

Vergaderjaar 2022–2023

**32 793**

## **Preventief gezondheidsbeleid**

**Nr. 651**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 februari 2023

Met deze brief informeer ik uw Kamer over de stand van zaken met betrekking tot de laatste ontwikkelingen van de aanpak «Vol vertrouwen in vaccinaties» die ik op 4 juli jl.<sup>1</sup> met uw Kamer heb gedeeld. Ook ga ik in op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Dit doe ik aan de hand van de voorlopige opkomstcijfers. Daarnaast informeer ik u over enkele ontwikkelingen in het vaccinatiebeleid. Zo ga ik in op de motie van de leden Den Haan en Rudmer Heerema over de doorlooptijd voor vaccins en deel ik met u de werkagenda van de Gezondheidsraad. Tevens geef ik mijn beleidsreactie op de adviezen van de Gezondheidsraad over de evaluatie van het RVP-schema en vaccinatie tegen meningokokken B. Tot slot geef ik een update over de stand van zaken bij de vaccinaties tegen gordelroos, rotavirus en de aanvullende campagne voor jongvolwassenen tegen Humaan Papillomavirus (HPV).

#### **Voortgang aanpak «Vol vertrouwen in vaccinaties»**

Op 4 juli 2022 heb ik mijn aanpak «Vol vertrouwen in vaccinaties» met uw Kamer gedeeld. Hieronder geef ik de laatste stand van zaken ten aanzien van mijn aanpak weer aan de hand van de drie actielijnen: (1) het bewaken en het versterken van het vertrouwen, (2) het verstevigen van de informatievoorziening en (3) het vergroten van de toegankelijkheid. Ik ga hierbij ook in op de inhaalacties in het kader van de BMR-vaccinatie en de inzet van lokaal maatwerk maar allereerst ga ik verder in op de invoering van het informed consent,

#### *Informed consent*

Per 1 januari 2022 is het informed consent (cq. het informeren, navragen en registreren van uitdrukkelijke toestemming voor de uitwisseling van

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 614

gepersonaliseerde RVP-vaccinatiegegevens tussen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het RIVM) ingevoerd in het RVP. Na meer dan elf maanden uitvoering van de uitdrukkelijke toestemming kan ik samen met het RIVM en de JGZ voor de tweede keer de balans opmaken. Zoals gedeeld met uw Kamer op 4 juli jl. lag het percentage vaccinaties waarvoor geen toestemming was geregistreerd voor gegevensuitwisseling tussen de JGZ en het RIVM in de eerste weken na de invoering rond de 40%. Dat kan betekenen dat iemand geen toestemming heeft gegeven, maar het is ook mogelijk dat de vraag (nog) niet gesteld is, (nog) niet beantwoord of begrepen is, of dat het antwoord (nog) niet (goed) geregistreerd is. Inmiddels wordt gemiddeld voor 5% van de vaccinaties geen toestemming voor RVP-gegevensuitwisseling geregistreerd. Dit is een enorm verschil ten opzichte van de eerste weken na invoering. Het RIVM en de JGZ-organisaties hebben zich ingezet om de implementatie zo soepel mogelijk te laten verlopen en het percentage vaccinaties waarvoor geen toestemming wordt gegeven zo laag mogelijk te krijgen. Ik ben hen dan ook zeer erkentelijk voor hun inspanningen in deze.

Helaas moet geconstateerd worden dat de invoering van het informed consent per 1 januari 2022 van grote invloed is op het monitoren van de vaccinatiegraad door het RIVM en op de praktijkuitvoering bij de JGZ. Hier zal ik nader op ingaan in deze brief bij de voorlopige opkomstcijfers. In mijn Kamerbrief van 4 juli 2022<sup>2</sup> heb ik aangekondigd dat ik inzet op een wetswijziging waarbij een basis wordt gecreëerd voor het uitwisselen van vaccinatiegegevens met persoonsgegevens tussen het RIVM en de JGZ, tenzij betrokkenen daartegen bezwaar maken. Aan deze wetswijziging is de afgelopen maanden hard gewerkt en op 18 januari 2023 is de internetconsultatie gestart<sup>3</sup>. De verwachting is dat de voorgenomen wetswijziging halverwege 2024 wordt voorgelegd aan uw Kamer.

## Het bewaken en het versterken van het vertrouwen

### *Monitor vertrouwen*

Sociaalwetenschappelijk onderzoek is belangrijk om inzicht te hebben en te houden in de beweegredenen van ouders, jongeren en volwassenen om al dan niet te vaccineren. In mijn Kamerbrief van 4 juli 2022 gaf ik aan dat het RIVM start met het verkennen van de mogelijkheid om een langdurige en structurele monitor hierop in te zetten. Deze monitor wordt onderdeel van een breder structureel sociaalwetenschappelijk onderzoeksprogramma naar vaccineren, genaamd SocioVax.

Met dit onderzoeksprogramma zal het RIVM meer inzicht kunnen genereren en houden op (verklaringen voor) veranderingen in vaccinatie-deelname en verschillen in vaccinatiedeelname tussen mensen. Hierbij kan gedacht worden aan vertrouwen in vaccinaties en uitvoerders, maar ook aan praktische barrières die mensen ervaren bij het halen van vaccinaties. Vooruitlopend op deze ontwikkeling heeft het RIVM in juli 2022 een peiling uitgevoerd onder 1000 ouders met een kind in de leeftijd van 0 tot 3,5 jaar en 1000 ouders met een kind in de leeftijd van 9 tot 14 jaar. Momenteel worden de resultaten van deze peiling en de vergelijking met voorgaande peilingen verder uitgewerkt. Ik zal uw Kamer hierover voor de zomer informeren.

---

<sup>2</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 614.

<sup>3</sup> Overheid.nl | Consultatie Verzamelwet gegevensverwerking II (internetconsultatie.nl)

### *Specifieke doelgroepen*

Er wordt door het RIVM gewerkt aan het beter laten aansluiten van communicatie op behoeften van specifieke doelgroepen, zoals jongeren en niet-Nederlandstaligen. Het RIVM doet onderzoek naar de informatie-behoefte en communicatiemiddelen rondom het Rijksvaccinatieprogramma, zoals de uitnodigingen, folders en de voorlichting via de website. Bij dit onderzoek wordt de doelgroep actief betrokken om te achterhalen wat zij het fijnste vinden in de manier waarop ze benaderd worden over vaccineren. De communicatiemiddelen met betrekking tot het Rijksvaccinatieprogramma zijn in meerdere talen beschikbaar en er is ook een nieuwe brief voor asielzoekers gerealiseerd, die beter aansluit bij deze doelgroep.

Ook voor de aanvullende HPV-campagne voor jongvolwassenen is er ingezet op het betrekken van de doelgroep van jongeren bij het opzetten van de communicatie. Er is een co-creatie traject geweest met jongeren waarbij is opgehaald wat hun kennisniveau is en wat hun behoefte aan informatievoorziening is met betrekking tot HPV en HPV-vaccinatie. De input uit dit traject is meegenomen in de ontwikkeling van de communicatiecampagne en heeft geresulteerd in een kennisquiz voor jongeren en lesmateriaal voor docenten om over HPV in gesprek te gaan met jongeren met een Islamitische achtergrond.

### *Sleutelfiguren*

Per 1 januari 2023 is de Vrije Universiteit Amsterdam gestart met onderzoek in samenwerking met de GGD Amsterdam en het RIVM – als geleerde les uit de COVID-19 pandemie -naar effectieve communicatietechnieken voor discussies over kindervaccinaties tussen ouders, professionals en sleutelfiguren uit doelgroepen, bijvoorbeeld mensen met een laag sociaaleconomische status, met een migratieachtergrond of een religieuze achtergrond.

Het doel van dit onderzoek is het voeren van het goede gesprek van een sleutelfiguur met mensen uit de eigen gemeenschap. In dit gesprek is ruimte voor twijfels, vragen of zaken die raken aan specifieke (geloofs-)overtuigingen in de gemeenschap. De inzet is dat dit uiteindelijk bij kan dragen aan het verhogen van de deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma van specifieke doelgroepen, waarvan de vaccinatiegraad achterblijft.

### *Gesprekstechnieken*

Zoals benoemd in mijn brief van 4 juli jl., heeft de Vrije Universiteit Amsterdam onderzoek gedaan naar het ontwikkelen van gesprekstechnieken voor professionals, die gesprekken voeren met ouders en kinderen, die vragen en/of twijfels hebben over (het nut van) vaccineren. Op basis van dit onderzoek is een scholing voor professionals ontwikkeld.

### *Professionals*

Ook op het gebied van deskundigheidsbevordering en het beschikbaar stellen van bijscholingsmogelijkheden aan professionals zijn stappen gezet door het RIVM. Tijdens de COVID-19 pandemie zijn hiervoor webinars georganiseerd. Deze webinars blijken goed te werken voor het informeren van professionals, in aanvulling op het gebruik van e-learnings. Het werken met webinars biedt kansen om ook bijvoorbeeld professionals uit de kraamzorg of de kinderopvang te bereiken met

betrouwbare informatie over vaccineren. Vanwege de goede ervaringen tijdens de COVID-19 pandemie zijn daaropvolgend webinars georganiseerd over de maternale vaccinaties (respectievelijk de vaccinatie tegen kinkhoest en de vaccinatie tegen griep voor zwangeren) en de aanvullende HPV-campagne voor jongvolwassenen. Per bijeenkomst hebben honderden deelnemers meegedaan aan deze webinars. Webinars nemen hiermee een nieuwe positie in met een groot bereik richting professionals, in het landschap van informatievoorziening.

#### *Vaccinatiealliantie*

Zoals te kennen gegeven in mijn Kamerbrief van 4 juli jl., vind ik de Vaccinatiealliantie een mooi voorbeeld van hoe professionals in gezamenlijkheid meedenken over het verhogen van de vaccinatiegraad. Op 14 november jl. heeft de zesde bijeenkomst van de Vaccinatiealliantie plaatsgevonden. Deze bijeenkomst was na twee jaar online weer eens fysiek op locatie georganiseerd. In totaal hebben 120 deelnemers gesproken over diverse thema's als omgaan met vaccinatietwijfel, vaccinaties op maat en een lokaal perspectief op de vaccinatiegraad. De verwachting is dat de volgende bijeenkomst na de zomer van 2023 zal plaatsvinden.

#### Het vergroten van de toegankelijkheid

##### *Extra oproep BMR-vaccinatie*

In het vaccinatiegraadrapport van juli 2022 stond dat er sprake is van een lichte daling van de BMR-vaccinatiegraad van 1,3%. Dit was in lijn met de internationale tendens. In mijn reactie op dit rapport<sup>4</sup> benoemde ik dat de WHO aan landen met een daling in de vaccinatiegraad adviseert om inhaalacties te organiseren. Het RIVM en de JGZ hebben daarop ingezet door een extra uitnodiging te sturen aan ouders van zuigelingen, die op tweejarige leeftijd nog geen enkele BMR-vaccinatie hebben gehad. Duiding geven aan de effectiviteit van deze extra inzet in het jaar 2022 is gecompliceerd, vanwege de COVID-19 pandemie die ook in 2022 nog van invloed was. Het effect van de extra oproep lijkt echter minimaal te zijn. De opkomst naar aanleiding van deze extra oproep was 0,8%. Op basis van de definitieve vaccinatiegraadcijfers van het RIVM – die in de zomer van 2023 worden verwacht en gedeeld met uw Kamer – zal ik bezien of en wat voor extra inzet nodig is om de BMR-vaccinatiegraad te verhogen.

##### *Lokaal maatwerk*

Tijdens de COVID-19 pandemie is er ervaring opgedaan met aanvullende acties om de vaccinatiegraad te verhogen, zoals het uitsturen van SMS-reminders voor consulten en meer flexibiliteit in de tijdstippen waarop vaccinaties gegeven worden. Het RIVM is bezig met de inventarisatie van de best practices en het effect van deze acties op de vaccinatiebereidheid en vaccinatiegraad. Deze inventarisatie zal naar verwachting in de loop van 2023 afgerond zijn.

##### *Informatiestandaard Vaccinaties en PGO's*

Zoals gesteld in mijn Kamerbrief van 4 juli jl., heb ik Nictiz gevraagd om een informatiestandaard vaccinaties te ontwikkelen. De informatiestandaard is inmiddels klaar voor gebruik. Om vervolgens mogelijk te maken dat burgers ook daadwerkelijk vaccinatiegegevens via een Persoonlijke

<sup>4</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 614.

Gezondheidsomgeving (PGO's) kunnen ophalen, dienen zowel de bronnen van deze gegevens (de verzenders) als de PGO-leveranciers (de ontvangers) de informatiestandaard te implementeren. Het RIVM zet in op het implementeren van deze informatiestandaard met als doel om als eerste bron de COVID-19 vaccinatiegegevens te ontsluiten naar de Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's). Het RIVM bekijkt ook of en hoe vaccinatiegegevens uit het RVP op termijn kunnen worden ontsloten naar de PGO's. Ook de GGD'en werken aan de implementatie van de informatiestandaard vaccinaties.

Dit doen zij in relatie tot de aanvullende HPV-vaccinatiecampagne voor jongvolwassenen die begin dit jaar is gestart.

### **Voorlopige opkomstcijfers**

Jaarlijks deelt het RIVM aan het begin van het jaar voorlopige opkomstcijfers in het kader van het RVP (zie bijlage «Overzicht tussentijdse evaluatie vaccinatiegraad 13 januari 2023» bij deze Kamerbrief). Alvorens in te gaan op deze nieuwe opkomstcijfers, is het vanaf dit jaar belangrijk deze cijfers in de juiste context te plaatsen. Door de invoering van het informed consent per 1 januari 2022 kan het RIVM alleen beschikken over de vaccinatiegegevens waarvoor het informed consent is geregistreerd. Dit heeft onvermijdelijk een onderschatting in de voorlopige opkomstcijfers tot gevolg en maakt vergelijking met voorgaande jaren niet meer goed mogelijk. Daarom is het des te belangrijker om de tendens de komende tijd goed in de gaten te houden en ook andere factoren te monitoren, zoals het vertrouwen in vaccinaties. En uiteraard vol in te blijven zetten op acties en maatregelen die bijdragen aan het vergroten van de vaccinatiebereidheid en het vertrouwen in vaccinaties zoals beschreven onder het kopje «Vol vertrouwen in vaccinaties».

#### *Opkomst zuigelingenvaccinaties*

Allereerst deel ik met u de voorlopige cijfers van de vaccinaties voor zuigelingen. Deze voorlopige cijfers betreffen de vaccinaties tegen bof, mazelen en rodehond (BMR) en difterie, kinkhoest, tetanus, en polio (DKTP). In voorgaande jaren gaven de voorlopige cijfers het percentage kinderen weer dat geen enkele vaccinatie heeft gehad op een bepaalde leeftijd. Voor de BMR-vaccinatie is dat de vaccinatiestatus op 2-jarige leeftijd en voor de DKTP-vaccinatie op 1-jarige leeftijd. Vanwege de invoering van informed consent kunnen niet meer alle vaccinaties meegeteld worden en kan niet meer goed gezegd worden welk deel van de zuigelingen geen enkele vaccinatie heeft gehad. Wel kan het minimale percentage van de zuigelingen dat een BMR-vaccinatie en/of DKTP-vaccinatie heeft gekregen worden weergegeven. Het percentage kinderen waarvan een BMR-vaccinatie geregistreerd is bij het RIVM op 2-jarige leeftijd op peildatum 13 januari 2023 is 89,5%. Voor de DKTP-vaccinatie lag dit percentage op 1-jarige leeftijd op 92,9%. In vergelijking met de cijfers een jaar eerder lagen dezelfde opkomstcijfers voor BMR en DKTP toentertijd op respectievelijk 92,6% en 94%. Volgens het RIVM lag het percentage vaccinaties waarvoor geen toestemming was geregistreerd voor gegevensuitwisseling tussen de JGZ en het RIVM over 2022 voor alle BMR-vaccinaties – dit betreft zowel de zuigelingenvaccinatie als de vaccinatie op 9-jarige leeftijd – op 5,1%. Voor DKTP ligt het percentage op 3,8%. Bij vaccinaties waarvoor geen toestemming is geregistreerd voor gegevensuitwisseling is het niet mogelijk om een onderscheid te maken op leeftijd. Dit onderscheid is nodig omdat zowel de BMR als de DKTP op verschillende leeftijden gegeven worden. De voorlopige cijfers van geregistreerde vaccinaties liggen lager dan in januari 2022. Er kan niet goed geconcludeerd worden in welke mate er

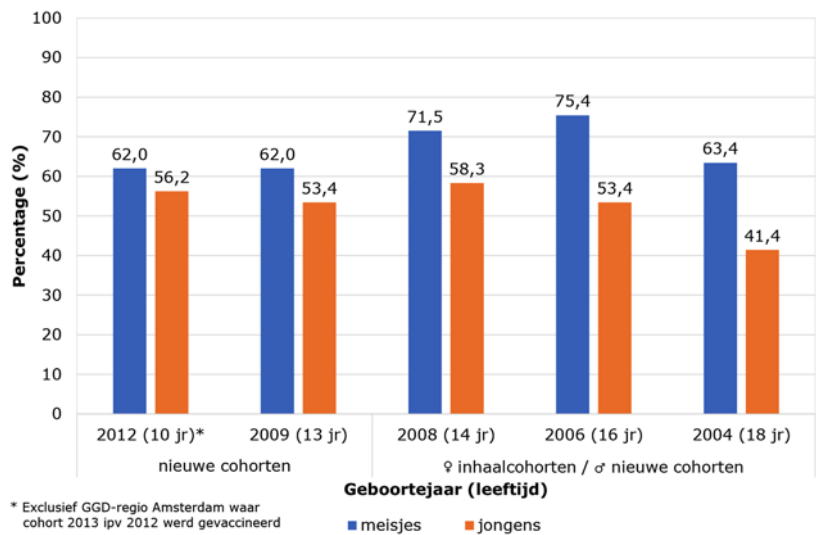
sprake is van een daling van de opkomst op basis van deze cijfers, omdat de wijze waarop vaccinaties geregistreerd worden is veranderd ten opzichte van eerdere jaren. Voor de zuigelingenvaccinaties van de hierboven beschreven cohorten is het effect van het informed consent wel minder groot dan voor de HPV-vaccinaties omdat deze zuigelingen grotendeels al voor 1 januari 2022 in aanmerking kwamen voor vaccinatie.

### Opkomst HPV-vaccinatie

In het voorjaar van 2022 is er gestart met een aantal wijzigingen met betrekking tot de HPV-vaccinatie. Naast meisjes worden nu ook jongens gevaccineerd tegen HPV. Daarnaast is de vaccinatieleeftijd verlaagd naar het jaar waarin kinderen 10 worden en is er gestart met een grootschalige inhaalcampagne – verspreid over twee jaar – voor alle jongeren tot 18 jaar. Alvorens in te gaan op de daadwerkelijke opkomstcijfers, is het ook voor de HPV-vaccinatie belangrijk te vermelden dat in de genoemde percentages het percentage anoniem geregistreerde HPV-vaccinaties niet mee kan worden genomen. Dat percentage lag voor de HPV-vaccinatie in 2022 voor alle leeftijden gemiddeld op 3,8%.

De cijfers voor de HPV-vaccinatie over 2022 geven voor de eerste keer de voorlopige opkomst voor zowel meisjes als jongens weer.

**Figuur 1 Deelname (%) eerste HPV-vaccinatie (situatie 13 januari 2023, exclusief anonieme vaccinaties)**



In tegenstelling tot jongens, hebben meisjes geboren in 2004, 2006 en 2008 al eerder dan in 2022 een eerste uitnodiging voor HPV-vaccinatie ontvangen, namelijk in het jaar dat ze 13 jaar werden. Zij hebben daarom meer tijd en mogelijkheden gehad om een HPV-vaccinatie te halen dan de overige jongeren in deze grafiek.

In het kader van de inhaalcampagne werden in 2022 ook meisjes en jongens geboren in 2008, 2006 en 2004 uitgenodigd. De meisjes uit deze cohorten hebben in het verleden al eerder een uitnodiging gekregen voor de HPV-vaccinatie. De opkomst voor de HPV-vaccinatie voor meisjes lag nog niet eerder zo hoog als die voor het cohort 2008 en 2006. Deze cijfers, samen met de meer dan 50% opkomst onder jongens uit de geboortecohorten 2012, 2009, 2008 en 2006, maakt dat ik zeer verheugd ben over het verloop van de inhaalcampagne voor de HPV-vaccinatie. Temeer omdat deze cijfers een onderschatting van de daadwerkelijke opkomst vormen. Het betreft namelijk grotendeels jongeren die vanaf 2022 in aanmerking kwamen voor vaccinatie.

## Geregistreerde vaccins en doorlooptijden

In de motie van de leden Den Haan en Rudmer Heerema van 6 juli 2022<sup>5</sup> wordt de regering verzocht om in overleg met veldpartijen tot voorstellen te komen die de doorlooptijd voor vaccins van EMA<sup>6</sup>-goedkeuring tot inzet in de praktijk in Nederland drastisch omlaag te brengen. Daarnaast heb ik in mijn beleidsreactie op de verkenning van het vaccinatiestelsel door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) aangegeven me in te spannen om deze doorlooptijd te optimaliseren.

Om hier uitvoering aan te geven heb ik de afgelopen periode apart met de verschillende betrokken partijen<sup>7</sup> gesproken en op 5 december jl hebben we een gezamenlijk overleg gehad. Het doel van deze gesprekken was om een beter beeld te krijgen van de aard en omvang van het probleem en om tot mogelijke oplossingen te komen.

Zowel de deelnemers als ik hebben deze gesprekken als zeer nuttig en prettig ervaren. Ze hebben ook geholpen om beter zicht te krijgen op de problemen en de verbeteringen die mogelijk zijn. Zo hebben we vastgesteld dat er de laatste jaren, onder andere door de introductie van de Horizonscan (waarbij vaccinleveranciers de mogelijkheid hebben om overheidsorganisaties te informeren over de producten waar zij aan werken), het opstellen van basisdocumenten door het RIVM en het prioriteringsoverleg (waarbij betrokken organisaties komen tot een advies over de werkagenda van de Gezondheidsraad), flinke winst is geboekt in het verkorten van de doorlooptijden van programmatisch aangeboden vaccins. De doorlooptijden die in de motie worden genoemd zijn gebaseerd op een langjarig gemiddelde van alle vaccins (ook de vaccins die niet programmatisch worden aangeboden) en laten niet zien dat er de afgelopen jaren een forse verbetering is opgetreden. We hebben ook vastgesteld dat er soms goede redenen zijn voor langere doorlooptijden van programmatisch aangeboden vaccins, bijvoorbeeld omdat er nog (te) weinig kennis beschikbaar is over de werkzaamheid en effectiviteit van een nieuw vaccin en/of omdat de ernst en omvang van de ziektelast onvoldoende of onvoldoende duidelijk is. Tegelijk hebben we geconcludeerd dat dit niet altijd voor iedereen duidelijk is en dat de communicatie hierover sneller en beter kan. Dit zou ook meer duidelijkheid moeten geven aan vaccinproducenten over of en wanneer een nieuw vaccin dat ze op de markt brengen interessant is voor een programmatisch aanbod.

In de gesprekken is mij verder duidelijker geworden dat gezondheidswinst vooral te halen is buiten het programmatisch aanbod, namelijk bij vaccins die bedoeld zijn voor specifieke medische risicogroepen en voor burgers die dit voor hen moverende redenen graag willen. Medische risicogroepen en burgers die dit willen krijgen nu niet altijd de vaccinaties die nodig of van meerwaarde kunnen zijn. Dit heeft zowel te maken met de kennis over deze vaccinaties als met de manier waarop ze aangeboden worden.

Dit brengt mij ertoe om mij samen met de betrokken partijen in te zetten voor het verbeteren van de communicatie over de routing van vaccins. Hiertoe heeft het prioriteringsoverleg in december een eerste overzicht gemaakt van alle vaccins die in 2021 en 2022 bij het CBG zijn geregistreerd en hoe deze wel of niet in aanmerking komen voor advisering voor eventuele programmatische inzet. Als dit goed bevalt, kan dit een structurele werkwijze worden. Voor medische risicogroepen en burgers

<sup>5</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 619

<sup>6</sup> European Medicines Agency

<sup>7</sup> Te weten: RIVM, Gezondheidsraad, CBG, Zorginstituut Nederland en HollandBio.



die graag een vaccinatie willen, zetten we ons ervoor in dat de vaccins deze doelgroepen beter bereiken. Om zo gezondheidswinst te realiseren waar dit nu nog onvoldoende gebeurt. Dit doe ik enerzijds door in te zetten op een nieuwe organisatie voor volwassenenvaccinaties, zoals ik omschreven heb in mijn beleidsreactie op de verkenning van de RVS. Deze vaccinatievoorziening voor volwassenen kan mogelijk ook een rol spelen in de uitvoering van het vaccineren van medische risicogroepen. In de uitvoeringstoets die het RIVM nu uitvoert wordt gekeken hoe en onder welke randvoorwaarden het vaccinatieaanbod voor deze groepen vorm kan krijgen. Naast de organisatie zetten we in op betere informatievoorziening over vaccinaties voor medische risicogroepen en individuen. De informatievoorziening voor medische risicogroepen wordt al onder handen genomen, zoals geschetst in de beleidsreactie op het rapport van het Zorginstituut Nederland (ZiN) over deze doelgroep. Bij beide doelgroepen gaat het zowel om informatievoorziening voor de patiënt als voor de betrokken zorgverlener.

Ik zie deze verbeteringen met vertrouwen tegemoet en heb met de betrokken partijen afgesproken hierover met elkaar in gesprek te blijven en de voortgang van onze gezamenlijke inzet te monitoren.

### **Werkagenda Gezondheidsraad**

De Werkagenda van de Gezondheidsraad wordt eens in het half jaar opgesteld op basis van een prioriteringsoverleg tussen de Gezondheidsraad, het RIVM, ZiN en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Afgelopen december jl. heeft er opnieuw een prioriteringsoverleg plaatsgevonden. Op basis daarvan stelt de Gezondheidsraad een nieuwe werkagenda voor. Deze werkagenda deel ik als bijlage bij deze brief met uw Kamer en stel ik daarmee vast.

In 2023 staan op de werkagenda adviezen over de pneumokokkenvaccinatie voor ouderen, monoklonale antistoffen tegen het RS-virus en de vaccinatie tegen Mpox. Voor de advisering over Mpox zijn de ontwikkelingen in 2023 van belang. Ook zal de Gezondheidsraad in 2023 blijven adviseren over COVID-19 gerelateerde onderwerpen. Daarnaast zal de Gezondheidsraad het eigen beoordelingskader naar verwachting in 2023 herzien. Daarbij is de Gezondheidsraad gevraagd om, conform de toezegging van de voormalig Minister MSZ<sup>8</sup>, bij deze herziening van het beoordelingskader te onderzoeken of het pandemisch potentieel van ziekteverwekkers, maatschappelijke of macro-economische effecten van ziekteverwekkers en elementen uit het reële optiewaardenmodel een zinvolle uitbreiding van het beoordelingskader kunnen zijn. De Gezondheidsraad neemt dit verzoek mee in de herziening van het eigen beoordelingskader. Ik ga ervan uit dat daarmee aan deze toezegging recht is gedaan. Voor 2024 staat de pneumokokkenvaccinatie voor kinderen en griepvaccinatie op de werkagenda. Naar verwachting volgt er een geactualiseerde werkagenda in de tweede helft van 2023. Uiteraard zal ik uw Kamer daarover informeren. Daarnaast is er ditmaal voor het eerst een bijlage bij de werkagenda meegestuurd, die een overzicht geeft van de in 2021 en 2022 geregistreerde vaccins en of deze wel of niet zijn opgenomen in de werkagenda van de Gezondheidsraad. Een nadere toelichting hierop is eerder in deze brief gegeven onder het kopje «Geregistreerde vaccins en doorlooptijden».

---

<sup>8</sup> Kamerstuk 35 676, nr. 3.

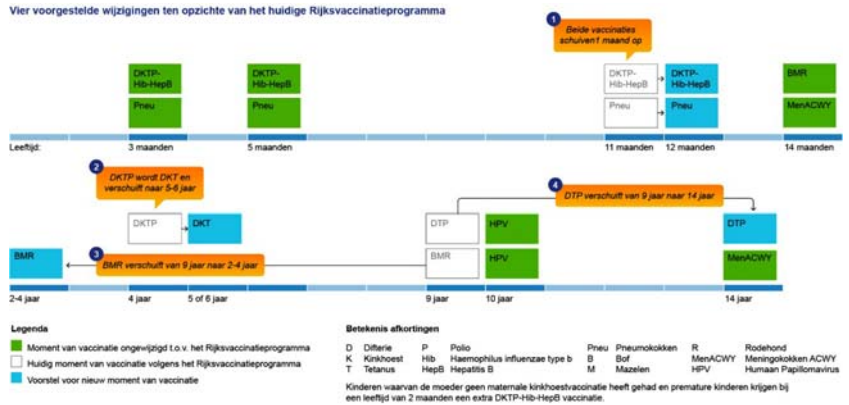


## Beleidsreactie op GR-advies «Evaluatie schema RVP»

In 2021 heeft de voormalig Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over het vaccinatieschema van het RVP. De vraag aan de Gezondheidsraad was gericht op het evalueren van het huidige vaccinatieschema om te bekijken of er aanpassingen gewenst zijn bijvoorbeeld op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten. Daarnaast was gevraagd om te bekijken welke speelruimte er is om in individuele gevallen af te wijken van het RVP-vaccinatieschema. Op 7 september jl. heeft de Gezondheidsraad hierover een advies uitgebracht.<sup>9</sup> De Gezondheidsraad stelt in het advies dat het niet wenselijk is meer flexibiliteit aan te brengen in het vaccinatieschema van het RVP door mogelijkheden te bieden om vaccinaties weg te laten of keuzemogelijkheden te geven voor prikmomenten, omdat dat kan leiden tot verminderde bescherming van zowel individuen als groepen en vervolgens tot meer uitbraken van ziektes waartegen gevaccineerd wordt

In het advies worden vier wijzigingen van het RVP-schema voorgesteld:

Vier voorgestelde wijzigingen ten opzichte van het huidige Rijksvaccinatieprogramma



Naar aanleiding van dit advies is het RIVM gevraagd om samen met de koepelorganisaties van de JGZ (Actiz en GGD GHOR NL) een verkenning uit te voeren naar de voorgestelde wijzigingen. Uit deze verkenning komt naar voren dat de wijziging van DKTP op 4 jaar naar DKT op 5–6 jaar een verandering in de praktijkuitvoering van de JGZ met zich meebrengt. Met de verschuiving van de BMR-vaccinatie van 9 jaar naar 2–4 jaar zal een inhaalcampagne voor de tussenliggende cohorten moeten worden ingericht.

Ik sta positief tegenover het advies van de Gezondheidsraad. Voor het overnemen van het advies dienen er een aantal randvoorwaardelijke zaken inzichtelijk gemaakt te worden, zoals de kosten die gepaard gaan met de voorgenoemde wijzigingen, de vaccinvoorraden, de ICT-aanpassingen en de capaciteit bij de JGZ. De komende periode zullen deze punten worden uitgewerkt in nauwe samenwerking met de veldpartijen. De eerste mogelijkheid voor besluitvorming is voorjaarsnota 2023. Uiteraard zal ik uw Kamer over het vervolg informeren.

In het advies van de Gezondheidsraad wordt geadviseerd vaccinaties, die niet in het RVP zijn opgenomen, maar voor individuen wel gezondheidswinst kunnen opleveren, maximaal bekend en toegankelijk te maken voor de mensen die er gebruik van willen maken. Op dit moment worden deze zogenoemde «vaccinaties op maat» niet optimaal benut. Zoals eerder in

<sup>9</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 634

deze brief beschreven, verwacht ik met het oprichten van een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en een betere organisatie voor en communicatie over deze vaccinaties op maat.

### **Beleidsreactie op GR-advies «Vaccinatie tegen meningokokken B: update»**

Meningokokken B (MenB) is een zeer ernstige ziekte die kan leiden tot hersenvliesontsteking en bloedvergiftiging en die fataal kan aflopen. Ik heb de Gezondheidsraad daarom gevraagd mij te adviseren over het al dan niet opnemen van het vaccin tegen meningokokken B in het RVP. Dit advies, wat een actualisatie is van het advies uit 2018, heb ik in oktober jl. met uw Kamer gedeeld.<sup>10</sup>

Volgens de Gezondheidsraad laten nieuwe gegevens zien dat de bestaande vaccins mensen voldoende effectief kunnen beschermen tegen MenB. Vaccinatie kan echter niet leiden tot groepsbescherming. Het aanbieden van vaccinatie via het RVP is niet kosteneffectief, mede omdat het aantal ziektegevallen in Nederland de laatste jaren laag is. In het eerste halfjaar van 2022 ging het om 6 ziektegevallen bij jonge kinderen en 15 bij adolescenten. Daarnaast is de prijs van het vaccin hoog en zijn er meerdere doses nodig voor een goede bescherming. Deze vaccinatie geeft in vergelijking met andere vaccinaties vooral bij jonge kinderen relatief veel bijwerkingen, zoals hoge koorts. Dit leidt vaker tot ziekenhuisopname en extra medisch handelen. De Gezondheidsraad adviseert daarom om vaccinatie tegen MenB vooralsnog niet in het RVP op te nemen. Ik neem het advies van de Gezondheidsraad over. Mochten er in de toekomst redenen zijn om dit besluit te heroverwegen, bijvoorbeeld omdat het aantal ziektegevallen stijgt, de vaccins goedkoper worden of er nieuwe vaccins op de markt komen met minder bijwerkingen, dan zal ik de Gezondheidsraad uiteraard weer om advies vragen.

Tot slot merkt de Gezondheidsraad op dat mensen redenen kunnen hebben om vaccinatie tegen MenB te willen buiten het RVP om. De Gezondheidsraad vindt het daarom van belang dat de vaccinatie tegen MenB bekend en toegankelijk is. Gezien de ernst van de ziekte is het voor te stellen dat mensen er zelf wel voor kiezen om zichzelf of hun kinderen hiertegen te vaccineren. Het vaccin tegen MenB is, weliswaar op eigen kosten, beschikbaar via de huisarts of een vaccinatiecentrum in de regio (zoals een GGD). Extra informatie over de vaccinatie tegen MenB is beschikbaar op de website van het RIVM.<sup>11</sup> Momenteel wordt vaccinatie tegen MenB al wel aan bepaalde medische risicogroepen aangeboden. In dat geval wordt de vaccinatie vergoed in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

### **Lopende implementaties**

#### *Vaccinatie tegen gordelroos*

In het najaar van 2022 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de laatste stand van zaken van de gordelroosvaccinatie, waaronder de kosteneffectiviteit<sup>12</sup>. Op 1 februari jl. vroeg de heer Rudmer Heerema (VVD) in de procedurevergadering van de commissie VWS opnieuw om informatie over de gordelroosvaccinatie. In het najaar gaf ik aan met het RIVM in gesprek te zijn over de uitkomsten van de gesprekken met de vaccinleve-

<sup>10</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 640.

<sup>11</sup> RIVM. Meningokokken B-vaccinatie. Te raadplegen via: <https://www.rivm.nl/meningokokken/meningokokken-b-vaccinatie>.

<sup>12</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 641.

rancier en de betekenis daarvan voor de kosteneffectiviteit. Omdat de beschermingsduur van het vaccin en de afname in effectiviteit over de jaren evenals de kosten, die samenhangen met het toedienen van de vaccins nog niet bekend zijn omdat het om een nieuw vaccin gaat, is het niet mogelijk om nu met uw Kamer een harde uitspraak over de kosteneffectiviteit te delen.

Echter, op basis van mijn gesprek met het RIVM en de verwachtingen met betrekking tot de genoemde onzekerheden, lijkt het aannemelijk dat gordelroosvaccinatie kosteneffectief kan worden aangeboden.

Een andere voorwaarde voor het programmatisch aanbieden van deze vaccinatie is de beschikbaarheid van de benodigde financiering. Het eerstvolgende besluitvormingsmoment hiervoor is de voorjaarsnota van 2023.

### *Vaccinatie tegen rotavirus*

Het lid Paulusma (D66) heeft in de procedurevergadering van 29 september jl verzocht om een nadere uiteenzetting van de kosten en het inkoopproces met betrekking tot rotavirusvaccinatie. Dat licht ik graag toe.

De hoogte van de kosten voor het opnemen van een vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma (waaronder die voor het rotavirus) wordt voor het belangrijkste deel bepaald door de volgende drie elementen: (1) de prijs van het vaccin, (2) de kosten voor het toedienen van dit vaccin en (3) de omvang en opkomst van de doelgroep.

Bij de berekening van het benodigde budget voor het aanbieden van rotavirusvaccinatie is uitgegaan van een inkoopprijs van het vaccin die kosteneffectief is. De aanschaf van de vaccins vindt plaats door middel van een aanbesteding. Daarbij wordt naast de prijs van het vaccin ook gelet op andere zaken, zoals de leveringszekerheid, de wijze en frequentie van toediening en gebruiksgemak. Zodra de aanbesteding is afgerond is duidelijk tegen welke prijs de vaccins daadwerkelijk kunnen worden aangeschaft. Omdat die prijs vertrouwelijk is kan ik daar geen mededeling over doen. Wel geldt in algemene zin dat de prijs doorgaans lager is als er meerdere aanbieders zijn. Voor het rotavirusvaccin zijn dit er twee.

In de implementatiefase van de vaccinatie worden afspraken gemaakt over de kosten voor het toedienen van het vaccin met de JGZ uitvoerders. Bij deze kosten gaat het onder andere om de inzet van personeel, communicatie/voorlichting en huisvesting. Het uitgangspunt is dat de vergoeding toereikend is voor een adequate uitvoering van de vaccinatie. Omdat de gesprekken over het toedieningsstarief nog moeten plaatsvinden, kan ik hier nog geen uitspraken over doen.

Een derde belangrijk element in de kostenopbouw is de omvang en opkomst van de doelgroep. Hoe groter de doelgroep (en verwachte opkomst), hoe hoger de kosten van de aanschaf van de vaccins en het toedienen ervan. Voor rotavirusvaccinatie wordt de doelgroep geschat op ongeveer 180.000 zuigelingen per jaar en de opkomst op zo'n 90%. Dit laatste is vergelijkbaar met de opkomst voor andere RVP vaccinaties.

Gezien de vragen van mevrouw Paulusma tijdens het Commissiedebat Medische preventie op 7 juni 2022 (Kamerstukken 32 793 en 24 077, nr. 612) merk ik ook graag op dat de wijze waarop vaccins voor het Rijksvaccinatieprogramma in Nederland worden ingekocht doorgaans leidt tot de aanschaf van kwalitatief hoogwaardige vaccins, tegen een gunstige prijs en goede voorwaarden. En voor zover die informatie beschikbaar is, geldt dit ook in vergelijking met andere Europese landen.

### *Aanvullende HPV-campagne voor jongvolwassenen*

In de zomer van 2022 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de laatste stand van zaken van de implementatie van de aanvullende HPV-vaccinatiecampagne voor jongvolwassenen.<sup>13</sup> U bent toen geïnformeerd over de voorbereidingen van de campagne en over de geboortecohorten die in aanmerking komen voor deze campagne. In 2023 krijgen alle jongvolwassenen geboren tussen 1 januari 1996 en 31 december 2003 eenmalig de gelegenheid om zich alsnog kosteloos te laten vaccineren tegen het Humaan Papillomavirus (HPV). Een vaccinatie bestaat uit twee prikken met bij voorkeur een interval van 6 maanden tussen beide prikken. Op 11 januari jl. is het RIVM gestart met een voorlichtingscampagne om deze groep jongvolwassenen over HPV en de vaccinatie te informeren. Behalve een uitnodiging op het huisadres is er een campagne gestart via sociale media waarin een HPV-kennisquiz centraal staat, maar ook radio en podcasts om de doelgroep te bereiken. Er is extra aandacht besteed aan middelen en activiteiten voor jongeren met een migratieachtergrond, zo is er bijvoorbeeld een docentenhandleiding en draaiboek voor gesprek over HPV met islamitische leerlingen en studenten. De campagne werd op 11 januari met een live kennisquiz afgetrapt aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, waar de doelgroep rondloopt. De campagne sluit aan op de HPV-campagne onder 18 jaar, zo komt de slogan «Met 1 vaccin beschermd tegen 6 soorten kanker» terug. Jongvolwassenen, die in aanmerking komen voor deze campagne, kunnen een afspraak plannen bij de GGD'en en vanaf februari 2023 terecht voor de HPV-vaccinatie. Deze aanvullende HPV-campagne zal voor het einde van 2023 worden afgerond.

#### **Tot slot**

Zoals u ziet, spelen er volop ontwikkelingen op het gebied van vaccinaties. Na een bijzondere periode met de COVID-19 pandemie begint zich nu langzaam een beeld te vormen over de impact van deze pandemie op het RVP, al blijft dit beeld nog wat vertroebeld door de recente invoering van het informed consent. Het blijft buiten kijf staan dat het uitermate belangrijk is dat mensen vertrouwen hebben in vaccinaties. Daarmee kan immers iedereen beschermd worden tegen verschillende infectieziekten en wordt de kans op ernstige ziekte en complicaties verminderd. Ook de komende periode verwacht ik nog een flink aantal ontwikkelingen. Ik zal uw Kamer daarom in ieder geval tweemaal per jaar informeren over de ontwikkeling van de vaccinatiegraad, de laatste stand van zaken op de aanpak «Vol vertrouwen in vaccineren» en de laatste stand van zaken op het gebied van de lopende implementaties. Het eerstvolgende moment zal naar verwachting rond de zomer van 2023 zijn.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. van Ooijen

---

<sup>13</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 633.