



## Adviesaanvraag

Vraagsteller	Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke
Datum van adviesaanvraag	29/03/2021
Onderwerp	Adviesvraag vaccinatie versoepelingen
Vraag	Wat is de impact van vaccinatie op maatregelen op collectief en individueel vlak (cf. EU certificaten)?

## Adviesverstrekking t.a.v. Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke

Datum van adviesverstrekking	19/05/2021
Dit advies werd opgesteld met dank aan input van	Erika Vlieghe, Michel Thieren, Steven Van Gucht, Karine Moykens, Yves Kreins, Niel Hens, Geert Molenberghs, Marc Van Ranst, Yves Van Laethem, Pierre Van Damme, Bénédicte Delaere, Mathias Dewatripont, Philippe Beutels, Maarten Vansteenkiste, Lode Godderis, Laura Cornelissen, Vincent Yzerbyt, Florence Caeymaex, Frederic Schoenaers, Tom Goffin, Inge Neven, Emmanuel André, Lieven De Raedt, Katrien Van Wouwe, Kris Boers, Tom Balthazar, Mark Leys, Emilie Breyne, Hans Houf, Jean-Michel Dogne, Timmy Van Dijck, Sabine Stordeur, Koen Magnus, Dirk Ramaekers, Céline Nieuwenhuys



## 0. Executive summary

The **current vaccination strategy aims to achieve a sufficient level of herd immunity** through immunisation of at least 70% of the adult population (18+). High rates of population immunisation and low viral circulation could eventually allow **gradual removing of certain non-pharmaceutical interventions (NPIs) within the entire society, but this needs to be considered for (1) vaccinated people only, (2) vaccinated persons living in residential collectivities and (3) the general population respectively.**

Within this context, the EU has proposed the use of a **Digital Green Certificate by the member states**, comprising of three possible certificates with either a proof of vaccination, negative test or recent recovery of COVID-19. This certificate will facilitate safer travel within the EU and can be used by member states for relaxation of domestic measures if they wish to do so.

In the light of these developments, we made **recommendations** based on:

- The epidemiological context and the public health interventions (non-pharmaceutical and vaccination) required for sustainable containment of the epidemic
- Sociological, ethical, psychological, economical, and juridical considerations, in particular the principles of equality (non-discrimination) and of proportionality (balanced risks)

In concreto:

1. To maintain solidarity, progressive relaxations should be planned preferably on a population level, for both vaccinated and non-vaccinated people, for settings associated with a low transmission risk. To this end, vaccines should be made accessible to all citizens eligible for vaccination and the vaccination campaign should be completed as quickly as possible in order to achieve a high level of herd immunity. Increasing herd immunity and stable low viral transmission rates could then allow for progressive and careful relaxation of NPIs. It is essential to make efforts to reach the more fragile and hard-to-reach social groups. In the meantime, NPIs should remain in place.
2. However, at least until the end of vaccination phase 2, and in view of the proportionality principle, stepwise and clearly demarcated relaxations for fully vaccinated people could be considered, issued through either specific health measures or health recommendations. These could include:
  - a. **Private interactions, small scale.** Allowing relaxation of NPIs for fully vaccinated people in private settings with limited number of people and providing clear recommendations in terms of adapted health recommendations. This is to be seen as 'giving back citizens' fundamental rights'.
    - i. Interaction between fully vaccinated people can happen without masks or distancing.
    - ii. Persons who have been fully vaccinated may be exempted from quarantine after travel from a red zone or high risk contact provided they undergo two tests (we refer to the RAG advice dd. 18/5/2021 in annex 3 for more details), unless if they return from a region with high circulation of VOCs (then Q and testing remains warranted).
    - iii. Interaction between a fully vaccinated person and an unvaccinated or partially vaccinated person should still happen with full respect for NPIs. Mask wearing and distancing are therefore still recommended (health recommendation). However, waiving of NPIs could be considered in contacts between fully vaccinated adults meeting young children (e.g. grandparents in contact with their grandchildren).



- b. **Private interactions, medium-sized scale.** Gatherings of vaccinated and unvaccinated people in private settings (e.g. wedding, family party) should be done without relaxing NPIs. Mask wearing and distancing are thus still recommended (health recommendation). Additional testing could help mitigate the risk but does not replace NPIs such as mask wearing and distancing.
- c. **Private interactions in residential collectivity.** Allow progressive relaxation of NPIs in private settings in residential collectivities (i.e. nursing homes, homes for handicapped persons, rehabilitation centres, prisons...) that reached a sufficient level of vaccination coverage to normalise residents' quality of life without compromising safety. Furthermore, collectivity residents should receive at least the same rights as the general population or other vaccinated people, in particular in terms of the right to receive visitors or to visit persons outside the collectivity.
- d. **Public interactions, large scale.** Similarly to gatherings in private life, NPIs such as mask wearing and distancing should still be in place as health measures as long as there is a mix of vaccinated and unvaccinated people. A vaccination/test certificate could be of additional help to reduce risks, but should be, besides international travel, limited to large-scale events where NPIs are likely not to be respected at all times (e.g. 5,000 visitors, international character...), where access control systems are already in place, and where sanitary conditions may involve a high level of risk in function of the epidemiological situation. Importantly, testing as part of the certificate should be accessible and free of charge/with a capped price for people who have not yet had the opportunity to be vaccinated and for people who cannot be vaccinated (e.g. for medical reasons or children). Also, attention should be given to safe and feasible organisation of testing. At present, the number of difficulties with respect to sociological, psychological and ethical aspects remains too important for the implementation of the certificates in settings other than travel and large-scale events.

Table 1: Suggested prerequisites and implications for Belgian certificate (based on reports from RAG and TF Testing).

	Vaccination certificate	Testing certificate <sup>1</sup>	Recovery certificate
<b>Conditions</b>	Starting 7-15 days after full vaccination schedule of EMA/WHO approved vaccines	Realtime-PCR on nasopharyngeal swab (or other sample approved by RAG) For large-scale events: Rapid Antigentest on NPS	Realtime-PCR on respiratory sample
<b>Validity</b>	TBD	Until 72h after negative PCR Until 24h after negative RAgT	Until 14 days to 3 months after positive test
<b>Implications</b>	Access to travel into Belgium without quarantine but testing at d1 and d7 (except from regions with high circulation of VoCs)  Access to large scale events	Access to travel into Belgium (quarantine may still be required)  Access to large scale events	Access to travel into Belgium without quarantine nor testing (except from regions with high circulation of VoCs)

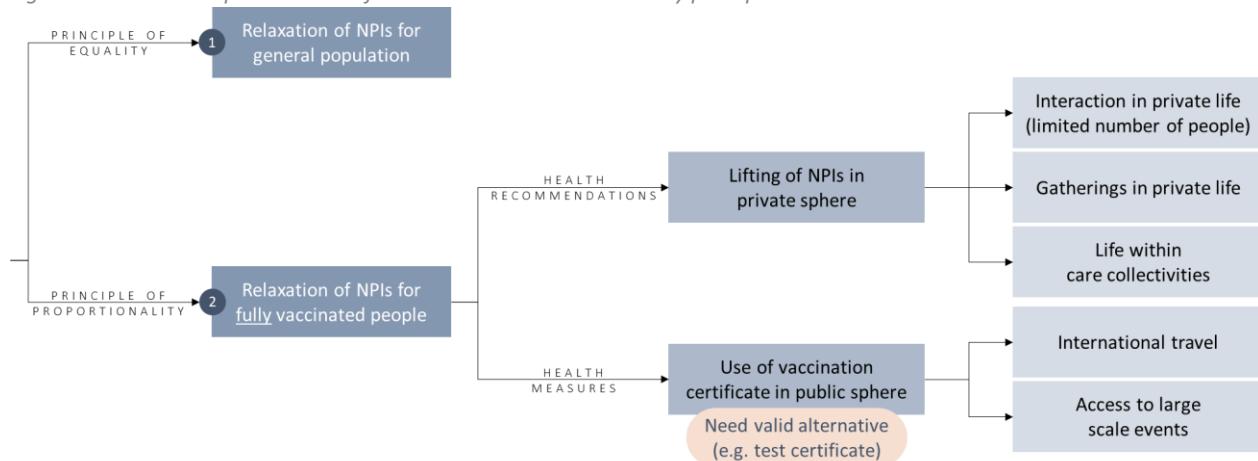
<sup>1</sup> The time of validity of antigen and self-tests is set to 24h and therefore, not long enough to be useful. Furthermore, the current processing of antigen testing and self-tests is not compatible with the EU regulation, including unequivocal electronic retrievability.



\*For all other vaccines and tests, the standard procedure remains the same (travel with testing and quarantine).

3. Additionally, we recommend considering compulsory COVID-19-vaccination on the mid-to-long term for people working in the healthcare sector and/or sectors/functions where close contact or high density of people are inherent or where there is insufficient ventilation for the employees to work safely (e.g. food-processing sector, construction, horeca, contact professions, education...). Importantly, vaccination has been presented as voluntary. Therefore, compulsory vaccination, even for people working in these sectors, should only be implemented when the vaccination coverage in the (global) population is high enough and benefits from large public support. Moreover, the compulsory vaccination needs to be communicated in a motivating way such that people endorse its necessity and perceive this as a legitimate strategy in their case.
4. Finally, these recommendations, as well as policy measures, should be **limited in time** and **reviewed regularly** according to the evolving situation.

Figure 1: Schematic representation of recommendations based on key principles.



To support the above recommendations, a summary of some **key considerations and evidence** are given below, i.e.:

1. **Legal framework** wherein decisions need to be made.
2. **Epidemiological** considerations which drive the decisions.
3. **Ethical, socioeconomic, and psychological** considerations which shaped the final decision.



## 1. Legal framework

### 1.1. EU framework for the Digital Green Certificate

The European Union (EU) is currently discussing regulation for the use of a Digital Green Certificate, which comprises three certificates that could facilitate the right to move and reside freely within the territory of the EU member states.

The EU regulations (COM/2021/130<sup>2</sup> and COM/2021/140<sup>3</sup>) published on 17 March 2021 mention the following:

- Those regulations will establish a common framework for the issuance, verification and acceptance of interoperable certificates on COVID-19 vaccination, testing and recovery (called “Digital Green Certificate”), in order to facilitate the exercise of the right to move and reside freely within the territory of the Member States.
- The regulations will not cover Member States’ decisions to impose or waive restrictions to free movement put in place, in compliance with Union law, to limit the spread of COVID-19. The use of the Digital Green Certificate in view of lifting restrictions will remain the responsibility of the Member States. Also it is the sole competence of the Member States to decide upon the use of these certificates for other purposes than the one’s mentioned in the European regulation.

More specifically, they will probably work with a three-fold interoperable format of certificates:

- Vaccination certificate (proof of vaccination)
- Test certificate (proof of negative test)
- Recovery certificate (proof of recent recovery from infection)

The EU regulations only foresee limitation in time for the recovery certificate in the current EU proposals. The test and the vaccination certificates have no stipulated validation period.

The regulations need to be agreed upon by the Council of the EU and by the European Parliament. The Council has determined its negotiating mandate, whereas the European Parliament has voted on its position. The interinstitutional negotiations are ongoing, to find a final agreement on the text. It is expected that this will occur by the end of May.

The modalities of how these should be constructed and the questions of whether these certificates will be used in the domestic exit-strategy are being explored and should be defined by each member state.

### 1.2. Legal impact of European Digital Green Certificate on Belgian policy

The two proposals of Regulation of the European Commission of 17/3/21 want to facilitate the free movement of EU-citizens and legally staying/residing third-country nationals, and thereby cover the creation of an interoperable system for certificates on vaccination, testing and recovery. The proposals do not implement a harmonised approach towards quarantine or isolation measures if EU-citizens travel between EU-Member States. The implementation of these measures is the sole competence of the Member States and falls within the wide margin of appreciation of these Member States to determine

<sup>2</sup> **COM/2021/130:** Regulation on a framework for the issuance, verification and acceptance of interoperable certificates on vaccination, testing and recovery to facilitate free movement during the COVID-19 pandemic (“main regulation”)

<sup>3</sup> **COM/2021/140:** Regulation on a framework for the issuance, verification and acceptance of interoperable certificates on vaccination, testing and recovery to third-country nationals legally staying or legally residing in the territories of Member States during the COVID-19 pandemic (“twin regulation”)



their national/internal health policy. They also do not regulate the use of certificates for other purposes than travel. This aspect is also for the Member States to determine, in compliance with the European General Data Protection Regulation.

The European Regulations will surely have consequences for the way Member States organise their testing and vaccination strategy. The use of the certificates foreseen in the European Regulations will put an obligation on the Member States, or the national competent authorities, to create a system based on which citizens have equal access to:

1. A vaccination and the thereby linked vaccination certificates after (full) vaccination, based on the list of prioritisation of vaccinations (NB: vaccination certificate in the framework of the DGC should already be issued after the first dose)
2. A corona-test and the linked certificate of a negative test results/ positive test results, compliant to the details provided by the (proposal of) European Regulation.

The *de facto* implementation of this Regulation i.e. the creation as such of the certificates, falls outside the scope of the advice that needs to be provided in this phase.

#### 1.2.1. Discrimination versus proportionality on allocating rights and entitlements after vaccination

The NPIs create an infringement of individual human rights. This infringement is justified if provided by law, with a legitimate aim and necessary and proportionate in a democratic society.

##### **Provided by law**

The GEMS will not provide an advice on the acceptability of current legal basis for the NPIs, *inter alia* the Ministerial Decree of 28/10/2020.

##### **Legitimate aim**

The protection of the public health in an epidemical crisis certainly can serve as a legitimate aim.

##### **Necessary/proportional**

The answer to the question of the proportionality of the NPIs needs continuously to be evaluated. It is necessary to determine whether these NPIs are given their overreaching goal, remain justifiable, or whether there are other (similar) NPIs that are less intrusive. When the health situation of the epidemic nationally changes (less health risks for elderly or vulnerable people, less patients in hospitals, ...), this urges to challenge the current NPIs in order to strike a renewed balance between the NPIs and the free enjoyment of rights by the individual. If it cannot be justified why certain measures remain applicable to individuals, these NPIs need to be voided.

A two-step approach is thereby proposed:

1. Is it possible to loosen (with or without conditions) NPIs for the entire population based on a societal health risk assessment (combination of scientific information: percentage of vaccination, lower risk for vulnerable population groups such as elderly, decreasing number of infections, decreasing number of COVID-19 hospitalisations, ...)? If some NPIs can be loosened or loosened under certain conditions, this policy decision needs to be taken.
2. If it is not possible to loosen NPIs for the entire population, it should be further investigated whether it is possible to loosen NPIs for a specific population group. The relevant criterion is again



if there still exists a sufficient health risk, not only for the specific population group, but also for other population groups e.g. specific professional groups. If the health risk can (with or without conditions) be sufficiently ruled out, it is no longer acceptable to keep the NPIs for this population group. For example, if in a nursing home every person is vaccinated, it is acceptable to loosen certain NPIs within this population group. If the vaccination rate is, on the other hand, too low in a certain nursing home with a continuous infection risk as consequence, this is not possible. It is possible that vaccination coverage in residents is high, while low in health care workers. Then relaxation for residents is not possible, the opposite can be possible as well.

It is again also a possibility to replace the NPI by a less intrusive NPI.

In conclusion, there is a need for a case-by-case approach to loosen the NPIs based on a local risk assessment.

In this last hypothesis a discrimination occurs between population groups, since the NPIs will not be loosened for all population groups at the same time. The question is whether this difference is sufficiently justifiable or not. The answer is not black or white and cannot be answered in a general way. Every NPI should be evaluated separately, considered all relevant aspects, including an equal access to vaccination. For example: if the NPI is that only fully vaccinated people can visit their family in nursing homes, it needs to be evaluated whether a recent negative corona-test result or even the proof of a past corona-infection could also be sufficient to rule out the health risk. If the answer is yes, the NPI should also include these other possibilities. In other words, discrimination should be void as much as possible, through a general loosening of the NPIs, or through the search for equivalent solutions. The differentiation of the application of NPIs should therefore be delayed until sufficient individuals had the opportunity to get vaccinated, to avoid discrimination.

Exceptions can only be made, if sufficiently justified, for example for certain contacts between vaccinated persons.

#### 1.2.2. Proof of EU COVID-19 Certificate

Based on Amendment n° 12 of the European Parliament, the current proposal of European Regulation on the EU COVID-19 certificate states in article 8b: *"Where a Member State seeks to implement the EU COVID-19 Certificate for any possible use other than the intended purpose of facilitating free movement between Member States, that Member State shall create a legal basis under national law, complying with the principles of effectiveness, necessity, and proportionality, including specific provisions clearly identifying the scope and extent of the processing, the specific purpose involved, the categories of entities that can verify the certificate as well as the relevant safeguards to prevent discrimination and abuse, taking into account the risks to the rights and freedoms of data subjects. No data shall be retained in the context of the verification process."*

The competent Belgian authorities therefore shall need to create a legal basis (law, decree, collaboration agreement, ...) to implement the EU COVID-19 Certificate in Belgium for other purposes than facilitating free movement between Member States.

If the competent Belgian authorities decide in such a way, they need to take the principles of effectiveness, necessity and proportionality into account. A balanced approach to the introduction of the EU COVID-19 Certificate for other purposes is therefore a necessity. Part of this balanced approach is safeguards to prevent discrimination and from a privacy point of view to avoid abuse.



It will also be necessary to identify the concrete scope and extent of the processing. A general introduction of these certificates “for other purposes”, is not sufficient. It must be clear what the exact purpose is. Also, it must be clear, not in the least from a privacy point of view, who, which categories of entities, will be allowed to verify the certificate.

The question, however, raises whether it is always necessary to ask for proof of the Digital Green Certificate, and who would be entitled to ask for proof of vaccination – this will need to be detailed in the legal framework. With reference to the case-by-case approach mentioned in the previous paragraph, the introduction of these certificates creates on itself also an infringement of the private life of a person and therefore can only be introduced if it complies with the three conditions: provided by law; legitimate aim; necessary/proportionate in a democratic society. Its introduction therefore should be limited to those situations in which it is necessary. If less intrusive measures can be taken, for example recommending that only vaccinated persons should meet other vaccination persons, but not asking for a proof of vaccination (in the strict private sphere, in a closed collective with sufficient group immunity), this approach should be preferred.

### 1.3. International context

#### 1.3.1. Travel within the EU

Many countries in Europe are discussing what the implications of the progressing vaccination should be on the different NPIs which are currently implemented domestically. The following table gives an overview of the current status of how countries plan to differentiate between vaccinated and unvaccinated individuals (see annex 1 for a more detailed overview) with regards to (1) access to a specific activity (e.g. entry to territory, access to certain work- or leisure-related activities) and (2) impact of vaccination status on lifting of certain preventive measures (e.g. mask wearing).

*Table 2: International comparison of planned relaxations for vaccinated individuals (preliminary 13/04/2021 – subject to change)<sup>4</sup>.*

International comparison of planned relaxations for vaccinated individuals (preliminary 13/04/2021 – subject to change)		
	Access	Impact on actual measures
<b>International travel</b>	<i>Most EU member states are in favour of the EU Digital Green Certificate (DGC) to standardise travel rules (see countries below which announced specific measures)</i>	
	Cyprus	No test and no quarantine
	Estonia	No quarantine
	Greece	No PCR and quarantine
	Croatia	Undefined for the moment
	Norway	Relaxation planned but undefined
	Austria + at national level in as many sectors as possible	<i>Undefined</i>
	Slovenia	<i>Undefined</i>
	Czech Republic	<i>Undefined</i>
<b>Healthcare sector</b>	Not mentioned	

<sup>4</sup> FOD Buitenlandse Zaken – Dienst Crisiscentrum – Belgian embassies in the European Union, Switzerland and Norway: Positioning of EU member states, Switzerland and Norway on EU Digital Green Certificate (DGC) on 13/04/2021 – see annex 1 for a more detailed overview



#### International comparison of planned relaxations for vaccinated individuals (preliminary 13/04/2021 – subject to change)

Work sector	Norway	No more obligation of telework
	Czech Republic	Relaxations for specific professional activities (board meetings)
Schools	Czech Republic	Relaxations for teachers
Horeca sector	Netherlands (with test certificates)	No change in measures
	Czech Republic	Relaxation planned but undefined
Events	Netherlands (with test certificates)	No change in measures
	Norway	Relaxation planned but undefined
	Spain	Relaxation planned but undefined
Culture	Netherlands (with test certificates)	No change in measures
	Spain	Relaxation planned but undefined
Sports	Netherlands (with test certificates)	No change in measures
	Slovenia	E.g. for skiing
	Czech Republic	Relaxation planned but undefined
Religion	Not mentioned	
Welfare and non profit	Not mentioned	
Youth sector	Netherlands (with test certificates)	No change in measures

In order to facilitate the travel of holders of the Digital Green Certificates in our countries, the Benelux have agreed in principle to examine the possibility to develop a common approach towards the restrictions that will be maintained or lifted vis-à-vis holders of the Digital Green Certificate when entering the territory of Belgium, the Netherlands or Luxembourg.

#### 1.3.2. Travel from non-EU countries to the EU within a context of VoC/VoI

In a Recommendation that still awaits approval by the Council, the Commission proposes to **authorise non-essential travel from third countries for fully vaccinated persons**, who can prove their vaccination status with a certificate and who have waited at least 14 days after the last dose before travelling. Non-essential travel for those vaccinated persons should be restricted again when they come from regions or countries where a variant of concern or a variant of interest has been detected. Travellers returning from those areas should be submitted to health measures, such as testing and quarantine. Variants of interest and variants of concern are assessed as such by the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) based on key properties of the virus such as transmission, severity and ability to escape immune response.



## 2. Epidemiological considerations

### 2.1. Epidemiological considerations

Probing questions:

- *What is the remaining risk on high numbers of hospitalisation/ICU-admission from the ‘rest group’ (the < 65 without co-morbidities) in case the most vulnerable have obtained sufficient immunisation? And hence could we release certain NPIs for the whole population while only part of them have obtained sufficient immunity?*
- *How could early or later lifting of NPIs for subgroups influence behaviour, and eventually the course of the epidemic?*
- *What can we learn from early-adopting countries (Israel, UK, US, Chile...)?*

First observations from ‘early adopting countries’ on the epidemiological impact of vaccination (Israel, UK, US...) are promising. Once beyond a critical level of immunisation of the adult population, incidences appear to move downwards and to remain low, allowing NPIs to be relaxed gradually. For instance in Israel, a breaking point in the epidemiological curve, after a large surge, was observed at around 40% vaccination coverage of the adult population, after which it did not go up again (yet). However, it must be noted that Israel had strong measures in place up until a few weeks ago. The current 14-day incidence is 7. Israel combines interior relaxations with strict border control. Note that Israel did experience a large wave, with incidence at 1200, at the onset of its vaccination campaign. Importantly, the age distribution of Israel is rather different from the Belgian one, with a younger population (Israel: 0-14 years: 28%; 15-64 years: 60%; 65+ years: 12%; Belgium: 0-14 years: 17%; 15-64 years: 64%; 65+ years: 19%).

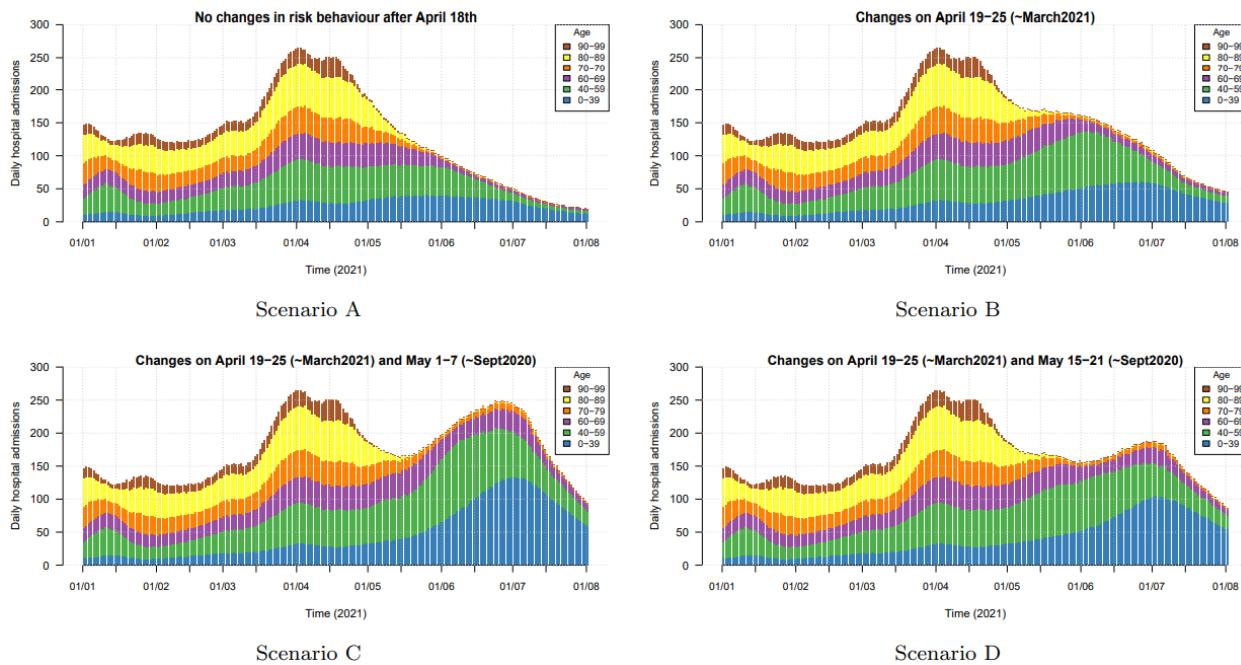
In Belgium, we observed already a strong decline in cases, hospitalisations and mortality from the already vaccinated nursing home residents. As progressively more persons +65 years of age with or without comorbidities are vaccinated, we expect these persons to be less represented in the group of remaining hospitalisations and severe illness, but with a sufficiently large group of middle-aged persons with or without co-morbidities which could potentially drive the epidemic if NPIs are relaxed too soon for the entire population.

The graph underneath<sup>5</sup> shows that **even with more than 70% of the 65+ vaccinated** – focusing here only on the mean evolution of a range of uncertain evolutions – a **surge may still occur** due to relaxations and, if so the **age distribution in hospitalisations is expected to change** due to the vaccination of 65+ population and the **share and number of younger people in hospitals due to COVID-19 is expected to increase**.

<sup>5</sup> [Long term SIMID consortium modelling](#), 06 May 2021



Figure 2: Model projections on age-specific hospital admissions by social mixing scenario presented by the average of 100 model runs. Currently (18/05/2021), the figures are following scenario A.



Importantly, the current scenarios do not consider the VOC B.1.617.2 for which early evidence indicates that it is more transmissible compared to VOC B.1.1.7<sup>6</sup>. It is expected that the VOC B.1.617.2, already present in Belgium, will become the dominant strain and therefore reaching herd immunity can be more difficult to achieve, necessitating careful lifting of NPIs.

### 2.1.1. ECDC-recommendations for vaccinated individuals<sup>7</sup>

To formulate their recommendations, the ECDC uses a risk assessment methodology, where the risk is assessed using the following formula:

$$\text{likelihood of being infected} \times \text{impact of infection} = \text{risk}$$

This risk differs for vaccinated and unvaccinated individuals and is impacted by some modulating factors, such as the epidemiological situation, NPIs, nature and duration of contact, setting, age, underlying conditions, immune status, type of vaccine, time since vaccination, vaccine coverage, presence of Variants of Concern... When the risk is assessed as very low to low, the ECDC recommends relaxing NPIs, while when the risk is assessed as moderate to high, the ECDC recommends to not relax NPIs.

The table below summarises an assessment made by the ECDC for several scenarios where physical distancing and face mask wearing may be relaxed. Note that any recommended relaxations are for **fully vaccinated people** (i.e. 2 weeks after final dose) and that **partially vaccinated people are therefore to be treated as unvaccinated people**. Furthermore, the table below only refers to private interaction or gatherings. **NPIs should be maintained irrespective of the vaccination status of the individuals in public spaces and in large gatherings**, including during travel, considering the current epidemiological context in

<sup>6</sup> [SPI-M-O: Consensus statement on COVID-19, 12 May 2021](#)

<sup>7</sup> [ECDC Technical report: Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions, 21 April 2021](#)



the EU/EEA, current state of vaccination coverage as well as vaccine accessibility. However, according to the ECDC, **requirements for testing and quarantine of travellers and regular testing at the workplace can be waived or modified for fully vaccinated individuals if there is no circulation of immune escape variants.**

## 2.2. Virological considerations

### 2.2.1. General considerations based on available data related to (future) variants

It is currently very challenging to estimate how the ongoing spread of known and future variants will impact the effectiveness of the vaccine-induced immunity, within and outside of the EU. The risk assessment related to emerging variants is still a difficult exercise mainly due to the incomplete and/or delayed characterisation of such variants in countries with limited diagnostic and research capacities, combined with the efficacy difference across existing vaccines as well as adherence to NPIs.

### 2.2.2. Existing studies and data regarding the efficacy of vaccine per current variant type

Some studies have been conducted to estimate the effectiveness of vaccines on existing variants. However, attention should be paid when analysing this data since it can be influenced by selection of samples for sequencing that are uneven across locations. Also, relative frequency of genomes from different countries is biased by level of genomic surveillance in place in different countries.



Table 3: Existing studies and regarding efficacy of vaccine per variant type.

Existing studies and data regarding efficacy of vaccine per variant type				
Variants/vaccines	Comirnaty® (Pfizer-BioNTech)	Vaxzevria® (AstraZeneca)	Johnson&Johnson	Moderna
<b>Lineage B.1.1.7 (20J/501Y.V1)</b>	Available data are reassuring on the efficacy of both Oxford-AstraZeneca (ChAdOx1, hereafter referred as the “AZ” vaccine) and Pfizer-BioNTech (BNT162b2 mRNA, hereafter referred as the “Pfizer” vaccine) vaccines against this variant. A study performed in Scotland (Vasileiou et al. 2021, preprint) revealed that a single dose of those vaccines resulted in substantial reductions in the risk of hospitalisation. 28 to 34 days post-vaccination, the first doses of the AZ and Pfizer vaccines were associated with a vaccine effect for hospitalisation of 94% (95% CI [73-99]) and 85% (95% CI [76-91]), respectively.		<i>Information missing</i>	A US preprint found good protection of either Comirnaty® or COVID-19 vaccine Moderna® (no distinction made) against infection during a time at which 69% of the circulating virus belonged to B.1.1.7, B.1.427, B.1.429 <sup>8</sup> . Additionally, a laboratory study suggests no significant reduction of antibody neutralization of COVID-19 vaccine Moderna® elicited sera against the UK variant <sup>9</sup>
<b>Lineage B.1.351 (20J/501Y.V2)</b>	According to a press release from the company <sup>10</sup> , the Pfizer vaccine would be “100% effective in preventing COVID-19 cases in South Africa, where the B.1.351 lineage is prevalent” (but the results of this study are not published yet). A recent study demonstrated, however, an increased breakthrough rate: vaccinees infected at least a week after the second dose were disproportionately infected with B.1.351 (odds ratio of 8:1; Kustin et al. 2021, preprint). Of note is that absolute numbers were very low (only 8 infections with B.1.351). Recent data is available from Qatar, where there was a 75% effectiveness	A first study performed in South Africa indicated that two doses of the AZ vaccine do not show protection against mild-to-moderate COVID-19 due to this variant (Madhi et al. 2021, NEJM). This study is, however, based on a restricted number of positive SARS-CoV-2 patients (n=42), a suboptimal dosing interval and lack of information on severe outcomes. Moreover, we still lack results from large clinical studies aiming to determine the efficacy of the AZ vaccine to prevent severe SARS-CoV-2 infections and related hospitalisations. Of note, a recent study performed on Syrian hamsters shows that the AZ vaccine allows preventing lower respiratory	According to a press release <sup>12</sup> , the single dose Johnson & Johnson vaccine (Ad.26.COV2.S or JNJ-78436725, hereafter referred as the “J&J” vaccine), which is an adenovirus vector vaccine similar to the AZ one, still shows a 57% effectiveness in South Africa (compared to 72% in the US) where the B.1.351 lineage is massively circulating, and would be 85% effective in preventing severe/critical COVID-19 across all geographical regions.	<i>No data has been retrieved for the moment regarding the Moderna vaccine but there is currently no reason to suspect that outcomes would be different than for the other mRNA vaccine.</i>

<sup>8</sup> Andrejko K, Pry J, Myers JF, Jewell NP, Openshaw J, Watt J, et al. Early evidence of COVID-19 vaccine effectiveness within the general population of California. medRxiv. 2021 Apr 10;2021.04.08.21255135.

<sup>9</sup> Wu K, Werner AP, Koch M, Choi A, Narayanan E, Stewart-Jones GBE, et al. Serum Neutralizing Activity Elicited by mRNA-1273 Vaccine. New England Journal of Medicine. 2021 Feb 17;0(0).

<sup>10</sup> <https://www.pfizer.com/news/press-release>, 01/04/2021

<sup>12</sup> <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/>



#### Existing studies and data regarding efficacy of vaccine per variant type

Variants/vaccines	Comirnaty® (Pfizer-BioNTech)	Vaxzevria® (AstraZeneca)	Johnson&Johnson	Moderna
	against infection and 100% against severe disease <sup>11</sup> .	infections caused by the B.1.351 and B.1.1.7 lineages (Fischer et al. 2021, preprint). While performed on animals, those results are encouraging as they do not discard the possibility that the AZ vaccine would still be efficient to prevent severe cases caused by the B.1.351 lineage. However, efficacy of the AZ vaccine against a variant like B.1.351 remains a current source of concern.		
<b>Lineage P.1 (20J/501Y.V3)</b>	To our knowledge, there is still no large study on the efficacy of the AZ vaccine when confronted with the P.1 lineage. A recent study by Dejnirattisai et al. (2021, preprint) shows that antibody neutralisation against P.1 was still efficient but reduced 2.6-fold for the Pfizer vaccine serum and 2.9-fold for the AZ vaccine serum. Other preliminary results based on the analyses of neutralising activities are encouraging for the Pfizer vaccine (Liu et al. 2021, NEJM).		69% of the circulating variants were P.1 or P.2 in Brazil at the time the J&J trial was conducted. Since this trial reported 85% efficacy in preventing severe/critical COVID-19 across all geographical regions (South Africa, Latin America, US), this would indicate that the J&J vaccine indeed allows protection against severe infections due to the P.1 variant. Specifically for hospitalisations in Brazil, a 100% vaccine efficacy after 28 days is reported.	<i>No data has been retrieved for the moment regarding the Moderna vaccine but there is currently no reason to suspect that outcomes would be different than for the other mRNA vaccine.</i>
<b>Indian variant (B.1.617)</b>	The B.1.617 variant contains the E484Q mutation which is similar (but not identical) to the E484K mutation present in the B.1.351 and P1 and associated with immune escape. There are laboratory data (primarily pseudovirus) supporting modest antigenic distance related to some individual mutations in this variant. The effect of the combination of mutations present is unknown.	<i>No data available</i>	<i>No data available</i>	<i>No data has been retrieved for the moment regarding the Moderna vaccine but there is currently no reason to suspect that outcomes would be different than for the other mRNA vaccine.</i>

<sup>11</sup> <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2104974>



## Remaining questions:

- How may (future) variants (VoI/VoC) impact the freedom of movement of vaccinated people or groups in general (not linked to a specific variant or vaccine)?
- Based on these considerations, what will be the expected impact on the epidemiology (cases, hospitalisations, ICU-load, mortality) once we reach a certain vaccination coverage?

### 2.3. Vaccinological considerations

#### 2.3.1. Evaluation of the remaining risk of severe disease/moderate disease/transmission after full vaccination

##### 2.3.1.1. *Risk of severe disease (hospitalisation and mortality)*<sup>13</sup>

COVID-19 vaccines licensed in the EU/EEA have been shown during clinical trials to be **highly effective in providing protection against symptomatic and severe COVID-19**. Evidence from real-life usage of COVID-19 vaccines has confirmed these clinical trial findings and showed high vaccine effectiveness against PCR-confirmed SARS-CoV-2 infection.

The risk of developing severe COVID-19 disease for a fully vaccinated individual is

- very low in younger adults and middle-aged adults with no risk factors for severe COVID-19
- low in older adults or people with underlying risk factors.

The overall reduction in risks of severe COVID-19 disease is dependent on

- vaccine uptake and vaccination coverage in the general population
- modulated by several other factors such as
  - age
  - underlying conditions (especially severely immunocompromised patients)
  - vaccine characteristics
  - variants of concern
  - setting
  - epidemiological situation

##### 2.3.1.2. *Risk of onwards transmission*

**Growing evidence indicates that fully vaccinated individuals, if infected, may be less likely to transmit SARS-CoV-2 to their unvaccinated contacts.** Uncertainty remains regarding the duration of protection in such cases, as well as possible protection against emerging SARS-CoV-2 variants. The risk of developing severe COVID-19 disease for an unvaccinated individual who has been in contact with a fully vaccinated person exposed to SARS-CoV-2 infection is:

- very low to low in younger adults and middle-aged adults with no risk factors for severe COVID-19
- moderate in older adults or persons with underlying risk factors (limited evidence available so far).

---

<sup>13</sup> ECDC “Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions.”



However, onwards transmission cannot only lead to severe disease to the directly exposed, but also increase viral circulation in the overall population.

### 2.3.2. Potential distinction regarding relaxation measures between one vaccination dose and the full vaccination

There is evidence of partial protection even after the first dose, but the level and duration are not well understood and maximal protection is only achieved after the total of recommended doses.

*Table 4: Recommendations per vaccine.*

Total recommended doses, recommended time between first and second doses and number of days after which full protection could be achieved, per vaccine				
	Comirnaty® (Pfizer-BioNTech)	COVID-19 Moderna vaccine (Moderna)	Vaxzevria® (AstraZeneca)	Johnson&Johnson
<b>Total of recommended doses</b>	2	2	2	1
<b>Recommended time between first and second doses</b>	35 days (recently updated)	28 days	8 weeks with no flexibility	/
<b>Number of days after which maximal protection could be achieved</b>	≥7 days after the second dose	≥14 days after the second dose	≥15 days after the second dose	≥14 days after the first dose

It is possible that an exception could be made for those with a previous infection, as evidence suggests that one dose might suffice in this group to reach similar levels of protection. This will be the topic of debate at the NITAG (Superior Health Council) and the same approach should be followed. In addition, early reports suggest a lower response (neutr AB) in the elderly without prior infection.

### 2.3.3. Actual circulation in already vaccinated groups/communities (e.g. nursing homes, healthcare workers, hospital clusters...)

#### 2.3.3.1. International data

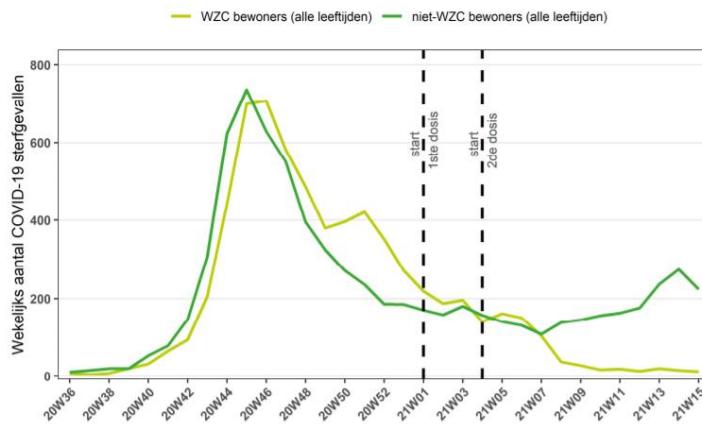
It is important to point out that countries which are more advanced in the vaccination campaign than Belgium (UK, Israel, Chili) initially faced a huge surge in cases despite advances in vaccination coverage. Israel had a lockdown in place for a one-month period during the beginning of their vaccination campaign, with nearly 90% of people in the 60 and older age group having received one dose (80% of them fully vaccinated) and 52% of the overall population vaccinated with at least one dose (40% fully vaccinated), before the lockdown was released. Similarly, the UK (where the start of the vaccination campaign coincided with rapid increase of the B.1.1.7 variant) had tight NPIs in place that are only being relaxed from mid-April onwards, with >60% of individuals over 18 years of age having received 1 dose (including >90% of those in above age 70) and 11.6% having received two doses. Further learning from these early adopting countries could actually help us in defining safe and evidence-based thresholds for relaxing certain NPIs.

#### 2.3.3.2. Belgium

In Belgium, the effect of vaccination on severe outcomes (mortality and hospitalisation) is clearly visible in the nursing home residents. In this group, as of 24<sup>th</sup> of March, a coverage of almost 90% was achieved (for details: see [here](#)) with clear effect on mortality:



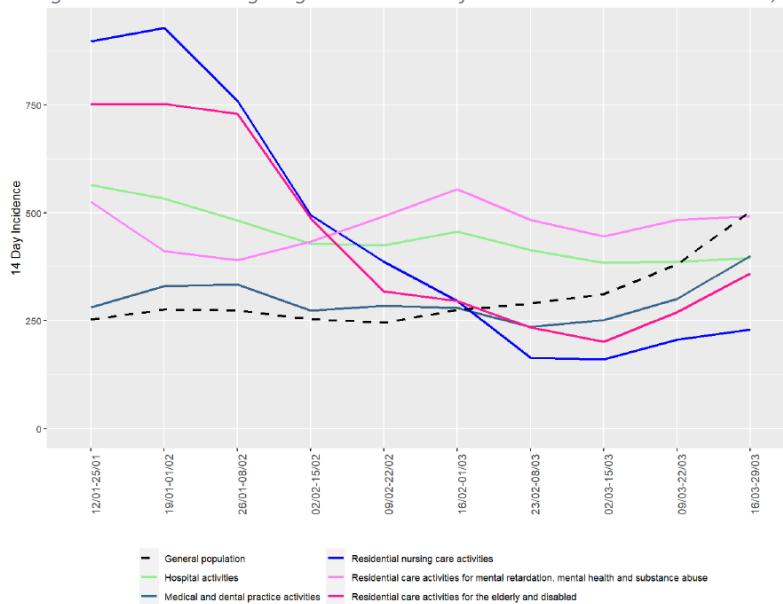
Figure 3: Effect of vaccination on weekly COVID-19 mortality on two groups with highly different vaccination coverage: nursing home residents (light green) and general population, Belgium (Source: Sciensano).



Of all current hospitalisations due to COVID-19, nursing home residents make up a smaller proportion than during previous times with similar intensity of the epidemic. Likewise, the number of nursing homes that is reporting clusters in residents is going down.

Another subpopulation that was amongst the first being targeted for vaccination is the healthcare workers. By coupling positive test-results with data from the RSZ/ONSS we can compare incidences in employees of different sectors. There are some limitations to bear in mind when interpreting the results, such as possible differences in intensity of case finding amongst sectors and no information on the type of employment within the sector (e.g. no difference between employees in hospital with or without direct patient contact). However, the results indicate quite clearly that, in contrast to the incidence in the general population (dotted line) which has an upward trend, incidence in nursing home staff (blue) has sharply decreased. A decrease is also seen in the incidence for hospital staff, but later and less pronounced, which is in line with the different timings of the vaccination campaign.

Figure 4: Evolution of the cumulative 14-day COVID-19 incidence in different types of healthcare workers compared to the general population (Source: Molenberghs et al. 'Monitoring Belgian COVID-19 infections in work sectors in 2021', 31/03/2021).





However, there has been anecdotal evidence of continued transmission in highly vaccinated groups, where residents remained asymptomatic but were clearly able to further pass on the virus to other residents; more detailed data from these breakthrough infections is essential.

#### 2.4. Testing as an alternative to proof of vaccination

To avoid discrimination for those people who have not yet had the opportunity to get vaccinated or cannot get vaccinated for medical reasons, a testing certificate could be used as a substitute or proxy for a vaccination certificate for defined situations. The RAG recommends the following tests:

*Table 5: Overview of tests allowed for testing certificate.*

Types of tests to consider as a substitute/proxy for a vaccination certificate for defined situations	
Proof of absence of 'active infection'	Proof of prior infection (recovery)
<p><b>RT-PCR on naso-pharyngeal swab</b> preferred point of testing, at the earliest 48h before the event (72h for travel) and with a validity of earliest 72h.</p> <p>RT-PCR: the best sensitivity and specificity in asymptomatic patients, detection of low viral load.</p> <p>Naso-pharyngeal swabs are more sensitive than salivary samples (alternative nose/throat swab): Saliva samples (spit or gargled) are useful in a context of repeated (weekly) screening, because of its ease of use and because the lesser sensitivity is compensated for by the frequency of testing. Saliva samples are not recommended in any other context, unless it is very difficult or impossible to collect a naso-pharyngeal swab or a combined pharyngeal swab. Saliva samples should always be tested with an RT-PCR (<b>Test strategy update 01/04/2021 RAG</b>).</p> <p><b>Ag testing or automated Ag testing</b> may be an alternative but only if pressure comes on RT-PCR capacity or for cost reasons. <b>Note that results from Ag tests cannot be traced back to a unique electronic source and may therefore not be suitable for a certificate.</b></p> <p>Examples include:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Repeated screening of asymptomatic individuals. In doing so, the test frequency should be increased to twice a week, and positive results are results confirmed with an RT-PCR, unless a physician judges that, based on the clinical and epidemiological context, this is not necessary (<b>Test strategy update 01/04/2021 RAG</b>).</li><li>The logistics for testing at the point of entry are carefully organised to ensure physical separation, the protection of staff at all times, sufficient quality of tests performed, and reasonable waiting times (<b>Test strategy for travellers 03/03/2021</b>).</li><li>Rapid Ag tests should always be performed on a nasopharyngeal or nose/throat swab.</li><li>It remains crucial that the selection of rapid Ag tests be limited to those that meet the predetermined criteria in terms of sensitivity and specificity, and that have been sufficiently validated in independent studies (<b>Test strategy update 01/04/2021 RAG; RAG Testing – 19/04/2021</b>).<ul style="list-style-type: none"><li>Point of testing (supervised, positive test to confirmed by RT-PCR)</li><li>Validity 24H, has to be repeated every day for events lasting more than one day</li></ul></li></ul>	<p><b>Proof of prior positive RT-PCR</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>At least 14 days before the event</li><li>3 months validity period (defined by the RAG) from the positive test</li></ul> <p><b>Currently serology not defined as an individual proof of infection</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>RAG oct 2020: still too much uncertainty to implement serological testing as a proxy for immunity</li><li>RMG: reimbursement of serological test</li></ul>
<b>No self-test without supervision.</b>	

The logistics need to be thought through, since using tests to allow access to festivals and travel, especially during peak moments, could put high pressure on the general practitioners and test centres. Care for patients and testing of symptomatic people and high-risk contacts must remain priority. Furthermore, the choice to use testing as a temporary alternative or as a remaining intervention has a considerable impact on these logistics as well as cost.



### 3. Ethical, socioeconomical, and psychological considerations

Belgium is entering a transition period. More and more people are being vaccinated and the demand for relaxation of the sanitary measures is strong across society. It is important for the vaccination campaign itself that all citizens feel they benefit from their efforts, including the vaccination. This section identifies the present most pressing social needs (in terms of health and well-being, economics and fundamental rights) from ethical, sociological and psychological perspective. It examines the assets and liabilities of different responses that are currently being discussed: increased efforts on vaccination, NPIs progressive relaxations and the digital green certificate.

#### 3.1. General objectives & principles

The overall objective of governing this pandemic is to ensure good **public health**. Risks associated with COVID-19 should be balanced with **other public health concerns** (such as mental health, delayed medical care, social bonds that are essential to overall well-being, and economic harm) and the suspension of people's rights. To achieve this overall objective, we need to make maximal use of the NPIs and PIs that are minimally invasive and most proportional, i.e. testing, quarantine, contact tracing, cluster detection, outbreak management, mask wearing, distancing....

Any recommendation ought to be weighed in terms of its impact on inequality and discrimination (see also annex 5<sup>14</sup>). Apart from the legal consideration, a **good balance of interests and legitimacy from the social acceptability point of view** needs to be found. Measures that are seen as 'unfair' increase the risk of being ignored and as a consequence hamper the achievement of the public health objective. Recommendation also ought to be gauged in terms of feasibility. **Any measure must achieve high-level standards when being implemented.** If not, the measure will be perceived as unfair and illegitimate and might not be followed.

#### 3.1. Impact of inequality considerations

There are differences in vaccination levels due to differences in accessibility with some more difficult to reach populations for reasons of reduced mobility, information (language or digital gap) or health literacy in general. It is thus a priority to make every effort to **reach out to the more fragile and hard-to-reach social groups**, to prevent these groups to fall out of reach of the vaccination campaign. This includes capitalising campaigns on cultural, religious, and medical ambassadors and involving a more person-to-person approach that rests on a decentralised vaccination strategy.

Installing a vaccination **certificate** would make it **more difficult** for certain people to have access to certain goods and services and would add a **further layer of inequality**. Therefore, relaxation of NPIs in the **public sphere** should take place conditioned on sufficient vaccination coverage and agreed-upon epidemiological thresholds and should be envisioned in terms of **specific contexts or settings**. Dealing with relaxation in this way prevents a disruption of social cohesion and allows promoting clear rules with respect to preventive measures. Furthermore, because the vaccines are **free of charge** (at least this year), it would seem discriminatory to charge for a **testing certificate** as long as an individual did not have the opportunity

---

<sup>14</sup> [Avis n. 77 du 10 mai 2021 relatif aux considérations éthiques et sociétales liées à la mise en place d'un « pass corona » et d'autres mesures transitoires d'assouplissement des contraintes sanitaires : Conclusions et recommandations](#) | Advies nr. 77 van 10 Mei 2021 betreffende de ethische en maatschappelijke overwegingen bij het invoeren van een coronapas en andere overgangsmaatregelen om vrijheidsbeperkingen af te bouwen : Besluit en aanbevelingen



to get vaccinated or cannot get vaccinated for medical reasons. If it is not possible to provide a test free of charge, it would be advised to put a **maximum price** on tests.

### 3.2. Impact of vaccination willingness

Intrinsic motivation predicts vaccination and adherence to the measures. There are wide differences in reasons to get vaccinated, such as self-interest (personal protection) and prosocial (protecting others) reasons. Also, vaccination hesitancy is not always for the same reason and might change over time. There are people who are awaiting further information or are not fully convinced (for reasons of educational, cultural, political, or religious background) while others are more sceptical. However, in Belgium, hesitant people will more likely be convinced to get vaccinated when it has become a social norm.

At the start of the vaccination campaign, the decision was taken to opt for non-mandatory vaccination. Research shows that a vaccination certificate (for domestic use) is likely to be seen as an indirect obligation and, as a result, might foster increased hesitation among the people currently hesitating and even trigger resistance or disregard for the sanitary measures<sup>15,16</sup>. At the same time, mandatory vaccination in the workplace (e.g. for hepatitis B) shows no influence on vaccination willingness and even increases adherence (cf. also obligation of wearing seatbelt, smoking ban in public places). Anyhow, the social legitimacy of mandatory vaccination seems more likely to happen once the vaccination coverage is high and once it has been internalised as a social norm.<sup>17,18</sup>

### 3.3. Impact of adherence to measures

There is no evidence yet of vaccination status changing general contact behaviour towards unvaccinated people, albeit that there are some indications that younger vaccinated persons are less compliant, mostly with other vaccinated persons (see annex 4). Similarly, non-vaccinated individuals indicate that once they are vaccinated, they plan to adopt a **dynamic approach to the measures as a function of the vaccination status of their interaction partners**, with planned adherence being reduced in relation to other vaccinated individuals. It is of note that the currently vaccinated population differs in various ways from the general population (i.e., older, having comorbidities, working in the healthcare sector) such that **a self-selection effect may be at play**. Indeed, vaccinated groups were likely more highly motivated to adhere to the measures *prior* to their vaccination. At the same time, the current findings illustrate that vaccination is not by definition coming along with reduced behavioural adherence.

Importantly, regardless of the vaccination status of the interaction partner, **the motives for vaccination play a critical role in future adherence**<sup>19</sup>. Individuals who volitionally commit to vaccination for social reasons intend to adhere better to the measures, while those who expect to gain personal freedom through vaccination intend to adhere less to the measures. These findings illustrate in another way the pivotal role of cultivating prosocial motivations.

<sup>15</sup> Sprengholz, P., Felgendreff, L., Böhm, R., & Betsch, C. (2021, February 1). Vaccination Policy Reactance: Predictors, Consequences, and Countermeasures. <https://doi.org/10.31234/osf.io/98e4t>

<sup>16</sup> Brehm, J. W. (1972). Responses to loss of freedom: A theory of psychological reactance. General Learning Press.

<sup>17</sup> [Luyten, J., Vandevelde, A., Van Damme, P., Beutels, P., Vaccination Policy and Ethical Challenges Posed by Herd Immunity, Suboptimal Uptake and Subgroup Targeting. Public Health Ethics, Volume 4, Issue 3, November 2011, 280–291](#)

<sup>18</sup> [Luyten, J., Dorgali, V., Hens, N., Beutels, P., Public preferences over efficiency, equity and autonomy in vaccination policy: An empirical study. Social Science & Medicine. Volume 77, January 2013, 84–89.](#)

<sup>19</sup> Motivation Barometer (May 10, 2021). Motivation for behavioral measures and vaccination readiness heading into the summer. Ghent University & UCLouvain, Belgium.



As **vaccination coverage increases** (along with low numbers of hospitalisation, ICU admissions and deaths), there is a growing feeling among the general population that **continued suspension of some fundamental rights becomes unjustified**.



## Overview of annexes

Annex 1: List of questions and sub questions per field

Annex 2: Current positioning of EU member states, Switzerland and Norway on EU Digital Green Certificate (DGC) (preliminary - subject to change)

Annex 3: RAG advice on testing and quarantine for vaccinated individuals or individuals with prior infection

Annex 4: GEMS update on vaccination, motivation, adherence and mental health (6th May 2021)

Annex 5: Advice of Belgian Advisory Committee on Bioethics on the ethical and social considerations relating to the introduction of a “coronapass” and other transitional measures to dismantle restrictions on liberties



## Annex 1. List of questions and sub questions per field

### 1. Epidemiology

- a) What are the forecasts for short and mid-long term (= over the course of the vaccination rollout) on evolution of new cases, hospitalisations, severe illness?
- b) How could early or later lifting of NPIs for subgroups influence behaviour, and eventually the course of the epidemic? What can we learn from early-adopting countries (e.g. Israel, UK, US, Chile...)?

### 2. Virology

- a) What is the possible impact of the ongoing spread of known and future variants on the effectiveness of the vaccine-induced immunity, within and outside of the EU?
- b) What should be the consequences for international travel in that respect?

### 2. Vaccinology

- a) What is the remaining risk of severe disease/moderate disease/transmission once fully vaccinated with the different vaccines?
- b) Should a distinction be made between one vaccination dose and the full vaccination (dose), and if so, in what way?
- c) What do we know of actual circulation in already vaccinated groups/communities (e.g. nursing homes, healthcare workers, hospital clusters...)?

### 3. Diagnostics & testing strategy

- a) If testing should be a temporary 'replacement' for a vaccination certificate to allow certain activities, what type of test should be considered? How? When?
- b) How long should a test certificate be valid?
- c) How should we deal with testing and tracing in vaccinated individuals, subgroups, society?

### 4. Sociology, ethical and legal considerations

- a) What are the considerations regarding discrimination versus proportionality to make on allocating rights/entitlements after vaccination of individuals, subgroups?
- b) Where lies the most important ethical harm: maintaining restrictions in already vaccinated persons, or allowing different levels of freedom for different subgroups?
- c) What will be the impact for non-vaccinated persons?



## Annex 2. Current positioning of EU member states, Switzerland and Norway on EU Digital Green Certificate (DGC) (compiled on 10/05/2021 – preliminary – subject to change)

Source: FOD Buitenlandse Zaken – Dienst Crisiscentrum – Belgian embassies in the European Union, Switzerland and Norway

### 1. Bulgarije

De opening van het Bulgaarse zomervezien voor toerisme werd aangekondigd met de mededeling dat vanaf 01/05/2021 de inwoners van alle landen (mits een 30-tal uitzonderingen: India, Bangladesh, Brazilië en +/- 28 Afrikaanse landen) toegang krijgen tot Bulgarije mits het voorleggen van ofwel een bewijs van vaccinatie, ofwel een negatief testresultaat, ofwel een bewijs genezen te zijn van COVID-19.

De keuze van vaccins is niet beperkt tot deze die door het EMA zijn goedgekeurd. BG neemt een ruim gamma in aanmerking: Pfizer-Biontech, AstraZeneca AB, SK Bioscience Co Ltd, Moderna, Janssen-Cilag International NV, Serum Institute of India, Sinopharm, Sinovac Biotech Ltd. en Sputnik.

Een meer gedetailleerde verordening van het Ministerie van Volksgezondheid, in diezelfde lijn, kan worden geraadpleegd op de BG coronawebsite (te lezen met vertaaltoepassing): <https://coronavirus.bg/bg/965>.

Wat betreft het openen van de horeca is de vraag naar het gebruik van een certificaat zonder onderwerp, aangezien de restaurants, cafés, nachtclubs en hotels, reeds open zijn, zonder dat er enig certificaat gevraagd wordt. De restricties die nog in voege zijn, beperkte bezetting, dragen van maskers door personeel, etc., worden vaak niet nageleefd.

### 2. Cyprus

Le gouvernement chypriote a annoncé la création d'un Coronapass, qui occupera une place centrale dans la stratégie nationale de déconfinement. Celui-ci sera exigé en vue de l'accès à de nombreuses activités que le gouvernement s'apprête à rouvrir. Le Coronapass permettra d'exhiber un des trois éléments suivants :

- Un test PCR/antigénique datant de moins de 72 heures
- La preuve de l'injection d'au moins une dose de vaccination (valable minimum 3 semaines après la première injection)
- La preuve d'une contamination au COVID-19 datant de moins de 6 mois

#### a. Mise en œuvre au niveau national :

Chypre délivre déjà un certificat national de vaccination (indiquant que son détenteur a été dûment vacciné à Chypre) après la deuxième injection. Ce dernier indique juste la date des deux injections, le type (et le lot) du vaccin injecté. Ce certificat (valide un nombre de jours prédéfini après l'injection de la deuxième dose/1ère dose pour le vaccin Janssen/J&J) permet à ses détenteurs, s'il a été émis à Chypre, d'être dispensés depuis le 31 mars de quarantaine et de l'obligation de présenter test PCR négatif (et aussi dans certains cas d'en effectuer un autre) à l'arrivée sur le territoire chypriote.

Les autorités n'ont pas encore annoncé la forme et les détails techniques du Coronapass, qui entre en vigueur le 10 mai.

#### b. Intégration des certificats dans la stratégie de déconfinement nationale :

##### i. Accès au territoire

Chypre entend principalement utiliser le certificat vert européen afin de fluidifier les déplacements à destination de Chypre et d'attirer un maximum de touristes. L'objectif consisterait à dispenser les détenteurs du certificat national (et à terme européen) de l'obligation de présenter un test PCR préalablement à l'embarquement (et d'en effectuer dans certains cas un autre à l'arrivée sur le territoire chypriote).

Contrairement à la Grèce, Chypre n'exige pas aujourd'hui systématiquement la présentation d'un test PCR négatif (ni d'un certificat de vaccination) à l'entrée sur le territoire, pour les voyageurs en provenance des pays de la catégorie verte : Australie, Nouvelle Zélande, Singapour, Arabie Saoudite, Corée du Sud, Israël (dont le certificat de vaccination est néanmoins reconnu).

A partir du 10 mai, la République de Chypre permettra l'accès à son territoire pour les voyageurs totalement vaccinés (sur présentation du certificat de vaccination émis par le pays d'origine) en provenance de 65 pays (dont les membres de l'EEE, la



Suisse, la Serbie, les USA, le Royaume-Uni, Israël), sans obligation de présentation de test PCR négatif ni de quarantaine. Les vaccins reconnus sont les vaccins approuvé par l'EMA et le vaccin Sputnik V.

## ii. Usage dans le cadre de la stratégie de déconfinement

Les autorités viennent d'annoncer la levée du confinement, en vigueur depuis plusieurs semaines (le couvre-feu est maintenu de 23.00 à 5.00). Le nouveau Coronapass (voir supra) sera désormais exigé pour avoir accès à plusieurs activités dont les autorités annoncent la réouverture :

- les cultes religieux : avec une présence maximum de 50 personnes (jusqu'au 16 mai), 30% puis 50% de la capacité du lieu de culte (respectivement à partir du 17 mai et du 1er juin)
- les fêtes religieuses (mariages, baptêmes) : avec maximum de 10 personnes jusqu'au 16 mai (y compris déjeuner/dîner à l'extérieur), puis 30% de la capacité du lieu de culte à partir du 17 mai (avec maximum 200 invités pour les déjeuners/dîners à l'extérieur).
- La restauration et les cafés : en extérieur jusqu'au 1er juin, puis tant à l'extérieur qu'à l'intérieur
- Les théâtres et cinémas en plein air : avec une présence maximum de 50 personnes (jusqu'au 16 mai), puis à 30% de la capacité de l'établissement.
- Les marchés en plein air : à 50% de leur capacité
- Les grands centres commerciaux : le Coronapass sera uniquement exigé pour les clients des grands centres commerciaux ('shopping malls')
- Les salles de sport et de danse : Coronapass exigé pour les activités à l'intérieur
- Les casinos : réouverture le 16 mai à 30% puis 50% de la capacité de l'établissement (à partir du 1er juin)
- Les conférences et les foires : autorisées à partir du 16 mai à 30% puis 50% de la capacité du lieu (à partir du 1er juin)
- Les séjours dans les hôtels : Coronapass exigé pour les clients.
- Les visites dans les établissements de soins : respect des protocoles et Coronapass exigé

D'autres activités ne requièrent pas la présentation du Coronapass :

- Les salons de beauté et de coiffure
- L'accès aux piscines, aux zones de picnic, aux zoos, aux parcs à thèmes et aux aires de jeux.
- Le sport individuel en plein air

Enfin, l'accès à certaines activités demeure interdit, même pour les détenteurs du Coronapass : les discothèques, les festivals, concerts et évènements de masse et le camping.

Ce poste ne manquera pas de vous tenir au courant des spécifications techniques de ce nouveau Coronapass. L'enjeu est de taille, notamment en raison de l'obligation d'en disposer pour avoir accès aux hôtels du pays.

## 3. Denemarken

### a. Certificat vert numérique et coronapas

Le coronapas, passeport corona, est déjà au centre de la stratégie de déconfinement danoise. Il est obligatoire pour les écoliers de plus de 16 ans, pour se rendre au restaurant et au café (désormais sans réservation), pour se rendre chez le coiffeur, aller au stade de football ou aller au cinéma...

Le Danemark applique les mêmes critères pour son passeport corona national que pour le futur certificat vert numérique (vaccination, test négatif de 72 h ou test positif de 2 à 12 semaines). L'accès aux centres de dépistage est aisé et les tests y sont gratuits, aussi bien pour des tests PCR qu'antigéniques.

Le coronapas danois est actuellement disponible via le dossier médical déjà en ligne, sur Sundhed.dk et son application mobile générique. Il est disponible au format .pdf en danois/anglais/français et est imprimable (même s'il est possible de le présenter sur un appareil électronique). Une application dédiée est en cours de développement par la société Netcompany et devrait être mise en service mi-mai.



### b. Voyages vers le Danemark

Depuis le 1er mai, les résidents danois et ceux de l'Union européenne/espace Schengen qui peuvent prouver une vaccination « complète » (dernière injection au plus tard 14 jours et au plus tôt 180 jours avant le départ ; la vaccination doit avoir été réalisée dans l'Union européenne/espace Schengen avec un produit homologué par l'Agence européenne des médicaments) ne sont plus tenus ni d'avoir une raison valable, ni de se faire dépister avant leur départ depuis une zone jaune ou orange et à leur arrivée au Danemark. Ils sont également exemptés de la quarantaine de 10 jours.

Les personnes vaccinées sont bel et bien "privilégiées". Le certificat de vaccination doit comprendre : le nom, la date de naissance, "vacciné contre...", le nom du vaccin, le stade de la vaccination, la date de vaccination (les deux dates quand il s'agit d'un vaccin à deux injections). La forme de ce certificat n'est toutefois pas précisée.

Les mineurs voyageant avec un parent vacciné sont aussi exemptés des tests et de la quarantaine. Les enfants de 15 à 17 ans accompagnant un parent vacciné doivent présenter un test à l'embarquement (en cas de voyage par avion) et se faire dépister dans les 24 h après leur arrivée au Danemark.

Pour les personnes non vaccinées, il faut toujours avoir une raison essentielle, se faire dépister avant le départ (48 h) et à l'arrivée, et respecter la quarantaine de 10 jours (qui peut être écourtée après un test PCR au quatrième jour). Dès le 14 mai, selon le calendrier actuel, les personnes non vaccinées pourront aussi voyager vers le Danemark sans "raison essentielle", tout en respectant les autres règles (tests et quarantaine).

### c. Voyage vers l'étranger

Les Danois ont toujours été autorisés à quitter le territoire pour voyager. Pour le retour, les mêmes règles s'appliquent aux danois (ou résidents dans le pays) qui voyagent par avion qu'aux voyageurs étrangers : test 48 h avant le retour, test à l'arrivée, et quarantaine. Les danois (ou résidents dans le pays) qui rentrent dans le pays par un autre moyen de transport (voiture, train...) sont dispensés du test 48 h avant le retour.

Voici les recommandations en fonction des zones dans lesquelles le voyageur se rend :

- Jaune : soyez prudent.
- Orange : les voyages non essentiels sont déconseillés.
- Rouge : tout voyage est déconseillé.

### d. Certificat de guérison

Au Danemark, il n'est pas question de prouver sa guérison, plutôt de prouver que l'on a déjà été contaminé. Pour ce faire, il faut être en possession d'un résultat de test positif qui date d'au moins 2 semaines et qui ne soit pas plus vieux que 12 semaines (3 mois donc). Pour l'obtention du passeport corona, ce test positif est mis au même niveau qu'un test négatif (de maximum 72 h) et que la vaccination.

### e. Fin du passeport corona

Dans l'accord de déconfinement, et dans la communication générale des autorités, il est question d'évaluer en août les conséquences de la fin de la campagne de vaccination sur l'utilisation du passeport corona pour les activités autres que le tourisme et le voyage. Cette évaluation pourrait arriver plus tard que prévu en raison du ralentissement de la campagne de vaccination (arrêt de la vaccination avec Vaxzevria et Johnson&Johnson).

Une première évaluation de l'utilisation du passeport aura cependant lieu durant les mois de mai et juin. Des adaptations seront éventuellement faites si nécessaire.

L'utilisation massive de tests, élément essentiel du déconfinement, déclinera au fur et à mesure que la campagne de vaccination progressera. Il est peu probable que le dépistage reste gratuit lorsque la campagne de vaccination sera arrivée à son terme.

## 4. Duitsland (recentere update)

Wetenschappelijke studies overtuigen STIKO en RKI: volledig gevaccineerde mensen zijn minder besmettelijk en inderdaad minder besmettelijk dan wie een vals negatieve sneltest heeft en statistische modellen suggereren dat Duitsland kan versoepelen zonder dat de gezondheidssector overbelast geraakt. In Duitsland is de klik bijgevolg gemaakt: gevaccineerden moeten meer vrijheden



terugkrijgen, in de eerste plaats die vrijheden die mensen-met-negatieve-test nu ook al krijgen. Het federaal parlement heeft twee weken geleden een wet goedgekeurd, terwijl veel deelstaten de sprong zelf al gemaakt hebben. Ook voor wie genezen is, liggen versoepelingen in het verschiet. Het debat in Duitsland is sowieso erg gefocust op grondrechten – versoepelingen als rechten in plaats van vóórrechten – en is impliciet gebaseerd op het feit dat verstrekkingen in Duitsland gerechtvaardigd werden door de (over)belasting van het ziekenhuissysteem.

Net zoals in België vraagt men zich in Duitsland af of gevaccineerden meer vrijheden kunnen en/of moeten (terug)krijgen. Hieronder een stand van zaken: context, de argumenten die doorwegen in het Duitse debat, een overzicht van de laatste wijzigingen in het federale beleid, een overzicht per deelstaat en opmerkingen over het Digital Green Certificate.

#### a. Context

In Duitsland is 8,0% van de bevolking volledig gevaccineerd; nog eens 20,2% kregen reeds een eerste spuit. Het gaat om mensen die om één of andere reden (leeftijd, beroep, vooraandoening) voorrang hebben gekregen voor vaccinatie. Ook op dit moment en in de rest van de maand mei worden nog prioritaire groepen gevaccineerd: ouderen (60+) en zij die een onderliggende aandoening hebben (bv. astma).

Ondertussen is echter beslist dat vaccins vanaf ten laatste juni vrij beschikbaar zullen zijn voor de algemene bevolking. In praktijk betekent dat om het even wie een afspraak zal kunnen maken, maar natuurlijk betekent dat niet dat iedereen onmiddellijk gevaccineerd zal zijn: men verwacht dat in praktijk elke volwassene die dat wenst, tegen het einde van de zomer een afspraak zal hebben gehad.

Omwillen van de stijgende vaccinatiegraad wint het debat rond rechten voor gevaccineerden (en zij die reeds genezen zijn) aan belang.

#### b. Argumenten

Enkele belangrijke terugkerende overwegingen in het debat zijn de volgende:

Rechten, geen voorrechten. Uitgangspunt zijn de rechten en vrijheden die mensen hebben in gewone tijden en die gegarandeerd worden door de grondwet. Het zijn de coronamaatregelen die als uitzonderlijk moeten worden beschouwd; het is de inperking van deze grondwettelijke vrijheden die argumenten vraagt. In zoverre gaat het hier over rechten van individuen, veeleer dan over voorrechten. In zoverre kan het argumentatieve uitgangspunt ook niet zijn “mogen mensen X doen?” maar “is er nog een proportionele reden om mensen deze vrijheden te ontzeggen?” Over dat proportionele hieronder nog meer.

Gelijkheid. Tegelijkertijd speelt de vraag van gelijkheid. Als alle mensen gelijke kansen moeten hebben om hun rechten uit te oefenen, en als rechten maar kunnen worden uitgeoefend door wie gevaccineerd is, is de logische vraag of het kan dat mensen nog geen vaccinatieaanbod krijgen op het moment dat hun rechten hieraan gekoppeld worden.

Écht gelijke kansen. Overweging die ook steeds terugkeert in het debat, is de feitelijke gelijke uitoefening van kansen. Dit is een vraag rond sociale gelijkheid: wanneer vaccins vrij ter beschikking komen volgens eerst-komt-eerst-maalt, vreest men dat vooral mensen met groot sociaal kapitaal erin zullen slagen als eerste gevaccineerd te raken. Vraag is dus hoe men ervoor zorgt dat vaccineren zo laagdrempelig en (sociaal) eerlijk mogelijk verloopt. Gerelateerde vraag is hoe men moeilijk bereikbare doelgroepen, in het bijzonder de kwetsbare doelgroepen, toch kan bereiken.

Gevaccineerd, genezen, getest. Men heeft, naar de beste wetenschappelijke kennis, minder risico op infectie krijgen/doorgeven wanneer men reeds een besmetting heeft doorstaan; wanneer men gevaccineerd is (volledig óf deels); wanneer men recent een coronatest heeft gedaan (PCR, snel-, ófzelftest). Deze opties komen bovenop een reeks andere voorzorgsmaatregelen die men kan nemen, zoals handenwassen, verluchten, afstand houden en maskers dragen. Voor geen van deze elementen is precies duidelijk hoeveel ze het risico verminderen op besmet raken, ernstig verloop (acute of op lange termijn) van ziekte of dood, en op anderen besmetten. Voor geen van deze elementen is precies duidelijk in hoeverre bescherming afhangt van de virusvariant. Toch zijn er enkele onvolledige studies en datapunten beschikbaar. Vraag is dus of, op basis van de best mogelijke wetenschappelijke inschatting, (volledig) gevaccineerde mensen, genezen mensen en recent geteste mensen allemaal op dezelfde manier kunnen/moeten worden behandeld.

Hoeveel risico is aanvaardbaar? Ook de erkenning dat er waarschijnlijk geen nulrisico bestaat, sluit aan bij bovenstaande punt. Aangezien een nulrisico illusoir is, wordt de vraag: hoeveel risico is aanvaardbaar?



Proportionaliteit: In de logica der zaken kan de vraag “hoeveel risico is aanvaardbaar?” geen puur epidemiologische vraag zijn (“te minder risico te beter”) maar stelt zich precies hier opnieuw de vraag naar de proportionaliteit van de vrijheidsinperking: wanneer het risico verhoudingsgewijs laag is, wordt de vrijheidsinperking verhoudingsgewijs onverdedigbaar.

Doel maatregelen: De Duitse vrijheidsinperkingen zijn er in de eerste plaats op gericht een overbelasting – en eventuele instorting – van de medische zorg te vermijden. Dit is de verantwoording voor de meeste maatregelen. Het gaat dus niet om, bijvoorbeeld, een nulstrategie die mikt op de facto uitroeiing van het virus in het land of dergelijke.

Softenerslachtoffers. Geen deel van het publieke debat, maar toch het vermelden waard: er is een apart ethisch advies uitgereikt dat stelt dat slachtoffer van Contergan/Softeneron ethisch recht hebben op vrije keuze vaccin, ook al is er geen bekend verhoogd risico op bijwerkingen zoals bloedklonters, omwille van het zware letsel dat zij hebben opgelopen door een medicijn in het verleden.

#### c. Wetenschappelijke inzichten over verminderde besmettelijkheid gevaccineerden

Volledig gevaccineerde mensen zijn minder besmettelijk. Het STIKO – Ständige Impfkommission, de Permanente Vaccinatiecommissie – heeft een advies uitgebracht, ook gepubliceerd door het RKI, dat stelt dat “op basis van de tot nu toe beschikbare gegevens kan worden aangenomen dat volledig gevaccineerde mensen veel minder viruspartikels uitscheiden en dat het overdrachtsrisico daardoor verminderd. Desondanks moet men ervan uitgaan, dat mensen na blootstelling ook na vaccinatie symptomatisch of asymptomatisch besmet kunnen worden en daarbij SARSCoV-2 uitscheiden (zoals blijkt uit PCR-testen). Bijgevolg raadt het STIKO aan dat ook na vaccinatie de algemeen aanbevolen voorzorgsmaatregelen (maskers voor dagelijks gebruik, hygiënevoorschriften, afstand, verluchting) verder te respecteren.”

Aan het huidige vaccinatietempo kunnen we versoepelen zonder dat ziekenhuis overbelast geraken. Daarbij komt een zeer gedetailleerde modellering van het RKI, waaruit blijkt dat versoepelingen – gezien de huidige ontwikkelingen van zowel epidemie als vaccinatiecampagne – gradueel mogelijk zijn tussen mei en de late zomer, zonder dat het gezondheidssysteem overbelast geraakt. Met name relevant omdat de Duitse vrijheidsinperkingen verantwoord worden met het idee dat de ziekenzorg niet mag instorten.

Cruciaal is ten slotte dat het RKI gesteld heeft dat gevaccineerde mensen veiliger zijn dan asymptomatische zieken met vals negatieve sneltest. Nog een volledige vaccinatie minstens twee weken geleden, noch een negatieve sneltest geven volledige garantie dat men niemand anders kan besmetten. Op basis van verschillende wetenschappelijke studies („Cochrane Database of Systematic Reviews“, 2021, DOI: 10.1002/14651858.CD013705.pub2; medRxiv (2021; DOI: 10.1101/2021.02.06.21251283) concludeert het RKI dat volledig gevaccineerden echter waarschijnlijk minder besmettelijk zijn dan wie een vals negatieve sneltest heeft.

#### d. Duits federaal beleid

Bovenstaande elementen komen tot uiting in een levendig publiek en politiek debat. In Duitsland leeft immers een acuut besef van grondwettelijke vrijheden; een sterke zin voor “verrechtelijking” (alles moet juridisch gekaderd én onderbouwd zijn); en, in tandem met die focus op rechtelijke basis voor beslissingen, een focus op de wetenschappelijke stand van zaken, die immers de rechtsbasis moeten vormen voor besluiten. De Duitse politiek is bovendien omringd door een aantal hoog aangeschreven instellingen die het beleid mee vormgeven, waaronder het RKI (monitoring epidemie, varianten, epidemiologische adviezen), PEI, (monitoring en adviezen rond vaccins en geneesmiddelen), Ethiekraad (adviezen rond ethische kwesties), ...

Het Duitse beleid rond vrijheden voor gevaccineerden kende volgende evoluties:

Reeds in februari vaardigde de Ethiekraad een eerste ad hoc advies uit voor vrijheden van gevaccineerden. De Ethiekraad stelde toen dat:

- Ingrijpende beperkingen verdedigbaar zijn in zoverre het gezondheidssysteem dreigt overbelast te raken.
- Een vroegtijdige individuele terugval van vrijheden aan gevaccineerden zou maar verantwoord zijn als vaststaat dat zij het virus ook niet meer kunnen verspreiden (= zelf niet meer zwaar ziek worden is dus niet voldoende). Nota bene: ondertussen lijkt in Duitsland de wetenschappelijke consensus te zijn dat vaccinatie inderdaad het risico of anderen infecteren ook vermindert.
- Minder ingrijpende maatregelen zoals maskerplicht en afstandsmaatregelen kunnen daarentegen ook voor gevaccineerden als proportioneel worden beschouwd.



- Belangrijk is ook het vrije recht om contracten af te sluiten en engagementen aan te gaan. Dat betekent dat het mensen en bedrijven in principe vrij staan hun diensten te beperken tot bijvoorbeeld hen die gevaccineerd zijn. Uitzonderingen hierop zijn mogelijk voor zaken die cruciaal zijn voor een gelijke basisdeelname aan het openbare leven.
- Aan gevaccineerden kunnen geen speciale openbare of werkgerelateerde verplichtingen worden opgelegd, aangezien dit mensen zou kunnen demotiveren zich te laten vaccineren.
- Ook wanneer vrijheden nog niet algemeen worden teruggegeven [bijvoorbeeld omdat – op dat moment – nog niet duidelijk was of gevaccineerden minder besmettelijk zijn], kunnen zij reeds worden teruggegeven voor gevaccineerde mensen die in pleeg- en zorginstellingen wonen (bijvoorbeeld bezoek- en contactmogelijkheden).

Sinds sneltesten en zelftesten-met-officieel-attest (zie MM2021/0513 van 23/04/2021) wijd beschikbaar zijn, waren in veel deelstaten versoepelingsstrategieën begonnen waarbij enkel mensen met negatieve test niet ouder dan 24u toegang konden krijgen tot bepaalde zaken (in Berlijn op dit moment bijvoorbeeld niet-essentiële winkels, maar ook de zoo, nochtans in buitenlucht).

Een ontwerp van wet werd op 07/05/2021 door de Bundestag en de Bundesrat goedgekeurd.

Volgens deze wet, zijn voor volledig gevaccineerde en herstelde mensen de Coronaregels in Duitsland versoepeld.

Deze voorziet in:

- Gevaccineerde en herstelde mensen worden op een gelijke rechtsbasis geplaatst als mensen die negatief getest zijn.  
Dit betekent dat bezoek aan de kapper, winkels, dierentuinen, enz. weer mogelijk is zonder voorafgaande test. Momenteel kunnen in sommige Bundesländer niet-essentiële bedrijven (zoals modezaken of kappers) alleen worden bezocht met een negatieve test. Inwoners kunnen zich 1 of 2 keer per week gratis laten testen.
- Volgens de wet zijn de contactbeperkingen aanzienlijk versoepeld of mogen er zelfs geen contact- en uitgangsbeperkingen meer zijn. Gevaccineerde en herstelde mensen kunnen andere gevaccineerde mensen ontmoeten en worden niet meegerekend bij het ontmoeten van ongevaccineerde mensen in de familie- of vriendenkring.
- Bovendien zijn de beperkingen op het uitgaan voor de betrokken personen opgeheven.
- Na het reizen zouden zij niet in quarantaine hoeven - tenzij zij uit een gebied met een virusvariant komen.
- Bovendien worden de regels voor sport versoepeld. De beperking dat "individuele sporten zonder enig contact alleen, met z'n tweeën of met leden van het eigen gezin mogen worden beoefend" worden opgeheven voor gevaccineerde en herstelde personen

Motivering: Fundamentele rechten moeten worden teruggegeven zodra de rechtvaardiging voor de beperking ervan niet meer bestaat. Indien het risico op overdracht van het virus bij volledig gevaccineerde en herstelde personen sterk is verminderd, moet daarmee bij de maatregelen rekening worden gehouden. Bovendien zou het vanuit het oogpunt van het gelijkheidsbeginsel niet gerechtvaardig zijn gevaccineerden en niet-gevaccineerden gelijk te behandelen (indien zij geen certificaat overleggen waaruit blijkt dat zij gevaccineerd zijn of een negatief testresultaat of een herstel van Covid hebben), aangezien zij zich in objectief verschillende situaties bevinden.

De verplichting om op bepaalde plaatsen een masker te dragen en de afstandsplicht in openbare ruimten blijven echter van toepassing.

De nieuwe voorschriften hebben geen betrekking op HORECA, waarvoor een specifieke wetgeving bestaat.

Daarnaast is er de vraag van de andere vrijheden. Op dit moment zijn er immers een heel aantal zaken verboden – denk aan theatervoorstellingen, festivals, toeristische hotelovernachtingen, 's avonds in groep de straat op – die verboden zijn zelfs als men een negatieve test kan voorleggen. Een gelijkstelling van gevaccineerden aan getesten zou dus een aantal vrijheden teruggeven, maar niet alle vrijheden. Voorlopig lijkt het erop dat men in de eerste plaats die vrijheden zou terugkrijgen die getesten ook krijgen, met daarenboven enkele zeer 'individuele' vrijheden (zoals vrijwaring van de avondklok, ontmoetingen in de privésfeer – gevaccineerden zouden niet meer meetellen voor het toegelaten aantal bezoekers). Over andere rechten die samenhangen met organisatorische beslissingen, zoals festivals of hotelovernachtingen, bestaat meer terughoudendheid. Er zijn ook hier juridische bekommernissen; tegen het einde van de week zou er meer duidelijkheid moeten zijn. Maskerplicht en afstand blijven wel.



Reizen. Wat reizen betreft, zullen gevaccineerden waarschijnlijk worden vrijgesteld van de verplichte quarantaine (nota bene: eigenlijk deelstaatmaterie, dus de Bond kan hoogstens een politiek akkoord overeenkomen) – met naar verwachting een uitzondering, en dus nog steeds verplichte quarantaine, voor wie uit virusmutatiegebied terugkeert. Een volledige vaccinatie zou ook een negatieve test bij vliegreizen vervangen. Spahn sprak zich daarnaast positief uit over het idee dat toeristische reizen naar Europa vanuit derde landen terug mogelijk zouden worden, bijvoorbeeld voor personen die zijn gevaccineerd met een in de EU erkend vaccin. Of andere vaccins ook aanvaard zouden kunnen worden, moet bekijken worden. Spahn hoopt bovendien dat tegen eind juni een digitale vaccinatiecertificaat voor heel de EU in werking zal zijn.

Politiek wordt het voorstel algemeen goed onthaald. Het tij is duidelijk gekeerd. Partijen leggen eigen accenten. Binnen regeringspartij CDU zijn er nog stemmen dat de nieuwe wetgeving alleen aanvaardbaar zou zijn als ook restaurant- en theaterbezoeken terug mogelijk worden; CSU vraagt dan weer dat horeca- en cultuuropeningen mogelijk moeten zijn waar de incidentie onder 100 nieuwinfecties/100.000/7 ligt. Terughoudendheid bij SPD die zich afvraagt hoe dan te controleren valt dat enkel gevaccineerden aanwezig zijn. Grünen zijn principieel te vinden in de voorstellen maar vragen enkele juridische preciseringen. Die Linkse Minister-President van Thüringen Ramelow vindt de plannen ‘onduidelijk en verwarring’. Het liberale FDP vraagt verregaandere vrijheden.

... en in praktijk de deelstaten voorop. Zoals wel vaker het geval is in Duitsland, wachten veel deelstaten niet tot de oefening gemaakt wordt op federaal niveau: zij zijn al begonnen, op verschillende manieren, om meer rechten toe te kennen aan gevaccineerden. In veel opzichten zal de beslissing van de Bond dus eerder harmoniseren dan vooruitstreven.

#### e. Overzicht van de vrijheden die deelstaten nu al toekennen aan volledig gevaccineerde

- **Baden-Wuerttemberg** – Na inreis enkel quarantaine voor wie uit virusmutatiegebied komt. Geen testplicht meer voor kapper, voetverzorging, zoo of botanische tuinen. Als meer dan 90% van de inwoners van een zorg- of pleeginstelling gevaccineerd zijn, terug meer dan twee bezoekers en gemeenschappelijke ruimtes open. Geen quarantaine meer bij risicocontact voor wie geen symptomen heeft.
- **Beieren** – Na inreis enkel quarantaine voor wie uit virusmutatiegebied komt en/of symptomen heeft. Verder dezelfde rechten als wie een negatieve test voorlegt, o.a. winkelen in niet-essentiële winkels. Geen quarantaine meer bij risicocontact, met eventueel een uitzondering voor kwetsbare groepen.
- **Berlijn** - Gevaccineerde, herstellende en geteste mensen worden gelijk behandeld. Verder geen quarantaine meer bij risicocontact – maar aparte regels voor personeel in ziekenhuizen, medische praktijken en zorginstellingen, inclusief ambulante zorg.
- **Brandenburg** – Gevaccineerde en geteste mensen worden gelijk behandeld – in zoverre het gaat om een EU-goedgekeurd vaccin (lees: gen Sputnik V). Na inreis uit hoge-incidentiegebied geen quarantaine als men negatieve test voorlegt. Sowieso quarantaine voor wie uit virusmutatiegebied komt.
- **Bremen** - Wat geldt tot nu toe: Geen quarantaineverplichting voor gevaccineerde personen (behalve in klinieken en zorginstellingen); bezoek aan de dierentuin van Bremerhaven toegelaten. Volledige gelijkstelling getesten en gevaccineerden in de stijgers.
- **Hamburg** – Géén deelstatelijke versoepelingen – men wacht dus op de federale regels. Enige uitzondering: bewoners van verpleeghuizen kunnen elkaar bijvoorbeeld weer zonder masker en zonder minimale afstand ontmoeten en moeten niet meer systematisch getest worden.
- **Hessen** - Gevaccineerde en geteste mensen worden gelijk behandeld.
- **Mecklenburg-Voor-Pommeren** - Gevaccineerde en geteste mensen worden vanaf zaterdag gelijk behandeld.
- **Nedersaksen** - Gevaccineerde en geteste mensen worden gelijk behandeld.
- **Noordrijn-Westfalen** – Vanaf maandag (10/5) zullen gevaccineerde, geteste én genezen mensen gelijk behandeld worden.
- **Rijnland-Palts** - Gevaccineerde en geteste mensen worden gelijk behandeld, met de nadrukkelijke bepaling dat dit ook geldt bij hoge incidenties. Vrijstelling van test- en quarantaineplicht voor reizigers uit risicogebied.
- **Saarland** – Vanaf maandag zullen gevaccineerde, geteste én genezen mensen gelijk behandeld worden. Uitzonderingen op quarantaine bij risicocontact worden voorbereid. Quarantaine na bezoek aan virusmutatiegebied zal verplicht blijven. De testplicht bij pleeginstellingen wordt verminderd naar eens per twee weken als minstens 90% van bewoners gevaccineerd óf genezen is. Wie er werkt en gevaccineerd óf genezen is, moet zich één nog maar één keer per week laten testen.



- **Sachsen** – Plannen om gevaccineerden en geteste mensen vanaf maandag (10/5) gelijk te stellen.
- **Sachsen-Anhalt** – Gevaccineerde en geteste mensen worden gelijk behandeld.
- **Sleeswijk-Holstein** - Plannen om gevaccineerden en geteste mensen gelijk te stellen.
- **Thüringen** - Plannen om gevaccineerde, genezen en geteste mensen gelijk te stellen vanaf volgende woensdag (13/5).

#### f. Erkenning vaccinatiecertificaten van derde landen

Côté affaires étrangères, Direction affaires européennes, on nous indique que « Berlin est un bon élève européen » et mise donc sur une solution européenne.

On se réjouit que le projet de règlement pour le ‘digital green certificate’ ou EU COVID certificate prévoit la possibilité de reconnaître les certificats d’Etats tiers, ainsi que des vaccins actuellement non reconnus par l’EMA – notamment ceux reconnus sur base de la directive 2001/83 (situation d’exception) ou l’OMS. Si l’institut Paul Ehrlich, institut allemand compétent pour la reconnaissance des vaccins, suit aujourd’hui les recommandations d’EMA on n’exclut pas que certains producteurs de vaccins n’aient pas d’intérêt à introduire une procédure auprès de l’EMA, et qu’il soit pertinent à l’avenir de les accepter. Dans ces cas précis, cette flexibilité pour être utile. L’article 7a est un article important. (interlocuteur évoque également les analyses en cours, sur initiative propre, par l’EMA, des vaccins chinois et russes ?)

Si cette ouverture/flexibilité est importante pour Berlin, l’unité européenne l’est tout autant : on ne souhaite donc pas que chaque Etat membre prenne – maintenant – des décisions unilatérales, et on espère une solution coordonnée. Notons que Berlin n’exclut toujours pas qu’il soit nécessaire de retomber sur des recommandations du Conseil en cas de négociations trop difficiles avec le PE.

Interlocuteur ajoute que ce débat-ci est étroitement lié à la révision de la recommandation 912/2020 concernant les conditions auxquelles l’UE est accessible aux pays tiers. Elle est également importante si on se base sur les droits qui vont être octroyés aux personnes vaccinées en Allemagne.

Du côté des services bilatéraux, on nous répond ne pas être intéressé par une coordination bilatérale sur ce sujet. Nous ne sommes pas le premier EM à évoquer cette question, et ils ne souhaitent pas entrer dans ce débat. Ils ajoutent que la question est « complexe au sein du gouvernement ».

### 5. Estland

Estland levert sinds verleden week digitale vaccinatiecertificaten af. Volgende week volgen eveneens de digitale test- en genezingscertificaten. Allen zijn compatibel met het EU Digital Green Certificate. Men werkt momenteel aan de integratie met de EU gateway. Men hoopt dit in juni rond te hebben. De EE regering besliste om deze certificaten enkel voor reisdoeleinden te gebruiken om discriminatie ten aanzien van de jongere bevolking te vermijden. Eenmaal ook zij ingeënt zijn, zal men bekijken of de certificaten ook hun nut hebben voor binnenlands gebruik (concerten, restaurantbezoek, etc.). Gesprekspartner verwacht deze discussie ten vroegste in augustus.

### 6. Finland

In Finland test men momenteel het digitaal vaccinatiecertificaat om het tegen eind mei te kunnen uitrollen. Integratie met de EU gateway volgt in juni/juli. Momenteel aanvaardt FI enkel een test- of genezingscertificaat om vrijgesteld te worden van de verplichte tests bij het inreizen. In juni zal daar ook het vaccinatiecertificaat bijkomen. In FI zullen dus de drie certificaten geïntegreerd worden in het EU Digital Green Certificate. De FI regering wil de certificaten momenteel enkel gebruiken om het reizen te faciliteren en niet om de binnenlandse versoepelingen te omkaderen.

### 7. Griekenland

#### a. Mise en œuvre au niveau national : existence d'un certificat national

La Grèce délivre déjà un certificat national de vaccination (indiquant que son détenteur a été délivré vacciné en Grèce) après la deuxième injection. Ce dernier indique la date des deux injections, le type (et le lot) du vaccin injecté. A priori, ce dernier ne confère de droits qu’en ce qui concerne l’accès au territoire national. Pour le reste, la Grèce attend l’adoption du certificat vert européen (également pour les tests PCR et certificats de guérison/anticorps).

#### b. Intégration des certificats dans la stratégie de déconfinement nationale



Dans l'immédiat, le certificat de vaccination ne figure pas parmi les instruments du déconfinement progressif en Grèce mais jouera un rôle dans la réouverture des frontières en vue de la saison touristique 2021. La Grèce entend principalement fluidifier les déplacements à destination de son territoire afin d'attirer un maximum de touristes. Il n'y a pas eu de déclarations quant à d'autres usages éventuels du certificat par le secteur privé.

Seuls les voyageurs en provenance de l'UE, des Etats membres de Schengen, ainsi que du Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande, Corée, Thaïlande, Rwanda, Singapour, EAU, Russie, Serbie, USA et Israël peuvent accéder au territoire grec pour des raisons non-essentielles. Depuis le 19 avril, tout certificat de vaccination complète (deux semaines après l'administration de la dernière dose) émis par les autorités publiques des pays précités permet d'accéder au territoire national sans devoir présenter de test PCR négatif ni faire de quarantaine.

Les vaccins reconnus sont les suivants : Pfizer BioNTech, Moderna, Astra Zeneca/Oxford, Novavax, Johnson + Johnson/Janssen, Sinovac Biotech, Gamaleya (Sputnik), Cansino Biologics, Sinopharm.

## **8. Hongarje**

### **a. Débats au sein de l'UE : inquiétude par rapport à la discrimination en matière de vaccins et imprédicibilité.**

La HU était satisfaite de l'accord trouvé au Conseil sur la non-discrimination en matière de vaccins. Budapest craint cependant que le débat avec le Parlement européen mette à mal cet accord. La HU a respecté tous les règlements européens en reconnaissant certains vaccins sur la base de la clause d'urgence et estime qu'il ne serait pas acceptable que les Hongrois soient entravés dans leur liberté de circulation sur cette base-là. Budapest estime qu'il y a encore beaucoup d'incertitudes et veut éviter à tout prix que des ressortissants des pays tiers soient à l'avenir autorisés à entrer dans certains États membres quand certains Hongrois ne le seraient pas. Cette imprédicibilité pose problème.

### **b. Mise en œuvre au niveau national : aucune avancée concrète.**

Budapest met la priorité sur la vaccination et le retour à la normale au niveau national ainsi que sur le « certificat d'immunité » hongrois. Celui-ci prend la forme d'une carte de type carte d'identité, dispose d'un code QR, et s'accompagne d'une application qui peut être utilisée pour en vérifier la validité. C'est sur la base de ce système que les DGC devront être mis en œuvre.

### **c. Intégration des certificats dans la stratégie de déconfinement nationale : rien de prévu à ce jour.**

La priorité est toujours de déconfiner la population locale sur la base des « certificats d'immunité » hongrois. Ce dernier est déjà en fonction et permet depuis le début du mois de bénéficier des certaines prérogatives liées au déconfinement (accès aux restaurants et cafés, aux salles de spectacles et de sport, etc.)

### **d. Mention de la guérison de la COVID-19 dans le certificat : aucune décision mais pas d'objection a priori.**

Le « certificat d'immunité » hongrois mentionne déjà cet élément. Il serait donc illogique, selon notre interlocuteur, que cette option ne soit pas mise en œuvre pour les DGC au niveau hongrois.

## **9. Ierland**

Il n'y a 'rien de spécial (ou de nouveau) à signaler, IE participe aux discussions sur le Digital Green Certificate'. Aucune date n'a été fixée pour le lancement de ce certificat en IE. La reprise des voyages internationaux non-essentiels n'est toujours pas à l'ordre du jour. Il y a en outre de sérieuses limitations aux voyages essentiels intra-UE à cause du système de quarantaine hôtelière obligatoire (MHQ pour 'Mandatory Hotel Quarantine') dans lequel la BE a été inclue depuis le 15/04 en même temps que la FR, IT et LU, après l'AT.

Le Secrétaire d'Etat Ossian Smyth, en charge du e-gouvernement et des marchés publics, a cependant déclaré le 02/05 à la presse ([The Independent.ie](#)) que l'Irlande avait 'un rôle de leader en Europe dans le développement de ce certificat digital' et bien qu'aucune date n'ait été fixée pour son lancement dans le pays, le projet serait avancé au niveau technique : selon ces déclarations, un système pilote est testé depuis environ 2 mois sur des travailleurs du secteur de la santé ; chaque personne vaccinée pourra y avoir accès sous forme digitale et papier. Il sera accessible via une plateforme gouvernementale en ligne (le certificat pourra être downloadé directement sur un téléphone mobile) ou pourra être envoyé comme document au titulaire.

## **10. Italië**

### **a. Italië voert midden mei een eigen certificaat in in afwachting van het Europese**



In zijn toespraak op de persconferentie ter afsluiting van de G20 Ministeriële Toerisme die op 4/5 plaatsvond in Rome, liet PM Draghi er geen twijfel over bestaan: hij wil Italië zo snel mogelijk actief gaan promoten als bestemming voor buitenlandse toeristen: "de tijd is rijp om uw vakantie in Italië te boeken. Wij zullen u vol ongeduld ontvangen!". Italië wil dus niet wachten op de in gebruik name van het Europese certificaat, maar lanceert, zoals u in eerdere verslaggeving kon lezen, vanaf half mei haar eigen groene certificaat.

Onze gesprekspartners bij het Farnesina en het Min. van Gezondheid waren niet bereikbaar voor informatie over de in UM gestelde vragen. Maar in het Decreet van 22/4 (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/04/22/21G00064/sg>) over de heropening van Italië, en waarin beslist wordt een nationaal certificaat te creëren (MM 0462), vinden we onderstaande elementen van antwoord. Een nieuwe ordonnantie van de Minister van Gezondheid wordt eerstdaags verwacht waarin de maatregelen betreffende reizen zullen worden aangepast aan het in gebruik nemen van de nationale digitale pas en het aanvaarden van gelijkaardige certificaten van EU en derde landen vanaf midden mei.

#### b. Status

Vanaf midden mei zal een nationaal certificaat in werking treden voor verplaatsingen tussen risicoregio's in Italië (oranje en rood), dat gebruikt zal worden tot aan de creatie van het Europese certificaat. Dit nationale certificaat maakt gebruik van gegevens op een digitaal platform dat interoperabel zal zijn met het Europese systeem. Dit certificaat zal worden afgeleverd op basis van een volledige vaccinatiecyclus, een bewijs van genezing of een negatieve moleculaire of antigenetest.

#### c. Nationaal beleid ten aanzien van COVID 19 en eventuele exitstrategie

Het Decreet van 21/4 voorziet dat het certificaat zal dienen om reizen tussen risicoregio's mogelijk te maken, maar ook vereist kan worden voor de toegang tot bepaalde evenementen die door het decreet opnieuw worden toegelaten in gele zones, zowel overdekt als in open lucht, met een beperkt publiek (Art. 5, 4)

#### d. Bewijs van genezing

Het bewijs van genezing is één van de gronden op basis waarvan het nationaal certificaat zal worden aangeleverd. Daaruit kan men opmaken dat IT ook voor het Europese certificaat de genezing zal willen laten opnemen.

#### e. Aanvaarden van certificaten van derde landen

Het decreet bepaalt dat certificaten van EU landen aanvaard zullen worden in Italië, zolang ze voldoen aan de voorschriften van het Ministerie van Gezondheid. Ook certificaten van derde landen, die een door de EU erkende vaccinatie betreffen, zullen worden aanvaard.

#### f. Mesures applicables aux voyages vers l'étranger

Les voyages de l'Italie vers les pays à faible risque de contamination ou vers les pays UE sont autorisés, sans obligation de motivation. La liste de ces pays est disponible [ici](#). Pour les pays qui ne sont pas repris dans ces listes, seuls les déplacements pour motifs essentiels sont autorisés. Des restrictions supplémentaires sont applicables aux personnes provenant du Brésil, du Bangladesh, du Sri Lanka et de l'Inde.

### 11. Kroatië

HR heeft weldegelijk de intentie om ook een bewijs van genezing op te nemen als onderdeel van het Digital Green Certificate.

Burgers die vanuit HR naar het buitenland wensen te reizen, worden bij hun terugkeer onderworpen aan dezelfde maatregelen als buitenlanders die naar HR reizen. Deze maatregelen worden uitgelegd op de website van het HR Ministerie van Binnenlandse Zaken en zijn terug te vinden in het Engels via volgende link : <https://mup.gov.hr/uzg-covid/english/286212>.

De pers maakte vandaag ook melding van een akkoord dat HR heeft afgesloten met HU voor de wederzijdse erkenning van elkaars COVID vaccinatie certificaten, ongeacht het soort vaccin dat voor de inenting is gebruikt. Reizigers die een dergelijk bewijs van vaccinatie kunnen voorleggen, zullen tussen de twee landen kunnen reizen zonder dat ze een negatief testresultaat moeten voorleggen of in quarantaine moeten gaan.

HR is ver gevorderd met de implementatie van de technische oplossing voor de uitgifte van de Digital Green Certificates. HR is een van de Lidstaten die met dit project experimenteren met het oog op de ontwikkeling van een nationale oplossing die op EU-niveau interoperabel zal zijn. HR is reeds aangesloten op de EU-gateway en is klaar om zijn technische oplossing te testen met de



oplossingen van andere EU-Lidstaten. Parallel daarmee werkt HR aan de upgrade van de website entercroatia.mup.hr en aan de integratie van de nodige nieuwe functies in het nationale grensbeheersinformatiesysteem (NBMIS). Op de webpagina entercroatia.mup.hr zullen reizigers naar HR hun certificaten als pdf-document kunnen uploaden, dat dan vervolgens automatisch via NBMIS zal worden gevalideerd.

Voorlopig overweegt HR nog niet de Digital Green Certificates te gebruiken voor andere doeleinden dan het vergemakkelijken van internationale reizen.

## **12. Letland**

Le gouvernement letton se montre satisfait des évolutions et des discussions actuelles au niveau UE. Il aimerait cependant certaines évolutions dans les domaines suivants :

- Impliquer dans les discussions davantage l'OMS ainsi que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) ;
- Baser le futur accord sur des études scientifiques qui étudient l'efficacité des vaccins en profondeur.

En ce qui concerne la mise en place d'un système de passeport au niveau national, notre interlocutrice nous affirme qu'une telle décision ne rentre pas dans la stratégie du gouvernement.

## **13. Litouwen**

In Litouwen plant men de introductie van het 'Opportunity Passport' of 'Freedom ID' (als vertaling van het Litouwse Galimybių Pasas) voor binnenlands gebruik op 24 mei, de laatste beslissing hierover dateert van gisteren (5 mei). De Litouwse Minister van Economie, Aušrinė Armonaitė, stelde dat het de bedoeling is dat dit 'Opportunity Passport' geabsorbeerd zal worden door het EU Digital Green Certificate.

Armonaitė gaf verder mee dat gelet op de uitrol van de vaccinatie (momenteel nog altijd maar voor prioritaire groepen), dit een rationeel en efficiënt instrument moet worden dat toelaat om die activiteiten tot nu toe nog altijd beperkt zijn opnieuw toe te laten, met inbegrip van de terugkeer van werknemers naar de werkplaats.

Het 'Opportunity Passport' zal werken op basis van een QR-code via het online gezondheidssysteem (e.sveikata), deze code kan indien nodig ook afgeprint worden.

Wie kan de QR-code krijgen?

- Mensen gevaccineerd met Pfizer/Moderna : 1 week na de 2de dosis
- Mensen gevaccineerd met Johnson & Johnson : 4 weken na vaccinatie (slechts 1 dosis nodig)
- Mensen gevaccineerd met AstraZeneca : 4 weken na 1ste dosis, maar moeten binnen 12 weken de 2de dosis krijgen of verliezen hun QR-code
- Kinderen en mensen die een negatieve COVID-test (PCR) voorleggen niet ouder dan 24 uur.
- Mensen die het virus gehad hebben – hier spreekt men van een maximale geldigheid van 180 dagen na het herstel van de besmetting

Welke voordelen zouden geboden worden aan zij die over de QR-code beschikken?

- Aanwezigheid bij events met een maximum van 500 aanwezigen
- Cafés en restaurants binnenskamers (maar geen discotheken)
- Privé-bijeenkomsten niet langer beperkt tot een bubbeltje van 2 gezinnen zoals het nu is
- In openlucht mag met groepen van 10 personen samengekomen worden (het dubbele van het huidige aantal)

## **14. Malta**

### **a. Statut**

Le Ministre du Tourisme maltais a annoncé que son pays sera parmi les premiers pays à utiliser les certificats de vaccination. Ces certificats, développés par la « Malta Information Technology Agency » (MITA) entreront déjà en vigueur au mois de juin. Ils seront



délivrés 14 jours après l'administration de la deuxième dose de vaccin, seront disponibles aussi bien en format numérique que sur papier et seront valables pour une période de 6 mois.

De plus, Malte a annoncé sa réouverture au tourisme à partir du 1<sup>er</sup> juin pour toutes les personnes vaccinées présentant un passeport vaccinal et pour les personnes non-vaccinées présentant un test négatif effectué dans les 72 heures précédant leur arrivée sur l'île.

**b. Utilisation du certificat dans le cadre de la politique nationale de réouverture**

Le gouvernement maltais a annoncé les différentes étapes de la réouverture des activités sur l'île, mais n'a pas encore donné de précisions sur l'éventuelle utilisation du certificat pour la participation aux différentes activités.

**c. Preuve de la guérison**

L'ouverture au tourisme, prévue à partir du 1<sup>er</sup> juin, concerne, à ce stade, les personnes possédant un certificat de vaccination (2<sup>ème</sup> dose administrée au moins 14 jours avant l'entrée sur le territoire) ou un test Covid négatif effectué 72 heures avant l'arrivée sur le territoire. La preuve de guérison n'a donc pas encore été mentionnée.

**d. Reconnaissance des certificats des pays tiers**

Pour le moment, les personnes provenant de pays de la zone rouge (taux élevé de contamination) n'ayant pas la nationalité maltaise ou leur résidence principale dans le pays ne peuvent pas se rendre à Malte. Toutefois, à partir du 1<sup>er</sup> juin, les personnes vaccinées (deuxième dose administrée au moins 14 jours avant l'entrée sur le territoire) pourront venir à Malte pour des raisons touristiques, selon des modalités encore à définir par le gouvernement maltais.

## 15. Nederland

Op 4 mei 2021 bracht minister de Jonge van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een kamerbrief (bijlage) uit 'Stand van zaken vaccinatiebewijzen'. Het kabinet treft voorbereidingen voor de mogelijke inzet van vaccinatiebewijzen, voor nationale toepassing en in internationaal verband.

**a. Toepassingsgebieden**

Voor de toepassing van vaccinatiebewijzen ziet de minister op dit moment de volgende drie mogelijkheden:

1. Voor inkomende reizigers, als mogelijke vrijstelling op de quarantainepligt of mogelijk de verplichte negatieve test voor reizigers uit hoog-risicogebieden (al dan niet als onderdeel van het DGC).
2. Voor uitgaande reizigers, wanneer zij een vaccinatiebewijs nodig hebben ten behoeve van een internationale reis (al dan niet als onderdeel van het DGC).
3. Binnen Nederland, als alternatief voor een testbewijs indien verplicht voor toegang tot bepaalde activiteiten en voorzieningen in Nederland (gelijkstelling).

Voor de toepassing van vaccinatiebewijzen ziet de minister drie belangrijke criteria:

1. conform de eerder genoemde voorwaarden moet deze medisch verantwoord zijn of wat is het effect van de vaccinatie op de transmissie van het virus. De Gezondheidsraad brengt hierover een advies uit in de week van 17 mei;
2. het moet technisch uitvoerbaar zijn en,
3. de benodigde juridische grondslagen dienen goed te zijn vorm gegeven.

**a. Technische uitvoerbaarheid**

Technische uitvoerbaarheid: de gegevens van mensen die daarvoor toestemming hebben gegeven komen in het COVID19-vaccinatie Informatie en MonitoringsSysteem (CIMS) van het RIVM. Vervolgens vertaalt de website de vaccinatiegegevens in een vaccinatiebewijs. Dit zullen feitelijk twee verschillende QR-codes zijn: een QR-code voor nationaal gebruik (indien ook wordt besloten tot nationale implementatie van het vaccinatiebewijs) en een QR-code voor internationaal reizen. Bij de QR-code voor nationaal gebruik zal niet herleidbaar zijn of sprake is van een test-, vaccinatie- of herstelbewijs. Dit is wel het geval bij de QR-code voor internationaal reizen, zodat voldaan wordt aan de interoperabiliteitseisen conform de eisen die de Europese



verordening aan het DGC stelt. De vaccinatiegegevens die beschikbaar zijn via het CIMS zullen beschikbaar zijn vanaf 1 juni aanstaande.

De QR-code ten behoeve van internationaal reizen zal, vanwege de eisen die de Europese verordening stelt, meer persoonsgegevens bevatten en is daarom privacygevoelig. De verwerking van persoonsgegevens dient veilig en AVG-conform te zijn. In de onderhandelingen over de verordening wordt nog over deze dataset gesproken.

#### b. Juridische grondslagen

De juridische basis voor het uitgeven, verifiëren en accepteren van vaccinatie-, test- en herstelcertificaten wordt geschapen met de Europese verordening. Met een nota van wijziging is aan het nationale wetsvoorstel ‘Tijdelijke wet testbewijzen covid-19’ een grondslag toegevoegd om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur de implementatie van de verordening te regelen. Het ontwerp van deze nota wordt nog deze week aan de Kamer voorgelegd alvorens advies wordt gevraagd aan de Raad van State.

Het wetsvoorstel tot wijziging van de ‘Wet publieke gezondheid’ vanwege de invoering van aanvullende maatregelen voor het internationaal personenverkeer in verband met de bestrijding van de epidemie van covid-19 voorziet er in dat gevaccineerde personen bij ministeriële regeling kunnen worden aangewezen als categorie van personen voor wie de quarantaineplicht en de testverplichting niet geldt.

#### c. Besluitvormingstraject

De minister verwacht dat het kabinet begin juni een besluit kan nemen over het invoeren van vaccinatiebewijzen, op basis van:

- de adviezen van achtereenvolgens de Gezondheidsraad over het effect van vaccinaties op transmissie in de week van 17 mei en een advies van het OMT over de epidemiologische randvoorwaarden voor volledig gevaccineerden op de test- en quarantaineverplichting voor inkomende reizigers eind mei en,
- het grotendeels afgerond zijn van de technische en juridische voorbereidingen. Dit uitgaande van definitieve Europese besluitvorming over het DGC in juni.

### 16. Noorwegen

Premier Solberg hield gisteren over het thema van de Covid Certificaten een persconferentie. **Vanaf vandaag kunnen Noorse staatsburgers, permanente verblijfshouders (P Nummer) en, in principe ook houders van een tijdelijke verblijfsvergunning (D nummer/zoals diplomaten, tijdelijke werknemers) hun COVID status raadplegen via de website of de app van de Noorse gezondheidsautoriteit [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no).** Via deze weg kan de burger dan informatie terugvinden over zijn vaccinatiestatus en over de meeste recente testen. Op dit moment wordt nog weergegeven of men al antistoffen heeft opgebouwd, nadat men besmet is geweest. De burger kan zelf zien of hij van deze informatie een afdruk wenst te maken.

Er is op dit moment nog niet vastgelegd welke rechten of voordelen zijn verbonden met het vertonen van deze gegevens. Ook erkent NO niet de informatie van **vaccinatiecertificaten van buitenlandse oorsprong**. Zij geven reizigers bij aankomst in NO geen voordelen of vergemakkelijkte toegang (Dit in contrast met IJsland, dat inmiddels de grenzen heeft geopend voor reizigers, die kunnen aantonen dat ze ingeënt zijn of reeds antistoffen hebben. De eerste US toeristen zijn op die basis reeds aangekomen). NO is van oordeel dat zowel de buitenlandse, als binnenlandse certificaten, nog onvoldoende veilig en verifieerbaar zijn, dus te kwetsbaar voor vervalsing, om als rechtsbasis voor voordelen te kunnen dienen.

**Tegen begin juni hoopt NO dit certificaat te verbeteren.** Tegen dan zou er info in moeten opgenomen worden over vaccinatie, testen én ook informatie over antistoffen, als gevolg van eerdere besmetting. De applicatie zou tegen dan ook gebruiksvriendelijker moeten gemaakt worden, zodat het gemakkelijker gedownload, geprint en getoond kan worden. NO meent dat het eerder klaar zal zijn met zijn certificaat dan de EU, dat pas tegen einde juni zal verwacht worden. **Het NO certificaat zal maximaal afgestemd worden op het EU certificaat**, zeker wat de toepassing bij grensoverschrijdend verkeer betreft. Indien nodig zal het NO certificaat eind juni nog eens aangepast worden om de afstemming op het EU certificaat te optimaliseren.

Het is nog niet beslist welke rechten en voordelen het certificaat zal geven en ook is er nog geen beslissing vanaf welk moment die voordelen zou moeten gelden, maar wellicht beginnend vanaf begin juni. **De regering denkt er ook aan dat het NO certificaat vanaf begin juni ook al voordelen zou kunnen opleveren voor reizen van en naar de EU/Schengen zone (bvb vrijstelling van quarantaine (hotel)) bij terugkeer.** Binnenlands zou de invoering van het certificaat toegang moeten vergemakkelijken voor publieke evenementen, cruises, groepsreizen. Het zou ook de organisatoren van evenementen moeten toelaten het aantal deelnemers aan evenementen te verhogen, bvb te verdubbelen. Voor dit laatste zal gewerkt worden met een combinatie van



certificaat en sneltesten. Een certificaat zou ook moeten bruikbaar zijn om vrijgesteld te worden van strengere lokale regimes/beperkende maatregelen, zoals die bvb gelden in Oslo.

De regering zal ook zo vlug mogelijk een wetsvoorstel indienen bij het parlement om een wettelijke basis te voorzien voor het invoeren van deze maatregelen.

## 17. Oostenrijk

### a. Approche générale

AT est très favorable à l'introduction du Digital Green Certificate (DGC) européen, le tourisme constituant une importante partie du PIB autrichien. AT a grand espoir que le DGC permettra de sauver la saison touristique estivale et espère qu'un lancement puisse se faire avant le 26 juin.

La ministre AT du Tourisme a lancé une initiative de 12 ministres du Tourisme européens visant à discuter des priorités dans ce domaine. L'idée est de réintroduire au plus vite une liberté de mouvement en Europe pour relancer le tourisme et l'économie.

AT souhaite que le DGC soit disséminé le plus largement possible, non seulement au sein de l'UE 27, mais également avec les pays de la zone Schengen et, si possible, avec des pays tiers. Une discussion au niveau international est la bienvenue, et il est important d'impliquer également d'importants acteurs tels que l'OMS dans ces discussions.

### b. Contenu du DGC

Pour AT, il est essentiel que le DGC puisse être accepté dans le plus grand nombre possible de pays. Il faut que le code QR puisse être reconnu partout, aussi bien sous forme électronique que sous forme papier.

Ce DGC doit être ouvert aux catégories suivantes :

- Personnes vaccinées
- Personnes disposant d'un test PCR négatif récent
- Personnes disposant d'un certificat attestant qu'ils ont eu la COVID-19 et ont des anticorps

### c. Stratégie nationale

Pour AT, chaque Etat-membre doit disposer de la possibilité d'adopter une stratégie propre d'utilisation du DGC sur son sol pour déterminer quels accès il octroie à ses détenteurs, qu'ils soient nationaux ou non.

AT dispose d'ores et déjà de l'infrastructure informatique permettant de l'introduire rapidement, et a déjà lancé les initiatives législatives au niveau du parlement national et compte sur un parachèvement du cadre législatif national d'ici juin. AT espère que des règles similaires seront appliquées dans le plus possible de pays.

AT compte elle-même utiliser largement le DGC au niveau national dans le plus possible de secteurs, notamment pour relancer l'économie et le tourisme.

Le gouvernement a annoncé des mesures de déconfinement à partir du 19.05:

- Ouverture de l'Horeca et du tourisme, du sport et de la culture. Les bars, restaurants, commerces, hôtels, salles de sport, musées et autres lieux culturels pourront rouvrir leurs portes grâce à l'instauration de tests d'entrée ou d'un « passeport vert » (équivalent du Digital Green Certificate). L'obligation de port du masque FFP2 continuera à s'appliquer en intérieur tandis que la fermeture aura lieu à 22h. Les restaurants/bars pourront accueillir, par table, maximum 4 personnes à l'intérieur et 10 personnes à l'extérieur. Des événements rassemblant jusqu'à 3.000 personnes en extérieur et 1.500 en intérieur pourront avoir lieu, avec maximum 50% de la capacité. La pratique du sport sera aussi possible à l'intérieur (également pour les sports d'équipe et de contact), moyennant respect d'une surface de 20m<sup>2</sup>/personne. Les voyageurs étrangers seront les bienvenus en Autriche, moyennant respect des mesures en vigueur. Des obligations de quarantaine sont susceptibles d'être appliquées pour les voyageurs en provenance de zones à risque.
- Selon un rapport de l'agence de presse officielle APA, le « passeport vert » sera introduit en Autriche en 3 étapes. Concrètement, ce "passeport vert" consiste dans un premier temps, à partir du 19 mai, en la preuve qu'on a survécu d'une infection au Covid19 (pas plus de 6 mois), la preuve d'une vaccination (pas plus tôt que 21 jours après la 1ère vaccination) ou un résultat de test négatif (tests antigéniques pas plus vieux que 48h, tests PCR pas plus vieux que 72h). Selon le bureau du chancelier, il est prévu que les différentes épreuves soient regroupées dans un code QR dès que



possible. Toutefois, selon l'APA, cela prendra probablement jusqu'au début du mois de juin. Cette étape sera suivie d'une solution européenne, qui réglementera le tourisme d'été.

AT comprend la position de certains pays qui veulent éviter la discrimination entre les catégories de population. Cependant, AT est également consciente du fait qu'au plus la population sera vaccinée, au plus difficile il sera d'imposer des mesures restrictives de liberté à l'ensemble de la population.

## **18. Polen**

In Polen levert het Ministerie van Gezondheid momenteel enkel een QR-code af aan mensen die volledig gevaccineerd zijn. Er werd reeds een app gelanceerd door het e-Health Centre (een eenheid binnen het Ministerie van Gezondheid) die toelaat om de QR-code te verifiëren.

Momenteel werden geen maatregelen/voordelen aangekondigd waarvan de QR-bezitters zouden kunnen profiteren.

## **19. Portugal**

Status van het " Green certificate" : Portugal, als Voorzitter van de EU zet zich volledig in voor het tot stand komen van dit document in overleg met EU Commissie en de overige EU- instellingen (zoals het Europees Centrum voor Ziektebestrijding). Op het ogenblik verkeert dit echter nog in een testfase en zijn gesprekspartner kon/ wenste derhalve nog geen uitspraak te doen over de status van dit document in Portugal. De toeristische sector staat vanzelfsprekend helemaal achter de gedachte, maar ander entiteiten stellen zich voorzichtiger op ( Volksgezondheid bvb).

Op de vraag welke invloed het "Green Certificate" op het nationaal beleid van Portugal inzake Covid-19 zal hebben kon er nog geen antwoord gegeven worden. Evenmin op de vraag m.b.t de "exit strategy" Het antwoord daarop zal afhangen van 2 factoren : de vaccinatiegraad binnen de EU en het resultaat van de beperkende maatregelen op de datum van het tot stand komen van het certificaat.

Portugal steunt, in beginsel, het idee van een getuigschrift van herstel van Covid-19 te aanvaarden om het verkeer van personen toe te laten, maar onder voorbehoud van degelijk wetenschappelijk bewijs. ( Immuniteit na herstel ? wat met de varianten ?). Het komt aan het Europees Centrum voor Ziektebestrijding toe om daar uitspraken over te doen.

## **20. Roemenië**

### **a. Context**

Roemenië past momenteel een algemene set van maatregelen toe in de context van de afnemende derde golf. Er wordt gewerkt aan een plan voor versoepelingen met als richtdatum 1 juni indien de epidemiologische situatie verder de goede kant uitgaat. De voorbije weken kwam vaccinatietwijfel steeds vaker boven als onderwerp van debat. Waar de vaccinatiecampagne van bij het begin logistiek vlot liep is de uitdaging van Roemenië zoveel mogelijk mensen te bereiken. Versoepelingen en toepassingsgebied van het Digital Green Certificate moeten ook in deze context worden gezien.

### **b. EU Digital Green Certificate en internationaal reizen**

Roemenië wacht de goedkeuring van de Verordening rond het Digital Green Certificate af. In de tussentijd past Roemenië nog steeds de gekende reisbeperkingen toe bij binnenkomst in het land. Er geldt quarantaine- en testverplichting voor reizigers uit landen van de 'gele zone' (alle landen met een hogere incidentiegraad dan Roemenië zelf). Op de verplichting bestaan een reeks uitzonderingen waaronder: uitzondering voor reizigers die reeds ingeënt zijn (geldig vanaf 10 dagen na tweede dosis), reizigers die max. 90 en min. 14 dagen voor aankomst in Roemenië Covid19-positief waren en hiervan een medisch bewijs kunnen voorleggen en reizigers die een recent bewijs van antilichamen kunnen voorleggen (IgG). Eens er een gecoördineerde aanpak op EU niveau is kunnen de maatregelen weer worden bijgesteld.

### **c. Toepassing voor sociale activiteiten**

Eerder stelde de Roemeense Eerste Minister dat het Digital Green Certificate niet zal worden gebruikt voor sociale activiteiten zoals theater of restaurants of reizen binnen Roemenië. Er wordt nog steeds aandachtig gekeken naar de implicaties van het verbinden van het DGC aan toegang tot bepaalde diensten en activiteiten. Er wordt gestreefd naar faire maatregelen.



## 21. Slovenië

Sinds de vorige bevraging is SI bij zijn standpunt gebleven. Het blijft een fervent voorstander van het Digital Green Certificate en hoopt dat het nog voor de zomer operatief zal zijn. Ook pleit SI reeds sinds de start van de debatten voor een samenwerking met derde landen, met name kandidaat-lidstaten van de EU, en de samenwerking op internationaal niveau (WHO, WTO en OECD) om gemeenschappelijke oplossingen te vinden om een veilige mobiliteit te waarborgen en het internationale reizen nieuw leven in te blazen.

Ondertussen voegde het land reeds daad bij woord. Op nationaal niveau laat SI reeds bewijs van vaccinatie of een positief Covid-19 certificaat (ouder dan 10 dagen maar niet ouder dan 6 maanden) (ongeacht van welk land) toe om meerdere activiteiten te laten doorgaan. Het wordt gezien als een soort "free-pass" waarmee men meer vrij kan reizen, skiën, etc. Op 26 april keurde de regering een decreet goed waarin staat dat personen die uit een land komen dat op de zogenaamde rode lijst staat, tien dagen in quarantaine dienen te gaan, tenzij ze een negatieve PCR-test kunnen voorleggen die werd uitgegeven door een EU LS, een land die deel uitmaakt van de Schengenzone, het VK, de VSA, AUS, NZ, CA, IL en RU. Daarenboven erkent de regering sinds 05/05 tevens negatieve PCR-testen uit TR en SRB.

Opmerkelijk is ten slotte het bericht van op 03/05, toen werd gepubliceerd dat SI en HU reeds onderling hadden besloten elkaars certificaten te zullen erkennen. Een certificaat dat in het ene land wordt uitgegeven, zal hetzelfde juridische effect hebben in het andere land. Op dit moment mogen reizigers uit HU die een certificaat van vaccinatie kunnen voorleggen het land vrij binnen. Een negatieve PRC-test voorleggen of in quarantaine gaan is niet nodig. Ter herinnering, SI erkent naast de vaccins van Biontech/Pfizer, Moderna, Vaxzevria (hiervoor: AstraZeneca) en J&J/Janssen vaccins, ook Sputnik V, Sinovac en Sinopharm.

## 22. Spanje

Il y a peu de nouveautés à signaler par rapport à mon dernier rapport en référence:

- Le DGC national sera mis en place au plus tôt fin mai. Des tests ont déjà lieu dans plusieurs communautés autonomes.
- Le principe est que le DGC espagnol puisse contenir 3 types d'information :
  - o Le certificat de vaccination
  - o La preuve d'une guérison du Covid-19
  - o Le résultat d'un test PCR
- Concernant la reconnaissance des certificats de vaccination de pays tiers, ES n'a pas encore fixé de position. Interlocuteur insiste sur le fait que « *dans le cadre de la reprise du tourisme en Espagne, la priorité absolue est le marché européen, et donc un DGC fonctionnel aussi vite que possible* ».

## 23. Zwitserland

Geen nieuwe informatie.

## 24. Zweden

Le gouvernement suédois se montre favorable à l'instauration d'un passeport de vaccination à l'échelle européen et a annoncé hier soir que SE serait dans la phase test du certificat EU qui débutera à la mi-mai.

Comme rapporté dans MM précédents SE désire surtout baser la discussion sur les éléments suivants:

- L'intégrité des personnes privées lors de la conception d'un tel passeport, notamment en ce qui concerne les données personnelles et médicales ;
- La mise en place de normes précises qui permettent un système unique et égalitaire pour l'ensemble des citoyens ;
- Le gouvernement suédois est partisan d'un système qui comprendrait aussi bien les EM de l'UE que les pays hors Espace Schengen ;
- SE désire donner un rôle important à l'OMS dans la mise en place d'un tel passeport.

Rappelons que le gouvernement minoritaire devra également pouvoir vendre tout accord UE aux partis de l'opposition au sein de la Commission Santé du Parlement.



## Annex 3. RAG advice on the impact of the vaccination strategy on the testing and quarantine measures in place

18/05/2021

Eind december werd een [eerste advies](#) afgeleverd in verband met **eventuele wijzigingen aan de huidige geldende procedures met betrekking tot quarantaine en testen van personen die gevaccineerd zijn**. Dat initiële advies werd reeds tweemaal geactualiseerd, in [februari](#) en [april](#). Omwille van een initiële lage vaccinatiegraad bij risicogroepen en onvoldoende gegevens rond het effect op transmissie werden oorspronkelijk slechts erg beperkte wijzigingen aan de geldende richtlijnen aangeraden. De RAG maakte in zijn eerdere adviezen reeds gewag van mogelijke problemen rond billijkheid zolang niet iedereen toegang heeft gehad tot vaccinatie en zolang er geen vrije keuze is van het type vaccin. Momenteel buigt een groep experten van de GEMS aangevuld met juridische, ethische en sociologische experten zich over deze meer ethische en maatschappelijke vraagstukken. De RAG concentreert zich in dit advies enkel op de beschikbare wetenschappelijke kennis, huidige vaccinatiegraad en epidemiologische situatie en stelt voor dat de aanbevelingen geïntegreerd worden in het ruimere debat rond de verschillen tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden.

### 1. Aanbevelingen:

- De eerste resultaten uit andere landen bevestigen dat vaccinatie een sleutelrol speelt in de terugkeer naar het normale leven. Het is daarom uitermate belangrijk de bevolking te motiveren om zich te laten vaccineren. Correcte informatie en doelgerichte communicatie zijn daarbij onontbeerlijk, waarbij zowel de voordelen voor het individu (bescherming tegen ernstige ziekte) als voor de samenleving (bescherming gezondheidszorgsysteem, vermindering viruscirculatie) benadrukt moeten worden.
- Gezien de beperkte beschikbaarheid van vaccins gebeurt de uitrol gradueel. De vaccinatiegraad neemt de laatste tijd sterk toe maar **de drempel van min. 70% volledige vaccinatie in risicogroepen is nog niet gehaald**. In die omstandigheden blijven niet-farmaceutische interventies (zoals het dragen van mondmaskers, testen en quarantaine) bijzonder belangrijk. In welk ritme versoepelingen voor de volledige populatie kunnen gebeuren, vormt het onderwerp van politieke beslissingen, rekening houdend met wetenschappelijk advies.
- De verschillende aspecten die een invloed hebben op dit advies, namelijk de epidemiologische situatie in België (in het bijzonder de hospitalisaties), de vaccinatiegraad, circulatie van VOCs, en de wetenschappelijke kennis rond vaccins worden verder nauw opgevolgd. Indien nodig, zal dit advies herzien worden.
- Zowel uit praktische overwegingen (controleerbaarheid) als omwille van het onvolledige effect van vaccinatie op transmissie, blijven de algemene preventieve maatregelen zoals physical distancing en het dragen van mondmaskers in openbare ruimtes ook gelden voor personen die al gevaccineerd zijn.
- Voor de aanbevelingen in dit document betekent “gevaccineerd” dat personen volledig gevaccineerd zijn, dat wil zeggen:
  - voor Comirnaty® (Pfizer-BioNTech):  $\geq 7$  dagen na de tweede dosis
  - voor COVID-19 Moderna vaccin (Moderna):  $\geq 14$  dagen na de tweede dosis
  - voor Vaxzevria® (AstraZeneca-Oxford):  $\geq 15$  dagen na de tweede dosis
  - voor Janssen COVID-19 vaccine:  $\geq 14$  days na de eerste dosis

Voor personen die partieel gevaccineerd zijn, gelden dezelfde regels als voor personen die nog niet gevaccineerd werden.



- De bescherming die de vaccins bieden is hoog, maar geen 100%. Gevaccineerde personen die mogelijke symptomen vertonen van COVID-19 moeten daarom net als niet-gevaccineerde personen contact nemen met een arts om een test te ondergaan. Er wordt herhaald dat zelftesten NIET gebruikt kunnen worden bij symptomatische personen (gevaccineerd of ongevaccineerd.)
- Personen die ondanks vaccinatie toch een COVID-19 besmetting oplopen, moeten net als ongevaccineerde personen in isolatie, ook al vertonen ze geen symptomen. Er zijn aanwijzingen dat deze personen over het algemeen minder besmettelijk zijn, maar besmettelijkheid is zeker niet uitgesloten. Dit geldt óók voor bewoners van WZC waar een hoge vaccinatiegraad behaald is bij de medebewoners.
- Er is toenemend bewijs dat vaccinatie ook een effect heeft op transmissie. De bescherming is weliswaar onvolledig en mogelijk afhankelijk van het type vaccin, leeftijd en onderliggende aandoeningen van de gevaccineerde en circulerende virus-varianten, zodat extra waakzaamheid geboden blijft. Personen die volledig gevaccineerd werden, kunnen vrijgesteld worden van quarantaine op voorwaarde dat ze 2 testen ondergaan: zo snel mogelijk na identificatie en 7 dagen na het laatste risicocontact. De teststrategie is dus dezelfde als bij ongevaccineerde hoog-risico contacten.
- Volledig gevaccineerde personen die weigeren om getest te worden, moeten een quarantaine respecteren van 10 dagen na het laatste hoog-risicocontact.
- Indien er een cluster van besmettingen vastgesteld wordt in een residentiële collectiviteit, moeten ook volledig gevaccineerde personen de quarantaine respecteren.
- Bij personen met ernstige immuunsuppressie (bv. oow. hematologische kanker of orgaantransplantatie) zijn de vaccins mogelijk minder werkzaam en is het risico dus groter dat ze na een hoog-risico contact alsnog besmet raken en het virus ook kunnen doorgeven. Bij hen moet daarom overwogen worden, in overleg met de behandelend specialist, om toch een quarantaine in te stellen, ook al werden ze volledig gevaccineerd.
- Bij preventieve screening is de pre-test probabilititeit lager dan in andere indicaties. Bij gevaccineerde personen is het a priori risico op besmetting nog lager, zodat preventieve screening enkel dient te gebeuren indien het risico in geval van onopgemerkte infectie bijzonder groot is. Dat is bv. het geval pre-transplant (risico voor receptor) of bij ziekenhuisopname (risico voor ongevaccineerde medepatiënten). Bij beslissingen rond preventieve screening in woonzorgcentra moet steeds rekening gehouden worden met de vaccinatiegraad van zowel personeel als bewoners.
- In woon-zorgcentra of andere residentiële collectiviteiten die een hoge vaccinatiegraad hebben bereikt, is het risico op een uitbraak onder de bewoners beperkter dan in de algemene samenleving. WZC zijn echter geen eilanden die geïsoleerd zijn van de bredere samenleving: er is nog interactie via bezoekers en personeelsleden. Bepaalde maatregelen, zoals het dragen van mondneusmaskers door de personeelsleden, moeten dan ook blijven gelden.

De aanbevelingen worden samengevat in onderstaande tabel.



## 2. Aperçu des impacts possibles et des recommandations

Sujet	Principaux points de la procédure actuelle ( <a href="#">lien</a> )	Recommandation pour les personnes vaccinées
<b>Cas possibles de COVID-19</b>	Chaque cas possible est testé. Test antigène possible si les symptômes sont ≤5 jours.	Mêmes indications pour les tests Préférence forte de PCR Si positif : déclaration + séquençage
<b>Isolation des personnes concernées</b>	10 jours dont au moins 3 jours sans fièvre Règles spéciales dans les hôpitaux, les personnes immunodéprimées, les maladies graves.	Aucun changement.
<b>Recherche des contacts</b>		
Cas index	Identifier les HRCs à partir de 2d avant l'apparition des symptômes et les mettre en quarantaine	Aucun changement.
Contact à haut risque (HRC)	Test et quarantaine de 7 à 10 jours Travail exceptionnellement autorisé pour les soignants si nécessaire	Pas de quarantaine à condition de se soumettre à un test après identification et un deuxième test 7 jours après le dernier contact à haut risque. Considérer de maintenir la quarantaine pour les personnes avec une immunodépression sévère (p.ex. cancer hématologique, post-transplants), en concertation avec médecin.
Contact à faible risque (LRC)	Vigilance accrue. Test J5 ( <i>recommandé, mais pas encore implémenté</i> ).	Classifier comme : « pas de contact à risque »
Cluster	Hors hôpital : tests plus poussés des contacts à faible risque avec des tests antigéniques- Hôpital: tests poussés du personnel/des résidents avec la PCR.	Dans les collectivités résidentielles: maintenir la quarantaine pour les HRC vaccinées en cas de cluster.
<b>Voyageurs</b>		
Retour d'une zone rouge	Test négatif obligatoire et mise en quarantaine dans certaines circonstances	Pas de quarantaine sur condition de test J1+J7. Maintenir quarantaine et testing si retour de zone VOC/VOI
<b>Dépistage préventif</b>		
Personnel MRS	Envisager un dépistage régulier par PCR sur un échantillon de salive	Pas de dépistage si couverture vaccinale résidents ≥90% et personnel ≥70%.
Visiteurs MRS	Envisager l'utilisation de tests rapides antingéniques avant les visites	Pas de dépistage si couverture vaccinale résidents ≥90% et personnel ≥70%.
Admission à l'hôpital	Dépistage systématique dans les unités à haute prévalence/risque	Dépistage si risque de transmission à d'autres patients non vaccinés.
Nouveau résident en collectivité (admission à partir du milieu familial)	Dépistage systématique et isolement en chambre en attendant les résultats	Tests systématiques. Aucun isolement dans la chambre n'est nécessaire dans l'attente des résultats, sauf si le taux de vaccination des résidents est <90 % ou <70% pour le personnel.
Autres professions (p.ex enseignants)	Médecin du travail peut décider d'un dépistage systématique	Aucun avantage du dépistage si vacciné sans contact groupes à risque.
Autotests	« Geste de courtoisie », après comportement à risque	Pas de dépistage.
Dépistage du donneur avant la transplantation	Examen systématique	Aucun changement (en raison du risque élevé pour l'accepteur)

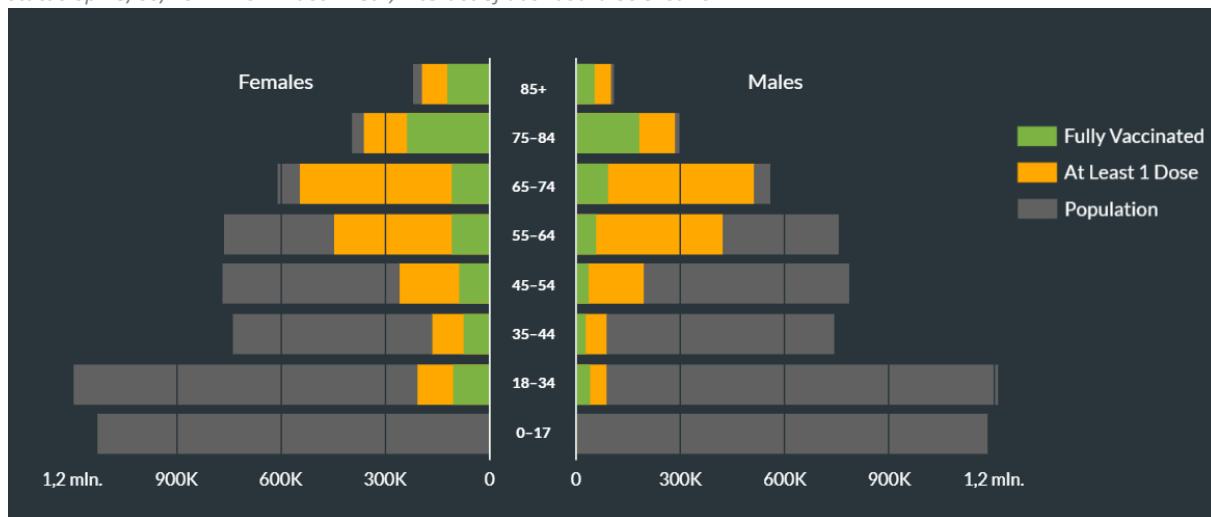


### 3. Situatie in België

Op 18/05/2021 bedroeg de cumulatieve 14-daagse incidentie van nieuwe gevallen 313/100 000 inwoners en bedroeg het wekelijks gemiddelde 133 nieuwe ziekenhuisopnames per dag. 610 bedden op intensieve zorgen werden ingenomen door COVID-19-patiënten.

3,9 miljoen Belgen (33,9% van de totale bevolking) kregen reeds een 1<sup>e</sup> dosis vaccin toegediend, 1,4 miljoen (11,9%) werd reeds volledig gevaccineerd.

Figure 5: Cumulatief aantal personen die een eerste en tweede dosis van het COVID-19 vaccin kregen, volgens leeftijdsgroep, status op 18/05/2021 Bron: Vaccinnet+, interactief dashboard Sciensano.



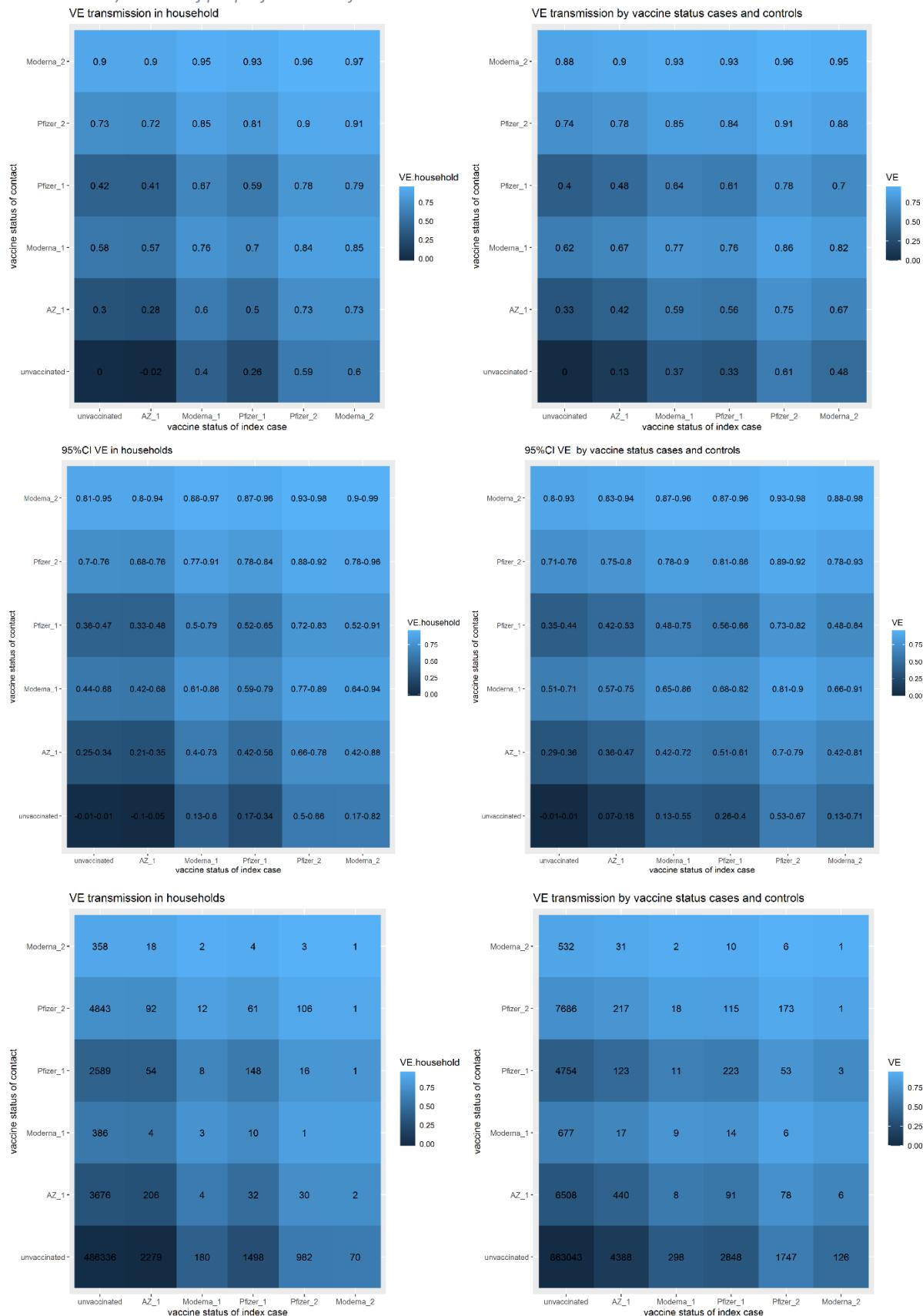
### 4. Données du suivi de contacts en Belgique

Sur base des résultats du suivi des contacts en Belgique entre le 1/02/2021 et le 04/05/2021, il est possible de déterminer la protection offerte par un vaccin contre un test positif. Comme référence on utilise le 'secondary attack rate' après un contacts à haut risque entre des personnes non-vaccinées (~20%). Les chiffres sont présentés dans la figure 2. Principaux résultats :

- On ne dispose pas encore des données sur des personnes complètement vaccinées avec le vaccin Vaxzevria (jusqu'au 04/05, seule la première dose a été administrée). Pour les vaccins ARNm, les données sont disponibles pour plus de 14 000 personnes de contact complètement vaccinées et plus de 3 000 personnes cas-index vaccinées.
- **Le risque d'une infection secondaire chez une personnes non-vaccinée ayant été en contact avec un cas index vacciné, n'est que la moitié du risque que pour les infections secondaires après contact avec un cas index non-vacciné.** Les personnes vaccinées sont donc moins contagieuses.
- **Une vaccination complète réduit le risque d'un test positif après contact avec un cas index non-vacciné avec environ 70 à 80 %** par rapport au risque d'une personne non vaccinée. Le risque résiduel lié après un contact à haut risque serait alors de l'ordre de 4-6% (20-30% de 20%).



**Figure 6: Vaccine effectiveness on the risk of a positive test after high-risk exposure, by vaccination status of cases and index persons, for household contacts (left) and other high-risk contacts (right). A) point-estimates of VE B) 95%-confidence intervals and C) number of people for which information is available.**





## 5. Overwegingen

- Er is toenemend bewijs dat vaccinatie ook een effect heeft op transmissie. De bescherming is echter onvolledig en mogelijk afhankelijk van het type vaccin (vooral gegevens beschikbaar voor Comirnaty), leeftijd en onderliggende aandoeningen van de gevaccineerde en circulerende virusvarianten.
- De RAG leden uitten reeds vroeger hun bezorgdheid over mogelijke ongelijke behandeling:
  - Vanuit motivationeel oogpunt zou het verbinden van bepaalde voordelen aan vaccinatie (bv. geen of verkorte quarantaine) de bereidheid tot vaccineren kunnen verhogen. Daar staat tegenover dat tot dusver steeds een beleid gehanteerd is dat gebaseerd is op solidariteit en op het beperken van transmissie: er is steeds geëist dat ook personen met een laag persoonlijk risico op ernstige ziekte (zoals jongeren) de maatregelen respecteren.
  - Het verbinden van bepaalde voordelen aan vaccinatie stelt mogelijk een probleem van billijkheid zolang er geen gelijke toegang tot vaccins is voor iedereen. Bovendien is het interval vanaf de 1<sup>e</sup> dosis tot volledige vaccinatie verschillend naargelang het vaccin zodat ook personen die behoren tot dezelfde groep, zoals zorgverleners in 1<sup>e</sup> lijn, niet op hetzelfde moment volledig gevaccineerd zullen zijn.

De RAG noteert dat deze bezorgdheden momenteel het onderwerp uitmaken van een multidisciplinair advies dat door een aparte werkgroep voorbereid wordt en waarover uiteindelijk een politieke beslissing genomen zal moeten worden. De RAG heeft daarom de voorgelegde vragen rond mogelijke uitzonderingen op quarantaine vanuit een wetenschappelijk invalshoek benaderd: wat zouden we aanbevelen met de huidige kennis, vaccinatiegraad en epidemiologische situatie als iedereen al de kans gekregen had om zich te laten vaccineren?.

- Het dragen van mondneusmaskers en andere verstrengde maatregelen van infectiepreventie hebben ook een aantoonbaar gunstig effect gehad op andere respiratoire aandoeningen, zoals Influenza, wat een bijkomend argument is om ook in WZC met hoge vaccinatiegraad verder mondmaskers aan te bevelen voor personeelsleden.

## 6. Update scientific evidence

*See RAG advice*

## 7. International recommendations

*See RAG advice*



#### Annex 4. GEMS update on vaccination, motivation, adherence and mental health (6th May 2021)

As of 4<sup>th</sup> May 2021, Sciensano reports about 35% of adults >18y to have received at least 1 Covid-19 vaccine dose, which is equivalent to about 29% across all ages. With 2 dose coverage at 9,5% and 7,6%, respectively, that implies that we are in a particularly precarious transitional period, in which immunity is still very far from sufficient levels to return to prepandemic contact behaviour, but people's and social media perceptions may think otherwise. It is important that people's expectations are in accordance with this reality. Although various relaxations have been announced and will be put in place in the coming weeks, the pressure on ICU remains fairly high. As a result, adherence to the current measures is still of utmost importance. At the same time, an increasing number of people will be invited for vaccination uptake in May and June. Given these various evolutions, an update on people's vaccination intentions, motivation and mental health is timely. This report brings together the findings of three long-standing studies during the COVID-19 crisis, that is, the [Motivation Barometer study](#), the [Great Corona Study](#) and the [CoMix social contact study](#). Several hopeful trends are presented in this report together with a number of worrisome findings. The take home messages and policy recommendations aim to summarise key findings which are presented in greater detail in the remainder of this report.

#### Take home messages

##### Vaccination

1. **A volitional, pro-socially oriented commitment to vaccination predicts various behavioural indicators**, including vaccination status, subscription to QVAX and the willingness to postpone a second injection such that a broader group of individuals would more quickly serve with a first injection. In contrast, vaccination distrust and greater perceived effort relates negatively to these behavioural indicators.
2. The **motivation to get vaccinated is highly volitional and prosocial** and this motive has been most prevalent throughout the vaccination roll out. **Distrust in the efficacy in the vaccine is the most salient obstacle**. There are important regional differences in the perception of the safety and efficacy of the vaccines on the one hand, and the burden of natural SARS-CoV-2 infection on the other hand, with Walloon and Brussels' vaccine hesitant respondents seeing less utility (i.e. they indicate more often Covid-19 is not serious enough) and more disutility (i.e. they more often indicate these vaccines are unlikely to be safe). They are also more likely to adopt a "wait and see" strategy, and indicate they are unable to find reliable sources of information on vaccination.
3. **Vaccination intentions** remain high to very high among non-vaccinated individuals (ranging from 63% in the *Motivation Barometer study* (MBS) to 86% in the *Great Corona Study* (GCS)). There has been a temporary decrease noted in the GCS, mainly due to the side effects around the AZ vaccine, but this was overcome over the last two weeks. However, there are clearly sociocultural differences between French and Flemish speaking Belgians, and extra efforts are especially needed to motivate and provide easy access to French-speaking citizens, as well as persons with lower education and middle-aged individuals.
4. There is a clear positive shift in attitudes. For instance in a longitudinal sample of the MBS, nearly three quarters of those who expressed **vaccination hesitancy** in December-January were willing or very willing to accept a Covid-19 vaccine in April, indicating a positive shift over time among the critical category of individuals in doubt. This shift was more likely among those who more volitionally endorsed the social and societal benefits of vaccination.
5. In general people place the most trust about information on Covid-19 and vaccination in descending order of trust in GPs, pharmacists and experts. Hesitating individuals indicate that



their GP, a nurse or pharmacist has the strongest stimulating influence on them, while testimonies of famous people, peers or politicians had little, if any, impact.

#### *Motivation and adherence to the measures*

6. Individuals' **volitional motivation** to adhere to the measures has slightly increased in May compared to April, with 38% now being fully and 28% somewhat motivated to continue adhering to the measures.
7. All our studies indicate that the slow but **steady increase in the number of close contacts (involving touching) observed since January has levelled off** in May. Although differences in social contact behaviour have been observed, with an increasing frequency of outdoor contacts, a substantial proportion of people (i.e., 38%) state that they stick to the recommended number of close contacts (i.e., 1 or 2).
8. There is no evidence yet of vaccination status changing general contact behaviour towards unvaccinated people, albeit that there are some indications that younger vaccinated persons are less compliant, mostly with other vaccinated persons. Similarly, once vaccinated, non-vaccinated individuals indicate to adopt a **dynamic approach to the measures as a function of the vaccination status of their interaction partners**, with planned adherence being reduced in relation to other vaccinated individuals. It is of note that the current vaccinated persons differ in various ways from the general population (i.e., older, having comorbidities, working in the healthcare sector) such that **a self-selection effect may be at play**. Indeed, vaccinated groups were likely more highly motivated to adhere to the measures *prior* to their vaccination. At the same time, the current findings illustrate that vaccination is not by definition coming along with reduced behavioral adherence.
9. Importantly, regardless of the vaccination status of the interaction partner, **the motives for vaccination play a critical role in future adherence**. Individuals who volitionally commit to vaccination for social reasons intend to adhere better to the measures, while those who expect to gain personal freedom through vaccination intend to adhere less to the measures. These findings illustrate in another way the pivotal role of cultivating prosocial motivations.

#### *Mental health*

10. Overall mental health has slightly improved since April, but remains more affected for younger people, with students aged 16-25y reporting by far the worst impact on their mental wellbeing. There are some indications that vaccination and the prospect of vaccination is improving mental health.
11. The slight increase in mental health can be accounted for by the **improved satisfaction of individuals' basic psychological needs** for autonomy and the reduced insecurity in May compared to April. Especially vaccinated individuals report higher autonomy need satisfaction and lower insecurity.



## Description of samples

### Description of the Motivation Barometer samples (UGent)

- **Cross-sectional waves (MBS)<sup>20</sup>**
  - Cross-sectional waves since March 2020
  - N since December = 125.782
  - Mean age = 49,51 years (64% female; 67% Dutch speaking; 25% master level)
  - N vaccinated people: steadily increasing through the months, ranging from 0% in December till 27% in April.
  - Status: 44% full time employed, 15% part-time employed, 8% unemployed, 7% student, and 26% retired
- **Longitudinal sample (MBS)**
  - Two wave study, with wave 1 taking place in November-January and Wave 2 taking place in April 2021 (4-5 months interval)
  - N = 84.675 at baseline, from which 20.295 (24%) uniquely participants were contacted again and 8.422 (41%) participating at follow-up
  - Mean age = 53 years (61% female; 84% Dutch speaking; 31% highly educated)
  - N vaccinated people: 32 at T1 and 1.960 at T2, with 83% of vaccinated individuals working in the healthcare sector
  - Status: 37,5% full time employed, 15% part-time employed, 10,2% unemployed, 4,3% student, and 33% retired

### Description of the Great Corona Study samples (UAntwerpen, UHasselt, KULeuven)

#### Cross-sectional waves (GCS)

- Cross-sectional waves since 17 March 2020 (36 waves in total till 4/5/2021)
- N since 17 March 2020 = 2.974.265
- N since 1 December 2020 = 277.596
- N vaccinated people: steadily increasing through the months, ranging from 3% (February 6) till 42% on May 5th.

#### Full GCS dataset (unweighted)

- Mean age = 43,99 years (68% female; 94% Flanders region; 35% master level)
- Status: Employed 68%, Job seeker/sick leave/home work 10%, Student 8%, Retired 14%

#### Dataset from 1 December 2020 (unweighted)

- Mean age = 52 years (66,8% female; 95% Flanders region; 35% master level)
- Status: Employed 57%, Job seeker/sick leave/home work 9%, Student 3%, Retired 31%

<sup>20</sup> The samples collected via the Motivation Barometer are convenience samples that are not representative for the socio-demographic distribution of the population. Yet, since December both Dutch-speaking and French-speaking participants have been recruited and the presented findings are weighted for age, region, educational level and gender to (partially) correct for the non-representative nature of the samples.



All results of the GCS are described after wave-specific weighting for age, gender, educational attainment and province of residence.

More information on [www.corona-studie.be](http://www.corona-studie.be) ; <https://corona-studie.shinyapps.io/corona-studie/> ; <https://covid-en-wetenschap.github.io/2021/04/grote-coronastudie-kadering>

### **Description of the social contact survey CoMix Samples (UAntwerpen, UHasselt)**

3 longitudinal survey panels each starting with about 1500 respondents, representative for the Belgian population (Ipsos)

- First panel over 8 waves (24th April till 30th July 2020), see full description at <https://www.nature.com/articles/s41598-020-78540-7>,
- Second panel from Wave 9 (12th Nov 2020 till 15th March 2021)
- Third panel from Wave 19 (at 30th March 2021), with last currently available Wave 20 (collected at 13th April 2021)
- Example regional representation Wave 9 Flanders – 59.6% Brussels - 8.2% Wallonia – 32.2% ; Wave 17 Flanders – 65.63% Brussels - 6.65% Wallonia – 27.77%

For more background information see <https://www.uhasselt.be/UH/71795-start/The-CoMix-study>

### **Theme 1: Vaccination**

#### **Question 1: Does vaccination motivation predict actual behaviour?**

Vaccine uptake: In the longitudinal sample, different motives for vaccine uptake or lack of motivation were assessed at baseline (see Box 2). At follow-up, individuals' vaccination status was predicted in a subgroup of citizens that were eligible for vaccination till that moment in time (i.e., priority groups; N subsample = 5.005). After controlling for various socio-demographic (i.e., gender, educational level, living status, age) and COVID-19-related covariates (i.e., corona infection, co-morbidity), individuals who were volitionally committed to get vaccinated at baseline were more likely to be effectively vaccinated at follow-up, while those who distrust the vaccine, experienced getting vaccinated as effortful or had a defiant attitude towards vaccination at baseline a lower probability of being vaccinated at follow-up (see figure 1, left panel).

Subscription to QVAX: The benefits of volitional commitment to vaccination were also visible for another behavioural indicator, that is, whether non-vaccinated people had already subscribed to the waiting list. Volitional commitment to vaccination increased the odds of subscribing to the waiting list, while distrust and especially effort were related to a lower probability of subscribing (see figure 1, middle panel).

Waiting for a second injection: One question in the MBS tapped into people's willingness to postpone their second injection, such that non-vaccinated individuals could be more rapidly served. 54% of non-vaccinated participants, who expressed a (very) strong intention to take a vaccine, were willing to postpone their second shot. While both volitional commitment and external pressure to get vaccinated increased the odds of postponing the second injection, expected freedom predicted a



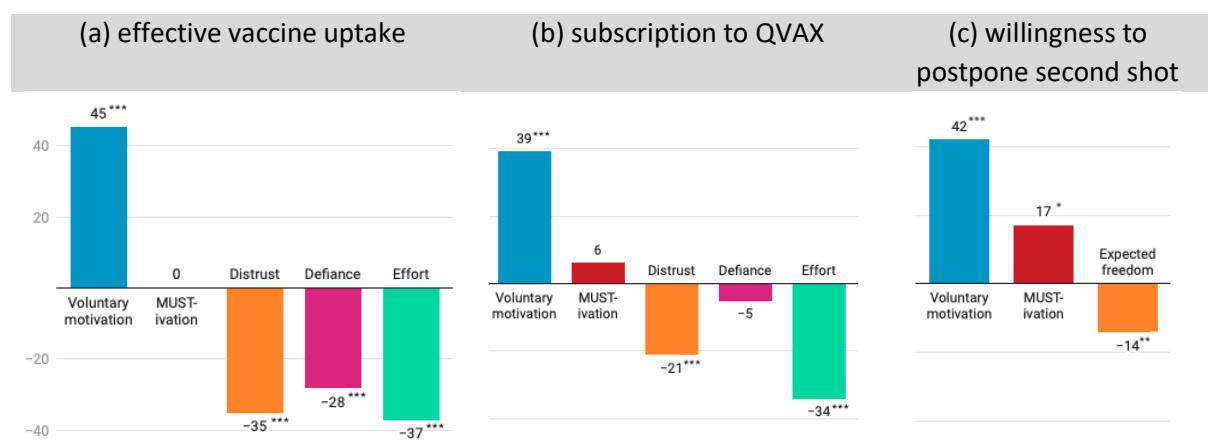
reduced willingness to postpone a second injection (see figure 1, right panel). This is in line with similar information previously collected by the GCS.

**Role of socio-demographics:** On top of these motivational predictors, we also addressed the question which individuals were more likely to take up the vaccine. A greater vaccine uptake was observed among older individuals, females and persons with a comorbidity, an effect that reflects the priorities of the vaccination rule out. A greater portion of younger people, males and individuals with a life partner had subscribed to the waiting list.

#### Box 2: Vaccination motivation and behavioural indicators

- **Voluntary or autonomous motivation (voluntary):** indicates the extent to which one is fully convinced of the added value and necessity of vaccination, for example because it offers protection for themselves, for their loved ones, or for the population.
- **'Must' motivation:** indicates the extent to which one feels obligated to be vaccinated, for example, because others want us to do it or to avoid criticism.
- **Distrust** expresses the degree to which people distrust the effectiveness of the vaccine or the person recommending the vaccination.
- **Difficulty (effort)** indicates how much effort the vaccination requires.
- **Resistance (opposition)** expresses the degree of opposition to the authorities, who are seen as a source of interference with individual freedom. This distrust is based on the idea that the measures they take are excessive.

**Figure 1: Relation between (lack of) motivation for vaccination and probability of engaging in different vaccine-relevant behaviours**





## Question 2: How does individuals' vaccination motivation shift across time?

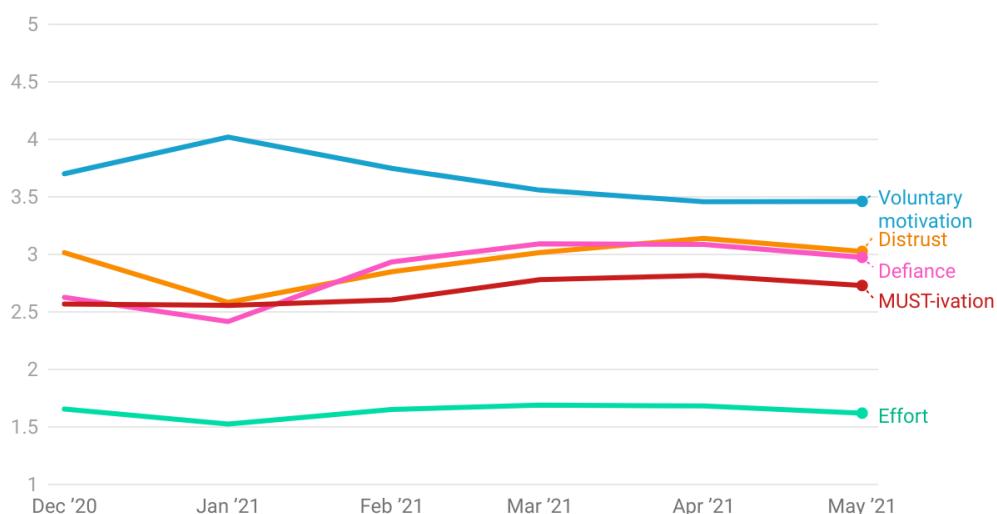
Given the critical role of individuals' motivation for eventual vaccine uptake, a critical question is how individuals' motivation for vaccination and their intentions to be vaccinated have evolved since December. Findings from both the Motivation Barometer Study and the Grote Corona Study are informative in this respect.

Motivational shifts in MBS: As can be noticed in figure 2, non-vaccinated individuals' motivations and the lack thereof have remained fairly stable across time, with the exception of a peak in voluntary commitment and a slight drop in distrust and defiance in January. Overall, people are more motivated than demotivated to get the vaccine.

Figure 2: Evolution in (lack of) motivation for vaccination across time (MBS)

### Motivation for vaccination over time

The Motivation Barometer



Motivations in GCS: For those who are in doubt about receiving SARS-CoV-2 vaccines, their sources of doubts are given in figure 3 below.

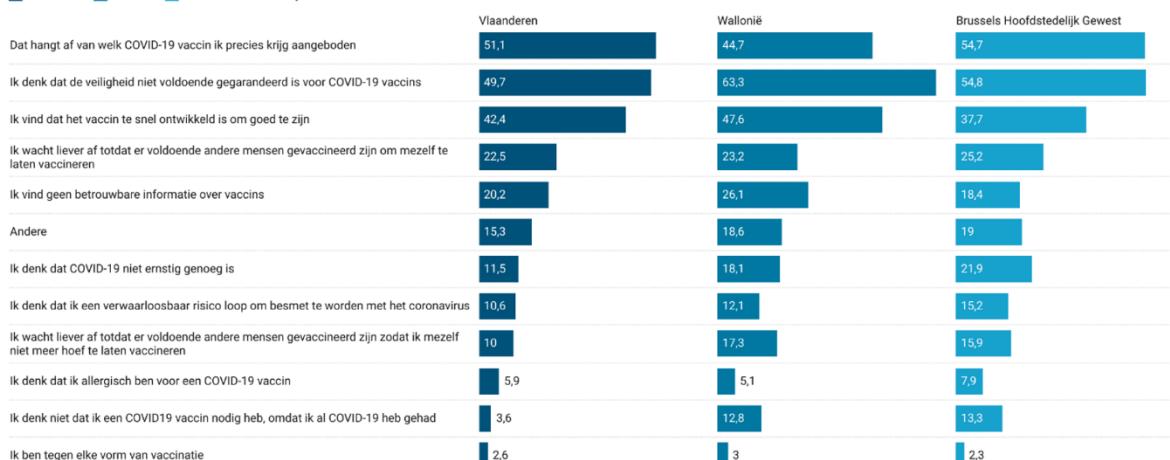


**Figure 3: Reasons for Covid-19 vaccine hesitancy by region in the GCS (weighted for age, gender, education level and province)**

**Gewest \* Waarom ben je niet zeker om je te laten vaccineren? Golf 35**

(Deelnemers die niet zeker zijn om zich te laten vaccineren.)

■ Vlaanderen ■ Wallonië ■ Brussels Hoofdstedelijk Gewest

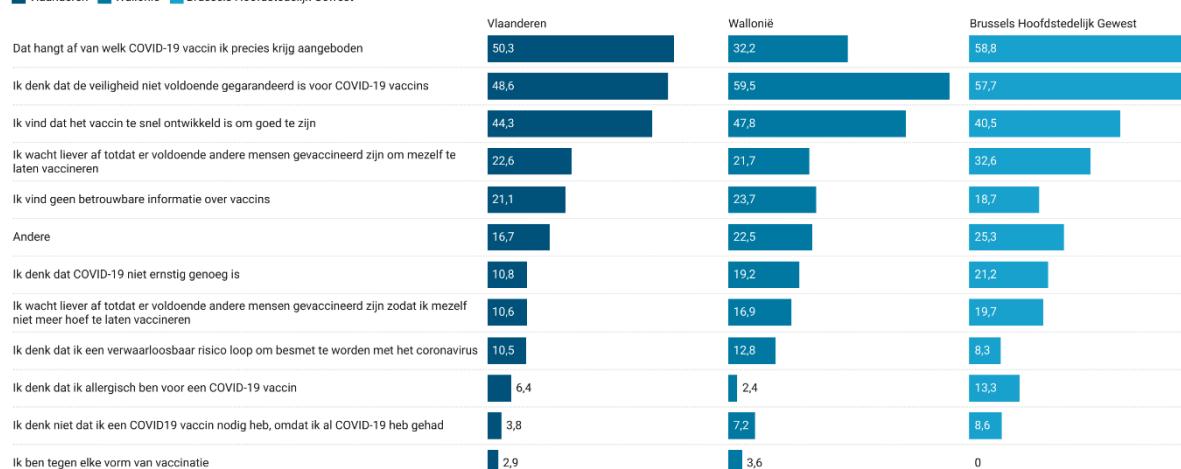


Grafiek: UAntwerpen - UHasselt - KU Leuven de Grote Corona studie 2020-2021 - golf 35 (gewogen data) • Bron: UAntwerpen • Gecreëerd met Datawrapper

**Gewest \* Waarom ben je niet zeker om je te laten vaccineren? Golf 36**

(Deelnemers die niet zeker zijn om zich te laten vaccineren.)

■ Vlaanderen ■ Wallonië ■ Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Grafiek: UAntwerpen - UHasselt - KU Leuven de Grote Corona studie 2020-2021 - golf 36 (gewogen data) • Bron: UAntwerpen • Gecreëerd met Datawrapper

There are important **regional differences** in the perception of the safety and efficacy of the vaccines on the one hand, and the burden of natural SARS-CoV-2 infection on the other hand, with Walloon and Brussels' vaccine hesitant respondents seeing less utility (i.e. they indicate more often Covid-19 is not serious enough) and more disutility (i.e. they more often indicate these vaccines are unlikely to be safe). They are also more likely to adopt a "wait and see" strategy, and indicate they are unable to find reliable sources of information on vaccination.

Figure 4 shows that the top 3 reasons to receive SARS-CoV-2 vaccination are the same between already vaccinated and as yet unvaccinated respondents. While the top reason is to protect oneself, the two following reasons are altruistic in a broader sense ("playing my role in society and making relaxations possible that support the economy and mental wellbeing") or a personal sense ("protecting an at-risk individual in my inner circle"). These findings align with those observed in the MBS where volitional commitment to be vaccinated was the dominant motive. The reason "to achieve

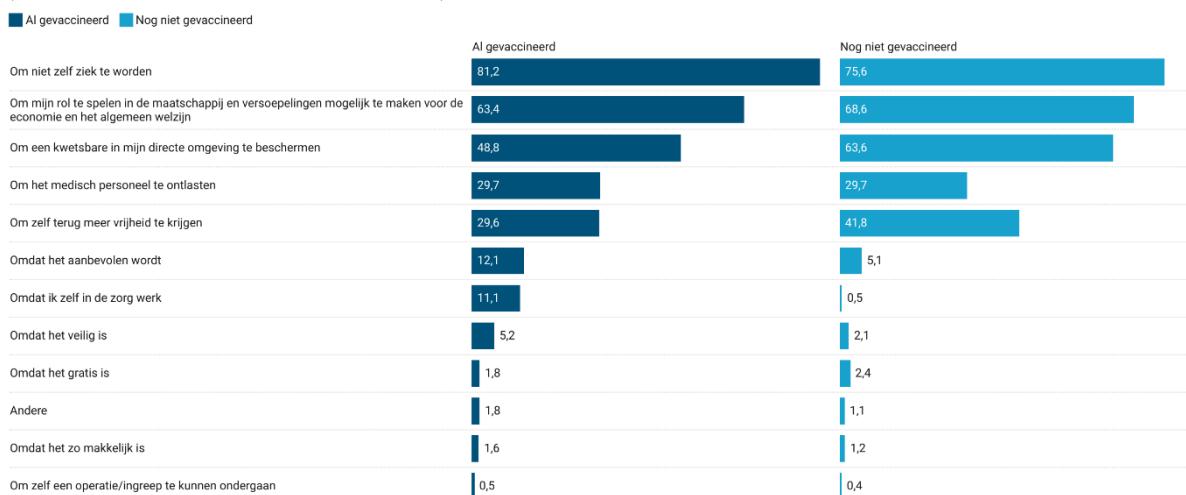


more personal freedom for myself" was a top 3 reason for about 30% of those already vaccinated, and for about 40% of those still to receive vaccination. Hence the expectation of achieving more individual freedom is for a substantial group an important reason to get vaccinated.

**Figure 4: Reasons for Covid-19 vaccine acceptance by vaccination status in the GCS (weighted for age, gender, education level and province)**

**Wat waren/zouden voor jou de hoofdredenen zijn om je te laten vaccineren? Golf 36**

(Deelnemers die zich zeker zullen laten vaccineren, max. 3 antwoorden)

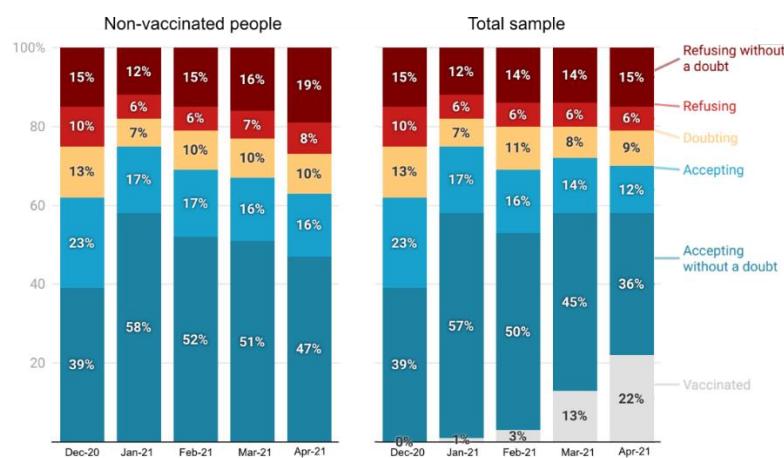


Grafiek: UAntwerpen - UHasselt - KU Leuven de Grote Corona studie 2020-2021 - golf 36 (gewogen data) • Bron: UAntwerpen • Gecreëerd met Datawrapper

**Question 3: How does individuals' behavioural intention to be vaccinated shift across time?**

Vaccination intention in MBS: As for people's vaccination intentions per se, an increase could be equally observed from December to January (figure 5, left panel). Yet, since January the number of non-vaccinated individuals that would accept (without a doubt) a vaccine has steadily decreased: from 75% in January till 63% in April. When the increasing number of vaccinated persons was taken into account (figure 5, right panel), the numbers are "rosier", with 70% of the participants being either vaccinated or planning to take up a vaccine (without a doubt).

**Figure 5: Evolution in the intention to take up a vaccine excluding (left panel) and including (right panel) non-vaccinated individuals**





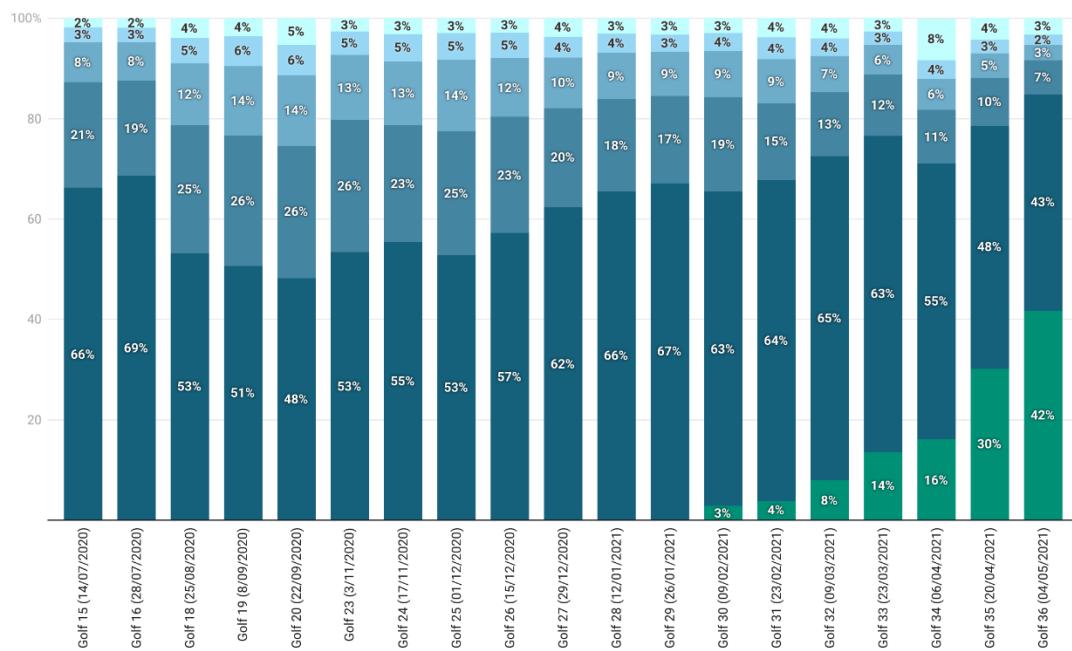
**Vaccination intentions in the Great Corona Study (GCS):** For those unvaccinated, the evolution of the (rounded) % indicating that they will definitely or likely accept to be vaccinated evolved as follows every fortnight from 9<sup>th</sup> February 2021 to 4<sup>th</sup> May 2021: 85% - 82% - 85% - 87% - 79% - 83% - 86%.

**Figure 6: Overall evolution of vaccine uptake and intentions (GCS, 14/7/2020-04/5/2021; weighted for age, gender, education level and province)**

#### Zou je je met de eerste van twee dosissen laten vaccineren?

Evolutie vragen vaccin golf 15, 16, 18-20, 23-36

■ Gevaccineerd ■ Zeker wel ■ Waarschijnlijk wel ■ Misschien ■ Waarschijnlijk niet ■ Zeker niet



Vanaf golf 27: Er zijn verschillende COVID-19 vaccins die vanaf 2021 zullen worden aangeboden in België, nu ze de nodige controles en goedkeuringen hebben gehad met betrekking tot hun veiligheid en werkzaamheid. Stel dat één van deze vaccins wordt aanbevolen voor jouw leeftijds- en risicogroep en jou volledig gratis aangeboden wordt in jouw woonplaats. Zou je je dan alvast met de eerste van twee dosissen laten vaccineren? (Tot golf 26: stel dat er een veilig en werkzaam vaccin tegen COVID-19 komt. Stel dat het vaccin wordt aanbevolen voor jouw leeftijdsgroep en jou volledig gratis aangeboden en toegeleid wordt in jouw woonplaats. Zou je je dan laten vaccineren?)

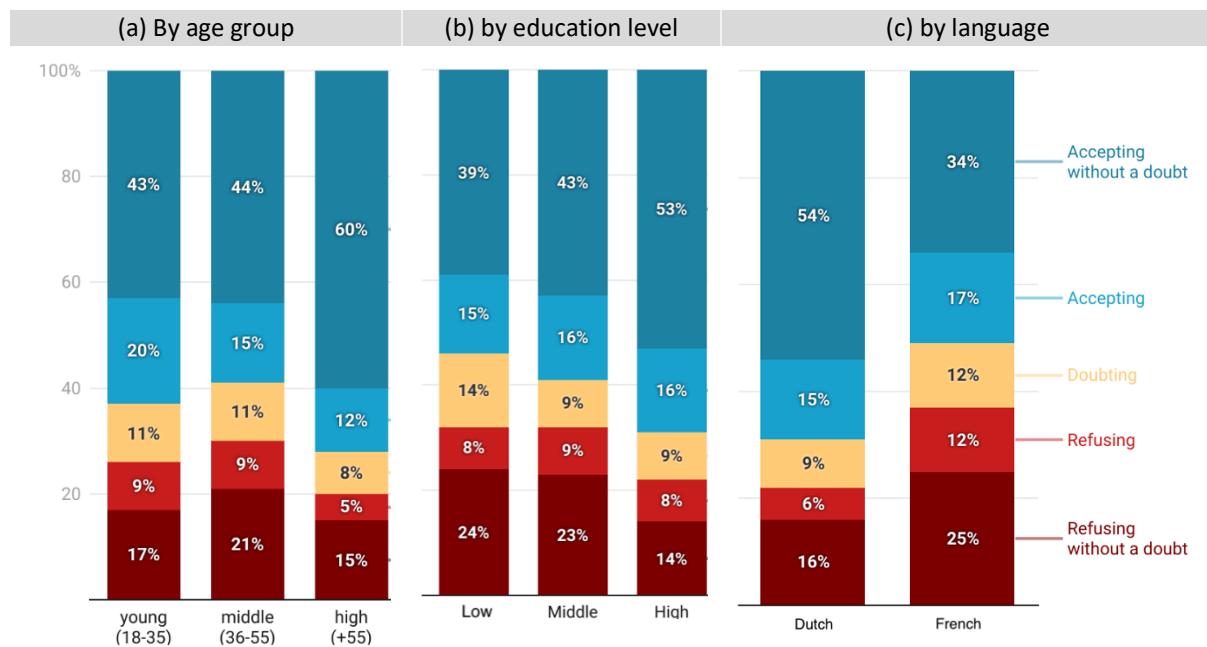
Grafiek: UAntwerpen - UHasselt - KU Leuven de Grote Corona studie 2020-2021 - golf 15, 16, 18 - 20, 23-36 (gewogen data) • Bron: UAntwerpen • Gecreëerd met Datawrapper

**Role of socio-demographics:** This pattern of findings in the MBS is dependent upon age (figure 7, left panel), educational level (figure 7, middle panel) and region (figure 7, right panel). In April, middle-aged (59%), lowly educated (54%) and French-speaking (51%) non-vaccinated individuals were less likely to accept a vaccine. Especially the lower prevalence of vaccination intentions among French-speaking participants is a source of concern at this point.

Based on multivariate analysis of the GCS data vaccine acceptance was shown to depend on age (lower at 31-50y than at 18-30y and >50y), gender (lower in women than men), educational attainment (lower given lower level of educational attainment), financial security (lower in households having financial difficulties) professional activity (lower in labourers, independents and non-retired inactives) and brand of vaccine offered (markedly lower for AstraZeneca and Johnson&Johnson, especially in younger age groups). **These differences suggest strongly that those left unvaccinated will more likely belong to socio-economically disadvantaged groups** (see also Valckx et al, submitted).



Figure 7: Socio-demographic breakdown of vaccination intentions in the MBS in April 2021



#### Question 4: How do individuals with vaccination hesitancy change over time?

Changes among hesitant individuals: Given the necessity to stimulate more individuals to accept a vaccine, it is informative to know how hesitating participants (at baseline) change over time: do they express stronger vaccination intentions over time or do they instead become more resistant over time? This category of citizens may be most critical to reach out to in order to achieve the collective goal of group immunisation.

Figure 8 is a cross-tabulation of vaccination intentions at baseline and follow-up among non-vaccinated individuals. As can be noticed, **among the individuals in doubt at baseline, 39% were more likely to accept a vaccine at follow-up and 35% indicated being very likely to accept the vaccine, totalling 74% that underwent a positive evolution over time.** The probability of undergoing a positive shift was dependent upon the increase in hesitating individuals' volitional commitment over time. A decrease in distrust also related to a higher probability of changing from the doubtful to the 'convinced' category. Notably, this positive shift took place during a period in which it was unclear whether vaccination would come along with less behavioural restrictions that would not be granted to unvaccinated persons.

Even a substantial percentage of those who initially refused a vaccine, adopted a more positive attitude over time, increasing up to 44% being likely to accept a vaccine (without a doubt). The extreme groups appear to be most stable (see diagonal), with 47% and 92% of those who, respectively, initially refused or accepted a vaccine without a doubt belonging to this same category several months later. Still, the stability in the desired category is much more evident, indicating that once people are certain to accept a vaccine, they do not reconsider their opinion.

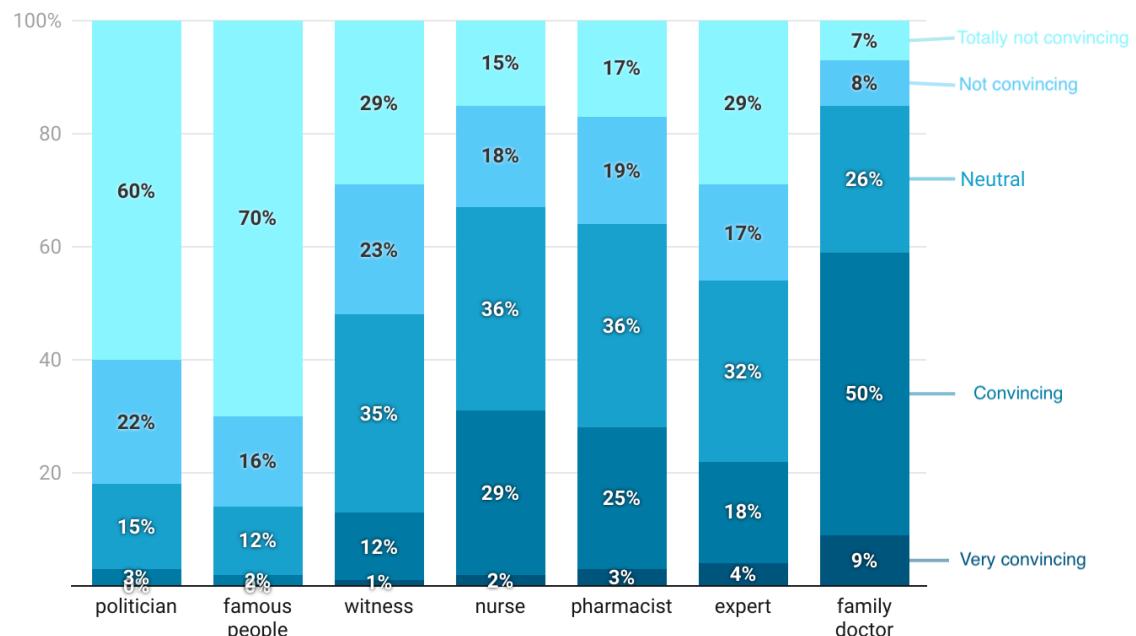


**Figure 8: Transition in vaccination intentions across time**

		April 2021				
		Refusing without doubt	Refusing	Doubting	Accepting	Accepting without a doubt
Baseline	Refusing without a doubt	47%	19%	12%	8%	14%
	Refusing	9%	23%	24%	26%	18%
	Doubting	3%	4%	19%	39%	35%
	Accepting	1%	1%	5%	27%	65%
	Accepting without a doubt	1%	0%	1%	6%	92%

Motivating sources: Hesitating participants at follow-up indicated that especially general practitioners, nurses and pharmacists would be able to convince them to take the vaccine (figure 9), highlighting the critical role of these healthcare workers as a source of trust and connection. This was observed in both the GCS and the MBS.

**Figure 9: Stimulating sources among individuals with vaccination hesitancy in the MBS**





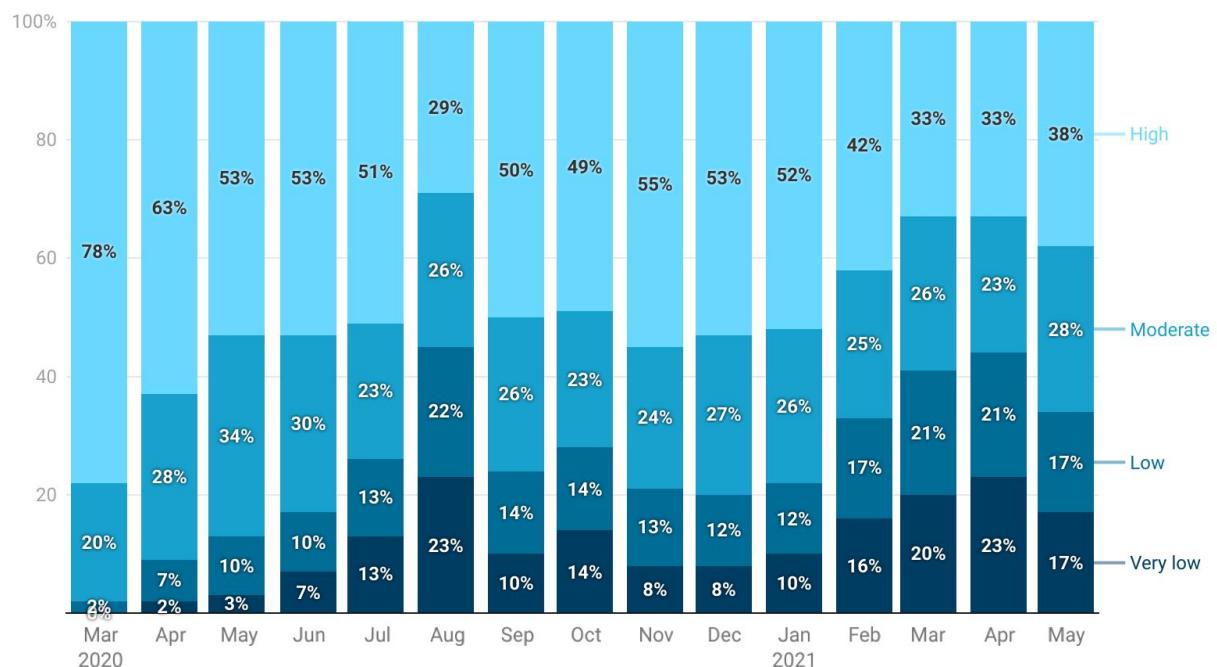
## **Theme 2: Motivation for and adherence to the measures**

### **Question 5: Did motivation to adhere to the measures change after the exit plan was announced?**

Overall shift: Not only an increasing vaccination coverage but also reaching critical virological thresholds would allow us to enjoy increasing relaxations over time. Therefore, the motivation for and adherence to the current corona measures remains critical. Figure 10 presents changes in volitional commitment (i.e., autonomous motivation) to the measures over time, since the beginning of the assessments, back in March 2020.

Two findings are noteworthy. First, a slight increase in motivation can be noticed in May compared to April 2021, with 38% being fully and 28% somewhat motivated to continue adhering to the measures. Second, when compared to other months in the pandemic, the motivation has been lower (e.g., Augustus 2020) but also higher (e.g., July 2020). As was the case last year, a further increase in motivation can be expected, given that more relaxed measures are easier to adhere to and allow people to meet their psychological needs for autonomy and relatedness.

**Figure 10: Motivation to adhere to the measures across the pandemic**



Role of vaccination: Vaccinated individuals are more volitionally motivated to adhere to the measures than non-vaccinated persons.

Role of other socio-demographics: Several background variables relate to individuals' motivation, with older individuals, females, Dutch-speaking individuals, those with a co-morbidity and those having a partner being more motivated to adhere to the measures.



## Question 6: Do we stick to the recommended number of physical contacts nowadays?

**Diary approach:** CoMix is a series of diary based observational studies, specifically designed to study the evolution of contact behaviour. These studies indicate there are subtle changes in contact behaviour that are determined by age and circumstance of contacts (e.g., indoors versus outdoors, location of contact). In CoMix, contacts are defined as being made between 5 am the day preceding the survey and 5 am of the day of the survey. A contact was defined as an in-person conversation of at least a few words, or a skin-to-skin contact. Participants could report individual contacts or (from wave 3 onward) contacts with a group of individuals. For every individual contact, participants filled in the age and the gender of the contacted person, whether the contact included skin-to-skin touching, the duration of the contact and the frequency with which they usually contact this person. Information on the location was collected using pre-specified locations (home, work, school, leisure activities, other places) and specifying whether the contact took place in open air or indoors.

**Figure 11: CoMix contact frequency by age and whether contacts occurred indoors and outdoors (CoMix waves 12 to 20, Dec 2020-April 2021)**

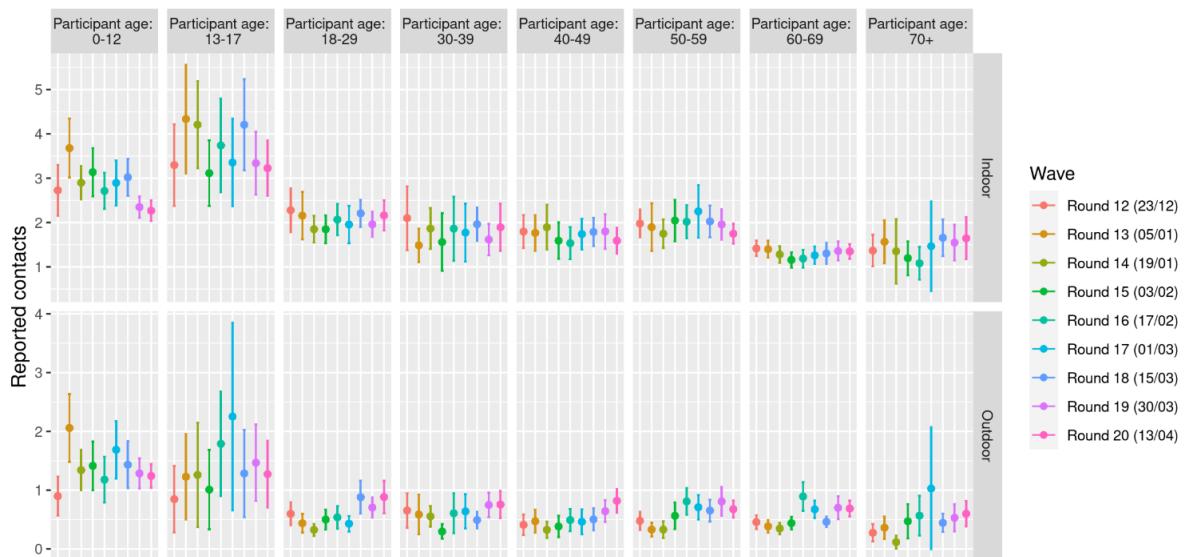
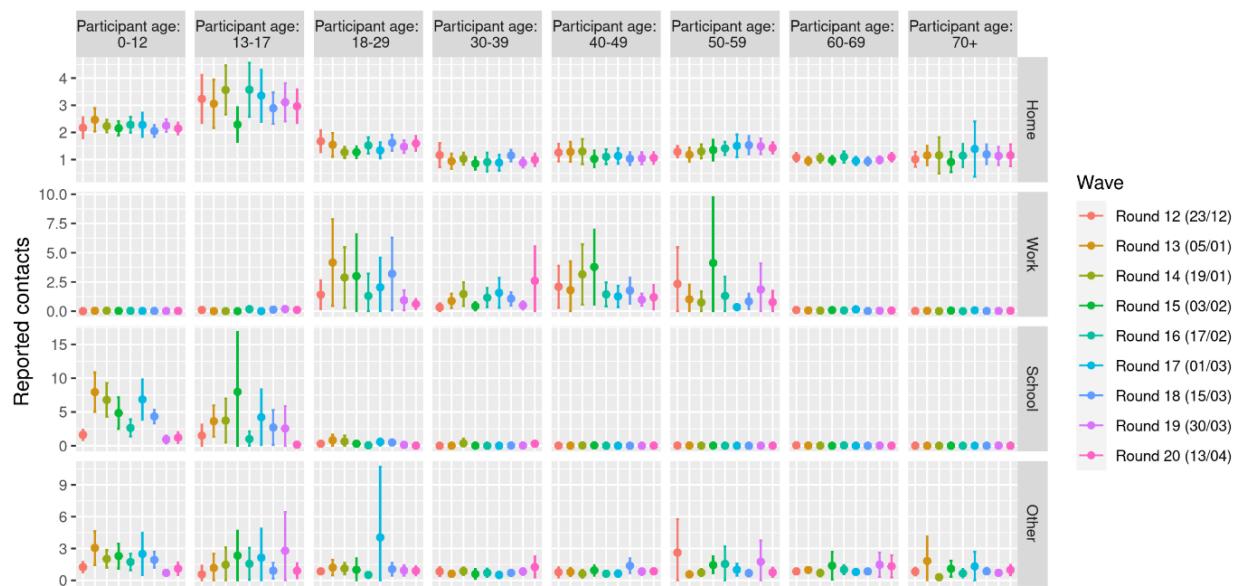


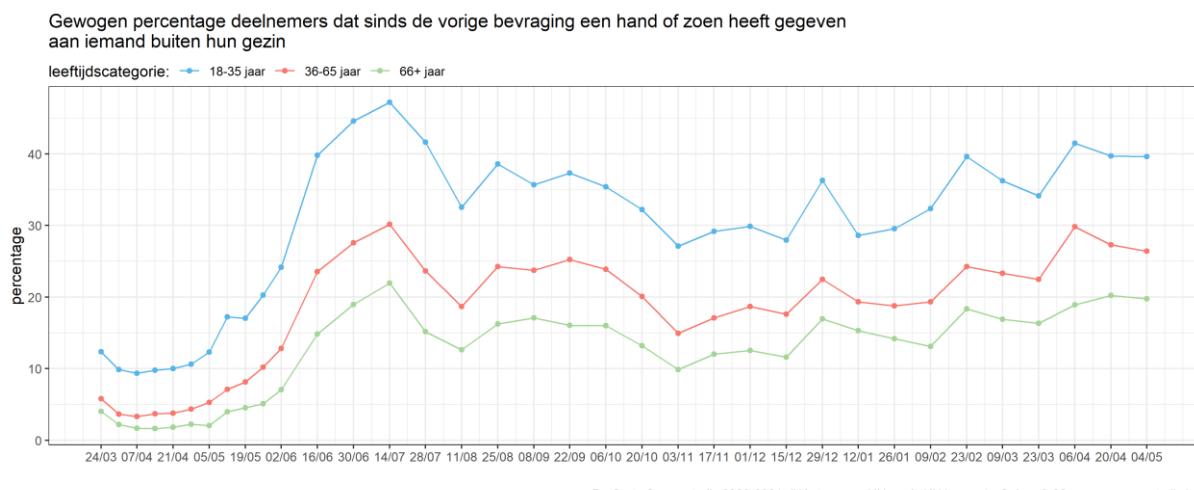


Figure 12: CoMix contact frequency by age and location of contacts (CoMix waves 12 to 20, Dec 2020-April 2021)



**Handshake or kiss:** The GCS also contains questions on adherence, including a standardised question about touching someone outside of the household. It shows the percentage of people (survey respondents, weighted for gender, education and province, and categorised by age group) reporting such contacts has crept up since its low point in early November 2020 to levels that are comparable to mid-July 2020 (although not quite as high for the youngest group, aged 18-35 years).

Figure 13: Percentage of persons of different age groups giving a handshake or kiss to someone outside of their family (Great Corona Study)



Both the GCS and CoMix show no sudden change point of increased contacts over the last months, but there seems a general tendency of overall growing contact frequency (see GCS figure), especially in outdoor settings (see CoMix figure).

- **Close contacts:** In the MBS, the percentage of individuals that report adhering to the recommended number of close contacts has steadily decreased since November. As illustrated in figure 14, in May 38% of individuals indicate sticking to the recommended number of close contacts (i.e., 0 or 1). On the positive side, the steady increase in these close contacts since January has levelled off.



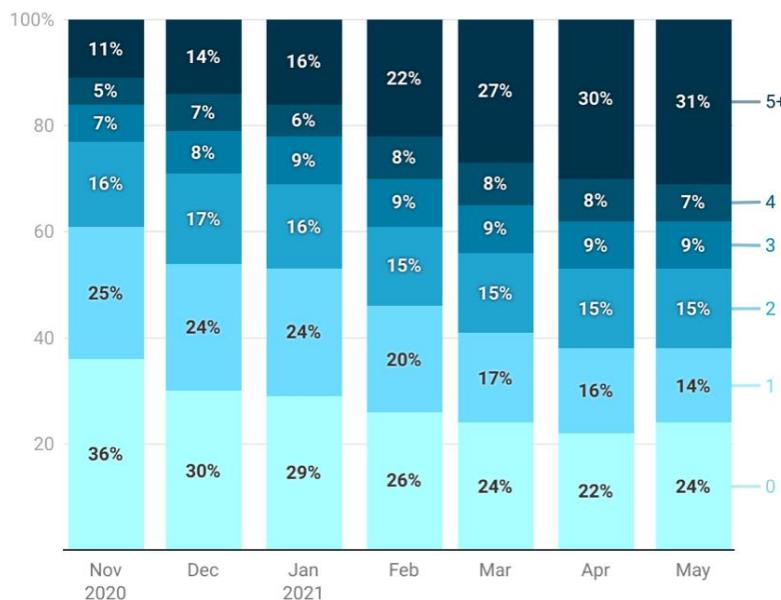
The associations with motivation observed for the various background variables are also evident for individuals' adherence. Specifically, individuals who were older, female, Dutch-speaking, more highly educated, have a life partner, or have an underlying chronic disease have fewer close contacts.

Figure 14: Evolution in number of close contacts over time

## How many people have you been in close contact in the previous week?

"Close contact = interaction with other(s) taking longer than 15 minutes within the distance of 1.5 meters and without face covering."

The Motivation Barometer

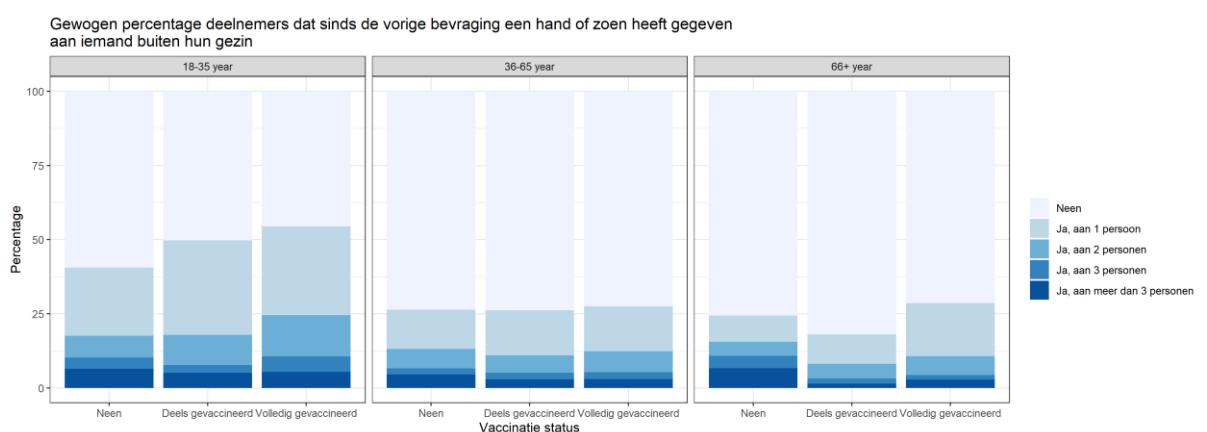


Created with Datawrapper

## Question 6: Do we adhere differently to the measures as function of vaccination status?

Differences in contact behaviour between vaccinated and unvaccinated persons start to appear, where especially among younger age groups there seems a tendency towards having more contacts. This is illustrated first using GCS data.

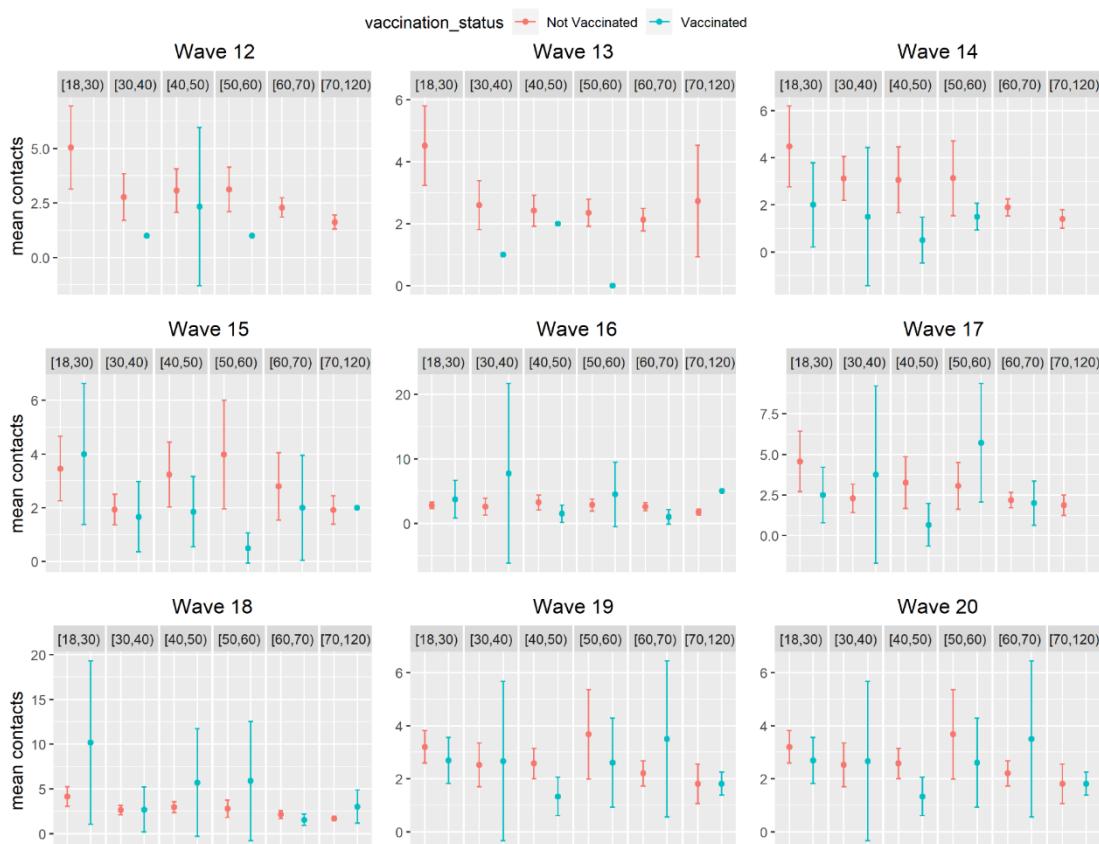
Figure 15: % (weighted for age, gender, education level and province) giving a kiss or handshake to someone outside their household according to vaccination status (Great Corona Study (GCS) wave 36, 4<sup>th</sup> May 2021)





- Most vaccinated persons (78% after one dose; 63% after two doses in GCS Wave 36) indicate that they continue to adhere to the measures as strictly as before their vaccination. Younger vaccinees, lower educated vaccinees, and vaccinees from central cities more often indicate that they are following the measures less strictly.
- Of the vaccinees indicating that they follow the measures less strictly, the GCS-36 indicates that many (64%) do so indoors, some (11%) in professional situations and also many (39%) outside with others (multiple options per respondent were possible). In half (50%) of these situations, the people with whom vaccinees apply these measures more loosely, are always or almost always vaccinated, implying also, of course that in half of these situations, they are not, or respondents are not sure/don't know about the vaccination status of their contacts.
- In the CoMix study there was no evidence of important changes in social contact behaviour, both by comparisons of cross sectional observations of contacts by vaccination status (with 19% respondents vaccinated with at least 1 dose in CoMix Wave 20, see comparisons in figure below) and longitudinal analyses by means of a generalised linear mixed model.

Figure 16 CoMix contact frequency by age and vaccination status (CoMix waves 12 to 20, Dec 2020-April 2021)



- Findings from the MBS also indicate that the changes in adherence to the measures among vaccinated persons is minimal. Vaccinated individuals report adhering somewhat less to the measures when interacting with other vaccinated, relative to non-vaccinated, individuals (figure 17, left panel).

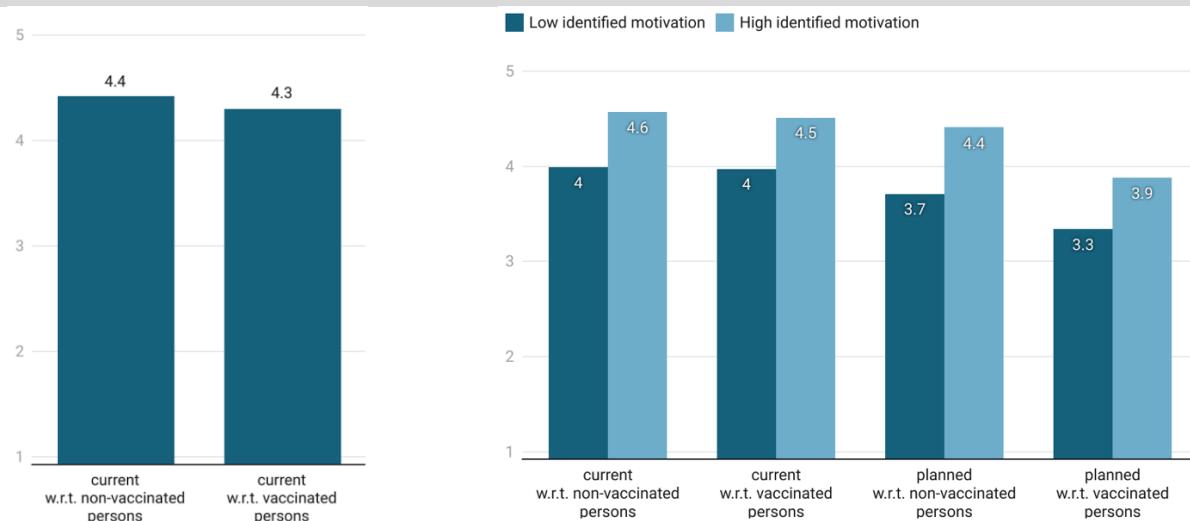
Similarly, when non-vaccinated individuals are asked for their planned adherence to the measures, non-vaccinated respondents in the MBS intend to reduce their adherence to the measures in relation



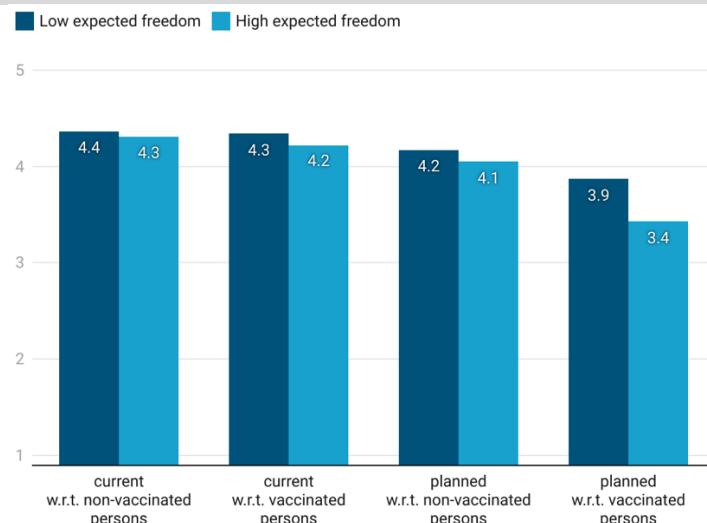
to vaccinated individuals after vaccination while they plan to preserve their current adherence in relation to non-vaccinated individuals. Regardless of the vaccination status of their interaction partner, the motives for being vaccinated play a critical role. Individuals who are prosocially oriented and volitionally committed to get vaccinated intend to adhere more to the measures (figure 17, middle panel). In contrast, those who perceive vaccination as a route to personal freedom intend to adhere less to the measures, regardless of the vaccination status of the interaction partner (figure 17, right panel).

**Figure 17: Adherence as a function of vaccination status of interaction partner and motives for vaccination**

(a) current adherence of vaccinated people by interaction partner      (b) adherence of non-vaccinated people by time and interaction partner by identified motivation



(c) adherence of non-vaccinated people by time and interaction partner by expected freedom



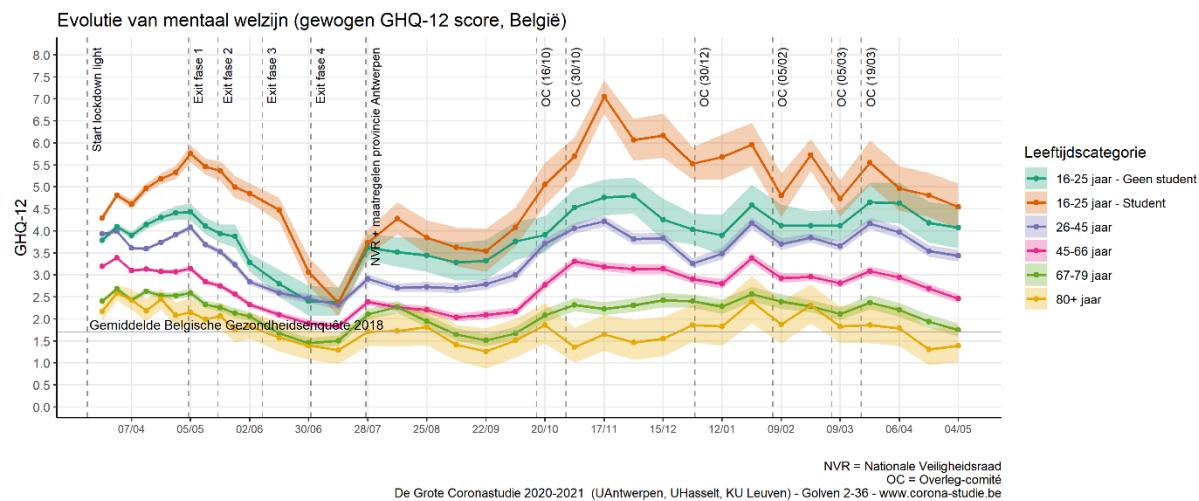


### Theme 3: Mental health and psychological need satisfaction

#### **Question 7: Has our mental health improved since the exit plan was announced?**

The GCS is monitoring various aspects of mental health, including the GHQ-12 score on mental wellbeing (scores between 0-12, the higher the score the worse, see also our previous mental health reports). A score of 2 or more is considered an indication of a risk of mental discomfort, while a score of 4 or more indicates a risk of mental health problems. As shown in figure below, GHQ-12 has generally evolved for the better since mid-March 2021.

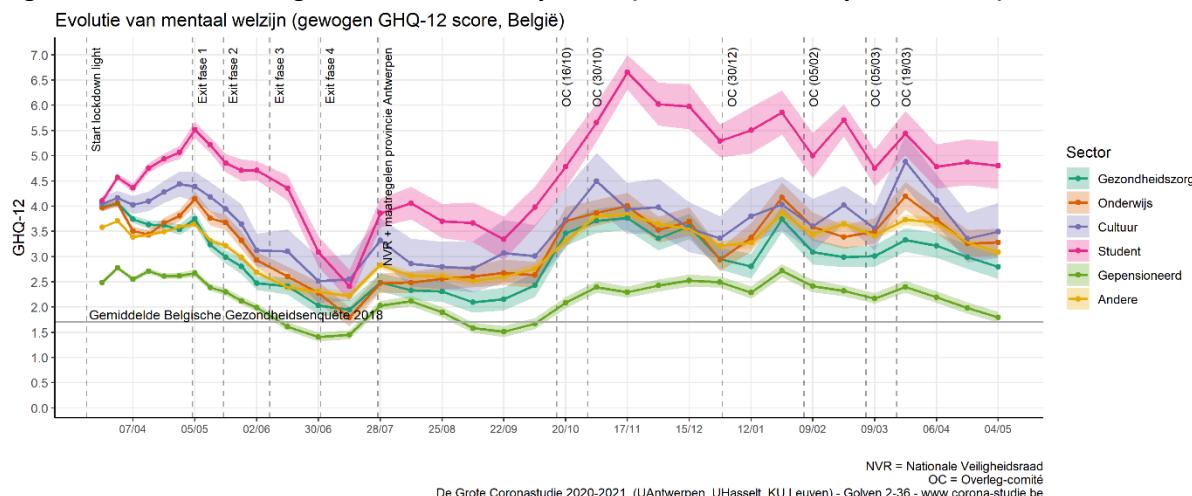
**Figure 18: Evolution of weighted GHQ-12 score by age group while distinguishing students from non-students in the youngest age group (Great Corona Study, Waves 2-36)**



The overall improvement is presumably mainly due to the prospect of vaccination and relaxations. This might be supported by the fact that people aged 60-79 years and over 80 years report the best GHQ scores since September 2020. As reported numerous times before by the GCS, students incur by far the greatest impact on mental wellbeing, and experience now a long duration of 7 months of average scores on GHQ-12 of more than 4.5. Also people working in the culture and event sector score badly.



**Figure 19 Evolution of weighted GHQ-12 score by sector (Great Corona Study, Waves 2-36)**



The GCS has documented correlations in mental wellbeing and willingness to be vaccinated, implying there are two way associations between these.

#### **Question 8: Have our psychological needs been better met since the exit plan was announced?**

Evolution over time: Since May, an improvement of the satisfaction of different psychological needs, but especially autonomy, can be observed. Also, feelings of insecurity decreased, which helps to explain the improved mental health (figure 20). Yet, psychological needs are still less satisfied compared to May and especially June-July 2020, when a greater number of relaxations was put in place.

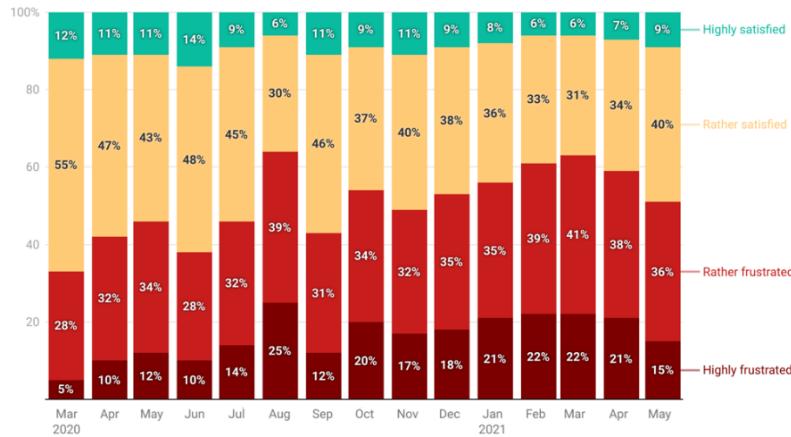
Vaccination status: Compared to non-vaccinated individuals, vaccinated persons report an improvement in life satisfaction over time, which is due to their reduced insecurity and especially improved autonomy need satisfaction over time. Such findings are promising as they indicate that vaccination may be a route to improved mental health.

Other socio-demographics: As for other socio-demographics, more lowly educated individuals and older individuals experienced greater psychological need satisfaction and lower security. Females reported both greater need satisfaction and higher insecurity compared to males.

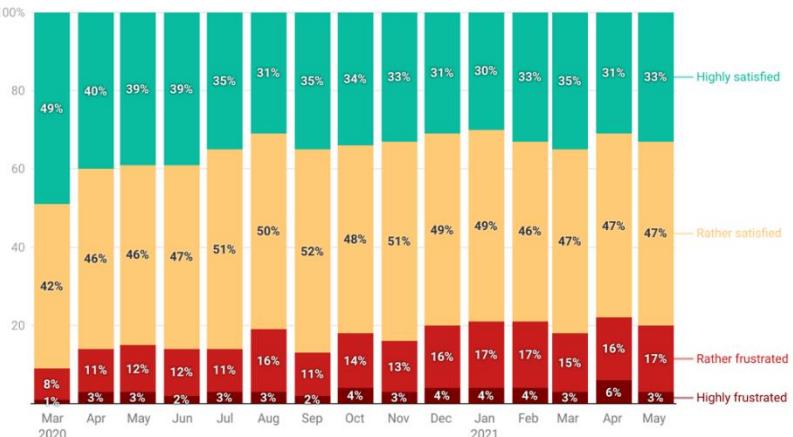


Figure 20. Evolution of psychological needs and uncertainty across the pandemic

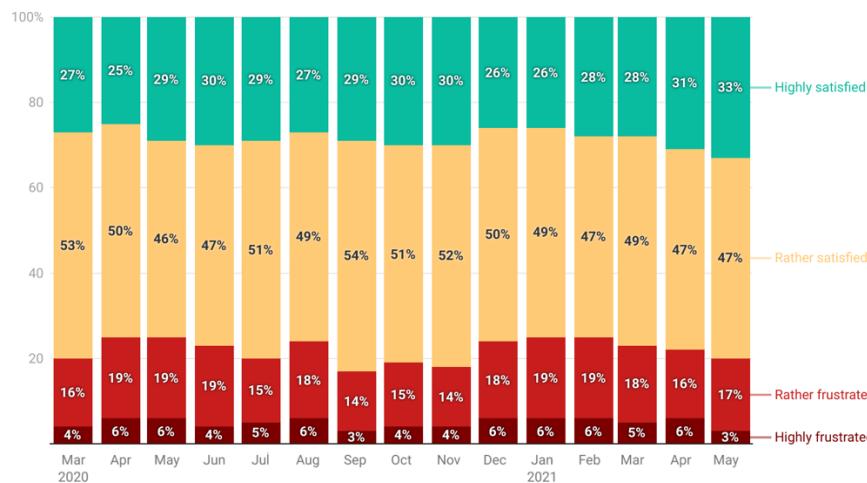
**(a) Need for autonomy**



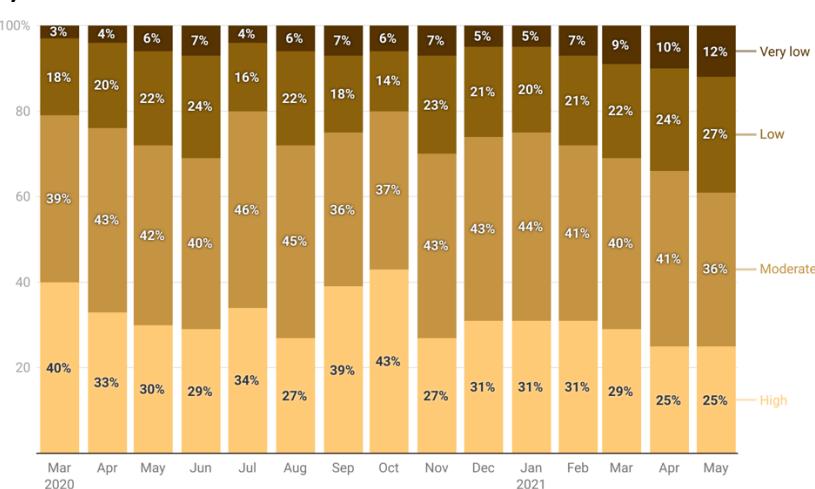
**(b) Need for relatedness**



**(c) Need for competence**



**(d)**





### **Background references**

Sara Valckx, Jonas Crèvecoeur, Frederik Verelst, Maren Vranckx, Greet Hendrickx, Niel Hens, Pierre Van Damme, Koen Pepermans, Philippe Beutels, Thomas Neyens. Individual factors influencing COVID-19 vaccine acceptance in between and during pandemic waves (July-December 2020). Submitted to peer review.



## Annex 5. Advice of Belgian Advisory Committee on Bioethics on the ethical and social considerations relating to the introduction of a “coronapass” and other transitional measures to dismantle restrictions on liberties

10 May 2021

### 1. Besluit en aanbevelingen

Door de vaccinatiecampagne komt de epidemie in een nieuwe fase waarbij er moet worden nagedacht over mogelijke versoepelende overgangsmaatregelen. Ook al bestaat er geen nulrisico, de vaccinatie heeft de dreiging van het virus – met name voor de gevaccineerden – drastisch verlaagd, waardoor de werking van de ziekenhuizen minder onder druk komt te staan. Tegelijk is het virus niet verdwenen en blijft voorzichtigheid geboden. De groepsimmunitet, die het ultieme doel is van de vaccinatiecampagne en de mogelijkheid biedt om de samenleving zonder veel maatregelen te heropenen, is vooralsnog niet bereikt. De overgangsmaatregelen kunnen het mogelijk maken dat de samenleving gedeeltelijk heropent, maar bepaalde beperkende maatregelen op specifieke plaatsen van toepassing blijven. In deze overgangsperiode stelt zich met name de vraag in welke mate het beleid rekening kan of moet houden met de immuniteitsstatus van de betrokken personen als gevolg van de vaccinatie of van een doorgemaakte SARS-CoV-2-infectie. In dat verband wordt ook steeds meer melding gemaakt van het gebruik van een “coronapas”. Sommige landen zijn er al mee aan de slag en ook de EU werkt aan de implementatie van zo een pas, het zogenaamde “digitale groene certificaat”, in functie van het reizen. In de EU-landen stelt zich de vraag of deze pas ook intern gebruikt kan worden, m.a.w. bij de dagdagelijkse activiteiten van de burgers.

Ceci, il faut le souligner, arrive à un moment particulier, celui où, lassée par des mois de contraintes sanitaires, fragilisée économiquement et psychiquement, la population, dans son ensemble, prend conscience que le combat contre le virus va peut-être nécessiter non seulement de la détermination mais aussi de la persévérance et de la patience pour une durée encore indéterminée. A ce stade, et malgré la progression et l'accélération de la campagne de vaccination, le contexte sanitaire reste incertain dans de nombreux territoires et son évolution sera fonction du caractère plus ou moins prudent et progressif de la réouverture des lieux de vies, de l'adhésion de la population aux mesures barrières et de l'émergence éventuelle de nouveaux variants.

Le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique a souhaité apporter sa contribution au débat afin de définir dans quelle mesure et selon quel cadre éthique il peut être justifié de recourir au « pass corona » et à d'autres mesures transitoires permettant la réouverture progressive et sécurisée de la société.

Le présent avis reflète les conclusions actuelles d'une réflexion éthique qui se poursuit au sein du Comité dans le cadre de l'évolution très dynamique de la situation pandémique et des décisions prises par les autorités publiques. Le Comité se réserve, dès lors, la possibilité de revenir sur la question.

Le Comité arrive aux principes et conclusions générales (a) et aux recommandations spécifiques suivantes (b).

#### a. Algemene principes en conclusies:

1. Le contexte actuel de transition, marqué par une diminution, mais non l'annulation du risque sanitaire individuel et collectif, exige un réajustement transitoire et proportionné des contraintes sanitaires. Sans un tel réajustement, ces contraintes pourraient apparaître arbitraires et mettre en danger le sens



et l'acceptabilité sociale de la vaccination. Les citoyens doivent pouvoir percevoir clairement le bénéfice collectif de la stratégie vaccinale.

2. Ces réajustements doivent par ailleurs viser un objectif social global, incluant (i) le rétablissement des droits fondamentaux limités pour des raisons sanitaires, (ii) les besoins des secteurs économiques et culturels fragilisés par la crise et (iii) les besoins en termes de santé publique — non seulement en continuant de contrôler les risques directs et indirects liés à la COVID-19, mais en visant le rétablissement progressif des relations sociales essentielles à la santé mentale et au bien-être, aujourd’hui gravement impactés.
3. Ces mesures transitoires ne peuvent en aucun cas déforcer la dynamique vaccinale qui est à l’œuvre. Celle-ci doit être poursuivie et renforcée en particulier vis-à-vis des publics les plus fragiles, les plus précaires et les plus difficiles à atteindre.
4. Dès que la situation épidémiologique le permettra, toutes les restrictions sanitaires devront être levées parce que les limitations à des libertés fondamentales ne seront plus justifiées.
5. Tant que la situation épidémiologique globale ne le permet pas mais dès lors que la vaccination conduit à une évolution favorable, la mise en place de mesures transitoires différenciées peut être envisagée. Ces mesures pourraient, comme le Green Pass européen, consister à introduire une différence dans l'accès à certains lieux ou services selon que les personnes sont vaccinées, ou présentent un test de dépistage au SARS-CoV-2 négatif ou ont des anticorps contre le coronavirus (*recovery certificate*), ou selon qu'elles ne peuvent, au contraire, attester d'aucune de ces 3 conditions.
6. Il est acceptable que les autorités puissent pour des raisons de cohésion sociale et d'applicabilité pratique, adopter des mesures différentes entre le contexte public et les contextes privés, par exemple, en maintenant, dans l'espace public, certaines précautions telles que les masques, la distanciation sociales et la ventilation.
7. L'adoption de mesures transitoires différenciées n'est pas en soi contraire aux principes juridiques de liberté et d'égalité, pour autant qu'elles soient proportionnées et fondées sur des critères objectifs. Le principe d'égalité n'empêche pas que des situations distinctes soient traitées de manière différente. La vaccination, l'immunité, mais également un test de dépistage négatif récent (cf. considérations médicales présentées dans cet avis) constituent une situation distincte (temporaire) en termes de profil de risque, rendant légitime la différence de traitement.
8. Cependant le Comité souligne que si des mesures transitoires différenciées ne sont pas discriminatoires au plan juridique, elles n'en soulèvent pas moins des enjeux éthiques majeurs liés (i) aux divisions sociales qu'elles sont susceptibles d'entraîner, notamment aux dépens des publics qui échappent à l'offre de vaccination et sont de manière générale éloignés des systèmes de santé et (ii) au type de fonctionnement social qu'elles semblent valider implicitement, fondé sur la surveillance, le contrôle et l'usage, au moins temporaire, de données individuelles de santé (sensibles par définition).
9. Dans cette perspective, le Comité estime que le recours à des mesures différenciées n'est éthiquement et socialement acceptable que si, et seulement si un certain nombre de conditions sont remplies. Dans le cas contraire, ce type de dispositif risquerait de contrevénir aux principes éthiques et démocratiques les plus fondamentaux.
10. Le fait que le statut vaccinal soit le résultat des circonstances ou, au contraire, d'un choix personnel doit être pris en considération. À cet égard, la situation dans laquelle tous n'ont pas encore eu l'occasion d'être vaccinés présente une différence pertinente par rapport à celle dans laquelle tous ont reçu l'opportunité de se faire vacciner mais où certains ont librement choisi de ne pas l'être. Par ailleurs, les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales constituent



toujours un groupe à prendre en considération de manière spécifique, et une adaptation des règles visant à les protéger doit pouvoir être envisagée lorsque cela est nécessaire.

**b. Aanbevelingen betreffende de aanpassing van de beperkende maatregelen, inclusief de coronapas:**

1. Wanneer gevaccineerden nauwelijks nog een gevaar vormen voor elkaar, kunnen ze elkaar ontmoeten zonder veel bijkomende regels (afstand en mondkramers). Dit zou in de eerste plaats van toepassing moeten kunnen zijn in de private sfeer.
2. De overheid moet onderzoeken welke beperkende maatregelen die in de private context gelden, maar voor gevaccineerden eigenlijk niet meer relevant zijn, kunnen worden aangepast. Vanuit menselijk oogpunt is het te overwegen om te onderzoeken in welke mate gevaccineerden in beperkte mate ook wat meer contact kunnen hebben met eventueel niet-gevaccineerde familieleden en vrienden. Dit kan deels afhankelijk gemaakt worden van enerzijds de mate waarin het virus in de samenleving circuleert en anderzijds van de algemene vaccinatiegraad (wetende dat deze graad zal toenemen met de voortschrijdende vaccinatiecampagne).
3. De overheid moet onderzoeken in welke mate gevaccineerden vrijstelling kunnen krijgen van test- en quarantaineregels, bv. bij het reizen en de contacttracing.
4. Zodra er binnen collectieve voorzieningen (gevangenissen, asielcentra, psychiatrische instellingen, WZC's,...) voldoende bewoners en personeelsleden ingeënt zijn, kunnen intern soepelere regels voor onderling contact en vergaderingen worden ingevoerd. Voor de contacten met de bezoekers moeten de versoepelingen die gelden in de rest van de samenleving worden gevolgd.
5. Indien er, in functie van het veilig en stapsgewijs heropenen van de samenleving, voor gekozen wordt om de toegang tot bepaalde diensten of activiteiten te controleren met een coronapas, is het noodzakelijk dat:
  - a. de wetgever de kijtlijnen (methode, voorwaarden, periode) vastlegt waarbinnen dit kan gebeuren;
  - b. er steeds naar een middel gezocht wordt dat niet-discrimineert. Dit kan met name door
    - i. niet enkel te werken met de vaccinatiestatus, maar ook met het opnemen in de coronapas van negatieve resultaten van een PCR- of antigentest (volgens de criteria vastgelegd in dit advies) of een positieve serologie die wijst op een doorgemaakte infectie
    - ii. deze tests gemakkelijk bereikbaar te maken en kosteloos ter beschikking te stellen, tenminste tot op het ogenblik dat iedereen de kans gekregen heeft zich te laten vaccineren, en voor onbepaalde tijd voor personen die een contra-indicatie voor vaccinatie vertonen
  - c. alle wettelijke en technische maatregelen worden genomen die nodig zijn voor
    - i. het beschermen van de vertrouwelijkheid van de gevoelige persoonsgegevens die verzameld worden voor de coronapas volgens de regels van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (GDPR) en artikel 221 van de Grondwet, alsmede voor
    - ii. het beschermen van het systeem tegen fraude;
  - d. er duidelijk wordt gecommuniceerd over het gerechtvaardigd doel van het middel, met name het progressieve herstel van een zeker niveau van collectief welzijn, het garanderen van de veiligheid, het beschermen van kwetsbare groepen en het in stand houden van de



- werking van de ziekenhuizen. Het middel moet in dat opzicht ook duidelijk bijdragen aan en proportioneel zijn in functie van dat doel. Het mag pas ingezet worden als er geen minder ingrijpende maatregel mogelijk is om het legitieme doel te bereiken;
- e. er duidelijk wordt gecommuniceerd over het tijdelijk karakter van deze overgangsmaatregel, waarbij zij niet gebruikt mag worden om langs een omweg de vaccinatie toch verplicht te maken;
  - f. de overheid erover waakt dat de coronapas in al zijn aspecten voor iedereen gelijk toegankelijk is, ook voor zij die kwetsbaar zijn of slachtoffer van de digitale kloof;
  - g. de overheid erover waakt dat er voldoende en gelijke toegang is tot vaccinatie en tests;
  - h. er vóór de invoering van het systeem een afweging wordt gemaakt van de potentiële baten en kosten, dat m.a.w. de administratieve en praktische haalbaarheid ervan wordt nagegaan;
  - i. de overheid er steeds op kan blijven toezien of de coronapas op de voorgeschreven manier wordt gebruikt.
6. Het Comité meent dat de coronapas, indien hij wordt ingevoerd, in de eerste plaats kan worden ingezet bij internationale reizen en grote, goed georganiseerde evenementen waar er een uitgebouwd systeem van toegangscontrole bestaat (bv. vooraf gekochte tickets), maar waar het naleven van de afstandsregels niet altijd kan worden gegarandeerd.
7. Het Comité meent dat de grootste voorzichtigheid geboden is en een maatschappelijk debat noodzakelijk is wanneer de overheid zou overwegen een coronapas in te voeren voor dagdagelijkse activiteiten van de burger. In elk geval meent het Comité dat de coronapas niet kan gebruikt worden om de toegang tot voedingszaken, het leerplichtonderwijs en de ziekenhuizen (wat de patiënten betreft) te regelen. In die gevallen kunnen beperkende maatregelen van toepassing blijven om elkaar te beschermen.

L'avis (autosaisine) a été préparé en commission restreinte 2020/1 «Actualisation de l'avis n°48» composée de: [Zie advies](#).