



PRIORITAIRE INENTING VAN PERSONEN MET EEN VERHOOGD RISICO TIJDENS DE COVID-19-PANDEMIE IN 2021 IN BELGIË

Rapport Werkgroep Organisatie van de Vaccinatiestrategie (Task Force Vaccinatie)

18 maart 2022



1.	INLEIDING.....	63
1.1.	SITUERING EN UITGANGSPUNTEN	6
1.2.	GOVERNANCE ORGANISATIE VACCINATIESTRATEGIE.....	7
1.2.1.	Interfederaal Regeringscommissariaat Corona: ‘de olie die de machine doet draaien’	7
1.2.2.	Task Force operationalisering COVID-19-vaccinatiestrategie	7
1.2.3.	Werkgroep organisatie van de vaccinatiestrategie	7
1.3.	BELGISCH GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM: BEVOEGDHEIDSVERDELING ORGANISATIE VAN DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING, DE ROL VAN DE STICHTING KANKERREGISTER	9
1.3.1.	Het Belgische gezondheidszorgsysteem	9
1.3.2.	De bevoegdheidsverdeling in het Belgisch gezondheidszorgsysteem.....	10
1.3.3.	De organisatie van de sociale ziekteverzekering	11
1.3.4.	DE STICHTING Kankerregister	14
1.4.	VACCINATIESTRATEGIE IN BELGIË BINNEN DE COVID-19-PANDEMIE	14
2.	WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING VAN DE SELECTIE VAN DE GROEP MET VERHOOGD RISICO.	16
2.1.	DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD	16
2.2.	HET ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD	16
2.3.	VOORNAAMSTE CONCLUSIES VAN HET ADVIESRAPPORT 9618 VAN 05-02-2021: AANBEVELINGEN VOOR HET PRIORITEREN VAN SUBGROEPEN VAN PATIËNTEN JONGER DAN 65 VOOR VACCINATIE TEGEN SARS-COV-2. 16	
3.	STRATEGIE VAN HET SELECTIEPROCES: EEN COMBINATIE VAN CENTRALE (VI) EN DECENTRALE (HA) SELECTIE, AANGEVULD MET INDIVIDUELE SELECTIE DOOR SPECIALISTEN VOOR ZELDZAME AANDOENINGEN.	19
3.1.	INLEIDING.....	19
3.2.	JURIDISCHE ACHTERGROND.....	19
3.2.1.	Activatie van de uitnodiging	20

3.2.2.	Registratie in Vaccinnet.....	21
3.2.3.	3Gegevensverwerking	22
3.2.4.	Vaccinatie van minderjarigen	26
3.3.	DE SELECTIE.....	29
3.3.1.	De centrale selectie.....	29
3.3.2.	Beschrijving van de decentrale selectie	34
3.3.3.	Gegevens over het verloop van het decentrale selectieproces.....	36
3.3.4.	Aanvullende selectie, gericht op specifieke (sub)doelgroepen.....	37
3.4.	RESULTATEN VAN DE SELECTIES.....	39
3.5.	MONITORINGTOOLS OM DE VACCINATIEGRAAD IN DE GROEP RISICOPERSONEN DAGELIJKS OP TE VOLGEN ...	43
3.5.1	Dashboard vaccinatie activatie	43
3.5.2	COVID-19-vaccinatiebarometer voor huisartsen	44
4	KOSTPRIJS VAN DE PRIORITAIRE VACCINATIE	53
5	SENSIBILISERENDE ROL VAN DE APOTHEKER.....	54
5.1	UITGANGSPUNTEN.....	54
5.2	TECHNOLOGISCHE IMPLEMENTATIE.....	54
5.3	BESCHRIJVING VAN DE INTERVENTIE.....	55
5.4	RESULTATEN.....	56
5.5	TOEKOMST – ‘LESSONS LEARNED’ VOOR EEN VOLGENDE FASE.....	58
6.	PATIËNTENORGANISATIES: ROL EN IMPACT IN HET PROCES.....	59
6.1	PATIËNTENORGANISATIES IN BELGIË	59
6.2	BELANG VAN PATIËNTENPARTICIPATIE IN HET PROCES.....	59
6.3	ROLLEN OPGENOMEN DOOR DE PATIËNTENVERENIGINGEN.....	59

6.4	IMPACT VAN DE PATIËNTENORGANISATIES.....	60
7	COMMUNICATIE: VOORTDUREND OVERLEG MET EN VERSTREKKEN VAN INFORMATIE AAN ALLE BETROKKENEN.....	62
8	PRIORITAIRE INENTING EN EQUITY.....	63
9	‘LESSONS LEARNED’ VOOR DE TOEKOMSTIGE ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG EN HET BELANG VAN POPULATIEMANAGEMENT IN GEVAL VAN DRINGENDE IMPLEMENTATIE VAN GROOTSCHALIGE PROJECTEN IN VERBAND MET GEZONDHEID.....	65
9.1	WAT HEBBEN WE GELEERD OP MACRO-NIVEAU?	65
9.2	WAT HEBBEN WE GELEERD OP MESONIVEAU?	68
9.3	WAT HEBBEN WE GELEERD OP MICRO-NIVEAU?	70
9.4	SLOTBEMERKINGEN: NOOD AAN INNOVATIE OP HET GEBIED VAN DATA, ZORGMODELLEN EN FINANCIERINGSMODELLEN MET HET OOG OP EEN DUURZAME EN TOEKOMSTGERICHTE GEZONDHEIDSZORG.	70
	COLOFON	72
	ALFABETISCHE LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN.....	73

1. INLEIDING

1.1. SITUERING EN UITGANGSPUNTEN

In dit eerste deel van het rapport beschrijven we hoe de prioritaire inenting van personen met een verhoogd risico werd georganiseerd tijdens de COVID-19-pandemie in België. In een tweede deel van dit rapport proberen we de vraag te beantwoorden: Welk verschil heeft de aanpak via een prioritaire inenting gehad op opname in het ziekenhuis, opname op Intensieve Zorg en overlijden?

De COVID-19-vaccinatiecampagne vertrekt van een aantal belangrijke uitgangspunten, internationaal gekend als het *Quintuple Aim*:

- het realiseren van een positieve kwaliteitservaring voor de burger,
- een verbetering van de gezondheid op populatieniveau,
- meer sociale rechtvaardigheid in de hulpverlening (leave no one behind),
- aandacht voor het welzijn van de zorgverstrekkers
- en het creëren van zoveel mogelijk “waarde” met de ingezette middelen.

De Amerikaanse National Academy of Medicine publiceerde in september 2020 het rapport^a *Framework for equitable allocation of COVID-19 vaccine*, waarin deze uitgangspunten werden vertaald in drie belangrijke criteria voor de gevolgd procedures: ze moeten correct zijn, transparant en wetenschappelijk onderbouwd.

Daarom wordt altijd vertrokken van de wetenschappelijke inzichten – voor zover deze in een nieuwe pandemie reeds aanwezig zijn (een opdracht van de Hoge Gezondheidsraad). Daarna zet de Taskforce de inzichten om in een vaccinatiestrategie. Die wordt dan politiek gevalideerd in de Interministeriële Conferentie, door de Ministers van Volksgezondheid. De gehanteerde prioriteiten tonen de aandacht voor sociale rechtvaardigheid. Vaccinatiestrategie is fundamenteel gebaseerd op *equity* (sociale rechtvaardigheid): de toegang tot vaccinatie wordt eerst toegewezen aan wie het hoogste risico heeft om besmet te worden en personen met verhoogd risico op ernstige verwikkelingen (opname in ziekenhuis, opname ICU, overlijden).

Er wordt duidelijk gekozen voor een participatief model. Alle stakeholders konden via overleg een bijdrage leveren aan de keuzes voor prioritaire vaccinatie en een toegankelijk, performant en transparant vaccinatieproces. Om deze principes te garanderen werd het interfederaal regeringscommissariaat Corona in november 2020 uitgebreid met een taskforce COVID-19-vaccinatiestrategie. In de schoot van de Taskforce werd een werkgroep Organisatie opgericht, die aanvankelijk was gericht op de vaccinatie van 45-65-jarigen met co-morbiditeit. Later werd die taak uitgebreid naar het ondersteunen van de implementatie van de volledige vaccinatiestrategie.

^a National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. Framework for equitable allocation of COVID-19 vaccine. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25917>

1.2. GOVERNANCE ORGANISATIE VACCINATIESTRATEGIE

1.2.1. INTERFEDERAAL REGERINGSCOMMISSARIAAT CORONA: 'DE OLIE DIE DE MACHINE DOET DRAAIEN'

Het grootschalig vaccineren van de volledige bevolking terwijl een pandemie de maatschappij in haar greep hield, was een primeur voor ons land. Daarom was het belangrijk om alle betrokkenen van in het begin mee in de boot te nemen, ook om de informatie en communicatie vlot te laten doorstromen. Om die reden werd het Interfederaal Regeringscommissariaat Corona opgericht, 'de olie die de machine moet doen draaien' (Pedro Facon, Coronacommissaris, oktober 2020).

Het regeerakkoord van september 2020 meldde: 'De regering stelt voor een **periode van twaalf maanden** een bevoegd commissaris aan, bijgestaan door een equipe, om **de afstemming van het gezondheidsbeleid van de federale overheid en dat van de deelstaten te verzekeren**. Het mandaat is verlengbaar per perioden van zes maanden. De commissaris wordt eveneens bijgestaan door een inter- en multidisciplinair wetenschappelijk comité, dat kan worden aangevuld met buitenlandse wetenschappers en door een team van projectbeheerders, dat op een gestructureerde manier **nieuwe inzichten over het virus bijhoudt en ook waakt over de maatschappelijke, economische en sociale impact van maatregelen**.

1.2.2. TASK FORCE OPERATIONALISERING COVID-19-VACCINATIESTRATEGIE

Om de uitrol van het vaccinatieprogramma in goede banen te leiden werd in de schoot van het Regeringscommissariaat Corona een interfederale Task Force operationalisering COVID-19-vaccinatiestrategie opgericht, kortweg Task Force Vaccinatie (TF) genoemd. Die Task Force stond in voor de ontwikkeling van de vaccinatiestrategie. Daarnaast moest ze alle noodzakelijke acties bepalen, toewijzen en ondersteunen. Haar taak was coördinerend. Deze Task Force bestond uit vertegenwoordigers van federale en regionale overheidsdiensten, wetenschappers en, waar nodig, vertegenwoordigers van beroepsorganisaties en werkgroepen. Een kernteam van ongeveer 10 personen zorgde voor de dagelijkse werking.

De 4 deelstaten stonden in voor de praktische organisatie van de vaccinatie. Dat gebeurde in nauw overleg met de Task Force, waarin zij ook zetelden.

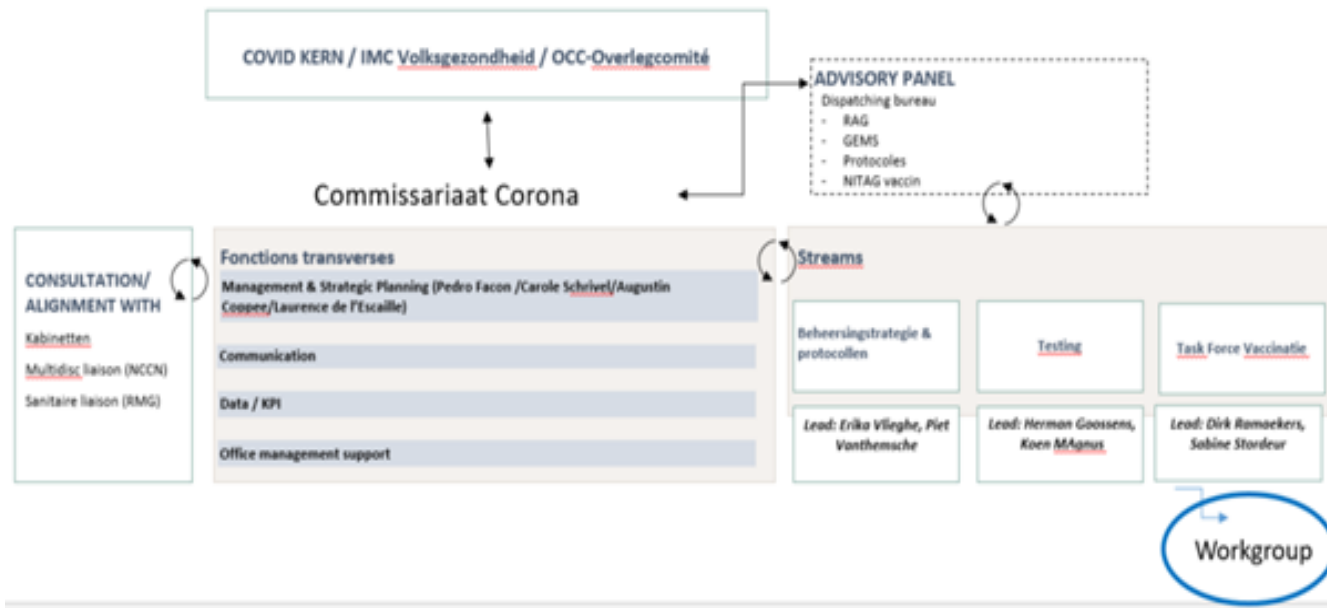
Op basis van het advies van de Task Force Vaccinatie van 5 december over de vaccinatiestrategie COVID-19 voor België (https://d34j62pglfm3rr.cloudfront.net/downloads/Note_TF_Strategy_Vaccination_NL_0312_post_press.pdf) besliste de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om mensen met bepaalde comorbiditeiten (hierna 'risicopatiënten' genoemd) prioritair in te enten tegen COVID-19.

1.2.3. WERKGROEP ORGANISATIE VAN DE VACCINATIESTRATEGIE

Om de inenting van patiënten tussen 45 en 65 jaar met comorbiditeiten voor te bereiden werd in november 2020 een werkgroep *vaccinatie personen met verhoogd risico 45-64 jaar* opgericht binnen de federale Taskforce Vaccinatie. De eerste opdracht was een systeem uit te werken om personen met een verhoogd risico op ernstige verwickelingen (opname in ziekenhuis, opname op ICU, overlijden) te identificeren en deze prioritair uit te nodigen voor vaccinatie. Nadien werden de taken uitgebreid en werd de werkgroep omgedoopt tot *organisation vax strategy* (Organisatie van de Vaccinatiestrategie – hierna 'de werkgroep' genoemd).

De interne en externe communicatie kreeg hierbij bijzondere aandacht.

Figuur 1



In deze werkgroep waren de belangrijkste stakeholders voor de vaccinatie van de risicopatiënten vertegenwoordigd:

- beroepsverenigingen van de huisartsen en artsen-specialisten
- beroepsverenigingen van de apothekers
- de verzekeringsinstellingen/ziekenfondsen/IMA
- patiëntenverenigingen
- de Task Force Vaccinatie
- een specialist medisch recht
- universitaire experts
- de federale overheid (o.a. ICT, databeheer, privacywetgeving) en de deelstaten, die verantwoordelijk waren voor de operationele uitrol van de vaccinaties

Een lid van de Task Force Vaccinatie zat de werkgroep voor. Ze kwam wekelijks samen, of telkens wanneer het nodig bleek, wat zorgde voor een voortdurende afstemming. De deelnemers aan de werkgroep zorgden er op hun beurt voor dat de noodzakelijke informatie doorstroomde naar de relevante leden en medewerkers, via o.a. nieuwsbrieven, mailings, websites en webinars. Aan de andere kant bracht de voorzitter regelmatig verslag uit aan de Task Force Vaccinatie. Op die manier werden de violen continu gelijkgesteld.

1.3. BELGISCH GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM: BEVOEGDHEIDSVREDELING ORGANISATIE VAN DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING, DE ROL VAN DE STICHTING KANKERREGISTER

1.3.1. HET BELGISCHE GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM

In België is het gezondheidszorgsysteem in grote lijnen vergelijkbaar met de meeste Europese landen, maar verzekeringstechnisch is het een uniek systeem^b.

We hebben de eerstelijns hulpverleners met een centrale rol voor de huisartsen. Het merendeel van de huisartsen organiseert zich vrij in zelfstandige solo- of groepspraktijken, eventueel samen met andere eerstelijnszorgverstrekkers zoals verpleegkundigen, kinesitherapeuten, diëtisten ... De solopraktijken nemen in aantal af. De financiering is zuiver prestatiegebonden op enkele uitzonderingen na zoals o.a. wachtvergoedingen, vergoeding globaal medisch dossier (GMD). Daarnaast zijn er in toenemende mate wijkgezondheidscentra: medische huizen die via een forfaitaire jaarvergoeding per ingeschreven patiënt gefinancierd worden. Verpleegkundigen en kinesisten horen hier tot de vaste equipe. Beide systemen kunnen door de patiënt niet simultaan gebruikt worden. Over enkel jaren zal het aantal zelfstandige huisartsengroepspraktijken en het aantal wijkgezondheidscentra ongeveer hetzelfde zijn. De zelfstandige huisartsengroepspraktijken gebruiken meer en meer het globaal medisch dossier als inschrijving. Steeds meer rekent men de patiënt nog alleen de persoonlijke bijdrage aan, het verzekerd bedrag wordt rechtstreeks met de mutualiteit geregeld.

In de tweede lijn vinden we 103 algemene ziekenhuizen die recent 25 ziekenhuisnetwerken hebben opgericht. De 7 universitaire ziekenhuizen en de 17 ziekenhuizen met universitair karakter bieden derdelijnszorg aan. De zorg binnen het ziekenhuis evolueert meer naar een zorg vanuit het ziekenhuis door de eerste lijn alsook naar meer multidisciplinaire zorg door de toename van chronische aandoeningen en de veroudering van de bevolking. Er is een beperkte instellingsgebonden financiering voor deze ziekenhuizen naast de financiering gekoppeld aan een patiënt via prestaties. We beschikken in België over een uiterst nauwkeurige nomenclatuur. Die is een inventaris van zowel alle mogelijke medische akten als van de vergoeding die hiervoor mag aangerekend worden binnen de verplichte ziekteverzekering. In de ziekenhuiswereld introduceert men momenteel een eerste poging tot pathologiefinanciering, laag variabele zorg genoemd die tevens persoonsvolgend is.

In België bestaat geen echelonering: patiënten hebben de vrijheid om op eigen initiatief gelijk welk niveau van zorg te raadplegen en hiervoor een terugbetaling te bekomen indien men ziekteverzekerd is (= quasi iedereen zie punt 1.3.3.). Bovendien waren er haast geen wachtlijsten. Wachtlijsten ontstaan de laatste tijd vooral bij disciplines waar een tekort aan artsen is, maar heeft ook te maken met een gebrek aan een goede taakverdeling (b.v. tussen huisarts en specialist). Sinds 1997 is er een beperking van het aantal studenten geneeskunde, via een toelatingsexamen.

^b [De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019 - KCE \(fgov.be\)](#)

Op 1 mei 2002 startte het GMD in het belang van de patiënt, om zijn zorgen beter de coördineren, shopping te voorkomen, de kwaliteit van zorgen te verhogen en onnodige uitgaven in de sociale ziekteverzekering te voorkomen. Eén huisarts (of huisartsengroep) heeft een elektronisch dossier dat in theorie alle medische informatie bevat. Iedere arts die een patiënt op consultatie verzorgt, brengt verslag uit aan de GMD-huisarts. Patiënten gevolgd in een wijkgezondheidscentrum of forfaitaire praktijk hebben automatisch een GMD-dossier. Er zijn financiële incentives ingevoerd om dit vrijblijvend systeem te ondersteunen met een jaarlijkse, forfaitaire vergoeding voor de huisarts (32 euro in 2021) en een korting voor de patiënt op het ereloon van de GMD-huisarts. Er zijn echter grote regionale verschillen in het gebruik van GMD. In Vlaanderen woont 58 % van de bevolking. Een evenredige proportie van de GMD-huisartsen woont in Vlaanderen (58,5 %). Meer dan de helft (61,5 %) van deze huisartsen heeft meer dan 500 patiënten met een GMD. In Wallonië woont 32,5 % van de GMD-huisartsen wat evenredig is met de bevolking (31 %), maar slechts 46 % van de GMD-huisartsen hebben meer dan 500 patiënten met een GMD. In Brussel zijn er ten opzichte van de bevolking (11 %) minder GMD-huisartsen (9 %) en het merendeel (65,5 %) heeft minder dan 500 patiënten met een GMD. In Vlaanderen zijn de huisartsenpraktijken groter en ligt het gebruik van GMD merkkelijk hoger. Tijdens de covidperiode werd een extra financiering van 20 euro per GMD-dossier voorzien als compensatie voor al het 'vuurlinie'-werk van de huisartsen en de bijdrage in het selecteren van risicopatiënten.

Tabel 1: gegevens 2019 CM

Regio	% inwoners België	% patiënten met GMD	% GMD huisartsen	% GMD-huisartsen met x aantal patiënten		
				< 100 patiënten	100<x< 500 patiënten	>500 patiënten
Vlaanderen	58	82	58,5	9	13,5	36
Wallonië	31	69	32,5	7,5	10	15
Brussel	11	59	9	2,9	3	2,8

1.3.2. DE BEVOEGDHEIDSVERDELING IN HET BELGISCH GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM

De federale bevoegdheid voor het gezondheidszorgsysteem is na 6 staatshervormingen deels overgegaan naar de vier gemeenschappen: Vlaanderen, Wallonië, Brussel en de Duitstalige gemeenschap. Tot de regionale bevoegdheden horen o.a. welzijnzorg, ouderenzorg, preventie, erkenning en infrastructuur van ziekenhuizen en organisatie van de eerste lijn. Hierdoor zijn regionale verschillen in de zorgorganisatie ontstaan. Zo bestaan er in Vlaanderen 60 eerstelijnszones (ELZ) met hun respectievelijke zorggraden. Een zorggraad is samengesteld uit maximaal 24 personen waaronder de lokale besturen, de eerstelijnszorgverstrekkers, vertegenwoordigers uit welzijn (bv. diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten, thuiszorgdiensten ...), gebruikersverenigingen en eventueel experts volgens noodzaak. Zij hebben in de vaccinatiecampagne een belangrijke rol gespeeld. In Wallonië en Brussel ontbreken deze kleinere regionale structuren.

Vaccinatie is in essentie preventie en dus een bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten (gemeenschappen en gewesten). Zij zijn verantwoordelijk voor de vaccinatiestrategie, inclusief de aanpassing en de uitvoering van de vaccinatiekalender op niveau van de gemeenschap, de overheidsopdrachten voor de vaccins die zij

bekostigen, het promoten van vaccinatie (via sensibilisatiecampagnes), de evaluatie van de vaccinatiekosten, de vaccinatiegraadstudies enzovoort. Er zijn bijgevolg ook kleine verschillen tussen de vaccinatieprogramma's van de gemeenschappen. Voor de Vlaamse Gemeenschap (in Vlaanderen en Brussel) is het Agentschap Zorg en Gezondheid (AZG) het centrale orgaan verantwoordelijk voor het vaccinatiebeleid, op advies van de Vlaamse Vaccinatiekoepel.

In de Franstalige Gemeenschap (Fédération Wallonie-Bruxelles, FWB) zijn de verantwoordelijkheden verdeeld over verschillende agentschappen, afhankelijk van de plaats of de leeftijdsgroep van de bevolking: het Office national de la Naissance et de l'Enfance (ONE) voor jonge kinderen, de scholen, en voor de vaccinatie van zwangere vrouwen tegen kinkhoest in de FWB, en het Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) voor de volwassenen in Wallonië.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM) is bevoegd voor het vaccinatiebeleid met betrekking tot de bicommunautaire instellingen en voor de maatregelen die opgelegd worden aan individuen wonende op het tweetalig grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De Duitstalige Gemeenschap (Deutschsprachige Gemeinschaft) is verantwoordelijk voor haar eigen vaccinatieprogramma maar gebruikt het platform van de Franstalige Gemeenschap (bijvoorbeeld voor openbare aanbestedingen).

De Belgische federale autoriteiten, waaronder de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, zijn bevoegd voor specifieke aspecten van het beleid inzake vaccinatie. Dit is bijvoorbeeld het geval voor polio, waar de federale overheid instaat voor de controle van vaccinatie tegen poliomyelitis, gezien het verplichtend karakter van deze vaccinatie bij zuigelingen gebaseerd is op een federale bevoegdheid. Een vaccinatieverplichting voor COVID-19 (van bv. het zorgpersoneel vanaf 2022) is tevens een personeelsaangelegenheid en daarom een federale materie.

De oudere populatie werd vroeg in de pandemie heftig geraakt door COVID-19, vooral in de woonzorgcentra. Hulp vanuit de ziekenhuizen was nodig, terwijl de ziekenhuizen tot de federale bevoegdheid horen. De farmaceutische specialiteiten behoren tot de federale bevoegdheid zoals de aankoop van vaccins, de kwaliteitscontrole, ...terwijl het organiseren van het vaccineren een regionale bevoegdheid is en aldus de apothekers in de vaccinatiecentra door de regio's gefinancierd werden om de vaccins voor te bereiden.

Door deze verwevenheid tussen de verschillende bevoegdheden was het snel duidelijk dat continu overleg tussen de federale en de regionale entiteiten een noodzaak was. Hun aanwezigheid zowel in de Task Force als in de werkgroep was van essentieel belang.

1.3.3. DE ORGANISATIE VAN DE SOCIALE ZIEKTEVERZEKERING

De organisatie van de sociale ziekteverzekering in België is uniek in Europa. De ziekteverzekering, gefinancierd door de sociale zekerheid, is een federale bevoegdheid en wordt georganiseerd door de Rijksdienst voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het RIZIV krijgt zijn budgetten vooral via sociale bijdragen op arbeid van de werkgevers, de werknemers en zelfstandigen, gestoeld op het solidariteitsprincipe. De ziekteverzekering is voor iedere inwoner van België verplicht en in principe gratis behalve voor residenten (personen die een ander inkomen hebben dan uit werk). Via verschillende correctiemechanismen is quasi iedereen verzekerd tegen ziekte. In 2020 ging het om 11.360.839 personen^c.

^c bron Riziv

1.3.3.1. DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING

De ziekenfondsen zijn de uitvoerders van de verplichte ziekteverzekering. Ze komen tegemoet in gezondheidszorgen en kennen het vervangingsinkomen toe bij arbeidsongeschiktheid door ziekte. Elke betaling aan een zorgverstreker, in een ziekenhuis en bij aankoop van een geneesmiddel in een apotheek voor een persoon die in aanmerking komt voor een tegemoetkoming door de sociale ziekteverzekering komt toe bij het ziekenfonds. Ziekenfondsen beschikken over al deze facturatiegegevens van elk van hun leden. De ziekenfondsen bezitten een enorme hoeveelheid gegevens over zorggebruik. Zij zijn de enigen die een totaaloverzicht hebben over het gebruik van gezondheidszorg door hun leden. Zo leert een factuur van aankoop van bloeddrukverlagende medicatie dat deze persoon aan hypertensie lijdt. De adviserend artsen, zijn in dienst van de ziekenfondsen en zijn de enigen die in bepaalde gevallen toegang hebben tot medische diagnoses. Binnen de ziekenfondsen staan zij garant voor het bewaken van het medisch beroepsgeheim.

Maar de rol van de ziekenfondsen is ruimer dan louter uitvoerder en dat maakt het systeem uniek in Europa. De ziekenfondsen vertegenwoordigen alle patiënten en zij ijveren samen voor maximale toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorgen. Terwijl zij ook financiële verantwoordelijkheid hebben om met de budgetten verantwoord om te gaan. Onder het toezicht van het RIZIV sluiten de ziekenfondsen overeenkomsten met zorgverstrekkers, zoals over de tarieven en honoraria maar ook over de kwaliteit van de zorg en in bepaalde gevallen over quota.

Het systeem houdt het midden tussen een basispakket van ziekteverzekering voor iedereen (zoals The National Health Service in Engeland of la Caisse primaire in Frankrijk) en een systeem van privé-zorgverzekeraars die voor werkgevers verzekeringspakketten afspreken (zoals in Nederland). Het basispakket in België is echter veel ruimer dan in de UK of in Frankrijk. Het verschil met Nederland is dat er geen bijkomende premie is van de verzekerde en het pakket aan verzekerde zorgen in België onafhankelijk is van de werkgever. Alle ziekenfondsen samen onderhandelen met het RIZIV waardoor elk ziekenfonds hetzelfde aanbod heeft in de verplichte ziekteverzekering. Alle ziekenfondsen verzekeren hetzelfde aan dezelfde tarieven en dit voor een zeer ruim basispakket. De werkgevers zijn niet rechtstreeks betrokken, zij zetelen wel in de algemene raad van het RIZIV die beslissingen van het RIZIV (verzekeringscomité) dient goed te keuren.

Er zijn vijf ziekenfondsen in België met elk een verschillend marktaandeel: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (40,4 %), Landsbond van de neutrale ziekenfondsen (5 %), Nationaal Verbond van de socialistische mutualiteiten (28,4 %), Landsbond van Liberale Mutualiteiten (5 %), Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen (19,4 %). Er zijn twee 'kassen': de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (1 %) en kas der geneeskundige verzorging van HR Rail (0,8 %). Er is een vrije keuze. Wie geen keuze maakt, wordt aangesloten bij de Hulpkas, die wordt beheerd door de overheid. De Kas HR Rail is de sociaal verzekeraar voor het personeel van de spoorwegen en is tegelijkertijd een arbeidsgeneeskundige dienst. De vijf ziekenfondsen en de twee kassen worden samen de verzekeringsinstellingen (VI) genoemd.

1.3.3.2. DE AANVULLENDE ZIEKTEVERZEKERING

De ziekenfondsen doen meer dan de verplichte ziekteverzekering. Zij zijn ook verzekeraars met eigen kapitaal en bieden aan hun leden nog bijkomende tegemoetkomingen aan. De ziekenfondsen werden opgericht voor en door de leden in een geest van voorzorg, onderlinge bijstand en solidariteit en worden bestuurd door de leden op basis van democratische ziekenfondsverkiezingen. Oorspronkelijk werden ze mutualiteiten genoemd, door de wet van 1990 werden het ziekenfondsen. Ze zijn een ledenvereniging, een privé-initiatief, niet enkel een dienstenorganisatie maar ook een beweging en een social profit-organisatie.

Voor elk ziekenfonds is de aanvullende verzekering anders. Vaak gaat het over een complementair aanbod van terugbetalingen van gezondheidszorgen die niet in de verplichte ziekteverzekering zijn opgenomen, bv. een bijkomende vergoeding voor hoorapparaten. De ledenbijdrage voor de aanvullende verzekering verschilt per ziekenfonds (85,8 euro à 99 euro/ jaar).

1.3.3.3. GEZONDHEIDSFONDS

Ziekenfondsen evolueren naar gezondheidsfondsen. Men vertrekt vanuit het principe van positieve gezondheid^d. De ziekte staat niet centraal maar de mens. De nadruk ligt op de veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de mens en niet op de beperkingen of de ziekte zelf. Men evalueert de gezondheidstoestand op basis van 6 dimensies: lichaamsfunctie, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Gezondheidspromotie behoorde reeds tot de kerntaken van een ziekenfonds maar de ziekenfondsen nemen ruimere initiatieven zoals de aanpak van kansarmoede, *health literacy*, digitale kloof ...

Om deze redenen was het engagement en de rol van de ziekenfondsen in de werkgroep vaccinatiestrategie evident. Immers zijn alle patiënten lid van een mutualiteit en zijn de mutualiteiten de grootste patiëntenvertegenwoordigers. In de werkgroep hebben zij steeds geijverd voor het gelijkheidsprincipe en voor het prioriteren van vaccinatie volgens de wetenschappelijke evidentie met extra aandacht voor de gebieden waar de eerste lijn minder was uitgebouwd. Tevens hadden zij een signaalfunctie gezien klachten vaak bij de mutualiteit toekomen. Ze hebben veel mensen de weg gewezen om de juiste informatie te vinden tijdens de pandemie. Ook konden zij op vraag van de patiënt zijn vaccinatiestatus toelichten en de nodige afspraken maken.

1.3.3.4. HET INTERMUTUALISTISCH AGENTSCHAP (IMA)

De ziekenfondsen hebben een enorme hoeveelheid aan indirecte en directe medische gegevens op basis van facturatiegegevens van hun leden. Deze gegevens zitten echter versnipperd over de zeven ziekenfondsen. Daarom hebben de ziekenfondsen in 2002 samen het IMA opgericht om deze informatie tot op Belgisch niveau te kunnen analyseren. De gegevens van de ziekenfondsen worden op pseudo-geanonimiseerde wijze verzameld op één platform. De sleutel om de gegevens te kunnen koppelen aan een individu blijft een verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. O.a. hiervoor hebben de ziekenfondsen zich verenigd in het Nationaal Intermutualistisch College (NIC). In dit college bepalen zij gezamenlijke standpunten zowel op politiek vlak (NICpol) als op medisch inhoudelijk vlak (NICmed) als wat procedures betreft (NIC-GZ) om als één front de rechten en de noden van de sociaal verzekerde te verdedigen.

Het IMA geeft de IMA-atlas uit. Naast demografische en socio-economische gegevens van alle inwoners die zijn aangesloten bij de verplichte Belgische ziekteverzekering, bevatten de IMA-databanken facturatiegegevens van de terugbetaalde gezondheidszorgen.

Het IMA voert zelf analyses uit op de data, al dan niet op vraag van de wettelijke partners. Het voert ook onderzoeksprojecten uit in samenwerking met of in opdracht van federale overheidsinstellingen, Gewesten en Gemeenschappen en in samenwerking met de universiteiten.

^d positieve gezondheid: Institute for Positive health - Machteld Huber

1.3.4. DE STICHTING KANKERREGISTER

België heeft een private Stichting Kankerregister die als taak heeft gegevens over kanker te verzamelen (waaronder de registratie van alle nieuwe kankergevallen in België), aan een kwaliteitscontrole te onderwerpen, te verwerken en analyseren, te coderen en op te slaan, te rapporteren, toegankelijk te maken en te beschermen. Die databank is een onschatbare bron van informatie en het belangrijkste uitgangspunt voor het onderzoek van de Stichting. Zij rapporteert o.a. aan de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Internationaal Agency for Research on Cancer (IARC). De databank is sinds 1999 als volledig te beschouwen voor Vlaanderen en sinds 2004 voor heel België. Door de gezondheidswet van 2006 heeft de Stichting Kankerregister bijkomend toegang gekregen tot een selectie van de gezondheidsgegevens die de ziekenfondsen aanleveren. De koppeling van die gegevens met de eigen databank van het Kankerregister heeft nieuwe impulsen gegeven aan de onderzoeksprojecten die het zowel intern als in samenwerking met andere organisaties uitvoert.

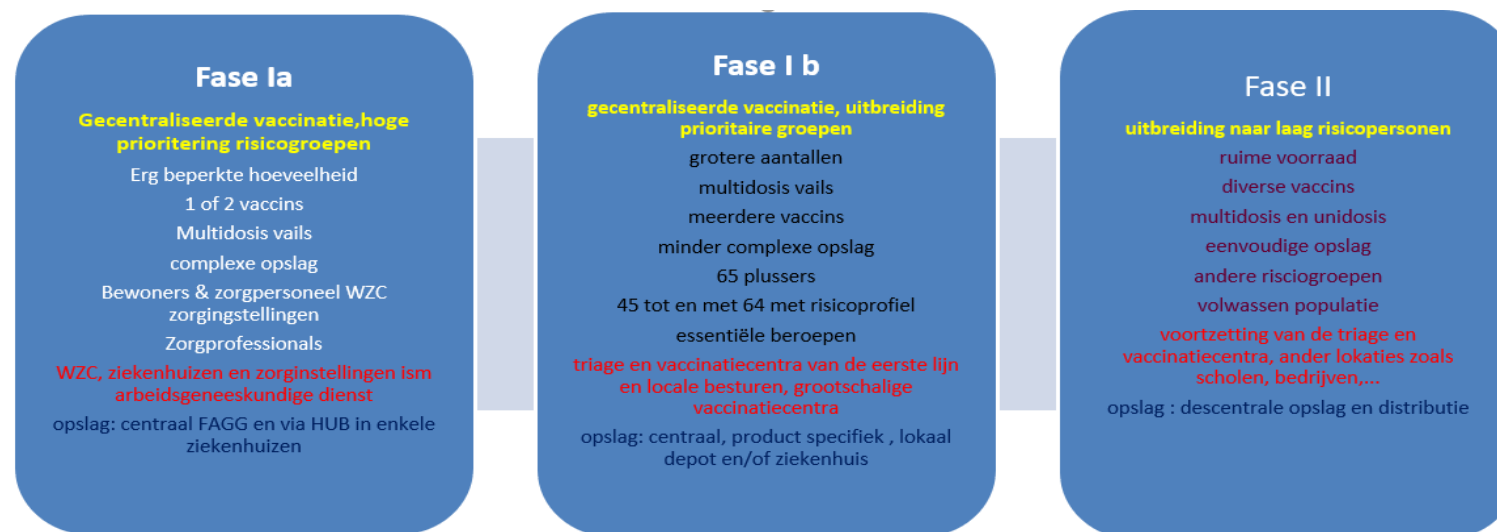
1.4. VACCINATIESTRATEGIE IN BELGIË BINNEN DE COVID-19-PANDEMIE

België maakte een bewuste keuze om prioriteiten in het vaccinatieschema in te bouwen, vertrekkend van risico's en noden. De bedoeling was om hierdoor een positieve impact te hebben op ernstige morbiditeit en mortaliteit, en ook de druk op het zorgsysteem (hospitalisaties en opname op ICU) terug te dringen. Dit maakte het vaccinatieproces organisatorisch meer complex, maar bood de mogelijkheid om aan de bevolking de filosofie en de onderliggende waarden (wetenschappelijke onderbouwing, solidariteit en transparantie) te verduidelijken. Dit kon bijdragen tot een meer duurzaam vaccinatieproces.

- Alle werknemers in de gezondheidszorg (met inbegrip van diegenen die in instellingen voor langdurige zorg werken) om hun gezondheid en een functionele gezondheidszorg te waarborgen in het geval van de volgende golf van COVID-19 of een pandemie (Fase 1a).
- Alle personen ouder dan 65 jaar (Fase 1a);
- Patiënten tussen 45 en 65 jaar met de volgende comorbiditeiten en met een risico op het ontwikkelen van een ernstige COVID-19-pathologie (prioriteit 1 – zie verder):
 - o obesitas, diabetes, hypertensie, cardiovasculaire ziektes, chronische long-, nier- en leverziekten en hematologische maligniteiten tot 5 jaar na de diagnose en alle recente solide kankers (of recente kankerbehandelingen) (Fase 1b).
- Vervolgens inenting van de rest van de populatie (Fase 2).

Toen dit advies werd opgesteld, waren de schattingen voor elke categorie van de prioritaire groep zeer benaderend; er zijn in totaal 4.006.739 personen naar voren geschoven die met voorrang moeten worden gevaccineerd.

Figuur 2



2. WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING VAN DE SELECTIE VAN DE GROEP MET VERHOOGD RISICO.

2.1. DE HOGE GEZONDHEIDSRaad

De HGR is een wetenschappelijk adviserende instelling verbonden aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Er is binnen de HGR een permanente werkgroep Vaccinatie. De adviezen dienen als leidraad voor beleidsmakers en gezondheidswerkers ter bescherming en verbetering van de volksgezondheid. De Hoge Gezondheidsraad kan een beroep doen op een netwerk van experts (een pool van een 1.500-tal experts, alsook 300 benoemde experts) en formuleert onpartijdige en onafhankelijke adviezen op basis van een multidisciplinaire evaluatie van de huidige stand van de wetenschap. Vaccinatie is een van de domeinen waarin hij actief is. Het beslissingsorgaan is het college dat samengesteld is uit 30 benoemde experts en maandelijks vergadert. Het is belast met de samenstelling van de werkgroepen die adviezen en publicaties moeten formuleren en met de validatie van deze adviezen. Eens de adviezen gevalideerd zijn, worden zij in de drie landstalen en het Engels op de website gepubliceerd.

2.2. HET ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRaad

De Hoge Gezondheidsraad heeft verschillende adviezen geformuleerd in het kader van de vaccinatiecampagne. Het was belangrijk om de koppeling te houden met de wetenschappelijke inzichten gedurende de hele vaccinatiecampagne en de flexibiliteit te hebben om de evidentie in te bouwen in de vaccinatiestrategie.

Het eerste rapport op 1 juli 2020 bevat de indeling van de prioritair te vaccineren personen (*vaccination strategy against COVID-19 in Belgium- 9597*). De indeling is gebaseerd op Belgische cijfers over de twee eindpunten: opname in IC en overlijden door covid. De comorbiditeiten bij COVID-19-patiënten die overleden of opgenomen waren op IC werden in kaart gebracht en geëvalueerd. Bijkomend nam men kennis van de recente internationale publicaties. Een aanvulling volgde op 7 oktober 2020. Op vraag van de Task Force Vaccinatie leverde de Hoge Gezondheidsraad op 5 februari 2021 het meer gedetailleerd adviesrapport gebaseerd op dezelfde principes af (9618): *aanbevelingen voor het prioriteren van subgroepen van patiënten jonger dan 65 voor vaccinatie tegen Sars-CoV-2*. Dit vormt de basis voor de vaccinatiecampagne voor personen met comorbiditeit.

Verder zijn er nog de volgende rapporten in rechtstreekse relatie met vaccinatie: advies 962 (09-02-2021) Astra-Zenica Oxfordvaccin bij 65+ jarigen, briefadvies 9635 (02-03-2021) update vaccinatie Covid-19, advies 9626 (11-03-2021): vaccinatie Covid-19 VVN Rep, dringende brief 1 (15-03-2021), voorzetting Astra-Zenica, dringende brief 2 (19-03-2021): voortzetting Astra-Zenica vaccinatie na standpunt EMA, dringende brief 3 (18-04-2021) herverdeling AstraZenica standpunt EMA, advies 9622 (22-04-2021) Vaccinatie tegen Covid-19 bij zwangere vrouwen, advies 9641-9611 (23-04-2021): prioriteiten voor vaccinatie Fasen Ib en II, brief advies 9639 (17-05-2021) vereiste competenties voor vaccinatie, advies 9634 (09-06-2021) 1 of 2 doses indien besmet met Sars-CoV-2 en advies 9655 (09-07-2021) vaccinatie tegen Sars-CoV-2 vanaf 12 jaar.

2.3. VOORNAAMSTE CONCLUSIES VAN HET ADVIESRAPPORT 9618 VAN 05-02-2021: AANBEVELINGEN VOOR HET PRIORITEREN VAN SUBGROEPEN VAN PATIËNTEN JONGER DAN 65 VOOR VACCINATIE TEGEN SARS-COV-2.

Leeftijd blijft de belangrijkste risicofactor voor een ernstige ontwikkeling van ziekte bij Covid-19-besmetting met hospitalisatie en mogelijks overlijden tot gevolg. Na de cohorte + 65-jarigen start men met de cohorte 18- tot 65-jarigen van de personen met comorbiditeit volgens dalende leeftijd. Het rapport gaat uitgebreid in op de criteria

en geeft o.a. advies over de te volgen parameters om de personen met een risicoprofiel te identificeren, bv. via de ATC-codes van medicatie. Per risicofactor geeft men ook weer op basis van welke publicaties men deze keuze heeft gemaakt.

Men deelt de cohorte 18-64-jarigen in drie prioriteiten in. Voor de groep 45- tot 65-jarigen weerhoudt men de reeks prioriteiten 1 (zie tabel 2). Voor de jongere groep tot 18 jaar weerhoudt men slechts een deel van deze prioriteiten als prioriteit 1 en worden de overige beschouwd als prioriteit 3. Personen zonder comorbiditeit van de leeftijd 45-64-jarigen zijn prioritair t.o.v. de risicoparameters: chronische longaandoeningen, chronische hart- en vaatziekten, chronische neurologische aandoeningen, diabetes type 1 en 2, maligne niet hematologische aandoeningen, obesitas en hypertensie. De leeftijd weegt in deze gevallen zwaarder door dan de comorbiditeit.

Tabel 2: samenvatting comorbiditeiten advies Hoge Gezondheidsraad 9618 (05-02-2021)

cohort	Prioriteit 1	Prioriteit 2	Prioriteit 3
45-64- jarigen	Chronische longaandoeningen Chronische hart- en vaatziekten Chronische neurologische ziekten Diabetes 1 en 2 Maligne niet hematologische aandoeningen Maligne hematologische ziekten Chronische leveraandoeningen Chronische nierziekten Immunogecompromiteerden Transplant Syndroom van Down Hypertensie Actieve HIV Zeldzame ziekten	Alle personen zonder comorbiditeit	Iedereen heeft vaccin aangeboden gekregen via prioriteit 1 of 2
18-44- jarigen	Maligne hematologische ziekten Chronische leveraandoeningen Chronische nierziekten Immunogecompromiteerden Transplantpatiënten Syndroom van Down Actieve HIV Zeldzame ziekten	geen	Chronische longaandoeningen Chronische hart en vaatziekten Chronische neurologische aandoeningen Diabetes type 1 en 2 Maligne niet hematologische aandoeningen Obesitas Hypertensie

Op basis van dit rapport besliste de Task Force Vaccinatie de cohorte 18-64-jarigen met een comorbiditeit met prioriteit 1, prioritair te vaccineren nadat de cohorte +65 de kans had gehad zich te laten vaccineren.

De leeftijdsgrens voor patiënten met comorbiditeiten werd medio mei verlaagd tot de 16-jarigen gezien deze leeftijden steeds in de studies van Pfizer en Moderna werden meegenomen. Tijdens de vaccinatiecampagne kregen Pfizer en Moderna op 28 mei 2021 de toestemming van het Europees Geneesmiddelenagentschap om toegepast te worden voor de 12-15-jarigen. Dezelfde redenering werd toegepast voor beide cohorten om risicopatiënten op basis van dezelfde parameters zoals voor de 18-44-jarigen prioritair te vaccineren.

3. STRATEGIE VAN HET SELECTIEPROCES: EEN COMBINATIE VAN CENTRALE (VI) EN DECENTRALE (HA) SELECTIE, AANGEVULD MET INDIVIDUELE SELECTIE DOOR SPECIALISTEN VOOR ZELDZAME AANDOENINGEN.

3.1. INLEIDING

Op basis van het advies van de Hoge Gezondheidsraad (zie punt 2) werd bepaald wie in aanmerking kwam voor een prioritaire vaccinatie. De uitdaging was echter om deze personen zo efficiënt mogelijk te identificeren en zo snel mogelijk uit te nodigen. Een technologische ondersteuning werd uitgebouwd. Er kwam ook een juridisch kader zodat deze mensen konden uitgenodigd worden met respect voor privacy en medisch beroepsgeheim. Geen enkele databank in België bleek alle nodige exacte medische informatie te bezitten. Het was onmiddellijk duidelijk dat een intense complementaire samenwerking tussen verschillende informatiebronnen nodig was in het belang van elke persoon met een verhoogd medisch risico. Om het equity-principe te garanderen koos men voor een complementaire werking van een centrale selectie via het IMA en de ziekenfondsen en een decentrale selectie via de huisartsen. Een uniek werkwijze in Europa.

3.2. JURIDISCHE ACHTERGROND

De vaccinatiecampaagne wordt juridisch gesteund op het Samenwerkingsakkoord van 12 maart 2021 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het Waals Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie over de verwerking van gegevens met betrekking tot vaccinaties tegen COVID-19 (gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 9 april 2021 en inwerking getreden op 14 april 2021).

Een samenwerkingsverband is gebaseerd op het artikel 92*bis*, §1, eerste lid van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen. Dat maakt het mogelijk dat de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten samenwerkingsakkoorden sluiten 'die onder meer betrekking hebben op het gezamenlijk beheer van gemeenschappelijke diensten en instellingen, op het gezamenlijk uitoefenen van eigen bevoegdheden, of op de gemeenschappelijke ontwikkeling van initiatieven.' Het samenwerkingsakkoord werd voor advies voorgelegd aan de Gegevensbeschermingsautoriteit (advies 16-2021 van 10 februari 2021), de "Vlaamse Toezichtcommissie" (advies 2021/13 van 17 februari 2021), de adviezen van de Raad van State (68.832/VR, 68836/VR, 68837/VR, 68.839/VR, 68.840/VR, 68/844/VR van 18 februari 2021), de Vlaamse Raad WVG (advies van 16 februari 2021), het inter-Franstalig overlegorgaan en het overleg in het intra-Franstalige ministerieel comité voor overleg (advies van 15 februari 2021).

Hoewel de titel van dit samenwerkingsakkoord anders doet vermoeden, omvat het niet enkel de juridische basis van de verwerking van gegevens met betrekking tot vaccinaties tegen COVID-19, maar in beperkte mate eveneens de procedure die gevolgd wordt.

Uit het samenwerkingsakkoord kan worden afgeleid dat de procedure bestaat uit twee delen:

1. de activatie van de uitnodiging tot vaccinatie van een burger en de daaraan gekoppelde modaliteiten om een afspraak te maken;
2. de vaccinatie zelf die vervolgens wordt geregistreerd in een centrale databank. De praktische organisatie van de vaccinatie is evenwel een materie die niet in het samenwerkingsakkoord is opgenomen. Dit wordt overgelaten aan de bevoegde overheden om dit binnen hun respectievelijk geografisch grondgebied te regelen.

3.2.1. ACTIVATIE VAN DE UITNODIGING

Artikel 2, § 1 stelt dat aan elke persoon die verblijft op het Belgisch grondgebied in de eerste plaats een ad random vaccinatiecode toegekend wordt. Het geregistreerd verblijven op het Belgisch grondgebied is de vereiste om in aanmerking te komen voor vaccinatie tegen COVID-19. Er wordt niet geëist dat men de Belgische nationaliteit heeft. Het verblijven betekent evenwel dat de persoon ergens officieel staat geregistreerd als verblijvend in België. Het feitelijk verblijven zonder enige vorm van registratie kan niet leiden tot een uitnodiging tot vaccinatie.

Indien een burger op basis van deze strategie in aanmerking komt, wordt de persoon geselecteerd voor een uitnodiging, zodat hij voor de vaccinatie een afspraak kan maken of dat aan hem een afspraakmoment wordt voorgesteld. Hij ontvangt dan een vaccinatiecode. Aangezien de regionale overheden bevoegd zijn voor de praktische organisatie was het mogelijk dat in bepaalde regio's de burger zelf een afspraak moest maken, waar in andere regio's een afspraakmoment vanuit de vaccinatiecentra werd voorgesteld aan de burger.

Wanneer een persoon wordt geselecteerd voor een uitnodiging tot vaccinatie overeenkomstig de vaccinatiestrategie, vastgesteld door de bevoegde autoriteiten, en de betrokkene voor de vaccinatie een afspraak wenst te maken of hem een afspraakmoment wordt voorgesteld, wordt hem daartoe de hem toegekende vaccinatiecode meegedeeld.

Het samenwerkingsakkoord omschrijft geen volgorde van bevolkingsgroepen die gevaccineerd worden. Het laat dit over aan de bevoegde autoriteiten volgens de vaccinatiestrategie die zij voeren. De bepaling van welke personen prioritair worden gevaccineerd geschiedt door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op basis van de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad en de Task Force Vaccinatie. De prioriteringsregels kunnen doorheen de tijd evolueren in functie van evoluerende wetenschappelijke inzichten en de beschikbare vaccins. Uitvoerige en permanent geactualiseerde informatie hierover is beschikbaar op het portaal van Sciensano in het Nederlands, Frans en Duits (<https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-vaccinatie>).

Wel bepaalt het samenwerkingsakkoord dat de selectie geschiedt:

3.2.1.1. OP BASIS VAN LEEFTIJD

Indien de prioritering geschiedt op basis van de leeftijd, geschiedt dit op basis van de informatie afkomstig van het Rijksregister of de kruispuntbankregisters.

3.2.1.2. OP BASIS VAN GEZONDHEIDSTOESTAND

Hoewel het samenwerkingsakkoord de selectie op basis van de gezondheidstoestand expliciet vermeldt, gebeurt deze selectie niet in de Vaccinatiecodes gegevensbank. Of een persoon zich bevindt in een gezondheidstoestand die een prioritaire vaccinatie verantwoordt, wordt beoordeeld hetzij door het ziekenfonds waarbij de betrokkene is aangesloten, op basis van de beschikbare informatie over de terugbetaalde zorg, hetzij door een arts die een zorgrelatie heeft met de betrokkene, op basis van het gezondheidsdossier (Elektronisch Medisch Dossier). Indien een ziekenfonds of een arts die een zorgrelatie heeft met de betrokkene, op basis van de informatie over de gezondheidstoestand, van oordeel is dat die persoon in aanmerking komt voor prioritaire vaccinatie, wordt dit feit aangemerkt in de Vaccinatiecodes gegevensbank, zonder dat enige onderliggende reden wordt meegegeven. Er wordt dus geen enkel inhoudelijk gezondheidsgegeven opgenomen in de Vaccinatiecodes gegevensbank, maar enkel het feit dat de persoon prioritair moet worden uitgenodigd voor vaccinatie op basis van een evaluatie van zijn gezondheidstoestand door het ziekenfonds of een arts.

Het samenwerkingsakkoord expliciteert dat indien voor deze selectie bepaalde informatie nodig is die door de behandelende arts dient aangeleverd te worden, dit toegelaten is. Deze vermelding is noodzakelijk om een gerechtvaardigde beperking te vormen op het strafrechtelijk beschermde beroepsgeheim van de arts (artikel 458 Sw.). Let wel, het samenwerkingsakkoord vermeldt uitsluitend de 'behandelende arts'. Andere behandelende zorgverleners, die ook gebonden zijn door het beroepsgeheim, kunnen deze informatie niet op een gerechtvaardigde wijze delen. Bovendien spreekt het samenwerkingsakkoord van de 'behandelende' arts. Bijgevolg is het niet elke arts die toegang heeft tot de gezondheidsgegevens van een patiënt toegelaten deze gegevens beschikbaar te maken. Deze afwijking van het beroepsgeheim beoogt in geen geval de precieze aard van de gezondheidstoestand op basis waarvan een persoon prioritair gevaccineerd moet worden mee te delen. Enkel de informatie dat de persoon in aanmerking komt door zijn gezondheidstoestand mag worden meegedeeld

Deze mededeling vermeldt dus nooit dat een persoon bijvoorbeeld diabetes heeft, maar enkel dat een persoon prioritair gevaccineerd dient te worden door zijn gezondheidstoestand.

Voor het geheel van de verwerkingen met het informatiesysteem kan een beroep worden gedaan op artikel 9, 2, i) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming, aangezien de verwerkingen kaderen in de bestrijding van een pandemie.

3.2.1.3. OP BASIS VAN BEROEP EN/OF TEWERKSTELLINGSPLAATS

Indien ze geschiedt op basis van het beroep of de plaats van tewerkstelling gebeurt de selectie op basis van een gegevensbank beschikbaar bij de federale staat (zoals RSZ of Cobhra) of de gefedereerde entiteiten of de werkgever.

3.2.2. REGISTRATIE IN VACCINNET

Overeenkomstig artikel 2, § 2 worden de vaccinaties tegen COVID-19 geregistreerd in Vaccinnet door de persoon die het vaccin heeft toegediend of onder wiens toezicht de vaccinatie gebeurt. De registratie in Vaccinnet kan ook door de persoon die het vaccin heeft toegediend of onder wiens toezicht de vaccinatie is gebeurd, worden gedelegeerd aan een gevolmachtigde, die onder zijn verantwoordelijkheid, de registratie in Vaccinnet verricht. Deze gevolmachtigde (inclusief het medisch administratief personeel) is gehouden tot een discretieplicht. Let wel: een discretieplicht is niet hetzelfde als een beroepsgeheim. Een discretieplicht laat toe dat deze informatie bv. toch wordt gedeeld met de toezichthouders van deze gevolmachtigden.

Vaccinnet is het registratiesysteem van de vaccinaties per persoon. Hoewel Vaccinnet een Vlaams initiatief is, wordt het in het samenwerkingsakkoord aangeduid als het gemeenschappelijk informatiesysteem dat zowel Vlaamse, Brusselse, Waalse als Duitstalige vaccinatoren gebruiken. Een gemeenschappelijk informatiesysteem is o.a. noodzakelijk om een optimaal crisisbeheer te voeren, de geneesmiddelenbewaking mogelijk te maken, de vaccinatiegraad van de bevolking en de impact op de ziekteverzekering op te volgen. In artikel 10 van het samenwerkingsakkoord wordt evenwel gestipuleerd in de mogelijkheid om alle gegevens uit deze gegevensbank naar een andere gecentraliseerde gegevensbank te migreren, indien alle ondertekende partijen van dit samenwerkingsakkoord het hierover eens worden. Tot op heden is dit nog niet gedaan.

Het gebruik van Vaccinnet met betrekking tot de vaccins tegen COVID-19 gebeurt met inachtneming van de bepalingen van dit samenwerkingsakkoord.

3.2.3. 3GEGEVENSVERWERKING

Het hoofddoel van het samenwerkingsakkoord is de verwerking mogelijk maken van de persoonsgegevens die noodzakelijk zijn om de vaccinatie-uitnodiging te versturen en de opvolging van de uitgevoerde vaccinaties te doen.

3.2.3.1. PERSOONSGEGEVENS IN DE VACCINATIECODES GEGEVENS BANK

Het samenwerkingsakkoord omschrijft strikt de categorieën van gegevens geregistreerd in een Vaccinatiecodes gegevensbank, gehost in de federale G-Cloud en gezamenlijk beheerd door de gefedereerde entiteiten die verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de vaccinatie en Sciensano. Deze categorieën betreffen voor elke toegekende vaccinatiecode de identiteitsgegevens van de persoon waaraan de vaccinatiecode wordt toegekend, de toegekende betekenisloze vaccinatiecode, gegevens over de status van de betekenisloze vaccinatiecode, desgevallend een verwijzing naar het type vaccin, de datum van toediening en het schema voor vaccinatie evenals, indien relevant, de aanduiding welk type vaccin aan de persoon mag worden toegediend.

Ten slotte betreft het contactgegevens, die, indien daar beschikbaar, worden betrokken bij de zorgverleners, de verzekeringsinstellingen en de authenticatiedienst CSAM. Deze gegevens zijn noodzakelijk om efficiënte uitnodigingen mogelijk te maken en om verspilling van vaccins tegen te gaan, zodat last minute mensen kunnen worden uitgenodigd.

De Vaccinatiecodes gegevensbank bevat geen medische gegevens, met uitzondering van de aanduiding van de vaccinatiestatus. Om te voorkomen dat alleen al door de opname in de gegevensbank indirect informatie over de gezondheidstoestand van een persoon wordt onthuld, krijgt elke persoon een vaccinatiecode toegewezen. De vaccinatiecode wordt alleen geactiveerd voor een persoon die wordt uitgenodigd voor vaccinatie als de bron die de persoon heeft geselecteerd het vaccin niet zelf toedient. Een actieve vaccinatiecode laat de betrokkene of het vaccinatiecentrum toe om één of twee vaccinatie-tijdsloten te reserveren bij een vaccinatiecentrum. Als de bron van de selectie het vaccin niet zelf toedient, leidt de selectie tot de activering van een vaccinatiecode voor de betrokkene in de Vaccinatiecodes gegevensbank. Een vaccinatiecode wordt niet geactiveerd als de persoon al gevaccineerd is tegen COVID-19.

Een persoon die geselecteerd werd voor een vaccinatie-uitnodiging kan door zijn behandelend arts gedeselecteerd worden als er contra-indicaties bestaan voor de vaccinatie. In dat geval wordt de vaccinatiecode gedeactiveerd in de Vaccinatiecodes gegevensbank. Een persoon die weigert om gevaccineerd te worden kan ook zichzelf deselecteren in de Vaccinatiecodes gegevensbank.

Als de vaccinatiecode gedeactiveerd wordt na de eerste dosis van het vaccin en vóór de tweede dosis, vindt geen tweede vaccinatie plaats zolang de code niet terug elektronisch geactiveerd wordt op vraag van de betrokkene (of via zijn huisarts of houder van het GMD).

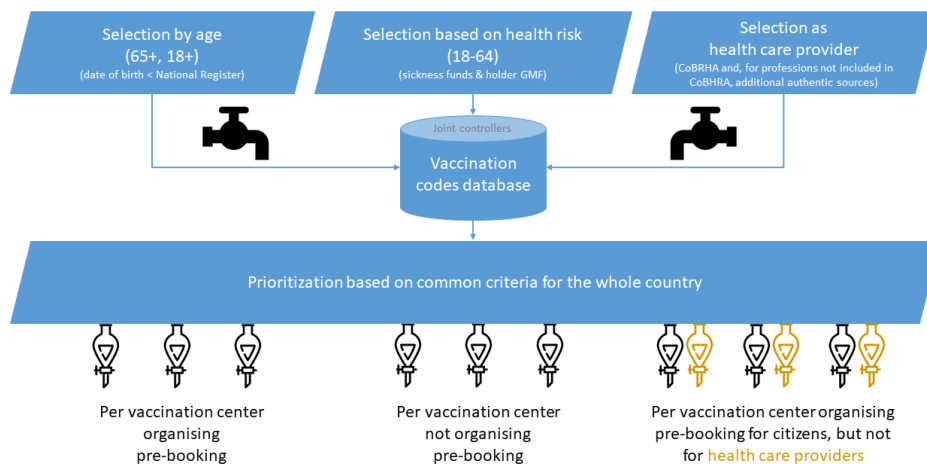
Deze gegevens worden in deze eerste gegevensbank bewaard tot maximaal 5 dagen na de dag van publicatie van het koninklijk besluit dat het einde van de epidemie afkondigt.

Deze gegevens uit de Vaccinatiecodes gegevensbank kunnen worden verwerkt voor volgende doeleinden:

1. het beheren van schema's voor vaccinatie tegen COVID-19 per te vaccineren of gevaccineerde persoon en het inplannen van vaccinatiemomenten, onder meer door de vaccinatiecentra en zorgverleners;
2. het uitnodigen en het aanbieden van ondersteuning bij het uitnodigingsproces, van personen voor vaccinatie tegen COVID-19 door de zorgverleners, de verzekeringsinstellingen, de vaccinatiecentra, de federale overheid, de bevoegde gefedereerde entiteiten en de lokale besturen;

- de logistieke organisatie van de vaccinatie tegen COVID-19, na anonimisering van de gegevens of op zijn minst pseudonimisering van de gegevens als de anonimisering niet zou toelaten om de logistieke organisatie te realiseren.
- feedback naar het elektronisch patiënten dossier, waardoor ook de vaccinatiebarometer gevoed wordt

Figuur 3: algoritme prioritering via de Vaccinatiecodes gegevensbank



3.2.3.2. PERSOONSgegevens IN VACCINNET

Ook de gegevens van een vaccinatie die in Vaccinnet wordt geregistreerd staan strikt omschreven: gegevens over de gevaccineerde persoon, over de persoon die het vaccin toedient (die moet kunnen gewaarschuwd worden over eventuele ongewenste bijwerkingen), over het vaccin, over de omstandigheden van het toedienen van het vaccin, over het schema voor vaccinatie tegen COVID-19 van de persoon aan wie het vaccin wordt toegediend en desgevallend over eventuele ongewenste bijwerkingen van het vaccin (ter plaatse of thuis).

e gegevens over eventuele ongewenste bijwerkingen bevinden zich enkel voor het ogenblik van de vaccinatie facultatief in Vaccinnet en niet met het oog op geneesmiddelenbewaking. Dit laat onverlet de verplichting om de gegevens te registreren over de ernstige ongewenste bijwerkingen van de vaccinatie vastgesteld tijdens of na de vaccinatie van de betrokken persoon, waarvan de persoon die het vaccin heeft toegediend of diens gevolmachtigde kennis heeft of moet hebben. Deze ongewenste bijwerkingen worden rechtstreeks in Vigilance Online Notification System geregistreerd. Ook het GMD van de huisarts bevat een rechtstreekse link om bijwerkingen te registreren.

Het gebruik van het unieke identificatienummer (rijksregisternummer) is absoluut noodzakelijk in dit kader, aangezien de vaccinatiestatus te allen tijde moet kunnen worden gelinkt aan een persoon die op eenduidige wijze wordt bepaald en cruciale informatie bevat voor een kwalitatieve zorgverstrekking. Een eenduidige identificatie van een te vaccineren of gevaccineerd persoon is cruciaal voor een correcte vaccinatie en opvolging van de vaccinatie. Het uniek nummer is de hoeksteen van alle elektronische gegevensuitwisselingen in dat kader; zo niet is geen eenduidige identificatie van de zorggebruiker mogelijk en kunnen er (medische) fouten gemaakt worden. Ten slotte maakt een unieke identificatie het mogelijk om bij problemen snel bepaalde loten van een vaccin terug te kunnen roepen.

Tevens wordt het gebruik van een uniek identificatienummer per zorggebruiker doorheen de Belgische gezondheidsinformatiesystemen opgelegd in artikel 8 van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform. Dit samenwerkingsakkoord en de wet van 21 augustus 2008 bevatten maatregelen om de risico's bij het gebruik van een uniek identificatienummer op te vangen.

Met de plaats waar het vaccin wordt toegediend wordt niet het precieze adres bedoeld, maar wel de aanduiding of bijvoorbeeld de vaccinatie is geschied bij een huisarts, in een bepaald bedrijf, in een bepaalde collectiviteit of in een bepaald vaccinatiecentrum. Dit is bijvoorbeeld nuttig om de vaccinatiegraad binnen bedrijven of collectiviteiten te kunnen vaststellen, of om bij een niet-werkzaam vaccin te kunnen teruggaan naar relevante omstandigheden van de vaccinatie. Het laat bijvoorbeeld ook toe dat de persoon op de juiste vaccinatieplaats gevaccineerd wordt voor de opeenvolgende dosissen met het oog op een betere opvolging.

Deze gegevens kunnen worden verwerkt met volgende doeleinden:

1. het verstrekken van gezondheidszorg en behandelingen, zoals bedoeld in artikel 9, 2, h van de Algemene Verordening Gegevensbescherming, wat uitsluitend beoogd wordt door de vaccinatie en de ondersteunings-, de informatie- en de sensibiliseringsmaatregelen ten aanzien van de burgers voor wat de vaccinatie betreft;
2. de geneesmiddelenbewaking van de vaccins tegen COVID-19, overeenkomstig artikel 12sexies van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen en de gedetailleerde richtsnoeren bekendgemaakt door de Europese Commissie in de "Module VI -Verzameling, beheer en indiening van meldingen van vermoedelijke bijwerkingen van geneesmiddelen (GVP)", zoals ze voorkomen in de laatst beschikbare versie, en zoals bedoeld in artikel 4, paragraaf 1, 3e lid, 3°, van de wet van 20 juli 2006 betreffende de oprichting en de werking van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten;

3. de traceerbaarheid van de vaccins tegen COVID-19 teneinde de opvolging van "rapid alerts van vigilantie" en "rapid alerts van kwaliteit" te verzekeren zoals bedoeld in artikel 4, paragraaf 1, 3e lid, 3°, e, en 4°, j, van de wet van 20 juli 2006 betreffende de oprichting en de werking van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten;
4. het beheren van schema's voor vaccinatie tegen COVID-19 per te vaccineren of gevaccineerde persoon en het inplannen van vaccinatiemomenten, onder meer door de vaccinatiecentra;
5. de logistieke organisatie van de vaccinatie tegen COVID-19, na anonimisering van de gegevens of ten minste pseudonimisering van de gegevens voor het geval dat de anonimisering de logistieke organisatie niet mogelijk zou maken;
6. het bepalen van de anonieme vaccinatiegraad tegen COVID-19 van de bevolking;
7. het organiseren van de contactopsporing in uitvoering van het Samenwerkingsakkoord van 25 augustus 2020 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Duitstalige Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, betreffende de gezamenlijke gegevensverwerking door Sciensano en de door de bevoegde gefedereerde entiteiten of door de bevoegde agentschappen aangeduide contactcentra, gezondheidsinspecties en mobiele teams in het kader van een contactonderzoek bij personen die (vermoedelijk) met het coronavirus COVID-19 besmet zijn op basis van een gegevensbank bij Sciensano;
8. het uitvoeren van de monitoring en surveillance na vergunning van de vaccins overeenkomstig de goede praktijken aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie, na anonimisering van de gegevens of ten minste pseudonimisering van de gegevens voor het geval dat de anonimisering de monitoring en surveillance na vergunning niet mogelijk zou maken;
9. onverminderd de regelgeving inzake de ziekteverzekering, de berekening van de verdeling van de kosten voor de vaccinatie tussen de Federale Staat en de gefedereerde entiteiten, na anonimisering van de gegevens of ten minste pseudonimisering van de gegevens voor het geval dat de anonimisering de berekening van de verdeling niet mogelijk zou maken;
10. het uitvoeren van wetenschappelijke of statistische studies, in overeenstemming met artikel 89, § 1 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming en in voorkomend geval met artikel 89, §§ 2 en 3 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming en titel 4 van de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, na anonimisering, of minstens pseudonimisering, voor het geval dat anonimisering niet zou toelaten de wetenschappelijke of statistische studie uit te voeren;
11. het informeren en sensibiliseren van personen met betrekking tot de COVID-19 vaccinatie door zorgverleners en verzekeringsinstellingen.

3.2.4. VACCINATIE VAN MINDERJARIGEN

Tijdens de vaccinatiecampagne werd het vraagstuk opgeworpen hoe de vaccinatie van minderjarigen vanuit het gezondheidsrecht dient benaderd te worden.

3.2.4.1. PRINCIPE WET PATIËNTENRECHTEN

De wet van 22 augustus 2002 over de rechten van de patiënt gaat uit van de individuele behandelrelatie (= contractuele of buitencontractuele privaatrechtelijke of publiekrechtelijke rechtsverhouding, art. 3) tussen een patiënt en een zorgverlener. Iedere patiënt oefent zelfstandig alle rechten van de patiënt als omschreven in deze wet uit. Dit omvat onder meer het recht op een geïnformeerde toestemming voor elke tussenkomst (art. 8).

Een recht op een geïnformeerde toestemming kan ofwel schriftelijk, ofwel mondeling, ofwel stilzwijgend (art. 8, § 1, lid 2). De stilzwijgende toestemming houdt in dat de zorgverlener, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt, diens toestemming mag afleiden (bv. de patiënt komt naar het vaccinatiecentrum, biedt zich aan en eenmaal in de praktijkruimte rolt zijn mouw op zodat de zorgverlener het vaccin kan plaatsen). Deze drie vormen van toestemming zijn alle drie juridisch even geldig.

De wet schrijft voor dat op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de beroepsbeoefenaar of van de patiënt, de toestemming schriftelijk wordt vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier (art. 8, §1, lid 3).

3.2.4.2. VERTEGENWOORDIGING VAN DE MINDERJARIGE PATIËNT

Het principe dat iedere patiënt zelfstandig zijn patiëntenrechten uitoefent, geldt niet als het een minderjarige patiënt (jonger dan 18 jaar) betreft.

De rechten van deze patiënten worden uitgeoefend door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door zijn voogd (art. 12, § 1). Zij vertegenwoordigen de minderjarige patiënt in de uitoefening van zijn patiëntenrechten.

Voor de minderjarige patiënt zijn het de ouders of de voogd die de toestemming tot vaccinatie moeten geven. Ook hier geldt dat zowel een mondelinge, schriftelijke als stilzwijgende toestemming geldig is. Een stilzwijgende toestemming betekent dan dat de ouders het kind naar het vaccinatiecentrum brengen en begeleiden tot en met de vaccinatie. Een schriftelijke toestemming is niet vereist, maar kan ook hier gevraagd worden.

De minderjarige dient betrokken te worden bij de uitoefening van de patiëntenrechten, rekening houdend met zijn leeftijd en graad van maturiteit (art. 12, § 2, eerste zin).

3.2.4.3. MEDISCHE MEERDERJARIGHEID

In lijn met het principe dat iedere patiënt zelfstandig zijn patiëntenrechten uitoefent, maar als uitzondering op het gegeven dat de ouders als vertegenwoordigers de rechten van de minderjarige patiënt uitoefenen, voorziet de wet patiëntenrechten in het concept van de medische meerderjarigheid (art. 12, § 2, laatste zin).

De medische meerderjarigheid houdt in dat een minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, zelfstandig zijn patiëntenrechten uitoefent. Uit de rechtsverhouding tussen de patiënt en de zorgverlener waarover de wet patiëntenrechten gaat, volgt dat de zorgverlener afweegt of de minderjarige patiënt als medisch meerderjarig kan worden beschouwd.

De wet patiëntenrechten dient echter wel in de tijdsgeest van 20 jaar geleden geïnterpreteerd te worden. Vandaag wordt gezondheidszorg veeleer uitgeoefend in een multidisciplinair team van zorgverleners. En in het kader van de vaccinatiecampagne voor een zeer grote groep van patiënten.

Aangezien de wet onvoldoende aangepast is aan de context van deze vaccinatiecampagne, mag men zich niet blindstaren op het gegeven dat het strikt juridisch genomen de zorgverlener is die de afweging van de medische meerderjarigheid doet, maar kan de overheid daar richtinggevende adviezen in formuleren. De mogelijkheid tot tussenkomst van de overheid is bovendien expliciet voorzien in artikel 3. Aan de Koning wordt de bevoegdheid gelaten om na overleg in de Ministerraad en na advies van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt nadere regels te bepalen over de toepassing van de wet op de bedoelde rechtsverhoudingen, teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming.

De overheid heeft het standpunt ingenomen dat minderjarige patiënten van 16 en 17 jaar in de context van deze vaccinatiecampagne als medisch meerderjarig beschouwd kunnen worden, voor zover ze voldoende zijn geïnformeerd via verschillende kanalen en vragen hebben kunnen stellen ter verduidelijking.

Op het moment dat de minderjarige als medisch meerderjarig wordt beschouwd, primeert terug het principe van de wet patiëntenrechten dat elke patiënt zelfstandig zijn rechten als patiënt uitoefent. De minderjarige mag bijgevolg zelfstandig zijn toestemming geven tot vaccinatie. Aangezien de ouders op dat ogenblik niet meer optreden als vertegenwoordigers, kunnen zij geen toestemming meer geven, noch moeten zij instemmen met de beslissing van de minderjarige. De toestemming kan wederom schriftelijk, mondeling of stilzwijgend gegeven worden. Het gegeven dat de ouders geen toestemming meer kunnen geven, impliceert evenwel niet dat zij niet feitelijk betrokken kunnen worden bij de uitoefenen van de patiëntenrechten door de (medisch meerderjarig) minderjarige. Echter, dit is geen juridisch principe, maar volgt slechts uit de normale gang van zaken.

Het CLB adviseert in het kader van de vaccinaties die zij uitvoert, dat een toestemmingsformulier wordt ondertekend door de ouders. In de uiteindelijke beoordeling of de vaccinatie kan plaatsvinden, gaat men echter wel uit van de principes van de wet patiëntenrechten. Het gebruik van een schriftelijke toestemming doet evenwel verkeerd de schijn ontstaan dat de ouders ook bij een medisch meerderjarige patiënt nog steeds mogen toestemmen. Om deze schijn van toestemmingsbevoegdheid te vermijden, wordt het afgeraden te werken via een toestemmingsformulier door de ouders. Er dient eerder ingezet te worden in het betrekken van de ouders bij het informeren van de (medisch meerderjarig) minderjarige.

3.2.4.4. CONFLICT

Als de ouders en de (medisch meerderjarig) minderjarige patiënt het niet eens zijn over de toediening van het vaccin kunnen volgende scenario's zich voordoen:

Ouders willen vaccin, de minderjarige niet

Het vaccin zal niet worden toegediend. De minderjarige patiënt mag als medisch meerderjarige de toestemming voor het vaccin weigeren. De weigering van de minderjarige patiënt mag niet beschouwd worden als een bewijs dat de minderjarige nog niet tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht.

Zelfs als de minderjarige patiënt nog niet als medisch meerderjarig kan worden beschouwd, kan de minderjarige patiënt niet manu militari verplicht worden gevaccineerd te worden. De minderjarige patiënt moet steeds, rekening houdend met zijn leeftijd en graad, betrokken worden bij de uitoefening van zijn patiëntenrechten. Dit impliceert dat een dergelijke verplichting niet mogelijk is.

Ouders willen geen vaccin, de minderjarige wel

Indien de ouders niet willen dat hun kind gevaccineerd wordt, maar de (medisch meerderjarige) minderjarige wel, is er volgens de wet patiëntenrechten strikt genomen geen conflict. De minderjarige patiënt mag zelfstandig zijn rechten als patiënt uitoefenen. De ouders vertegenwoordigen het kind niet meer en kunnen niet tussenkomen.

In de praktijk zal dit wel tot een conflict leiden die de gezinssituatie onder spanning kan zetten. Het is dan aangewezen dat een derde partij betrokken wordt, zoals de huisarts of de CLB-arts, als vertrouwenspersoon die het feitelijke conflict kan trachten te ontmijnen.

In het kader van vaccinaties via het CLB wordt daarrond aangeraden een schriftelijke bevestiging van de toestemming van de minderjarige patiënt te vragen. Dit kan bijgetreden worden.

Ouders zijn het onderling niet eens

Deze situatie doet zich enkel voor bij een minderjarige die nog niet tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht en waarbij de ouders wel optreden als vertegenwoordigers van de minderjarige.

In geval van onenigheid tussen de ouders tracht de zorgverlener (huisarts, CLB-arts) bemiddelend op te treden. Kan hier geen oplossing gevonden worden? Dan zal de jeugdrechter oordelen in het belang van de minderjarige patiënt of de vaccinatie kan plaatsvinden of niet.

3.3. DE SELECTIE

Er werden drie selectieprocedures gebruikt om personen met een verhoogd risico te detecteren: een centrale selectie via nationale gegevensbanken, een decentrale selectie via de GMD-houdende huisarts en een aanvullende selectie, gericht op specifieke doelgroepen, via de huisarts en de specialist.

3.3.1. DE CENTRALE SELECTIE

3.3.1.1. UITGANGSPUNTEN.

De bedoeling van de centrale selectie was om een brede basiselectie te doen om zoveel mogelijk personen te capteren met een risicoprofiel, ook de personen die bijvoorbeeld geen huisarts of GMD-arts hebben. Dit was belangrijk door de regionale verschillen, o.a. voor het hebben van een GMD. Het IMA beschikt in gepseudonimiseerde vorm over de facturatiegegevens van de terugbetaalde gezondheidszorg van alle mutualiteiten. Uit deze enorm uitgebreide databank kan onrechtstreeks de medische toestand van een persoon worden afgeleid. De selectiecriteria vastgelegd door de Hoge Gezondheidsraad met prioriteit 1 (zie tabel 2) werden vertaald naar zoekalgoritmen voor de facturatiegegevens. Door deze onrechtstreekse benadering was het niet mogelijk om met chirurgische nauwkeurigheid de selectie door te voeren. Echter een risicopersoon niet selecteren omwille van strikte parameters werd beschouwd als een ernstigere fout dan een niet-risicopersoon op te nemen in de prioritair te vaccineren groep. De selectieparameters werden dus ruim geïnterpreteerd. Na de selectie kon het CIN de gepseudonimiseerde gegevens koppelen aan rijksregisternummers.

3.3.1.2. ENKELE LIMIETEN VAN DEZE CENTRALE SELECTIE.

Zoals hoger aangegeven bevat geen enkele databank in België de exacte informatie. Gezien de IMA-databank enkel facturatiegegevens bevat, stuiten we op enkele limieten:

- De datacollectie van het IMA liep achter op de reële prestatiedatum. Op het moment van de selectie (2 april 2021) zijn de IMA-data volledig tot en met 31 december 2020. Personen die pas vanaf 2021 voldoen aan de selectiecriteria worden met deze centrale selectie niet gedetecteerd.
- Voor de personen met kanker was het onmogelijk facturatiegegevens te gebruiken om hen te identificeren. Een te grote onnauwkeurigheid zou ontstaan gezien de Hoge Gezondheidsraad immers een verschillende prioriteit toekent aan hematologische en vaste tumoren. Het was daarom nodig voor deze groep met een exacte diagnose te werken. Hiervoor werd een beroep gedaan op de Stichting Kankerregister die de selectie kon doorvoeren.
- Enkel de seropositieve HIV-patiënten met een actieve ziekte werden weerhouden als risicopatiënt. De IMA-databank bevat geen laboresultaten. Daarom werd voor deze groep gekozen om enkel een beroep te doen op de decentrale selectie door de huisarts.
- Op basis van de IMA-databank kan geen BMI worden bepaald. Voor patiënten met obesitas gebeurde de selectie via de decentrale selectie door de huisartsen. Echter personen die een reducerende gastroplastie ondergingen of een ademhalingsondersteuning nodig hebben omwille van hun obesitas konden wel centraal geselecteerd worden door de nauwkeurigheid van deze parameter. Een belangrijk deel van de obesitaspatiënten werd ook (indirect) centraal gecapteerd door een comorbiditeit zoals hypertensie, diabetes ...

- Personen met zeldzame aandoeningen (met uitzondering van de mucopatiënten) hebben te weinig specifieke facturen om onrechtstreeks de aandoening af te leiden. Voor deze kleine groepen gebeurde een complementaire aanmelding van specialisten via een webapplicatie in de ziekenhuizen die deze personen intens opvolgen.
- De facturatiegegevens van de IMA-databank zijn te weinig specifiek om personen met het syndroom van Down te identificeren. De resultaten van chromosombepalingen zitten niet in de facturatiegegevens. Ook voor deze personen is gekozen om de selectie enkel decentraal door de huisartsen te laten gebeuren.

3.3.1.3. DE VERTAALSLAG NAAR PARAMETERS TOEPASBAAR OP FACTURATIEGEGEVENS

In de volgende tabel zijn de selectiecriteria voor prioriteit 1 van het advies van de Hoge Gezondheidsraad (zie tabel 2) vertaald in parameters die we terugvinden in facturatiegegevens. Met deze parameters is een “query” toegepast op de IMA-databank om de selectiecohort te bekomen.

Tabel 3: vertaalslag comorbiditeiten in algoritmen voor de facturatiegegevens

Co-morbiditeit	leeftijd	Zoekperiode: 31/12/2020	x- Facturatiegegevens/nomenclatuur
Chronische longaandoening	45-64	18 maanden	Aankoop medicatie ATC-code R03 (min 90 DDD) Factuur chronisch zuurstofgebruik, Factuur beademing Factuur slaapapnoebehandeling via cPAP Factuur respiratoire revalidatie Factuur nomenclatuur restrictieve longchirurgie Factuur nomenclatuur Kine E pathologie
		60 maanden	Factuur van longfunctieonderzoek (twee maal per jaar)
	12 maanden	Aankoop medicatie minstens twee producten (90 DDD) met ATC-code: A09AA02 R05CB01 R05CB13 J04AB04 J01GB01 J01XB01 J01XB01	
Chronische hart- en vaatziekten	45-64	18 maanden	Aankoop medicatie met ATC-codes: C01 C05 C08 C09 C10 (vasoprotectives, b blokkers, ca channel blokkers, renine angiotensine antagonist en hypolipemiërende medicatie) minstens 90 DDD Factuur cardiale revalidatie
		60 maanden	Factuur nomenclatuur chirurgie grote bloedvaten Factuur nomenclatuur cardiochirurgie Factuur locomotorische revalidatie andere dan groep B4

Chronische neurologische ziekten – dementia	45-64	12 maanden	Factuur aankoop medicatie met ATC-code (90 DDD) L04AA31, L03AX13, L03AB07, L03AB13, L04AA34 Factuur logopedische behandeling in het kader van afasie, dysartrie en chronische spraakstoornissen bij neuromusculaire aandoeningen, Parkinson en MS. Factuur locomotorische revalidatie andere dan groep B4 Factuur revalidatie in geheugenklinieken, minimum 4 maal Factuur revalidatie in een neuromusculair referentiecentrum Factuur multidisciplinair revalidatie oa NAH problematiek
		60 maanden	Factuur aankoop medicatie met ATC-code (90 DDD) N06DA04, N06DA03, N06DA02
Diabetes 1 en 2	45-64	12 maanden	Factuur aankoop medicatie met ATC-code (90 DDD) A10 Factuur diabetes pre-traject en diabetes zorgtraject Factuur diabetes conventie (type 1 en 2 diabetes onder insulinetherapie, al of niet met pomp, continue glucose monitoring of sensor)
Obesitas	45-64	12 maanden	Factuur ademhalingsondersteuning bij hypoventilatie door obesitas Factuur nomenclatuur reducerende gastroplastie
Maligne Niet hematologische aandoeningen	45-64	60 maanden	Kankerregister op basis van anatomopathologisch verslag
Maligne hematologische aandoeningen	18-64	60 maanden	Kankerregister op basis van anatomopathologisch verslag
Chronische leveraandoeningen	18-64	18 maanden	Factuur medicatie met ATC-code (90 DDD) A06AD11
Chronische nierziekten	45-64	12 maanden	Factuur medicatie met ATC-code (90DDD) V03AE, A11CC03 Factuur nomenclatuur zorgtraject chronische nierinsufficiëntie
	18-64	12 maanden	Factuur medicatie met ATC-code (vanaf 1 DDD) B03XA01 Factuur nomenclatuur van hemodialyse onder gelijk welke vorm
Immuno-gecompromitteerden	18-64	12 maanden	Factuur medicatie met ATC-code (vanaf 1 DDD) L04A
Transplantpatiënten	18-64	60 maanden	Factuur HLA-typering bij het inschrijven op de Eurotransplantlijst

			Factuur stamceltransplantatie Factuurnomenclatuur orgaantransplantatie Factuur nomenclatuur bridge-to-transplant of bridge to decision
Hypertensie	18-64	12 maanden	Factuur medicatie met ATC-code C02, C03, C07
Zeldzame aandoeningen	18-64	1 jaar	Aankoop van minimum 2 medicatie (90 DDD) met ATC-code A09AA02, R05CB01, R05CB13, J04AB04, J01GB01, J01XB01, J01XB01 Factuur van een muco referentiecentrum Factuur Locomotorische revalidatie (B4)
Syndroom van Down	18-64		Geen data in de centrale selectie
Actieve HIV	18-64		Geen data in de centrale selectie

3.3.1.4. DE CENTRALE SELECTIEPROCEDURE

Op basis van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994 moeten de mutualiteiten over medische informatie kunnen beschikken om hun werk als uitbetalingsorgaan te garanderen en controle te kunnen uitoefenen. Zij vormen ook het absolute eindpunt voor deze informatie om de privacy en de bewaking van het medisch beroepsgeheim te garanderen. De juridische voorwaarden om de centrale selectie uit te voeren dienden vooreerst zorgvuldig vervuld te zijn (zie ook juridisch aspecten). Men maakt immers indirecte medische gegevens zonder expliciete toestemming van de betrokken personen over aan een overheid. Het K.B. van 24 december 2020 over de registratie en behandeling van gegevens met betrekking tot de vaccinatie tegen COVID-19 biedt het juridisch kader. Het samenwerkingsakkoord met de verschillende deelregeringen werd als laatste door COCOM (Brussel) ondertekend op 2 april 2021. Ondertussen was er een gunstig advies van het informatieveiligheidscomité op 8 februari 2021 over de verschillende informatiestromen en een gunstig advies van de gegevensbeschermingsautoriteit op 10 februari 2021. Deze laatste beroept zich op het vitaal belang van de vaccinatiecampagne voor de bevolking. Hierdoor zijn de verzekeringsinstellingen verplicht de selectie door te geven. Er is geen toestemming nodig van de individuele personen. De verzekeringsinstellingen kunnen personen die geselecteerd zijn niet schrappen. Evenwel heeft de betrokken persoon inzage recht; hij moet kunnen geïnformeerd worden of hij tot de selectie behoort. In het kader van het samenwerkingsakkoord werd een opdrachtbrief ondertekend door Vlaams minister van Volksgezondheid Wouter Beke, als voorzitter van de interministeriële conferentie Volksgezondheid op 12 maart 2021.

De centrale selectie werd in *one shot* geïmplementeerd op 2 2021. Het Kankerregister maakte zijn selectie van de risicopatiënten over aan het NIC op basis van rijksregisternummers. Het IMA paste

de boven vermelde query toe op zijn datawarehouse en de bekomen selectie pseudo-geanonimiseerde gegevens werd door NIC gekoppeld aan het rijksregisternummer. De NIC-verwerking splitste de lijst op per verzekeringsinstelling op basis van de authentieke bron "NIC-Filter" (met mutualistische aansluiting). De specifieke lijst per verzekeringsinstelling werd beveiligd overgemaakt aan de medische directie van de corresponderende VI. Op deze wijze werd het medisch beroepsgeheim gerespecteerd via de bevoegdheid van de arts-directeur.

Na een *go* van alle medisch directeurs van de verzekeringsinstellingen maakte het NIC de lijst over aan de Vaccinatiecodes gegevensbank om de overeenstemmende codes te activeren en de parameter mee te geven voor het type vaccin. De identiteit van de activatiepartner (hier NIC) werd eveneens opgeslagen in de Vaccinatiecodes gegevensbank.

3.3.1.5. DE RESULTATEN VAN DE CENTRALE SELECTIE

In totaal werd een cohorte van 1.154.957 personen geselecteerd als personen met een risico comorbiditeit en geactiveerd voor prioritaire vaccinatie. Dit is de verdeling over de verschillende leeftijdscategorieën:

Tabel 4: cohorte centrale selectie personen met comorbiditeiten

Categorie	Leeftijdsklasse	aantal	Totale populatie	% risicopersonen
18-44 j	18-24 j	3085	925458	0,33
18-44 j	25-29 j	3932	739469	0,53
18-44 j	30-34 j	5317	743369	0,72
18-44 j	35-39 j	6690	748921	0,89
18-44 j	40-44 j	8356	736872	1,13
45-64 j	45-49 j	152802	767667	19,90
45-64 j	50-54 j	235959	790892	29,83
45-64 j	55-59 j	333821	799736	41,74
45-64 j	60-64 j	404995	723739	55,96
totalen		1.154.957	6.976.123	16,56

Vanaf 4 april 2021 konden deze personen volgens dalende leeftijd prioritair uitgenodigd worden voor een vaccinatie. De snelheid van oproepen tot vaccinatie werd op dat ogenblik vooral bepaald door de beschikbare vaccins, de capaciteit van de vaccinatiecentra en de vaccinatiegraad van de voorgaande cohorte (de 65-plussers). Vlaanderen

was op dat moment nog bezig met de leeftijdscategorie 70-74 jaar en nodigde de eerste personen met risico uit in de vierde week van april 2021. Brussel en Wallonië waren verder gevorderd in de leeftijdscategorieën door een lagere vaccinatiegraad in vergelijking met Vlaanderen. In Brussel speelde ook de jongere leeftijdsstructuur van de bevolking een rol. Hierdoor konden de personen met risico in Wallonië en Brussel worden uitgenodigd voor vaccinatie in de eerste week van april. Dit was ook het geval voor de Duitstalige gemeenschap. De decentrale selectie van de huisartsen ging van start op 13 april 2021 (zie punt 3.5)

Om het inzage-recht te garanderen kon elke persoon zijn persoonlijke selectiestatus en vaccinatiestatus bekijken via www.myhealthviewer.be. Er was een aanvullend circuit via de mutualiteiten voor mensen die er niet in slaagden via myhealthviewer de nodige info te vinden. Sommige ziekenfondsmedewerkers konden leden informeren over de selectie en hun vaccinatiestatus, onder delegatie van de arts-directeur. Dit om zowel de patiëntenrechten als het medisch beroepsgeheim te garanderen.

Om de fraudegevoeligheid van de selectie te minimaliseren, konden medewerkers van de verzekeringsinstellingen geen bijkomende personen toevoegen of schrappen aan de *one shot* centrale selectie. De huisartsen beschikten wel over beide opties.

3.3.2. BESCHRIJVING VAN DE DECENTRALE SELECTIE

3.3.2.1. UITGANGSPUNTEN EN METHODE

Het elektronisch medisch dossier (EMD) van de GMD-houdende huisartsen is de meest omvattende bron van medische informatie in onze gezondheidszorg. Indien het EMD goed beheerd wordt door de huisarts vormt het een ideale bron om risicopersonen te identificeren. Het knelpunt van deze strategie vormt echter de datavolledigheid (gestructureerd en gecodeerd) van het EMD.

Het EMD laat toe om een elektronische zoektocht in het patiëntenbestand van de huisarts uit te voeren. Zo kunnen risicopatiënten geïdentificeerd worden op basis van gestructureerde en gecodeerde gegevens in hun dossier. Bovendien kunnen dergelijke *queries* diagnoses die niet gecodeerd werden, toch identificeren: zo kan bv. een patiënt zonder de gecodeerde diagnose hypertensie worden geïdentificeerd aan de hand van een aantal verhoogde bloeddrukmetingen. Huisartsen kunnen zelf dergelijke *queries* ontwikkelen in hun EMD met de statistiekmodule. De EMD-ontwikkelaar kan deze elektronische zoektochten ook centraal ontwikkelen voor alle gebruikers, gestandaardiseerd en geautomatiseerd. Voor deze methode is gekozen bij de decentrale selectie van personen met comorbiditeiten. Het voordeel van deze strategie is ten eerste dat je veel meer flexibiliteit hebt en minder beperkt bent in het ontwerpen van de queries. Ten tweede krijg je op deze manier uniforme resultaten die alle gebruikers met *één druk op de knop* op dezelfde manier uitvoeren. Het knelpunt is dat er acht EMD-ontwikkelaars zijn in België. Niet elk EMD is op dezelfde manier geconcipieerd waardoor de queries vertaald moeten worden naar elk EMD-programma. Dit betekent ook dat er soms verschillen kunnen optreden tussen de EMD-systemen naar output van de bevraging.

Samen met Bemeso en Agoria, de organisaties die de EMD-ontwikkelaars vertegenwoordigen, werd in januari 2021 een plan opgesteld om de nodige ontwikkelingen te doen in de EMD-systemen. Dit zou de huisartsen toelaten hun rol op te nemen in de COVID-19-vaccinatiestrategie.

Het ontwikkelingsproces bestond uit 3 stappen:

1. de ontwikkeling van een diagnostische tool om de huisartsen te helpen hun risicopatiënten correct te registreren,
2. de ontwikkeling van queries om risicopatiënten te identificeren en hun selectie op te laden in de Vaccinatiecodes gegevensbank (VCDB)

3. de ontwikkeling van een tool (vaccinatiebarometer) om de vaccinatiegraad in de eigen praktijk te kunnen opvolgen (zie 3.9).

Om deze ontwikkelingen snel te kunnen realiseren werd met het RIZIV en eHealth afgesproken dat de homologatievereisten voor de EMD-systemen tijdelijk *on hold* zouden worden gezet tot eind april 2021.

Om de gevraagde ontwikkelingen binnen de EMD-systemen zo uniform mogelijk te laten lopen was er een wekelijks overleg tussen huisartsen, EMD-ontwikkelaars, en vertegenwoordigers van Bemeso en Agoria. Men besprak de geplande ontwikkelingen en de communicatiestrategie naar de gebruikers. Daarnaast overlegden eHealth en de EMD-ontwikkelaars regelmatig over de connectie (API) tussen de EMD-systemen en de VCDB.

3.3.2.2. DE DIAGNOSTISCHE TOOL

De diagnostische tool werd op 15 februari 2021 geïmplementeerd in de EMD-systemen. Deze bevatte vier queries waarmee de huisartsen potentiële risicopatiënten konden identificeren die nog niet correct geregistreerd werden in hun EMD. Het ging om queries voor diabetes mellitus, chronische nierinsufficiëntie, chronische longaandoeningen en chronische cardiovasculaire aandoeningen. Met behulp van *proxies* voor deze aandoeningen (Hemoglobine A1C- en glycemiewaarden en medicatie voor diabetes, eGFR-waarden voor nierinsufficiëntie en medicatie voor de long- en cardiovasculaire aandoeningen) werden patiënten geïdentificeerd die mogelijks deze aandoeningen hadden, maar nog geen ICPC- gecodeerde diagnose kregen. Op deze manier werd de beschikbare medische informatie gestructureerd. Ook de kwaliteit van de Sumehrs^e verbeterde. Daarnaast kregen huisartsen informatie over de risicopatiënten die in aanmerking kwamen voor een prioritaire COVID-19-vaccinatie. Ze werden gestimuleerd om zoveel mogelijk het gewicht, het BMI en aandoeningen van patiënten correct te registreren.

3.3.2.3. SELECTIEQUERIES COMORBIDITEITEN

De tweede stap was de ontwikkeling van de queries om risicopatiënten voor een prioritaire vaccinatie te identificeren. Er werden 2 queries ontwikkeld: een query voor het identificeren van de groep 1-risicopatiënten en een query voor het identificeren van de groep 3-risicopatiënten. Patiënten met chronische psychische aandoeningen en sociaal kwetsbare patiënten kwamen ook bij de groep 1-risicopatiënten. Op 2 april 2021 werd de query voor groep 1 ter beschikking gesteld van de huisartsen. Met één druk op de knop kon een huisarts de risicopatiënten identificeren en met een tweede druk de gegevens van de geselecteerde risicopatiënten opladen in de VCDB. Het EMD communiceerde geen medische informatie met de VCDB, enkel het rijksregisternummer. In de week van 3 mei 2021 werd de query voor groep 3 ter beschikking gesteld van de huisartsen.

Naast de geautomatiseerde queries voor het identificeren en selecteren van risicopatiënten voor een prioritaire vaccinatie, konden huisartsen vanaf 2 april 2021 ook individuele patiënten als risicopatiënt opladen in de VCDB. Soms werd een patiënt niet door de geautomatiseerde query geïdentificeerd maar moest hij toch als risicopatiënt beschouwd worden. Dit kon zich voordoen wanneer de aandoening van de patiënt niet juist geregistreerd (gecodeerd) was, de patiënt geen globaal medisch dossier (GMD) bij de huisarts had, maar wel een therapeutische relatie met de huisarts, of wanneer de patiënt een aandoening had die niet opgenomen was in de

^e Sumehrs = summarized electronic health record = elektronische samenvatting van het medisch dossier met minimale gegevens die een arts nodig heeft om je gezondheidstoestand in te schatten. Zo kan een arts die je medische voorgeschiedenis niet kent, je vlug de juiste zorg toedienen.

geautomatiseerde query (bv. een zeer recente aandoening). In april kwamen ook zwangere vrouwen in aanmerking om als risicopatiënt door te sturen naar de VCDB (zie verder). Deze laatste toepassing werd samen met de query voor groep 3 geïmplementeerd in de eerste week van mei 2021.

De huisartsen kregen op twee manieren informatie over de nieuwe mogelijkheden in hun EMD. Enerzijds organiseerde Domus Medica samen met de EMD-ontwikkelaars webinars in Vlaanderen. De webinar duurde een uur: een half uur algemene uitleg over de procedures en concepten en een half uur specifieke *hands-on* uitleg binnen elk EMD-pakket. Anderzijds stuurden de EMD-ontwikkelaars communicatie over de nieuwe ontwikkelingen naar hun gebruikers, samen met handleidingen en educatief materiaal.

3.3.3. GEGEVENS OVER HET VERLOOP VAN HET DECENTRALE SELECTIEPROCES.

3.3.3.1. DE DIAGNOSTISCHE TOOL

Vanuit de Intego-databank kunnen we de impact documenteren van de diagnostische tool op het registreren van diabetes mellitus, chronische nierinsufficiëntie, chronische longaandoeningen en chronische hartaandoeningen. We kunnen aantonen wat het relatieve verschil^f is van het aantal nieuwe registraties (bestaande en nieuwe gevallen) voor deze diagnosen tussen begin februari 2021 tot en met mei 2021 tegenover dezelfde perioden in de jaren voor de COVID pandemie.

3.3.3.2. DE SELECTIEQUERIES COMORBIDITEITEN

De wekelijkse cijfers van het aantal risicopatiënten dat door huisartsen werd opgeladen in de VCDB (zie verder het onderscheid tussen patiënten die enkel door huisartsen en door mutualiteiten en huisartsen opgeladen werden).

3.3.3.3. DEELNAME AAN DE WEBINARS GEORGANISEERD DOOR DOMUS MEDICA

- Webinar vaccinatiebarometer 16-06: 205
- Webinar vaccinatiebarometer 28-04: 135
- Webinar: selectie risicopatiënten 24-03: 648
- Webinar: audit tool 04-02: 316
- Webinar: audit tool 02-02: 414

^f Dit is beperkt tot het aantal groepspraktijken (n=104) die met CareConnect als EMD werken en reeds als 'goede' registratoren bestempeld worden uit voorgaande initiatieven.

3.3.4. AANVULLENDE SELECTIE, GERICHT OP SPECIFIEKE (SUB)DOELGROEPEN

3.3.4.1. INLEIDING

De synergie tussen de centrale en de decentrale selectie werkte sterk complementair. Toch was er nog bijkomende bijsturing nodig zodat tijdig kon worden ingespeeld op het voortschrijdend inzicht en de meest recente wetenschappelijke gegevens. Bijkomende circuits boden de garantie dat niemand die recht had op een prioritaire vaccinatie deze zou missen ('*leave no one behind*').

3.3.4.2. PERSONEN MET EEN ZELDZAME AANDOENING

Er is vaak weinig informatie in de eerste lijn over personen met zeldzame aandoeningen die vaak in de derde lijn op een zeer specifieke specialistische manier worden begeleid. Ook hun facturatiegegevens bij het ziekenfonds zijn te weinig specifiek om hen op basis van de IMA-gegevens te kunnen detecteren. Noch de centrale noch de decentrale selectie bood hier een oplossing. Er werd een aanvullend systeem opgezet met referentieartsen-specialisten in elk ziekenhuis. Via een webapplicatie konden zij deze personen activeren in de Vaccinatiecodes gegevensbank.

3.3.4.3. ZWANGERE VROUWEN

In de loop van de vaccinatiecampagne verscheen het advies van de Hoge Gezondheidsraad over het prioritair vaccineren van zwangere vrouwen. De zwangere vrouwen zijn niet nauwkeurig gekend in de facturatiegegevens bij het IMA maar zijn wel vaak gekend in de eerste lijn. Er kwam een bijkomende selectiemogelijkheid in de softwarepakketten van de huisartsen zodat de huisarts deze patiënten manueel kon activeren. Vrouwen die enkel gevolgd werden door gynaecologen werden verwezen naar een huisarts om de activatie in de Vaccinatiecodes gegevensbank te laten uitvoeren.

3.3.4.4. IMMUUNGECOMPROMITTEERDE PERSONEN.

Op 17 augustus 2021 publiceerde het KCE het rapport: *rapid review of the evidence on a Covid-19 booster dose after a primary vaccination schedule*. Het rapport bevat een doorgedreven evaluatie van de doorbraakinfecties bij gevaccineerde patiënten, zowel nationaal als internationaal, en dit leidt tot de volgende aanbeveling:

'Met de huidige kennis lijkt een selectief gebruik van een extra/booster mRNA-dosis (zelfs vanaf een paar maand na basisvaccinatie) zinvol in immuun-gecompromitteerde personen:

- Patiënten met aangeboren afweerstoornissen
- Patiënten op chronische nierdialyse
- HIV-patiënten (CD4 T-cellen <200 cellen per mm³)
- Patiënten met bloedkanker of andere maligne tumoren die in actieve behandeling zijn/waren de voorbije jaren
- Stamcel transplant en orgaantransplant patiënten

- Patiënten met inflammatoire ziekten die behandeld worden met immunosuppressiva'

Op 24 augustus 2021 bevestigde de Hoge Gezondheidsraad in een advies de aanbevelingen uit dit rapport.

Op 31 augustus 2021 gaf minister Wouter Beke als voorzitter van de IMC (Interministeriële Conferentie) de opdracht aan de mutualiteiten om de selectie uit te voeren zodat immuungecompromitteerde personen voor een extra prik kunnen worden uitgenodigd. Het informatieveiligheidscomité (IVC) gaf zijn goedkeuring op 7 september 2021. Opnieuw koos men voor een complementaire werking tussen een centrale selectie via IMA en een decentrale selectie door de huisartsen.

De centrale data-extractie van de volgende groepen door het IMA gebeurde op gegevens tot en met 31 maart 2021 voor iedere persoon die 12 jaar of ouder is op 1 augustus 2021.

- Patiënten met aangeboren afweerstoornissen die met immuno-stimulantia behandeld worden.
- Patiënten op chronische nierdialyse (gelijk welke vorm van dialyse).
- Patiënten met bloedkanker of andere kwaadaardige tumoren, die in actieve behandeling met chemotherapie zijn of waren tijdens de voorbije 3 jaren
- Stamceltransplant, orgaantransplantpatiënten, pre-transplantpatiënten
- Patiënten met inflammatoire ziekten die behandeld worden met immunosuppressiva

De vertaalslag van deze parameters naar facturatiegegevens leidde tot volgende zoekstrategieën:

Tabel 5: vertaalslag naar facturatiegegevens voor de selectie van immuungecompromitteerden

Comorbiditeit	periode	leeftijd	Parameter
Maligne neoplasmie	31-03-2018 t.e.m. 31-08-2021	Vanaf 12 jaar	Kankerregister op basis van anatomopathologie
Hematologische neoplasmie	31-03-2018 t.e.m. 31-08-2021	Vanaf 12 jaar	Kankerregister op basis van anatomopathologie
Immunosuppressie (niet HIV)	31-03-2020 t.e.m. 31-03-2021	Vanaf 12 jaar	Factuur aankoop medicatie met als ATC-codes: L04AA31, L03AX13, L03AB07, L03AB13 L04AA34 (voor minimaal 90 DDD)

Chronische nierdialyse	31-03-2020 t.e.m. 31-03-2021	Vanaf 12 jaar	Factuur hemodialyse onder gelijk welke vorm
Pretransplant en transplantpatiënten	31-03-2016 t.e.m. 31-03-2021	Vanaf 12 jaar	Factuur HLA-typing bij inschrijving Eurotransplant Factuur van een longtransplantatie, harttransplantatie, niertransplantatie, levertransplantatie, darmtransplantaties, multi-orgaantransplantaties of een beenmergtransplantatie
Immuun-gecompromitteerden (niet HIV)	31-03-2020 t.e.m. 31-03-2021	Vanaf 12 jaar	Factuur van aankoop medicatie met elke ATC-code beginnend met L04 (vanaf 1 DDD)

In totaal activeerden de verzekeringsinstellingen op 10 september 2021 de gegevens van 332.275 personen. Zij kregen een uitnodiging voor een extra prik wegens immuunproblematiek. Dat gebeurde op basis van deze parameters en volgens dezelfde procedure als voor de prioritair te vaccineren risicopatiënten.

De huisartsen voerden de decentrale selectie uit voor volgende groepen van patiënten vanaf de leeftijd van 12 jaar:

- Patiënten met aangeboren afweerstoornissen die niet met immuno-stimulantia behandeld worden;
- HIV-patiënten waarvan het aantal CD4-cellen lager ligt dan 200 per mm³ bloed;
- Patiënten met bloedkanker of andere kwaadaardige tumoren die hun actieve behandeling met chemotherapie gestart zijn vanaf 1 april 2021.

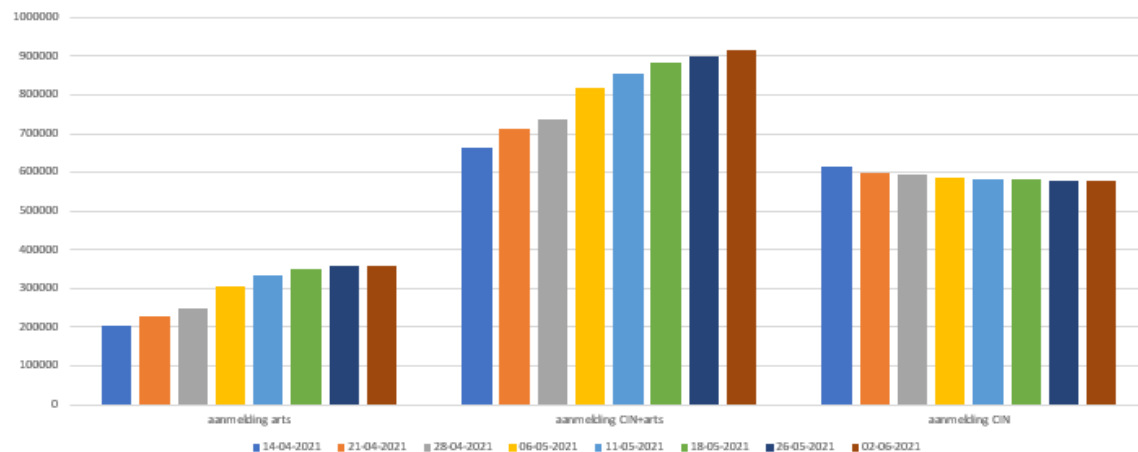
In tegenstelling tot de grote selectie van prioritair te vaccineren personen is voor de cohorte 'extra prik' door immuunproblematiek de decentrale selectie beperkt. Op basis van de IMA-gegevens kon de meerderheid geselecteerd worden. Daarom waren er geen majeure aanpassingen aan huisartsensoftwarepakketten. De huisartsen konden meestal op vraag van de patiënt of na doorverwijzing van een specialist die recent bv. een diagnose heeft gesteld, manueel deze patiënten toevoegen aan de selectie vanaf 10 september 2021.

3.4. RESULTATEN VAN DE SELECTIES

De centrale selectie die eenmalig gebeurde op 2 april 2021 was een selectie met een ruime toepassing van de parameters bepaald door de Hoge Gezondheidsraad. Deze *one shot* centrale selectie werd vanaf 13 april 2021 gevolgd door de decentrale selecties van de individuele huisartsen volgens hun eigen werkritme tot 2 juni 2021. Uiteraard identificeerden de huisartsen in grote mate dezelfde personen als de verzekeringsinstellingen als persoon met een risico (= CIN + arts). Een deel van de geselecteerde personen werd niet bevestigd door de selectie van de huisartsen (=CIN) en een deel van de geselecteerde personen werd enkel door de huisartsen toegevoegd (arts). Door de combinatie van centrale en decentrale selectie werden personen die geen huisarts hebben door de centrale selectie gecapteerd (CIN) en personen wiens medische gegevens niet te achterhalen zijn in de IMA-databank (zie tekortkomingen) toch geselecteerd door hun huisarts. Tijdens het verloop van de campagne was er een duidelijke trend zichtbaar: een progressieve stijging van het aantal personen die ofwel door de huisarts ofwel door huisarts en CIN werden geselecteerd. Toch blijven meer dan 500.000

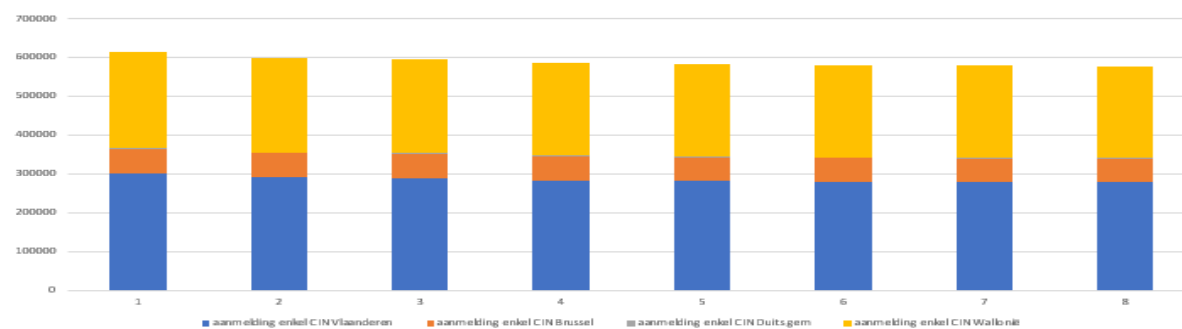
personen enkel geselecteerd door CIN en een 350.000-tal personen enkel geselecteerd door de huisarts. **Beide systemen waren dus noodzakelijk** om de doelstelling van *equity (leave no one behind)* te bereiken. In totaal zijn 1.852.990 personen geselecteerd als persoon met een risico die prioritair dienden te worden gevaccineerd. De toename in de week van 6 mei is te verklaren door het opladen van de huisartsen van prioriteit 3, enkel via de huisartsen gezien prioriteit 3 niet via de centrale selectie is weerhouden.

Figuur 4: Dynamisch overzicht van het aantal geselecteerde patiënten door CIN (ziekenfondsen-IMA), door de huisarts, en door beide



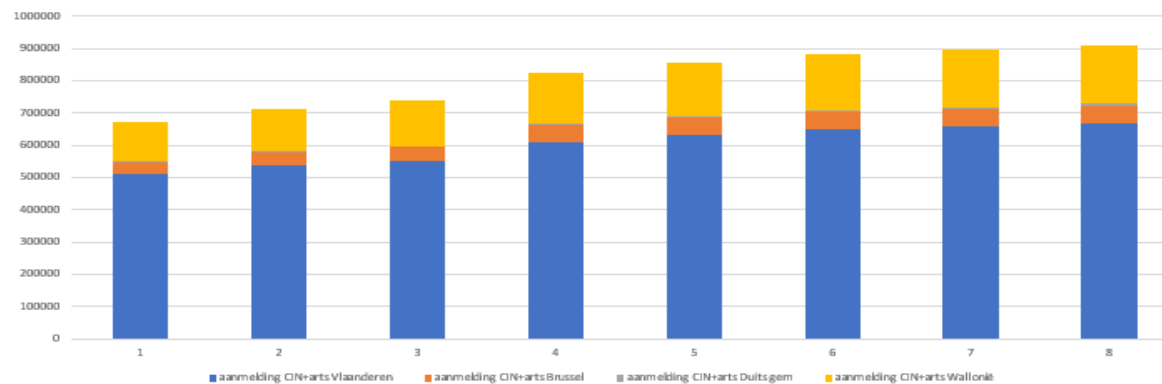
We stellen echter belangrijke **regionale verschillen** vast. De figuren 5,6 en 7 tonen deze regionale verschillen aan.

Figuur 5



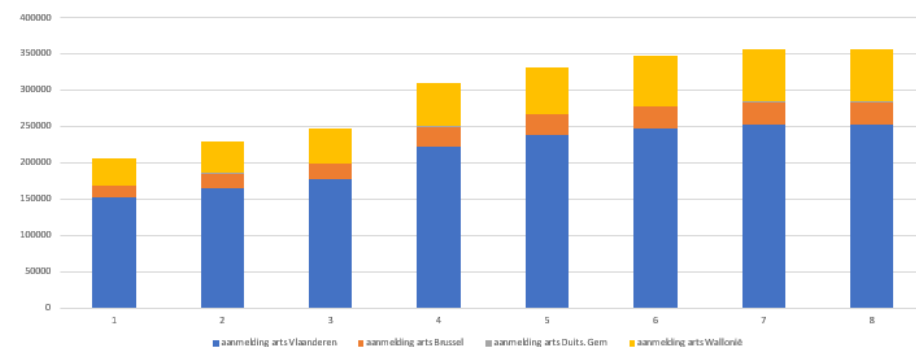
Figuur 6 toont aan (voor metingen op dezelfde data als figuur 4) hoeveel personen werden geselecteerd enkel door CIN in de regio Vlaanderen (blauw), Brussel (oranje) en Wallonië (geel). Dit blijft constant voor de regio's Brussel en Wallonië maar neemt lichtjes af voor Vlaanderen in de loop van de tijd.

Figuur 6



Figuur 7 toont aan (voor metingen op dezelfde data als figuur 4) hoeveel personen werden geselecteerd door CIN en de huisarts in de regio Vlaanderen (blauw), Brussel (oranje) en Wallonië (geel). Hier is duidelijk dat naarmate de selectie van de huisartsen vorderde in Vlaanderen een stijgend aantal personen door zowel de centrale als de decentrale selectie werd geactiveerd.

Figuur 7



Figuur 7 toont aan (voor metingen op dezelfde data als figuur 4) hoeveel personen werden geselecteerd enkel door de huisarts in de regio Vlaanderen (blauw), Brussel (oranje) en Wallonië (geel). In alle regio's steeg het aantal geselecteerde personen in de loop van de tijd maar de stijging in Vlaanderen was beduidend hoger.

De verklaring van deze regionale verschillen ligt wellicht in het verschillende gebruik van het Globaal Medisch Dossier. Het gebruik van het GMD is duidelijk verschillend (zie ook tabel 1, cijfers GMD-houdende artsen dd 2019) per regio. Het aantal artsen dat GMD-dossiers beheert is evenredig met de bevolkingsdichtheid per regio maar het aantal dossiers per GMD-arts is beduidend hoger in Vlaanderen. Per GMD-arts die zijn softwarepakket gebruikt, zullen meer patiënten geselecteerd worden aangezien deze artsen gemiddeld meer GMD-dossiers beheren.

Om deze regionale verschillen verder te analyseren, vertrekken we van een aantal assumpties: we gaan ervan uit dat enkel GMD-artsen deelnemen aan de selectieprocedure, dat de werkmethode van een GMD-arts onafhankelijk is van het aantal GMD-dossiers dat hij beheert, dat de incidentie en prevalentie van de comorbiditeiten over heel België dezelfde is en we geven een relatief gewicht aan de grootte van de praktijken (1 voor < dan 100 dossiers, 2 voor 100 - 499 dossiers, 4 voor minstens 500 dossiers). Een GMD-arts in Vlaanderen selecteert gemiddeld 130 patiënten terwijl dit in Brussel 82 en in Wallonië 63 patiënten zijn op basis van cijfers op 18 mei 2021. Houden we rekening met de relatieve grootte van de praktijken dan selecteert een GMD-arts in Vlaanderen voor elke 100 GMD-dossiers 42 patiënten als risicopatiënt, terwijl dit in Brussel 35 patiënten en in Wallonië 23 patiënten zijn. Gezien dezelfde softwarepakketten over heel België worden gebruikt, is er in Brussel en zeker in Wallonië duidelijk minder geselecteerd. Niet louter omdat er minder GMD-patiënten zijn, maar ook omdat GMD-artsen wellicht geen of zeer weinig gebruik hebben gemaakt van de aangeboden softwaretools.

Tabel 6: aantal dossiers door GMD-huisartsen aangemeld als persoon met comorbiditeiten

	Aantal inwoners	% GMD patiënten	Aantal GMD houders	< 100 GMD	100-499 GMD	≥ 500 GMD	Selectie 18/05/21	Gemid	Gewogen per 100 dossiers
Vlaanderen	58%	82%	6899 (59%)	1064	1597	4238	894984	130	42
Wallonië	31%	69%	3849 (33%)	881	1183	1785	241560	63	23
Brussel	11%	59%	1039 (8%)	334	365	340	84689	82	35

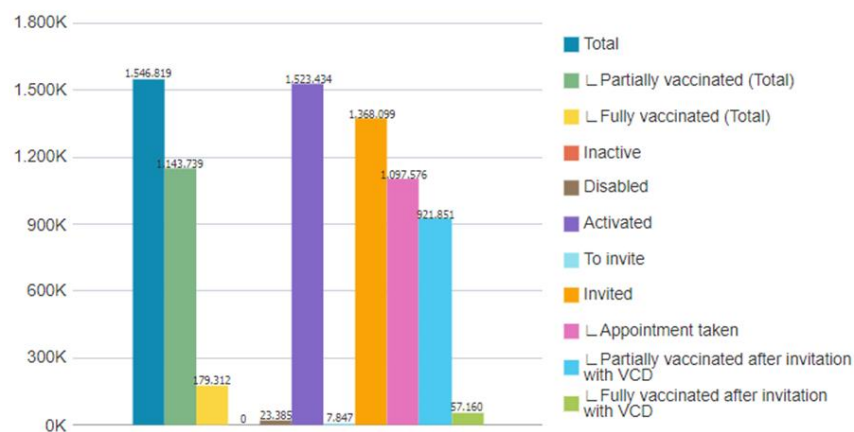
Hier ligt mogelijk een verklaring voor het verder verschillende verloop van de covidpandemie in België. In Wallonië is er een hogere besmettingsgraad sinds de zomer en een hogere hospitalisatiegraad in het najaar van 2021. Niet alleen is er in Wallonië een lagere vaccinatiegraad, maar ook zijn de risicopatiënten later en minder ingeënt (relatief minder geselecteerd en indien gevaccineerd dan enkel leeftijdsgebonden uitgenodigd).

3.5. MONITORINGTOOLS OM DE VACCINATIEGRAAD IN DE GROEP RISICOPERSONEN DAGELIJKS OP TE VOLGEN

3.5.1 DASHBOARD VACCINATIE ACTIVATIE

Er werd een dashboard ontwikkeld waarmee alle betrokken spelers in het vaccinatieproces de evolutie in *real time* kunnen volgen. Dit dashboard geeft een overzicht van het aantal geselecteerde personen, het aantal uitgenodigde personen, het aantal gedeeltelijk en volledig gevaccineerde personen, het aantal personen dat een vaccin heeft geweigerd en het aantal nog uit te nodigen personen. Al deze cijfers zijn ook per regio beschikbaar, zelfs tot op het niveau van een vaccinatiecentrum. Aparte tellers met dezelfde parameters zijn zichtbaar voor de zwangere vrouwen en personen die geselecteerd zijn voor een derde prik. Bijsturen op basis van reële cijfers was op deze wijze mogelijk. Correcte informatie over de progressie van de vaccinatiecampagne kon gecommuniceerd worden aan iedereen die het aanbelangde. Figuur 8 geeft een illustratie.

Figuur 8: dashboard toestand federaal op 28 mei 2021 om 12 uur.



3.5.2 COVID-19-VACCINATIEBAROMETER VOOR HUISARTSEN

3.5.2.1 SITUERING

Artsen zijn vooral opgeleid om aan *reactieve* zorg te doen: ze wachten tot een patiënt zich met een vraag op consultatie aanbiedt. Maar daarnaast zijn artsen ook verantwoordelijk voor de praktijkpopulatie, in de huisartsgeneeskunde best gedefinieerd door de GMD-populatie. In deze populatie zitten ook patiënten die moeilijker bereikbaar zijn, die minder gemakkelijk naar de praktijk stappen, waardoor ze niet altijd tijdig de verzorging krijgen waar ze nood aan hebben. Daarom hebben we ook nood aan een *proactieve* zorg, om net die kwetsbare patiënten te identificeren bij wie de zorg moeilijker verloopt en hen op tijd op te pikken voordat ernstige problemen ontstaan. Dit is tevens een essentiële vereiste voor een succesvolle vaccinatiecampagne.

3.5.2.2 DE ONTWIKKELING VAN DE COVID-19 VACCINATIEBAROMETER

Als derde stap voor de COVID-19-ontwikkelingen binnen de EMD-systemen werd een tool ontwikkeld om de vaccinatiegraad in de huisartsenpraktijk te monitoren. Samen met de diagnostische tool en de selectiequeries van comorbiditeiten vormt deze derde tool de basis voor de COVID-19-vaccinatiebarometer.

De COVID-19-vaccinatiebarometer kan gezien worden als de derde COVID-19-barometer in de Belgische huisartsgeneeskunde. De eerste barometer werd ontwikkeld om de belasting, nood aan hulp, epidemiologie en nood aan beschermingsmateriaal te meten tijdens de eerste golf van de pandemie. Met de tweede barometer werd de epidemiologie in de huisartsenpraktijk gemonitord met behulp van een bevraging naar de dagelijkse incidentie van acute luchtweginfecties, griepaal syndroom en COVID-19-gerelateerde diagnoses.

De vaccinatiebarometer is een tool om in huisartsenpraktijken proactieve zorg te kunnen inzetten via populatiemanagement. Deze tool bestaat uit drie stappen waarmee huisartsen in staat zijn een kwaliteitscirkel in hun praktijk te doorlopen. De eerste stap bestaat uit het in kaart brengen van de risicopersonen in de praktijkpopulatie (zie 3.4). De tweede stap is het opvolgen van de vaccinatiegraad in de gehele praktijkpopulatie en in specifieke risicogroepen. In een derde stap worden individuele acties ondernomen om de vaccinatiegraad te optimaliseren.

Twee databanken zijn zeer belangrijk om de barometer mogelijk te maken: de VCDB en Vaccinnet. De vaccinatiegraad is mogelijk doordat de vaccinatiestatus dagelijks voor alle GMD-patiënten in elke huisartsenpraktijk automatisch geconsulteerd en geüpdatet wordt via de VCDB. De VCDB wordt gevoed door Vaccinnet als authentieke bron voor de vaccinatiestatus. De vaccinatiestatus die op deze manier in het EMD verschijnt kent vijf waarden: 1) Onbekende status, 2) vaccinatieweigering, 3) wachtend op eerste vaccin, 4) wachtend op tweede vaccin, 5) volledig gevaccineerd. Huisartsen kunnen daarnaast de detailinformatie (type vaccin, datum van vaccinatie en lotnummer) in het individuele dossier van elke patiënt raadplegen door een rechtstreekse synchronisatie met Vaccinnet. Maar deze synchronisatie gebeurt enkel wanneer het dossier van de patiënt geopend wordt, het GMD in de praktijk aanwezig is en een therapeutische relatie bestaat met de consulterende arts. De automatische consultatie van de VCDB voor alle GMD-patiënten is dus essentieel om dit proces efficiënt te maken, want het zou onmogelijk zijn om elk dossier dagelijks individueel te openen om de vaccinatiestatus te updaten.

De derde tool bestond uit queries om de vaccinatiegraad in de praktijkpopulatie op te volgen binnen de verschillende risicogroepen. Als risicogroepen werden enerzijds vijf leeftijdsgroepen gedefinieerd: 65-plussers, 45-64-jarigen met en zonder risicofactoren en 18-44-jarigen met en zonder risicofactoren. Anderzijds werden negen risicogroepen op basis van sociaal-economische determinanten of morbiditeit ontwikkeld: patiënten met een verhoogde terugbetaling van gezondheidszorgen, diabetes,

chronische nieraandoeningen, chronische longaandoeningen, chronische leveraandoeningen, chronische cardiovasculaire aandoeningen, obesitas, chronische neurologische aandoeningen en oncologische aandoeningen. In deze veertien risicogroepen werden drie cijfers berekend: het totaal aantal actieve GMD-patiënten binnen deze groep, het aantal patiënten dat wacht op een tweede vaccin en het aantal patiënten dat volledig gevaccineerd werd.

Voor de vijf leeftijdsgroepen werden ook queries ontwikkeld om de mensen die nog niet volledig gevaccineerd werden te identificeren. Binnen deze *recall queries* kan verder een onderscheid gemaakt worden naar patiënten die vaccinatie geweigerd hadden, een onbekende vaccinatiestatus hadden, wachten op een eerste vaccin of patiënten die nog wachten op een tweede vaccin. Deze queries zijn essentieel om de laatste stap van het populatiemanagement (ondernemen van individuele acties) mogelijk te maken.

Aan huisartsenpraktijken werd gevraagd om wekelijks (tussen vrijdagmiddag 12 uur en maandagmiddag 12 uur) hun *performance* door te sturen. Met vier klikken in het EMD kan de huisarts op minder dan één minuut de vaccinatiëgraad in zijn praktijk berekenen en met behulp van een gestructureerd elektronisch formulier (eFORM) in zijn EMD doorsturen naar Sciensano (Healthdata). HealthConnect ontwikkelde de eFORM-technologie, die in het begin van de COVID-19-pandemie in elk EMD-systeem werd geïnstalleerd. Onder andere het aanvragen van COVID-19-testen gebeurt via eFORMs. Voor de COVID-19-vaccinatiebarometer werd het eFORM automatisch ingevuld met de cijfers berekend in de AUDIT. Er moest dus geen manueel werk door de huisarts gebeuren om het eFORM in te vullen. Zo werden fouten in het overtypen vermeden. Eénmalig moesten wel administratieve gegevens (naam van de praktijk, adres, huisartsenkring, e-mailadres, artsen in de praktijk, EMD-systeem) ingevuld worden. Deze gegevens werden nadien automatisch ingevuld in het eFORM.

De doorgestuurde gegevens werden gebruikt om huisartsenpraktijken individuele feedback te geven over hun eigen performantie (prevalentie van chronische aandoeningen en vaccinatiëgraad), met praktijken uit hun netwerk als benchmark. Op het Healthstat-platform kon elke deelnemende praktijk zijn eigen gegevens beveiligd bekijken. Doordat een praktijk zich op die manier kan situeren ten opzichte van de andere praktijken in het gekozen netwerk, kan de praktijk gestimuleerd worden om de performantie te verbeteren wanneer deze bijvoorbeeld lager is dan gemiddeld. Als benchmark kan men enerzijds de geografische zone kiezen (eerstelijnszone (enkel in Vlaanderen), arrondissement, provincie, regio, land) en anderzijds het type praktijk waartoe men zelf behoort (ofwel geen selectie, dus dan vergelijking met alle types praktijken, ofwel vergelijking met het eigen type praktijk (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk, wijkgezondheidscentrum of netwerkpraktijk).

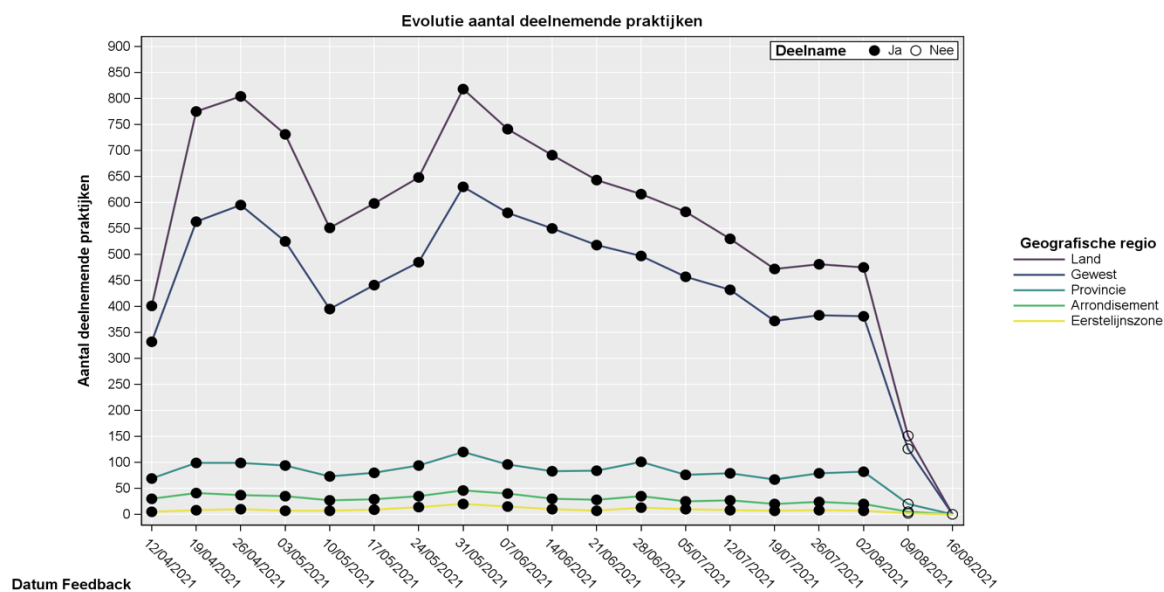
In Vlaanderen werden de samengevoegde gegevens ook gebruikt door de populatiemanagers van de eerstelijnszones (ELZ) die verbonden zijn aan de vaccinatiecetra. Via een replicadatabank werden de barometergegevens via Healthdata ook ter beschikking gesteld van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaanderen telt 60 ELZ die verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de vaccinaties in hun zone. De populatiemanagers monitoren de vaccinatiëgraad in hun zone met behulp van een dashboard dat ter beschikking gesteld wordt door het Agentschap Zorg en Gezondheid. Ze proberen via gerichte acties de vaccinatiëgraad in hun zone te optimaliseren. De barometergegevens worden enkel samengevoegd ter beschikking gesteld. De populatiemanagers kunnen dus geen individuele performantiegegevens van de praktijken bekijken, enkel op het niveau van de ELZ. Wel kunnen de populatiemanagers de individuele praktijken identificeren op de kaart van hun ELZ.

De laatste stap van het populatiemanagement behelste het ondernemen van individuele acties. Als een praktijk merkte dat in een bepaalde leeftijdsgroep de vaccinatiëgraad lager bleef, kon men met de recall queries de niet-gevaccineerden identificeren. Vanuit deze query nam men verder actie zoals het vermelden van een taak in het dossier van deze patiënten, hen telefonisch contacteren of een gepersonaliseerde brief vanuit de huisarts schrijven. In Vlaanderen was ook een samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de populatiemanager mogelijk om samen te bekijken welke acties het meest nodig bleken, bijvoorbeeld een grotere actie binnen een bepaalde doelgroep in de ELZ of een actie naar individuele patiënten in de huisartsenpraktijk.

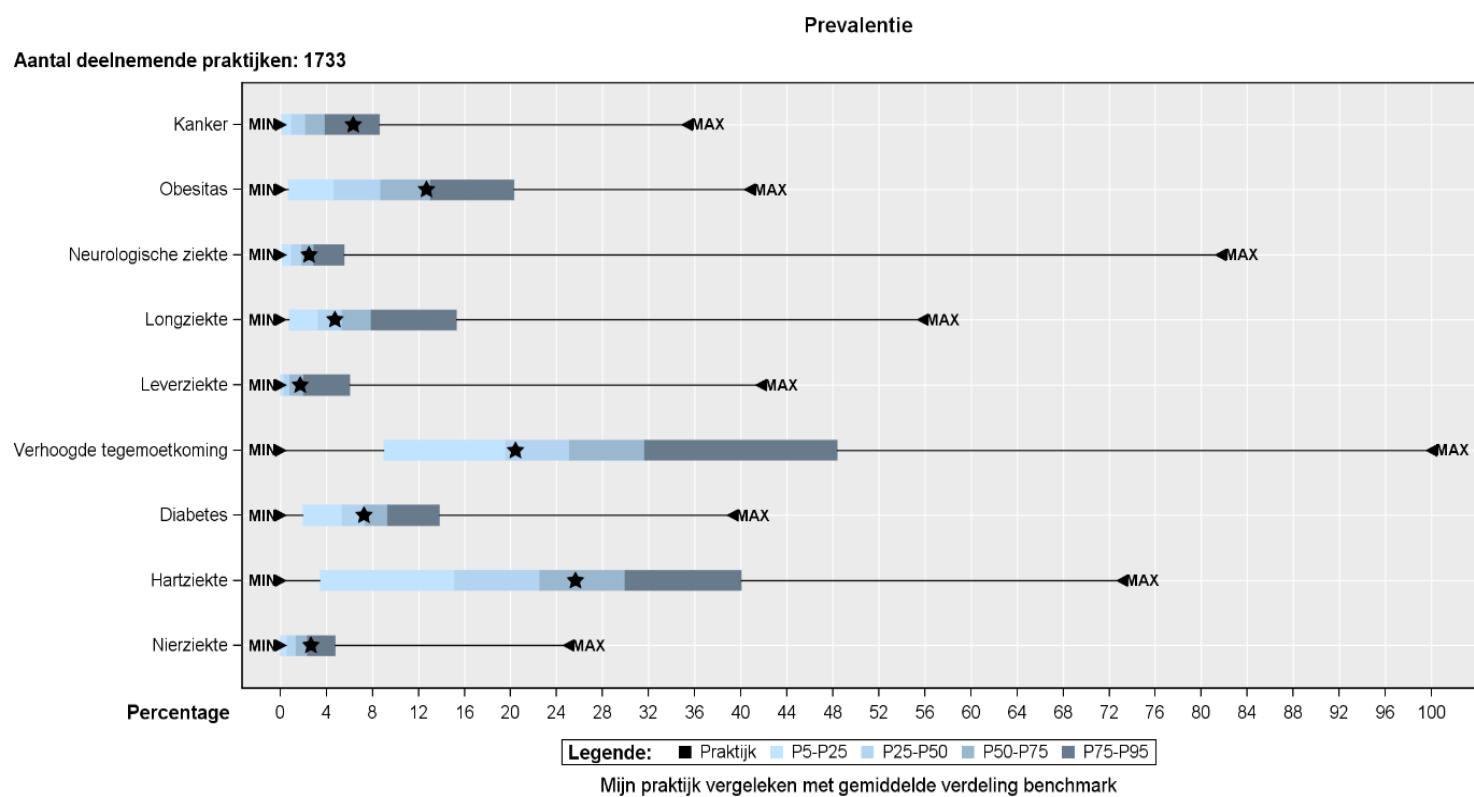
3.5.2.3 DE RESULTATEN

Op 13 augustus 2021 hadden al 1.733 praktijken in België minstens eenmaal de vaccinatiebarometer doorgestuurd. Wekelijks stuurden tussen 450 en 800 praktijken hun gegevens door. Tijdens de vakantieperiode daalde de wekelijkse deelname door praktijken.

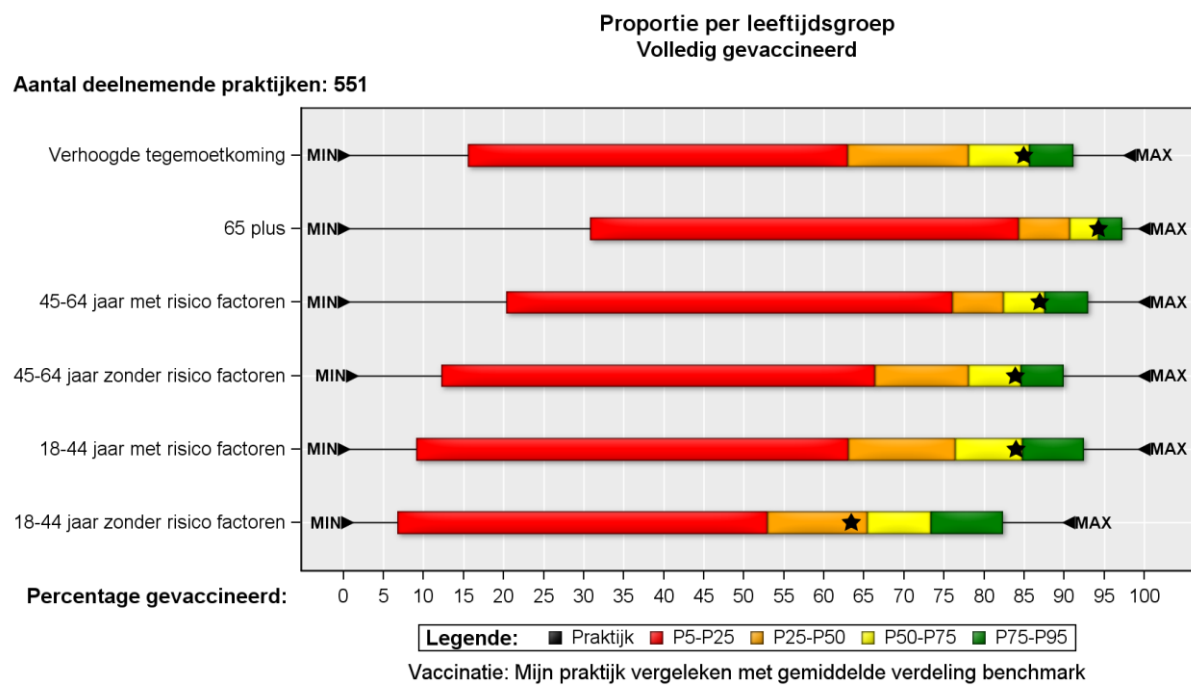
Figuur 9



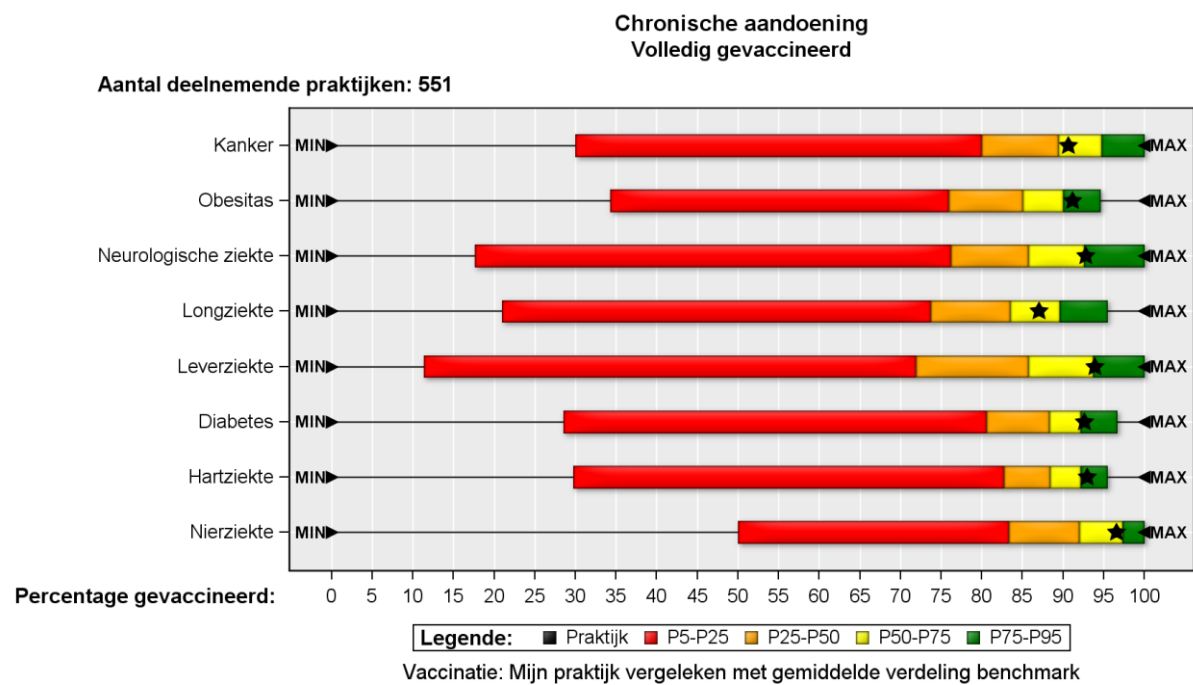
Figuur 10



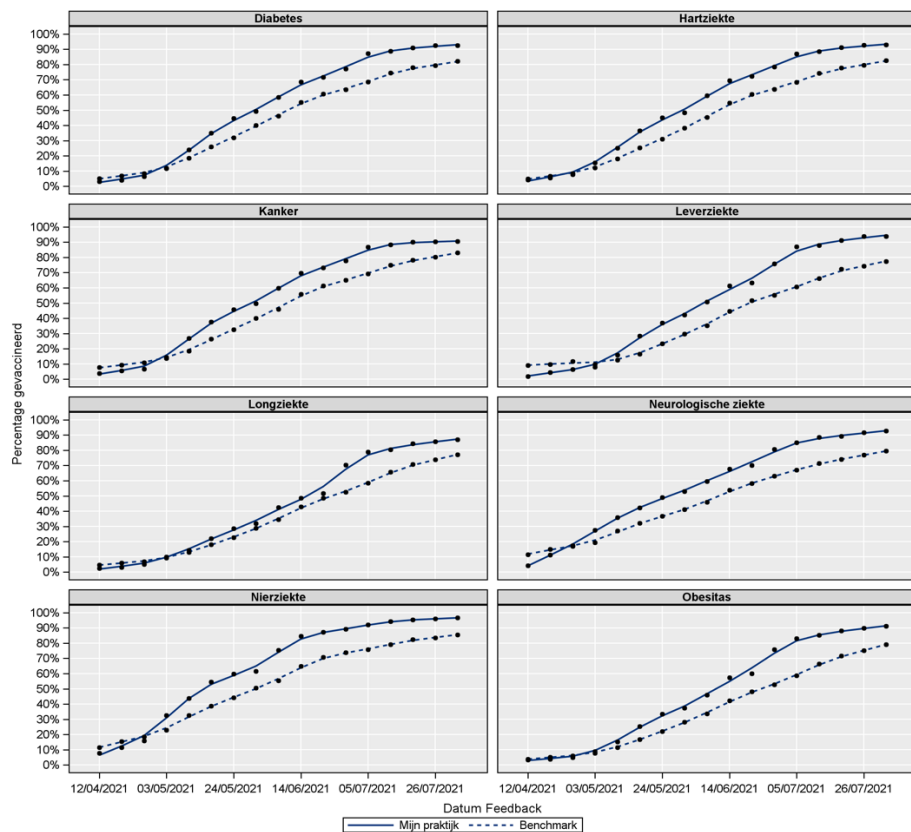
Figuur 11



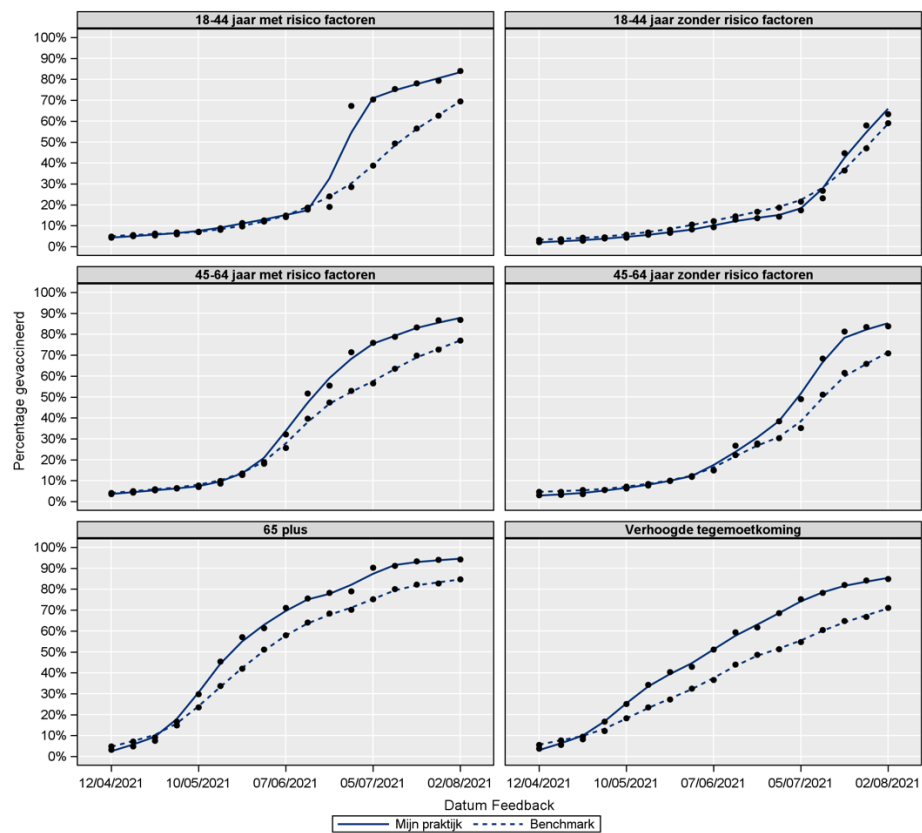
Figuur 12



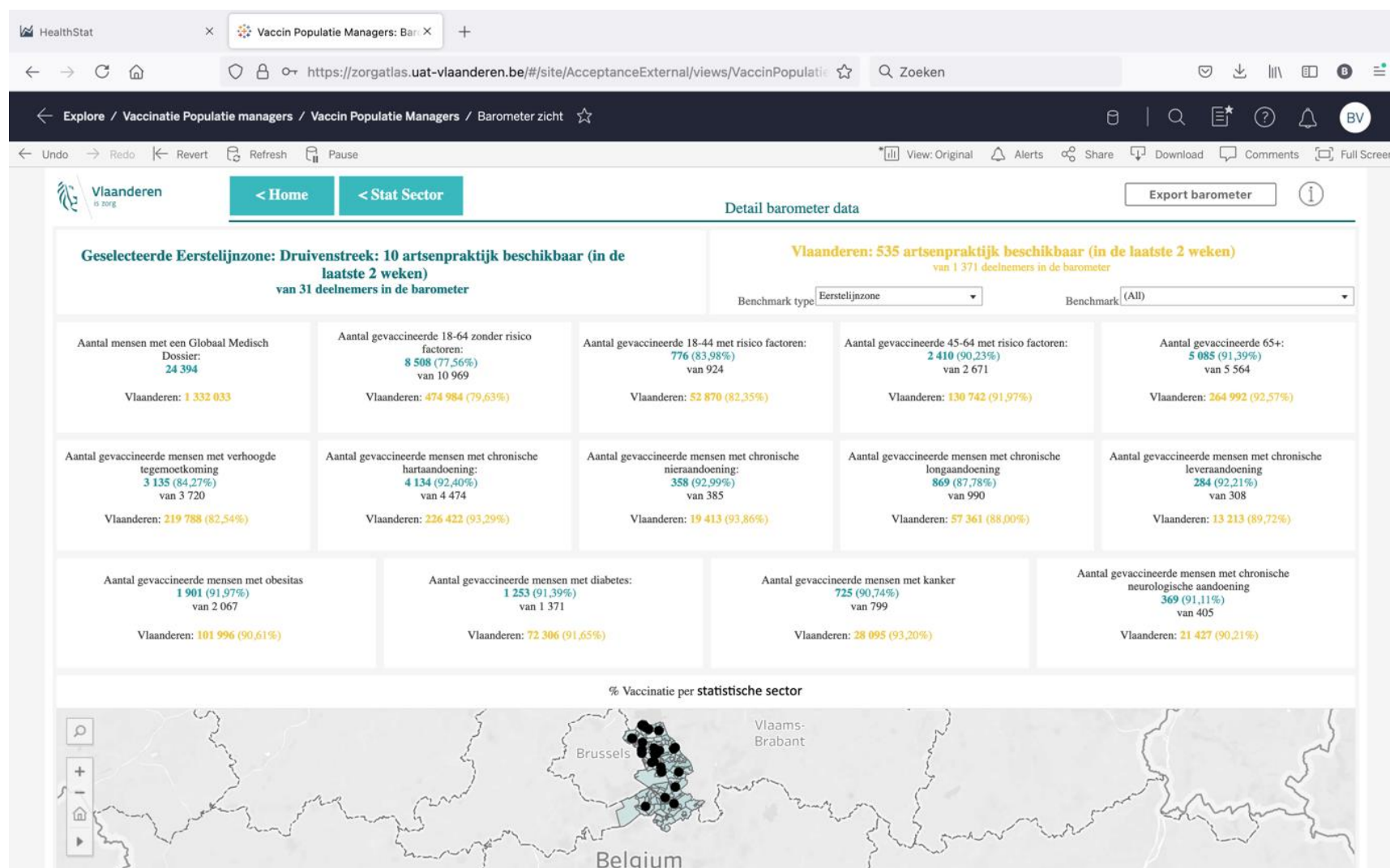
Figuur 13



Figuur 14



Figuur 15



De barometertechnologie opent bovendien veel mogelijkheden naar de toekomst. Het wordt mogelijk huisartsenpraktijken tools te geven om de kwaliteit van hun zorg te evalueren, doelstellingen te formuleren naar kwaliteitsverbetering binnen hun praktijk en de impact van hun acties op te volgen. In een volgende stap zal gewerkt worden om de Healthstat-feedback rechtstreeks in het EMD van de huisarts aan te bieden. In 2022 staat de ontwikkeling van een diabetesbarometer gepland, die huisartsen zal helpen hun kwaliteit van diabeteszorg te evalueren en bij te sturen. Zoals aangetoond met de vaccinatiebarometer helpen deze gegevens ons ook om de gezondheid binnen ELZ in Vlaanderen te monitoren en de impact van acties binnen de ELZ op te volgen. Met het barometerprincipe onderstrepen we dan ook de maatschappelijke rol van de huisartsen en hun EMD.

4 KOSTPRIJS VAN DE PRIORITAIRE VACCINATIE

Een exacte berekening van de meerkost van het prioritair vaccineren tov het vaccineren volgens leeftijd is onmogelijk te berekenen. Het is zelfs bijzonder moeilijk om een goede inschatting te maken. We hebben toch een poging ondernomen omdat we in deel 2 van dit rapport deze kost willen vergelijken met de outcome van dit beleid.

Tijdens het vaccinatie proces is er vooral gefocust op de concrete implementatie en heeft een geweldige solidariteit en gedrevenheid dit mogelijk gemaakt zonder dat er aan tijdsregistratie werd gedaan. Postfactum proberen we een ruw inschatting te maken van de globale kost van dit proces. We hebben enkele aanknopingspunten in de centrale selectie. Hier hebben we een fractie van de activiteiten in 907 mandagen kunnen meten, maar het merendeel van de activiteiten ook in de centrale selectie zijn niet meer meetbaar. Voor de decentrale selectie is het o.a. onmogelijk om de tijdsinvestering van elke huisarts in kaart te brengen. Enkel de gedeeltelijke vergoeding van de EMD pakketten door het RIZIV is meetbaar. Ook de tijdsinvestering van het personeel in de VC, het personeel van de verschillende overheden, het personeel van SMALS, Doclr en Qvax die extra inspanningen hebben moeten leveren om deze prioritaire vaccinatie te mogelijk te maken zijn niet meer meetbaar. Voor ongeveer een 3,2 milj insputingen die prioritair zijn geplaatst hebben we een globale meerkost tussen de 1,3 milj € tot 2,6 milj €.

Alles in acht genomen en met de nodige reserve komen we aan een meerkost om een spuit prioritair te kunnen plaatsen tussen de 0,40 € en 0,60 € per spuit.

5 SENSIBILISERENDE ROL VAN DE APOTHEKER

5.1 UITGANGSPUNTEN

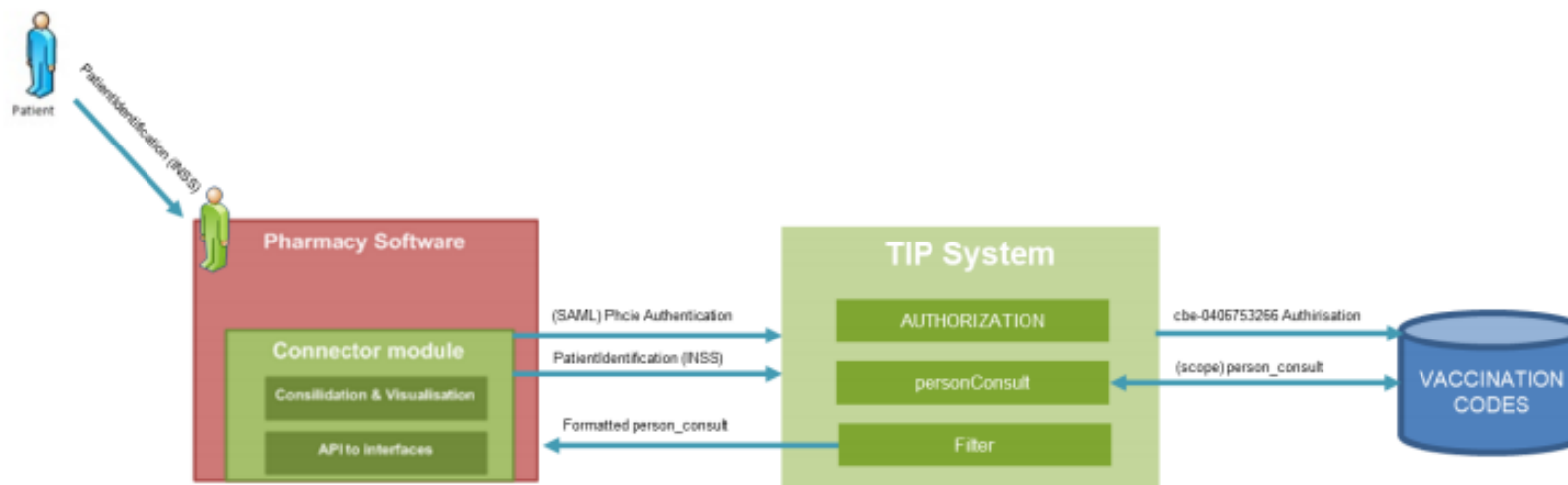
De apothekers speelden een rol in sensibilisatie en toeleiding naar vaccinatie. Om hun patiënten te ondersteunen kregen officina-apothekers toegang tot bepaalde gegevens in de Vaccinatiecodes gegevensbank. De informatie werd ontsloten bij het openen van het farmaceutisch dossier van de persoon. Zo beschikten apothekers snel en efficiënt over de informatie waar de persoon zich precies bevond in het vaccinatietraject (persoon is uitgenodigd, gevaccineerd met eerste dosis, of volledig gevaccineerd).

De ontwikkeling van de pop-up werd opgestart begin 2021. Dit gebeurde in samenwerking met FarmaFlux en alle softwarehuizen voor de publiek opengestelde officina-apotheken. Hierdoor werden alle Belgische huisapothekers ondersteund om hun taak in sensibilisatie te kunnen opnemen.

5.2 TECHNOLOGISCHE IMPLEMENTATIE

De prioriteit was om een technologische oplossing te ontwikkelen, waarbij alle apothekers op een uniforme, veilige en efficiënte manier werden ondersteund. Na de identificatie van de patiënt opende het farmaceutisch dossier. De apotheeksoftware stuurde vervolgens een oproep naar een centraal TIP-systeem (Trusted Intermediate for Pharmacist). Dit bestaande systeem garandeerde een hoogwaardige gegevensverwerking voor de apothekers. Het TIP-systeem raadpleegde de Vaccinatiecodes gegevensbank. Er werd vervolgens een interpretatie van de gegevens doorgevoerd, en de informatie voor de pop-up werd klaargezet. Ten slotte visualiseerde de software de informatie in de pop-up zodat deze zichtbaar werd voor de apotheker.

Figuur 16: dataflow – gegevens uit de Vaccinatiescodes gegevensbank gevisualiseerd voor apothekers.



De toegang van de apotheker tot de Vaccinatiescodes gegevensbank werd beperkt tot personen met wie de apotheker een therapeutische relatie had. De apotheker kreeg leesrecht tot de minimale gegevens vereist om de verdere processen van vaccinatie te ondersteunen:

- de toegewezen vaccinatiescode,
- de datum van activering van de vaccinatiescode,
- het type vaccin dat toegediend zou worden op basis van de vaccinatiescode,
- de datum van de eerste vaccinatie,
- de naam van het eventueel vereiste tweede vaccin,
- de vaccinatiestatus van de persoon (mogelijke waarden: nog niet gevaccineerd, eerste vaccin toegediend en tweede vaccin nog vereist, volledig gevaccineerd).

De gegevens werden niet opgeslagen in de software van de apotheker.

5.3 BESCHRIJVING VAN DE INTERVENTIE

In de pop-up werd de informatie uit de Vaccinatiescodes gegevensbank visueel getoond als een traject.

De apotheker kreeg de mogelijkheid om de pop-up af te handelen. Apothekers konden in elke pop-up aangeven of de persoon overtuigd, twijfelend of terughoudend was, of moest worden doorverwezen. Er was ook een optie *later*, zodat het gesprek kon worden uitgesteld. De apotheker kon via de optie *overtuigd* ervoor zorgen dat de pop-up niet meer terugkwam. Voor de niet-overtuigde burgers evalueerde de apotheker de noodzaak om een verdere follow-up te doen. Via de optie *twijfelend of terughoudend* kon de apotheker de pop-up terug laten komen zodat het gesprek op een later moment weer kon plaatsvinden. Wanneer een persoon meerdere keren weigerde, kon de apotheker dit aangeven zodat de pop-up niet meer werd getoond.

5.4 RESULTATEN

Het verzamelen van gegevens begon op 1 mei 2021. Dit rapport bevat gegevens tot 16 augustus 2021. Het totaal aantal actieve apotheken in België op 16 augustus 2021 bedroeg 4.695 waarvan 2.564 in Vlaanderen, 529 in Brussel en 1.602 in Wallonië.

In totaal hebben 4.456 geactiveerde apotheken een beroep gedaan op de gegevens in de Vaccinatiecodes gegevensbank.

De apothekers openden 4,28 miljoen pop-ups. In totaal werden 891.940 reacties geregistreerd in de pop-up, door in totaal 3.347 deelnemende apotheken.

Figuur 17: Resultaten over de afhandeling van de pop-up door de apotheker. In totaal werd deze pop-up 259 736 keer beantwoord (datum 16-08-2021).



De deelnemende apothekers kregen een individueel apotheekrapport. Met een benchmark konden ze zich vergelijken met het gemiddelde van de cijfers in hun regio (Brussel, Wallonië of Vlaanderen) en met nationale cijfers. Via het apotheekrapport werd getracht de apothekers blijvend te motiveren tijdens de vaccinatiecampagne.

5.5 TOEKOMST – ‘LESSONS LEARNED’ VOOR EEN VOLGENDE FASE

Apothekers hebben een grote professionele bijdrage geleverd aan de vaccinatiecampaagne. Hiervoor werden zij ondersteund door innovatieve technologische ontwikkelingen. De pop-up stelde apothekers in staat om vanuit hun vertrouwensrelatie met de patiënt het sensibilisatiegesprek aan te gaan. De centrale Vaccinatiecodes gegevensbank was cruciaal in het ontsluiten van correcte, realtime informatie over de status van de patiënt (opgeroepen, partieel gevaccineerd of volledig gevaccineerd). Via een centraal TIP-systeem kon de informatie op uniforme en veilige wijze ontsloten worden aan alle Belgische apothekers.

Apothekers speelden echter geen rol bij de selectie van risicopatiënten. In een volgende duurzame fase zouden apothekers de decentrale selectie door de huisarts op twee manieren kunnen versterken. Enerzijds door patiënten op te sporen die nog geen Globaal Medisch Dossier hebben en hen door te verwijzen naar de huisarts. Anderzijds is de apotheker in staat om patiënten te detecteren en te selecteren op basis van een medicatiealgoritme in het farmaceutisch dossier. Het gedeeld farmaceutisch dossier (GFD) biedt alle apothekers in België relevante, correcte en hoogwaardige informatie over de medicatie-afleveringen aan patiënten. 99 % van alle Belgische apotheken zijn hierop aangesloten. Op basis van deze selectie zouden apothekers de krachten kunnen bundelen met huisartsen (en eventueel andere zorgverleners) zodat de decentrale selectie binnen de interpersoonlijke therapeutische relatie tussen zorgverlener en patiënt nog versterkt wordt.

6. PATIËNTENORGANISATIES: ROL EN IMPACT IN HET PROCES

6.1 PATIËNTENORGANISATIES IN BELGIË

Beide koepelorganisaties van patiëntenverenigingen waren in de werkgroep vertegenwoordigd. Aan Nederlandstalige zijde gebeurde dit door het Vlaams Patiëntenplatform (VPP). Aan Franstalige kant nam La Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS) de honneurs waar.

6.2 BELANG VAN PATIËNTENPARTICIPATIE IN HET PROCES

In het begin van de vaccinatiecampagne waren er onvoldoende vaccins om de hele bevolking meteen te vaccineren. De overheid moest dan ook beslissen welke bevolkingsgroepen voorrang zouden krijgen. Het VPP en LUSS vonden het belangrijk dat de beschikbare vaccins prioritair toegediend werden aan risicopatiënten. Door hun onderliggende aandoening(en) liepen zij het hoogste risico om ernstig ziek te worden en in het ergste geval te overlijden. Ook de Hoge Gezondheidsraad adviseerde in die richting. Het VPP en LUSS hebben er altijd voor geijverd dat de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad hierover gevolgd werden. Ook tijdens de vergaderingen van de werkgroep benadrukten de patiëntvertegenwoordigers het belang van prioritaire vaccinatie voor risicopatiënten.

6.3 ROLLEN OPGENOMEN DOOR DE PATIËNTENVERENIGINGEN

Het VPP vervulde de rol van belangenbehartiger van personen met een chronische ziekte of aandoening, zie lager. De koepels van patiëntenorganisaties konden er tijdens de vergaderingen van de werkgroep voor zorgen dat er rekening werd gehouden met de ervaring van chronisch zieken, zodat de communicatie naar het grote publiek zoveel mogelijk afgestemd kon worden op de realiteit.

Het VPP kreeg heel veel vragen van patiënten en patiëntverenigingen over vaccinatie en probeerde die zo goed mogelijk te beantwoorden.

Het VPP en LUSS vervulden hierin ook een signaalfunctie. Ze fungeerden als doorgeefluik voor vragen en knelpunten van patiënten(verenigingen) die het VPP en LUSS zelf niet meteen konden beantwoorden. De werkgroep formuleerde dan een antwoord. Ook de contacten met individuele leden hielpen daarbij.

De patiëntvertegenwoordigers verspreidden zelf actief de informatie over de vaccinatiecampagne via verschillende kanalen:

VOOR HET VPP:

- Op 23 februari 2021 organiseerde het VPP onder grote belangstelling een webinar over vaccinatie, waarin prof. Dirk Ramaekers een uiteenzetting gaf over de verschillende vaccins, over de vaccinatiestrategie en ook antwoordde op de vragen van patiënten. Dit webinar was een groot succes. Ongeveer 200 individuele patiënten namen deel.
- In de periode februari – december 2021 verstuurde het VPP maandelijks een extra Nieuwsflits naar alle ledenverenigingen. Deze was helemaal gewijd aan de vaccinatiecampagne. Patiëntenverenigingen speelden op hun beurt een belangrijke rol in het verspreiden van deze informatie naar hun eigen leden.
- Begin april organiseerde het VPP een bijeenkomst voor de ledenverenigingen. Tijdens die vergadering kregen de patiëntvertegenwoordigers alle nodige info over de selectie van risicopatiënten, hoe ze konden uitzoeken of ze al dan niet geselecteerd waren, enzovoort. Ook de werking van MyHealthViewer werd uitgebreid toegelicht.

- Ilse Weeghmans, de toenmalige directeur van het VPP, gaf op Radio 1 meer uitleg over hoe patiënten konden nagaan of ze op de lijst van risicopatiënten stonden.

VOOR LUSS:

Op 24 februari 2021 organiseerde LUSS een webinar over COVID-19 vaccinatie in samenwerking met professor De Wit van het CHU Saint-Pierre in Brussel. Leden van patiëntenverenigingen konden er vragen stellen over vaccinatie en de vaccinatiestrategie.

In maart 2021 organiseerde LUSS verschillende discussiefora in kleine groepjes.

In de periode van december 2020 tot juni 2021 werd de communicatie over de vaccinatiecampagne via verschillende kanalen verzonden. Er is ook gesensibiliseerd om patiënten aan te moedigen een globaal medisch dossier (GMD) te vragen, om de selectie van risicogroepen te optimaliseren.

Het VPP en LUSS hielpen ook om de informatie, die vanuit de overheid verspreid werd, aan te passen aan de noden van de patiënten.

6.4 IMPACT VAN DE PATIËNTENORGANISATIES

Aanvankelijk (december 2020) werden enkel patiënten met onderliggende aandoeningen vanaf 45 jaar als risicopatiënt beschouwd. Het Vlaams Patiëntenplatform en la Ligue des Usagers des Services de Santé ijverden ervoor dat deze doelgroep uitgebreid zou worden met risicopatiënten jonger dan 45. De organisatie kaartte dit meermaals aan bij verschillende beleidsinstanties. Het Vlaams Patiëntenplatform investeerde heel wat tijd in vergaderingen en contacten met beleidsmensen om ervoor te zorgen dat de vaccinatiestrategie zou worden aangepast. Begin december 2020 stuurde de organisatie een persbericht uit om haar eis kracht bij te zetten. Begin februari 2021 voegde de Hoge Gezondheidsraad in een nieuw advies een aantal patiëntengroepen toe aan de lijst met risicopatiënten.

Na verloop van tijd bleek dat niet alle betrokken partners de afgesproken vaccinatiestrategie zagen zitten. Op een bepaald moment werden er ook vanuit politieke hoek bezwaren geopperd. Men wilde liever geen voorrang meer geven aan de risicopatiënten en in de plaats daarvan vaccineren volgens leeftijd. In de werkgroep zelf bleef het draagvlak voor de afgesproken vaccinatiestrategie zeer groot. Het VPP stuurde een aantal persberichten de wereld in, waarin het nadrukkelijk vroeg om de afgesproken vaccinatiestrategie te behouden. Het contacteerde hiervoor ook de federale, Vlaamse en Brusselse regering en informeerde daarbij de parlementsleden van de betrokken parlementaire commissies. Begin maart 2021 riep het VPP haar leden op om zelf een persbericht te verspreiden, waarin gepleit werd voor het behoud van de afgesproken strategie. Het VPP vroeg haar leden ook om via de sociale media filmpjes te verspreiden met als titel 'Ik ben risicopatiënt. Zorg jij mee voor mijn snelle vaccinatie?'. La LUSS en RadDiOrg ondersteunden en deelden de campagne met hun netwerken.

Bij het opzetten van de vaccinatiestrategie hield men ook rekening met de specifieke noden van patiënten met een zeldzame ziekte. Deze mensen riskeerden uit de boot te vallen omdat ze vaak noch bij hun huisarts, noch bij hun ziekenfonds als zodanig gekend waren. Daarom namen referentieartsen in ziekenhuizen de selectie van deze patiënten op zich. Het VPP en LUSS zorgde ervoor dat men bij de werkgroep aandacht bleef hebben voor de noden van deze patiëntengroep.

Tijdens de interministeriële conferentie van 10 maart werd de afgesproken vaccinatiestrategie definitief bekrachtigd. De inzet van de andere leden van de werkgroep, vooral van de ziekenfondsen en de huisartsen, was van het grootste belang om de vaccinatie van de risicopatiënten tot een goed einde te brengen.

In de loop van de vaccinatiecampagne werd duidelijk dat ook jongeren vanaf twaalf jaar gevaccineerd konden worden. Het VPP vroeg ook voor jongeren met onderliggende aandoeningen voorrang bij de vaccinatie.

In mei werd voor het AstraZeneca-vaccin het interval tussen twee prikken verminderd tot acht weken. Deze regeling gold enkel voor personen die uitgenodigd werden na 13 mei 2021. Voor mensen die eerder uitgenodigd waren, bleef het interval tussen de twee prikken op twaalf weken behouden. Aangezien het hier vooral ging om 65-plussers en risicopatiënten, die voorrang hadden gekregen in de campagne, heeft het VPP er mee voor geijverd dat ook deze mensen hun tweede spuit vroeger zouden krijgen. Hierdoor konden deze personen vier weken eerder optimaal beschermd worden.

In juli bleek tijdens een bevraging door het VPP dat 8 op de 10 personen met een chronische ziekte van mening is dat COVID-19-vaccinatie verplicht moet zijn voor alle zorgverleners. Het VPP vond dat zo'n krachtig signaal niet verloren mocht gaan. Verplichte vaccinatie was noodzakelijk volgens de organisatie om de meest kwetsbare patiënten of bewoners te beschermen met wie zorgverleners in aanraking komen. Voor hen blijft COVID-19 immers levensbedreigend.

7 COMMUNICATIE: VOORTDUREND OVERLEG MET EN VERSTREKKEN VAN INFORMATIE AAN ALLE BETROKKENEN

De leden van de werkgroep communiceerden met o.a. patiënten, zorgverleners en de betrokken administraties. Daarnaast werden bijkomende communicatie-initiatieven genomen door de Task Force Vaccinatie om alle betrokkenen en het grote publiek te sensibiliseren en informeren:

- persberichten + interviews met de pers
- aankondigingen op de wekelijkse persconferenties van de Task Force en het Nationaal Crisiscentrum (NCCN)
- mailings naar de betrokken artsen-specialisten en ziekenhuizen met informatie over de te volgen procedure (zie <https://www.info-coronavirus.be/nl/vaccinatie/#adviezen>)
- webinars door de virologen van de Task Force
- info op de website www.info-coronavirus.be (met video's en FAQ's) met toegankelijke, meertalige communicatie
- affiches voor de prioritaire vaccinatie van zwangere vrouwen aan de gynaecologen en vroedvrouwen: https://d34j62pglfm3rr.cloudfront.net/downloads/2021_zwanger_LR_NL.jpg

8 PRIORITAIRE INENTING EN EQUITY

In de inleiding werd verwezen naar de *equity* als belangrijk uitgangspunt bij de implementatie van de vaccinatiestrategie. In de eerste plaats wordt de doelstelling *Leave no one behind* gerealiseerd door in te zetten op toegankelijkheid.

In Vlaanderen werd vanuit de zorgraad per eerstelijnszone een populatiemanager aangesteld. Die stond in voor het behalen van een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad binnen alle doelgroepen van de bevolking in de eerstelijnszone. Om dit te realiseren volgde de populatiemanager de vaccinatiegraad per doelgroep op, analyseerde hij de noden van de doelgroepen en werkte waar nodig gerichte acties uit. Dit gebeurde in samenwerking met alle zorg- en welzijnspartners in de eerste lijn. Daarnaast was de populatiemanager verantwoordelijk voor de coördinatie van thuis- en mobiele vaccinatie in collectiviteiten en de *outreach* naar kwetsbare groepen.

De populatiemanagers besteedden speciale aandacht aan doelgroepen die maatschappelijk kwetsbaar zijn of bepaalde barrières zouden kunnen ervaren om in te gaan op hun uitnodiging voor vaccinatie. Zo ging er extra aandacht naar doelgroepen die zich niet eenvoudig konden verplaatsen naar een vaccinatiecentrum en nood hadden aan vaccinatie aan huis of in een vertrouwde omgeving. De populatiemanager werkte hiervoor samen met een mobiel team van zorgprofessionals vanuit het vaccinatiecentrum, of een plaatselijke huisarts voerde de mobiele vaccinatie uit. Huisartsen hebben heel wat van hun niet-mobiele patiënten thuis ingeënt, in samenwerking met het vaccinatiecentrum, waar de spuiten werden voorbereid.

In heel wat diverse settings, zoals gebedshuizen, inloopcentra, opvanginitiatieven, maar ook erg informele settings zoals een café, vonden vaccinatiemomenten plaats. Wanneer mogelijk werd ook ingezet op mobiliteitsoplossingen om mensen toch te vaccineren in het vaccinatiecentrum, samen met gelijkgestemden, wat een vertrouwenwekkende factor was.

Verder was er bijzondere aandacht voor mensen die door een taal- of cultuurbarrière moeilijkheden hadden met hun uitnodiging tot vaccinatie. Ook voor de vaccinatie van jongeren werden gerichte acties ondernomen om praktische en andere barrières weg te werken. Daarnaast was er aandacht voor heel wat specifieke doelgroepen, die van eerstelijnszone tot eerstelijnszone verschilden. Het uitgangspunt van de populatiemanager was steeds om een zo gericht mogelijke actie op te zetten om de noden die een bepaalde groep mensen ervaaarde op te vangen. Om deze taak tot een goed einde te brengen, was de samenwerking met alle mogelijke partners op het terrein uitermate belangrijk. De populatiemanager nam een verbindende rol op om alle beschikbare gegevens te identificeren over mogelijke uitdagingen om zich te laten vaccineren, en samen met het netwerk te handelen. Cruciaal was ook dat er kwantitatieve data beschikbaar waren in een dashboard, om de vaccinatiegraad per leeftijd en statistische sector binnen de eerstelijnszone op te volgen. Dit werd mogelijk gemaakt door de Zorgatlas van Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

In Brussel werd een studie gerealiseerd in opdracht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie(<https://www.ccc-ggc.brussels/> en het Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-hoofdstad) onder de naam *Vaccessible*. De strategie in Brussel was gebaseerd op diversificatie en decentralisatie. Er was een switch van een strategie *one size fits all* naar het ontwikkelen van een breed aanbod (centrale vaccinatie én toegankelijke lokale vaccinatie in de wijken).

Volgende stappen werden hierbij doorlopen:

- Noden van de bevolking werden in kaart gebracht: noden die te maken hebben met toegankelijkheid, perceptie van de bevolking in verband met risico's, vertrouwen van de bevolking in vaccins en vaccinatoren ...
- Aanpak: aangepaste communicatie, complementaire acties (grote vaccinatiecentra gecombineerd met decentrale acties zoals de Vaccibus).

Uit de studie komen drie belangrijke conclusies naar voor:

- Voor het bepalen van de vaccinatiestrategie moet men vertrekken van de noden van de bevolking. Men heeft een methodologie met categorieën ontwikkeld.
- Voor een duurzame aanpak is het belangrijk om meerdere complementaire acties te stimuleren, zodat men tegemoet kan komen aan de behoeften van de bevolking.
- Met het oog op een geïntegreerde actie dient men rekening te houden met de actieve tussenkomst van gezondheidsactoren.

Gedurende de hele studie werkten de wetenschappelijke onderzoekers en de medewerkers betrokken bij het bepalen van de strategie nauw samen. Het was een continu proces van onderzoek, evaluatie en bijsturen.

De resultaten van de studie zijn belangrijk voor een duurzame strategie in de toekomst.

9 ‘LESSONS LEARNED’ VOOR DE TOEKOMSTIGE ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG EN HET BELANG VAN POPULATIEMANAGEMENT IN GEVAL VAN DRINGENDE IMPLEMENTATIE VAN GROOTSCHALIGE PROJECTEN IN VERBAND MET GEZONDHEID.

In dit hoofdstuk bekijken we de voornaamste leerpunten uit de campagne rond het selecteren van personen voor een prioritaire vaccinatie. Een algemene vaststelling is dat een prioritaire vaccinatie pas echt resultaat geeft indien ze onderdeel uitmaakt van een goed draaiende algemene vaccinatie.

Dit hoofdstuk is tot stand gekomen via een breed participatief proces in de Werkgroep Organisatie van de Taskforce ‘Vaccinatie strategie’. Hierbij hebben we de scope wat breder gemaakt dan enkel de vaccinatie van risicogroepen, vermits de werkgroep in de loop van de voorbije maanden nog veel andere opdrachten in het kader van de implementatie van de vaccinatie-strategie heeft vervuld. De reflecties in dit hoofdstuk zijn ook relevant in het kader van een ‘goed draaiende vaccinatie’.

9.1 WAT HEBBEN WE GELEERD OP MACRO-NIVEAU?

Om de prioritaire selectie van personen voor een vaccinatie mogelijk te maken hebben we op volgende terreinen met belangrijke factoren moeten rekening houden:

- De Belgische staatstructuur
- Wettelijk kader
- Beschikbare elektronische informatiebronnen
- Organisatie van de “Eerste lijn”
- Informatiedoorstroming

9.1.1. Ondanks een complexe interventie met een ingewikkelde **staatsstructuur** is het belangrijk dat elk niveau, ongeacht wie bevoegd is, met elkaar blijft spreken. Dit liep behoorlijk goed m.b.t. de Vaccinatiestrategie. Wat we duidelijk hebben geleerd is dat de “Werkgroep Organisatie Vaccinatie-strategie” een meerwaarde heeft betekend voor het bepalen van de operationele procesmatige aanpak en de implementatie van de gekozen strategie. Door een vast schema van wekelijks overleg werd draagvlak gevonden voor de operationele procedures. De beslissingen rond implementatie van de strategie werden voorbereid met inbreng vanuit meerdere invalshoeken (zorgverstrekkers, patiënten, ziekenfondsen, deelstaten, communicatie-verantwoordelijken, IT-verantwoordelijken, juristen...). Bovendien leidde de belangrijke aandacht voor onderlinge rapportering tot een soort ‘informal learning community’ waar ‘good practices’ werden uitgewisseld en oplossingen op een co-creatieve manier tot stand kwamen. Het bewaken van de synchronisatie van de beslissingen en het goed anticiperen op knelpunten moest ervoor zorgen dat het ene niveau niet diende te wachten of werd kortgesloten door een ander niveau. Het bewaren van het globale overzicht is in deze context een uitdaging en verdient de nodige aandacht.

Het opzetten van een platform met alle actoren betrokken bij de uitvoering creëert een absolute meerwaarde.

9.1.2. Er was initieel geen **wettelijk kader** specifiek voor een dergelijke campagne waardoor men moest terugvallen op bestaande ‘niet-aangepaste’ wetgeving. Hierdoor dienden vaak omslachtige procedures telkens herhaald te worden, bij elke nieuwe stap in de prioritaire vaccinatie. Daarom is een grondige reflectie over een duurzame,

GDPR-conforme geïntegreerde aanpak in een performant juridisch kader, een opdracht met de hoogste prioriteit. Het is noodzakelijk dat een kader wordt uitgewerkt waarin de verschillende bevoegde overheden elkaar ontmoeten. Dit heeft tijdens de campagne geleid tot het samenwerkingsakkoord van 12 maart 2021 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het Waals Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie betreffende de verwerking van gegevens met betrekking tot vaccinaties tegen COVID-19.

Het is bovendien belangrijk dat tijdens een pandemie bestaande databanken bij verschillende overheden onderling kunnen worden gekoppeld, om de noodzakelijke vitale informatie te kunnen gebruiken ter bescherming van de bevolking. Een generiek wettelijk kader van gegevensdeling is nodig, waarbinnen vaccinatiecampagnes voor toekomstige pandemieën snel kunnen worden uitgerold.

9.1.3. **Een goed uitgebouwd informatiesysteem** dat de individuele betrokken overheden overschrijdt, is een essentiële voorwaarde voor het managen van een crisis. Bij de selectie van risicopatiënten, werd een unieke samenwerking gerealiseerd tussen de Vaccinatiecodes gegevensbank, het IMA, de mutualiteiten, de huisartsen en hun GMD, de apothekers met hun IT-systemen, de artsen-specialisten, E-health diensten,....

Een “geïntegreerd interprofessioneel elektronisch patiëntendossier” met gestructureerde architectuur is een belangrijke essentiële schakel. “Equity” is een belangrijk aandachtspunt bij de ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier en vraagt aandacht voor ‘digital literacy’ en ‘health literacy’. Het patiëntendossier is geen doel op zich, het is een middel om de “quintuple aim” (zie Hoofdstuk 1) te bereiken. Dat wil zeggen dat het e-patiëntendossier voor elke Belgische burger moet bijdragen aan meer gezondheid en welzijn, waarbij het zorgteam een actieve partner is. En dit ongeacht de mate waarin de burger zelf de regie over de eigen gezondheid kan opnemen.

De kracht van deze campagne was de complementaire werking tussen de gegevens beschikbaar in de GMD dossiers en de gegevens van het IMA die via de mutualiteiten konden toegewezen worden aan rijksregisternummers. Op deze wijze was er maximale garantie dat niemand uit de boot viel. De mutualiteiten beschikken over de gegevens mbt het terugbetaalde zorggebruik, en dus over indirecte medische informatie, van elke burger, ongeacht het niveau van health literacy van deze burger. Door de complementaire werking viel de verantwoordelijkheid niet in één sector en werd de eerste lijn in zekere mate ‘ontlast’ terwijl zij in de vuurlinie stond. Het geïntegreerd dossier vormt - samen met centrale databestanden zoals de IMA-databank - de basis voor populatiemanagement, waarbij geanonimiseerde of gepseudonimiseerde gegevens GDPR-conform worden geëxtraheerd, op basis waarvan een ‘community diagnosis’ wordt geformuleerd, die strategieën aangepast aan de lokale noden kan informeren. Deze geanonimiseerde of gepseudonimiseerde gegevens vormen de databron voor populatiemanagement; dashboards creëren de mogelijkheid om data te ontsluiten op verschillende niveaus (micro, buurt, meso, macro). Vanuit de dashboards kan een systeem voor benchmarking en kwaliteitsverbetering opgezet worden. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van tools voor sensibilisatie, persoonsgerichte benadering op maat, tools voor audits, kwaliteitscycli, benchmarking. Dit alles ondersteunt de opvolging op niveau van de zorgverlener, de eigen praktijk of apotheek, de eigen organisatie van b.v. thuisverpleegkundigen. Verder zijn er tools nodig voor rapportering, monitoring en visualisatie op niveau van een buurt, ELZ of regio. Ook de rol van de mutualiteiten in kader van sensibilisatie kan op deze wijze doelgerichter zijn.

9.1.4. Binnen het gezondheidssysteem dient de eerstelijnszorg te worden versterkt

Er is een duidelijk minder hoge vaccinatiegraad zowel voor de algemene bevolking als voor de risicopatiënten in de regio’s waar minder inwoners een GMD hadden, waar de GMD houdende huisartsen minder actief patiënten selecteerden en waar het aantal GMD patiënten per GMD-arts lager was.

In de eerste plaats moet de capaciteit aan zorgverstrekkers op de eerste lijn versterkt en gediversifieerd worden. Er zijn op korte termijn 400 extra VTE-huisartsen nodig in Brussel, in heel wat gebieden in Wallonië en Vlaanderen zijn er capaciteitsproblemen voor huisartsen, thuisverpleging, en andere zorgberoepen.

Ter gelegenheid van de Eerstelijnsgezondheidsconferentie in februari 2017 heeft de Wetenschappelijke Reflectiekamer een nota geschreven met als titel: “De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van!” (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELC-Synthesenota%20Wetenschappelijke%20Reflectiekamer%202017.pdf>).

In de tweede plaats zou het concept van ‘eerstelijnsnetwerk’ een interessante denkpiste zijn.

Het principe ‘inschrijving in een eerstelijnsnetwerk’ is een uitbreiding op het geïntegreerd interprofessioneel elektronisch dossier en biedt aan elke burger de meerwaarde om interdisciplinaire, goed afgestemde zorg te ontvangen, vanuit nabije zorgteams die actief zijn in de buurt. De eerstelijnsnetwerken verzekeren een vlottere zorgcoördinatie op de eerste lijn, met aandacht voor gezondheid en welzijn, en werken samen met ziekenhuisnetwerken en met specialistische zorg op de tweede lijn. Verder onderzoek over deze mogelijkheden is nodig.

9.1.5. Patiëntenorganisaties beklemtonen het belang van performante **informatiedoorstroming naar de zorgverleners en naar de bevolking**. Het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) is van oordeel dat er een betere doorstroming van communicatie nodig is naar de zorgverleners op het terrein.

Zorgverleners spelen een belangrijke rol in de vaccinatiecampagne. Zij moeten zelf overtuigd zijn van het nut van vaccinatie in het algemeen en principes van prioritaire vaccinatie, anders is de patiënt dat ook niet. Het is belangrijk dat de patiënt bij de zorgverlener terecht kan voor correcte informatie over vaccinatie.

Gezien we de strijd zijn aangegaan tegen een onbekend virus, evolueerde de correcte wetenschappelijke informatie en was er voortschrijdend inzicht in de te bepalen strategie omtrent de prioritaire vaccinatie.

Het ontbrak inderdaad aan één centraal informatieplatform met betrekking tot de prioritair te vaccineren personen voor professionelen. De informatie was versnipperd en vaak voor professionelen niet gedetailleerd genoeg en voor de burger vaak moeilijk begrijpbaar. Een parallelle informatiebron voor de burger is ook noodzakelijk. Hoewel er een zeer verdienstelijke bijdrage werd geleverd door de cel informatie van het Corona-secretariaat, bleef de centrale coördinatie van de informatie een uitdaging. Op het terrein was een duidelijke identificatie van de verspreiders van de “officiële informatie” niet altijd eenvoudig.

Het moet voor de burger duidelijk zijn bij welke instantie hij met welke vraag terecht kan. De ervaring leerde dat dit niet (altijd) het geval was. Ook hier is een goede afstemming van centrale en decentrale initiatieven (b.v. call-centra voor informatieve vragen) noodzakelijk.

9.2 WAT HEBBEN WE GELEERD OP MESONIVEAU?

Een goed uitgebouwd mesoniveau heeft duidelijk bijgedragen tot een vlotte campagne voor de algemene bevolking en voor de prioritair te vaccineren personen in het bijzonder.

In **Vlaanderen** hebben de Eerstelijnszones, waarin 4 clusters samenwerken (gezondheidszorg, welzijnszorg, personen met een zorg- en ondersteuningsnood en lokale besturen), het belang van de coördinatie op meso-niveau (100 000 inwoners) zeer snel duidelijk gemaakt. De vaccinatiecentra, georganiseerd door de eerstelijnszones en met de inzet van duizenden vrijwilligers, bleken dé strategie te zijn om de regio in de Europese top-vijf van de meest performante regio's voor vaccinatie te doen post vatten. Ook in Wallonië en Brussel – waar het meso-niveau nog niet duidelijk gedefinieerd is – werden de vaccinatiecentra ingezet, maar in Brussel werd snel duidelijk dat een breed scala van aangepaste strategieën, noodzakelijk was om de zeer diverse bevolking te bereiken (zie hoofdstuk 8). Het meso-niveau blijkt enerzijds een voldoende 'kritische massa' te vormen om efficiënt grootschalige campagnes op te zetten, en biedt terzelfdertijd voldoende verbinding met de lokale actoren (gezondheidszorgberoepen, zorgorganisaties,...) om flexibel in te spelen op lokale verschillen en noden.

Belangrijk is dat het meso-niveau voldoende ondersteund wordt vanuit het macro-niveau: in Vlaanderen bleek de rol van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (www.vivel.be) en van de Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten (www.vvsg.be), essentieel om de Eerstelijnszones goed te laten functioneren.

In **Brussel** werd op meso-niveau het vaccineren volledig vanuit de deelstaat georganiseerd: planning, uitnodigingen, fysieke organisatie en administratie, logistiek etc... werden regionaal aangestuurd. De eerste lijn was daarbij een belangrijke partner, geen initiatiefnemer. De rode draad doorheen de ganse vaccinatiecampagne in onze kosmopolitische regio, waarbij 40% van de bevolking geen huisarts heeft, was proximitéit-toegankelijkheid-vertrouwen met de slogan « Leave no one behind »

Het uitvoeren van de vaccinatiestrategie werd geleid door 3 chronologische en mekaar overlappende aanpakken:

1. Bij de eerste fase, toen er nog een tekort was aan vaccins, werden de prioritaire groepen gevolgd, zoals afgesproken op interfederaal niveau. Hier werd de uitnodiging tot vaccinatie omgezet in massale vaccinatie in 10 grote vaccinatiecentra met efficiëntie en universaliteit als sleutelwoorden. In parallel gebeurde een specifieke sensibilisering naar de specifieke doelgroepen toe en een aanpassing van het uitnodigingsproces om minder-gedigitaliseerde personen de kans te bieden een afspraak te maken in één van de vaccinatiecentra.
2. Tegelijkertijd heeft Brussel zich op een alternatieve aanpak geconcentreerd, gebaseerd op de socio-economische behoeften van burgers. Het voorstel tot vaccineren past in de openbare ruimte en ligt letterlijk 'op het pad van voorbijgangers'. Op die wijze wordt het vaccin toegankelijk maar ook acceptabel; tijd nemen, luisteren, antwoorden op de vragen van Brusselaars en dit in hun vertrouwde omgeving. Het gaat om het invullen van een instantbehoefte door het werken zonder afspraak, door personen vaccins aan te bieden aan de ingang van een winkel, een verkeersader, ter plaatse in de collectiviteit voor zorgpersoneel / scholen / bedrijven, etc. Mensen krijgen steeds de mogelijkheid om informatie te verkrijgen en vragen te stellen. Op die manier wordt ook de mogelijkheid geboden aan b.v. mensen zonder papieren zich in een vertrouwde omgeving te vaccineren. Ook hier wordt in parallel per doelgroep (b.v. jongeren, bepaalde nationaliteiten, zonder papieren, ...) sterk gesensibiliseerd.
3. De laatste aanpak is écht op maat gesneden van de burgers die een beetje afgekoppeld van de gewone maatschappij en media leven, en waarvoor gezondheidszorg en COVID niet de allereerste zorgen zijn; of die door hun achtergrond negatief t.o.v. het vaccin staan. Hier is eerst ingezet op een zeer grondige sensibilisering door vertrouwenspersonen via het "train-the-trainer" principe, waarbij telkens ook getracht wordt medisch geschoold personeel te koppelen aan de meer sociaal

georiënteerde personen. Na de sensibilisering wordt dan de actie tot vaccinatie via bussen of andere ingezet. Het betreft hier het vaccineren van daklozen, sekswerkers, vaccinatie in moskeeën, ... waar de component van vertrouwen de pure medische dimensie overschrijdt. In bepaalde gevallen, voor zeer precair publiek, worden eerst ontbijtsessies georganiseerd, waar mensen kunnen samenkomen en over allerhande topics spreken, vooraleer er wordt overgegaan naar behoefte inzake gezondheid, en vandaar naar het belang van vaccinatie voor COVID.

Het betreft hierbij het bevoordelen van de toegankelijkheid of de materiële voorwaarden van vaccinatie (b.v. afstand, benodigde tijd, kosten en administratieve procedures); van de aanvaardbaarheid (perceptie van de behoefte en waargenomen risico's van het ziektebeeld/het vaccin); van het vertrouwen in het vaccin, in de vaccinatoren en in het zorgsysteem.

De strategie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, is er één gebaseerd op proximitéit, diversificatie en decentralisatie.

Van de grote vaccinatiecentra (10 in aantal vanaf maart 2021) naar de kleinere antenne, vaccinatiebussen en vaccinatiepunten in bijvoorbeeld scholen, geloofsplaatsen, OCMW's, bedrijven, markten, ziekenhuizen, bij dokters, thuisverplegers, in apotheken. Deze diversificatie werd enkel mogelijk gemaakt door samenwerkingsverbanden met gemeentelijke overheden, het Rode Kruis, ziekenhuiskoepels, rusthuisfederaties, thuisverzorgers, huisartsenkringen en apothekersfederaties, precare zorgverleners vennootschappen en legio lokale vennootschappen.

In **Wallonië** wordt het "meso"-niveau ondersteund door huisartsenkringen en door poliklinische OST (Outbreak support teams), geïmplementeerd door de minister van Volksgezondheid en het AViQ (Agentschap voor Kwaliteitsvol Leven) in het kader van het beheer van de Covid-crisis. Zij associëren huisartsenkringen, verpleegkundigen en ondersteunende diensten om om te gaan met noodsituaties buiten het ziekenhuis.

De Algemene Covid-19-delegatie van het Waalse Gewest is door de Waalse Regering belast met de organisatie van de vaccinatie in samenwerking met de AviQ. Op het terrein hebben evenementenoperators die de overheidsopdracht hebben gewonnen en lokale huisartsenkringen samengewerkt in vaste vaccinatiecentra in grote en middelgrote steden, in mobiele vaccinatieantennes in landelijke gebieden en op universiteitscampussen. Ziekenhuizen zijn betrokken geweest bij het vaccineren van hun personeel en risicopatiënten, terwijl een netwerk van 95 officina apotheken de distributie van vaccins naar huisartsen mogelijk heeft gemaakt. De verkregen vaccinatiegraad heeft ertoe bijgedragen dat België in de top vijf van Europese landen staat qua dekking 2^{de} en 3^{de} doses (situatie eind januari 2022).

9.3 WAT HEBBEN WE GELEERD OP MICRO-NIVEAU?

We hebben vastgesteld dat er een grote bereidheid was bij verschillende groepen zorgverleners om zich actief in te zetten om zoveel mogelijk mensen in te enten, en dit complementair met de werking van de vaccinatiecentra. Huisartsen en thuisverpleegkundigen zorgden voor de inenting van bedlegerige patiënten thuis. In Brussel stelde een netwerk van apothekers hun apotheek ter beschikking om onmiddellijk na het sensibilisatiegesprek, laagdrempelige vaccinatie te kunnen aanbieden. Mobiele equipes met artsen, apothekers en verpleegkundigen zorgden voor de outreach naar moeilijk bereikbare groepen: daklozen, bewoners van asielcentra, voorzieningen voor mensen met een beperking, woonwagenbewoners,... Dit microniveau heeft wel de mogelijkheid om op basis van de therapeutische relatie personen prioritair te vaccineren.

Via de automatische koppeling tussen Vaccinnet en het GMD, kunnen huisartsen de vaccinatietoestand van de patiënten in de praktijk opvolgen, en mensen wanneer nodig motiveren. Apothekers kunnen personen die nog niet ‘op vaccinatieschema’ zitten, motiveren en ondersteunen om zich te laten vaccineren.

9.4 SLOTBEMERKINGEN: NOOD AAN INNOVATIE OP HET GEBIED VAN DATA, ZORGMODELLEN EN FINANCIERINGSMODELLEN MET HET OOG OP EEN DUURZAME EN TOEKOMSTGERICHTE GEZONDHEIDSZORG.

De werkgroep Organisatie Vaccinatiestrategie, oorspronkelijk gestart in het kader van prioritaire vaccinatie, is nog steeds een actief platform waar wekelijks de situatie en voortgang van de vaccinatiecampagne – in al zijn facetten – wordt toegelicht, geanalyseerd en afgestemd. De onderlinge betrokkenheid van de deelnemers en openheid van de besprekingen versterken het noodzakelijk vertrouwen tussen gezondheidszorgactoren, beleid, IT-verantwoordelijken, juristen, communicatieverantwoordelijken, ... en levert een belangrijke bijdrage tot het slagen van de campagne. Een permanente open dialoog met alle betrokkenen vormt een belangrijke basis om b.v. voortdurend te werken aan de kwaliteitsverbetering van de gegevens die de verschillende acties onderbouwen.

Volgende reflecties kunnen de verdere discussie met het oog op de toekomst helpen vormgeven:

- **Data vormen de basis**
 - o De Vaccinatiecodes gegevensbank en Vaccinnet zijn belangrijke instrumenten voor de selectie, planning en opvolging van de vaccinaties. Zij moeten operationeel geïntegreerd met de databanken gebruikt kunnen worden voor testing, contact-tracing, isolatie en quarantaine.
 - o Tools voor populatiemanagement (b.v. opvolging van groepen met verhoogd risico) en selectie door de huisarts en rol voor de verzekeringsinstellingen, werden ontwikkeld en hebben gefunctioneerd.
 - o Megadatabanken van de verzekeringsinstellingen en IMA moeten op basis van een correct en flexibel wettelijk kader gebruikt kunnen worden in bepaalde contexten zoals een pandemie. De bevoegdheidsverdeling inzake volksgezondheid mag een koppeling van bestaande databanken niet in de weg staan.
- **Een innovatief geïntegreerd financieringsmechanisme vormt een stimulus voor populatiegerichte zorg en lokale samenwerking**
 - o Stimuleert multidisciplinaire samenwerking tussen lokale huisartsen, verpleegkundigen, huisapothekers en andere betrokken hulpverleners (b.v. maatschappelijk werk, ‘community health workers’ voor outreach naar kwetsbare groepen). Het doel is buurtgerichte zorg, met een “dubbele accountability”. Dit betekent dat eerstelijnsnetwerken verantwoordelijkheid opnemen voor de bij het netwerk ingeschreven burgers én dat de eerstelijnszone ervoor verantwoordelijk is dat alle burgers bij een eerstelijnsnetwerk aansluiten (“to leave no one behind”)

- Stimuleert de ‘intellectuele acte’. Dit is enerzijds populatiemanagement en anderzijds informatie en sensibilisatie binnen de therapeutische relatie.
- Stimuleert efficiënte inzet van middelen ‘juiste zorg op de juiste plaats’, subsidiariteit en task-shifting. Het doel is de therapeutische vertrouwensrelatie maximaal valoriseren.

- **Sterk bottom up engagement bevorderen**

- Buurtgerichte vaccinatie (en breder ‘preventieve zorg’) georganiseerd door verpleegkundigen, huisartsen en huisapothekers. Zij werken samen met andere hulpverleners (welzijnswerk, maatschappelijk werk, ...) voor een populatie in de buurt. Een duurzaam model moedigt aan om lokaal afspraken te maken b.v. in het kader van een eerstelijnsnetwerk.
- Eerstelijnsnetwerken maken – in de context van de Eerstelijnszone - lokaal afspraken op maat van de populatie die woont en leeft in de buurt.
- Er is een belangrijke rol voor de eerstelijnszones (of gelijkaardige structuren in Brussel en Wallonië), de lokale besturen, verzekeringsinstellingen en patiëntenorganisaties om de bevolking bewust te maken van het belang van preventie. Zij spelen ook een rol in het bekend en toegankelijk maken van het zorgaanbod, b.v. binnen een ‘zorgzame buurtconcept’.
- Er dient aandacht te zijn voor de meest kwetsbare mensen en moeilijk bereikbare doelgroepen. B.v. aan de hand van een flexibel vaccinatie-aanbod (groepsvaccinatie, outreachende zorg, thuisvaccinatie, opportuniteitsvaccinatie ...)
- Er ligt een belangrijke rol bij huisartsenkringen, apothekerskringen en apothekersverenigingen, consortia van verpleegkundigen, in samenwerking met sociale diensten en lokale besturen, om lokaal vaccinatie te organiseren in het kader van eerstelijnszones.
- De kringen worden voor de populatiegerichte opdrachten ondersteund door de eerstelijnszones (Vlaanderen) en de lokale besturen.

Verzekeringsinstellingen, patiëntenkoepels en individuele patiëntenverenigingen hebben een sterke rol in sensibilisatie en communicatie.

COLOFON

<p>Auteurs:</p>	<p>Prof. em. Jan De Maeseneer, MD, Ph.D. Hoofd WHO Collaborating Centre on Family Medicine and Primary Health Care (UGent)</p> <p>Apr. Marie Van de Putte, Ph.D. Bestuurder Vlaams Apothekers Netwerk en Brabants Apothekers Forum, coördinator Zorgzaam Leuven</p> <p>Prof. dr. Tom Goffin Docent gezondheidsrecht (UGent), lid van het Interfacultair Metamedica-Platform (UGent)</p> <p>Gudrun Briat Communicatie Task Force Vaccinatie en Regeringscommissariaat corona</p> <p>Kristien Dierckx Beleidsmedewerker Vlaams Patiëntenplatform</p> <p>Frank Robben Administrateur-generaal eHealth</p> <p>Dr. Leo Geudens Kernlid expertisedomein ICT bij Domus Medica</p> <p>Prof. dr. Bert Vaes, MD, Ph.D Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (KU Leuven)</p> <p>Dr. Viviane Van Elshocht Adviserend arts, expert beleid en politiek bij Christelijke Mutualiteit, intermutualistische coördinatie, vertegenwoordiger IMA</p>
<p>Met dank aan de ondersteuning voor het realiseren van dit rapport aan:</p>	<p>Gudrun Briat, Catherine Lucet, Anja Roelandts en Ine Verhulst voor de logistieke, vertaal- en lay out-ondersteuning</p> <p>Marie Van de Putte voor het leiden van de schrijfgroep</p> <p>Dienst Pers en PR, business ontwikkeling en innovatie van de Christelijke Mutualiteit</p>

ALFABETISCHE LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ATC-code	Anatomical Therapeutic Chemical Classification System
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
CLB	Centrum voor Leerlingen Begeleiding
CM	Christelijke Mutualiteit
COCOM	Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie
e-FORM	Gestructureerd elektronisch formulier
EMA	European Medicines Agency
EMD	Electronisch medisch dossier
ELZ	Eerste lijnszone
FOD	Federale OverheidsDiensten
FWB	Fédération Wallonië-Bruxelles
GMD	Globaal medisch dossier
HA	Huisarts
HGR	Hoge Gezondheidsraad
IARC	International Agency for Research on cancer
ICT	Informatie en Communicatie Technologie

ICU	Intensive Care Unit
IMA	Intermutualistische Agentschap
IVC	InformatieVeiligheidsComité
La LUSS	Ligue des usagers des services de santé
NIC	Nationaal intermutualistische college (pol= politiek, med= medische, GZ= gezondheidszorgen)
ONE	Office National de la Naissance et de l'Enfant
RIZIV	Rijksdienst voor Ziekte en invaliditeitsverzekering
TF	TaskForce Vaccinatie, interfederale taskforce operationalisering Covid-19 vaccinatiestrategie
VC	VaccinatieCentrum
VCDB	Vaccinatiecodes gegevensbank
VI	Verzekeringsinstellingen
VPP	Vlaams Patiënten Platform
WHO	World Health Organization
WVG	Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin