

COMMISSION SPECIALE
CHARGE D'EXAMINER LA
GESTION DE L'EPIDEMIE DE
COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

LUNDI 15 MARS 2021

Après-midi

BIJZONDERE COMMISSIE
BELAST MET HET ONDERZOEK
NAAR DE AANPAK VAN DE
COVID-19-EPIDEMIE DOOR
BELGIË

van

MAANDAG 15 MAART 2021

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 06 et présidée par Mme Laurence Hennuy. De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.06 uur en voorgezeten door mevrouw Laurence Hennuy.

Hoorzitting met Prof. Dr. Dirk Ramaekers, voorzitter, en Prof. Sabine Stordeur, Project Manager van de taskforce voor de operationalisering van de COVID-19-vaccinatiestrategie.

Audition du Prof. Dr. Dirk Ramaekers, président, et Prof. Sabine Stordeur, Project Manager de la taskforce pour l'opérationnalisation de la stratégie de vaccination de la COVID-19.

La **présidente**: Bonjour à toutes et tous. Nous accueillons aujourd'hui les professeurs Ramaekers et Stordeur pour parler de la stratégie de vaccination. Ils ont préparé un *power point* de présentation qui durera environ un quart d'heure. Vous avez également reçu ce matin toute une série de réponses aux questions posées. Nous passerons les différents groupes en revue. Je cède immédiatement la parole à M. Ramaekers.

Dirk Ramaekers: Madame la présidente, merci pour l'invitation.

We gaan starten met een korte samenvatting van onze vaccinatiestrategie tot nu toe. Uiteraard staan we open voor alle mogelijke vragen.

Waarom is er een vaccinatiestrategie? Ik toon u hier met één slide waarom vaccinatie zo belangrijk is. We weten intussen allemaal dat COVID-19 duidelijk ernstiger is dan het klassieke griepje. Dat hoorden we een jaar geleden hier en daar nog vermelden. COVID-19 is een ernstige ziekte met veel hospitalisaties, met een sterke belasting van ons gezondheidszorgsysteem en bijkomend een hoge mortaliteit, voornamelijk bij hoogbejaarden. Ik

mag niet enkel hen vernoemen. U ziet hier de verdeling per leeftijdscategorie. Vanaf de leeftijd van 50-55 jaar ziet u de mortaliteit sterk omhooggaan. Dat is wat we tijdens de pandemie ook bij ons in België zeer duidelijk gezien hebben. Waar speelde die hoge mortaliteit zich voornamelijk af? In de woon-zorgcentra, bij ouderen en personen met comorbiditeiten. Voor deze laatste groep stellen we ook duidelijk verhoogde ziekenhuisopnames en mortaliteit vast. Daar hebben we ondertussen overtuigende Belgische wetenschappelijke gegevens over, dankzij Sciensano, waarvoor veel waardering.

Dit voorkomen, vermijden en reduceren is de allerbelangrijkste doelstelling in onze vaccinatiestrategie.

Rond deze tijd 2020 hadden we waarschijnlijk niet gehoopt dat we nu al zo veel vaccins zouden hebben, maar onze fabrikanten zijn technologisch bijzonder snel geëvolueerd. Ook onze regulatoren hebben daarop ingespeeld. Ik ga een en ander niet in detail overlopen. U kent het en heeft het kunnen lezen. Op dit ogenblik hebben we al drie, en binnenkort vier zeer goede vaccins ter beschikking. Er komen er vermoedelijk nog een aantal die momenteel nog in de pipeline zitten. Maar dit zijn de vier belangrijkste. Onderaan ziet u de aantallen die in 2020 vanaf de zomer door België in het kader van de Europese aanbestedingen mee besteld zijn. Als u de aantallen bij elkaar optelt, zult u merken dat we effectief ondanks het feit dat niet alle producenten op dit ogenblik alle aantallen leveren, ruimschoots voldoende aantallen aangekocht hebben om de hele bevolking te kunnen vaccineren.

De volgende slide is een wat vulgariserende slide die ook in het buitenland gebruikt wordt. Soms is er immers wat onduidelijkheid over de werkzaamheid van de vaccins en heel wat discussie.

Tous les vaccins que nous avons approuvés, pour lesquels nous avons des données probantes, ne montrent pas uniquement, au niveau des effets secondaires (...) sont bien connus. En plus, nous pouvons éviter toutes les hospitalisations et nous allons donc voir une réduction de la mortalité.

U zit hier nog Sputnik V opstaan vanonder. Sputnik V op dit ogenblik is in Europa in review bij het Europees Geneesmiddelenagentschap. Op dit ogenblik is het nog onduidelijk of wij ook Sputnik op termijn in Europa zullen zien aangekocht worden of niet.

Vous le voyez, l'efficacité est assez élevée. Ici, bien sûr, nous ne montrons pas uniquement le résultat des études cliniques, mais aussi des grandes études d'observation de millions de patients.

Onze vaccinatiestrategie is begin december politiek beslist. U ziet hier de fases die we daarbij hebben gedefinieerd en vooral de doelgroepen. Belangrijk om te benadrukken is dat we bij de doelgroepen effectief eerst de kwetsbare groepen hebben beoogd, net op basis van die epidemiologische medische argumenten. We zijn gestart met de woon-zorgcentra en vervolgens om onze gezondheidszorgcapaciteit te vrijwaren, de gezondheidszorgwerkers. Op dit ogenblik loopt dat op zijn einde. We zijn nu volop bezig met de collectieve zorginstellingen en zijn, zoals was voorzien, vanaf maart gestart met de 65-plussers.

Voorlopig is de vaccinatie in fase 1A – woon-zorgcentra en gezondheidszorgverstrekkers – binnen de voorziene timing gelukt en hebben we, wat deze laatste categorie betreft, zelfs een kleine versnelling kunnen inzetten in de ziekenhuizen en de eerste lijn. Of dat in de toekomst zo blijft, zullen we moeten blijven opvolgen en samen met u evalueren. Dat hangt onder meer af van de operationele capaciteit en evident ook van het feit of de leveringen van de vaccins blijven komen of niet. Tot nu toe kunnen we dit schema volgen en staan we klaar om de volgende fase 1B – 65-plussers en personen met comorbiditeit – op te starten.

Tot nu toe zijn er drie vaccinleveranciers. De allerbelangrijkste is momenteel Pfizer. We hebben daar eind januari een korte *hiccup* gehad in de leveringen, maar sindsdien levert Pfizer heel klokvast wekelijks af. Wat betreft de vooruitzichten voor de komende weken, tot en met eind april, stijgen de aantallen nog wekelijks in het kader van de verhoogde leveringen in Q2 en de *top-up* die we daar bijkomend hebben verworven. Over Pfizer zijn we op dit ogenblik dus tevreden.

Moderna levert beperktere aantallen en toch wat onregelmatig, ondanks het feit dat ze wellicht hun aantal halen.

Wat AstraZeneca betreft, daarover hebben we heel transparant gecommuniceerd. Zoals u weet, kwamen we in het eerste kwartaal, op basis van wat er in december was beloofd, ongeveer aan de helft van wat was beloofd en het ziet ernaar uit dat op Europees niveau in het tweede kwartaal de helft of zelfs nog iets minder, tussen 40 en 50 %, zal worden geleverd. Het is voor ons uiteraard teleurstellend dat een firma als AstraZeneca de toch duidelijke contracten niet nakomt.

Wij hopen natuurlijk dat als Johnson & Johnson na de goedkeuring in de tweede helft van april eenmaal begint te leveren en de aantallen hun eerste beloften evenaren, we dat nog zouden kunnen compenseren. We zullen dat snel weten. Mocht dat ook met Johnson & Johnson niet lukken, dan zullen we op dat ogenblik met een herplanning zitten, maar het is nu nog net te vroeg om daarover al uitsluitel te geven.

Als men cijfers bekijkt, kan men de status op bepaalde data bekijken, maar natuurlijk moet men de hele dynamiek van de vaccinatiestrategie ook bekijken. Dat ziet u op deze grafiek, waarop de blauwe stippellijn het allerbelangrijkste is. Die lijn vertegenwoordigt de leveringen, met op dit ogenblik meestal een termijn van een drietal dagen tussen het aankomen van de vaccins en de verdeling ervan op de plaats van vaccinatie. U ziet natuurlijk ook dat het aantal toegediende eerste en tweede dosissen toeneemt. Op het einde ziet u ook een eerste versnelling: wij zitten nu net in de fase van de overgang van 1A naar 1B met de opstart van de grootschalige vaccinatiecentra en de collectieve zorgvoorzieningen.

Zowel de taskforce als het commissariaat volgt continu, dag in dag uit, de data. In de afgelopen weken heeft de Interministeriële Conferentie ook een aantal bijkomende beslissingen genomen om nu een versnelling in te kunnen zetten, onder meer met Pfizer, gezien de stabiliteit van de leveringen daarvan. Ook op operationeel vlak zijn wij continu in dialoog met de deelstaten om, waar mogelijk, de *delay* tussen de aankomst en de toediening van de vaccins te verkorten. Op dit ogenblik zitten wij aan een gemiddelde van zo'n een à twee weken. Als de vaccinatiecentra eenmaal up and running zijn, zal dat nog een stuk korter worden, door het logistieke proces dat tegen dan verbeterd zal zijn.

Deze grafiek is transparant en wij maken hem minstens wekelijks bekend. Ook de pers kent die grafiek. In principe moet er uiteraard een parallelle

lijnen zijn tussen leveringen en toedieningen, maar ik wil daar graag een nuance bij maken. Wij gebruiken hier VaccinNet als *outcome*, dat sinds begin januari trouwens in het hele land is geïmplementeerd. Daar zit een kleine *delay* op, maar er wordt hard gewerkt om de *delay* tussen de registratie en de rapportering nog wat te verkorten. U moet de grafiek dus met enige nuance bekijken, maar u ziet op basis van de data dat wij toch continu naar versnellingen trachten te zoeken.

Op deze grafiek ziet u onze planning nog wat meer in detail. Als onze huidige extrapolaties gelden, dan ziet u ook de verwachte data waarop het merendeel per fase gevaccineerd zou kunnen zijn. Het is evident dat die planning afhangt van de leveringen, waarover er absoluut nog onzekerheden zijn, die jammer genoeg nog eventjes zullen aanhouden. U ziet onmiddellijk dat de leveringen een impact kunnen hebben op de timing van de vaccinatie van de verschillende categorieën. Er is recent ook beslist dat de politieke interventie-eenheden onder de essentiële functies vallen. Op dit ogenblik worden zij gevaccineerd of zijn zij al gevaccineerd. Deze grafiek zullen wij ook up-to-date trachten te houden en wordt ook regelmatig publiek bekendgemaakt.

Vanaf het begin hebben we samen met Sciensano onze vaccinatiegraad bekendgemaakt. Ook hier is er steeds een korte *delay*. Momenteel zitten we rond 8,3 %. Daar zit nog wat variatie op, onder andere in functie van leeftijd en deelstaat. Wat ons op dit ogenblik het meest interesseert is uiteraard het aantal bejaarden, de vijftigplusers in het algemeen, maar vooral de hoogbejaarden. U ziet dat we daar nu een bijkomende versnelling hebben van de stijging van de vaccinatiegraad. Dat heeft te maken met de volgende stap in onze vaccinatiestrategie. In fase 1B starten we volop met de vijftigplusers, in totaal 2,2 miljoen Belgen. Voor de comorbiditeit gaat het om 1,5 miljoen Belgen. U ziet dat we nu in de komende weken en maanden de grootschalige vaccinatie van miljoenen Belgen echt wel gaan aanvatten.

De vaccinatiegraad is uiteraard een van de belangrijkste indicatoren om aan te geven waar we staan met onze strategie. We vaccineren om de hospitalisaties en de mortaliteit van COVID-19 als ernstige ziekte te voorkomen. We zagen de resultaten ondertussen al in Israël en andere landen. We hebben een vrij performant registratiesysteem in België, wat even onderstreept mag worden. Op dit ogenblik hebben we hierdoor al zeer duidelijke gegevens, evidence zoals we dat noemen, dat de vaccinaties in de woon-zorgcentra, met zeer hoge compliantie bij de bewoners, effectief werken. U weet dat we

momenteel opnieuw een toename zien van de hospitalisaties en de opnames op intensieve zorg. Dat is uiteraard een reden tot bezorgdheid. Voor de woon-zorgcentra zien we echter het effect van de vaccinaties. Zoals verwacht zien we het effect een tweetal weken na de tweede dosis. Het merendeel van de mensen heeft een mRNA-vaccin gekregen omdat we nog geen adenovirusvaccins hadden. We zien al duidelijk het effect. U weet dat als deze problematiek zich voordoet in woon-zorgcentra het bovendien vaak om clusters gaat, met alle gevolgen van dien. Nu zien we dat ook het aantal clusters sterk gereduceerd is tot zelfs quasi verdwenen. We verwachten dus een belangrijk resultaat te zien als de groep van de vijftigplusers binnenkort gevaccineerd is. Dat was uiteraard de doelstelling van alles wat we opgestart hebben.

Dan kom ik aan onze actuele prioriteiten of *issues*. Wij moeten daarin duidelijk zijn. Dit is tot nu toe een pad geweest met een aantal tegenslagen en een aantal versnellingen, een hobbelig pad, zullen sommigen zeggen.

Wat zijn op dit moment de besognes van de taskforce en ook heel veel mensen bij de deelstaten en de andere overheden?

Aan de linkerzijde ziet u al hetgeen te maken heeft met AstraZeneca. Het is, niet alleen in België maar ook in andere landen, niet gemakkelijk geweest om te starten met een leeftijdsbeperking tussen 18 en 55 jaar. Er was een voorlopige goedkeuring of advies van de Hoge Gezondheidsraad, enkele weken later aangevuld met meer wetenschappelijke gegevens. Dit waren vrij indrukwekkende gegevens, uit observationele studies in Schotland en Engeland, die duidelijk de werkzaamheid aantoonde, ook bij bejaarden. Het feit dat wij daar naar indicatiestelling zijn moeten evolueren, is uiteraard niet de beste strategie, ook niet voor de communicatie.

De voorbije dagen en vandaag nog zijn wij bezig met heel de discussie over de mogelijke nevenwerkingen, bloedstollingsstoornissen. Dat is tot op vandaag actueel. Voor de communicatie en voor het vertrouwen in de vaccinatie is dat een belangrijke bezorgdheid. Gelukkig hebben wij kunnen vaststellen dat er actief werd gecommuniceerd vanuit de deelstaten. U weet dat zij een belangrijke bevoegdheid hebben op dat domein. Er werd ook gecommuniceerd door heel wat wetenschappelijke verenigingen, onder meer door de huisartsen, die samen met de taskforce zeer sterk het wetenschappelijk element naar boven brengen en het dagelijks opvolgen.

Dat blijft wel een van onze bezorgdheden. Dat

geldt voor AstraZeneca maar uiteraard soms ook voor andere vaccins. Vertrouwen in het vaccin is absoluut een prioriteit van onze werkzaamheden.

Wij zitten nu volop in een fase die wij nog nooit uitgevoerd hebben in ons land, en ook niet in andere landen. Voor de woon-zorgcentra, de ziekenhuizen en de eerste lijn werkten we nog voor een stuk met de bestaande kanalen. Nu zitten wij in de fase van de grootschalige vaccinatiecentra. U hebt er wellicht enkele gezien of misschien zelfs bezocht. Ik kan het u zeker aanraden.

Er werden er ongeveer 150 opgestart. Een belangrijk deel daarvan is reeds operationeel en bestaaf. Het is een vrij complex proces. Het moet informatica-technisch werken. Het farmaceutisch proces moet werken. De mobiliteit moet in orde zijn. De veiligheid moet in orde zijn. En uiteraard, de mensen die er gevaccineerd worden, moeten er een correct en aangenaam gevoel aan overhouden.

Zeer veel mensen hebben daar hun verantwoordelijkheid opgenomen. Ook de lokale besturen wil ik speciaal vernoemen, ook burgemeesters en andere. Hoedje af voor het zeer belangrijke werk dat zij allen reeds uitgevoerd hebben. Wij doen, samen met de deelstaten en de farmaceutische inspectie, ook kwaliteitscontroles. Op de meeste plaatsen gebeurt het reeds bijzonder professioneel.

Op een aantal andere plaatsen is er nog wat werk voor de boeg. Het staat nog maar in zijn kinderschoenen, natuurlijk. De grote volumes komen de volgende maanden.

U kunt al onze adviezen transparant terugvinden op deze website. Dat zijn er ondertussen al heel wat. U vindt er ook heel wat procedures, toelichting, video's enzovoort.

Van in het begin was communicatie een van onze prioriteiten. De taskforce is niet federaal, maar interfederaal. De deelstaten hebben daar dus een zeer belangrijke aanwezigheid en verantwoordelijkheid, samen met een aantal federale instellingen, de Hoge Gezondheidsraad, Sciensano, KCE enzovoort, in het commissariaat. Van in het begin was dit een van onze grootste werven. Wij hebben gelukkig kunnen rekenen op heel wat experts, professoren en *opinion leaders*.

Er is al heel actief gecommuniceerd per doelgroep. Communicatie is altijd onvoldoende, dat zal een prioriteit blijven. We zien dat dat telkens opnieuw, in elke fase apart, naar de verantwoordelijke gaat, maar ook meer en meer naar het brede publiek.

Er is heel wat audiovisueel materiaal gemaakt, met heel wat getuigenissen. Heel wat mensen participeren daarin. Er is een kerngroep die dat op elkaar afstemt. Onze boodschappen verlopen over het volledige land inhoudelijk gesynchroniseerd, natuurlijk in functie van de doelgroep of per deelstaat. Dat wordt op een eigen wijze en via de eigen kanalen gedaan.

Toegankelijkheid en kwetsbare groepen zijn een apart aandachtsgebied. Het wordt ook in verschillende talen toegelicht, niet alleen op papier. Er worden heel wat seminaries gegeven. We kunnen alle webinars die we al gegeven hebben, niet meer tellen. De pers is terecht kritisch, dat is ook haar rol, maar binnen de pers is er tegelijkertijd heel wat aandacht voor vaccinatie en vaccinatiestrategie. Ze brengen ook wel de nodige nuances en zijn regelmatig sterk ondersteunend in het debat rond de vaccinatiestrategie. Ik zal niet alles overlopen, maar het werk blijft verder lopen. Dit zal zeker nog meer moeten intensifiëren de komende weken en maanden. De doelgroepen tot nu toe zijn mogelijk ook wel de doelgroepen die qua vaccinatiebereidheid iets eenvoudiger te overtuigen zullen zijn dan, als we evolueren, de gezonde en jongere bevolking in fase 2. Dat zal een aparte motivatie vergen.

Wij consulteren daarvoor ook motivatiepsychologen. Zij zijn ook belangrijke raadgevers inzake communicatie.

Ik kan hierbij langzaam afronden. We hebben de presentatie niet te lang gemaakt, zodat er voldoende tijd is voor al uw vragen. Ik dank alle commissieleden en de voorzitter. Namens de taskforce – ik denk dat ik ook mag spreken namens het commissariaat en alle ministers van de Interministeriële Conferentie – wil ik hier toch ook een bijzonder woord van dank richten aan heel veel mensen die dag in, dag uit bijzonder hard werken voor de vaccinatiestrategie. In het bijzonder wil ik alle leden van de Hoge Gezondheidsraad en heel wat experts even in de schijnwerpers zetten. Zij zijn bij wijze van spreken 24/7 beschikbaar. Heel in het bijzonder denk ik aan al onze gezondheidszorgverleners. Na de zorg die zij verleend hebben tijdens de eerste en tweede golf van de covidpandemie in de ziekenhuizen, in de eerste lijn en in de thuiszorg merken wij nu ook dat zij een van de allerbelangrijkste partners zijn. Zij spelen dus ook een zeer belangrijke rol in de vaccinatiestrategie, ook in de communicatie naar hun patiënten.

Wat wij nu aan het doen zijn in de grote vaccinatiecentra, kunnen wij alleen maar dankzij zeer veel professionals, onder meer uit de lokale besturen en de evenementensector, en vele

vrijwilligers. Zij zullen er gedurende weken en maanden voor zorgen dat het een succes kan worden. Dat willen wij vanuit de taskforce en het commissariaat even extra onderstrepen, want zij komen soms wat weinig aan bod, terwijl zij er op de achtergrond voor zorgen dat het zal lukken en dat wij onze doelstelling van 70 % zullen kunnen halen.

La **présidente**: Monsieur Raemaekers, merci beaucoup. Je vais à présent passer la parole aux différents groupes pour faire place au dialogue.

Kathleen Depoorter (N-VA): Professor Ramaekers, welkom in onze commissie en bedankt voor uw uiteenzetting.

U stelt terecht dat wij in deze vaccinatiecampagne ongelooflijk respect moeten hebben voor onze wetenschappers, onze experts, onze lokale besturen en onze zorgverstrekkers. Eigenlijk al de gehele crisis - en de pandemie duurt ondertussen al meer dan een jaar - hebben wij gezien dat de mensen op het terrein, de mensen uit de sector, heel puik werk verrichten en hun verantwoordelijkheid nemen. Dat staat jammer genoeg in schril contrast met het feit dat de politieke verantwoordelijkheid niet of toch niet op tijd opgenomen werd. Die vaststelling vind ik heel jammer. U geeft zelf aan dat het parcours van de vaccinatiestrategie hobbelig was en is. U bent er zake pas heel laat op het toneel gekomen. Ik ben ervan overtuigd dat u, uw diensten en al de mensen van de taskforce, het onmogelijke hebben proberen te bereiken om de vaccinatiestrategie toch vorm te geven. Halfweg november werd u de eerste keer vernoemd in de verslagen van de Interministeriële Conferentie, waardoor het uiteraard onmogelijk was om een perfect gestroomlijnde organisatie van de vaccinatiestrategie op 1 december te komen presenteren.

Mevrouw de voorzitter, collega's, aangezien ik afgelopen weekend van wacht was, had ik tussen de patiënten door wat tijd en die heb ik aangegrepen om alle verslagen van de Interministeriële Conferenties door te nemen. Meer specifiek zocht ik naar de verschillende beleidsbeslissingen en discussies over de vaccins. Daarbij ben ik op verschillende vragen en bemerkingen gestoten, die mij erg verwonderen.

Professor Ramaekers, mijn vragen daaromtrent wil ik nu even met u doornemen, ook al gebruik ik daartoe misschien wat meer spreektijd, maar ik denk dat dat belangrijk is. Wij mogen immers niet vergeten – u hebt er ook op gewezen – dat de vaccinatiestrategie het grote project is om ons weer naar een iets normaler leven te leiden, naar een maatschappij die kan werken, een maatschappij

waaraan mensen kunnen deelnemen en waarin onze bevolking geen angst meer hoeft te hebben bij onderlinge gesprekken.

Op 1 juli geeft minister Beke aan dat er een probleem met de griepvaccinatie zal zijn. Op dat moment was het alleen nog de covidvaccinatie die voor het eerst ter sprake kwam. Ik herinner u eraan dat ik de eerste keer op 19 mei in de commissie voor de Volksgezondheid aan minister De Block heb gevraagd of zij al bezig was met een strategie rond de covidvaccinatie en de griepvaccinatie.

Minister Beke geeft een belangrijke opmerking. Hij zegt dat België vrij lage prijzen hanteert voor de griepvaccins. Dat betekent dat de producenten niet in de rij zullen staan om extra vaccins naar ons land te brengen. Die lijn houden we aan wanneer we het uiteindelijk over de covidvaccinatie hebben. Daar kom ik straks op terug.

Op 12 augustus is er dan de eerste agendering van een covidvaccinatie werkgroep en van de vraag hoe de vaccinatie zou worden aangepakt. Men begon plots na te denken over het feit dat er vaccins moesten worden gekocht.

Op 3 juni startten onze buurlanden, Frankrijk, Nederland, Italië en Duitsland, een Inclusive Vaccines Alliance op. Dat was dus weken of maanden vooraleer wij daarover begonnen na te denken. Op 12 augustus is er de oprichting van een comité dat de aankoopdossiers voor België moet voorbereiden. Ook daar wordt vermeld dat de prijs een delicate zaak is. Professor Ramaekers, bent u op de hoogte van het feit dat voor onze regering de prijs van de vaccins heel belangrijk was?

Op 19 augustus wordt beslist dat een nota over de financiering moet worden voorbereid. Die nota moet nog niet voorbereid worden; er moet een werkgroep worden gestart. Die werkgroep over de financiering zal klaar zijn op 18 december. Op 18 december gaat een nota van de werkgroep naar de Interministeriële Conferentie.

U herinnert zich misschien wel dat wij grote begrotingsdebatten hebben gehad op 16 december 2020, waarop minister Vandenbroucke duidelijk heeft verklaard dat er een 80/20-verdeling rond de kostprijs van de vaccins zou worden gehanteerd.

Op 18 december 2020 wordt er dus verwezen naar de afgesproken nota, maar er is nog niet afgesproken wat onder de nota valt. Professor, misschien kunt u daar niet op antwoorden, maar wat was afgesproken om te betalen? Voor welke nota's moest u gegevens aanbrengen over de kostprijs van de verschillende vaccins?

Op 2 september 2020 geeft in de Interministeriële Conferentie Xavier De Cuyper een toelichting bij de update van de Advisory Board COVID-19 in ons land. Daarin is er een opmerkelijke passage, namelijk dat een aantal mensen uit de Advisory Board wordt geweerd, omdat er een *conflict of interest* zou kunnen zijn. Professor Ramaekers, bent u daarvan op de hoogte? Het was van voor uw tijd, maar op dat moment was wel al de beslissing genomen dat AstraZenecavaccins zouden worden besteld.

Op 11 november 2020 wordt opnieuw gesproken over de financiering en de organisatie van de covidvaccins. De Hoge Gezondheidsraad krijgt daarbij de raad de doelgroepen te verfijnen. Bent u op de hoogte van een discussie die er is geweest? Die discussie heeft geleid tot het schrappen van de tweede paragraaf in een fiche.

U verklaarde daarnet dat alle verslagen op www.info-coronavirus.be konden worden teruggevonden. Zitten daar ook de bijlagen bij die in de Interministeriële Conferenties werden gepresenteerd? Wij, Parlementsleden, hebben daarop tot vandaag immers geen zicht.

Op 14 november 2020 wordt dan eindelijk gesproken over de oprichting van de taskforce. Op dat moment komt u effectief in beeld. Er wordt echter gewag gemaakt van een discussie, omdat ook een Franstalige voorzitter naar voren zou moeten worden geschoven. Wij weten ondertussen allemaal dat die voorzitter er niet is gekomen. Die persoon zou worden aangesteld om de communicatie in het maatschappelijk debat te voeren. Hoe komt het dat geen Franstalige covoorzitter is gevonden?

Bent u niet de mening toegedaan, zeker gezien de nogal moeilijke berichtgeving, zoals u zelf hebt aangegeven, en zeker ook gezien de twijfels die er in Wallonië en Brussel zijn, dat moet worden gezocht naar iemand die de communicatie effectief in handen neemt, zodat wij geen brede waaier van verschillende communicaties krijgen?

Het is ook bijzonder dat de ministers van de deelstaten op 16 december 2020 de vraag stelden of zij de contracten kunnen bekijken. In uw antwoorden verwijst u soms naar het feit dat de ministers van de deelstaten de contracten konden inkijken. Maar toch lees ik in de verslagen van de Interministeriële Conferentie dat het FAGG zal nagaan welke informatie met de ministers van de deelstaten gedeeld mag worden en wat er juridisch haalbaar is. In hoeverre kan aan de ministers van de deelstaten dan gegarandeerd worden dat wat er beslist is, allemaal klopt? Eigenlijk gaat het hier

over een rapportering van het FAGG aan het IMC, blijkbaar zonder dat daar harde bewijzen zijn. Ik had graag uw visie daarover gehad. Vindt u het correct dat dat op die manier verloopt?

Wat mij opvalt in de vele verslagen van het IMC, is dat wanneer ons land beslist deel te nemen aan een aankoop en te gaan voor een opt-in, hier heel weinig discussie over is. In alle IMC's heb ik slechts twee keer een tussenkomst genoteerd van een van de aanwezige ministers op een toelichting van het FAGG rond het advies van de Advisory Board. Dat ging twee keer om de bemerking of we niet te veel vaccins zouden bestellen en of het wel nodig was de opt-in te doen. Hoe komt het dat er zo weinig discussie daarover geweest is? Waren alle actoren die daar aanwezig waren, dan zo volgzzaam, of was het voor de regering niet zo belangrijk en deelde ze gewoon mee welke aankoop de federale regering zou doen, terwijl de anderen daar gewoon in meegingen? Graag had ik daar wat meer uitleg over gekregen.

Op 2 december kwamen de eerste berichten rond de aankoop door Duitsland van meer vaccins ten opzichte van België. De heer De Cuyper stelde dan aan de vergadering dat het fout is om te stellen dat andere Europese landen sneller beleverd zouden worden of sneller zouden zijn dan België. Hij wees daar nog eens op die proportionaliteit. Wat is uw visie daarop vandaag? Wij kunnen toch wel vaststellen dat bijvoorbeeld Nederland in de eerste drie weken van de vaccinatiecampagne 20.000 vaccins per week pro rata meer ontvangen heeft dan ons land. Hoe kan u dat verklaren? Ik heb dat al meermaals aan de heer Vandembroucke gevraagd, maar ik heb daar nog nooit een antwoord op gehad. Misschien kan u mij daarin helpen.

Op 5 januari startte de vaccinatiecampagne. Daar is redelijk wat discussie over, lees ik. Wie heeft eigenlijk beslist dat dit gecommuniceerd kon worden? De eerste minister communiceerde dat, maar daar was in de Interministeriële Conferentie van 3 december vrij veel discussie over. Hoe stond u, als hoofd van de taskforce, daar tegenover?

Ook op 3 december zijn er heel wat discussies rond de bevoegdheidsverdeling geweest. Dat is toch wel hallucinant. Vindt u niet dat het voor u, als voorzitter van de taskforce, veel makkelijker werken was geweest als het allemaal klaar en bediscussieerd was wie wat zou doen? Op die dag duurde de pandemie al bijna een jaar. We weten al van in het voorjaar dat we heel hard zullen inzetten op de vaccins. Heel veel Belgische wetenschappers spelen een heel belangrijke rol in klinische studies. Toch moeten we op 3 december nog beginnen discussiëren over wie

verantwoordelijk is voor wat. Hoe ging u daar binnen de taskforce mee om? Kon u op die manier eigenlijk wel werken? Kon u vooruitgaan met uw werkzaamheden?

Op 16 december krijgt de Interministeriële Conferentie de melding dat een aanvullende bestelling van spuiten en naalden zal gecentraliseerd worden binnen het FAGG. Was dat een melding of een afspraak? Op dat moment wisten we immers al allemaal dat de 1 milliliterspuiten een beetje moeilijk zouden zijn. Hoe zijn die afspraken tot stand gekomen? Ook blijkt dat een aantal ministers in de deelstaten toch vindt dat die informatiedoorstroming niet optimaal is. Heeft u daar het gevoel dat het effectief een moeilijkheid was of niet?

De bijkomende aankoop van de BioNTech-Pfizer vaccins wordt op 9 december 2020 gecommuniceerd. Er wordt totaal niet – nergens trouwens binnen de IMC – gesproken over de handtekening die vergeten is. Is dat niet gemeld aan de collega's? Is dat enkel binnen de federale regering afgewerkt? Was u, als hoofd van de taskforce, op de hoogte dat men vergeten was in te tekenen op die extra vaccins? Er is dan een hele diplomatieke molen in gang geschoten, waar de eerste minister ook contact had met Duitsland. Hebt u daar een nota van gekregen of was u daar actief bij betrokken?

Ik lees een opmerking van minister Vandenbroucke op 13 januari dat hij nogal bezorgd was over het aantal vaccins die in de frigo zitten en dat hij met die informatie naar het Parlement moet, wat niet zo fijn is. Dat was niet zo fijn. Wij hebben er heel hard op ingezet dat de vaccinatiestrategie op 5 januari klaar moest zijn. Op 13 januari noteren wij dat heel wat vaccins heel traag tot bij de patiënten komen, maar de acceleratie die een week eerder in het Parlement was aangekondigd, bleek er niet te zijn. Wat was daar de oorzaak van?

Ondertussen weten wij allemaal dat er dosissen gekocht zijn van het Pfizer vaccin, geen flacons, maar begin januari was daar twijfel over. Een aantal aanwezigen binnen de IMC hebben daarover vragen gesteld. Mij doet dat opnieuw denken dat die contracten niet volledig gelezen zijn. Was u op de hoogte dat er dosissen zijn gekocht en geen flacons?

Ook op 13 januari is eindelijk de nota klaar en gaat men naar de Inspectie van Financiën om te vragen wie wat zal betalen. Ik lees – ik had daar al een vraag over gesteld aan minister Vandenbroucke, maar ik heb daar ook geen antwoord op gekregen – dat er eind januari toch nota is genomen van de Valneva- en de Novavax-vaccins. Als voorzitter

van de taskforce bent u ongetwijfeld op de hoogte dat die vaccins ook in de maak zijn.

Valneva is trouwens een geheel Europees vaccin. Wordt er met die nieuwe vaccins rekening gehouden in de uitwerking van de vaccinatiestrategie?

Ook in de vergadering op 27 januari worden er vragen gesteld over het respecteren van de privacy bij de prioritering van de risicogroepen. Het antwoord van de heer Robben daarop luidt dat er zo weinig mogelijk gezondheidsgegevens worden doorgegeven. De omschrijving "zo weinig mogelijk" stelt mij niet gerust. Bent u er honderd procent zeker van dat alles effectief conform de regels verloopt? Overstijgt een en ander niet bijvoorbeeld het beroepsgeheim van de artsen?

Vandaag werd bekendgemaakt dat Nederland tijdelijk stopt met de toediening van vaccins van AstraZeneca. Wij weten dat enkele patiënten problemen gehad hebben, namelijk een trombose gecombineerd met een trombocytopenie. Dat is een enigszins frappant fenomeen. Eigenlijk kunnen wij gemakkelijk traceren of er bij ons ook zulke voorvallen zijn. In de pers werd gezegd dat er twee dergelijke gevallen zijn. Kunt u dat bevestigen? Worden er ook richtlijnen uitgestuurd om bijvoorbeeld patiënten erop alert te maken, als zij bijvoorbeeld bloedpuntjes hebben, dat zij zich melden bij de arts van de vaccinatiecentra? Op welke termijn na de vaccinatie doen de problemen zich voor? Het EMA heeft gisteren beslist dat wij toch nog verder kunnen blijven vaccineren met het AstraZenecavaccin. Wetenschappers die ik daarover consulteer, zeggen mij ook allemaal dat er nog geen echte causaliteit is. Is de tijd misschien rijp om te bekijken welke profielen er best al dan niet met AstraZeneca worden ingeënt? Moeten sommige patiënten eventueel voorafgaandelijk een aspirine toegediend krijgen, volgens een vast protocol? Of nemen we het risico, volgen wij het EMA in de beslissing om mensen te blijven vaccineren?

Op de vraag of het een goed idee was om in de Europese aankoopstrategie te stappen antwoordde u dat we hierdoor de garantie hadden dat andere lidstaten geen unilaterale afspraken zouden maken met de producenten. Vandaag weten we echter dat dit wel gebeurd is. Is dat dan een diplomatiek feit? Tilt u er zwaar aan dat bepaalde lidstaten andere vaccins kopen en dat er ook lidstaten zijn die bijkomende vaccins hebben gekocht? De heer Timmermans heeft gisteren in de pers duidelijk gesteld dat het Europese aankoopbeleid gefaald heeft. Deelt u zijn idee ter zake of niet?

Ik heb in de verslagen van de IMC nergens gelezen dat we extra vaccins konden bestellen. Is dat ooit gemeld aan de aanwezigen?

U antwoordde verder dat u eigenlijk gerust was over de levering van AstraZeneca. U stelde dat AstraZeneca wel conform de afspraken zal leveren. Vandaag weten we echter dat dit niet waar is, er zullen 2 miljoen dosissen minder geleverd worden. Hoe staat u tegenover het geloof van onze federale regering in die contracten? Zijn we niet een beetje naïef geweest door met *best efforts* te werken? Hadden we geen resultaatsverbintenis moeten afdwingen in die contracten?

Wat de leveringen betreft, stelt men dat de vaccinatiecampagne op schema zit, maar dat we afhankelijk zijn van de leveringen. U heeft in uw toelichting verwezen naar de lokale besturen, de vrijwilligers en de zorgverstrekkers die gigantisch hun best doen. Ik ben zelf zorgverstrekker en lokaal bestuurder. Wij hebben met man en macht een vaccinatiedorp opgesteld voor 70.000 inwoners. In de eerste maand van onze operationaliteit hebben wij slechts 746 vaccins ontvangen en geplaatst. We hebben 700 vrijwilligers die deelnemen aan de vaccinatie in ons vaccinatiedorp. Als u stelt dat het eigenlijk nog wel goed zit met de vaccinatie en dat we op schema zitten, dan heb ik het als lokaal bestuurder heel moeilijk om al die mensen die zich hiervoor inzetten, de vrijwilligers en de zorgverstrekkers en de mensen van onze gemeentelijke diensten, te blijven uitleggen dat de vaccinatiecampagne toch wel verloopt zoals het moet. We hebben immers geen vaccins. Hoe kunnen we er alles aan doen om meer vaccins naar hier te halen? We kunnen immers geen goednieuwsshow blijven verkopen, de feiten zijn er. We hebben tot nu toe te weinig mensen kunnen vaccineren in de vaccinatiedorpen.

Ik kom tot de vaccinatiegraad van 70 %. U bent vrij optimistisch dat we groepsimmunitet zullen bereiken, maar in Wallonië en Brussel is de vaccinatiebereidheid toch nog altijd problematisch. Ziet u mogelijkheden als er nu echt te veel vaccins in de koelkast liggen in bepaalde hubs, om die te herverdelen naar hubs die er nood aan hebben?

Wat de vergelijking met de Verenigde Staten betreft, vraagt u om een beetje voorzichtig te zijn en geen appelen met peren te vergelijken. Maar in het begin van de vaccinatiecampagne heeft de regering heel duidelijk gecommuniceerd dat andere landen zoals Israël, het VK en de VS, andere standaarden hanteerden. Bent u het daarmee eens? Is dat effectief zo? Is het aantoonbaar en bewijsbaar dat de VS, het VK en Israël andere standaarden zouden gehanteerd

hebben dan wij? Bent u zich daarvan bewust als taskforce? Is u dat gecommuniceerd? Hebben zij dan minderwaardige vaccins of volgen zij minder de wetenschappelijke weg? Wat vindt u daarvan?

Ik kom aan de proportionaliteit. Dat is vraag h, 3. U stelt nog eens dat er gecommuniceerd is dat er een proportionele verdeling is binnen Europa. Vandaag heeft de Europese Commissie in *Politico* een persbericht gepubliceerd waar die proportionaliteit toch niet meer hardgemaakt wordt. Hoe kijkt u daar tegenaan? Werd ons dan iets voorgelogen? Of was het dat men niet beter wist? Indien die verdeling niet pro rata is, kunnen wij dan stappen zetten? Bent u daarvan op de hoogte of wij dan op tafel kunnen kloppen in Europa? Wij hebben dat zeker nog niet gedaan op dit moment, volgens wat ik lees, maar kunnen wij dat? Welke zijn de mogelijkheden?

Ik heb u begin januari gevraagd of VaccinNet en de link met de GMD's en de GFD's in orde zou zijn, zodat de huisartsen zouden kunnen volgen wanneer iemand opgeroepen is. Vandaag is dat nog het geval niet. Natuurlijk zijn de zorgverstrekkers die al gevaccineerd zijn, ook patiënten. Als huisarts of huisapotheker kunnen wij nog niet zien of iemand al uitgenodigd is voor vaccinatie. Tegen wanneer zou dat in orde komen?

U bent op 17 november van start gegaan en op 3 december zie ik het eerste advies naar het IMC. Dat zijn veertien dagen. Men kan zeggen dat dit kort is, maar het was een maand voor de start van de vaccinatiecampagne. Was er vanuit de regering een sense of urgency tegenover u? Of had u de tijd om het werk grondig te doen, zoals u dat inschatte?

Ik lees in uw antwoorden dat de communicatie met de producenten door het FAGG gebeurde en niet door de taskforce. Vindt u het niet nodig dat de taskforce in eerste lijn met de producenten kan onderhandelen?

Johnson & Johnson zal zeer belangrijk zijn voor de vaccinatiecampagne, zegt u. U gelooft dat alles zal kunnen worden geleverd, zoals gepland. Bent u op de hoogte van de *fill and finish* in de VS? De Europese Commissie bleek dat bij het afsluiten van het contract niet echt te zijn. De federale regering verwijst ook naar de Europese Commissie. Dat is echter zeer belangrijk voor het verder organiseren van onze campagne. Hoe ziet u dat? Hoe hoog schat u de mogelijkheid in dat die vaccins toch niet op tijd zullen komen?

Als vaccinatiedorp is het bijzonder moeilijk dat we maar twee weken op voorhand te horen krijgen welke vaccins er naar ons dorp zullen komen, voor het inplannen van de vrijwilligers, voor het

inplannen van de zorgverstrekkers, voor het uitnodigen van de patiënten. Kan er iets gedaan worden om ervoor te zorgen dat men vroeger weet welke vaccins naar welk dorp komen?

Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, professor Ramaekers, ik dank u voor deze presentatie.

Ik zal het kort houden. Ik heb enkele vragen genoteerd tijdens uw presentatie. Mijn eerste vraag gaat over de *delay* bij VaccinNet waarover u het had. Kunt u toelichten hoe dat precies komt? Blijkbaar is er een *delay* tussen de input door de vaccinator en wat kan worden gerapporteerd. Hoe zit dat softwarematig in elkaar? Waar zit de kink precies in de kabel? Hoe kan dat worden opgelost?

Houden we nog steeds vast aan het percentage van 70 % gevaccineerden? Ik hoor sommige experts immers andere percentages noemen.

Ik heb u de volgende vraag ook al gesteld toen u in januari naar de commissie voor Gezondheid bent gekomen. De min 18-jarigen worden nog steeds niet meegeteld en nog niet gevaccineerd, waardoor er bij de volwassen populatie meer dan 70 % zal moeten worden gevaccineerd om aan die totale vaccinatiegraad van 70 % te geraken. Werd berekend hoeveel meerderjarigen moeten worden gevaccineerd om aan die 70 % te geraken? Is dat haalbaar? Hebben we zicht op het vaccineren van de min 18-jarigen? Hoe staat het met de studies daaromtrent? Kunnen wij daarvan al voorlopige resultaten zien?

Wat betreft de varianten, ik vraag mij af in hoeverre hiermee rekening wordt gehouden in het kader van het vaccinatie tempo. Voor het Pfizer vaccin wordt er nu een langere tijd tussen gelaten. Heeft dat impact op het risico dat er meer varianten ontstaan? Ik kan mij voorstellen dat hoe langer de vaccinatie campagne duurt, hoe meer risico er is op het ontstaan van varianten, aangezien het virus net wil ontsnappen aan die vaccins. Hoe staat de wetenschappelijke wereld daartegenover?

U geeft aan dat u op het vlak van vaccinatie bereidheid weinig problemen verwacht in de huidige leeftijdsgroep, dus bij de iets oudere bevolking. Kunt u een stand van zaken geven? Hoe groot is de vaccinatie bereidheid juist? Hoe wordt die gemonitord? Hoe nauw wordt die gemonitord en op welke manier?

Welke verschillen zijn er tussen de regio's? Mijn collega had het daarnet reeds daarover. Wij zagen dat het bij het zorgpersoneel problematisch was in Wallonië en Brussel. Hoe zit het bij de algemene bevolking? Kunt u daarover cijfers geven? Wat

wordt er verder nog gepland om die motivatie hoger te krijgen?

U zegt dat u een aangepaste campagne zult voeren met betrekking tot de jongeren. Wanneer zal deze starten? Via welke kanalen zal men proberen die jongeren te bereiken?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Ik heb niet zo veel bijkomende vragen meer. Collega Gijbels heeft de vraag over de varianten al uitvoerig gesteld. Zoals de vaccinaties en alles daarrond de dada is van collega Depoorter, is communicatie mijn dada. Mijn vragen gaan dus hoofdzakelijk daarover.

Professor Ramaekers, ik ben het voor een stuk met u eens. We bereiken momenteel een moeilijk punt in de communicatie. Ik ben het niet eens met uw bewering als zou de pers de nodige nuances leggen. Ik vind dat er erg veel aandacht en zendtijd gaat naar een onderwerp als de bloedklonters op dit moment. Dan zie ik een document van Marc Van Ranst waarin vermeld staat dat er bij 12.000 gevaccineerden vier gevallen van bloedklonters zijn vastgesteld en er bij de controlegroep van 12.000 pseudo-gevaccineerden acht gevallen van bloedklonters worden vastgesteld. Het gaat hier om mensen die denken gevaccineerd te zijn. Dan vraag ik mij af waarom er zo veel zendtijd gaat naar alle landen die de vaccinatie stoppen of opschorten. Ik vraag me af of we echt geen andere manier kunnen vinden, samen met de opiniemakers en de pers.

Ik weet niet of u of de collega's het zo aanvoelen, maar we zitten op een punt waarbij bijvoorbeeld mijn buurvrouw van 67 jaar niet wil gevaccineerd worden als dat met het vaccin van AstraZeneca moet gebeuren. Dat is wel een moeilijk punt. Die mensen hebben we immers net nodig. We zitten op een kantelpunt waarbij we een aantal tanden moeten bijsteken qua communicatie op verschillende niveau's en manieren, naar verschillende doelgroepen toe.

U zegt het ook dat communicatie nooit voldoende zal zijn. Maar ik vraag me toch af wat er de komende weken nog in de pipeline zit, niet enkel uit objectief wetenschappelijke hoek, maar vooral ook van motivatiepsychologen, mensen die werken rond polarisering enzovoort. Wat vinden die mensen ervan? Wat moeten we volgens hen nu doen? Wat doen andere landen om het vertrouwen in het vaccin op te krikken, zeker in dat van AstraZeneca. Dat is volgens mij absoluut nodig.

Ik heb nog een tweede vraag, met het oog op de opdracht die onze bijzondere commissie hier gekregen heeft, met name vooruitkijken. Wat als

ons nog eens een dergelijke pandemie overkomt?

Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat wij beter voorbereid zijn? U werkt samen met Europa, want Europa heeft de onderhandelingen gevoerd. Wat de vaccins betreft, moeten we voor heel veel zaken dus naar Europa kijken. U bent nu in het federaal Parlement, omdat er ook zaken federaal worden geregeld, maar in se is vaccinatie een bevoegdheid van de deelstaten. Voor de vaccinatiestrategie en de uitrol doet u ook heel vaak een beroep op de lokale besturen. U kunt ons dus nu, in deze fase, als geen ander adviseren over de institutionele verankering in protocollen en samenwerkingsovereenkomsten. Er komen nog wat samenwerkingsakkoorden aan, onder meer over de registratie van de gegevens. Valt zoiets te plannen, professor Ramaekers? Kunnen wij hieruit leren voor een volgende keer, zodat wij de *lessons learned* – wij zijn nu af en toe over hobbelige wegen gegaan – kunnen vasthouden en in een protocol gieten? Tijdens een volgende pandemie, wanneer wij er al niet meer zullen zijn, kunnen onze kinderen dan teruggrijpen naar wat wij nu gedaan hebben. Hoe zorgen wij ervoor dat zij niet meer moeten uitzoeken wie waarvoor bevoegd is?

Hervé Rigot (PS): Madame la présidente, monsieur Ramaekers, je vous remercie pour cet exposé bref, clair et précis ainsi que pour le travail que vous menez avec toute votre équipe et aussi, comme cela a été dit à plusieurs reprises, avec les entités fédérées et le niveau local dans cette stratégie de vaccination.

C'est sans doute le bon jour pour vous entendre aujourd'hui car, ce 15 mars, notamment au niveau de la Wallonie, on ouvre trente nouveaux centres de vaccination dont un à Waremme, la ville dont je proviens. Je peux effectivement confirmer ce que vous avez dit pour avoir vécu la mise en place de ces centres de vaccination. Je suis impressionné par leur structure, leur organisation, la motivation de toutes celles et ceux qui s'y impliquent tant les professionnels mais aussi les volontaires qui se sont mis à disposition de ces centres. C'est rassurant de voir ce coup d'accélérateur qu'on attendait et dont on avait besoin aujourd'hui. C'est motivant. On sent que la machine est en route. Il fallait accélérer. C'est chose faite.

Personne ne dira le contraire et vous l'avez également dit: la vaccination est clairement la clé pour le retour à une vie "normale". Les centres de vaccination sont là. On a aujourd'hui trois voire quatre vaccins approuvés. Les vaccinateurs sont présents. Évidemment, tout le monde presse. Certains disent "Il n'y a qu'à" ou "On aurait fait mieux". D'autres encore ont envie de faire un débat d'actualité. Ce que j'ai envie de vous dire, c'est que

nous aussi, au Parti Socialiste, nous faisons de la vaccination un enjeu. Nous sommes convaincus qu'il faut accélérer parce que, comme chacun, nous voulons tirer un trait sur cet épisode tellement douloureux, humainement, socialement et économiquement qu'on traverse depuis un an.

Mais, comme vous l'avez dit, il faut tenir compte du contexte exceptionnel auquel nous faisons face et des nombreuses difficultés auxquelles, vous, les experts en première ligne, devez faire face: les quantités livrées, les vaccins, les difficultés rencontrées notamment aujourd'hui avec AstraZeneca, les problèmes informatiques, la nécessité de maintenir l'adhésion de la population, etc. À l'impossible, nous souhaiterions arriver mais, à l'impossible, nul n'est tenu. Il est vrai qu'il faut des améliorations, des solutions pour accélérer encore le processus mais je préfère voir le verre à moitié rempli qu'à moitié vide. Je trouve qu'il se remplit de mieux en mieux et qu'il sera bientôt comme il doit être, c'est-à-dire bien rempli grâce à votre motivation.

Au niveau de la stratégie et, avant toute chose, au niveau de l'organisation des structures, Pedro Facon que nous avons entendu la semaine dernière a insisté sur la nécessité de régler les différents problèmes en restant ensemble autour de la table, en faisant preuve de solidarité. Quel est votre avis au sujet de la mise en place de ce commissariat covid? Pensez-vous qu'il permet de mettre de l'huile dans les rouages, dans la prise de décisions, dans l'implémentation de mesures? Est-ce un plus? Qu'a-t-il apporté?

Au niveau des vaccinations si essentielles, on est en train de développer une nouvelle stratégie. On découvre quelque chose. En la matière, je rejoins la position de mes collègues. Peut-on déjà tirer des jalons pour une stratégie de vaccination si, demain, nous devons faire face à d'autres situations de cet ordre? Peut-on déjà se préparer, voir comment mieux s'organiser et tirer les leçons de ce qui n'a pas forcément fonctionné au début? Comme je vous l'ai dit en commençant mon intervention, ce qui s'est passé est compréhensible car on n'était pas forcément préparé.

Au niveau européen, dès le départ, l'Europe a voulu éviter la cacophonie. Ainsi, plutôt que de voir chaque pays tirer un peu vers lui la politique de vaccination et négocier avec les entreprises, c'est l'Union européenne qui l'a fait au nom des 27 États membres. Elle a donc négocié les doses en notre nom. Mais récemment, le vice-président de la Commission européenne a estimé que l'Europe avait commis des erreurs dans les commandes de vaccins. Quelles sont les principales erreurs qui ont été commises? Qu'est-ce qui devrait être amélioré,

selon vous, à l'avenir?

La situation au niveau européen a fait l'objet de pas mal de critiques, comparativement, par exemple, à ce qui a été fait aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Israël. Aujourd'hui, on a l'impression qu'ils vont beaucoup plus vite que nous, qu'ils obtiennent les doses de vaccins, contrairement à nous. Vu la situation, il est difficile d'obtenir l'adhésion de la population. Plusieurs États membres voire certaines Régions d'États membres ont voulu négocier des contrats au niveau national, indépendamment de la stratégie européenne. Quel est votre avis sur cette situation? Est-il essentiel d'avoir une politique européenne tel que c'est le cas actuellement? Que pensez-vous des comportements adoptés par certains États membres?

Sont-ils compréhensibles ou doivent-ils stopper?

Concernant les chiffres de la vaccination, Mme Stordeur précisait ce vendredi que 755 000 premières doses de vaccin avaient été administrées en Belgique et que 378 000 personnes avaient déjà reçu la deuxième injection. On voit quelquefois que selon la task force, le nombre réel est plus élevé. La justification c'est le délai entre le moment où les données sont mises en œuvre et l'encodage dans le système VaccinNet avec un délai d'au moins six jours pour avoir les informations.

Comment peut-on faire pour réduire les délais d'information afin d'avoir les bons chiffres au bon moment, presque en *live*? Est-ce possible? Comment expliquer ces délais? Comment expliquer les différentes informations, les chiffres qui ne sont pas toujours les mêmes selon Sciensano, le site de l'AFMPS ou encore si on suit les informations de Joris Vaesen, l'entrepreneur flamand qui a souhaité mettre à disposition un tableau de bord sur la vaccination en Belgique? Les chiffres ne sont pas identiques partout. Comment jugez-vous la fiabilité des informations mises à jour? Quelle est la bonne information?

Par rapport à la stratégie de vaccination, au départ, les autorités ont fait preuve de prudence parce qu'on avait peur de manquer de stock et de ne pas être en mesure de donner la seconde dose dans les délais. Aujourd'hui, les choses ont changé. On a plus d'expérience. On a plus de réponses aux interrogations. Le délai a été revu pour l'administration des deux doses et est passé de 21 à 35 jours pour le vaccin Pfizer. Le vaccin AstraZeneca a reçu un feu vert pour être administré aux plus de 55 ans.

Pourriez-vous nous donner un état des lieux

concernant le stock tampon? Comment gère-t-on ce stock aujourd'hui? La task force précisait vendredi qu'il faut en général un délai de quatorze jours entre le moment où l'on reçoit un vaccin en Belgique et celui où il est injecté. Pourquoi ce délai est-il aussi important? Il ne l'est par ailleurs peut-être pas et ce serait juste un sentiment de ma part. Pourquoi ce délai de quatorze jours entre la réception du vaccin en Belgique et son injection? Ne pourrait-on pas réduire ce délai et du coup, avoir plus de vaccins à administrer dans nos centres?

Concernant les modifications récentes apportées à notre stratégie, à savoir l'augmentation du délai entre les deux doses Pfizer, et l'élargissement du public pour l'AstraZeneca, l'OMS indiquait déjà le 10 février que l'Astra-Zeneca pouvait être administré aux plus de 65 ans. Pourquoi a-t-on choisi un délai plus important chez nous pour nous positionner? Comment s'est déroulée la réflexion sur ces questions dans notre pays, à savoir sur les deux doses de Pfizer et sur l'âge critique pour la vaccination AstraZeneca?

Concernant les personnes qui ont déjà contracté le covid, de nombreuses études montrent que ces patients disposent déjà d'une certaine immunité. Pouvez-vous nous expliquer où en sont les recherches et quelle a été la réflexion du groupe de travail concernant ce groupe en particulier?

Je reviens toujours sur la stratégie. Vous nous avez présenté le calendrier de vaccination, dont celui des fonctions de première ligne. Parmi celles-ci, il y a les policiers d'intervention. Vous l'évoquiez tout à l'heure. Je siége aussi en commission de l'Intérieur; nous avons évoqué ce point concernant les policiers d'intervention. Quid de l'élargissement aux forces de l'ordre au sens large? Nous savons, aujourd'hui, que les polices ne sont pas en nombre suffisant pour intervenir, donc le *scope* est élargi aux policiers de non-intervention qui vont aussi sur le terrain.

Quel est le planning pour les centres d'accueil pour demandeurs de protection internationale? Y a-t-il un planning déjà mis en place?

On parle à la fois d'adhésion mais aussi d'aller toucher le public vulnérable. Comment toucher les sans papiers? Comment peut-on recenser ceux-ci, les inciter et les inviter à la vaccination? Avez-vous une stratégie à ce niveau?

Vous avez souligné l'efficacité de la vaccination. Je partage cette opinion sur l'efficacité des centres, de la vaccination en MR et MRS mais également de la vaccination dans les structures hospitalières, sans doute parce que le vaccin est allé vers les citoyens

et non pas la démarche inverse. On prévoit à ce titre, désormais, que les hôpitaux vont pouvoir aussi vacciner une série de personnes fragiles dans le cadre des hospitalisations et des soins ambulatoires. A-t-on une idée de la proportion de patients de la phase 1B qui pourraient être vaccinés par le biais des hôpitaux?

Deuxièmement, les autres devront se rendre dans des centres de vaccination. Comment s'assurer que personne ne sera oublié dans les différents systèmes mis en place? Car le danger est de croire que la personne a été vaccinée au point A alors qu'elle n'a ni été au point A ni au point B et donc que certaines personnes ayant le souhait d'être vaccinées vont passer à côté de l'information. Comment avoir la certitude que la personne a bien exprimé son choix d'aller ou non se faire vacciner? On a évoqué les problèmes informatiques, les difficultés avec la plateforme doclr. Est-elle aujourd'hui capable de gérer la sélection des personnes vaccinables, les convocations, les prises de rendez-vous de manière optimale? Quelles améliorations sont-elle encore nécessaires? Envisage-t-on d'impliquer plus en avant les autorités communales pour les convocations des personnes vaccinables?

Wareme est un centre de vaccination. Les citoyens vont vers le premier pouvoir qu'ils connaissent. Celui avec lequel ils ont des contacts au quotidien est la commune. Envisagez-vous d'augmenter le rôle des communes dans l'information, la communication, la sensibilisation et un *help desk*?

Nous avons un débat au sujet des médecins généralistes, depuis plusieurs semaines en commission Covid. Ils expriment leur souhait d'être impliqués dans la stratégie de vaccination. Au début, étaient évoquées les difficultés de conservation du vaccin et de gestion des stocks. Mais aujourd'hui avec plus d'expérience, peut-on envisager de les y faire participer sachant le rôle important du généraliste dans la confiance et l'adhésion d'un patient ainsi que son rôle de première ligne?

Une réflexion est-elle dans ce cadre en cours. Si oui, que faut-il pour les impliquer? S'ils le sont, qu'en sera-t-il du financement des vaccinations faites par les médecins généralistes et des consultations puisqu'en effet, un remboursement est à envisager?

La communication et l'adhésion: vous le souligniez, comme M. Englert, il y a quelques jours. Pour sortir de la situation, il faut vacciner. Il faut alors bien communiquer. J'ai vu toute l'énergie mise en place au travers de votre présentation pour une bonne

communication. Les informations que nous recevons tous azimuts de l'étranger comme, par exemple, les problématiques de l'AstraZeneca soulevées actuellement, pourraient rompre cette chaîne nécessaire à l'adhésion.

Ce vaccin a d'abord été la cible d'informations relatives à une moindre efficacité. On a indiqué, avant de se raviser, qu'il ne serait pas injecté aux personnes de plus de 55 ans. À présent, l'information porte sur des problèmes thromboemboliques. Tous les jours, des habitants de ma commune m'interpellent en me demandant: "Monsieur le député, monsieur l'échevin, que dois-je faire? Pourrais-je choisir mon vaccin? Si je ne veux pas recevoir l'AstraZeneca, en recevrais-je un autre? Pouvez-vous me dire s'il vaut mieux se faire vacciner ou attendre des rapports sur la qualité du vaccin?" Comment faire? Quel discours leur tenir pour leur rendre quelque confiance dans le vaccin? Pour ma part, je suis confiant, je n'éprouve aucun doute aujourd'hui, parce que je reçois des informations fiables. Cependant, quel message puis-je transmettre à mes administrés pour qu'ils redeviennent sereins?

S'agissant des groupes vulnérables, et vu les nombreux écueils observés dans la communication, comment convaincre de la nécessité d'appliquer les gestes-barrières une fois que l'on est vacciné? En effet, j'entends autour de moi beaucoup de monde soutenir que 70 % de gens vaccinés, cela équivaudrait à une immunité collective et, partant, à un retour à la liberté et à la vie d'avant. Comment éviter cette confusion et expliquer à nos concitoyens qu'il est encore beaucoup trop tôt pour cesser d'appliquer les gestes barrières et les mesures de précaution telles que le port du masque?

S'agissant des 70 % de vaccination, y voyez-vous un peu plus clair en ce qui concerne un objectif temporel, tout en sachant – comme vous l'avez dit – qu'il subsiste plein d'aléas: le fonctionnement des centres de vaccination, l'adhésion des citoyens, la fourniture en vaccins, etc.? Cela dit, disposez-vous d'un timing optimiste, mais peut-être aussi plus pessimiste à cet égard?

Enfin, je conclurai sur l'aspect de la solidarité. L'accès au vaccin suppose un coût et n'est pas encore universel. En Belgique, le vaccin est accessible à tous, grâce à une politique solidaire et à notre sécurité sociale, mais ce n'est pas le cas partout. Or, mon groupe considère que pouvoir se faire vacciner représente un droit fondamental à la santé. Aider ceux qui, à l'étranger, dans des pays en difficulté, ne pourraient y accéder est en effet un choix solidaire que nous devons défendre.

Selon vous, comment faire? Que devons nous faire pour convaincre à l'échelle mondiale que ce vaccin doit être vraiment accessible à tous? Pour mon groupe, cela doit être un bien public mondial. Le mécanisme Covax de l'OMS va en ce sens; mais nous pensons qu'il est insuffisant. Quelle est votre position eu égard à la solidarité, par rapport à la nécessité, sur le plan sanitaire, de veiller à ce que le plus grand nombre, au niveau mondial, soit vacciné?

Merci encore une fois pour votre exposé, pour les éclaircissements que vous ne manquerez pas d'apporter: Merci à toutes celles et ceux qui, chaque jour, mettent tout en œuvre pour que nous soyons vaccinés dans les meilleures conditions et le plus rapidement possible.

En tout cas, moi, je peux vous le dire, je me ferai vacciner et j'ai confiance dans le vaccin.

Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer Ramaekers, alvast bedankt voor uw uitleg. Uw powerpointpresentatie was duidelijk. Ik heb dan ook maar enkele kleine vraagjes daarover, maar ik heb nog heel wat vragen die niet in uw powerpoint te vinden waren.

Wat uw powerpoint betreft, we zagen daar het kader over de verschillende fasen in de vaccinatiestrategie, te beginnen met de hoogbejaarden en de woon-zorgcentra. Wat de essentiële beroepen betreft, daar stond eigenlijk niet echt een maand bij, dat moet nog bepaald worden. Mijn vraag is dan ook: wanneer zal dat bepaald worden en wat zal er bepaald worden? Wanneer komen die beroepen aan de beurt? We mogen toch niet vergeten dat die mensen de hele crisis paraat stonden en toch alle gevaren moesten trotseren. Denk maar aan de kassierster in de winkel. Ik denk dat die mensen ook wel het recht hebben om voorrang te krijgen en te weten wanneer hun beurt komt.

Dan kom ik bij de spuitjes zelf. We hebben het er al even over gehad in de commissie voor Gezondheid. Er was daar even een probleem, omdat er te weinig eenmililiterspuitjes zouden zijn. Daarop werd dan gezegd dat er 384.000 stuks besteld zijn. De minister zei ook dat er 3,6 miljoen geleverd zouden worden op 15 maart, vandaag dus. Zijn die spuitjes geleverd? We verwachten 15 miljoen dosissen Pfizer. Dan komen we uiteraard niet toe met die 3,6 miljoen en de habbekrats die we al hadden. Zijn er nog extra besteld? Zijn er nu genoeg besteld om voldoende spuitjes te hebben? Het zou natuurlijk jammer zijn als we vertraging oplopen omdat er geen vaccins zijn, maar als we dan de vaccins wel hebben, zouden we vertraging kunnen oplopen omdat er

geen of niet voldoende spuitjes zijn.

Dan kom ik bij Brussel.

Het lage percentage gevaccineerden in Brussel stond erg in de kijker. Ik had het al over de olifant in de kamer, die vaak niet wordt benoemd.

Mijnheer Ramaekers, ik zou toch graag van u, indien u het wel durft uit te spreken, een antwoord krijgen op de vraag hoe het komt dat het percentage in Brussel zo laag ligt in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië.

Ik wil graag terugkomen op de uitspraak van de Oostenrijkse kanselier Kurz, die het had over de bazaar van de Europese Unie bij het verdelen en aankopen van de vaccins. De verdeling zou, enerzijds, niet evenredig gebeuren volgens het bevolkingsaantal van de lidstaten. Hij had het, anderzijds, ook over het geklungel van Europa, dat alweer te laat was met vanalles en nog wat.

Professor Ramaekers, wat is uw visie op de rol van Europa in de vaccinatiestrategie? Ik zou het appreciëren, mocht u daar heel open over zijn.

Zult u ook via uw vaccinatiewerkgroep bij onze ministers erop aandringen om in Europa op tafel te kloppen, zeker inzake de evenredige verdeling, die er, naar wat blijkt, totaal niet is, ze aan te klagen en transparantie ter zake te vragen?

Ik zou eigenlijk ook graag willen weten op welke plaats in de pikorde België staat bij de verdeling van de vaccins.

Dat ze niet evenredig worden verdeeld, staat buiten kijf. Wanneer wij kijken naar de manier waarop onze vaccinatie is gestart, hadden wij net geen 10.000 mensen gevaccineerd, terwijl Denemarken, dat de helft van het aantal inwoners van België telt, op dat moment al bijna 46.000 mensen kon vaccineren.

De onevenredigheid is duidelijk. Hoe komt het dat dit zo is? Waarom gebeurt dit niet transparant? Waar ligt de oorzaak? Ligt dat bij de EU, bij België of bij beide?

Dan over het vaccin van AstraZeneca, dat eerst bij de beste vaccins behoort om daarna van zijn sokkel te vallen. Het zou niet geschikt zijn voor 60-plussers. Dan zijn er weer nevenwerkingen.

Onze vaccinatie is gestart in slow motion. Toen we de minister daarop wezen, zei hij: ja, we zijn wat trager gestart uit voorzichtigheid. Dat begreep ik niet, maar goed. Nu blijkt het vaccin van AstraZeneca toch wat bijwerkingen te hebben. Dat

wordt hier nogal geminimaliseerd door sommige collega's, vind ik toch. Denemarken, Noorwegen, IJsland Letland, Litouwen, Oostenrijk, Luxemburg, Italië, Thailand, Zwitserland en sinds dit weekend ook Nederland, stoppen met dit vaccin. Zijn die landen dan allemaal bangeriken, om de woorden van Van Ranst niet te gebruiken? Wat moeten we daarvan denken?

Als we dan toch voorzichtig gestart zijn, waarom zouden we hier dan ook niet het principe van de voorzichtigheid hanteren? Graag uw visie daarop.

Dan nog een vraag over de klachten die mij al een tijd bezighoudt. Ik heb er nog geen antwoord op gevonden. Als men gevaccineerd is, moet men twintig minuten blijven zitten om te zien of er niet onmiddellijk iets gebeurt. Wat als er thuis, binnen een paar weken, maanden of jaren iets gebeurt, hoe kan dit aan het vaccin worden gerelateerd? Waar worden die klachten dan vastgelegd?

U hebt het heel even gehad over Sputnik in uw presentatie. Ik weet dat dit nu onderzocht wordt door Europa, maar hebben wij de boot daar niet gemist of zijn wij niet zeer laat op die boot gesprongen? Sputnik was voorbij zomer reeds klaar. Ik weet dat daarover nogal lacherig gedaan werd, dat het niet kon, maar een maand later kwamen die westerse vaccins en dat kon dan blijkbaar wel. Hebben wij daar niet te veel gekeken naar Europa? Had Europa niet sneller moeten onderzoeken of het ook in Europa kon worden gebruikt, ongeacht de geopolitieke achtergronden?

In verband met die tromboses, u zei dat er twee landgenoten zijn die dergelijke tromboses hebben ontwikkeld. Waren dat risicopatiënten, stonden zij bekend als patiënten met meer risico om een trombose te vormen of hadden zij andere onderliggende oorzaken?

Volgende vraag werd reeds gesteld in de plenaire vergadering. Als men een uitnodiging krijgt voor vaccinatie, kan men die dan doorgeven? Ik geef een ander voorbeeld dan het voorbeeld van collega Dedecker. Het is een echte case. Een gezonde dertiger krijgt om een of andere reden en out of the blue een uitnodiging voor vaccinatie. Er is geen reden waarom die gezonde dertiger nu reeds een uitnodiging krijgt. Mag hij zijn vaccin doorgeven aan zijn oma, die ouder is dan 80 maar nog thuis woont en dus nog geen uitnodiging gekregen heeft? Het is gewoon een praktische vraag, zodat ik de betrokkenen kan antwoorden.

In de pers konden wij ook lezen dat helft van de entstof in de flacons van Pfizer en Moderna zwaar beschadigd kan worden door transport.

Wat heeft dat te betekenen voor het vaccin? In geval van een beschadigd ingrediënt, is dat aan de flacon of aan de spuit duidelijk zichtbaar? Wat zijn de gevolgen voor de personen die met een beschadigd vaccin ingeënt worden?

Er werden al meerdere vragen gesteld in verband met communicatie. In heel de crisis was communicatie volgens mij het voornaamste probleem, en jammer genoeg ook weer in de vaccinatiestrategie. Onlangs vond er bijna een diplomatieke rel plaats tussen de ambassade van Amerika en onze overheid. De ambassade vroeg om de Belgische personeelsleden die op de ambassade werken ook te mogen inenten met de Amerikaanse vaccins, maar blijkbaar mag dat niet. Kunt u dat verduidelijken? Ik heb gelezen dat deze kwestie ondertussen bijgelegd werd, maar ik wil wel graag weten wat precies het probleem was.

Alvast bedankt, ik kijk uit naar uw antwoorden.

Nathalie Gilson (MR): Monsieur le professeur Ramaekers, merci beaucoup pour toutes vos explications très intéressantes. J'ai certaines questions. Vous nous avez dit qu'il y aurait des adaptations. Est-ce que vous pourriez nous faire la liste des adaptations qui ont été mises en place pour la stratégie de vaccination? Est-ce que vous pourriez aussi nous dire quelles seront les adaptations futures envisagées, sur quoi vous travaillez d'ores et déjà à présent comme adaptations pour améliorer l'action de vaccination?

Votre responsabilité, c'est président de la task force pour l'opérationnalisation de la stratégie de vaccination de la covid. Est-ce que, malgré que chaque entité fédérée a ces compétences, vous visitez tous les centres de vaccination? Entre autres, est-ce que vous vous êtes déjà rendu au centre de vaccination du Heysel?

Vous avez parlé de succès. Je ne doute pas que tout le monde essaie de faire tout ce qui est possible pour que ça s'organise au mieux. Mais j'ai des retours de terrain, puisque le Heysel est dans la circonscription dans laquelle je suis élue, de la part de citoyens de la Région bruxelloise où on me fait part de certains problèmes qu'il me paraît important de faire remonter ici. Premièrement, on m'a parlé d'invitations non pertinentes, par exemple des médecins qui ont été vaccinés dans leur institution hospitalière mais qui ont quand même reçu une lettre d'invitation. Ils ont répondu sur le site qu'ils étaient déjà vaccinés. Étant par ailleurs dans un autre hôpital, ils ont quand même eu une proposition de vaccination. Ce sont des éléments à prendre en compte pour l'amélioration de la stratégie, même pour le futur, puisque notre commission est là aussi pour formuler des

recommandations pour le futur.

Il y a également eu le problème de personnes qui n'ont pas pris de rendez-vous et qui n'ont pas pris les créneaux disponibles de l'agenda prévu dans leur centre de vaccination ou alors des personnes qui ont pris rendez-vous mais qui, au dernier moment, ont changé d'avis. On les appelle dans le jargon les *no-go* (ceux qui ne prennent pas rendez-vous) les *no-show* (ceux qui ne se présentent pas).

Maintenant que nous sommes passés à la phase d'invitation à toutes les personnes au-delà de 75 ans, on me rapporte un grand désarroi des personnes âgées. Il y a et l'on peut s'en réjouir, beaucoup de personnes âgées qui vivent à domicile, avec des soins infirmiers à domicile, des aides-soignants, etc. Mais il y a parfois des couples au sein desquels l'un des deux, par exemple, est atteint de la maladie d'Alzheimer. Celui qui est encore possession de ses moyens prend le rendez-vous pour celui qui est malade, et en arrivant sur place, seule la personne malade sera vaccinée alors qu'ils ont tous les deux dans les nonante ans. Cela signifie que la personne qui accompagne son conjoint atteint d'Alzheimer devra revenir un autre jour, avec ou sans son conjoint atteint de la pathologie, pour recevoir sa deuxième dose de Pfizer, etc. Cela fera quatre allers-retours au Heysel alors que ces personnes sont fragilisées.

On me parle aussi de personnes grabataires ou en chaise roulante qui ne savent se mobiliser que difficilement; des personnes grabataires qui n'ont trouvé pour autre solution que d'arriver en ambulance au Heysel. Or, le site du Heysel est un lieu d'exposition et nous le connaissons tous.

On y va par exemple au Salon de l'auto. Vous imaginez que ce n'est pas conçu pour accueillir un patient grabataire qui arrive en ambulance. Donc, ce sont tous des points qu'on pouvait, selon moi, prévoir.

Ce n'est pas fini. Ce n'est pas parce que nous sommes dans la phase de vaccination des plus de 75 ans qu'il n'y aura plus, pour les plus jeunes (de 65 à 75 ans) de personnes en chaise roulante ou grabataires. Que peut-on faire pour améliorer? Quel choix peut-il être fait? Pourquoi a-t-on choisi ce système-là? Nous en avons débattu ici au Parlement, pourquoi ne pas avoir choisi, au moins pour les personnes difficilement mobilisables, pour celles qui ne parviennent pas à se déplacer facilement, d'utiliser une vaccination via les médecins généralistes? Ces derniers sont proches de ces personnes et peuvent d'ailleurs plus facilement les convaincre de se faire vacciner. Combien parmi ceux qui sont arrivés au Heysel en

ambulance, en taxi, dans toutes ces circonstances que j'ai mentionnées, passent-ils sous les radars et ne prennent-ils pas rendez-vous? Cela aussi c'est grave, parce que les médecins généralistes sont les plus proches d'eux, les plus à même de les convaincre et de leur proposer une vaccination facile.

Il est vrai qu'on nous a dit en commission que le vaccin Pfizer, et on le sait tous, doit être conservé à -80°C. Il est donc compliqué de le faire avec les médecins généralistes. Ceci dit, on sait aussi que le vaccin Pfizer peut rester pendant six heures à une température moins froide que les -80°C. Le confirmez-vous? Les médecins généralistes, c'est ce qu'il ressort des contacts que nous avons eus avec l'ABSyM notamment, pouvaient tout à fait organiser des séances de vaccination avec leurs patients très âgés, fragiles ou à mobilité difficile. Ils auraient pu organiser en un après-midi déjà suffisamment de doses pour que les doses de vaccin Pfizer qu'on leur aurait livrées ne soient pas gâchées.

Je reçois toutes ces questions du terrain en tant que députée; je me dois donc, dans ma responsabilité d'élue, de les poser ici et de vous demander quel est votre avis à ce sujet.

Un autre thème est celui de la courbe des livraisons et donc la courbe de vaccination. Vous l'avez bien montré dans votre schéma. C'est très intéressant et vous l'avez dit vous-même: il faut que la courbe des livraisons et que la courbe des vaccinations soient idéalement parallèles. Or, là, on voit que la courbe de vaccination pourrait être modifiée pour qu'elle soit plus proche de la courbe des livraisons. Que l'on vaccine en utilisant toutes les doses utilisables! Que l'on ne fasse pas du stockage en prévision de je ne sais quoi! En effet, que répondrons-nous aux gens qui voient qu'aux États-Unis on vaccine jour et nuit? Qu'en Allemagne, on a des systèmes de *drive-in* où on vaccine le conducteur et le passager en même temps?

À ce sujet, j'ai vu dans votre présentation qu'un *drive-in* est prévu à Anvers. Cela me semble très intéressant; d'autres sont-ils prévus? Cela ne figure pas dans la présentation que vous nous avez montrée sur écran tout à l'heure, mais cela figure dans la présentation reçue par mail. Que répondre aux gens quand ils entendent, comme ce matin, aux nouvelles, que d'un côté on ouvre - et je m'en réjouis comme mes collègues - 30 centres de vaccination en Wallonie, mais que les heures de fonctionnement seront de 12 à 15 heures? Pourquoi ne pas fonctionner une journée entière ou de longues heures? Est-ce parce qu'on n'a pas assez de vaccins? Ou bien a-t-on une autre

stratégie? Dans ce cas, il faut communiquer à ce sujet parce que les gens ne comprennent pas pourquoi on n'a pas l'air de vouloir aller plus vite alors qu'on a quand même certaines doses qui nous sont livrées, même si les firmes pharmaceutiques manquent sans doute de composants et ne nous livrent pas autant que ce qu'elles avaient convenu avec la Commission européenne.

Par exemple, j'avais reçu un chiffre selon lequel, sur les 1 004 500 doses délivrées aux *hubs* intermédiaires, 731 000 ont été acheminées aux points d'administration. Il y a une différence entre le nombre de vaccins qu'ont reçus les points d'administration et les vaccins reçus par les *hubs* intermédiaires au niveau national. Pouvez-vous nous aider à voir clair à ce sujet?

Évidemment, en tant que commissaires de la commission spéciale covid, nous travaillons aussi pour le futur. Nous voulons être constructifs. Si vous deviez retenir trois recommandations à mettre en avant pour un meilleur fonctionnement lors d'une prochaine crise, que mettriez-vous en avant?

Nous avons parlé de la communication. Je vois que déjà pas mal de choses sont faites. Mais que pouvez-vous aussi nous proposer pour améliorer la communication?

En ce qui concerne le système de vaccination qui a été choisi, j'ai beaucoup de questions. Pourquoi a-t-on choisi un système qui semble quand même un peu compliqué, avec ces invitations? Certaines invitations n'étaient pas pertinentes - j'en ai parlé. Certains ont reçu des invitations multiples.

Pourquoi n'a-t-on pas fait comme dans d'autres pays européens, avec une grande annonce, une campagne de communication massive dans tous les médias, en disant qu'à partir de tel jour, on ouvre les possibilités de réservation pour la vaccination à telle tranche d'âge, à telle catégorie? Ainsi, les gens pourraient s'inscrire sur un site internet avec un numéro national bloquant; c'est-à-dire que s'ils n'ont pas l'âge pour lequel la catégorie de vaccination est ouverte, ils ne peuvent pas s'inscrire.

J'ai aussi déjà parlé des médecins généralistes. En ce qui concerne le fait de regrouper et de parfois faire confiance aux gens... Le but est évidemment de vacciner les plus fragiles dès le départ. Mais je crois qu'il faut aussi placer le citoyen au cœur de la vaccination, et donc donner confiance.

Des personnes en situation de handicap, par exemple, ont parfois la chance d'avoir quelqu'un de leur famille qui s'occupent d'elles, ce qu'on appelle

un "aidant proche". Le fédéral a donné, voici un peu plus d'un an, un statut à ces aidants proches. Il m'est revenu que des aidants proches qui ont accompagné la personne aidée au Heysel n'ont pas pu être vaccinés. C'est comme si on rajoutait des difficultés à une situation qui est déjà difficile. Il se peut effectivement que ces aidants proches n'avaient pas de comorbidité et qu'ils n'auraient peut-être pas été vaccinés tout de suite s'ils étaient seuls, mais ces derniers font un sacrifice énorme dans leur vie et sont par ailleurs "en bulle" avec une personne ciblée pour la vaccination maintenant. J'aimerais avoir votre réponse à ces questions que les gens se posent.

Quant au logiciel qui a été retenu pour organiser cette vaccination, est-il possible, encore maintenant, d'y apporter des améliorations? Par exemple, il est possible d'annuler son rendez-vous mais il n'est pas possible de le modifier. Or, quand on consulte les plages horaires pour prendre le rendez-vous, on voit que des plages horaires sont encore libres. La personne va donc simplement annuler son rendez-vous ou ne pas venir au rendez-vous. Il y aurait peut-être là des améliorations à apporter.

Les centres de vaccination, qui, eux, consultent la liste des rendez-vous qui ont été pris, ont-ils une vision en temps réel des rendez-vous pris mais également des rendez-vous pour lesquels les gens sont venus et ont été vaccinés? S'ils voient qu'il y a une accumulation de personnes qui ne se présentent pas, ils pourraient ajuster la stratégie, contacter leurs autorités supérieures en disant: "Attention, une plage horaire se libère. Que pouvons-nous faire? Qui pouvons-nous contacter?"

Aux États-Unis, les médias ont publié une annonce dans les nouvelles du soir pour informer qu'il y avait des plages horaires, des vaccins disponibles et que ceux qui souhaitaient se présenter avant 2 heures du matin seraient vaccinés. Pourquoi pas? Avez-vous des échanges de bonnes pratiques avec vos collègues européens? Des échanges sur les stratégies vaccinales mises en œuvre par chaque pays européen existent-ils de manière structurée? Durant la crise, avez-vous eu des contacts avec vos homologues européens? Si tel est le cas, comment s'est déroulée cette coordination?

À cet égard, l'Europe et les États membres ont probablement des choses à améliorer. Le commissaire Timmermans vient de reconnaître qu'il y avait sans doute eu des erreurs de la part de l'Union européenne, mais aussi de la part des États membres, et qu'il faudrait dresser le bilan de tout cela à la fin de la crise, mais que, dans l'immédiat,

il fallait tout faire pour que tous les citoyens puissent être vaccinés.

Je suis quand même convaincue que le fait que les États membres de l'Union européenne aient demandé à l'Europe et, en particulier, à la Commission de faire un marché conjoint reste une bonne stratégie. Si les États membres avaient dû négocier seuls l'achat de vaccins, je crois franchement que la Belgique, comme d'autres pays de l'Union européenne, n'aurait aujourd'hui presque pas de vaccins et que l'on ne serait peut-être pas en train de parler de stratégie de vaccination. C'est une question d'économie d'échelle. Je souhaiterais avoir votre appréciation à ce sujet.

En m'adressant à vous, mon intention était de me faire l'écho des citoyens. Cela peut vous être utile. En tout cas, j'ai promis à tous ceux qui se sont adressés à moi de vous faire remonter leurs questions et demandes. Je vous remercie ainsi que toute votre équipe pour tout le travail effectué. Et je répète que l'objectif de mon intervention était de tenter de contribuer à améliorer et à accélérer la stratégie de vaccination. En effet, tout le monde en a assez des restrictions de libertés. Pour le groupe libéral, il est essentiel d'avancer en étant le plus efficace et le plus rapide que possible en matière de vaccination pour pouvoir retrouver au plus vite nos libertés.

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer Ramaekers, ik heb nog enkele vragen. Ik wil starten met die over Europa.

Ons land heeft beslist mee te doen aan de groepsaankoop voor de vaccins. Was dat volgens u de juiste strategie? Heel wat commissieleden kijken daar anders tegenaan. Het zal de collega's niet verbazen dat ik uiteraard zeer pro-Europa ben. Daar wij nu een expert in onze commissie hebben, wil ik graag van u horen waarom het wel of niet de juiste keuze is geweest op die manier van start te gaan met de aankoop van de vaccins?

Ik hoor erg vaak dat de vaccins onevenredig werden verdeeld. Kunt u dat bevestigen of ontkrachten voor de commissie? Waarom ontvangen wij dan al die berichten?

Wat kunnen wij als beleidsmakers nog meer doen om hoger in de lijst te staan voor ontvangst van vaccins? Er zijn inderdaad heel wat vertragingen maar kent u, als expert, technieken die wij kunnen gebruiken om ervoor te zorgen dat de leveringen geen vertragingen meer oplopen en wij onze strategie op nationaal vlak voort in de praktijk kunnen omzetten?

Tijdens de betogen van mijn collega's zag ik een pop-up binnenkomen: ondertussen stopt ook Duitsland met het vaccineren met AstraZeneca. Graag krijg ik uw mening daarover. Wij hebben natuurlijk al heel wat gehoord via de pers, van beleidsmakers en van experts. Ik ben uiteraard geen wetenschapper. Kunt u, gelet op de pertinente actualiteit, toelichten waarom België de beslissing neemt wel voort te doen met AstraZeneca. Voelen wij ons genoeg wetenschappelijk gesterkt om die beslissing te nemen? Op welke basis dan?

Ik heb nog een vraag over de eerste golf en over de crisis in die fase. Kunt u ons nog meer vertellen over (...) die reikt tot aan de gemeentelijke niveaus? Wat was de inbreng van al die diverse niveaus om mee te zijn met de nationale strategie? Is er genoeg uitwisseling geweest tussen de regio's en de gemeentelijke besturen? Zij moeten er op het terrein immers voor zorgen dat onze strategie slaagt.

Het volgende, tweede thema, dat ik wens te behandelen, gaat over de communicatie aan de doelgroepen en het bereik van onze info aan die doelgroepen.

U gaf een korte toelichting over de kwetsbare personen. Vandaag kiezen wij ervoor de bevolking via een brief op te roepen; in Wallonië is dat via sms of mail. Hoe bereiken wij echter de mensen zonder domiciliëring, zonder e-mailadres of zonder contact via het internet? Hebben wij daarvoor ook al een systeem? Zij vormen immers mede de kwetsbare personen, die wij moeten meenemen in de vaccinatiestrategie, om ervoor te zorgen dat wij het virus kunnen inperken. Het zijn vaak de meest onzichtbare personen, die natuurlijk ook snel kunnen zorgen voor de contaminatie van andere burgers. Ik kreeg dus graag enige info over onze strategie ter zake.

E is bovendien sprake van een ware *infodemic*. De voorbije maand moest er niet alleen strijd worden geleverd tegen het vaccin, maar ook tegen *fake news*. Hoe kijkt u als expert daarnaar? Hoe kunnen wij voor verbetering zorgen en vermijden dat mensen bang worden gemaakt? Ik merk immers dat hoe meer er wordt bericht over AstraZeneca, hoe meer mensen twijfelen het vaccin te nemen. Dat is natuurlijk niet waarheen wij willen gaan. Ik kreeg dus graag wat meer inzichten over de manier waarop wij, beleidsmakers, beter kunnen sensibiliseren of tot actie oproepen.

Ik heb gemerkt dat het vaccinatiepaspoort intussen al enigszins genuanceerd is. Het kan ook gaan over het voorleggen van een certificaat van negatieve covidtest. Hoe kijkt u daar precies naar?

Wat zijn uw inzichten daarover?

Een tijdje geleden pleitte Zorgnet-Icuro ervoor om vaccinatie bij zorgverleners verplicht te maken. Hoe kijkt u naar die stelling? Is dat de te volgen weg of blijft u vasthouden aan sensibilisering, waarvan ik trouwens ook veeleer fan ben?

Ten slotte, ik wil het nog even hebben over de *lessons learned*. Was het voor u bij de aanstelling van uw mandaat of opdracht duidelijk wie voor wat bevoegd was?

Hebt u in de praktijk dingen opgemerkt die in de toekomst verschuivingen zullen vereisen voor een vlotter verloop? Verloopt de vaccinatiecampagne vandaag optimaal? Zo niet, waar liggen de uitdagingen volgens u? Hoe kunnen we verbeteringen aanbrengen?

Tot slot wil ik u graag danken voor het werk dat u hebt geleverd. U hebt zonet de zorgverstrekkers en alle mensen rondom u uitvoerig bedankt, maar ik wil ook u persoonlijk danken.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer Ramaekers, de politieke verantwoordelijkheid ligt natuurlijk bij minister Vandebroucke en de verschillende ministers van Volksgezondheid die de vaccinatiecampagne moeten doen slagen. Ik zal vandaag niet rond de pot draaien. Onze vaccinatiecampagne is meer een vaccinatiechaos dan wat anders. Gisteren las ik een quote in *Het Laatste Nieuws*: elke patiënt die nu overlijdt is er een te veel omdat het vaccinatiebeleid gefaald heeft. Ik denk dat de pneumoloog die dat zei gelijk heeft.

Ik ga even terug in de tijd. In juli kwam er een eerste advies van de Hoge Gezondheidsraad over welke groepen prioritair moesten worden gevaccineerd. In augustus sloten wij de eerste contacten af en pas in november werd er een taskforce opgericht. Er zijn maanden verloren gegaan.

In de antwoorden die u ons vandaag geeft, wordt gesteld dat we tot nu toe op schema zitten, maar daarop wil ik toch even inipikken. Denkt u nu echt dat wij de documenten die ons hier worden gepresenteerd niet lezen? In het oorspronkelijke plan stond dat men in maart zou beginnen met de 65-plussers en de risicogroepen. Ondertussen zijn we begonnen met de vaccinatie van de 65-plussers, maar dat was pas half maart. De risicogroepen zullen pas in april worden gevaccineerd.

In de oorspronkelijke planning stond dat we in april de essentiële beroepen zouden vaccineren. Vandaag zie ik dat men geen idee heeft hoe men

dat zal doen. In juni zou men alle 18-plussers beginnen vaccineren. Dat staat nog steeds zo in de huidige planning, maar dit weekend zei de heer Beke dat elke Vlaming boven 18 jaar tegen 11 juli zijn prikje zou hebben gekregen. U hebt daarop gezegd dat dit te optimistisch is. De heer Vandebroucke heeft gezegd dat iedereen deze zomer zou zijn gevaccineerd en dat alles in september zou zijn afgerond. Kunt u dat nog steeds bevestigen? Zal de vaccinatiecampagne in september afgerond zijn of zal dat niet het geval zijn?

De hamvraag die u vandaag niet hebt beantwoord, en die ons echt bezighoudt, is hoe het komt dat er in België 529.424 vaccins in de koelkast liggen. Dat kan toch zo niet in de planning staan?

Dat begrijp ik niet, dus mijn eerste vraag is of dat cijfer juist is. Ik heb dat cijfer immers van de website van Joris Vaesen. Kunt u van de 529.424 vaccins die in de frigo liggen, zeggen hoeveel vaccins er van AstraZeneca zijn en hoeveel van Pfizer-BioNTech bijvoorbeeld en hoeveel er in Vlaanderen, Brussel en Wallonië in de frigo liggen? Waar liggen die vaccins eigenlijk in de frigo, want aan de ene kant zien wij dat er ongelofelijk veel vaccins in de frigo liggen en aan de andere kant horen wij vanop het terrein van sommige mensen die de vaccinatiecentra organiseren dat er eigenlijk weinig vaccins worden geleverd? Dat is mij ook niet duidelijk.

Daarnaast heb ik een vraag over het aantal verloren dosissen. Op de vaccinteller van Joris Vaesen staat dat aantal op ruim 20.000. Gisteren is dat aangepast: nu zouden het er maar 1.600 zijn. Hoe verklaart u dat verschil? Hoe zit het met het aantal verloren dosissen, want ik hoor echo's van het terrein dat vaccinatiecentra 's avonds nog snel mensen opbellen die zij nog willen vaccineren? Dat is dan eigenlijk wel gelukt, aangezien er slechts 1.600 dosissen verloren zijn gegaan op meer dan 1 miljoen toegediende vaccins?

Wij weten dat mensen zijn opgebeld geweest om ze toch te vaccineren. Het is natuurlijk beter dat de dosis aan iemand wordt toegediend dan dat zij wordt weggegooid, maar kunt u zeggen hoeveel mensen vandaag gevaccineerd zijn die eigenlijk nog niet gevaccineerd moesten worden, omdat zij niet tot de prioritaire groepen behoren? Hebt u daar gegevens van? Wat is algemeen gezien uw plan om de frigo's leeg te maken? Komt er binnenkort een vaccinatiestrategie 3.0 aan of niet?

Ik heb ook een vraag die door mijn collega's al is gesteld over het AstraZenecavaccin, waar ook Duitsland mee stopt. Tot nu toe zijn wij steeds zeer voorzichtig geweest, maar in dezen blijken wij niet

te volgen wat andere landen wel doen uit het voorzorgsprincipe. Daaraan gekoppeld, hoeveel AstraZenecavaccins liggen er bij ons in de frigo?

Ik kom dan bij het inschakelen van de huisarts en het op punt stellen van de categorie van risicopatiënten. Op 8 januari was ik erg ongerust over hoe de risicopatiënten bepaald zouden worden en wat de rol van de huisarts precies zou zijn. Op dat moment zei u dat dat nog allemaal niet duidelijk was en dat we toen al te laat waren. Daarna is gezegd dat de risicogroepen misschien afgeschaft zouden worden. Vorige week kregen we dan toch het bericht dat er wel risicogroepen zullen zijn. De huisartsen hebben het bericht gekregen dat ze voor 2 april hun lijsten niet zullen kunnen doorsturen. Zijn die lijsten van de ziekenfondsen dan wel al doorgestuurd? Worden er al uitnodigingen gestuurd naar risicopatiënten of gebeurt dat niet? Hoe komt het dat de huisartsen pas op 2 april hun lijsten zullen kunnen doorsturen van hun risicogroepen? Dan moeten er sowieso veertien dagen bijgeteld worden, wat betekent dat we weer met een vertraging zitten tot ten vroegste 15 april voor de vaccinatie van de risicopatiënten. Ik kan niet genoeg benadrukken hoeveel tijd er verloren is gegaan. In juli kenden we de eerste risicogroepen al. Het loopt redelijk gelijk met de risicopatiënten voor de griepvaccinatie. Waarom is de opstelling van de risicolijsten dan niet al in juli proefgedraaid? Wat blokkeert vandaag nog?

Tot ongeveer 1 maart was eigenlijk gesteld dat het AstraZenecavaccin slechts tot 55 jaar gegeven kon worden. Als de risicogroepen toen al gekend waren, had men toen dan al niet die risicogroepen kunnen vaccineren? Heeft dat geen probleem gevormd? De risicogroepen stonden nog niet vast. De 65-plussers konden we niet vaccineren met AstraZeneca. Ligt daar misschien een verklaring waarom de frigo's zo vol zijn geraakt?

Wat de vaccinatiestrategie betreft, hoe moet ik interpreteren dat er een streepje staat onder de essentiële functies in de powerpoint die u vandaag hebt getoond? Wil men erop terugkomen, dat men essentiële functies niet voor de algemene bevolking zal vaccineren? Ik wil dit vergelijken met de cijfers van Sciensano van vorige week. Die tonen toch aan dat er heel wat clusters zijn in bepaalde bedrijven. Voedingsbedrijven, poetsvrouwen, politieagenten en de bouwsector bijvoorbeeld worden wel opgenomen. Uit het onderwijs komen berichten van een hoge infectiegraad. We doen alles om de scholen open te houden, maar het virus circuleert daar toch erg hard. Dat merk ik ook als huisarts.

Kunnen de onderwijzers echt niet vroeger gevaccineerd worden? Is het ook geen idee om

daar te gaan vaccineren via bijvoorbeeld bedrijfsgeneeskundige diensten? Ik denk dat we toch ook kunnen leren uit het feit dat het vaccineren in de rusthuizen wel goed gelukt is. De mensen zijn daar ter plaatse. Zouden we dat dan ook niet kunnen doen voor grote bedrijven bijvoorbeeld? Ik denk aan de voedingssector. Voor scholen bijvoorbeeld, waar natuurlijk al die onderwijzers ook samen zijn op bepaalde dagen, om op die manier daar toch vaart achter te zetten.

Dan is er natuurlijk de praktische vraag, het grote probleem. Alle ouderlingen krijgen nu stapsgewijs hun brieven. Als huisarts worden wij overstelpt met oudere personen die zich niet kunnen verplaatsen. Wij kunnen hun eigenlijk geen enkele concrete informatie geven, behalve dat wij zelf een lijstje kunnen maken van mensen die we eventueel thuis zullen vaccineren of dichterbij huis dan het voorlopig opgegeven vaccinatiecentrum. Hoe komt het eigenlijk dat dit nog niet op punt staat? Waar of wanneer bent u daarover beginnen na te denken? Het lijkt me toch wel erg laat dat we dit nu nog niet weten, want ondertussen weten wij ook niet wat we aan die mensen moeten zeggen. Nee, doe er toch alles aan om toch naar het vaccinatiecentrum te gaan, want anders zult u helemaal laatst aan de beurt komen? Wanneer zullen die mensen gevaccineerd kunnen worden? Het gaat hier toch echt wel om risicogroepen, we kunnen niet genoeg benadrukken hoe belangrijk dat is.

In het algemeen vroeg ik mij ook af of u betrokken was bij de openbare aanbesteding voor het systeem doclr, om de afspraken te maken. Dat is toch zeer weinig praktisch. Mevrouw Gilson heeft al genoeg praktische problemen opgesomd, ik ga er geen bij doen. Eén van de vragen is natuurlijk waarom samenwonenden niet samen worden gevaccineerd. Heel concreet, mijn vader is vorige week dan toch gevaccineerd geraakt. Mijn moeder is meegegaan met mijn vader tijdens de vaccinatie. Het was op Spoor Oost en het was ook storm die donderdag. Zij zijn twee keer op en af gegaan naar Spoor Oost. Dat is vier uur transport geweest voor mijn papa, met mijn moeder bijvoorbeeld, die ook in de risicogroep zit. Mijn moeder is nog niet gevaccineerd. Het lijkt me toch wel echt een minimum dat de oudere personen die als koppel samenwonen toch minstens samen gevaccineerd kunnen worden.

U hebt dan ook gezegd dat bij de zorgverleners de vaccinatie ongeveer afgelopen is. Kan u daar al enige balans van opmaken, van die fase? Ik heb heel wat collega's die pas vorige week hun brief hebben gekregen. Kan u zeggen hoeveel procent van de zorgverleners reeds opgeroepen werd? Is dat honderd procent? Hoeveel procent van de zorgverleners is vandaag de dag gevaccineerd?

Hoe komt het dat veel mensen die werden uitgenodigd, niet meer in de zorgsector werken? Hebt u er een idee van hoeveel dat er zijn? Ik werd gecontacteerd door heel wat mensen die ooit in de zorgsector hebben gewerkt, dat nu niet meer doen, maar de meesten hebben zich wel laten vaccineren. Hebt u er een idee van over hoeveel mensen dat eigenlijk gaat?

Als mensen hun uitnodiging krijgen, dan hebben ze een maand om zich in te schrijven. Wanneer loopt dat af? Wanneer zij zich niet binnen de maand hebben opgegeven, kunnen ze zich dan later nog laten vaccineren? Komen ze dan gewoon aan het einde van de lijst terecht, bij de algemene bevolking? Gaat het over een unieke code? Als mensen twijfelen en zich nog niet lieten vaccineren, dan zullen ze waarschijnlijk niet met de risicogroepen gevaccineerd kunnen worden. Kunt u daar wat meer duidelijkheid over geven?

Wat de evaluatie betreft, hebt u wat communicatiemateriaal getoond. Die folders hebben een compleet andere lay-out. Zijn er compleet verschillende budgetten gebruikt voor de communicatie aan de bevolking? Is er dubbel werk gedaan?

In Vlaanderen heeft men beslist om met de 85-plussers te beginnen, in Wallonië met de 65-plussers en in Brussel met de 75-plussers, toen aangekondigd werd dat AstraZeneca toch gebruikt kon worden voor de 55-plussers. Is dat iets wat u had voorgesteld, dat iedereen zijn zin kon doen? Was er geen richtlijn van u om op enige coherentie aan te dringen? Hebben de deelstaten daar geen rekening mee gehouden?

Zullen de huisartsen eigenlijk betrokken worden bij het toedienen van de vaccins? U beweert bij hoog en laag dat ze in de taskforce zitten terwijl zij bij hoog en bij laag beweren dat ze daar niet in zitten. Liegt een van beide groepen of ging het soms niet over hetzelfde? Het is belangrijk om daar duidelijkheid over te krijgen.

U hebt geen inzage in de contracten, maar blijkbaar hebt u wel leverschema's. Kunt u een overzicht geven? U hebt het overzicht gegeven van wat er uiteindelijk geleverd is, maar kunt u ons, eventueel schriftelijk, ook meedelen wat er aan leveringen beloofd was voor bepaalde data? Kunt u ons meedelen wat er beloofd was en wat er uiteindelijk geleverd is? Kunt u daar wat meer details over geven? Kunt u ook meer details geven over de leveringen die nog moeten gebeuren? Hoe lang tevoren weet u eigenlijk van die leveringen? Dat is immers van belang voor het versturen van de uitnodigingen.

Jasper Pillen (Open Vld): Dank u voor uw uiteenzetting, professor. Ik heb een aantal vragen voor u.

Mijn eerste punt gaat over de leveringsproblemen. Iedereen heeft het over de aanhoudende leveringsproblemen met AstraZeneca. U zegt dat het heel belangrijk is dat we de volgende bestellingen binnenkrijgen. Anders zullen we de vaccinatiekalender moeten bijsturen.

Heb ik goed begrepen dat de bestellingen die bij Johnson & Johnson werden geplaatst eventueel voldoende zouden zijn om die kalender te garanderen, als AstraZeneca veel minder dan gepland zou leveren? Kan dat het gat opvullen? Kan de kalender verder worden gegarandeerd?

Zondag werd door minister Beke 11 juli naar voren geschoven. Ik heb uw reactie daarover in de media gelezen. Ik durf te denken dat het vooruitschuiven van data op basis van al deze variabelen zeer voorbarig is en dat we daarvoor moeten oppassen. Kunt u daarop nog even terugkomen?

In verband met de bevoegdheden, het is typisch voor sommigen in de commissie dat ze graag focussen op de politieke verantwoordelijkheid en op mensen, maar dat zij het nooit willen hebben over de structuren die de achtergrond vormen van wat het laatste jaar allemaal gebeurd is.

In uw antwoorden op de vragen zegt u, als de vergelijking met Denemarken wordt gemaakt, dat een gecentraliseerd aansturen in ons land niet mogelijk is. Kunt u daarop verder ingaan? Kunt u daarover meer zeggen, want u zit echt met de vaccinatiecampagne op het kruispunt tussen de bevoegdheden van de federale overheid en de Gewesten?

Mijn laatste vraag over de communicatie werd ook al door mijn collega's aangehaald, maar ik vind dat toch zeer belangrijk. Zoals mevrouw Farhi net heeft gezegd, stopt Duitsland nu ook met het AstraZenevavaccin. Ik vrees dat dit voor de mensen die twijfelen en zeker ook voor de antivaxers, die steeds meer georganiseerd zijn op mondiaal niveau, koren op de molen is.

Hebt u met uw taskforce voldoende slagkracht? Hebt u voldoende mensen en voldoende capaciteit om ook die communicatie te blijven bolwerken? Of vindt u het steeds moeilijker om dat te doen, naast de dagelijkse bezigheden met het organiseren van de vaccinatie? Dat is op zich al een herculesopdracht. Ik kan mij voorstellen dat de communicatie erbij nemen zeer zwaar is. Toch zal dat de komende weken en maanden een van de belangrijkste uitdagingen zijn. Krijgt communicatie

volgens u voldoende aandacht?

Karin Jiroflée (sp.a): Professor Ramaekers, ook namens onze sp.a-fractie wil ik u in de allereerste plaats uiteraard bedanken voor het harde werk dat u en uw team heel de tijd verzet hebt.

Ik heb een aantal vragen over uiteenlopende onderwerpen.

Ten eerste, een factcheck: op bladzijde 15 van uw antwoorden schrijft u dat u een levering van 63.300 Modernavaccins verwachtte op 12 maart, dus vorige vrijdag. Ik meen op uw slide gezien te hebben dat er op 8 maart een levering zou moeten komen van 63.600 Modernavaccins. Is dat dezelfde levering? En ook, is die werkelijk ontvangen?

Ten tweede, u ontkracht in uw antwoorden een ander bericht, namelijk dat 2 % van alle geleverde vaccins verloren gegaan is. Dat werd in de media beweerd. Ten onrechte, lees ik. Hebt u er zicht op hoeveel dosissen in de praktijk echt verloren gegaan zijn? Hoe verhoudt dat aantal zich tot het aantal dosissen dat wij winnen door het gebruik van onder andere fijnere naalden en de professionaliteit en expertise van ons zorgpersoneel?

Ten derde, de collega's hebben er ook al aan gerefereerd, gisteren lanceerde Vlaams minister Beke en tijdlijn waarop iedere Vlaming tegen 11 juli zijn eerste spuitje zou gehad hebben en dus in grote mate gevaccineerd zou zijn. Dat klinkt natuurlijk heel mooi. Het is een symbolische datum. Eerder al sprak de Vlaamse minister-president trouwens over eind juni. Uit de tijdlijn die u nu presenteert, begrijp ik dat het pas voor augustus zal zijn, bij normale levering, en misschien voor eind juli als de vaccinatiegraad 70 % of 80 % is, of pas voor het najaar als er substantiële vertragingen zijn.

Als ik uw schema goed interpreteer dan is de datum van 11 juli een kwakkel, alleen haalbaar als alle leveringen echt helemaal op tijd komen en als ongeveer 70 % van de bevolking zich laat vaccineren. Klopt die redenering? Als mijn redenering klopt dan is die communicatie van de Vlaamse regering wel heel eigenaardig.

Ik lees de drie verschillende modellen, op basis van de variabelen in de leveringen, zoals u hebt laten zien. Er wordt ook met variabelen gewerkt in functie van de vaccinatiegraad. Kunt u kort aangeven hoeveel zulke modellen u in totaal uitgewerkt hebt? Hoe of op welke manier worden die modellen bijgewerkt? U deelt die modellen nu met ons, maar acht u het mogelijk om die modellen

ook met het publiek te delen? Is dat voor u al dan niet een optie? Hoe staat u tegenover de openbaarmaking van die modellen?

Tegelijk worden wij ook om de oren geslagen met negatieve berichten over vertragingen en over hoe sommige landen, zoals de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, internationale afspraken met de voeten treden, waardoor leveringen soms uitblijven. Zijn er ook scenario's of mogelijkheden die de voortgang van de vaccinatiecampagne kunnen versnellen? Met andere woorden, is er ook goed nieuws? Media hebben namelijk de neiging om eerst het slechte nieuws te vertellen. Ik weet niet of er over bijvoorbeeld de creatie van bijkomende productiecapaciteit wordt nagedacht, ik zeg maar wat.

Ook over naalden en eventuele bijbestellingen wil ik graag even uw mening horen. Er wordt heel veel gespind en er worden soms, al dan niet kwaadwillig, insinuaties geuit ten aanzien van de taskforce. Vorige week stelde de heer Facon in onze commissie nog eens heel duidelijk dat elk niveau te allen tijde bevoegd blijft en de eigen verantwoordelijkheden behoudt. In dat verband wees hij op staatshervormingen en ook op rechtspraak. De vaccinatie, bevolkingsonderzoeken en het geven van gezondheidsadvies zijn zeer verregaande gereguleerde bevoegdheden. Terugkijkend op wat wij hebben gehoord omtrent 11 juli vraag ik mij af of de deelstaten hun verantwoordelijkheid genoeg of voldoende opnemen, volgens u. Worden er in dat verband goede afspraken gemaakt?

Ik wil ook nog even ingaan op de thuisvaccinatie. Wij zijn volop de kwetsbaren aan het vaccineren. De criteria voor de mobiele teams, die mensen thuis gaan vaccineren, zijn bijzonder streng, in Vlaanderen althans. Men moet volledig bedlegerig zijn om thuis gevaccineerd te kunnen worden. Als wij dat dan afzetten tegen de vertraging in de leveringen, vraag ik mij af of het niet het moment is om net de gelegenheid te baat te nemen om zoveel mogelijk kwetsbare mensen te vaccineren en in te zetten op die thuisvaccinatie voor degenen die het moeilijk hebben om er te geraken. Is dat reeds onderwerp van gesprek geweest in de Interministeriële Conferentie en in de taskforce? Ik weet niet of daarover reeds gepraat is, maar het interesseert mij wel.

Mijn laatste vraag gaat over de reservelijsten. Ik zit zelf in een lokaal bestuur en wij krijgen heel rare berichten binnen van andere besturen of van gemeenten wat meer naar het westen en wat meer naar het oosten. Sommige lokale overheden, maar ook vaccinatiecentra, beginnen bij een overschot aan vaccins zonder veel schaamte politieke

mandatarissen of familieleden te vaccineren. Andere lokale besturen proberen het zo goed mogelijk te doen en kijken in de eerste plaats naar kleuterleidsters en dergelijke. Dat creëert nogal wat ongelijkheid, zelfs als men het goed probeert te doen. In het ene vaccinatiecentrum gebeurt het anders dan in het andere, dat creëert ongelijkheid. Wat is uw mening daarover? Zouden wij niet beter nadere afspraken maken over wat te doen in zulke gevallen? Moeten er niet meer richtlijnen daarvoor komen?

Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, monsieur le professeur, merci beaucoup pour votre investissement pendant ces tous derniers mois. Je pense que vous n'étiez pas associé lorsque la mise en place de toute la stratégie et de l'organisation de la vaccination aurait pu débuter, il y a déjà beaucoup plus de mois.

J'ai entendu beaucoup de collègues, y compris d'ailleurs des majorités gouvernementales fédérales ou des Régions, pointer du doigt une série de décisions qui ont en fait été prises par les ministres parfois de leur propre parti. Permettez-moi évidemment ici de ne pas faire cela. Je vais personnellement éviter de vous interpellier par rapport à des décisions politiques, et rester sur des éléments pour essayer de voir plus clair sur certains aspects.

Le premier volet que je voudrais évoquer, ce sont les commandes de la Belgique dans le *package* mis à disposition au niveau européen. La Belgique a-t-elle bien commandé le maximum pour chaque vaccin de ce que l'Union européenne mettait à disposition, comparativement bien sûr à sa population? J'ai été un peu frappée en faisant des comparaisons entre les commandes des différents États membres de l'Union européenne, de voir des différences parfois non négligeables.

Si je devais en citer un, en tout cas en Belgique, c'est pour le vaccin Moderna. Pouvez-vous nous donner un peu plus d'éléments sur ces commandes? Avez-vous, vous-même, participé à la fameuse commission qui a déterminé les commandes de la Belgique dans le *package* qu'il était possible de commander au niveau européen? Si oui, qui a fait partie avec vous de la commission? Sinon, connaissez-vous la composition de cette commission? Cette commission a-t-elle fait des choix sur la base de directives données par les ministres de la Santé et les gouvernements?

Quant aux commandes Pfizer, cela s'est passé alors que vous faisiez déjà partie de la *task force* vaccination. Il y a eu une première commande, un premier *package* proposé au niveau de l'Union européenne de 200 millions d'euros, puis un

complément de 100 millions d'euros, puis un nouveau *package* de 300 millions d'euros. La Belgique a fait une commande dans le cadre de la première proposition du *package* européen de 200 millions d'euros, n'en a pas fait dans le *package* du complément de 100 millions d'euros, et puis a négocié, dans le *package* de 300 millions d'euros, pour récupérer ce qu'elle n'avait pas commandé dans ce fameux complément de 100 millions d'euros. C'était entre Noël et le Nouvel an.

Là aussi, j'ai fait une comparaison des calendriers de livraison au niveau des États membres. Le fait que la Belgique n'ait pas commandé de vaccins dans le *package* de ce fameux complément de 100 millions d'euros a-t-il un impact sur la livraison des vaccins Pfizer pour la Belgique?

Je voudrais aussi pouvoir disposer du calendrier théorique de livraison, puisqu'on est ici dans une commission spéciale. Madame la présidente, je rappelle qu'en son temps, mon groupe notamment avait demandé à ce qu'on puisse mettre en place une commission d'enquête, pas tellement pour enquêter mais pour éviter que certains éléments ne soient pas mis à disposition de la commission. Cela fait des semaines que j'essaie d'obtenir le calendrier théorique de livraison des vaccins en Belgique. C'est comme si c'était un énorme tabou, alors que les autres États membres mettent ce calendrier théorique publiquement à disposition. Comme il est théorique, il est régulièrement révisé et remis à jour, pas forcément du fait des autorités, mais du fait des annonces des firmes pharmaceutiques au niveau des livraisons et du calendrier de livraison. Je ne comprends pas pourquoi, en Belgique, on refuse de rendre ce calendrier théorique public. Il ne s'agit pas du calendrier jusqu'à ce jour mais du calendrier sur l'ensemble de l'année 2021. Je me permets auprès de vous, en tant que président de la *task force*, de demander à pouvoir disposer de ce calendrier théorique.

Enfin, pour ce qui concerne le volet des commandes et de ce que la Belgique dispose, je voudrais savoir si, à un moment donné ou à un autre - cela remonte déjà à la fameuse commission que j'évoquais il y a un instant et qui a dû déterminer les commandes de la Belgique -, l'élément du budget a interféré sur le nombre de vaccins commandés par la Belgique dans ce qui était potentiellement mis à disposition par l'Union européenne.

Le deuxième volet que je voudrais évoquer, c'est la stratégie comme objectif macro. La stratégie est toujours basée sur un objectif de vaccination de 70 % de la population. Cet objectif avait été

déterminé sur la base du covid souche, dont on sait que la contagiosité est plus faible que les variants, que ce soit le britannique prédominant aujourd'hui ou, demain ou après-demain, d'autres variants. Si on refait le même calcul d'un objectif chiffré sur la base de la contagiosité et notamment du fameux facteur R pour les variants, on n'obtient plus une stratégie et un objectif à 70 % mais logiquement, un objectif qui devrait être rehaussé. Qu'en est-il? Ce point a-t-il été discuté? Si non, pourquoi?

Toujours dans cette stratégie, si on veut rehausser l'objectif de vaccination de la population belge à atteindre, à ce jour, sur la base des études à disposition, il n'y a pas de décision sur la vaccination des mineurs mais le vaccin Pfizer a été autorisé, validé et testé en phase 3 clinique pour les jeunes de 16 à 18 ans.

Toujours pour rehausser le taux de vaccination en Belgique, n'est-il pas dès lors important dès maintenant d'envisager la vaccination, une fois qu'on arrivera aux jeunes évidemment, des 16-18 ans uniquement par le vaccin Pfizer puisque c'est le seul à avoir été testé et validé par les autorités et notamment par l'Agence européenne du médicament? C'est un élément qui me semble important et qu'il faudrait pouvoir discuter. Peut-être est-il déjà discuté? Si c'est le cas, pourriez-vous nous faire part de ces discussions?

En ce qui concerne la performance de la vaccination en Belgique, il y a évidemment une série de points de *benchmarking* pas seulement en se comparant à Israël, aux États-Unis, au Royaume-Uni mais en se comparant y compris au sein des États membres de l'Union européenne qui disposent de quantités similaires à la Belgique par rapport à leur population.

Il y a les taux de vaccination globaux. Il y a également un élément de performance important, quand on annonce tous les jours qu'on accélère alors que le nombre de doses quotidiennes injectées par cent habitants, y compris sur un calcul lissé sur sept jours, montre qu'il n'y a toujours pas d'accélération et que, durant ces trois dernières semaines, nous sommes parfois l'avant-dernier, mais le plus souvent le bon dernier en termes de doses quotidiennes injectées par cent personnes.

Un autre élément de *benchmarking* interpellant, c'est le taux de vaccination des personnes de plus de 80 ans. Si on se base sur les chiffres de l'ECDC, la Belgique est à 20 % alors que la majorité des États membres sont maintenant au-delà de 50 %. Le taux de vaccination de ces personnes atteint même 70 voire 90 % dans certains États membres qui, en outre, ont vacciné les soignants et ont des

taux supérieurs pour les personnes âgées de 70 à 80 ans.

Bref, à la lecture de ce *benchmarking*, si on veut réaliser un diagnostic lucide, on doit faire le constat qu'avec des quantités de vaccins similaires, on a de mauvais résultats. Dès lors, des questions importantes se posent en matière de stratégie.

Pour ce qui concerne la stratégie scientifique, je plaide depuis longtemps pour qu'on se donne des capacités beaucoup plus avancées s'agissant de la première dose. Comme on le sait, on est engagé dans une course contre la montre. En termes de développement des variants, de mortalité, de risque d'une troisième vague, de déconfinement, les enjeux sont importants. J'ai d'ailleurs plaidé très rapidement en faveur d'un espacement des deux doses de Pfizer, compte tenu des études publiées et de l'avis de l'OMS qui a statué en ce sens le 5 janvier. Dans ces circonstances, je voudrais savoir pourquoi il a fallu attendre le mois de mars pour se questionner sur l'espacement des deux doses de Pfizer.

Aujourd'hui, nous disposons d'un stock de plus de 500 000 doses dans les congélateurs. Certes, les autorités le rebaptisent de plusieurs manières: "stock non dormant", "stock en transit" ou je ne sais quoi – peu importe. D'autres États membres de l'Union européenne se sont avancés dans une stratégie bien plus "intensiviste". Le principe de "doses livrées = doses vaccinées" devrait être appliqué en Belgique. Les conserver en sécurité plus de deux semaines me semble excessif.

Au-delà de l'espacement entre les deux doses de Pfizer, qu'en est-il de l'organisation et de la gestion du stock, ainsi que d'un rythme beaucoup plus efficient? Continue-t-on d'en discuter? Je sais que l'organisation en tant que telle relève essentiellement des Régions. Des centres se retrouvent vides, des rendez-vous ne sont pas honorés, des convocations sont préparées en dépit du bon sens. Pourtant, des gens piaffent d'impatience. N'est-il pas temps que la task force donne des objectifs chiffrés à atteindre par les Régions, aussi bien pour la performance quotidienne, pour la logistique sous-tendant les convocations, que pour les objectifs de santé publique? Je veux parler d'un taux de vaccination assigné pour les plus de 80 ans, les plus de 65 ans et les personnes fragiles à risque de moins de 65 ans.

N'est-il pas également temps que la task force envoie un signal vers les Régions pour simplifier le mode de convocation afin d'éviter notamment de reconvoquer des personnes déjà vaccinées? Il est légitime que les destinataires se posent des

questions et expriment des doutes. L'objectif serait plutôt d'opter pour un système permettant aux citoyens de prendre rendez-vous par internet ou par téléphone (pour les plus âgés). De la sorte, nous pourrions avancer rapidement avec les plus motivés, en fixant évidemment des critères d'âge. Il me semble que cela nous permettrait d'être beaucoup plus performants. Sans doute aussi un peu de confiance serait-elle restaurée de cette manière.

J'ai été étonnée du communiqué de presse de la task force: "En cas de refus de vaccination, le citoyen ne recevra plus d'invitation et il ne pourra plus bénéficier de la vaccination dans le cadre de la campagne."

Je suis dans une totale incompréhension face à cet extrait d'un communiqué de presse de la task force. Personnellement, je fais beaucoup de choses pour mouiller mon maillot, alors que je suis dans l'opposition, et pour faire progresser la campagne de vaccination parce que l'enjeu est majeur. Je vaccine aussi bénévolement sur le terrain afin de renforcer les équipes. Je suis en permanence interrogée par des citoyens qui ont des questions, des hésitations et des doutes. J'essaie d'y répondre au mieux, d'expliquer et de rassurer. Ces doutes ne seront pas levés avec un communiqué de presse qui pointent les citoyens d'un doigt accusateur et culpabilisant. Au contraire, ne serait-il pas logique de leur permettre de se réinscrire par la suite et d'avancer avec ceux qui sont motivés et qui piaffent d'impatience de se faire vacciner?

Puis-je vous entendre par rapport à cela, et par rapport à la manière de considérer les citoyens qui doutent, par crainte, par peur ou pour d'autres raisons, comme le fait d'avoir contracté le covid récemment? C'est une justification non négligeable de ces citoyens qui dès lors préfèrent surseoir; elle doit pouvoir être entendue. Plutôt que de les accuser, je préférerais que nous tentions de fédérer, de positiver les choses. Je pense que bon nombre d'entre eux se feront vacciner dans un second temps.

Quant à l'importance de mettre la pression sur les Régions pour organiser des séances de rattrapage, je rappelle les plus de 500 000 doses en stock et le retard que nous avons pris jour après jour. N'est-il pas temps de passer à une vaccination sept jours sur sept? Quid par rapport à l'accès aux personnes qui travaillent?

Enfin, quel est votre avis sur le respect du secret médical suite à la façon dont les mutualités ont déterminé les personnes à risque de moins de 65 ans? Certes, quand a un diabète, un trajet de soins ou que l'on est dialysé, cela apparaît de

façon simple et facile sur les listings des mutuelles. Néanmoins, la question du secret médical demeure. Je pense aussi que ce n'est pas la meilleure manière de faire et que l'on risque de passer à côté de toute une série de patients à risque, qui ne vont pas se retrouver dans les codes utilisés par les mutuelles pour identifier ces moins de 65 ans à risque.

Pourquoi n'a-t-on pas, par rapport à ça, travaillé directement avec les médecins généralistes ou médecins spécialistes?

Depuis des semaines, je me suis beaucoup mobilisée pour qu'on associe les médecins généralistes. J'ai bien lu les réponses que vous avez fournies – et qui nous avaient d'ailleurs été données par les ministres – sur les difficultés logistiques et autres. Je conçois aisément que pour ce qui concerne les vaccins à ARN messenger et la conservation à -70 ou -80°, c'est sans doute plus complexe, même si on a six jours une fois que c'est décongelé. Bref. Par contre, pour des vaccins comme AstraZeneca et, mieux encore demain, Johnson & Johnson, c'est une logistique tout à fait différente. Pourquoi ne pas miser avec les médecins généralistes? Quand on doit administrer 2,5 millions de doses de vaccin contre la grippe chaque année, ils font ça de manière remarquable, avec aussi une logistique facilitée par tout le travail des pharmaciens.

Même chose pour les médecins spécialistes. On a pu enfin obtenir que les dialysés puissent être vaccinés à l'hôpital. C'est juste du bon sens puisqu'ils y vont trois fois par semaine. Je pense qu'on a d'ailleurs finalisé la vaccination des hémodialysés chroniques à l'hôpital. Mais il reste encore de nombreux patients en hospitalier qu'on peut faire vacciner, notamment en onco ou des patients qui sont suivis de façon très fréquente en intra-hospitalier. Est-ce que, en la matière, les lignes peuvent encore un peu bouger? Je pense qu'on doit miser sur nos forces armées sanitaires. Quand je dis ça, je ne parle pas de l'armée mais de nos soignants de première ligne et de deuxième ligne.

Je voudrais maintenant en venir à AstraZeneca. J'ai vu les différentes communications, à la fois réalisées par les agences du médicament européenne et belge et par les autorités politiques. La question qui se pose est de savoir s'il y a un lien causal entre le vaccin et la survenue de pathologies de type thrombo voire thromboemboliques ou s'il s'agit d'une coïncidence. J'ai vu les différentes données y compris au niveau international, y compris celles de l'ISTH du 12 mars. Ceci étant, l'ISTH plaide aussi pour qu'on avertisse les patients et qu'on les

préviennent des signes éventuels pour qu'ils puissent alors se retourner vers leur médecin.

J'ai quand même quelques questions. J'ai bien vu ce que vous nous avez indiqué par écrit mais ce sont des informations dont je disposais déjà. Je voudrais aller un tout petit peu plus loin. On a beaucoup parlé du lot du Danemark AstraZeneca ABV5300. Si je comprends bien, nous n'avons pas en Belgique de vaccin de ce lot ABV5300. Ceci étant, il y a un autre lot, si mes informations sont correctes – si je me trompe, alors toutes mes excuses –, qui est également pour le moment l'objet de toutes les attentions. C'est le lot ABV2856, notamment parce qu'il a été utilisé en Italie, avec également la survenue de plusieurs *case reports*, en tous cas problématiques, pour lesquels on peut avoir des interrogations sur ce lien causal avec le vaccin ou sur la survenue d'une coïncidence.

C'était ma première question. Oui ou non avons-nous des vaccins du lot ABV2856?

Par ailleurs, l'incidence a été exprimée sur la base du nombre de cas par rapport au nombre total de vaccinations administrées avec des vaccins AstraZeneca, notamment sur l'espace économique européen. Par contre, je n'ai pas vu d'informations sur l'incidence et la survenue de pathologies de type thrombotique ou thrombo-embolique par lots, et notamment les lots visés, c'est-à-dire ABV5300 et ABV2856. Ces données sont-elles maintenant disponibles? Ces données donnent-elles des informations en termes d'incidence, différentes de l'incidence calculée sur le nombre total de vaccins AstraZeneca administrés? Des décisions doivent-elles être prises ou devraient-elles évoluer en la matière?

Évidemment, un vaccin ou un médicament n'est jamais un bonbon. Il y a toujours l'avantage majeur d'une vaccination massive dans les circonstances que nous connaissons. Cela ne fait pas de doute. Mais à mes yeux, le principe de précaution reste un enjeu fondamental, à titre personnel pour les personnes concernées, mais aussi pour la crédibilité de cette campagne de vaccination et de la confiance qui lui est accordée.

En fonction de cela, des décisions doivent être prises. Nous ne pouvons pas ne pas être interpellés par le nombre de pays qui ont décidé de suspendre. Il est tout à fait possible que ce soit temporaire. Ces suspensions ont parfois été décidées par des agences des médicaments nationales. Ce n'est pas nécessairement uniquement politique. Ce qui m'a interpellée, c'est que ces agences des médicaments ont fait valoir le fait qu'une série d'analyses et d'études étaient

toujours en cours.

C'est un élément qui m'interpelle parce que j'avais cru comprendre, de par la communication des différentes autorités belges, des neuf ministres de la Santé, mais également de l'Agence des médicaments, que le doute était faible, pour ne pas dire extrêmement faible, et que l'incidence était beaucoup plus faible que l'incidence du même type de pathologies dans la population générale.

Il n'y a pas de réponses aux quelques questions que je viens de vous poser, notamment sur les différents lots, les incidences par lot, en tout cas jusque maintenant, sauf peut-être si vous allez nous en donner. Et tant mieux si c'est le cas!

Selon différents pays, des études et des analyses seraient encore à réaliser. Ceci m'amène à vous interroger. Faut-il faire valoir ce principe de précaution ou bien tout doute est-il levé? Auquel cas, la campagne de vaccination par AstraZeneca peut-elle se poursuivre?

Je voudrais également vous interroger sur les patients covid positifs et la vaccination de ces derniers. En la matière, de nombreuses études sont sorties et je ne vais pas ici les relater. Je ne doute pas une seule seconde que vous les connaissiez bien et que vous les ayez toutes lues. On pourrait résumer ces publications en disant que, pour les patients ayant fait un covid, la vaccination avec une dose permet à la fois de booster l'immunité, mais également d'apporter une protection complémentaire contre le virus. La haute autorité de santé, en France, sur la base d'une analyse très pointue des différentes publications et des différentes données a donc, comme vous le savez, plaidé pour un seul vaccin pour les patients ayant fait le covid. Ce vaccin ne devrait pas être administré dans les trois mois, mais si possible avant six mois. En résumé, entre trois et six mois.

J'ai moi-même également observé, en vaccinant des patients assez jeunes parmi les soignants en maisons de repos et en hôpitaux, que les soignants qui ont fait une maladie covid ont des effets secondaires dès la première dose de vaccin, et a *fortiori* à la deuxième dose de vaccin, qui sont beaucoup plus importants que pour les autres personnes se faisant vacciner. Je n'ai pas encore vu de publication à ce sujet, mais j'ai pu partager cela avec mes différents collègues et c'est un constat qui est généralisé.

Cela pose donc à double titre la question de revoir la stratégie pour les personnes covid positives qui ont fait une maladie covid, et dont la grande majorité le sait très bien. Ne serait-il pas plus opportun, sur le plan scientifique, de leur

administrer une seule dose, et pas dans les trois mois, en tous cas pour ceux qui ont fait un covid récent? La deuxième dose ne serait pas utile sur le plan de leur immunité. Elle ne serait pas non plus utile en termes d'effets secondaires dus au vaccin. Par ailleurs, on perdrait cette dose, alors qu'on pourrait en bénéficier autrement, pour accélérer la vaccination des personnes non immunisées et à protéger. Je parle évidemment du vaccin Pfizer.

Enfin, vous me permettez d'attirer votre attention sur la situation des enfants fortement immunodéprimés, que ce soit une immunodépression primitive ou secondaire, notamment en cas de cancer avec chimiothérapie ou traitement par immunosuppresseur. Ces enfants ne sont a priori pas vaccinables compte tenu de l'absence d'enfants enrôlés dans les études cliniques phase 3 jusqu'à maintenant. Par contre, ces enfants ont évidemment un risque extrêmement élevé. La question se pose dès lors quant à la possibilité de vacciner de manière prioritaire leur bulle, donc essentiellement leurs parents ou l'un des deux parents. Cela permettrait de protéger ces enfants extrêmement fragiles. J'ai eu de nombreux contacts avec des parents concernés qui jusqu'ici ne peuvent pas être vaccinés. J'avais cru comprendre que la task force permettait de prendre en compte des situations de vie particulières. Sur le plan médical, ce que je relate ici entre parfaitement dans ce critère de "situation particulière de vie" par rapport à des personnes malades.

Monsieur le président de la task force, je me permets dès lors de vous solliciter pour que ce tout petit nombre de parents d'enfants en situation médicale extrêmement délicate, puissent être vaccinés prioritairement. Est-ce que vous êtes d'accord avec cette proposition? Si oui, il me semble important que cette directive soit clarifiée pour que les parents concernés puissent en bénéficier. Cela permet à des enfants en situation extrêmement sévère d'avoir des contacts sécurisés avec leurs parents. Je pense que nous devons absolument prendre cet élément en compte. Je vous remercie pour l'attention que vous accorderez à ces enfants et ces familles en situation difficile.

Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la présidente, monsieur Ramaekers, je vous remercie pour votre présentation mais je vous avoue, qu'à l'instar de mes collègues, elle m'a laissée énormément sur ma faim. De ce fait, j'ai de nombreuses questions à vous poser. Je m'en excuse par avance. L'actualité fait aussi que beaucoup de questions demeurent malheureusement sans réponse.

J'en viens à la première question que je voulais

aborder avec vous. Vous avez évoqué le fait que notre objectif pour atteindre l'immunité collective serait la vaccination de 70 % de la population. N'estimez-vous pas que cet objectif devrait être revu à la hausse au regard de la virulence et de la plus grande contagiosité des différents variants? C'est notamment l'opinion de différents experts. Je pense à M. Van Ranst mais aussi à M. Van Damme ou encore à M. Snoeck de l'Université de Columbia qui évoquaient, eux, un taux oscillant entre 80 et 90 %. Je voulais avoir votre opinion à cet égard.

Je voulais aussi revenir avec vous sur la question de la vaccination des personnes qui présentent des comorbidités. Comme le gouvernement l'a annoncé, hormis les cas les plus graves, ces personnes ne pourront se faire vacciner qu'à partir du 3 avril 2021, date à laquelle le gouvernement espère la conclusion de ce fameux accord de coopération qui vise à croiser les données médicales avec les données des mutualités, nous assurant qu'en fait cet accord aurait été révisé pour répondre aux critiques assez importantes émises par le Conseil d'État, par l'Autorité de la protection des données ou encore par l'ABSyM. Pourriez-vous nous dire dans quelle mesure ces critiques ont finalement été bien prises en compte dans la nouvelle version de cet accord de coopération?

Je voulais aussi revenir sur la procédure de convocation dans les centres de vaccination. J'ai consulté votre réponse écrite à cet égard. Je vous en remercie mais à mon sens, des questions restent encore sans réponse.

Premièrement, pour ce qui concerne la vaccination des personnels des soins de santé, on sait que le listing ou le cadastre des soins de santé n'est pas toujours mis à jour. Il n'y a même pas de véritable cadastre par exemple pour ce qui concerne les aides soignants ou les infirmiers. Par conséquent et dans ces conditions, comment peut-on se donner la garantie que l'ensemble des personnes agissant dans les soins de santé vont pouvoir être correctement vaccinées et à temps? Qui est tenu de mettre à jour ces registres? Peut-on se permettre aujourd'hui d'actualiser ces registres dans l'urgence au regard de l'enjeu? Comment fait-on aujourd'hui pour pouvoir convoquer à temps les infirmières et les aides soignants?

Pouvez-vous aussi nous dire comment il se fait que des personnes qui ont déjà été vaccinées soient à nouveau convoquées pour se faire vacciner et ce, malgré l'existence d'un code unique de vaccination? Le ministre de la Santé nous a expliqué qu'il était impossible que ce type de situation se produise au regard du code d'activation unique. Toujours est-il que, malgré ce

code d'activation unique, on se retrouve dans ce genre de situation.

Concernant le système VaccinNet, on sait donc que le gouvernement a choisi de recourir à une plate-forme qui existait déjà en Flandre et qui était bien connue des médecins généralistes en Flandre mais pas du tout en Wallonie ni à Bruxelles. Pouvez-vous nous dire pourquoi ce choix a-t-il été opéré? Aujourd'hui, les médecins généralistes bruxellois et wallons sont-ils bien inclus dans ce système? Ne fallait-il pas utiliser une plate-forme gérée au niveau fédéral? Ce choix n'aurait-il pas été à même d'assurer une meilleure efficacité, une faculté d'utilisation dans les différentes langues nationales mais aussi un meilleur respect du droit à la vie privée?

Concernant la question du respect du droit à la vie privée, j'en viens au choix de recourir à la société Smals. Celle-ci a finalement choisi la plate-forme de réservation développée par la petite entreprise de Keller.

On l'a justifié par l'urgence. Nous l'avons appris par la presse notamment. Pouvez-vous nous dire sur quels éléments concrets cette décision a été basée? Ce marché a-t-il été rendu public? Ce contrat est-il public? J'ai eu un échange à ce sujet sur un plateau de télévision avec M. Robben qui affirmait que ce contrat pouvait tout à fait être consulté sur Internet. Par conséquent, j'ai fait moi-même l'exercice en allant consulter la plate-forme des marchés publics fédéraux et je n'ai rien trouvé. Est-il possible de mettre ce contrat à disposition des membres de cette commission au moins? Pourquoi le site covid vaccin de keller.be s'affichait-il toujours en néerlandais et non pas dans les trois langues nationales? De nombreux patients nous ont fait ce retour. Pour quelles raisons n'a-t-on pas adopté la même organisation que pour les convocations électorales en tout cas pour ce qui concerne la vaccination par tranche d'âges? On sait que les communes ont une grande expérience en la matière et qu'elles ont à leur disposition les registres. Pourquoi ne les a-t-on pas sollicitées davantage pour ce volet de la stratégie de vaccination?

Pour ce qui concerne le rôle des médecins généralistes, des maisons médicales ou encore des centres de soins, j'ai consulté votre réponse écrite dans laquelle vous nous dites que vous n'avez pas fait le choix d'inclure les médecins généralistes et les pharmaciens dans la stratégie parce que cela aurait eu pour effet de complexifier la distribution et le suivi des stocks et des vaccinations. Au regard de la palette plus large des vaccins dont on dispose aujourd'hui et dont les conditions de stockage sont beaucoup moins

drastiques que pour les deux premiers vaccins, n'est-il pas temps de les inclure dans le processus? Pourquoi ne pas imaginer que les pharmaciens puissent stocker les vaccins pour les médecins généralistes? Ces questions restent ouvertes.

Il en va de même pour le rôle que joueraient aujourd'hui les médecins généralistes dans la *task force* vaccination. En audition, ils nous ont expliqué, tout comme les infirmiers, qu'ils avaient été exclus - malgré leurs demandes insistantes - de cette *task force*. Ensuite, nous avons eu l'audition de M. Facon, qui nous a indiqué qu'ils étaient impliqués dans la réflexion et que l'idée des centres de tri avait été avancée par les généralistes.

Nous avons donc besoin d'y voir plus clair. Pouvez-vous nous dire de quelle manière ces généralistes y sont impliqués? Ont-ils vraiment une voix au sein de votre groupe de travail?

À l'instar de mes collègues, je me dois forcément de revenir sur la question du vaccin AstraZeneca. Sans m'appesantir sur le contexte, je rappellerai toutefois que la France vient également, à l'instar de l'Allemagne, de suspendre l'administration de ce vaccin. Pouvez-vous nous dire sur quelle base on peut affirmer que les problèmes thrombotiques résulteraient de la défaillance d'un seul lot, et non de la composition même du vaccin? Sur quelle source vous fondez-vous pour assurer que la Belgique n'est pas concernée par la livraison de ce fameux lot?

D'autres lots seraient-ils problématiques et concerneraient-ils notre pays? Certains de mes amis kinés et médecins qui se sont fait administrer le vaccin AstraZeneca ont reçu une petite carte sur laquelle le numéro du lot était indiqué. Cependant, existe-t-il un autre moyen de tracer ceux qui ont été utilisés - par exemple, des registres? L'Union européenne dispose-t-elle d'une vision d'ensemble de ceux qui ont été distribués et employés ainsi que de leur état?

Les pays qui ont suspendu l'administration de ce vaccin étaient-ils tous concernés par le fameux lot ou bien ont-ils pris cette décision en application du principe de précaution?

Si oui, pourquoi ce principe est-il appliqué dans ces États en concertation avec les organismes officiels des soins de santé et pas chez nous où l'on fait preuve d'une extrême prudence pour toute une série de choses (autotests, tests rapides, etc.), mais beaucoup moins pour ce qui concerne l'administration de ce vaccin? Le principe de précaution ne commanderait-il pas la suspension, comme l'ont fait ces pays, de l'administration de ce

vaccin, du moins tant qu'on n'aura pas obtenu les résultats de l'enquête en cours? Avez-vous une idée de la date à laquelle nous pourrions disposer de ces résultats? Dans l'hypothèse où l'enquête menée par l'Agence européenne des médicaments se conclurait malheureusement par l'existence d'un lien de causalité entre les thromboses et le vaccin AstraZeneca ou, en tout cas, certains lots de ce vaccin et que, dans l'intervalle, d'autres incidents thrombotiques devaient être observés dans notre pays, qui en endossera la responsabilité?

En ce qui concerne les retards de livraison du vaccin AstraZeneca toujours, vous avez affirmé, samedi, que ladite société devait livrer 4,6 millions de doses en Belgique à partir de ce 1^{er} avril, mais que vous vous attendiez à en recevoir moins de la moitié. Pouvez-vous évaluer quel sera l'impact de cette importante diminution de doses livrées sur notre campagne de vaccination? Disposez-vous de plus amples informations quant aux modalités qui entourent l'administration du vaccin Johnson & Johnson? Dans la négative, comment être sûr que le retard des livraisons d'AstraZeneca seront comblées avec l'arrivée de ce nouveau vaccin? Les commandes passées auprès de Pfizer dont les livraisons seraient redevenues régulières ont-elles été augmentées afin de pallier les retards des livraisons d'AstraZeneca? Le calendrier tel qu'il était prévu initialement sera-t-il revu de manière flexible dans l'hypothèse où les retards liés à AstraZeneca s'accroîtraient davantage? Une révision de ce calendrier a-t-elle déjà été amorcée ou est-elle au moins sur la table des discussions de la *task force*?

Étant donné que le vaccin Johnson & Johnson ne s'administre qu'en une seule dose, sera-t-il donné en priorité aux publics vulnérables et aux publics pour lesquels l'administration d'une dose unique permettrait vraiment de répondre à leurs spécificités. Je pense en particulier aux sans-abri.

Je voulais aussi aborder avec vous l'écart entre les doses livrées et les doses administrées. Comme certains de mes collègues l'ont dit, près de 30 % des doses resteraient inutilisées. Comment expliquez-vous un tel écart entre les doses livrées et les doses administrées, alors même que la Conférence interministérielle a adopté récemment certaines mesures pour accélérer la vaccination? Les différents *bugs* informatiques observés ont-ils eu un impact sur cet écart? Dans l'affirmative, a-t-on été capable d'évaluer, de chiffrer cet impact?

Vous nous dites aussi que d'autres mesures sont à l'étude pour réduire le temps qui s'écoule entre l'arrivée du vaccin dans notre pays et l'administration des doses. Ce délai étant

aujourd'hui en moyenne de 14 jours, existe-t-il aujourd'hui d'autres mesures à l'étude pour pouvoir réduire cet écart?

Pour ce qui est de la question de la vaccination des fonctions dites critiques, pouvez-vous nous dire comment vous avez défini ce qu'est une fonction critique qui mérite, par conséquent, de voir sa vaccination accélérée? Je pense aux enseignants qui ont été exclus de cette qualification, alors qu'au sens de mon parti, ils répondaient à la définition de fonction critique, à savoir être dans des situations où il est difficile d'observer la distance physique, de garder son masque, etc. Par ailleurs, on sait que le Conseil Supérieur de la Santé avait rendu un avis à votre *task force* en listant toute une série de groupes spécifiques considérés comme étant des fonctions à risque accru dans des secteurs d'activité qualifiés d'essentiels et que, parmi ces groupes, figurait celui des enseignants. Pourquoi, malgré cet avis, les enseignants n'ont-ils pas été considérés comme appartenant à une fonction critique qui méritait de voir sa vaccination avancée?

Qu'en est-il également des sapeurs-pompiers ambulanciers? Aujourd'hui, on voit que leur vaccination est aléatoire d'une Région à l'autre. Est-ce que ce n'est pas finalement le rôle de la *task force* vaccination d'harmoniser les publics cibles dans la stratégie de vaccination?

Concernant la campagne de vaccination en tant que telle aujourd'hui, je voulais revenir sur les mesures qui ont été annoncées à l'issue du dernier Comité de concertation du 5 mars. Puisque le premier ministre a énormément insisté sur le lien entre le déconfinement qui serait opéré le 1^{er} mai et la vaccination des personnes vulnérables, pouvez-vous nous garantir que les personnes vulnérables seront bien vaccinées d'ici le 1^{er} mai? Je pense aux personnes âgées mais aussi aux personnes qui présentent des comorbidités.

Je voulais aussi évoquer avec vous le cas d'amis vétérinaires qui ont proposé bénévolement leur aide dans les centres de vaccination qui ont du réduire leurs possibilités de vacciner parce qu'ils étaient confrontés à un manque de personnel. Ils ont proposé leur aide et cela leur a été refusé. Je voulais tout simplement savoir pourquoi. Pourquoi on ne pourrait pas imaginer de les solliciter tout simplement?

Je voulais aussi revenir avec vous sur les propos du vice-président de la Commission européenne, Frans Timmermans, qui a indiqué que tant l'Union européenne que les États membres auraient commis des erreurs lors de la commande de vaccins contre le corona. À cet égard, est-ce que

vous confirmez que des erreurs de commandes ont été commises tant par l'Union européenne que par la Belgique? Si oui, de quel ordre? Est-ce que, finalement, la Belgique n'a été que victime des manquements, des erreurs qui auraient été commis au niveau européen? Est-ce que vous considérez aussi qu'une de ces erreurs aurait été – et demeure encore aujourd'hui – l'extrême prudence de l'Union européenne par rapport à l'homologation du vaccin Sputnik lorsqu'on voit que ce vaccin est utilisé par toute une série de pays et que, jusqu'ici, cela ne semble pas poser de grands problèmes?

Je voulais aussi vous entendre sur le passeport vaccinal pour faciliter les voyages au sein de l'Union européenne. Je voulais connaître votre position à ce sujet. Êtes-vous informé du contenu du projet de certificat? Lorsqu'une personne en provenance d'un pays hors Union européenne apportera la preuve qu'elle a été vaccinée, mais avec un vaccin qui n'a pas été reconnu au sein de l'Union européenne, que se passera-t-il? Malgré tout, cette personne sera-t-elle admise sur le territoire de l'Union européenne, selon les informations que vous auriez reçues?

Je voulais terminer par la question de la responsabilité des fabricants des vaccins. On sait aujourd'hui clairement que dans les contrats, en tout cas en ce qui concerne AstraZeneca, CureVac et Sanofi, il y aurait des clauses de non-responsabilité, ou du moins de responsabilité limitée. Ces clauses sont en fait illicites. Selon un cabinet d'avocats qui aurait été sollicité, "le caractère illicite de ces clauses", dicit l'analyse de ce cabinet d'avocats, "pourrait être tempéré en justice en raison des conditions dites exceptionnelles liées à la production des vaccins, car au moment de la mise sur le marché des vaccins, l'état des connaissances scientifiques ne leur permettait pas déceler l'existence d'effets indésirables graves et/ou de l'inefficacité des vaccins". Je trouve cette analyse assez étonnante. Je voulais avoir votre position par rapport à cela. Avez-vous connaissance de telles clauses? Sinon, comment expliquer qu'une ASBL ou un bureau d'avocats puisse avoir accès à ces clauses et pas les instances officielles chargées de notre vaccination?

Voici ma toute dernière question. Que prévoient les contrats en termes de responsabilité incombant aux firmes qui fabriquent les vaccins, en cas de retard de livraison? Vous avez expliqué tout à l'heure qu'AstraZeneca ne livrerait que 40 à 50 % de ce qui avait été prévu. Des indemnités incomberaient-elle à ces firmes, en cas de retard? Quelque chose est-il prévu à cet égard dans les contrats les concernant?

Je vous remercie déjà pour vos réponses.

La **présidente**: Madame Rohonyi, je vous remercie.

Au bout de ce long tour de questions, je vais m'abstenir d'en poser, puisque tout a été dit et redit. Je vous propose donc d'avancer dans les réponses et vous en remercie par avance. Les professeurs Ramaekers et Stordeur vont prendre quelques minutes pour se coordonner.

La réunion publique de commission est suspendue de 17 h 19 à 17 h 24.

De openbare commissievergadering wordt geschorst van 17.19 uur tot 17.24 uur.

Dirk Ramaekers: Mevrouw de voorzitter, ik begin met onze perceptie van of onze visie op wat wij weten over de voorbereidende fase. Vorig jaar in de zomer werd duidelijk dat een aantal vaccins in de pipeline zat. De taskforce is effectief pas in de tweede helft van november gestart. Voorafgaandelijk, vanaf augustus bijvoorbeeld, was ik daarbij niet aanwezig. Ik kan daarover dan ook geen exacte antwoorden geven. Toen wij gestart zijn, hebben wij vrij snel, ook met de ondersteuning van het coronacommissariaat en Pedro Facon, ons team up and running gekregen.

Wij hebben wel vastgesteld dat er heel wat voorbereidende activiteiten gebeurd waren. Het eerste dat we vaststelden, is dat België op dat ogenblik ingetekend had – dat is in augustus gebeurd, met een aankoopcomité en een adviesraad – op alle vaccins die wij vandaag kunnen toepassen. Het was een bewuste strategie om niet alle eieren in één korf te leggen. Er werd verwezen naar Israël. Israël heeft dat wel gedaan. Israël heeft voor één vaccin gekozen en is zeer snel kunnen beginnen.

Er is dus een wat billijkere of oordeelkundigere strategie gebruikt om op meerdere vaccins in te zetten. Op dat ogenblik wist men natuurlijk nog totaal niet welk vaccin zijn werkzaamheid en veiligheid zou kunnen bewijzen. Pas vanaf oktober of november begonnen de eerste klinische studies te komen. Toen we gestart zijn, hebben we ook gemerkt dat er binnen het FAGG al heel wat voorbereidende werkgroepen gestart waren. Wij moesten dus niet from scratch starten, maar de eigenlijke operationalisering – het ontwikkelen en vastleggen van de vaccinatiestrategie, samen met de deelstaten – is gestart vanaf de tweede helft van november.

We zijn natuurlijk gestart met alles wat beschikbaar was.

Op de vraag over de Advisory Board, de werking in de zomer en de belangenconflicten, kan ik u jammer genoeg niet antwoorden. We zijn er niet van op de hoogte.

Als we bekijken voor welke vaccins er uiteindelijk gekozen is, ben ik van mening dat dit de vaccins zijn die ook in de keuze van de andere Europese landen zaten. Er is iets minder ingezet op Moderna, maar heel sterk op de andere, vooral AstraZeneca, Pfizer en nu Johnson & Johnson. Ik denk dat we van het Modernavaccin dankzij de bijkomende opties, ook meer beschikbaar zullen hebben vanaf het derde kwartaal. Dat zal ook wel een belangrijke speler worden. We merken wel dat de leveringen van Moderna in de eerste maanden zeer onzeker zijn en beperkt.

Wat de aankoopopties betreft, of alleszins het spectrum van vaccins die aangekocht zijn, kan ik op dit ogenblik weinig kritiek geven, ook omdat ik zie dat dit de vaccins zijn die ook in de andere landen in de running zijn. Daar komen potentieel nog een aantal vaccins bij, Valneva en Novavax. Het hangt niet van België af hoe snel dit gaat. Het zal van de vaccins zelf afhangen. Op dit moment zitten geen van beide in het stadium van goedkeuring. Het ene is al dicht bij die stap dan het andere. Maar we krijgen ook signalen dat zij niet onmiddellijk grote hoeveelheden zullen kunnen leveren. Mocht dit zo zijn, denk ik dat België zeker geïnteresseerd zal zijn om daar ook een zo groot mogelijk deel van te hebben.

Wat de tweede paragraaf in een fiche betreft die zou geschrappt zijn, weet ik niet over welke tweede paragraaf het gaat. Dat zou bij de Hoge Gezondheidsraad gebeurd zijn. Daar kan ik u niet op antwoorden. Wel moet ik zeggen dat onze ervaring met de Hoge Gezondheidsraad van in het begin zeer positief is. Yves Van Laethem maakt ook deel uit van de taskforce. Ik merk dat er bij elke activiteit die zij doen, telkens een uitgebreid openbaar wetenschappelijk rapport beschikbaar is.

Alles wat wij aan hen vragen wordt op korte tijd omgezet in een advies van meerdere experts. Dat er nog aparte fiches of documenten zouden zijn die voor de taskforce niet beschikbaar zouden zijn... Op alles wat wij vragen en onderzoeken krijgen we een volledige rapportering van de Hoge Gezondheidsraad. We zien dan snel achteraf dat het ook gaat om publieke rapporten. Daar kan ik dus niet op antwoorden.

Wat de communicatie betreft, gebeurt dit meestal onmiddellijk in het Frans en het Nederlands, en zelfs ook in andere talen.

Was er een *sense of urgency* begin december 2020? Ik denk dat we gedurende de hele COVID-19-pandemie op frequente tijdstippen een *sense of urgency* hebben gemerkt. Men kan zich achteraf de vraag stellen of de *sense of urgency* er op tijd was of niet. Wat de vaccinatiestrategie betreft, heb ik een belangrijke dynamiek vastgesteld van bij het begin bij de huidige regering, die de enige is waarmee ik rechtstreeks contact heb, maar ook bij de Interministeriële Conferentie. Er waren uiteraard discussies, zoals het hoort. In de ministeriële conferenties wordt alles omtrent vaccins met maximale transparantie besproken. Dat vind ik ook goed. Die besprekingen worden gevoerd met het commissariaat, met mezelf als voorzitter van de taskforce. We overleggen minstens wekelijks in de Interministeriële Conferentie. Er worden veel vragen gesteld. Er is discussie, wat ik een zeer goede zaak vind.

Ik merk ook aan het eind van de dag dat in de IMC de verstandhouding tussen de ministers goed zit en men vrij snel tot beslissingen komt. Het zou er nog aan moeten ontbreken, mocht er geen overleg zijn met een aantal meningen die tot een consensus moeten komen.

Dat een aantal van deze elementen niet openbaar zouden zijn, merk ik op zich niet op. Al onze adviezen zoals ze in de IMC komen, zijn publiek. De IMC-beslissingen zijn publiek. Er volgt ook steeds een persbericht. Vaak wordt het persbericht van de taskforce en de IMC samen besproken en geschreven. Dat wijst ook op een eenduidig advies en vervolgens een beslissing.

Ik stel op dat vlak dus geen grote divergenties vast. Er kunnen natuurlijk wel organisatorisch – ik wil hierover transparant zijn – en soms ook in visie een aantal verschillen tussen de deelstaten optreden. Ik kom daar dadelijk nog op terug. Dat heeft natuurlijk met ons bestuurlijk bestel in België te maken, na een aantal staatshervormingen en zeker na de zesde staatshervorming. Ik was indertijd enigszins daarbij betrokken. Wij hebben toen gemerkt dat er op het vlak van preventie en vaccinatie verdere stappen gezet zijn. Speelt dat op dit ogenblik sterk in de taskforce? Toen wij eraan begonnen, was ik daar persoonlijk misschien niet voor 100 % gerust in. Het was een bezorgdheid. De taskforce is in de eerste plaats een kruispunt tussen alle deelstaten, entre toutes les entités fédérées et les institutions fédérales, y compris le nombre d'experts scientifiques (le Conseil supérieur).

Ik was dus bezorgd of dit wel zou werken. Ik wil daar heel duidelijk en eerlijk in zijn. In december, in onze eerste weken, moest het vertrouwen nog groeien, want niet iedereen kende elkaar

voldoende, maar tot de dag van vandaag kan ik toch wel zeggen dat in de taskforce er bijzonder goed wordt samengewerkt. Het moet nog de eerste keer voorvallen dat we niet tot een unisono advies komen in de taskforce. Dat is niet evident, want ook de leidend ambtenaren van de deelstaten maken deel uit van de taskforce en zij moeten soms voor een deel rekening houden met wetmatigheden binnen hun deelstaat, maar tot nu toe lukt dat bijzonder goed. Dus mijn oorspronkelijke bezorgdheid... Dat kan natuurlijk, hout vasthouden, nog wijzigen, maar ik kan toch niet zeggen dat daar grote divergenties optreden.

Natuurlijk, wat wel het geval is, is het volgende. Dan kom ik voor een deel al onmiddellijk bij mijn aanbevelingen die gevraagd zijn. De verwijzing naar Denemarken. Ik weet niet of u het gezondheidszorgsysteem ervan kent. Ik heb de eer en het genoegen gehad in het verleden om er enkele malen op werkbezoek te mogen gaan. Denemarken is, qua gezondheidszorg, niet vergelijkbaar met ons land. Het is inderdaad een meer gecentraliseerd gezondheidssysteem, veel uniformer. Zij hebben inderdaad niet wat wij hebben, en dat is misschien ook hun rijkdom. In het kader van een pandemie, en zeker als we in een crisismanagement zitten, ook met onze vaccinatiestrategie, heeft *one line of command*, uniforme aansturing, een beetje militair bij wijze van spreken, zeker voordelen. Daarover moeten we niet discussiëren. Evident zitten we in onze realiteit met een bevoegdheidsverdeling en zitten we natuurlijk, en dat wordt soms wel wat vergeten, met iets meer nog dan bevoegdheidsverdeling. Het federale niveau doet de aankopen van de vaccins en zorgt voor de distributie. Het verdere gebruik, de implementatie op het terrein, de organisatie op het terrein, dat is dan de bevoegdheid van de deelstaten.

Er is nog een bijkomend element dat soms vergeten wordt. De voorbije tien jaar, zeker na de zesde staatshervorming, is ook onze zorgorganisatie gewijzigd.

Ik geef een voorbeeld. De organisatie van de eerste lijn is de volledige bevoegdheid van de deelstaten. Op dit ogenblik is de organisatie van de eerste lijn in Vlaanderen verschillend van Brussel, Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap. Ik spreek mij niet uit over welke deelstaat het best georganiseerd is, maar het is wel een feit dat in Vlaanderen de vaccinatiecentra door de eerstelijnszones worden georganiseerd. Die zien er misschien hetzelfde uit, maar organisatorisch werkt dat toch op een andere manier op het vlak van implementatie dan in Wallonië.

Wij hebben vanmiddag nog een overleg gehad,

waar men ziet dat de klassieke huisartsenkringen, les Cercles, veel sterker aan het roer staan van de organisatie. In Brussel heeft men ook nog andere structuren die daarop een impact hebben. Ook de ziekenhuizen zijn anders georganiseerd. Ook de samenwerking met de eerste lijn loopt wat verschillend. De implementatie van het Globaal Medisch Dossier heeft niet overal op dezelfde manier plaatsgevonden. Dat is een realiteit op het terrein.

Dat is misschien mijn achtergrondkennis, mijn backbone. Dat is de terreinkennis: hoe is de eerste lijn georganiseerd, hoe zijn de ziekenhuizen georganiseerd, maar ook hoe zijn onze lokale besturen georganiseerd, samen met de deelstaten?

Hoe optimaal uniform we dat ook willen krijgen, dat is een opdracht van de taskforce, daar wordt elke week hard aan gewerkt, in de praktijk zien we dat er kleine verschillen op het terrein in de deelstaten optreden. Dat is quasi onvermijdelijk. Ik denk bijvoorbeeld aan de organisatie van de ouderenzorg, *les institutions de soins collectifs en plus*, de gehandicaptensector. Dat zijn verschillende organisaties.

We kunnen terugkijken naar fase 1A, we hebben dat beschikbaar als u dat zou interesseren. Wij hebben de timing per deelentiteit en per klein onderdeel, in alle transparantie beschikbaar. Dat wordt ook besproken in de taskforce.

Wij zien kleine verschillen, maar in die mate dat wij ons in de taskforce afvragen of het een majeur probleem is dan wel of die verschillen acceptabel zijn. Zolang de vaccins worden toegediend, zelfs al vertoont de toediening een klein verschil in de synchronisatie, is dat verschil in de uiteindelijke *outcome* niet zo ernstig.

Voor de woon-zorgcentra is het ons heel goed gelukt en voor de ziekenhuizen ook. Bij de eerste lijn zien wij wel enige verschillen optreden, net als bij de andere instellingen.

Voor de fase 1B zal de grote uitdaging zijn alles synchroon te houden. Ik zal zo dadelijk even het woord geven aan professor Stordeur. Het woord "stock" is immers al enkele malen gevallen. Te uwer informatie: in de taskforce valt dat woord ook bijzonder frequent.

Ik wil wel even een kleine nuance aanbrenge. Wij benaderen het niet statisch, dat er ergens een stock vastzit in de diepvries of frigo waar niets mee gebeurt tot de vaccins worden toegediend. Intussen weten wij heel duidelijk in vrij groot detail wat er gebeurt met de vaccins na aankomst in het

land, over de distributie tot de verdeling over de vaccinatiecentra.

Professor Stordeur zal dat zo dadelijk toelichten. Wij komen er dus op terug.

Er is ook de vraag gesteld over de spuiten en naalden.

Ik moet eerlijk bekennen dat wij in de taskforce, wat wij ook hebben gecommuniceerd, begin januari 2021 ook echt wel ongerust waren. Wij zagen immers dat er in de loop van de maand februari 2021 potentieel een tekort aan spuiten zou zijn. Wij hebben verschillende soorten spuiten nodig, maar het gaat natuurlijk vooral over de kleine spuiten en de kleine, dunne naalden om mee te kunnen vaccineren. Wij hebben daarover openlijk gecommuniceerd. U kunt het zich indenken, dan hadden wij potentieel wel vaccins, maar geen spuiten en naalden om ze toe te dienen.

Gelukkig – dit mag ook wel eens worden onderstreept – is binnen het geneesmiddelenagentschap bijzonder hard gewerkt. Wij hadden Europese aanbestedingen, maar die leveringen kwamen met vertraging. Het is soms de rode lijn dat er vertraging zit op sommige leveringen. Het agentschap is er toch in geslaagd om via andere aanbestedingen, onder meer vanuit België, bijkomende en goede spuiten geleverd te krijgen. Wij meenden op een bepaald ogenblik immers dat wij naar 2cc-sputten zouden moeten omschakelen.

De cijfers zijn beschikbaar en we zullen ze u bezorgen. Op dit ogenblik, meer bepaald op zaterdag 13 maart, zijn er in totaal 14 miljoen spuiten en naalden geleverd. In maart zullen er nog zo'n 10 miljoen bijkomen en in april nog eens 10 miljoen. Ook voor de low-dead-volumesputten hebben we bijkomende bestellingen gedaan, voor vrij grote aantallen. We zullen ruim voldoende spuiten hebben, een overschot zelfs. Dat is op zich niet erg, de spuiten zijn niet de grootste kostprijs. We hebben momenteel de zekerheid dat we qua spuiten en naalden niet in de problemen zullen komen. Als ik de aantallen zie, dan kan ik zeggen dat we in 2021 ruimschoots voldoende materiaal zullen hebben.

Er is ook verwezen naar de verantwoordelijkheid van de deelstaten inzake materialen. We zouden zuiver op basis van de bevoegdheden kunnen bepalen wie wat moet doen maar dat is niet de filosofie van de taskforce. We zitten in een crisissituatie en we werken samen. We willen ook solidair zijn en de bestellingen van de naalden en de spuiten worden in goed overleg met de deelstaten door het FAGG gedaan. Andere

materialen hebben de vaccinatiecentra zelf aangekocht. We proberen zeker te voorkomen dat deelstaten zelf bestellingen moeten plaatsen. Tot nu toe lukt dat zeer goed. We streven die doelstellingen allemaal samen na en u ziet dat ze voor de spuiten en de naalden gelukkig zijn gehaald.

Wij bekijken natuurlijk ook wat er op Europees vlak gebeurt. Met alle informatie die de taskforce heeft over de huidige contracten, onder meer de extra leveringen van Pfizer, stellen wij vast dat er effectief pro rata, op basis van bevolkingsaantal, verdeeld wordt.

We hebben nu pas de eerste cijfers van het tweede kwartaal binnen. We stellen vast dat Pfizer daar ook in de leveringen aan België heel mooi het onderscheid maakt in functie van de contracten. De leveringen komen. Ik denk dus dat dit absoluut pro rata is, dat dit principe zeker wordt gehanteerd.

Wij stellen ook vast dat er kleine verschillen zijn, zeker in de eerste weken van de leveringen. Het gaat om kleine percentages, 0,5 tot 1 %. Die vraag hebben wij ook gesteld. Dat kan gedeeltelijk worden verklaard. Dat heeft soms te maken met het gaan van 6 naar 7 dosissen. Sommige landen hebben dat nog proactiever gedaan. België heeft daar wat meer de Europese lijn gevolgd. Dat heeft ook te maken met het feit dat bijvoorbeeld Zweden een Europese stock van vaccins bijhoudt. Zo is dat oorspronkelijk gestart. Dat verklaart dus een aantal zaken.

Tegelijkertijd stellen wij verder vragen over deze weliswaar kleine verschillen en ik denk dat Europa en de andere regeringsleiders die vragen ook stellen, dus er zal en moet nog meer transparantie komen. Als we het in de praktijk bekijken, gaat het om vrij beperkte aantallen en het is soms onduidelijk of dat al of niet te maken kan hebben met het leveringsschema.

Het is geweten dat bepaalde lidstaten op hun eentje contracten sluiten. Een paar landen in het oosten zijn inderdaad met Sputnik V gestart. Dat gaat wat in tegen de Europese filosofie. Ik denk dat daar absoluut de doelstelling is om dat gemeenschappelijk te bekijken, en dat is natuurlijk de kracht die men daaraan kan onttrekken.

Ik heb u al gezegd dat Sputnik V niet uitgesloten is. Als het EMA in zijn *rolling review* besluit dat Sputnik V aan alle kwaliteitseisen voldoet, dan denk ik dat dit zeker een van de mogelijkheden is en dat het ook Europees in een contract zal komen. België moet daar dan volgens mij naar kijken, *why not?*

Een belangrijk punt is dat als men dat Europese effectief zou doorbreken, dan weet ik niet of dat voor België een goede zaak zou zijn.

Hoe men het ook draait of keert – dat merken wij nu toch meer en meer – door met heel Europa die contracten aan te gaan... Ik stel mij de vraag wat de consequenties geweest zouden zijn, mochten wij dat als klein land apart hebben gedaan. Nu zijn wij absoluut mee in alle aankopen, wij krijgen net zoals alle andere lidstaten onze leveringen en zij komen transparant aan. Kijk een beetje naar de brexit en het VK, dat natuurlijk uiteindelijk veel sneller heeft beslist, maar dan zou toch wel heel sterk de kracht en de macht van de sterkste en de grootste hebben gespeeld. Ik denk dus dat op dit ogenblik de strategie op dat vlak voor België meer voor- dan nadelen met zich meebrengt en dat wij als klein land echt wel problemen gehad zouden kunnen hebben om voldoende vaccins in ons land geleverd te krijgen.

De prijs laat ik dan nog in het midden. Ik denk dat er goede prijzen zijn onderhandeld. Zeker de voorbije drie maanden heb ik ook op geen enkel ogenblik – het kan ook zijn dat ik van sommige dingen minder op de hoogte ben – ook maar een politiek signaal gezien dat bijvoorbeeld voor de bijkomende opties op vaccins of de spuiten de kostprijs een rem geweest zou zijn in de beslissing. Uiteraard is het goed dat er altijd naar de kostprijs wordt gekeken – het zou er nog aan mankeren, want het gaat over publieke middelen –, maar ik heb geen enkel signaal gekregen dat wij een bepaalde optie niet gelicht zouden hebben of een bepaalde aankoop niet gedaan zouden hebben wegens de kostprijs. Voor België is dat dus niet het geval, maar voor bepaalde andere Europese landen kan dat op een bepaald moment wel een element zijn geweest in de beslissingen. Dat heeft voor een deel natuurlijk met hun financiële toestand en mogelijkheden te maken, ondanks het feit dat er in de Europese discussies voor een deel ook wordt gekeken naar het bruto nationaal product. Voor België is dat tot nu toe althans geen element geweest.

Wat de vergeten handtekening betreft, kent u het verhaal. Dat is ook op een bepaald moment duidelijk gecommuniceerd. Gelukkig heeft het optreden van onze regeringsleiders daaromtrent op Europees niveau tot een correctie geleid.

Bij alle volgende stappen die gezet zijn, zitten wij volop mee in het pro rata-verhaal. Dat heeft ook niet onmiddellijk grote consequenties. Als Europa een bepaald contract heeft, bijvoorbeeld van 200 miljoen, en de lidstaten zouden niet intekenen op dat volledige bedrag, worden alle *top-ups* volledig opgebruikt, of de kandidaturen zijn even

groot als de aantallen. Als die niet opgebruikt raken, hebben de lidstaten de mogelijkheid om hetgeen er dan nog zou resteren effectief apart aan te kopen. Voor de eerste contracten was die optie voor een deel aanwezig omdat sommige landen, niet België, niet hun volledige pro rata hadden opgebruikt op dat ogenblik. Dit kan in de toekomst ook gebeuren.

Er is al even verwezen naar de resultaatsverbintenissen op Europees niveau in de contracten. Dat is een terechte opmerking. Die conclusies zullen Europees getrokken worden, als ze nog niet getrokken zijn. Als in de toekomst contracten worden opgesteld, zullen die op bepaalde punten strikter of strenger zijn. We kregen in het najaar het bericht dat de eerste vaccins effectief bijzonder snel beschikbaar waren en oorspronkelijk dachten we dat de eerste vaccins ten vroegste in maart of april beschikbaar zouden zijn. Technologisch is het echt wel bijzonder wat er in 2020 gebeurd is. Uiteindelijk is het eerste vaccin in december goedgekeurd. Dat is vier maanden eerder dan ook maar iemand gedacht had. Die goedkeuring blijft versneld gaan. Oorspronkelijk dachten we dat Johnson & Johnson pas in de zomer zou volgen, maar dat is vorige week al goedgekeurd. Technologisch is dat absoluut versneld. Achteraf is het wat naïef gebleken dat men dacht dat de vaccins werkten en de productie was opgestart, waardoor de beloften kwamen van de hoeveelheden vaccins. Ook in België, net als in alle andere Europese landen, dachten we in december dat alles in orde was. De firma's beloofden dat, dus er kon voor de timing, planning en berekeningen geen probleem zijn. Nu, enkele maanden later, is het realiteitsgehalte toch wel toegenomen.

Wij hebben op dit moment één vaccinproducent die bijzonder goed levert, namelijk Pfizer. Bij de andere verwacht ik dat dit nog steeds met belangrijke onzekerheden zal blijven gebeuren.

Er werd gevraagd wat Q2 brengt. Daarin kan ik ook heel transparant zijn. Wij mogen er voor Pfizer van uitgaan dat het aantal van afgerond 4,6 miljoen voor het tweede kwartaal effectief realistisch is. Wij hebben nu reeds voor april de eerste cijfers en in mei en juni gaat dat gewoon verder, verwacht ik, om zo de volledige 4,6 miljoen geleverd te zien. Wij hebben die cijfers reeds gecommuniceerd, maar alle details over alles wat wij reeds weten, zijn uiteraard ook voor u beschikbaar. Ze zijn zelfs publiek, wij kunnen die nog meer naar buiten brengen.

AstraZeneca had oorspronkelijk 4,6 miljoen beloofd. Het heeft nog geen exacte cijfers kunnen communiceren op Europees vlak. Op dit ogenblik

is er een soort van *range* in de communicatie. Ik ga ervan uit dat wij globaal genomen in de buurt van 2 miljoen zullen uitkomen. Het zou iets meer kunnen zijn, maar het zou mij niet verbazen mocht het slechts 1,8 miljoen of 1,9 miljoen zijn. Het ligt dus tussen 40 en 50 %. Dat is de *range* uit de communicatie van het bedrijf zelf. U ziet dus hoe onzeker het op Europees niveau blijft.

Moderna belofde er 900.000 in het tweede kwartaal. Ik verwacht dat het dat aantal effectief zal halen. Het heeft op dit moment een effectieve productiecapaciteit, de *upscaling* verloopt goed. Dat zal met enige zekerheid kunnen lukken. Ik houd natuurlijk nog eventjes de onzekerheid ook voor Moderna op de voorgrond omdat wij merken dat de onzekerheid inzake leveringen en beloftes toch nog wat blijft spelen.

Johnson & Johnson is de grote onbekende. Contractueel mogen wij er 1,4 miljoen verwachten. Het gunstige is dat oorspronkelijk juni werd vooropgesteld en dat men nu spreekt over de tweede helft van april. Jammer genoeg, en dat geldt voor heel Europa, hebben wij nog geen exact getal. Het grote voordeel van Johnson & Johnson is natuurlijk dat het slechts één dosis betreft, ten opzichte van twee dosissen bij de andere. Relatief gezien is die 1,4 miljoen dus meer waard dan de 2 miljoen van AstraZeneca. Louter rekenkundig, in *the best case*, wanneer Johnson & Johnson zijn ding doet, zitten wij potentieel met een evenwicht dat wij kunnen bereiken. Tegelijkertijd kunnen wij dat op dit moment niet beloven, want het feit dat Johnson & Johnson nog geen exacte getallen geeft, geeft uiteraard bij iedereen enige ongerustheid. De communicatie van het bedrijf is dat het dat doet omdat het echt wel voor 100 % zeker wil zijn, 30 dagen voor de eerste leveringen. U merkt het echter, het is nu het moment dat de informatie mag komen, want wij zijn nu 30 dagen voor de tweede helft van april.

Dus ja, er is nog een belangrijke onzekerheid.

Er is ook verwezen naar de extrapolaties, de projecties. Wij hebben die al een paar keren naar buiten gebracht. Al die gegevens zijn zeker beschikbaar voor de leden van de commissie en zelfs voor het publiek. In onze wekelijkse Q & A worden die projecties regelmatig naar buiten gebracht.

Wij blijven bij onze projecties dat de spreiding voor de eerste doses, en Vlaams minister Beke had het in het weekend enkel over die eerste doses, ergens tussen eind juni/begin juli en eind augustus/begin september ligt, gesteld dat ook Johnson & Johnson zal waarmaken wat het vooropgesteld heeft.

Mochten er verdere onzekerheden optreden, of minder leveringen, dan zal dat een impact hebben. Daar moeten wij niet flauw over doen. De taskforce zal daar transparant over blijven communiceren.

Sommigen zullen misschien een beetje meer optimistische inschattingen hebben. Wij van de taskforce trachten het wat meer conservatief in te schatten. Ik meen dat wij vrij snel zullen weten in welke mate wij erin slagen in juli of augustus die eerste doses toe te dienen. Als alles goed loopt, ook de leveringen, kan het. Er is evenwel nog een tweede zeer belangrijke factor. De commissieleden hebben er zelf ook al naar verwezen. Het zal ook afhangen van de operationele capaciteit van de vaccinatiecentra en of die voldoende up and running zijn om miljoenen vaccins toe te dienen op korte tijd.

Nogmaals, wij spreken hier uiteindelijk over 2,2 miljoen vaccins, plus 1,5 miljoen voor de fase 1B. En dan willen wij bijkomend nog eens meer dan 5 miljoen Belgen vaccineren tijdens de hele campagne.

Wat ons nu sterk bezighoudt in de jongste twee of drie weken – u hebt er terecht naar verwezen – is onze performantie bij de opstart van fase 1B. Ondanks de appreciatie die wij hebben voor de deelstaten en voor al de mensen in de vaccinatiecentra, zien wij op dit ogenblik dat we een aantal versnellingen moeten inzetten.

Ik zal even het woord verlenen aan professor Stordeur, die heel concreet zal maken hoe het nu zit met de zogenaamde stock. Bijkomend zal zij de belangrijkste punten overlopen waarop wij nu hard inzetten om de zaken te optimaliseren en effectief te versnellen. Het gaat om een aantal eenmalige versnellingen, maar goed, dat helpt ook. Zeker met de huidige cijfers is dat de absolute prioriteit. Er zijn ook nog een aantal structurele versnellingen. Nu vindt de opstart van de centra plaats, dus nu is het moment waarop die absoluut aangepakt moeten worden, en in de praktijk gebracht worden.

Sabine Stordeur: Je vais fournir quelques explications sur la différence entre le moment où on livre des vaccins sur le territoire belge et le moment où ceux-ci sont distribués aux hubs, administrés et enregistrés. J'essaierai également de répondre à un maximum de questions posées en rapport avec toutes ces données.

À l'heure actuelle, nous considérons que 1 721 645 doses sont arrivées sur le territoire belge depuis le début des livraisons. Nous parlons toujours en termes de doses et jamais en termes de flacons puisque, comme vous le savez, chaque

flacon de vaccin contient un nombre de doses différent, et qu'en fonction du matériel que nous avons à disposition, nous pouvons tirer une quantité différente de ces vaccins.

Une fois qu'ils arrivent sur le territoire belge, les vaccins sont transférés au dépôt national Medista, avant d'être acheminés soit vers des hubs, soit directement vers les points d'administration, à l'exception des vaccins Pfizer, qui ne sont pas livrés au dépôt national Medista mais directement à 40 hubs hospitaliers. Je ne vous rappellerai pas les difficultés logistiques que posent le transport et la conservation de ces vaccins mais les hubs, limités au nombre de 40, fonctionnent de manière optimale et permettent de gérer adéquatement ces vaccins Pfizer.

Sur les 1 721 645 doses arrivées sur le territoire belge, environ 1 361 747 doses sont déjà arrivées aux points d'administration. Quels sont ces lieux d'administration? N'oublions pas qu'à cette heure-ci, nous sommes toujours en train de vacciner plusieurs groupes cibles concomitamment. Ainsi, la campagne de vaccination se termine dans les maisons de repos et de soins – après deux ou trois tours, histoire de ne laisser personne sur le carreau – et se poursuit dans les structures collectives de soins, les hôpitaux qui vaccinent les membres de leur personnel et le personnel de soins de la première ligne, et enfin les centres de vaccination.

En principe, les vaccins Moderna sont poussés directement vers des lieux de vaccination disposant de congélateurs à moins de 20 degrés ou d'hôpitaux dotés des mêmes capacités de stockage.

L'équivalent de 358 290 doses n'a pas encore été poussé vers les lieux d'administration. Elles sont momentanément conservées – je n'utilise pas le terme "stockées" pour ne pas donner l'impression que l'on stocke comme les écureuils gardent pour ne pas utiliser – dans le dépôt national de Medista, tandis que comme je l'ai dit, 1 361 747 doses sont déjà dans les points d'administration.

De ce nombre, 1 165 974 doses ont été administrées (c'est-à-dire injectées dans le bras d'un citoyen) et enregistrées dans le système VaccinNet. Le petit différentiel de 195 773 doses se trouve non plus dans des congélateurs, mais dans des frigos de lieux d'administration pour être injectées dans les prochains jours.

Vous direz peut-être que le chiffre de 195 773 doses est beaucoup. Sur 200 centres, cela fait 1 000 doses en réserve. Rien que le Heysel qui veut vacciner à une vitesse de 3 000 doses par

jour n'a pas assez de cette quantité pour pouvoir vacciner plusieurs jours d'affilée.

Ensuite, comme expliqué depuis toujours, les livraisons des vaccins sont hebdomadaires. Les 195 773 doses toujours dans les frigos des lieux d'administration doivent être administrées dans les prochains jours. Lorsqu'un frigo se vide et pour qu'un centre de vaccination puisse continuer à réaliser ses planifications, il commande les quantités de doses de vaccins auxquelles chaque entité fédérée a droit et en fonction des points d'administration au lieu de dépôt Medista où se trouvent les 358 000 doses en attente.

Tous les deux à trois jours, chaque centre de vaccination relance la commande auprès de Medista lorsque sa réserve dans ses frigos diminue pour que la quantité de vaccins nécessaire soit acheminée pour répondre à sa planification.

Cela fonctionne vraiment comme cela. Cela veut donc dire que ce que vous appelez un stock, quels que soient les qualificatifs que l'on puisse y ajouter, est constitué d'une partie qui est en dépôt chez Medista, 358 000 doses, qui vont, environ tous les deux ou trois jours, être acheminées avec les camions de Medista vers les points d'administration. Les 195 000 doses dans les frigos vont être utilisées dans les prochains jours, en fonction des plannings de chaque centre de vaccination. Rien que sur la Wallonie, 30 centres de vaccination ont ouvert leurs portes aujourd'hui et ont reçu de grandes quantités de doses ce week-end. Logiquement, puisqu'ils doivent maintenant vacciner toute la semaine qui est devant eux, ils ont besoin d'avoir ces doses en frigos pour planifier les vaccinations.

S'il s'avérait à un moment donné qu'un centre de vaccination était en rupture de stock avant même d'avoir la possibilité de vacciner toutes les personnes qui sont dans son planning, il serait amené à refuser des personnes qui se sont déplacées jusqu'au centre de vaccination pour être vaccinées, et à ne pas pouvoir honorer la vaccination comme cela a été prévu. Il n'y a pas de stock dormant – comme vous le dites. Mais on est d'accord avec vous: peut-être que 358 000 doses qui sont dans le dépôt Medista pourraient être acheminées plus rapidement. C'est pour cela qu'on a mis en oeuvre une stratégie d'accélération de la vaccination, pour que les doses puissent être demandées plus rapidement par les centres de vaccination, pour augmenter la rotation et la vaccination au sein des centres. Nous sommes totalement conscients de cela.

Medista a aussi un impératif – même si c'est quand même une société très flexible: ils ont besoin de

connaître les demandes de commandes pour assurer les livraisons cinq jours avant la livraison officielle. C'est le délai qui est mentionné dans leur contrat. Néanmoins, vu la grande flexibilité de l'entreprise, ils ont accepté de réduire ce délai à trois jours pour répondre à la demande d'accélération. C'est un point qu'on voulait faire, pour répondre à toutes les questions sur cette notion, entre ce qui arrive sur le territoire, ce qui est véhiculé jusqu'au niveau des hubs et ce qui arrive ensuite aux centres de vaccination et d'administration de ces vaccins.

Ensuite, une fois que le vaccin est injecté dans le bras d'un citoyen, il doit être enregistré par le vaccinateur.

Tous les vaccinateurs n'enregistrent pas immédiatement l'ensemble des vaccins administrés dans la base de données VaccinNetVaccinNet. Certains, par exemple, utilisent leur propre logiciel ou leur propre fichier Excel et n'introduisent leurs données qu'une fois par semaine. Ce sont souvent des personnes qui sont médecins, infirmières de terrain qui, en plus de leur activité quotidienne, assurent cette démarche administrative après leurs heures de travail. Ils se disent qu'en une semaine, ils peuvent encoder en une seule fois un batch de vaccinations.

Nous nous sommes donc rendu compte qu'il fallait environ six jours pour que 80 % des doses qui avaient été injectées dans les bras des citoyens se retrouvent dans la base de données VaccinNetVaccinNet. C'est la raison pour laquelle, quand on voit les graphiques progressifs de Sciensano, on n'a pas l'impression d'avoir une augmentation linéaire, mais parfois de petits à-coups qui sont liés à la fois à la vaccination, mais aussi à ce retard d'enregistrement.

Nous avons d'abord commencé à motiver très positivement les vaccinateurs pour accélérer ce processus d'enregistrement. Ensuite, nous avons mis une pression maximale. Mais voilà, chacun travaille dans les 24 heures qui lui sont imparties pour réaliser ses activités cliniques, la vaccination, l'enregistrement, la commande et le processus d'invitation dans doclr.

Plusieurs questions ont été posées sur le nombre de doses perdues. Quand nous avons commencé à vouloir estimer à quelle vitesse nous pouvions planifier une campagne de vaccination, nous nous sommes dit que nous devons tenir compte d'une perte potentielle. En effet, au Royaume-Uni, qui avait débuté largement avant nous, des pertes avaient été observées; il s'agissait de 2 % à 3 %, même parfois plus, dans certaines institutions

hospitalières.

Dès lors, nous avons hypothétiquement appliqué un taux de 2 % de perte, que nous avons calculé au point de départ. Nous nous sommes dit, avec toutes les livraisons hebdomadaires, si ce pourcentage de perte se confirmait, voici ce que nous perdriions au cours de la campagne.

En réalité, en Belgique nous enregistrons bien les pertes, puisque nous avons une application qui s'appelle APPSU. Les pharmaciens hospitaliers ont été formés à utiliser cette application pour enregistrer les pertes.

Depuis l'ouverture des centres de vaccination, chaque responsable de ces derniers a également suivi une formation à l'utilisation de cette application de manière à enregistrer les pertes et à documenter les raisons pour lesquelles il y a eu des pertes.

Il s'est avéré que, depuis le tout début de la campagne en phase 1A, nous n'avons perdu que 1 603 doses de vaccin. Ce chiffre est évidemment beaucoup moins élevé que les 2 % de pertes hypothétiques que nous avons a priori évaluées, pourcentage qui a été repris par un journaliste qui, sans faire attention aux notes de bas de page, a avancé un chiffre totalement faux dans la presse ; je pense qu'il était question de 18 000 ou 20 000 doses qui auraient été perdues.

Que s'est-il passé? Il y a eu, par exemple, une coupure d'électricité dans une maison de repos. Tout le stock de cette maison de repos qui a été conservé à une température trop élevée durant une période visiblement indéterminée n'a pu être utilisé pour des raisons de sécurité. Ce sont aussi des flacons qui sont extrêmement petits et qui sont fragiles quand ils sont congelés, et il arrive parfois que, pendant le processus de décongélation, une fissure se soit formée au niveau du flacon. Or, nos procédures précisent bien qu'en cas de doute sur l'intégrité du flacon ou de son contenu, nous recommandons de ne pas l'utiliser pour la vaccination et de l'enregistrer dans les pertes.

Depuis le début de la campagne, nous avons réalisé ce que nous appelons des *dry run* et des *wet run* et nous avons particulièrement attiré l'attention des pharmaciens et de l'ensemble du personnel sur toutes les précautions prises et/ou à prendre pour minimiser le plus possible les pertes de vaccins, tant au moment du transport que du placement dans les congélateurs, qu'au niveau du processus de décongélation et de la préparation des vaccins.

Nous sommes très satisfaits et très fiers de

constater que, sur le terrain, les acteurs sont attentifs à veiller à la qualité de la procédure mise en place et éviter au maximum les pertes. Chacun a vraiment à cœur de restreindre ces dernières le plus possible, ce même au niveau de l'administration notamment en calculant très précisément les dernières doses à administrer en fin de journée pour éviter des pertes de doses de vaccin.

À chaque fois, on nous pose la question de savoir si les procédures sont mises en place. Oui, elles sont mises en place pour diminuer au maximum les pertes potentielles de doses de vaccin.

Dans la foulée, puisque l'on parle des *dry run* et des *wet run*, depuis le début, l'ensemble de l'équipe, non pas de la task force Vaccination mais de notre équipe interne corovax, participe à des *dry run* et à des *wet run* non pas dans tous les centres de vaccination mais, par exemple, cette semaine et aujourd'hui encore, trois collègues étaient sur le terrain dans trois centres de vaccination. Demain, nous allons à Tournai et à Mouscron pour continuer la validation des procédures mises en place. Je vais à Namur Expo jeudi et toute la semaine, on associe à notre travail de planification et de concrétisation de la stratégie de vaccination, la vérification des procédures sur le terrain.

Pour Bruxelles, Mme Gilson avait posé la question de savoir si quelqu'un était allé dans les centres déjà ouverts. Oui, je suis allée au centre Pacheco où l'on a refait toute la trajectoire. Toutes les procédures ont été vérifiées. Je suis allée aussi faire le *wet run* au Heysel en revérifiant l'ensemble des procédures et tous les acteurs de terrain. C'est ainsi à chaque fois que l'on s'y rend avec des inspecteurs des Régions qui nous accompagnent, avec les inspecteurs de l'AFMPS qui ne réalisent pas un audit mais un accompagnement du processus pharmaceutique au sein des centres pour garantir le plus possible que toutes les procédures soient conformes au règlement en vigueur et pour assurer que la manipulation totale des vaccins soit conforme à ce qui est requis par les notices pharmaceutiques.

Nous pouvons à ce jour confirmer que l'ensemble de ces procédures est de haute qualité et que chaque fois qu'il y a des problèmes, ils nous sont relayés directement. Ensemble, nous cherchons à trouver des solutions concrètes pour aider les centres de vaccination dans leur processus sur le terrain avec également les responsables des communes, les gouverneurs pour faciliter la communication, le déplacement des personnes et leur acheminement vers les centres de vaccination.

Je crois avoir, par cette réponse assez globale,

permis de répondre à de nombreuses questions connexes sur la manière dont on fonctionne et dont on a pu valider l'ensemble des procédures. Il faut savoir aussi que nous sommes à l'origine de la rédaction de toutes les procédures pour chaque vaccin, pour chaque centre d'administration, que ce soient les maisons de repos, les hôpitaux ou les centres de vaccination et que pratiquement, nous sommes au fait de chaque ligne des procédures qui sortent de la task force vers les lieux d'administration de ces vaccins.

Dirk Ramaekers: Mevrouw de voorzitter, na mijn collega Stordeur zal ook ik trachten de vragen met enig tempo te beantwoorden.

Er werden vragen gesteld over VaccinNet. Persoonlijk ben ik er fier op dat wij VaccinNet hebben en dat wij dat op korte tijd in heel het land hebben kunnen uitrollen. VaccinNet bestaat in Vlaanderen al minstens tien jaar en heeft zijn deugdelijkheid bewezen. Het is dus geen experiment, het werkt gewoon. Op een maand tijd hebben wij dat kunnen uitrollen in de woonzorgcentra in heel het land. Ondertussen merk ik dat huisartsen en anderen opgeleid zijn en dat het lukt, want de registraties gebeuren correct. Het gebeurt niet in alle landen zo, want in sommige landen wordt nog op papier gewerkt, te uwer informatie. Wij hebben een goedwerkend digitaal systeem en dat mag wel even onderstreept worden.

Het toont ook wel aan dat tussen de deelstaten zeer goed samengewerkt werd. Vanuit de deelstaten werd er heel snel een kerngroep gevormd die samen met de oorspronkelijke mensen aan Vlaamse kant, onder leiding van Dominique Dejonckheere, erin geslaagd is om dat te implementeren. VaccinNet staat ons toe om u zeer betrouwbare cijfers te geven. Ik meen immers dat de cijfers niet in alle landen even valide zijn.

Een aandachtspunt waaraan momenteel hard wordt gewerkt, is dat de registratie tijdig moet gebeuren. Het merendeel gebeurt binnen de 24 of 48 uur, maar in sommige gevallen gebeurt de registratie pas een week na datum. Op dit moment hebben wij op dat actiepunt een goed zicht. Die registratie moet nog beter kunnen, zodat we nog korter op de bal kunnen spelen.

Er werden heel wat vragen gesteld over het fameuze uitnodigingssysteem doclr. Begin december heeft een aparte werkgroep rond organisatie, ook in de eerste lijn en comorbiditeiten, bijzonder hard gewerkt. Op de vraag naar de vertegenwoordiging van de huisartsen kom ik dadelijk nog terug. De specificaties van het systeem zijn door de deelstaten zelf mee bepaald.

Dat systeem staat inderdaad redelijk wat vrijheidsgraden toe, misschien te veel, dat moet nog bekeken worden, maar alleszins werd maximaal op de verwachtingen van de deelstaten ingegaan. In de eigenlijke procedure van de aanbesteding was noch de taskforce, noch het commissariaat direct betrokken.

Dat is vanuit Smals-mvm gebeurd. Het interfederale comité is daarbij betrokken. Daar kan ik u niet onmiddellijk iets over vertellen. We stellen nu wel vast dat er effectief een aantal kinderziekten geweest zijn. Het systeem moest klaar zijn tegen het moment waarop de grote vaccinatiecentra zouden starten. Als deadline hadden we 15 februari 2021 gesteld. Men is effectief kunnen beginnen testen in de vaccinatiecentra op het ogenblik dat de eerstelijnsgezondheidswerkers uitgenodigd werden.

We moeten er dus niet flauw over doen. Er zaten zeker nog een aantal bugs in. Anderzijds werkt het systeem wel. Als we nu naar de cijfers kijken, zien we dat het erin slaagt de uitnodigingen te versturen. Dat kan via drie kanalen gebeuren: met een brief, digitaal via sms en via e-mail, wat één à twee dagen sneller is. Eén van de problemen die we tegenkwamen was dat het e-mailadres en het gsm-nummer niet steeds accuraat waren in de database van de zorgverstrekkers. Daarom verstuurt men nu ook telkens een brief.

We hebben ook vastgesteld dat een systeem van *pre-booking* wellicht een doeltreffende manier is om uit te nodigen. Daarbij wordt aan mensen al een bepaald tijdsvenster gegeven voor de eerste en tweede dosis. Ter info, natuurlijk kunnen mensen hun uitnodiging verplaatsen, als het hen niet past. Maar we merken toch dat vrij veel mensen komen opdagen op die eerste vooruitgeboekte datum.

Het is ook belangrijk dat niet enkel de gegevens correct zijn zoals het e-mailadres, het gsm-nummer en het adres. In Brussel meer bepaald merken we dat ook het domicilieadres niet altijd correct is. Dat is een bijkomende bezorgdheid. De brieven moeten wel prioritair vertrekken. We gaan momenteel geen brieven laten vertrekken als we niet zeker zijn dat het vaccin voorhanden zal zijn? Dat wil ik wat nuanceren. Voor het Pfizervaccin doen we dat nu wel voor een deel, vandaar dat we de voorraad voor drie weken aan het herleiden zijn tot maximaal één week. We gaan de termijn ook naar 35 dagen brengen. Dat is wetenschappelijk ook goed onderbouwd. Pfizer biedt daar mogelijkheden om meer proactief te plannen. Voor AstraZeneca en Moderna hoef ik er geen tekening bij te maken. De uitnodigingen zullen pas vertrekken wanneer de vaccins in België toegekomen zijn. Meestal wordt de vaccinatie dan

binnen de week toegediend.

Men heeft op dit ogenblik een *delay* van 30 dagen om zijn vaccin te gaan halen bij een herboeking.

Zijn er mogelijkheden om dat uitnodigingssysteem nog te verbeteren? Ongetwijfeld. Men moet nu inloggen en zich met een bepaalde code of zijn eID kenbaar maken. Er wordt bekeken of wij een gemakkelijker boekingsysteem kunnen installeren. Daaraan wordt volop gewerkt. Dat zal er vrij snel komen. Onder meer Brussel is vragende partij dat mensen zich voor een stuk vrijwillig en proactief, uiteraard bij voorkeur binnen de doelgroep, op een uitnodigingslijst kunnen laten plaatsen. U ziet het, ook daar zijn wij volop, samen met de deelstaten, aan het zoeken om de performantie op te drijven. Een belangrijke vaststelling is dat het werken met *pre-booking* duidelijk een effect heeft en dat meer mensen sneller naar het vaccinatiecentrum komen.

Er is een hele discussie geweest, ook in de pers, over privacy en allerhande zaken met betrekking tot het uitnodigingssysteem. Er werd daarop enkele malen gereageerd. De taskforce volgt dat uiteraard. Het is evident, degenen die mijn achtergrond kennen, zullen weten dat dit voor mij ook steeds een belangrijk aandachtspunt is geweest, ook vanuit mijn opleiding inzake beheer van medische persoonsgegevens.

In die zin is het logisch dat een aantal instanties, zoals het informatieveiligheidscomité, de GBA en andere, een advies geeft. Wij hebben wel gezien dat de gemaakte opmerkingen onmiddellijk vertaald worden in een aantal aanpassingen. Reeds in december werd er beslist om effectief een samenwerkingsprotocol af te sluiten, om een stuk de juridische basis te consolideren. De regeringen hebben dat reeds goedgekeurd of het ligt ter goedkeuring voor. Het parlementair debat daarover staat in alle deelstaten ingepland nog deze maand. Dat is een belangrijke zaak, zodat de juridische basis goed zit. Dat vindt de taskforce ook. Wij zitten dan ook nog binnen de timing.

Ik ga dadelijk terugkomen op de upload van de huisartsengegevens. Dokter Sofie Merckx, u stelde een terechte vraag daarover. De comorbiditeiten zullen in de loop van april in onze planning worden opgenomen. De 65-plussers zullen gradueel starten met een kleine overlap. De exacte datum is nog niet bepaald. Dat hangt effectief af van de leveringen van de vaccins in april. Wij schatten echter in dat dit zal kunnen starten in de loop van de tweede helft van april. Dat zit dus goed naar timing. Ik ga natuurlijk akkoord met u, het had niet veel langer moeten duren.

Dan zouden we technisch en operationeel

waarschijnlijk wel in moeilijkheden geraakt zijn. De ziekenfondsgegevens zitten op dit moment klaar. Ook de huisartsenpakketten zijn softwarematig aangepast. De laatste testen hebben vorige week plaatsgevonden. De werkgroep heeft me daarnet bevestigd dat nog deze week een communicatie naar alle huisartsen zal plaatsvinden. Dit is misschien interessant voor dokter Merckx. Gisteren zag ik toevallig op de website van Domus Medica dat er al een groot deel van de details beschikbaar is. De communicatie is voorzien voor deze week. Dat gaat de huisartsen toelaten om zelf de selectie te maken. Dat gaat vrij gemakkelijk kunnen rechtstreeks vanuit het huisartsenpakket.

Had dit twee weken vroeger gemogen? Ja natuurlijk zouden we dat niet erg gevonden hebben. Ik houd ook rekening met het feit dat een en ander technisch zeer snel ontwikkeld is moeten worden. Het was ook belangrijk om dit goed te testen. Nogmaals, de juridische basis moest er inderdaad ook komen. Dat is voor ons ook geen punt van discussie. Wat de timing betreft, gaat dat lukken.

Er is nog een *privacy issue* dat op dit moment naar onze mening nog hangende is. In tegenstelling tot wat in de pers gekomen is, wil ik even benadrukken dat de gegevens van de mutualiteiten of de huisartsen niet worden geüpload. Er wordt geen kopie gemaakt en er komt dus ook geen nationale gegevensbank van medische persoonsgegevens.

We schatten in dat we er inderdaad in zullen slagen om de overgrote meerderheid, 80 à 90 % van alle personen met een risicoprofiel, te selecteren. Van deze personen weten we wetenschappelijk dat ze een verhoogd risico lopen op ernstig covidverloop, op hospitalisatie, op intensieve zorgen enzovoort. De volle 100 % zullen we niet halen. Daar zijn we ons van bewust. Maar dat vinden we geen excuus om de overgrote meerderheid die we wel prioritair kunnen detecteren niet te gaan opsporen.

Wat gebeurt er met de ziekenfondsgegevens en de huisartsenpakketten? Er gebeurt enkel een upload van wat we een *flag* noemen, een 0 of een 1. Moet deze persoon prioritair uitgenodigd worden of niet? *That's it.*

Als iemand een uitnodiging krijgt om zich naar een vaccinatiecentrum te begeven en sneller wordt uitgenodigd omwille van een risicoprofiel dan iemand die gezond is, dan kan die persoon perfect zeggen dat hij niet op de uitnodiging ingaat en zal wachten tot de volgende fase. Uit alle vrij intense contacten die we hebben met patiëntenverenigingen en -platformen, verwachten wij absoluut het omgekeerde. We merken nu al dat de patiëntenverenigingen zeer ongeduldig zijn om

zich prioritair te laten vaccineren zodra het ook maar enigszins mogelijk is.

Daarom denk ik, net zoals de Hoge Gezondheidsraad, dat we alles operationeel klaargemaakt hebben om de meest kwetsbaren met het hoogste risico op covid te kunnen vaccineren. Die personen zijn niet verplicht om te komen en zich prioritair te laten vaccineren. Ze mogen wachten.

Zoals we nu al zien bij de uitnodigingen voor de 65-plussers, is onze hypothese dat er een enorme respons zal komen zodra men de uitnodiging ontvangt. Daarover kregen we al informatie uit Vlaanderen, en dat bleek vanmiddag ook toen we samenzaten met de mensen van Wallonië. Wij verwachten dus ook voor de zogenaamde chronische patiënten, de mensen met comorbiditeiten, dat de respons zeer hoog zal liggen.

We verwachten klaar te zijn tegen 2 april 2021, tenzij er nog iets tussenkomt. Dat zullen we dan op dat moment bekijken.

Ik moet zeggen dat de taskforce en ikzelf de discussies over privacy en het standpunt van één van onze artsensyndicaten niet helemaal kunnen volgen. Vanuit medisch standpunt, als artsen, denk ik dat we heel wat argumenten hebben om onze meest precaire groepen effectief prioritair te vaccineren. Mocht dit technisch, operationeel en juridisch niet kunnen, dan hebben we een andere discussie. In sommige landen kan men niet anders dan via leeftijdscategorieën of zelfs zonder onderscheid te vaccineren. Maar binnen onze filosofie is dit een prioriteit en dat zal het volgens mij ook blijven.

Er zijn heel wat vragen gesteld omtrent de tweede dosis van het vaccin.

Sabine Stordeur: Tant que nous étions encore sur la notion des invitations, de nombreuses questions ont été posées sur le fait que des personnes avaient reçu une invitation à se faire vacciner, alors qu'elles l'avaient déjà été. Il faut se rappeler que, dans le séquençage de la vaccination, il y a d'abord eu la vaccination dans les maisons de repos et de soins (MRS) et ensuite, dans les structures de première ligne et dans les hôpitaux concomitamment. Donc, comme je vous l'ai expliqué tout à l'heure, lorsqu'une personne est vaccinée, il faut d'abord qu'elle soit enregistrée dans le système VaccinNet/VaccinNet pour que sa vaccination soit effective et que son numéro de registre national n'apparaisse plus dans la base de données des personnes à inviter. Comme il y a, d'une part, un délai entre la vaccination et

l'enregistrement, il est possible, en effet, que les invitations soient déjà parties dans ce délai et que la personne ait, effectivement, reçu une invitation et, deux à trois jours plus tard, sa vaccination apparaît dans le système VaccinNetVaccinNet. C'est une première explication.

D'autre part, nous n'y reviendrons pas, mais tout le monde est conscient qu'il y a effectivement eu des cafouillages avec l'utilisation de doclr à l'origine, lequel a entraîné un retard dans le lancement des invitations. Plusieurs processus ont été conduits en parallèle, c'est-à-dire que les Régions ont pris des initiatives pour envoyer de nombreuses invitations papier, alors qu'en parallèle, il y avait aussi eu des invitations avec le système doclr. Les personnes qui avaient répondu par doclr ont quand même reçu l'invitation papier et, comme vous le savez, des retards dans la poste ont aussi empêché l'acheminement de plusieurs courriers dans certaines zones de Wallonie, notamment à Liège quand il y a eu un mouvement de grève. Il en résulte qu'il y a probablement eu des courts-circuits entre l'envoi des invitations et le moment où les personnes ont été vaccinées. Ceci explique pourquoi certaines personnes peuvent avoir reçu plusieurs invitations en même temps.

De nouveau, vous le savez, toutes les bases de données ne sont pas nécessairement actualisées sur une base quotidienne. Entre-temps, des gens décèdent, alors que leur numéro de registre national était inclus dans la base de données des personnes à vacciner. Ce n'est pas anormal que des invitations soient parties, alors que des personnes soit, aient déménagé soit, soient décédées. C'est un peu la complexité de maintenir à jour l'ensemble de ces bases de données qui se fait de manière régulière mais pas quotidienne.

Dans la notion de l'invitation, il faut savoir que, lorsqu'on reçoit une invitation à se faire vacciner, il y a en fait trois possibilités de réponse. Si vous souhaitez vous faire vacciner immédiatement, vous pouvez répondre positivement, en allant sur le site Internet de la Région de manière à pouvoir choisir un centre de vaccination et un créneau de vaccination. Cette réponse positive doit intervenir dans les trente jours. Si la personne hésite et ne répond pas immédiatement à cette invitation et que le délai de trente jours est passé, une nouvelle invitation à se faire vacciner lui sera envoyée plus tard.

Par contre,- et vous avez raison de dire que ce n'est peut-être pas suffisamment clair pour le citoyen - s'il choisit les deux autres options de réponse, à savoir: "J'ai déjà été vacciné" ou "Je ne souhaite pas me faire vacciner", à ce moment-là, plus aucun rappel n'est envoyé à cette personne

pour respecter sa volonté – vous avez peut-être raison – temporaire de ne pas se faire vacciner. Donc, quelqu'un qui annonce, à un moment donné, qu'il ne souhaite pas se faire vacciner ne recevra plus de nouvelle invitation, de nouveau rappel à se faire vacciner.

Ces différentes options ne sont peut-être pas suffisamment claires aux yeux du citoyen et quelqu'un qui hésite peut-être à se faire vacciner choisit l'option "Je ne souhaite pas me faire vacciner" en ayant en tête "Je ne souhaite pas me faire vacciner maintenant". Une communication plus claire à cet effet serait effectivement nécessaire pour clarifier l'intention dans l'esprit du citoyen.

Je pense qu'il y a eu plusieurs interpellations à ce sujet qui vous semblaient choquantes car elles faisaient partie d'un communiqué de presse qui était sorti de la *task force* vaccination, mais l'objectif en réalité était de ne pas insister lourdement auprès des personnes qui, à un moment donné, manifestaient leur non-désir de se faire vacciner.

Bien entendu, il est toujours possible, pour une personne qui, à un moment donné, témoignait de son non-désir de se faire vacciner et qui a révisé sa position, de contacter le *call center* de sa Région et de modifier son intention de manière à demander une nouvelle invitation. Cela peut arriver aussi si une personne a perdu son invitation ou bien l'a jetée en estimant peut-être que c'était une erreur, une *fake news* car de nombreux messages sont véhiculés sur de fausses invitations. Si une personne se rend compte qu'elle change de position, elle peut aussi redemander au *call center* de sa Région d'être à nouveau dans le *loop* des personnes qui pourront se faire vacciner mais peut-être plus dans l'ordre de priorité qui est le leur dans les différentes phases 1A et 1B.

Il me semble qu'on clôture ainsi toutes les questions qui avaient été posées au sujet de ce processus d'invitation.

Dirk Ramaekers: Er werden ook enkele vragen gesteld over de 70 %. Dat is slechts een deel van het hele epidemiologische verhaal. Ik deel de mening van een aantal leden van de commissie dat we bij voorkeur nog wat hoger zullen moeten mikken om de groepsimmunititeit te bereiken. Dat kan van de varianten afhangen. We weten tegelijkertijd wel dat de huidige vaccins voorlopig ook nog werkzaam zijn tegen de meeste varianten die we momenteel in ons land kennen. Maar dat kan wijzigen.

Naast de 70 % of meer kan de mate van impact op

transmissie ook een impact hebben op onze groepsimmunitet. De eerste nog wat premature wetenschappelijke publicaties over AstraZeneca en Pfizer zijn wel hoopgevend. Voor de komende vaccins zullen we nog sneller studies hebben, omdat ze lopende zijn op dit moment. Het is hoopgevend, maar ik verbind er nog geen conclusies aan. Als ook de transmissie aanzienlijk wordt gereduceerd, zal dat een majeure impact hebben op de totaliteit van de epidemie en de groepsimmunitet.

Onze primaire doelgroepen zijn de meest kwetsbare. Daar zetten we nu heel hard op in. Eenmaal die gevaccineerd zijn, zullen we de ziektelast zien dalen. Maar, we moeten ook in het achterhoofd houden dat het niet uitgesloten is dat een coronavirus zoals we het nu kennen, of een volgende variant, endemisch aanwezig blijft. Dat kan met varianten te maken hebben of omdat we er niet in slagen de groepsimmunitet effectief te bereiken.

In dat geval hebben we te maken met een cyclische vaccinatie. We hopen dat de huidige vaccins één, twee of misschien drie jaar werkzaam zullen blijven. Mocht het endemisch worden, zou dat kunnen impliceren dat we jaarlijks een rappelvaccinatie nodig hebben, zoals dat voor de griep het geval is. Maar dat is allemaal hypothetisch.

Er zijn al enkele klinische studies die daarop willen inzetten. Wat de varianten betreft, zou het dan potentieel volstaan om één rappelbooster toe te dienen. Nogmaals, dat is koffiedik kijken. Onze taskforce en onze experts volgen dat op de voet, en ik ben het met u eens dat de 70 % slechts één deel van het verhaal is. Toch is het wel goed om een bepaald streefdoel te hebben, als een slogan waar we naartoe werken. Op dit ogenblik zijn we goed op weg naar 70 %. Ik deel jullie bezorgdheid, omdat we hebben gezien dat op sommige plaatsen de 70 % al niet gemakkelijk te bereiken was, zeker bij de volgende groepen en zelfs bij het zorgpersoneel.

Op dit ogenblik lijkt het erop dat wij in de ziekenhuizen hoger dan 80 % zullen eindigen, op basis van alle gegevens die wij hebben. Wij hebben daarvan geen exacte cijfers, dat wil ik u ook meegeven. In VaccinNet zien wij wel de algemene cijfers, maar hebben wij geen gedetailleerde uitsplitsing die ons toelaat om van alle groepen in detail exact te weten over hoeveel procent het gaat. Voor de ziekenhuizen lossen wij dat op met steekproeven en rondvragen. Zo komen wij dat vrij exact te weten.

Voor de eerste lijn zullen wij dat ook inschatten. U

kunt zich inbeelden dat dit reeds iets complexer wordt. In de eerste lijn hebben wij zeker nog een weg af te leggen. Er is daar ook iets trager of later gestart met de vaccinatie. Organisatorisch is dat ook iets moeilijker. Daar is toch nog wel een bezorgdheid. Wij willen daar ook die 70, 80 en als het kan 90 % halen. Dat blijft op dit moment echter een vraagteken. Ik merk wel dat langs alle kanten de vertegenwoordigers van de eerste lijn daarop hard inzetten. Wij zien die minstens wekelijks tot tweewekelijks in een structureel overleg.

Er waren terechte opmerkingen met betrekking tot de kinderen. Er lopen studies. Het zou zeker kunnen, als die studies gunstig verlopen, dat wij de komende weken of maanden op een bepaald moment zeggen dat we met onze campagne ook de kinderen willen vaccineren. Het is wel belangrijk dat die klinische studies gebeuren. Kinderen zijn geen kleine volwassenen. Zeker op het vlak van geneesmiddelen en vaccins hebben zij hun specifieke kenmerken. Dat moet bekeken worden.

Dokter Fonck, u zei het reeds. Pfizer is vanaf 16 jaar. Dat is inderdaad een terechte suggestie, een terechte opmerking. Wij hebben dat nog niet voldoende benadrukt. Dat is zeker de bedoeling. In het begin hadden wij alleen Pfizer, dus de stagiairs in zorgberoepen hebben ook een vaccin ontvangen vanaf 16 jaar. Het is dus een terechte opmerking.

Ook een terechte opmerking betrof het volgende. Een eerste dialoog daaromtrent werd reeds opgestart. Er zijn natuurlijk, gelukkig heel weinig, kinderen met een ernstige ziekte, een ernstige immuunstoornis. Met betrekking tot hen zullen wij natuurlijk niet op korte termijn grote klinische studies hebben. Dat is klassiek. Dat zijn zeldzame aandoeningen, zeldzame ziekten. Op zich is dat ook geen beletsel. Wij bekijken dat en het zal nog volgen. Het was een terechte opmerking van u, dokter Fonck. Wij zullen met de betrokken specialisten en pediaters moeten bekijken hoe wij een oplossing kunnen bieden. De individuele expert, pediater, specialist zal zeer goed kunnen inschatten of het een meerwaarde biedt voor de jonge patiënt met een immuunstoornis. Er zijn ook mogelijkheden om zeer gericht te vaccineren.

Wij hebben in de procedure nu al opgenomen dat bepaalde groepen met zeldzame ziekten, die voornamelijk in referentiecentra door specialisten worden opgevolgd, op die manier kunnen worden gedetecteerd. Dat implementeren wij nu met de deelstaten. Operationeel kan dat dus zeker. De goede suggestie wordt meegenomen. Wij houden jullie op de hoogte. Dat probleem moeten wij kunnen oplossen.

Er zijn heel wat vragen gesteld over de tweede dosis. Wij hebben altijd aangegeven dat onze vaccinatiestrategie zich voortdurend zou moeten aanpassen aan vele zaken, niet alleen aan de leveringen maar deels ook aan de wetenschappelijke inzichten.

Tot nu toe zijn wij bijzonder wetenschappelijk te werk gegaan. Ook voor de tweede dosis hadden wij heel wat wetenschappelijke argumenten om ze absoluut toe te dienen. Dat zal denkelijk ook zo blijven. Wij zullen ze niet afschaffen.

Wij hebben al een eerste aanpassing gehad vorige week, opnieuw op basis van onze goede samenwerking met de Hoge Gezondheidsraad, om de tweede dosis van Pfizer naar 35 dagen te brengen. Sommigen opperen dat wij ze misschien naar drie maanden moeten brengen, zoals bij AstraZeneca. Voor die suggestie hebben wij niet de wetenschappelijke argumenten. Wij hebben misschien zelfs enige bezorgdheid.

Ik herhaal dat het geen gerandomiseerde studies betreft, maar dat ze veeleer observationeel zijn, zij het in heel grote aantallen. Er zijn honderdduizenden mensen gevolgd.

Wij beschikken toch wel over wat argumenten dat het mogelijk is de tweede dosis van Pfizer drie maanden uit te stellen. Ik herhaal echter "mogelijk". Het is geen *hard evidence*. Er zijn ook enige indicaties dat misschien zelfs de opgebouwde immuniteit opnieuw een klein beetje zou kunnen beginnen te dalen.

Met een toediening van de tweede dosis na 35 dagen lopen wij absoluut geen enkel risico. Nog langer doen wij op dit moment nog niet. Met die 35 dagen winnen wij echter toch alweer naar schatting vrij veel dosissen die wij de komende weken versneld kunnen toedienen.

Een heel intrigerende en terechte vraag is wat er moet gebeuren met mensen die COVID-19 hebben doorgemaakt.

Tot twee à drie weken geleden hadden wij op dat vlak weinig wetenschappelijke argumenten. Nu zijn recent de eerste studies gepubliceerd, die aantonen dat na een doorgemaakte covidbesmetting mogelijk één dosis voldoende immuniteit zou verschaffen.

Tot nu toe hadden wij de bezorgdheid, zeker voor nieuwe varianten, dat, indien slechts één dosis is ontvangen, de weerstand tegen nieuwe varianten enigszins minder zou zijn, ook bij die personen.

Ik wil daarmee enkel aangeven dat wij op dat vlak

heel snel trachten te schakelen.

Ik verwacht nog deze week, waarschijnlijk tegen de achttiende als ik goed geïnformeerd ben, een nieuwe analyse, een overzicht van alle wetenschappelijke nieuwe elementen van de Hoge Gezondheidsraad. Ik loop niet op de zaken vooruit, maar nog deze week zullen we toch wel een duidelijk advies hebben en zal de taskforce zich daar ook op oriënteren of we na doorgemaakte covid naar één dosis kunnen gaan of niet.

Op dit ogenblik hebben we heel weinig wetenschappelijke argumenten en is het toch nog voor een stuk meer op basis van beperkte rapportage, maar in de grote klinische studies zijn ook patiënten gevaccineerd die covid net hadden doorgemaakt of die zelfs covidpositief zijn geworden tijdens de studies. Daaruit blijken toch weinig argumenten dat er qua nevenwerkingen grote verschillen zijn. Recent werd een studie gepubliceerd die aantoont dat de klassieke bekende nevenwerkingen zoals lokale pijn, griepale syndromen en hoofdpijn mogelijk inderdaad wat meer aanwezig zijn, wat ernstiger in dat geval. We volgen dat op de voet op. Mochten de nevenwerkingen zelfs iets meer aanwezig zijn – dat is uiteraard vervelend en wensen wij niemand toe... Als dat staat tegenover niet volledig gevaccineerd zijn en dus minder beschermd zijn, verkiezen wij wat meer nevenwerkingen. We moeten de *benefits and risks* afwegen. Met wat we nu weten, zullen we blijven aanbevelen om de beide dosissen te ontvangen. De voordelen wegen in dat geval toch zeker op tegen de nadelen. Nogmaals, het zijn nieuwe wetenschappelijke gegevens die naar boven komen. Ook dat volgen we op. Zeker in de informatie die we moeten geven aan mensen die gevaccineerd worden, zou het wel eens kunnen dat we daaraan nog wat extra informatie moeten toevoegen. Dat is de immuniteitsdiscussie, waarover we, denk ik, in de komende week nog een nieuw advies zullen hebben.

Er zijn ook wat vragen gesteld rond de werking van onze vaccinatiecentra, met de mobiele teams. Ik wil daar even aan toevoegen dat die procedure ondertussen toch al enkele weken geleden samen met de deelstaten gefinaliseerd is. Ik merk dat de deelstaten de implementatie nu heel concreet aan het voorbereiden zijn. Men gaat ook hetzelfde principe proberen toe te passen voor een aantal groepen in onze maatschappij, zoals les sans-papiers, die effectief heel moeilijk te bereiken zijn. Ik denk dat we heel wat zaken nu al doen om inderdaad bepaalde kwetsbare groepen te bereiken. Wat we nu zien, ook in overleg met de deelstaten en lokale besturen, is dat we bij voorkeur initiatieven die nu al lopen om bepaalde

kwetsbare groepen te bereiken, in combinatie brengen met mobiele vaccinatie vanuit de vaccinatiencentra. Daar denk ik dat alles nu voorbereid is om, zodra we effectief in die fase komen, dat te kunnen opstarten. Dat zal zeker nog wat aanpassingen vergen.

Dat zal zeker nog wat aanpassingen vergen. In de grote steden zien we bijvoorbeeld dat er lokaal een zeer specifiek beleid ontwikkeld wordt in functie van de lokale eigenheden en doelgroepen. Dat zal voor een deel micro-regulatie worden en aanpassen aan de lokale situatie. In alle overlegmomenten die we hebben, merk ik op dit moment dat er heel wat voorbereidingen gebeuren.

Wat de algemene toegankelijkheid tot de gezondheidszorg betreft, weten we dat we vaak allerlei bijkomende zaken moeten ontwikkelen. Dat vinden we ook heel belangrijk in ons gezondheidszorgsysteem. Dat is hier niet anders. Ik wil ook onderstrepen dat dit voor de taskforce een heel belangrijk aandachtspunt is.

De vaccinatiebereidheid is een bijzonder grote zorg in het algemeen, niet enkel bij de zorgverstrekkers. Als we naar de interventies kijken die kunnen plaatsvinden, is communicatie zeker een belangrijk onderdeel. Iemand stelde de vraag of de communicatie voldoende is en of we vinden dat er nog meer in moet worden geïnvesteerd. Het volstaat niet om te antwoorden op deze vraag dat het inderdaad voldoende is. We zien dat er momenteel bijzonder wordt ingezet op communicatie. Dat gebeurt ook vanuit de deelstaten, in alle richtingen, in functie van de doelgroep, via alle mogelijke kanalen, zowel de klassieke als via de sociale media. We zijn er ons ook zeer sterk van bewust dat we hierop de komende weken en maanden nog meer moeten inzetten. Dat zal ook nog bijkomende investeringen vergen.

Sabine Stordeur: S'agissant de la communication, il y avait des questions sur un représentant francophone en binôme pour la cellule "débat sociétal et communication". Au tout début de la mise sur pied de la task force, Yvon Englert était à la tête de cette cellule "débat sociétal et communication" et puis il a fait le choix de consacrer son activité comme délégué covid-19 pour la Wallonie. Dans la foulée, une autre personnalité très riche en termes de communication, de réseau et de constitution de ce type de groupe très important a été recrutée en la personne de Christopher Barzal. Il travaille actuellement en binôme avec Gudrun Briat à la tête de cette cellule. Depuis qu'ils travaillent de concert, ils ont mis sur pied différents groupes de travail qui allient tous les professionnels de la première ligne,

que ce soit des médecins généralistes ou des spécialistes, des pharmaciens, des psychologues, pour retravailler les messages de communication et utiliser tous les canaux possibles pour diffuser l'information.

Dans la présentation qui a précédé la session de questions-réponses, nous avons fait quelques dias sur l'ensemble des messages de communication qui ont été développés à cette intention en plus de 40 langues différentes et qui touchent à la fois des publics jeunes. Il y a des hackaton qui sont mis sur pied pour essayer de toucher l'ensemble des publics mais aussi pour donner la parole aux plus jeunes pour qu'ils se saisissent des messages scientifiques et qu'ils puissent ainsi les diffuser plus largement auprès de leurs pairs mais aussi de leurs parents, grands-parents ou des plus jeunes pour montrer à la fois l'importance de la vaccination mais aussi du respect des autres gestes barrière pour réussir tous ensemble à vaincre cette pandémie.

On a vraiment ressenti un élan particulier des professionnels de la première ligne à l'égard de l'ensemble des ces initiatives. Il faut savoir que, maintenant, des réunions structurées sont organisées soit sur une base hebdomadaire soit toutes les deux semaines, de manière aussi à avoir le temps de mettre sur pied différentes initiatives. Il y a énormément de webinaires qui ont été organisés avec de plus en plus de professionnels de terrain. Ce matin encore, nous entendons les nouvelles positives du baromètre de motivation des Belges à se faire vacciner.

Comme vous le savez, au début, les francophones du pays étaient un peu plus à la traîne en termes de motivation à l'égard de la vaccination. Il en allait de même pour les jeunes par rapport aux personnes âgées. Désormais, chaque semaine, des pourcentages sont gagnés dans l'adhésion de la population des deux côtés du pays - et certainement chez les francophones, qui remontent donc dans les sondages de ce baromètre.

Ces indicateurs me semblent montrer l'efficacité des campagnes de communication. Personne n'épargne ses efforts pour être aussi didactique et pédagogique que possible, que ce soit dans les modules de communication télévisés et radiophoniques ou sur le net - à travers les réseaux sociaux -, pour essayer de gagner tout le monde à la cause de la vaccination.

Voilà pour les ajouts sur le plan de la communication, au sujet desquels vous m'avez interrogée.

Dirk Ramaekers: Er waren ook heel wat opmerkingen over de betrokkenheid van de huisartsen. Waarde leden van de commissie, er moet mij toch even iets van het hart. U kent mijn verleden en als ik dan iets dergelijks moet horen over de huisartsen, dan moet ik toch zeggen dat ik het daar niet gemakkelijk mee heb, ook omdat het niet klopt.

Een van de eerste zaken die ik heb gedaan zodra ik de vraag ontvangen had en was aangesteld, is dat ik, in overleg met Jo De Cock, onmiddellijk naar de Medicomut ben gegaan, waar de artsensyndicaten allemaal aanwezig zijn. Ik heb onmiddellijk vanuit de taskforce gevraagd om een officiële vertegenwoordiger te sturen, die zou deelnemen aan een van onze prioritaire werkgroepen, over de organisatie op het terrein in de eerste lijn met de vaccinatiecentra en alle andere zaken. Zij hebben effectief ook zeer snel vertegenwoordigers afgevaardigd, die tot vandaag deel uitmaakt van de officiële werkgroep van de taskforce die daarmee bezig is. Zij hebben dus ook alle zaken die daar besproken en bediscussieerd zijn, mee bekeken en uiteindelijk ook mee goedgekeurd. Dat wil ik even onderstrepen.

Ten tweede, ik merk dat men in de deelstaten – want de praktische implementatie vindt daar plaats – ook zeer sterk met de huisartsen overlegt.

Ten derde, het gaat eigenlijk over een zitje in de taskforce. Op de eerste plaats moeten wij op onze huisartsen kunnen vertrouwen. Dat doen wij ook. Ik merk nogmaals op, met bijzonder veel respect en appreciatie voor onze huisartsenverenigingen, dat zij hun verantwoordelijkheid absoluut opnemen, maar de praktische en organisatorische zaken, waar de expertise van de huisartsen concreet aan bod komt, worden niet in de taskforce zelf besproken. U weet dat de taskforce bestaat uit deelstaatvertegenwoordigers, overheidsinstellingen van divers pluimage, de Hoge Gezondheidsraad en twee experts inzake vaccins, professoren Van Damme en Dogné.

De eigenlijke beroepsgroepen zijn daar dus – dat was een politieke beslissing – niet in vertegenwoordigd. Als wij daar toch huisartsenvertegenwoordigers in laten zetelen – dat zullen er meerdere zijn, denk ik –, dan zullen wij ook alle andere beroepsgroepen moeten uitnodigen, terwijl het ook de bedoeling was dat de taskforce zeer efficiënt en vlot zou kunnen werken. Wij hebben nu bijna wekelijks multipale overlegmomenten en specifieke klankbordgroepen: elke zaterdag zitten wij samen met de ziekenhuizen of de eerste lijn – niet alleen de huisartsen, maar ook de apothekers trouwens, die wij misschien vergeten, want het is een

farmaceutisch proces. Ik wil dus even aanstippen dat ook onze apothekers, zowel in de ziekenhuizen als in de vaccinatiecentra, van cruciaal belang zijn om dat kwalitatief goed te laten verlopen.

En dan vergeet ik nog zovele andere zorgverstrekkers die voor de vaccinatie een belangrijke rol vervullen.

Ik merk dat de huisartsen die ik dan contacteer overal uitgenodigd worden en effectief een rol kunnen opnemen. Wat kan er nog meer gebeuren? Ik blijf daarnaar zoeken. Men kan dat op de agenda blijven zetten, maar voorlopig zal ik datzelfde antwoord blijven geven. Overal waar wij expliciet de expertise van huisartsen kunnen inschakelen, proberen wij dat maximaal te doen, meen ik.

Nogmaals, niet alleen de huisartsen, ook heel wat andere artsen, apothekers en diverse andere zorgberoepen zijn cruciaal in de hele keten die wij nu aan het organiseren zijn.

Er waren ook vragen over de essentiële beroepen. In onze strategie spreken wij niet over essentiële beroepen maar over essentiële functies. In het begin toch. Uiteindelijk gaat het om politieke beslissingen over welke functies het gaat. Wij hebben daar wel al advies over verleend. Wij vonden twee elementen belangrijk.

Het ging dan effectief over de meer kritieke functies, functies waarin men, enerzijds, sowieso in contact komt met mensen, waar het risico inderdaad hoger is, en anderzijds om functies waarin men een hoger risico loopt omdat men de beschermingsmiddelen niet efficiënt kan gebruiken. Ik denk bijvoorbeeld aan een politieagent die een interventie doet en wiens masker beschadigd geraakt, en die de nodige afstand van minstens anderhalve meter niet altijd kan garanderen.

Vandaar ook dat er bijkomend een advies geweest is van de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk. Wij hebben gemerkt dat die daar samen met de sociale partners bijzonder hard aan gewerkt heeft. Uiteindelijk heeft ook de Hoge Raad de essentiële functies niet onmiddellijk in aanmerking genomen.

Ons advies over de echt kritieke functies, beperkte groepen, samen met het advies van de Hoge Raad, heeft ertoe geleid dat de politieke besluitvorming op dit ogenblik wel de interventionele politiediensten en een aantal andere, gelijksoortige diensten heeft aangeduid. Het debat over de toekomstige essentiële functies zal later moeten worden hernomen.

Onze taskforce heeft op dit ogenblik de medische en epidemiologische criteria op de agenda gezet, maar ik verwacht dat het politieke debat in de komende weken en maanden wel nog een keer op de agenda zal komen.

Een overweging van onze kant was ook hoe "essentiële functie" te definiëren. Welke maatschappelijke functie is dan niet-essentieel?

Heel weinig landen, waaronder Canada, hebben die oefening gemaakt. De lijst van Canada is indrukwekkend lang. Wanneer wij de lijst bekijken en gesteld dat wij zo'n lange lijst zouden gebruiken, dan komen wij onmiddellijk aan enorme aantallen personen.

Daarbij rijst de vraag, wanneer wij naar fase 2 overschakelen, met hopelijk tegen dan heel grote aantallen beschikbare vaccins, of het puur qua efficiëntie van de vaccinatie niet de beste keuze is om niet te veel meer te prioriseren of onderverdelingen te maken in allerhande groepen. Op dat ogenblik is het zaak om zo snel mogelijk te vaccineren.

Daarom rijst ook de vraag hoe vaak de vaccinatiecentra open zullen zijn. Namens de taskforce kan ik heel duidelijk zijn. Zodra de vaccins in voldoende hoeveelheden beschikbaar zijn – vanaf het tweede kwartaal komen er serieus wat vaccins bij en vanaf het derde kwartaal nog meer –, zijn ze voor ons 24/7 open, dus alle dagen van de week, ook op zondag. Dat zou binnenkort misschien ook al kunnen, indien de beschikbare vaccins makkelijk op meerdere dagen van de week kunnen worden toegediend. Er zijn nu al vaccinatiecentra die zelfs al overwegen bepaalde initiatieven te nemen, om niet alleen 's avonds maar misschien zelfs ook 's nachts te kunnen vaccineren. Denk daarbij aan de jeugd.

Dat zijn zaken die wij met de taskforce alleen maar kunnen aanmoedigen.

U begrijpt dat wanneer de vaccinatiecentra 's nachts beginnen te vaccineren, wij hopelijk over een paar maanden wel andere mogelijkheden daarvoor hebben. Dat is met de avondklok nu waarschijnlijk nog niet aangewezen, dat beseffen wij ook.

Het feit dat de vaccinatiecentra al creatieve ideeën beginnen te ontwikkelen, ook in overleg met onder andere jeugdorganisaties, is natuurlijk een uitstekende zaak. De vaccinatie zal echter bij wijze van spreken 24/7 moeten gebeuren. Wij zullen immers hoge volumes in de vaccinatiecentra moeten kunnen vaccineren.

Ik wil ter zake duidelijk zijn dat een en ander de komende weken en maanden organisatorisch zeker nog moet worden opgeschaald.

Wij hebben ook meerdere vragen ontvangen over AstraZeneca. Het AstraZenecavaccin volgt inderdaad geen gemakkelijk parcours. Ik heb dat daarstraks al even toegelicht.

Toch, als wij de wetenschappelijke gegevens op dit ogenblik bekijken – zeker de vrij goede wetenschappelijke gegevens van 11 miljoen toegediende vaccins, waarvan een belangrijk deel AstraZenecavaccins in het Verenigd Koninkrijk –, betreft het een goed vaccin, dat er op basis van de studies verregaand in slaagt 100 % – in *real life* is het iets minder maar toch nog altijd meer dan 90 % – hospitalisaties te vermijden. Het heeft op basis van alle gekende studies een goed veiligheidsprofiel.

Uiteraard is de taskforce, samen met het geneesmiddelenagentschap en de Hoge Gezondheidsraad bijna elke dag, dit weekend ook zaterdag en zondag, continu bezig om alles op te volgen. Een aantal Belgische experts spelen ook op Europees vlak een belangrijke rol in de veiligheidsevaluatie. Dat mogen we ook wel eens onderstrepen. We hebben dus goede informatie uit de eerste hand.

Wat het wetenschappelijke, rationele discours betreft, als we alle gegevens waarover we beschikken op een rijtje zetten, dan kunnen we niet zeggen dat het gemelde aantal gevallen op het vlak van bloedstollingstoornissen, want we moeten iets ruimer gaan dan alleen trombozes, afwijken van wat wij zouden verwachten. We moeten natuurlijk altijd rekening houden met onderregistratie, maar op basis van alle epidemiologische studies waarover we beschikken, van alle gedetailleerde registraties van nevenwerkingen in onder meer het Verenigd Koninkrijk, van alles wat we weten uit de veiligheidsrapporten, wijkt dat niet af.

Het gaat over twee meldingen in België. We rapporteren al die meldingen transparant. Dat hebt u gezien in het geneesmiddelenagentschap in het kader van onze surveillance van de farmacovigilantie. Ik heb geen details van die twee casussen. Dat zou ook niet kunnen. Dat is beroepsgeheim. Dat wordt door experts wel in detail nagekeken. Die reviews lopen.

Tot nu toe krijgen wij geen signalen dat er enig causaal verband zou zijn. Als ik zie hoe al die vaccins in detail worden geëvalueerd, niet alleen dat van AstraZeneca, maar ook de andere vaccins, dan denk ik dat we nog nooit zo omzichtig alle

meldingen in het kader van farmacovigilantie hebben bekeken.

Never say never, maar als we het puur rationeel en wetenschappelijk bekijken, kunnen we niet tot de conclusie komen dat we een dusdanig probleem detecteren. Wat in Denemarken, Ierland en andere landen gebeurt, rationeel gezien kunnen we dat niet onderbouwen.

Ik spreek bewust met twee woorden, want vandaag is het Europees geneesmiddelenagentschap samengekomen. Ik heb de laatste conclusies daarvan nog niet. Ik weet dat er vanmiddag opnieuw een meeting was van onze experts met het geneesmiddelenagentschap met de laatste gegevens, ook over wat er internationaal gebeurt. U zult mij vergeven dat ik die laatste conclusies nog niet kan geven, maar ik vermoed dat België vrij snel een positie zal innemen.

Misschien, wie weet, sijpelt er reeds nieuwe informatie binnen tegen wanneer onze sessie gedaan is.

Wij moeten inderdaad zeer voorzichtig zijn en alles zeer goed opvolgen. Er is discussie rond dit vaccin en misschien kan er ook nog komen rond andere vaccins. Als dat wetenschappelijk en rationeel onderbouwd is, is dat een belangrijke zaak, dat is evident. Als dat niet zo is, heeft het potentieel als consequentie dat het een negatieve impact heeft op de vaccinatiestrategie, mogelijk niet terecht. Wij hebben hier allemaal de verantwoordelijkheid om maximaal het wetenschappelijke te laten primeren. Ik besef echter ook zeer goed dat beleid niet alleen ratio is en dat er ook andere wetmatigheden spelen. Dat is niet alleen met betrekking tot covid zo, maar ook op andere momenten.

Wij zullen de komende dagen, misschien reeds vandaag, meer informatie hebben met betrekking tot AstraZeneca en de mogelijke nevenwerkingen.

Er werd een vraag gesteld over wat er moet gebeuren als de helft van de entstof van Pfizer beschadigd zou zijn. Dat was een e-maildiscussie in december. Wij kunnen nu vaststellen, ook op basis van wat onze experts zeggen, dat zelfs als er iets minder entstof aanwezig is in de flacons, het nog steeds geen drama is, dat het nog steeds de immuniteit voldoende gaat stimuleren. Wij kunnen de resultaten tonen. Sciensano gaat dat blijven doen. Wij zien het effect op het terrein. Er worden nauwelijks nog mensen ziek in de woonzorgcentra. Dat toont het effect van het Pfizervaccin in de praktijk aan. Dat zou ik toch niet te ernstig nemen of daaraan zou ik toch niet te zwaar tillen.

Er was ook een vraag over het personeel van de ambassade van de Verenigde Staten. Ik kan daarop eerlijk gezegd niet antwoorden. Ik wil wel even uitzoeken wat daar uiteindelijk gebeurd is met betrekking tot vaccinatie. Ik kan u wel de algemene lijn toelichten. De algemene lijn voor buitenlanders in dit land is dat in principe verzocht wordt zo veel mogelijk de Belgische strategie te volgen. Ik merk tijdens overlegmomenten met onder meer Buitenlandse Zaken dat men tracht die lijn aan te houden. In dit specifieke geval moet ik u echter het antwoord schuldig blijven. Ik weet dus niet of zij reeds gevaccineerd zijn of niet.

Er zijn heel wat vragen gesteld over personen die zich niet kunnen verplaatsen, de immobiele personen. Die vragen verbazen mij een beetje. Het heeft er misschien mee te maken dat de communicatie nu pas opgestart wordt. Wij hebben voorzien dat er in specifieke gevallen thuisvaccinatie kan gebeuren. Bijkomend is ook expliciet voorzien dat in zeldzame gevallen, bijvoorbeeld bij psychiatrische aandoeningen of dementie, een vertrouwenspersoon zoals een thuisverpleegkundige of meestal de huisarts, het vaccin kan toedienen. In het vaccinatiecentrum wordt die mogelijkheid mee georganiseerd. Dergelijke zaken zijn voorzien en worden nu ontwikkeld. Ik merk dat men er in de praktijk volop mee bezig is, dus dat komt er zeker.

Wel wil ik benadrukken dat wij een en ander in de vaccinatiestrategie niet zullen laten kantelen in de richting van thuisvaccinatie op verzoek. De reden is duidelijk: bij de toediening van vaccins individueel thuis behalen wij nooit snelheid en volume en ook organisatorisch krijgen we dat niet georganiseerd.

Wij houden echt de vinger aan de pols, want in de vaccinatiecentra worden momenteel de eerste groepen hoogbejaarden gevaccineerd. De meerderheid van de hoogbejaarden, uiteraard zij die nog voldoende mobiel zijn, al dan niet begeleid door een mantelzorger, bevestigen de ontvangst van hun uitnodiging bijzonder snel en begeven zich naar het vaccinatiecentrum. Aan de toegankelijkheid van de vaccinatiecentra is gewerkt en er is ook begeleiding voorzien, dus dat lukt. Dit is een zeer efficiënte manier om zich te laten vaccineren.

Thuisvaccinatie willen wij om die reden reserveren voor de bejaarde personen of de ernstig zieke personen die zich effectief niet kunnen verplaatsen, ook niet met enige hulp. Het is niet de bedoeling om bedlegerige personen per ambulance naar het vaccinatiecentrum te voeren. Wanneer zich dat toch voordoet, dan stel ik voor dat u dat doorgeeft, want dat zijn dan leerpunten.

In de procedure hebben wij voor bedlegerige personen immers wel de oplossing van thuisvaccinatie voorzien.

We zullen dat niet kunnen doen op korte termijn. Misschien zal het wel kunnen als de volgende vaccins komen, maar met Johnson & Johnson moeten we toch nog even voorzichtig zijn. Dit is nog steeds geen klassieke flacon van een griepvaccin. We hebben momenteel de grootste volumes bij Pfizer en een stuk minder bij Moderna. Dat hele ontdooingsproces gaan we niet bij de apotheker of in een huisartsenpraktijk laten doen en we zullen daar ook geen voorraden kunnen voorzien. Voorlopig is het dus niet aan de orde om de klassieke vaccinatie via het huisartsenkabinet in plaats van de vaccinatiecentra te gaan stellen. Thuisvaccinatie zal wel kunnen met vaccins die voorbereid zijn in het vaccinatiecentrum. Dat kan absoluut heel snel van start gaan. Voor de klassieke vaccinatie denken we dat we dit ten vroegste naar de zomer toe, in fase 2, aan de orde zal zijn, in de eerste plaats rekening houdend met de kenmerken van de vaccins. De eerste noodzaak is om zoveel mogelijk personen te vaccineren en het belangrijkste instrument daarvoor zullen onze grootschalige vaccinatiecentra zijn, juist om zo snel mogelijk een groot volume te kunnen ambiëren. Ik denk niet dat de taskforce de strategie op korte termijn zal wijzigen.

Er is nog een belangrijk bijkomend punt. De lokale vaccinatiecentra kunnen namelijk uitsluitend goed werken door de inbreng van heel wat zorgverstrekkers, maar ook van de lokale besturen. Ik wil toch nog eens benadrukken dat ook de lokale besturen een cruciale rol vervullen. De uitnodigingen op zich worden vanuit de deelstaten geregeld, wat ook met de privacy te maken heeft. We zien nu wel dat de lokale besturen zeker een rol zullen kunnen spelen inzake de no-shows en de snelle boekingslijsten. Dat is in ontwikkeling en zal de komende weken concreter moeten worden. We merken ook op dat de lokale besturen een zeer belangrijke rol vervullen bij het informeren van de bevolking. Dat is ook logisch, aangezien de lokale politici een zeer sterke vertrouwensrelatie hebben met de lokale bevolking. We zien dat er heel wat opleidingen gebeuren en dat er heel wat betrokken personen zijn. Er is ook samenwerking met bijvoorbeeld Cofeco en andere instanties zoals de gouverneurs. Ook hun betrokkenheid is belangrijk. Er moet maximaal op al die bestuurlijke niveaus worden ingezet, zodat we de grootste kans hebben om zoveel mogelijk mensen gevaccineerd te krijgen.

Er waren een aantal opmerkingen rond het vaccinatiepaspoort en het standpunt van de taskforce. We hebben daar nog geen officieel

standpunt over, deels omdat wij op dit ogenblik vinden dat er nog niet voldoende elementen op tafel liggen om daar al een heel concreet advies rond te formuleren. Wat zullen waarschijnlijk wel de elementen zijn van het vaccinatiepaspoort? Technisch is dit in ons land niet zo moeilijk omdat we beschikken over VaccinNet. Wanneer u gevaccineerd bent, zodra uw registratie gebeurd is, zal u onmiddellijk via mijngezondheid.be uw vaccinatie kunnen terugvinden. Dat is uiteraard een officieel bewijs dat u gevaccineerd bent. Dus vandaar dat de stap naar een officieel paspoort met een authenticatie, Europees of internationaal, zeker gezet kan worden. We hebben ook een aantal mensen die dat internationaal trouwens mee opvolgen vanuit België, met enige expertise.

Wat gaan wel belangrijke punten zijn? Het zou niet tot discriminatie mogen leiden. Zolang niet iedereen de kans heeft gehad om zich te laten vaccineren, denk ik dat we daar toch met de nodige omzichtigheid mee moeten omgaan. Toch denken we dat op een bepaald ogenblik een onderscheid zal moeten worden gemaakt tussen diegenen die gevaccineerd zijn, en zeker als blijkt dat dit op het vlak van transmissie een serieuze impact heeft en zij een kleiner risico vormen voor hun omgeving, en zij die zich niet laten vaccineren, ondanks het feit dat ze zich kunnen laten vaccineren. Dat is ook wel een oproep aan de ganse bevolking om zich te laten vaccineren en uiteindelijk ook aan de jongeren. Waarom moeten ze zich laten vaccineren? Op de eerste plaats om echt wel solidair te zijn met de kwetsbaren. We zien het Europees, maar ik merk ook dat onze regeringsleiders het ook volgen op de voet. Op termijn zal daarover zeker ook een Belgisch standpunt komen en zal de taskforce inzake dat paspoort ook ondersteuning bieden. Op dit ogenblik is onze inschatting dat het nog net te vroeg is om daarover al een heel duidelijk standpunt te hebben. Het zal u duidelijk zijn dat dit bij voorkeur ook een internationale beslissing wordt. Ziet u het gebeuren dat één land voordelen aanbiedt met een paspoort en het buurland niet? Dat gaat toestanden geven. Ik denk dat dit bij voorkeur Europees wordt beslist.

Ik wil nog even ingaan op een aantal punctuele vragen.

De oproep van Zorgnet-Icuro om vaccinatie te verplichten, kunnen wij op zich nog begrijpen, omdat bijvoorbeeld een aantal woon-zorgcentra het moeilijk heeft om tot 60-70-80 % vaccinatie van het zorgpersoneel te komen.

De taskforce is evenwel bezorgd om vaccinatie op dit moment te verplichten. Ten eerste, in onze huidige strategie sensibiliseren wij met overtuiging

en wetenschappelijke argumenten en informeren wij maximaal, waardoor wij er tot nu toe in slagen een vrij grote vaccinatiebereidheid te halen.

Welke bezorgdheid hebben wij op dit ogenblik, net als een aantal experts, psychologen en motivatiepsychologen die wij ter zake consulteren? Indien wij vaccinatie zouden verplichten of te snel zouden verplichten – in de toekomst zal het misschien niet anders kunnen, zeker voor zorgberoepen, waar er nog een aantal verplichtingen zijn –, zouden wij mogelijk het risico lopen het omgekeerde effect te bereiken: er zou dan een vrij collectieve reactie tegen vaccinatie en verplichting kunnen ontstaan. Een verplichting hoort ook niet bij onze maatschappij en cultuur. Echter, *never say never*. Zeker voor zorgberoepen zal in de toekomst misschien een verplichting nodig blijken. Voorlopig moeten wij echter meer inzetten op nog meer informeren, ook op het vlak van de problematiek inzake fertiliteit, die op een bepaald moment naar boven is gekomen via de sociale media. Daarin werd rondgestrooid dat vaccinatie een impact of een invloed zou hebben op de fertiliteit. Dat is een heel hardnekkig gerucht. Wetenschappelijk is het duidelijk. Er is niets van aan. Oorspronkelijk is er terecht, ook door de Hoge Gezondheidsraad, vrij voorzichtig geadviseerd. Wij wisten het nog niet. Ondertussen blijkt zowel uit de klinische studies als uit internationale ervaringen dat zwangere vrouwen zeker mogen worden gevaccineerd. U zal het misschien hebben gemerkt. Wij werken heel nauw samen met de wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen van heel wat specialisten. Vorige week nog hebben onze gynaecologen – zowel de Vlaamse als de Franstalige gynaecologen hebben een heel goede wetenschappelijke vereniging – een heel duidelijk standpunt ingenomen, namelijk dat er bij zwangerschap geen enkele reden is om zich niet te laten vaccineren.

We zien ook hier toenemend wetenschappelijk inzicht, maar het blijft een heel hardnekkige zaak. We communiceren hier zeer intensief rond, u ongetwijfeld ook. We hopen dat we in de komende periode dat gerucht naar de achtergrond kunnen drukken. Dat zal de filosofie blijven op dit ogenblik. Een verplichting zien we als taskforce niet onmiddellijk als een meerwaarde maar eerder als een groot risico dat we het omgekeerde effect zullen bekomen.

We zien soms artsen die uitspraken doen in de pers. Recent was er nog een pneumoloog. We betreuren dit omdat dat altijd eerder negatieve aspecten voor de vaccinatiestrategie met zich meebrengt. Het is ook heel gemakkelijk om retrospectief kritiek te geven van op de zijlijn, met

alle respect voor de betrokken collega.

Zoals we al uiteengezet hebben, zitten we momenteel in fase 1A en kunnen we stellen dat we op schema zitten of hebben gezeten. Of we in fase 1B op schema kunnen blijven, kan ik u nu nog niet meedelen. Dat zal ik wel kunnen doen de volgende keer dat u mij uitnodigt binnen afzienbare tijd.

In fase 1B kampen we momenteel toch met wat opstartperikelen, als ik het zo mag noemen. We nemen heel wat initiatieven om een versnelling op meerdere fronten teweeg te brengen. We zien dat dit nu ook door de deelstaten in de praktijk wordt omgezet. We zullen er maximaal voor gaan, met de nodige grinta, zoals Marc Noppen het ook al heeft genoemd. Of dit gaat lukken kunnen we nog niet voorspellen, maar onze filosofie is eerder dat het wel zal moeten lukken. Als we nu kijken naar de initiatieven die binnen de deelstaten genomen worden, bestaat de kans ook dat dit gaat lukken.

Er was ook een vraag rond de evaluatie, de communicatie en de divergentie in een aantal keuzes. Dat klopt. Dat zien we als taskforce liever niet gebeuren. We hebben nu bijvoorbeeld gezien dat Vlaanderen in de eerste groep van 65+ers begint bij de 85+ers en dan naar beneden. In Brussel is dat de groep van 75+ers, in Wallonië 65+ers. Dat is volgens mij grotendeels ingegeven door pragmatische overwegingen. De laatste weken verliep de vaccinatiestrategie enigszins asynchroon. Om die wetmatigheid en de vaccinatiesnelheid te herstellen, zijn de groepen gaan verschillen, als het gaat om de omvang van de uitnodigingen. Louter wat de strategie betreft, is de doelgroep dezelfde, maar in de keuze in de leeftijdscategorieën zit een verschil. Dat gaan we ook niet ontkennen. In de toekomst zullen we toch maximaal telkens trachten om de synchronisatie te bekomen. Gaat dat lukken? Ik denk het wel. Als we met de comorbiditeiten beginnen, zullen we dat opnieuw kunnen stabiliseren. Eens we naar fase 2 gaan, zullen we nog maar zo weinig mogelijk prioriteren. Dat is precies de essentie van fase 2. Dan moeten we in staat zijn om aan massavaccinatie te doen. Op dat moment zullen we deze discussie ook minder op de voorgrond zien komen.

Ik kom nu tot de factcheck van de levering van Moderna in de voorbije week. Die was een test voor de sterkte van onze communicatie tijdens de commissie. Ik kan u onmiddellijk meedelen – het team zat natuurlijk achter de schermen klaar, waarvoor dank aan het hele team – dat in de week van 8 maart 63.600 vaccins van Moderna voorzien waren. Die vaccins zijn in de voorbije week ook effectief geleverd. Deze week is er geen levering gepland. Volgende week zullen er, op 22 maart, in

principe 96.000 geleverd worden. De levering van vorige week was in orde, maar Moderna is tot nu toe niet altijd de meest betrouwbare leverancier geweest. De levering van volgende week mag worden afgevinkt. Die wordt nu ook al voorzien in de distributie en zal vrij snel toegediend kunnen worden. Klopt dat, Sabine?

Sabine Stordeur: Exactement! Il est vrai que Moderna a l'inconvénient de réajuster avec énormément d'incertitude les livraisons. Ainsi, il arrive parfois que la quantité reste la même, mais plutôt que de répartir la livraison en deux temps, elle décide de livrer en une fois mais quinze jours plus tard. Au niveau de l'exercice de planification des centres de vaccination, cela représente une énorme difficulté. En effet, si les centres de vaccination ont invité plusieurs personnes à se présenter pendant une semaine et que, finalement, la livraison est faite une semaine plus tard, les plannings doivent être modifiés. Dans les différentes Régions et Communautés du pays, il y a un effort constant pour ajuster, sur une base quotidienne, les plannings en fonction des livraisons.

En outre, quand on reçoit les plannings de livraison, il est bien mentionné "à la semaine du ...". Cela ne veut pas dire que toutes les livraisons arrivent tous les lundis. En fait, certaines livraisons arrivent le vendredi. Donc, oui elles sont bien arrivées durant la semaine du 8 mars, par exemple, mais le vendredi de ladite semaine. Donc, toute la semaine est perdue en termes de planification. Et, forcément, la planification ne pourra être réalisée que la semaine suivante.

Comme vous le savez aussi, ce genre de vaccin n'est pas livré par flacon. Les vaccins Pfizer sont livrés par trays entiers. Ceux de Moderna et d'AstraZeneca sont livrés par boîte de 100 doses. Ainsi, au vu des proratas qui doivent être calculés pour les différentes Régions et Communautés, la Communauté germanophone, par exemple, ne reçoit, certaines semaines, aucune livraison de vaccins parce que, comme cela doit se faire par multiple de flacons, c'est un peu compliqué pour elle, étant donné le fait que son quota est très restreint. Donc, elle doit pouvoir assurer des planifications avec des livraisons très faibles. Comme il arrive souvent qu'elle n'ait aucune livraison, des accords peuvent être pris de manière à faire glisser certains quotas d'une Région à une autre afin de pouvoir avancer dans la vaccination des différents groupes malgré les faibles quantités qui leur sont attribuées sur une base hebdomadaire.

Je souhaite, profiter de l'occasion, pour saluer l'esprit de solidarité qui s'institue entre les

fonctionnaires dirigeants des entités fédérées pour permettre à chacune d'avancer de manière régulière, en parallèle, au niveau de leurs plannings de vaccination en tenant compte des divergences de quotas.

Il faut savoir aussi que ces quotas se calculent différemment en fonction de la phase dans laquelle on se trouve et que le simple fait d'être passé de la phase 1A à la phase 1B a entraîné un calcul différent des quotas qui sont, bien entendu, réalisés par l'AFMPS et en concertation avec chaque entité fédérée.

Il convient aussi de savoir que, chaque fois que nous sommes informés d'une modification des livraisons de vaccins, les fonctionnaires dirigeants, mais également les points de contact de chaque entité fédérée, en sont pratiquement informés à la minute. De cette manière, ils peuvent adapter aussi vite que possible leur planification de vaccination en conséquence.

Dirk Ramaekers: Er was nog een opmerking over de vaccinatie van bepaalde lokale mandatarissen, als er vaccins over waren. Dat is natuurlijk niet conform de afspraken. De deelstaten hebben duidelijke instructies gegeven aan de vaccinatiecentra. In Vlaanderen werd een aantal lokale mandatarissen toch gevaccineerd buiten de doelgroep. Dat vinden wij natuurlijk niet goed. De bevoegde inspectie of het Agentschap heeft daar wel onmiddellijk op gereageerd, in niet mis te verstane bewoordingen. Toch mogen we ook niet vergeten dat we bezig zijn met het opzetten van heel wat structuren met heel wat mensen. Het lukt niet altijd om alles te controleren tot op het microniveau. Zolang het bij anekdotes of beperkte groepen blijft, is het goed. Dan zullen wij het moeten accepteren. Mocht het systematisch gebeuren of strategisch toegepast worden, dan is er natuurlijk wel een probleem en loopt er iets mis met onze strategie. Men heeft nu wel duidelijke afspraken gemaakt over de reservelijsten. Men weet wie men mag contacteren en inschakelen. Hoe verder we staan in onze strategie, hoe gemakkelijker het zal worden.

Dokter Fonck had ook nog een opmerking.

Docteur Fonck, j'en viens à votre remarque relative à notre communiqué de presse. Il faut admettre qu'il était un peu trop court et même trop strict. Il concernait le refus actif. Quand quelqu'un déclare ne pas vouloir être vacciné, c'est évidemment enregistré. Bien entendu, il est possible de postposer le rendez-vous. De notre côté, nous devons aussi prévoir une réactivation de l'invitation. En l'espèce, vous avez raison de relever les quelques phrases peu nuancées qui

figuraient dans ce communiqué de presse.

Nous souhaitons communiquer le plus possible. À cette fin, nous entretenons de nombreux contacts avec la presse. Bien sûr, ce n'est pas toujours parfait. Donc, votre critique est pertinente.

S'agissant des vétérinaires, pour votre information, nous ne les avons jamais refusés, au contraire. Par ailleurs, nous leur avons même délivré un message très actif leur indiquant que nous aimerions qu'ils participent à la vaccination en exerçant un rôle dans les centres, où il y a beaucoup de travail. Ils sont assurément dotés de plusieurs compétences. Toutefois, nous avons dû constater que, dans la plupart des centres, nous trouvons suffisamment d'infirmiers, de pharmaciens, de médecins. Par conséquent, à ce stade, nous n'avons pas vraiment besoin de vétérinaires pour vacciner. Un arrêté royal prévoit que, sous certaines conditions, nous puissions demander à des personnes qui ne sont pas agréées d'administrer des vaccins, car ce n'est pas tellement compliqué en soi. En résumé, la question de la compétence des vétérinaires n'est pas en cause, mais nous avons suffisamment de personnel soignant pour administrer les vaccins. De nouveau, je répète qu'ils sont les bienvenus, car il y a tant à faire dans ces centres sur le plan logistique et organisationnel. Par conséquent, nous réitérons notre invitation.

En ce qui concerne certaines responsabilités et clauses juridiques dans les contrats des vaccins, je confirme que la décision politique a été prise à l'échelon européen. Donc, tous les États membres sont impliqués. J'ai ensuite appris que l'on ne pouvait révéler ces contrats à tout le monde. Néanmoins, des changements sont possibles, car je constate que de plus en plus de discussions se déroulent au plan européen, de manière à rendre publique la teneur de la plupart de ces contrats.

Ik kan u nu ook niet zeggen dat de contracten morgen publiek zullen zijn. Persoonlijk denk ik dat een belangrijk deel van de contracten ook onder de publieke materie zal vallen op termijn. Maar goed, zo luiden nu eenmaal de afspraken die in het verleden op Europees niveau gemaakt zijn waarop België ook heeft ingetekend en dus tracht België zich ook aan de juridische verplichtingen te houden. Maar dat zou kunnen wijzigen op termijn.

Sommigen onder u hadden ook de vraag gesteld naar de aanbevelingen voor de toekomst, nu er drie maanden verstreken zijn. Er was ook een vraag over de taskforce en het commissariaat. Ik kijk ook even naar mevrouw Stordeur, die misschien ook nog aanbevelingen heeft om eraan toe te voegen.

Als men opnieuw met de taskforce voor de vaccinatiestrategie zou beginnen, dan zou ik persoonlijk zeker aanbevelen dat opnieuw bij het commissariaat te doen. Wat heb ik vastgesteld? Het coronacommissariaat werd speciaal opgericht om de verbinding te maken met allerlei instellingen en vertegenwoordigers in de ruime zin van het woord die bij de pandemie betrokken waren, en ook met de deelstaten. Zij hebben al heel wat ervaring kunnen opbouwen op korte tijd.

Ik heb ook kunnen samenwerken met Pedro Facon, die u ook al in de commissie ontvangen heeft, en zijn hele team. Met zijn talenten, zijn vaardigheden, zijn enorme gedrevenheid en enthousiasme durft hij de dingen bij naam te noemen. Dat is volgens mij zeer belangrijk. Dan denk ik dat we als taskforce op de juiste plaats zijn terechtgekomen.

Er is ook een inhoudelijk argument. We spreken nu van vaccinatie, maar dat is maar één deel van het verhaal. Tegelijkertijd leggen we nu al de link naar testing. In het kader van mogelijke versoepelingen zal dat nog sterker naar boven komen. Het zal een combinatie zijn van zeer ruime oordeelkundige testing en het al dan niet gevaccineerd zijn. Zelfs na vaccinatie zal testing nog relevant blijven.

De hele beheersstrategie van de pandemie is ook niet onbelangrijk. Ik verwijs bijvoorbeeld naar het feit dat we in de woon-zorgcentra de eerste versoepelingen hebben kunnen doorvoeren. Ook al zijn we momenteel nog heel voorzichtig daarmee, dat heeft toch al een belangrijke impact op het welzijn van onze bewoners. Welnu, dat hebben we kunnen doen, omdat er een zeer goede persoonlijke interactie is met onder andere de mensen van de beheersstrategie en GEMS.

Gelet op het feit dat wij in het commissariaat expertise hebben kunnen samenbrengen en gelet op de goede samenwerking met alle betrokken partijen, doet mij volmondig ja zeggen op de vraag of we op dezelfde manier te werk moeten gaan. Een aparte taskforce zonder die samenhang en interactie zou kwalitatief veel minder goed zijn voor onze activiteiten.

De tweede aanbeveling betreft het bestuurlijke aspect en dat ligt misschien iets gevoeliger. Als er ooit een zevende staatshervorming mag komen, *who knows* – ik verwijs naar het regeerakkoord – mag men mij zeker mee uitnodigen. Ik zal zeker adviseren in de volgende staatshervorming een heel specifiek luik crisismanagement en pandemie op te nemen.

Vraag mij nu niet wat de inhoud van dat luik moet zijn. Dat gaf mij verschillende opties. Maar wij

kunnen nu al uit deze crisis leren, ondanks het feit dat de samenwerking absoluut bijzonder goed is, dat wij bestuurlijk heel sterk moeten verankeren dat wij niet meer, bij wijze van spreken, op goede interpersoonlijke relaties en samenwerking moeten rekenen. Bestuurlijk moet het zo geregeld zijn dat wij onmiddellijk weten wat er moet gebeuren. In een crisis moet er *one chain of command* zijn.

Voor de vaccinatiestrategie lukt dat nog behoorlijk. Maar het kan zeer zeker structureel nog veel beter verankerd worden voor de toekomst.

Voor de derde aanbeveling zal het u duidelijk zijn dat als wij over vaccins en de vaccinatiestrategie spreken, dat geen Belgische aangelegenheid pur sang is. Het is een mondiale aangelegenheid, minstens een Europese aangelegenheid.

Ik meen dat België op Europees vlak absoluut aanwezig kan zijn. Voor een deel is dat al zo, u weet dat. Heel wat Belgen zijn, hoewel België een heel klein land is, ook op het vlak van vaccinatie op heel wat punten aanwezig en nemen initiatieven die het verschil kunnen maken. Daar moeten wij op blijven inzetten. Dat is onze kracht als klein land op Europees niveau.

Wat is heel concreet op dit moment onze zwakte? Dat is dat wij op dit ogenblik nog een onvoldoende Europese productie hebben. Dat zou anders kunnen, internationaal, maar wij merken nu dat wij met exportproblemen en restricties zitten. Op dat vlak is er toch een stuk minder solidariteit, minder samenwerking.

De fabrikanten weten dat. Moderna is volop bezig, Pfizer ook. AstraZeneca zal hier ook wel uit leren, Johnson & Johnson ook. Continenten als Europa zullen in de toekomst een eigen productie moeten opstarten. Het zou anders kunnen, maar goed, wij leren nu wel dat het niet zo is.

Wij zien nu bijvoorbeeld in de vorm van de HERA Incubator op Europees niveau al de eerste zeer concrete acties. Een eigen productie zal natuurlijk niet voor morgen zijn, want een vaccinproductie opstarten is een proces van vele maanden, minstens. Ik zie wel dat er al heel wat initiatieven genomen worden.

Die zullen ook budgettaire consequenties hebben. Dat weten wij nu ook al. De HERA Incubator wordt bijvoorbeeld zeer sterk ondersteund, om niet te zeggen gepusht, vanuit ons land.

Dat is een derde punt, waar wij echt wel op moeten inzetten. Dat zal ons voor de toekomst kunnen behoeden voor wat wij vandaag onder meer met AstraZeneca meemaken. Dat kan de nodige

garanties bieden. Wij hebben de expertise. Wij hebben de knowhow. Wij hebben al redelijk wat eigen productie op dit moment.

Wij hebben zowel universiteiten als spin-offs zoals BioNTech. Een belangrijk deel daarvan zit effectief bij ons in Europa, dus wij moeten dat absoluut meer gebruiken en er nog harder op inzetten.

Sabine Stordeur: Je ne sais pas si j'ai des recommandations à faire. Réécrire l'histoire ne sert à rien. Ce dont on se rend compte dans cette aventure, c'est que nous avons vraiment dû composer avec un réseau extrêmement large pour retracer l'ensemble du chemin allant de la signature des contrats à la distribution, la livraison, l'organisation, l'enregistrement et qu'il y a énormément d'acteurs qui sont impliqués dans toute cette chaîne, que ce soit au niveau des institutions fédérales mais aussi des entités fédérées.

Je pense que la gestion de cette pandémie a amené chacun à identifier les besoins à couvrir et peut-être aussi les administrations à renforcer. En effet, de toute évidence, il y a vraisemblablement un déséquilibre de forces dans la structuration et l'organisation de certaines administrations. On s'est rendu compte ici qu'il y avait beaucoup d'expertise à mettre en œuvre, qu'il s'agisse d'expertises au niveau juridique, financier ou scientifique. Heureusement, on a pu couvrir peu à peu l'ensemble de ce réseau par un maillage qui a dû être réalisé mais cela a pris un certain temps avant de le faire. Je pense que cela c'est vraiment une *lesson learned* dont on pourra tirer des enseignements et garder ce maillage, ces expertises et le renforcement des administrations pour qu'elles puissent être proactives rapidement plutôt que d'être réactives et, dans certains cas, de devoir être mises sur pied dans l'urgence pour répondre aux différentes questions qui se posent. Ce serait vraiment le point que je me permettrai de rajouter.

La présidente: Je vous remercie beaucoup pour toutes vos réponses. Chers collègues, vu l'heure tardive, je vous demanderai d'être très concis si vous avez une réplique parce que nous devons encore organiser les travaux.

Kathleen Depoorter (N-VA): Bedankt voor de antwoorden. Als bij toeval, professor Ramaekers, lees ik hier net een bericht: "De Israël's kunnen opnieuw van het nachtleven dromen. Volgende week gaan de nachtclubs open." Ik kom daarom graag even terug op uw antwoord.

U bent het hoofd van de Belgische taskforce en dan verwacht ik van u wetenschappelijke, correcte

en neutrale informatie. In uw antwoord over Israël heb ik die jammer genoeg niet gekregen. Ik zou u graag even op de feiten willen wijzen. U hebt gesteld dat Israël op één vaccin heeft gewed en al zijn eieren in het Pfizermandje heeft gelegd. Maar dat klopt niet. Ik vind het dan ook bijzonder pijnlijk dat iemand met uw functie zulke zaken gaat vertellen. Het is eigenlijk *fake news*. Israël heeft 10 miljoen vaccins van AstraZeneca besteld, 10 miljoen dosissen.

Ik heb even overlegd met mijn collega Michael Freilich, die de gang van zaken in Israël goed kent en een expert ter zake is. Hij bevestigt dat er 10 miljoen dosissen besteld zijn. Er is zelfs een agentschap van AstraZeneca niet ver van Tel Aviv. Maar wat heeft de Israëlische regering wel gedaan, toen zij de garantie hadden dat er voldoende Pfizer vaccins voor hun bevolking aanwezig zouden zijn? Dan hebben zijn de contracten met AstraZeneca en met Moderna opgeschort.

Als we het over de feiten willen hebben, dan moeten we duidelijk zijn. Ik heb ook de vraag gesteld of u de communicatie ondersteunt van de federale regering rond die andere standaarden die Israël, het VK en de VS zouden hanteren. Maar u hebt daar niet op geantwoord. Uw antwoord daarentegen neigt ernaar dat zij een andere keuze hebben gemaakt en geluk hebben. Dat hebt u eigenlijk willen zeggen.

Ik zou het anders durven te stellen. Net zoals andere staten hebben zij heel hard ingezet op de vaccinatiestrategie. Als men dan kijkt naar het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten, dan noteren wij dat de investeringen in onderzoek en ontwikkeling ginds zeven keer hoger liggen. Op een andere manier is er efficiënter, adequater, sneller en korter op de bal gehandeld is.

Dat is precies de reden waarom wij in dat sputterende Europese wagonnetje zitten. De Europese trein is absoluut geen tgv. Ik vind het dan ook belangrijk om de puntjes op de i te zetten.

In verband met de communicatie rond de spuiten en de naalden valt u niets te verwijten, want u was daar nog niet bij betrokken. Maar u zegt dat het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) gecommuniceerd heeft dat het in januari of februari spuiten van een goede kwaliteit heeft kunnen kopen, en dat het goed gewerkt heeft. In juni echter heb ik minister De Block, die toch verantwoordelijk was voor het FAGG, gewezen op het feit dat BD duidelijk gecommuniceerd heeft dat er een tekort zou komen van 1 ml-sputten. Op dat moment had Nederland er al 25 miljoen aangekocht. Wij hadden toen nog geen stappen ondernomen.

We hebben op 13 november in de commissie een hoorzitting gehad met Xavier De Cuyper, het hoofd van het FAGG, en hij heeft me toen bevestigd dat er onvoldoende 1 ml-sputten waren, omdat nog niet geweten was welke spuiten er nodig zouden zijn. U weet het, ik weet het, wij weten allemaal dat bij de klinische studie 1 ml-sputten gebruikt werden. We hebben die opportuniteit dus effectief wel gehad.

In verband met Europa zegt u dat de verschillende leveringen heel klein waren, 0,5%. Maar de eerste maand van de vaccinatie is het verschil in levering tussen Nederland en België 20%. Dat is wel significant. Het gaat dan om 100.000 dosissen of 50.000 mensen die al gevaccineerd hadden kunnen worden. Dat is dus echt wel een groot verschil.

U stelt ook dat er breed gecommuniceerd is over de vergeten handtekening. Ik wil u erop wijzen dat dat gebeurd is door een lek in de pers. Er is nooit gecommuniceerd vanuit de regering. Integendeel, er is over het gebeuren zelfs in de IMC's niet gecommuniceerd naar de collega's.

U zegt dat erop gerekend wordt dat we de vaccins van Johnson & Johnson zullen krijgen. In het beste geval zijn dat 1,4 miljoen vaccins, en dat is goed want er is maar één dosis nodig. Daar ga ik helemaal akkoord met u. Maar hoe zwak staan wij als overheid? Hoe zwak is dat aankoopbeleid geweest als we vandaag niet weten hoeveel vaccins we zeker zullen krijgen, terwijl we op 15 april met vaccinatie starten?

Dan kunnen we toch niet zeggen dat we goed onderhandeld hebben.

Nog heel kort over de huisartsen. Mijn mailbox is overvol. De huisartsen liggen ook mij heel na aan het hart. Ik ben zelfs met eentje getrouwd. De huisartsen worden overspoeld met vragen rond de thuisvaccinaties. U zegt dat dat geen probleem kan zijn en dat de triage van wie al dan niet tot een risicogroep behoort, snel kan gebeuren. Maar die risicogroepen zijn pas op 5 februari gedefinieerd. De huisartsen krijgen per dag talloze telefoons met vragen of iemand al dan niet geselecteerd is, of iemand al dan niet een thuisvaccinatie zal kunnen krijgen, en dat in een periode waarin er weer meer tests afgenomen worden en de incidentie opnieuw omhoog gaat. Dat zorgt voor een zware belasting voor onze huisartsen.

Mocht het endemisch worden, raad ik u één zaak aan. Laten we toch naar unidosissen gaan en de producenten zijn daar ook mee bezig. Laten we, zoals voor de griepvaccinatie, via de eerste lijn werken.

U hebt ook niet geantwoord op mijn vraag naar communicatie rond de contracten van het FAGG naar de IMC's. Ik zal die vragen aan de politiek verantwoordelijken stellen, want die politieke verantwoordelijkheid heeft daar wellicht iets mee te maken, vermoed ik.

De Hoge Gezondheidsraad heeft intussen bevestigd dat ons land voortgaat met de toediening van de AstraZenecavaccins. Ik verwijs naar een bericht van het Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA), dat in de UK een onderzoek gedaan heeft naar het voorkomen van de trombose, gekoppeld aan de trombocytopenie. Daaruit bleek dat er in de hele controlegroep maar vier incidenten waren, terwijl er acht gevallen waren in de groep die niet gevaccineerd was, dat even terzijde.

Ten slotte, professor Ramaekers, nog een tip. De huisartsen zullen de thuisvaccinatie moeten uitvoeren en u verwijst daarbij naar de bereiding van de vaccins in de vaccinatiedorpen. Dan worden de huisartsen geacht hun dagelijkse vaccins daar te halen.

Dat kan soms twintig kilometer ver zijn. In deze heel drukke periode voor de huisartsen wordt dat heel moeilijk. Misschien is het een goed idee om op dat moment officinahubs te organiseren. Zo kunnen de huisartsen die vaccins halen in een apotheek in hun dorp, zonder een uur heen en weer te moeten rijden om de vaccins op te halen voor de patiënten van de dag.

Op het vlak van uw aanbevelingen zijn we het op veel vlakken eens, al zal u dat misschien verwonderen. Alleen is er vaak een "maar" aan gekoppeld. Het lijkt me logisch dat de taskforce vaccinatie bij het commissariaat is ondergebracht, maar men zou sneller van start moeten kunnen gaan. De strategie zou sneller vorm moeten krijgen. Eind november was er alleen een aankondigingsstrategie, geen effectief plan waarmee men aan de slag kon gaan.

Op bestuurlijk niveau mankeerde er leiderschap, dat is absoluut waar. Maar er was ook geen vooruitziendheid en dat houdt in: vroeger starten met alles, zoals ik eerder zei.

Ook over de rol van Europa zijn we het eens. Deze crisis heeft getoond dat Europa voor de productie van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen veel te afhankelijk is van Azië. We moeten er dus voor zorgen dat er hier een ondernemersvriendelijk klimaat is, zodat onze bedrijven hier kunnen produceren. Maar we mogen ook niet vergeten te evalueren wat er allemaal fout gelopen is in deze

fase.

La **présidente**: Je vous remercie, madame Depoorter.

Certains collègues désirent-ils encore intervenir? Si tel est le cas, je demande aux intervenants de faire preuve d'une grande concision.

Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer Ramaekers, bedankt voor uw antwoorden. Ik heb nog een paar kleine vragen. Het verheugt me te horen dat u ter plaatse gaat kijken. Daar kan men inderdaad veel uit leren. Ik neem aan dat u dan ook gemerkt hebt dat in het vaccinatiecentrum op de Heizel Vlamingen niet in hun moedertaal geholpen kunnen worden. Ik hoop dat dit ondertussen opgelost is en dat daar de nodige maatregelen getroffen zijn.

Uw collega zegt dat men kan aanklikken of men het vaccin wel of niet wenst. Maar men kan niet aanklikken: ik wil het *nog* niet. Ik veronderstel dat die vaccinweigeraars toch nog eens uitgenodigd zullen worden, als we de vaccinatiegraad van 70 % niet halen. Of hoe zal dat in zijn werk gaan? Er moet ergens een tweede reminder zijn, voor we eventueel zouden moeten overgaan tot een verplichting. Als het al zover zou moeten komen, maar ik hoop van niet.

De lijst met landen die de vaccinatie met AstraZeneca stopgezet hebben, wordt alsmaar langer; er zijn nu nog drie landen bijgekomen. Ik kreeg vandaag, tijdens deze hoorzitting, een berichtje van een collega, wiens moeder volgende week mag gevaccineerd worden. Zij had van de huisarts de raad gekregen om een week lang bloedverdunners te nemen. Als ik dat hoor, frons ik toch even de wenkbrauwen. Ik ben weliswaar niet medisch geschoold, maar bloedverdunners neem je toch niet zomaar. Blijkbaar is daar dus toch wel iets aan de hand. Ik vind het ook zeer kort door de bocht van die huisarts om dat zomaar voor te schrijven.

Mocht ik in de regering zitten, dan zou ik het voorzichtigheidsprincipe prioritair stellen. Zoals zoveel landen zou ik de vaccinatie met AstraZeneca dan even on hold zetten. U mag me altijd van het tegendeel proberen te overtuigen. Maar dit voorval is ook een extra argument om te beginnen twifelen aan de onbezorgdheid van onze regeringsleiders.

Dat waren mijn belangrijke aanvullingen. Ik zal het dan ook hierbij laten.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Madame Stordeur, vous avez indiqué qu'il y a aujourd'hui

554 063 vaccins dans les frigos. Par contre, vous n'avez pas précisé le nombre d'AstraZeneca et de Pfizer. Par ailleurs, je souhaiterais également connaître votre plan. Dans quel timing veut-on vider ces frigos? Quel stock jugez-vous nécessaire de garder en réserve? Quelle est la qualité opérationnelle actuelle, maintenant que trente centres de vaccination ont été ouverts? Tout cela reste encore assez vague et j'aurais voulu avoir un peu plus de précisions.

J'ai bien compris que vous ne savez pas encore faire le bilan de la vaccination des soignants. Nous aurons peut-être l'occasion de le faire ultérieurement.

En ce qui concerne les généralistes, vous avez dit qu'ils ne sont pas représentés dans la task force aujourd'hui. Vous avez indiqué que celle-ci comprend toutes les administrations de tous les ministres et que cela fait déjà beaucoup de monde. De ce fait, rajouter les généralistes ferait qu'il y ait trop de monde. C'est là un des nœuds du problème de la gestion car on aurait pu éviter pas mal de couacs si les généralistes avaient été impliqués. Je vous conseille dès lors encore de le faire. Ils peuvent tout à fait décider de n'envoyer qu'une personne, plutôt que deux, si seule une place est disponible.

Je prends pour exemple qu'aujourd'hui, un ministre, M. Beke, a dit aux gens qui ne savent pas se déplacer de téléphoner à leur médecin généraliste. Le médecin généraliste reçoit donc les coups de fil des patients mais ne connaît pas les critères de prise en compte pour la vaccination à domicile. Il ne sait strictement rien dire aux patients. C'est un grave problème.

Si j'ai bien compris, la personne qui ne répond pas à l'invitation dans les 30 jours recevra une nouvelle invitation. Pourriez-vous nous fournir davantage de précisions à cet égard? Même s'il n'y a pas de réelle urgence, je pense qu'il est important de faire savoir aux citoyens dans quel délai ils vont recevoir une invitation, afin de les motiver à venir se faire vacciner. Sera-ce le cas d'ici le mois de juin, voire avant?

Ma dernière question portait sur les enfants. Vous avez brièvement évoqué la vaccination des enfants, qui était encore à l'étude. Que pensez-vous de l'annonce faite par le premier ministre De Croo la semaine dernière dans le *Journal des enfants*, selon laquelle les enfants seraient vaccinés après l'été? Pensez-vous que cette annonce était prudente?

Pour terminer sur une note positive, j'ai bien entendu que la gestion d'une telle crise nécessitait

une unité de commandement. Selon moi, cette unité n'est pas nécessaire uniquement en cas de crise. Nous perdons inutilement beaucoup de ressources dans notre pays, de sorte qu'il faut aller vers une centralisation et une compétence fédérale en matière de soins de santé.

Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik maak het kort. Dank aan beide professoren voor hun uitgebreide antwoorden. We hebben heel wat bijgeleerd.

Ik wil vanuit sp.a wel nog eens een lans breken voor de thuisvaccinatie. We hebben al een aantal voorbeelden gezien van mensen die het bijzonder moeilijk hebben om in het vaccinatiecentrum te geraken. Op dit moment moet je bedlegerig zijn, op de Katz-schaal moet je de score 4 hebben om thuis te kunnen worden gevaccineerd. Op basis van voorbeelden uit de praktijk vinden we dat te strikt. Mensen die zeer slecht te been zijn, of die gedeeltelijk verlamd zijn moeten toch naar het vaccinatiecentrum. We pleiten ervoor om dat te herbekijken.

Op de andere aspecten ga ik niet in. Maar alleszins bedankt voor deze bijzonder interessante namiddag.

Catherine Fonck (cdH): Merci à tous les deux pour vos interventions, auxquelles j'aimerais ajouter quelques points.

Je réitère, une fois de plus, ma demande de pouvoir disposer du calendrier théorique de livraison des vaccins. Je ne vois vraiment pas pourquoi nous ne pourrions pas en disposer, il ne s'agit pas d'un secret d'État! Selon moi, il faut faire preuve de transparence en la matière, sachant bien évidemment qu'il s'agira d'un calendrier évolutif.

Je trouve positif de travailler avec des centres de vaccination mais, contrairement à vous, je continue à penser qu'on a tout intérêt à miser, de manière complémentaire, sur les médecins généralistes et les médecins spécialistes, ce qui vous donnera un appui incroyable. Il ne s'agit pas uniquement du volet quantitatif. En effet, plusieurs personnes n'accepteront de se faire vacciner que si le vaccin leur est administré par le médecin qu'elles connaissent bien.

Par ailleurs, il s'agit aussi d'un atout pour les centres de vaccination: lorsque ceux-ci seront confrontés à des personnes qu'ils ne connaissent pas, qui leur diront qu'ils prennent autant de médicaments le midi ou le soir, qu'ils ont ou n'ont pas d'anticoagulants ou qu'ils souffrent d'allergies, cette situation sera extrêmement difficile à gérer

pour les équipes sur place, ce qui débouchera sur d'innombrables coups de téléphone ou autres... En résumé, cela ne fera gagner du temps à personne, de sorte que je continue à plaider pour qu'on mise également sur les généralistes et les spécialistes. Je pense que ce sera bénéfique pour tout le monde.

J'entends que vous reconnaissez malgré tout qu'en matière de logistique et d'organisation de performances, on peut et on doit faire mieux. J'entends que vous cautionnez enfin l'organisation de séances de vaccination sept jours sur sept afin de rattraper le retard. J'ai envie de plaider pour que vous soyez amenés à communiquer aux Régions des objectifs chiffrés qu'elles doivent impérativement atteindre en matière de taux de protection par rapport aux différentes tranches d'âge, notamment.

En effet, lorsque nous recevrons au cours du prochain mois deux millions de doses de vaccins, nous n'y arriverons pas si nous continuons avec l'organisation et la logistique actuelles. À un moment donné, on ne peut plus se contenter d'administrer 100 000 ou 120 000 doses par semaine, il faut qu'on se donne les capacités de démultiplier, d'autant plus que, malgré toutes les explications sur les stocks et les différents lieux de stockage, je reste persuadée que ce stock est au moins deux fois, voire trois fois plus élevé, et qu'il pourrait donc permettre une accélération avec des séances de rattrapage.

Enfin, je vous remercie d'avoir pris en considération plusieurs aspects que j'avais soulignés, comme la question du covid positif avec une seule dose pour les enfants immunodéprimés. J'entends votre réflexion à leur sujet, mais en sachant que cela prendra du temps.

Je me permets d'insister pour que nous puissions autoriser leurs parents - qui sont très peu nombreux - à se faire vacciner en urgence. En effet, nous savons à présent que la contamination est bien moins élevée - voire très faible, pour ne pas dire nulle, mais restons prudents - chez les personnes vaccinées. Par conséquent, cela représente un atout majeur dans la protection de ces enfants.

La **présidente**: Madame et monsieur, si vous souhaitez encore apporter des réponses, veuillez le faire de manière très concise, car nous allons clore nos débats.

Dirk Ramaekers: Madame la présidente, je serai le plus bref possible.

Mijnheer de voorzitter, ik wil even een

verduidelijking geven: ik heb mij niet uitgesproken over het aankoopbeleid en de bestellingen van Israël op zich, maar Israël heeft het overgrote deel met Pfizer gevaccineerd en het is daar zeer snel mee gestart, omdat het is gestart met de massavaccinatie toen er nog veel minder wetenschappelijke gegevens waren dan wat wij uiteindelijk hebben gebruikt, zowel voor de Europese als onze nationale evaluatie. Het had die vaccins ook. Dat ging toen effectief over Pfizer vaccins, zoals u zelf zegt.

Zijn er andere standaarden gebruikt? Het is natuurlijk niet aan mij om mij over de standaarden van andere landen uit te spreken, maar men kan niet ontkennen dat, toen Israël de beslissing nam, het alleszins niet over alle gegevens beschikte waarover wij beschikten tegen eind december. Ook het dossier bij het Britse geneesmiddelenagentschap, dat sterk gerespecteerd wordt, was begin december nog niet zo volledig als toen de beslissing door Europa werd genomen. Dat is evident een risico-inschatting: zij hebben dat risico genomen en achteraf bekeken was die keuze ook de juiste beslissing.

Het was echter wel een Europese beslissing om het dossier zeer grondig te evalueren. U maakt de vergelijking met de Verenigde Staten, dus dan zult u ook weten dat de goedkeuring die zij geven – dat doet niets af aan hun evaluatie – echt een *emergency approval* is, met verdere evaluaties, terwijl het bij ons een voorwaardelijke goedkeuring is. In Europa en dus ook in België is geopteerd om het Europees Geneesmiddelenagentschap zijn werk zo grondig mogelijk te laten doen vanuit de filosofie dat wij zo de beste garanties inzake werkzaamheid en veiligheid zouden hebben, wat voor het vertrouwen in het vaccin de juiste stap is. Het is zeker zo dat wij hieruit zullen leren in de toekomst, maar dat is de toestand zoals ik hem het best kan omschrijven. Er werd gevraagd of er andere standaarden zijn gebruikt. Ik weet niet of het woord standaard op zijn plaats is, maar zij hebben alleszins op basis van minder wetenschappelijke gegevens een beslissing genomen.

Ik zal niet terugkomen op de FAGG-sputen. Daar heb ik duidelijk gesteld – ik was er toen trouwens niet bij – dat het probleem op dit ogenblik ruimschoots opgelost is. Ik heb ook al geantwoord over het verschil in leveringen. Dat zal zeker nog verder worden bekeken en uitgeklaard op Europees niveau.

Wat het aankoopbeleid ten aanzien van Johnson & Johnson betreft, heb ik al verteld dat het mij onwaarschijnlijk lijkt dat België, als klein land, apart in verhouding veel meer dosissen van Johnson &

Johnson zou hebben kunnen kopen dan in Europees verband. Het tegendeel lijkt mij waar. Wij hebben een belangrijke poot van Johnson & Johnson in België met Janssen Pharmaceutica in Beerse. Dat vinden wij natuurlijk een zeer goede zaak, maar Johnson & Johnson is natuurlijk een multinational, dus ik denk niet dat wij daar extra vaccins hadden kunnen verkrijgen op een andere manier.

Ik heb de belangrijke rol van de huisartsen al meer dan voldoende onderstreept. Het klopt dat de communicatie met de huisartsen, onder meer rond risicogroepen, momenteel voorzien is. Ik heb zonet nog een bericht gehad dat die klaar is. Het was effectief beter geweest om die communicatie eerst te doen en vervolgens politiek te communiceren, dat is een terechte analyse. Maar goed, we corrigeren dat nu en zoals gezegd merk ik dat er nu al bijzonder veel op de website van Domus Medica staat. Dat moet in de komende dagen en weken nog verder afgestemd worden.

Ook de mobiele vaccinatieteams hebben we al kort behandeld. Het is natuurlijk niet zo dat de huisarts zich per se naar het vaccinatiecentrum moet begeven. Er is in de optie voorzien. Bij voorkeur, als het enigszins kan, verplaatst het mobiele vaccinatieteam zich naar de patiënt. Zij doen niets anders dan effectief vaccins toedienen. Het is dus niet de bedoeling dat huisartsen van 's morgens tot 's avonds in de plaats van de mobiele vaccinatieteams vaccins gaan toedienen.

Zullen de huisartsen verder nog een rol spelen? Ik denk dat persoonlijk wel, maar dan met vaccins die dat beter toelaten. Dat kan als we geen 10 of 15 dosissen moeten ontgooien om ze dan te verdelen, terwijl we ook aan allerhande farmaceutische en zorgcriteria moeten voldoen. Het is echter wel duidelijk dat ik er niet van hoeft te worden overtuigd dat we de huisartsen continu een belangrijke rol zullen moeten geven. Die hebben ze trouwens ook al opgenomen, wat we appreciëren.

U had het ook over AstraZeneca en de analyse uit het VK. Dat hebben we opgenomen in onze communicatie.

Mevrouw Sneppe vroeg naar het doorgeven van vaccins. Dat is inderdaad niet voorzien in onze strategie. Men kan daarover discussiëren maar we hebben er op zich niet in voorzien. Als iemand gevaccineerd is, dan heeft die bij wijze van spreken zijn vaccin gehad. Als iemand echter van zijn vaccin afziet, dan zal dat vaccin in principe bij iemand van de doelgroep terecht komen. Een vaccin specifiek kunnen doorgeven maakt er geen deel van uit.

Er is ook een reminder voor de volgende fase, iets waarvoor we evident moeten zorgen. Als iemand actief weigert in de huidige fase, dan schuift hij door naar de volgende fase.

Op dit moment is vaccinshoppen nog niet echt een probleem.

Over het advies om bloedverdunners te nemen voor vaccinatie kan ik mij niet uitspreken, maar ik zie als arts geen enkele medische reden waarom dat zou moeten, integendeel. Het risico van onoordeelkundig bloedverdunners nemen is vele malen groter dan bloedverdunners nemen voor een uiteindelijk onvoldoende onderbouwde of aangetoonde potentiële nevenwerking. Dat is dus niet aanbevolen en zeker af te raden. Ik kan de individuele toestand moeilijk inschatten, maar ik zie geen enkele mogelijke indicatie waar dat wel zou moeten worden overwogen, integendeel.

Over de uitspraak van de eerste minister op zich zal ik mij niet uitlaten. Als die klinische studies aantonen dat het veilig is en ook meerwaarde biedt bij kinderen, moeten zij ook opgenomen worden als doelgroep in de strategie en worden gevaccineerd. Dat is wel logisch, ook omdat de transmissie van deze pandemie meer bij de jongeren zit door intensere en frequentere sociale contacten, zoals in scholen. Zodra we de studies hebben, zal de taskforce dit absoluut mee opnemen.

Mevrouw Jiroflée, wat u zegt over de Katz-schaal is nieuw voor mij. In alles wat we tot nu toe als procedure ontwikkeld hebben, heb ik de Katz-schaal niet teruggevonden. Het is natuurlijk wel een beoordeling die de huisarts deels moet maken. Ook daar hebben zij een belangrijke rol, om te kijken of de mobiliteit al dan niet mogelijk is. In de praktijk zal dat ook deels kunnen, maar niet alles kan exact in regels gevat worden. Dat lukt nooit. We hebben hier ook in dialoog voorzien tussen huisartsen, thuisvaccinatie en het vaccinatiecentrum. Als zij merken dat dat perfect oordeelkundig wordt gebruikt, toegepast en gevraagd, zal dat ook uitgevoerd worden. Het vaccinatiecentrum moet ook een overzicht houden. Het is niet de bedoeling dat op een bepaalde plaats alle patiënten van een bepaalde arts zagezegd worden opgegeven voor thuisvaccinatie. Als we dat grootschalig moeten doen, dan stopt het en zullen we onze doelstellingen niet halen.

En ce qui concerne la question du Dr Fonck, le calendrier n'est pas un secret, au contraire. On a déjà cité le nombre de vaccins pour le deuxième quartile. La livraison prévue pour le vaccin AstraZeneca est connue jusque fin mars. Nous n'avons pas encore reçu les chiffres exacts pour le mois d'avril. Ce n'est pas confortable car on

aimerait avoir des livraisons et des chiffres plus stables pour les mois à venir. Pour ce qui concerne Moderna, c'est la même chose. Nous n'avons pas de chiffres pour le mois d'avril. On attend bien sûr de grandes quantités. Pour le vaccin Pfizer, on a les chiffres jusqu'à la fin du mois d'avril. La dernière livraison sera de 273 000 vaccins. Cela augmente semaine après semaine, comme prévu. Voilà le calendrier actuel dont nous disposons pour les trois vaccins.

La **présidente**: Monsieur Ramaekers, serait-il possible de nous fournir ce document reprenant les quantités globales? Je pense que cela rassurerait tout le monde.

Dirk Ramaekers: Bien entendu.

Nous discutons avec les spécialistes comme avec les généralistes pour ce qui concerne les groupes supplémentaires, certains groupes à risque.

Les objectifs par Région sont en train d'être fixés - encore plus d'indicateurs de performance par Région. Nous avons notamment discuté du nombre d'interventions en vue d'une accélération et afin de réduire certains stocks. À présent, afin de procéder à une sorte de monitoring de cette accélération, nous disposons déjà d'un nombre d'indicateurs dont nous discutons avec les entités fédérées.

Pour les enfants, c'est *point ? taken*, que l'on va reprendre dans nos centres de référence. On a déjà eu un certain nombre de contacts. Je ne me prononcerai pas sur le fait de savoir s'il faut vacciner les enfants ou leurs parents. C'est à discuter. Mais on y revient le plus vite possible.

Sabine Stordeur: À la question relative au nombre de doses de chaque fabricant de vaccin (AstraZeneca, Pfizer, Moderna) dans ces stocks:
 - 173 032 doses de Pfizer.
 - 297 371 doses d'AstraZeneca, dont la stratégie est de l'inoculer aux personnes de plus de 65 ans. À partir du moment où ces doses sont arrivées en Belgique, la possibilité que nous avons de pouvoir les administrer était relativement restreinte puisque le groupe d'âge était limité. Cette limite vient d'être levée et ce vaccin pourrait potentiellement être administré à tous les groupes de population.
 - 96 829 doses de Moderna.

En termes d'objectifs, vous avez vu le graphique présenté en illustration de la montée de la première et de la deuxième dose par rapport aux quantités livrées. En réalité, nous dérivons ces graphiques par entité fédérée. Effectivement, c'est très peu intéressant pour eux de leur fournir un graphique sur une base nationale étant donné qu'ils ne savent

pas se positionner individuellement sur ces graphiques. Même au niveau de Bruxelles, nous dérivons un graphique particulier, parce que, comme vous le savez aussi au niveau de cette Région-là, il y a une distorsion des informations étant donné que les doses livrées le sont par Région, tandis que les doses qui sont administrées et enregistrées dans VaccinNet/VaccinNet illustrent le nombre de vaccins administrés sur base du lieu de résidence des personnes vaccinées et non pas sur base du lieu d'administration des vaccins.

Par exemple, la Région bruxelloise est un peu déforcée par cette information qui ne reflète pas totalement le nombre de Bruxellois vaccinés sur leur territoire. Il y a donc un graphique spécifique pour cette Région. Sur cette base-là, nous fixons non pas des objectifs hebdomadaires mais quotidiens. Chaque jour, il y a un contact personnalisé avec les points de contact de chaque entité fédérée, de manière à évaluer au jour le jour le nombre de doses de vaccins en stock avec leur planning quotidien pour pouvoir les éliminer quotidiennement, non seulement par Région, mais quasiment par point d'administration. En effet, nous sommes en mesure, grâce au *dashboard*, de déterminer où se situent les différents stocks et quelles sont les actions à entreprendre au niveau de chaque point d'administration pour accélérer leur planning de vaccination.

Vous mentionnez des actions du style ouvrir sept jours sur sept, élargir les plages horaires. Effectivement, si, au cours d'une journée dans une semaine, les plannings ne se remplissent pas, forcément, par efficacité, ils ne vont pas nécessairement élargir leur plan de vaccination. Ce n'est pas qu'ils refusent d'inscrire des personnes, c'est qu'ils essaient de rendre le plus efficace possible les plages ouvertes de vaccination pour les remplir et faire fonctionner les centres de vaccination de manière optimale. Mais ils restent disposés à élargir les créneaux horaires et le nombre de journées d'ouverture s'il s'avère que les plages des plannings se remplissent à une vitesse suffisante pour justifier une ouverture supplémentaire de plages de vaccination.

Je crois que j'ai répondu aux dernières questions.

La **présidente**: Merci beaucoup d'avoir pris le temps de nous répondre de manière si précise. Il est clair que c'est un sujet tout à fait d'actualité qui est d'une importance cruciale. Cela méritait le temps que nous avons pris aujourd'hui. Je vous laisse partir; nous devons encore clôturer l'agenda. Un grand merci, au nom de la commission, pour votre présence.

Dirk Ramaekers: Ook op onze beurt bedanken wij

de commissie. Wij vonden dit belangrijk. Wij hopen in de toekomst nog eens te mogen antwoorden op de vragen. Alle suggesties zijn ondertussen welkom. Wij zullen de aanvullende zaken heel snel aan de commissie bezorgen.

La **présidente**: Bien sûr. Il n'est pas impossible non plus qu'on se recroise en commission de la Santé, peut-être lors d'un débat technique.

La réunion publique de commission est levée à 20 h 24.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 20.24 uur.