

Bijzondere Parlementaire Commissie COVID-19 (Federaal Parlement): hoorzitting 10/03/2021

Antwoorden Pedro Facon op de vooraf medegedeelde vragen

Introductie

Vooraf wil ik de Commissie danken om me uit te nodigen voor deze hoorzitting. De creatie van deze bijzondere parlementaire commissie is belangrijk in het kader van de politieke evaluatie van het crisisbeheer. Ik ben ervan overtuigd dat de door de commissie gehanteerde methodiek, met ondersteuning van multidisciplinaire expertise en het horen van politieke, ambtelijke, kennis- en terreinactoren het potentieel omvat om lessen te trekken voor de toekomst. Voorafgaandelijk wens ik volgende opmerkingen te formuleren.

De institutionele realiteit binnen het crisisbeheer heeft ertoe geleid dat er door meerdere parlementen initiatieven tot politieke evaluatie zijn opgezet. De coördinatie van deze werkzaamheden van deze initiatieven kan bijdragen tot een beter begrip en een betere doorwerking van de conclusies en aanbevelingen. Bijzondere aandacht dient ook besteed te worden aan de evaluaties die op het niveau van de WHO en de EU gebeuren, wat hun rol in het crisisbeheer betreft.

Naast de politieke evaluatie zijn er door diverse ambtelijke en kennisactoren specifieke evaluaties uitgevoerd. Zo heb ik zelf na de eerste golf een evaluatie binnen het Hospitals & Transport Surge Capacity-comité laten uitvoeren inzake het crisisbeheer in de ziekenhuissector, alsook een externe evaluatie daarvan laten uitvoeren door het KCE. Onder leiding van Chris Decoster, crisiscoördinator bij de FOD Volksgezondheid, werd na de eerste golf eveneens een interfederaal workshop georganiseerd die een aantal lessen trok uit het crisisbeheer. Ook het Nationaal Crisiscentrum heeft een evaluatie gemaakt van de crisiswerkzaamheden. De resultaten van deze evaluaties zijn relevant voor de Commissie. Bovendien is het in het verdere verloop van de crisis belangrijk dat elke betrokken ambtelijke en terreinactor binnen zijn eigen rol en bevoegdheid initiatieven tot evaluatie en leren neemt en blijft nemen.

De crisis is nog volop lopend, wat maakt dat voor sommige elementen nog onvoldoende afstand is om al definitieve uitspraken te doen of goed te evalueren. Nog elke dag komen er nieuwe inzichten bij en moeten we onze strategie bijschaven of omschakelen. Naast de georganiseerde ex post beleidsevaluatie, is er daardoor ook erg actieve learning-by-doing tijdens de dagelijkse crisisbeheersactiviteiten. Ik hoop dat u daarbij begrijpt dat het voor mij en mijn team ontzettend drukke tijden zijn. Wij hebben getracht om voor al uw vragen individueel en zo goed mogelijk een antwoord te voorzien. Laat het duidelijk zijn dat deze antwoorden gebaseerd zijn op de informatie die wij nu ter beschikking hebben (8/3/21). Ik zal de hoorzitting starten met een presentatie (die ook aan de Commissie wordt overgemaakt) met een schets van de rollen en verantwoordelijkheden die ik sinds begin 2020 binnen het crisisbeheer heb gedragen, alsook, het belangrijkste, de reden waarom elk van u hier zit, wat kunnen we volgens mij leren uit deze crisis?

Vorbereiding/planning

1. Tijdens uw hoorzitting in het Vlaams Parlement benadrukte u dat elk niveau te allen tijde haar eigen bevoegdheden heeft. Beschouwt u de voorbereidingen op een pandemie of andere gezondheids crisis ook als iets dat elk niveau dient op te nemen binnen haar eigen bevoegdheden, en hoe verhoudt dit zich tot het acute crisismanagement en de leidende rol die de federale overheid daar in het begin van deze crisis in heeft genomen?

Tijdens mijn toelichting in het Vlaams Parlement benadrukte ik dat elk niveau te allen tijde haar bevoegdheden heeft en behoudt. Het is niet zo dat het federale niveau plots meer bevoegdheden krijgt of naar zich toe trekt doordat we in een pandemie zitten. Ieder niveau blijft verantwoordelijk voor de eigen bevoegdheden. Het misverstand circuleert te denken dat de 6de staatshervorming iets aan de bevoegdheidsverdeling ter zake heeft gewijzigd.

Deze analyse is onderschreven door de Raad van State (Adv.RvS. Nr.53/018/VR van 13 mei 2013), alsook in de parlementaire stukken bij de 6de Staatshervorming (Parl. St. Senaat 2012-2013, nr5 2232/5, 248-249, verklaring van de bevoegde staatssecretaris namens de institutionele meerderheid).

Dit betekent dat elke overheid inderdaad de voorbereiding op een pandemie of op een andere gezondheids crisis moet opnemen en moet organiseren. Zodoende om binnen de eigen bevoegdheden te kunnen voorzien en te kunnen schakelen bij het aanvangen van een crisiswerking. Gezien de complexe bevoegdheidsverdeling in het domein van de gezondheidszorg moet voldoende aandacht gevestigd worden op de coherentie en samenwerking rond crisisplannen. Voor aanvang van een crisis moet het voor alle betrokken stakeholders duidelijk zijn welke rollen en welke bevoegdheden aan de verschillende departementen toekomen. Enkel

op die manier kan er samengewerkt worden aan een uniform plan voor sanitair crisisbeheer. De plannen moeten vervolgens voldoende worden getest, de theorie kan op basis van de praktijkervaring immers aanpassingen vereisen. In het kader van de ziekenhuisnoodplanning is dergelijke samenwerking goed verlopen, via de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Nog tijdens de vorige legislatuur werd dit kader, die sinds de 6de staatshervorming strikt genomen deelstaatbevoegdheid is geworden, gezien de bevoegdheid inzake ziekenhuisnormering werd overgeheveld aan de gemeenschappen, geactualiseerd op uniforme wijze, onder federale coördinatie.

Niet alleen moet het sanitaire crisisbeheer monodisciplinair zijn afgestemd, ook is het van belang dat dit binnen het multidisciplinaire crisisbeheer is gestroomlijnd. Er zijn verschillende faseringen van noodsituaties in ons land gecategoriseerd. Deze staan uitvoerig beschreven in Koninklijke Besluiten (KB 2003, KB 2019). In het geval van een pandemie wordt een federale fase van het crisisbeheer afgekondigd (beheer op nationaal niveau). De criteria om tot de federale fase over te gaan, worden beschreven in het KB-crisisbeheer van 2003. Het is belangrijk te onderstrepen dat ook hier de coördinerende bevoegdheid van de federale overheid tijdens de federale fase niets afdoet van de bevoegdheidsverdeling. In het multidisciplinaire crisisbeheer zijn alle 'disciplines' vertegenwoordigd. Volksgezondheid is hier één van (D2). Het is belangrijk, in het kader van een soepele coördinatie tijdens een federale coördinatiefase, dat het monodisciplinaire crisisbeheer binnen discipline 2 is afgestemd op de werking van het nationale crisisbeheer.

In de praktijk is er, zowel in het kader van het sanitaire crisisbeheer, als in het multidisciplinaire crisisbeheer, doorheen de hele crisis een sterke coördinerende rol geweest van de federale overheid, voorbij haar strikte, eigen bevoegdheden. Voor wat het sanitaire crisisbeheer betreft, gebeurde dit in de interfederale organen RAG, RMG (inclusief gelieerde taskforces inzake surge capacity voor ziekenhuizen, medisch transport, eerstelijnszorg en outpatient care, inzake beschermingsmiddelen, inzake testing en tracing, etc.) en IMC Volksgezondheid, die allen administratief en inhoudelijk worden ondersteund door de federale overheid. Het valt te noteren dat deze coördinatie makkelijker verlopen is voor sommige domeinen dan voor andere; doorgaans was de coördinatie ook minder sterk wanneer het bv. domeinen betrof die quasi integraal bevoegdheid van de deelstaten zijn geworden (bv. ouderenzorg). Een noot hierbij: de coördinerende bevoegdheid in het gezondheidsbeleid, bv. Via de IMC en de vele onderliggende IKW's, is gezien de sterk gefragmenteerde en dus verbonden bevoegdheden, een zeer omvangrijke opdracht, waarvoor de facto de middelen zeer beperkt zijn gebleven. Deze coördinerende opdracht legt een sterke belasting op de diensten, met name het DG Gezondheidszorg dat de coördinatie van de IMC verzekert. Deze vaststelling gold reeds buiten crisistijden, maar des te meer tijdens de crisis.

Het multidisciplinair crisisbeheer werd ondersteund door het Nationaal Crisiscentrum, ook met ondersteuning van de FOD Volksgezondheid (Celeval en Infocel) dat ook behoort tot het federaal openbaar ambt. Verder kan ook genoteerd worden dat de GEES die werd opgericht tot uitwerking van een exitplan na de eerste golf – ook voor wat deelstaatbevoegdheden betreft – door de federale overheid, meer bepaald via de Premier, werd gecoördineerd.

Met de oprichting van het Commissariaat werd de federale coördinerende rol in het crisisbeheer verder versterkt.

2. Zou het zinvol zijn om een permanente “pandemiecommissaris” te hebben? Wat zou de rol kunnen zijn van die pandemiecommissaris? Experts hebben immers al meermaals gesteld dat dit niet de laatste keer zou zijn dat de uitbraak van een ziekte dergelijke proporties kan aannemen. Zou dat maken dat we beter voorbereid zijn?

In het verleden werden diverse commissarissen aangeduid in het kader van griep en andere gezondheids crises, zoals ebola. Al naargelang de situatie was de positionering, opdracht, duurtijd en capaciteit van deze commissarisrol verschillend. De huidige crisis, die gekenmerkt wordt door haar lange duurtijd, de scope waarbij alle maatschappelijke domeinen quasi betrokken zijn, de grote impact op de bevolking en het maatschappelijke leven, heeft bijzondere uitdagingen aan het crisisbeheer gesteld, die na de eerste golf aanleiding hebben gegeven tot de oprichting van het COVID-19 Commissariaat zoals we het nu kennen. Belangrijke aanleidingen daarbij waren de vastgestelde coördinatieproblemen binnen de sanitaire zuil en in relatie tot het multidisciplinaire crisisbeheer, de ambtelijke capaciteit voor bepaalde thema's (bv. beschermingsmateriaal, testing en tracing, vaccinatie, etc.), de noodzaak tot het stabiliseren en ondersteunen van beleidsvoorbereidende en politieke besluitvormingsprocessen, het stroomlijnen van de relatie met en tussen experts, etc.

Het COVID-19 Commissariaat zoals het vandaag bestaat, is een ad hoc en tijdelijke oplossing, rekening houdend met de context van de huidige crisis. De eerste doelstelling moet zijn om op basis van de getrokken lessen, de generieke crisis- en coördinatiecapaciteit van de reguliere instituties (crisisbeheer binnen administraties, politieke en ambtelijke coördinatiemechanismen tussen bestuursniveaus, etc.) te versterken, zodat bepaalde rollen die het Commissariaat nu opneemt, duurzaam verankerd worden in deze bevoegde instituties. Met name in de sanitaire zuil dient de crisiscoördinatie te worden versterkt, rekening houdend met de complexe bevoegdheidsverdeling, de advies- en overlegprocessen die de gezondheidssector kennen, alsook de onderontwikkelde strategische sturingscapaciteit in een aantal domeinen, zoals bv. testing. De focus moet dus liggen op het stroomlijnen en versterken van de bestaande instituties inzake crisismanagement.

Complementair met deze stroomlijning en versterking van bestaande instituties, kan worden onderzocht op welke manier de rollen die het Commissariaat speelt ten aanzien van de politieke besluitvorming (federaal, Overlegcomité, evt. Europees en internationaal), eventueel wel meer

permanent worden gemaakt en versterkt. Dit dient dan op een generieke manier te gebeuren, ongeacht het beleidsdomein waarin deze zich afspeelt. Waar deze capaciteit gepositioneerd moet worden, bv. bij de Kanselarij, of als een versterkte rol van het Nationaal Crisiscentrum, moet worden onderzocht.

In functie van een eventuele nieuwe staatshervorming in het sanitaire domein (en daarbuiten) dient ook bekeken te worden wat de impact is in termen van crisisbeheer en coördinerende capaciteit.

3. Erika Vlieghe stelde dat ons land “met de billen bloot stond” en dat “terwijl minister De Block op tv verkondigde dat ons land klaar was” zij dacht “help, we zijn helemaal niet klaar”. Was ons land volgens u voldoende voorbereid op een dergelijke volksgezondheids crisis? Welke lessen moeten we volgens u trekken uit de *pandemic preparedness*, maar ook in de investeringen in preventie in het algemeen?

Ons land was niet voldoende voorbereid op een pandemie van deze grootorde, we kunnen stellen dat geen enkel land dit was. Wat klaar was, waren een aantal coördinerende instituties zoals het Wetenschappelijk Comité dat de minister had opgestart, alsook de interfederale beleidscoördinerende en risicobeheersmechanismen van de RAG, RMG en IMC. In de loop van januari en februari werden deze geactiveerd. Echter bleek vanaf maart dat deze mechanismen onvoldoende sterk waren, alsook dat de *preparedness* binnen sommige onderdelen van het gezondheidssysteem en het beleid onvoldoende opgewassen waren tegen deze crisis. Er dient ook te worden benadrukt dat de evaluatie van de ernst van de situatie en de mogelijke impact op ons land in januari en februari sterk evolueerde.

Een realiteit is dat *preparedness* en sanitair crisisbeheer binnen onze maatschappij onvoldoende prioriteit heeft gekregen de voorbije decennia, net als in vele andere Westerse landen. Ondanks waarschuwingen op internationaal niveau, en enkele sanitaire crises op andere continenten, leefde een soort van ongeloof dat dit ons kon overkomen. Dit heeft, ook in een context van fragmentatie van bevoegdheden in gezondheidszorg, en druk op de overheidsuitgaven, geleid tot onderinvesteringen in *preparedness*.

Er moet voldoende aandacht zijn voor de samenstelling en *preparedness* van de structuren die beschreven staan in het protocolakkoord tussen de Belgische Gezondheidsautoriteiten, in uitvoering van het IHR (2005), en van Besluit nr. 1082/2013/EU. De generische structuren voor het sectoraal gezondheidsbeheer van crisissen te organiseren voor België, zonder afbreuk te doen aan de genomen maatregelen voor het beheer van een multisectoriële nationale crisis die gecoördineerd wordt door het Nationaal Crisiscentrum. Het National Focal Point is hier één van. Het NFP werkt samen met twee groepen die samen met hem/haar de generische structuren vormen voor het sectoraal gezondheidsbeheer van crisissen voor België: de Risk Assessment Group (RAG) en de Risk Management Group (RMG).

Een aandachtspunt is de samenhang van het sanitaire en multidisciplinaire crisisbeheer. Het sanitaire crisisbeheer werd vroeger opgestart dan het multidisciplinaire crisisbeheer, wat een aantal uitdagingen naar interactie en samenhang stelde wanneer het multidisciplinair crisisbeheer opstartte. In meer algemene zin valt vast te stellen dat de complexe beleidscoördinatie binnen de sanitaire zuil tijdens deze crisisperiode in spanning is gekomen met het multidisciplinaire crisisbeheer, waardoor niet steeds duidelijk was wie welke rol moest spelen, er onvoldoende informatie-uitwisseling bestond, e.d.m. De herdefiniëring van de relatie tussen het sanitaire crisisbeheer en het multidisciplinaire crisisbeheer vereist naar de toekomst aandacht, met verduidelijking van wie welke rol speelt.

Eveneens moet er in het kader van preparedness voldoende aandacht worden besteed aan beschikbaar materiaal en personeel om in tijden van een crisis afdoende snel te kunnen schakelen.

Anderzijds kunnen we vaststellen dat domeinen waar historische instituties zijn gecreëerd en geoptimaliseerd, rendeerden (bv. Ziekenhuisnoodplannen). In andere domeinen bestonden deze niet. Dit is een belangrijke les om mee te nemen naar de toekomst.

4. Waren we aanzienlijk veel beter voorbereid op de zogenaamde tweede golf? Wat maakte dat we beter voorbereid waren? Waar zaten nog de knelpunten?

Bij aanvang van de pandemie waren we, zoals hierboven reeds besproken, niet op alle vlakken even goed voorbereid. De eerste golf kwam op ons af als een sneltrein. De informatie over het virus, alsook de risico evaluatie evolueerde sterk. Er was beperkte knowhow over hoe om te gaan met het COVID-19 virus, de impact van het virus, de gevolgen op korte en op lange termijn, alsook over hoelang dit virus zou blijven circuleren. Er moest heel wat ad hoc beslissingen genomen worden, er werden taskforces opgericht om de vele diverse terreinen waarop gewerkt moest worden, af te dekken. Operationeel moest men creatief omspringen met de beschikbare middelen. In de tweede golf kon iedereen zich op basis van de beschikbare data en informatie beter organiseren.

We waren beter voorbereid op de tweede golf.

Op strategisch niveau werden heel wat lessen geleerd uit de eerste golf. Onder coördinatie van crisismanager Chris Decoster werd in de schoot van de RMG en IMC een strategisch plan voor de 2e golf binnen de sanitaire zuil uitgewerkt. De nieuwe regering voorzag in het COVID-19 Commissariaat om olie in de machine te brengen voor een beter gestroomlijnd crisisbeheer. Zelfs al zijn er nog heel wat werkpunten, toch verlopen de politieke besluitvormingsprocessen meer gecoördineerd en gedocumenteerd.

Op operationeel niveau draaiden de diverse organen op volle toeren; er waren ook een aantal praktijken en procedures voorzien. Het werk verliep vlotter omdat er geen beperkingen meer waren in de beschikbaarheid van de PBM's, testing beter op punt stond, de operationele

organisatie van de ziekenhuizen en woonzorgcentra beter georganiseerd konden worden, etc. Vele instanties en organisaties evalueerden hun werking en inzet na de eerste golf. HTSC heeft een evaluatie gedaan in de ziekenhuizen en reeds in mei lag een plan voor de 2de golf klaar dat nu nog steeds wordt gehanteerd. Het uitbraakbeheerplan dat in de zomer is opgesteld, betekende een positieve doorbraak in cluster detectie en outbreak management. Ook de grote voorraad PPE zorgde voor meer mogelijkheden.

Ondanks de vooruitgang op meerdere vlakken werden in de tweede golf een aantal knelpunten vastgesteld. Voornamelijk de vermoeidheid van vele actoren in het crisisbeheer, niet alleen voor gezondheidswerkers maar ook voor administraties, evenals voor de bevolking. Bovendien was België één van de eerste landen die te maken kreeg met een tweede golf waardoor mensen moeilijker te motiveren waren om de maatregelen te blijven volgen. De opstart van de nieuwe regering met de creatie van het Commissariaat vormde een momentum om een aantal issues in het crisisbeheer aan te pakken; tegelijkertijd heeft de snelheid van de komst van de 2e golf ervoor gezorgd dat heel snel de aandacht naar zeer onmiddellijke operationele issues binnen het crisisbeheer werd geschakeld, terwijl een aantal meer structurele issues, zoals bv. de complexe governance, minder prioriteit konden krijgen. De besluitvormingsprocessen in tijden van crisis moeten beter worden gestructureerd. De hoeveelheid aan werkgroepen en organen bemoeilijkt de mogelijkheden om adequaat en gestructureerd aan crisisbeheer te doen. Daaraan gekoppeld zorgt de hoeveelheid voor verschillende beleidsadviezen soms voor een moeilijke beeldvorming van de situatie waardoor de besluitvormingsprocessen gecompliceerder verlopen. Ook de organisatie van de communicatie binnen het systeem, maar ook naar de bevolking bleef een aandachtspunt. De rol van de media mag in deze crisis niet worden onderschat.

5. Welke institutionele ingrepen moeten er volgens u onmiddellijk genomen worden om weerbaarder te zijn in een volgende crisis?

Binnen de sanitaire zuil, dus binnen het gezondheidsbeleid, is een staatshervorming noodzakelijk, nog los van de aspecten van sanitair crisisbeheer. Deze laatste zullen vanzelfsprekend wel moeten worden meegenomen in het debat. Reeds lange tijd geven de belanghebbenden en administraties, maar ook politieke actoren binnen het gezondheidsbeleid aan dat de huidige organisatie van de bevoegdheden in het gezondheidsbeleid een krachtig beleid bemoeilijkt, terwijl er net op dit moment erg veel beleidsimpulsen nodig zijn op vlak van geïntegreerde zorgorganisatie, nieuwe financieringssystemen die samenwerking en kwaliteit ondersteunen, afstemming van het gezondheidsbeleid op curatief en preventief vlak, maar ook naar het sociaal beleid. Vele actoren zijn van goede wil en proberen binnen de bestaande structuren zo goed mogelijk samen te werken, maar het leidt geen twijfel dat de huidige structuren en bevoegdheidsverdeling suboptimaal zijn om een toegankelijke, kwaliteitsvolle en duurzame gezondheidszorg te verzekeren. Bovendien heeft de fragmentatie van de administratieve capaciteit, niet alleen tussen bestuursniveaus, maar ook binnen bestuursniveaus, geleid tot een onvoldoende krachtige overheid.

De bevoegdheden inzake crisiscoördinatie moeten te gronde worden uitgeklaard. Ons land beschikt over een sterke traditie en een sterk uitgebouwd kader voor multidisciplinaire crisiscoördinatie. Ik zie drie aandachtspunten in een streven naar een eenheid van commando in crisiswerking met respect voor ieders bevoegdheid:

- De relatie tussen het sanitair crisisbeheer en het multidisciplinair crisisbeheer. De samenhang daartussen is onvoldoende duidelijk in de praktijk, waarbij de sanitaire zuil, ook te verklaren door de reeds erg complexe coördinatie binnen de sanitaire zuil zelf, sterk eigenstandig functioneert. Uitklaring van de relatie en samenhang tussen crisis- en besluitvormingsorganen binnen het multidisciplinaire crisisbeheer en de sanitaire zuil is noodzakelijk, alsook gezamenlijk trainen op crisissituaties. Mogelijks bestaat deze problematiek ook in andere departementen. Het Nationaal Crisiscentrum zou een sterkere rol moeten krijgen en spelen inzake het toezien op de wijze waarop de departementen hun monodisciplinair crisismanagement en hun crisisstructuren (cf. wettelijk voorziene crisiscel) invullen en klaarmaken.
- De relatie tussen het multidisciplinair crisisbeheer vanuit het Nationaal Crisiscentrum en de ontwikkeling van crisismanagementstructuren in de deelstaten. Het is van belang dat deze samenhang bewaakt wordt. Ook wanneer op Europees en internationaal niveau crisisstructuren bestaan, dient de verticale samenhang verzekerd te worden.
- Bij een eventuele staatshervorming dient binnen de beleidsdomeinen nagedacht te worden over de impact van bevoegdheidsherverdelingen op het crisisbeheer binnen dat domein, alsook binnen de generieke crisismanagementstructuren.

Weerbaarheid (resilience) dient ingebouwd te worden in alle facetten van ons overheidsapparaat. Bij een nationale crisis van deze grootorde zijn alle administraties, alle niveaus en alle departementen betrokken. Een basiskennis in risicoanalyse, risico alertheid, risk response, crisiscommunicatie en de basisnormen voor het crisisbeheer is een must voor alle actoren die (mogelijks) betrokken worden in het nationale crisisbeheer. Enkel indien het systeem gekend is in vredetijd zal het gebruikt worden in crisistijd. Een belangrijke les dat we geleerd hebben uit deze crisis.

6. Wat zijn de lessen die we naar uw mening uit de afhandeling van deze crisis moeten leren?

In deze tussentijdse evaluatie is het uiteraard onmogelijk om alle lessen die we moeten leren uit de afhandeling van deze crisis samen te vatten. De eindconclusie zal bestaan uit verschillende evaluaties in alle betrokken domeinen na afloop van deze crisis. Daar is tijd voor nodig en een onderbouwde evaluatiemethode. Het commissariaat wenst vanzelfsprekend bij te dragen tot deze evaluaties.

Belangrijkste lessen/verbeterpunten voor mij in deze fase:

- De complexe bevoegdheidsverdeling binnen de sanitaire zuil die buiten crisistijden reeds problemen oplevert, laat zich des te meer voelen in crisistijden met impact op snelheid van besluitvorming en coherentie van beleid, alsook fragmentatie van administratieve capaciteit.
- De zwakten binnen het gezondheidszorgsysteem op vlak van onvoldoende investering in preventie, onvoldoende integratie binnen de zorgorganisaties (ziekenhuizen, eerste lijn, zorg en welzijn en sociaal beleid), onaangepaste financieringssystemen en onderfinanciering op sommige vlakken zoals bv. geestelijke gezondheidszorg, verzorgend personeel, vereiste hervormingen in de dringende geneeskundige hulpverlening, onvoldoende regulatie van bepaalde domeinen (bv. Labosector), etc., laten zich in crisistijden des te meer voelen.
- De samenhang van het multidisciplinaire crisisbeheer met het sanitaire crisisbeheer, waarbij die laatste zich moet inschrijven in het multidisciplinaire crisisbeheer is een aandachtspunt. De capaciteit en preparedness van het sanitaire crisisbeheer dient versterkt te worden.
- De politieke sturing binnen het COVID-crisisbeheer was zeer sterk; er dient voldoende aandacht te zijn voor de beleidsvoorbereiding, maar ook voor de voorbereiding van implementatie (haalbaarheidsanalyse, betrokkenheid van het terrein), bij de besluitvorming, door een beter gebruik van de bestaande crisisstructuren.
- Bij aanvang van een crisis moet een plan klaarliggen met duidelijke richtlijnen en structuren. Vooraf bepaalde actoren moeten onmiddellijk geactiveerd kunnen worden om de crisis te coördineren op alle noodzakelijke niveaus. Een uniform en afgestemd crisisbeheer dringt zich op. We hebben geleerd dat het voorzien van noodplannen helpt om snel te kunnen schakelen bij aanvang van een crisis (bv. Ziekenhuizen). Het nationaal crisisbeheer moet beter gekend en beter afgestemd zijn in de toekomst.
- De preparedness van sommige actoren binnen het werkveld was onvoldoende. Er kan lering getrokken worden uit hoe binnen de ziekenhuissector in de voorbije decennia hun noodplanning hebben ontwikkeld en versterkt.
- De relatie tussen het civiele crisisbeheer en Defensie is van erg groot belang. Defensie heeft op heel wat vlakken grote bijdrage geleverd, zowel binnen als buiten de sanitaire zuil; het verdient aanbeveling de capaciteit van Defensie ter zake te versterken, zowel voor wat crisistijden betreft, maar ook voor een aantal niche-opdrachten bv. binnen het gezondheidssysteem, denken we bv. aan een CBRNe-noodcapaciteit.
- Om de juiste lessen te leren moeten we een structurele vorm van evaluatie inbouwen in onze crisiswerking. Tot op heden gebeurt dit niet, hetzij op eigen initiatief van bepaalde diensten. Daarop aansluitend dient een structurele vorm van business continuity ingebouwd te worden binnen alle domeinen en departementen die betrokken kunnen

worden in een nationale crisis, dit in lijn met de nood aan het aanleren van basisprincipes en basisnormen rond crisisbeheer.

Internationaal

7. 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?

Voor deze vraag moet worden verduidelijkt naar welke periode wordt verwezen. Het klopt dat in het begin van de epidemie de definitie die gebruikt werd als criterium om een te test te laten uitvoeren restrictief was (personen waarvoor een hospitalisatie vereist is en zorgpersoneel met luchtweginfectie en koorts), omdat de testcapaciteit nog beperkt was en omdat de huisartsen nog niet voldoende beschermingsmateriaal hadden om testen te kunnen afnemen. Maar er was een gevalsdefinitie van vermoedelijk geval en al deze personen werden gevraagd in isolatie te blijven.

Naarmate de kennis over de mogelijke symptomen van COVID-19 en vooral de capaciteit voor testen (afname en analyse) progressief toenamen, dankzij de inspanningen van toenmalig minister De Backer, is ook de definitie gebruikt voor indicatie van testafname continu aangepast, met eerst meer testen in collectiviteiten en weglaten van koorts als criterium voor testafname bij zorgpersoneel. Van zodra er versoepelingen werden opgestart en het systeem voor contact tracing werd opgestart begin mei werd ook de gevalsdefinitie uitgebreid naar milde symptomen (zie huidige definitie). Deze definitie was toen veel breder dan de voorgestelde definitie van ECDC/WHO, waarbij enkel personen met luchtwegklachten werden weerhouden als verdacht geval van COVID-19, terwijl er in België ook kon (en kan) getest worden als er minstens 2 specifieke klachten waren zoals hoofdpijn en spierpijn.

Eind september was er vraag om de gevalsdefinitie voor testen strenger te maken, omdat er vrees was dat er teveel personen aan de definitie zouden beantwoorden in de context van de herfst, met circulatie van banale virussen die een verkoudheid veroorzaken. Dit werd geëvalueerd door de RAG en het besluit was om de definitie zeer breed te houden om zeker mogelijke gevallen van COVID-19 te kunnen identificeren en isoleren. Op dat ogenblik was de definitie in België nog steeds breder dan deze van ECDC (koorts vereist als symptoom) en ook van WHO (minstens 3 mineure symptomen vereist versus 2 in België).

8. China besliste al heel vlug tot een volledige lockdown in Wuhan en andere steden waar veel besmettingen waren. Hebben wij (Europa) ons te veel laten leiden door de maatregelen die China nam? Had het anders gekund volgens u?

Kan u de vraag specificeren aub?

Beheerstrategie

9. Op 16 juni worden de ronde tafels geopperd door professor Vlieghe om te leren van de eerste golf ter voorbereiding op de tweede golf, vervolgens komt de controletoren ter sprake. U geeft hiervoor enkele suggesties en zaken die zeker bediscussieerd moeten worden. We leerden van uw collegae dat die controletoren er ondertussen is: bent u hier tevreden over?

In juli 2020 werden de werking van de surveillance-, interventie- en communicatieprocedures voor de controletoren beschreven. De controlemechanismen functioneren.

Tijdens de besprekingen hierover is het duidelijk geworden dat de controletoren al in plaats gesteld moet zijn vooraleer een crisis aanvangt. Het dient o.a. als preventief hulpmiddel. Wanneer een strategie hieromtrent, nieuwe surveillancemaatregelen en nieuwe interventiecapaciteit nog moeten worden opgezet in crisistijd, leidt dit tot aanzienlijk tijdverlies. Er dient dus te worden beslist of er hieromtrent investeringen kunnen gebeuren.

10. Is er voor u voldoende openheid in de data vanuit diverse organisaties (Sciensano, ziekenhuizen, eerste lijn, Labo's, ...)

België wordt in een aantal internationale artikels genoemd voor haar data gathering en de openheid van data in het kader van COVID. Daaruit kunnen we concluderen dat er op heel wat vlakken openheid van de data is. Vb: <https://ourworldindata.org/covid-testing-data-guidelines>

De kwestie is echter niet beschikbaarheid van gegevens, de vraag is of de burger, journalisten, parlementsleden en ministers over de nodige informatie beschikken voor de uitvoering van hun opdracht.

Als we als voorbeeld de epidemiologische situatie nemen, is volgende informatie beschikbaar:

- Een dagelijks rapport van meer dan 20 pagina's,
- Een wekelijks, meer uitgebreid verslag van meer dan 50 pagina's,
- Een 20-tal thematische rapporten over de situatie in wzc, mortaliteit, kinderen, klinisch beeld, ...
- Een wekelijks risicobeeoordelingsrapport met aanvullende informatie,
- Epistat, een interactief dashboard, waarop elke burger in een paar kliks zijn eigen analyses kan maken,
- Een overzicht van de internationale literatuur,
- Alle RAG-rapporten en procedures van Sciensano

De gegevens kunnen ook door journalisten worden gebruikt om grafieken op te maken in hun eigen lay-out of door wetenschappers voor hun onderzoek.

Hiervoor beschikken ze over 7 databanken in 'open access', die dagelijks een update krijgen.

- Wetenschappers die een actieve rol willen spelen in huidige crisis, kunnen toegang krijgen tot alle gegevens op basis van een contract met Sciensano
- Wetenschappers die hun eigen onderzoek wensen te voeren, kunnen toegang krijgen tot de nodige gegevens door een verzoek aan Sciensano via de online procedure

Het spreekt voor zich dat niet alle gegevens openbaar worden gemaakt:

- Het gaat hier om medische gegevens die door de GDPR als gevoelig worden beschouwd

- De gegevens worden in real time verzameld en de surveillancesystemen mogen niet gestabiliseerd zijn, de interpretatie van de gegevens moet elke dag opnieuw gebeuren aan de hand van specifieke parameters (b.v. deelname, ...).
- Het gebruik van de gegevens moet beantwoorden aan een concreet doel dat in het project is omschreven, aan de verbintenissen die zijn aangegaan met de partner of met de verstrekker van de gegevens (aangezien Sciensano niet de eigenaar is van alle gegevens) ...

Ondanks de beschikbare data komt regelmatig de kritiek terug dat de databronnen onvoldoende open zouden zijn. Vanzelfsprekend moeten de betrokken instellingen deze kritieken grondig bekijken. Tegelijkertijd is de noodzaak om de capaciteit van de overheid inzake datagaring, -kruising, -analyse te versterken en dit ook binnen een meer coherent kader te brengen, zeker ook in de sfeer van het gezondheidsbeleid, wel een stuk ruimer dan enkel de ontsluiting ervan.

11. De strategie in ons land om het virus klein te krijgen was en is nog steeds om ons gezondheidszorgsysteem vrijwaren. In een aantal Aziatische landen (zoals China, Japan, Zuid-Korea) werd er gekozen voor een strategie van de uitroeiing van het virus. Denkt u dat dat hier haalbaar is? Gaan we sowieso naar een derde golf of kunnen we die vermijden en hoe?

België schrijft zich in in de strategieën die op het niveau van de WHO en de EU zijn ontwikkeld. Na een eerste, korte periode van containment, werd overgeschakeld naar een strategie van mitigation. De kwestie inzake uitroeiing is niettemin interessant; op het niveau van de EU bekijkt men deze strategieën recent ook met meer aandacht. De strategie van uitroeiing van het virus is wellicht moeilijk haalbaar in België omwille van verschillende redenen:

- Geografisch: België is een klein, intern sterk geografisch verstrengeld en centraal in Europa (uitwisselingsplatform); open grenzen in Europa; reisbeperking en controle zoals uitgevoerd in een aantal landen met zeer strikte quarantainecontrole blijkt niet evident in ons land;
- Culturele verschillen: beperking van vrijheden en aanvaarding en compliantie van de bevolking inzake controle en handhaving van testen, isolatie en quarantaine, is niet evident.

Mits respect van de maatregelen en het versoepelen van maatregelen volgens strikte voorwaarden en met nauwe monitoring, kan een derde golf voorkomen worden. Belangrijk is naast de epidemiologische modellering – waarvoor het Commissariaat bij de UHasselt/Uantwerpen een opdracht heeft geplaatst, waarvan de resultaten recent publiek werden gemaakt – ook aandacht te hebben voor de motivatie van de bevolking en de handhaving. Wat de motivatie betreft, blijkt uit de motivatiebarometer van de UGent dat deze op dit moment onder druk staat; dit heeft aanleiding gegeven tot een aantal bijsturingen van de maatregelen, alsook communicatieve verduidelijkingen over de strategie. Wat de handhaving

betreft, is het essentieel dat de bevoegde departementen via overleg, normering en toezicht voldoende zekerheid bewerkstellingen inzake de naleving van maatregelen. Ook de maatschappelijke actoren – bv. sociale partners, koepelverenigingen, etc. - dragen een belangrijke verantwoordelijkheid om aan de naleving bij te dragen.

12. De tweede golf in ons land was de ergste van heel Europa. Hoe verklaart u dat?

De 2^e golf is er vroeg gekomen in ons land, de 2^e golf is ook hoog en lang geweest met een minder trage daling en een hoger onderplateau dan na de eerste golf. Op een bepaald moment hebben we inderdaad aan de top gestaan van de tellingen binnen de EU betreffende incidentie en ernst. De maatregelen van de regering, de medewerking van de bevolking en de maatschappij hebben er evenwel toe geleid dat er, in tegenstelling tot andere landen, geen derde golf is gekomen.

Wat betreft de stelling '*de ergste van heel Europa*' is het onmiskenbaar dat de golf hoog was met sterke impact op hospitalisaties en mortaliteit. Niettemin blijft steeds, zonder daarom de ernst van de situatie te willen minimaliseren, noodzaak tot nuance met betrekking tot cijfers en vergelijkingen. De cijfers van de lidstaten verschillen enorm. We zijn niet zeker dat de cijfers in alle EU-lidstaten hetzelfde weerspiegeld hebben. België heeft alle mensen meegeteld die klinisch gezien COVID-symptomen hadden. Hebben ze in de andere EU-lidstaten enkel de bevestigde gevallen geteld of ook alle mensen met symptomen? Indien men enkel de bevestigde gevallen geteld heeft, hoe ruim werd er in die lidstaat op dat moment getest? Al deze factoren hebben op de telling en bijgevolg op de vergelijking van de cijfers. Nogmaals, hiermee wil ik geen afbreuk doen aan het feit dat we ook in de tweede golf zeker bepaalde zaken beter hadden kunnen aanpakken.

Ziekenhuizen

13. Men is erin geslaagd de capaciteit van de ICU's op korte tijd enorm uit te breiden en te versterken, om alle patiënten optimaal te behandelen. Denkt u dat een dergelijke krachttoer ook nodig is voor het preventieve luik, niet enkel het curatieve? Deelt u de stelling van microbioloog Emmanuel André dat het splitsen van de curatieve en preventieve zorg een grote fout was?

Het probleem van de onderinvestering in preventieve gezondheidszorg ten opzichte van curatieve zorg is een oud zeer. Het is goed gedocumenteerd in het kader van internationale vergelijkingen, bv. door de OECD. Er zijn meerdere redenen hiervoor.

In veel gezondheidssystemen zien we traditioneel een sterke focus op curatieve gezondheidszorg.

De huidige organisatie van de bevoegdheden leidt ertoe dat investeringen in preventie op het deelstaatsniveau resulteren in gezondheidswinsten met positieve impact op de uitgaven in de federale ziekteverzekering, zonder dat er mechanismen voor responsabilisering of dividend voor de investeringen in preventieve gezondheidszorg zijn voorzien.

Preventie in een holistisch perspectief vereist ook dat de actoren binnen het gezondheidssysteem hun aanpak en aanbod afstemmen op actoren van welzijn en sociaal beleid, ook op lokaal niveau.

Het is duidelijk dat meer zorgintegratie – op vlak van organisatie, financiering, somatische en geestelijke gezondheid, curatief/preventief/welzijn/sociaal beleid – nodig is om een antwoord te bieden op de problemen op vlak van toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorg. Een herschikking van bevoegdheden, waarbij curatieve en preventieve gezondheidszorg in één beleidshand worden geplaatst, kan daarbij helpen, maar is niet voldoende, gezien zorgintegratie steeds samenwerking over meerdere bestuursniveaus, bv. naar lokale actoren, zal vereisen. Bovendien is de achterliggende visie – wat willen we met de bevoegdheden doen, welk gezondheidssysteem willen we – de essentie van het verhaal. De schikking van de bevoegdheden is daarbij een middel die meer of minder ondersteunend kan zijn om die visie te bereiken.

- 14. U leidde de groep hospital transport en surge capacity en deed de coördinatie van de ziekenhuizen. Was er ook bottom-up samenwerking door contacten met de sectorvertegenwoordigers en ziekenhuisdirecteurs zelf?**

De Hospital Transport and Surge Capacity group (HTSC) werd van meet af aan samengesteld uit de administraties van de gefedereerde en federale entiteiten, de federale gezondheidsinspecteurs, Defensie en de ziekenhuiskoepels die de beheerders/directeurs van de ziekenhuizen vertegenwoordigen. Deze actoren vormen het hart van deze groep. De samenstelling is terug te vinden op de website van de federale administratie - <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/comite-hospital-transport-surge-capacity-htsc>

In specifieke vergaderingen werden actoren van het terrein (veldwerkers), vertegenwoordigers van verpleegkundige diensten, hoofd artsen van de ziekenhuizen en ook mensen van Sciensano of andere overheidsdiensten (bv. RIZIV) uitgenodigd. De bottom-up approach met vertegenwoordigers van het werkveld was cruciaal. Op die manier konden wij de feedback van op het terrein capteren.

- 15. In de vergadering van 28 07 20 stelt u dat de MUG niet mag weigeren personen uit WZC mee naar het ziekenhuis te nemen. Hoe vaak gebeurde dit?**

In het HTSC is naar aanleiding van uitlatingen in media of vergaderingen meerdere malen aan de leden gevraagd om eventuele klachten door te geven zodat hier gevolg aan gegeven kon worden. Er is nooit een zaak geweest om te onderzoeken, blijkt uit nieuwe navraag bij de betrokken dienst.

16. Hoe werden de bestellingen van beschermingsmaterialen gestroomlijnd? Vlaanderen plaatste bestellingen los van de federale overheid. Wie voorzag wie van mondkmaskers en wie behield het overzicht?

Bij aanvang van de crisis was het onduidelijk wie waarvoor moest instaan. In de RMG werden lange debatten gevoerd hierover. Geconfronteerd met deze situatie heb ik, als secretaris van de IMC Volksgezondheid, een aanzet gegeven voor een interfederaal afsprakenkader inzake de aankoop, stockopbouw en doelgroepen van de beschermingsmiddelen. Na besprekingen in de IMC werd dit voorstel aanvaard en neergelegd in een protocolakkoord dat door de IMC werd goedgekeurd. De RMG kreeg als opdracht de uitvoering van dit protocolakkoord te monitoren.

Aangaande het voorzien in beschermingsmiddelen werd via het protocolakkoord afgesproken dat zorgverstrekkers die prestaties vervullen binnen de federale ziekteverzekering door het federale niveau werden bevoorrad en/of vergoed. De andere diensten vielen onder de verantwoordelijkheid van de Gemeenschappen.

Via de dienst Gezondheidsberoepen (binnen het DG Gezondheidszorg waarvoor ik verantwoordelijk was) werden verdeelsleutels vastgesteld, alsook werden, in samenwerking met het RIZIV/KSZ/RSZ, distributielijsten voor verdeling opgemaakt. Deze sleutels en lijsten werden overgemaakt aan de logistieke ploegen onder leiding van de dienst Crisismanagement binnen de centrale diensten van de FOD. Hetzelfde principe werd gehanteerd voor de belevring van de triageposten (staalfafnames), ook dit werd gecoördineerd vanuit DGSS. Voor de apothekers werd samengewerkt met het FAGG.

Binnen de Taskforce Shortages die onder impuls van minister De Backer werd gecreëerd, werd het aankoopproces en de logistiek gestroomlijnd en uitgetekend in het groter geheel. Er werd daarbij een ochtendbriefing georganiseerd met de Minister en de voorzitters van de verschillende werkgroepen, vervolgens gingen de werkgroepen aan de slag. In de avond vonden stakeholdermeetings plaats met alle actoren (ziekenhuizen, zorgkoepels, apothekers, deelstaten...). In deze meetings overliep men dagelijks het volledige overzicht.

17. In het Vlaams Parlement heeft u verteld dat er vanuit de IMC werd aangeboden om een interfederale coördinatie te doen van de aanpak van de crisis in de instellingen voor ouderenzorg. Een aantal weken geleden beweerde mevrouw Cloet daar niet van op de

hoogte te zijn. Klopt het wat u in het Vlaams Parlement heeft verteld? Hoe zag die coördinatie er uit, wat is er met dat aanbod gebeurd? Wie heeft dit aanbod geweigerd?

Als directeur-generaal nam ik eind februari/begin maart het initiatief om twee surge capacity comités op te richten die coördinerend optraden. Beide comités werden interfederaal ingevuld en in samenwerking met de sector. In feite betreft het gespecialiseerde comités die in de schoot van de RMG werden opgericht. Het betrof het Hospitals & Transport Surge Capacity-comité enerzijds (ziekenhuizen en medisch transport) en het Comité Primary & Outpatient Capacity-comité anderzijds (triagecentra die daarna triage- en staalafnamecentra werden, alsook schakelzorgcentra).

Het is belangrijk te noteren dat, in tegenstelling tot wat soms gedacht wordt, het niet zo is dat de federale overheid “geheel bevoegd” is voor de ziekenhuizen, of de triage- en staalafnamecentra, of de schakelzorgcentra. Dat klopt niet. Voor elk van de domeinen zijn er de facto gedeelde bevoegdheden. Bijvoorbeeld: wat de ziekenhuizen betreft, zijn de organieke regelgeving, hun financiering voor werking/zorg en het dringend medische transport een federale bevoegdheid, maar de normen inzake ziekenhuisnoodplanning, de investeringsfinanciering en het intermediair niet-dringend transport is een deelstaatbevoegdheid. Niettemin was de doelstelling van de 2 comités om ervoor te zorgen dat we met alle overheden, over de deelstaatgebieden heen, coherent beleid zouden voeren. Iedereen zag daar de noodzaak van in.

In de schoot van het Comité Primary & Outpatient Care werden bij aanvang van de werkzaamheden ook een aantal aanzetten tot coördinatie binnen de sector van de woonzorgcentra genomen. Een aantal voorstellen daartoe werden aan de RMG geformuleerd op 27 maart, met voorstel tot federale coördinatie. Deze werden niet goedgekeurd. Dit heeft met meerdere elementen te maken. Eerst en vooral is het van belang aan te geven dat de ouderenzorg bij uitstek wel een domein is dat reeds verregaand gemeenschapsbevoegdheid is geworden; de federale interventie is beperkt geworden (ambulante zorgverstrekkers die naar het woonzorgcentrum komen en attesteren in de ziekteverzekering; wetgeving inzake geneesmiddelen en stock). Op het moment van de voorstellen waren sommige overheden al gestart met eigen initiatieven inzake crisisbeheer en communicatie binnen de ouderenzorgsector, waardoor het federaal coördinerend initiatief als ineffectief werd beschouwd. De beide surge capacity-comités zijn evenwel blijven bijdragen tot specifieke issues, bv. Inzake zuurstoftherapie, de ondersteuning door de ziekenhuissector van de woonzorgcentra, etc., maar op een punctuele manier: elke deelstaatoverheid heeft zijn eigen crisisbeheer binnen zijn ouderenzorginstellingen gevoerd.

18. Welke lessen trekt u uit de crisis met betrekking tot het financieringssysteem van de ziekenhuizen?

Reeds lange tijd wordt de diagnose gesteld dat de prestatiefinanciering in België, zelfs al heeft deze een aantal verdiensten (bv. op vlak van productiviteit en snelheid van toegang tot zorg) zou moeten evolueren naar een meer gemengd financieringsmodel, waarbij ook elementen van praktijkfinanciering, pay for quality, capitatie, etc. kunnen worden geïntegreerd. Dat is ook mijn overtuiging. Tijdens de vorige legislatuur werden een stappen gezet, bv. op vlak van pay for quality in de ziekenhuizen. Ook binnen de huisartsenfinanciering, wat reeds langer loopt, is er inmiddels heel wat praktijkfinanciering in plaats gebracht.

Daarnaast wordt reeds lang vastgesteld dat de afhankelijkheid van de ziekenhuizen voor de financiering van hun basiswerking (bv. Verpleegkundig personeel, informatisering, etc.) van de afdrachten van honoraria en supplementen vanwege artsen en andere honorariatrekkers binnen het ziekenhuis, een aantal problemen oplevert. De basiswerking van een ziekenhuis zou volledig gedekt moeten zijn door het budget financiële middelen voor ziekenhuizen, met evenwel in de governance mechanismen garanties dat het zorgverstrekkend personeel betrokken wordt bij het medisch beleid van het ziekenhuis.

De annulatie van niet-covid-zorg in en buiten de ziekenhuizen, alsook het opduiken van nieuwe types van zorg en ondersteuning in en buiten de ziekenhuizen, botste heel snel met het financieringssysteem. Een financieringsmodel waarbij zorgverstrekkers gefinancierd worden op basis van activiteit droogt vanzelfsprekend op, wanneer de activiteit niet wordt uitgevoerd (bv. voor niet COVID-zorg). Een financieringsmodel waarbij de basiswerking van een ziekenhuis afhankelijk is van de artsen die binnen dat ziekenhuis prestaties leveren, botst op zijn limieten wanneer die artsen plots geen activiteit meer mogen leveren.

Er werden tijdelijke “patches” voorzien om deze problematiek op te lossen en te vermijden dat het gezondheidszorgsysteem zou collabereren door een gebrek aan liquiditeit enerzijds en een gebrek aan inkomen van zorgverstrekkers anderzijds. Dit werd doorgevoerd via voorschottenregelingen, budgetgaranties, nieuwe prestatiescodes, e.d.m. Het RIZIV en het DG Gezondheidszorg hebben in moeilijke omstandigheden snelle oplossingen daartoe voorzien. Niettemin is dit ‘patchwork’. De structurele oplossing ligt in een hervorming van de financiering van de ziekenhuizen en van de zorgverstrekkers in dit land.

19. Het aantal ziekenhuisbedden is de laatste jaren in België aanzienlijk afgenomen. Voormalig minister van Volksgezondheid Maggie De Block startte een efficiëntie-oefening in de afbouw van onder andere de materniteiten. Hoe kijkt u daar nu naar in het licht van de crisis?

Het KCE heeft in haar onderzoeksrapporten duidelijk aangetoond dat er een overcapaciteit is van ziekenhuisbedden in dit land (bv. KCE 289A, KCE 323). Er werden algemene inschattingen gemaakt naar 2025 en 2030 toe, alsook werden specifieke analyses uitgevoerd, bv. wat pediatrie

en materniteit betreft. Ik verwijs verder ook naar internationale benchmarks, bv. OECD. Dat overaanbod ook kan leiden tot overconsumptie (supply-driven demand, bv. medische beeldvorming), en dat fragmentatie een efficiëntiekost (bv. spoed, materniteit, pediatrie) en in sommige gevallen ook ernstige gevolgen op vlak van outcome heeft (bv. gespecialiseerde kankerzorg, beroertezorg, medische beeldvorming), is meer dan voldoende wetenschappelijk gedocumenteerd.

Het is belangrijk te herinneren dat het KCE in dezelfde rapporten ook steeds aangaf dat terwijl globaal en op sommige vlakken overaanbod bestaat, er tegelijkertijd moest geïnvesteerd worden in bepaalde andere capaciteit, bv. op vlak van daghospitaal, revalidatie, intermediaire zorg, etc. Het gaat daarbij niet alleen om aanbod en aantal bedden, maar ook om hoe organiseren we zaken kwaliteitsvol, toegankelijk en efficiënt, wat trade-offs veronderstelt.

De COVID-19-crisis dient zeker aan te zetten tot een reflectie over de organisatie het aanbod in volgende domeinen:

- Organisatie en aanbod van zorg voor infectieziekten
- Organisatie van intensieve zorg
- Organisatie van revalidatie, cf. long-term covid.

20. Wat vindt u van de rol van de ziekenhuisnetwerken in de bestrijding van deze crisis.

De ziekenhuisnetwerken moesten volgens de Valentijnswet van 2019 ten laatste op 1 januari 2020 in werking treden. In de praktijk waren en zijn de erkenningen nog niet helemaal rond. Niettemin was er reeds lange tijd door sommige ziekenhuizen en de overheden hard gewerkt om deze netwerken op te zetten, zowel op bestuursmatig, maar ook op medisch vlak. Tijdens de COVID-19-crisis heb ik geprobeerd om in de activiteiten van de 2 surge capacity-comités initiatieven te nemen om de ontwikkeling van de ziekenhuisnetwerken te stimuleren, bv. Door:

- De samenwerking tussen ziekenhuizen voor het spreiden van patiënten binnen een ziekenhuisnetwerk
- De samenwerking tussen ziekenhuizen voor het onderling verdelen van surge capacity capaciteit voor COVID-patiënten
- Het aanspreken van netwerken bij het opzetten van samenwerkingsverbanden met ouderenzorginstellingen binnen het netwerk

Uit de intermediaire evaluatie na de eerste golf binnen het HTSC bleek dat deze impulsen hebben bijgedragen tot de netwerkvorming. Niettemin blijven er variaties en is er nog een weg te gaan om de netwerken volwaardig te laten functioneren. De hierboven vermelde uitdagingen op vlak

van organisatie en aanbod inzake infectieziekten, intensieve zorgen, long-term revalidatie dienen zeker ook vanuit dat perspectief te worden benaderend volgens mij.

21. Klopt het dat sommige zieke ouderen ziekenhuisopnames geweigerd werden? Klopt het dat er besmette woonzorgcentrumbewoners te vroeg ontslagen werden uit de ziekenhuizen? Uit een verslag van de Taskforce HealthCare op 3 april blijkt dat er melding gemaakt wordt van advocaten die stappen ondernemen bij gevallen waar voor sommige ouderen geen opname bij ICU is gebeurd. Hoeveel van die meldingen zijn er effectief gebeurd en welke gevolgen zijn daaraan gegeven? Is het tot rechtzaken gekomen?

De kwestie is meermaals in media en in vergadering naar boven gekomen. Telkens heb ik deze kwestie vervolgens in het HTSC voorgelegd aan de ziekenhuiskoepels en de deelstaatoverheden. Ik vind de uitlatingen die we in sommige media hoorden, ernstig. Evenwel werden nooit officiële klachten ontvangen waarover de werkgroep HTSC een standpunt had kunnen innemen. Voor zover de werkgroep in kennis is gesteld, zijn er geen daadwerkelijk ingediende klachten of lopende gerechtelijke procedures.

Voorts heb ik na de eerste golf aan de IMC voorgesteld deze kwestie te laten onderzoeken, bv. door het Comité voor Bioethiek. Ik had hiervoor contacten ook met de verantwoordelijken van het Comité. Zij stelden dat het Comité dergelijke evaluatie ex post niet kon opnemen, maar zij voorzien wel adviesverstrekking inzake triage binnen de gezondheidszorg.

Governance/samenwerking

22. In welke mate zijn er bestaande parallelle structuren, waartussen geen overleg plaatsvond, gesneuveld tijdens de crisis? En is van daaruit een duurzame, betere samenwerking mogelijk?

Het klopt dat het crisisbeheer dat, zoals reeds in andere vragen uitgelegd, zowel uit een sanitaire zuil bestaat met een aantal organen, als uit het multidisciplinair crisisbeheer met een aantal organen, omvangrijk is geworden, zeker ook omdat naast de crisisorganen op ambtelijk en coördinerend vlak, ook op politiek niveau een aantal organen zijn gecreëerd, bv. GEES, daarna ook Commissariaat, etc.

Het is niet eenvoudig gebleken om tijdens de crisis zelf wijzigingen in de governance door te voeren. Bij de start van het Commissariaat werden een aantal voorstellen geformuleerd die door de snelle opgang van de tweede golf nog niet alle gerealiseerd zijn geworden. Het zal van belang zijn om, eens de acute crisis achter de rug is, te werken aan een structureel antwoord op de vastgestelde governance-problemen. Niettemin kan alvast worden vermeld dat op volgende vlakken ingrepen werden doorgevoerd.

De voorbereiding van de politieke besluitvorming op het niveau van het OCC (en niet meer de Nationale Veiligheidsraad) werd vanaf de oprichting van het Commissariaat gecentraliseerd, uiteraard steeds met de medewerking van de verschillende bevoegde actoren. Dit omvat een integratie van de documentatie op vlak van epidemiologisch assessment (RAG), andere data-elementen (bv. Geestelijke gezondheid), multidisciplinair assessment (NCCN), maatregelen, randvoorwaarden inzake preventie, contactopvolging, etc.

Er is een vereenvoudiging doorgevoerd van verschillende organen: Celeval, RAG, Wetenschappelijk comité en de externe experts. Enkel RAG is behouden en de GEMS is opgericht in de schoot van het Commissariaat. GEMS is een expertcomité bestaand uit een groep wetenschappelijke experts voor de managementstrategie COVID-19. Op vraag van de COVID-19 Commissaris of de COVID-19 adjunct-commissaris, geeft deze expertgroep adviezen over de evaluatie van maatregelen en de fasering van de versoepeling van de maatregelen en inzake de inhoud van een toekomstig lockdown-maatregelenpakket. RAG en GEMS zijn nauw verbonden aan elkaar, o.a. door hun samenstelling. Er is een duidelijke distinctie in de opdracht van beide organen waardoor dubbel werk vermeden is en elk een eigen focus kan behouden. Er waren te veel experts verdeeld op alle niveaus (binnen taskforces, in de politieke laag, voor communicatie, etc.). Door de versnippering was het te moeilijk om de veelheid aan meningen te centraliseren en af te stemmen voor een beleidsadvies. De GEMS biedt hier een oplossing voor.

Het Commissariaat heeft voor een aantal thema's, meer bepaald teststrategie en vaccinatie, de rol opgenomen om in haar schoot de beleidsvoorbereiding en –implementatie te coördineren, via Taskforces, maar wel duidelijk ingebed in het Commissariaat en binnen de sanitaire besluitvormingsstructuren.

23. Zou een federaal wetgevend kader rond noodsituaties geholpen hebben? Wat moet er dan precies instaan van u?

Zoals hierboven beschreven (vraag 1) hebben we reeds in België een federaal wetgevend kader rond noodsituaties. Dit wetgevend kader was volgens mij onvoldoende gekend en geoefend bij verschillende betrokken stakeholders in de beginfase van deze crisis. Het NCCN beschikt over heel wat traditie en expertise ter zake die het ter beschikking kan stellen van de departementen. Volgens mij dient het NCCN ter zake ook een mandaat tot meer sturing en toezicht te krijgen.

Daarnaast moeten we vaststellen dat de bestaande procedures en afspraken niet steeds opgewassen waren voor een grootschalige en langdurige crisis als deze coronacrisis. Een grondige evaluatie, een eventuele uitbreiding en een grondige aanpassing van het systeem is aangewezen. Dit dient ook te gebeuren met inrekeningname van de evoluties op deelstaatsniveau, maar ook op Europees en internationaal niveau inzake crisisbeheer. Een stevig, ingebouwd en gestroomlijnd nationaal crisisbeheer is te allen tijde noodzakelijk. We hebben geleerd dat een crisis immers snel, hard en langdurig kan inslaan in ons systeem.

De meer beleidsmatige coördinatie binnen het crisisbeheer, cf. de rol die het Commissariaat nu speelt in de beleidsvoorbereiding en -coördinatie, dient ook structureel gepositioneerd te worden.

Er zijn in deze gezondheids crisis een aantal zaken ad hoc opgericht moeten worden. Om die reden is een wirwar aan organen en structuren tot stand gekomen. Veel van die ad hoc organen bleken absoluut noodzakelijk te zijn om deze crisis te kunnen beheren. Het is aangewezen om deze ad hoc organen onder de loep te nemen, grondig te evalueren en eventueel (op afroep) op te nemen in een vaste structuur gevat in een federaal wetgevend kader.

Wat moet hier dan precies in staan?

Een wetgevend kader moet duidelijk zijn wat betreft de rollen en bevoegdheden van taskforces en werkgroepen. Wat we nu vaststellen is dat verschillende onderwerpen voorbereid worden op meerdere plaatsen. Onder andere om die reden is er gedurende de volledige crisis een gebrekkige informatiestroom tussen de verschillende organen. De conclusies uit meetings komen vaak niet bij de juiste personen terecht waardoor deze over onvolledige informatie beschikken. Ik wens hierbij wel aan te geven dat sommige organen wel degelijk een duidelijke rol in de wetgeving hebben, maar niet steeds correct werden benut. Wetgeving lost dus niet alles op: goeie rolverdeling komt ook voort uit samenwerken, samen oefenen, etc.

Volgens mij is het wel noodzakelijk om de relatie tussen multidisciplinaire crisisbeheersstructuren en monodisciplinaire crisisbeheersstructuren (bv. Sanitair) te verduidelijken, omdat in de monodisciplinaire structuren soms eigen principes en regels worden toegepast die het gevolg zijn van sectorkenmerken, eigen wetgeving, internationale regulering, etc. Het dient duidelijk te zijn wat primeert en op welke manier organen interageren wanneer het monodisciplinaire beheer overgaat in een multidisciplinair beheer. Opnieuw, dit is niet alleen een kwestie van regelgeving, maar ook van samenwerking en samen oefenen. De wederzijdse kennis van de biotoop waarin gefunctioneerd wordt, dient verbeterd te worden.

Een aantal belangrijke zaken zijn inmiddels reeds opgenomen in de wetgeving, ik denk aan de richtlijnen voor ziekenhuizen betreffende patiënten opvang en spreiding, de noodwetgeving om meer handen aan het bed mogelijk te maken, de wet snelle antigeentesten en zelftesten...

24. Wat zijn cruciale elementen in een toekomstig pandemieplan? Hebben we een pandemieplan nodig, of moet dit ruimer zijn? Is het realistisch en nuttig om een nog meer generiek plan op te stellen, waarbij ook een aanpak voor bijvoorbeeld een terroristische aanslag met biologische wapens vervat zit? Welke hindernissen ziet u om tot een goed plan te komen?

Er is een algemeen kader nodig om crisissituaties te beheren, een nationaal plan, te operationaliseren voor crisissituaties in alle domeinen (pandemie, klimaat, terrorisme, nucleair...). De basis uitrol voor elke crisissituatie moet immers zo uniform mogelijk zijn. Één van

de crisisplannen binnen dit kader van nationaal crisisbeheer moet zonder twijfel een pandemieplan zijn. Om een succesvol pandemieplan te bekomen moet dit geschreven worden in samenwerking met de deelstaten. Ieder neemt immers, ook in crisistijd, verantwoordelijkheid over zijn eigen bevoegdheden. Een gezamenlijk plan zal zorgen voor een snellere uitrol aangezien er geen discussies meer zouden zijn over rollen en verantwoordelijkheden. Bovendien, bij het ontwerpen van een pandemieplan moet niet alleen aandacht zijn voor de bevoegdheidsverdelingen tussen de verschillende beleidsniveaus, ook het multidisciplinaire aspect moet onder de aandacht gebracht worden. Verschillende andere disciplines kunnen bijdragen aan het aanpakken van een gezondheids crisis. Niet op zijn minst Defensie en de civiele veiligheidsdiensten, hun inzet voor de logistieke uitrol is uiterst belangrijk gebleken en dient structureel ingebouwd te worden.

Een pandemieplan schrijven doe je dus niet zomaar. Bovendien, vooraleer we een pandemieplan opmaken moeten we de lessen uit deze coronacrisis meenemen als basis voor het ontwerp.

Het is realistisch om een generiek plan op te stellen voor gezondheids crisisen, aanpasbaar aan de aard van de crisis. In het generieke plan dienen verschillende scenario's uitgedacht te worden, per scenario dienen specifieke richtlijnen uitgeschreven te worden. Het is niet aangewezen om een gedetailleerde stappenplannen uit te werken, wel om specifieke richtlijnen uit te schrijven opdat het onmiddellijk uitgerold kan worden indien nodig. De specifieke richtlijnen voor een pandemie zullen anders zijn dan deze voor een terroristische aanslag met biologische wapens. De basis, het kader moet zo uniform mogelijk te zijn.

Deze eerste richtlijnen dienen alvast in een pandemieplan verwerkt te worden:

- 1) Alles betreffende bevoegdheidsverdeling, rolverdeling en crisisbeheer
- 2) Een permanent systeem voor controle op, en een rollend systeem voor, de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmaterialen.
- 3) Tijdelijke platformen die nodig gebleken zijn in grootschalige gezondheids crisis als gevolg van een pandemie:
 - Organisatie van piekcapaciteit
 - Organisatie van staalafname- en testcapaciteit
 - Samenwerking met de private sector, bv in het kader van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, vaccins, etc.
 - Afspraken met universiteiten en andere leerorganisaties om wetenschappelijke input te verzamelen aan de hand van een wetenschappelijk comité.
 - Samenwerking met media

Het is essentieel om deze tijdelijke platformen te zien als generieke en ontplooibare structuren.

Het schrijven van pandemieplan is de eerste stap, het oefenen, het evalueren en het vervolgens optimaliseren van het pandemieplan zullen ervoor moeten zorgen dat het plan in de praktijk

werkbaar is. Het oefenen van een plan moet in de toekomst realistischer gebeuren, minder voorspelbaar en grondiger.

25. Moet een dergelijk generiek pandemieplan volgens u zowel betrekking hebben op federale (ziekenhuizen) als op regionale (eerste lijn, woonzorgcentra, ...) bevoegdheden?

Bij het opmaken van een pandemieplan moet rekening gehouden worden met de complexiteit van de staatsstructuur, met de 6de staatshervorming en aangepast worden aan eventuele verdere staatshervormingen. Bovendien moet de monodisciplinaire organisatie van het gezondheidsbeleid mee opgenomen worden in de opmaak van een generiek pandemieplan, afgestemd op de multidisciplinaire benadering (zoals toegelicht in vraag 1).

Alle niveaus van het zorgsysteem moeten aan bod komen in dit generieke pandemieplan aangezien de bevoegdheidsverdelingen ook in crisiswerking van kracht blijven. Bovendien moet ook gekeken worden naar de positionering en de verantwoordelijkheden van de preventieve gezondheidszorg (CLB, arbeidsgeneeskundige diensten, gezondheidsinspectiediensten...).

De veelheid van betrokken organisaties en structuren op de verschillende bestuurlijke niveaus zorgt voor een complex systeem. Deze moeten voldoende afgestemd zijn en getraind worden om samen te werken in crisistijd.

Daarnaast is het even belangrijk om de niet-medische diensten op te nemen in de voorbereiding en uitwerking van dit generieke pandemieplan. Ook de inzet, taakverdeling en bevoegdheidsverdeling van de niet-sanitaire rollen moeten beschreven worden: handhaving, internationale reizen, communicatie, economie, onderwijs...

26. We hebben vastgesteld dat we met COVID-19 geconfronteerd werden met vele onbekenden en vandaag nog altijd voor verrassingen staan. Is het geen illusie te denken dat we nu een plan gaan schrijven dat we dan stap voor stap kunnen uitvoeren wanneer de epidemie/aanslag of andere calamiteit zich voordoet?

Het uitschrijven van een gedetailleerd stappenplan is niet de juiste manier om een crisis voor te bereiden. Er zullen in de realiteit altijd gebeurtenissen plaatsvinden die niet in het stappenplan staan of passen. Het belangrijkste is dat de betrokken diensten (civiele veiligheid, FAGG, defensie, Volksgezondheid, politie, RIZIV...) goed voorbereid zijn op een crisis door duidelijke principes van crisisbeheer, duidelijke rollen en verantwoordelijkheden, door gezamenlijke werkkaders en training, etc. Dit was nu slechts deels het geval.

Daaraan gekoppeld is het essentieel om de recent opgezette operationele structuren (vb: contact tracing, Taskforce testing, Taskforce vaccinatie, beheer van permanente stock PBM, public health maatregelen, wetenschappelijk comité...) te consolideren en te zien als generieke en ontplooibare structuren. Het is aangeraden om op basis van een grondige evaluatie de best

practices voor elk van deze structuren mee te nemen ter voorbereiding van een eventuele volgende (gezondheids)crisis.

Het coronacommissariaat heeft deels operationele taken overgenomen van andere diensten. De bedoeling moet zijn om deze diensten in de toekomst veerkrachtiger te maken om deze taken zelf te kunnen coördineren en/of uit te voeren.

Cfr. Vraag 25. Het is aangewezen om een generiek pandemieplan op te stellen.

27. In welke mate werd het bestaande pandemieplan gebruikt? In welke mate was het (nog) bruikbaar? Welke lessen moeten we hieruit trekken?

In het initiële plan van 2006 werden een aantal basisprincipes ontwikkeld rond de aanpak van een pandemie, waarvan sommige ook in reglementering of interministeriële protocollen verankerd zijn. Zo zijn er de verschillende crisiscellen van de entiteiten en de departementen die op een gecoördineerde wijze hun bijdrage leveren in de algemene aanpak. De geïntegreerde communicatie voor zowel groot publiek als specifiek voor zorgverleners bleef gehanteerd net zoals het internationale aspect op het niveau van WHO en EU. De initiële pandemieaanpak werd in 2009 (H1N1 influenza) meegenomen en verder uitgewerkt.

Het incorporeren van wetenschappelijke instellingen en ze verankeren met de strategische en operationele structuren is een blijvend gegeven in deze covid-19 aanpak. De samenwerking en adviezen van de HGR rond vaccinatie alsook de brede sensibilisering rond hygiënemaatregelen en het gebruik van PBM's kwamen ook aan bod in het pandemieplan.

Niet alle facetten uit het initiële pandemieplan zijn tijdens de coronacrisis gebruikt. Uiteraard zijn er in de huidige crisis nieuwe inzichten en verdere ontwikkelingen toegevoegd, zoals dat ook moet in een crisisplan.

Het bestaande pandemieplan was niet voldoende gedetailleerd, bovendien was dit plan niet up-to-date gehouden, onvoldoende gekend en onvoldoende geoefend. Dit is een belangrijke les voor de toekomst. Indien concrete nood- of crisisplannen uitgeschreven worden dienen deze getraind te worden en dermate up-to-date gehouden te worden zodat deze onmiddellijk inzetbaar zijn bij aanvang van de crisis. Indien dit niet wordt opgevolgd, heeft een plan slechts een beperkte meerwaarde.

28. Welke elementen van een goed generiek pandemieplan waren *niet* aanwezig bij het begin van de crisis?

De laatste 10 jaar gebeurden er geen updates of wijzigingen meer aan het bestaande pandemieplan. Het oorspronkelijke plan bevatte een groot strategisch luik, dat na de

staats Hervormingen niet werd aangepast. Wanneer men zich in volle crisis dient af te vragen wie bevoegd is voor wat, gaat kostbare tijd verloren.

De strategische en operationele capaciteit op vlak van sanitaire crisiscoördinatie was onvoldoende sterk om de omvangrijke uitdagingen aan te kunnen.

Er bleken – zie antwoorden op andere vragen – onduidelijkheden, onvoldoende wederzijdse kennis inzake de comitologie binnen het sanitaire en multidisciplinaire crisisbeheer. Het was ook niet steeds duidelijk hoe deze structuren zich verhielden tot de reguliere overlegorganen binnen de gezondheidszorg en ziekteverzekering. Rollen en verantwoordelijkheden waren daardoor niet steeds voldoende duidelijk.

Een aantal capaciteiten bleken onvoldoende sterk of voorbereid. Bv. Contactopvolging, diagnostiek, beschermingsmateriaal.

In de gezondheidssector op het terrein beschikten niet alle actoren over voldoende preparedness. De ziekenhuizen toonden zich wendbaar dankzij de jarenlange ervaring met het generiek ziekenhuisnoodplan, alsook de capaciteit op vlak van hygiëne en infectiebestrijding. Deze preparedness was minder ontwikkeld bij andere actoren.

29. Diverse experts maakten deel uit van allerhande organen voor beleidsvoorbereiding en ondersteuning. Een aantal van de ondervraagden in de hoorzittingen beweerden dat deze experts een eenzijdige visie hebben op de aanpak van de coronacrisis en dat dissidente stemmen niet aan bod komen, waardoor een deel van de wetenschappelijke onderbouwing uit het debat wordt geweerd en er een gebrek aan transparantie is naar het publiek. Eén en ander zou reeds tot de nodige spanningen hebben geleid bij deze groepen. Wat is uw mening hierover?

De goede organisatie van expertise is een belangrijk beleidswetenschappelijk gegeven. In de COVID-19-crisis is het duidelijk geworden dat dit niet evident is. Niettemin kan moeilijk de grote bijdrage die overheidsexperten en externe experts hebben geleverd tot de beleidsvorming worden onderschat.

Bij aanvang van de crisis werd een Wetenschappelijk Comité opgericht dat de minister adviseerde bij haar beleid. De RAG bestaat uit overheidsexperten en externe experts die het epidemiologisch assessment onderbouwen. Sciensano levert overheidsexpertise op tal van domeinen, bv. Inzake diagnostiek;

De COVID-19-crisis is natuurlijk in eerste instantie een sanitaire crisis. Een sanitaire crisis veroorzaakt door een virus. In die zin is het logisch dat de virologen, epidemiologen, biostatistici en infectiologen een centrale rol spelen in het crisisbeheer, zowel langs voor de risicoanalyse als voor het risicomanagement. Zij speelden en spelen nog steeds een hoofdrol in de beleidsondersteuning.

Doorheen de crisis is er zeker evolutie geweest op vlak van de betrokken disciplines. Vrij snel werd de ERMG opgericht die economisch advies moest leveren. Vervolgens werd binnen de sanitaire zuil ook meer aandacht besteed aan andere disciplines, bv. psychologie, sociaal beleid.

Het in evenwicht brengen van de expertise bleek niet evident. De poging tot herbalancering van de expertgroep via de hersamenstelling van Celeval had precies als doel meer multidisciplinariteit, binnen en buiten de sanitaire expertise te verzekeren; evenwel leidde dit tot een aantal spanningen tussen experts en naar het beleid, waardoor de werking ervan werd bemoeilijkt.

In de huidige fase is er een zekere stabilisering ontstaan, al blijft er kritiek over het overwicht van virologen, infectiologen en epidemiologen in de expertorganen. Toch kan gesteld worden dat de relatie tussen beleid en expertise gestroomlijnd is geworden en gunstig is geëvolueerd volgens mijn inzicht. De oprichting van de GEMS en de uitklaring van de rol ten aanzien van de RAG speelt daarin een belangrijke rol. GEMS is een expertcomité bestaand uit een groep wetenschappelijke experts voor de managementstrategie COVID-19. Op vraag van de COVID-19-commissaris of de COVID-19 adjunct-commissaris, geeft deze expertgroep adviezen over de evaluatie van maatregelen en de fasering van de versoepeling van de maatregelen en inzake de inhoud van een toekomstig lockdown-maatregelenpakket.

De GEMS is een multidisciplinair samengesteld orgaan. U zal merken dat er in het laatste GEMS rapport

(https://d34j62pglfm3rr.cloudfront.net/downloads/Annexe+1.1+GEMS_012_20210223_Relaxations.pdf) verschillende invalshoeken werden opgenomen als advies voor de politieke besluitvorming. Naast de epidemiologische situatie werden ook de psychosociale en economische impact op het nemen van maatregelen mee in overweging genomen in de adviesnota van de GEMS.

Het Commissariaat speelt ook een belangrijke rol in de vertaalslag en communicatie van de adviezen van de GEMS naar de politieke besluitvorming, maar omgekeerd ook in het helpen verduidelijken van de vragen en verwachtingen die de politiek naar de experts heeft. Intensief en constructief overleg vindt heel geregeld plaats om de samenwerking te stroomlijnen.

Daarnaast nam ik ook het initiatief om de werkzaamheden tussen de RAG, GEMS, de Hoge Gezondheidsraad, Sciensano en het KCE te stroomlijnen door een wekelijks bureau, waaraan ook de deelstaten deelnemen. Dit verbetert de samenwerking tussen de kennisactoren.

30. U stelt in interview met De Standaard op 6 juni dat er kansen gemist zijn om samen te werken. De woonzorgcentra kampten bijvoorbeeld met tekorten aan zuurstofflessen, de ziekenhuizen met tekorten aan geneesmiddelen. Hoe kan dat beter in de toekomst? Wat is er volgens u nodig om dat te vermijden?

In mijn antwoord op andere vragen gaf ik reeds aan dat een belangrijke uitdaging is het beter integreren van de zorgorganisatie. Dat omvat ook de samenwerking tussen zorginstellingen en zorglijnen. Expertise en capaciteiten binnen de ziekenhuizen kunnen worden gevaloriseerd naar de eerste lijn, maar bijvoorbeeld ook naar de woonzorgcentra. Dit gebeurde ook tijdens deze crisis, maar kan in de toekomst meer structureel worden ingebouwd. De ontwikkeling van de ziekenhuisnetwerking, de structuren van de eerstelijnsorganisaties die in Vlaanderen reeds verder gevorderd is met de eerstelijnszones en zorgregio's maar ook in andere regio's in ontwikkeling is, het ontwikkelen van financieringsmechanismen die samenwerking belonen en waar nodig ook het wegnemen van regulatoire belemmeringen tot samenwerking, kunnen alle helpen en bijdragen tot een betere synergie.

31. Hoe beoordeelt u de werking van het IMC in crisistijd?

De IMC Volksgezondheid is de meest actieve IMC van de voorbije jaren, reeds voor de crisis, waaruit zowel de complexiteit van het gezondheidsbeleid en de bevoegdheidsverdeling blijkt, maar ook de wil tot samenwerking. Er werden heel wat realisaties bereikt, zoals ik ook heb duidelijk gemaakt tijdens de hoorzitting in het Vlaams Parlement. Hoewel een structurele coördinatie binnen volksgezondheid niet vanzelfsprekend is loopt de samenwerking binnen dit domein al een lange tijd goed. Net omdat de verschillende niveaus elkaar moeten vinden om protocollen/akkoorden te sluiten is die samenwerking in het verleden afdoende voorgevallen om ingespeeld te zijn op elkaar. Er is voldoende vertrouwen en daarmee kom je al heel ver, dit help zeker om in crisiswerking sneller te kunnen handelen.

De opdracht van de IMC houdt in om beleidscoördinatie te verwezenlijken in het beleidsdomein van volksgezondheid. Een IMC heeft geen eigenlijke beslissingsmacht. De IMC is samengesteld uit vaste genodigden, de ministers bevoegd voor Volksgezondheid. De IMC kent een roterend voorzitterschap (12 maand – een cyclus duurt 4 jaar). Er kunnen ook andere genodigden worden toegevoegd aan het overleg, tijdens COVID-19 in de eerste golf was dit bijvoorbeeld minister De Backer. IMC heeft een huishoudelijk reglement en de taak van secretariaat komt toe aan de directeur-generaal Gezondheidszorg van de FOD VVVL.

Ondanks de moeilijke bevoegdheidsverdeling heeft de IMC, die vanaf maart geactiveerd werd, tot op heden goed gefunctioneerd in deze crisis. Een hele reeks thema's werden politiek gestroomlijnd: testing en contactopvolging, samenwerking op vlak van noodcapaciteit, coördinatie op vlak van persoonlijke beschermingsmiddelen, de opbouw van de vaccinatiestrategie, etc. In dat kader werden belangrijke protocolakkoorden en samenwerkingsakkoorden gesloten in de IMC.

32. De federale overheid is bevoegd voor de “generic pandemic preparedness”, dus voor de eigen noodplannen van de ziekenhuizen. Hebben die noodplannen gewerkt? Hoe is uw inschatting over de aanpak van de crisis in de ziekenhuizen, vergeleken met instellingen die onder regionale bevoegdheid vallen? In welke mate waren die regionale instellingen beter of slechter voorbereid dan de ziekenhuizen? Kunnen we zeggen dat dankzij die noodplannen ons gezondheidssysteem is overeind gebleven?

Ik verwijs naar de antwoorden op de vragen: 3, 23, 24, 25, 26, 27, 28.

- 33. Gouverneur Berx verklaarde dat we de 2de golf in september zijn ingerold omdat er geen consensus was onder beleidsmakers over de te volgen strategie naar de winter toe, waarbij ook het Zweedse model door sommigen bepleit werd. Kan u dat bevestigen? En welke impact heeft de afwezigheid van een coherente visie volgens u gehad op onze voorbereiding voor een tweede golf?**

De zomerperiode was een periode waarin de cijfers op vlak van incidentie en hospitalisatie sterk waren gedaald, tot op veel lagere niveaus dan vandaag het geval is. De exitstrategie was lopend en de maatschappij en economische sectoren waren in grote mate opnieuw geopend. Op het politieke niveau liepen de regeringsonderhandelingen. In de maatschappij en bij de bevolking was er een zekere verslapping en vermindering van de motivatie.

Al deze elementen spelen wellicht een rol in de periode die geleid heeft tot de 2e golf. De vraag tot het uittekenen van een beheersstrategie om te leren leven met het virus werd aan de hersamengestelde Celeval 2 toevertrouwd, die onder meer aan indicatoren en drempels werkte. Prof. Marius Gilbert en ikzelf hebben die werkgroep binnen Celeval gecoördineerd.

In die periode waren er zeker veel debatten, niet enkel op het niveau van politici en beleidsmakers, maar ook bij experts en in de samenleving rond de te volgen strategie. Wat op zich ook niet abnormaal is. Af en toe werd daarbij zeker verwezen naar het Zweedse model, zonder evenwel altijd zeer goed te stellen wat dan het Zweedse model zou zijn. Het Zweedse model was immers helemaal niet zomaar permissief op alle vlakken. Het klopt wellicht dat er vertwijfeling ontstond over de te volgen koers, maar dat debat heeft eigenlijk steeds plaats gevonden doorheen de hele crisis, en vindt ook in andere landen plaats. Het betreft finaliter het afwegen van risico's in functie van maatschappelijke en politieke prioriteiten, waarmee we raken aan de kern van de democratie en de rol van de politieke besluitvorming daarbinnen.

- 34. CELEVAL besloot versoepelingen toe te staan begin september, op een moment dat de virustransmissie toenam, hoe kwam dit?**

Op vrijdag 28/08/2020 werd de politieke beslissing genomen om de samenstelling van Celeval te wijzigen naar een multidisciplinaire groep die een plan moest uitwerken om de Belgische bevolking te 'leren leven met het virus'. Celeval bleef echter een adviesorgaan, geen besluitvormingsorgaan. De nieuw samengestelde groep werkte, in aanloop naar de Nationale Veiligheidsraad van 23/09/2020 en door middel van intensief overleg, een advies uit waarin werd geadviseerd te werken met verschillende risiconiveaus, gevisualiseerd door kleuren (groen, geel, oranje en rood: de 'barometer') en gedefinieerd door volgende indicatoren: dagelijks aantal nieuwe hospitalisaties, het reproductiegetal (gebaseerd op nieuwe hospitalisaties en bevestigde

gevallen) en de 14-daagse projecties (gebaseerd op de groeicurve van de dagelijkse hospitalisaties en bevestigde gevallen). Aan deze barometer werden specifieke fases binnen de 6 gouden regels gekoppeld. De Nationale Veiligheidsraad vroeg aan Celeval om het systeem van de barometer verder uit te werken.

Inzake de besluitvorming over de versoepelingen kan ik geen bijkomende informatie leveren. Deze vraag moet gesteld worden aan de leden van de NVR.

35. Hoe werd met conflicten in crisismanagement omgegaan?

Kan deze vraag gepreciseerd worden?

36. Wat is de nationale strategie om te leven met het coronavirus? Komt deze visie op (middel)lange termijn aan bod in het federaal strategisch plan?

Het “leren leven met het virus” is relatief gezien de morbiditeit en mortaliteit ervan, zoals ook nogmaals gebleken is met de nieuwe varianten. Er dient evenwel een beheerssysteem te bestaan dat de verschillende politieke objectieven – het gezondheidssysteem intact houden, maximaal de onderwijsactiviteiten te continueren, maximaal de economie te continueren, de mentale gezondheid van de bevolking beschermen – zo goed mogelijk ondersteunt.

De beheerstrategie die de politieke besluitvorming inzake maatregelen onderbouwt en door het Commissariaat wordt gecoördineerd, omvat:

1. Een breed epidemiologisch assessment van de situatie dat zowel kwantitatieve als kwalitatieve indicatoren omvat, en deze indicatoren ook interpreteert. Dit assessment gebeurt door de Risk Assessment Group. In deze analyse worden de sleutelindicatoren en drempelwaarden van de coronaschakelaar (beheersfase versus lockdownfase) mee in rekening genomen. De RAG spreekt zich begin maart uit over knipperlichten om binnen de lockdownfase over een plan B en C te beschikken wanneer de situatie verslechtert. Deze elementen zullen in haar epidemiologische rapporten worden geïntegreerd.
2. Het multidisciplinair assessment en advies vanwege de partners van het Nationaal Crisiscentrum, met name door COFECO en het overleg met de gouverneurs. Het Commissariaat participeert aan deze organen.
3. Een modellering van de verwachte evolutie van de epidemie op basis van relevante parameters en scenario's. Het Commissariaat heeft bij de UHasselt modellering laten ontwikkelen, op basis waarvan eind februari scenario's werden geschetst voor het verdere verloop van de epidemie. Deze modellen worden upgedatet met het oog op het Overlegcomité van 27 maart.
4. Het inschatten van de impact van maatregelen op epidemiologisch, psychologisch en economisch vlak. Door de GEMS is eind februari een rapport opgeleverd met een methodologie die resulteerde in de classificatie van activiteitendomeinen (privé-leven, werk, sport, cultuur, etc.), met inbegrip van aanbevelingen voor modaliteiten, timing en

prioriteiten voor versoepelingen. Deze week werd ook een advies afgeleverd die omgekeerd voorziet in mogelijke maatregelen die kunnen passen in een plan B en C (zie punt 1).

5. Randvoorwaarden en hefbomen binnen het crisisbeheer. Het Commissariaat heeft deze gedefinieerd, met waar mogelijk parameters tot monitoring. Het betreft preventiemaatregelen, testing, contactopvolging, outbreak management, crisisbeheer, e.d.

De lange termijnstrategie zal sowieso rekening dienen te houden met het 'leren leven met het virus'. Echter, zolang de vaccinatie doelstelling van 70% niet wordt gehaald, is dit een stuk complexer. Naarmate het aantal gevaccineerde personen toeneemt, moet onze weerbaarheid tegen COVID-19 toenemen. Het risico van nieuwe varianten e.d. blijft echter bestaan, waar het crisisbeheer op zal moeten inspelen.

De politieke besluitvorming gebeurt door het Overlegcomité op basis van bovenstaande elementen, rekening houdend met politieke prioriteiten en risicogevoeligheid. De sleutelindicatoren en drempels zijn oriënterend, maar worden niet mechanistisch gehanteerd binnen een globale evaluatie van de situatie. Belangrijk is bij de politieke besluitvorming en communicatie naar de bevolking en sectoren erg duidelijk te zijn over de belangrijkste parameters die de besluitvorming in het heden, of naar de toekomst zullen bepalen. Een logisch, coherent en consequent narratief is daarbij essentieel.

37. Hoe verliep de afstemming en samenwerking met het crisiscentrum?

Het NCCN is een kernpartner van het Commissariaat. Deze samenwerking verloopt goed, zowel op organisatorisch als persoonlijk niveau. We doen er beiden alles aan om elkaar en de andere stakeholders in deze crisis van zoveel mogelijk informatie te voorzien op een zo snel mogelijke manier. Het coronacommissariaat is aanwezig in de multidisciplinaire overlegorganen en geeft daar informatie over alle facetten van onze werkzaamheden (testing, vaccinatie, beheer en andere).

Het crisiscentrum was full operationeel vanaf de eerste dag van de federale fase, het coronacommissariaat werd opgericht in oktober 2020. NCCN was op dat moment al op volle snelheid, o.a. in het domein van communicatie heeft het coronacommissariaat onmiddellijk ingehaakt op de initiatieven van het NCCN, deze versterkt en samengewerkt voor betere oplossingen (o.a. doelgroepencommunicatie, visuele communicatie, etc.). Gaandeweg zijn beide organisaties op alle facetten beginnen samenwerken en versterken deze elkaar in coördinatie, informatiedeling, spreiding van werk en in het opzetten van concrete acties. Wat betreft de concrete opdrachten van het coronacommissariaat (zie vraag 69) stelt het coronacommissariaat NCCN in kennis en wordt het NCCN waar nodig betrokken. Er zijn verschillende contactmomenten per week tussen de leden van het commissariaat en het NCCN (COVID KERN, COFECO, overleg gouverneurs, INFOCEL, meeting D5, interfederaal overleg vaccinatie...).

Recent werd een duidelijke agenda/timing afgesproken van overlegmomenten voor alle adviserende en besluitvormende organen. Op die manier wensen we een gedragen mono-en multidisciplinaire voorbereiding te beogen om tot een vlotte politieke besluitvorming te komen.

38. België werkt vnl via een overlegmodel door de diverse belangengroepen van het middenveld. Welke rol speelt dit model bij een crisis? Hoe evalueert u dit?

Zoals reeds in het kader van antwoorden op andere vragen aangehaald is de relatie tussen de sanitaire en multidisciplinaire crisisorganen enerzijds en de klassieke advies- en overlegorganen binnen het gezondheidszorgsysteem niet precies gedefinieerd.

Zelf heb ik in het kader van mijn opdrachten, zeker in mijn periode als directeur-generaal Gezondheidszorg een bijzonder goede en nuttige samenwerking ervaren met het werkveld. Ik verwijs daarbij naar de zeer goeie samenwerking met de ziekenhuiskoepels, de artsenverenigingen en verpleegkundigenverenigingen in het Hospital Transport en Surge Capacity-comité, alsook met de huisartsen in het Primary & Outpatient Care Surge Capacity-comité. Zonder de medewerking van de vertegenwoordigers van het terrein zou het gevoerde beleid minder aangepast zijn geweest, alsook zou de implementatie bemoeilijkt zijn. De deelnemers aan de organen speelden een belangrijke rol in communicatie tussen de overheid en het werkveld. Veel van deze interacties vonden plaats in ad hoc-taskforces en niet zozeer via de klassieke organen. Tegelijk speelden de klassieke adviesorganen en overlegorganen ook hun rol. Zo gaven de adviesorganen inzake de gezondheidsberoepen advies over de definitie van essentiële activiteiten in het kader van het exitplan, alsook over de beschermingsmiddelen en strategische voorraad op hun niveau. De Federale Raad Ziekenhuisvoorzieningen gaf advies inzake de financieringsmechanismen voor de ziekenhuizen tijdens de crisis. De Nationale Raad Dringende Hulpverlening over kwesties van het medische transport. Etc. Ook in het RIZIV speelde het overlegmodel een belangrijke rol in de financieringssystemen voor de zorgverstrekkers, alsook in het kader van de opbouw van testcapaciteit.

39. Eén van u eerste beleidsdaden als coronacommissaris was het ontbinden van CELEVAL en deze integreren in de RAG. Nochtans leken deze voor de buitenwereld totaal andere verantwoordelijkheden te hebben. CELEVAL diende nl te adviseren over de te nemen maatregelen door de overheid terwijl het RAG wetenschappelijk onderbouwd advies dient te geven. Hoe verklaart u dit?

Ik verwijs naar mijn antwoord op bovenstaande vragen met betrekking tot de RAG, Celeval en de GEMS. De aard van de adviezen bepaalt door welke adviesgroep zij dienen te worden behandeld. Vandaag is er een duidelijk onderscheid en wordt de epidemiologische situatie beoordeeld door de RAG en buigt de GEMS zich over adviezen met betrekking tot de beheerstrategie. Deze

duidelijke afgebakende verdeling van rollen en verantwoordelijkheden vermijdt overlap met of dubbel werk door andere adviesorganen, hetgeen voordien niet altijd het geval was.

40. Hoeveel leden van CELEVAL gingen er nadien over in de GEMS?

In de GEMS zetelen 7 gewezen leden van Celeval 1 (voor de reshuffle van 28/08): Erika Vlieghe (nu voorzitter van de GEMS), Tinne Lernout, Romain Mahieu, Steven Van Gucht, Marc Van Ranst, Geert Molenberghs en Pierre Van Damme.

6 leden van de GEMS waren ook lid van Celeval 2: Karine Moykens, Yves Kreins , Erika Vlieghe, Steven Van Gucht, Marc Van Ranst en Niel Hens (deze laatste 3 zetelden als officiële plaatsvervangers voor respectievelijk Sophie Quoillin, Erika Vlieghe en Marius Gilbert). Maarten Vansteenkiste werd regelmatig geconsulteerd tijdens de meetings van Celeval 2 maar was geen officieel lid. Als commissaris ben ik ook lid van de GEMS; ik was ook lid van Celeval 2.

41. Hoe beoordeelt u de structuur van de vorige interimregering betreffende crisismanagement namelijk het werken via de nationale veiligheidsraad, in vergelijking met de huidige gehanteerde structuur via het overlegcomité? Betekent dit een kleinere rol van binnenlandse zaken?

De reden waarom de Nationale Veiligheidsraad als hoogste politiek besluitvormingorgaan werd gehanteerd door de vorige regering is mij niet bekend. Ik meen dat de NVR niet voor sanitaire crises was gecreëerd. Persoonlijk denk ik dat de overgang naar het Overlegcomité als hoogste politiek besluitvormingsorgaan goed was. Dit maakt volgens mij voor Binnenlandse Zaken – zowel op niveau Beleidscel als voor het NCCN – geen enkel verschil: zij zitten in de kern van de besluitvorming op politiek niveau en zijn ook aanwezig in het Overlegcomité.

42. Hoe verloopt de afstemming met andere departementen en FOD's van andere of dezelfde bevoegdheidsniveaus zoals bv het departement onderwijs of de provincies?

Het coronacommissariaat moet de olie in de machine zijn om de afstemming met en tussen de verschillende crisisorganen te stroomlijnen. Wij zijn met alle andere departementen in contact en proberen deze zoveel als mogelijk bij te staan.

Het coronacommissariaat als link met de ambtelijke diensten

Een belangrijk element is het coördineren van het proces tot opmaak en onderhoud van de vele sectorprotocollen die zorgen voor de beschrijving van materiële, technische of organisatorische preventiemaatregelen voor organisaties en ondernemingen. Bij dit overleg worden steeds alle politieke, administratieve en private actoren betrokken.

Daarnaast werken wij nauw samen met het NCCN. De wekelijkse meetings met de leden van COFECO alsook met de gouverneurs worden door het coronacommissariaat consistent gevolgd. Ook in de meetings van INFOCEL en members van D5 (communicatiediensten) neemt het commissariaat deel indien NCCN hier een meerwaarde in ziet.

Het Commissariaat neemt ook deel aan de Crisiscel van de FOD Volksgezondheid.

Verder zijn wij via de Taskforces Testing en Vaccinatie heel nauw in interactie met de administraties van de deelstaten.

Het coronacommissariaat als link met de politieke diensten

Het commissariaat neemt deel aan de politieke (IMC en zijn preparatoire vergadering, federale Kern en voorbereidende DAB, OCC en voorbereidende IKW...). Het Commissariaat speelt enerzijds een rol van beleidscoördinatie, alsook is het een drijvende kracht van beleidsvoorbereidende dossiers voor besluitvorming.

Het coronacommissariaat als link met de experts

Zoals hierboven vermeld werd in de schoot van het coronacommissariaat de GEMS opgericht. Er is ook een nauwe band met de RAG.

Het coronacommissariaat als link met de burger

Het coronacommissariaat draagt bij aan de communicatie-acties en initiatieven omtrent informatiedeling met de burger. Bovendien zijn wij groot voorstander van het opzetten van een systeem waarbij de burger in dialoog kan treden met de overheid.

Testen

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

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) adviseerde destijds inderdaad om sneltesten te verbieden. Dit gebeurde omdat de kwaliteit van de testen die toen op de markt waren niet voldoende bleken te zijn. Ondertussen is dit dossier in evolutie, ik verwijs daarbij naar de beslissingen die het Overlegcomité van 5 maart nam. In het kader van de versoepelingsstrategie zal ook de plaats van snelle antigeentesten en hun gebruik als zelftest worden versterkt. Daartoe worden momenteel de nodige voorbereidingen getroffen.

44. Waarom werd de PCR-test als enige test gebruikt, terwijl de uitvinder ervan zelf zegt dat die daarvoor niet geschikt is?

Deze vraag verwijst naar een uit de context gehaalde quote van Karry Mullis, de uitvinder van de PCR-tests, die in 2019 overleed. Het artikel waarin betrokken quote te vinden is dateert uit 1996 en gaat over HIV en aids, niet over COVID-19. De quote werd echter massaal gedeeld op social media, waardoor een foutieve en misleidende perceptie ontstond.

Het wetenschappelijk advies vanuit RAG en RMG gaf aan om steeds PCR-testen te gebruiken. Deze testen worden nog steeds, ook internationaal, beschouwd als de gouden standaard.

Er worden intussen, ook geadviseerd door RAG en RMG, ook antigeentesten en snelle antigeentesten gebruikt. Het Commissariaat speelde met de oprichting van de TF Testing een belangrijke rol in het opzetten van een strategie hieromtrent. De aantallen en resultaten worden ook gecapteerd door Sciensano en men ziet dat het aantal momenteel beperkt blijft. Meer dan 95% van de testen wordt momenteel via PCR-analyse gedaan, slechts 2 à 3 % via antigeentesten, maar het wettelijk kader bestaat om deze in te zetten. Op weekbasis gaat het om en bij de 5000 à 6000 testen in de maanden januari en februari 2021. In het kader van de versoepelingsstrategie – zie ook andere antwoorden – zal het gebruik van antigeen sneltesten nog versterkt worden.

45. 800 testen is iets anders dan 800 positief getesten op 8000 testen. Waarom wordt dat niet duidelijker vermeld en wordt steeds gebruik gemaakt van de absolute cijfers?

Vanaf april 2020 werd informatie over het aantal testen meegegeven in de epidemiologische rapporten van Sciensano. Deze informatie is tijdens de epidemie geleidelijk aan verder uitgebreid, in functie van nieuwe datastromen en informatienoden. Dus hoewel de media deze informatie niet vaak belicht hebben, was ze wel doorheen zo goed als de volledige epidemie beschikbaar.

- In het [weekly report](#) van **2/4/2020** werd voor het eerst een overzicht gegeven van totaal aantal testen en positiviteitsratio (PR). Eerdere rapporten gaven geen overzicht over het aantal testen. Toen was het voornamelijk nodig om de stijging van de curve weer te kunnen geven.
- Later kwam de opstart van het nationaal testing platform, met initieel een focus op WZC -> PR voor deze testen werd [dagelijks gerapporteerd](#) vanaf **15/4/2020**.
- Lange tijd werd dan het totale aantal testen gerapporteerd in een grafiek, en meegegeven in de persconferenties.
- Vanaf **7/8/2020** geeft Sciensano expliciet de PR mee in het [dagelijks rapport](#), volgens provincie en leeftijd.

Er dient hierbij echter wel te worden opgemerkt dat, tijdens de eerste fase van de pandemie, enkel de symptomatische patiënten werden getest. Hierdoor lag de positiviteitsratio in die periode beduidend hoger. In een latere fase werd de testcapaciteit uitgebreid en werden ook asymptomatische personen, hoog risico contacten en reizigers getest. In november 2020 werd de teststrategie, wegens capaciteitsproblemen, opnieuw tijdelijk teruggedroefd, terwijl de

positiviteitsratio (hoewel niet vergelijkbaar) in dezelfde grafiek opgenomen <https://epistat.wiv-isp.be/covid/covid-19.html>

De positiviteitsratio is ook één van de sleutelindicatoren in het kader van de ontwikkelde beheersstrategie.

46. Waarom werd zolang gewacht om maatregelen te treffen ivm reizen? Waarom werden terugkerende reizigers niet getest (in de beginfase)?

In de beginfase van de pandemie (tot en met april/ mei 2020) was er onvoldoende testcapaciteit. Bovendien waren de Belgische grenzen gesloten tussen 18 maart 2020 en 15 juni 2020. Vanaf mei 2020 beschikte België wel over voldoende en steeds stijgende testcapaciteit; enkel in oktober/november was er een moment waarop de testcapaciteit onder druk stond met oplopende turnaround times tot gevolg, waardoor tijdelijk de testindicaties werden ingeperkt.

Sinds 15 juni 2020 openden de Belgische grenzen opnieuw voor reizen binnen de EU, tijdens de zomer werd het kleurcodes- en PLF-systeem opgezet en gelinkt aan testing en quarantaine. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat het systeem van testverplichting, onder andere door moeilijke controle en handhaving, niet altijd even waterdicht was waardoor een deel van de reizigers zich niet laten testen. De voorbije maanden werden een reeks beslissingen genomen om de opvolging van terugkerende en inkomende reizigers te versterken, zoals ook geadviseerd door het Commissariaat en de GEMS. Ook de handhaving van de quarantaine- en testverplichting wordt verder versterkt door het samenwerkingsakkoord tot gegevensdeling dat momenteel in behandeling is bij de bevoegde parlementen.

47. Op 10 december retweette Pedro Facon een boodschap van het Agentschap Zorg en Gezondheid waarin onder meer staat dat honderduizenden mensen werden gecontacteerd ivm tracing, dat er bron- en cluster onderzoek werd gedaan. In de Pano-reportage van 10/2 werd gesteld dat brononderzoek en clusteronderzoek door de test and trace centra niet mogelijk was omdat de software hierop niet voorzien was. Wat is de visie van Pedro Facon hierover?

Het is nuttig deze vraag te stellen aan de personen die de techniciteit van het systeem kennen.

Uiteraard heeft het ontwikkelde softwaresysteem voor tracing en bron-en clusteronderzoek op verschillende momenten zwaar onder druk gestaan. In de beginfase stond het systeem nog niet op punt, het was nog onvoldoende aangepast aan de overbelasting van bijvoorbeeld een piekmoment, extra calltakers, aangepaste scripts etc. De techniek is geëvolueerd op basis van de evolutieve noden. Zo is het gebruik van sms'en mettertijd geëvolueerd, zowel in aantal als in soorten boodschappen.

De Pano reportage ging over de beginperiode voor tracing en bron-en clusteronderzoek. Een systeem dat op zeer korte termijn moest opgezet worden en een enorme omvang kent. Het

opzetten van zo'n grootschalig track and trace systeem vraag tijd en continue aanpassing. Er zijn om en bij de 900.000 mensen opgebeld door de callcenters.

Sinds augustus zijn de scripts van de call agents aangepast en worden vragen gesteld naar de wherabouts. Ook het casemanagement is sinds augustus van start gegaan. Sinds oktober concentreert Sciensano zich op clustermanagement.

Tracing en bron-en clusteronderzoek blijft continu onderhevig aan verbetering.

In algemene zin mogen we stellen dat er enorme vooruitgang is geboekt op vlak van contactopvolging doorheen de crisis, met de inspanningen van alle betrokken actoren onder coördinatie van het Interfederaal Comité dat door Karine Moykens wordt geleid. Ook inzake bron- en clusteranalyse is er vooruitgang, waarbij veel meer dan voordien we zicht krijgen, al blijft dit steeds een moeilijk punt.

48. Wat zijn de stappen die het coronacommissariaat zelf nog kan zetten om het test and trace beleid nog te verbeteren?

Het Test & Trace-beleid valt ten gronde onder de bevoegdheid van de gemeenschappen. Het COVID-19 Commissariaat maakt deel uit van het Interfederaal Comité ter zake. Voorts stuurt het Commissariaat ook de TF Testing aan die de teststrategie ontwikkelt en operationaliseert.

Belangrijk is om de grote vooruitgang die geboekt werd de voorbije maanden met betrekking tot contactopvolging, met de creatie van callcenters, het opzetten van procedures, het voorzien van een app, etc. steeds verder te verbeteren, maar vooral ook duurzaam te verankeren in de gezondheidsadministraties.

Inzake het testbeleid zijn belangrijke versterkingen nog voorzien op vlak van repetitief testen, alsook de inzet van antigeen sneltesten die ook als zelftest kunnen worden ingezet. Zoals afgesproken in het Overlegcomité op voorstel van het Commissariaat zullen deze beleidsmaatregelen de komende weken verder worden uitgewerkt.

49. Meteen na uw aantreden als regeringscommissaris werd op 13 oktober op uw voorstel door de IMC een taskforce 'strategische operationalisering COVID-19 testing' opgericht. Op welke manier heeft deze TF bijgedragen tot het indijken van de verdere verspreiding van het virus?

De voorganger van de taskforce 'Strategische operationalisering COVID-19 testing' werd reeds opgericht in de beginfase van de pandemie, onder leiding van toenmalig staatssecretaris Philippe Debacker. De toenmalige taskforce kende in deze periode haar grootste impact, met

verwezenlijkingen als het testplatform met federale labo's, het coördineren van de teststrategie, de coördinatie van het opstellen en goedkeuren van de rapid antigeentest wet (eind december 2020) en het uitwerken van nieuwe initiatieven voor repetitief testen.

De Taskforce in de schoot van het Commissariaat versterkte deze activiteiten. In november werd een nieuwe teststrategie voorgelegd aan de Interministeriële Conferentie.

In nauwe samenwerking met de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, Sciensano en het IFC Testing & Tracing wordt de testcapaciteit gemonitord en worden acties gecoördineerd om de Turnaround Time (tijd tussen afname en resultaat) te verbeteren. Specifiek voor het federale testplatform bestaande uit 8 universitaire labo's werd de capaciteit sinds oktober verhoogd van 10 à 15.000 testen tot meer dan 40.000 in december en deze zal in de loop van de maand maart meer dan 50.000 bereiken. Samen met de klassieke klinische labo's, die hun capaciteit op dat moment ook boven de 50.000 heeft gebracht, betekende dit eind december een PCR-testcapaciteit van om en bij de 100.000 testen per dag. Intussen is de totale PCR-testcapaciteit in België gestegen tot 140.000 testen per dag, wat ook effectief mogelijkheden biedt voor ruime screenings waar nodig om verdere verspreiding tegen te gaan of om testen in te zetten als een flankerende maatregel bij versoepelingen.

Ook op het vlak van de aankoop van snelle antigeentesten werden door de TF Testing in samenwerking met FOD Volksgezondheid en het FAGG de nodige stappen gezet om een federale stock aan te leggen. Deze bedraagt meer dan 1 miljoen testen van verschillende leveranciers. De TF Testing werkte ook samen met het RIZIV, FOD Volksgezondheid en het FAGG de snelle antigeentest uit, waardoor het kader voor gebruik van deze testen werd gecreëerd.

Momenteel werkt het Commissariaat in samenwerking met de Taskforce aan een verder versterking van de teststrategie, met name op vlak van repetitief testen en inzet van snelle antigeentesten, ook als zelftest, in het kader van de versoepelingsstrategie. Daartoe zullen ook een aantal regulatoire aanpassingen worden doorgevoerd.

Communicatie

50. Vormde de digitalisering een struikelblok of bevorderde dit net alle communicatie?

Digitale communicatie heeft er in deze crisis steeds voor gezorgd dat de burger snel kan worden bereikt. Er zijn heel wat voorbeelden van positieve digitale interactie, informatiestromen en motivatie naar de burger toe. Zowel via social media (via directe kanalen enerzijds en influencers anderzijds) als via informatieve websites. Uiteraard zijn er de gekende beperkingen, bijvoorbeeld het niet bereiken van bepaalde doelgroepen via digitale communicatiestromen of de negatieve en soms haatdragende reacties op social media.

Het COVID-19 Commissariaat verzamelt en stimuleert alle signalen en initiatieven rond digitale communicatie en richt zich eveneens specifiek en op regelmatige basis tot moeilijk te bereiken

doelgroepen. In dialoog met deze groepen wordt concreet bekeken welke noden aan specifieke (oa digitale) communicatie kunnen worden ingevuld. Zo werd bijvoorbeeld een digitaal jongerenplatform opgezet. Een campagne voor en door jongeren, ANTI-VIRUS, werd op 9 maart gelanceerd. Gebaseerd op hackatons mét jongeren over het ganse land. Het doel van deze campagne is een leidraad bieden voor COVID-overheidscommunicatie naar jongeren. De concrete uitkomst van de hackatons zal een online platform, met contentcreatie en een wedstrijd zijn.

Jongeren leveren al de ganse crisis enorme inspanningen. Met dit initiatief willen we hen in eerste lijn betrekken bij het crisisbeheer en de communicatie. De campagne is erop gericht jongeren verder te sensibiliseren en informeren over COVID-19 gerelateerde zaken én met hen in dialoog te gaan over de moeilijkheden die ze ondervinden tijdens deze gezondheidscrisis. Het uiteindelijke doel is om samen tot oplossingen te komen.

Concreet gaat het om de campagne 'corona-coaches'. Bedoeling is om (digitaal) in dialoog te gaan met de jongeren, hen te sensibiliseren en informeren over COVID-19 maar hen ook te stimuleren om zelf hun vrienden en omgeving te informeren door zélf social content te creëren.

51. Hoe kunnen we zorgen voor een betere afstemming en onderlinge communicatie in momenten van crisis?

In de federale fase van het crisisbeheer gebeurt de coördinatie van de communicatie door het NCCN, in samenwerking met het bevoegde departement, in dit geval de FOD Volksgezondheid. Vanzelfsprekend waren en blijven er zeer omvangrijke communicatienoden binnen een zeer brede waaier van activiteiten binnen het crisisbeheer. De bestaande capaciteiten volstaan, ondanks grote inzet, daarvoor niet steeds. Bovendien dient de factuele communicatie waar het NCCN zich primair op focust ook aangevuld worden met strategische en motiverende communicatie.

Het is aan te raden om in gelijkaardige situaties in de toekomst één strategische crisiscommunicatiemanager aan te duiden die een team leidt van communicatoren van de verschillende ministers én administraties, van de verschillende niveaus. Daarnaast moeten andere essentiële functies het team vervoegen. Ik denk daarbij aan een ervaren woordvoerder, een grafisch vormgever (die snel visuals kan maken en aanpassen), een digitale content creator (voor video's en animatievideos - bewegende beelden), een strateeg, een digitale marketeer, een SEO- en een SEA-specialist.

Belangrijk is dat die éne teamleader perfect tweetalig is, en mee rond de tafel zit als beslissingen genomen worden. Op het moment van discussie over beslissingen moet de communicatie al mee in acht worden genomen. De centrale vraag moet dan zijn: hoé kunnen we deze eventuele beslissing communiceren aan de bevolking. Op dit moment worden beslissingen op de tafel van

communicatoren gelegd, die er vaak pas na het nemen van de beslissingen mee aan de slag moeten om ze “gecommuniceerd” te krijgen. Dit hangt natuurlijk ook voor een stuk samen met de zeer politieke besluitvorming in het crisisbeheer.

52. Hoe beoordeelt u de al dan niet tijdigheid waarmee de maatregelen werden afgekondigd en gecommuniceerd aan de bevolking

Kan u deze vraag specificeren aub? Er is na elke besluitvorming communicatie gevolgd.

Vaccin

53. Om die 70% vaccinatiegraad te bereiken wil de overheid de bevolking ‘voorlichten’. Daartoe zoekt de overheid een reclame/communicatiebureau. U schreef daarvoor een opdracht verklaring waarin o.a. stond: “perceptie analyse + samenwerking met federale politie ifv cybercrime + fake news verspreiding” Is het aan de overheid te bepalen wat fake news is en wat niet? Belemmert dit het open en democratisch debat niet? Kunt u dat wat nader verklaren?

Het is niet de overheid die bepaalt wat fake news is, wel de wetenschap. Het is wél aan de overheid om de verspreiding van fake news (zéker over een dergelijk belangrijk topic met een dermate grote impact op het leven van iedereen) in kaart te brengen en op een adequate manier te reageren. Op die manier wordt het debat niet belemmerd maar wel gestimuleerd. Het voorkomen van fraude (bijvoorbeeld zogenaamde vaccins die aan particulieren worden aangeboden via internet) is eveneens van groot belang. Dit werd gedetecteerd en er werd, via de interfederale woordvoerders, voor gewaarschuwd om te vermijden dat Belgische burgers zich laten verleiden om dure en/of gevaarlijke producten aan te schaffen en te gebruiken.

Het Commissariaat heeft middelen ter beschikking gesteld om de federale overheidsdiensten en de voor de organisatie van vaccinatie bevoegde deelstaten te ondersteunen en deze te laten samenwerken binnen een gezamenlijke communicatiestrategie. Om 70% van de volwassen bevolking ervan te overtuigen zich te laten vaccineren, hebben wij vastgesteld dat een tweeledige aanpak van de communicatie nodig is.

Enerzijds heeft de overheid de plicht de bevolking op een transparante manier te informeren over alle aspecten die verband houden met de vaccinatiecampagne. Gaande van de verschillende fases van de campagne tot het type gebruikte vaccins, hun mogelijke bijwerkingen, de procedures in verband met hun toediening, enz. De Taskforce Vaccinatie heeft er steeds op toegezien duidelijke en gedetailleerde informatie te verstrekken zodat de burgers hun eigen mening kunnen vormen. Deze informatie is onder andere beschikbaar op de website info-coronavirus.be en wordt regelmatig bijgewerkt.

Anderzijds is de communicatie ook gericht op een motiverende aanpak. Het gaat erom de burgers te overtuigen van het nut van het aangaan van een collectieve verbintenis in de vorm van

vaccinatie, aangezien de vaccinatie tot doel heeft op lange termijn tot een collectieve immuniteit in het land te leiden en zo het normale leven te hervatten.

In dit verband leek het van essentieel belang toezicht te houden op het soort informatie waarmee de bevolking op sociale netwerken kan worden geconfronteerd. Hun invloed mag niet worden onderschat en vele opvallende voorvallen hebben het gevaar van fake news aangetoond. Om de doeltreffendheid van de gevoerde communicatieacties te garanderen, bleek het dus noodzakelijk de impact van deze nepnieuwsberichten te meten om, indien nodig, de toon en de draagwijdte van onze acties aan te passen. Zoals het spreekwoord zegt is "roepen in de woestijn" nooit een garantie geweest voor succesvolle communicatie.

Het ging er dus nooit om onjuiste of valse informatie te censureren, maar veeleer om het belang ervan te meten. Op die manier kunnen we inzetten op een relevante aanpak en onze doelstelling van collectieve immuniteit op lange termijn verwezenlijken.

54. Hebben we volgens u te veel gewed op één paard inzake de aankoop van vaccins? Hadden we niet beter zelf ook vaccins besteld?

De bestelling van vaccins werd door de Europese Commissie gecoördineerd om ervoor te zorgen dat elke lidstaat zo snel mogelijk over het aantal doses vaccin kon beschikken dat nodig is om de volledige bevolking te vaccineren. Deze coördinatie omvatte een verbod voor elke lidstaat om rechtstreeks bestellingen te plaatsen bij farmaceutische bedrijven.

In deze context heeft ons land besloten zich bij deze collectieve strategie aan te sluiten in plaats van alleen te handelen. Deze tweede optie zou ons niet in staat hebben gesteld meer doses te verkrijgen dan nu het geval is. Bovendien zou dit tot grote spanningen tussen lidstaten hebben geleid.

De IMC beoordeelde de intekendossiers die werden voorgesteld door het FAGG. Er werd beslist om op alle dossiers in te tekenen. Vandaag zijn er daardoor verschillende soorten vaccins beschikbaar, elk met verschillende gebruiksvoorwaarden, maar waarvan de betrouwbaarheid en doeltreffendheid werd bewezen.

55. Waarom en waar loopt de vaccinatiecampagne mank?

Op dit moment zijn meer dan een half miljoen Belgen gevaccineerd, waaronder bewoners van de woonzorgcentra en zorgpersoneel, van wie bekend is dat zij een belangrijke rol spelen bij het beheersen van de gevolgen van de pandemie. Volgens de door het Commissariaat en de TF Vaccinatie gecoördineerde strategie is nu gestart met de 65+'ers.

De vaccinatiecampagne stelt heel wat uitdagingen op operationeel vlak. Precies daarom werd het Commissariaat in november de opdracht gegeven om initiatieven te nemen tot gezamenlijk management, over de entiteiten heen.

Er zijn meerdere onzekerheden en uitdagingen die gemanaget moeten worden:

- De evoluerende evidence over de werkzaamheid van vaccinaties die aanleiding heeft gegeven tot bijstellingen van de vaccinatiestrategie
- De onzekerheden inzake de leveringen van vaccins
- De opstart van de vaccinatiecentra die belangrijke operationele en HR-uitdagingen stellen
- De IT-ondersteuning van de vaccincampagne, van uitnodigingen tot en met registratie van vaccins

In algemene zin moet worden opgemerkt dat alle overheden zich inzetten voor de uitrol van de vaccinatiestrategie; elk wordt daarbij met eigenheden en uitdagingen geconfronteerd. Het Commissariaat coördineert, voorziet de besluitvorming van data-analyse, ondersteunt en stroomlijnt waar nodig. Begin maart heeft het Commissariaat, rekening houdend met de noodzaak tot versnelling van de vaccinatiecampagne voorstellen geformuleerd aan de IMC Volksgezondheid die prioritaire acties heeft goedgekeurd, o.m. wat betreft de herplanning naar aanleiding van het advies van de Hoge Gezondheidsraad over het gebruik van AZ-vaccins voor 55+'ers, alsook de mogelijkheid tot een verlengd interval tussen de 1ste en 2de dosis van het Pfizer-vaccin, wat betreft de callcenters en reservelijst, e.d.m. Het Commissariaat volgt dagelijks de situatie en evolutie op en neemt zijn coördinerende rol in nauwe samenwerking met de deelstaten verder op.

56. De vaccinatie wordt geregistreerd via vaccinet. Er is ook sprake van een vaccinatiepasport als voorwaarde om een land binnen te mogen of deel te nemen aan een massaevenement. Zal dat bij ons ook geïmplementeerd worden?

De invoering van een "Europees Vaccinatiepaspoort" wordt momenteel op Europees niveau besproken. De Europese Commissie geeft de voorkeur aan de term "vaccinatiecertificaat", aangezien het document niet verplicht is om te reizen. De Commissie zal voor het einde van de maand een wetgevingsvoorstel indienen. Het doel van dit certificaat, aldus de Commissie, is te bewijzen dat een persoon is gevaccineerd, of de resultaten van de tests vast te leggen voor degenen die het vaccin nog niet hebben gekregen. In België kan elke burger al een bewijs van zijn vaccinatie krijgen door naar de portaalsite mijngezondheid.be te gaan. Via dit centrale toegangspunt kan iedereen persoonlijke gegevens over zijn of haar eigen gezondheid raadplegen en informatie vinden over zijn of haar vaccinatie (naam van het vaccin, aantal doses en datum van vaccinatie).

Sommige lidstaten hebben reeds vaccinatiecertificaten ingevoerd of zijn van plan dat binnenkort te doen. In België kan elke burger al een vaccinatiebewijs krijgen via het portaal

mijngezondheid.be. Via dit centrale toegangsportaal kan iedereen persoonlijke gegevens over zijn gezondheid raadplegen en informatie over zijn vaccinatie opvragen (naam van het vaccin, aantal doses en datum van de vaccinatie).

Meer info op: <https://www.touteurope.eu/actualite/covid-19-pourquoi-envisage-t-on-un-passeport-vaccinal-europeen.html>

Rol DGSS/IMC

57. Wat was de rol van de FOD Health in de voorbereiding van een grootschalige gezondheidscrisis?

Voor wat de rol van de FOD Volksgezondheid in zijn geheel betreft en in het bijzonder de centrale diensten, bv. PHE (epidemiologische monitoring, RMG) en Crisismanagement (noodplanning, strategische stock en aankoop en logistiek, Saniport, BeFAST), die onder de bevoegdheid van de voorzitter van de FOD vallen, verwijs ik naar het antwoord van Tom Auwers die de Commissie gehoord heeft.

Ikzelf was tot mijn aanduiding tot regeringscommissaris directeur-generaal Gezondheidszorg bij de FOD Volksgezondheid. In een eerste fase (januari, februari) was het DG Gezondheidszorg weinig betrokken bij het crisisbeheer, cf. het organisatiemodel inzake het crisisbeheer dat aan het Directiecomité werd gecommuniceerd door de bevoegde centrale diensten van de FOD.

Rekening houdend met de evoluerende situatie ben ik vanaf 25 februari beginnen deelnemen aan de RMG en heb onmiddellijk de nodige acties getroffen, in nauwe interactie met Erika Vlieghe die op dat moment deel uitmaakte van het Wetenschappelijk Comité tot oprichting van het Hospital & Transport Surge Capacity Comité. Vervolgens is de opdracht van het DG binnen zijn eigen bevoegdheden en ter ondersteuning van de centrale diensten stelselmatig uitgebreid.

Volgend overzicht geeft een vrij gedetailleerd beeld van de bijdrage van het DG Gezondheidszorg binnen het crisisbeheer.

- Comité Hospital & Transport Surge Capacity (chargé du suivi et de la coordination de la capacité hospitalière et de la répartition des patients sur les différents hôpitaux & réseaux hospitaliers)
 - Opzetten en organiseren van het Comité Hospital & Transport Surge Capacity
 - Opzetten van stromen (o.a. met Sciensano) en opvolgen van de cijfers (capaciteit, patiënten, evolutie van de nieuwe patiënten)
 - Tijdelijk verminderen van de registratielast voor reguliere stromen
 - Samenwerking met DNAalytics en intern ICT/DBI met oog op visualisatie-tool voor beheer en regulatie
 - Voorzien van richtlijnen voor de ziekenhuis- en medisch transportsector
 - Organisatorische en financiële regelingen treffen voor de medisch transportsector

- Opmaken van richtlijnen inzake de heropstart van activiteiten
- Opmaken van richtlijnen voor de operationalisering van de teststrategie, de evaluatie ervan, en de bijwerking ervan
- Voorbereiding op een tweede golf en opstellen van richtlijnen
- Comité Primary & Outpatient Care Surge Capacity (chargé du suivi et de la coordination des activités de pré-triage et des structures intermédiaires)
 - Opzetten en organiseren van het Comité Hospital & Transport Surge Capacity
 - Opzetten van de triagecentra en et – dans un deuxième temps - les centres de prélèvement, opvolging ervan, link met RIZIV-financiering, etc.
 - Bijdrage tot werkzaamheden inzake andere aspecten van eerste lijn, bv. Ouderenzorg, bv. wat betreft zuurstoftherapie.
- Het versterken van transmurale zorg en de samenwerking tussen de ziekenhuissector en (bijvoorbeeld) de ouderenzorginstellingen
 - Opmaken van kadernota inzake samenwerking ziekenhuizen en ouderenzorginstellingen/collectiviteiten tijdens eerste golf
 - Aan de IMC van 17 juni werd een nota door het DG Gezondheidszorg neergelegd met betrekking tot
 - Het afwerken van het proces van de deelstaten inzake de erkenning van de locoregionale netwerken
 - Het versterken van capaciteiten inzake infectiepreventie en -controle, stewardship, klinische farmacie
 - Het verbeteren van de interfederale beleidscoördinatie inzake dringend en niet-dringend medisch vervoer
- WG Outbreak management Group
 - Opzetten en organiseren van de groep
 - Analyseren en doen van voorstellen in kader van OMG
- Persoonlijke beschermingsmiddelen (in ondersteuning van de centrale diensten)
 - Strategische ondersteuning voor het PPE-dossier, o.m. opmaak van PPE-protocol in de schoot van de IMC
 - Opmaak van sleutels en verdeellijsten per sector voor de verdeling van PPE, inclusief ondersteuning van het overleg en de communicatie met het terrein
 - Strategische ondersteuning bij het dossier van predistributie en toekomstige persoonlijke stock van gezondheidsverstrekkers
- Heropstart activiteiten in de ambulante zorg na de eerste golf
 - Adviesvragen aan beroepsorganen inzake definitie electief/noodzakelijk/dringend/heropstart activiteiten
- Financiering
 - Coördinatie van de financiële regelingen voor de ziekenhuissector in het kader van BFM
 - Deelname aan werkgroep inzake honorariagedeelte
- Deelname aan Taskforce Data

- Volmachten
 - Opmaak van reglementering in kader van volmachten
- IMC
 - Organisatie, coördinatie en beleidsondersteuning van de IMC-vergaderingen
 - RMG: deelname aan RMG met debriefing van onze werkgroepen
- NCCN en multidisciplinair crisisbeheer
 - Feedback over activiteiten van het DG, met name inzake de ziekenhuizen
 - Ondersteuning van de communicatie door de bevoegde centrale diensten naar het NCCN en de gouverneurs
 - Rol op vlak van informatie en coördinatie van de federale gezondheidsinspecteurs van het DG ten aanzien van het werkveld en de lokale besturen

58. Emmanuel André verklaarde in de bijzondere commissie dat “de epidemie mevrouw De Block haar ding niet was”, en stelde dat de voormalige minister een gebrek aan leiderschap vertoonde en eerder teruggetrokken was. Erika Vlieghe gaf ook aan dat ze “tijdens de discussies op de verschillende overlegplatformen vaak de stem van de “verdediger van de volksgezondheid miste”. Hoe verliep uw samenwerking met mevrouw De Block?

Mijn samenwerking met mevrouw De Block en haar Beleidscel verliep goed. Ik kreeg de verantwoordelijkheid en ruimte om de nodige initiatieven te nemen binnen de bevoegdheden van het DG Gezondheidszorg en rapporteerde daarover wanneer belangrijke politieke elementen opdoken.

59. In de hoorzitting van vrijdag 12 februari gaf Tom Auwers aan dat u de IMC Volksgezondheid waarnam in januari en februari 2020. Kan u een overzicht bezorgen van de agendapunten die op de IMC's toen behandeld werden, wanneer het coronavirus aan bod kwam, en welke informatie vanuit de federale overheid wanneer werd doorgegeven aan de deelstaten? Kan u de commissie ook een overzicht bezorgen van de op de IMC gemaakte afspraken rond de voorbereiding en het beheer van de (aankomende) crisis?

Als directeur-generaal Gezondheidszorg was ik vanaf februari 2017 secretaris van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid; ik nam deze rol waar tot het moment waarop ik in oktober 2020 werd aangesteld tot regeringscommissaris. Sindsdien neem ik als lid deel aan de IMC Volksgezondheid.

Tot 1 maart waren er geen vergaderingen van de IMC Volksgezondheid: binnen de RAG en RMG die in de schoot van de IMC opereren, waren de werkzaamheden wel reeds lopend. Au vue de la situation sanitaire une première CIM a été convoqué le dimanche 01/03 pour partager le point sur la situation et des premières actions à prendre. À partir de là et au vue de la situation sanitaire, il sera demandé de réaliser une CIM le 25/03 et puis à toutes les dates qui ont suivies.

Cela fait un total en 2020 de 40 CIM et 11 e-CIM. En 2021, il y a eu, jusqu'au 10/03, 10 CIM et 5 E-CIM

Alle nota's en de protocollen van besluitvoering van IMC zijn openbaar online terug te vinden via de volgende link: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/conference-interministerielle-sante-publique>

Voornaamste onderwerpen van de IMC-bijeenkomsten.

- **1 maart 2020**
 - o Opvolging activiteiten gezondheidscrisiscoördinatie, gecoördineerde communicatie
- **25 maart 2020**
 - o Testcapaciteit
 - o PPE
 - o Nood aan aandacht voor WZC: strategische aandacht; PPE en testing, ook voor personeel
 - o Lancering reeks comités en taskforces rond RMG
- **1 april, 6 april, 8 april, 15 april, 20 april, 29/04 2020**
 - o Ruime aandacht voor ouderenzorginstellingen: strategische aandacht, relatie met ziekenhuizen, PPE – opbouw naar protocol, teststrategie, personeel en stagiairs, hulp vanwege defensie, psychosociale omkadering, data ouderenzorginstellingen en interpretatie cijfers, zuurstof
 - o Prioriteit en start planning voor aanwending verhoogde testcapaciteit in ouderenzorginstellingen, lancering Taskforce Testing & Tracing
 - o PPE: opbouw naar protocolakkoord 29/04, behoeftenanalyse
 - o Schakelzorgcentra
 - o Oriëntatienota inzake ondersteuning van ouderenzorgsector door ziekenhuizen
- **20/04, 22/04, 29/04, 30/04 (e-IMC), 4/05 2020**
 - o Exit-strategie
 - o Contactopvolgingsysteem
 - o Psychosociale zorg
- **07/05, 20/05, 27/05, 29/05, 4/06, 10/06 (e-IMC) 2020**
 - o Teststrategie
 - o Staalafnamecentra, protocolakkoord 20/05
 - o Juridisch kader voor contactopvolging: lancering IKW
 - o Kaderakkoord early detection & management of clusters; tweedelijsdefensie
- **17/06, 1/07, 07/07, 22/07, 29/07, 05/08 2020**
 - o Testing & tracing
 - Samenwerkingsakkoord
 - Digitale opsporingsapplicatie
 - Cross-border aspects of contact tracing
 - o Beroepsgeheim klinisch psychologen contactopvolging, Ontwerpbrief inzake beroepsgeheim
 - o Verslag van de werkgroep kosten en meerkosten binnen de ziekenhuizen
 - o 2e golf paraatheid
 - Tweedelijsdefensie
 - Oriëntatienota ziekenhuisnetwerken en transmurale samenwerking
 - Kaderakkoord "Early detection and management of clusters and small outbreaks
 - Forecast van de noden aan geneesmiddelen obv scenario 6 van het referentiemodel
 - o Advies van Celeval uit te voeren
 - o Interactie met buitenland
 - o PLF
 - o Aankoopplan vaccins seizoensgriep 2020-2021

- Interfederaal strategisch plan COVID-19 volksgezondheid
- **12/08, 19/08, 25/08 (e-IMC) , 02/09, 09/09 (e-IMC), 16/09, 19/09 (e-IMC), 30/09 2020**
 - Testing & contactopsporing
 - Suivi du travail du RMG sur les stratégies de testing et la quarantaine
 - PLF
 - Samenwerkingsakkoord
 - Digitale opsporingsapplicatie
 - Vaccins COVID-19 : Belgische deelname aankoopprocedure Europese Commissie
 - Activatie ozon- en hitteplan : stand van zaken
 - Interfederaal strategisch plan COVID-19 volksgezondheid
 - Vaccinatiebeleid seizoensgriep en COVID-19 en Communicatie griepvaccins
 - Demande d'évaluation critères hospitalières personnes âgées au Comité bioéthique
 - Follow up décisions CNS
 - Tweedelijnsdefensie
 - Huisartsengeneeskunde en staalafname
- **07/10, 13/10, 19/10, 28/10, 29/10 (e-IMC), 04/11, 05/11 (e-CIM) 2020**
 - Terugkoppeling Overlegcomité
 - COVID-19-beleid
 - Stand van zaken uitvoering
 - Testing & contactopsporing
 - Opstart TF Testing in de schoot van het Commissariaat
 - Testbeleid en antigeen
 - Vaccinatie
 - Intensifiëring gecoördineerde aanpak ter bevordering van het psychosociaal welzijn
 - Zuurstofmanagement in woonzorgvoorzieningen
 - Health Workforce Support Plan gecoördineerd door het Commissariaat
 - Tewerkstelling zorgpersoneel met COVID-19 besmetting
 - Mandaatuitbreidingen in het kader van ziekenhuisnoodplan en spreidingsplan
 - Kaderovereenkomst voor de opvang van COVID-patiënten in niet-acute algemene ziekenhuizen of psychiatrische ziekenhuizen
 - Oprichting interadministratief platform
- **11/11, 14/11, 16/11 (e-IMC), 18/11 (e-IMC), 24/11 (e-IMC), 02/12, 03/12 2020**
 - Terugkoppeling Overlegcomité
 - COVID-19-beleid
 - Stand van zaken uitvoering
 - Testing & contactopsporing
 - Testbeleid
 - Vaccinatie
 - Opstart Taskforce opérationnalisation COVID-19 in de schoot van het Commissariaat
 - Advies Advisory Board COVID-19
 - Ontwerp van kaderovereenkomst voor de opname van COVID-patiënten in niet-acute algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen
 - Health Workforce Support Plan gecoördineerd door het Commissariaat
 - Accord social budget fédéral supplémentaire personnel des soins : information
 - Méthode de travail pour l'élaboration d'un accord de protocole concernant l'approche coordonnée pour l'amélioration du bien-être psychosocial dans le cadre de la pandémie
 - Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution concernant l'approche coordonnée visant à renforcer l'offre de soins psychiques
 - Fasering vaccinatie seizoensgriep
- **09/12, 16/12, 18/12 (e-IMC), 23/12, 29/12**

- Terugkoppeling Overlegcomité
 - COVID-19-beleid
 - Stand van zaken uitvoering
 - Epidemiologische situatie
 - Testing & contactopsporing
 - Testbeleid
 - Quarantaine en isolatie
 - PLF en Testing
 - Vaccinatie
 - Retroplanning
 - Stratégie de communication
 - Approches
 - Financiering COVID-19 vaccinatiestrategie
 - Optimisation de l'organisation des avis d'experts dans le cadre de la gestion de la crise
 - Projet de convention cadre pour la prise en charge de patients covid-19 dans des hôpitaux généraux non aigus et dans des hôpitaux psychiatriques
 - Mutatie COVID-19
- **06/01, 09/01 (e-IMC), 10/01 (e-IMC), 13/01, 15/01 (e-IMC), 20/01, 21/01 (e-IMC), 27/01, 28/01 (e-IMC) 2021**
- Terugkoppeling Overlegcomité
 - COVID-19-beleid
 - Stand van zaken uitvoering
 - Epidemiologische situatie
 - Testing & contactopsporing
 - Testbeleid (test hoogrisicocontacten)
 - Optimalisatie handhaving quarantaine en isolatie
 - Voorstellen comité primary and outpatient care surge capacity betreffende eventuele testing zonder medisch voorschrift
 - Quarantaine en isolatie
 - PLF en Testing
 - Vaccinatie
 - Aankoop van bijkomende dosissen
 - Délimitation des fonctions critiques et essentielles
 - Ontwerp van protocolakkoord en samenwerkingsakkoord betreffende de organisatie van de registratie en de verwerking van gegevens met betrekking tot vaccinaties tegen COVID-19
 - Financiering COVID-19 vaccinatiestrategie
 - Identificatie en uitnodiging van personen met een verhoogd risicoprofiel conform het advies van de Hoge Gezondheidsraad
 - Plateforme interadministrative de la CIM Santé publique
- **03/02, 06/02, 10/02, 24/02, 03/03, 10/03 2021**
- Terugkoppeling Overlegcomité
 - COVID-19-beleid
 - Stand van zaken uitvoering
 - Epidemiologische situatie
 - Hospitalisaties:
 - Testing & contactopsporing
 - Opstart pilootproject speekseltesten
 - Mise à jour "Processus de détection du signal et de gestion des clusters ou des résurgences de nouveaux cas de covid-19 dans la population en date du 20/7/20
 - Vaccinatie
 - Projet d'accord de coopération concernant le traitement de données relatives aux vaccinations contre la COVID-19
 - Advies TF Vaccinatie AstraZeneca

- Werkzaamheden Taskforce
- Date nationale de démarrage de vaccination pour les +80 ans en ambulatoire
- Réponse juridique à l'avis de l'APD et du conseil d'état portant sur le cadre juridique pour la sélection et l'invitation des personnes
- Position des mutualités concernant la disponibilité des données de comorbidité
- Contractbis Pfizer/BioNTech en Moderna
- Opinion d'experts par rapport à la dangerosité accrue des activités des enfants moins de 13
 - Start technische werkgroep nationaal actieplan antimicrobiële resistentie (AMR): goedkeuring
 - Gezondheidsenquête per interview, opmaak protocolakkoord

60. Wanneer werd u op de hoogte gebracht van het virus in Wuhan? Wanneer schoot de FOD in actie om ons voor te bereiden? Hoe kijkt u nu naar die ketting van reacties?

De opvolging op het niveau van de FOD gebeurde zoals voorzien in eerste instantie door de centrale diensten PHE en Crisismanagement: deze diensten zijn bevoegd voor de contacten met de WHO en de EU wat betreft health emergencies. In het Directiecomité van januari werd informatie gegeven over de situatie. Verder volgde ik de situatie uiteraard ook via de media.

Ik verwijs naar het antwoord van Tom Auwers over de wijze waarop de bevoegde centrale diensten van de FOD Volksgezondheid hun opdracht vervulden in de opstart van het crisisbeheer en daarna. Het DG Gezondheidszorg werd volop geactiveerd vanaf eind februari (zie antwoorden hoger).

61. U bent bezig met de integratie van de HGR en het KCE binnen Sciensano, Had het geholpen indien dit reeds achter de rug was voor het crisismanagement?

Vanuit mijn rol van kabinetschef Gezondheidszorg bij de vorige minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken heb ik inderdaad een visie en plan neergelegd inzake de redesign van de gezondheidszorgadministraties, waarvan de fusie van de kennisinstellingen ook 1 onderdeel was. Het eerste deel van die fusie is afgerond met de integratie van het WIV en CODA in het nieuwe Sciensano. Een volgende stap betrof de integratie van het KCE en de HGR met Sciensano die nog niet beslist is.

In algemene zin stel ik een goede samenwerking tussen Sciensano, HGR en KCE vast. Om de samenwerking op vlak van de advisering in het kader van COVID-19 nog te verbeteren, heeft het Commissariaat een wekelijks overleg voorzien waar deze drie instellingen samen met de GEMS, onder coördinatie van het Commissariaat en met betrokkenheid van de deelstaten alle adviesaanvragen coördineren. Dit is een embryo van health research system.

62. Wat is uw idee over een eventuele bevoegdheidsherschikking tussen de diverse overheidsniveaus in ons land en bv de vrij onafhankelijke rol van het RIZIV en Sciensano?

Ik verwijs naar mijn antwoorden op andere vragen die ook aspecten van de bevoegdheidsverdeling omvatten. Het is duidelijk dat de huidige bevoegdheidsverdeling een coherente en krachtige beleidsvoering en besluitvorming met het oog op toegankelijke, kwaliteitsvolle en duurzame gezondheidszorg niet ondersteunt. Er bestaan heel wat coördinatiemechanismen en de deelnemers zijn van goeie wil, maar deze coördinatie consumeert heel wat energie, tijd en middelen. Een herschikking van de bevoegdheden is volgens

mij noodzakelijk, maar op zichzelf niet voldoende: nog belangrijker is de achterliggende visie op vlak van zorgintegratie op diverse niveaus (zie hoger) vast te leggen en een toekomstbestendig plan neer te leggen voor de gezondheidszorg; de bevoegdheidsverdeling moet vervolgens op die objectieven worden afgestemd. Er zal bovendien steeds bestuursniveau-overschrijdende samenwerking noodzakelijk zijn, bv. met lokale besturen, maar ook uiteraard met Europa en internationale instellingen.

Het RIZIV is een sociale parastatale wat betekent dat deze binnen het paritair beheer en via een medicosociaal overlegmodel wordt aangestuurd. De regering en de minister zijn in een aantal van deze organen vertegenwoordigd. In functie van een eventuele volgende staatshervorming, alsook rekening houdend met de opportuniteiten tot meer samenwerking en integratie van activiteiten met de FOD Volksgezondheid (met name op vlak van gezondheidszorg) zal het overlegmodel binnen het RIZIV, alsook de administratie zelf evolueren. Belangrijk daarbij is de dynamiek met het werkveld te behouden, alsook de inbreng, verantwoordelijkheid en responsabilisering van de partners. De interactie tussen partners, administratie en politieke besluitvormers kan binnen een gemoderniseerd overlegmodel nieuwe impulsen krijgen. Het is belangrijk een dergelijke oefening met respect, openheid en luisterbereidheid voor alle betrokkenen uit te voeren.

Wat Sciensano betreft, biedt de nieuwe instelling vele opportuniteiten tot versterking van het kennisinstituut, versterking van partnerschappen met andere kennisactoren (bv. Universiteiten), integratie met activiteiten van het KCE en de HGR, etc. De wet die Sciensano creëert, laat ook toe om de instelling te interfederaliseren, waardoor de deelstaten ook mee in het bestuur zouden komen. Dit zou toelaten dat er interfederaal 1 kennisinstelling is ter ondersteuning van het gezondheidsbeleid. Dit alles dient natuurlijk geëvalueerd te worden in het licht van eventuele volgende staatshervormingen.

63. U stelde in een nota over het IMC dat “de afstemming en de stroomlijning van de wetenschappelijke standpunten, de activiteiten binnen de RMG en de politieke beslissingen van de IMC onvoldoende gebeuren”. Hoe ervaarde u die discussies binnen de IMC en de RMG? Had u soms genoeg van die lange discussies? Wat frustreerde u het meest?

Zowel de RAG, RMG als de IMC zijn interfederaal samengesteld. De RAG en RMG zijn opgericht door de IMC en de samenstelling en vertegenwoordiging wordt beslist door de ministers van de IMC. Er werd op bepaalde momenten vastgesteld dat de standpunten van entiteiten binnen de RMG niet steeds samenvielen met de posities die politiek werden ingenomen binnen de IMC, waardoor de besluitvorming soms vertraagd werd.

64. Richard Horton, directeur van The Lancet, zegt dat de Westerse arrogantie en het gevoel van onaantastbaarheid ons letterlijk levens hebben gekost. Hij doelt hier vooral op de maand februari waar de alarmsignalen er reeds waren. Wat vindt u van die uitspraak?

In algemene zin mogen we stellen dat onze Westerse samenlevingen zich inderdaad wellicht moeilijk nog konden inbeelden dat ze getroffen zouden worden door een pandemie, ondanks waarschuwingen vanwege gespecialiseerde gezondheidsexperts. Het is treffend hoe gelijkend de situatie is met het boek *La Peste* van Albert Camus, een boek dat straks 100 jaar oud is, en waarbij in een eerste fase ongelooft en ontkenning het deel was van de bevolking en de politiek.

Dat het 100 jaar geleden is dat Europa nog fel getroffen werd door een epidemie met impact op de menselijke gezondheid, met abstractie van enkele kleinere opstoten, heeft zeker ook de risicoinschatting en de reactiecapaciteit geïmpacteerd. Reeds in antwoorden op hogere vragen heb ik verwezen naar een aantal onderinvesteringen, ondercapaciteit en onderregulatie die de paraatheid negatief heeft beïnvloed.

Van zodra de eerste informatie over het nieuwe virus in Wuhan officieel gecommuniceerd werd, werd er voor België een risicoanalyse uitgevoerd (https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/20200120_PRA-nCoV_First%20RA.pdf), met continue opvolging. Omdat het om een nieuw virus ging, werd de kennis over symptomen, overdracht en ernst gaandeweg verzameld, met veel ernstigere gevolgen dan eerst ingeschat; er is ook bij de gezondheidsexperts ter zake een evolutie vast te stellen, iets wat we ook meer recent nog hebben gezien bij het opduiken van varianten. Ook het tijdstip van beginnende circulatie in Europa (in Italië, en vermoedelijk al veel uitgebreider dan eerst gerapporteerd) op het ogenblik van de krokusvakantie heeft ertoe geleid dat het virus zich ook bij ons sneller heeft verspreid dan gedacht.

65. U waarschuwde in 2018 al dat het probleem van de zesde staatshervorming is dat die niet in detail beschrijft wie waarvoor bevoegd is. Wat wil u veranderd zien op korte en op lange termijn? Hoe ziet u een nieuwe staatshervorming met betrekking tot het gezondheidszorgbeleid er voor u uit? Denkt u dat eraan efficiënte (ter bestrijding van een epidemie of in het algemeen) kan gewonnen worden indien men over 1 federale minister zou beschikken en de normenhiërarchie strikt zou zijn? Welke lessen trekt uit deze crisis met betrekking tot een nieuwe staatshervorming?

In antwoorden op hogere vragen heb ik reeds de noodzaak tot een volgende staatshervorming geduid, maar ook dat dit dan wel een noodzakelijke, maar niet voldoende ingreep is om voor een toegankelijk, kwaliteitsvol en duurzaam gezondheidssysteem te zorgen.

Deze noodzaak bestond reeds voor de crisis. Ik deel de grote bekommernissen van het werkveld met betrekking tot de huidige situatie. Ook beleidsmakers – zowel politiek als administraties – worden met de beperkingen van de huidige bevoegdheidsverdeling geconfronteerd. De crisis heeft de moeilijkheden enkel nog zichtbaarder en acuter gemaakt.

Quick-fixes zijn niet evident. De huidige coördinatiemechanismen op politiek niveau functioneren zo goed als ze kunnen, volgens mij. Op ambtelijk niveau nam ik in 2019 zelf het initiatief om het politieke overleg in de IMC te vergezellen van een meer permanent ambtelijk overleg, iets wat voor diverse domeinen ook werd opgestart (bv. in het kader van het ziekenhuisbeleid, de geestelijke gezondheidszorg, e.d.m.): dit kan verder ontwikkeld worden. Dit zal hoe dan ook investeringen in coördinatiecapaciteit vereisen.

Ten gronde is er vooral nood aan structurele aanpassingen door middel van een staatshervorming die ten dienste staat van de doelstellingen en noodzakelijke hervormingen in het gezondheidsbeleid. Meer homogeniteit in de bevoegdheidspakketten is absoluut

noodzakelijk. Halfslachtige wijzigingen of ad hoc quick-fixes ondermijnen eerder een krachtig gezondheidsbeleid, dan het te ondersteunen.

Er is de voorbije jaren bijzonder veel reflectie en voorbereidend werk gebeurd op het niveau van belanghebbenden inzake het gezondheidsbeleid. Binnen de administraties is er zeer veel expertise aanwezig en een diep inzicht in de problemen waarmee we vandaag geconfronteerd worden, alsook in mogelijke oplossingen. Verder zijn er een aantal academici met sterke expertise. Idealiter kan een proces worden opgestart waarbij grondig voorbereidend werk wordt geleverd, waarin mogelijke oplossingen en scenario's worden aangedragen, die in een volgende fase in een politiek proces worden gevat.

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

Ik verwijs naar de antwoorden tijdens de hoorzitting van Sophie Quoilin.

Een	aantal	feiten	hierover:
De Nationale Veiligheidsraad vermeldt mondkmaskers op 15/04, beslissing invoeren op 24/04. CELEVAL spreekt zich uit tegen het gebruik van maskers in supermarkten op 24/03. In het verslag van 01/04 halen ze aan dat in bepaalde contexten home made maskers nuttig kunnen zijn. De WHO spreekt zich gedurende lange tijd uit tegen het gebruik van maskers als je niet ziek bent, of niet zorgt voor iemand die ziek is. Minstens tem April 2020.			

De standpunten van WHO en Celeval, de standpunten van experten die ook evolutief en soms tegenstrijdig waren, de bezorgdheid over een vals gevoel van veiligheid, e.d.m. zijn wellicht elementen die hebben meegespeeld. Evenwel was ik vanuit mijn toenmalige functie niet betrokken bij deze besluitvorming, dus ik kan hier geen verdere informatie over geven.

67. In het verslag van de crisiscel van 21 06 20 lezen we over de teststrategie een discussie over wie waarvoor bevoegd is en het mogelijk herzien van beslissingen zonder het inwinnen van advies van virologen door een lager orgaan, zo onderstreept minister De Backer, terwijl dat orgaan de genomen beslissing direct zou dienen te implementeren. U stelt zelf voor om niet te escaleren naar het OCC.

Het testbeleid was een van de thema's waarover erg veel discussie was in vele organen, terecht uiteraard gezien de belangrijke rol ervan in het beheersen van de epidemie. De RAG was bevoegd om wetenschappelijk advies te geven, bv. Over testindicaties, testprioriteiten, technologie, etc. De RMG was bevoegd om vanuit zijn risicomanagementrol beslissingen te nemen op basis van dit advies.

Zoals ik hoger reeds vermeldde, werd soms vastgesteld dat op een hoger niveau, hetzij op het niveau van de IMC Volksgezondheid met de ministers van Volksgezondheid, hetzij op het niveau van het Overlegcomité (en voordien de NVR) er een politieke wens was om meer assertief te zijn op vlak van testbeleid. Die wens kwam soms in spanning met de beslissingen op een lager niveau in de RAG en RMG, ondanks het feit dat beide organen interfederaal zijn samengesteld, en ondanks het feit dat in de RMG-vertegenwoordigers van de overheden terug te vinden waren.

Testbeleid is in eerste instantie een volksgezondheidsbevoegdheid. Daarom was ik steeds van mening dat de ministers van Volksgezondheid in de IMC daarover verantwoordelijkheid moesten nemen. Doorheen de crisis is een aantal malen vastgesteld dat de regeringen zich ook wensten uit te spreken over het testbeleid, wat op zichzelf begrijpelijk is gezien de belangrijke rol van testen. Tegelijkertijd dient daarbij gewaakt te worden dat de operationalisering en haalbaarheid van beslissingen wordt getoetst bij het nemen van beslissingen, alsook dat er een evenwicht wordt gevonden tussen politieke oriëntatie en wetenschappelijke fundering. Voor mij was en is de IMC Volksgezondheid het beste orgaan om dit evenwicht te bewaken.

Rol commissaris

68. Kan u duidelijkheid scheppen over de precieze opdrachten van het Coronacommissariaat? Kan u meedelen hoeveel VTE's er momenteel in dienst zijn bij de Cel covid-19-commissariaat? Zijn er plannen om nog bijkomende aanwervingen te doen? Wie heeft een bezoldigde zetel in de cel? Functioneert het Commissariaat vandaag de dag naar behoren? U moet als coronacommissaris de institutionele lasagne ontwaren. Wat is de stand van zaken daarvan?

De opdrachten van het COVID-19 Commissariaat staan beschreven in het oprichtingsmandaat van het commissariaat (KB 09/10/2020 betreffende benoeming van de COVID-19-commissaris en COVID-19-adjunct-commissaris en tot bepaling van hun opdracht):

- Formuleren, in samenwerking en overleg met de bevoegde diensten, van **voorstellen voor het vereenvoudigen en optimaliseren van het bestuur, structuren en processen van het sanitair en multidisciplinair COVID-19 crisisbeheer**, met inbegrip van de mogelijkheid voor voorstellen inzake redesign van federale administraties ter zake;
- **Coördineren van de contacten met de deelstaten vanuit het federale sanitaire en multidisciplinaire crisisbeheer** rekening houdend met coördinatie-initiatieven op Europees niveau;
- Zonder afbreuk te doen aan de bevoegdheden van de betrokken voogdijministers, **coördineren en faciliteren van de ontwikkeling, besluitvorming, implementatie en monitoring van het interfederaal strategisch en operationeel COVID-19 plan**, inclusief het **evalueren van capaciteiten binnen de betrokken federale administraties**

- **Beheren van de relaties met de experts**, via onder meer voorstellen voor reorganisatie van de betrokken wetenschappelijke comités, en voorstellen doen voor het definiëren van de relatie met de Risk Assessment Group, CelEval, Hoge Gezondheidsraad en andere betrokken organen
- **Betrekkingen onderhouden met de sociale partners en andere belanghebbenden**
- **Organiseren en stroomlijnen van de COVID-19 communicatie**, in samenwerking met de bevoegde diensten
- Via een **overzicht op de federale personeels- en werkingskredieten** in het kader van de post-eerste COVID-19 golf, **een correcte en gecoördineerde aanwending van de federale middelen verzekeren**, met respect voor de rol van bestaande actoren in administratieve en begrotingscontroleprocedures
- **Voorstellen doen voor de adequate beheersstructuur en processen** en in overleg en samenwerking met de bevoegde Ministers specifieke opdrachten uitvoeren die voortvloeien uit het federale regeerakkoord, zonder afbreuk te doen aan de bevoegdheid van de betrokken Minister.

Hieruit blijkt dat het mandaat zeer breed is omschreven. In de praktijk is de invulling van het mandaat gebeurd op basis van de politieke prioriteiten die in wekelijks overleg tussen het Commissariaat, de minister van Volksgezondheid, de Premier en de minister van Binnenlandse zaken werden gegeven. De snelle komst van de tweede golf heeft bovendien een grote impact gehad op de invulling van het mandaat, waarbij het Commissariaat in een aantal domeinen, met name surge capy, testing en daarna ook vaccinatiestrategie, een sterke rol heeft gespeeld. Voorts speelden zeker ook de proactiviteit van ministers en departementen voor sommige domeinen een rol, waarbij het Commissariaat maximaal inzetten op domeinen waar meer sturing en coördinatie vanuit het Commissariaat nuttig bleek, ook rekening houdend vanzelfsprekend met de beperkte capaciteit van het Commissariaat. Een belangrijk aandachtspunt daarbij was om ook de Beleidscellen en departementen niet te dereponsabiliseren door de tussenkomst van het Commissariaat, ook rekening houden met het feit dat het Commissariaat expliciet geen beslissingsbevoegdheid heeft gekregen, maar enkel een coördinerende en adviserende opdracht, waardoor voor de besluitvorming en implementatie steeds via de ministers, hun beleidscellen en hun departementen wordt gewerkt.

Er zijn op dit moment een 26-tal personen verbonden aan het COVID-19 Commissariaat, waarvan een belangrijk aantal evenwel niet voltijds, gezien andere professionele opdrachten. We werken voornamelijk met zeer gespecialiseerde profielen om de complexe opdrachten van het Coronacommissariaat te kunnen vervullen. De aanwervingen gebeuren binnen het budget dat is toegekend, en in functie van onze opdrachten die kunnen evolueren.

Wat de “institutionele lasagne” betreft, willen wij, zoals de Premier onze opdracht heeft omschreven “olie in de machine” brengen. We doen dit onder meer door:

- Een gecoördineerde beleidsvoorbereiding van de OCC's door de integratie van epidemiologische en andere risicoanalyse, wetenschappelijke, strategische en

operationele coördinatie en ondersteuning op vlak van maatregelen en strategieën inzake risicobeheer, adviezen inzake communicatie, etc.;

- In de IMC Volksgezondheid en zijn organen is het Commissariaat erg actief op vlak van beleidsvoorbereiding: zoals blijkt uit de verslagen van de IMC heeft het Commissariaat in de meest actuele thema's van de voorbije maanden de pen gehouden bij de uitwerking van beleidsvoorstellen, bv. op vlak van testing, vaccinatie, etc.;
- Inzake de gidsen en protocollen die na de eerste golf ontwikkeld zijn door alle departementen en in alle sectoren, heeft het Commissariaat een proces opgezet tot stroomlijning en ondersteuning van deze werkzaamheden;
- Etc.

69. Het COVID-19 Commissariaat werd pas opgestart bij het aantreden van de nieuwe regering. Dat betekent dat het commissariaat er tijdens de eerste golf en bij de start van de tweede golf niet was. Heeft dit voor een andere aanpak gezorgd van de tweede golf? Wat is daarin de rol van het commissariaat?

Zie vorige vraag. Het klopt dat het COVID-19 Commissariaat nog niet in plaats was gesteld bij de start van de tweede golf. Dit gebeurde pas vlak voor de opgang van de tweede golf, vanaf dat ogenblik heeft het COVID-19 Commissariaat onmiddellijk geholpen waar mogelijk.

Een belangrijke aanleiding voor het opstarten van het COVID-19 Commissariaat was de vastgestelde problematiek rond de coördinatieproblemen binnen de sanitaire zuil en in relatie tot het multidisciplinaire crisisbeheer. Ook de ambtelijke capaciteit voor bepaalde thema's en/of noodzaak tot interfederale coördinatie (bv. beschermingsmateriaal, testing, vaccinatie, etc.), de noodzaak tot het stabiliseren en ondersteunen van beleidsvoorbereidende en politieke besluitvormingsprocessen, het stroomlijnen van de relatie met en tussen experts, etc.

70. Hoe evalueert u de oprichting en de positie van het coronacommissariaat tot op heden? Laat de structuur van het commissariaat toe de beoogde doelstellingen te behalen?

Vanzelfsprekend moet ook de werking van het Commissariaat ten gepaste tijde goed geëvalueerd worden, zowel door zelfevaluatie, alsook door de politieke opdrachtgevers (Premier en minister van Volksgezondheid). Ook feedback vanwege partners van het Commissariaat is daarbij van belang.

Het Commissariaat bestaat nu ongeveer 5 maanden. Het Commissariaat werd erg snel opgericht en bestaft, de organisatiestructuur werd gecreëerd, werkprocessen werden ingesteld, het team werd geïntegreerd, etc. Dit was zeker niet evident in een context waar zo goed als alle contacten digitaal verlopen, de nieuwe ministers en kabinetten ook in opstart waren, het Commissariaat

ook nog niet over eigen huisvesting beschikte (pas vanaf februari). Niettemin is het Commissariaat vanaf dag 1 operationeel geweest.

Wij durven voorlopig concluderen dat het Commissariaat een meerwaarde biedt in het crisisbeheer. De coördinatie, de extra capaciteit, de extra expertise en de focus op een aantal domeinen waarmee wij de administraties verlichten (zie antwoorden op hogere vragen), helpt om vooruitgang te boeken in de aanpak van deze crisis.

Het mandaat van het regeerakkoord, dat erg breed en in zekere zin catch-all is geformuleerd, is niet volledig ingevuld. Hoger werd reeds vermeld dat in functie van de situatie en de politieke prioriteiten, alsook de meerwaarde per mogelijke tussenkomst van het Commissariaat, keuzes werden gemaakt binnen de beschikbare middelen. De formule van het Commissariaat maakt het zeker mogelijk om een deel van de vooropgestelde objectieven te bereiken, maar is geen mirakelrecept tegen de crisis, noch tegen de Belgische institutionele complexiteit.

We zetten graag een aantal van onze achievements (niet-exhaustief) van de afgelopen 5 maanden voor u op een rij:

Governance:

- Gecoördineerd beleidsvoorbereidend proces en kalender voor de politieke besluitvorming in het Overlegcomité met geïntegreerde rapportering en beleidsvoorbereidende documenten;
- Voorstellen inzake quick-wins in de versterking van de governance, waarvan onder meer volgende aspecten:
 - Samenbrengen van de verschillende adviesorganen (RAG, GEMS, KCE en HGR) en de gezondheidsadministraties in een wekelijks Overlegorgaan COVID-19 expertadvies
 - Officiële oprichting (via een Ministerieel Besluit & huisreglement), organisatie en inhoudelijke en praktische ondersteuning van de multidisciplinaire expertgroep GEMS, die intussen reeds 10 onafhankelijke adviezen afleverde (<https://www.info-coronavirus.be/en/celeval/>), in rechtstreekse wetenschappelijke dialoog ging met onze voorgedijministers kunnen organiseren en ook rapporteerde aan COFECO en gouverneurs. Binnen het Commissariaat wordt intussen verder gewerkt aan de maximale integratie van de verschillende componenten (Testing, vaccinatie, beheersstrategie, protocollen, communicatie).
 - Binnen de GEMS werden ook subwerkgroepen aangeduid, die samen met de collega's van het team 'Protocollen' in dialoog treden met de diverse sectoren (onderwijs, jeugd, cultuur, sport, events, horeca...) voor wetenschappelijke input en feedback. De coördinatie van de herwerking van de sectorprotocollen en van een aantal grote adviezen die hieronder vallen, bijvoorbeeld ventilatie, valt eveneens onder het Commissariaat.

- Actief deelnemen aan de opvolging van de capaciteit binnen de ziekenhuizen, de beschikbaarheid van het zorgpersoneel. Daarvoor is een rechtstreekse samenwerking met het HTSC en de IKW gezondheidszorgeberoepen waarin een reeks maatregelen werden voorbereid ter ondersteuning van de capaciteit, tewerkstelling en versterking van alle actoren in de gezondheidszorg (o.m. regelgevende aanpassingen, Health Workforce Plan): <https://www.info-coronavirus.be/nl/maatregelen-versterking-gezondheidszorg/>
- In het kader van de internationale samenwerking neemt het Commissariaat actief deel aan het overleg met de deelstaten en de federale overheid ter voorbereiding van het verder ontwikkelen en versterken van de Europese regelgeving binnen het Health Security Committee en de ECDC.
- Het commissariaat is een actieve partner binnen de RMG en de Crisiscel van de FOD, alsook aan COFECO en het Overleg met de Gouverneurs

Beheersstrategie:

- Verzamelen, integreren en analyseren van diverse data met betrekking tot het in kaart brengen van de situatie en daarover rapporteren aan het Overlegcomité
- Opdracht en coördinatie tot opmaak van prospectieve modellering, o.m. via de equipe van UHasselt/UAntwerpen
- Operationalisering van de barometer/coronaschakelaar in functie van de politieke besluitvorming
- Uitwerken van een boordtabel inzake de randvoorwaarden van het crisisbeheer op vlak van contactopvolging, testing, etc.
- Beleidsvoorbereiding op vlak van te nemen maatregelen en de strategie tot versoepelingen/exit-strategie, alsook operationalisering van te nemen
- Coördinatie en inhoudelijke ondersteuning van het proces van update van protocollen in de sectoren, ter ondersteuning van de bevoegde ministers en hun departementen

Testing:

- Oprichting van de Taskforce Operationalisering Testingstrategie en inhoudelijke en praktische ondersteuning ervan
- Vormgeven van het testbeleid met de juiste balans tussen strategie en operationalisering en met respect voor alle partners. Daarbij hoort ook een standvastige samenwerking met het IFC Testing & Tracing.
- Pilootprojecten inzake testing stimuleren door vooruit te kijken naar wat nodig kan zijn voor de toekomst (speeksel, gebruik Ag testen, apothekers, ...).
- Bijdrage tot de coördinatie van de wetgeving rond de snelle antigeentesten.

Vaccinatie:

- Oprichting van de Taskforce Operationalisering Vaccinatiestrategie en inhoudelijke en praktische ondersteuning ervan
- Ontwikkelen en uitwerken van de vaccinatiestrategie en deze ad hoc aanpassen.
- Coördineren van alle stakeholders.
- Definiëren en operationaliseren van de verschillende fasen in de vaccinatiestrategie
- Definiëren van de risicoprofielen om de doelgerichtheid van de vaccinatiecampagne en de effecten ervan op mortaliteit en morbiditeit te optimaliseren
- Bepaling van de distributiemethoden voor vaccins en vaccinatieapparatuur (met Medista, in het bijzonder in samenwerking met het FAGG)
- Ontwikkeling van procedures en adviezen over de verschillende COVID-19-vaccins die tot op heden in België beschikbaar zijn.
- Faciliteren van dry-runs op het terrein.
 - [Standard Operating Procedures Pfizer](#)
 - [Standard Operating Procedures Moderna](#)
 - [Standard Operating Procedures AstraZeneca](#)
 - [Avis sur le vaccin AstraZeneca](#)
- Ontwikkeling van operationele procedures voor fase 1B voor bepaalde risicogroepen:
 - [Patients en hémodialyse chronique](#)
 - [Réaction allergique immédiate](#)
 - [Certains maladies spécifiques et rares bénéficiant le plus de la vaccination à l'ARNm](#)
- Opstellen van [een blauwdruk](#) met betrekking tot de oprichting van grote vaccinatiecentra
- Oprichten van een nationale controle toren in samenwerking met FOD Volksgezondheid waardoor we een follow-up mogelijk maken van de belangrijkste elementen rond voorraden, leveringen en toedieningen van vaccins.
- Creëren van een dashboard voor de vaccinatiecampagne in samenwerking met sciensano.
- Opvolgen van de vaccinatiecampagnes en strategie van de buitenlandse.
- Organiseren van webinars en sensibiliseringssessies voor de zorgsector.
- Opstellen van FAQ's over de vaccinatie en deze ter beschikking stellen op de website: <https://www.info-coronavirus.be/fr/vaccination/#info>
- Opvolging van de implementatie en formuleren van verbetervoorstellen aan de IMC Volksgezondheid

Communicatie:

- Het commissariaat draagt bij tot de stroomlijning van de communicatie tussen de verschillende crisisorganen, dit door ondersteuning te bieden aan NCCN, De federale overheidsdiensten, Sciensano, FAGG, communicatiediensten van de deelstaten en andere.
- Het commissariaat zet zelf communicatie-acties op, met focus op doelgroepencommunicatie naar kwetsbare doelgroepen of moeilijk bereikbare

doelgroepen. Een voorbeeld hiervan is het jongerenplatform; communicatie voor en door jongeren.

- Het commissariaat voorziet in woordvoering over de onderwerpen waarin wij de lead nemen (testing, vaccinatie en beheerstrategie).
- Het commissariaat gaat wekelijks in overleg met de INFOCEL en stroomlijnt op die manier mee de boodschappen voor de interfederale woordvoerders.
- In het kader van communicatie over vaccinatie neemt het coronacommissariaat een coördinerende rol op. Een continue afstemmen van communicatie-acties tussen alle deelstaten (CoreComVax), het aanleveren van een matrix met alle bestaande initiatieven opdat de externe communicatie-actoren op de hoogte zouden zijn van de bestaande acties. Er loopt een participatief project om het maatschappelijk draagvlak van de communicatie-acties te verzekeren (cel communicatie en maatschappelijke dialoog).

71. Welke invloed heeft de staatsstructuur met versnipperde bevoegdheden in de gezondheidszorg op uw werking als coronacommissaris? In welke mate verschilt dit met de rol die u had als secretaris van de IMC?

Het Coronacommissariaat is op zich geen oplossing voor de versnipperde bevoegdheden, maar heeft wel bijgedragen, o.m. via de activiteiten binnen de Taskforces Testing en Vaccinatie, tot de ontwikkeling van een gestroomlijnd beleid, o.m. door het coördineren van de strategie, het coördineren van de implementatie, het voorzien van beleidsvoorbereidende documenten voor de IMC, enz.

72. Er waren bij aanvang van de crisis heel wat onduidelijkheden inzake bevoegdheidsverdeling. De verschillende beleidsniveaus wezen naar elkaar... Met de instelling van uw functie van coronacommissaris werd getracht hieraan tegemoet te komen. Is deze problematiek hierdoor verholpen kunnen worden? In wat ligt volgens u nog de meerwaarde van deze functie?

Zie vorige vraag.

73. Waarom worden de predictiemodellen voor de evolutie van de pandemie niet online beschikbaar gesteld, net als de data waarop ze gebaseerd zijn, zodat er duidelijkheid is voor het publiek op wat er mogelijk te wachten staat?

De huidige prospectieve modellen zijn gebaseerd op real life gegevens, maar ook op hypotheses. Deze laatste moeten helpen bij de voorbereiding en de besluitvorming.

Voor de predictiemodellen heeft het Coronacommissariaat de hulp ingeroepen van het RESTORE-consortium. Eens de modellen beschikbaar en afgeklopt zijn, worden ze ter beschikking gesteld via <https://covid-en-wetenschap.github.io/restore.html>. Bovendien maken de predictiemodellen ook deel uit van de documenten van het Commissariaat en de adviezen van de GEMS die naar het OCC gaan. De GEMS-adviezen zijn publiek consulteerbaar.

74. Werkten de verschillende niveaus goed samen in de schoot van het commissariaat of was er tegenwerking? Was het moeilijk de neuzen in dezelfde richting te krijgen?

Binnen het COVID-19 Commissariaat staat samenwerken centraal. We werken goed samen met onze partners en de verschillende stakeholders, zeker ook met de deelstaten.

Waar mogelijk of gewenst, neemt het COVID-19 Commissariaat een coördinerende rol op. Binnen dit coördinerende kader behouden alle stakeholders steeds hun eigen bevoegdheid.

75. Het doel van het coronacommissariaat is om de strijd tegen het virus beter te coördineren. Iedereen is het erover eens dat dat nodig was gezien de wildgroei aan taskforces, werkgroepen, comités overlegorganen, etc. Heeft de oprichting van feitelijk opnieuw een nieuwe groep, zijnde het coronacommissariaat, orde kunnen scheppen in de chaos?

Zie antwoorden vraag 68, 69, 70, 72.

76. Wat is uw positie ten opzichte van andere reeds bestaande organen als de RAG, RMG, ...?

Zoals hierboven beschreven liggen de opdrachten van het coronacommissariaat niet op dezelfde lijn als de opdrachten van de RAG, noch van de RMG.

De opdrachten van het commissariaat worden beschreven in het KB 09/10/2020 betreffende benoeming van de COVID-19-commissaris en COVID-19-adjunct-commissaris en tot bepaling van hun opdracht.

De opdrachten van de RAG en de opdrachten van de RMG worden beschreven in het protocolakkoord tussen de Belgische Gezondheidsautoriteiten, in uitvoering van het IHR (2005), en van Besluit nr. 1082/2013/EU.

We kunnen het als volgt samenvatten: het coronacommissariaat werd aangesteld om het sanitaire en het multidisciplinaire crisisbeheer te faciliteren en te coördineren. RAG is een adviesorgaan belast met het beoordelen van het signaal, het analyseren van het risico voor de volksgezondheid, het catalogeren als ongewoon, het evalueren van de risico's en routes voor internationale verspreiding van de gebeurtenissen die zich voordoen op zijn grondgebied. RMG

is het Belgisch beslissings- en meldingsforum voor noodsituaties op het gebied van de volksgezondheid. Beide organen bevinden zich binnen het sanitaire crisisbeheer.

77. Waren er reeds vroeger stemmen die opgingen om een coronacommissariaat **op te richten? Werd er direct mee ingestemd of heeft het te lang geduurd? Wat was de concrete aanleiding?**

De aanbeveling om een commissariaat op te richten, vloeit voort uit de lessen die geleerd zijn tijdens de eerste golf. Hier werd voor gekozen om gevolg te geven aan de moeilijke interfederale coördinatie zowel binnen het sanitaire risicobeheer als binnen het multidisciplinaire crisisbeheer. Op verschillende plaatsen was reeds vastgesteld dat er nood was aan een beter kader voor coördinatie, beleidsvoorbereiding van de politieke besluitvorming en operationalisering van beslissingen, dit werd geformaliseerd tijdens de zomer van 2020 in het strategisch plan van IMC Volksgezondheid (hoofdstuk 4.3.1). Het was tijdens de oprichting van de nieuwe federale regering dat het principe werd geoperationaliseerd.

78. Is het beleid beter sinds de oprichting van het coronacommissariaat? Heb je het gevoel een verschil te kunnen maken met het coronacommissariaat? Heb je concrete voorbeelden?

Het is niet aan ons om te beoordelen of het beleid beter is, maar wat onze rol en toegevoegde waarde betreft, verwijzen we graag naar de realisaties door het Coronacommissariaat van de afgelopen 5 maanden (vraag 71).

79. Hebt u bereikt wat u wou, of was het moeilijker als u had verwacht?

Bij aanvang van het Commissariaat en mijn aanduiding als commissaris werd me veel lof toebedeeld omtrent mijn aanpak tijdens de eerste golf en mijn analyse van het crisisbeheer. Toen reeds heb ik duidelijk gesteld dat dit geen 'walk in the park' zou zijn.

Het Commissariaat is, zie ook mijn antwoorden op hogere vragen, midden in een diepe en lange crisis gecreëerd, aan de vooravond van de tweede golf en heeft zich op zeer korte tijd binnen een ruim mandaat moeten opstarten, wat volgens mij relatief goed gelukt is. Het waren voor het team vanzelfsprekend bijzonder zware maanden, maar ik ben trots op de bijdrage en realisaties van het team. Zelfs al ben ik de eerste om aan te geven dat er nog erg veel problemen in het crisisbeheer bestaan. Onze opdracht is deze elke dag met hernieuwde energie aanpakken, pragmatisch en in samenwerking oplossingen te vinden, tegelijkertijd na te denken over hoe we op langere termijn het crisisbeheer kunnen versterken, steeds in partnerschap, steeds in een bescheiden rol, ook in een context waarbij het Commissariaat geen eigen beslisbevoegdheden heeft en zijn legitimiteit en autoriteit moet verdienen door kwaliteitsvol werk.

80. “Het is de bedoeling dat Pedro Facon de spil wordt van het coronabeleid. Hij moet de olie in de machine zijn om de samenwerking tussen de entiteiten van ons land vlot te laten verlopen,” aldus De Croo. (de morgen 6/10/2020) Het blijkt nu toch dat **Wallonië** sneller wil versoepelen dan de federale overheid. Wat is de rol van het commissariaat hierin?

Het Commissariaat, zie mijn antwoorden op hogere vragen, bereidt de besluitvorming voor die in het Overlegcomité gebeurt met betrekking tot diverse aspecten van de beheersstrategie, o.a. wat versoepelingen betreft. Het is het Overlegcomité die beslissingen neemt in consensus. De interfederale loyaliteit veronderstelt dat deze beslissingen loyaal door alle entiteiten worden verdedigd en uitgevoerd.

81. “Ook zal Facon de opdracht krijgen om de **coronabarometer** te operationaliseren die al grotendeels uitgewerkt werd in de adviesgroep Celeval”, stelt De Croo (De Morgen, 6/10/2020). Kan Pedro Facon meer toelichting geven waarom deze barometer een stille dood gestorven heeft. De experts waren nochtans tot een consensus hieromtrent gekomen. Waar liep het fout in de politiek?

Ik heb samen met Professor Marius Gilbert de werkgroep binnen Celeval 2 geleid die het ontwerp van barometer in de loop van september heeft ontwikkeld. Het moet duidelijk zijn dat daarbij steeds de lijn werd aangehouden dat deze barometer sleutelindicatoren omvat, maar het epidemiologisch assessment op bredere basis gebeurt, middels kwantitatieve en kwalitatieve indicatoren en interpretatie door de RAG.

Het Commissariaat heeft het toenmalige ontwerp zoals door het OCC gevraagd, geoperationaliseerd, maar in de aanloop naar de 2e golf waren er bezorgdheden dat de vier niveaus van het ontwerp risico's inhielden bij een snel stijgende curve, waardoor de besluitvorming onvoldoende snel zou kunnen gebeuren. Rekening houdend met de politieke discussies werd de barometer met vier niveaus hervormd en werd een voorstel neergelegd in het Overlegcomité dat een coronaschakelaar met twee niveaus (lockdown-fase en beheersfase) omvatte. Nog steeds binnen een filosofie waarbij deze binnen een ruimer epidemiologisch assessment wordt geplaatst en waarbij de sleutelindicatoren en drempelwaarden niet mechanistisch-deterministisch worden toegepast. Het Overlegcomité nam eind november kennis van het voorstel van het Commissariaat en de methodologie werd geïntegreerd in de epidemiologische rapporten van Sciensano, dit is tot op vandaag het geval.

We zien in vele landen dat de “barometer”-systemen sterk evolutief zijn en niet steeds gebruikt worden zoals initieel voorzien. In het kader van de versoepelingsstrategie worden soms ook andere indicatoren en drempelwaarden gebruikt. Sommige landen hanteren ook zuiver kwalitatieve drempels. Finaliter is van belang dat enerzijds de beleidsvoorbereiding gestoeld is op goede epidemiologische analyse en risk assessment maar ook assessment op basis van andere criteria (psychologisch, economisch, etc.), en anderzijds er voldoende transparantie is over de basis waarop de eigenlijke politieke besluitvorming is gestoeld.

Andere

82. In 2018 werd de strategische stock mondmaskers vernietigd. Was u daarvan op de hoogte? Wanneer was u daarvan op de hoogte? Waarom werden die vernietigd? Waarom werden ze niet vervangen?

Dit dossier viel niet binnen mijn bevoegdheid van directeur-generaal Gezondheidszorg. Ik ben op de hoogte gesteld ten gevolge van de informatie daarover die ik in het Directiecomité heb ontvangen toen het probleem aan het licht kwam.

83. Staat de strategische stock momenteel op punt? Hoe ziet u die stock? Centraal of decentraal, roterend, ...?

Dit dossier viel niet binnen mijn bevoegdheid van directeur-generaal Gezondheidszorg. Mijn persoonlijke mening is dat de overheden, binnen hun bevoegdheden (cf. Protocolakkoord), moeten voorzien in strategische stock van essentiële middelen. Daarnaast dient op het niveau van zorginstellingen en zorgverstrekkers zelf te worden voorzien in een eigen strategische stock die best gereguleerd wordt. Als directeur-generaal heb ik bij de beroepsraden van de gezondheidsprofessionals een advies gevraagd over hoe zij dit zagen.

84. 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. Waarom werd daar niet eerlijk over gecommuniceerd? Van wie kwam de beslissing om daar niet eerlijk over te communiceren?

Dit dossier viel niet binnen mijn bevoegdheid van directeur-generaal Gezondheidszorg.

85. Wanneer werd u op de hoogte gebracht van de vernietiging en de niet-hernieuwing van de strategische stock mondmaskers? Denkt u dat u tijdig geïnformeerd werd?

Zie vraag 1.

86. “Ik ging ervan uit dat iemand bezig was met maskers te bestellen, niet dus. Ik heb premier Wilmès toen gesmeekt om alles te doen wat kon om maskers te produceren”, stelde Erika Vlieghe in deze bijzondere commissie. Waarom kwam dat zo traag op gang? Werd daar veel over gesproken op de RMG?

Dit dossier viel niet binnen mijn bevoegdheid van directeur-generaal Gezondheidszorg. Ik nam deel aan de RMG vanaf eind februari. In de loop van maart waren heel wat discussies over de aankoop en verdeling van maskers. Vanuit mijn rol als secretaris van de IMC heb ik deze discussies proberen te ontmijnen door een protocolakkoord ter zake uit te werken.

87. De heer Auwers verklaarde ook dat de eerste initiatieven om zelf beschermend materiaal aan te kopen eind januari-begin februari reeds werden voorbereid binnen de FOD Volksgezondheid. Was u daarbij betrokken en wat kan u desgevallend aangeven hoe u dat proces ervaren hebt en welke impact de marktverstoring waar toen sprake was daarop had?

Ik was daar niet bij betrokken. Dit dossier viel niet binnen mijn bevoegdheid van directeur-generaal Gezondheidszorg.

88. Wanneer wist u dat de resterende federale noodstock met chirurgische mondmaskers vernietigd was? En hebt u kennis kunnen nemen van het advies van de Hoge Gezondheidsraad en/of de nota van dokter Paul Pardon voor de aanleg van een nieuwe strategische voorraad?

Zie vraag 1.

89. De strategische stock mondmaskers werd vernietigd en niet vernieuwd. Wie draagt hiervoor de eindverantwoordelijkheid?

90. Waarom werden de ziekenhuizen eind januari 2020 hiervan op de hoogte gebracht en niet eerder?

Zie vraag 1.

91. In maart 2020 gingen de grenzen dicht? Op welke inzichten steunde dat? En op welke inzichten steunde het heropenen ervan? Vond u dat een goede beslissing?

Dit dossier viel niet binnen mijn bevoegdheid van directeur-generaal Gezondheidszorg. Ik heb hier geen verdere informatie over.

92. Sophie Quoilin stelde in de bijzondere commissie dat “de FOD Volksgezondheid aan het roer staat van het crisisbeheer, maar zoals alle gezondheidsadministraties in ons land worden ze zwaar ondergefinancierd. Op de dienst *Public Health Emergencies* werkt slechts één persoon. In plaats van te investeren, bespaart men”. Denkt u dat de overheidsdiensten voldoende in staat waren de schokken van de epidemie in ons land op te vangen? Wat vindt u van het feit dat de overheid tegelijk een beroep deed op dure consultancybureaus zoals KPMG en Deloitte om de onderbemande overheidsdiensten bij te staan in bepaalde opdrachten?

Ik verwijs naar antwoorden op hogere vragen over de paraatheid en capaciteit van de administraties. Mijn ervaring met de consultants die in het crisisbeheer betrokken waren, zijn positief: ze leverden expertise en capaciteit op een hele reeks kritieke punten. De samenwerking

met het beleid en de administraties was doorgaans ook erg goed. Echter moet ten gronde worden voorzien dat deze capaciteiten, ofwel, wanneer het om kerntaken van de overheid gaat, geconsolideerd worden in de administraties zelf, ofwel in duurzame publiek-private partnerschappen worden verankerd.
