

Levenslange immunisatie in België

Standpuntnota van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Een publicatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel
T 02 778 92 11
commu@mloz.be
—

Algemene coördinatie: Geertrui POELAERT

Bijdragen: Claire HUYGHEBAERT, Evelyn MACKEN, Benoit MORES met aanvullende input van collega's van het departement Vertegenwoordiging en Studies.

Dit werk is het resultaat van uitgebreid literatuuronderzoek en van ontmoetingen met sleutelfiguren in België

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, september 2026
(ondernemingsnummer 411.766.483)

Levenslange immunisatie in België

Standpuntnota van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

01	Inleiding.....	4
02	Samenvatting.....	6
	Actuele situatie van het beleid inzake 'levenslange immunisatie' in België	6
	Bestuurlijke context.....	6
	Vaccinatieschema's en financiering.....	8
	Vaccinatiegraad in België	9
	Economisch perspectief.....	9
	Huidige uitdagingen inzake vaccinatiebeleid	10
	Spanningsveld tussen federale en gefedereerde bevoegdheden	10
	Infectieziektes kennen geen grenzen: nood aan nationale coherentie	10
	Versnippering van het vaccinatiebeleid: gevolgen voor toegankelijkheid en vertrouwen	10
	Gefragmenteerde governance en beperkt budget voor volwassenen in Brussel & Wallonië	11
	Uitdagingen bij het monitoren van de vaccinatiegraad	11
	Beslissingen inzake het vaccinatiebeleid kennen een gebrek aan transparantie en wijken soms af van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR)	11
	Fragmentatie van vaccinatiebudgetten, en federale versus regionale mechanismen in de vaccinatieprijsbepaling	11
	Invloed van sociale en economische status op vaccinatie.....	11
	Uitdagingen rond misinformatie en gebrekkige informatie over vaccinatie	12
	De rol van de aanvullende ziektekostenverzekering.....	12
	Aanbevelingen.....	13
03	Actuele situatie van het beleid inzake 'levenslange immunisatie' in België	17
	Bevoegdheidsverdeling en de interfederale samenwerking inzake het Belgische vaccinatiebeleid	17
	De rol van het federale niveau in het vaccinatiebeleid.....	17
	De rol van de gefedereerde entiteiten in het vaccinatiebeleid.....	19
	Afstemming tussen het federale niveau en de gefedereerde entiteiten voor het vaccinatiebeleid	21
	Overzicht van vaccinaties: schema, aanbevolen vaccins en financiering via federaal of gemeenschapsniveau	23
	Vaccinatieschema's en aanbevolen vaccins	23
	Aankoop en prijsbepaling van vaccins in België	25
	Vaccinatiegraad in België	26
	Registratie, uitwisseling en raadpleging van vaccinatiegegevens	30
	Registratie en uitwisseling van vaccinatiegegevens door zorgverleners.....	30
	Raadpleging van vaccinatiegegevens door de burger	31
	Vaccinatie in een economisch perspectief	32

	Gezondheidseconomische evaluaties	32
	De kostprijs van het (niet) vaccineren (levenslange vaccinatie).....	33
	De kosteneffectiviteit van vaccinatie	34
04	Huidige uitdagingen inzake vaccinatiebeleid.....	35
	De gedeelde bevoegdheden gelinkt aan het vaccinatiebeleid leiden tot een spanningsveld tussen het federale niveau en de gefedereerde entiteiten ____	35
	Infectieziektes kennen geen grenzen: nationale coherentie en coördinatie zijn essentieel, maar momenteel onvoldoende	36
	Versnippering van het vaccinatiebeleid: gevolgen voor toegankelijkheid en vertrouwen	37
	In Brussel en Wallonië is de governance rond vaccinatie gefragmenteerd, en voor het vaccinatiebeleid bij volwassenen is slechts een beperkt budget voorzien ____	37
	Uitdagingen bij het monitoren van de vaccinatiegraad bij volwassenen op populatie-niveau	38
	Beslissingen inzake het vaccinatiebeleid kennen een gebrek aan transparantie en wijken soms af van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) __	39
	Fragmentatie van vaccinatiebudgetten, en federale versus regionale mechanismen in de vaccinatieprijsbepaling	40
	Invloed van sociale en economische status op vaccinatie	40
	Uitdagingen rond misinformatie en gebrekkige informatie over vaccinatie	41
	De rol van de aanvullende ziektekostenverzekering	41
05	Aanbevelingen	43
	Werk aan een gecoördineerde, nationale vaccinatiestrategie met gedeelde doelstellingen opdat een gelijke toegang tot vaccinatie, ongeacht waar men woont, gewaarborgd is	43
	Een efficiënte en coherente vaccinatiestrategie bepaalt de governance van vaccinatie	43
	Belang van gezondheidseconomische evaluaties met een maatschappelijk perspectief	46
	Veranker vaccinatie structureel in de eerstelijnszorg	47
	Maak vaccinatie laagdrempelig en geïntegreerd: breng vaccins dicht bij de bevolking en veranker vaccinatie structureel in de eerstelijnszorg en zorgtrajecten.....	47
	Investeer in opleiding, informatieverstrekking en taakverbreding van zorgprofessionals om vaccinatie-expertise en -capaciteit te versterken.....	49
	Garandeer een kwaliteitsvolle vaccinatieregistratie	51
	De sensibilisering rond vaccinatie versterken door een geïntegreerde communicatiestrategie in te zetten, afgestemd op de behoeften van de verschillende doelgroepen	52
06	Bijlagen	56
07	Nota's	64

01 Inleiding

De zesde staatshervorming op 1 juli 2014 heeft de bevoegdheden van de gemeenschappen en gewesten inzake de preventieve gezondheidszorg versterkt. Meer dan tien jaar later blijft het debat over de decentralisering van de gezondheidszorg – en specifiek preventie – actueel. Binnen dit debat onderscheiden zich verschillende visies: sommige stemmen pleiten voor herfederalisering vanwege de complexiteit van het huidige systeem; anderen willen de overdracht van bevoegdheden naar de gemeenschappen verder versterken; een derde stroming ijvert voor de overheveling van de bevoegdheid inzake preventie van de gemeenschappen naar de gewesten.

Als Onafhankelijke Ziekenfondsen streven we ernaar een helder standpunt te ontwikkelen over de verdeling van bevoegdheden rond preventieve gezondheidszorg. Om dit concreet te maken, richten we ons op levenslange immunisatie ('lifecourse immunization'), met bijzondere aandacht voor vaccinatie bij volwassenen, omdat het vaccinatiebeleid gericht op volwassenen nog steeds de meerdere uitdagingen kent.

Een programma gericht op levenslange immunisatie omvat een geheel van facetten zoals een vaccinatieschema ontwikkeld o.b.v. een levenslopperspectief, de aankoop en financiering van vaccins, de communicatie en sensibilisering naar burgers en zorgverleners, de opleiding van zorgprofessionals, en de opvolging van de vaccinatiegraad. De effectiviteit van immunisatieprogramma's hangt sterk samen met de manier waarop al deze facetten zijn georganiseerd en op elkaar zijn afgestemd.

Levenslange immunisatie omvat het systematisch aanbieden van vaccinaties gedurende alle levensfasen – van kindertijd tot oudere leeftijd – om duurzame bescherming tegen infectieziektes op te bouwen en te behouden. Het houdt rekening met leeftijd, gezondheidstoestand en individuele risicofactoren. Het levenslang-principe benadrukt continuïteit: vaccinaties zijn geen losse interventies, maar een doorlopend proces dat regelmatig wordt geëvalueerd en aangepast aan veranderende omstandigheden in leeftijd, gezondheid en risico's.

Waarom focussen op 'levenslange immunisatie'?

- Immunisatie is een essentiële vorm van preventie: immunisatie is een pijler van het gezondheidsbeleid en draagt bij tot het verminderen van ziekte-incidentie, ziekenhuisopnames, ernstige complicaties en sterfgevallen.
- Uitdagingen bij vaccinatie van volwassenen: de vaccinatiegraad bij volwassenen ligt lager dan bij kinderen of jongeren. Er is vaak onvoldoende bewustzijn over het belang van boosterprikken of vaccinaties die voor bepaalde doelgroepen van volwassenen worden aanbevolen (zoals griep of pneumokokken). Daarnaast spelen organisatorische factoren een rol, zoals beperkte toegang tot vaccins, onvoldoende registratie en opvolging, en het ontbreken van een geïntegreerde strategie om volwassenen systematisch te vaccineren. Dit vormt een belangrijk aandachtspunt voor het versterken van levenslange immunisatieprogramma's.

- De vergrijzing van de bevolking zet zich voort en de prognoses wijzen erop dat het aandeel ouderen in de bevolking de komende jaren verder zal toenemen.
- Relevantie voor actuele maatschappelijke trends: de COVID-19-pandemie heeft de publieke perceptie van vaccinatie beïnvloed. Het vertrouwen in vaccins staat onder druk door de verspreiding van (mis)informatie via digitale kanalen. Er is een groeiende aandacht voor dataverzameling, -opvolging en -visualisatie om vaccinatiegraden en de effectiviteit van vaccinatieprogramma's beter te monitoren.

In deze standpuntnota wordt het huidige vaccinatiebeleid, met een bijzondere aandacht voor volwassenen, onder de loep genomen. De voornaamste uitdagingen worden geïdentificeerd, en we formuleren enkele aanbevelingen.

02 Samenvatting

Actuele situatie van het beleid inzake ‘levenslange immunisatie’ in België

Bestuurlijke context

Het Belgische vaccinatiebeleid is versnipperd door de verdeling van bevoegdheden tussen het federale niveau (o.a. curatieve zorg, terugbetaling voor specifieke doelgroepen, regulering van geneesmiddelen, crisisbeheer, ...) en de deelstaten (o.a. preventief gezondheidsbeleid, organisatie van vaccinatieprogramma's, sensibilisering van de bevolking, registratiesystemen voor vaccinatie door zorgverleners, ...). Hierdoor bestaan regionale verschillen inzake het vaccinatiebeleid, onder meer in de vaccinatieschema's, en de vaccins die gratis ter beschikking worden gesteld aan de burgers.

Federale niveau

Het federale niveau speelt een belangrijke rol in het vaccinatiebeleid, onder andere inzake:

- De ontwikkeling van nationale maatregelen inzake bescherming tegen infectieziekten en vastlegging van eventuele verplichte vaccinaties (FOD Volksgezondheid)
- De gezamenlijke aankoop en verdeling van vaccins in uitzonderlijke omstandigheden, zoals tijdens een pandemie.
- De garantie van de kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid van vaccins via het regelgevend kader en het geneesmiddelenagentschap ((Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG)).
- Het opstellen van de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten en de terugbetaling van bepaalde vaccins (Federale Minsiter van Sociale Zaken en Volksgezondheid, RIZIV, Fedris) en het uitbetalen/terugbetalen van het honorarium van de zorgverleners (RIZIV).
- De bepaling van welke zorgverleners vaccins mogen voorschrijven, beheren of toedienen (FOD Volksgezondheid).
- Formulering van wetenschappelijke aanbevelingen en vaccinatiestrategieën, waaronder het vaccinatieschema (Hoge Gezondheidsraad, HGR).
- De epidemiologische opvolging van infectieziekten en evaluatie van de impact van vaccinatie (Dienst Epidemiologie van infectieziektes, Sciensano).
- De coördinatie van de vaccinatiestrategie tijdens gezondheidscrisissen (FOD Volksgezondheid en Risk Management Group).
- De internationale samenwerking en rapportering, onder meer richting de EU en de Wereldgezondheidsorganisatie (FOD Volksgezondheid).

Vlaanderen

- Centrale regie door het Departement Zorg (voor alle doelgroepen).
- Vlaamse Vaccinatiekoepel als adviesorgaan.
- De strategische doelstellingen van het Vlaamse vaccinatiebeleid geven aan wat tegen 2030 bereikt moet worden. De hoofddoelstelling wordt ingevuld op het niveau van drie groepen: baby's, kinderen en jongeren (0-18 jaar), volwassenen (18+ jaar) en specifieke doelgroepen. Voor volwassenen ligt de focus op griep, pneumokokken en kinkhoest, met bijzondere aandacht voor zwangere vrouwen, personen van 65-plussers, en gezondheidswerkers.
- De vaccinatie tegen de griep wordt gratis aangeboden aan bewoners van gesubsidieerde zorginstellingen.
- Vaccinnet 2.0 is het Vlaams systeem voor het bestellen van gratis vaccins en voor de verplichte registratie van alle vaccinaties binnen het vaccinatieschema en andere door de Vlaamse regering bepaalde vaccinaties. Vaccinnet registreert vaccinaties sinds 2006 (wettelijk verplicht sinds 2014), bevat oudere gegevens van Kind en Gezin en CLB-artsen, en kan sinds 23 april 2025 automatisch historische vaccingegevens via medische software ontvangen, zodat dubbele invoer niet meer nodig is.

Federatie Wallonië-Brussel

- De Federatie Wallonië-Brussel (FWB), via ONE, beheert het vaccinatieschema voor kinderen en zwangere vrouwen.
- E-vax is het systeem voor de registratie en bestelling van vaccinaties binnen het vaccinatieprogramma (de vaccinaties van 0- tot 18-jarigen, studenten in het hoger niet-universitair onderwijs en zwangere vrouwen (tot 50 jaar)) van de Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB).
- FWB heeft SMART-doelstellingen voor één doelgroep van volwassenen, namelijk zwangere vrouwen (difterie-tetanus-kinkhoest).
- Er bestaat een intra-Franstalig overlegorgaan dat geraadpleegd wordt voor de coördinatie van het vaccinatiebeleid en de technische validatie van bepaalde federale maatregelen.

Wallonië

- De Waalse administratie (AViQ) is verantwoordelijk voor het vaccinatiebeleid voor volwassenen, maar heeft hiervoor geen structureel budget.
- Vaccicard is een gezamenlijk platform van Vivalis (Brussel), AViQ en Ostbelgien dat vaccinatiegegevens centraliseert uit diverse softwaresystemen van zorgverleners. De koppeling met de gebruikte software van vaccinatoren gebeurt stapsgewijs en registratie is wettelijk verplicht sinds begin 2026. Gegevens van vóór 2026 kunnen momenteel niet automatisch retroactief worden ingevoerd. Vaccicard en e-vax zijn niet gekoppeld aan elkaar.

Brussels Hoofdstedelijk Gewest

- De bevoegdheden zijn verdeeld tussen de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC), Franstalige Gemeenschapscommissie (COCOF) en Vivalis, de administratie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Vivalis is in Brussel bevoegd voor het vaccinatiebeleid in bicommunautaire instellingen

en voor volwassenen, maar heeft geen structureel budget en voorziet enkel middelen voor sensibiliseringscampagnes. De COCOF ondersteunt in Brussel actoren die aan gezondheidsbevordering werken, en die de strategieën inzake preventie mee kunnen ondersteunen. De VGC versterkt via Gezond in Brussel o.a. de CLB's bij vaccinatiesensibilisering en zet in op een toegankelijk vaccinaanbod.

- Er zijn geen SMART-doelstellingen bepaald voor de vaccinatie van volwassenen.

Duitstalige Gemeenschap

- De Duitstalige Gemeenschap is verantwoordelijk voor haar eigen vaccinatieprogramma maar heeft verschillende samenwerkingsakkoorden met de FWB (bijvoorbeeld voor openbare aanbestedingen en voor het platform voor de registratie van vaccinatiegegevens).

Interfederale samenwerking

- Het overlegcomité van de federale Regering en de Gemeenschaps- en Gewestregeringen, Interministeriële conferenties (IMC) Volksgezondheid en de Interkabinettenwerkgroepen (zoals IKW Preventie) trachten de samenwerking inzake het preventieve gezondheidsbeleid tussen de federale en de gefedereerde entiteiten te versterken.
- Het [interfederaal Protocolakkoord Preventie](#) bepaalt de engagementen van de gemeenschappen/gewesten, de engagementen van de federale overheid en de gezamenlijke initiatieven van de gemeenschappen/gewesten en de federale overheid.

Vaccinatieschema's en financiering

Kinderen & jongeren

- Basisvaccins binnen het schema worden gratis ter beschikking gesteld door alle gemeenschappen (behalve rotavirus).
- Belangrijk verschil in het huidige schema¹: voor het MBR-vaccin (mazelen, bof, rubella) wordt de tweede dosis op 24 maanden toegediend in Vlaanderen, terwijl in de Federatie Wallonië-Brussel (FWB) de tweede dosis wordt toegediend van 7 tot 8 jaar.

Volwassenen

- Voor volwassenen gebeurt de terugbetaling doorgaans op federaal niveau via het RIZIV, en is ze beperkt tot specifieke doelgroepen.
- Procedure voor het bepalen van de terugbetalingsmodaliteiten: de farmaceutische firma dient een registratiedossier in bij het Europees

¹ Status juni 2026

Geneesmiddelenagentschap (European Medicines Agency, EMA) en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG); bij een positieve beoordeling krijgt ze een vergunning voor het in de handel brengen en vraagt ze vervolgens een maximumprijs aan bij de Federale Overheidsdienst Economie (FOD Economie). Daarna kan de firma een terugbetalingsaanvraag indienen bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) via de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) bepaalt niet de prijs, maar geeft advies inzake de vergoedingsbasis en voorwaarden.

- Beperkte regionale financiering (bv. Vlaamse overheid biedt het griepvaccin gratis aan voor mensen die in een gesubsidieerde zorginstelling in Vlaanderen verblijven. Het gaat om woonzorgcentra, psychiatrische instellingen voor lang verblijf of instellingen voor personen met een beperking).

Vaccinatiegraad in België

- De deelstaten organiseren periodieke vaccinatiegraadstudies met eigen methodes en volgens eigen planning, waardoor onderlinge vergelijking niet altijd mogelijk is. Sciensano berekent jaarlijks een nationale vaccinatiegraadschatting op basis van de meest recente regionale studies. Daarnaast rapporteert Sciensano deze nationale cijfers aan internationale organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). Via de Gezondheidsenquête (HIS) verzamelt Sciensano bijkomende, maar door zelfrapportage en beperkte steekproef minder robuuste, gegevens over griep- en pneumokokkenvaccinatie.
- Vaccinatiegraadstudies tonen aan dat er sterke regionale verschillen bestaan, waarbij de vaccinatiegraad in Brussel en Wallonië lager ligt dan in Vlaanderen.

Economisch perspectief

- Studies ² tonen dat elke euro die in vaccinatie wordt geïnvesteerd, gemiddeld 19 euro oplevert.
- Levenslange vaccinkost is relatief beperkt (ongeveer 600 euro –3.500 euro over een mensenleven).
- Naast de mogelijke gezondheidswinsten (zoals vermeden ziekte en sterfte) kunnen er ook maatschappelijke baten zijn (zoals minder werkverzuim en verhoogde sociale participatie), evenals indirecte baten (zoals een verminderde druk op de capaciteit van het gezondheidzorgsysteem).

² [Socio-Economic-Value-of-Adult-Immunisation-2026-Update.pdf](#)

Huidige uitdagingen inzake vaccinatiebeleid

Spanningsveld tussen federale en gefedereerde bevoegdheden

- Het regelgevend kader bepaalt dat de deelstaten bevoegd zijn voor het uitwerken en uitvoeren van hun vaccinatiestrategieën. In de praktijk blijft de federale overheid echter een belangrijke rol spelen in verschillende, onderling samenhangende facetten van het vaccinatiebeleid (o.a. terugbetaling van vaccins en de bijhorende voorwaarden, wetenschappelijke adviezen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) die richtinggevend zijn voor het regionale beleid). Hierdoor kunnen de vaccinatiestrategieën van de deelstaten slechts gedeeltelijk autonoom worden uitgevoerd. Vaccinatie is bijgevolg geen exclusieve bevoegdheid van de deelstaten, maar een gedeelde bevoegdheid met het federale niveau.

Infectieziektes kennen geen grenzen: nood aan nationale coherentie

- Een hoge nationale vaccinatiegraad is essentieel om groepsimmunitet te bereiken. Regionale vaccinatiegraden verschillen aanzienlijk, wat de groepsimmunitet kan ondermijnen. Hoewel de HGR wetenschappelijke aanbevelingen formuleert, kunnen deelstaten hiervan afwijken op basis van, o.a., politieke, budgettaire of logistieke overwegingen. Coördinatie-instrumenten zoals de IMC en het Overlegcomité volstaan niet om coherentie te garanderen.
- Ook verschillende registratiesystemen (Vaccinnet, Vaccicard en e-vax) zorgen voor inefficiëntie en ongelijkheid in datakwaliteit. Hierdoor dreigt het beleid verder te fragmenteren.

Versnippering van het vaccinatiebeleid: gevolgen voor toegankelijkheid en vertrouwen

- De versnippering van het vaccinatiebeleid tussen de deelstaten heeft een impact op:
 - De toegankelijkheid: bepaalde vaccins voor specifieke doelgroepen zijn in de ene regio minder toegankelijk dan in de andere. Deze verschillen worden bepaald door financiële drempels, maar ook door de manier waarop de vaccinatie is georganiseerd. Zo toont onderzoek³ aan dat de terugbetaling en het kosteloos aanbieden van vaccins de bereidheid tot vaccinatie verhogen.
 - De vaccinatietwijfel: de onderlinge verschillen tussen de basisvaccinatieschema's maken het voor burgers niet evident om te begrijpen waarom deze per deelstaat variëren. De uiteenlopende vaccinatieschema's kunnen verwarring veroorzaken bij burgers en zorgverleners.

³ [White-paper-Pneumococcal-vaccination-in-an-ageing-population-.pdf](#)

Gefragmenteerde governance en beperkt budget voor volwassenen in Brussel & Wallonië

- In Brussel en Wallonië zijn verschillende administraties betrokken bij vaccinatie, wat een coherent beleid voor levenslange immunisatie bemoeilijkt. ONE beheert kind- en maternale vaccinaties, terwijl AViQ en Vivalis verantwoordelijk zijn voor de vaccinatie van volwassenen. Voor volwassenenvaccinatie bestaan geen structurele budgetten, waardoor financiering ad hoc en beperkt blijft. De versnippering kan leiden tot minder gecoördineerde beleidsuitvoering. Hierdoor ontstaan risico's op ongelijkheid tussen regio's.

Uitdagingen bij het monitoren van de vaccinatiegraad

- In België ontbreekt een uniforme en continue monitoring van de vaccinatiegraad bij volwassenen, doordat deelstaten verschillende studies uitvoeren met uiteenlopende methodologieën en beperkte benutting van vaccinatieregistratiesystemen. Vlaanderen zet stappen met Vaccinnet 2.0, terwijl Brussel en Wallonië hun registratiesystemen nog ontwikkelen. Op federaal niveau moet het project EPI-LINK van Sciensano deze lacunes deels opvangen door vaccinatiegegevens te koppelen aan gezondheids- en administratieve databanken, met bijzondere aandacht voor sociaaleconomische verschillen.

Beslissingen inzake het vaccinatiebeleid kennen een gebrek aan transparantie en wijken soms af van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

- De besluitvorming over het vaccinatiebeleid op gemeenschapsniveau is vaak onvoldoende transparant en wijkt soms af van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, waarbij Vlaanderen zich onderscheidt door het ontbreken van publiek toegankelijke formele procedures voor gratis vaccinatie van doelgroepen, in tegenstelling tot het duidelijk omlijnde federale besluitvormingskader.

Fragmentatie van vaccinatiebudgetten, en federale versus regionale mechanismen in de vaccinatiebepaling

- De budgetten voor vaccinatie zijn in België sterk gefragmenteerd en verdeeld over het federale niveau (RIZIV) en de deelstaten, wat de samenhang en efficiëntie van het beleid bemoeilijkt.

Invloed van sociale en economische status op vaccinatie

- Hoewel vaccins het potentieel hebben om gezondheidsongelijkheden te verkleinen, kunnen verschillen in toegang tot vaccinatiediensten – beïnvloed door geografische, sociaaleconomische en culturele factoren – deze ongelijkheden net versterken.

Uitdagingen rond misinformatie en gebrekkige informatie over vaccinatie

- Vaccinatietwijfel is een complex en veelzijdig fenomeen zonder eenduidige oorzaak, waarbij zorgen over veiligheid, wantrouwen tegenover instellingen en beleid, en socio-culturele invloeden elkaar versterken. Daarnaast vergroten communicatie- en kenniskloven, mede beïnvloed door online media met tegenstrijdige boodschappen, de onzekerheid en terughoudendheid tegenover vaccinatie.

De rol van de aanvullende ziektekostenverzekering

- De aanvullende verzekering van de ziekenfondsen kan een stimulerende rol spelen voor vaccinatie wanneer er geen terugbetaling is via het RIZIV of de deelstaten, maar brengt ook risico's met zich mee. Ze kan immers leiden tot een verschuiving van overheidsverantwoordelijkheid; en tot uitsluiting van personen zonder aanvullende verzekering. Vaccinatie blijft een basiszorg die thuishoort in de verplichte ziekteverzekering.

Aanbevelingen

1. Werk aan een gecoördineerde, nationale vaccinatiestrategie met gedeelde doelstellingen

- Belang van een gecoördineerde, nationale vaccinatiestrategie: toegang tot vaccinatie mag niet afhankelijk zijn van woonplaats; alle burgers moeten gelijke toegang hebben tot vaccinatie en betrouwbare informatie. Het beleid zou zich primair moeten richten op het versterken van de volksgezondheid op de meest efficiënte manier, waarbij alle overheidsniveaus gecoördineerd bijdragen aan dit doel:
- Het uniform vaccinatieschema dat de volledige levensloop bestrijkt, opgesteld door de Hoge Gezondheidsraad, zou als basis moeten dienen voor het bepalen van gemeenschappelijke SMART-doelstellingen voor het volledige Belgische grondgebied. Om de gelijkheid inzake vaccinatie te waarborgen, zou de implementatie van de door de Hoge Gezondheidsraad opgestelde vaccinatiekalender op nationaal niveau moeten worden geharmoniseerd, zonder regionale afwijkingen die leiden tot verschillende toepassingsmodaliteiten.
- Onderzoeken of alle vaccins bestemd voor de verschillende doelgroepen centraal zouden kunnen worden aangekocht door de FOD Volksgezondheid via een procedure van openbare aanbesteding. De openbare aanbesteding zou via een taskforce van het IMC Volksgezondheid kunnen verlopen, met inspraak van alle deelstaten.
- De regio's zijn verantwoordelijk voor de implementatie van de nationale strategie. Zij spelen daarbij een sleutelrol in de sensibilisering, de organisatie van vaccinatiemomenten en outreach-acties om moeilijk bereikbare groepen te bereiken. Lokale terreinkennis is essentieel om nationale aanbevelingen te vertalen naar acties op maat van de regionale context en om sociaaleconomische ongelijkheden in vaccinatie aan te pakken. Naar analogie met Vlaanderen, waar de Vaccinatiekoepel deze rol vervult, zou het relevant zijn dat Wallonië en Brussel opnieuw een officieel overleg- en coördinatieorgaan instellen voor de afstemming van de strategie en de uitvoering van het vaccinatiebeleid.

Om een doeltreffende en coherente nationale vaccinatiestrategie te realiseren, worden twee randvoorwaarden geïdentificeerd:

- Kwaliteitsvoorwaarden die de betrokkenheid van de deelstaten bij de operationalisering van het vaccinatiebeleid waarborgen: gelet op de aanzienlijke federale financiering van vaccinatie, zou deze gekoppeld moeten worden aan minimale kwaliteitseisen. Overeenkomstig het samenwerkingsprotocol van 21/03/2016 ([Protocol van 21/03/2016 akkoord tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de grondwet inzake preventie](#)), kan de federale financiering worden verbonden aan minimale kwaliteitseisen. Wij pleiten voor een evenwichtige aanpak die zowel resultaatindicatoren (vaccinatiegraad) als

procesindicatoren (engagement, samenwerking, communicatie en innovatie) omvat.

- De vereenvoudiging van de governancestructuur voor vaccinatie in Brussel en Wallonië: net zoals in Vlaanderen wordt gestreefd naar een éénduidige verantwoordelijkheid, waarbij één administratie instaat voor de volledige operationalisering van het vaccinatiebeleid voor alle doelgroepen binnen één gewest.

Een gecoördineerde nationale strategie vereist geen staatshervorming, maar kan worden gewaarborgd via een uitvoerend samenwerkingsakkoord.

- Het momenteel geldende protocolakkoord ([Protocol van 21/03/2016 akkoord tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de grondwet inzake preventie](#)) kan worden herzien en omgevormd tot een uitvoerend samenwerkingsakkoord. Terwijl een protocolakkoord doorgaans een bestuurlijke of politieke afspraak tussen overheden is, zonder bindend normatief kader, is een samenwerkingsakkoord een juridisch bindend akkoord tussen de federale overheid, de gemeenschappen en/of de gewesten, gebaseerd op artikel 92bis van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen. Een dergelijk akkoord maakt het mogelijk de uitvoering van de afgesproken maatregelen te waarborgen zonder dat hiervoor goedkeuring via een wet of decreet vereist is. Het samenwerkingsakkoord legt de bevoegdheden van zowel het federale niveau als van de gefedereerde entiteiten vast, zoals hierboven beschreven.
- **Belang van gezondheidseconomische evaluaties met een maatschappelijk perspectief:** het organiseren van gecoördineerde nationale vaccinatieprogramma's vraagt om specifieke budgetten, zeker voor nieuwe programma's zoals volwassenenvaccinatie die een uitgebreide omkadering vereisen. Gezondheidseconomische evaluaties, uitgevoerd door onafhankelijke federale onderzoeksinstituten zoals het KCE, ondersteunen beleidskeuzes door zowel kosten als gezondheidswinst in kaart te brengen. Wanneer deze evaluaties een maatschappelijk perspectief hanteren, worden ook bredere effecten zoals werkverzuim, productiviteit en druk op de zorg- en welzijnssector meegenomen, wat de meerwaarde van preventieve interventies beter zichtbaar maakt.

2. Veranker vaccinatie structureel in de eerstelijnszorg

- Op het niveau van de eerste lijn wordt aanbevolen de vaccinatiepreventie te versterken door elke contactmogelijkheid met een gezondheidszorgprofessional te benutten. Dit houdt onder meer in dat vaccinatie structureel wordt geïntegreerd in routineconsultaties en zorgtrajecten. Daarnaast zou een systeem van proactieve uitnodigingen door de arts, gebaseerd op het risicoprofiel en de vaccinatiestatus van de patiënt, kunnen bijdragen tot een hogere vaccinatiegraad.
- Vaccinatie moet laagdrempelig worden door vaccins dicht bij de bevolking te brengen en ze in meerdere settings beschikbaar te maken. Het is daarbij

belangrijk om te onderzoeken welke settings het meest toegankelijk zijn voor specifieke doelgroepen. Mogelijke kanalen omvatten apotheken, werksettings, ziekenfondskantoren, vaccibussen en zorginstellingen. Daarnaast moet vaccinatie structureel geïntegreerd worden in routineconsultaties en bestaande zorgtrajecten, zoals bij diabetes.

- De basis- en vervolgopleiding van zorgprofessionals moeten worden versterkt, met aandacht voor levenslange immunisatie en permanente educatie via wetenschappelijke en beroepsverenigingen.
- Digitale hulpmiddelen en kennisplatforms moeten verder worden uitgebreid, aangevuld met klinische beslissingsondersteunende systemen die automatisch passende vaccinaties aanbevelen op basis van individuele patiëntgegevens.
- Vaccinaties worden vandaag toegediend door artsen, verpleegkundigen, vroedkundigen en door apothekers voor COVID en griepvaccins.
- Het voorstel uit het federale regeerakkoord om te onderzoeken of apothekers een ruimere rol kunnen opnemen in het vaccinatiebeleid, binnen een aanpak gebaseerd op samenwerking met en complementariteit ten opzichte van de arts, wordt ondersteund.
- Binnen huisartsenpraktijken zou delegatie naar verpleegkundigen de vaccinatiecapaciteit verder kunnen versterken.

3. Garandeer een kwaliteitsvolle vaccinatieregistratie

- Het registreren van vaccinatiegegevens moet levenslang en ononderbroken plaatsvinden, met op lange termijn de ambitie om te evolueren naar één geïntegreerd systeem, terwijl op korte termijn vooral interoperabiliteit wordt nagestreefd, zodat iedere burger digitale toegang heeft tot zijn vaccinatiegegevens gedurende zijn hele leven. Hiervoor moet er ingezet worden op drie zaken: voldoende opleiding en het verzekeren van de nodige IT-uitrusting van zorgverleners, het verzekeren dat het juridisch kader voor verplichte registratie wordt opgevolgd, en technische compatibiliteit volgens internationale standaarden zoals Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR). Correcte en volledige registratie maakt koppeling met andere gezondheidsinformatie mogelijk, waardoor gedetailleerde inzichten ontstaan in de vaccinatiegraad per bevolkingsgroep en gerichte acties kunnen worden ontwikkeld.

4. De sensibilisering rond vaccinatie versterken

- **Communicatie op verschillende niveaus:**

- Gecoördineerde en doelgroepgerichte communicatie: ontwikkel op nationaal, regionaal en lokaal niveau samenhangende campagnes die qua vorm, toon en kanalen worden afgestemd op de algemene bevolking, hoogrisicogroepen en groepen met een lage vaccinatiegraad, onder meer via datagedreven targeting en proactieve herinneringen. De mutualiteiten voeren gerichte acties uit. Een betere toegang tot vaccinatiegegevens zou het mogelijk maken om de doelgerichtheid en de doeltreffendheid van hun acties nog verder te versterken.
- Sterke lokale verankering en dialoog: zet in op diverse communicatiekanalen én op lokaal ingebedde, face-to-face communicatie via zorgverleners en welzijnsactoren, met open en respectvolle dialoog en outreach in samenwerking met vertrouwde lokale organisaties om kwetsbare groepen effectief te bereiken.
- **Ken je doelgroep:** een doeltreffende vaccinatiestrategie vertrekt vanuit een grondig begrip van de doelgroep. Door inzicht te verwerven in kenmerken, noden en oorzaken van vaccinatietwijfel kunnen communicatiestrategieën beter worden afgestemd en effectiever worden. Dit wordt ondersteund door onderzoek (zoals studies uitgevoerd door de Universiteit van Antwerpen: 'Vaccine confidence: presentation of Belgian data', 'Vaccinable: une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus' (Vivalis/UCL)).
- **Misinformatie en desinformatie over vaccins vragen om een bredere beleidsaanpak:** misinformatie en desinformatie over vaccins vereisen een bredere beleidsaanpak dan het louter aanbieden van correcte informatie. Vertrouwen is hierbij essentieel: niet alleen in vaccins, maar ook in zorgverleners, overheden en besluitvorming, binnen een bredere maatschappelijke context. Open en respectvolle communicatie, met een belangrijke rol voor lokale en vertrouwde zorgverleners, is cruciaal. Daarnaast moeten burgers en gemeenschappen actiever worden betrokken bij het vaccinatiebeleid en dragen digitale mediaplatformen verantwoordelijkheid in de verspreiding van informatie. Dit vraagt om een structurele langetermijnaanpak gericht op vertrouwen, dialoog en gezondheidsvaardigheden.

03 Actuele situatie van het beleid inzake ‘levenslange immunisatie’ in België

Bevoegdheidsverdeling en de interfederale samenwerking inzake het Belgische vaccinatiebeleid

Het Belgische vaccinatiebeleid wordt vormgegeven binnen een complexe staatsstructuur, waarbij zowel het federale niveau als de gefedereerde entiteiten verschillende verantwoordelijkheden dragen. Dit komt voort uit de bevoegdheidsverdeling, zoals bepaald in de Grondwet en de Bijzondere Wet tot hervorming der instellingen (BWHI), tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg, waardoor beleidsontwikkeling, financiering, uitvoering en opvolging van vaccinaties over meerdere bestuurslagen zijn verspreid.

De rol van het federale niveau in het vaccinatiebeleid

Preventieve gezondheidszorg, waaronder de opsporing en strijd tegen besmettelijke ziektes, valt onder de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten (de gemeenschappen)⁴.

Toch zien we dat het federale niveau nog steeds een belangrijke rol speelt in het vaccinatiebeleid⁵, namelijk voor:

- het uitwerken van nationale maatregelen inzake profylaxis (FOD Volksgezondheid)⁶.
- het verplichten van bepaalde vaccinaties. Momenteel is enkel de vaccinatie tegen Poliomyelitis verplicht (FOD Volksgezondheid)⁷.
- de aankoop en verdeling van bepaalde vaccins in uitzonderlijke omstandigheden. De federale overheid onderhandelt soms over gezamenlijke aankopen (zoals tijdens de COVID-19-pandemie). In zulke gevallen gebeurt de bevoorrading en distributie naar de deelstaten gedeeltelijk op federaal niveau.
- het verzekeren van de kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid van vaccins op de Belgische markt (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG))⁸.
- het opstellen van de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten en de terugbetaling van bepaalde vaccins (Federale Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, RIZIV, Fedris)^{9 10}.
- het bepalen wie (welke) vaccins mag toedienen en beheren (huisarts, kinderarts, verpleegkundige, apotheker of vroedvrouw) (FOD Volksgezondheid)¹¹.

⁴ Bijzondere Wet Hervorming Instellingen, art. 5 § 1, 8°

⁵ [vaccine_policy_ndl_web.pdf](#)

⁶ [Bijzondere Wet tot hervorming der instellingen](#), art. 5 § 1

⁷ Art. 1 van het KB van 26 oktober 1966

⁸ [RoI | FAGG](#)

⁹ [Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering \(RIZIV\) | Federale Overheidsdienst - Sociale Zekerheid](#)

¹⁰ [Wat doen we ? | Federaal agentschap voor beroepsrisico's](#)

¹¹ [Erkende gezondheidszorgberoepen | FOD Volksgezondheid](#)

- het uitbetalen of terugbetalen van het honorarium aan deze zorgverleners of respectievelijk de verzekerde voor het uitvoeren van deze akte (uit de verplichte ziekteverzekering) (RIZIV) ¹².
- het formuleren van aanbevelingen op basis van wetenschappelijk onderzoek en het geven van adviezen over vaccinatiestrategieën, zoals het bepalen van een vaccinatieschema (Hoge Gezondheidsraad, HGR)¹³. De adviezen van de HGR zijn sterk onderbouwd door recente wetenschappelijke literatuur, waarbij internationale richtlijnen en literatuur worden geïntegreerd in de Belgische context.
- het verlenen van wetenschappelijke adviezen over onderwerpen m.b.t. gezondheidszorg (bv. kosten-effectiviteitsstudies) (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, KCE) ¹⁴.
- het opvolgen van de epidemiologische evoluties op nationaal niveau van ziektes die door vaccinatie kunnen worden voorkomen, evenals de studie van de impact van vaccinatie (Dienst Epidemiologie van infectieziektes, Sciensano)¹⁵.
- het coördineren tijdens gezondheidscrisissen (bv. COVID-19) (FOD Volksgezondheid en Risk Management Group)¹⁶.
- het verzekeren van de internationale rapportering en samenwerking, zoals met de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en de Europese Unie (EU) (FOD Volksgezondheid)¹⁷.

Voorbeeld - Het vaccinatiebeleid tegen het humaan papillomavirus (HPV) in gemeenschappen krijgt vorm op basis van de wetenschappelijke adviezen van federale instellingen

Sinds 2010 worden in Vlaanderen vaccinatieprogramma's georganiseerd voor meisjes van 12 tot 14 jaar, in Brussel en Wallonië gebeurde dit vanaf 2011. De programma's werden ingevoerd op basis van een advies van de HGR in 2007¹⁸.

In 2019 voerde het KCE een kosten-effectiviteitsstudie¹⁹ naar de uitbreiding van het vaccinatieprogramma tegen het humaan papillomavirus (HPV) voor jongens, uit. Deze uitbreiding werd geadviseerd door de HGR. De gemeenschappen beslisten om vanaf september 2019 de HPV-vaccinatie uit te breiden naar jongens²⁰.

¹² [Honoraria, prijzen en vergoedingen | RIZIV](#)

¹³ [Over ons - Hoge Gezondheidsraad](#)

¹⁴ [Wat is het KCE ? | KCE](#)

¹⁵ [Over Sciensano | sciensano.be](#)

¹⁶ [Beheer van risico's en gezondheidscrisissen | FOD Volksgezondheid](#)

¹⁷ [Internationale activiteiten | FOD Volksgezondheid](#)

¹⁸ [Jongens vaccineren tegen het papillomavirus? | KCE](#)

¹⁹ [Kosten-effectiviteitsanalyse van een vaccinatie van jongens](#)

²⁰ [Jongens vaccineren tegen het papillomavirus? | KCE](#)

De rol van de gefedereerde entiteiten in het vaccinatiebeleid

Vaccinatie is in essentie een preventieve maatregel en valt daarom onder de bevoegdheid van de deelstaten. Zij zijn verantwoordelijk voor de vaccinatiestrategie, waaronder^{21 22}:

- het bepalen van het beleid rond aanbevolen vaccinaties en het bepalen van vaccinatieschema's (o.b.v. de aanbevelingen van de HGR).
- het promoten en organiseren van de vaccinaties, zowel de vaccinaties uit het basisvaccinatieschema als andere.
- het sensibiliseren van de bevolking over vaccinatie.
- het uitwerken van initiatieven om de vaccinatiegraad van de bevolking te verhogen.
- het ontwikkelen van specifieke initiatieven (zoals bijvoorbeeld de griepvaccinatie voor mensen die in een gesubsidieerde zorginstelling in Vlaanderen verblijven, waarbij de burger zelf niets moet betalen).
- het uitvoeren van overheidsopdrachten voor de aankoop van vaccins die de gemeenschappen zelf financieren.
- het uitvoeren van studies naar de vaccinatiegraad.

Daardoor bestaan er ook kleine verschillen tussen de vaccinatieprogramma's van de verschillende gefedereerde entiteiten (zie punt 3.3).

Vlaanderen

In Vlaanderen is het Departement Zorg de centrale actor die alle aspecten van het vaccinatiebeleid voor zuigelingen, kinderen, adolescenten en volwassenen bundelt²³. De Vlaamse Vaccinatiekoepel fungeert als adviesorgaan voor de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over de toepassing van de aanbevelingen van de HGR²⁴. De minister neemt de finale beleidsbeslissingen, onder andere inzake de algemene uitvoering van het vaccinatieprogramma.

De strategische doelstellingen van het Vlaamse vaccinatiebeleid geven aan wat tegen 2030 bereikt moet worden²⁵. De hoofddoelstelling wordt ingevuld op het niveau van drie groepen: baby's, kinderen en jongeren (0-18 jaar), volwassenen (18+ jaar) en specifieke doelgroepen²⁶. Voor volwassenen ligt de focus op griep, pneumokokken en kinkhoest, met bijzondere aandacht voor zwangere vrouwen, 65-plussers, en gezondheidswerkers.

Voor zuigelingen en (niet-schoolgaande) kinderen vallen de basisvaccinaties onder de verantwoordelijkheid van Kind & Gezin. De Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) houden toezicht op de vaccinatiestatus van schoolgaande leerlingen en bieden in de schoolcontext de vaccinaties aan die opgenomen zijn in het vaccinatieschema²⁷.

²¹ Bijzondere Wet Hervorming Instellingen, art. 5 § 1, 8°

²² [vaccine_policy_ndl_web.pdf](#)

²³ [Infectieziekten en vaccinaties | Departement Zorg](#)

²⁴ [Organisatie van het vaccinatiebeleid | Alles over Gezondheidsdoelstelling vaccinatie | Alles over vaccineren](#)

²⁵ Onvoldoende bereikte groepen, reizigers, personen met een onderliggend lijden, personen werkzaam in de voedingssector

²⁷ [Organisatie van het vaccinatiebeleid | Alles over](#)

Gezondheidsmakers vzw²⁸ en terreinorganisaties, zoals de ziekenfondsen, spelen een belangrijke rol in de lokale gezondheidsbevordering en het promoten van vaccinatie en ontvangen hiervoor financiering van het Departement Zorg.

Het Departement Zorg lanceert sensibiliseringscampagnes. Eveneens is er een mobiel vaccinatieteam (initiatief van het Departement Zorg) om onvoldoende bereikte doelgroepen te sensibiliseren over het belang van vaccinatie en hen gratis te vaccineren²⁹.

Brussel en Wallonië

De **Federatie Wallonië Brussel (FWB)** is deels verantwoordelijk voor preventieve gezondheidszorg. Het Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) beheert het volledige vaccinatieprogramma van de FWB, gericht op zuigelingen, kinderen, adolescenten, studenten en zwangere vrouwen. Het SPSE (Services de Promotion de la Santé à l'École en Centres Psycho-Médicaux-Sociaux de la Communauté Française) staat in voor het preventief medisch toezicht bij leerlingen gedurende hun volledige schoolloopbaan³⁰. Dit omvat gezondheidsbevorderende acties, het opvolgen van de vaccinatiestatus en het aanbieden van aanbevolen vaccinaties met ouderlijke toestemming.

Voor volwassenen is het **Waals Gewest**, via de Agence pour une Vie de Qualité (AViQ), verantwoordelijk voor vaccinaties³¹. AViQ beschikt echter niet over een specifiek budget voor de ontwikkeling en uitrol van een vaccinatieprogramma voor volwassenen; er worden alleen ad hoc budgetten toegekend voor sensibiliseringscampagnes, op aanvraag bij de Waalse minister van Gezondheid.

AViQ organiseert sensibiliseringscampagnes rond vaccinatie. Ook financiert AViQ het intermutualistisch project 'Agents de Prévention', dat de bevolking proactief informeren over, onder andere, vaccinatie.

In het **Brussels Hoofdstedelijk Gewest**, waar ook FWB en de Vlaamse Gemeenschap actief zijn, is de administratie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (Vivalis) bevoegd voor het vaccinatiebeleid binnen bicommunautaire instellingen en voor volwassenen³². Net als AViQ beschikt Vivalis niet over een structureel budget voor de ontwikkeling van een vaccinatiebeleid voor volwassenen; er zijn enkel budgetten voor sensibiliseringscampagnes. Wel financiert Vivalis projecten zoals het intermutualistisch project 'Gezondheidsadviseurs' en de 'Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers' (gecoördineerd door Brusano), die de bevolking actief informeren over vaccinatie.

Daarnaast bestaan er in Brussel ook andere actoren actief rond gezondheidsbevordering, gefinancierd door de Franstalige Gemeenschapscommissie (COCOF).

²⁸ [Over ons | Gezondheidsmakers](#)

²⁹ [Mobiel vaccinatieteam](#)

³⁰ [Milieux scolaires | vaccination-info](#)

³¹ [Vaccination | AViQ](#)

³² [Prévenir et agir | Vivalis](#)

De Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC), via Gezond in Brussel, ondersteunt onder andere de CLB's bij de sensibilisering rond vaccinatie en streeft naar een breder en toegankelijker vaccinaanbod³³.

Er bestaat een intra-Franstalig overlegorgaan dat tussen 2020 en 2023 werd ingeschakeld voor kwesties rond de coördinatie van de uitvoering van het vaccinatiebeleid of de technische validatie van maatregelen die op federaal niveau zijn genomen. In 2023 is een intra-Franstalig ontwerpovereenkomst ingediend die specifiek betrekking heeft op vaccinatie, maar tot op heden heeft dit nog niet tot een resultaat geleid.

Duitstalige gemeenschap

De Duitstalige Gemeenschap is verantwoordelijk voor haar eigen vaccinatieprogramma (voor kinderen)³⁴ maar heeft verschillende samenwerkingsakkoorden met de FWB (bijvoorbeeld voor openbare aanbestedingen en het platform voor de registratie van vaccinatiegegevens)³⁵. In de scholen heeft Kaleido-Ostbelgien een gelijkaardige missie als de SPSE in de FWB.

Afstemming tussen het federale niveau en de gefedereerde entiteiten voor het vaccinatiebeleid

In België zijn er verschillende organen die de samenwerking inzake het preventieve gezondheidsbeleid tussen de federale en de overheden van de Gemeenschappen en Gewesten trachten te versterken:

- **Het overlegcomité van de federale Regering en de Gemeenschaps- en Gewestregeringen**, het belangrijkste intergouvernementeel orgaan, bespreekt belangenconflicten tussen regeringen. Het Overlegcomité heeft als taken: onderlinge beleidsafstemming, het finaliseren van belangrijke samenwerkingsakkoorden, discussies over financiële tenlastenemingen, en de bespreking van ontwerpregelgeving waarvoor de bijzondere wetten samenwerking voorschrijven³⁶.
- **De interministeriële conferenties (IMC)**³⁷ voor sectoraal overleg zijn gespecialiseerde sectorale comités, bijvoorbeeld op het vlak van buitenlands beleid, verkeer en infrastructuur, waarin de bevoegde ministers onderling kunnen overleggen. Het Overlegcomité beslist welke interministeriële conferenties worden opgericht, zo bestaat er een IMC Volksgezondheid. De interministeriële conferenties hebben geen eigenlijke beslissingsmacht. Ze zijn een forum voor de voorbereiding van samenwerkingsakkoorden.
- Via de IMC, kunnen er **Interkabinetten werkgroepen (IKW)** worden opgericht. IKW's zijn van de orde van staatskundig gewoonte en er is dus geen formeel juridisch kader dat hen in het leven roept. Elke legislatuur opnieuw bepaalt de IMC rond welke thema's zij zal werken, zoals bijvoorbeeld IKW Preventie.

³³ [Infectieziekten en vaccinaties | Gezond in brussel](#)

³⁴ [156418.pdf](#)

³⁵ [vaccine_policy_ndl_web.pdf](#)

³⁶ [Samenwerking met federale en regionale overheden | Vlaanderen.be](#)

³⁷ [Interministeriële conferentie volksgezondheid | Volksgezondheid](#)

Het versterken van de samenwerking gebeurt via **samenwerkingsakkoorden en protocolakkoorden**:

- Een regionale regering kan samenwerkingsakkoorden sluiten met andere gemeenschappen of gewesten en/of met de federale staat. Het is de uitvoerende macht die onderhandelt over de akkoorden en deze sluit. Inzake vaccinatie bestaat er een protocolakkoord: [Protocol tussen de Federale Overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie](#)

In **hoofdstuk 3, afdeling 1 van het Protocolakkoord³⁸ tussen de Federale Overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie** staat aangegeven hoe de verschillende overheden samenwerken rond het vaccinatiebeleid:

- *Doelstelling*
 - *Het organiseren van een toegankelijk en efficiënt vaccinatiebeleid met het oog op de vermindering van de incidentie van ziektes die kunnen worden vermeden door vaccinatie.*
- *Engagementen van de gemeenschappen/gewesten*
 - *Ze organiseren het vaccineren vertrekkend van het basisvaccinatieschema, goedgekeurd door de Hoge Gezondheidsraad.*
 - *Ze promoten het vaccineren bij de bevolking en specifieke doelgroepen als daar voldoende wetenschappelijke evidentie voor is.*
- *Engagementen van de federale overheid*
 - *Ze kan bijdragen tot de financiering van nieuwe vaccins zoals aanvaard door de interministeriële conferentie Volksgezondheid, die geen voorwerp uitmaken van de overdracht in het kader van de zesde Staatshervorming en onder voorwaarde dat de gemeenschappen/gewesten deze via collectieve vaccinatie ter beschikking stellen en als blijkt dat deze werkwijze in al haar aspecten globaal efficiënter is, onder meer voor de gezamenlijke overheidsfinanciën.*

(Bijkomende toelichting: het begrip 'vaccin' verwijst hier niet uitsluitend naar het fysieke vaccin zelf, maar omvat ook het uitnodigen van doelgroepen voor vaccinatie en het informeren over vaccinatie. Indien het efficiënter is om dit tussen de deelstaten te organiseren, dan kan dit via federale middelen gefinancierd worden.)

- *De federale overheid kan minimale kwaliteitsvoorwaarden stellen als voorwaarde voor deze financiering, zoals bijvoorbeeld het bereiken van een minimale participatiegraad of het type vaccin. Eventuele financiële consequenties van het al dan niet behalen van deze kwaliteitsvoorwaarden worden op voorhand bepaald*
(Bijkomende toelichting: in de praktijk wordt dit nog niet toegepast.)
- *Gezamenlijke initiatieven van de gemeenschappen/gewesten en de federale overheid: Onderzoeken, vooraleer nieuwe vaccins terug te*

³⁸ <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1027641¶m=inhoud&AID=1218341&AVID=1302513>

betalen door de ziekteverzekering, op welke wijze het vaccineren het efficiëntst georganiseerd wordt (collectief of individueel via de curatieve sector), in overeenstemming met het federale besluitvormingsproces.

Overzicht van vaccinaties: schema, aanbevolen vaccins en financiering via federaal of gemeenschapsniveau

Vaccinatieschema's en aanbevolen vaccins

Zuigelingen, kinderen en adolescenten

De gemeenschappen bepalen de vaccinatieschema's voor zuigelingen, kinderen en adolescenten op basis van aanbevelingen van de HGR. De gemeenschappen zijn niet verplicht om de aanbevelingen van de HGR op te volgen, waardoor er verschillen bestaan tussen de Vlaamse en FWB. Deze vaccinatieschema's zijn terug te vinden in bijlage 1 en bijlage 2.

De vaccins binnen deze basisvaccinatie worden gratis ter beschikking gesteld door de Vlaamse en de Franse Gemeenschap, met uitzondering van het rotavirusvaccin. Dit vaccin wordt in België wel aanbevolen, maar maakt geen deel uit van het gratis basisvaccinatieprogramma. Ouders dragen daarom een deel van de kost zelf, met de mogelijkheid tot gedeeltelijke terugbetaling via het RIZIV onder bepaalde voorwaarden.

Voor de meeste basisvaccinaties, zoals DTP-HepB-Hib³⁹, polio, pertussis (kinkhoest), pneumokokken en meningokokken, gelden in beide gemeenschappen vergelijkbare aanbevelingen qua aantal doses en volgorde.

Een verschil tussen de basisvaccinatie van de Vlaamse Gemeenschap en de FWB is de leeftijd waarop de tweede dosis van het MMR-vaccin (mazelen, bof, rubella) wordt toegediend. In Vlaanderen wordt deze tweede dosis sinds 2025 rond de 24 maanden gegeven om kinderen sneller volledig te beschermen tegen mazelen, terwijl in de FWV de tweede dosis voorlopig rond 7 tot 8 jaar wordt toegediend.

De HPV-vaccinatie (bescherming tegen infecties met het humaan papillomavirus) voor adolescenten is in beide gemeenschappen opgenomen in het basisprogramma, al kunnen de implementatie en de dekking regionaal verschillen.

³⁹ een combinatievaccin dat kinderen beschermt tegen Difterie, Tetanus, Kinkhoest, Polio, Haemophilus influenzae type b (Hib) en Hepatitis B

Volwassenen

De bijlage 6 geeft een uitgebreid overzicht van de aanbevolen vaccinaties voor volwassenen en hun financiering (federaal of gemeenschapsniveau) (uitgezonderd reïsvaccinaties).

Dit overzicht laat toe om enkele vaststellingen te doen:

Vaststellingen	Voorbeelden
Er bestaan verschillen tussen de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en de terugbetalingsvoorwaarden die worden toegepast door het RIZIV	- Voor de vaccinatie tegen pneumokokken is een gedeeltelijke terugbetaling voorzien voor personen tussen 65 en 84 jaar met specifieke comorbiditeiten, terwijl de aanbevelingen van de HGR ruimer zijn (65-plussers en mensen met een verhoogd risico op ernstige infecties: verzwakt immuunsysteem, bepaalde chronische aandoeningen of specifieke medische situaties). - Voor de vaccinatie tegen RSV is er een gedeeltelijke terugbetaling voorzien voor ouderen in specifieke situaties (in residentiële zorg of met bepaalde comorbiditeiten) terwijl de aanbevelingen van de HGR ook hier ruimer zijn (bv. alle 75-plussers)
Voor de terugbetaling van vaccinatie bij volwassenen komt het regionale niveau in mindere mate tussen. Wanneer een terugbetaling is voorzien, gebeurt deze in de meeste gevallen op het federale niveau door het RIZIV	Terugbetaling op niveau van het RIZIV (voor specifieke doelpopulaties): griep, zona, pneumokokken, RSV, hepatitis B, etc.
Bepaalde maatregelen worden uitsluitend in één van de regio's genomen, wat kan leiden tot discrepanties in beleid of vergoeding tussen de regio's.	- In Vlaanderen is de griepvaccinatie gratis voor mensen die in een gesubsidieerde zorginstelling verblijven. Dit is niet het geval in Brussel en Wallonië. - In Vlaanderen wordt vaccinatie tegen difterie, tetanus en kinkhoest gratis ter beschikking gesteld voor personen die met kleine kinderen werken. Er ontbreekt een gelijkaardig aanbod binnen de FWB. - Het beleid rond de inhaalvaccinatie tegen mazelen, bof (dikoor), rodehond (rubella) voor volwassenen is verschillend in de verschillende regio's.

Aankoop en prijsbepaling van vaccins in België

Federaal niveau

De aankoop, prijsbepaling en terugbetaling van vaccins in België verloopt via een meerlagig en sterk gereguleerd systeem, waarin verschillende federale en deelstatelijke actoren een rol spelen ⁴⁰.

Hieronder is een korte beschrijving te vinden van de procedure op federaal niveau. Een meer uitgebreide omschrijving van de procedure is terug te vinden in bijlage 3.

Op federaal niveau dient de farmaceutische firma eerst een registratiedossier in bij het Europees Geneesmiddelenagentschap (European Medicines Agency, EMA) en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). Na beoordeling van kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid wordt, bij een positieve evaluatie, een vergunning voor het in de handel brengen toegekend. Deze vergunning is vereist om een terugbetalingsdossier te kunnen indienen.

Daarna vraagt de firma bij de Federale Overheidsdienst Economie (FOD Economie) een maximumprijs aan. De Prijzencommissie voor de Geneesmiddelen beoordeelt het dossier op basis van onder meer prijzen in andere Europese landen, productiekosten en marktpositie, en adviseert de minister van Economie, die de uiteindelijke beslissing neemt.

Voor terugbetaling aan de patiënt dient de firma een aanvraag in bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) via de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). Het dossier bevat algemene, wetenschappelijke, budgettaire en economische informatie. De CTG beoordeelt de therapeutische waarde, het belang in de medische praktijk, de budgettaire impact en de verhouding tussen kost en therapeutische waarde. Op basis hiervan formuleert zij een (vertrouwelijk) advies aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De CTG bepaalt niet de prijs, maar geeft advies inzake de vergoedingsbasis. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid beslist over de terugbetaling, vergoedingscategorie en eventuele voorwaarden. De beslissing wordt gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en leidt, bij een positief besluit, tot opname in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten. Wijzigingen of herzieningen van voorwaarden of vergoedingsbasis kunnen individueel of groepsgewijs gebeuren.

Niveau van de gemeenschappen en gewesten

De Vlaamse overheid en de Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) onderhandelen rechtstreeks met verschillende farmaceutische bedrijven, via openbare aanbestedingen, over de aankoop van bepaalde vaccins.

- De Vlaamse overheid stelt vaccins uit het basisvaccinatieschema gratis ter beschikking van de betrokken diensten (Kind en Gezin, Centra voor Leerlingenbegeleiding) en van artsen die deze vaccinaties uitvoeren. Daarnaast worden ook vaccins tegen seizoensgriep gratis aangeboden aan bewoners van woonzorgcentra.

⁴⁰ [Geneesmiddelen voor menselijk gebruik | FOD Economie / Terugbetalingssystemen voor geneesmiddelen: internationale vergelijking en beleidsaanbevelingen / brochure-vpp-geneesmiddelenprocedures-web-v24022025.pdf](#)

- De FWB stelt vaccins uit het basisvaccinatieschema gratis ter beschikking, beperkt tot zuigelingen, kinderen, adolescenten, studenten en zwangere vrouwen. Deze vaccins worden aangeboden via de diensten van ONE, PSE en de artsen die deze vaccinatie uitvoeren. De aankoop van vaccins gebeurt in samenwerking met de Duitstalige Gemeenschap op basis van een protocolakkoord.

AViQ en Vivalis bieden geen vaccins voor volwassenen aan en doen bijgevolg zelf geen aankopen van vaccins.

Vaccinatiegraad in België

Periodieke vaccinatiegraadstudies georganiseerd door de gefedereerde entiteiten:

In België wordt de vaccinatiegraad opgevolgd via periodieke vaccinatiegraadstudies die worden georganiseerd en gefinancierd door de bevoegde gefedereerde entiteiten. De frequentie en methodologie van deze studies worden door elke gemeenschap en gewest afzonderlijk bepaald, waardoor ze niet steeds in hetzelfde kalenderjaar plaatsvinden en onderlinge vergelijkingen door methodologische verschillen niet altijd mogelijk zijn⁴¹.

Nationale schatting door Sciensano: Op basis van de meest recente vaccinatiegraadstudies van de verschillende gewesten en gemeenschappen, berekent de dienst Epidemiologie van infectieziekten van Sciensano jaarlijks een nationale schatting van de vaccinatiegraad⁴². Sciensano is bovendien verantwoordelijk voor het jaarlijks rapporteren van deze nationale gemiddelden aan internationale organisaties zoals het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), de OESO, UNICEF en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Gezondheidsenquête (HIS) als aanvullende gegevensbron: Sciensano verzamelt daarnaast gegevens over vaccinatie tegen griep en pneumokokken via de nationale Gezondheidsenquête (Health Interview Survey – HIS)⁴³. Deze resultaten zijn gebaseerd op zelfrapportage en de analysemogelijkheden blijven beperkt door het relatief kleine aantal respondenten.

Datakoppeling via EPI-LINK⁴⁴: EPI-LINK is een project van Sciensano dat tot doel heeft een infrastructuur voor datakoppeling te ontwikkelen om de routine-surveillance van infectieziekten in België te verbeteren. Het project bouwt voort op de aanpak die tijdens de COVID-19-pandemie werd gebruikt, waarbij data linkage tussen laboratoriumresultaten, vaccinatiestatus en administratieve gegevens een belangrijke bron van informatie vormde voor epidemiologische monitoring.

Rol van het Intermutualistisch Agentschap (IMA): Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) speelt een ondersteunende rol in het opvolgen van de vaccinatiegraad in België. De IMA Atlas, gebaseerd op permanente databanken van de ziekenfondsen, versterkt inzichten in socio-demografische kenmerken en vaccinatie. Omwille van de

⁴¹ [vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf](#)

⁴² [vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf](#)

⁴³ [Health Interview Survey | sciensano.be](#)

⁴⁴ [Datakoppeling voor een betere epidemiologische surveillance van infectieziekten | sciensano.be](#)

fragmentatie van vaccinatiegegevens, doet het IMA wel geen systematische meting meer van de vaccinatie tegen de griep⁴⁵.

Tabel 2: Overzicht van de vaccinatiegraad voor een aantal ziektes, per doelgroep, per regio

Vaccin tegen	Doelgroep: zwangere vrouwen	Doelgroep: professionelen	Doelgroep: 65
Griep	Vlaanderen: Vaccinatiegraad bij zwangere vrouwen is 62,3% (2020) ⁴⁶ . Deze studie gebeurde via een enquête en de cijfers zijn een weergave van zelfrapportage. Volgens een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, is de vaccinatiegraad bij zwangere vrouwen 25,7% (2024) ⁴⁷ . Deze studie berekent de griepvaccinatiegraad op basis van terugbetalingen van de vaccins door het RIZIV, en neemt niet de vaccinatie via de werkgever mee in acht.	Vlaanderen: De vaccinatiegraad van de zorgverleners in ziekenhuizen is 84,6% en van de zorgverleners in woonzorgcentra 78,3% ⁴⁸	Vlaanderen: Volgens een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, is de vaccinatiegraad bij thuiswonende 65-plussers 58,5% (2024) ⁴⁹ . Studies tonen aan dat er grote lokale verschillen zijn ^{50 51} .
	Brussel: Vaccinatiegraad bij zwangere vrouwen is 18,6% (85/457) (2017) ⁵² Volgens een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, is de vaccinatiegraad bij zwangere vrouwen 9,4% (2024) ⁵³	Brussel: Geen gegevens beschikbaar	Brussel: Volgens een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, is de vaccinatiegraad bij thuiswonende 65-plussers 43,3% ⁵⁴
	Wallonië: Vaccinatiegraad bij zwangere vrouwen is 10% (50/502) (2017) ⁵⁵ . Volgens een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, is de vaccinatiegraad bij zwangere vrouwen 9,4% (2024) ⁵⁶ .	Wallonië: Geen gegevens beschikbaar	Wallonië: Volgens een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, is de vaccinatiegraad bij thuiswonende 65-plussers 44,7% (2024) ⁵⁷
Kinkhoest	Vlaanderen: Vaccinatiegraad bij zwangere vrouwen kende tussen 2016 (69,3%) en 2020 (85%) een sterke stijging ⁵⁸ .	Vlaanderen: De vaccinatiegraad bij het personeel dat werkt met jonge kinderen is 66% en bij de personen die werken in een ziekenhuis is 78,1% ⁵⁹	Vlaanderen: Niet van toepassing
	Brussel: Vaccinatiegraad bij zwangere vrouwen kende tussen 2012 (8,7%) en 2017 (37,2%) een stijging ⁶⁰ .	Brussel: Geen gegevens beschikbaar	Brussel: Niet van toepassing
	Wallonië:	Wallonië: Geen gegevens beschikbaar	Wallonië: Niet van toepassing

⁴⁵ [Campagnes de vaccination contre la grippe](#)

⁴⁶ [vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf](#)

⁴⁷ [Griepvaccinatie: cijfers die sociale ongelijkheid helpen begrijpen | Onafhankelijke ziekenfondsen](#)

⁴⁸ [Microsoft Word - Rapport_070322_Final.docx](#) (p181)

⁴⁹ [Griepvaccinatie: cijfers die sociale ongelijkheid helpen begrijpen | Onafhankelijke ziekenfondsen](#)

⁵⁰ [Microsoft Word - Rapport_griep65plus_MR20221012.docx](#)

⁵¹ [Griepvaccinatie: cijfers die sociale ongelijkheid helpen begrijpen | Onafhankelijke ziekenfondsen](#)

⁵² [vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf](#)

⁵³ [Griepvaccinatie: cijfers die sociale ongelijkheid helpen begrijpen | Onafhankelijke ziekenfondsen](#)

⁵⁴ [Griepvaccinatie: cijfers die sociale ongelijkheid helpen begrijpen | Onafhankelijke ziekenfondsen](#)

⁵⁵ [vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf](#)

⁵⁶ [Griepvaccinatie: cijfers die sociale ongelijkheid helpen begrijpen | Onafhankelijke ziekenfondsen](#)

⁵⁷ [Griepvaccinatie: cijfers die sociale ongelijkheid helpen begrijpen | Onafhankelijke ziekenfondsen](#)

⁵⁸ [vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf](#)

⁵⁹ [Microsoft Word - Rapport_070322_Final.docx](#)

⁶⁰ [vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf](#)

	Vaccinatiegraad bij zwangere vrouwen kende 2015 (37,2%) en 2017 (49,1%) een stijging ⁶¹ .		
COVID-19	Geen gegevens beschikbaar	Vlaanderen: In de rusthuizen en verzorgingstehuizen bedraagt het percentage volledig gevaccineerde werknemers 93,8% , in de ziekenhuizen is dit 96,5% ⁶² . Brussel: In de rusthuizen en verzorgingstehuizen bedraagt het percentage volledig gevaccineerde werknemers 66,9% , in de ziekenhuizen is dit 84,6% ⁶³ . Wallonië: In de rusthuizen en verzorgingstehuizen bedraagt het percentage volledig gevaccineerde werknemers 78,5% , in de ziekenhuizen is dit 83,9% ⁶⁴ .	Seizoen 2024-2025 ⁶⁵ Vlaanderen: 54,0 % van de 65-plussers kreeg een vaccin toegediend Brussel: 22,8 % van de 65-plussers kreeg een vaccin toegediend Wallonië: 20,2 % van de 65-plussers kreeg een vaccin toegediend
Pneumokokken	In België is de pneumokokkenvaccinatiegraad bij de risicopopulatie (65+ of 45+ met een chronische aandoening) gestegen tussen 2018 (9%) en 2023-24 (14%) ⁶⁶		

Griepvaccinatie bij 65-plussers in België in Europees perspectief

België doet het voor de griepvaccinatie bij 65-plussers beter dan het Europese gemiddelde: het afgelopen decennium lag de vaccinatiegraad in ons land (ongeveer 55% bij 65-plussers) minstens tien procentpunten hoger dan het EU-gemiddelde (zie figuur 1)⁶⁷, al blijft dit nog steeds onder de door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) aanbevolen doelstelling van 75%. In vergelijking met de buurlanden valt op dat Nederland al tien jaar een vaccinatiegraad noteert die ongeveer twintig procentpunten boven het Europese gemiddelde ligt⁶⁸, terwijl Frankrijk in het seizoen 2023-2024 een vaccinatiegraad van 54% bij 65-plussers rapporteerde, wat aansluit bij het Belgische niveau. In Duitsland werd in het seizoen 2024/2025 een vaccinatiegraad van 34,5% gerapporteerd bij personen van 60 jaar en ouder⁶⁹. Hierdoor blijft België, ondanks variatie binnen de eigen grenzen, tot de beter presterende Europese landen behoren.

⁶¹ [vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf](#)

⁶² [Couverture vaccinale du personnel des hôpitaux et maisons de repos et de soins contre le covid-19 – une analyse cross-sectionnelle](#)

⁶³ [Couverture vaccinale du personnel des hôpitaux et maisons de repos et de soins contre le covid-19 – une analyse cross-sectionnelle](#)

⁶⁴ [Couverture vaccinale du personnel des hôpitaux et maisons de repos et de soins contre le covid-19 – une analyse cross-sectionnelle](#)

⁶⁵ [Vaccinatie tegen COVID-19: winter 2025-2026 – BCFI](#)

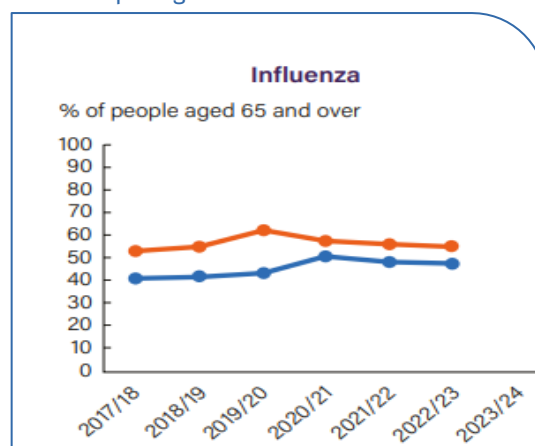
⁶⁶ [Microsoft Word - Tables_VA](#)

⁶⁷ [Belgium: Country Health Profile 2025 | European Observatory on Health Systems and Policies](#)

⁶⁸ [Netherlands: Country Health Profile 2025 | European Observatory on Health Systems and Policies](#)

⁶⁹ [GBE - Influenza: vaccination coverage \(from 60 years\)](#)

Figuur 1: Vaccinatiegraad in België, in vergelijking met het Europese gemiddelde ⁷⁰



⁷⁰ <https://health.ec.europa.eu/document/download/26a15aaf-20c9-41da-b441-a6c2> (State of Health in the EU 2025 – Country Profile Belgium)

Registratie, uitwisseling en raadpleging van vaccinatiegegevens

Meer uitgebreide informatie inzake gezondheidsgegevens is terug te vinden in: [Standpuntnota: Gezondheidsgegevens, de hartslag van toekomstgerichte zorg](#) (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2025).

Registratie en uitwisseling van vaccinatiegegevens door zorgverleners

In Vlaanderen:

- **Vaccinnet⁷¹, vanaf 2026 Vaccinnet 2.0**, is het bestel- en distributiesysteem van de Vlaamse overheid voor:
 - Het bestellen van de vaccins die door de Vlaamse Overheid in het kader van het vaccinatieschema gratis ter beschikking worden gesteld (voor erkende artsen en vaccinatoren in Vlaanderen);
 - De verplichte registratie van vaccinaties. De registratie via Vaccinnet gebeurt sinds 2006 en werd in 2014 wettelijk verplicht. Ook vaccinaties van vóór 2006 kunnen in het systeem worden ingevoerd. Daarnaast werden de vaccinatiegegevens van Kind en Gezin vanaf 1999 al in Vaccinnet opgenomen. Vaccinaties toegediend door CLB-artsen worden geregistreerd sinds september 2005.

De registratieverplichting betreft:

- alle (al dan niet gratis) vaccinaties uit het vaccinatieschema
- en andere vaccinaties zoals bepaald door de Vlaamse regering (Preventiedecreet, art. 43/1)

Sinds 23/04/2025 is het ook mogelijk om oude vaccingegevens via webservices door te laten stromen vanuit de medische software van de vaccinator naar Vaccinnet⁷². Hierdoor hoeven de oudere vaccinatiegegevens niet meer dubbel ingebracht te worden, zowel in Vaccinnet als in het elektronisch medisch dossier (EMD).

- **Vitalink⁷³**, ontwikkeld door de Vlaamse overheid, is een systeem om de uitwisseling van persoonsgegevens te faciliteren door een omgeving aan te bieden waarin gezondheidsgegevens en andere persoonsgegevens op een veilige manier kunnen worden geraadpleegd en opgeslagen. Zo wordt het delen van digitale gegevens inzake vaccinatie tussen zorgverleners geoptimaliseerd. In het nieuwe digitale ecosysteem, dat in 2026 van start gaat, worden Vaccinnet en Vitalink een beter geïntegreerd geheel.

⁷¹ [Vaccinnet](#)

⁷² [Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin, Armoedebestrijding en Gelijke Kansen dinsdag 6 mei 2025, 14 uur | Vlaams Parlement](#)

⁷³ [Vitalink | Vitalink](#)

In Wallonië en Brussel:

- **E-vax**⁷⁴: systeem voor de registratie en bestelling van vaccinaties binnen het vaccinatieprogramma (de vaccinaties van 0- tot 18-jarigen, studenten in het hoger niet-universitair onderwijs en zwangere vrouwen (tot 50 jaar) van de Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Dit systeem staat onder beheer van de FWB en is momenteel nog niet gekoppeld aan Vaccicard.
- **Vaccicard**⁷⁵, gezamenlijk ontwikkeld door Vivalis, AViQ en Ostbelgien, is het platform dat de gegevens centraliseert die afkomstig zijn uit de verschillende softwaresystemen van zorgverleners. De ontwikkeling gebeurt stapsgewijs, waarbij, de software gebruikt door vaccinatoren (bv. huisartsen, apothekers) wordt gekoppeld aan Vaccicard. De decreten en ordonnances (regelgevend kader)⁷⁶ voorzien verplichte registratie en gegevensuitwisseling. Er is momenteel geen mogelijkheid tot een geautomatiseerde retroactieve registratie van de vaccinatiegegevens van voor 2026.

Raadpleging van vaccinatiegegevens door de burger

Van de 62% Belgen die in de afgelopen zes maanden hun gezondheidsgegevens hebben geraadpleegd, bekeek 18% hun vaccinatiegegevens ⁷⁷.

Er bestaan verschillende platformen waar burgers hun vaccinatiegegevens kunnen consulteren.

Vlaanderen ontwikkelde geen eigen platform voor de consultatie van vaccinatiegegevens, en verwijst in de communicatie naar de burgers door naar 'Mijn Gezondheid', het online gezondheidsplatform van de Federale Overheid. Burgers in Vlaanderen hebben online toegang tot hun vaccinatiegegevens, omdat de vaccinatiegegevens reeds geruime tijd door zorgverleners in Vaccinnet worden geregistreerd.

Vandaag hebben volwassenen in Wallonië en Brussel enkel digitale toegang tot hun COVID-19-vaccinatiegegevens (ook via 'Mijn Gezondheid'). Voor andere vaccinaties beschikken zij vaak uitsluitend over een papieren vaccinatiekaart, voor de vaccins die werden toegediend door zorgverleners in Wallonië of Brussel in zorginstellingen die niet verbonden zijn met de Vlaamse Gemeenschap. Op termijn zullen Waalse en Brusselse burgers, binnen het nieuwe platform van Vaccicard, een volledig overzicht van al hun vaccinatiegegevens kunnen raadplegen via Réseau Santé Wallon en Brussels Gezondheidsnetwerk of Mijn Gezondheid.

Daarnaast zijn er ook nog andere platformen via dewelke burgers hun vaccinatiegegevens kunnen raadplegen: CoZo (Collaboratief Zorgplatform, portaal en app van de labo's, thuiszorg, ziekenhuizen, Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en andere leden van vzw CoZo) en Helena (private app van de firma Corilus).

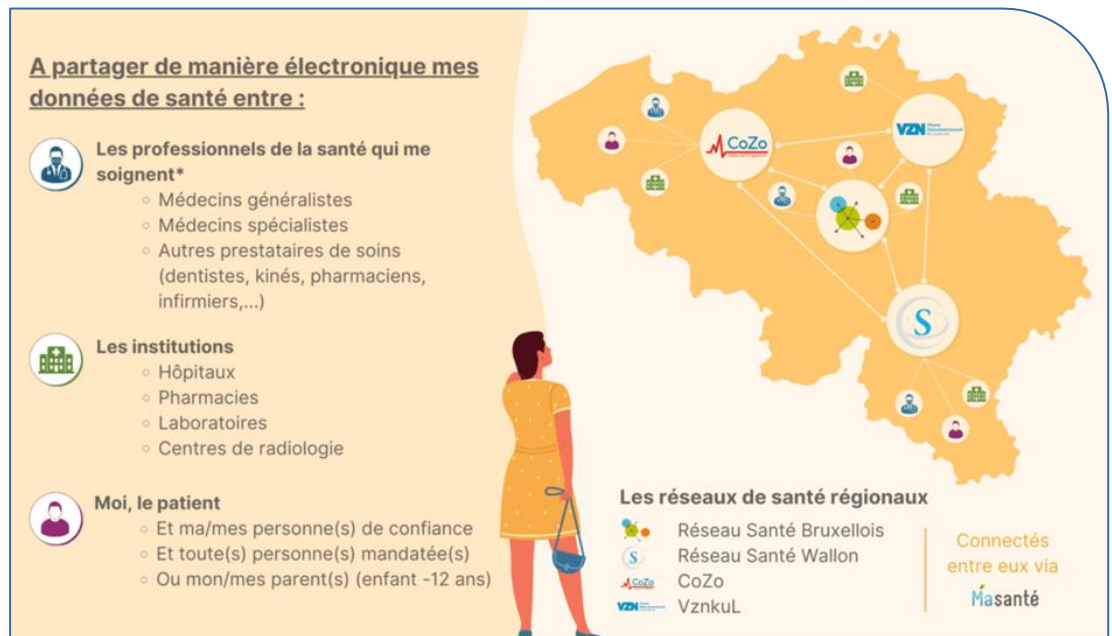
⁷⁴ [e-vax système vaccination](#)

⁷⁵ [Carnet de vaccination numérique - VACCICARD | AViQ](#)

⁷⁶ [Moniteur belge](#)

⁷⁷ [De-burger-en-de-gezondheidsgegevens-Xavier-Brenez.pdf](#)

Er zal een integratie van het portaal van de ziekenfondsen MyHealthViewer (MHV) en Vitalink in het interfederale gezondheidsportaal Mijn Gezondheid/Ma Santé komen.



Vaccinatie in een economisch perspectief

Gezondheidseconomische evaluaties

Gezondheidseconomische evaluaties zijn een belangrijk instrument om beleidsbeslissingen rond vaccinatie te ondersteunen. Ze bieden een gestructureerd kader om de kosten van vaccinatieprogramma's (en hun verschillende elementen zoals aankoop, toediening, monitoring) te vergelijken met de gezondheids- en maatschappelijke baten, zoals vermeden ziekte, sterfte, productiviteitsverlies en zorgkosten^{78 79}.

Recente literatuur^{80 81} benadrukt dat vaccinatieprogramma's de kans op ziekte-uitbraken verminderen, de totale ziektelast op populatieniveau verlagen en kwetsbare groepen via *herd immunity* beschermen. Er zijn belangrijke maatschappelijke baten omdat afwezigheden op school, werk en andere maatschappelijke activiteiten worden beperkt. Daarnaast zijn er ook meer indirecte baten, zoals het bevorderen van gezond ouder worden en het versterken van de

⁷⁸ [Economic Evaluation of Vaccination Programs: Assessing Cost-effectiveness and Public Health Impact](#)

⁷⁹ [Economic evaluations of immunization programs as an indispensable tool for policymakers | BMC Health Services Research | Springer Nature Link](#)

⁸⁰ [Economic Evaluation of Vaccination Programs: Assessing Cost-effectiveness and Public Health Impact](#)

⁸¹ [Full article: Estimating the lifetime cost of vaccination in 23 European Countries: a modeling study](#)

capaciteit van het gezondheidszorgsysteem, met name tijdens griep- en respiratoire ziekteperiodes.

Beleid steunt, onder andere, op kosteneffectiviteitsanalyses (CEA) en kosten-utiliteitsanalyses (CUA). Kosteneffectiviteitsanalyses (CEA) vergelijken hoeveel een interventie kost in verhouding tot een gezondheidsuitkomst, zoals het aantal vermeden ziekenhuisopnames, het aantal gewonnen levensjaren of het aantal voorkomen ziektegevallen. Een kosten-utiliteitsanalyse (CUA) doet hetzelfde, maar houdt hierbij ook rekening met de kwaliteit van leven (uitgedrukt in Quality-Adjusted Life Years, QALY's). België heeft geen officiële vastgelegde QALY-drempelwaarde⁸². In Nederland, wordt voor preventieve maatregelen de vuistregel aangehouden dat een gewonnen levensjaar (QALY) 20.000 euro mag kosten⁸³.

Omdat deze aanpak alle gezondheidswinst terugbrengt tot dezelfde meeteenheden, kunnen interventies met elkaar vergeleken worden. Dat maakt het voor beleidsmakers mogelijk om verschillende interventies objectief naast elkaar te zetten en weloverwogen keuzes te maken over welke interventies de meeste gezondheidswinst opleveren per geïnvesteerde euro. CEA en CUA helpen zo om beperkte middelen doelmatig in te zetten en prioriteiten te bepalen binnen een bredere gezondheidszorgplanning.

Het gebruik van verschillende methoden om voordelen in geld uit te drukken binnen een kosten-batenanalyse kan tot sterk uiteenlopende resultaten leiden, vooral bij volksgezondheidsinterventies zoals vaccinaties. Daarom is meer overeenstemming over de gebruikte methodologie nodig. Alleen zo worden kosten-batenanalyses consistent en onderling vergelijkbaar voor het bepalen van prioriteiten in de gezondheidszorg⁸⁴.

De kostprijs van het (niet) vaccineren (levenslange vaccinatie)

De huidige kosten voor levenslange vaccinatie blijven relatief beperkt, zeker in verhouding tot andere gezondheidsuitgaven en rekening houdend met de aanzienlijke ziektelast die door vaccinatie kan worden voorkomen^{85 86}.

Studies⁸⁷ naar de return on investment (ROI) of cost-benefit ratio (CBR) van gezondheidsbeschermingsmaatregelen tonen dat elke euro die in vaccinatie wordt geïnvesteerd, gemiddeld 19 euro oplevert.

Een studie die de kost onderzocht in 23 Europese landen⁸⁸ geeft aan dat de geschatte individuele kost tussen de 592 euro en 3.504 euro voor gezonde personen; en tussen de 744 euro en 9.081 euro voor personen met onderliggende aandoeningen, ligt. De kost is afhankelijk van het aantal aanbevolen vaccins en nationale schema's. Andere analyses⁸⁹ bevestigen dat de totale vaccinkost over een volledig leven tussen 328

⁸² [Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg](#)

⁸³ [Kosteneffectiviteit van infectieziektebestrijding vanuit volksgezondheidsperspectief | RIVM](#)

⁸⁴ [Cost-benefit analysis of vaccination: a comparative analysis of eight approaches for valuing changes to mortality and morbidity risks - PMC](#)

⁸⁵ [Value of Vaccinations: A Fundamental Public Health Priority to Be Fully Evaluated - PMC](#)

⁸⁶ [Value of vaccination - Vaccines Europe](#)

⁸⁷ [Socio-Economic-Value-of-Adult-Immunisation-2026-Update.pdf](#)

⁸⁸ [Estimating the lifetime cost of vaccination in 23 European Countries: a modeling study](#)

⁸⁹ [The cost of vaccination throughout life: A western European overview](#)

euro en 3.395 euro ligt, waarbij de kosten het hoogst zijn in de kindertijd en duidelijk lager bij volwassenen en ouderen.

Studies benadrukken dat niet-vaccineren aanzienlijke kosten veroorzaakt, die vaak onvoldoende worden meegenomen in beleidsbeslissingen. Zo toont een Italiaanse studie⁹⁰ aan dat tussen 2017 en 2021 ongeveer 1,2 miljoen adolescenten onvoldoende tegen HPV gevaccineerd waren, wat leidt tot een geraamde klinische kost van meer dan 905 miljoen euro. Een vaccinatiegraad van 95% zou deze kosten met 529 miljoen euro verminderen, zelfs na aftrek van vaccinatiekosten. Dit effect weegt nog zwaarder bij kwetsbare groepen, die moeilijker te bereiken zijn maar wel de hoogste ziektelast dragen van vermijdbare infecties.

Een Belgische analyse⁹¹ illustreert deze impact eveneens. Het KCE berekende in 2025 dat infecties door het respiratoir syncytieel virus (RSV) bij kinderen geboren in 2024 een aanzienlijke klinische en economische last veroorzaken wanneer geen universele immunisatie wordt toegepast. Het model volgde kinderen tot hun vijfde verjaardag en toont het substantiële zorggebruik en de kosten die optreden in een scenario zonder brede immunisatie. Deze bevindingen ondersteunen dat zowel de directe kosten van vaccinatie als de voorkomen kosten van ziekte essentieel zijn voor een volledige economische evaluatie van immunisatieprogramma's.

De kosteneffectiviteit van vaccinatie

Recente internationale studies^{92 93 94 95 96 97 98} tonen aan dat vaccinatie gedurende de hele levensloop kosteneffectief kan zijn en zelfs kan leiden tot kostenbesparingen. CEA- en CUA-analyses tonen aan dat vaccins niet alleen ziekte en sterfte helpen voorkomen, maar ook de zorgkosten en productiviteitsverliezen aanzienlijk verminderen.

⁹⁰ [Value of Vaccinations: A Fundamental Public Health Priority to Be Fully Evaluated - PMC](#)

⁹¹ [kce.fgov.be/sites/default/files/2025-06/KCE_402B_Prevention_Infections-VRS_Nourrissons_Synthese.pdf](#)

⁹² [Economic evaluations of immunization programs as an indispensable tool for policymakers | BMC Health Services Research | Springer Nature Link](#)

⁹³ [EE136 The Socio-Economic Value of Adult Immunization: Results from a Comprehensive Literature Review of Four Immunization Programs in Ten Countries - Value in Health](#)

⁹⁴ [Cost-effectiveness of adult vaccinations: A systematic review](#)

⁹⁵ [Full article: Public health impact and cost-effectiveness of catch-up 9-valent HPV vaccination of individuals through age 45 years in the United States](#)

⁹⁶ [Economic evaluation of seasonal influenza vaccination in elderly and health workers: A systematic review and meta-analysis - eClinicalMedicine](#)

⁹⁷ [Full article: Health economic evaluation of introducing a PPSV23-based vaccination programme to adults aged 65 and above, and an extension to the 60-64 age group in Denmark](#)

⁹⁸ [RSV vaccine in development: Assessing the potential cost-effectiveness in the Dutch elderly population - ScienceDirect](#)

04 Huidige uitdagingen inzake vaccinatiebeleid

De gedeelde bevoegdheden gelinkt aan het vaccinatiebeleid leiden tot een spanningsveld tussen het federale niveau en de gefedereerde entiteiten

De Bijzondere Wet tot Hervorming der Instellingen (BWHI) geeft aan dat de preventieve gezondheidszorg een persoonsgebonden bevoegdheid is, waarbij de deelstaten bevoegd zijn voor 'activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, evenals alle initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg' (BWHI, art. 5 § 1, 8°). De federale overheid blijft enkel bevoegd voor de nationale maatregelen inzake profylaxis en de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

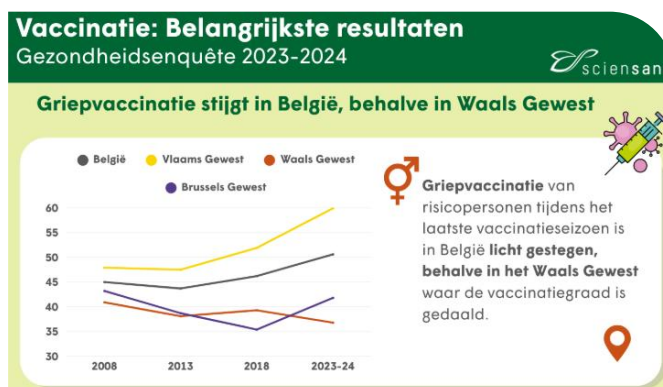
Deze bevoegdheidsverdeling leidt in de praktijk tot tegenstrijdigheden om de volgende redenen:

- Ten eerste bepaalt het regelgevend kader dat de gefedereerde entiteiten bevoegd zijn voor het uitwerken en uitvoeren van hun vaccinatiestrategieën. In de praktijk blijft de federale overheid echter een belangrijke rol spelen in verschillende, onderling samenhangende facetten van het vaccinatiebeleid (zie 1. Actuele situatie van het beleid inzake 'levenslange immunisatie' in België). Zo beslist de federale overheid over de terugbetaling van vaccins en de bijhorende voorwaarden, en formuleert de Hoge Gezondheidsraad (HGR) wetenschappelijke aanbevelingen die richtinggevend zijn voor het regionale beleid. Hierdoor kunnen de vaccinatiestrategieën van de gefedereerde entiteiten slechts gedeeltelijk autonoom worden uitgevoerd. Vaccinatie is bijgevolg geen exclusieve gemeenschapsbevoegdheid, maar een gedeelde bevoegdheid met het federale niveau.
- Ten tweede stellen zich uitdagingen op het vlak van de financiering. In bepaalde gevallen nemen de gefedereerde entiteiten geen of slechts beperkte initiatieven om financieel tussen te komen in de kost van vaccins. Hierdoor ziet de federale overheid zich genoodzaakt om voor specifieke doelgroepen een vergoeding te voorzien, zoals bijvoorbeeld bij RSV, en voor de meeste vaccins aanbevolen voor volwassenen (ref. bijlage 6). Bovendien kan er een asymmetrie ontstaan tussen het niveau dat investeert in preventie en het niveau dat het grootste deel van de financiële baten van vermeden ziektelast realiseert.
- Ten derde stelt de BWHI expliciet dat het initiatief inzake preventieve gezondheidszorg bij de gefedereerde entiteiten ligt. In het recente federale regeerakkoord wordt echter gesteld dat "de federale overheid binnen haar bevoegdheden vroegdetectie en doelgroepgerichte vaccinatie zal promoten als hefboomen om ziektes terug te dringen". Dit federale voornemen kan spanningen oproepen met het initiatiefrecht van de gefedereerde entiteiten inzake vaccinatie, zoals vastgelegd in de BWHI.

Infectieziektes kennen geen grenzen: nationale coherentie en coördinatie zijn essentieel, maar momenteel onvoldoende

De doeltreffendheid van een vaccinatieprogramma hangt af van een voldoende hoge vaccinatiegraad. Zo worden zoveel mogelijk mensen beschermd en ontstaat groepsimmunitet die epidemieën helpt voorkomen. Omwille van de hoge mobiliteit van personen binnen België is het belangrijk om te verzekeren dat er een voldoende hoge vaccinatiegraad is in geheel België.

Tabel 2 (p. 27) illustreert de verschillen in vaccinatiegraad tussen de verschillende regio's. Ook uit de Gezondheidsenquête van Sciensano⁹⁹ blijkt dat er doorheen de tijd aanzienlijke verschillen in de griepvaccinatiegraad tussen de regio's bestaan.



Het 'Protocolakkoord tussen de Federale Overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie' bepaalt dat de gemeenschappen verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de vaccinaties, op basis van het basisvaccinatieschema dat wordt goedgekeurd door de Hoge Gezondheidsraad (HGR). De HGR formuleert haar aanbevelingen op basis van wetenschappelijke evidentie, zonder daarbij rekening te houden met de budgettaire, organisatorische of praktische context binnen de verschillende regio's. De autonomie van de gemeenschappen en gewesten in de uitvoering kan er bijgevolg toe leiden dat politieke, financiële of logistieke overwegingen aanleiding geven tot afwijkingen van de HGR-aanbevelingen. Deze autonomie maakt het mogelijk om het beleid af te stemmen op regionale noden, maar kan tegelijk bijdragen tot een versnippering van het nationale gezondheidsbeleid inzake vaccinatie. De focus op prioriteiten van een gemeenschap kan leiden tot suboptimale nationale volksgezondheidsresultaten, met name als er onvoldoende coördinatie en afstemming is tussen de gewesten en de federale overheid.

Er bestaan instrumenten (IKW/IMC/Overlegcomité) voor afstemming tussen de gefedereerde entiteiten en het federale niveau. Toch zien we dat deze instrumenten geen afstemming of nationale coherentie garanderen. Het gebrek aan coherentie zorgt ervoor dat het vaccinatiebeleid in de 3 regio's anders vorm begint te krijgen.

Er bestaan verschillende registratiesystemen (Vlaanderen gebruikt Vaccinnet, Brussel en Wallonië gebruiken Vaccicard). De ontwikkelingen van deze systemen verloopt ongelijk. Daarnaast zijn er verschillende platformen via dewelke burgers

⁹⁹ Preventie | sciensano.be

hun vaccinatiegegevens kunnen consulteren. Dit roept de vraag op of dit een kostenefficiënte werkwijze is.

Versnippering van het vaccinatiebeleid: gevolgen voor toegankelijkheid en vertrouwen

De versnippering van het vaccinatiebeleid tussen de verschillende deelstaten (Gemeenschappen en Gewesten) heeft een impact op:

- De toegankelijkheid tot vaccinatie: de toegankelijkheid verschilt tussen de deelstaten, waarbij bepaalde vaccins voor specifieke doelgroepen in de ene deelstaat minder toegankelijk zijn dan in de andere. Deze verschillen worden bepaald door financiële drempels, maar ook door de manier waarop de vaccinatie is georganiseerd. Zo toont onderzoek aan dat financiële drempels bijdragen tot een lagere vaccinatiegraad, terwijl terugbetaling of het kosteloos aanbieden van vaccins de bereidheid tot vaccinatie verhogen¹⁰⁰.
- Onzekerheden inzake vaccinatie: de onderlinge verschillen tussen de basisvaccinatieschema's maken het voor burgers niet evident om te begrijpen waarom deze per regio variëren. De uiteenlopende vaccinatieschema's kunnen verwarring veroorzaken bij burgers en zorgverleners en kunnen de vaccinatietwijfel versterken. Verschillende actoren, zoals ziekenfondsen, richten hun communicatie tot de volledige Belgische bevolking, waarbij het niet altijd evident is om in deze boodschappen (bijvoorbeeld via sociale media) te differentiëren naar Gemeenschap of Gewest. De verschillen tussen onder meer de vaccinatieschema's bemoeilijken het verstrekken van duidelijke en eenduidige informatie.

In Brussel en Wallonië is de governance rond vaccinatie gefragmenteerd, en voor het vaccinatiebeleid bij volwassenen is slechts een beperkt budget voorzien

In Brussel en Wallonië is er een versnippering van de bevoegdheden inzake vaccinatie. De Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) beheert, via ONE, het volledige vaccinatieprogramma dat gericht is op zuigelingen, kinderen, adolescenten, studenten en zwangere vrouwen. Het Waals Gewest is, via zijn agentschap AViQ (Agence pour une Vie de Qualité), verantwoordelijk voor de vaccinatie voor volwassenen op het Waals gebied. In het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waar zowel de Franse als de Vlaamse Gemeenschap actief zijn, neemt de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM/Vivalis) de coördinatie op zich voor de campagnes rond vaccinatie voor volwassenen op het Brussels gebied op zich.

Hierdoor zijn er verschillende administraties betrokken bij het vaccinatiebeleid voor de bevolking binnen éénzelfde regio, wat de uitrol van een programma voor levenslange immunisatie meer complex maakt.

¹⁰⁰ [White-paper-Pneumococcal-vaccination-in-an-ageing-population-.pdf](#)

In Brussel en Wallonië zijn er geen budgetten toegewezen voor het vaccinatiebeleid voor volwassenen (buiten de sensibiliseringscampagnes)¹⁰¹:

- AViQ beschikt niet over een specifiek budget voor een vaccinatiebeleid voor volwassenen en moet daarom ad-hoc financiering aanvragen bij de Waalse minister van Gezondheid, bijvoorbeeld om sensibiliseringscampagnes uit te voeren.
- Ook Vivalis heeft geen specifiek budget voor een globaal vaccinatiebeleid voor volwassenen en beperkt zijn acties tot sensibiliseringscampagnes.
- Vlaanderen biedt, naast de vaccins die door het RIZIV worden terugbetaald, ook zelf gratis vaccins aan voor specifieke doelgroepen. Zo voorziet het gratis vaccins tegen griep voor personen die in een gesubsidieerde zorginstelling in Vlaanderen verblijven. Het gaat om woonzorgcentra, psychiatrische instellingen voor lang verblijf of instellingen voor personen met een beperking¹⁰².

Uitdagingen bij het monitoren van de vaccinatiegraad bij volwassenen op populatieniveau

In België ontbreekt momenteel een structurele en continue monitoring van de vaccinatiegraad bij volwassenen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Sciensano's Dienst Epidemiologie van Infectieziektes berekent de nationale vaccinatiegraad op basis van de meest recente regionale studies. De gemeenschappen en gewesten voeren hun eigen studies uit, waarbij methodologie en frequentie sterk verschillen, wat de vergelijkbaarheid bemoeilijkt¹⁰³. Bovendien zijn beschikbare gegevens uit de studies uitgevoerd door de gemeenschap doorgaans afkomstig uit kleinschalige studies, vaak gebaseerd op enquêtes, die slechts beperkt gebruikmaken van bestaande vaccinatieregistratiesystemen.

Sciensano verzamelt gegevens over griep- en pneumokokkenvaccinatie via de nationale Gezondheidsenquête (Health Interview Survey – HIS). Omdat deze resultaten zelfgerapporteerd zijn en gebaseerd op een relatief klein aantal respondenten, blijven ook hier de analysemogelijkheden beperkt.

Ongelijke regionale ontwikkelingen in vaccinatieregistratie

- **Vlaanderen:** de invoering van Vaccinnet 2.0 (vanaf 1 januari 2026) zou het mogelijk moeten maken om de vaccinatiegraad bij volwassenen systematisch te berekenen. De nieuwe infrastructuur zal echter nog geen analyses toelaten voor specifieke subgroepen op basis van socio-economische kenmerken.
- **Brussel en Wallonië:** In beide regio's bevindt Vaccicard zich nog in ontwikkeling, waardoor volledige gegevens momenteel ontbreken. De toekomstige implementatie zou moeten toelaten om geanonimiseerde of gepseudonimiseerde data te gebruiken voor vaccinatiegraadanalyse.

¹⁰¹ [Microsoft Word - Vaccine Landscape Report_22-09-20_FINAL FINALvs_03](#)

¹⁰² [Overheidsopdrachten vaccinatie | Departement Zorg](#)

¹⁰³ [vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf](#)

- Zowel in **Vlaanderen**¹⁰⁴ als in **Wallonië**¹⁰⁵ zien we dat een verplichte registratie van alle vaccinaties in wordt gezien als een noodzakelijke stap om te komen tot een consistent en uniform nationaal databeeld. In Brussel moet de verplichte registratie van vaccinatie nog deels opgenomen worden in het regelgevend kader.
- Op federaal niveau zien we dat het project EPI-LINK, geleid door Sciensano, zal het opvolgen van de vaccinatiegraad verbeteren door koppeling van infectieziektendata met gezondheids- en administratieve datasets, met bijzondere aandacht voor sociaaleconomische verschillen.

Gevolgen voor beleidsdoelstellingen (SMART-doelstellingen): Het ontbreken van een volledig en uniform dataplatform maakt het moeilijk om SMART-doelstellingen voor de vaccinatiegraad bij volwassenen te formuleren:

- Vlaanderen formuleert enkel doelstellingen voor drie doelgroepen:
 - 65-plussers (pneumokokken en griep),
 - zwangere vrouwen (kinkhoest en griep),
 - gezondheidswerkers (kinkhoest en griep).
- FWB heeft SMART-doelstellingen voor één doelgroep:
 - zwangere vrouwen (difterie–tetanus–kinkhoest).
- Brussel definieert geen SMART-doelstellingen voor volwassenen.

Fragmentatie van gegevens heeft een impact op monitoring. Een concreet voorbeeld is dat het Intermutualistisch Agentschap (IMA) heeft de monitoring van de vaccinatiegraad voor seizoensgriep stopgezet omdat het niet beschikt over volledige en geïntegreerde gegevens¹⁰⁶. Bepaalde vaccinaties – zoals deze die plaatsvinden binnen de arbeidsgeneeskunde – worden niet systematisch geregistreerd in de datastromen waarop het IMA zich baseert. Hierdoor werd de vaccinatiegraad van de actieve bevolking structureel onderschat.

Beslissingen inzake het vaccinatiebeleid kennen een gebrek aan transparantie en wijken soms af van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De besluitvorming rond het vaccinatiebeleid op niveau van de deelstaten is vaak weinig transparant en wijkt soms af van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR). In Vlaanderen is er geen publieke informatie beschikbaar over formele procedures die bepalen voor welke doelgroepen een vaccin gratis wordt aangeboden, in tegenstelling tot de duidelijke besluitvormingsprocessen op federaal niveau.

¹⁰⁴ [Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid](#)

¹⁰⁵ [Moniteur belge](#)

¹⁰⁶ [Campagnes de vaccination contre la grippe](#)

Fragmentatie van vaccinatiebudgetten, en federale versus regionale mechanismen in de vaccinatieprijsbepaling

Het budget voor vaccinatie in België is sterk gefragmenteerd en verdeeld tussen het RIZIV, Vlaanderen en FWB.

Federaal:

- Voor het merendeel van de vaccins bestemd voor volwassenen verloopt de gedeeltelijke terugbetaling via het federale niveau (RIZIV). Wanneer het advies dat de CTG aan de federale minister van Sociale Zaken uitbrengt negatief is (bijvoorbeeld omdat de door het farmaceutische bedrijf voorgestelde prijs te hoog is), bestaat het risico dat het betrokken vaccin niet op de Belgische markt wordt gebracht. Dit wordt verklaard door het feit dat in de meeste gevallen enkel het farmaceutische bedrijf zelf kan beslissen om al dan niet een terugbetalingsaanvraag in te dienen, waardoor de beschikbaarheid afhankelijk wordt van commerciële keuzes.
- Gelet op het ontbreken van rechtstreekse prijsnegotiaties (met meerdere farmaceutische bedrijven) blijft de onderhandelingsruimte van de overheid beperkt en is er minder marge voor prijsaanpassingen of volumegerelateerde kortingen.

Gemeenschappen

- De Federatie Wallonië-Brussel (FWB) en Departement Zorg doen openbare aanbestedingen voor de vaccins van het vaccinatieschema. De gemeenschappen bepalen hun eigen budgetten en kunnen autonoom beslissen of zij vaccinatieprogramma's opstarten, maar deze budgetten zijn doorgaans beperkt en vertonen geen groei doorheen de jaren.

Het is relevant om te onderzoeken welke invloed deze aanbestedingen hebben op de prijszetting. We formuleren enkele hypothesen. Enerzijds kunnen zij leiden tot minder gunstige prijsonderhandelingen, omdat de aankoopvolumes kleiner zijn dan wanneer dit zou gebeuren voor de 3 regio's samen. Anderzijds kunnen de openbare aanbestedingen die de regionale overheden uitvoeren ook leiden tot betere prijsonderhandelingen, omdat zij deze onderhandeling met meerdere farmaceutische bedrijven kunnen voeren, en meer flexibiliteit kunnen bieden in de selectie van leveranciers, de planning van vaccinatiecampagnes, en het inspelen op problemen bij levering.

Invloed van sociale en economische status op vaccinatie

Hoewel vaccins het potentieel hebben om gezondheidsverschillen te verkleinen door kwetsbare bevolkingsgroepen te beschermen tegen ziektes, kunnen ongelijkheden in toegang tot de vaccinatiediensten bestaande verschillen juist versterken. Geografische factoren, sociaaleconomische omstandigheden en culturele overtuigingen beïnvloeden zowel de bereidheid om zich te laten vaccineren als de uiteindelijke vaccinatiegraad, wat zich vertaalt in uiteenlopende gezondheidsuitkomsten. In België speelt socio-economische status hierbij een bepalende rol.

Ook in België, tonen studies tonen aan dat de socio-economische status de vaccinatiegraad in België beïnvloeden:

- Studie Sciensano¹⁰⁷: Er is een socio-economisch verschil wat betreft het percentage van de risicogroep dat al ten minste één keer tegen griep gevaccineerd werd: na correctie voor leeftijd en geslacht is de vaccinatiegraad significant lager onder mensen zonder diploma secundair onderwijs dan onder mensen met ten hoogste een diploma hoger secundair onderwijs en mensen met een diploma hoger onderwijs
- Studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen¹⁰⁸: vaccinatiegraad stijgt naarmate de sociale status beter is. De vaccinatiegraad stijgt bij hogere inkomens en met de Belgische deprivatie-index (hoe hoger de index, hoe beter de vaccinatiegraad).

Uitdagingen rond misinformatie en gebrekkige informatie over vaccinatie

Vaccinatietwijfel vormt een uitdaging doordat het een veelzijdig fenomeen zijn, zonder eenduidige oorzaak^{109 110 111 112}. Twijfel kan samenhangen met zorgen over veiligheid en mogelijke bijwerkingen, maar ook met bredere vormen van wantrouwen tegenover instellingen, beleid of eerdere gezondheidsdomeinen. Daarnaast spelen socio-culturele factoren een rol, waarbij opvattingen en ervaringen binnen de directe omgeving invloed hebben op individuele houdingen. De online mediaplatformen dragen bij aan deze complexiteit, doordat mensen worden blootgesteld aan uiteenlopende, soms tegenstrijdige boodschappen over vaccinatie.

Uit een bevraging¹¹³ bij 60-plussers blijkt dat er duidelijke kennis- en communicatiekloven bestaan. Zo geeft de helft aan niet te weten wanneer vaccins aanbevolen zijn, en 28% zegt dat hun huisarts zelden over vaccinatie spreekt. De bekendheid met klassieke vaccins (zoals griep, tetanus, COVID-19 en pneumokokken) is groot, maar slechts 59% kent het RSV-vaccin en maar 32% het vaccin tegen gordelroos.

De rol van de aanvullende ziektekostenverzekering

De aanvullende verzekering van de ziekenfondsen speelt momenteel een rol bij vaccins waarvoor de Hoge Gezondheidsraad (HGR) een aanbeveling geeft, maar waarvoor geen terugbetaling wordt voorzien door het RIZIV of waarvoor de deelstaten het vaccin niet gratis ter beschikking stellen aan de burger. De terugbetaling via een aanvullende verzekering kan burgers stimuleren om proactief

¹⁰⁷ Module NL

¹⁰⁸ Vaccinatie tegen de griep in 2024

¹⁰⁹ Onderzoeksportaal - Een fenomenologie en systeemtheorie van vaccinatietwijfel

¹¹⁰ Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA

¹¹¹ Vaccineren | Inzicht in gedrag | RIVM

¹¹² Vaccessible: une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus | Vivalis

¹¹³ rapport_neos_bevraging-levenslange-vaccinatie-bij-ouderen_nlplusfr.pdf

met hun gezondheid om te gaan, en kan een meerwaarde betekenen voor de terugbetaling van reisvaccins.

Tegelijkertijd zijn er risico's verbonden aan deze benadering. Er bestaat het gevaar dat de overheid zijn verantwoordelijkheid voor de financiering van vaccins afschuift naar de aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen. Daarnaast kan het systeem personen uitsluiten die geen aanvullende verzekering hebben, zoals zij die enkel aangesloten zijn bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of geen enkele verzekering hebben. Vaccinatie is en blijft een basiszorg, en hoort thuis in de verplichte ziekteverzekering.

05 Aanbevelingen

Werk aan een gecoördineerde, nationale vaccinatiestrategie met gedeelde doelstellingen opdat een gelijke toegang tot vaccinatie, ongeacht waar men woont, gewaarborgd is

Een efficiënte en coherente vaccinatiestrategie bepaalt de governance van vaccinatie

Toegang tot vaccinatie mag niet afhankelijk zijn van woonplaats; alle burgers moeten gelijke toegang hebben tot vaccins en betrouwbare informatie. Het beleid richt zich primair op het versterken van de volksgezondheid op de meest efficiënte manier, waarbij alle overheidsniveaus — federaal, gewestelijk en gemeenschapsniveau — gecoördineerd bijdragen aan dit doel.

Hiervoor is het belangrijk om een **gecoördineerde, nationale vaccinatiestrategie** te hebben:

- **Federale verantwoordelijkheden:**
 - **Bepalen van de doelstellingen:** Binnen het kader van de Gezondheidsdoelstellingen (GDOS) is het belangrijk om duidelijke, SMART-doelstellingen voor vaccinatie te formuleren op nationaal niveau. Deze doelstellingen zouden hetzelfde moeten zijn voor geheel België.
 - **Uniforme uitvoering van het vaccinatieschema:** de uitvoering van het door de HGR opgestelde vaccinatieschema wordt op nationaal niveau geharmoniseerd, zonder regionale verschillen die kunnen leiden tot een uiteenlopende toepassing.
 - **De mogelijkheid analyseren van een gecentraliseerde aankoop van vaccins via overheidsopdrachten:** vaccins voor alle doelgroepen worden centraal aangekocht via de FOD Volksgezondheid. De organisatie van de openbare aanbesteding zou via een taskforce van het IMC Volksgezondheid kunnen verlopen, om te garanderen dat elke regio medezeggenschap heeft. De transitie zou gefaseerd kunnen verlopen: in eerste instantie gebeurt de openbare aanbesteding op federaal niveau voor vaccins aanbevolen voor volwassenen, en op langere termijn ook voor vaccins voor kinderen en jongeren. Zo ontstaat uiteindelijk één geïntegreerd aankoopstelsel voor alle vaccins en alle doelgroepen. Hoe de financieringsverdeling tussen de verschillende overheidsniveaus uiteindelijk wordt georganiseerd, vergt verdere afstemming en is op dit moment nog niet vast te leggen.

- **Regionale verantwoordelijkheden:**

- **Implementatie van de nationale strategie:** ook hier is de wetenschappelijke onderbouwing noodzakelijk, maar met een andere focus. De implementatie omvat onder andere het ontwikkelen van doelgroepgerichte strategieën en het vinden van effectieve manieren om moeilijk bereikbare groepen te bereiken, bijvoorbeeld via sensibiliseringscampagnes en de organisatie van vaccinatiemomenten in verschillende settings. Lokale terreinkennis is hierbij cruciaal. De regio's spelen een sleutelrol, omdat zij het best kunnen vertalen hoe nationale aanbevelingen concreet kunnen worden uitgevoerd binnen hun eigen context en hoe sociaaleconomische ongelijkheden in vaccinatie kunnen worden aangepakt.

Naar het voorbeeld van Vlaanderen, dat beschikt over een Vaccinatiekoepel, zou het aangewezen zijn dat Wallonië en Brussel opnieuw een officieel comité oprichten dat de strategie en de uitvoering van deze onderdelen van het vaccinatiebeleid coördineert.

- **Om een doeltreffende en coherente nationale vaccinatiestrategie te realiseren, worden twee randvoorwaarden geïdentificeerd:**

- **Kwaliteitsvoorwaarden die het engagement van de gefedereerde entiteiten inzake de operationalisering waarborgen:** het Federale niveau draagt nog steeds een belangrijk aandeel van de kosten inzake vaccinatie (terugbetaling vaccins en honoraria van zorgverstrekkers die vaccineren), het is belangrijk dat de gefedereerde entiteiten zich engageren om het vaccinatiebeleid op een effectieve en efficiënte wijze te operationaliseren. Het protocolakkoord ([Protocol van 21/03/2016 akkoord tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de grondwet inzake preventie](#)) stelt: "De federale overheid kan minimale kwaliteitsvoorwaarden stellen als voorwaarde voor deze financiering, zoals bijvoorbeeld het bereiken van een minimale participatiegraad of het type vaccin." Wij pleiten voor een gebalanceerde benadering, waarin harde criteria worden aangevuld met procesgerichte indicatoren. Harde criteria meten het resultaat (output, zoals de vaccinatiegraad). Kwalitatieve of procesgerichte indicatoren reflecteren de inzet, samenwerking, communicatie, participatie en innovatie binnen het vaccinatiebeleid. Deze indicatoren meten de kwaliteit van de aanpak, niet enkel het eindresultaat.

Enkele voorbeelden van procesgerichte indicatoren:

- Samenwerking: minstens x-aantal keer per jaar organiseert elke regio een overlegmoment met verschillende stakeholders om de strategie en implementatie van het vaccinatiebeleid te bespreken.
- Innovatie: nieuwe methoden worden getest om de vaccinatiegraad te verhogen (bv. herinnerings-sms'en).

- Outreach: doelgroepen worden actief betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van lokale initiatieven om de vaccinatiebereidheid te verhogen.
- Gezondheidsgeletterdheid: er wordt jaarlijks een training in duidelijke communicatie en gezondheidsgeletterdheid voor zorgverleners aangeboden, zodat ze vaccinatie-informatie effectief kunnen overbrengen aan diverse doelgroepen.
- **De vereenvoudiging van de governancestructuur voor vaccinatie in Brussel en Wallonië:**
Net zoals in Vlaanderen wordt gestreefd naar een éénduidige verantwoordelijkheid per regio, waarbij één administratie instaat voor de volledige operationalisering van het vaccinatiebeleid voor alle doelgroepen. Een dergelijke vereenvoudiging verhoogt de efficiëntie en coherentie van het beleid voor levenslange immunisatie, en versterkt de interregionale samenwerking binnen het nationale vaccinatiekader.

Het verzekeren van een gecoördineerde, nationale strategie behoeft geen staatshervorming, maar kan via een uitvoerend samenwerkingsakkoord.

Wat is een samenwerkingsakkoord?

BWHI (Bijzondere Wet tot hervorming der instellingen), artikel 92bis¹¹⁴: “§ 1. De Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten kunnen samenwerkingsakkoorden sluiten die onder meer betrekking hebben op de gezamenlijke oprichting en het gezamenlijk beheer van gemeenschappelijke diensten en instellingen, op het gezamenlijk uitoefenen van eigen bevoegdheden, of op de gemeenschappelijke ontwikkeling van initiatieven. Over de samenwerkingsakkoorden wordt onderhandeld en zij worden gesloten door de bevoegde overheid.

- De akkoorden die betrekking hebben op de aangelegenheden die bij decreet worden geregeld, alsmede de akkoorden die de Gemeenschap of het Gewest zouden kunnen bezwaren of Belgen persoonlijk zouden kunnen binden, hebben eerst gevolg nadat zij instemming hebben verkregen bij decreet.
- De akkoorden die betrekking hebben op de aangelegenheden die bij wet worden geregeld, alsmede de akkoorden die de Staat zouden kunnen bezwaren of Belgen persoonlijk zouden kunnen binden, hebben eerst gevolg nadat zij instemming hebben verkregen bij wet.

*In het samenwerkingsakkoord, dat overeenkomstig het tweede lid instemming heeft gekregen bij de wet of het decreet, **kan er echter in worden voorzien dat de uitvoering ervan zal worden verzekerd door uitvoerende***

¹¹⁴ [Bijzondere Wet tot hervorming der instellingen](#)

samenwerkingsakkoorden die gelden zonder dat de instemming bij de wet of het decreet vereist is.

Het huidige protocolakkoord [Protocolakkoord tussen de Federale Overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie](#) dient te worden herzien en omgevormd tot een samenwerkingsakkoord.

Terwijl een protocolakkoord doorgaans een bestuurlijke of politieke afspraak, zonder een bindend normatief kader, tussen overheden is, is een samenwerkingsakkoord een juridisch bindend akkoord tussen de federale overheid, gemeenschappen en/of gewesten, gebaseerd op artikel 92bis BWHL.

Belang van gezondheidseconomische evaluaties met een maatschappelijk perspectief

Voorzie specifieke budgetten om de gecoördineerde, nationale vaccinatieprogramma's, met implementatie op regionaal niveau, te organiseren. Een vaccinatieprogramma voor volwassenen is een nieuw programma en vereist heel wat omkadering om dit op een kwaliteitsvolle wijze te implementeren (bv. Zorgprofessionals trainen en informeren, sensibilisering naar de burger toe, organisatiestructuren opzetten,...)¹¹⁵.

Om budgettaire keuzes te onderbouwen, vormen gezondheidseconomische evaluaties een belangrijk instrument, aangezien zij het mogelijk maken zowel de verwachte kosten als de verwachte gezondheidseffecten in kaart te brengen¹¹⁶. Op die manier kunnen interventies worden geïdentificeerd die, binnen de beschikbare financiële middelen, aanzienlijke gezondheidswinst opleveren. Deze gezondheidseconomische evaluaties kunnen worden uitgevoerd door onafhankelijke federale onderzoeksinstituten, zoals het KCE.

In het kader van deze gezondheidseconomische evaluaties is het ook relevant een maatschappelijk perspectief te integreren^{117 118 119}. Bepaalde preventiemaatregelen die gericht zijn op kwetsbare groepen kunnen immers een bredere impact hebben op de sociale sector¹²⁰.

Bij de economische evaluatie van een griepvaccinatieprogramma wordt traditioneel vaak enkel gekeken naar de directe medische kosten en baten — zoals de kostprijs van het vaccin en de besparingen op ziekenhuisopnames. Wanneer echter een maatschappelijk perspectief wordt gehanteerd, worden ook bredere effecten meegenomen, zoals verminderde werkverzuim, verhoogde productiviteit, en minder druk op de zorg- en welzijnssector.

Voorbeeld: bij vaccinatieprogramma's voor ouderen, zoals het griep- of pneumokokkenvaccin, maakt een maatschappelijk perspectief het mogelijk om naast de directe gezondheidswinst ook bredere effecten mee te nemen. Gevaccineerde

¹¹⁵ Microsoft Word - Vaccine Landscape Report 22-09-20_FINAL FINALvs_03

¹¹⁶ [Gezondheidseconomische evaluaties binnen een preventief beleid: een kritische introductie](#)

¹¹⁷ [Counting the impact of vaccines](#)

¹¹⁸ [Gezondheidseconomische evaluaties binnen een preventief beleid: een kritische introductie](#)

¹¹⁹ Microsoft Word - Vaccine Landscape Report 22-09-20_FINAL FINALvs_03

¹²⁰ [Gezondheidseconomische evaluaties binnen een preventief beleid: een kritische introductie](#)

ouderen blijven langer zelfstandig en doen minder beroep op (in)formele zorg- en welzijnsdiensten¹²¹. Zo wordt niet alleen een substantiële gezondheidswinst gerealiseerd, maar ook een bredere maatschappelijke meerwaarde.

Veranker vaccinatie structureel in de eerstelijnszorg

Maak vaccinatie laagdrempelig en geïntegreerd: breng vaccins dichterbij de bevolking en veranker vaccinatie structureel in de eerstelijnszorg en zorgtrajecten.

Toegankelijkheid van vaccinatie verbeteren^{122 123 124 125 126}.

- Maak vaccinatie beschikbaar in meerdere, toegankelijke settings om de drempel tot vaccinatie te verlagen en verschillende doelgroepen te bereiken. Onderzoek systematisch welke settings het meest toegankelijk zijn voor welke doelgroepen (bv. ouderen, lage-inkomensgroepen) om een op maat gemaakte communicatiestrategie te ontwikkelen. Onderstaande voorbeelden illustreren mogelijke kanalen en settings om vaccinatie laagdrempeliger en toegankelijker te maken voor de bevolking:
- Apothekers kunnen hun rol als laagdrempelige eerstelijnszorgverstrekkers versterken voor kwetsbare groepen (bv. personen met socio-economische kwetsbaarheid of zonder huisartsendossier)¹²⁷.
- Gemeenschapscentra: organiseer vrije inloophmomenten tijdens epidemiologische piekmomenten, of pandemieën.
- Werksettings: stimuleer werkgevers om vaccinaties aan te bieden op de werkvloer, in samenwerking met arbeidsgeneeskundige diensten.
- Agentschappen van de ziekenfondsen: gebruik de ervaring van ziekenfondsen tijdens COVID-19 (bv. Partenamut) om vaccinatiemomenten op hun locaties te organiseren of om leden actief door te verwijzen.
- Vaccibus / mobiele teams: heractiveer mobiele vaccinatieteams die in wijken, op markten of aan scholen kunnen vaccineren, zoals succesvol toegepast tijdens de COVID-crisis.
- Zorginstellingen: breid vaccinatie in woonzorgcentra en instellingen voor personen met een beperking verder uit (in Vlaanderen reeds de praktijk, maar beperkt in Brussel en Wallonië).

¹²¹ [rapport neos bevraging-levenslange-vaccinatie-bij-ouderen_nlplusfr.pdf](#)

¹²² [Vaccinable: une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus | Vivalis](#)

¹²³ [Microsoft Word - Vaccine Landscape Report_22-09-20_FINAL FINALvs_03](#)

¹²⁴ [National Immunisation Strategy for Australia 2025 to 2030 | Australian Centre for Disease Control](#)

¹²⁵ [Using the 4 pillars™ practice transformation program to increase adult influenza vaccination and reduce missed opportunities in a randomized cluster trial - PMC](#)

¹²⁶ [Promoting vaccination: the right approach for the right group](#)

¹²⁷ [Vaccination grippe 2024](#)

Integratie van vaccinatie in reguliere zorg en zorgtrajecten¹²⁸

- Bouw verder op bestaande praktijken door vaccinatie (zowel sensibilisering als toediening) structureel te integreren in routineconsultaties en zorgtrajecten, zoals reeds gebeurt binnen de zorgtrajecten diabetes en chronische nierinsufficiëntie. Bijvoorbeeld, binnen het zorgtraject diabetes is vaccinatie tegen griep en pneumokokken expliciet opgenomen als kwaliteitsindicator.

Gebruik de 'vier pijlers'¹²⁹ als good practice om vaccinatie in de eerstelijnszorg te versterken. Dit is een praktijkgericht implementatiekader dat op organisatieniveau ingrijpt op drempels voor vaccinatie:

- Gemak (*convenience*) verwijst naar het verlagen van praktische en organisatorische drempels voor vaccinatie door deze zo toegankelijk en eenvoudig mogelijk aan te bieden aan personen:
 - Benut elk consultatiemoment om vaccinatie aan te bieden (*every contact counts*).
 - Het organiseren van praktische en toegankelijke vaccinatiesessies buiten de kantooruren, bijvoorbeeld consultaties die uitsluitend gericht zijn op de toediening van het griepvaccin.
- Communicatie (*communication*) omvat het doelgericht en proactief informeren van patiënten over vaccinatie:
 - Train zorgpersoneel in korte en effectieve vaccinatiegesprekken.
 - Eerstelijnszorg gebruikt *outreach-strategieën* (mail, sms, telefoon) om mensen te informeren dat vaccins beschikbaar zijn. Bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk die haar patiëntenbestand actief informeert via mail over vaccinatie tijdens het griepseizoen. Of ziekenfondsen die gerichte communicatie doen naar specifieke doelgroepen, zoals 65-plussers voor de vaccinatie tegen pneumokokkeninfectie.

¹²⁸ [Manifesto on the Value of Adult Immunization: "We Know, We Intend, We Advocate" - PubMed](#)

¹²⁹ [Using the 4 pillars™ practice transformation program to increase adult influenza vaccination and reduce missed opportunities in a randomized cluster trial - PMC](#)

- Ondersteuning (*facilitation*) betreft het voorzien van zorgverleners van systemen, tools en logistieke randvoorwaarden die toedienen van vaccins in de dagelijkse praktijk vereenvoudigen:
 - Voorzie zorgverleners van eenvoudige tools om in één oogopslag te zien welke patiënten in aanmerking komen voor vaccinatie (op basis van leeftijd, medische voorgeschiedenis, beroep), en een automatisch uitnodigingssysteem invoeren.
 - Zorg dat vaccins en toedieningsmateriaal vlot beschikbaar zijn in de praktijk.
- Motivatie (*motivation*) focust op het motiveren van zorgverleners door feedback, monitoring en erkenning van vaccinatieprestaties.
 - Volg de vaccinatiegraad binnen de praktijk of instelling op en geef regelmatige feedback in teamvergaderingen.
 - Gebruik visuele weergaven (grafieken, dashboards) om vooruitgang zichtbaar te maken, zodat zorgverleners geïnformeerd worden over de impact van hun inspanningen.

Investeer in opleiding, informatieverstrekking en taakverbreding van zorgprofessionals om vaccinatie-expertise en -capaciteit te versterken

Opleiden & informeren van zorgverleners¹³⁰

- De basisopleiding en permanente vorming van gezondheidszorgprofessionals versterken, met bijzondere aandacht voor het belang van vaccinatie van volwassenen en voor het perspectief van levenslange immunisatie. Dit kan onder meer via permanente vorming en onderwijsprogramma's die worden aangeboden door wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties. Enkele goede voorbeelden zijn het Certificat inter-universités en Vaccinologie (ULB)¹³¹ en het 2026 Valentijnsymposium rond vaccinatie (ULB, UAntwerpen / Departement Zorg)^{132 133}
- Zet verder in op digitale en andere hulpmiddelen voor gezondheidszorgprofessionals (zoals websites, kennisplatforms) zodat ze op de hoogte blijven van de vaccinatieschema's voor de verschillende doelgroepen (ook voor volwassenen), zoals Vaccination-Info Pro (enkel in het frans beschikbaar), de BCFI – Belgisch Centrum voor farmacotherapeutische informatie).

¹³⁰ [Implementing a Life-Course Approach to Immunization | IFPMA](#)

¹³¹ [Formation en vaccinologie / vaccination](#)

¹³² [24e Valentijn Vaccinatiesymposium | Valentijn Vaccinatiesymposium | Universiteit Antwerpen](#)

¹³³ [Symposium Saint-Valentin 2026 | AMUB](#)

- Ontwikkel klinische beslissingsondersteunende systemen (Clinical Decision Support Systems – CDSS), zodat systemen automatisch de juiste vaccinaties aanbevelen op basis van de individuele patiëntendossiers, met gegevens zoals leeftijd, eerdere vaccinaties en risicofactoren.

Profiel vaccinatoren

- Vaccinaties worden momenteel toegediend door de volgende zorgverleners: artsen (gynaecologen, huisartsen, pediaters, arbeidsartsen), verpleegkundigen en vroedkundigen. Apothekers hebben momenteel een structurele bevoegdheid voor het toedienen van COVID- en griepvaccins. Tijdens COVID konden ook andere personen vaccineren, omwille van tijdelijke bijkomende voorwaarden.
- Wij steunen het voorstel in het federale regeerakkoord 2023-2029 om de aanvullende rol te evalueren die apothekers met name kunnen opnemen in het kader van andere vaccins.
- Binnen huisartsenpraktijken is vaccinatie een taak die gedelegeerd kan worden naar verpleegkundigen, zodat de vaccinatie binnen de huisartsenpraktijk versterkt kan worden.

Impact van apothekers op vaccinatiepraktijk: trends, toegankelijkheid en sociaaleconomische verschillen

Studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen¹³⁴: “We zien een sterke stijging van het aandeel vaccinaties door apothekers tussen 2023 en 2024, van 20% naar 34%. Deze stijging is nog hoger in Brussel, met 32% in 2023 en 49% in 2024 (zie Bijlage). De resultaten tonen ook een daling van vaccinaties door een andere zorgverstrekker.” “Het aandeel vaccinaties door apothekers is hoger in Brussel dan in de andere regio’s. In Brussel laat bijna de helft van de 65-plussers het vaccin zetten door een apotheker (en bij personen met chronische ziektes is dat 45%). Dit hoge percentage in Brussel hangt waarschijnlijk samen met een betere toegankelijkheid van apotheken, die talrijker aanwezig zijn in grote steden. De toediening van vaccins door apothekers komt vaker voor bij jongeren, bij personen zonder GMD en bij personen die in 2023 niet waren gevaccineerd. [...] Toch lijkt vaccinatie door een apotheker geen voordeel te hebben opgeleverd voor de minst bevoorrechte bevolkingsgroepen. Het tegenovergestelde lijkt zelfs het geval te zijn. Het aandeel vaccinaties door apothekers is nog steeds hoger bij niet-VT gerechtigden dan bij VT gerechtigden, en dit verschil is groter in 2024 dan in 2023. Het percentage vaccinaties bij de apotheker stijgt licht met het mediane inkomen van de wijk.”

¹³⁴ [Vaccinatie tegen de griep in 2024.](#)

Garandeer een kwaliteitsvolle vaccinatieregistratie

Het registreren van vaccinatiegegevens moet vanaf het begin van het leven plaatsvinden. E-vax moet de evolutie van Vaccicard en Vaccinnet volgen, met als ideaal op lange termijn één geïntegreerd systeem. Gezien het huidige beperkte budget is de korte termijn gericht op interoperabiliteit, zodat iedere burger gedurende zijn hele leven digitaal toegang heeft tot zijn vaccinatiegegevens.

Om dit te realiseren, zijn drie pijlers essentieel:

1. Opleiding en uitrusting van vaccinatieverleners: zorgverleners moeten voldoende geschoold en beschikken over de nodige IT-middelen om vaccinatiegegevens correct te registreren.
2. Verzekeren dat het juridisch kader inzake de verplichte registratie wordt opgevolgd.
3. Technische compatibiliteit: alle software moet interoperabel zijn, bijvoorbeeld volgens FHIR-normen (Fast Healthcare Interoperability Resources). Dit is een internationale standaard die ervoor zorgt dat computersystemen in de gezondheidszorg op dezelfde manier informatie uitwisselen, zodat gegevens overal op dezelfde manier kunnen worden gelezen en gedeeld.

Het Belgisch Gezondheids(zorg)Data-Agentschap (GDA)¹³⁵, of het Health Data Agency (HDA), is een nieuwe overheidsdienst die als centrale spil fungeert voor gezondheidsgegevens in België. Het GDA zorgt ervoor dat gezondheidsgegevens die nu verspreid zitten over allerlei systemen, veilig kunnen worden samengebracht en op een uniforme, betrouwbare en veilige manier kan worden gedeeld en gebruikt. Wanneer vaccinatiegegevens correct en volledig geregistreerd zijn, kunnen we deze gegevens dus koppelen aan andere gezondheidsinformatie, en ontstaat er gedetailleerde informatie over vaccinatiegraad binnen verschillende bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld medische condities, sociaaleconomische status, lokale regio's). Deze informatie maakt gerichte acties en interventies mogelijk, waardoor het vaccinatiebeleid effectiever kan worden uitgevoerd.

Een effectieve uitvoering van het vaccinatiebeleid vereist nauwe samenwerking tussen verschillende actoren, waaronder huisartsen, ziekenhuizen, apothekers en ziekenfondsen. Cruciaal hierbij is het uitwisselen van betrouwbare en volledige data. Momenteel hebben sommige instanties, zoals de ziekenfondsen, alleen toegang tot gegevens over vaccinaties die door het RIZIV worden terugbetaald. Dit beperkt het vermogen om gerichte outreach-activiteiten en communicatie voor andere vaccins te organiseren. Door betere datadeling en interoperabiliteit tussen systemen kunnen alle betrokken actoren sneller inspelen op nieuwe aanbevelingen, doelgroepen gericht bereiken en sociaaleconomische ongelijkheden in vaccinatie beter aanpakken.

¹³⁵ [About us | Health Data Agency](#)

De sensibilisering rond vaccinatie versterken door een geïntegreerde communicatiestrategie in te zetten, afgestemd op de behoeften van de verschillende doelgroepen

Communicatie op verschillende niveaus¹³⁶ ¹³⁷ ¹³⁸ ¹³⁹

- Ontwikkel gecoördineerde communicatiecampagnes op nationaal, regionaal en lokaal niveau, gericht op het versterken van kennis, vertrouwen en motivatie om zich te laten vaccineren. Dankzij hun regelmatige contact met een groot deel van de bevolking spelen de ziekenfondsen een belangrijke rol in het verspreiden van betrouwbare informatie, afgestemd op het profiel van hun leden en in overeenstemming met de aanbevelingen van de volksgezondheid.
- Diversifieer campagnes qua vorm, kanaal en toon om verschillende doelgroepen effectief te bereiken:
 - De algemene bevolking, om het belang van vaccinatie als publieke gezondheidsmaatregel te onderstrepen
 - Hoogrisicogroepen (bv. ouderen, chronisch zieken, zwangere vrouwen, ouders voor de vaccinatie bij kinderen), met nadruk op persoonlijke gezondheidsvoordelen
 - Groepen met lagere vaccinatiegraad, door in te spelen op specifieke drempels (sociaal-economisch, taalkundig, cultureel of door wantrouwen)
- Inzetten op gerichte communicatie door op basis van gegevens specifieke doelgroepen te identificeren. De ziekenfondsen kunnen ook proactieve herinneringen sturen naar leden die tot risicogroepen behoren of onvoldoende gevaccineerd zijn. Toegang tot volledige, betrouwbare en actuele vaccinatiegegevens stelt de ziekenfondsen in staat de betrokken leden adequaat op te volgen en communicatieacties uit te werken die afgestemd zijn op hun behoeften.
- Diversificatie van de communicatiekanalen vergroot het bereik en versterkt de relevantie van de boodschap. Gebruik een mix van communicatiekanalen: televisie, radio, sociale media, pers, websites, publieke ruimte; maar ook targeting via digitale tools (bv. Alerts via apps van de ziekenfondsen, of gezondheidsportalen met herinneringen, vaccinatiestatus, etc.
- Het is belangrijk om in te zetten op lokaal verankerde en face-to-face communicatie, waarbij zorgverleners een centrale rol spelen, aangevuld met andere welzijnsactoren die dicht bij burgers staan. Een open en respectvolle communicatiestijl, die ruimte laat voor vragen en zorgen, is hierbij essentieel;

¹³⁶ [Microsoft Word - Vaccine Landscape Report_22-09-20_FINAL FINALvs_03](#)

¹³⁷ [Vaccinable: une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus | Vivalis](#)

¹³⁸ [Manifesto on the Value of Adult Immunization: "We Know, We Intend, We Advocate" - PubMed](#)

¹³⁹ [Promoting vaccination: the right approach for the right group](#)

motiverende gespreksvoering tussen zorgverlener en burger kan bijdragen aan een beter begrip en vertrouwen. Burgers dienen te worden aangemoedigd om proactief vragen te stellen over vaccinatie tijdens contacten met zorg- en welzijnsactoren. Sensibilisering en informatieverstrekking kunnen bovendien effectiever zijn wanneer zij gekoppeld worden aan bestaande contactmomenten met zorgverleners of welzijnsdiensten, eerder dan als losstaande interventies.

- Investeer in lokaal verankerde outreach-acties, in samenwerking met lokale gezondheids- en welzijnsactoren. Organisaties met een nauwe band met specifieke doelgroepen beschikken over een groter vertrouwen. Deze verbondenheid versterkt de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van hun communicatie. Zet daarom in op partnerschappen met lokale organisaties (zoals huisartsenkringen, OCMW's, scholen, jeugdorganisaties en verenigingen die dicht bij de gemeenschap staan), om kwetsbare groepen op een manier te informeren en te sensibiliseren die aansluit bij hun specifieke noden, situatie en context.

Voorbeelden van doelgroepgerichte communicatie door de ziekenfondsen

Ziekenfondsen, zoals Helan en Partenamut, zetten actief in op **gerichte en doelgroepgerichte communicatie** om hun leden correct te informeren over vaccinatie en om drempels en onzekerheden weg te nemen.

Helan, Onafhankelijk Ziekenfonds:

- **Griepvaccinatie bij risicogroepen:** gerichte communicatie naar leden die behoren tot erkende risicogroepen voor griep.
- **Gerichte mailing rond HPV-vaccinatie bij schoolgaande kinderen:** jaarlijks, bij de start van het schooljaar in september, ontvangen ouders van kinderen in de juiste leeftijdscategorie een gerichte mailing over de HPV-vaccinatie die op school wordt aangeboden. Deze communicatie licht het nut en de voordelen van het vaccin toe voor zowel meisjes als jongens.
- **Specifieke opvolging van gemiste HPV-vaccinaties:** in 2023 werden ouders van jongens die net buiten de doelgroep vielen voor de gratis HPV-vaccinatie op school, gericht gecontacteerd. Zij werden geïnformeerd over het belang van vaccinatie en over de mogelijkheid tot terugbetaling, om zo alsnog vaccinatie te stimuleren.
- **Begeleiding van zwangere leden:** vrouwen worden tijdens hun zwangerschap opgevolgd met gerichte communicatie op de juiste momenten. Daarbij worden de aanbevolen vaccins (zoals kinkhoest en griep) tijdig toegelicht, afgestemd op de fase van de zwangerschap.

Ken je doelgroep^{140 141 142 143}

- Een doeltreffende strategie en communicatie vertrekken vanuit een goed begrip van de doelgroep. Door de communicatie af te stemmen op de specifieke kenmerken, noden en zorgen van verschillende doelgroepen, wordt de kans op een positieve attitude ten aanzien van vaccinatie vergroot. Het is daarom belangrijk om inzicht te krijgen in de factoren die bijvoorbeeld leiden tot vaccinatietwijfel. Deze inzichten kunnen meegenomen worden in de ontwikkeling van communicatiestrategieën en -boodschappen.

Good practices:

- De studie van de Universiteit van Antwerpen ('*Vaccine confidence: presentation of Belgian data*') biedt waardevolle inzichten in de oorzaken en patronen van vaccinatietwijfel.
- Het onderzoek Vaccessible – 'Une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus' (Vivalis/UCL) beschrijft hoe lokale initiatieven in Brussel inspeelden op specifieke behoeften en drempels bij diverse bevolkingsgroepen.

Het is eveneens van belang om op regelmatige basis analyses uit te voeren van kennis, attitudes en percepties ten aanzien van vaccinatie bij zorgverleners.

Misinformatie en desinformatie over vaccins vraagt om een bredere beleidsaanpak

Het aanpakken van misinformatie/desinformatie over vaccins gaat verder dan het simpelweg aanbieden van correcte of wetenschappelijke informatie^{144 145 146}:

- Vertrouwen speelt een centrale rol: mensen moeten niet alleen vertrouwen hebben in het vaccin zelf, maar ook in zorgverleners, overheden en in de manier waarop beslissingen worden genomen. Vaccinatie staat niet los van de maatschappelijke en politieke context; twijfels en wantrouwen hangen vaak samen met bredere zorgen over beleid, macht en inspraak.
- Een open en respectvolle communicatie, die ruimte laat voor vragen en zorgen, is essentieel (belang van motiverende gespreksvoering tussen zorgverlener en burger). Lokale en vertrouwde actoren, zoals huisartsen en andere zorgverleners, spelen hierin een sleutelrol omdat zij dicht bij mensen staan.

¹⁴⁰ Vaccessible: une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus | Vivalis

¹⁴¹ Manifesto on the Value of Adult Immunization: "We Know, We Intend, We Advocate" - PubMed

¹⁴² Promoting vaccination: the right approach for the right group

¹⁴³ Implementing a Life-Course Approach to Immunization | IFPMA

¹⁴⁴ Political dimensions of misinformation, trust, and vaccine confidence in a digital age | The BMJ

¹⁴⁵ Vaccessible: une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus | Vivalis

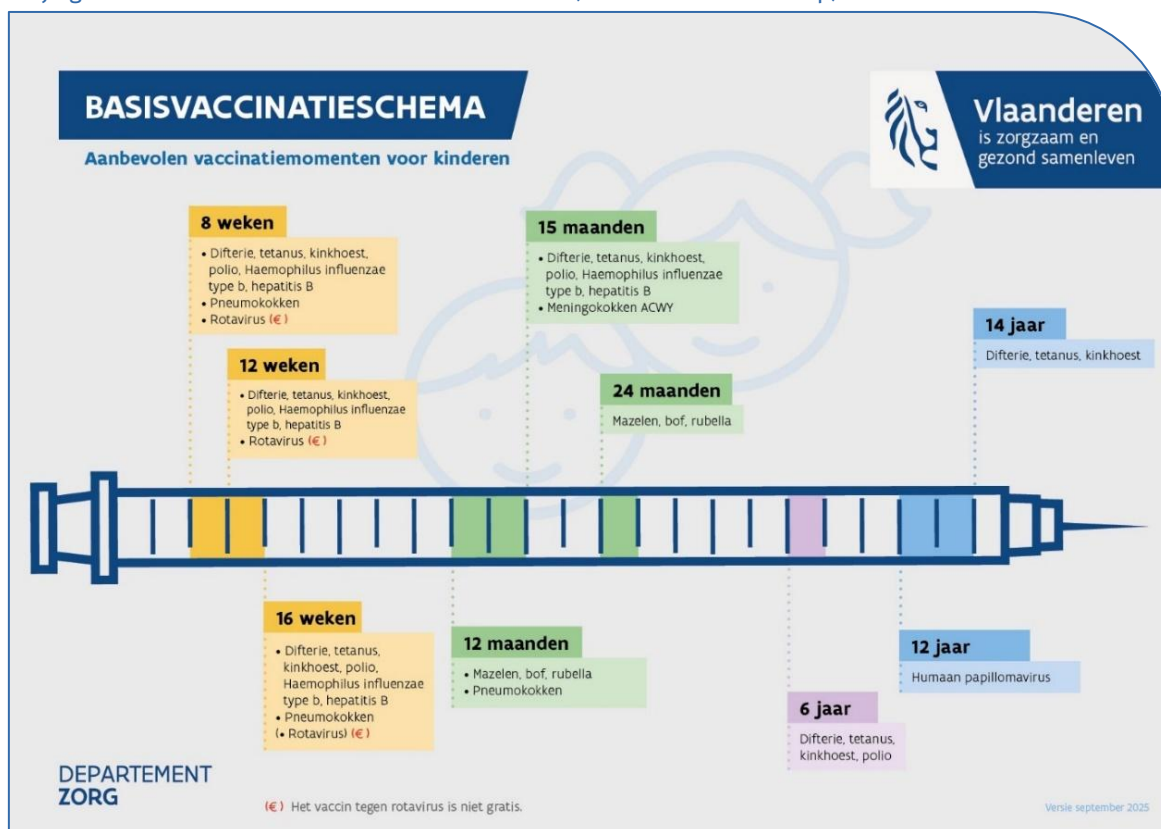
¹⁴⁶ Let's talk about hesitancy. Enhancing confidence in vaccination and uptake. A practical guide for public health programme managers and communicators

- Daarnaast is het belangrijk om burgers en gemeenschappen actiever te betrekken bij het uitwerken en toelichten van vaccinatiebeleid, zodat maatregelen beter aansluiten bij hun leefwereld.
- Ook digitale mediaplatformen dragen verantwoordelijkheid, aangezien zij sterk bepalen hoe (mis/des)informatie wordt verspreid.

Dit alles vergt een langetermijnaanpak. Investeren in vertrouwen, dialoog en gezondheidsvaardigheden moet een vast onderdeel zijn van het gezondheidsbeleid, en niet alleen gebeuren in crisissituaties.

06 Bijlagen

Bijlage 1: Basisvaccinatieschema voor kinderen (Vlaamse Gemeenschap)



Bijlage 2: Basisvaccinatieschema (Franse Gemeenschap)

CALENDRIER DE VACCINATION

2025-2026

		Nourrissons					Enfants et adolescents				Adultes		
		8 sem. (2 mois)	12 sem. (3 mois)	16 sem. (4 mois)	12 mois	15 mois	5-6 ans	7-8 ans	13-14 ans	15-16 ans	Femmes enceintes	Tous les 10 ans	65 ans
Poliomyélite	Hexavalent												
Diphtérie							✓				✓	✓	
Tétanos		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	
Coqueluche		✓	✓	✓		✓							
Haemophilus influenzae de type b													
Hépatite B													
Rougeole	RRO				✓			✓					
Rubéole							✓						
Oreillons													
Méningocoques ACWY						✓				✓			
Pneumocoques		✓	✓	✓	✓								✓
Rotavirus (vaccin oral)		✓	✓	✓									
Papillomavirus (HPV)									✓	✓			
Grippe (Influenza)											✓		✓

✓ Recommandé à tous et gratuit

✓ Recommandé à tous, remboursé mais pas gratuit

✓ Recommandé à tous, partiellement remboursé selon la mutuelle

✓ Vaccin combiné (une seule injection)

① Pour les bébés nés avant 37 semaines de grossesse, une dose supplémentaire de vaccin contre le pneumocoque est recommandée à 3 mois et les vaccins prévus à 15 mois seront administrés à 13 mois (hexavalent et méningocoques ACWY).

② En 2 ou 3 doses en fonction du vaccin administré.

③ Vaccination en 2 doses à 6 mois d'intervalle (minimum 5 mois d'écart).

④ À partir de 24 semaines et idéalement avant 32 semaines de grossesse.

⑤ Pendant la saison grippale, quel que soit le stade de la grossesse.

Hexavalent : Vaccin qui confère une protection contre 6 maladies

Virus respiratoire syncytial (RSV) : une immunisation de la femme enceinte ou de l'enfant peut être proposée pendant la grossesse, à la naissance ou pendant les premiers mois de vie

ONE

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

FÉDÉRATION

Bijlage 3: Aankoop, prijsbepaling en terugbetaling van vaccins of federaal niveau

- 1) De farmaceutische firma dient een registratiedossier voor het vaccin in bij de autoriteiten (het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, FAGG en het European Medicines Agency, EMA) om een vergunning om het in de handel te brengen, te verkrijgen. In de praktijk zullen bijna alle aanvragen voor registratie gebeuren via de EMA.
 - EMA/FAGG doet de beoordeling van kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid (registratie/autorisatie van het vaccin) en levert, indien de beoordeling positief is, een vergunning voor het in de handel brengen (VHB) af. Deze VHB is nodig alvorens een dossier bij de CTG kan ingediend worden.
- 2) De farmaceutische firma vraagt bij de FOD Economie een maximumprijs aan voor het vaccin. De Prijzencommissie voor de Geneesmiddelen van de FOD Economie beoordeelt het ingediende dossier en formuleert een advies aan de minister van Economie, die vervolgens een definitief besluit neemt.

De FOD bekijkt o.a.:

- Prijzen in andere Europese landen
- Productiekosten
- Marktpositie (innovatief of generiek)

De FOD Economie beslist over de maximumprijs af fabriek (verkoopprijs zonder btw van de farmaceutische onderneming), de verkoopprijs aan publiek, en de marges voor groothandelaar en apotheker.

Voor sommige geneesmiddelen, bijvoorbeeld generische geneesmiddelen, wordt de Prijzencommissie voor de Geneesmiddelen niet geraadpleegd. De prijsaanvragen worden rechtstreeks door de Dienst Prijzen van de FOD Economie verwerkt.

Ter informatie: de FOD economie bepaalt de maximumprijs. De CTG (Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen) spreekt zich niet uit over de verkoopprijs zelf, maar bepaalt aan welke kost het geneesmiddel zal vergoed worden (bv. 80% van de vastgelegde maximumprijs). De CTG bepaalt dus de vergoedingsbasis; in de meeste gevallen is de vergoedingsbasis dezelfde als de prijs die gehanteerd zal worden en ligt de prijs lager dan de maximumprijs die toegekend werd. De uiteindelijke prijs van het geneesmiddel komt meestal overeen met de vergoedingsbasis.

- 3) Aanvraag tot terugbetaling: de firma vraagt bij het RIZIV (via de CTG) de terugbetaling aan. De CTG is het orgaan binnen het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) dat advies geeft over terugbetaling van geneesmiddelen, inclusief vaccins. Een eerste onmisbare stap is dus dat het farmaceutisch bedrijf een aanvraag tot terugbetaling indient. Gebeurt dat niet, dan kan er geen terugbetaling komen. In uitzonderlijke gevallen kan de commissie aan de minister voorstellen om een specialiteit in te schrijven (als het bedrijf bijvoorbeeld weigert om een aanvraag te doen).

De aanvraag¹⁴⁷ bevat o.a.:

- Algemene informatie (naam van het geneesmiddel, vorm (tablet, capsule, zalf, ...), wijze van toediening, vergunningen, prijsaanvraag bij de FOD economie, voorstel voor terugbetaling, ...) en eventuele vergoedingsvoorwaarden

¹⁴⁷ [brochure-vpp-geneesmiddelenprocedures-web-v24022025.pdf](#)

- Wetenschappelijke informatie: Info over de ziekte, hoeveel mensen eraan lijden en wie door de ziekte wordt getroffen, huidige behandelingen, resultaten van klinische studies, beschrijving van werkzaamheid en bijwerkingen
 - Budgettaire impact: De impact van de kostprijs van het geneesmiddel op het budget (onder meer ook de impact op het budget geneesmiddelen en het budget gezondheidszorg)
 - Economische evaluatie
- 4) De CTG onderzoekt o.a.:
- De therapeutische waarde van het vaccin
 - De voorgestelde vergoedingsbasis van het geneesmiddel
 - Het belang in de medische praktijk, rekening houdend met de therapeutische en sociale behoeften
 - De budgettaire impact voor de ziekteverzekering
 - De verhouding tussen de kost voor de ziekteverzekering en de therapeutische waarde van het geneesmiddel (economische evaluatie)
- 5) De CTG formuleert een advies aan de minister (voorwaarden voor terugbetaling – welk hoofdstuk I – IV onder deze vergoedingsbasis)
- Positief advies → voorstel tot opname in de terugbetalingslijst
 - Negatief advies → geen terugbetaling
- De beslissing van CTG is vertrouwelijk
- 6) De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid neemt een gemotiveerde beslissing op basis van het CTG-advies:
- Of het vaccin wordt terugbetaald, en in welke categorie van terugbetaling. In België worden terugbetaalde geneesmiddelen onderverdeeld in verschillende vergoedingscategorieën, het remgeld (de bijdrage die de patiënt zelf betaalt) is verschillend naargelang de vergoedingscategorie.
 - Onder welke voorwaarden (bv. enkel voor bepaalde risicogroepen,)
 - De Minister kan afwijken van het definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen. De beslissing van de minister wordt wel publiek gemaakt.
- 7) De beslissing wordt gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.
- 8) Opname in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten wanneer de beslissing positief is:
- De lijst bevat verschillende bijlagen, naargelang het geneesmiddelen betreft die zonder beperkingen worden vergoed (hoofdstuk I) of specialiteiten die vergoedbaar zijn onder bepaalde voorwaarden (hoofdstuk II en IV).
 - Indien het vaccin enkel vergoedbaar is onder voorwaarden, worden de vergoedingsvoorwaarden vastgelegd.
 - De lijst bevat ook de vergoedingsbasis die werd vastgelegd.
 - Herziening of wijziging:
 - Een wijziging van de vergoedingsvoorwaarden gebeurt op vraag van de verantwoordelijke farmaceutische firma, de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) of de Minister van Sociale Zaken.
 - Voor elke wijziging moet er een dossier worden ingediend bij de CTG. Voor prijswijzigingen wordt er een aanvraag gedaan bij de FOD

Economie, en vervolgens een vraag voor wijziging van de vergoedingsbasis bij de CTG. Uitzondering zijn een aantal wettelijke prijsdalingen of besparingsmaatregelen die voor een hele groep van geneesmiddelen worden bepaald (die gaan dan via een groepsgewijze herziening). Voor de duidelijkheid; de FOD Economie bepaalt de maximumprijs, de CTG bepaalt de vergoedingsbasis; in de meeste gevallen is de vergoedingsbasis dezelfde als de prijs die gehanteerd zal worden en ligt de prijs lager dan de maximumprijs die toegekend werd. Een wijziging betreft altijd een individueel dossier. Bijvoorbeeld: een wijziging van hoofdstuk IV (terugbetaling met bepaalde voorwaarden) naar hoofdstuk I (geen voorwaarden), met daling van de vergoedingsbasis, of een wijziging omwille van het feit dat er andere gelijkaardige geneesmiddelen ook een wijziging van voorwaarden hebben ondergaan.

- Een herziening van de vergoedingsvoorwaarden gebeurt op vraag van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) of de Minister van Sociale Zaken.

Een herziening betreft:

- ofwel een specifieke specialiteit, bij een individuele herziening: vaak voor nieuwe geneesmiddelen, om bijvoorbeeld na te gaan of de inschatting van de CTG qua budget overeenkomt met de werkelijkheid, of om nieuwe wetenschappelijke gegevens te beoordelen. De periode waarin de terugbetaling van die specialiteit moet worden herzien wordt vastgesteld bij de beslissing van de Minister voor inschrijving van die specialiteit op de lijst van de vergoedbare specialiteiten of wijziging van de voorwaarden van de specialiteit.
- ofwel een groep van specialiteiten die voor een gelijke of gelijkaardige indicatie worden aangewend, bij een groepsgewijze herziening: bijvoorbeeld als er een wijziging is van de wetenschappelijke evidentie of van de richtlijnen, waarbij de voorwaarden voor terugbetaling aangepast moeten worden (bv. Diabetes), of wanneer er in het kader van besparingsmaatregelen een wijziging van categorie of van de vergoedingsbasis moet doorgevoerd worden. De Commissie kan op eigen initiatief, op basis van in de eerste plaats medische evidentie die verzameld werd naar aanleiding van nieuwe/gewijzigde (inter)nationale richtlijnen, of op vraag van de Minister beslissen tot een groepsgewijze herziening van de vergoedingsmodaliteiten, van de prijs en/of van de vergoedingsbasis van farmaceutische specialiteiten.

Bijlage 4: Overzicht van de aanbevolen vaccinaties voor volwassenen en hun financiering (op federaal of gemeenschapsniveau) (uitgezonderd reisvaccinaties) – status op 01/05/2026

Tabel: Overzicht van aanbevolen vaccinaties voor volwassenen en hun financiering (op federaal of gemeenschapsniveau) (uitgezonderd reisvaccinaties)

Ziekte	Aanbevelingen van de HGR ¹⁴⁸	Tussenkomst van de overheden voor de vaccinatie (opmerking: er kan nog steeds een remgeld voor de consultatie bij de zorgverlener van toepassing zijn)
Zona	Iedereen vanaf 60 jaar Mensen met een verzwakt immuunsysteem, waaronder ook personen vanaf 16 jaar die immunosuppressieve therapie volgen, en patiënten die een therapeutische behandeling met JAK-remmers volgen	Federaal Via het RIZIV is een gedeeltelijke terugbetaling (Shingrix[®]) beperkt tot specifieke medische risicogroepen: • Personen die een hematologische maligniteit of andere kwaadaardige tumor hebben en de laatste 5 jaar actief behandeld werden. • Personen die besmet zijn met HIV. • Personen die een stamcel- of orgaantransplantatie hebben ondergaan of hiervoor in aanmerking komen.
Covid	• Iedereen vanaf 65 jaar • Personen die lang in een zorgvoorziening wonen (bv. WZC, VAPH, ...) • Personen met onderliggende gezondheidsproblemen, en de mensen met wie ze samenwonen. Het gaat bijvoorbeeld om: • Long-, hart-, lever- of nieraandoeningen • Metabole aandoeningen zoals diabetes type 1 en 2 • Neuromusculaire aandoeningen • Immuunstoornissen • Obesitas (BMI van 40 of hoger) • Personen die werken in de zorgsector, zowel in als buiten zorgvoorzieningen • Zwangere vrouwen	Federaal Financiering door het federale niveau, wordt gratis ter beschikking gesteld voor alle burgers
Griep	• Iedereen vanaf 65 jaar • Personen die lang in een zorgvoorziening wonen (bv. WZC, VAPH, ...) • Personen die werken in de zorgsector, zowel in als buiten zorgvoorzieningen • Personen met onderliggende gezondheidsproblemen, en de mensen met wie ze samenwonen. Het gaat bijvoorbeeld om: • long-, hart-, lever- of nieraandoeningen • metabole aandoeningen zoals diabetes type 1 en 2 • neuromusculaire aandoeningen • immuunstoornissen • obesitas (BMI van 40 of hoger) • zwangere vrouwen • personen die samenwonen met baby's jonger dan 6 maanden, als de moeder tijdens de zwangerschap geen griepvaccin kreeg • Mensen die werken in de pluimvee- en varkenssector	Federaal Via het RIZIV is een gedeeltelijke terugbetaling: • Grotendeels terugbetaald (Alpharix[®], Vaxigrip[®], Influvac[®] et Flucelvax[®]) voor risicogroepen (alle 65-plussers/chronische ziekte/zorgpersoneel/immuunstoornissen, enz.) • Terugbetaling vaccin (Efluelda[®]) enkel voor personen boven de 65 jaar die verblijven in de residentiële zorg en of voor personen van 75 jaar en ouder voor wie de behandelende arts meent dat de toediening van hooggedoseerd griepvaccin noodzakelijk is, telkens mits voorafgaande machtiging van de adviserend arts. • Fluad[®]: dit vaccin wordt terugbetaald voor personen vanaf 65 jaar voor wie de behandelende arts, op basis van de meest recente nationale aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, de toediening van een griepvaccin met adjuvans noodzakelijk acht, en mits voorafgaande machtiging van de adviserend arts.

¹⁴⁸ Vaccinatie - Hoge Gezondheidsraad

		• Wie niet tot een risicogroep behoort betaalt ongeveer 17 euro voor een standaardgriepvaccin. Werkgever: • De werkgever neemt de kost op zich, gratis voor volwassen werknemers als de vaccinatie via de arbeidsgeneeskundige dienst gebeurt. Vlaanderen • Vlaamse overheid neemt de kost op zich, gratis voor mensen die in een gesubsidieerde zorginstelling in Vlaanderen verblijven. Het gaat om woonzorgcentra, psychiatrische instellingen voor lang verblijf of instellingen voor personen met een beperking. Fédération Wallonie-Bruxelles/
Pneumokoken	• Iedereen vanaf 65 jaar • Mensen met een verhoogd risico op ernstige infecties, zoals personen met een verzwakt immuunsysteem, bepaalde chronische aandoeningen of specifieke medische situaties (bijvoorbeeld na een cochleair implantaat).	Federaal Via het RIZIV is een gedeeltelijke terugbetaling voor: • personen tussen 65 en 84 jaar met specifieke comorbiditeiten
RSV	• Immunodeficiënte patiënten, ongeacht hun leeftijd • Personen van 60 jaar en ouder met minstens één risicofactor voor het ontwikkelen van ernstige RSV • Een verzwakt immuunsysteem • Chronische ziektes van het hart, de longen of de nieren • Diabetes • Ernstige obesitas (BMI van 40 of meer) • Actief roken • Een beroerte in het verleden gehad • Iedereen van 75 jaar en ouder, zeker als er sprake is van een risicofactor • Bewoners van woonzorgcentra, ook zonder risicofactoren • RSV-vaccinatie bij zwangere vrouwen moet worden overwogen afhankelijk van de verwachte bevallingsdatum¹⁴⁹	Federaal Via het RIZIV is een gedeeltelijke terugbetaling voor: • Arexvy®: vaccin voor volwassenen Gedeeltelijk terugbetaald voor 65-plussers die: • in de residentiële zorg verblijven • een verhoogd risico lopen op ernstige RSV-ziekte • Abrysvo®: vaccin voor volwassenen, inclusief maternale vaccinatie Gedeeltelijk terugbetaald bij zwangere vrouwen als: • de uitgerekende datum binnen het RSV-seizoen (september–maart) valt • de toediening tussen week 28 en 36 van de zwangerschap gebeurt • Beyfortus® – monoklonale antilichamen bij baby's; kinderen jonger dan 13 maanden en toediening gebeurt vóór of bij het begin van het RSV-seizoen of vanaf de geboorte voor zuigelingen die tijdens het RSV-seizoen zijn geboren.
Difterie (kroep) Tetanus (klem) Kinkhoest (pertussis)	• Zwangere vrouwen • Iedereen >= 25 jaar (herhalingsvaccinatie elke 10 jaar)	Vlaanderen Financiering door de Vlaamse overheid, wordt gratis ter beschikking gesteld (Boostrix®) voor: • Zwangere vrouwen (tussen week 24 en 32) en cocoonvaccinatie • Personen die werken met kleine kinderen • Alle indicaties voor primovaccinatie of herhalingsvaccinatie om de 10 jaar tegen difterie, tetanus en kinkhoest bij adolescenten en volwassenen.

¹⁴⁹ [FNdztuKk7cAdJAjQkWrKPwF4dgDiv79feHj4pFOFIM3d.pdf](#)

		Fédération Wallonie-Bruxelles Financiering door de FWB, wordt gratis ter beschikking gesteld (Boostrix ®) voor: • Zwangere vrouwen (tussen week 24 en 32) • Herhalingsinenting tot de leeftijd van 20 jaar • Inhaalvaccinatie van studenten niet-universitair hoger onderwijs
Hepatitis B	Extra vaccinatie is belangrijk voor risicogroepen zoals: • Medische risicogroepen (bv. hemofiliepatiënten) • Mannen die seks hebben met mannen • Reizigers met bepaalde bestemmingen en • Bepaalde beroepen die meer kans hebben op blootstelling aan bloed (zoals zorg, kinderopvang of hulpverlening)	Federaal Via het RIZIV is een gedeeltelijke terugbetaling voor: • Volwassenen die een bepaalde aandoening of als een gezinslid drager is van hepatitis B Via FEDRIS is er een terugbetaling voor: • Personen met een extra risico omwille van beroep (beroepen met bloedcontact)
Hepatitis A	Voor risicogroepen zoals mannen die seks hebben met mannen, reizigers met bepaalde bestemmingen en bepaalde beroepen zoals rioolwerkers, beroepen die werken met voedsel (bv. horeca) of jobs waarbij je in aanraking kan komen met stoelgang (bv. hulpverlening)	Federaal Via FEDRIS is er een terugbetaling voor: • Personen met een extra risico omwille van beroep (beroepen met bloedcontact)
Polio	Inhaalvaccinatie voor volwassenen die de vaccinatie niet kregen als kind	Vlaanderen Financiering door de Vlaamse overheid, wordt gratis ter beschikking gesteld voor: • Asielzoekers en personen die uit landen komen waar polio circuleert en die geen poliovaccinatie hebben gehad, personen die niet volledig gevaccineerd zijn
Mazelen, bof (dikoer), rodehond (rubella)	Inhaalvaccinatie voor volwassenen die de vaccinatie niet kregen als kind	Federaal Via FEDRIS is er een terugbetaling voor: • Personen met een extra risico omwille van beroep (beroepen met bloedcontact) Vlaanderen Financiering door de Vlaamse overheid, wordt gratis ter beschikking (M.M.R. VaxPro ®) gesteld voor: • Personen geboren na 1970 die geen 2 dosissen kregen en de ziekte niet doormaakten Fédération Wallonie-Bruxelles Financiering door FWB, wordt gratis ter beschikking (M.M.R. VaxPro ®) gesteld voor: • Inhaalvaccinatie van personen tot 20 jaar die geen twee doses kregen • Inhaalvaccinatie van studenten niet-universitair hoger onderwijs
Gele koorts	Voor personen van ≥ 9 maanden: • Bij reizen naar een land met een risico op gele koorts. • Als er een administratieve verplichting is: reizen naar, doorreizen via of verblijven in landen die een Internationaal Certificaat van Vaccinatie of Profylaxe (ICVP) of vereisen voor binnenkomst. • Laboratoriummedewerkers of personeel dat betrokken is bij het omgaan met levend gele koortsvirus.	Federaal Via FEDRIS is er een terugbetaling voor: • Personen met een extra risico omwille van beroep (beroepen met bloedcontact)

	Voor de meeste mensen biedt een enkele dosis gele koortsvaccin levenslange bescherming. Een enkele hervaccinatie wordt aanbevolen voor bepaalde doelgroepen (zoals Kinderen die zijn ingeënt tegen gele koorts < 2 jaar; personen met: • immunosuppressieve aandoeningen of; • immunosuppressieve medicijnen / ziektemodificerende medicijnen)	
Mpox	• Personen met meerdere seksuele partners (waaronder sommige groepen GBMSM150), waaronder sekswerkers • Seksuele en genderminderheden (transgenders)	In 2026: via het federale niveau, levering aan de deelstaten. Gratis ter beschikking gesteld voor: • personen die in contact zijn gekomen met Mpox. Bij elke melding van een geval van Mpox evalueert men of vaccinatie van de nauwe contacten nodig is. Onzeker of dit in 2027 nog steeds gratis ter beschikking wordt gesteld.
Meningokokken B	• Personen met een medisch risico, zoals (niet exhaustief): patiënten na orgaantransplantatie, patiënten met ernstige aangeboren immuundeficiëntie, HIV-patiënten, MSM151, patiënten met een complementdeficiëntie) • Reizigers naar endemische gebieden of pelgrims van de Hadj/Umrah • Laboratoriumpersoneel dat met invasieve meningokokken in contact komt	Geen terugbetaling voorzien / wordt niet gratis ter beschikking gesteld aan de burger.
HPV	• Inhaalvaccinatie van jonge vrouwen en mannen van 15 tot en met 26 jaar • Vaccinatie van adolescenten en volwassenen van 15 tot en met 26 jaar die nog geen algemene profylactische vaccinatie gekregen hebben (aangeboden op individuele basis door de behandelende arts. De HPV-vaccinatie is het meest effectief vóór seksuele activiteit. Bij seksueel actieve personen beschermt het vaccin enkel tegen HPV-types waarmee men nog niet besmet is. Gezien het verhoogde risico op infecties en (pre)kankerletsels bij mannen die seks hebben met mannen (MSM), wordt vaccinatie aanbevolen tot en met 26 jaar. • Vaccinatie van immuungecompromitteerde personen: Transplantatiepatiënten en patiënten met HIV kunnen in aanmerking komen voor een HPV-vaccinatie (3 dosissen).	Federaal Vanaf 01/06/2026 wordt de terugbetaling van HPV-vaccin Gardasil via de ziekteverzekering uitgebreid. De terugbetaling geldt voortaan voor alle bijkomende doelgroepen: • Jongvolwassenen tot 30 jaar (voorheen tot 27 jaar) • Patiënten met HIV tot 45 jaar • Patiënten die een stamcel- of orgaantransplantatie ondergaan tot 45 jaar <i>(De specifieke terugbetalingsvoorwaarden zijn nog niet gepubliceerd tijdens de publicatie van deze position paper).</i> Vlaanderen • De HPV-vaccinatie wordt gratis ter beschikking gesteld door de Vlaamse overheid voor jongeren in het 1e tot en met het 3e jaar secundair van het onderwijs (of van dezelfde leeftijd in het buitengewoon onderwijs). Fédération Wallonie-Bruxelles De Federatie Wallonië-Brussel stelt gratis doses van een vaccin tegen HPV ter beschikking voor alle jongeren. Deze vaccinatie wordt aangeboden aan meisjes en jongens van 13-14 jaar of aan jongeren die het 2e jaar van het secundair onderwijs of het 1e jaar van het buitengewoon onderwijs volgen.

¹⁵⁰ Gay, Bisexual, and Men who have Sex with Men (homoseksuele, biseksuele en andere mannen die seks hebben met mannen).

¹⁵¹ Men having Sex with Men

07 Nota's

[illegible]





Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Onze studies op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, mei 2026
(ondernemingsnummer 411.766.483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie
krankenkasse

part&namut
Mutualité Libre