**Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Rondetafelgesprek over coronabeleid op langere termijn**

**Maandag 16 mei 2022 – 14:00-15:00:**

**“Lessen uit het buitenland” (Marc Van Ranst)**

**Centrale commissievraag:**

**Hoe heeft België het coronabeleid geëvalueerd?**

België heeft 11,6 miljoen inwoners en telt 6 regeringen, 6 parlementen (Federaal Parlement (en de Senaat), Vlaams parlement, Parlement van het Waals Gewest, Parlement van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Parlement van de Franse Gemeenschap, en het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap), en 60 ministers, waaronder 8 Ministers Van Volksgezondheid: de heer Frank Vandenbroucke (Federale Overheid), de heer Wouter Beke (Vlaamse Gemeenschap), mevrouw Christie Morreale (Waals Gewest), mevrouw Valérie Glatigny (Franse Gemeenschap), mevrouw Bénédicte Linard (Franse Gemeenschap), de heer Alain Maron (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en Franse Gemeenschapscommissie voor Brussel), mevrouw Elke Van den Brandt (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en Vlaamse Gemeenschapscommissie voor Brussel) en de heer Antonios Antoniadis (Duitstalige Gemeenschap).

Deze uiterst complexe staatsstructuur is volgens mij de hoofdreden van BIJNA elk beleidsprobleem in België, a fortiori tijdens een crisis. Deze complexe organisatiestructuur bemoeilijkt niet alleen een snelle besluitvorming, maar ook de beleidsevaluaties.

**1. Evaluatie van de coronacrisis in het Vlaams Parlement**

1.1. Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid

Het Vlaams Parlement installeerde op 27 mei 2020 een “Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid”. Deze tijdelijke commissie (onder voorzitterschap van de heer Björn Rzoska (Groen), en met als ondervoorzitters de heer Wilfried Vandaele (N-VA) en de heer Hannes Anaf (Vooruit). De Commissie kreeg als opdracht een evaluatie op te maken van de voorbije coronacrisisperiode, hieruit de nodige lessen te trekken voor de toekomst, en de eerste aanzetten te geven voor een postcoronatraject.

De hoorzittingen vonden plaats tussen 26 juni 2020 en 20 juli 2020. De volledige samenstelling van de commissie en de verslagen van deze hoorzittingen zijn te vinden op <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/plenaire-vergadering-en-commissies/commissies/commissie-ad-hoc-voor-de-evaluatie>

Op 7 oktober 2020 werd in de plenaire vergadering van het Vlaams Parlement een resolutie aangenomen met **95 aanbevelingen**. De volledige tekst van deze aanbevelingen is online beschikbaar: <https://vlaamsparlement.tv/alle-95-aanbevelingen-van-de-coronacommissie/>

Nota: de Vlaams minister van Volksgezondheid Wouter Beke nam op 12 mei 2022 ontslag uit zijn functie, mede door kritiek op zijn beleid tijdens de coronacrisis.

1.2. Hoorzitting in de Commissie Volksgezondheid van het Vlaams Parlement over de evaluatie van het Covid Safe Ticket

Op woensdag 23 februari 2022 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding een hoorzitting met diverse experten over de evaluatie van het Covid Safe Ticket.

Het verslag staat online: <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1811087>

**2. Evaluatie van de coronacrisis in het Federaal Parlement**

2.1. Bijzondere Commissie “belast met het Onderzoek naar de Aanpak van de COVID-19 epidemie door België”

Op 2 juli 2020 is de bijzondere commissie “Bijzondere Commissie belast met het Onderzoek naar de Aanpak van de COVID-19 epidemie door België” opgericht door de Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers om de aanpak van de COVID-19-epidemie door België te onderzoeken, onder voorzitterschap van de heer Robby De Caluwé (Open Vld) en vicevoorzitters mevrouw Laurence Hennuy (Ecolo-Groen) en mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA).

Deze Commissie structureerde haar werkzaamheden rond vijf thema's: (1) voorbereiding op een mogelijke grootschalige gezondheidscrisis (precorona); (2) functioneren, omkadering en financiering van de zorgsector en het zorgpersoneel, (3) internationale afstemming en communicatie, (4) aanschaf, productie en verdeling van beschermings- en testmateriaal, geneesmiddelen en tracering en (5) intra-Belgische coördinatie van de aanpak, communicatie en lockdown.

De 46 hoorzittingen vonden plaats tussen 18 september 2020 en 28 juni 2021. Op 13 september 2021 werd het eindverslag met **134 aanbevelingen** voorgesteld aan het Federale Parlement. Dit verslag is online te vinden op <https://www.dekamer.be/flwb/pdf/55/1394/55K1394002.pdf>

Nota: de Federale Minister van Volksgezondheid, mevrouw Maggie De Block, werd tijdens de werkzaamheden van deze commissie bij de aanstelling van de regering De Croo op 1 oktober 2020 in haar functie opgevolgd door de heer Frank Vandenbroucke.

2.2. Hoorzittingen van de Kamercommissie Gezondheid over de vaccinatieplicht en het Covid Safe Ticket

Tussen 26 januari en 4 februari werden in de Kamercommissie Volkgezondheid (onder voorzitterschap van de heer Thierry Warmoes (PVDA-PTB) en met als ondervoorzitters mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) en de heer Hervé Rigot (PS)) 32 experten gehoord over het nut en de wenselijkheid van een vaccinatieplicht.

Op 22 maart 2022 besloot de Kamercommissie Gezondheid (meerderheid tegen oppositie) om geen aanbevelingen te formuleren na de hoorzittingen.

**3. Oprichting van het “Strategic Scientific Committee” (SSC)**

Op 20 april 2022 is door de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid (waarin de acht Ministers van Volksgezondheid zetelen), ter voorbereiding van een volgende (fase in de) pandemie, een nieuw “Strategic Scientific Committee (SSC) opgericht. Dit comité (waarvoor de huidige experten van de GEMS (Groep van Experten voor de ManagementStrategie van COVID-19) zal reflecteren en advies geven over de toekomstige pandemische beheersstrategie, en zal samen met de Risk Assessment Group (RAG) deel uitmaken van de Risk Management Group (RMG).

**Bijlage 1: Aanbevelingen van de Coronacommissie van het Vlaams Parlement**

 **(7 oktober 2020)**

 <https://vlaamsparlement.tv/alle-95-aanbevelingen-van-de-coronacommissie/>

**A. Wat betreft persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM):**

**1.** Zorg voor voldoende strategische reserves van persoonlijk medisch en beschermingsmateriaal (mondmaskers (FFP2/chirurgisch), schorten, handgel, zuurstofaanbod e.d. waarbij er de garantie is dat het juiste materiaal voldoende beschikbaar is bij een eventuele tweede uitbraak op korte termijn. Het federale noodplan voor een grieppandemie moet worden aangepast met betrekking tot de verantwoordelijkheden van de federale en deelstaatregeringen om een noodstock te voorzien. Elke voorziening voorziet in een eigen rollende stock, goed voor minstens drie maanden. De Vlaamse overheid voorziet zelf in een strategische, rollende noodstock van drie bijkomende maanden die, indien noodzakelijk, kan ingezet worden over de Vlaamse zorgsectoren heen. Ze kan deze stock opbouwen in overleg met de federale overheid, maar is zelf uitdrukkelijk verantwoordelijk voor de tijdige bevoorrading van alle zorgorganisaties onder haar bevoegdheid. Daarbij komt duidelijkheid over de rol en de financiering van elke actor inzake (strategische) stock van PBM: de instellingen zelf, de Vlaamse overheid en de federale overheid;

**2.** Maak een verdeelplan, zorg voor een efficiënte logistieke flow en communiceer transparant over de beschikbaarheden, de levertermijnen en eventuele stockbreuken. Bepaal welke rol lokale besturen en eerstelijnsactoren (bijvoorbeeld apothekers) daarbij kunnen spelen;

**3.** Zorg voor lokale productiecapaciteit of de mogelijkheid om productie­ capaciteit snel om te bouwen en op te schalen;

**4.** Zorg voor duidelijke richtlijnen over het gebruik van welke PBM in welke situatie in woonzorgcentra, thuisverpleging, mantelzorg enzovoort. Alle toekomstige richtlijnen omtrent gebruik van beschermend materiaal dienen het principe te volgen dat vertrekt van optimale bescherming van het personeel en objectieve criteria instelt voor triage bij schaarste, alsook noodoplossingen om reguliere materialen te converteren tot semibeschermend materiaal;

**5.** Verplicht het dragen van beschermingsmateriaal bij risicopatiënten en -cliënten bij een nieuwe uitbraak in een woonzorgcentrum;

**6.** Maak een evaluatie van het bestaande preventiebeleid van voorzieningen en onderzoek daarbij welke de kritische succesfactoren waren om verspreiding van het coronavirus te vermijden, dan wel wat er is gebeurd in woonzorgcentra met grote uitbraken;

**7.** Zet via opleiding en sensibilisering in op een betere naleving van de bestaande normen rond infectiepreventie en handhygiëne in woonzorgcentra;

**8.** Onderzoek de mogelijke automatisering qua handhygiëne in de woonzorgcentra en de voorzieningen. Dit houdt in dat iedereen die binnen- of buitengaat in een woonzorgcentrum, voorziening of een specifieke ruimte zijn handen eerst moet ontsmetten;

**B. Wat betreft het personeel:**

**9.** Voorzie in gerichte en praktische opleidingen voor alle personeelsleden en profielen (inclusief de logistieke medewerkers). Zorg voor permanente vorming van alle zorg- en welzijnsmedewerkers, niet enkel over COVID-19 (verspreiding van het virus, preventiemaatregelen, gebruik PBM enzovoort) maar ook op het vlak van hygiëne en infectiepreventie met duidelijke richtlijnen over wat moet, mag en niet mag (leer dit ook aan buiten de crisis). Maak gebruik van een gecombineerde aanpak met webinars, praktische training ter plaatse en de ontwikkeling van hulpmiddelen die online beschikbaar zijn. Organiseer op grote schaal opfriscursussen en praktijkvormingen over de principes van infectiepreventie en -controle, hygiëne, desinfectie om het zorgpersoneel beter voor te bereiden op een volgende uitbraak, in het bijzonder voor wzc die nog geen uitbraak hebben gehad. Waar nodig, wordt de opleiding ter plaatse georganiseerd voor alle professionals, vooral op het vlak van goed gebruik van beschermingsmateriaal en hygiënische maatregelen;

**10.** Voorzie extra steun voor zorgwerkers in een structureel betere omkadering. Maak snel werk van een sociaal akkoord met de zorg- en welzijnssector zodat de eerste maatregelen al in 2021 ingang kunnen vinden. Zorg voor betere loon-, arbeids- en omkaderingsvoorwaarden van zorgmedewerkers, budget voor zijinstromers, garanties voor autonomie, betrokkenheid en competentie van personeel;

**11.** Versterk de rol van de coördinerend en raadgevend arts (CRA) in functie van het infectiepreventiebeleid in woonzorgcentra en aangepaste financiering van de CRA hiervoor. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid waakt erover dat de opleidingen tot CRA, die vandaag door Domus Medica worden verzorgd, behoeftedekkend worden ingericht. Hierbij hoort ook het verplicht doorlopen van de e-learning die in opmaak is rond infectiepreventiebeleid door de CRA;

**12.** Maak een duidelijk mobilisatieplan om extra personeel in te schakelen in woonzorgcentra wanneer dat nodig is om de afwezigheid van werknemers te compenseren. Zorg dat personeelsleden uit andere sectoren steeds kunnen inspringen en zorg in het algemeen voor een vlottere arbeidsmobiliteit;

**13.** Zoek naar nieuwe profielen die in de woonzorgcentra aan de slag kunnen en overleg met zowel de federale overheid als de beroepsgroepen om het KB78 aan te passen. Besteed bij het inzetten van nieuwe profielen voldoende aandacht aan zowel het aspect wonen als aan het aspect medische expertise;

**14.** Creëer een meer positieve beeldvorming betreffende de woonzorgcentra, het personeel werkzaam in woonzorgcentra, mantelzorg enzovoort;

**C. Wat betreft welzijn van bewoners en personeel tijdens een pandemie:**

**15.** Werk tussenoplossingen uit tussen ‘volledige isolatie’ en ‘volledig open deuren’. Verzeker maximaal het recht op sociaal contact in alle omstandigheden met een minimale bezoekregeling (altijd minimum één vaste bezoeker toelaten, met mogelijkheid tot wissel per week);

**16.** Vermijd een opnamestop door testen en quarantaine te organiseren voor nieuwe bewoners;

**17.** Vrijwaar maximaal het zelfbeschikkingsrecht van bewoners van woonzorgcentra en voorzieningen door gefaseerd in te grijpen in geval van uitbraken door een systeem met kleurcodes voor voorzieningen te introduceren (zie ook bij testing). Dit systeem biedt de handvatten aan voorzieningen om een risicoanalyse te maken en zo tot een gradatie in maatregelen te komen. Een richtlijn wordt uitgevaardigd rond een gedifferentieerd toegankelijkheidsbeleid in het woonzorgcentrum, gekoppeld aan de kleurencode die het woonzorgcentrum heeft, waarbij de minimale maatregelen worden omschreven die moeten genomen worden op het vlak van bezoekregeling van familie, mantelzorgers en de toegang voor vrijwilligers en huisartsen. Het woonzorgcentrum kan deze maatregelen invullen (en aanvullen) in functie van de mogelijkheden van zijn infrastructuur, beschikbaarheid van het personeel en de beschikbaarheid van het beschermingsmateriaal. Het houdt maximaal rekening met de sociale en emotionele noden, de diversiteit van de bewoners en hun familie en de meerwaarde van vrijwilligers en mantelzorgers in de zorg voor bewoners en ondersteuning van het zorgpersoneel;

**18.** Erken de rol van mantelzorgers en vrijwilligers en betrek hen bij de maatregelen die genomen worden. Tijdens een crisis moeten mantelzorgers erkend worden als essentiële dienstverleners;

**19.** Vermijd bij levenseinde absoluut dat er een contactbeperking met naastbestaanden is;

**20.** Zorg ervoor dat vanaf de tweede golf het mensenrechtenperspectief, zowel preventief als reactief, beter meegenomen wordt bij het nemen van voorzorgsmaatregelen om het virus te bestrijden; werk samen met het Vlaams Parlement met het oog op het versterken van het toegankelijk aanspreekpunt voor het formuleren van bezorgdheden naar aanleiding van voorzorgsmaatregelen in de residentiële ouderenzorg. Maak daarvoor de woonzorglijn beter bekend bij bewoners en familieleden, en voorzie in een interne of externe vertrouwenspersoon (met inbegrip van klokkenluidersbescherming) voor personeelsleden die bezorgd zijn over de gang van zaken op hun eigen werkplek;

**21.** Voorzie en werk een aanbod op mentale ondersteuning uit voor de medewerkers in de zorgsector. Dit moet ‘outreachend’ werken om te anticiperen op het feit dat zorgverleners zelf niet snel de stap zetten naar hulpverlening. De psychosociale hulpverlening wordt ook uitgewerkt voor mantelzorgers, naar analogie van de professionele zorgverleners;

**22.** Breng bij het hervormen van het beleid inzake woonzorgcentra meer expertise op het vlak van psychologische hulpverlening binnen in de woonzorgcentra;

**23.** Beschouw personen met dementie en andere psychogeriatrische diagnoses als een aparte doelgroep met specifieke zorg- en ondersteuningsnoden. Niet alle interventies die men opzet in de zorg zijn geschikt voor personen met dementie, zoals het beeldbellen en de kamerquarantaine;

**24.** Vermijd bij een tweede golf kamerisolatie voor mensen met dementie, omdat dit te veel nefaste gevolgen heeft, mentaal maar ook fysisch-medisch. Dit kan bijvoorbeeld door mensen met dementie in kleinere groepen te laten wonen en flexibeler met regels om te gaan, zelfs binnen één instelling;

**25.** Maak voor iedere bewoner een plan rond vroegtijdige zorgplanning. Zo kan er in acute levensbedreigende situaties adequaat gehandeld worden door het zorgteam en kan de bewoner – volgens diens wens – al dan niet worden overgebracht naar het ziekenhuis. Het gaat hier over ethische afwegingen die best vooraf zijn afgesproken met de bewoner en diens familie en die periodiek moeten herbekeken worden;

**D. Wat betreft infectiepreventie, vroegdetectie en -signalering, testen en contact­ opsporing:**

**26.** Zorg ervoor dat Vlaanderen een plan klaar heeft voor een tweede golf: ‘Vlaanderenbreed’ maar ook gericht op snelle actie bij lokale uitbraken (provincies, zones, gemeenten en individuele organisaties enzovoort) en met gestroomlijnde richtlijnen in verband met bezoekersregelingen, bijvoorbeeld op basis van scenario’s en kleurencodes;

**27.** Zorg ervoor dat er een goed systeem van vroegdetectie- en signalering is dat zorgt voor snelle actie ingeval van uitbraken in of rond het woonzorgcentrum en dat duidelijkheid combineert met de flexibiliteit van een aanpak op maat. Dat moet vermijden dat woonzorgcentra te laat, te vroeg, te strikt, te langdurig, volledig (indien geïsoleerde in een afdeling) of met te veel in lockdown gaan. Dit vereist een duidelijke, goede en eenduidige teststrategie en gevalsdefinitie voor Vlaanderen waarbij meerdere sectoren samen (ziekenhuizen, rusthuizen, scholen enzovoort) worden bekeken en er antwoorden komen op vragen zoals: wat zijn risicogroepen en -beroepen (bijvoorbeeld slachthuizen)? Waar testen en waar wordt extra getest met welk soort testen? Er zijn een duidelijk testplan en duidelijke richtlijnen voor bewoners, mantelzorgers, bezoekers, thuiszorg, personeel (bijvoorbeeld elke werknemer die in contact kwam met de afdeling van positief geteste bewoners of personeel testen) enzovoort;

**28.** Zorg ervoor dat de teststrategie breed genoeg is, zodat grote besmettingshaarden kunnen vermeden worden. Test het personeel regelmatig, op zijn verzoek, na verdacht contact en als ze terugkomen van een (buitenlandse) reis. In samenwerking met de federale overheid wordt voorzien in voldoende testcapaciteit voor bewoners en personeel;

**29.** Zorg ervoor dat het duidelijk is welke gevolgen er precies aan de resultaten van het testen moeten gegeven worden voor de betrokkenen;

**30.** Zorg voor voldoende capaciteit van testen en een efficiënte logistieke flow zodat de testen snel bij de woonzorgcentra belanden en opnieuw snel bij de labo’s. Snelle testing zorgt ook voor snelle tracing en dat laatste is essentieel bij het bestrijden van een pandemie;

**31.** Voorzie drive-throughs voor het sneltesten van personeel uit de woonzorgcentra, mantelzorgers, voorzieningen enzovoort in een centrum per eerstelijnszone;

**32.** Zorg voor een tijdige en veralgemeende screening van bewoners en personeelsleden uit woonzorgcentra in regio’s, gemeenten of steden waar een infectie zich voordoet;

**33.** Zet bij een uitbraak een duidelijk cohorteringbeleid en een opvolgscreening van negatieve resultaten op. Schakel de voorziene vijftien mobiele ploegen in om te testen;

**34.** Zorg ervoor dat afnames in woonzorgcentra mogelijk zijn op elk moment, indien nodig ook in het weekend en op feestdagen. Er moet in samenwerking met de federale overheid ook voldoende labocapaciteit worden voorzien;

**35.** Onderzoek welke rol gevalideerde zelftests, eerstelijnsactoren (bijvoorbeeld apothekers) en koepelorganisaties kunnen spelen bij het testen;

**36.** Zorg voor een onmiddellijke, efficiënte en effectieve operationalisering van contactopsporing (app en callcenters). Zorg voor voldoende opgeleid personeel (medisch, communicatief enzovoort) dat diepgaande gesprekken voert, ook over potentiële bronnen van besmetting en met voldoende aandacht voor sensibilisering;

**37.** Zorg op korte termijn voor een aanvullend bottom-upsysteem van contactopsporing, bijvoorbeeld via de huisartsen, die het vertrouwen van hun patiënten hebben en waarvan de gegevens centraal kunnen ingevoerd worden. Zorg ervoor dat de regie steeds door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wordt gevoerd;

**38.** Zorg ervoor dat contactopsporing op een efficiënte en effectieve manier kan gebeuren, waarbij datastromen maximaal worden gebundeld en het belang van de algemene volksgezondheid en het afblokken van de verspreiding van het virus voor ogen worden gehouden als doel;

**39.** Volg de teruggekeerde vakantiegangers maximaal op, zowel op het vlak van testing als op het vlak van respecteren van de quarantaine;

**40.** Onderzoek in welke mate nuttige data van private bedrijven zoals Apple, Google, telecomoperatoren en dergelijke doelgericht geïntegreerd kunnen worden in de bestrijding van de verspreiding van het coronavirus;

**E. Wat betreft communicatie:**

**41.** Activeer bij crisis onmiddellijk een cel crisiscommunicatie op het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin voor alle welzijnsactoren. Op die manier wordt er gezorgd voor een gestroomlijnde crisiscommunicatie via een centraal nummer met de mogelijkheid van dispatching naar de bevoegde diensten;

**42.** Zorg ervoor dat de communicatie vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid duidelijker en bondiger is. Maak hoofdlijnen, duidt wijzigingen aan en voorzie meer (doorklik)info voor wie deze nodig heeft. Geef voorzieningen voldoende tijd om veranderingen te implementeren. Gebruik bij het opstellen en communiceren van richtlijnen de inzichten van gedragswetenschappers en maak begrijpelijke versies voor personeelsleden binnen het woonzorgcentrum. Voorzie indien nodig in praktische steun voor de uitvoering ter plaatse. Hou in de richtlijnen ook rekening met het niet-zorgpersoneel (schoonmaakploegen, administratief en keukenpersoneel enzovoort) en vrijwilligers;

**43.** Voorzie voor de verschillende onderdelen rechtstreekse contactgegevens. De woonzorgcentra maken een regelmatige update van hun sociale kaart en vullen de contactgegevens van de CRA minimaal een keer per jaar aan;

**44.** Leg vast wie de (crisis)communicatie voert naar voorzieningen, lokale besturen enzovoort;

**45.** Zorg voor correcte en actuele communicatie, die handelt over beslist beleid;

**46.** Zorg ervoor dat communicatie van en voor de vele actoren in de zorgsector gelijktijdig gebeurt, dezelfde is, en eenduidig is;

**47.** Communiceer naar alle betrokkenen, inclusief vrijwilligers zoals mantelzorgers (bijvoorbeeld op corona-infowebsites en telefoonlijn), thuisverpleging enzovoort;

**48.** Communiceer doelgericht, ook naar specifieke groepen (jongeren) en culturele gemeenschappen;

**49.** Zorg ervoor dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de koepels de woonzorgcentra ondersteunen bij hun communicatie naar personeel, bewoners en mantelzorgers. Daarvoor stelt het agentschap documenten (modelbrieven, -affiches, -folders, -pictogrammen enzovoort) ter beschikking;

**50.** Ondersteun voorzieningen om een betere communicatie uit te bouwen met familie, met inbegrip van ICT-ondersteuning voor communicatie. Ook de koepels nemen een actieve rol op in deze ondersteuning;

**51.** Zorg ervoor dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid lokale goede praktijken bundelt en deelt (bijvoorbeeld gemeenten die mantelzorgers tijdens de crisis telefonisch contacteerden);

**F. Wat betreft het (crisis)management, de kwaliteitscontrole, procedures en draaiboeken:**

**52.** Zorg ervoor dat elke voorziening tegen 21 augustus 2020 een draaiboek heeft als voorbereiding op een tweede golf. Vervroeg het moment waarop een basisdraaiboek klaar moet zijn, waarin de grote lijnen voor een mogelijke tweede golf zijn opgenomen;

**53.** Zorg ervoor dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid richtlijnen maakt voor draaiboeken per instelling (bijvoorbeeld inzake cohortering) en ervoor zorgt dat woonzorgcentra hun procedures testen vóór een uitbraak. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid kan hierin ondersteunend werken;

**54.** Evalueer de crisisplannen en draaiboeken die tijdens deze crisis gemaakt zijn, neem goede praktijken mee en hou ze klaar voor een volgende crisis. Niet enkel de draaiboeken voor de voorzieningen zelf, maar ook voor de brede sector (bijvoorbeeld hoe kunnen vrijwilligers, extern personeel enzovoort mee zorgen voor ondersteuning?);

**55.** Zorg ervoor dat woonzorgcentra die tot nog toe weinig of geen besmettingen kenden, weinig expertise en ervaring hebben en dus minder zijn voorbereid op een tweede golf, specifiek kunnen benaderd worden en begeleid of opgevolgd worden. Goede praktijken van woonzorgcentra en voorzieningen met besmettingen kunnen hier handig zijn;

**56.** Zorg ervoor dat de zorginspectie de komende maanden sterk ondersteunend werkt, onder meer in het opsporen en delen van goede praktijken. De onaangekondigde doorlichtingen door de zorginspectie worden in de periode van deze pandemie omgebogen naar aangekondigde en ondersteunende doorlichtingen op het vlak van infectiepreventie en -controle, correct gebruik van beschermingsmateriaal, handhygiëne wanneer zich op dat vlak tekortkomingen voordoen. In uitzonderlijke gevallen blijven onaangekondigde controles mogelijk;

**57.** Zorg ervoor dat de zorginspectie meer aandacht heeft voor het infectiepreventiebeleid van woonzorgcentra. De zorginspectie moet standaard controleren op: de beschikbaarheid van noodplannen, de invulling van de duurzame verbinding met een ziekenhuis, de beschikbaarheid van beschermingsmateriaal (mondmaskers, schorten, handschoenen, alcoholgels enzovoort), de organisatie van opleiding voor personeel, de deelname aan vormingsmomenten die georganiseerd worden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid;

**58.** Zorg ervoor dat de zorginspectie performanter wordt uitgebouwd zodat zij voldoende multidisciplinair, naast haar controlerende taak, ook kan coachen op het terrein. De zorginspectie evolueert naar een coachende rol die evalueert op outcome en minder op processen, maar krijgt ook meer mogelijkheden om de afdwingbaarheid van de maatregelen te versterken wanneer wzc’s hardleers zouden zijn;

**59.** Zorg voor overlegstructuren waarbij ook bewoners, mantelzorgers enzovoort inspraak hebben inzake beleid in de residentie. Bewoners moeten ook op individueel niveau de regie over hun leven krijgen;

**60.** Ondersteun en stimuleer de trialoog tussen professionele zorgverlener(s), mantelzorger(s) en de zorgvrager (het triadisch werken);

**61.** Maak een plan inzake bedrijfscontinuïteit van woonzorgcentra en voorzieningen indien personeel uitvalt door ziekte dan wel door quarantaine als gevolg van reizen;

**62.** Zorg voor degelijke theoretische kaders (via het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg), inhoudelijke kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten om kwaliteit te meten in woonzorgcentra, die rekening houden met alle facetten van levenskwaliteit (bijvoorbeeld Nederland: KICK-protocollen van de Nederlandse landelijke kennisorganisatie voor de langdurende zorg Vilans, kwaliteitssystemen zoals PREZO enzovoort);

**63.** Omschrijf de opdracht van de crisismanager, voor wiens aanstelling de woonzorgcentra bij een uitbraak een subsidie konden krijgen en die de voorziening bijstaat bij het beheer, meer operationeel zodat onduidelijkheden en verkeerde verwachtingen worden vermeden;

**64.** De Vlaamse Regering besliste reeds tot het oprichten van mobiele teams. Dat zijn vijftien teams die bestaan uit een arts, een verpleegkundige en een gezondheidspromotor, onder leiding van het bestaande team infectieziektebestrijding van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Deze teams moeten ondersteuning bieden op het vlak van opleiding, testing, communicatie enzovoort. Het zou goed zijn mocht de werking van de vijftien mobiele teams worden uitgebreid tot de verzorging van besmette en zieke patiënten, het mentaal welzijn van zorgverleners en bewoners in het bijzonder, en in de eerste plaats de posttraumatische verwerking. De samenwerking met de mobiele therapieteams dient hierbij bekeken te worden;

**65.** Zorg ervoor dat, in opvolging van het zevende GEES-rapport (GEES: Groep van Experts die belast is met de Exitstrategie), de niet-COVID-geneeskundige zorg zo veel mogelijk verderloopt, ook de mentale gezondheidszorg. Zorg hoeft dus niet uitgesteld te worden;

**66.** Pleit, in opvolging van het zevende GEES-rapport, bij een volgende golf voor meer aandacht en bezoek voor kwetsbare mensen: zo veel als mogelijk bezoek in woonzorgcentra, jeugdinstellingen en instellingen voor mensen met een beperking, onder veilige omstandigheden;

**G. Wat betreft samenwerking en ondersteuning tussen sectoren en organisaties:**

**67.** Evalueer de rol van de eerstelijnszones en andere bovenlokale en regionale netwerken-samenwerkingsverbanden tijdens de coronacrisis. Ga na hoe de samenwerking kan versterkt worden en er in crisistijden 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 een beroep kan worden gedaan op medische ondersteuning;

**68.** Zorg voor een betere afstemming tussen eerstelijnszones en ziekenhuis­ netwerken. Zorg ervoor dat de vereiste samenwerkingsafspraken van woonzorgcentra met onder meer een ziekenhuis (cf. ziekenhuis­ hygiënist) effectief worden uitgerold;

**69.** Zorg in de samenwerking met de federale overheid voor flexibiliteit en uitwisseling zodat medisch personeel maximaal en zo efficiënt mogelijk wordt ingeschakeld (tijdelijk werklozen, professionals uit de zorgvormen die hun activiteiten staken enzovoort) door:

a) het inschakelen van ziekenhuispersoneel in woonzorgcentra(verpleegkundigen, ziekenhuishygiënisten) te vergemakkelijken;
b) te zorgen voor een structurele samenwerking tussen elk woonzorgcentrum met het geriatrisch team van een ziekenhuis;
c) alle actoren binnen het Woonzorgdecreet sterker en structureel anders te verbinden;
d) de uitrol van goede praktijkvoorbeelden waarbij bijvoorbeeld de gezinszorg en de thuisverpleging op verschillende plaatsen nauw samenwerkten om cohortzorg op te zetten om potentieel besmette patiënten in de thuiszorg af te zonderen;

**70.** Evalueer en verbeter het systeem van de medische reserve. De werking kan performanter zodat er een echte reservepool met zorgverleners is;

**71.** Vertaal maatregelen en richtlijnen naar mantelzorgers, aangezien mantelzorg een op zich staande manier is om hulpbehoevende personen bij te staan;

**72.** Definieer mantelzorg en vrijwilligerswerk ook als essentiële zorg- en dienstverlening (en dus essentiële verplaatsing);

**73.** Evalueer het gevoerde beleid ten aanzien van mantelzorgers en vrijwilligers tijdens de coronacrisis en werk een kader uit om hen bij een volgende crisis beter aan boord te houden;

**74.** Zorg voor flexibele, maar duidelijke oplossingen met betrekking tot het bezoekrecht van mantelzorgers;

**75.** De noodzaak en de opportuniteit van de oprichting van de huidige schakelzorgcentra lijkt niet het gewenste effect te hebben. Versterking van woonzorgcentra of ziekenhuizen lijkt een beter model in plaats van een derde entiteit te creëren;

**76.** Creëer een poule van personeel die zowel in de woonzorgcentra, de voorzieningen, de ziekenhuizen als in de thuisverpleging kan worden ingezet;

**77.** Zorg ervoor dat de koepels de implementatie van het kader dat samen wordt uitgetekend voor de voorzieningen sterk ondersteunen;

**H. Wat betreft de structuren voor een performant crisisbeheer:**

**78.** Evalueer de federale en gewestelijke crisisstructuren op hun werking en zoek een formule waar er snel tot gedegen, wetenschappelijk verantwoorde en heldere richtlijnen (eenheid van commando) kan worden gekomen waarmee zorgorganisaties aan de slag kunnen met respect voor ieders bevoegdheden. Evalueer de maatregelen en stuur bij waar nodig in voorbereiding van enerzijds lokale uitbraken en anderzijds een tweede algemene uitbraak;

**79.** Garandeer verder wetenschappelijk onderzoek en verzeker de inbreng van wetenschappelijke expertise met betrekking tot het beheer van een gezondheidscrisis. Daarbij is het een optie dat Sciensano een interfederaal wetenschappelijk instituut wordt;

**80.** Zorg ervoor dat er duidelijke afspraken komen over de rol van de Risk Assessment Group (RAG) en de Risk Management Group (RMG) in het bepalen van de richtlijnen voor de Vlaamse zorginstellingen en de inbreng van Vlaanderen hierin, onder andere rond testen en het gebruik van beschermingsmateriaal;

**81.** Verfijn tegen ten laatste 31 augustus 2020 het actueel protocolakkoord, met precieze afspraken over de bevoegdheden van de federale overheid en de gemeenschappen bij het crisisbeheer, inclusief de werking van Saniport;

**82.** Maak de verslagen van de overlegorganen voor crisisbeheer publiek toegankelijk, ook die van het overlegcomité;

**83.** Verminder het aantal werkgroepen en comités, taskforces enzovoort;

**84.** Respecteer bevoegdheden bij het nemen van beslissingen. Indien in de praktijk blijkt dat er belemmeringen zijn voor een goede werking van Vlaamse centra en voorzieningen door aanslepende discussies op andere beleidsniveaus dan wel door tegengestelde adviezen (bijvoorbeeld de Vlaamse Toezichtcommissie versus de Gegevensbeschermingsautoriteit), dient in het belang van de zorgvrager, de volksgezondheid en het personeel in onze voorzieningen gehandeld te worden;

**85.** Breid de taskforce uit met partners die de afgelopen periode ook inhoudelijk werk hebben geleverd zoals bijvoorbeeld de Belgische Federatie voor Zorgkundigen (BEFEZO), de Vlaamse Ouderenraad en Mantelzorg Vlaanderen;

**86.** Vraag de federale overheid te onderzoeken op welke manier de GEES kan worden geïntegreerd in de RAG en RMG;

**I. Wat betreft data en digitalisering:**

**87.** Zorg voor voldoende, maar meer eenvoudige registratie door woonzorgcentra en vermijd administratieve rompslomp, aangezien registratie belangrijk is, maar de bevragingen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid vaak tijdrovend en repetitief zijn voor het personeel van woonzorgcentra;

**88.** Zet in op verdere digitalisering en een gebruiksvriendelijke en geautomatiseerde gegevensdeling in en tussen de verschillende sectoren van zorg en welzijn;

**89.** Gebruik automatisering en dataflow (e-ID-registratie) die kunnen zorgen voor betere registratie (bewoners en bezoekers) in het kader van registratie en contactopsporing;

**90.** Zet in op maximale automatisering van administratie die ervoor zorgt dat medisch en zorgkundig personeel zich kan toeleggen op medische en zorgkundige taken;

**91.** Maak afspraken over het verzamelen, bijhouden en verwerken van data in een crisis en koppel bruikbare conclusies uit verzamelde data steeds terug naar de initiatiefnemers en professionals op het terrein. Daarbij staat transparantie centraal: alle gegevens rond de epidemiologische situatie in woonzorgcentra en voorzieningen dienen in geanonimiseerde vorm onmiddellijk en publiek ter beschikking gesteld te worden zodat gemeenten, zorgbedrijven en hulporganisaties meteen kunnen achterhalen waar ondersteuning nodig is;

**92.** Maak de rapportering van overlijdens ten tijde van een gezondheidscrisis voor de woonzorgcentra verplicht;

**J. Wat betreft het plan ‘Uitrol COVID-vaccinaties’:**

**93.** Zorg dat er een duidelijk plan voor de uitrol van de COVID-vaccinaties in Vlaanderen is. Daarbij moeten duidelijke afspraken worden gemaakt rond het bestellen en verdelen van vaccins eens die beschikbaar zijn. In elk geval moet de Vlaamse overheid garanderen dat vaccins voor iedereen laagdrempelig toegankelijk en betaalbaar zijn, met prioriteit voor zorg- en welzijnsverleners, risicogroepen en personen in essentiële beroepen met een risicopersoon als directe naaste;

**94.** Zet een populatiebrede vaccinatie op poten tegen seizoensgriep en vaccineer alle risicogroepen inclusief alle 65- tot 85-jarigen (zonder comorbiditeit) tegen pneumokokken om op die manier huisartsen in de herfst en winter te ontlasten en de testcapaciteit niet onnodig te bezwaren;

**95.** Sensibiliseer om de verspreiding van samenzweringstheorieën en fake news rond de verspreiding van het virus en de nood aan vaccinatie (‘vaccin hesitancy’) te counteren.

**Bijlage 2: Aanbevelingen van de Coronacommissie van het Federale Parlement**

 **(13 september 2021)**

 <https://www.dekamer.be/flwb/pdf/55/1394/55K1394002.pdf>

**A. Een robuuster gezondheidssysteem als basis**

1. Meer aandacht voor gezondheidspromotie en ziektepreventie

**1.** Om de gevolgen van een pandemie in te perken, dient een geïntegreerde, toegankelijke en alomvattende gezondheidsbenadering te worden uitgewerkt die op samenwerking tussen de gezondheidsactoren (waaronder de eerstelijnsactoren) stoelt, en te worden ingezet op een ambitieus preventiebeleid dat de algemene toestand en de weerstand van de bevolking, inzonderheid van de kwetsbare groepen, moet versterken. Samen met de deelstaten dient, binnen eenieders bevoegdheden, te worden bepaald hoe de bevolking ertoe kan worden aangespoord werk te maken van een betere gezondheid. Ook in de onderwijsprogramma’s zouden een gezonde levensstijl en de middelen om die te verwezenlijken, aan bod kunnen komen.

**2.** In het raam van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zullen de gezondheidspreventie en -bevordering een belangrijke plaats krijgen, in lijn met het Nationaal Actieplan voor Milieu en Gezondheid (NEHAP) en het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan. De huidige projecten, opgestart in het raam van de internationale samenwerking One Health European Joint Programme met het oog op een doeltreffender gezondheids- en milieupreventiebeleid, zullen actief moeten worden voortgezet. Voorts zal het proefproject One World, One Health, dat ertoe strekt de gezondheidsimpact van elk nieuw beleid te onderzoeken, zij het voornamelijk vanuit het oogpunt van de ongelijkheid, worden geëvalueerd om het geleidelijk uit te breiden naar de alomvattende impact op de gezondheid. De evaluatie van dat federale project zal worden toegelicht op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, met de bedoeling voor te stellen dat die impactanalyses worden uitgebreid tot de deelstaten.

**3.** In samenwerking met de deelstaten, doorgaan met de versterking en opwaardering van de eerstelijnszorg, bestaande uit – onder meer – de huisartsen, de verpleegkundigen, kinesitherapeuten, psychologen, maar ook de apothekers, teneinde die ganse eerstelijnszorg goed gestructureerd, solide en performant te maken.

**4.** Ten behoeve van zowel de burgers als de zorgverstrekkers moeten strategieën inzake gezondheidswijsheid en empowerment van de patiënten worden uitgewerkt, in samenspraak met de deelstaten. Daarbij wordt een bijzondere aandacht besteed aan de meest kwetsbare groepen.

**5.** Er dienen tegelijk, al dan niet in crisistijd, voldoende campagnes en sensibiliserende initiatieven opgestart te worden omtrent het belang van preventieve gezondheidsmaatregelen.

1. Een reorganisatie van de ziekenhuizen

**6.** Het ziekenhuislandschap moet via het instellen van netwerken verder worden hervormd door in te zetten op meer samenwerking met de woonzorgcentra, en de instellingen voor mensen met een beperking, alsook met de eerstelijnsgezondheidsactoren, en de concentratie van hoog-specialistische zorg, teneinde de complementariteit en de continuïteit te waarborgen van financieel én geografisch voor eenieder toegankelijke kwaliteitsvolle zorg.

**7.** De structurele samenwerking en verbindingen tussen de ziekenhuizen en de woonzorgcentra uitdiepen en verduurzamen. Hierbij dient voldoende aandacht gegeven te worden aan de ondersteuning van woonzorgcentra inzake infectiepreventiebeleid, noodplannen, de beschikbaarheid van persoonlijk beschermingsmateriaal, de uitrol van samenwerkingsafspraken van woonzorgcentra met ziekenhuizen (cf. ziekenhuishygiënist) en het faciliteren van de inschakeling waar mogelijk van ziekenhuispersoneel in woonzorgcentra (verpleegkundigen, ziekenhuishygiënisten) zonder evenwel de omkadering van de zorg in de ziekenhuizen in gevaar te brengen, binnen het geldende ethische kader en in samenspraak met de deelstaten. Daarnaast wordt gepleit voor de uitbouw van structurele samenwerkingen tussen woonzorgcentra met de geriatrisch teams van nabije ziekenhuizen, zodat er een poule van personeel gecreëerd kan worden die zowel in de woonzorgcentra als in de ziekenhuizen kan worden ingezet in bijzondere situaties, zoals een crisis of bij een uitbraak van een infectieuze aandoening.

**8.** Er moet in een meerjarige ziekenhuisfinanciering worden voorzien en de ziekenhuisfinanciering moet voort worden hervormd door ze eenvoudiger en transparanter te maken, teneinde de duurzaamheid en de kwaliteit van de aan de patiënt verstrekte zorg te waarborgen

**9.** Het wetgevend kader inzake de ziekenhuisnoodplannen actualiseren en versterken met betrekking tot het aspect “pandemie”, als onderdeel van een algemene federale noodplanning, afgestemd op de noodplannen van de niet-ziekenhuisinstellingen en de eerstelijnszorg. Deze actualisering en versterking heeft in dit kader o.a. tot doel om de met een pandemie geconfronteerde ziekenhuizen in staat te stellen de continuïteit van de electieve zorg optimaal te garanderen.

**10.** Het kader inzake de ziekenhuisnoodplannen moet zorgen voor een versterking van de permanente opleiding over risicobeheer, over infectiebeheer, over leiderschap enzovoort.

**11.** Gelet op het feit dat het voor ziekenhuizen en zorgverstrekkers niet eenvoudig is te beoordelen welke zorg in geval van nood kan worden uitgesteld, beveelt de bijzondere commissie aan het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek te verzoeken ter zake een advies uit te werken, met richtsnoeren ten behoeve van het beleid en de sector, alsook met betrekking tot de gegevens die gedeeld moeten worden (en de wijze waarop) in crisistijden.

**12.** Het tijdens de COVID-19-crisis opgerichte comité “Hospital & Transport Surge Capacity” (HTSC) te bestendigen om de ziekenhuisbedden, waaronder ook de ICU-bedden, te kunnen beheren. Er dient op middellange termijn een toegankelijk en geautomatiseerd “GDPR-proof” informaticasysteem voor de ziekenhuizen uitgewerkt te worden, waarin in realtime en op geautomatiseerde wijze elementen zoals de bezettingsgraad, de leeftijd en comorbiditeiten van de patiënten in andere ziekenhuizen en andere relevante ziekenhuissurveillancegegevens zoals de aanwezigheid van persoonlijk beschermingsmateriaal, beschikbare (types van) zorgverleners en beademingsmateriaal, worden opgenomen en beschikbaar zijn voor andere ziekenhuizen alsook de HTSC en andere overheden en overleg- en adviesorganen die betrokken zijn bij het beheer en de aanpak van (gezondheids)crisissen. Hierbij dient evident rekening gehouden te worden met de beperking van de administratieve last voor onze zorgverleners enerzijds en gegevensverzameling ter verbetering van onze gezondheidszorg en (het operationeel beheer van) onze ziekenhuizen anderzijds.

Zelfs tijdens een crisis is het belangrijk dat elkeen kan rekenen op kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg. De commissie beveelt bijgevolg aan dat een analyse wordt gemaakt met betrekking tot: 1) de uitgestelde niet-dringende zorg en de evolutie van de niet-dringende zorgverstrekking tijdens de verscheidene golven (inclusief een vergelijking met andere landen); 2) de organisatie van de zorg, inzonderheid de wijze waarop de zorginstellingen de nosocomiale dimensie van de epidemie hebben aangepakt alsook het vermogen om kwaliteitsvolle zorgverlening te bieden met behulp van extra ICU-bedden. Op grond van die analyse kunnen aanbevelingen worden geformuleerd ten behoeve van de overheden en de sector. Voor de uitvoering van die analyse kan een samenwerking tussen het KCE, Sciensano en het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek opportuun zijn.

**13.** De negen aanbevelingen van het KCE in de studie “Het beheer van de ziekenhuiscapaciteit in België tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie” (blz. 49 tot 55) zoveel mogelijk integreren in de tenuitvoerlegging van het pandemieplan, alsmede in de vereiste flankerende maatregelen om de grondslag van het gezondheidssysteem te versterken, opdat het pandemieplan over de nodige ondersteunende pijlers beschikt bij de tenuitvoerlegging ervan. Deze aanbevelingen betreffen: — het ziekenhuisnoodplan, — het Hospital & Transport Surge Capacity Comité, — het zorgpersoneel, — de hervorming van de ziekenhuissector, — de datasystemen, — de communicatie, — de digitale zorg, — de ethische aspecten, — de onderzoeksagenda.

**14.** De ervaringen met telegeneeskunde te evalueren en de uitbreiding ervan zowel in de preventieve als de curatieve zorg na te gaan.

**15.** Er moet worden voorzien in een wettelijk raamwerk voor kwaliteitsvolle telegeneeskunde, in samenspraak met de actoren in het veld.

1. Geestelijke gezondheidszorg

**16.** Geestelijke gezondheidszorg is een inherent deel van de totale gezondheidszorg. Het pandemieplan moet oog hebben voor de gevolgen op het mentale en psychosociale welzijn en voor de psychologische aspecten van de pandemie op de bevolking, in het bijzonder op kinderen en jongeren. Het plan moet niet enkel de virale golven bestrijden, maar eveneens initiatieven en structuren uitwerken die de mentale golven, ook op langere termijn, kunnen aanpakken. De diensten voor de Geestelijke Gezondheidszorg en voorzieningen voor jeugdhulpverlening moeten betrokken worden bij de opstelling van het plan en de draaiboeken. De aandacht voor de continuïteit van de zorg moet hier prioritair zijn om breuken in het hulpverleningstraject te vermijden.

**17.** In het kader van de lnterministeriële Conferentie Volksgezondheid een met de verscheidene bevoegdheidsniveaus overlegde aanpak uitwerken met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen; die aanpak zou kunnen uitmonden in een interfederaal plan voor geestelijke gezondheid.

1. Een performante testing & tracing-infrastructuur

**18.** De verschillende overheden dienen ervoor te zorgen dat ons land beschikt over voldoende kennis en reservecapaciteit die het bij een crisis mogelijk maken de testing & tracing snel te kunnen activeren en te versterken. Dit vereist dat er draaiboeken op EU-niveau worden opgesteld rond het testbeleid, hoe er snel opgeschaald kan worden en hoe er samengewerkt kan worden tussen verschillende laboratoria teneinde ook de ontwikkeling van nieuwe, meervoudige testen te stimuleren. Inzake tracing dient minstens de expertise aanwezig te zijn om die capaciteit te verhogen en externe ingehuurde ondersteuning snel te kunnen inschakelen onder leiding van de overheid. Ook zorgaanbieders van de eerste lijn dienen bij beide processen te worden betrokken, zodat zij vanuit hun onthaal- en signaalfunctie kunnen bijdragen aan het succes van deze testing & tracing. De doelstelling moet immers zijn om op een zo kort mogelijke termijn tot een modus vivendi te komen met een dreiging voor de volksgezondheid, die het mogelijk maakt een veilige heropening van de samenleving zo snel mogelijk in het vooruitzicht te stellen.

Daarbij wordt best een systeem opgezet waarbij, zeker in het begin van een crisis wanneer de zaken nog behapbaar zijn en er snel op de bal gespeeld kan worden, snelle dataverzameling en -deling vanuit zorgverstrekkers en ziekenhuizen, alsook data uit andere bronnen, zoals de monitoring van rioolwater, worden verzameld en geanalyseerd. Dit kan desgevallend tot beleidsinitiatieven aanleiding geven.

**19.** Er dienen protocollen met betrekking tot testing, contactopsporing, vaccinatie en dergelijke meer te worden opgesteld, getest, geëvalueerd en bijgewerkt. In deze protocollen moet er tevens een onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende types van pathogenen die een pandemie kunnen veroorzaken (bacterieel of viraal, respiratoir of bloed-gebonden, rechtstreekse overdracht van mens op mens of via een zoönotische wijze middels een tussenorganisme zoals de mug …).

**20.** In overleg met de deelstaten de samenwerking tussen de gezondheidsinspecteurs, de Dienst Public Health Emergencies en Saniport optimaliseren zodat, wanneer dat nodig zou blijken, er snel een structuur van testing en tracing van inkomende reizigers, terugkerende landgenoten of bij risicovolle lokale epidemiologische uitbraken, kan worden opgestart.

**21.** In overleg met de diverse beleidsniveaus en overeenkomstig de bevoegdheidsverdeling, moeten de overheden de nodige maatregelen nemen om de naleving van de quarantaine op te volgen en de afzondering ten bate van onder meer de kwetsbare groepen te ondersteunen.

**22.** Bij een gezondheidscrisis en vooral bij een pandemie moet men:

— snel een testprotocol kunnen vastleggen;

— de opsporingscapaciteit fors kunnen opvoeren door een beroep te doen op alle in België beschikbare laboratoria op basis van hun eigen capaciteiten;

— zorgen voor een voldoende capaciteit aan reagentia die in België en in de EU kunnen worden geproduceerd;

— ervoor zorgen dat meerdere, over het hele land verspreide laboratoria performante testmethodes kunnen ontwikkelen wanneer daar nood aan zou zijn, en waarbij de testcapaciteit gelijkmatig is verdeeld over het hele grondgebied.

**23.** Indien nodig moeten de referentielaboratoria een dreigend tekort aan capaciteit tijdig melden en hun netwerk snel kunnen inzetten om hun capaciteit uit te breiden. De referentielabs moeten hun testprotocol in voorkomend geval onverwijld delen met andere klinische labs, zodat er meteen opgeschaald kan worden van zodra dat nodig is. Hun testcapaciteit dient in dat kader gemonitord te worden en de beslissing tot opschaling dient door de bevoegde crisisorganen gemaakt te worden op basis van transparante, duidelijke en objectieve parameters.

**24.** Het opnieuw kunnen activeren, en desgevallend op- en afschalen, van een gediversifieerde en te allen tijde toereikende opsporingscapaciteit – die snel kan worden ingezet en waardoor resultaten snel beschikbaar zijn – door alle in België beschikbare laboratoria, meer bepaald de universiteits-, ziekenhuis- en privélaboratoria, in te schakelen, en dit na een beslissing door de bevoegde crisisorganen aan de hand van transparante, duidelijke en objectieve parameters.

**25.** Samen met de private klinische laboratoria een specifiek organiek kader uitwerken om de kwaliteit te garanderen en een gepaste financiering van de prestaties te waarborgen.

1. Aandacht voor de zorgberoepen

**26.** Er moet verder werk gemaakt worden van de opwaardering van het statuut van het verpleegkundig personeel, onder meer door méér gekwalificeerd personeel in dienst te nemen. Het werk en het overleg om het statuut van de artsen-specialisten in opleiding (ASO), alsmede van hun werk-, loon- en opleidingsomstandigheden te verbeteren moet verder gezet worden.

**27.** Het zorgpersoneel moet verder worden ondersteund door te blijven inzetten op een verlichting van hun werklast, zodat er meer handen vrijkomen voor zorg aan het bed, en op een verbetering van hun werkomstandigheden.

**28.** Het beheer van de overbrenging van patiënten optimaliseren om de werklast van de reanimatie- en intensieve zorgartsen te verminderen, door na te gaan of die overbrengingen tijdens een pandemie kunnen worden uitgevoerd door de medische component van Defensie.

**29.** De omstandigheden creëren voor een doordachte en dynamische planning van het medisch aanbod, zodat de hele bevolking kwalitatief hoogstaande zorg kan krijgen.

**30.** Besmettingen en overlijdens bij zorgverstrekkers en hulpverleners verdienen extra aandacht en dienen nauwgezet te worden opgevolgd, geregistreerd en, in geanonimiseerde vorm, publiek toegankelijk gesteld te worden in de loop van de hele crisis. Zij vormen immers de frontlinie in een pandemie, waardoor het van groot belang is om zicht te hebben op eventuele uitval en bovendien betreft deze informatie zeer belangrijke input voor onderzoeksinstellingen, in het bijzonder in het kader van open data policy.Digitalisering, data en data-verwerking

1. Digitalisering, data en data-verwerking

**31.** De bijzondere commissie beveelt aan procedures uit te werken die de eerstelijnsgezondheidswerkers sneller en beter betrekken, hun data aan te wenden bij fijnmazige analyses met respect voor de GDPR-Verordering en de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, en hun betere vorming en ondersteuning te bieden zodat best practices, ervaringen en organisatiemethodes tussen de zorgverleners en betrokken instellingen, en tussen hen en de federale kenniscentra, die ook de internationale ervaringen kunnen oppikken, beter kunnen worden gedeeld.

De opmaak van een dynamisch kadaster van zorgverstrekkers moet zo snel als mogelijk worden afgerond, en dit uiterlijk tegen 2023, opdat men in crisissituaties snel de nodige gegevens kan uitwisselen en er snel geschakeld kan worden.”

**32.** Er moet blijvend werk gemaakt worden van een betere interoperabiliteit van de gegevens om de informatiedoorstroming tussen de zorgverstrekkers te bevorderen, middels een wetgevend kader in overeenstemming met de GDPR-regelgeving en de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.

**33.** De verwerking van de persoonsgegevens die voor het pandemiebeheer noodzakelijk zijn, wordt geregeld via een wet die bepaalt welke gegevens worden verzameld, wie er toegang toe heeft en met welk doel ze worden verwerkt. Een meer actieve transparantie en het gebruik van open data, met respect voor de GDPR-regelgeving en de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, kan sneller tot betere inzichten leiden waarop eventueel initiatieven kunnen genomen worden en waardoor het draagvlak bij de bevolking voor de maatregelen vergroot zal worden. De federale overheid moet bovendien werk maken van een actieve openbaarheid, waarbij rapporten en cijfers spontaan worden vrijgegeven. Dit sluit de nodige disclaimers en contextuele duiding door de betrokken overheidsinstanties natuurlijk geenszins uit.

**34.** Wanneer men te maken heeft met een ongekend pathogeen, is het van belang om optimaal gegevens ter beschikking te stellen en uit te wisselen, zowel ten aanzien van wetenschappers, zorgverstrekkers, ziekenhuizen als geïnteresseerde burgers (mits anonimisering uiteraard). Transparantie en openbaarheid moeten de regel zijn, tenzij er geldige redenen zijn die dit verhinderen (privacy, veiligheid, etc. zoals voorzien in onder meer de privacywetgeving en wetgeving inzake de openbaarheid van bestuur). Deze redenen moeten dan uiteraard ook omstandig worden gemotiveerd. Verder dienen ook regelmatig technische sessies met betrekking tot de cijfers en evoluties inzake een (gezondheids)crisis ingericht te worden in de Kamer van volksvertegenwoordigers, opdat de Kamerleden hun parlementaire controlefunctie optimaal kunnen uitvoeren. Adviezen van de Commissie voor de Toegang tot Bestuursdocumenten dienen in dit kader gerespecteerd te worden door de betrokken overheden en de betrokken publieke advies-, overleg- en onderzoeksorganen.

**35.** Er moet voor worden gezorgd dat de gegevens correct worden overgedragen aan de gemeenschap van wetenschappers, opdat zij hun kennis ter beschikking kunnen stellen van de overheid en van heel de bevolking.

**36.** Met het oog op een grotere doeltreffendheid moet worden voorkomen gegevens meerdere keren in te brengen, moet de digitalisering worden voorgezet om het gegevensbeheer te versnellen, moeten de informatiestromen worden verbeterd en moet worden geïnvesteerd in biostatistiek. Dit met inachtneming van de GDPR en van de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, Er moet meer worden ingezet op publiek-private samenwerking met de universiteiten om innovatie te stimuleren

1. Een efficiënte overheid

**37.** De invoering van (internationale) stresstesten m.b.t. onze gezondheidssystemen dient onderzocht te worden, teneinde de schaal en de multidimensionale en internationale impact van gezondheidscrisissen beter te kunnen voorspellen en te beperken. Dit moet ons in staat stellen hiertoe adequate (veiligheids)maatregelen en best practices in te bouwen.

**38.** De dienst Public Health Emergencies en de Havengezondheidsautoriteit Saniport uitbouwen, teneinde te garanderen dat deze diensten op elk moment voldoende slagkrachtig zijn om in te grijpen bij plotse bedreigingen voor de volksgezondheid.

**39.** De kennis over de gezondheidszorg moet verder worden uitgebouwd bij het personeel dat de administraties moet aansturen, teneinde te waarborgen dat de strategische voorraden en de verdeling ervan zijn afgestemd op de behoeften. In dit kader is het tevens noodzakelijk dat voormelde kennis bij het betrokken personeel regelmatig in kaart wordt gebracht en waar nodig verder bijgestuurd of uitgebouwd kan worden.

**40.** Spoedprocedures uitwerken voor ad hoc-overheidsopdrachten met het oog op crisisbeheer.

**41.** De dienst Public Health Emergencies bevoegd te maken voor de monitoring van nieuwe dreigingen voor de volksgezondheid met de aanbeveling deze sterk uit te breiden zodat deze permanente opdracht op een voldoende kwalitatieve en flexibele wijze kan worden uitgevoerd. Binnen deze dienst moeten voldoende methoden en middelen voorzien worden om de activiteiten te kunnen opschalen op het moment dat een nieuwe crisis zich dreigt aan te dienen.

**B. Een goede voorbereiding met een permanent bijgestuurd pandemieplan en voorraden**

1. Opstelling van een pandemieplan

**42.** Voor einde 2022 wordt door de FOD Volksgezondheid, ondersteund door het Nationaal Crisiscentrum, een nationaal noodplan voor pandemieën opgemaakt, in overleg met de deelstaten en de diverse gezondheidsactoren op het terrein, de eerste lijn inbegrepen, en na consultatie van de provinciegouverneurs. Het plan moet worden gecoördineerd met andere bestaande crisisplannen en moet ten minste elke drie jaar worden “ingeoefend” (met behulp van bijvoorbeeld simulatieoefeningen) en geüpdatet of in herinnering gebracht, zowel op technisch als op beleidsniveau. België pleit ook op het Europese niveau om dergelijke oefeningen te organiseren en zal hieraan actief deelnemen. Het pandemieplan is generiek en dus flexibel en moduleerbaar om aangepast te zijn aan onverwachte situaties. Het houdt rekening met de volksgezondheid, alle dimensies van de openbare orde, de sociale en economische aspecten, de impact op mentale en psychologische gezondheid enzovoort. Het plan moet op eenvoudige wijze openbaar raadpleegbaar zijn voor het publiek.

**43.** Dat plan moet gezamenlijk en in overleg worden uitgetekend en zal dus onvermijdelijk gepaard gaan met onderhandelingsfases om de meest geschikte strategieën tussen de diverse actoren te bepalen.

**44.** Het plan moet passen in een langetermijnvisie over de bedreigingen en risico’s van alle aard waartegen we ons willen beschermen, gebaseerd op de lijst van tien prioritaire risico’s die het NCCN vijfjaarlijks identificeert, alsook in een langetermijninvesteringsplan dat daarmee samenhangt. Het plan wordt opgesteld op aangeven van het NCCN dat het proces moet bewaken en de actualisering moet stimuleren met de betrokken vakdepartementen die over de inhoudelijke expertise beschikken, om de “lessons learned” te identificeren en in de plannen te verwerken. Het NCCN coördineert deze oefening, als het pandemieplannen betreft samen met de RMG, teneinde de coherentie en haalbaarheid te verzekeren. Het basis- en geactualiseerd pandemieplan wordt op het interfederaal niveau gevalideerd.

**45.** In een pandemieplan moet gestreefd worden naar duidelijke en eenvoudige structuren. Hun onderlinge samenhang/samenwerking dient goed omschreven te worden alsook de wijze waarop ze moeten worden samengesteld en waarop daarover moet worden gecommuniceerd.

**46.** Zoveel mogelijk een beroep doen op de bestaande crisisstructuren en organisaties voor de opvolging van de volksgezondheid, die wendbaar moeten zijn en snel moeten kunnen beslissen, een overaanbod aan organen moet koste wat het kost worden voorkomen. De actoren moeten worden aangeduid en hun rollen moeten duidelijk worden bepaald opdat informatie en beslissingen tot bij de eerste lijn geraken en er uitvoering aan kan worden gegeven.

Bovenal dienen duidelijke afspraken tussen de taken en bevoegdheden van FOD Binnenlandse Zaken en FOD Volksgezondheid te worden gemaakt in het geval van dergelijke medische crisis. Het scharniermoment waarbij wordt overgeschakeld van het beheer door de FOD Volksgezondheid, naar het gezamenlijke crisisbeheer volgens de structuren (evaluatiecel, infocel, enzov.) voorzien in het Koninklijk Besluit van 31 januari 2003, wordt in samenspraak bepaald. Een mogelijk scharniermoment is het moment waarop men genoodzaakt is om vrijheidsbeperkende maatregelen uit te vaardigen voor de algemene bevolking en deze dient te handhaven.

**47.** Voorzien in een betere begeleiding van patiënten met aandoeningen die in geval van een pandemie een comorbiditeitsrisico met zich brengen. Het KCE dient te worden belast met een onderzoek naar de nadere voorwaarden omtrent de bescherming van kwetsbare personen door de gezondheidsdiensten, zowel in als buiten crisistijd.

**48.** Teneinde de veelheid aan “plannen” (een terro plan, een Nucleair noodplan, een griepplan enzovoort) tegen te gaan, moet met de bevoegde instanties in regeringen en parlementen worden nagegaan of dit plan ook een algemeen crisisplan moet zijn dat ruimer inzetbaar is dan bij een gezondheidscrisis, teneinde te komen tot één vaste vorm van crisismanagement. Het koninklijk besluit van 31 januari 2003 tot vaststelling van het noodplan voor de crisisgebeurtenissen en situaties die een coördinatie of een beheer op nationaal niveau vereisen wordt in dit opzicht herzien.

De regelgeving rond noodplanning en crisisbeheer voorziet in een algemene respons in de vorm van een ANIP (Algemeen nood- en interventieplan) en een risicospecifieke respons in de vorm van een BNIP (Bijzonder nood-en interventieplan). Voorbeelden van BNIP’s zijn het noodplan terreuraanslag en terroristische gijzeling, het nucleair en radiologisch noodplan. Ook een pandemieplan moet de vorm van een BNIP krijgen, dat ruimer inzetbaar is bij allerhande gezondheidscrisissen, teneinde te komen tot vaste afspraken en samenwerkingsverbanden inzake crisisbeheer binnen het domein “gezondheid”.

**49.** Een plan op zich is niet voldoende. Ook planning is belangrijk. Een degelijke voorafgaande analyse, het afstemmen met alle betrokken partijen, het opmaken van een planning, de weerbaarheid van de federale overheidsdiensten analyseren en desgevallend versterken, een heldere doelstelling en enkele basisprincipes, alsook het testen ervan, zorgen ervoor dat alle betrokkenen figuurlijk de neuzen in dezelfde richting zetten en weten wat hen te doen staat. Het is het overwegen waard na te denken over een federale crisisaanpak die inzet op enkele heldere principes, veeleer dan op vastgelegde structuren, en op weerbaarheid, veeleer dan op reactiviteit. Een structuur die het mogelijk maakt in niet-crisistijd werkgroepen te activeren die geregeld samenkomen en vroegtijdig alarmerende signalen kunnen rapporteren, en die weten op wie en wat ze een beroep kunnen doen om adequaat op een noodsituatie te anticiperen of de crisis zelfs te voorkomen.

1. Een early warning systeem

**50.** De commissie beveelt aan dat in niet-crisistijd iedereen die door zijn contacten en beroepsactiviteiten vroegtijdig alarmerende signalen kan rapporteren, moet kunnen weten op wie en wat ze een beroep kunnen doen om adequaat op een noodsituatie te anticiperen of de crisis zelfs te voorkomen. Zo kan de informatie die Belgische academici, in België gevestigde farmaceutische bedrijven, het netwerk van huisartsenpeilpraktijken, het netwerk van referentielaboratoria, het netwerk van apothekers, de federale overheidsdiensten – in het bijzonder Buitenlandse Zaken en Volksgezondheid – en internationale en Europese instellingen, alsook ngo’s (bijvoorbeeld Artsen Zonder grenzen) via formele of informele weg verkrijgen over internationale sanitaire incidenten of evoluties, worden verzameld. Een bijzondere werkgroep binnen de RAG of Sciensano kan deze informatie dan in functie van de behoeften delen met de Belgische specialisten ter zake en ze evalueren. Het resultaat van deze informele evaluatie wordt de leiding van het NCCN en de voorzitter van de RAG ter kennis gebracht, die de nodige besluitvorming op gang kunnen brengen.

1. Elementen van een pandemieplan

**51.** Dat plan zal met name in de volgende pijlers moeten voorzien:

— de uittekening van een raamwerk voor gezondheidspreventie en promotie;

— de epidemiologische opvolging en de testing-, tracing- en isolatiestrategie;

— de roterende strategische voorraden aan beschermings- en verzorgingsmateriaal en aan geneesmiddelen;

— de organisatie van de advies- en de besluitvormgingsorganen;

— de communicatiestrategie voor de bevolking en de zorgkundigen;

— de lijst van de sectoren en bedrijven die als essentieel worden beschouwd, alsmede aanbevelingen voor de continuïteitsplannen die al die essentiële sectoren, ondernemingen en instellingen moeten aannemen om ’s lands bevoorradingszekerheid en werking te vrijwaren

**52.** Het werken met Pandemic Preparedness Goals (zie in dit verband de studie van 16 mei 2020 van het Institute of the Future van KU Leuven, Introducing Pandemic Prepardness Goals, als bijlage bij het commissieverslag) moet worden bestudeerd.

**53.** Het pandemieplan moet in een opschalingsprotocol voorzien met betrekking tot de ziekenhuiscapaciteit, waarbij er snel en vlot kan worden geschakeld en informatie wordt uitgewisseld vanuit de referentieziekenhuizen. Ook moet het pandemieplan specifiek voorzien in een snelle uitrol van de verscheidene types bedden (medium care, intensive care, ECMO, ...), rekening houdend met de beschikbaarheid van personeel met de juiste kwalificaties, alsook in de financiering ervan.

**54.** Het plan moet voorzien in een opschalingsprotocol met betrekking tot de testcapaciteit, zodat informatie meteen wordt gedeeld vanuit het ter zake bevoegde referentielaboratorium en er onmiddellijk kan worden opgeschaald volgens een vooraf bepaald protocol.

1. Exit- en communicatieplan voor een draagvlak bij de bevolking

**55.** Bij de opstelling van het pandemieplan te onderzoeken of het relevant is om in een generiek pandemieplan het principe van parameters voor versoepelingen in te schrijven, bijvoorbeeld met toepassing van een barometer, en aan te geven aan welke criteria deze moeten voldoen en hoe ze kunnen worden aangewend. In dit pandemieplan moeten methodes worden uitgewerkt die bij de bevolking een groot draagvlak en een sterke betrokkenheid aangaande de genomen maatregelen kunnen creëren.

**56.** Bij de voorbereiding van de communicatie rekening te houden met de sociale psychologie en met de specifieke en kwetsbare groepen, door middel van op die doelgroepen gerichte onderdelen, teneinde het draagvlak en de betrokkenheid te maximaliseren en de mentale gezondheid zoveel mogelijk te vrijwaren.

1. Permanente actualisering en inoefening van het pandemieplan

**57.** Het zal tot de bevoegdheden behoren van het NCCN om, samen met de bevoegde vakdepartementen, het pandemieplan actueel te houden en geregeld aan te passen, daartoe voldoende (periodieke) overlegmomenten, trainings-, evaluatie- en terugkoppelingsmomenten te organiseren, en best practices voor te stellen die haar kennis- en vormingscentrum via zijn internationale contacten heeft kunnen analyseren.

**58.** Na de voltooiing van het pandemieplan zullen de voor Volksgezondheid bevoegde ministers zich samen met de actoren in het veld moeten verdiepen in de tenuitvoerlegging ervan. Het ligt in de bedoeling te komen tot een integrale aanpak op basis van samenwerking tussen de verschillende gezondheids- en eerstelijnsactoren.

Ook in een crisis is het immers belangrijk zoveel mogelijk mensen toegankelijke en kwalitatieve zorg te bieden, terwijl ook de werklast waar mogelijk gespreid moet worden om de weerbaarheid van het personeel te beschermen. Tevens dient op basis van het pandemieplan en in samenspraak met de deelstaten, die ter zake bevoegd zijn, geëvalueerd te worden welke bijkomende initiatieven inzake preventieve gezondheidszorg zinvol zijn.

Ook het mentale welbevinden en de geestelijke gezondheidszorg dienen in deze oefening met de deelstaten meegenomen te worden, daar een toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief mentaal gezondheidsaanbod even belangrijk is als het fysieke gezondheidsaspect.

1. Voldoende strategische reserves op elk ogenblik

**59.** Roterende strategische stocks aan beschermingsmateriaal, medisch materiaal (wissers, reagentia enzovoort) en medicijnen op het nationale niveau blijvend ter beschikking stellen, beveiligen en dynamisch beheren, rekening houdend met de verscheidenheid aan mogelijke gezondheidsrisico’s.

**60.** De Hoge Gezondheidsraad wordt gelast haar adviezen omtrent de behoefte aan een strategische noodvoorraad periodiek te actualiseren in functie van de dreigingsanalyses van het Crisiscentrum en de “Forward Looking Cell”. Deze adviezen omvatten minstens een lijst van goederen waarvoor een strategische voorraad wenselijk is en in welke hoeveelheid, alsook een raming van de kostprijs.

Daarnaast dient in het algemeen een betere inhoudelijke integratie tussen het KCE en de Hoge Gezondheidsraad onderzocht te worden, in de vorm van een nauwere samenwerking alsook middels een uitdieping van de aanpak van rapporten en studies van voormelde instellingen.

**61.** Een regeling tot stand brengen voor de terbeschikkingstelling en de verdeling van die voorraden op basis van objectieve en heldere verdelingscriteria voor het geval zich een tekort voordoet of indien die producten hun vervaldatum naderen, waarbij tegelijk doeltreffend over die verdeling moet worden gecommuniceerd.

**62.** In het raam van de wetgeving inzake preventie en bescherming op het werk zorgen voor de aanleg en het dynamisch beheer van de strategische voorraden aan persoonlijke beschermingsmiddelen in de ziekenhuizen en de zorginstellingen, in overeenstemming met hun behoeften, opdat in crisistijden elke zorgverlener over de gepaste uitrusting beschikt. In samenwerking met de deelstaten moet tevens regelmatig worden toegezien op de naleving van die verplichting.

**63.** In die context zullen een aankoopcentrale en procedures tot administratieve vereenvoudiging kunnen worden opgezet, met het oog op een mate van onderlinge risico-verwaarborging in crisistijden (bijvoorbeeld: ondersteuning bij het opstellen van dringende overheidsopdrachten, mogelijkheden voor groepsaankopen enzovoort). De deelstaten moet de mogelijkheid worden geboden van de aankoopcentrale gebruik te maken.

**64.** Met het oog op een maximale bevoorradingszekerheid in een mogelijk verstoorde wereldmarkt is het raadzaam om, in overeenstemming met de wet overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten, samen te werken met de grootdistributiebedrijven die België als logistiek knooppunt gebruiken voor hun PBM’s of met andere bedrijven die op elk moment internationale leveringen kunnen waarborgen door bijvoorbeeld een grote voorraad op het grondgebied aan te houden, teneinde raamcontracten op langere termijn af te sluiten om te voldoen aan de Belgische behoeften.

**65.** Het dient mogelijk te zijn voor de organen die instaan voor het aankoopbeleid van de overheid met betrekking tot middelen noodzakelijk in het beheer van een grootschalige crisis om gebruik te maken van versnelde en flexibele (aankoop)procedures.

**66.** In Europees verband de mogelijkheden tot nationale productie van alle EU-lidstaten in kaart brengen en ondersteunen, opdat de EU bij een tekort minder afhankelijk wordt van de internationale markt.

**C. Crisismanagement bij de “federale fase” van een pandemie/crisis**

1. De rol van het Nationaal Crisiscentrum (NCCN) - hervormingen

**67.** Het Nationaal Crisiscentrum versterken en hervormen door zijn bevoegdheden en opdrachten te verruimen opdat het een multidisciplinair en interdepartementaal Centrum wordt en zijn samenwerking met de deelstaten, inzonderheid met de regionale crisiscentra, aanscherpen met het oog op:

— de vroegtijdige analyse en evaluatie van de risico’s en dreigingen, de preventie, de planning en de voorbereiding op mogelijke crises;

— een optimale informatiedoorstroming tussen de verschillende departementen en machtsniveaus;

— gepast optreden, zowel bij langdurige crises als in situaties die verschillende gebieden bestrijken, met name die welke niet strikt tot de bevoegdheid van Binnenlandse Zaken behoren;

— de permanente waarborging van de continuïteit qua follow-up en qua beheer van crisissituaties.

**68.** Een hervormd Nationaal Crisiscentrum (NCCN) zal bestaan uit een permanente structuur die in een periode zonder crisis de verantwoordelijkheid opneemt voor de coördinatie van de noodplanning en het risicobeheer, een permanentie waarneemt, vroegtijdige bedreigingen analyseert, informatiedoorstroming voorziet tussen relevante stakeholders, enzovoort. Deze permanente structuur zal de sokkel vormen van de opgeschaalde tijdelijke overkoepelende organisatie, die zich flexibel kan aanpassen aan de complexe en dynamische crisissituaties.

**69.** Zoals in het “Groenboek” van het NCCN van 6 juli 2020 is aangegeven, moet het crisisbeheer echt naar een “multidisciplinair, interdepartementaal, interregionaal en internationaal georiënteerd” crisisbeheer evolueren, en monodisciplinaire of monodepartementale risicoanalyses, preventie, planning en preparedness, en diverse mogelijke voorbereide initiatieven tot herstelbeleid moeten worden geëvalueerd.

Daartoe is het noodzakelijk dat het NCCN het centrale beheer waarneemt van de uitgewerkte plannen en blauwdrukken. Daartoe moet het NCCN toegang hebben tot informatie, voorstellen voor crisisbeheer en risico-analyses die op de bevoegde departementen worden uitgewerkt aangaande crisisbeheersing en -management. Het NCCN zal er over waken dat de overkoepelende opdracht van een eventueel commissariaat bij de uitwerking van plannen, procedures en organisatie geïntegreerd wordt zodat er een “eenheid van commando” in hoofde van de commissaris ontstaat via het binnen de voorbereide structuren en procedures geolied georganiseerd beleidsvoorbereidend overleg.

**70.** Integratei deelstaten: In samenspraak met de deelstaten moet worden nagegaan of het mogelijk is een vertegenwoordiging van de deelstaten in het Nationaal Crisiscentrum in te bedden.

**71.** Een permanente “risicoscreening”: Onze samenleving moet zich beraden over de risico’s en over de manier waarop we die risico’s collectief willen aanpakken wanneer ze uit de hand lopen en tot een crisissituatie leiden. Men moet zich niet alleen toeleggen op datgene wat men al weet, maar zich vooral ook richten op de toekomst en erop anticiperen, zowel op de lange termijn als tijdens de crisis zelf. Daartoe moet binnen het NCCN een “Belgian Forward Looking Cell” worden opgericht.

**72.** Deze “Belgian Forward Looking Cell” zal opgericht worden binnen het NCCN. Deze cel dient de volgende doelstellingen voorop te stellen:

— het identificeren van prioritaire risico’s;

— het monitoren van nieuwe dreigingen en fenomenen.

1. De rol en het statuut van de experten

**73.** In overleg met de experten die tijdens de crisis met een opdracht worden belast, een rechtskader met rechten en plichten uit te werken, waarin die – medische en andere – experten hun adviserende rol kunnen opnemen zonder dat hun (wetenschappelijke) integriteit en onafhankelijkheid in het gedrang komen, meer bepaald aangaande hun communicatie via de media.

**74.** Te zorgen voor een betere synergie tussen de overheidsinstanties en de experten om spanningen te voorkomen, rekening houdend met de “cultuurverschillen” tussen de overheid, de academici en de privésector, alsook eenieders rol te verduidelijken.

Alle experten en consultants die door de overheid gevraagd worden om advies te verlenen dienen belangenconflicten aan te geven en op elk moment wijzigingen in dat verband te melden.

**75.** Opdat een betere synergie tussen beleidsmakers en experten zou bereikt kunnen worden, dient er tijdens de communicatie van maatregelen van crisisbeheer een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen de wetenschappelijke adviezen en de politieke beslissingen.

In de interne communicatie tussen beleidsmakers en experten zou er bovendien door de politiek verantwoordelijken duidelijke redenen moeten opgegeven worden wanneer en waarom een expertenadvies niet gevolgd wordt.

1. Naar een cultuur van risicopreventie en crisisbeheer

**76.** De aspecten “risicopreventie” en “crisisbeheer” in de organisatiecultuur van de overheidsadministraties versterken via regelmatig overleg en de organisatie van opleidingen, waarvoor men medewerkers motiveert eraan deel te nemen; op die manier kan men binnen de verscheidene departementen beschikken over profielen met ervaring in crisisbeheer.

**77.** De verschillende crisismanagers binnen de overheid vormen een netwerk dat contact houdt met het NCCN. Deze crisismanagers zijn ingebed in het eigen departement op een niveau dat hen toelaat snel in te schatten op welke manier de betrokken dienst moet reageren op een crisis en hebben directe toegang tot de leidend ambtenaar en het Directiecomité. Zij houden op initiatief van het Nationaal Crisiscentrum regelmatig onderling contact, tekenen “wat-als”-scenario’s uit en oefenen de reactie erop.

**78.** Basiskennis van risicoanalyse, risicoalertheid, crisis response, crisisbeheer en crisiscommunicatie moeten in alle relevante departementen verder worden uitgebouwd, aanwezig zijn in de bevoegde beleidscellen en maximaal worden afgestemd op de Europese strategie inzake de preventie en het beheer van een crisis.

**79.** Alle overheden zouden best structureel vormingen inzake crisisbeheer en crisiscommunicatie organiseren en deze open stellen voor hun leidinggevend personeel binnen de verschillende overheden, teneinde te garanderen dat deze inzichten voldoende ingeburgerd geraken bij de personen die in een crisis met deze verantwoordelijkheden geconfronteerd zullen worden.

1. Voldoende integratie van de FOD Volksgezondheid en de verschillende administraties in de crisiscultuur

**80.** Men moet er blijven over waken dat de organisatiestructuur én de infrastructuur van het NCCN zich ertoe leent snel om te gaan met “golfbewegingen”, wat inhoudt dat ze in staat is bijkomende stakeholders, tijdelijk gedetacheerde medewerkers en liaison officers voor de duur van het incident op te nemen in de eigen werking.

**81.** Dit vereist een gemeenschappelijke crisismanagementdoctrine die desgevallend ingeschreven wordt in het Koninklijk Besluit van 2003. Deze methodologie moet onder andere vastleggen hoe prioritaire doelstellingen worden bepaald, welke de “lead agencies” zijn voor een bepaald domein, en moet korte besluitvormingscycli mogelijk maken.

**82.** Het Koninklijk besluit van 31 januari 2003 tot vaststelling van het noodplan voor de crisisgebeurtenissen en -situaties die een coördinatie of een beheer op nationaal niveau vereisen evalueren, onder meer voor wat betreft de criteria die het ingaan van de federale fase in het crisisbeheer bepalen, en onderzoeken in hoeverre deze criteria dwingend moeten zijn.

**83.** De strategische activiteiten voor het sanitair beheer van een gezondheidscrisis die gedurende de huidige crisis werden ontwikkeld door het COVID-19-commissariaat, bij toekomstige crisissen onder brengen bij de dienst Public Health Emergencies, en, wanneer de federale fase van een crisis ingaat, deze opschalen tot het vereiste niveau om de crisis adequaat te beheren en ter beschikking te stellen van het commissariaat. 84. Een duidelijk mandaat en een k

**84.** Een duidelijk mandaat en een kader uitwerken voor het logistiek, administratief en financieel ondersteunen van de experts op wiens advies men structureel een beroep doet. Bovendien moet een procedure worden uitgewerkt om, na afkondiging van de federale fase, op zeer korte termijn een commissariaat voor eenheid van coördinatie en coherentie van beleid te kunnen opzetten.

**85.** In het selectie- en rekruteringsproces van leidinggevenden voor overheidsdiensten, belang hechten aan de vaardigheden en persoonlijkheidskenmerken van de kandidaten die van belang zijn in het kader van crisisbeheer.

**86.** De banden tussen de federale overheidsdiensten en tussen het NCCN en de federale overheidsdiensten moeten aangehaald worden met betrekking tot de aanpak van de medische crises. Zo zou onder andere kunnen onderzocht worden wat de rol kan zijn van de medische component van Defensie en in welke mate deze rol kan worden versterkt.

1. Evaluatie van elke crisis

**87.** Na de afkondiging van een federale fase dient een onafhankelijk onderzoeksteam tijdelijk te worden samengesteld en opgericht om aan de slag te gaan met het oog op de evaluatie van de heersende crisis. Zij stellen binnen het jaar na stopzetten van de federale fase een globaal debriefingsrapport op. Dit globaal debriefingsrapport dient opgesteld te worden volgens de modaliteiten die de Koning bepaalt (methodologie en timing). Het rapport wordt overgemaakt aan de Kamer van volksvertegenwoordigers.

1. Hoger instituut voor de noodplanning - Nationaal Crisiscentrum

**88.** Gezien de multidisciplinaire en strategische aspecten van noodplanning en crisisbeheer beveelt de bijzondere commissie aan het Hoger Instituut voor de Noodplanning om te vormen tot een kenniscentrum binnen het Nationaal Crisiscentrum. Deze omvorming dient te gebeuren binnen de tijdspanne van één jaar, waarin het NCCN de leiding zal nemen. Zij dient hiervoor het nodige personeel en financiële middelen toegekend te krijgen. Het kenniscentrum moet de risicopreventie-aanpak in de organisatiecultuur van de federale administraties en de openbare diensten aanscherpen (onder meer door de organisatie van multidisciplinaire opleidingen en fora).

**89.** Dit kenniscentrum dient te beschikken over een brede expertise (ruimer dan enkel nood- en interventieplanning) en moet de nodige verbindingen kunnen maken met universitaire onderzoekscentra in binnen- en buitenland, en met trainingscentra voor hulpverleners. Hiervoor worden kaderovereenkomsten uitgewerkt met de universitaire en wetenschappelijke instellingen.

1. Oprichting, structuur en rol van het commissariaat

**90.** Het is noodzakelijk dat er bij het begin van elke toekomstige crisis door het Overlegcomité uiterlijk binnen 24 uur na het ingaan van de federale fase en sneller indien de omstandigheden dat vereisen, op voorstel van de bevoegde ministeriële departementen van de federale regering en de deelstaten een Commissaris wordt aangeduid en de strategische doelstellingen worden vastgelegd die de basisopdracht van de commissaris zullen vormen. Deze doelstellingen moeten op geregelde tijdstippen kunnen worden bijgestuurd op voorstel van de commissaris in functie van de evolutie van de crisis en de noden van de samenleving.

**91.** De commissaris zal bij toekomstige crisissen verantwoordelijk zijn voor de finale adviezen die aan het politieke interfederale besluitvormingsorgaan (Overlegcomité uitgebreid met de bevoegde ministers) worden voorgelegd. De Commissaris zal dus in eerste instantie bij de beleidsvoorstellen maar ook bij de implementatie op het “brede plaatje” en de coherentie van het beleid moeten letten.

**92.** Het huidig coronacommissariaat wordt gelast een ontwerp van samenwerkingsakkoord uit te werken dat deze verantwoordelijkheden en de interdisciplinaire positie van toekomstige commissariaten bestendigt in de schoot van het Overlegcomité. Dit akkoord omvat ten minste:

• duidelijke criteria die aangeven vanaf wanneer de oprichting van een commissariaat overwogen kan worden, vanaf wanneer er in het kader van een crisis een commissariaat moet opgericht worden, en criteria die aangeven wanneer het werk van een commissariaat voltooid is en het zichzelf opheft;

• een lijst van de verschillende diensten en departementen op het federale en regionale niveau waartoe een commissariaat toegang dient te hebben teneinde haar rol in een toekomstige crisis optimaal te kunnen vervullen;

• een lijst van cruciale functies binnen de verschillende overheden die van rechtswege vertegenwoordigd dienen te zijn in dit commissariaat, zoals de Chief Medical Officer en de Directeur-generaal van het Crisiscentrum;

• een welomschreven hiërarchische structuur, conform aan de principes van de federale fase van het crisisbeheer, die het commissariaat toelaat haar opdrachten op een efficiënte manier te vervullen; • bepalingen omtrent de publieke transparantie van de werking van het commissariaat en het statuut van haar adviezen;

• een adhoc evaluatieprocedure die toelaat de sterktes en de zwaktes van het gevoerde crisisbeleid te beoordelen en het beleidskader voor de toekomst aan te scherpen.

De commissie vraagt dat dit ontwerp van samenwerkingsakkoord tegen eind 2021 klaar is en vervolgens goedgekeurd kan worden door de verschillende overheden in dit land.

**93.** Teneinde tot een betere aansluiting tussen het beheer van een sanitaire crisis en een veiligheidscrisis te komen, voorzien in een permanente vertegenwoordiging van het NCCN in de RMG en omgekeerd.

**94.** De mate waarin de verschillende overheden vertegenwoordigd moeten zijn in de crisisorganen in de verschillende fasen van een crisis maakte ook voorwerp uit van de aanbevelingen van de parlementaire onderzoekcommissie naar de aanslagen van 22 maart 2016. Deze moeten binnen zowel het NCCN als de RMG worden uitgevoerd (zie de aanbevelingen op https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1752/54K1752006.pdf vanaf p. 64).

1. Ingewikkelde staatsstructuur

**95.** Met betrekking tot de Belgische institutionele versnippering, beveelt de bijzondere commissie aan:

— de verdeling en organisatie van de bevoegdheden inzake gezondheid binnen de Staat tegen het licht te houden op basis van een breed democratisch debat, waarbij met name de burgers, het middenveld en de academische kringen, maar ook de gezondheidsactoren worden betrokken;

— in samenspraak met de deelstaten de strategische en operationele verdeling van de gezondheidsbevoegdheden over de beleidsniveaus alvast uit te klaren indien nodig, op basis van een stand van zaken en door middel van protocolakkoorden;

— in overleg met de diverse betrokken beleidsniveaus de interfederale overleginstrumenten en -instanties te evalueren om hun werkgebied, hun werking en de verhouding van de actoren onderling bij het gezondheidscrisisbeheer te optimaliseren;

— ook bij toekomstige crisissen te voorzien in een commissariaat als centrale coördinatiecapaciteit, dat in werking treedt uiterlijk vanaf het afkondigen van de federale fase. Dit commissariaat ziet toe op de onderlinge samenhang en de correcte tenuitvoerlegging van de bij een gezondheidscrisis vigerende maatregelen die over het hele grondgebied uitwerking hebben, teneinde te kunnen terugvallen op een grondige, op een systemische benadering gebaseerde kennis van de problemen. Op deze wijze kan worden bepaald of aangegeven wat de voorafgaande voorwaarden zijn en welke risico’s de voorgestelde acties inhouden, alsook welke middelen en capaciteiten nodig zijn om de strategische beslissingen ten uitvoer te leggen.

1. Een gestroomlijnde crisiscommunicatie

**96.** Adequate informatie-uitwisseling begint in de dagelijkse praktijk en gaat over dagelijkse problemen. Daarenboven zijn voorafgaande crisisplanning en afstemming over een gezamenlijke voorbereiding op een mogelijke crisis de hoekstenen voor de dagelijkse informatiestromen. Beide dienen te worden opgezet en uitgebouwd in een periode zonder crisis.

**97.** De crisiscommunicatie bij gezondheidscrisissen en pandemieën moet eenduidig, helder en transparant zijn. Men moet een organisatie en methode uitwerken om een geloofwaardige en effectieve crisiscommunicatie naar alle doelgroepen in de bevolking te voeren, gebruik makend van de meest diverse media die het best op de respectieve doelgroepen zijn afgestemd.

**98.** Transparante crisiscommunicatie start met een uniforme methodologie, uitgedragen door een specifiek aangeduid team dat expertise heeft in crisisbeheer, crisiscommunicatie, en crisisoperaties en met strategische inzichten in de werking van communicatie en gedragswetenschappen dient dan ook steeds aanwezig te zijn tijdens de bijeenkomsten van het overlegcomité om dat comité advies te verlenen over de perceptie van de genomen beslissingen door de bevolking, en opdat die beslissingen correct worden gedeeld met het communicatieteam, dat vervolgens zorgt voor de verdere uitwerking van de verschillende boodschappen, zowel voor wat betreft de inhoud als de keuze van de verschillende communicatiemiddelen.

**99.** Voorzien in een coördinatie door het Crisiscentrum van die communicatie tussen de verschillende entiteiten – Federale Staat, deelstaten, gemeenten, provincies –, en hierbij deskundigen inzake geestelijke gezondheidszorg en psychologie betrekken, teneinde te zorgen voor een beter inzicht in de maatregelen, voor een betere tenuitvoerlegging ervan, alsmede voor een groter draagvlak en begrip bij de bevolking. In dat verband zal het ook noodzakelijk zijn om:

— de rol te versterken van de verantwoordelijke voor de strategische crisiscommunicatie aan het hoofd van een team van communicatoren uit verschillende departementen en van verschillende machtsniveaus;

— gebruik te maken van gediversifieerde gestructureerde en professionele communicatiemiddelen, -dragers en -kanalen, waarbij de geijkte kanalen (zoals bijvoorbeeld het ICMS-platform) maximaal gebruikt worden, zodat onder andere een logboek kan worden bijgehouden zoals voorzien in het Koninklijk besluit van 22 mei 2019 betreffende de lokale noodplanning;

— zich ervan te vergewissen dat die communicatie aangepast is aan en toegankelijk is voor alle doelgroepen: in makkelijk leesbare en bevattelijke taal, communicatie voor slechtzienden, analfabeten of mensen die andere talen spreken waaronder gebarentaal, kwetsbare groepen enzovoort;

— gerichte communicatie mogelijk te maken voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld jongeren, ouderen, risicopersonen, mensen van buitenlandse afkomst enzovoort);

— tevens de mogelijkheid voorzien in een prioritaire communicatie voor de actoren op het terrein, betrokken bij het crisisbeheer, van de voor deze groep rechtstreeks bedoelde specifieke maatregelen.

**100.** Zodra het beheer van een crisis in de federale fase komt, moet het Nationaal Crisiscentrum ter wille van de communicatie met de bevolking één enkele informatiebron tot stand brengen (naar het voorbeeld van de website [www.info-coronavirus.be](http://www.info-coronavirus.be)).

**101.** De bijzondere commissie beveelt aan dat de regeringen zouden onderzoeken hoe het publieke vertrouwen in genomen maatregelen geoptimaliseerd kan worden. In een pandemieplan methodes uitwerken die een groter draagvlak en betrokkenheid van de bevolking bij de genomen maatregelen kunnen teweegbrengen.

**102**. De lessen die tijdens deze crisis uit de informatie- en communicatieproblemen werden getrokken breder ingang te doen vinden in het crisisbeheer en bij beleidsmakers verantwoordelijk voor het beheer van een crisis, opdat de communicatie rekening houdt met de gevoelens en emoties die een crisis oproept.

**103.** Werk te maken van een cultuur van risicopreventie en -beheer. Bewustmaking omtrent crisiscommunicatie mogelijk te maken, in het bijzonder werkinstrumenten en -methodes met betrekking tot de voorlichtingstaak van het Crisiscentrum, meer bepaald via specifieke opleidingen voor de administraties en voor de leden van de beleidscellen die mogelijkerwijze de verantwoordelijkheid toebedeeld zouden krijgen voor het beheer van een grootschalige crisis.

**104.** Om de uitwisseling van communicatie en gegevensstromen tussen de verschillende besluitvormingsniveaus te verbeteren, moeten de teams die in een crisis beslissingen nemen steeds over de meest complete, relevante en coherente informatie beschikken.

**105.** In samenspraak met de experten van de verschillende, in het raam van het crisisbeheer opgerichte adviesgroepen, een raamwerk voor de bekendmaking van de uitgebrachte adviezen uit te tekenen om de transparantie te vergroten.

**106.** De bevolking moet correct worden geïnformeerd en desinformatie moet worden bestreden.

**107**. De informatie-uitwisseling tussen de bestuursniveaus moet structureel worden bevorderd, ook buiten crisistijden.

**108.** De informatieoverdracht van het ene bestuursniveau naar het andere moet optimaal worden gemaakt door de inzet van unieke referentiepersonen (single points of contact (SPOC)).

**109.** Er moet, rekening houdende met de bevoegdheidsverdeling, worden gewaarborgd dat de via de rondzendbrieven aan de ziekenhuisinstellingen en aan het medische personeel meegedeelde informatie vlot wordt verstrekt, bevattelijk is en gemakkelijk kan worden verkregen, indien mogelijk via duidelijke didactische ondersteuningsmiddelen, waarbij men zich beperkt tot de informatie die voor elke sector nuttig is en waarbij de veranderingen ten opzichte van de vorige versies duidelijk worden aangegeven.

**110**. In geval van een crisis moet worden voorzien in een rechtstreekse communicatielijn naar de zorgverstrekkers, zelfstandig en niet onder gezag, leiding en toezicht werkend, dat rechtstreeks betrokken is bij het crisisbeheer, opdat dat personeel zo snel mogelijk op de hoogte zou worden gebracht van de genomen maatregelen en opdat zij de vragen vanuit het veld zouden kunnen doorgeven. Werkgevers moeten instaan voor het informeren van hun medisch en verzorgend personeel over de door de overheden genomen maatregelen en de toepassingsmodaliteiten ervan binnen hun instelling. Daartoe is het noodzakelijk te beschikken over de bijgewerkte lijsten van de gezondheidsprofessionals.

**111.** Tijdens een crisis dient er specifieke communicatiesteun te worden verleend aan de diensten van de provincies, de steden en de gemeenten. Dit gebeurt onder coördinatie van de Infocel van het NCCN, die hiervoor een expertise team D5 (Informatie) ter beschikking heeft.

**112.** Er dient te worden voorzien in een systeem van directe communicatie tussen de federale regering, de gouverneurs en de lokale besluitnemers met het oog op een snellere en doeltreffendere informatiedoorstroming, ook met de bedoeling dat al die actoren bij het federale niveau te rade kunnen gaan wat de tenuitvoerlegging van de maatregelen betreft.

**113.** Opdat een betere synergie tussen beleidsmakers en experten zou bereikt kunnen worden, dient er tijdens de communicatie van maatregelen van crisisbeheer een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen de wetenschappelijke adviezen en de politieke beslissingen.

In de interne communicatie tussen beleidsmakers en experten zouden er bovendien door de politiek verantwoordelijken duidelijke redenen moeten opgegeven worden wanneer en waarom een expertenadvies niet gevolgd wordt.

**D. De Europese dimensie versterken**

**114**. Zowel op Europees als mondiaal vlak initiatieven ontwikkelen die het publieke gezondheidssysteem zowel op multilateraal vlak (de WGO) als op nationaal vlak versterken.

**115.** Op Europees niveau moet ons land pleiten voor:

— de creatie van een digitale toolbox gebaseerd op dataverzameling over gans de EU zodat de pandemiebestrijding kan verbeteren en versnellen;

— de creatie van een permanente structuur die snel kan uitmonden in een permanente gezondheidsunie;

— het ECDC aan te sporen om haar taken vanaf de start van een gezondheidscrisis, van zodra die meer dan één lidstaat raakt, effectief op te nemen. Het ECDC moet het nodige doen om de gezondheidsindicatoren van de lidstaten beter op elkaar af te stemmen; voorts dient de epidemiologische monitoring, met inbegrip van de gegevensvergaring en de interoperabiliteit daarvan op Europees niveau, op gecoördineerde wijze worden uitgebouwd.

**116.** Er bij de Europese partnerlanden en de andere OESO-landen op aandringen dat de werking en de bevoegdheid van de WGO dusdanig wordt geëvalueerd en bijgewerkt dat zij in staat zou zijn in dergelijke gezondheidscrisissen onmiddellijk de lidstaten samen te roepen om een gecoördineerd antwoord te geven aan de opstartende pandemie. De WGO dient een “systeemvisie” te ontwikkelen, moet haar detectiecapaciteit versterken en daartoe over een eigen onafhankelijk onderzoeksteam kunnen beschikken en moet een solidariteitssysteem uitwerken tussen de lidstaten zodat de zwakkere gezondheidssystemen kunnen ondersteund worden door de sterkere landen.

**117.** Een beleid te voeren waarbij ons land zich maximaal inschrijft in Europese samenwerkingsinitiatieven rond volksgezondheid en crisisbestrijding en aansluiting gezocht wordt bij de verschillende Europese gezondheidsnetwerken.

**118.** Het gezondheidsbeleid op EU-niveau moet worden herbekeken, met het oog op meer integratie en afstemming tussen de EU en de verschillende lidstaten. Dit Europese gezondheidsbeleid dient tevens een belangrijke rol op te nemen inzake de permanente detectie van bedreigingen voor de volksgezondheid, opdat de EU bij de voorbereiding op een volgende gezondheidsof leefmilieucrisis het beleid van de lidstaten mee kan coördineren. Er dient naar de toekomst toe meer sprake te zijn van een Europese aanpak, waarbij de “iedere lidstaat voor zich”-benadering van bij het begin van deze crisis verlaten wordt.

**119.** Op het EU-niveau moet België momenteel bovenal de prioriteit leggen op het maximaal opschalen van de vaccinproductie.

België moet er op EU-niveau voor pleiten Europese overeenkomsten en samenwerkingsverbanden tot stand te brengen en te stimuleren, teneinde de strategische autonomie, de toeleveringszekerheid en de aanvoer van essentiële geneesmiddelen en noodzakelijke grondstoffen (curare enzovoort), te waarborgen en te vergroten, alsook om onderzoek en ontwikkeling inzake farmaceutische toepassingen binnen Europa te stimuleren.

**120.** Op het EU-toneel moet België momenteel bovenal pleiten voor een snel en efficiënt noodvergunningsproces voor innovatieve geneesmiddelen en de prioriteit leggen op de creatie van een vriendelijk en duurzaam klimaat voor onderzoek en ontwikkeling van vaccins, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, met een concrete visie op strategische autonomie, grondstoffen, toeleveringszekerheid, supply chain, snelle en maximale opschalingsmogelijkheden voor de productie van geneesmiddelen, vaccins, medische hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen, en kennisdeling mét respect voor intellectuele eigendom. Dit alles met volle respect voor bevoegdheidsverdeling vastgelegd in EU-verdragen. Bovendien dient er in dit kader ook zorg voor gedragen te worden dat er steeds level playing fields gecreëerd worden voor Europese producenten van voormelde producten (bijvoorbeeld de tijdelijke btwteruggave voor medische hulpmiddelen verstrekt door overheidsinstellingen en erkende instellingen). Ten slotte dient er ook een (juridische) doorlichting te gebeuren van de Europese aankoopcontracten van de vaccins, om de pijnpunten en gemaakte inschattingsfouten bloot te leggen, zodat de nodige lessen getrokken kunnen worden met het oog op de toekomst.

**121.** Ons land engageert zich ten volle bij initiatieven als de HERA-incubator (European Health Emergency Preparedness and Response Authority, Mededeling van de Europese Commissie, Brussel, 17 februari 2021, COM 18 (2021)), en pleit voor een permanent karakter, het belang van een multisectoriële aanpak en een actieve vertegenwoordiging van de lidstaten.

**122.** Met betrekking tot klinische studies kon de bijzondere commissie daarnaast ook vaststellen dat België niet deelneemt aan internationale studies in dit verband. Dit zou te wijten zijn aan het log en traag systeem voor de deelname. Er moet dan ook nagedacht worden over het feit of de deelname van België aan internationale klinische studies eventueel kan worden toegewezen aan het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). Het KCE dient zich hierover te beraden.

**123.** Zowel binnen België als binnen de EU moet de regering onderzoeken welk systeem van EU-gecoördineerd wetenschappelijk overleg en werkverdeling tussen wetenschappelijke instellingen gekoppeld aan een systeem van massale ondersteuning van het Europees pharmaonderzoek en -productie de kans op de ontwikkeling op korte termijn van een vaccin en een geneesmiddel kan verhogen.

**124.** Het gemeenschappelijk Europees beleid in verband met het reizen met het Europees digitaal coronacertificaat wordt verwelkomd door de bijzondere commissie, hoewel zulk certificaat idealiter eerder tot stand was gekomen. Naar toekomstige crisissen toe is het aanbevolen dat de Europese Unie sneller en efficiënter werkt op het (gecoördineerd) opheffen van beperkingen op het vrije verkeer. Er dient hierbij gewaakt te worden over de toegankelijkheid van het instrument, of de risicoberekening voldoende beoordelingen op maat mogelijk maakt, alsook hoe een eenvoudig systeem van controle en, desgevallend, handhaving kan worden opgezet.

**125.** België moet ijveren voor de uitwerking van een gemeenschappelijk Europees beleid (of formulier) voor de opvolging van de reizigers (volgens het model van het Belgische PLF-formulier). In afwachting wordt er best op toegezien dat die reisformulieren worden ingevuld en dat personen die naar België zijn teruggekeerd, effectief worden opgevolgd. Dit proces dient steeds in overeenstemming te zijn met de GDPR-Verordering en de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens

1. Concrete bijdragen

**126.** Op EU-niveau een taakverdeling uitwerken m.b.t. enerzijds de algemene richtlijnen en maatregelen die op dat niveau dienen genomen te worden en anderzijds, de noodzakelijke land- en regio-specifieke maatregelen. Op EU-niveau kunnen ook constructieve maatregelen (zoals EU-bevoorradingsschema’s, exporttoelatingen mits het voldoende voorzien in de EU-behoeftes) genomen worden zodat de interne markt kan blijven functioneren én er een solidariteitssysteem wordt uitgewerkt voor medische hulp/ondersteuning (opvang patiënten) aan elkaar, rekening houdend met de gezondheidssituatie in de diverse landen.

**127.** Op het vlak van bevoorrading en inschatting van de toekomstige behoeftes op vlak van geneesmiddelen en PBM door epidemiologen teneinde tekorten op EUniveau te vermijden, is voor de EU een coördinatierol weggelegd. Het rescEU-project (voorraden eigendom van de Europese Commissie en beheerd door de lidstaten) dat nu al een vangnet biedt aan de lidstaten en waar België bij betrokken is, biedt op dat vlak zeker perspectieven en moet verder uitgebouwd worden.

1. Specifieke internationale/EU-opdrachten met betrekking tot de COVID-19-pandemie

**128.** De nodige démarches op het internationale niveau te doen opdat de bevoegde organisaties de mortaliteitscijfers bij de huidige sanitaire crisis bijsturen op basis van de standaarden. België moet te allen tijde zijn gegevens aangaande de gezondheid van de bevolking tijdig en volledig ter beschikking stellen van de internationale instanties.

**129.** Op EU-niveau een systeem van Europese indicatoren voor een pandemiebestrijding (onder andere besmettingsgraad, hospitalisaties, overlijdens) te bepleiten.

**130.** De nodige richtlijnen/bewustwording van de ECDC en de WGO na te streven m.b.t. een uniforme hantering van de sterftecijfers zodat internationale vergelijkingen op een correcte basis kunnen gemaakt worden wat noodzakelijk is wil men deze cijfers voor wetenschappelijk gestuurd beleid aanwenden gedurende een pandemie.

**E. Middelen voor de uitvoering van de voorstellen en de opvolging**

1. Bijkomende analyse en de evaluaties van de COVID-19-pandemie.

**131.**Aan de regering de opdracht toe te vertrouwen het vraagstuk te onderzoeken van de budgettaire, menselijke en materiële middelen, die nodig zijn om de aanbevelingen van de bijzondere commissie uit te voeren.

**132.** Een onderzoek te starten na de crisis om vast te leggen in hoeverre structurele kenmerken en sociale determinanten van ons land ons sterftecijfer hebben beïnvloed.

**133.** Na de crisis het KCE de opdracht te geven om te onderzoeken welke lessen de ziekenhuizen uit deze crisis hebben getrokken, teneinde de uitwisseling van goede praktijken tussen instellingen te bevorderen.

**134.** Het KCE de opdracht geven de lockdownstrategie van België tijdens de verschillende golven te vergelijken met de lockdownstrategieën van andere landen, teneinde de goede praktijken te doen uitkomen.

1. Opvolging van de implementatie van deze aanbevelingen

**135.** De eerste minister, de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Volksgezondheid worden verzocht om de Kamer tegen uiterlijk 15 maart 2022 en daarna jaarlijks tot de goedkeuring van het pandemieplan de stand van zaken mee te delen van de implementatie op het terrein van haar aanbevelingen. Na de goedkeuring van het pandemieplan zullen voormelde ministers van elke nieuwe regering, uiterlijk 1,5 jaar na haar aantreden, een bijzonder verslag uitbrengen aan de Kamer over de preparedness van het land en over de actualiseringen van het pandemieplan, de werking en organisatie van het NCCN, de werking en organisatie op dat vlak van de FOD Volksgezondheid en de Europese en internationale dimensies van crisisbeheersing/management.