

Bijzondere Kamercommissie COVID-19

Antwoord op de schriftelijk overgemaakte vragen

Maggie De Block

23 april 2021

Inhoud

Inleiding	1
1. De institutionele context.....	3
1.1. Wetgeving en architectuur inzake crisisbeheer	5
1.2. Capaciteit op de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en het Leefmilieu. 6	
1.3. Europese en internationale samenwerking / imago van België.....	8
2. De vele aan advies- en besluitvormingsorganen en de onderlinge samenwerking.....	11
3. De pre-federale fase en de pandemische crisis	18
3.1. Testing : capaciteit, criteria, Tracing, bronopsporing en quarantaine.	22
3.2. Planning: griepplan, pandemieplan, noodplanning	24
4. De ziekenhuizen	26
5. Structureel: impact van mijn gezondheidsbeleid.....	28
6. De instellingen voor de ouderenzorg	33
7. Niet-COVID gerelateerde zorg en geestelijke gezondheidszorg	37
7.1. De dringende zorg en de electieve zorg	37
7.2. Het psychisch welzijn van de mensen	38
8. Vragen en antwoorden over de maskers	41
9. Financiering van de laboratoria.....	48
10. Strategie van de regering en communicatie van de maatregelen / lockdown / exitstrategie / september 2020	52
11. Vaccinatie tegen COVID-19	56

Inleiding

Ons land wordt geconfronteerd met de grootste naoorlogse catastrofe inzake de volksgezondheid. In 2020 nam het coronavirus ook België in haar greep. De pandemie heeft ongeziene gevolgen. Heden noteren we 960196 landgenoten die positief testten op SARS-COV-2. Het virus leidde tot 23876 overlijdens. We mogen het vele menselijke leed niet uit het oog verliezen. Denken we maar aan het verloren familielid of naaste, de beperkingen in onze mogelijkheden en mensen die jaren een zaak opbouwden en daar nu in zeer moeilijke omstandigheden aan verder werken.

Om maximaal op de vragen van de leden een antwoord te bieden, ben ik thematisch te werk gegaan. Binnen elk thema ga ik in op cruciale mijlpalen binnen de crisisbeheersing, in. De thema's heb ik als volgt ingedeeld:

- De institutionele organisatie en de impact op de pandemie
- De besluitvormingsprocessen
- De pre-federale fase in aanloop van de crisis
- Ziekenhuizen
- De impact van het structurele begrotingsbeleid
- De situatie in de woonzorgcentra
- De electieve zorg en het psychisch welzijn
- Vragen en antwoorden over de maskers
- Financiering van de laboratoria
- De communicatie voor de 2^{de} golf
- De vaccinatie tegen COVID-19

Wij hadden met ons allen gehoopt dat wij nu lessen konden leren over een crisis die achter ons lag. Dat is helaas niet het geval. Ik kan niet genoeg mijn dank benadrukken voor alle mensen die zich onafgebroken in de strijd tegen COVID inzetten in de ziekenhuizen, op het terrein, onze ondernemingen en de verschillende overheidsinstellingen.

Ik hoop dat mijn antwoorden bijdragen aan de analyse van deze pandemie en de lessen die we er uit willen leren. Mogen zij voor de leden een bron van inspiratie zijn bij het formuleren van het eindrapport en de aanbevelingen die van deze Bijzondere Commissie COVID-19 verwacht worden.

Maggie De Block

23 april 2021

1. De institutionele context

Ik heb er nooit een geheim van gemaakt dat de versnippering van bevoegdheden op vlak van Volksgezondheid in ons land een krachtadig beleid bemoeilijkt. Dat is zo in vredestijd en dat is des te meer zo in tijden van crisis. Ik heb zoveel mogelijk getracht de besluitvorming inzake risicoanalyse en -management te respecteren zoals die voorzien is in het Interfederaal protocol van 2018 (RAG > RMG (> IMC)) en de IHR. Maar wanneer men met 8 ministers aan tafel zit in IMC en in RMG met minstens 8 administraties en 8 kabinetten is slagkrachtig beslissen geen evidentie. Daar komt nog bij dat onze institutionele architectuur niet heeft voorzien in een hiërarchische verhouding tussen het federale niveau en de deelstaten.

Antwoorden op uw vraag naar een ideale bevoegdheidsverdeling inzake volksgezondheid zou ons ver leiden. Eerder al pleitte ik voor een herfederalisering van bevoegdheden. Ik heb uit deze crisis geleerd dat er minstens in crisistijd eenheid van commando zou moeten zijn, door bijvoorbeeld een principe van dwingende federale coördinatie en delegatie toe te passen in tijden van crisis (bijvoorbeeld in de federale fase). Op die manier zou op federaal niveau sneller over maatregelen beslist kunnen worden die de volksgezondheid betreffen.

U vraagt me of de Zesde Staatshervorming voldoende geïmplementeerd was in crisisplannen. We hadden nog onder federale impuls een kader gerealiseerd voor de opmaak van de crisisplannen van de ziekenhuizen, alhoewel dit op dat moment al een exclusieve bevoegdheid was van de Gemeenschappen. Aangezien dit in de overdracht naar de Gemeenschappen een afgewerkt pakket was kon ons ziekenhuissysteem overeind blijven. Dit in tegenstelling tot de toestand in vele Europese lidstaten. Voor het overige herinner ik er aan dat niet alle bevoegdheidsniveaus goed op de hoogte bleken van de eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Dat belet niet dat ik op persoonlijk vlak goed heb samengewerkt met de ministers van de verschillende deelstaatregeringen. Dit gebeurde voornamelijk in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid en, voor wat mijn medewerkers betrof, binnen de Risk Management Group, waar alle leden van de IMC vertegenwoordigd zijn en die als een IKW van de IMC beschouwd kan worden. Het is ook vanuit die vertegenwoordiging in de RMG

dat de deelstaten over de nodige informatie beschikten om de provinciale en lokale besturen te briefen over de evolutie van de toestand.

Na de verkiezingen van 26 mei 2019 en de vorming van de regeringen in de deelstaten heb ik, toen mij duidelijk werd dat de regeringsonderhandelingen op federaal vlak nog enkele tijd zouden duren, met de Directeur van mijn beleidscel en met de secretaris van de IMC (de directeur-generaal Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid Voedselveiligheid en Leefmilieu) het initiatief genomen om op 10 februari 2020 een zogenaamde *préparatoire* te organiseren van de IMC met de bedoeling om de nieuwe leden en vertegenwoordigers van de deelstaten te oriënteren in de werking van de IMC. Ook al was de federale regering ontslagnemend, toch leek het ons nuttig een voorbereidende vergadering te laten plaatsvinden waar de werking van de IMC werd toegelicht: hoe gebeurt de voorbereiding, hoe functioneert het roterende voorzitterschap, enz. Op de gezondheidsminister van de Duitstalige Gemeenschapsregering en mijzelf na ging het immers om allemaal nieuwe gezichten. Dat bleek achteraf gezien een goede zaak, want tussen 1 maart 2020 (*de eerste fysieke IMC na de eerste in België gedetecteerde covid-19 patiënt*) en het einde van het jaar 2020 zou de IMC nog 40 keer samenkomen louter over de aanpak van de coronaviruscrisis.

Als u me vraagt naar de mate waarin de IMC voorbereid was op crisisbeheer, dan was dat dus vrij beperkt, mede door het feit dat de leden bijna alle onbekend waren met het orgaan. Maar binnen de RMG was die voorbereiding beter. De leden ervan hadden vaak ervaring met eerdere voorbereiding op crisissen (zoals ebola in 2016) en de RMG werkte ook aan een Generiek PandemiePlan (GPP) (cf. infra). Bij het begin van de Covid-19-crisis in België waren al 12 van de 13 modules van dit plan besproken op de RMG.

Voor wat de maatregelen betreft die in de provincie Antwerpen werden genomen in de zomer van 2020: deze lijken tijdens de zomer een positieve impact te hebben gehad op de besmettingscijfers in de provincie. De maatregelen waren op dat moment noodzakelijk, gelet op de zorgwekkende situatie. Zij kwamen er mede op vraag van de Nationale Veiligheidsraad.

1.1. Wetgeving en architectuur inzake crisisbeheer

Uw vraag naar waarom na de aanslagen van 22 maart 2016 de Federale coördinatiestructuur voor crisisbeheer niet grondig werd herzien kan beter beantwoord worden door de toenmalige Eerste minister en de voormalige minister van Binnenlandse Zaken. Eénmaal in lopende zaken (december 2018) was het niet meer aangewezen dat de regering daar een initiatief toe nam. In het algemeen heb ik wel vastgesteld dat door de aanslagen het belang van goed bemande en goed uitgeruste inlichtingen- en veiligheidsdiensten politiek werd onderkend, terwijl de gezondheidszorg nauwelijks extra financiële injectie kreeg.

Werd vanaf het begin nagedacht over een pandemiewet? Ja, de minister van Justitie werkte aan een ontwerp dat hij ook op de zogenaamde G10 heeft voorgesteld. Het was echter niet zo eenvoudig om verregaande structurele regelgeving te ontwerpen die een breed maatschappelijk debat zou noodzaken terwijl het huis in brand stond.

De reactie op initiatieven om een regelgevend kader te voorzien alvorens bepaalde problemen in de aanpak van de crisis zich voordoen, is vaak ook contradictorisch. On the record wil iedereen een duidelijk kader dat rechtszekerheid biedt. Maar wanneer dat concreet wordt kunnen andere overwegingen opspelen. Ik herinner eraan dat ik in april 2020 een kader heb ontwikkeld om te anticiperen op een mogelijke grote uitval van zorgpersoneel, zeker ingeval van een tweede golf van de epidemie.

Het KB “opvordering” (Koninklijk besluit nr. 16 van 29 april 2020 met het oog op opvordering van gezondheidszorgbeoefenaars) voorzag in de mogelijkheid om mensen met geschikte kwalificaties op dat moment (bijvoorbeeld door de tijdelijke opschorting van de electieve zorg) bij schaarste aan personeel en enkel in uiterste nood te kunnen opvorderen.

Het KB “delegatie van verpleegkundige handelingen” maakte het mogelijk dat ook andere zorgverleners verpleegkundige handelingen stelden, weliswaar onder voorwaarden en onder supervisie van een verpleegkundige.

Deze Koninklijke Besluiten geleken in sterke mate op deze welke in 2009 door de toenmalige minister van Volksgezondheid waren genomen om te anticiperen op de Mexicaanse griep (H1N1).

Ik bereidde deze drastische noodmaatregelen voor onder meer op vraag van de deelstaten die bezorgd waren over de situatie in de instellingen voor ouderenzorg, na akkoord van de zogenaamde G10. Toch kwam er syndicaal protest dat “niet inhoudelijk” was maar “omdat de besluiten er niet op het juiste moment kwamen”, omdat “het een miskennen betrof van de (verpleegkundige) expertise” en “er onvoldoende overleg had plaatsgevonden” (wat gezien de tijdsdruk niet zondermeer mogelijk was, hoewel toch aangekaart bij AUVB). Er trad vervolgens politieke koudwatervrees op. In die omstandigheden werd dus het KB nr. 16 dan ingetrokken door middel van de bekendmaking van het KB nr. 27 van 29 mei 2020. De maatregel voorzien in het KB voor de delegatie van de verpleegkundige taken werd inmiddels toch bij wet geïmplementeerd.

U heeft ook een aantal vragen over de opzet en de status van de FAQ's die de Ministeriële Besluiten moesten verduidelijken. De administratie en de minister van Binnenlandse Zaken is het best geplaatst om deze manier van werken te evalueren. Het was inderdaad niet optimaal dat de FAQ's niet enkel dienden, zoals de gewoonte is, om de maatregelen vervat in de MB's te verduidelijken voor de lokale besturen. Maar men moet roeien met de riemen die men had. Er waren zeer veel mensen, bedrijven, organisaties,... geïmpacteerd door de maatregelen. Het is logisch dat men een manier zocht om de interpretatie van de regels tot in de details uit te werken. Dit illustreert opnieuw dat onze wetgeving inzake globaal crisisbeheer gericht is op kortstondige sectoriële crisismomenten die snel weer stabiliseren, eerder dan op langdurige globale crisissen.

1.2. De capaciteiten op de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en het Leefmilieu

Ik stel samen met u vast dat de dienst Public Health Emergencies bij de Diensten van de Voorzitter van de FOD VVVL sterk onderbemand was bij het begin van de crisis. Dat is mee het gevolg van twee evoluties die we de voorbije decennia hebben gezien. Aan de ene kant zijn er

de lineaire besparingen die de regeringen vanaf 2004 hebben doorgevoerd op de werkmiddelen van de federale overheidsdiensten. De regeringen waar ik deel van uitmaakte hebben die besparingen verder gezet en ik ben er dus mee verantwoordelijk voor, ook al heb ik gestreden voor meer middelen voor Volksgezondheid.

Aan de andere kant is het onmiskenbaar zo dat er maatschappelijk en politiek een tendens is om inzake gezondheid minder te investeren in alles wat te maken heeft met infectieziekten ten voordele van de zogenaamde niet-overdraagbare aandoeningen: chronische ziekten, hart- en vaatziekten, kanker, enzovoort. Steven Van Gucht heeft iets dergelijks opgemerkt voor wat betreft Sciensano en het vroegere Wetenschappelijke Instituut Volksgezondheid. De budgetten krompen duidelijk op die gebieden, met uitzondering dan van het nationaal plan tegen HIV waar ik extra budgettaire inspanningen voor heb gedaan.

Een element dat die algemene dalende tendens nog wat afremde waren de internationale verplichtingen in het kader van voornamelijk de WHO. Het feit dat de laatste waarschuwing, de Mexicaanse griep (H1N1) van 2009 zo mild is verlopen deed de aandacht nog meer verslappen. Ik kan me niet herinneren met u van gedachten te hebben gewisseld over dit thema in onze talrijke debatten in deze Kamer tussen eind 2014 en eind 2019.

Het is evenwel niet correct om dit rechtstreeks in verband te brengen met het inzetten van consultants. Een aantal uitdagingen waar we in het begin voor stonden (zoals het onder grote tijdsdruk aankopen van persoonlijk beschermingsmateriaal in de context van een totaal verstoorde internationale markt) behoren niet tot het normale takenpakket van de administratie Volksgezondheid, hoe groot haar budget ook is. Het is evident dat men niet kan verwachten dat de administratie op korte termijn bijkomende taken opneemt zonder in extra ondersteuning te voorzien.

Ik heb zelf in zeer beperkte mate een beroep gedaan om externe consultancy. Dit gebeurde voornamelijk in het kader van al bestaande kaderovereenkomsten met de kanselarij. Ik deel de mening van Philippe De Backer dat de consultants een grote toegevoegde waarde hadden. Men moet wel extra inspanningen doen om de opgebouwde kennis binnen de organisatie te houden éénmaal de consultancy-opdracht is afgelopen.

De vraag om Chris Decoster als crisismanager in te zetten kwam op het piekmoment van de eerste golf van het Directiecomité van de FOD Volksgezondheid, onder voorzitterschap van Tom Auwers. Tot dan was de Voorzitter van de FOD verondersteld het voorzitterschap van CELEVAL te combineren met de coördinatie van de noodplanning en het crisisbeheer en de dagelijkse leiding van de overheidsdienst, wat onhoudbaar bleek.

1.3. Europese en internationale samenwerking / imago van België

Het contact met mijn collega-ministers van volksgezondheid verliep voornamelijk via de formele en informele Europese ministerraden (EPSCO). Ik merk uit de vragen dat men veel interesse betoont voor bilaterale contacten, maar de grote verschillen in de organisatie van de gezondheidszorg en de snelheid waarmee de crisis uitbreidde maakten dat weinig dossiers tussen lidstaten onderling werden besproken.

Een kleine lidstaat als België – met een hoofdstad die een diplomatiek centrum van globaal belang is – moet zich loyaal opstellen binnen de multilaterale instellingen. Wij hebben niets te winnen door het gedrag van een *free rider* aan te nemen, die zich op gezette tijden niet gebonden voelt door de afspraken die op internationaal en Europees niveau werden gemaakt. Het is ook al te makkelijk om de WHO af te serveren op basis van vermeende fouten die de organisatie zou hebben gemaakt zonder daarbij rekening te houden met de enorme voordelen van het kunnen bundelen en delen van expertise op een dergelijke schaal. Dat is des te meer van belang voor eerder kleine landen zoals het onze.

De contacten met de WHO en met ECDC op operationele basis gebeuren via de FOD Volksgezondheid, in de dienst Internationale Betrekkingen (IBRI). Die contacten verliepen vlot en ik werd goed op de hoogte gehouden. U heeft Lieven De Raedt daarover trouwens gehoord in uw Commissie.

Ik ben het met hem eens dat de WHO snel heeft gereageerd op de uitbraak van Covid-19. Op het moment dat men de epidemie als een *Public Health Emergency of International Concern* begon te beschouwen, 30 januari 2020, waren er amper 82 bevestigde gevallen buiten China en was er precies een maand verstreken sinds het eerste geval werd gemeld aan de WHO.

Er zijn ongetwijfeld ook (inschattings)fouten gemaakt door de WHO en door de Europese overheden. De terughoudendheid in februari en maart 2020 om beperkingen op te leggen aan *trade and travel*, bijvoorbeeld, zou men vandaag niet meer herhalen. Ik was ook teleurgesteld door het mislukken van de *Joint Procurement Procedures* voor persoonlijk beschermingsmateriaal onder de coördinatie van de Europese Commissie. Over de aankoop van vaccins is al veel inkt gevloeid. Maar gelet op het feit dat op elk niveau evidente maar wellicht ook onvermijdbare fouten zijn gemaakt in de aanpak van een crisis die door de snelheid van verspreiding iedereen verraste, past mildheid in de evaluatie. Ook de WHO en de EU volgden (en volgen nog steeds) een leercurve in de reactie op Covid-19.

Er worden de Europese Unie en de WHO ook zaken in de schoenen geschoven waar in essentie de lidstaten voor verantwoordelijk zijn. Het zijn individuele Europese lidstaten die een uitvoerverbod uitvaardigden voor beschermingsmateriaal dat betaald was door en bestemd was voor onder andere Belgische ziekenhuizen. Ik heb dat op de EPSCO-ministerraad van 6 maart aangeklaagd. Het zijn de lidstaten die WHO en ECDC in staat moeten stellen om mogelijke crisissen in een vroeger stadium te detecteren. Het zijn de lidstaten die de Europese Unie geen essentiële coördinerende bevoegdheid hebben gegeven in het beheren van pandemieën, waarrond van de weeromstuit ook onvoldoende expertise werd opgebouwd bij het DG SANTE.

Misschien moet erover nagedacht worden om ook de WHO een sterker mandaat te geven om dwingender in te grijpen. Het implementeren door de WHO van een wereldvaccinatieprogramma tegen covid19 waarin ook de minder rijke landen volop in beschouwing worden genomen zou één van de mogelijke acties in dat kader kunnen worden.

U stelt mij een aantal vragen over het officiële sterftecijfer aan Covid-19 in België in vergelijking met andere landen en de impact op ons internationale imago. Ik denk niet dat de nabestaanden van zij die aan Covid-19 overleden er behoefte aan hebben dat er een wedstrijd van wordt gemaakt. U zal intussen gezien hebben dat aan de hand van de oversterfte-cijfers (die met enige vertraging onder meer in het kader van EuroMOMO worden verzameld) blijkt dat het aantal overlijdens in België niet onder-gerapporteerd werd, terwijl dit in de meeste

andere Europese landen wel zo was. Volgens bio-statisticus Geert Molenberghs werd bijvoorbeeld in Nederland slechts 50 tot 55 procent van de corona-overlijdens gerapporteerd terwijl dat in België 100 procent was. ECDC heeft herhaaldelijk België geciteerd als voorbeeld voor de rapportering.

Het lijkt mij vanuit het perspectief van de Volksgezondheid een goede zaak dat ons land van bij het begin zo eerlijk en transparant mogelijk heeft gecommuniceerd. Je kan de crisis beter doeltreffend aanpakken wanneer je precies weet wat de situatie is. Dat alles neemt niet weg dat in België in verhouding zeer vele slachtoffers te betreuren zijn. Aangezien de pandemie nog altijd woedt, is daar nog geen definitieve evaluatie over mogelijk.

2. De wildgroei aan advies- en besluitvormingsorganen ; de besluitvorming binnen de federale regering ; de samenwerking met het NCCN ; “geen kapitein op het schip”

Ik heb doorheen deze crisis getracht de organen voor het gezondheids crisisbeheer voorzien in de regelgeving (m.n. het Protocolakkoord van 5 november 2018¹) zoveel mogelijk hun rol te laten spelen en zelf geen nieuwe formele organen bij te creëren. Het wetenschappelijk adviescomité dat Steven Van Gucht vanaf 27 januari op mijn vraag samenstelde en waar Erika Vlieghe, deel van uitmaakte, had louter tot doel om met mijzelf en mijn beleidscel op informele wijze expertise te delen op vlak van virologie, infectiologie, epidemiologie en de betekenis in de klinische zorgverlening. Voor het overige werd een aantal Task Forces opgericht (TF hospital and transport surge capacity, TF primary and outpatient care capacity, TF testing and tracing, ...) die verondersteld waren te handelen als operationele werkgroepen binnen de FOD Volksgezondheid en de RMG. Men kan dus de indruk krijgen dat ze de architectuur complexer maakten maar ze waren bedoeld om de besluitvorming in de RMG te faciliteren.

De interfederale keten voor risicoanalyse, risicobeheersing en politieke validering (binnen RAG > RMG > IMC) bood voor wat het sanitaire beleid betreft, op zich een voldoende kader voor besluitvorming. (Zoals gezegd werden daar, waar nodig, operationele Task Forces aan toegevoegd). Als politiek verantwoordelijke bemoeide ik mij niet met het werk in de RAG, dat wetenschappelijk van aard is en onafhankelijk moet kunnen gebeuren. In de RMG, die eigenlijk ook als een Interkabinettenwerkgroep (IKW) van de Interministeriële Conferentie (IMC Volksgezondheid) fungeert, had ik een vertegenwoordiger, net als in de task forces die in de schoot van de RMG werden opgericht.

¹ Protocol (5 november 2018) gesloten tussen de Federale Overheid en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, tot vaststelling van de generische structuren voor het sectoraal gezondheidsbeheer van crisissen voor de volksgezondheid en hun werkwijze voor de toepassing van het Internationaal Gezondheidsreglement (2005), en Besluit nr. 1082/2013/EU over ernstige grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid

Het feit dat de architectuur voor interfederale risicoanalyse en risicobeheersing al up and running was vóór de Covid-crisis losbarstte belette niet dat heel wat moeilijkheden opdoken om binnen de RMG tot vlotte besluitvorming te komen. Niet in het minst omdat de institutionele context inzake volksgezondheid zeer ingewikkeld is, wat in tijden van crisis duidelijk vertragend werkte. Sommigen bleken bij het begin van de crisis niet helemaal op de hoogte van de eigen – nochtans cruciale bevoegdheden, zoals voor wat betreft de bestrijding van infectieziekten waar de contact tracing en quarantaine-beleid onderdeel van zijn. Toen op de IMC de beslissingen van de RMG moesten worden gevalideerd bleken de standpunten van mijn collega deelstaatministers niet altijd op dezelfde wijze verdedigd te zijn geweest door hun vertegenwoordigers in de RMG.

Ondanks dus deze uitdagingen die met onze ingewikkelde staatsstructuur te maken hebben, was er niet de nood om het raamwerk voor zuiver sanitaire crisisbeheersing aan te vullen met nieuwe organen. Het probleem van de wildgroei aan adviesorganen en een onduidelijke rolverdeling trad vooral op bij de inkanteling van het sanitaire crisisbeheer in een multidisciplinair kader van “globale” crisisbeheersing. Toen werden naast de wettelijk voorziene organen (COFECO, CELEVAL, INFOCEL) ook nog nieuwe organen opgericht (GEES, ERMG, enz.) en trad er verwarring op, niet in het minst in hoofde van experten die van 2 of meer van deze organen lid waren (zoals Erika Vlieghe, die uw commissie heeft gehoord, en die zowel deel uitmaakte van CELEVAL, voorzitter was van de GEES was en frequent bilaterale contacten had met de premier, zetelde in de RAG en ook geregeld nog de RMG-vergaderingen bijwoonde).

U vraagt me of de adviesorganen voldoende divers samengesteld waren naar mijn mening. Dit is een kwestie die zich minder stelt voor de organen die zijn voorzien in de International Health Regulations. De RAG en de RMG moeten zich enkel om de volksgezondheid bekommeren, zij analyseren respectievelijk de sanitaire risico's en stellen specifieke beheersmaatregelen voor. Het is eerder over CELEVAL dat de vraag zich stelde en dat was logisch: naarmate de maatregelen om het aantal besmettingen onder controle te houden aanhielden, werd duidelijk dat onder andere de impact op de mentale gezondheid meer in rekening genomen moest worden. De bijna exclusieve nadruk op virologische, infectiologische

en epidemiologische invalshoeken was logisch in een eerste fase maar een duurzaam antwoord op de aanslepende crisis moest ook andere perspectieven in rekening brengen.

Waren de noodplanningsstructuren voldoende gekend in mijn diensten? Ja zeker. De dienst Public Health Emergencies bij de FOD Volksgezondheid heeft precies die coördinatie als bestaansreden, zoals u de heren Pardon en Auwers hebt horen bevestigen.

Net zoals ik de interfederale keten van crisisbeheer zo ongestoord mogelijk liet werken (dat was gezien de complexe bevoegdheidsverdeling en de werkdruk die de crisis met zich meebracht al moeilijk genoeg) heb ik de diensten bij de FOD VVVL, het geneesmiddelenagentschap FAGG, Sciensano, het KCE en het RIZIV zo veel als mogelijk gerespecteerd in hun know how en hun operationele besluitvorming. Ik nam de politieke beslissingen in nauw overleg met de Kern en de andere Regeringsleden; de administratie nam de operationele beslissingen. Wanneer u mij dus vraagt “waarom er zo weinig onderscheid werd gemaakt tussen operationele coördinatie en politieke beslissing” dan kan ik u antwoorden dat ik dit onderscheid alvast voor wat het sanitaire luik betreft, zoveel mogelijk heb gerespecteerd. Aangezien de stakeholders (o.a. de vertegenwoordigers van de verschillende gezondheidsberoepen, de ziekenfondsen, de koepels van ziekenhuizen, enz.) op zeer veel manieren structureel bij de beleidsvoorbereiding betrokken worden, werden ook tijdens de covid-crisis de bezorgdheden van het terrein gehoord en zoveel mogelijk ter harte genomen in het kader van het operationeel crisismanagement. Ik vind het dan ook vreemd dat een aantal zorgverstrekkers tegenover uw Commissie heeft geklaagd dat zij onvoldoende rechtstreekse toegang tot mijzelf en mijn beleidscel hadden tijdens de crisis.

De samenwerking met de collega's federale ministers en met de Premier verliep goed, rekening houdend met de enorme druk waaronder de besluitvorming plaatsvond en de verschillende perspectieven die daarin verzoend moesten worden. De Regering is een collegiaal orgaan en ik verdedig wat collegiaal werd beslist, ook al kan die beslissing niet altijd voor 100% samenvallen met het eigen uitgangspunt. Ik werkte goed samen met de Premier en al naargelang het dossier met andere betrokken ministers (Binnenlandse Zaken, Defensie, Buitenlandse Zaken, enz. en vanzelfsprekend met Philippe De Backer als hoofd van o.a. de Task Force Shortages). De intensiteit van de samenwerking werd weerspiegeld in een zeer

zwaar vergaderritme: in de aanvangsfase werd bijvoorbeeld tot twee keer per dag een vergadering van het Kernkabinet gehouden.

Voor wat betreft mijn aanwezigheid op Overlegcomités of de Nationale Veiligheidsraad. Het spreekt voor zich, gezien het belang van deze vergaderingen, dat ik steeds aanwezig was wanneer ik uitgenodigd werd. Hetzelfde geldt voor vergaderingen waarin het Overlegcomité of de Nationale Veiligheidsraad door de Premier met de experts (van de GEES) werd voorbereid.

Over het contact en de samenwerking met het NCCN leven een aantal misverstanden, zo blijkt uit de vragen die u mij stelt. Er was in een vroeg stadium al sprake van een, zij het gecibleerde, samenwerking tussen de FOD VVVL en mijn beleidscel enerzijds en het Crisiscentrum anderzijds. Bij de repatriëring van landgenoten uit Wuhan, die eveneens onder grote tijdsdruk diende uitgevoerd te worden, werd prima samengewerkt (in tegenstelling tot wat een vraagsteller suggereert, nl. dat er “geen sprake leek van overleg”). Ik nam de kwestie op met mijn collega bevoegd voor Defensie en Buitenlandse Zaken, zodat de betrokkenen in Neder-Over-Heembeek de quarantaine konden uitzitten, niet zonder ook het daarvoor bevoegde Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de burgemeester van Brussel aangesproken te hebben. Een aantal van de vergaderingen ter voorbereiding van deze operatie, waar verder nog vertegenwoordigers van Binnenlandse Zaken, Economie, Politie, Civiele Bescherming, Buitenlandse Zaken en de deelstaten aan deelnamen, werd overigens vervolgens gezamenlijk voorgezeten door de Directeur van mijn beleidscel en de Directeur-Generaal van het Crisiscentrum. Ook inzake communicatie werd er nauw overlegd en het call center van de FOD Volksgezondheid werd door het Crisiscentrum ondersteund.

Het is dus in ieder geval niet zo dat ik de diensten van de FOD Volksgezondheid verboden zou hebben om met het Crisiscentrum samen te werken. Iets dergelijks is mij overigens ook niet gemeld door mijn collega bevoegd voor Binnenlandse Zaken.

U vraagt me naar de mate waarin het Crisiscentrum was voorbereid op een sanitaire crisis. Het NCCN is uitstekend voorbereid op een crisis met impact op (volks)gezondheid. Wat echter bijzonder is aan deze crisis is het globale en tegelijk langdurige karakter ervan. We moeten

durven erkennen dat ons nood- en crisisbeleid en -planning eerder afgestemd is op kortdurende crisissen als gevolg van plotse gebeurtenissen (een aanslag, een grote verkeersramp inclusief zee- en luchtvaartongevallen, grote branden en explosies, een nucleaire ramp, enzovoort). Dat doet niets af van de grote inspanningen en goede wil van het Crisiscentrum en zijn medewerkers. Het pleit ook voor het NCCN dat men sinds het begin van de covid-crisis actief op zoek is gegaan naar bijkomende expertise in het beheersen van een langdurige gezondheids crisis, wat er op wijst dat men zich zelf bewust is van noden op dat vlak.

Hetgeen mijn voormalige collega De Crem u heeft verteld over de analyse van de perceptie van de bevolking over de maatregelen wordt mij bevestigd: op het einde van de vergaderingen van COFECO werd deze korte briefing standaard gegeven door het hoofd communicatie van het Crisiscentrum. Men baseerde zich o.a. op berichten op sociale media, in de pers, de feedback vanuit het call-center, etc.

Ik heb begrepen dat u zich de vraag stelt waarom het Kernkabinet op 1 maart 2020 heeft bevestigd dat de FOD Volksgezondheid de coördinatie van het crisisbeheer zou blijven voeren. Ik kan niet in naam van de toenmalige collega ministers spreken die deze beslissing gezamenlijk namen. Men heeft geoordeeld dat het op dat moment een situatie betrof die voornamelijk sanitaire maatregelen noodzaakte en dat men zich in een fase van containment bevond, met de complicatie dat het essentiële element van de infectieziektebestrijding (contact tracking is een onderdeel ervan) een bevoegdheid is van de deelstaten.

U stelt terechte vragen over het gebrek aan eenheid van commando. Eerst en vooral was ik, zoals eerder gezegd, voorstander van een zo eenvoudig mogelijke, duidelijke en lenige governance structuur, vertrekkend van RAG > RMG > IMC voor wat betreft het sanitair beleid, ingekanteld in COFECO-CELEVAL-INFOCEL vanaf de toepassing van de federale fase. Gaandeweg werden organen bijgecreëerd waardoor er inderdaad niet altijd duidelijkheid heerste over wie wat moest doen en welke de rol van elkéén was. Temeer daar een aantal mensen in meer dan één orgaan zetelde.

Ten tweede is er natuurlijk de heel ingewikkelde bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg, waar ik in tempore non suspecto al op heb gewezen en waar we hier toen in de Kamer ook over hebben gedebatteerd (zie onder meer mijn interview aan HBVL op 9 juni 2018 met als titel “Versnippering gezondheidszorg is stommitieit”). Het is bijzonder moeilijk om snel en krachtdadig te beslissen wanneer men met 9 bevoegde ministers aan tafel zit. Het valt daarbij op dat men vanuit de media, maar ook in deze Kamer, vooral van de federale regering verwachtte dat ze leiderschap zou opnemen terwijl cruciale bevoegdheden zich bij de deelstaten bevinden (denk aan de ouderenzorg, de organisatie van de eerstelijnszorg, de normering van de ziekenhuizen, de testing, contact tracing, de bronopsporing en het toezicht op de quarantaineregels, dat alles in het kader van het bestrijden van contagieuze ziekten, enzovoort).

Ten derde is het ook zo dat leiderschap niet alleen moet worden opgenomen, maar ook moet worden aanvaard. In vergelijking met andere landen hebben we in België geen “rally around the flag”-mentaliteit waar, in geval van crisis, alle neuzen in dezelfde richting gaan staan. In deze crisis is het frequent voorgevallen dat politici (burgemeesters en deelstaatministers) zich distantieerden van beslissingen die in de Nationale Veiligheidsraad of het Overlegcomité werden genomen en waar hun partijgenoten zich achter hadden geschaard. In een dergelijke situatie is het niet evident om met krachtig leiderschap te besturen.

Tenslotte is het ook zo dat de federale regering tussen het uitbreken van de crisis en het aantreden van de Vivaldi-regering niet over volheid van bevoegdheden beschikte. Het besef van een onzeker democratisch draagvlak (enkel onrechtstreeks, via de G10 constructie) heeft er onder meer toe geleid dat experts ook genomen politieke beslissingen gingen uitleggen en verdedigen of afvallen. Dat heeft zeker bijgedragen tot de perceptie dat de federale regering, mezelf inclusief, in deze crisis geen leiderschap zou hebben opgenomen.

U stelde me een aantal vragen over de omkadering van de experts in de adviesorganen. Zoals gezegd had het wetenschappelijk comité dat Steven Van Gucht op mijn vraag had samengesteld een eerder informele rol. Aangezien we in januari 2020 niet konden voorzien dat deze crisis zo lang zou aanslepen, hebben we inderdaad destijds niet voorzien in een logistieke, financiële en functionele omkadering. Er bestond daar trouwens geen onmiddellijk

toepasbaar regelgevend kader voor. Het is niet ongewoon dat een kortlopende adviserende opdracht wordt aanzien als behorend tot de maatschappelijke dienstverlening die academici leveren. Maar het kan niet de bedoeling zijn dat dit maandenlang zo blijft, vooral niet aangezien aan vaak dezelfde experts bijkomende opdrachten werden gegeven in de naderhand opgerichte organen. Ik denk dat het inderdaad goed zou zijn mocht u dit als aandachtspunt meenemen in uw aanbevelingen voor de toekomst.

Anderzijds geloof ik niet dat een dergelijke omkadering van de experts zou kunnen of moeten voorkomen, zoals u mij vraagt, dat sommige experts “na een beleidsbeslissing hun eigen mening in de media gingen verdedigen”. Ik ben niet van oordeel dat experts hun academische vrijheid moeten opgeven van zodra ze als adviseur van de politiek optreden. Ik heb steeds verdedigd dat de experts hun advies moeten geven zonder rekening te houden met de politieke wenselijkheid van de verschillende opties, waarna het de politici zijn die beslissen. Elk zijn rol.

3. De pre-federale fase en de pandemische crisis

Het is voor wat de beslissingen die in deze periode zijn genomen (van 18 januari, datum waarop we eerste bericht kregen, tot 10 maart 2020) vooral zaak om ze te beoordelen aan de hand van de informatie die toen beschikbaar was en een zeker wetenschappelijk gewicht had. Achteraf kan men natuurlijk wijzen op signalen die de experts op wiens advies ik voortging, of ikzelf, hadden moeten opvangen. Maar dat waren misschien geïsoleerde elementen, of er was een reden om vragen te stellen over de bron ervan. Experten als Marc Van Ranst en Herman Goossens zijn daar ook eerlijk in geweest: tot de laatste week van februari 2020 ging men er niet van uit dat dit tot een epidemie met globale proporties kon uitgroeien. Ook al volgden virologen het virus met bijzondere aandacht, gezien zijn vreemde eigenschappen.

Uit de verslagen van de Risk Management Group blijkt dat op 23 januari 2020 het risk assessment het volgende is “Volgens de informatie die tot nu toe werd ontvangen, kunnen de autoriteiten een geruststellende boodschap brengen”.

Op 30 januari is de vrees die door de RMG wordt uitgedrukt dat “het opleggen van een quarantaine [aan de uit Wuhan gerepatrieerde Belgen] de angst bij de bevolking zou doen toenemen (psychologische impact). (...) De communicatie gericht aan het publiek moet duidelijk maken dat het gaat om een politiek standpunt, en niet om een wetenschappelijk of medisch”. Nog op 20 februari, wanneer al werd besloten een taskforce Hospital and Transport Surge Capacity op te richten, luidt het: “Tot nu toe zijn er 143 tests uitgevoerd en één positieve. De KUL (nvdr het referentielaboratorium van Van Ranst) verwacht niet dat het aantal tests nog al te veel zal toenemen, zelfs met de uitbreiding van de criteria in de definitie van de gevallen”. En op 28 februari, wanneer nochtans in Noord-Italië het aantal besmettingen toeneemt, vraagt men “dat de minister van Volksgezondheid de bevolking zou geruststellen aan de hand van een officiële communicatie, waarin wordt gezegd dat er gevallen zijn in onze buurlanden, dat de verspreiding gemonitord wordt, en waarin de preventieregels worden herhaald: de handen wassen, contact met zieke personen vermijden, contact opnemen met een arts wanneer men symptomen heeft.” U zal zich ook herinneren dat de experts niet afraadden om te reizen in de Krokusvakantie, die viel tussen 22 februari en 1 maart 2020.

Ik moet u zeggen dat ik van andere EU-lidstaten tot half februari evenmin signalen kreeg dat zij zich ernstige zorgen maakten. Op 13 februari was er, onder andere op mijn vraag, een bijzondere EPSCO-ministerraad om de evolutie te bekijken. Toen ging het voornamelijk over de moeilijkheden die ziekenhuizen en zorgverstrekkers ondervonden om zich te bevoorraden met persoonlijk beschermingsmateriaal. De Joint Procurement Procedure is toen opgestart en later is gebleken dat de markt al dermate verstoord was dat het initiatief is mislukt. Dat was dus op een ogenblik niet nà maar bijna een maand voor de afkondiging van de pandemie door de WHO. Ik had daarnaast ook informeel contact met andere EU-Lidstaten en dat gold ook voor mijn collega die Buitenlandse Zaken onder zijn bevoegdheid had.

Over de contacten met de Volksrepubliek China, die voornamelijk op operationeel niveau plaatsvonden, heeft u Lieven De Raedt gehoord van de Dienst Internationale Betrekkingen van de FOD Volksgezondheid. Die bleven op politiek niveau beperkt tot een ontmoeting met de ambassadeur. Met de Belgische ambassade in Beijing had ik contact in de periode van de repatriëring van landgenoten uit Wuhan.

In de Volksrepubliek China werden eind januari 2020 heel drastische maatregelen genomen om het virus in te dammen en de wereld niet te laten rondgaan. Om de situatie daar goed in te schatten gingen we natuurlijk niet enkel af op wat de Chinese overheid meedeelde. Daar was het assessment van de WHO belangrijker. Ik weet niet, om op uw vraag in te gaan, of het doenbaar laat staan wenselijk is ons meer op sociale media te baseren. Dat is verre van altijd een betrouwbare bron van informatie en zoals geweten gaat daar nogal wat fake news rond.

Hoe dan ook, om de evolutie van het virus van dichtbij in de gaten te houden vroeg ik in de laatste week van januari 2020 aan Steven Van Gucht of hij mijzelf, mijn beleidscel en mijn diensten kon ondersteunen met virologische, epidemiologische en infectiologische expertise. Hij heeft vervolgens Marc Van Ranst, Nathalie Bossuyt van Sciensano, Charlotte Martin van Saint-Pierre en Erika Vlieghe aangezocht om een wetenschappelijk comité te vormen.

Het uitroepen door de WHO van het coronavirus als een Public Health Emergency of International Concern op 30 januari werd door mijn diensten niet opgevat als een dwingend signaal. Dat zal Lieven De Raedt u wellicht ook verteld hebben: dergelijke internationale

bezorgdheid betreft eerder landen met een zwak gezondheidssysteem. Men dacht toen eerder aan sub-Sahara Afrika en Zuid-Oost-Azië.

Het is zowel bij de experts als bij mijzelf en naderhand bij de publieke opinie de situatie in Noord-Italië geweest die de ernst van de toestand duidelijk heeft gemaakt. Dat was dus helemaal einde februari.

Maatregelen die de instroom van besmette personen moesten voorkomen zijn niet zo makkelijk te nemen in een klein land op het kruispunt van belangrijke Europese transportassen. Ik herinnerde al aan het feit dat de experts die ons adviseerden niet afraadden om in de krokusvakantie op reis te gaan en dat ook deden in de brede media. Intussen drong de EU aan om het vrij verkeer van personen en goederen niet te beperken, en ook de WHO zat op die lijn. U vraagt me waarom de mensen die uit Noord-Italië terugkeerden niet in verplichte quarantaine moesten. Uit wat voorafging blijkt dat we daarvoor noch het maatschappelijk draagvlak, noch de wetenschappelijke onderbouw hadden. Bovendien is de terugkeer uit Italië veel moeilijker te overzien dan die uit Wuhan: de meeste mensen reisden per auto of per bus of trein, maar bijna niemand gaat binnen Europa op skivakantie met het vliegtuig.

Ik bleef in februari en begin maart een geruststellende boodschap brengen en de essentiële aanbevelingen herhalen (houd afstand, was uw handen grondig, gebruik wegwerpzakdoekjes, hoest of nies in uw elleboog). Wanneer een grote gezondheids crisis dreigt is paniek zowat het laatste wat we nodig hadden. Intussen werkten we aan de bevoorrading met persoonlijk beschermingsmateriaal (aanvankelijk binnen de Joint Procurement en vanaf eind februari met bestellingen door de FOD Volksgezondheid), het opschalen van de ziekenhuiscapaciteit door onder meer de planbare zorg af te schakelen (met de oprichting van de taskforce Hospital & Transport Surge Capacity), de reorganisatie van de eerste lijn (via de taskforce eerstelijns) en aan het opdrijven van de testcapaciteit. Voor wat de opschaling van de ziekenhuiscapaciteit betreft gingen we uit van een getrapte verhoging:

- Initieel, in de referentieziekenhuizen UZA en Sint-Pieters: tien isolatiebedden in elk ziekenhuis;

- Vervolgens indien nodig (en alvorens de maximum capaciteit was bereikt) een uitbreiding met tien bedden in elk universitair ziekenhuis.

Het initiële worst case scenario waar ik mij einde februari – begin maart op baseerde en dat Steven Van Gucht mee had berekend, ging uit (over acht weken gespreid) van:

- 12.000 besmette patiënten;
- 3000 gehospitaliseerden;
- waarvan tussen 160 en 500 patiënten op intensieve zorgen.

Dat waren aantallen waarvan we met gerust gemoed konden stellen dat ons gezondheidszorgsysteem in het algemeen en onze ziekenhuizen in het bijzonder in staat waren om die op correcte wijze op te vangen en te behandelen. De ziekenhuizen beschikten over noodplannen. Ik heb in 2016 het initiatief genomen om een protocolakkoord (24/10/2016) te sluiten met de deelstaten over de ziekenhuisnoodplanning.

In de eerste week van maart bleven de testresultaten van de voorbije 24u die we elke nacht van het Nationaal Referentielaboratorium ontvingen binnen het spectrum van dit worst case scenario. Het aantal positief geteste personen nam licht toe ; het ging telkens om besmettingen die een link hadden met Noord-Italië.

Voor wat de testing betreft, vroeg ik aan Philippe De Backer om de testcapaciteit uit te breiden nadat Marc Van Ranst van het Nationaal Referentielabo in de weekendkranten van 7 maart had laten weten dat zijn voorraad reagentia dermate was geslonken dat er moest getrieerd worden in de te testen stalen. Dat was het eerste signaal dat ik kreeg inzake een probleem met de testcapaciteit. Daarover bevraagd, bezorgde Marc Van Ranst zondagavond laat een geruststellende boodschap zeggende dat de bevoorradingsproblemen inzake testreagentia zeer tijdelijk en van korte duur zouden zijn.

U weet dat de deelstaten heel belangrijke bevoegdheden hebben inzake de strijd tegen besmettelijke ziekten, de organisatie van de eerste lijn (met inbegrip van de testcentra) en preventieve gezondheidszorg. Op de vergaderingen van de RMG en vanaf 1 maart ook de IMC ging veel tijd en energie naar het precies afbakenen van de verantwoordelijkheden binnen de

bevoegdheden van elk bestuursniveau. Een belangrijk element in de strijd tegen een besmettelijk respiratoir virus is bijvoorbeeld de contactopsporing. Helaas bleek al vrij snel dat de capaciteit waarover de deelstaten op vlak van contact tracing beschikten, overbevroegd was. Op 7 maart concludeert de RMG dat er sprake is van lokale transmissie en dat de contact tracing “quasi niet meer vol te houden is”. Noteer hier dat op dat ogenblik de contactopsporing wel degelijk werd uitgevoerd door de deelstaten. De vertegenwoordigers van het federale niveau hebben die avond aangedrongen om de contactopsporing toch zo lang mogelijk te blijven uitvoeren, daarbij ook verwijzende naar de aanbevelingen van ECDC daags voordien op 6 maart gedaan in de EPSCO.

3.1. Testing : capaciteit, criteria, Tracing, bronopsporing en quarantaine.

Voor respiratoire infectieziekten hebben we in België een regeling (net als voor een 40-tal andere specifieke pathogenen) waarbij met een referentie-labo wordt gewerkt. Dat is logisch: het gaat normaliter om uiterst kleine aantallen tests en specialisatie en concentratie van reagentia is aangewezen. Een centrale stock aanleggen van reagentia ligt niet voor de hand aangezien ze maar beperkt houdbaar zijn en dat is nooit eerder gebeurd, ook niet tijdens de vorige pandemieën.

In de containment-fase van de coronavirus-crisis was de capaciteit van het referentie-labo voldoende. Het ging om geïsoleerde gevallen waarvan de regionale gezondheidsinspecteur moest uitmaken of het aan de case definition voldeed. In die fase werd dubbel getest.

Zoals reeds aangegeven vernam ik op 7 maart via de pers dat er een probleem was met de capaciteit van het referentie-labo. Men kwam vervolgens met een aantal voorstellen van alternatieve technieken om de stockbreuk, die tijdelijk en van zeer korte duur zou zijn, te overbruggen tot de productiecapaciteit weer in orde was. De vraag van Herman Goossens van 23 februari naar meer labo-capaciteit waar u naar verwijst in uw vraag is mij niet ter ore gekomen.

Aangezien alles er op wees dat het aantal besmettingen zou blijven stijgen (en bijgevolg de benodigde testcapaciteit) heb ik toen aan Philippe De Backer met zijn achtergrond als doctor

in de moleculaire biologie gevraagd of hij de opschaling van de testcapaciteit in handen wou nemen en nader beschouwen.

De teststrategieën die in België werden toegepast waren steeds in lijn met de case definition, gebaseerd op objectieve criteria die in het kader van de ECDC en de WHO werden bepaald. In die beginperiode van de pandemie was het wel een feit dat de case definition nogal volatiel was en frequente aanpassingen onderging. In tegenstelling tot wat een vraagsteller meent, hebben we altijd de WHO-strategie van testen-opsporen-isoleren toegepast. Voor wat betreft het communiceren van de test- en quarantaineregels naar de huisartsen komt het de deelstaten toe, in het kader van hun bevoegdheden inzake organisatie van de eerste lijn en de strijd tegen besmettelijke ziekten, om die informatie over te brengen. Alles was ook beschikbaar op www.info-coronavirus.be, de website van Sciensano en de website van de FOD Volksgezondheid.

U vraagt me waarom bronopsporing niet naar voor werd geschoven. In het kader van de opsporing van contagieuze ziekten is dat sinds jaar en dag de opdracht van de deelstaten. Het is echter gebleken dat de beschikbare capaciteit gedimensioneerd was op individuele gevallen en zelfs ingeval van een kleine epidemie al overbevroegd zou zijn geraakt.

De testing en de bevoorrading van persoonlijk beschermingsmateriaal werd inderdaad opgenomen door mijn collega Philippe De Backer. Ik had een vertegenwoordiger in de verschillende task forces (shortages, testing,...) en we hielden elkaar op de hoogte. Die samenwerking verliep uitstekend.

Uw vraag naar de ECDC-richtlijnen en scenario's van 2 maart 2020 inzake contactonderzoek voor het testen en isoleren van besmette personen betreft een bevoegdheid van de deelstaten. Ik ga er redelijker wijs van uit dat ze via de operationele filière werden opgevolgd (Dienst Internationale Betrekkingen en Public Health Emergencies van de FOD Volksgezondheid, vervolgens RAG en dan RMG) en dat de RAG vervolgens de case definition eraan aanpaste.

Het contactonderzoek is sinds jaar en dag een aangelegenheid van de deelstaten. De module “contact tracing” in het geactualiseerde generieke pandemieplan dat in opmaak was toen de covid-crisis toesloeg bevestigt dat. Ik stel vast dat daarover nog altijd misverstanden leven, ook al was mijn voormalige collega Philippe De Backer zeer duidelijk in zijn hoorzitting voor uw Commissie. De nood om de capaciteit op te schalen stelde zich eerst in de containment-fase die aan de federale fase voorafging. Zoals ik u heb herinnerd werd op de RMG van 7 maart 2020 door de Gemeenschappen gemeld dat hun capaciteit aan contact tracing het niet meer kon bolwerken. Toen werd toegewerkt naar de exit uit de strenge maatregelen van de eerste lockdown kwam de kwestie van de contact-tracing opnieuw ter sprake. De IMC van 21 april herinnerde aan de noodzaak voor de deelstaten om extra personeel in te zetten voor contactonderzoek.

3.2. Planning: griepplan, pandemieplan, noodplanning

Ik was op de hoogte van het griepplan uit 2006. Grote delen ervan zijn overigens in de praktijk gebracht in voorbereiding en in reactie op de COVID-crisis (denk aan de uitbreiding van de ziekenhuis- en transportcapaciteit, afschakelplan voorzienbare zorg, contact tracing, testing, surveillance enz). Het plan was anderzijds niet zomaar toepasbaar op deze crisis. Het grote verschil met een influenza-pandemie was dat er niet vanaf het begin een vaccin beschikbaar was.

Werd het griepplan ingeoefend? U zal dat met de voorzitter van het Directiecomité van de FOD Volksgezondheid besproken hebben, aangezien dit een operationele aangelegenheid betreft. Volgens mijn informatie is dat niet het geval, al lijkt het mij ook niet evident om een plan met dergelijke karakteristieken in te oefenen.

In de overgemaakte documenten vindt u de groene nota’s waarin ik de voorzitter van de FOD Volksgezondheid vraag om de aanbevelingen die worden gedaan in de audit van de WHO (2017) ter harte te nemen (JOINT EXTERNAL EVALUATION (JEE) OF IHR CORE CAPACITIES OF THE KINGDOM OF BELGIUM. Mission Report: 19-23 June 2017). Ik herinner er aan dat dergelijke audits er komen op vraag van de Lidstaat, in dit geval dus wij zelf. In tegenstelling tot de stelling die in uw vraag vervat is, luidt de toon van de JEE globaal genomen zeer positief.

De aanbevelingen die het bevat kwamen ook ter sprake in talrijke vergaderingen tussen medewerkers van mijn beleidscel en van de FOD Volksgezondheid. Naast generieke preparedness had de audit bijvoorbeeld ook aandacht voor de antimicrobiële resistentie (AMR) waar we de inspanningen moesten opdrijven. Mijn kabinet heeft er in de daaropvolgende tijd ook alles aan gedaan om de FOD Volksgezondheid ertoe te brengen een federaal AMR-plan uit te werken en te implementeren.

De oefening om een echt generiek interfederaal pandemieplan op te maken dat rekening hield met de bevoegdheidsverdeling na de Zesde Staatshervorming was in ontwikkeling binnen de RMG. Het was gericht op alle noodsituaties in de gezondheidszorg met een impact op het hele land. Op het moment dat het coronavirus, SARS-COV-2, toesloeg, waren de meeste modules al geagendeerd geweest en werd het plan geëvalueerd door de verschillende gezondheidsadministraties inclusief van de deelstaten. Zo waren onder meer de volgende modules in de zomer van 2019 in bespreking en in een gevorderd stadium:

- Case management (inclusief de verwijzing naar contact tracing)
- Preventie maatregelen
- Beheer van stoffelijke resten
- Logistiek en stockbeheer
- Maatregelen aan de toegangspunten
- Module met de pathologische technische fiches

4. De ziekenhuizen

Ik heb de voorbije regeerperiode het initiatief genomen om samen met de deelstaten het normatieve kader rond de noodplanning van de ziekenhuizen te versterken. Dit kader zit vervat in het Protocolakkoord van 24 oktober 2016 tussen de federale regering en de overheden bedoeld in art. 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de ziekenhuisnoodplanning.

De ziekenhuisnoodplannen moeten het hospitaal voorbereiden zowel op interne incidenten met een potentieel grote impact (stroomonderbreking, chemisch ongeval, ziekenhuisbacterie, enz.) als externe calamiteiten (bv. kettingbotsing, overstroming, aanslag, enz.). Een ziekenhuisnoodplan omschrijft dus de procedures om een plotse toestroom aan patiënten efficiënt op te vangen zonder dat de zorg voor al opgenomen patiënten in het gedrang komt. De opvangcapaciteit van het ziekenhuis moet snel opgedreven kunnen worden.

De bedoeling is zo generiek mogelijk te coördineren en op te treden, met toepassing van de interventieprocedures inzake “Receptie”, “Evacuatie”, “Isolatie” en “Relocatie”. Een pandemie is echter in de regelgeving opgenomen als één van de incidenten die de hoogste risico’s inhouden en waarvoor derhalve specifieke interventieprocedures uitgewerkt moeten worden. Dat is verder enkel nog het geval voor risico’s inzake chemical, biological, radiological en nuclear risk (CBRNe-risico), uitval van IT- of nutsvoorzieningen en risico’s waarvoor in de wet- of decreetgeving verplicht een noodplan moet worden uitgewerkt.

Het betreft voor alle duidelijkheid normen waar voornamelijk de deelstaten toezicht houden op de toepassing ervan. De federale overheid is enkel via de bevoegdheid inzake Dringende Geneeskundige Hulpverlening betrokken, aangezien de spoedgevallendienst de laatste schakel is in de hulpverleningsketen (in het kader van de rampenplanning). Het feit dat de federale overheid dit nog heeft opgenomen, ook al had de Zesde Staatshervorming de bevoegdheid bijna exclusief bij de deelstaten gelegd, heeft ervoor gezorgd dat dit versterkte kader er kwam. Het is één van de elementen die verklaren waarom onze ziekenhuizen zo goed

hebben standgehouden vergeleken met die in andere Europese landen. Ik wil de bevoegde dienst op de FOD Volksgezondheid uitdrukkelijk danken voor hun inspanningen in de voorbereiding en onderhandeling van het Protocolakkoord. Het lijkt mij inderdaad aangewezen dat in een generiek pandemieplan de link wordt gemaakt met deze noodplannen van de ziekenhuizen.

U stelde mij een vraag naar het KB over een correcte en tijdige informatiestroom over de aantallen COVID-19-patiënten, de behandelcapaciteit in ziekenhuizen en de voorraden PBM. Het gaat inderdaad om informatie die op vrijwillige basis reeds gedeeld werd met de FOD Volksgezondheid door het merendeel van de ziekenhuizen. Ik nam het KB om een rechtszeker kader te creëren en om te anticiperen op eventuele latere problemen en ze zodoende te voorkomen. Ik voeg hier voor de volledigheid aan toe dat alle ziekenhuizen hun cijfers op een correcte wijze hebben meegedeeld en dat van de maatregelen om dat af te dwingen geen gebruik moest worden gemaakt.

De verdelingsplannen van patiënten die door de taskforce Hospital & Transport Surge Capacity werden uitgewerkt hebben goed gefunctioneerd. Op de website van de FOD Volksgezondheid vindt u alle omzendbrieven van de taskforce aan de ziekenhuizen terug. Ze geven een goed beeld van de manier waarop de capaciteit in de ziekenhuizen gradueel werd opgeschaald en hoe werd voorkomen dat een ziekenhuis oververzadigd raakte. Het is te danken aan de grote inspanningen van alle ziekenhuizen, maar ook aan het coördinerend werk van dit comité waar alle bevoegde overheden in vertegenwoordigd waren, dat ons land geen patiënten naar de buurlanden heeft moeten sturen tijdens de eerste golf van de crisis.

Ik heb geen principiële probleem met het openbaar maken van de ziekenhuissurveillancedata. Ik heb daaromtrent bij de ziekenhuizen wel wat koudwatervrees opgemerkt. Aangezien het meedelen van dergelijke gegevens toch ook noodzaakt om ze goed te duiden. Dat men ook daar weer tijd en energie in zou moeten investeren die elders wellicht beter besteed kon worden toen de eerste golf woedde, kan ik begrip opbrengen voor de beslissing van Sciensano.

5. Structureel: impact van mijn gezondheidsbeleid

Toen ik aantrad als minister van Volksgezondheid werd de groeinorm voor de gezondheidszorg vastgesteld op 1,5%. In 2014 bedroeg het federaal budget voor de gezondheidszorg 22,4 miljard euro en in 2016 circa 23,6 miljard euro. Vier jaar later, voor de uitbraak van de coronacrisis, bedroeg dat budget ruim 27,6 miljard. De belangrijkste besparing in 2017 had als hoofddoel om de budgettaire objectieven die aan het begin van de regeerperiode werden afgesproken, te respecteren.

De bedoelde besparing betrof de fameuze 903 miljoen. Dat budget bestond uit een onderdeel van 673 miljoen afgesproken tussen artsen en ziekenfondsen. De regering vroeg bovendien een bijkomende inspanning van 240 miljoen euro te leveren. De voormalige Eerste-Minister, Sophie Wilmès, gaf u het detail van deze besparing al mee in haar hoorzitting met uw Commissie op 22 maart 2021:

- Mesures élaborées par une task force créée au sein de l'INAMI à la demande du gouvernement : 99,5 millions;
- mesures élaborées par le Comité de l'assurance à la demande du gouvernement visant à réduire les facturations frauduleuses, la surconsommation médicale et le gaspillage: 57,5 millions;
- exécution des mesures prévues pour 2017 dans le Pacte d'avenir pour les patients avec l'industrie pharmaceutique que le gouvernement et les représentants de l'industrie ont signé en juillet 2015: 71,1 millions;
- limitation de l'indexation des prestations des médecins et des dentistes ainsi que les prestations paramédicales à un tiers du montant estimé: 247,1 millions;
- aux médicaments: 312,1 millions
- dans un certain nombre de secteurs: 106, 8 millions dont les hôpitaux.

Ik heb in de vorige legislatuur een aantal keer opgeroepen om de gezondheidszorg in de mate van het mogelijke te ontzien. U herinnert zich misschien de quote “Bij mij is niets meer te vinden. Mijn zakken zijn dichtgenaaid!” De Regering is mij niet gevolgd in mijn oproep en ik

heb mij daar collegiaal binnen de Regering bij neergelegd. Er mag anderzijds wel opgemerkt worden dat er nog veel mogelijk is rond het streven naar optimale, doelmatige zorg en dat er zeker ook wel verspilling is die moet aangepakt worden.

Welke maatregelen nam ik op vlak van de financiering van de ziekenhuizen? De besparingen waren in ieder geval geen blinde maatregelen gericht op de ziekenhuizen. Om de kost op de impact op de ziekenhuizen op termijn structureel te wijzigen en beter onder controle te krijgen, werd een hervormingstraject opgestart die zich richtte op drie assen:

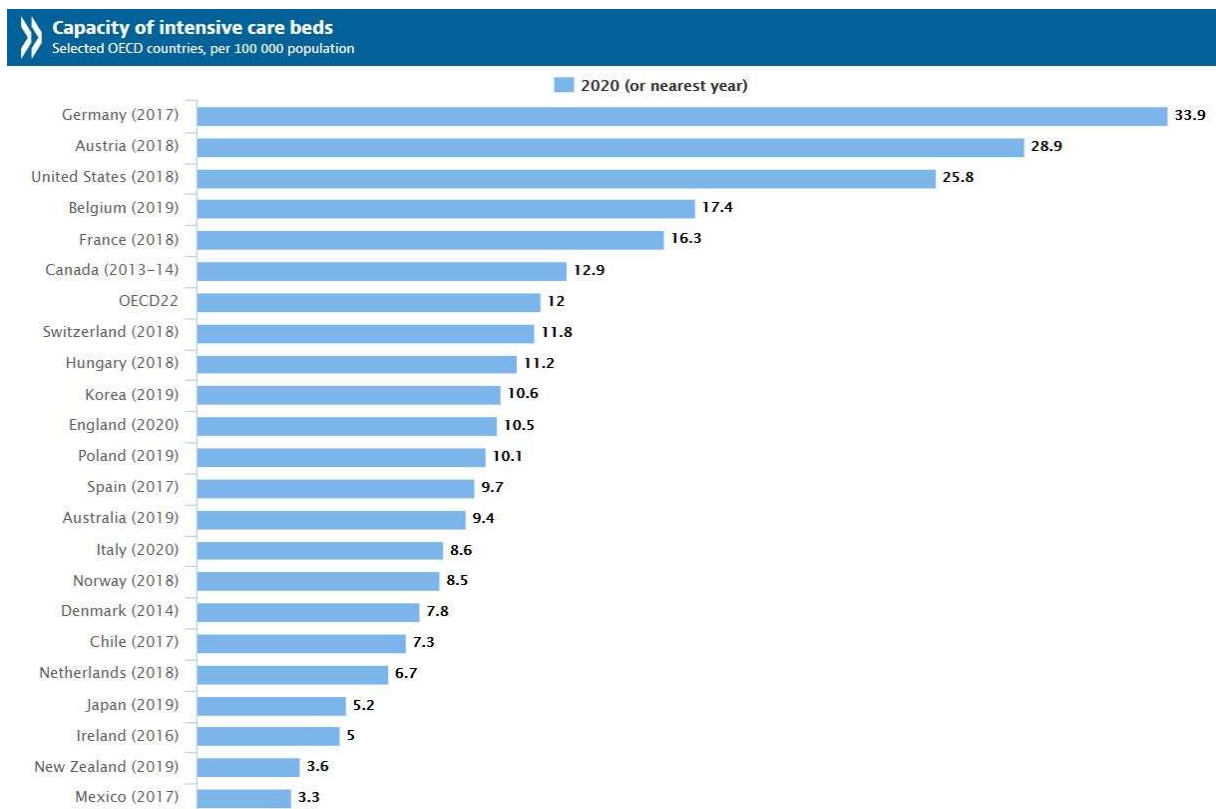
- Concentratie van de (hooggespecialiseerde) zorg (bv. pancreaschirurgie, materniteit, cf. KCE rapport 323);
- Netwerkvorming;
- Hervorming van de ziekenhuisfinanciering onderverdeeld in laag, medium en hoog variabele zorg, inclusief een kwaliteitselement in het kader van de pay for performance (P4P).

Deze hervorming was en blijft broodnodig. Zo gaven onder meer de resultaten van de Belfius MAHA 2015 aan dat van 90 onderzochte hospitalen er 32 structureel in het rood stonden ten gevolge van bv. onder-exploitatie van bepaalde afdelingen. Overigens was de kwestie van de onder-financiering van ziekenhuizen niet nieuw en sleept deze kwestie al decennia aan.

Ofschoon de ziekenhuizen een financieringsprobleem kennen, hebben de besparingen van de legislatuur 2014 tot 2019 hoegenaamd geen nadeel gehad in de capaciteiten van de ziekenhuizen. Noch in de eerste golf, noch in de tweede golf heeft het Belgisch ziekenhuissysteem een implosie ervaren. Ofschoon tijdens de tweede golf een aantal patiënten naar het buitenland werden getransfereerd, is dat nooit noodgedwongen gemoeten. Wanneer naar het buitenland werd getransfereerd, werd dat eerder gedaan uit pragmatische overwegingen.

Zoals gesteld, werd wat betreft de ziekenhuizen in België in de afgelopen legislatuur niet bespaard op de cruciale capaciteiten. Uit recente OESO-gegevens over de intensieve zorgeneenheden (ICU) blijkt dat België in capaciteit met 17,4 bedden per 100000 inwoners op de derde plaats komt. Duitsland is de koploper met liefst 33,9 bedden en Frankrijk heeft 16,3

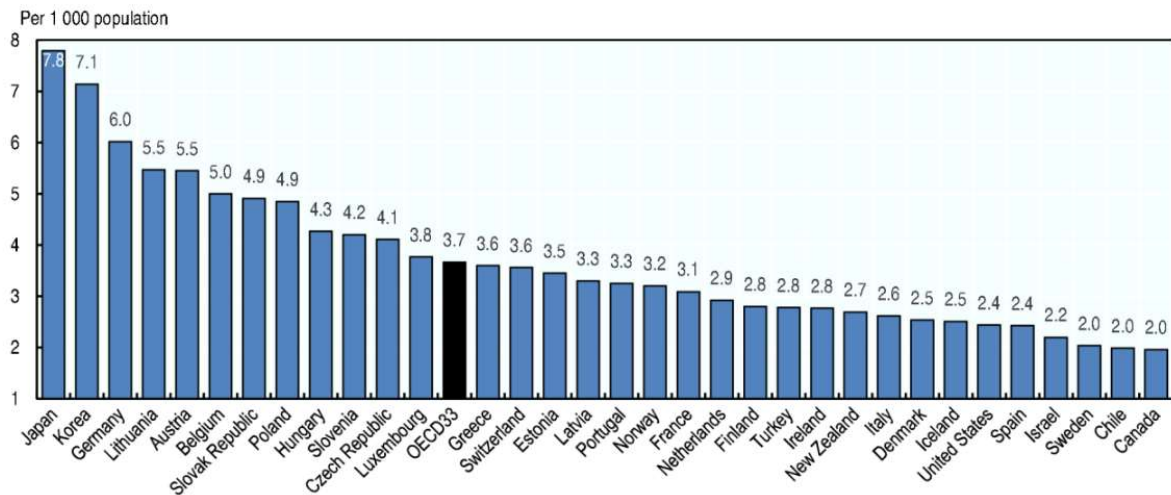
ICU-bedden per 100.000 inwoners. Echter in bepaalde regio's in tegenstelling tot België kende men daar wel (gedeeltelijk) een implosie waardoor IC-patiënten op een TGV dwars door Frankrijk verplaatst moesten worden naar hospitalen tot 500 km verder op. In Nederland met slechts 6,7 ICU bedden per 100.000 inwoners heeft men in de eerste golf in april 2020 ook 58 Nederlanders naar Duitsland overgebracht.



Overigens wat de capaciteit aan acute bedden in de ziekenhuizen betreft, kunnen we een gelijkaardig beeld waarnemen. Ofschoon de correcte analyse dat overheen de laatste decennia voornl. werd ingezet op de afbouw van de capaciteit in het aantal bedden, zien we op basis van de vergelijking die OECD opstelde dat ook hier België een redelijk hoge reserve aanhoudt.

België beschikt over 5 acute ziekenhuisbedden per 1000 inwoners. Dat ligt boven het OECD-gemiddelde van 3,7 bedden. In Duitsland, een land met een capaciteit die zeer hoog geacht wordt, bedraagt dat ratio 6 op 1000. Japan spant de kroon met 7,8 bedden per 1000 inwoners terwijl Zweden Europees de absolute hekkensluiter is met slechts 2 bedden per 1000 inwoners.

Figure 5. Acute care hospital beds in OECD countries, 2017 (or nearest year)



Wat was de rol van de netwerken? 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. Noteer hierbij ook weer dat de erkenning van de netwerken een deelstaatbevoegdheid is. 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 werd geprobeerd om in de activiteiten van de twee surge capacity-comités initiatieven te nemen om de ontwikkeling van de ziekenhuisnetwerken te stimuleren, bijvoorbeeld 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 de TF Hospital & Transport Surge Capacity 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 benaderd.

U vraagt mij naar de lessen die ik uit de Covid-19-crisis trek voor wat betreft de ziekenhuizen. Zowel in de eerste als tweede golf hield het ziekenhuissysteem stand. De reservecapaciteit in UCI-bedden aanhouden is geen overbodige luxe zo blijkt uit deze crisis. Of we het aantal overige acute bedden terug moeten opschroeven moet onderzocht worden, bijvoorbeeld door het KCE.

Bij plannen die een afbouw beogen van het aantal bedden moeten we nagaan of een optie inzake reconversie naar andere types bedden waar een tekort is wenselijker is, eerder dan onmiddellijk effectieve capaciteitsreductie. Indien echter deze keuze voor extra bedden capaciteit wordt gemaakt, moeten we kijken hoe deze worden aangewend en ingezet.

Bedden vergt bovendien bijhorend personeel. Dat personeel moet ook ervaring hebben kunnen opbouwen, anders leidt deze situatie niet noodzakelijk tot een capaciteit die in de crisis soelaas gaat bieden. Corona heeft aangetoond dat er technisch zeer complexe geneeskunde en zorg nodig was. Om deze optimaal te kunnen bieden moet in de periode tussen crisissen de kennis en kunde bij het personeel getraind worden. Evenzeer wordt permanent onderhoud van deze technologie dan ook noodzakelijk.

Wat betreft de financiering van de ziekenhuizen pleit ik ervoor dat de hervorming verder doorgevoerd wordt. Doel moet zijn om de decennia lange structurele onder-financiering op te lossen; een traject dat werd ingezet en waarvan het fundament werd gelegd met de netwerkvorming en de regeling van de financiering van de laag-variabele zorg.

6. De instellingen voor de ouderenzorg

Conform de verdelingen van de bevoegdheden na de opeenvolgende staatshervormingen zijn het de Gemeenschappen die krachtens artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 betreffende hervorming van de instellingen (BWHI) voor de persoonsgebonden aangelegenheden bevoegd zijn. Dat is te meer het geval voor wat betreft de ouderenzorg. BWHI artikel 5 vermeldt als persoonsgebonden aangelegenheid: “het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in oudereninstellingen, met inbegrip van de geïsoleerde geriatriediensten.” Bovendien geldt onder deze bevoegdheid ook: “Het bejaardenbeleid met uitzondering van de vaststelling van het minimumbedrag, van de toekenningsvoorwaarden en van de financiering van het wettelijk gewaarborgd inkomen voor bejaarden.”

Dat deze kwestie wel degelijk als de overdracht van de volle bevoegdheid geïnterpreteerd dient te worden, valt onverbloemd af te leiden uit het toenmalige wetsontwerp voor de wijziging van de reeds aangehaalde BWHI. Inderdaad, de wetgever herhaalt op verschillende plaatsen dat het wel degelijk om een integrale overdracht gaat. Die integraliteit dient ook opgevat te worden als de verwerving van de volledige materiële bevoegdheid inzake de zorgverstrekkingen in de oudereninstellingen.

Uiteraard zijn goede arbeidsvoorwaarden en vergoeding van het personeel in de woonzorgcentra onontbeerlijk. Evenzeer dient nagedacht te worden over de verhouding tussen het aandeel beoefenaars van een gezondheidsberoep (wet 10 mei 2015) en niet-medisch geschoold personeel dat de zorg voor de bewoners van een WZC verzekert. Echter het bepalen van deze normering en de arbeidsvoorwaarden in de WZC behoren tot de volle bevoegdheid van de minister van Volksgezondheid en Welzijn van de betrokken Gemeenschap.

Wat betreft het verplegend ziekenhuispersoneel, althans wat de federaal gefinancierde algemene en universitaire ziekenhuizen betreft, werden in de voorbije legislatuur (2014-2019) maatregelen genomen met oog op een betere vergoeding van de verpleegkundigen, de aantrekkelijkheid van het beroep en de opleiding.

Voor wat betreft uw vragen over een tekort aan zuurstof in de woonzorgcentra: er was een distributieprobleem in de sector van de woonzorgcentra, mede door de vele zieke personeelsleden en ook omwille van centra die aan het hamsteren gingen. Het gevolg was dat zuurstofflessen niet snel genoeg terug in omloop kwamen. De WZC lieten ze staan alvorens te gebruiken omdat ze bang waren voor besmetting terwijl de levering dat probleem niet kende.

Om de distributie en de omloop van zuurstof te verbeteren werd in de task force shortages overlegd met de sector, zoals Philippe De Backer u eerder meedeelde in deze commissie. Met het FAGG werd een ticketing systeem opgezet en een groepsaankoop gefaciliteerd voor de leveranciers zodat dit probleem voor de regio's ook werd opgelost. Het FAGG presenteerde eerder de details. Daarnaast werden twee bijkomende maatregelen genomen om de toegang tot zuurstof verder te verbeteren:

- Via het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werd de lijst van type toestellen zuurstofconcentratoren uitgebreid om zo versneld meer capaciteit op de markt te hebben.
- Bovendien liet artikel 4 van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 toe dat de machtigingen voor zuurstof (vloeibaar, gasvormig of oxyconcentrator) onderling uitwisselbaar werden zodat vlot van de ene op de andere therapie, naar gelang de noden en beschikbaarheden, kon overgeschakeld worden.

U vraagt me wat mijn reactie is op het artikel *'When COVID-19 hit, many elderly were left to die'* dat op 8 augustus 2020 verscheen in de *New York Times*. Met uw collega's in de Kamercommissie Gezondheid heb ik het er meermaals over gehad. De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid stuurde een reactie naar de krant, omdat de kwestie zo belangrijk is. In het artikel wordt namelijk de indruk gewekt dat de overheid instructies gaf om oudere COVID-19 patiënten niet naar het ziekenhuis te brengen.

Die bewering is pertinent fout. Er is op geen enkel ogenblik dergelijke instructie gegeven, noch door de Regering, noch door de betrokken administraties. Meer nog, de enorme inspanningen die we met zijn allen hebben gedaan tijdens de eerste golf *'to flatten the curve'* hadden precies

tot doel om te vermijden dat de maximale globale bezettingsgraad voor intensieve zorgen in onze ziekenhuizen bereikt zou worden. Tegelijk namen de ziekenhuizen maatregelen om die capaciteit op te schalen volgens de afspraken gemaakt in de taskforce Hospital and Transport Surge Capacity.

Het is in België dus nooit zo ver moeten komen als in sommige andere landen dat artsen moesten kiezen tussen jongere of oudere patiënten. Ook ambulancediensten binnen het 112-systeem mogen niet zomaar patiënten weigeren. Kortom, tijdens deze gezondheidscrisis heeft elke arts autonoom kunnen beslissen over het al dan niet opnemen van patiënten in het ziekenhuis, in functie van de toestand van de patiënt en rekening houdend met de wensen van de patiënt, net zoals dat in niet-crisistijd het geval is.

Er zijn desondanks disparate maar hardnekkige geruchten dat oudere patiënten geweigerd zouden zijn op andere dan medische gronden. De taskforce Hospital & Transport Surge Capacity heeft een oproep gedaan om concrete gevallen te melden, tot nog toe zonder resultaat. Misschien ligt een ongelukkige communicatie van artsen met de familie van patiënten aan de oorzaak van de geruchten. Er blijken bij de publieke opinie ook misverstanden te bestaan over de status van richtlijnen voor goede zorg die door een aantal beroepsverenigingen werden geactualiseerd of onder de aandacht gebracht.

Voorbeelden hiervan zijn: *‘Ethical principles concerning proportionality of critical care during the COVID-19 pandemic: advice by the Belgian Society of IC medicine’* van 18 maart 2020 of de meer operationele toelichting aan huisartsen, geriatrische artsen en de coördinerende en adviserende artsen in woonzorgcentra (CRA) die op 19 maart werd gestuurd door de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVGG), de geriatrische diensten van het UZ Leuven en het UZ Gent en het Academisch Centrum voor Algemene Geneeskunde van de UC Louvain en Crataegus voor geriateren. De BVGG heeft later in een hoorzitting met uw collega’s in het Vlaams Parlement aangegeven dat men onderschat heeft hoe de richtlijnen door de media zouden worden voorgesteld.

Ik heb alleszins al het mogelijke gedaan om duidelijk te maken dat aan geen enkele patiënt de zorg waar zij of hij recht op heeft, geweigerd mocht worden. Ook in deze Kamer heb ik dat in

de meest duidelijke bewoordingen herhaald (zie bijvoorbeeld mijn antwoord op plenaire vragen van mevrouw Slegers en de heer Bertels op 9 april 2020).

U heeft een aantal vragen over de federale betrokkenheid bij de situatie in de woonzorgcentra. Mijn voormalige collega Philippe Goffin heeft u al meer informatie verschaft over het inzetten van de medische component van Defensie in een aantal instellingen voor ouderenzorg. Voor wat de samenwerking tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra betreft is het zo dat die ad hoc gebeurde en in de allermeeeste gevallen goed verliep, bijvoorbeeld via ziekenhuishygiënist die ter plaatse gingen om één en ander op punt te stellen op het vlak van infectiepreventie, cohortering, enz.

Wanneer het echter over een structurele betrokkenheid gaat kregen wij van de collega's tegenstrijdige signalen. Aan de ene kant gaf men – ook in het publieke debat – te kennen dat men van de ziekenhuizen en van de federale overheid meer ondersteuning verwachtte. Aan de andere kant werd – zoals voormalig DG Gezondheidszorg Pedro Facon u zal hebben verteld – een aanbod tot federale coördinatie in de instellingen voor ouderenzorg dat in het comité Primary & Outpatient Care was uitgewerkt, afgewezen, eerst in de RMG (27 maart 2020) en vervolgens in de IMC. Daar zijn natuurlijk goede institutionele redenen voor (ik schetste u de exclusieve bevoegdheid van de Gemeenschappen) en het was ook voor de collega's in de deelstaatregeringen zeer moeilijk om een goed beeld te krijgen op wat zich precies in de instellingen voor ouderenzorg aan het afspelen was. Het aantal instellingen en de verscheidenheid is zeer groot in dat landschap. Het was dan ook niet mogelijk om van de deelstaten betrouwbare indicatoren te krijgen over de situatie in de woonzorgcentra zoals we die dagelijks van de ziekenhuizen kregen: de bevoegde ministers en de koepels hadden dat duidelijk zicht evenmin.

Dat alles belet niet dat in voornamelijk de beide TF surge capacity (hospital én primary & outpatient care) op een ad hoc manier werd gewerkt aan de ondersteuning van de woonzorgcentra, bijvoorbeeld op vlak van zuurstoftherapie, de ondersteuning door de ziekenhuizen van de woonzorgcentra, etc. Het crisisbeheer echter, bleef bij de deelstaatoverheden en werd niet structureel in handen van de federale overheid gelegd.

7. Niet-COVID gerelateerde zorg en geestelijke gezondheidszorg

7.1. De dringende zorg en de electieve zorg

Bij het ingaan van de actieve ziekenhuisnoodplanning heb ik gevraagd de niet-dringende zorg uit te stellen, doch alle (levens)noodzakelijk behandelingen zoals chemotherapie bij kanker, catheterisaties bij een hartinfarct, etc. te blijven garanderen.

De beslissingen om de ziekenhuizen in fase 1a, 1b, etc. te brengen verliep op basis van de bestaande ziekenhuisnoodplanning. Net zoals in de tweede en derde golf nu had deze beslissing dus invloed op electieve of niet-dringende zorg die uitgesteld kan worden.

De administraties, incl. deze van de deelstaten stelden een administratieve omzendbrief op gericht aan de ziekenhuizen. Dat schrijven van 16 april 2020 betrof instructies in verband met dringende en niet-dringende medische hulpverlening en hoe dat verstaan diende te worden. Eveneens gaf de brief aan, waarom het van belang was deze richtlijnen aan te houden en deze nadrukkelijk na te leven.

Nadat de eerste golf ruim over zijn piek heen was, luidde dat ook het moment in om de niet-dringende zorg te hervatten. Uit het overleg met de ambulante sector alsook de ziekenhuizen, bleven signalen toekomen dat de gewoonlijke medische zorg niet op gang komt. Patiënten blijven ook dringende en noodzakelijke zorg uitstellen.

Om de boodschap te versterken dat niet-dringende of electieve zorg terug mogelijk was publiceerde de overheden een tweede administratieve omzendbrief van 30 april 2020 specifiek gericht op de modaliteiten van de heropstart van de niet-essentiële activiteiten in het kader van ambulante zorgverstrekking in een privépraktijk.

Naar de bevolking en in het bijzonder de patiënt toe meldde de overheid in de rubriek frequent gestelde vragen (FAQ) van de website www.info-coronavirus.be dat vanaf 4 mei 2020 alle zorg weer mogelijk was, ongeacht de aard en ongeacht of deze al dan niet dringend was.

Kom op tegen Kanker, de Diabetesliga en de Belgisch Cardiologische Liga, maakten een gezamenlijk spotje dat de burgers bewust moest maken om zorg niet onnodig uit te stellen. Deze boodschap werd geïntegreerd in de Personal Health Viewer via www.mijngezondheid.be. Immers, de meerwaarde en de geloofwaardigheid die de organisaties genieten onder de brede bevolking vallen moeilijk te overschatten. Tegelijk heb ik al het mogelijke gedaan om deze boodschap te versterken. Evaluaties zullen moeten uitwijzen wat uiteindelijk de prijs zal zijn die de volksgezondheid moet betalen voor het in se onnodig uitstellen van zorg na het opheffen van de beperkingen. Het verdient in ieder geval aanbeveling om hier ook aandacht voor te hebben met het oog op de voorbereiding op volgende langdurige crisissen met een impact op de gezondheidszorg.

7.2. Het psychisch welzijn van de mensen

De eerste COVID-19-Enquête van Sciensano werd gelanceerd op 2 april 2020. Circa 40000 burgers namen deel. De enquête besteedt veel aandacht aan het psychisch of mentale welzijn van de bevolking tijdens deze pandemie. Meteen bij de resultaten van de eerste editie van deze bevraging in mei 2020 konden we de impact zien. "Angst (20%) en depressieve (16%) stoornissen zijn sterk toegenomen ten opzichte van de Gezondheidsenquête van 2018 (11%-10%)," zo stellen de enquêteresultaten. Vrouwen ondervonden de meeste impact. Factoren als steun van familie of vrienden bleek een zeer belangrijke factor te zijn om het risico op angst en depressie te verminderen.

Twee weken later wordt al meteen een tweede editie van de enquête ingericht. Hierin werd specifiek aandacht besteed aan de bevraging over huiselijk geweld. Van de respondenten "die niet alleen wonen, gaf 4% aan slachtoffer te zijn van huiselijk geweld, waarvan 1,6% meer dan gewoonlijk (2 op de 5 slachtoffers ondervond tijdens deze periode meer huiselijk geweld)."

De daaropvolgende edities bleven aandacht aan het onderwerp geestelijke gezondheid besteden. Gradueel kan men zien dat steeds grotere delen van de bevolking het mentaal moeilijk krijgen met de diverse gevolgen van de crisis: het verlies van naasten, deprivatie aan sociale contacten, de verminderde mogelijkheden in vrijetijdsactiviteiten, het teloor zien gaan van een eigen opgebouwde zaak, etc. Ook de draagkracht met betrekking tot de maatregelen

neemt af. Deze worden steeds in mindere mate nageleefd. De 4de COVID-19-Gezondheidsenquête waarvan de afname start op 24 september 2020, komt onder meer tot de conclusie dat: “bij mensen die aangeven dat de coronacrisis nu nog een negatieve impact heeft op hun toekomstperspectieven de kans op angststoornissen 3,5 keer groter is en op depressieve stoornissen is de kans zelfs 4,5 keer groter.”

Welke maatregelen nam ik? In de legislatuur 2014-2019 was de geestelijke gezondheidszorg uitbouwen een belangrijke prioriteit. Dat deden we door de verdere versterking van de netwerken geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ‘artikel 107’, de erkenning van het beroep klinisch psycholoog en een formule voor terugbetaling van de eerstelijnspsychologische (ELP) hulp. Wat dat laatste betreft, hebben we in de aanvangsfase van de crisis de leeftijdsbeperkingen in het systeem onmiddellijk opgeheven. Toegang was mogelijk via de huisarts of de arbeidsgeneeskundige dienst. Het budget werd verhoogd naar 200 miljoen euro.

Een tweede maatregel die ik nam tijdens de coronacrisis was de mogelijkheid om ELP-hulp aan te bieden via videoconsultaties. De terugbetaling van psychologische hulp vanop afstand heeft een dubbel doel. We willen mensen helpen die kampen met angst- en panieklachten als gevolg van de coronacrisis. Tevens willen we ook dat mensen die al naar de psycholoog gingen hun behandeling kunnen blijven voortzetten, zonder dat ze zich fysiek moeten verplaatsen.

Deze belangrijke maatregelen waren wat op dat ogenblik snel mogelijk was binnen het kader van de bevoegdheden van de federale departementen Volksgezondheid. Ook op dit vlak ligt de bevoegdheid inzake geestelijke gezondheidszorg in grote mate bij de deelstaten, denken we maar aan suïcidepreventie, de bijzondere jeugdzorg, bijstand aan personen, etc. Toen de signalen kwamen van de dramatische toename van intra-familiaal geweld, werden gepaste maatregelen genomen door de Gemeenschappen. Een voorbeeld hiervan is de ‘Veilige Haven’. Dat betrof een tijdelijk en bijkomende opvang voor deze doelgroep gecreëerd via een hotel in Vlaanderen, op een geheime locatie. Op de website www.info-coronavirus.be werd de informatie centraal gesteld zodat burgers onmiddellijk de nummers hadden van Tele-onthaal 106, Zelfmoord-hulplijn 1813 en Familiaal geweld 1712.

Om het element mentaal welzijn in de algemene strategie mee te nemen, werd in de adviezenorganen zoals de GEMS voorzien dat ook experts in psychologie er deel van uitmaken. Bovendien stelde een werkgroep Geestelijke Gezondheid advies nr. 9589 en 9610 betreffende psychische klachten die te verwachten zijn naar aanleiding van de coronacrisis, op. Met deze adviezen kan rekening gehouden worden tijdens het uitzetten van de strategie in de strijd tegen het virus.

Een belangrijk aspect daarbij is om de bevolking perspectief te bieden. Dat is niet eenvoudig. Immers, de COVID-19-Gezondheidsenquête wees er op dat één van de belangrijkste elementen dat bijdraagt op risico tegen depressie en angst, met name de sociale contacten met vrienden en familie is. Laat dat nu net het element zijn dat niet mogelijk is. Immers, afstand houden en het reduceren van het aantal contacten is de beste preventie tegen een besmetting met SARS-COV-2.

Om perspectief te bieden worden twee mogelijkheden naar voorgeschoven: (1) werken met een streefdatum en (2) streefwaarden instellen die aanleiding geven tot versoepeling of verstrenging. Beide benaderingen hebben hun sterkten en hun beperkingen. Zeker is dat ze beide minstens even onzeker zijn. Wordt de datum bereikt maar de maatregelen worden niet versoepeld, dan leidt dat tot teleurstelling. Het uitblijven van het bereiken van een ratio zoals aantal besmettingen per 100000 inwoners, aantal hospitalisaties, reproductieratio, etc. Ook hier hebben we ervaren, als het bereiken van die streefwaarden te lang duurt, dat de mensen niet blijven wachten, evengoed afhaken en de maatregelen minder naleven.

8. Vragen en antwoorden over de maskers

Over de strategische stock van mondmaskers is al enorm veel gezegd en geschreven. Juiste dingen maar ook veel zaken die helemaal niet kloppen. Bij mijn aantreden als minister van Volksgezondheid was er inderdaad een strategische stock aan mondmaskers. Die maakte deel uit van een voorraad van allerlei resources: beschermingsmateriaal, bepaalde vaccins en geneesmiddelen als voorbereiding op mogelijke rampen.

Met de maskers waren er twee grote problemen:

- Er bestond geen duidelijke inventaris van de voorraad. Niemand wist precies hoeveel maskers er nog waren van elk type. Van de chirurgische maskers was zelfs niet geweten van welk merk ze waren.
- De stock werd niet in de juiste omstandigheden bewaard, waardoor ze onbruikbaar was geworden. Ik weet dat in de Panoreportage maskers uit die stock werden getest en goedgekeurd. Maar niemand zegt erbij dat die dozen hoogstwaarschijnlijk niet al die jaren in de hangars op Belgrade lagen. En het zijn net de gebrekkige bewaaromstandigheden op Belgrade die de stock onbruikbaar hebben gemaakt.

Een voorraad aan beschermingsmateriaal is er lang niet altijd geweest in ons land. Na de aanslagen van 9/11 werden er voor het eerst plannen gemaakt voor een strategische voorraad om ons te beschermen tegen mogelijke crisissen. De focus lag toen op medicijnen, want met zijn allen gingen we er toen van uit dat het grootste risico een biologische of een chemische aanval was.

Waarom vertel ik dat? Omdat het toont hoe belangrijk een generieke aanpak is. Ja, we moeten ons zo goed mogelijk tegen specifieke risico's proberen te beschermen, maar tegelijkertijd moeten we verder durven kijken. Terwijl het vandaag evident lijkt dat mondmaskers thuishebben in een strategische voorraad aan beschermingsmateriaal, was dat in 2001 helemaal niet het geval. Toen focusten we op vooral op medicijnen. Na de aanslagen in Parijs en Brussel zag je hetzelfde: ook toen werd de noodzaak aan strategische voorraden een belangrijk punt op de politieke agenda, maar de focus lag op CBRN: chemische, biologische, radiologische en nucleaire risico's. Het is duidelijk dat er een andere aanpak nodig is: we

moeten de voorbereiding op specifieke risico's koppelen aan een "general preparedness"-plan.

Terug naar de maskers. Aan het begin van de legislatuur bleek dat daar belangrijke problemen mee waren. Na de uitbraak van de vogelgriep in onze contreien in 2005-2006 werd beslist om mondklappers in te slaan. Eind 2006 werd daar een budgetlijn van ruim 3 miljoen euro voor ingeschreven. (Dat budget diende voor het bijhouden en de goede bewaring van de maskers, niet voor de aankoop ervan.) Er werden maskers besteld: chirurgische, FFP1- en FFP2-maskers en de maskers werden bewaard in hangars in kazerne 'Belgrade' in Namen.

Ik leg hier graag ook even de link met wat ik vertelde over de kaasschaafmethode. Het ingeschreven budget verminderde jaar na jaar. In 2009 bedroeg de budgetlijn nog 376.000 euro, in 2010 was dat al verminderd tot 142.000 euro, in 2015 ging het nog over 108.000 euro. Beetje bij beetje werd er budget afgeschrapt tot er uiteindelijk te weinig overblijft om het werk nog naar behoren uit te voeren. In dit geval: het op peil houden en correct bewaren van de voorraad aan beschermingsmateriaal en medicijnen.

Een belangrijk probleem met de stock was het gebrek aan inventarisatie van de voorraden. In 2013, bij een controle in 'Belgrade' op 6 augustus, stelde het Federaal Geneesmiddelenagentschap onder andere de volgende zaken formeel vast:

- De inventaris waarover het FAGG beschikte stemde niet overeen met het materiaal dat aanwezig was op het terrein. Veel van de aanwezige producten hadden hun houdbaarheidsdatum intussen ook al overschreden.
- Verschillende loten waren aangetast door vochtigheid, knaagdieren en vogeluitwerpselen.
- De temperatuur op de locatie schommelde sterk want ze werd niet geregeld door een thermostaat. Voor verschillende van de producten die daar waren opgeslagen, zijn temperatuurschommelingen nefast.
- Specifiek over de FFP2-maskers: de strikte bewaringsvoorwaarden van de fabrikant waren sinds 2009 niet meer permanent gevolgd, waardoor de maskers niet meer ingezet konden worden voor medisch gebruik. Als corona vóór 2015 was

uitgebroken, was er dus wel nog een voorraad geweest, maar één die niet langer bruikbaar was.

Zo erg was het gesteld. In 2018 herhaalde Sciensano, toen nog het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, over de chirurgische maskers dat hoewel ze geen houdbaarheidsdatum hadden, het totaal zinloos was om de maskers nog te laten testen wegens “te oud”.

Dit hele verhaal maakt duidelijk hoe het van in het begin structureel volledig fout zat in dit dossier. Er zijn terecht vragen over wat ik daaraan heb gedaan.

- Ik heb de oude stock laten vernietigen. Wie de inspectieverslagen heeft bekeken, weet dat dat de enige juiste beslissing was. De vernietiging gebeurde in shifts, de FFP1- en 2-maskers in 2015 en 2016 en de chirurgische maskers in 2018.
- De huurovereenkomst tussen Volksgezondheid en Defensie liep ook af eind 2017. Voor de daar aanwezige stock maakte dat geen verschil, want die was sowieso onbruikbaar. Maar als we opnieuw een statische stock wilden aanleggen, hadden we wel een nieuwe locatie nodig om die op te slaan
- In de plaats wilde ik een structureel beter systeem uitwerken – ik denk dat iedereen het er intussen mee eens is dat dat nodig is. Maar zo’n hervorming vraagt tijd. En daar heb ik een fout gemaakt.
- Als tussenoplossing had ik opnieuw een statische stock moeten aanleggen, terwijl de administraties de plannen voor de roterende stock volledig uitwerkten. Dat heb ik niet gedaan en dat was een foute inschatting van mijn kant.

Met zo’n nieuwe statische stock hadden we misschien maar voldoende om een week of een paar weken voort te kunnen, maar zo hadden we de zorgverleners op het terrein wel beter kunnen helpen in het begin. Ik wil hier dan ook nog eens herhalen wat ik eerder zei: ik wil alle zorgverstrekkers bedanken die in die eerste dagen van grote nood gezocht hebben naar oplossingen en die elkaar solidair hebben geholpen. Ze hebben gezorgd dat we die eerste schok voor de gezondheidszorg hebben kunnen opvangen.

Ik wil ook even stilstaan bij wat de slimme oplossing precies inhoudt, want daar bestaat nog veel onduidelijkheid over. In een ideaal scenario heb je een oplossing op Europees niveau. Dat is ook duidelijk gebleken tijdens deze crisis. In 2015 heb ik daarom voor ons land ingetekend op een *joint procurement* van de Europese Commissie voor de aankoop van o.a. beschermingsmateriaal. Maar doordat hun aanbesteding zo log was – het was alles of niets: als leverancier moest je voldoende materiaal kunnen leveren voor de volledige EU – is die poging gestrand. De Commissie heeft daarna nog geprobeerd om ze nieuw leven in te blazen, maar ook dat is mislukt.

Vervolgens, als een oplossing op Europees niveau niet mogelijk is, moet je als individueel land een oplossing zoeken. Ik had vastgesteld hoeveel problemen de vorige methode wel opleverde: problemen met bewaring, kosten voor de huur van een bewaarplaats, een dure stock die als je ze vóór de vervaldatum niet nodig had, volledig moest vernietigen, enzovoort.

Daarom wilde ik een roterende stock: een gedecentraliseerde voorraad die van meet af aan verdeeld wordt over de actoren op het terrein en die zij actief gebruiken – zorginstellingen gebruiken sowieso het hele jaar door maskers. *Au fur et à mesure* vullen zij opnieuw aan wat ze verbruiken.

Met zo'n systeem los je verschillende problemen op:

- De stock vernieuwt zichzelf automatisch en moet nooit vernietigd worden (geen verspilling van publieke middelen).
- Je moet geen gigantische loodsen huren en verwarmen om een enorme voorraad in op te slaan, want het materiaal bevindt zich al op het terrein.
- Als er een crisis uitbreekt, is er al een stock aanwezig op het terrein in plaats van dat je die eerst vanuit één centrale plaats moet distribueren. Dat laatste betekent een gigantische logistieke inspanning.

Wat ik verkeerd heb ingeschat, is hoeveel tijd zoiets kost voor de administraties om zo'n systeem op te zetten. Nadat duidelijk was geworden dat de *joint procurement* via Europa op niets zou uitdraaien en er geen vervolg zou komen, heb ik begin 2018 de oefening opgestart met de administraties om op een andere, duurzamere en efficiëntere manier voorraden aan

te leggen en bij te houden. Die oefening kaderde in het bredere plaatje van een nationaal *emergency and public health plan* dat we met de regering wilden uitwerken na de aanslagen in Parijs en Brussel. Na de aanslagen werd in verschillende werkgroepen aan componenten van zo'n plan gewerkt, en de Hoge Gezondheidsraad had ons daar een omstandig advies over bezorgd.

In juni 2018 vroeg mijn kabinet een concreet actieplan aan de FOD Volksgezondheid voor de aanleg van een nieuwe strategische stock en ruimer, voor de opmaak van een operationeel crisisplan. De FOD Volksgezondheid stond op dat moment nog niet ver genoeg met die oefening en werkte daaraan verder. In november 2018 volgde een eerste presentatie daarvan op mijn kabinet. Een maand later volgde het ontslag van de regering Michel I en gingen we in lopende zaken. Dat zeg ik niet om me weg te steken, wel omdat het een essentieel element vormt van de context vanaf dat moment.

In februari 2019 vroeg mijn kabinet opnieuw aan de FOD Volksgezondheid hoe het stond met het plan voor de aanleg van een nieuwe strategische stock. De dienst Public Health Emergencies op de FOD Volksgezondheid bestond op dat moment nog maar uit één persoon, dr. Paul Pardon die hier eerder deze week te gast was in de Kamer. Hij was nog niet klaar met die oefening, wat niet onlogisch is als je kijkt naar de omvang van het werk.

In oktober 2019 legde de FOD Volksgezondheid uiteindelijk een officieel voorstel op mijn tafel ter waarde van 100 miljoen euro. Dat omvatte de aankoop van o.a. 22,3 miljoen FFP2-maskers en 6 miljoen chirurgische maskers, maar het bevatte te veel onzorgvuldigheden (oude prijzen, wisseling van prijzen tussen chirurgische en FFP2-maskers...) en was met twee bladzijden veel te weinig uitgewerkt om ermee naar de regering te stappen. Ik vroeg daarop om het dossier grondiger uit te werken.

Ik wil hier ook heel eerlijk zijn met jullie: als ik er op dat moment wél al mee naar de regering was gestapt, had ik nooit 100 miljoen gekregen voor de aanleg van strategische voorraden. Zelfs met een regering met volle bevoegdheden was zoiets quasi onwaarschijnlijk geweest – mede door de kaasschaafmethode zijn dat soort belangrijke investeringen erg moeilijk te

realiseren – en op dat moment zat met Michel II al bijna een jaar een ontslagnemende regering in het zadel.

Achteraf bekeken had ik dat dossier beter wel op de tafel van de regering gelegd, denk ik nu. Dat had het vandaag duidelijker kunnen maken voor ons allemaal hoe belangrijk het is om bepaalde strategische investeringen los van regering van het moment te zien. Ik had daar misschien ook over kunnen communiceren naar de buitenwereld, om op die manier een publiek debat op gang te brengen. Goed wetende dat de kans groot was dat zoiets in volle regeringsformatie als een totaal foute demarche van mijn kant zou worden beschouwd.

Een week nadat de PHE me het voorstel ter waarde van 100 miljoen euro had bezorgd, nam ook Michel II-ontslag en volgde de regering-Wilmès I die instond voor lopende zaken. Eind januari 2020 vroeg ik opnieuw een stand van zaken aan de FOD Volksgezondheid en enkele weken later brak het coronavirus uit in Europa.

Al vroeg in de crisis heeft Philippe De Backer zich ontfermd over het dossier beschermingsmateriaal, met een belangrijke focus op mondmaskers. Het “kot” stond toen volledig in brand, die hulp was dus meer dan welkom. Collega De Backer heeft daar enorm goed werk geleverd en heeft ons land samen met de FOD Volksgezondheid van verschillende bestellingen kunnen verzekeren op een moment dat de hele wereld met elkaar aan het vechten was om mondmaskers. Via mijn adjunct-kabinetschef die in de taskforce shortages zat en dankzij de dagelijkse overlegmomenten tussen Philippe en mezelf, bleef ik op elk moment op de hoogte van dat belangrijke dossier.

De FOD Volksgezondheid bleef intussen instaan voor de communicatie met de sector. De ziekenhuizen werden in het begin van de crisis geconfronteerd met hetzelfde probleem als iedereen: in normale tijden hebben ze vaste leveranciers voor maskers en ander beschermingsmateriaal, maar al die vaste lijnen werden ineens afgebroken. De FOD Volksgezondheid heeft daarom geprobeerd om zo snel mogelijk de noden op het terrein in kaart te brengen en te bundelen, zodat duidelijk was waar de dringendste noden waren.

Ik kom ook even terug op een vraag die blijft terugkeren en waar niets van aan is. Sommige mensen blijven geloven dat ons land in het begin van de crisis maskers heeft geëxporteerd naar China. Ik weet niet waarop die informatie gebaseerd is, in elk geval niet op de waarheid. De Europese Unie heeft in het begin van de crisis, toen die zich nog vooral in China afspeelde, gevraagd aan de lidstaten wie beschermingsmateriaal kon missen om China bij te staan. België heeft daar meteen op geantwoord dat we dat niet konden.

9. Financiering van de laboratoria

De laboratoria die hier bedoeld worden zijn de nationale referentiecentra voor humane microbiologie. Zij verrichten diagnose, onderzoek en surveillance onder de coördinatie van Sciensano voor 41 specifieke infectieziekten of pathogenen. Deze figuur werd voorzien in artikel 56, §7 van de ZIV-wet van 14 juli 1994 middels een wetwijziging door artikel 12 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg.

Deze wettelijke basis mondde uit in het koninklijk besluit van 9 februari 2011 tot vaststelling van de financieringsvoorwaarden van de referentiecentra voor humane microbiologie en voorziet in de werking van Sciensano en nationale referentielaboratoria die als taak hebben:

- ter beschikking stellen van epidemiologische gegevens over een veertigtal infectieuze pathogenen;
- ondersteuning van de overheden in geval van een uitbraak, dreiging of crisis voor de Volksgezondheid.

Ik stel vast dat voor dit netwerk voor humane microbiologie het totale budget is vastgesteld op 4 miljoen euro per jaar en indexeerbaar. Dat bedrag werd nooit verhoogd omdat de administratie (RIZIV) vaststelde dat in de jaren 2010 tot en met 2018 het budget nooit volledig opgebruikt werd.

Volgens het aangehaalde KB sluiten RIZIV en Sciensano een overeenkomst. Sciensano duidt de nationaal referentielabo voor 'respiratoire pathogenen' aan. In het meest recente beschikbare activiteitenverslag van 2018 ten behoeven van het Verzekeringscomité in 2019, stel ik over deze rubriek vast dat daarbij ook de analyses in verband met SARS horen. Voor de respiratoire pathogenen worden aangeduid als coördinator Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) en geassocieerd labo UZ Leuven. In dat jaarverslag zien we voor de respiratoire pathogenen evolutie in het budget zoals weergegeven in onderstaande tabel.

Jaar	budget in euro
2015	98444
2016	99055
2017	64409
2018	103247

Binnen de totale jaarlijkse enveloppe van 4 miljoen is er tevens een budget voor de rubriek met opschrift 'Opkomende ziekten'. Dat bedrag is 85000 euro (€97511 na indexatie). Het bedrag is een reserve om specifiek het hoofd te bieden aan heropleving van activiteit met een onvoorziene situatie en van een nieuwe ziekte. Bijvoorbeeld, toen het zikavirus opkwam, werd op dit budget beroep opgedaan.

Binnen het budget van 4 miljoen euro is er flexibiliteit om te schuiven. Budgetten van rubrieken waar een onderbenutting is kunnen aangewend worden voor een rubriek met een tekort. Dat gebeurde in 2018 ook voor de rubriek 'opkomende ziekten' waar ik vast stel dat de uiteindelijke besteding 226911 euro bedraagt. Wie beslist over de verhoging?

Over de werking van de nationale referentielabo's bestaat een 'standard operating procedure', afgekort SOP. Volgens deze procedure dient het labo een dossier in bij het Medisch Technisch Adviesorgaan (MTAO). Dit orgaan is samengesteld uit leden van Sciensano, RIZIV incl. het Verzekeringscomité, FOD Volksgezondheid, de universitaire labo's, de artsensyndicaten en een aantal peillaboratoria. Na controle van het budget en de analyse van de ingediende dossiers 'opkomende ziekten', beslist MTAO hoeveel budget toegekend kan worden en in welke mate het wordt verhoogd. Ook van belang is om te melden dat de SOP beschrijft dat het probleem eerst moet worden erkend door een evaluatie van het risico, uitgevoerd door de RAG. In het geval van SARS-COV-2, heeft de RAG die situatie volgens mij voldoende erkend.

Elke vier jaar wordt het totale pakket aan overeenkomsten tussen de RIZIV, Sciensano en de referentielabo's herzien. De selectie van de NRC's voor de periode 2020-2024 met inbegrip

van de lijst van de pathogenen en de referentietermen was dus in 2020 aan herziening toe. (Dat proces was in voorbereiding).

In de nationale referentielabo's voor humane microbiologie was dus voor de coronacrisis aanvankelijk geen probleem. Er was daar budget voldoende. Of er genoeg marge was om deze crisis op te vangen? Dat is een goede vraag. Toen het zikavirus opkwam, heeft dat virus geen tekorten veroorzaakt. Nu voor het coronavirus stel ik het tegendeel vast.

Een lessons learned kan zijn om het KB 9 februari 2011 te voorzien van meer middelen, in het bijzonder wat de reserve voor nieuwe opkomende ziekten betreft. Bovendien kan in dat geval het surveillancesysteem voor humane microbiologie verder versterkt worden. Vragen die daarbij grondig onderzoek moeten krijgen, vind ik, zijn: "Hoe groot moet die marge 'opkomende ziekten' zijn? Hoe houden we die marge het beste aan in die nationale referentielabo's, ook wat betreft voorzieningen in resources zoals mensen, reagens en het park van toestellen?" Tot slot is ook de vraag pertinent hoeveel labo's we moeten voorzien. Dat aantal moet steunen op het principe van concentratie van de expertise. Wat me niet aangewezen lijkt is om Sciensano met een labo 'pathogen humane microbiologie' te gaan uitrusten die moet gaan diagnosticeren en opsporen. De meerwaarde van Sciensano ligt in de coördinerende rol en het bewaken van de efficiënte surveillance. Daartoe moet zij over het nodige personeel en financiële middelen kunnen beschikken.

Wanneer nu wordt vastgesteld dat er bij de 'opkomende ziekten' een pathogeen is dat grote omvang aanneemt of bij wijze van spreken structureel aanwezig is, dan wordt deze uit de lijst van pathogeen gelicht. Er komt in dat geval voor de test een nomenclatuur voor een PCR-test en zal vergoed worden via dat mechanisme. Ter illustratie, dit was in 2018 het geval voor de bacterie bordetella pertussis, de oorzaak van kinkhoest. Het jaarverslag 2018 stelt daarover als aanbeveling: "Aangezien sommigen van die vragen recurrent zijn geworden, werd een voorstel ingediend om PCR-tests voor de diagnose van de kinkhoest op te nemen in de nomenclatuur van het RIZIV." En effectief, het KB van 25 januari 2019 neemt deze test op in de nomenclatuur (557034-557045) en trad in werking vanaf 1 april 2019.

Kortom, eens de crisis volledig op gang was, trad zoals voorzien is in de geest en de letter van art 56, §7 van de wet van 14 juli 1994 en het KB van 9 februari 2011 inzake humane microbiologie een andere financiering in gang namelijk deze voor de vergoeding van de PCR-testen voor SARS-COV-2 in de nomenclatuur. Ik herinner u er aan dat art 56, §7 voorziet dat de labo's enkel de middelen die voortspruiten uit het KB van 9 februari 2011 mogen aanwenden "voor zover voor deze verstrekkingen geen tegemoetkoming wordt verleend via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen."

Het RIZIV en mijn beleidscel in nauw overleg met de betrokken artsenorganisaties en ziekenfondsen, stelden alles in het werk om zo snel mogelijk in een reguliere terugbetaling te voorzien. Vanaf 1 maart 2020 worden alle PCR-tests voor het opsporen van het SARS-CoV-2 door middel van moleculaire amplificatie, voor zover de patiënt aan de testdefinitie voldoet aan een tarief van 47,18 euro (nomenclatuurnr. 554934 – 554945) per stuk terugbetaald! De tarifiering werd verankerd in het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

10. Strategie van de regering en communicatie van de maatregelen / lockdown / exitstrategie / september 2020

U vraagt me naar de lange-termijnstrategie in de strijd tegen de verspreiding van het virus. Ik moet er aan herinneren dat de meeste experts bij het begin van de crisis uitgingen van een duurtijd van een achttal weken (vergelijkbaar met een griepseizoen), waarna eventueel na een periode van stabilisering een tweede golf zou kunnen volgen. Tegen de zomer zou alles achter de rug zijn en de economische schade die in 2020 werd opgelopen zou in 2021 al vrijwel volledig gecompenseerd kunnen worden.

Het is net als bij andere aspecten van de crisis zo dat we gaandeweg nieuwe kennis hebben geïncorporeerd in onze aanpak. Op het hoogtepunt van de eerste golf van besmettingen in ons land hadden we nog geen drie maanden ervaring met het virus en hoe het zich gedraagt. Op het moment dat de maatregelen een eerste keer werden versoepeld waren daar enkele maanden van kennis bijgekomen. Tot op de dag van vandaag zie je hoe het virus en de verspreiding ervan experts en beleidsmakers verrast.

Grosso modo kunnen we de strategie tijdens mijn mandaat onderverdelen in een korte fase van containment (tot de deelstaten aangaven dat de contact tracing overspoeld werd en de testcapaciteit moest worden opgeschaald) en een lange periode van mitigation. Deze laatste was er op gericht om enerzijds te vermijden dat de maximale ziekenhuiscapaciteit (in het bijzonder voor wat betreft intensieve zorgen) overschreden zou worden en anderzijds in de mate van het mogelijke de scholen open te houden en het economische weefsel te vrijwaren.

Rekening houdend met de exponentiële manier waarop een stijgende curve van besmettingen zich gedraagt kwam het er sinds eind april – begin mei 2020 op aan om in de mate van het mogelijke het normale maatschappelijke leven te laten hernemen. Pas wanneer een voldoende vaccinatiegraad zal zijn bereikt zullen we de handrem kunnen loslaten.

Er is binnen de regering niet gepleit voor een strategie gericht op herd immunity door het virus vrij te laten circuleren in het “weerbare” deel van de bevolking. Ik zag niet goed in hoe het mogelijk was de kwetsbaren te beschermen zonder hen tot een volledig isolement te veroordelen. Ik stel vast dat de Europese landen die deze strategie hebben overwogen daar vrij snel van zijn teruggekomen.

Toen dat nodig bleek omwille van een exponentieel stijgende curve van besmettingen (en we redelijkerwijze een vergelijkbare toename van hospitalisaties en ICU-bezetting konden verwachten) werden de dwingende maatregelen genomen “to flatten the curve”. De lockdown was in dat opzicht, dankzij de grote inspanningen van al onze landgenoten om hun leven en hun gewoontes tijdelijk sterk aan te passen, een succes. Dit liet ons toe om ook relatief snel opnieuw te versoepelen zonder gevaar op heropflakking. In tegenstelling tot andere landen, ook in Europa, kwam in de eerste golf de maximumcapaciteit van onze ziekenhuizen nooit onder druk. Dat alles neemt niet weg dat dit voor zorgverleners een zeer zware periode was en dat gedurende de eerste golf heel veel slachtoffers te betreuren vielen.

Ik deed geen beroep op externe experts voor de communicatie. Doorheen de crisis hebben we op vlak van communicatie geleerd dat, naarmate de pandemie langer duurt, er meer aandacht moet zijn voor motivatie en gedragspsychologische inzichten. Het klopt dat de woordvoerder van de FOD Volksgezondheid covoorzitter was van de Infocel. Op die manier werd ook mijn communicatiecel op de hoogte gehouden.

U vraagt waarom ik niet zelf de dagelijkse persconferentie gaf over de mogelijke nieuwe besmettingen. Ik was en ben van mening dat het eerder aan de wetenschappers toekomt om een dagelijkse epidemiologische update te geven. Steven Van Gucht en Yves Van Laethem (en gedurende korte tijd Emmanuel André) hebben dat op een voortreffelijke manier gedaan en ik dank hen daarvoor.

Ik begrijp dat sommigen er moeite mee hebben dat de wetenschappelijke experts in ons land een belangrijke rol kregen in de communicatie van de maatregelen en het hoe en het waarom ervan. Het is wel zo dat we daar oorspronkelijk door buitenlandse media lof voor kregen toegezwaaid, omdat dit zou vermijden dat noodzakelijke maatregelen een partijpolitieke

lading zouden krijgen (cf. het debat in de VS). Ik ging in ieder geval op zeer vele uitnodigingen in van de geschreven en audiovisuele media maar u zult begrijpen dat het beleidsmatige werk en het vele interne, federale, interfederale en Europese overleg de voorrang kreeg. Anderzijds zag een aantal experts het als hun taak om zeer aanwezig te zijn in de media, om mee de bevolking te informeren over de epidemiologische toestand en de te nemen maatregelen. Dat heeft zeker geholpen om de vulgarisatie van de wetenschappelijke kennis over de pandemie en de mogelijke reactie er op te verspreiden.

Voor wat betreft uw vraag over de late publicatie van de Ministeriële Besluiten en de FAQ's begrijp ik dat het voor de betrokken bedrijven en organisaties, net als voor de organen en bestuursniveaus die instonden voor de handhaving, niet makkelijk was om zich zo snel aan te passen. Ik veronderstel dat u eventuele verbeterpunten, ook voor wat betreft het overleg met de niet-medische stakeholders, zal hebben besproken met mijn voormalige collega Pieter De Crem die de opmaak van deze besluiten coördineerde. De zorgberoepen werden operationeel erg nauw betrokken bij de maatregelen want zoals u weet bleef het overlegmodel inmiddels functioneren en zij nemen daar een belangrijke rol op.

U stelt mij een aantal vragen over de beslissingen die eind september werden genomen door de Nationale Veiligheidsraad. Het is niet mijn gewoonte om genomen besluiten waar ik zelf bij betrokken was, af te vallen. Ik kan u wel bevestigen dat ik mijn werk als minister tot de laatste dag ben blijven doen en mij zo weinig mogelijk liet afleiden door de regerings-onderhandelingen die toen liepen.

In september 2020 was er, net als nu, zeer veel (terechte) aandacht voor de corona-moeheid bij de bevolking en de noodzaak om in het beleid meer aandacht te hebben voor de effecten van het sociaal isolement op de mentale gezondheid van de mensen. Ook de media waren coronamoe: aan de regeringsonderhandelingen werd veel meer aandacht besteed dan aan het virus. Er werd door steeds meer gezaghebbende experts gewezen op de maatschappelijke kost van strenge regels die de contacten moesten beschermen en die overigens door een groeiend deel van de bevolking niet meer werden gevolgd.

In die zin beslisten de federale en de deelstaatregeringen op 23 september 2020 in de Nationale Veiligheidsraad om een aantal regels, onder meer met betrekking tot de mondmaskerplicht, meer coherent te maken en de beperking van de bubbel aan te passen aan wat haalbaar werd geacht en door een steeds groter deel van de bevolking in de praktijk werd toegepast. Tegelijk werden bijeenkomsten nog steeds beperkt tot 10 personen.

Ik wil er toch aan herinneren dat ikzelf en andere leden van de regering(en) intussen bleven de nadruk leggen op de noodzaak om de meest elementaire regels toe te passen: afstand houden, handen wassen, contacten zoveel mogelijk in de buitenlucht, enzovoort.

Het is zo dat deze beslissingen in de media al snel werden voorgesteld als sterke versoepelingen maar dit verhaal was in zekere zin op voorhand al geschreven. Zoals gezegd werd het virus inmiddels in een ander perspectief gezien en werden de risico's geminimaliseerd waardoor ook onze waarschuwingen weinig aandacht kregen. De evolutie in de besmettingscijfers die zich vervolgens voordeed (de tweede golf) heeft ons in ieder geval geleerd hoe sterk deze dynamiek kan zijn en hoe moeilijk het is om de perceptie van de besluitvorming te sturen. Ik herinner er aan dat deze beslissingen er kwamen met de besmettings- en hospitalisatiecijfers op een veel lager niveau dan nu het geval is.

11. Vaccinatie tegen COVID-19

België heeft bijgedragen om een goed klimaat te creëren om vaccinatieontwikkeling in Europa te faciliteren. Zonder exhaustief te zijn, luiden de voornaamste maatregelen:

- Het reeds bestaande gunstig regime voor klinische studies fase I, II en III.
- Vaccins als speerpunt van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) dat wetenschappelijk advies levert en als referentielidstaat voor vaccins wordt beschouwd.
- Een investering van € 20 miljoen in een ULB-UA In Human Challenge Vaccinatiecentrum.
- België neemt deel aan het donorinitiatief van de EU Commissie met oog op het ontwikkelen van een vaccin en draagt 27 miljoen euro bij.

Wat betreft de Europese Unie wordt het bedrag van 2 miljard euro in het licht van de 18 miljard dollar van het Amerikaanse programma *Operation Warp Speed* vermeld. We moeten opletten geen appels met peren te vergelijken. Het Amerikaanse programma slaat zowel op de snelle ontwikkeling, het snelle ter beschikking stellen en het opschalen van productiecapaciteit. In Europa zitten die elementen in verschillende onderdelen en moet men bovendien de individuele inspanningen van lidstaten daarbij in rekening brengen.

De Europese Unie en haar Lidstaten investeren in de ontwikkeling en het ter beschikkingstellen van het vaccin meer dan 33 miljard euro. In eerste instantie werd op Europees niveau 2,9 miljard euro voorzien. Circa 2,1 miljard hiervan is rechtstreeks afkomstig uit het *Emergency Support Instrument* (ESI). Daarnaast voorzagen de Lidstaten zelf nog eens 750 miljoen voor het verhogen van de productiecapaciteit. De Europese Commissie heeft 1 miljard euro uit het Horizon 2020 programma in de vaccinontwikkeling geïnvesteerd. Valt dus buiten deze sommen, de aankoop van de vaccindosissen zelf. De lidstaten betalen zelf voor de aankoop van de vaccindosissen. Op basis van de geplaatste bestellingen wordt dit budget geraamd op 30 miljard euro.

Andere landen waren wat betreft de invulling van de vaccinatiestrategie niet noodzakelijk beter voorbereid dan België. Er is een grote discrepantie tussen landen waarvan aangenomen

wordt dat ze goed voorbereid waren en landen die het niet goed doen. Als voorbeeldlanden worden steeds genomen Israël, Engeland en Malta. Kijken we naar resultaten inzake proportie van de bevolking met een eerste vaccinatie, dan zien we dat België (17,5 %) op basis van de vaccinatietracker van de ECDC tot de middenmoot behoort. Begin april stond ons land voor op Zweden, Duitsland (15,00%) en Nederland. Op 22 april liggen de landen dicht bij elkaar: België 25,4%, Duitsland 23,7 en Nederland 26,5%.

Om een vaccinatiestrategie op te zetten, zal hij die bevoegd is, de kenmerken van het vaccin moeten kennen, de doelgroepen bepalen en een logistiek-administratief distributiesysteem met vaccinatiecentra voorzien. Om een dergelijk kader te scheppen in België, is dat een uiterst moeilijke klus gegeven de complexe bevoegdheidsverdeling. Het feit of een vaccinatie verplicht is, individueel verloopt of collectief georganiseerd wordt voor een specifieke doelgroep op basis van een vaccinatieschema, is bepalend voor welke overheid, federaal of deelstaat, het initiatiefrecht en de bevoegdheid heeft.

Een vaccinatiecampagne van de gemeenschappen

Krachtens de 6de staatshervorming ligt het initiatief inzake het beleid en de organisatie van de preventie bij de Gemeenschappen. Dat is ook het geval voor het vaccinatiebeleid. “Onder meer op basis van haar residuaire bevoegdheid inzake volksgezondheid heeft de federale overheid de volgende federale preventie-initiatieven genomen :— vaccinatiecampagne; [...] De federale overheid zal deze preventie-initiatieven niet voortzetten. De federale overheid en de gewesten zullen in de toekomst geen nieuwe dergelijke preventie-initiatieven kunnen invoeren op grond van welke bevoegdheid dan ook,” aldus de bijzondere wetgever in 2013. Merk op dat de bevoegde deelstaten deze vaccinatiecampagnes ook in verband brengen met een vaccinatiekalender vastgelegd door de Hoge Gezondheidsraad. Bovendien kan in afwijking hiervan een deelstaat ook zijn eigen kalender opstellen zoals blijkt uit artikel 43 §4 van het Vlaams decreet van 21 maart 2003.

Sommige aspecten van de financiering van deze vaccinatiecampagnes kunnen wel ten laste van de federale overheid blijven. Het gaat dan voornamelijk over de honoraria van de artsen die deelnemen aan de vaccinatie en waarin dan de ziekteverzekering tussenkomt. Als de federale overheid op dergelijke wijze dient te participeren, kan zij krachtens hoofdstuk 3,

afdeling 1 van het protocolakkoord van 21 maart 2016 wel voorwaarden opleggen zoals bijvoorbeeld een te behalen participatiegraad, gebruikt vaccintype, etc. Het niet behalen van de voorwaarden door de gemeenschappen heeft dan consequenties inzake de bijdragen van de federale overheid. De kwestie slaat op beslissingen genomen in de IMC Volksgezondheid.

Vaccinatie op basis van individuele benadering

De bijzondere wetgever heeft twee aspecten van de vaccinatie zeer expliciet bij de federale overheid gelaten. Ten eerste blijft de federale overheid “bevoegd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, en dus voor de prestaties van individuele vaccinatie en screening die niet het voorwerp uitmaken van een screenings- of vaccinatiecampagne georganiseerd door een gemeenschap.” Art 5, §1, l. BWHI stelt inderdaad expliciet dat de federale overheid bevoegd blijft voor de ziekteverzekering.

We kunnen stellen dat in dergelijk scenario de regelen van de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten van toepassing zijn. Omdat we het vaccin heel snel ter beschikking wilden stellen, werd tijdens mijn ministerschap een onderzoek gestart of een ‘fast track’ procedure voor een terugbetalingsregeling voor uitzonderlijke situaties ingevoerd kon worden. De algemene contouren werden met de sector Pharma.be en Medaxes besproken. De regelen werden goedgekeurd in het Verzekeringscomité van 7 september 2020. Het initiatief mondde uit in het koninklijk besluit van 21 januari 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten in buitengewone omstandigheden of overmachtssituatie.

Vaccinatie met een verplichtend karakter: nationale profylaxis

Naast de campagne van een Gemeenschap en het vaccin als vergoedbare farmaceutische specialiteit voorziet de bijzondere wet (BWHI) in de mogelijkheid van de maatregel van nationale profylaxie, een tweede aspect dat bij de federale overheid bleef. In het ganse wetgevingsproces van de 6de staatshervorming, wordt echter niet transparant omschreven wat hiermee nu uiteindelijk wordt bedoeld. De figuur van de “nationale maatregelen inzake profylaxie” kwam echter al aan bod aan het einde van de jaren 70 en werd toen verstaan als de “verplichte inentingen”. Het Arbitragehof bevestigde later deze definitie.

Indien er wordt gewerkt vanuit de optiek van de nationale profylaxis, geeft dat de federale overheid meer greep op aspecten zoals het veiligstellen van loten, het opleggen van voorwaarden in verband met doelgroepen en de controlemodaliteiten op de vaccinatie, etc. Een koninklijk besluit met als wettelijke basis artikel 1, 1° van de wet van 1 september 1945 kan deze aspecten dan regelen. Het eensluidend advies van de Hoge Gezondheidsraad is vereist. In haar ondersteunend persbericht bij advies nr. 9597 geeft de HGR met de bewoordingen "Vaccinatieplicht in België? Dit valt niet onder de bevoegdheid van de HGR" dus verkeerdelijk aan dat zij niet bevoegd is om uitspraak te doen of een vaccinatie al dan niet verplicht zou moeten zijn of worden.

Als er wordt gekozen voor het scenario van nationale profylaxis, dan is een verplichtend karakter vereist. Het Raadgevend comité voor bio-ethiek gaf in het verleden (advies nr. 64) echter aan dat er omzichtig moet omgesprongen worden met het verplichten van een vaccinatie. Er moeten voldoende ernstige redenen zijn: "een achteruitgang van de dekkingsgraad door vrijwillige vaccinatie in bepaalde subgroepen van de bevolking, of reële aanduidingen voor een ernstige epidemie."

Het komt de Hoge Gezondheidsraad (HGR) toe om de doelgroepen en de prioriteit van volgorde waarin deze aan bod komen af te bakenen. Op 6 en 21 mei 2020 ontving de HGR van de Risk Management Group de vraag om de prioriteitsgroepen voor de vaccinatie af te bakenen. Het gevalideerd HGR advies nr. 9597 werd op 7 juli 2020 afgeleverd. De afbakening die de HGR afleverde, kwam neer op net iets meer dan 4 miljoen Belgen. Op basis van het afgeleverde advies werd de HGR om een verdere specificering en verduidelijking gevraagd. Bovendien bevatte de vraag ook om specifieke benaderingen na te gaan, zoals bijvoorbeeld het nut van ring-vaccinatie bij uitbraken. Het erg summier advies nr. 9611 was pas beschikbaar op 7 oktober 2020.

Naarmate de acute fase van de eerste golf in de ziekenhuizen min of meer onder controle was en maatregelen effect hadden genomen, kwam er ruimte vrij om ook te werken aan de strijd op langere termijn. Een belangrijk element in deze strategie is het beschikbaar hebben van

een vaccin tegen COVID-19. België zat op dat vlak in een geprivilegieerde situatie omdat heel wat van de productiesites, distributiehubs of hoofdkwartieren van vaccinproducenten op ons grondgebied actief zijn. Op basis van de gedachtewisselingen konden we elementen leren die later van pas zouden komen om de vaccinatiestrategie in te vullen. Het gegeven of een vaccin in één dosis komt of in een multi-flacon maakt een wezenlijk verschil uit. Een ander voorbeeld is de bewaartemperatuur, de nood aan een booster, etc. Ik maakte aan de bedrijven tevens vrij snel duidelijk dat België voor onderhandelingen inzake advanced purchase agreements (APA) en de aankooprijksvoorwaarden mee zou stappen in de initiatieven van de Europese Unie. Er vond een dergelijk informeel overleg plaats met volgende ondernemingen:

Bedrijf	Dag
AstraZeneca	17 juni 2020
BionTech/Pfizer	30 juni 2020 13 juli 2020 14 sept 2020
GSK-Sanofi	10 juni 2020 23 juni 2020 11 september 2020
Johnson & Johnson	22 juni 2020 2 juli 2020
MSD	17 juni 2020
Ziphius	dd juni 2020 22 juli 2020

In diezelfde aanlooperperiode werd bekend dat het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Italië en Nederland akkoorden smeedden in kader van het Oxford Vaccin. De Europese Commissie heeft hierop ingegrepen en zette vervolgens met de lidstaten een kader op om onderhandelingen met de (grote) ontwikkelaars en producenten te starten. Dat kader had tot doel om de fameuze advanced purchase agreements (APA) met de betrokken producenten-leveranciers te onderhandelen.

De wijze van onderhandelen, de definiëring van de APA, het proces, de rechten en plichten van de lidstaten en de aansturingsorganen werden vastgelegd in Beslissing 2020/4192 van 18 juni 2020 van de Commissie over het goedkeuren van de overeenkomst met de lidstaten over het aanbesteden van een COVID-19 vaccin namens de lidstaten en bijhorende procedures. Volgens deze Beslissing worden de onderhandelingen gevoerd door een Joint Negotiation Team bestaande uit 7 leden onder leiding van de steering board waarin elke deelnemende lidstaat een vertegenwoordiger heeft. Op mijn voorstel heeft de kern midden juni 2020 beslist om aan het proces deel te nemen. Tevens besliste de kern zoals de voormalige eerste minister hier reeds getuigde dat België in de steering board vertegenwoordigd zou worden door de heer Xavier De Cuyper, administrateur-generaal van de Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

Op het ogenblik dat het Joint Negotiation Team een akkoord bereikte onder toezicht van de steering board, kregen de lidstaten vijf dagen tijd om te beslissen of zij op het bereikte akkoord met de betrokken firma wensten in te tekenen. In dat geval zal de betrokken lidstaat een aandeel krijgen in het totale volume dat de Europese Unie voor dat bepaalde contract onderhandelde. Verder hield beslissing 2020/4192 in dat lidstaten geen onderhandelingen met fabrikanten op individuele basis mochten voeren. (Obligation not to negotiate separately - artikel 7).

Op basis van een verdeelsleutel naar bevolkingsaantal (2,5% voor België) krijgen de lidstaten een aandeel uit het Europese volume (indien zij akkoord gingen met de APA voor het betrokken product).

- BionTech/pfizer 600 miljoen dosissen
- Moderna 460 miljoen
- AstraZeneca 400 miljoen
- Curevac 405 miljoen
- Johnson 400 miljoen
- Sanofi-GSK 300 miljoen

Om met een APA akkoord te gaan en deel te nemen, was gezien de bevoegdheidsverdeling idealiter de instemming van mijzelf als federale minister van Volksgezondheid nodig alsook

deze van de bevoegde minister van elke deelstaat. Het advies werd voorbereid door de adviesraad COVID-vaccin, samengesteld uit mensen van het FAGG, een aantal immunologen en de mensen uit de bevoegde administraties van de deelstaten.

Tot slot, kenmerkte deze gang van zaken nog een bijzondere kwestie, met name de financiering van de vaccins. De aankoop van de vaccins is ten laste van de lidstaat. Bovendien, als de vaccinatie een preventiecampagne betreft gericht op een doelgroep of de bevolking, zijn de deelstaten bevoegd voor de financiering. In dit geval ging dat niet gegeven de snelheid waarmee gehandeld moest worden. De Europese Unie aanvaardde enkel financiering uit hoofde van de lidstaat, niet de regio's of deelstaten. Er bestond voor die specifieke situatie geen geschreven regeling, bijvoorbeeld aan de hand van een verdeelsleutel, tussen de deelstaten en de federale overheid. Bijgevolg kwam de last van deze kost allemaal bij de federale overheid terecht die dan moest gaan functioneren als prefinancier.

Tot op heden is er geen tekort geweest aan naalden en spuiten in kader van de vaccinatie. Zelfs na de eerste kennismakingsronde met een aantal producenten van vaccins over de mogelijke karakteristieken was het moeilijk om in te schatten welk materialen concreet nodig waren. Immers, in de loop van de zomervakantie zal meer en meer blijken dat de vraag inzake materialen veel ruimer zal worden dan het louter voorzien in naalden en spuiten. Ook extra transport en bewaarmateriaal om de vaccins voldoende lang koel te houden, uitrusting voor afvalmanagement en dergelijke meer, worden vereist. Om te verzekeren dat er voldoende voorraad zou zijn gedurende de looptijd van de vaccinatie, besloot België op 25 augustus 2020 om deel te nemen aan de joint procurement vaccinatiemateriaal van de Europese Commissie. Als contracterende partij voor de staat België werd de FOD Volksgezondheid opgegeven. De behoefteanalyse inzake vaccindragers, naalden, spuiten, containers, etc. werd door het FAGG opgesteld. Nadien werd deze behoefteanalyse bij de commissie ingediend. Dat werd eerder ook al bevestigd door de Coronacommissaris die eveneens vaststelde dat tot op heden nog geen tekort in vaccinatiematerialen is gebleken.

Ongeacht of een vaccinatie al dan niet verplicht is, dient er bij de bevolking een draagvlak te zijn voor het vaccin in kwestie. Zelfs indien een vaccin verplichtend wordt, zal de acceptatie groter zijn als er draagvlak aanwezig is onder de bevolking of de publieke opinie. Deze crisis

heeft ons aangetoond dat er snel solidariteit ontstaat, maar dat indien er twijfel optreedt, de bevolking net zo goed zijn voeten veegt aan de gezondheidsmaatregelen die hem worden opgelegd. Volgens Devisch en Goffin gaat de voorkeur naar de vrijwilligheid en het laten primeren van de zelfbeschikking, i.e. een niet-verplichtende vaccinatie tegen SARS-COV-2. Zij zitten daarmee op de golflengte van het standpunt van het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek zoals geformuleerd in advies nr. 64. De auteurs suggereren hiertoe vroegtijdig met sensibilisatiecampagnes te werken, (zelfs al is het vaccin nog niet beschikbaar). Zij voeren aan dat de patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002 in de weg staat om het vaccin te kunnen verplichten. Dat is echter niet het geval zo stelde het Hof van Cassatie in een arrest in 2013. Indien wordt gekozen voor een voorafgaandelijke campagne die duidt op het belang om zich te laten, luidt de vraag: “Wie richt deze campagne in?”

- De Gemeenschappen als bevoegde deelstaat.

Art 5, §1, l, 8° BWHI stelt dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor de gezondheidsopvoeding in kader van preventie. Een campagne organiseren die wijst op het belang om zich te laten vaccineren om een bepaalde ziekte te voorkomen, ligt dus bij de Vlaamse, Franstalige en Duitstalige gemeenschap. Dat was zelfs reeds het geval voor de 6^{de} Staatshervorming.

- Rol van de federale overheid

De federale overheid is bevoegd om mensen in te lichten over het correct gebruik van de geneesmiddelen. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) neemt deze rol op. In het verleden organiseerde het agentschap onder meer campagnes om voorzichtig te zijn met middelen online aan te kopen, geneesmiddelen zijn geen snoepjes, werking generische vs. originele geneesmiddelen, etc. Het is denkbaar dat FAGG een campagne inricht over de veiligheid en correct gebruik van vaccins, bv. in weerwerk tegen anti-vaxers.

Hoe dan ook kunnen we stellen dat een campagne inrichten voor de herfst van 2020 weinig zin had omdat ze meer vragen zou oproepen dan ze had kunnen beantwoorden: Wat zullen de vaccins zijn? Hoe zullen ze werken? Waar kan ik ze krijgen? Etc. Dat waren allemaal elementen en vragen die we toen nog niet konden beantwoorden om een gefundeerde of

zinnvolle sensibilisatiecampagne met bijhorende affiches, TV-spots, internetboodschappen, etc. op te zetten. In ieder geval hebben de deelstaten op basis van hun bevoegdheid later wanneer er minder onbekenden waren wel een campagne ingericht. In Vlaanderen was dat het geval via het gebruikelijke kanaal *laatjevaccineren.be*. In Wallonië verzekerde AVIQ de campagne onder de titel '*je me vaccine.be*'.

Omdat in augustus 2020 uit het maatschappelijk debat duidelijk bleek dat verplichting van de het vaccin niet wenselijk was, was uitgeklaard dat het zwaartepunt van de bevoegdheden bij de deelstaten ligt. Om alle aspecten van de vaccinatie te gaan bepalen werd de interfederale kabinettenwerkgroep (IKW) Preventie geactiveerd. In overleg met de deelstaten werd een beslissing voorbereid die het mandaat en samenstelling vastlegde van de:

- IKW Preventie zelf
- adviesraad voor COVID vaccins
- Task Force vaccinatie

Deze structuur moest de verschillende aspecten bepalen. De Task Force vaccinatie kreeg als mandaat de operationele benadering van de vaccinatiecampagne. Het formaliseren van die werkgroep, betekende niet dat daarvoor op dat vlak geen activiteit was. De beweging maakte het doel, het mandaat en de samenstelling formeel duidelijk. Op 30 september 2020 ging de IMC Volksgezondheid akkoord.

Tijdens die vergadering gaf de voltallige IMC Volksgezondheid aan het FAGG eveneens een bijkomend formeel mandaat om buiten de normale procedure versneld bestellingen te plaatsen voor:

- bijkomende naalden en spuiten bovenop deze reeds verworven uit deelname uit de European Joint Procurement
- De reservatie van opslagcapaciteit met bijzondere koelinstallaties voor de stockage van de eerst ladingen vaccins en in afwachting dat (de deelstaten) de nodige openbare aanbestedingen om opslagruimte aan te wijzen vanaf april 2021, zou uitschrijven.

Wat het uiteindelijke resultaat van de COVID-vaccinatie zal zijn, valt nog af te wachten omdat er een aantal onbekende factoren zijn. De belangrijkste factor is de mate van bescherming tegen nieuwe varianten. Het tweede element betreft de duurtijd van immuniteit die het vaccin biedt.

Het is duidelijk dat eenieder wenst dat de vaccinatie vlotter en efficiënter zou verlopen. De publieke opinie verwijt dat de overheid niet voldoende snel vaccineert. De overheid wijst met de vinger naar de producenten dat er niet snel genoeg aangeleverd wordt. Tot slot vindt de industrie dat er vaak onduidelijkheden heersen over wat concreet van hen verwacht wordt. In tijden van crisis is duidelijk dat de bluts met de buil genomen moet worden. Handelen is belangrijker dan stilzitten. Zowel de overheid als de industrie hebben uiterste inspanningen geleverd zodat we amper een jaar na het uitbreken van deze pandemie reeds kunnen vaccineren. Daaraan kunnen we niet zo maar voorbij gaan. Het opzet was om de bevolking zo snel mogelijk toegang te bieden tot vaccins; daarin zijn we uiteindelijk geslaagd. Zeker in de rusthuizen mogen we stellen dat hiermee sedert het begin van de lente 2021 de situatie onder controle is. Ondanks de ondervonden moeilijkheden kunnen we op basis van de COVID vaccinatie-tracker van ECDC stellen dat het vaccineren steeds vlotter verloopt.

In eigen land moet tijdens een volgende staatshervorming alle aspecten van vaccinatie, ongeacht of het om collectieve of individuele preventie, een maatregel van nationale profylaxis of een crisismaatregel gaat, ondergebracht worden bij één overheid:

- De autorisatie en toezicht op het vaccin (post-EMA)
- De terugbetaling
- De sensibiliseringscampagnes
- Het al dan niet verplicht maken van het vaccin
- De vaccindistributie
- De strategie inzake het bepalen van de kalender, de afbakening van de doelgroepen en de prioritering.
- Het financieren, inrichten en exploiteren van vaccinatiecentra