingen toegepast. Het is belangrijk om te weten wie verantwoordelijk en bevoegd is voor wat. Als ik die verslagen van de RMG lees, zijn er tot in april onduidelijkheden over de bevoegdheden geweest. Ik denk dat dit absoluut moet worden vermeden omdat het tot heel veel tijdverlies en onnodige discussies heeft geleid. Ik veronderstel dat u dat ook vindt, maar ik zou dat graag even bevestigd horen.

Réponse:

Ik kan absoluut bevestigen dat het essentieel is dat duidelijk wordt bepaald wie waarvoor bevoegd is én daar dan ook verantwoordelijk voor is én verantwoordelijk voor gesteld kan worden.

Het is belangrijk dat deze elementen voor alle partijen helder zijn en gerespecteerd worden of dat bijkomend ondubbelzinnig is bepaald wanneer en hoe afwijkingen kunnen intreden en welke procedure dan moet gevolgd worden.

Il est vrai, comme j'ai déjà eu l'occasion de le mentionner précédemment que lors du passage en phase fédérale, quelques ajustements ont été nécessaires. Des personnes ont rejoint la gestion de crise et n'avaient jamais eu l'occasion de pratiquer les structures de crise auparavant. Ook nu nog is het soms een moeilijke evenwichtsoefening om de taken van de verschillende organen bvb op strategisch of operationeel vlak juist te vatten, zeker als het om nieuw gecreëerde structuren gaat met deels gelijkaardige samenstelling en in praktijk andere of parallelle hiërarchische relatie.

Il faudra clarifier le processus de décision et la configuration des organes de crise une fois que les choses se seront calmées. Daarbij wil ik in ieder geval het nut en de waardevolle bijdrage van de verschillende werkgroepen, taskforces, e.a. zeker benadrukken.

VRAAG Nr. 210 (ECOLO - GROEN)

MM. CREEMERS :

U gaf zelf aan dat u 24 uur op 24 bereikbaar bent geweest sinds de eerste meldingen. U hebt in uw chronologie verschillende keren gemeld dat de kwestie zich op een zondag of in het weekend voordeed. U hebt bijna alle dagen genoemd in uw chronologie. Dat maakte uw chronologie heel verhelderend. U zegt dat het op een gegeven moment heel verlamdend was om niet te kunnen reflecteren over waar we mee bezig waren. Als buitenstaander lijkt het mij dat er een heel organigram voorligt dat ons moet voorbereiden op crisissen en dat we zo'n druk leggen op één persoon bij de RMG. Twee weken geleden zei mevrouw Colin ook al dat ze zo veel verantwoordelijkheid en druk op haar schouders had liggen. Het is net eigen aan een crisis dat het lang rustig kan zijn en dan ineens in volle hevigheid uitbarst. Konden we dan niet vooraf inschatten dat het op een gegeven moment niet meer te doen was om de verantwoordelijkheid op één paar schouders te laten rusten? Als we dat voor deze crisis niet voorzien hebben, kunnen we dat dan wel in het organigram? Zo hebt u een volgende keer ten minste een paar collega's waarmee u kunt reflecteren en werk delen. Het kan toch niet zijn dat u 10 maanden aan een stuk 24 uur op 24 bereikbaar bent en dat we in een nieuwe crisis van u en mevrouw Colin hetzelfde verwachten? Ik hoop dat we voor die bezorgdheid aanbevelingen kunnen vinden. Ik kijk ook al even naar onze experts. Hopelijk krijgen we ook hun input over hoe we dat in de toekomst kunnen vermijden.

Je pense avoir donné les explication sur cette question lors d'une précédente réponse. Sedert eind 2018 ben ik 24/7 bereikbaar. Er is versterking gekomen die sedert enkele maanden progressief actief inzetbaar is, weliswaar slechts gedeeltelijk.

VRAAG Nr. 211 (PS)

M. RIGOT :

Vous avez aussi souligné le manque de clarté dans les missions et les responsabilités des entités fédérées, du fédéral et des différentes institutions. Vous avez souligné le manque de moyens du RMG et le manque de cadre pour le national focal point, notamment, puisque vous êtes seul aux commandes. Avez-vous pu dire que vous aviez besoin de moyens supplémentaires et de clarté? Avez-vous obtenu des moyens supplémentaires depuis lors?

Je pense avoir donné l'explication sur cette question lors d'une précédente réponse.

VRAAG Nr. 212 (PS)

Avez-vous pu relayer vos incompréhensions quant à certaines décisions prises? Vous l'avez en effet évoqué: quelquefois lorsque des décisions ont été prises, on vous avait demandé votre avis en parallèle. Il aurait dû être pris plus vite. Même si vous dites que vous ne donnez qu'un avis, avez-vous pu parfois relayer votre frustration ou votre désaccord avec le fait que les avis n'étaient pas suivis?

Réponse :

Je suis assez au clair avec les limites de ma fonction au sein du RMG. La frustration est très relative. Il est normal que lorsqu'on participe à un processus de décision collégial, votre avis personnel ne soit pas toujours suivi. Et il est important de pouvoir soutenir une décision prise sur base d'un consensus même si celle-ci ne reflète pas votre propre opinion.

Het vermijden van parallel werk is tijdens het verloop van de crisis verbeterd ; hier vond dus blijkbaar ook een groeiproces plaats in het kennen van de procedures, in de toewijzing van de vraagstelling aan de juiste organen en in een toenemende samenwerking. Verder zijn we in deze crisis ook geconfronteerd met uiterst complexe situaties die het loutere volksgezondheidsaspect overstegen en die ook mee in rekening dienden gebracht te worden, inclusief mogelijke neveneffecten van de gekozen strategie waarvan de impact of reikwijdte bij het nemen van de beslissing niet steeds of helemaal niet te overzien was. Denken we bvb aan de echt schrijnende toestanden bij overlijdens, geen afscheid kunnen nemen. Of de deprivatie van bezoek, van menselijk contact in de zorginstellingen, de manifeste vereenzaming omdat het accent van de strategie enkel op de vrijwaring van besmetting lag en het belang van andere, toch ook gezondheidsgerelateerde aspecten zoals welzijn volledig moest wijken. Zonder hierbij gewag te maken van locale initiatieven waar de restricties meer dan strikt of verkeerd werden toegepast. Verder zijn er op tal van andere vlakken nadelige neveneffecten, « collateral damage », zoals bij werkverlies, onderwijs ; dit is u genoegzaam bekend.

En men mag absoluut niet vergeten dat we in januari 2020 heel weinig van dit nieuwe virus wisten, er was geen harde op hoogstaand wetenschappelijk onderzoek gebaseerde evidentie.

De transparantie door het publiek maken van de RMG verslagen was in dit opzicht een goede zaak. En ook de toenemende focus op meetbare doelstellingen/streefcijfers zoals de hospitalisatiecijfers en ICU bezetting ; ook dat was een groeiproces dat onderweg de tweede en derde golf niet heeft verhinderd maar zich wel verder ontwikkelde, ook zonder bestaande harde bewijzen dat de effecten wel degelijk dank zij bepaalde maatregelen werden bereikt. Het was en is trouwens nog steeds een en-en-verhaal van maatregelen die samen resultaat opleveren.

In deze context wil ik nog eens het belang van goede communicatie benadrukken met het essentieel uitleggen van het waarom van de maatregelen zodat mensen dit kunnen begrijpen en dan ook de zin beseffen. En wijkt men af van een publieke stelling, dan is het raadzaam dit goed te onderbouwen; dit creëert draagvlak en vertrouwen.

VRAAG Nr. 213 (MR)

M. DE MAEGD :

L'une des missions de cette commission vise à évaluer les structures de gestion de crise. Vous en avez parlé dans la dernière partie de votre intervention. Voici mes questions. Dans votre exposé, vous avez indiqué que le Public Health Emergency - qui existe depuis 2018 -, c'est une seule personne: en l'occurrence, vous-même. À votre sens, que faudrait-il faire? Vous estimez-vous suffisant ou bien cet organisme devrait-il recruter d'autres membres; si oui combien?

Je me réfère à ce que j'ai exposé ci-dessus sur le même sujet.

VRAAG Nr. 214 (MR)

Et puis, j'en viens à des constats plus générales. Comme l'ont souligné mes collègues, le RMG fonctionne au consensus. Les avis sont communiqués, autant que possible, sur une base scientifique pour mieux suivre les arguments du RAG. Cependant, et je vous cite, "il y a des interactions politiques". Vous ajoutez devoir veiller vous-même à un consensus, quitte à modifier votre position personnelle.

- Finalement, que faudrait-il faire?
- Il est certain qu'il y a des interactions politiques au niveau du RMG. Que faudrait-il faire pour éviter cette dichotomie et avoir un message plus clair?

Je me réfère à ce que j'ai dit à la question 212.

VRAAG Nr. 215 (PVDA-PTB)

MM. MERCKX :

Mijnheer de voorzitter, mijnheer Pardon, mijn eerste vraag gaat juist over uw werk. Hoe komt het dat alleen u de cel Public Health Emergency bemant? Is dat vroeger anders geweest? Is de huidige situatie al dan niet het gevolg van besparingen?

Je me réfère à ce que j'ai dit lors de mon audition et ci-dessus à ce propos.

VRAAG Nr. 216 (CDH)

MM. FONCK :

Tout d'abord, depuis octobre 2018, vous êtes seul. N'a-t-il jamais été envisagé de renforcer votre équipe? Des demandes ont-elles été effectuées en ce sens? Quels sont vos besoins immédiats qui

pourraient être adressés au nouveau gouvernement pour vous permettre d'assumer d'une manière correcte et de dégager les meilleurs résultats possible avec des équipes suffisantes?

Je me réfère à mes réponses précédentes.

VRAAG Nr. 217 (CDH)

Enfin, vous avez expliqué combien le caractère scientifique se perdait au niveau des décisions et des mesures à prendre du fait de la présence des représentants des différents ministres de la Santé des différents niveaux de pouvoir au sein du RMG et parce que certaines décisions ont été prises directement au niveau du CNS ou de la conférence interministérielle. Vous avez dit très clairement que vous aviez également émis plusieurs mesures par rapport aux assouplissements.

J'en déduis donc que vous avez trouvé à un certain moment que les assouplissements allaient trop vite et n'étaient pas raisonnables.

- Pourriez-vous nous préciser quels assouplissements vous avez considérés comme pas raisonnables? Quand? Sur quoi?
- Qui a décidé de ces assouplissements alors que cela n'allait pas dans le sens des décisions scientifiques émises, j'imagine, en partie par le RAG et par les scientifiques du RMG, et peut-être à l'inverse des politiques du RMG, du CNS ou de la conférence interministérielle?

Réponse :

Dit is een moeilijke vraag omdat ze niet zwart-wit te beantwoorden is. Een epidemie wordt steeds gedreven door het aantal gevoelige personen voor besmetting. Zolang er dus voldoende gevoelige individuen voor besmetting zijn, houdt een versoepeling van de mate en intensiteit van contacten steeds risico's in en zullen ze, als ze maar lang genoeg duren, steeds een heropflakking van de epidemie veroorzaken.

Maar uiteraard is het onmogelijk dat we allemaal gedurende meer dan een jaar individueel in ons "kot"/op onze kamer blijven; economisch niet, sociaal en mentaal niet en uiteraard ook niet wat essentiële zorgnoden aangaat. Het is dus logisch dat er af en toe versoepeld wordt.

Wat mijn inziens jammer is, maar maatschappelijk wel begrijpelijk gezien het gewicht van de epidemie op ieders schouders, is dat er bij indicaties van stijgende besmettingscijfers heel vaak te lang is gewacht met opnieuw verstrengen om zo echte golven te vermijden. De contacten van vandaag zijn de zieken van volgende week, de opnames binnen twee weken en de ICU-noden en overlijdens binnen drie weken. Het ligt maatschappelijk moeilijk om te verstrengen wanneer de cijfers stijgen maar "nog meevallen", maar toch was dat nodig geweest om veel lijden te voorkomen. Hetzelfde geldt bij het te vroeg terug versoepelen. Versoepelen op een moment dat de prevalentie – dus het aantal mensen dat deels onbekend besmet in de maatschappij rondloopt – nog niet laag is, houdt niet alleen een risico in, maar geeft zelfs een zekerheid van snelle nieuwe opflakkingen en stijgende besmettingscijfers.

In die zin zijn criteria voor verstrenging en versoepeling op basis van de incidentie, op basis ook van opnamecijfers, niet echt gevolgd en dat is jammer. Beslissingen kwamen nogal eens te laat wat betreft verstrengingen en te vroeg wat betreft versoepelingen of te snel op elkaar met bvb te weinig tijd tussen twee opeenvolgende versoepelingen om de impact te kunnen beoordelen. Wanneer we het louter en alleen vanuit epidemiologisch standpunt bekijken toch, ... maar een maatschappij is ook in epidemietijd natuurlijk meer dan alleen virus en besmettingscijfers.

Wat verder bemoeilijkend was, zijn de vele uitzonderingen en de complexiteit van de maatregelen, bijvoorbeeld rond wie, wanneer nog mag reizen; wie wel en wie niet in quarantaine moet of getest moet worden gaande van topsporters over seizoensarbeiders, over vrij vaag omschreven uitzonderingen over intellectuele knelpuntberoepen. Zonder het daarbij dan nog te hebben over de ambigue situatie van het sterk afraden maar niet (kunnen/mogen) verbieden van reizen en de lastige controle op het naleven van de quarantaine.

VRAAG Nr. 218 (DéFI)

MM. ROHONYI :

Pour ce qui concerne les avis en tant que tels du RMG, vous nous avez expliqué qu'ils n'avaient pas toujours été suivis par le politique - vous avez évoqué le CNS -, tout en précisant que vous l'acceptiez parce que vous étiez à votre juste place. Je trouve que ce sont des propos qui sont très corrects de votre part mais c'est quand même interpellant pour nous de les entendre.

- Quels ont été ces avis qui n'ont pas été suivis?
- Avec le recul de cette crise, avec les enseignements que nous tirons aujourd'hui et dans la situation actuelle avec cette deuxième vague, quels sont ces avis qui auraient dû malgré tout être suivis ?

Réponse :

Zie het antwoord op vraag 217.

Les assouplissements sont décidés in fine au niveau politique.

En dit politieke niveau is breder dan de interacties binnen de RMG en de IMC Volksgezondheid.

Dit neemt niet weg dat het spijtig is als RMG standputen niet worden gevolgd, juist omdat deze voortvloeien uit een grondig overleg tussen de administratie en de politiek en dit op basis van het advies van de experts.

J'ai effectivement dit lors de mon audition que le RMG avait mis en garde contre des mesures d'assouplissement, mais la décision finale ne nous appartient pas. In deze context verdient het wel aanbeveling dat duidelijk is vastgelegd wie wat/waarover beslist.

VRAAG Nr. 219 (DéFI)

Enfin, je souhaitais revenir à la question du manque de personnel mis à votre disposition pour vous aider dans l'importante mission qui vous incombe aujourd'hui. Selon vous, il est difficile de savoir où allouer le plus efficacement ces moyens, que l'on se trouve ou non en période de crise. Malgré tout, cette question reste fondamentale, en particulier au regard de nos discussions budgétaires avec le nouveau gouvernement dans les prochaines semaines. Dès lors, j'ose espérer des précisions de votre part quant à vos besoins actuels.

J'ai répondu précédemment.

QUESTIONS DU CD&V PAR ECRIT AVANT AUDITION

VRAAG Nr. 220 (CD&V)

Dokter Sophie Quoilin beschreef in een eerdere hoorzitting dat er een tekort was aan personeel binnen de FOD Volksgezondheid om adequaat voorbereid te zijn op de crisis. Zij beschreef ook moeilijke werkomstandigheden en de lange uren die gepresteerd moesten worden. Zijn deze omstandigheden op enig moment in de crisis gerapporteerd binnen de FOD Volksgezondheid of aan het kabinet? Zo ja, wanneer en wat was de reactie?

J'ai déjà répondu à cette question.

VRAAG Nr. 221 (CD&V)

Zijn er bepaalde aspecten die u ons als commissie kunt adviseren om ons in te verdiepen voor verbetering in pandemie voorbereiding die u vandaag mss niet aan bod heeft zien komen?

Réponse:

Ik verwijs u naar het antwoord op vraag 71.

Je pense que cette crise nous a quelque part donné une leçon d'humilité.

Il faut revenir aux fondamentaux : des principes de base, un entraînement, une connaissance personnelle et individualisée des collègues avec lesquels on sera amenés à interagir. Utiliser ce qui existe déjà et qui fonctionne. Arrêter de vouloir réinventer la roue.

VRAAG Nr. 222 (CD&V)

U bent in de RMG geconfronteerd met de vertegenwoordigers van 9 ministers van Gezondheid. Wat vindt u daarvan? Denkt u dat er aan efficiënte kan gewonnen worden indien men over 1 federale minister zou beschikken?

Je me permets de vous renvoyer à la question 14 supra.

VRAAG Nr. 223 (CD&V)

Considérez-vous qu'il manquait d'un « centre opérationnel » pour orchestrer la gestion de l'épidémie?

Zie ook vraag 24, 73

VRAAG Nr. 224 (CD&V)

Eenheid van commando in tijden van crisis is een grote noodzaak. Wat betekent dat voor u na de ervaringen die we hebben gehad in een land als België. Hoe zou u ermee omgaan als we kijken naar de verdeling van bevoegdheden regio's vs federale overheid? Waar ziet u de zwaktes en verbeterpunten?

Zie ook het antwoord op vraag 40, 66, 70, 71.

We spreken over meer geïntegreerde zorg om het welzijn van patiënten te verbeteren, over de patient centraal, over multidisciplinaire netwerken, over transmurale zorg, e.a. maar van het systeem om dat alles mogelijk te maken hebben we een ongelooflijk versnipperd en verbrokken kluwen gemaakt.

Dit leidt ertoe dat heel veel overleg nodig is om uit deze diversiteit terug tot een uniforme aanpak te komen. Als daar geen haast bij is, krijgt men dit wel geregeld waarbij de diversiteit in de implementatie verder toeneemt. Maar in een crisis en als het snel moet gaan leidt deze verscheidenheid tot vertraging, inefficiëntie, onbegrip. In zo een situatie is er nood aan eenheid van commando en ook aan eenheid van of uniformiteit in de implementatie.

Bij een crisis met impact op de volksgezondheid moet de FOD Volksgezondheid in staat zijn de coördinatie te verzekeren; dit veronderstelt een versterking van de middelen om deze rol ook doeltreffend te kunnen uitvoeren. Als we het nu logisch vinden dat we investeren in defensie, en ik draag defensie in het hart, dus in het voorkomen en bestrijden van conflicten, moeten we dan niet meer aandacht besteden aan dat andere beschermen van de bevolking door evenzeer te investeren in het voorkomen en bestrijden van bvb besmettelijke ziekten. Dat dit nog niet duidelijk was bij de Spaanse griep ja... maar met deze ervaring zou iedereen toch moeten beseffen dat er meer middelen moeten worden gestoken in de verdediging tegen de kleinste indringers, tegen snel verspreidende ziekten waarvoor geen vaccins of medicatie bestaat. En dit al zeker in een context van toenemende globalisering en aanwassende wereldbevolking. Hiertoe hebben we welomschreven en doordachte structuren nodig die gepast en efficiënt kunnen handelen met duidelijk bepaalde bevoegdheden en verantwoordelijkheden en waarvan de interacties op voorhand zijn vastgelegd (bvb GPP).

EVALUATION / REACTION A LA MENACE

QUESTIONS POSEES PAR ECRIT AVANT AUDITION

VRAAG Nr. 225 (CDH - 85)

Pourriez-vous indiquer dans une ligne du temps la façon dont la menace émergente et la pandémie ont été examinées par la Belgique par rapport au contexte international (signaux d'alertes de l'OMS, autres pays qui avaient pris conscience de la gravité de la situation). Comment est-ce que la Belgique, via le national focal point a analysé les différentes recommandations, les différentes informations dont la Belgique disposait de l'OMS, de l'Europe et sur le plan scientifique international? Comment le RMG

a pris en considération, interprété et transmis aux politiques l'analyse de ces données internationales ?

Réponse :

J'ai répondu à la première partie de la question lors de mon audition.

Sciensano est en contact régulier avec l'ECDC et les recommandations de l'OMS et de l'ECDC sont discutées au RMG. Le RMG examine dans quelle mesure ces recommandations ou ces informations correspondent ou pas à la situation belge et prend des décisions en conséquence. Ces décisions sont ou ne sont pas entérinées au niveau politique.

Le politique est présent au RMG donc la transmission s'opère de facto par les représentants des cabinets.

VRAAG Nr. 226 (CDH - 86)

Le 30/01, l'OMS indique que les Etats doivent se préparer à une pandémie et donne des recommandations. Le 23/01, 1^{ère} réunion du RMG : quelles ont été les décisions prises par ce RMG le 23/01 ? Quid de la 1^{ère} réunion du RMG après la proclamation internationale ? Dès janvier, au niveau international, des recommandations ont été données en matière de tracing et testing mais il a fallu des mois avant de l'installer en Belgique. En février, la Ministre de block parle toujours de « grippette ». Comment expliquer ce décalage entre l'alerte internationale et le peu d'action en Belgique (minimisation, testing anecdotique, pas de tracing) ?

Réponse :

In de RMG van 23.01.2020 werd de situatie besproken met volgende elementen:

Het betreft een nieuw coronavirus dat opdook in China in december 2019, het kreeg de naam 2019-nCoV. Op 31 december 2019 heeft de stedelijke gezondheidscommissie van Wuhan, provincie Hubei, China, een groep van pneumoniegevallen gemeld met een gezamenlijke link naar de verkoop op de markt van diverse diersoorten. Op 20 januari 2020 werden er in totaal 295 gevallen van in het laboratorium bevestigde besmettingen met 2019-nCoV gemeld, waarvan 291 in Wuhan, China, en vier in verband met reizen in Thailand (2), Japan (1) en Zuid-Korea (1). Onder die gevallen werden vier overlijdens gemeld. De Chinese overheidsdiensten bevoegd voor gezondheid hebben de overdracht van mens op mens bevestigd en 15 gezondheidswerkers zouden besmet zijn geraakt in Wuhan. Dit virus benadert het Sars-virus, maar heeft een lagere mortaliteit (1 à 2 %).

De situatie werd toen als volgt beoordeeld met hieronder ook de genomen beslissingen:

Risk assessment/ Risico-evaluatie

➤ Volgens de informatie die tot nu toe werd ontvangen, kunnen de autoriteiten een geruststellende boodschap brengen. Een voortdurende epidemiologische monitoring is nodig om die aanbeveling aan te passen bij evolutie van het risico. De ziekte maakt reeds het voorwerp uit van een verplichte melding. België beschikt over een procedure voor het beheer van gevallen van 2019-nCoV. Het NRC heeft de diagnosecapaciteit voor 2019-nCoV ontwikkeld. België beschikt over een referentieziekenhuis en een vervoerssysteem voor patiënten met zeer besmettelijke luchtwegaandoeningen.

➤ Reizen: Buitenlandse Zaken (Diplobel) heeft een waarschuwing gepubliceerd op de website voor de reizigers. Het is mogelijk om te reizen naar China, niet-essentiële reizen naar de provincie Hubei worden momenteel afgeraden.

➤ De Chinese regering heeft belangrijke restricties opgelegd om de verspreiding van het virus te vermijden:

- verplaatsingen naar en vanuit diverse steden in de provincie Hubei, met inbegrip naar en vanuit Wuhan.

- controles uitvoeren in vervoerscentra om mensen te isoleren die ziektesymptomen vertonen (koorts, hoesten)

➤ Hospitalisatie: In geval van hospitalisatie van verdachte gevallen, kunnen die ten laste worden genomen in alle ziekenhuizen die de capaciteit hebben om ze op te vangen (hospitalisatie uit voorzorg). Als het geval wordt bevestigd, wordt in samenwerking met de gezondheidsinspecteur en naargelang de toestand van de patiënt, beslist in welk referentieziekenhuis de zieke wordt geplaatst. (isoleren, negatieve-drukkamer ...)

n.b: Wegens extra werklast m.b.t. de patiënt met VHF, moet de patiënt niet noodzakelijk worden opgenomen in het Sint-Pieter.

➤ Luchthavens/havens: Contact opnemen met Gino Claes: verantwoordelijke Saniport

Zaventem: momenteel, is het niet nodig bijkomende maatregelen te nemen in de luchthavens. De autoriteiten volgen de aanbevelingen van de WHO van nabij op. Entry Screening: niet nodig. België heeft geen directe vluchten op Wuhan.

Maskers? Niet meer dan voor gevallen van griep/influenza Cargo Luik: als er symptomatische gevallen zijn bij de bemanning, ze met een specifieke ambulance vervoeren naar het aangewezen ziekenhuis.

Het KUL-labo is 7 dagen op 7 open. Waarschuwen/informereren als er stalen werden verstuurd.

n.b: Moeten er proactieve onderzoeken zijn bij het luchthavenpersoneel en moet men maatregelen nemen? Indien nodig, worden Erika Vlieghe, Sophie Quoilin en Gino Claes aangeduid om hieraan deel te nemen.

Procedure voor het beheer van gevallen met een vermoeden van infectie met 2019-nCoV.

Er zal een nieuwe versie van de procedure worden verstuurd aan de deelnemers naar aanleiding van de ontvangen commentaren.

Beslissing over de informatie voor de ziekenhuizen en de huisartsen

➤ De FOD Volksgezondheid zal een e-mail sturen naar de ziekenhuizen en de huisartsen. Naar aanleiding van de ontvangen commentaren over de brieven, zullen deze worden aangepast en uiterlijk vrijdag 24/01 worden verstuurd. Ook de Travel Clinics en intensieve zorgen informeren.

➤ Chinese tolk voor sommige patiënten? De FOD zoekt een oplossing. Er zijn contacten lopende.

➤ Contact met de pers/journalisten: Referentiepersonen voor de pers: NL: Erika Vlieghe, Marc Van Ranst FR: Sophie Quoilin

➤ Communicatie op de website van de gemeenschappen: Er komt een korte tekst op hun website met een link naar de website van Sciensano.

In eerdere antwoorden heb ik reeds aangegeven dat we ons bij de aanpak gesteund hebben op de beschikbare informatie en dat rekening werd gehouden met de praktische realiteit en haalbaarheid in ons land.

Par ailleurs, à cette période, la situation épidémiologique n'était pas alarmante en Belgique, ce qui a conduit à une *case definition* relativement étroite au début.

VRAAG Nr. 227 (CDH - 87)

Le 3 mars en commission Santé, Mr Van Gucht avait dit « nous sommes bien préparés et le *worst case scenario*, c'est 3000 hospitalisations dont 300 à 500 en USI. Or, il a indiqué, lors de l'audition du 21 septembre dernier, que le 3/02, il était alerté par le fait que la situation était sérieuse, que le taux de mortalité était de 10%. Pourriez-vous nous éclairer quant aux informations dont vous disposiez à ce moment ? Quelles informations sont correctes ?

Réponse :

Zie antwoord op vraag 30 en 143.

VRAAG Nr. 228 (CDH - 88)

Pourriez-vous nous communiquer l'ensemble des décisions du RAG et du RMG, de ce qui a été transmis (notamment les recommandations) entre le RAG et le RMG ?

Réponse :

Tout a été communiqué.

QUESTIONS POSEES LORS DE L'AUDITION

VRAAG Nr. 229 (N-VA)

MM. DEPOORTER :

U hebt gezegd dat u op 23 februari Buitenlandse Zaken hebt gecontacteerd in verband met de eerste gedetecteerde gevallen in Italië, op 21 februari. U geeft aan dat u het voorstel had om het reisadvies aan te passen. Het werd in onze commissie al vaak aangehaald dat het op skireis van Belgen laten vertrekken, een van de grote fouten in deze crisis is geweest. Wat was het antwoord van Buitenlandse Zaken op uw voorstel? Was er een politieke consensus of was dat een van de gevallen waarin u, als voorzitter van de RMG, een stap opzij hebt moeten zetten om tot een consensus te kunnen komen?

Réponse :

De beslissing over het reisadvies wordt door Buitenlandse Zaken genomen.

Op dat moment (circulatie van het virus in Italië) waren de reizigers reeds naar de ski-gebieden vertrokken.

Mijn initiële, nog interne, voorstel aan de RMG op zondagnamiddag 23 februari 2020 15:42 was om voor Italië alle niet-essentiële reizen naar Lombardije en Veneto af te raden (en ook: alle niet-essentiële reizen naar Zuid-Korea). Het was de bedoeling dit behoudens tegenbericht om 20:00 aan buitenlandse zaken over te maken.

Op zondag 23 februari 2020 17:58 was het reisadvies van Buitenlandse zaken intussen als volgt gewijzigd:

“Coronavirus Covid-19 :

Lokale autoriteiten hebben beperkende maatregelen genomen in de volgende 11 gemeenten : Codogno; Casapusterlengo; Castiglione van Adda; Maleo; Fombio; Bertonico; Castelgerundo; Somaglia; San Fiorano; Terranova dei Passerini; Vo Euganeo.

Het wordt aanbevolen om de instructies van de lokale autoriteiten te volgen, en / of op de site van het ministerie van Volksgezondheid :<http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>(externe link) en navraag te doen bij informatie-hotline 1500.”

Rekening houdende met de opmerkingen van de RMG en experts was dit advies op dat moment in orde. Op dat moment werd rekening gehouden met het toeristisch aspect en het treffen van o.a. Venetië, Milaan en populaire ski-gebieden in Lombardije wat ook de politieke besluitvorming om een negatief reisadvies te geven ging impacteren. Ook op dat moment waren er 11 dorpen in quarantaine, waar men dus als reiziger reeds beperkingen had en het leek aannemelijk dat bij uitbreiding buiten die dorpen (wat verwacht werd) een negatief reisadvies naar de ganse regio van Lombardije dan wél gerechtvaardigd zou zijn.

Op 23.02.2020 21.44 werd dan nog volgend voorstel betreffende Italië (en Zuid-Korea) verstuurd :

“Dank voor de aanpassing van het **reisadvies voor Italië**.

Vermoedelijk zullen de komende dagen bijkomende getroffen gebieden worden bepaald.

We stellen voor om dit advies intussen aan te vullen op basis van onderstaande ECDC tekst:

"Strict public health measures have been implemented in the affected municipalities and Regions. These measures include:

- a ban to leave or access an affected municipality or area
- suspension of demonstrations, events and all forms of meetings at public or private venues
- suspension of childcare, school education services and educational trips
- closure of museums to the general public
- suspension of public competitions and public office activities, with the exception of the provision of essential and public utility services
- access restrictions or suspension of transport services for cargo and passengers, with only a few clearly defined exceptions."

Daarnaast kan men ook wijzen op een aantal eenvoudige hygiënische maatregelen die volstaan om de verspreiding van virussen in het algemeen te voorkomen (griepvirussen, coronavirussen, ...):

- Was regelmatig je handen met water en zeep
- Raak zo min mogelijk je mond, neus of ogen aan.
- Bedek je mond en neus bij het niezen of hoesten.
- Vermijd contact met zieke mensen.

Aangaande **Zuid-Korea** stellen we voor alle niet-essentiële reizen af te raden.

Daarnaast kan men ook wijzen op een aantal eenvoudige hygiënische maatregelen die volstaan om de verspreiding van virussen in het algemeen te voorkomen (griepvirussen, coronavirussen, ...):

- Was regelmatig je handen met water en zeep
- Raak zo min mogelijk je mond, neus of ogen aan.
- Bedek je mond en neus bij het niezen of hoesten.
- vermijd contact met zieke mensen.

N.B: het preventieve gebruik van een mondmasker (chirurgisch masker) om zich te beschermen raden we niet aan

Buitenlandse zaken paste het reisadvies als volgt aan:

- **ITALIE :**

- stavaza 31/1 :**

Naar aanleiding van de eerste gevallen van coronavirus in Rome, is het aangeraden ingeval van een reis naar Italië dit reisadvies regelmatig te raadplegen en ook de website gewijd aan het coronavirus door de FOD Volksgezondheid www.info-coronavirus.be en diegene van het Italiaans Ministerie van Gezondheid www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/homeNuovoCoronavirus.jsp

- update 22/2 :**

Lokale autoriteiten hebben beperkende maatregelen genomen in de volgende 11 gemeenten : Codogno; Casapusterlengo; Castiglione van Adda; Maleo; Fombio; Bertonico; Castelgerundo; Somaglia; San Fiorano; Terranova dei Passerini; Vo Euganeo.

Het wordt aanbevolen om de instructies van de lokale autoriteiten te volgen, en / of op de site van het ministerie van Volksgezondheid : <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus> en navraag te doen bij informatie-hotline 1500.

- update 24/2 :**

De lokale autoriteiten hebben beperkende maatregelen genomen in de volgende 11 gemeenten : Codogno; Casapusterlengo; Castiglione van Adda; Maleo; Fombio; Bertonico; Castelgerundo; Somaglia; San Fiorano; Terranova dei Passerini; Vo Euganeo.

Het wordt aanbevolen om de instructies van de lokale autoriteiten te volgen, en / of de instructies op de site van het ministerie van Volksgezondheid : [http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus\(externe link\)](http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus(externe link)) (in het Italiaans). Voor de 11 getroffen gemeentes is het noodnummer 800894545.

Er werden strikte maatregelen voor de publieke gezondheid genomen in de getroffen gemeentes en regio's om de besmetting tussen personen te vermijden. Deze maatregelen omvatten:

1. het verbod om de getroffen gemeentes en zones te verlaten en te betreden;
2. opschorting van alle openbare evenementen en iedere vorm van ontmoeting;
3. opschorting van alle educatieve diensten, van de crèches tot de scholen van ieder niveau, in de voornoemde gemeentes; opschorting van schoolreizen;
4. sluiting van de musea voor het groot publiek;
5. opschorting van de openbare competities en openbare administratieve diensten, met uitzondering van essentiële diensten en diensten van openbaar nut;
6. beperkingen van toegang of opschorting van de transportdiensten, cargo en passagiersvervoer.

Enkele eenvoudige hygiënische maatregelen om de verspreiding van virussen in het algemeen (griepvirussen, coronavirussen,...) te vermijden:

1. was regelmatig je handen met water en zeep ;
2. raak zo min mogelijk je mond, neus of ogen aan;
3. bedek je mond en neus met een wegwerpbare papieren zakdoek bij het niezen of hoesten;
4. vermijd contact met zieke mensen.

De FOD Volksgezondheid heeft een site gewijd aan het Coronavirus online gezet: www.info-coronavirus.be/nl

Van toepassing tot 27/2

- **COREE DU NORD**

-stavaza 20/2 : Momenteel is het niet mogelijk om als toerist naar Noord-Korea te reizen. Noord-Korea heeft, als reactie op de uitbraak van het Covid-19 virus in China, alle vluchten en

treinverkeer met China en Rusland stopgezet, een verplichte quarantaine van een maand opgelegd voor inkomende reizigers en het internationaal toerisme opgeschort.

Het Ministerie van Buitenlandse Zaken raadt alle niet-essentiële reizen naar Noord-Korea, officieel de Democratische Volksrepubliek Korea af.

Valable jusqu'au 12/3

-Op zaterdag 07 maart 2020 om 03:23 wordt dan aan Buitenlandse Zaken voor Italië voorgesteld om aan te raden alle niet-essentiële reizen naar de getroffen regio's uit te stellen. Dit waren toen Noord Italië (regio's van Lombardije, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Ligurië, Trentino Zuid-Tirol, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta) en de regio van Marche.

Buitenlandse zaken paste het reisadvies voor Italië als volgt aan:

ITALIE

Toestand op 4/3/20 (update van 2/3/20)

Er zijn recent gevallen van Coronavirus uitgebroken in Italië, waarvan de meeste in de regio's Lombardije, Veneto en Emilia-Romagna. Enkele gevallen werden waargenomen in andere regio's : <http://www.protezionecivile.gov.it/home>(externe link)

De lokale autoriteiten hebben dan ook beperkende maatregelen genomen in de volgende 11 gemeenten : in de regio Lombardije: Bertonico, Casalpusterlengo, Castelgerundo, Castiglione d'Adda, Codogno, Fombio, Maleo, San Fiorano, Somaglia, Terranova dei Passerini; en in de regio Veneto: Vo' Eugenio.

Het wordt aanbevolen om de instructies van de lokale autoriteiten te volgen, en / of de instructies op de site van het Italiaans Ministerie van Volksgezondheid: salute.gov.it/nuovocoronavirus(externe link).

Intussen hebben verschillende regio's een groen nummer geactiveerd (in het Italiaans):

Campania 800 909 699

Emilia-Romagna 800 033 033

Friuli-Veneto-Giulia 800 500 300

Lazio 800 11 88 00

Lombardije 800 89 45 45

Marken 800 93 66 77

Piëmont 800 333 444

Trento 800 867 388

Toscane 800 556 060

Trentino-Zuid-Tirol 800 751 751

Umbrië 800 63 63 63

Valle d'Aosta 800 122 121

Veneto 800 462 340

Er werden strikte maatregelen voor de publieke gezondheid genomen in de getroffen gemeentes en regio's om de besmetting tussen personen te vermijden. Deze maatregelen omvatten:

1. het verbod om de getroffen gemeentes en zones te verlaten en te betreden;
2. opschorting van alle openbare evenementen en iedere vorm van ontmoeting;
3. opschorting van alle educatieve diensten, van kinderopvang tot scholen van elk niveau, en dit op nationaal niveau. Verder hebben de Italiaanse autoriteiten beslist op nationaal niveau alle schoolreizen te annuleren en dit zowel in het binnenland als in het buitenland;
4. sluiting van de musea voor het groot publiek;
5. opschorting van de openbare competities en openbare administratieve diensten, met uitzondering van essentiële diensten en diensten van openbaar nut;
6. beperkingen van toegang of opschorting van de transportdiensten, cargo en passagiersvervoer.

Enkele eenvoudige hygiënische maatregelen om de verspreiding van virussen in het algemeen (griepvirussen, coronavirussen,...) te vermijden:

1. was regelmatig je handen met water en zeep ;

2. raak zo min mogelijk je mond, neus of ogen aan;
3. bedek je mond en neus met een wegwerpbare papieren zakdoek bij het niezen of hoesten;
4. vermijd contact met zieke mensen.

De FOD Volksgezondheid heeft een site gewijd aan het coronavirus online gezet: www.info-coronavirus.be/nl

Update van 5/3/20

Er zijn recent gevallen van Coronavirus uitgebroken in Italië, waarvan de meeste in de regio's Lombardia, Veneto en Emilia-Romagna. Enkele gevallen werden waargenomen in andere regio's : <http://www.protezionecivile.gov.it/home>(externe link)

De lokale autoriteiten hebben dan ook beperkende maatregelen genomen in de volgende 11 gemeenten : in de regio Lombardia: Bertonico, Casalpusterlengo, Castelgerundo, Castiglione d'Adda, Codogno, Fombio, Maleo, San Fiorano, Somaglia, Terranova dei Passerini; en in de regio Veneto: Vo' Eugenio.

Het wordt aanbevolen om de instructies van de lokale autoriteiten te volgen, en / of de instructies op de site van het Italiaans Ministerie van Volksgezondheid: salute.gov.it/nuovocoronavirus(externe link).

Intussen hebben verschillende regio's een groen nummer geactiveerd (in het Italiaans - deze nummers zijn enkel bereikbaar vanuit Italië):

Campania 800 909 699

Emilia-Romagna 800 033 033

Friuli-Veneto-Giulia 800 500 300

Lazio 800 11 88 00

Lombardije 800 89 45 45

Marken 800 93 66 77

Piëmont 800 333 444

Trento 800 867 388

Toscane 800 556 060

Trentino-Zuid-Tirol 800 751 751

Umbrië 800 63 63 63

Valle d'Aosta 800 122 121

Veneto 800 462 340

Er werden strikte maatregelen voor de publieke gezondheid genomen in de getroffen gemeentes en regio's om de besmetting tussen personen te vermijden. Deze maatregelen omvatten:

1. het verbod om de getroffen gemeentes en zones te verlaten en te betreden;
2. opschorting van alle openbare evenementen en iedere vorm van ontmoeting;
3. opschorting van alle educatieve diensten, van kinderopvang tot scholen van elk niveau, en dit op nationaal niveau. Verder hebben de Italiaanse autoriteiten beslist op nationaal niveau alle schoolreizen te annuleren en dit zowel in het binnenland als in het buitenland;
4. sluiting van de musea voor het groot publiek;
5. opschorting van de openbare competities en openbare administratieve diensten, met uitzondering van essentiële diensten en diensten van openbaar nut;
6. beperkingen van toegang of opschorting van de transportdiensten, cargo en passagiersvervoer.

Enkele eenvoudige hygiënische maatregelen om de verspreiding van virussen in het algemeen (griepvirussen, coronavirussen,...) te vermijden:

1. was regelmatig je handen met water en zeep ;
2. raak zo min mogelijk je mond, neus of ogen aan;
3. bedek je mond en neus met een wegwerpbare papieren zakdoek bij het niezen of hoesten;
4. vermijd contact met zieke mensen.

De FOD Volksgezondheid heeft een site gewijd aan het coronavirus online gezet: www.info-coronavirus.be/nl

Update van 6/3/20

Er zijn recent gevallen van Coronavirus uitgebroken in Italië, waarvan de meeste in de regio's Lombardije, Veneto en Emilia-Romagna. Er werden ook gevallen waargenomen in andere regio's : www.protezionecivile.gov.it/home(externe link)

De lokale autoriteiten hebben dan ook beperkende maatregelen genomen in de volgende 11 gemeenten : in de regio Lombardije: Bertonico, Casalpusterlengo, Castelgerundo, Castiglione d'Adda, Codogno, Fombio, Maleo, San Fiorano, Somaglia, Terranova dei Passerini; en in de regio Veneto: Vo' Eugenio.

Er werden strikte maatregelen voor de publieke gezondheid genomen in de getroffen gemeentes en regio's om de besmetting tussen personen te vermijden.

Deze maatregelen omvatten:

1. het verbod om de getroffen gemeentes en zones te verlaten en te betreden;
2. opschorting van alle openbare evenementen en iedere vorm van ontmoeting;
3. opschorting van alle educatieve diensten, van kinderopvang tot scholen van elk niveau, en dit op nationaal niveau. Verder hebben de Italiaanse autoriteiten beslist op nationaal niveau alle schoolreizen te annuleren en dit zowel in het binnenland als in het buitenland;
4. sluiting van de musea voor het groot publiek;
5. opschorting van de openbare competities en openbare administratieve diensten, met uitzondering van essentiële diensten en diensten van openbaar nut;
6. beperkingen van toegang of opschorting van de transportdiensten, cargo en passagiersvervoer.

Het wordt aangeraden om, in navolging van de beslissing van de Italiaanse autoriteiten waarbij schoolreizen in Italië worden afgeraden, Belgische schoolreizen naar Italië uit te stellen tot nader order.

Het wordt aanbevolen om de instructies van de lokale autoriteiten te volgen, en / of de instructies op de site van het Italiaans Ministerie van Volksgezondheid: salute.gov.it/nuovocoronavirus(externe link).

Update van 8/3/20

De Italiaanse regering legde op 8 maart strenge beperkende maatregelen op voor de ganse regio Lombardije en volgende 14 provincies: Modena, Parma, Piacenza, Reggio Emilia, Rimini, Pesaro en Urbino, Venetie, Padova, Treviso, Asti, Alessandria, Novara, Vercelli et Verbano-Cusio-Ossol.

Ten gevolge deze beslissing van de Italiaanse regering worden niet – essentiële reizen naar deze gebieden afgeraden.

De beperkende maatregelen gaan van kracht **vanaf 8 maart tot 3 april 2020** en omvatten volgende:

1. het verbod om de getroffen zones te verlaten en te betreden, tenzij om zich naar zijn eigen woning te begeven.
2. aan de personen die symptomen vertonen, wordt aangeraden thuis te blijven en sociale contacten te beperken
3. voor de personen die reeds in quarantaine zijn geldt het verbod om hun woning te verlaten
4. opschorting van alle publieke en privé-evenementen en van iedere vorm van ontmoeting
5. opschorting van alle educatieve diensten, van kinderopvang tot scholen van elk niveau, en dit op nationaal niveau
6. sluiting van de musea voor het groot publiek
7. restaurants en koffiebars zijn open van 6u00 tot 18u00
8. in de skioorden worden de skiliften gesloten
9. er wordt aanbevolen een meter afstand te houden tussen de personen. Deze regel geldt ook in restaurants en koffiebars

Strenge maatregelen moeten bovendien toegepast worden in heel Italië: onder meer de opschorting van congressen, spektakels, meetings; sluiting van musea, pubs, discotheken; de verplichting een meter afstand te houden tussen personen; de raad van thuis te blijven indien men symptomen vertoont; de raad aan risicopersonen van contacten te vermijden en thuis te blijven; verplaatsingen te beperken; regelmatig zijn handen te wassen.

Neem contact op met de lokale Italiaanse autoriteiten voor praktische info omtrent deze maatregelen indien u er verblijft.

U kan info vinden op de site van het Italiaans Ministerie van Volksgezondheid: salute.gov.it/nuovocoronavirus(externe link)(externe link) en op www.protezionecivile.gov.it/home(externe link)(externe link)

Het wordt aangeraden om, in navolging van de beslissing van de Italiaanse autoriteiten waarbij schoolreizen in Italië worden afgeraden, Belgische schoolreizen naar Italië uit te stellen tot nader order.

Update van 10/3/20

Op 9 maart 2020 heeft de Italiaanse regering nieuwe beperkende maatregelen aangekondigd **voor het gehele Italiaanse grondgebied.**

In gevolge deze beslissing van de Italiaanse autoriteiten, wordt **aangeraden tot nader order alle reizen naar Italië uit te stellen.**

Deze beperkende maatregelen zijn van kracht van **10 maart tot 3 april 2020.**

Hierdoor is het verboden Italië binnen te komen of te verlaten. Er gelden enkele **uitzonderingen** voor verplaatsingen om gecertificeerde professionele redenen en voor absolute noodzaken van medische of dringende aard. In deze gevallen vragen de lokale overheden een ondertekende verklaring op eer. **Buitenlandse toeristen mogen het land steeds verlaten.** Belgische toeristen worden aangeraden de aanwijzingen van de Italiaanse overheden op te volgen.

Personen die symptomen hebben, worden aangeraden thuis te blijven en hun sociale contacten te vermijden. Personen die zich reeds in quarantaine bevinden mogen, hun woonplaats niet verlaten. Het wordt aanbevolen tussen personen een afstand van één meter te houden.

Musea, bioscopen, scholen en skistations zijn gesloten. Restaurants en drankgelegenheden mogen enkel openen van 6u tot 18u. Alle publieke en private evenementen en samenkomsten zijn geschorst.

Indien u in Italië bent en informatie wenst over deze maatregelen, dan wordt u aangeraden contact op te nemen met de lokale autoriteiten.

U kan eveneens informatie vinden op de website van het Italiaans Ministerie van Volksgezondheid: salute.gov.it/nuovocoronavirus(externe link)(externe link) en op www.protezionecivile.gov.it/home.

VRAAG Nr. 230 (VB)

MM. SNEPPE :

Ik heb nog enkele vragen naar aanleiding van wat u gezegd hebt. U zei dat u op 9 januari een bericht hebt gestuurd naar Buitenlandse Zaken met het reisadvies om waakzaam te zijn en hygiënische maatregelen te treffen. Werd dat advies toen gevolgd? Ik heb daar op dat tijdstip namelijk niets over

gehoord. Hetzelfde geldt voor het reisadvies voor de krokusvakantie. Hoe is dat tot stand gekomen en waarom werd het niet gevolgd? Dat was immers een kantelpunt voor België wat de besmettingen betreft.

Réponse :

Zie ook vraag 229.

Hieronder leest u de publicatie van Buitenlandse Zaken :

CHINA

Stavaza op 5/1 (update van 6/12/19)

Mits inachtneming van de gebruikelijke voorzorgsmaatregelen, kan in China veilig gereisd worden.

Voor specifieke informatie over de situatie in Hong Kong nodigen wij u uit om ons [Hong Kong SAR\(This hyperlink opens a new window\)](#) reisadvies te raadplegen

Om ons in staat te stellen onze consulaire dienstverlening nog beter te organiseren, raden wij aan uw reis te registreren via <https://travellersonline.diplomatie.be>(externe link).

Voor informatie omtrent tyfoons, verwijzen we u graag door naar de rubriek "Klimaat en rampen".

Update van 13/1/20

Mits inachtneming van de gebruikelijke voorzorgsmaatregelen, kan in China veilig gereisd worden.

Sedert eind december 2019 treft een longziekte tientallen mensen in de miljoenenstad Wuhan. Reizigers naar de stad Wuhan (en de provincie Hubei in het algemeen) worden daarom extra waakzaamheid aangeraden. De oorzaak van deze ziekte is nog niet bekend; SARS en MERS coronavirus, griep en vogelgriep werden reeds uitgesloten en men vermoedt dat een nieuw coronavirus de ziekte veroorzaakt. Alle slachtoffers zouden de ziekte hebben opgelopen op de Wuhan South China Seafood City market. Voorlopig lijkt geen besmetting van persoon op persoon plaats te grijpen, maar er wordt aangeraden om dierenmarkten, levende en dode dieren, het eten van rauw vlees en contact met zieke mensen in Wuhan te vermijden. Verder wordt ook aandacht gevraagd voor een strikte toepassing van hygiënemaatregelen, zoals een goede handhygiëne. Bij ziektesymptomen (koorts, moeilijke ademhaling) wordt aangeraden zo snel mogelijk een arts te raadplegen. Het persbericht van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (Antwerpen) is hier beschikbaar: <https://www.wanda.be/nl/landen/china/>(externe link)

Voor specifieke informatie over de situatie in Hong Kong nodigen wij u uit om ons [Hong Kong SAR\(This hyperlink opens a new window\)](#) reisadvies te raadplegen

Om ons in staat te stellen onze consulaire dienstverlening nog beter te organiseren, raden wij aan uw reis te registreren via <https://travellersonline.diplomatie.be>(externe link).

Voor informatie omtrent tyfoons, verwijzen we u graag door naar de rubriek "Klimaat en rampen".

Geldig tot 21/1/20

QUESTIONS DE LA N-VA PAR ECRIT AVANT AUDITION

VRAAG Nr. 231 (N-VA - 1)

Wiens beslissing was het om de terugkeerders uit Wuhan (februari) in quarantaine te plaatsen?

Réponse :

Cette décision a été prise au RMG le 30.01.2020 :

DECISIONS :

Rapatriement de Belges

Même s'il n'y a pas de nécessité au niveau santé publique, la mise en quarantaine (14 jours) sera mise en place à l'hôpital Militaire de Neder over Heembeek (NOH) mais une adaptation de la durée sera réexaminée en fonction des résultats des tests.

Une aide psychosociale pour les arrivants est prévue.

La Région Wallonne et la Communauté Flamande souhaite préciser leur désaccord par rapport à cette décision de quarantaine et qu'elle soit actée au PV du RMG.

Une nouvelle réunion est organisée le 31/01 avec les SPF Affaires Etrangères afin d'obtenir, entre autres, de plus amples informations sur les passagers BE. Cependant, le Ministre Goffin a déjà communiqué à la presse sur la mise en quarantaine ce jeudi fin d'après-midi.

VRAAG Nr. 232 (N-VA - 32)

Vanaf wanneer beseftte men binnen de RMG dat de skireizen een bedreiging vormden? Was daar voordien al over gediscussieerd? was daar snel consensus over?

Réponse :

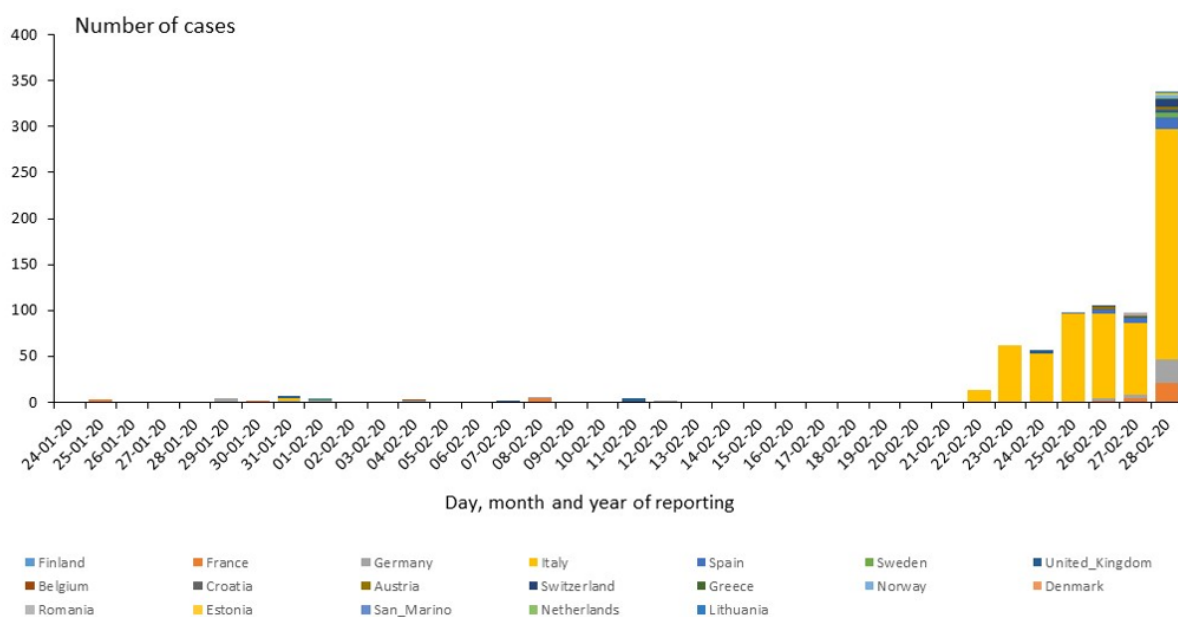
Men dacht aan het potentiële risico van besmettingen in ski-gebieden van zodra er gevallen in Italië werdenesignaleerd. Het was vakantie, er bestaat intens verkeer tussen Italië en België.

Aanvankelijk waren er wel geen signalen dat er in de skigebieden een probleem zat; bij de start van de skivakantie was er officieel in Italië nog maar sprake van een aantal clusters.

Risk assessment 23/02/20:

Increase of number of cases in Italy, in 3 clusters. No clear link with travel to China or a confirmed case.

Distribution of laboratory-confirmed cases of COVID-19 in EU/EEA and the UK and Switzerland (ECDC)



Vanaf 26/2 werd een reis naar Italië mee opgenomen in de gevalsdefinitie, maar op basis van de gegevens die toen beschikbaar waren (door de Italiaanse autoriteiten aan ECDC meegedeeld) ging het enkel om 11 gemeenten.

België definieert de volgende patiënt als verdacht voor COVID-19:

Elke persoon met

- o klinische symptomen van een bovenste of onderste luchtweginfectie (met plots begin van minstens 1 van de volgende symptomen: koorts, hoest, ademhalingsmoeilijkheden)

EN

- o hetzij een reisgeschiedenis in de 14 dagen voor het begin van de ziekte naar een land/regio met wijdverspreide transmissie*: China, Zuid-Korea, Iran en 11 gemeenten in Italië (Codogno; Casapusterlengo; Castiglione van Adda; Maleo; Fombio; Bertonico; Castelgerundo; Somaglia; San Fiorano; Terranova dei Passerini; Vo Euganeo)
- o hetzij een fysiek contact (zie hieronder) met een door het laboratorium **bevestigd** geval van COVID-19 in de 14 dagen voor het begin van de ziekte.

Op 28/02 werd de definitie uitgebreid naar drie provincies in Italië. Duidelijke toename van het aantal gevallen (zie figuur). Omdat het aantal testen dat toen kon uitgevoerd worden nog zeer beperkt was werd de gevalsdefinitie beperkt gehouden tot de regio's waar effectief gevallen werden gemeld in het buitenland. Pas later is gebleken dat de verspreiding op dat ogenblik al veel groter was dan werd aangegeven, niet enkel in Italië maar ook in andere landen, waar de test capaciteit toen ook nog beperkt was.

We volgden daarin ook ECDC en de WHO.

Zie ook het antwoord op vraag 229 ivm het reisadvies.