

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

@medischcontact

Vaccinatie-nationalisme speelt virus in de kaart

Eigen bevolking eerst, lijkt het stilzwijgende adagium bij de verdeling van covid-19-vaccins. Onverstandig, vindt onder meer de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Solidariteit is ook een zaak van eigenbelang.



Vaccinatie-nationalisme. Dat is de inmiddels gangbare term die de directeur-generaal van de WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus, gebruikt voor het feit dat de rijkere delen van de wereld betrekkelijk voortvarend coronavaccins inkopen (en verdelen) en het armere deel van de wereld daar ver bij achterblijft. Hij roept op tot meer solidariteit, want hoe langer mondiale vaccinatie en dus mondiale groepsimmunitet op zich laat wachten, hoe groter het risico dat er nieuwe (gevaarlijker) mutaties opduiken en zich verspreiden tussen landen. Solidariteit is dus ook een kwestie van eigenbelang. Ook in economisch opzicht, want het kost weliswaar ruim 25 miljard dollar om landen met lagere inkomens van vaccins te voorzien, maar als bepaalde regio's uitgesloten blijven van vaccinatie, kost het rijkere landen 119 miljard dollar per jaar, vanwege de belemmeringen in het internationale handelsverkeer, zo becijferde de Rand Corporation onlangs.

Nog een handvol illustratieve cijfers: van de 12,5 miljard dosissen die de belangrijkste vaccinproducenten hebben beloofd in 2021 te maken, zijn er al 6,4 miljard besteld, voornamelijk door rijke landen die veel meer dosissen hebben gekregen dan nodig om hun bevolking in te enten. Zo zijn Australië, Canada en Japan goed voor minder dan 1 procent van de covid-19-gevallen ter wereld, maar hebben ze contracten afgesloten voor meer vaccins dan heel Latijns-Amerika en het Caribisch gebied met meer dan 17 procent van de gevallen. Canada heeft bijvoorbeeld genoeg in bestelling om zijn 38 miljoen inwoners vijf keer in te enten. De 200 miljoen inwoners van Nigeria hebben nog niets gekregen. De zeventig minst welvarende landen kunnen maar 10 procent van hun bevolking vaccineren in 2021. Volgens Oxfam moeten sommige landen tot 2023 wachten voordat de hele bevolking kan worden ingeënt, onderzoekers van de Amerikaanse Duke University houden het bij dit tempo zelfs op 2024.

Kennis delen

Op initiatief van Wemos en Oxfam Novib hebben afgelopen week 52 maatschappe-

lijke organisaties de Nederlandse regering opgeroepen ervoor te zorgen dat farmaceuten hun kennis over de ontwikkeling van coronavaccins gaan delen in een al langer bestaande pool van de WHO: de Covid-19 Technology Access Pool ofwel C-TAP. Het idee is dat C-TAP ertoe leidt dat er meer generieke producenten komen en dat je daardoor de productiefaciliteiten kunt opschalen. Nederland heeft eerder zijn steun uitgesproken voor die pool, maar volgens Wemos verder niets ondernomen om het succes ervan te verzekeren. Sterker: tot op heden staat er helemaal niets in C-TAP. Tom Buis, expert mondiale gezondheid bij Wemos, vindt dat landen waarin de covid-19-vaccins worden geproduceerd C-TAP actief moeten steunen: 'Zij hebben de beste reden om de farmaceuten erop aan te spreken hun kennis te delen, omdat ze meestal het fundamentele en toegepaste onderzoek mede hebben gefinancierd.'

Het AstraZeneca-vaccin is voor Afrikaanse landen de meest geschikte optie

De grote farmaceuten hebben vaccins weliswaar met eigen middelen verder ontwikkeld, trials opgezet en een productie- en distributienetwerk opgetuigd, maar zelfs het risico van die investeringen is voor een belangrijk deel afgedekt door de overheden en de EU.'

Buis ziet wel enige beweging: 'Moderna heeft gezegd haar patent niet te handhaven. Dat heeft te maken met wetgeving in de VS. Als de overheid daar onderzoek naar ontwikkeling van een vaccin mede heeft gefinancierd, is ze ook mede-eigenaar van het patent. Maar let op, dat is niet genoeg om andere producenten in staat te stellen het Moderna-vaccin te

maken. Moderna moet ook productie-technische kennis overdragen.' Om die reden zijn dwanglicenties ook niet voldoende, aldus Buis: 'Die gaan alleen over patenten en niet over het delen van productionele kennis en hebben bovendien altijd een nationaal karakter. Het grote pluspunt van C-TAP is dat kennis en patenten beschikbaar worden gemaakt voor de hele wereld, en niet slechts voor één land.'

Lokale productie

Ook Aukje Mantel-Teeuwisse, hoogleraar farmacie en internationaal gezondheidsbeleid aan de Universiteit Utrecht, juicht C-TAP toe. Volgens haar is C-TAP vergelijkbaar met de Medicines Patent Pool (MPP), ook een plek waar patenten, kennis en (technologische) knowhow worden gedeeld met andere farmaceuten. 'Inder tijd heeft de MPP een belangrijke rol gespeeld in het vergroten van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen voor hiv en aids. Mijn aarzeling bij C-TAP is de termijn waarop dit daadwerkelijk tot lokale productie leidt. Bij de hiv-middelen ging het om betrekkelijk simpele moleculen, maar vaccins maken is echt een heel stuk gecompliceerder. Zijn er voldoende fabrikanten die dat kunnen? In Brazilië misschien, of in India. Maar in de meeste Afrikaanse landen niet.'

Twee experts, Thomas Bollyky and Chad Bown, opperden daarom recentelijk in het vakblad Foreign Affairs nog een andere optie: nu er zoveel kandidaten voor coronavaccins in ontwikkeling zijn, zal er ongetwijfeld een aantal mislukken. Overheden zouden juist de bedrijven die gefaald hebben moeten aansporen de aldus vrijgekomen capaciteit aan te wenden voor de productie van vaccins die wel succesvol zijn.

AstraZeneca is tot nog toe de enige fabrikant die productiedeals heeft gesloten met bedrijven in Brazilië en Thailand, en met het Serum Institute of India, dat ervaring heeft met de productie en distributie van geneesmiddelen in arme landen. Het AstraZeneca-vaccin is betrekkelijk goedkoop en voor Afrikaanse landen de meest geschikte optie aangezien het geen opslag

bij zeer lage temperaturen vereist, zoals wel het geval is bij het vaccin van Pfizer/BioNTech. Ook het kandidaat-vaccin van Johnson & Johnson kan gedurende enkele maanden in de koeling worden bewaard en er is slechts één dosis van nodig. Dus ook dat is zeer geschikt voor distributie in de armere gebieden van de wereld. Maar het ziet er nu naar uit dat de VS, het VK, de EU en Canada daarvan zoveel in bestelling hebben dat er voorlopig weinig overblijft voor landen met lage inkomens.

Financiële bijdrage

De meeste arme landen zullen moeten vertrouwen op Covax, een programma voor het delen van vaccins dat mede wordt geleid door de WHO. 'Waar Covax gaat over het verdelen van de taart, gaat C-TAP over het verdelen van het recept, zodat er meer taarten kunnen worden gebakken', legt Buis uit. 'Het idee is dat rijke landen een financiële bijdrage leveren aan Covax zodat ook armere landen toegang krijgen tot vaccins zodra die beschikbaar komen.' Directe deals zijn voor lage-inkomenslanden geen optie, omdat koopcontracten dan niet gepaard kunnen gaan met harde leveringsverplichtingen: farmaceuten eisen dan immers vooruitbetaling en dat is voor deze landen geen haalbare kaart. Tegen het einde van 2021 zou, zo is de raming, Covax ten minste twee miljard dosissen coronavaccin moeten kunnen leveren. Nog deze maand zal gestart worden met de verzending van 90 miljoen vaccins van AstraZeneca naar verschillende Afrikaanse landen. Het moet de grootste vaccinatiecampagne ooit worden op het continent, meldt de WHO. Vier Afrikaanse landen krijgen ook zo'n 320 duizend dosissen van het Pfizer/BioNTech-vaccin: Kaapverdië, Rwanda, Zuid-Afrika en Tunesië. In de eerste helft van dit jaar zal dan nog maar 3 procent van de totale Afrikaanse bevolking zijn gevaccineerd. Los daarvan heeft de Afrikaanse Unie 670 miljoen dosissen van het AstraZeneca-vaccin in bestelling. ■

web

De bronnen voor dit artikel vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.