

Vergaderjaar 2021–2022

**32 793**

## **Preventief gezondheidsbeleid**

**Nr. 615**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 juli 2022

In deze brief geeft het kabinet zijn reactie op twee adviezen, die in 2021 zijn verschenen over het vaccinatiestelsel. Ten eerste is dat de verkenning «*Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend*» van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (hierna: RVS). Deze verkenning is op 26 maart 2021 aan uw Kamer aangeboden.<sup>1</sup> Het tweede advies betreft het rapport «*Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie?*» van Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut).<sup>2</sup> Dit advies is op 25 juni 2021 aan uw Kamer aangeboden.

#### *Aanleiding*

De aanleiding voor beide rapporten is dat er vragen zijn over de toekomstbestendigheid van het huidige vaccinatiestelsel. De huidige vaccinatiezorg bestaat grofweg uit drie hoofdonderdelen. Ten eerste het programmatisch aanbod, hieronder vallen het Rijksvaccinatieprogramma (hierna: RVP) en andere publieke vaccinatieprogramma's, zoals die voor griep en pneumokokken. Ten tweede de vaccinaties, die gegeven worden binnen de reguliere, collectief gefinancierde zorg. Tot slot is er een vrije markt voor vaccinaties. Hieronder vallen vaccinaties op eigen initiatief en op eigen kosten (zoals reizigersvaccinaties) en vaccinatie op initiatief en kosten van de werkgever (werknemersvaccinaties). Elk onderdeel heeft zijn eigen juridische en financiële kaders, vaccinatiepakketten en regels om vaccins hierin toe te laten, uitvoeringsmechanismen en registratiesystemen.

Het vorige kabinet heeft de RVS gevraagd om een verkenning uit te voeren naar de toekomstbestendigheid van het vaccinatiestelsel. De toevoegingen van nieuwe vaccinaties aan het RVP volgden elkaar de laatste jaren relatief snel op. Daarnaast richten sommige nieuwe voorstellen voor vaccinaties zich op andere doelgroepen dan gebruikelijk,

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 547.

<sup>2</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 554.

zoals de kinkhoesthoestvaccinatie voor zwangeren, HPV voor jongeren tussen de 18 en 26 jaar en de pneumokokken- en gordelroosvaccinatie bij ouderen. Dit alles vraagt extra inspanningen van het systeem van vaccinatiezorg. Om goed te kunnen beoordelen in hoeverre het beleidsdoel – maximale gezondheidswinst door vaccinaties – kan worden behaald en waar nog extra inzet nodig is, is om deze verkenning gevraagd.

Gelijktijdig is aan het Zorginstituut gevraagd om in een uitvoeringstoets de knelpunten in kaart te brengen in de toegang tot vaccinatie voor medische risicogroepen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze patiënten hebben een medische indicatie voor een vaccinatie om een gecompliceerd beloop van een infectieziekte te voorkomen, zoals patiënten met een verminderde afweer. In de praktijk blijken patiënten niet altijd de noodzakelijke vaccinaties te ontvangen of vergoed te krijgen. Potentiële gezondheidswinst door vaccinatiezorg wordt hierdoor onvoldoende benut. Omdat de uitvoeringstoets voldoende aanknopingspunten gaf voor een nader advies, is aan het Zorginstituut gevraagd te adviseren over knelpunten en oplossingsrichtingen voor de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen.

### *Leeswijzer*

Achtereenvolgens behandelt de brief de volgende onderwerpen: 1) de visie op het belang van vaccineren, 2) de organisatie van het vaccinatie-aanbod, 3) vaccinatiezorg vanuit het verzekerde pakket, 4) vrije markt, 5) registratie en gegevensuitwisseling, 6) vaccinontwikkeling, -productie en markttoelating, 7) vervolgstappen.

De kern van de brief is mijn voornemen om een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en te organiseren. Met deze vaccinatievoorziening voor volwassenen zet ik een belangrijke stap richting een toekomstbestendig – flexibel en wendbaar – vaccinatiestelsel. Binnen dit toekomstbestendige vaccinatiestelsel is er een gecommiteerde uitvoerder voor alle vaccinaties voor jong tot oud.<sup>3</sup> Zodat iedere Nederlander op elke leeftijd maximaal kan profiteren van de vaccinaties, die worden aangeboden.

Naast deze stelselwijziging beschrijf ik maatregelen om goedlopende onderdelen van het huidige vaccinatiestelsel en bestaande programma's, zoals het RVP, te optimaliseren. Voor een beter bereik van medische risicogroepen worden aanpassingen in behandelrichtlijnen en deskundigheidsbevordering benoemd en uitgewerkt.

## **1. Visie op het belang van vaccineren**

Uit cijfers van het CBS en het RIVM blijkt dat het risico op sterfte en ziektelast door infectieziekten hoog is in Nederland.<sup>4</sup> Dit risico zal in de toekomst verder toenemen door allerlei factoren. Zo kunnen nieuwe infectieziekten opduiken, of oude infectieziekten opnieuw opduiken – bijvoorbeeld door een dalende vaccinatiegraad. Daarnaast kunnen infectieziekten door reizigers of door de internationale handel worden

<sup>3</sup> Met een «gecommiteerde» uitvoerder wordt hier bedoeld dat een partij zich op voorhand bereid verklaart om nieuwe vaccinaties uit te voeren. Uiteraard zullen dan nog wel over bepaalde randvoorwaarden, zoals bijvoorbeeld financiën, afspraken worden gemaakt. Met het gebruik van dit begrip wordt geenszins gesuggereerd dat de huidige uitvoerders niet toegewijd zouden zijn aan de vaccinaties, waar zij bij betrokken zijn.

<sup>4</sup> Infectieziekten | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl); State of Infectious Diseases in the Netherlands, 2014 | RIVM; Staat van infectieziekten in Nederland, 2018 | RIVM; Staat van Infectieziekten in Nederland, 2019 | RIVM.

geïmporteerd – zoals COVID-19. Globalisering maar ook klimaatverandering zorgen ervoor dat infectieziekten zich makkelijker kunnen verspreiden. Ook de vergrijzing en de toegenomen levensverwachting verhogen het risico op infectieziekten.

Vaccinaties bieden bescherming tegen verschillende infectieziekten en zorgen ervoor dat infectieziekten minder vaak voorkomen, en soms zelfs worden uitgeroeid. Vaccinaties verminderen de kans op ernstige ziekte, complicaties en sterfte bij een individu, zeker bij kwetsbare groepen, zoals zuigelingen, ouderen of medische risicogroepen. Naast de individuele bescherming, die vaccinaties bieden, dienen de meeste vaccinaties ook een publiek belang: kwetsbare mensen – bijvoorbeeld kinderen, die nog te jong zijn voor een vaccinatie of volwassenen en kinderen, die niet in staat zijn om een goede afweer op te bouwen na vaccinatie – hebben bij een hoge vaccinatiegraad minder kans om een infectieziekte op te lopen. Door te vaccineren bescherm je niet alleen jezelf, maar ook anderen.

Het is daarom cruciaal dat mensen bereid zijn en blijven zich te laten vaccineren. Er zijn verschillende factoren, die hieraan bijdragen. Zo speelt het vertrouwen van mensen in de overheid, de uitvoerders en andere betrokkenen een belangrijke rol. Daarnaast is het van belang dat mensen vertrouwen hebben en houden in vaccins en dat zij beslissen over vaccineren aan de hand van juiste informatie, denk bijvoorbeeld aan juiste informatie over de veiligheid, werkzaamheid van vaccins en risico's op bijwerkingen. En dat mensen, die zich willen laten vaccineren geen praktische barrières ervaren om de prik te laten zetten. Dit alles tezamen resulteert in de bereidheid van mensen om zich wel of niet te laten vaccineren. Deze bereidheid vertaalt zich onder meer door naar de vaccinatiegraad. Tweemaal per jaar informeer ik uw Kamer over de vaccinatiegraad en de maatregelen, die ik tref om de vaccinatiegraad verder te verhogen. Een belangrijk onderdeel hiervan is het gedragswetenschappelijk onderzoek, waarmee het vertrouwen – in de verschillende vaccinatieprogramma's en het vertrouwen in de uitvoerders van het vaccinatieaanbod – jaarlijks wordt gemonitord. Tegelijkertijd met deze brief informeer ik uw Kamer in het kader van «Vol vertrouwen in vaccineren» separaat over mijn aanpak van de vaccinatiegraad en het vertrouwen in vaccinaties.

#### *Maximale gezondheidswinst door vaccinatie*

De visie van het kabinet is dat iedere Nederlander op elke leeftijd maximaal kan profiteren van vaccinaties, die vanuit de rijksoverheid programmatisch worden aangeboden. Ditzelfde geldt voor medische risicogroepen: mensen met een medische indicatie moeten de vaccinaties, waarop zij vanuit de Zvw aanspraak hebben, maximaal kunnen benutten. Het kabinet spant zich in om nieuwe vaccinaties, die door de Gezondheidsraad worden geadviseerd zo snel, zorgvuldig en laagdrempelig mogelijk aan de bevolking aan te bieden en om het bestaande vaccinatieaanbod zo goed mogelijk beschikbaar te stellen aan de bijbehorende doelgroepen. Het kabinet onderschrijft hiermee ook de doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om de ziektelast en sterfte als gevolg van door vaccinatie te voorkomen ziekten te verlagen. Alleen dan kan er door middel van vaccinaties maximale gezondheidswinst worden behaald.<sup>5</sup> Voordat een vaccinatie programmatisch vanuit de rijksoverheid wordt aangeboden of wordt opgenomen in het basispakket, doorloopt deze een heel traject. In paragraaf 6 wordt nader ingegaan op de ontwikkeling en productie van vaccins en de toelating van vaccins tot de Nederlandse markt.

<sup>5</sup> WHO: Immunization Agenda 2030 (ia2030-document-en.pdf (who.int)).

## 2. De organisatie van het vaccinatie-aanbod

Uit de adviezen van de RVS en het Zorginstituut blijkt hoe complex het huidige vaccinatiestelsel in Nederland is vormgegeven. De RVS concludeert zelfs dat de vaccinatiezorg eigenlijk geen «stelsel» mag heten, maar eerder een lappendeken is van verschillende beleidslogica's, organisatie- en financieringsvormen, zonder een overkoepelende visie en strategie voor de vaccinatiezorg.

Ook het Zorginstituut benoemt het ontbreken van regie over en duidelijke verantwoordelijkheid voor de vaccinatiezorg als belangrijk knelpunt in de uitvoering van het huidige stelsel.

De RVS constateert dat het Nederlandse vaccinatiebeleid goed functioneert als het vaccinatieaanbod eenmaal programmatisch is ingeregeld. Het RVP is een robuust programma dat succesvol is, al zijn hierbij wel verbeteringen mogelijk. Het inregelen van nieuw vaccinatieaanbod én van het vaccinatieaanbod buiten programma's verloopt verre van optimaal. Het implementeren van nieuwe vaccinaties kost wel vaak veel tijd, omdat er veelal uitgebreide gesprekken met potentiële uitvoerders gevoerd worden over randvoorwaarden.

### Randvoorwaarden

Bij de aanvullende HPV-vaccinatiecampagne 18 tot en met 26 jaar was het bijvoorbeeld onduidelijk wie deze uit kon voeren, nadat de JGZ had aangegeven niet te kunnen starten binnen het door VWS gewenste tijdsplan. Vanwege belemmeringen in onder andere opschaalmogelijkheden, registratie en hoge werkdruk door de COVID-19-pandemie was het een grote uitdaging om een andere geschikte uitvoerder te vinden. Uiteindelijk waren de GGD'en bereid om deze grootschalige, incidentele campagne op zich te nemen.

Een ander voorbeeld betreft randvoorwaarden ten aanzien van de financiering van koelcapaciteit bij huisartsen bij het aanbieden van pneumokokkenvaccinatie.

Een snelle implementatie van nieuwe vaccinaties wordt hierdoor belemmerd, waardoor gezondheidswinst blijft liggen. Dit is met name te merken bij vaccinaties, die boven de 18 jaar worden gegeven. De vaccinatiezorg is volgens de RVS daarnaast ook te rigide, met name binnen het RVP ervaren zowel zorgverleners als burgers weinig ruimte voor individueel maatwerk. Ook is er een complexe mix van hiërarchische en gedecentraliseerde bevoegdheden, taken en rollen. Gemeenten zijn wel bestuurlijk verantwoordelijk voor de uitvoering en financiering van het RVP, maar ervaren geen echte zeggenschap. Als denkrichting voor een mogelijke oplossing geeft de RVS aan dat een deel van de vaccinatiezorg op een andere manier georganiseerd kan worden. Bijvoorbeeld door een scheiding te maken tussen het oproepen van de doelgroep en het uitvoeren van de vaccinaties voor volwassenen. Of door het huidige RVP te laten doorlopen na de leeftijd van 18 jaar; dan kunnen alle vaccinaties, die in het kader van collectieve preventie worden gegeven binnen dit programma vallen.

### *Een vaccinatievoorziening voor volwassenen*

Ik onderschrijf de conclusie van de RVS dat voor mensen boven de 18 jaar – zoals jongvolwassenen (18–26 jaar), zwangeren en ouderen – een snelle implementatie van nieuwe vaccinaties wordt belemmerd, omdat er geen eenduidige uitvoerder is.

De uitvoering van griep- en pneumokokkenvaccinatie is op dit moment belegd bij de huisartsen. In het kader van het Nationaal Programma Griepvaccinatie (hierna: NPG) krijgen mensen boven de 60 jaar en mensen in risicogroepen jaarlijks een uitnodiging van hun huisarts om de gratis griep prik te halen. Het RIVM coördineert dit programma, in opdracht van VWS, en de huisartsen voeren het uit.

Het NPG loopt goed en sinds 2017 stijgt het aantal mensen dat de griep prik haalt ieder jaar licht. Huisartsen zijn trots op deze vaccinatieprestatie. Tegelijkertijd geven zij aan dat collectieve preventie niet tot hun taak behoort, zij zien een rol bij vaccineren dan ook niet als vanzelfsprekend. Huisartsen zien zich dus niet op voorhand als uitvoerder van nieuwe vaccinaties voor volwassenen. Het vaccinatieaanbod zal echter altijd in ontwikkeling blijven. Daarom wil VWS werken met een gecommitteerde uitvoerder, die flexibel is en zich verhoudt tot ontwikkelingen in het vaccinatieaanbod.

Ook de COVID-19 pandemie benadrukt het belang van vaccineren en van een robuust en toekomstbestendig vaccinatiestelsel. Het organiseren van de COVID-19-vaccinatie bleek complex. Ik hecht eraan om geleerde lessen uit de pandemie op het gebied van vaccineren mee te nemen in mijn inzet voor een toekomstbestendig vaccinatiestelsel. De huidige aandacht voor vaccinaties geeft momentum aan het structureel verbeteren van het stelsel.

Uit de gesprekken met betrokken partijen is het idee naar voren gekomen de vaccinatiezorg in Nederland anders te organiseren en de uitvoering van het merendeel van de vaccinaties bij één partij te beleggen. Hierdoor wordt de uitvoering van de vaccinatiezorg vereenvoudigd. Nieuwe vaccinaties kunnen snel aan de bevolking worden aangeboden, er hoeft immers niet steeds gezocht te worden naar een partij, die de prik gaat zetten. Door in te zetten op een robuuste organisatie verwachten we dat de vaccinatiezorg wordt versimpeld. Dit kan bijdragen aan herkenbaarheid voor de burger, expertiseopbouw en efficiëntie in de organisatie en aansturing.

De GGD'en zijn een logische partij – in aansluiting op de bestaande taken in de uitvoering van het RVP en op hun rol in de infectieziektebestrijding – voor de uitvoering van de vaccinatieprogramma's voor volwassenen. Bij de COVID-19-vaccinatie hebben GGD'en het merendeel van de uitvoering voor hun rekening genomen. Daarnaast gaan ze ook de inhaalcampagne voor HPV-vaccinatie bij 18–26-jarigen uitvoeren. De GGD'en hebben aangegeven dat zij de intentie hebben om hun huidige aanbod in de reguliere vaccinatiezorg uit te breiden en een grotere rol voor zichzelf zien in de coördinatie op de uitvoering en het zetten van de vaccinaties van jong tot oud. Daarmee zouden zij de uitvoerder kunnen worden voor de vaccinatievoorziening voor volwassenen. Daarnaast geven de GGD'en aan ook hun inhoudelijke expertise ter beschikking te willen stellen. Niet alleen beschikken zij over kennis in het bereiken van doelgroepen, ook zijn zij voor de samenwerkingspartners in de regio maar ook voor het RIVM een belangrijke kennis- en ervaringspartner. Dit is een belangrijke rol om de vaccinatiegraad te verhogen en zeker bij de meest kwetsbare groepen. Dit idee wordt onderschreven door de andere partijen, die een rol hebben in de huidige vaccinatiezorg. Hierbij geeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (hierna: LHV) aan dit idee niet in algemene zin te onderschrijven, maar alleen daar waar het nieuwe vaccinaties betreft.

Ik heb daarom het voornemen om een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en te organiseren.

## Vaccinatievoorziening voor volwassenen

Volwassenen kunnen bij de vaccinatievoorziening terecht voor vaccinaties, informatie en advies, het voeren van een gesprek over vaccineren (zoals in geval van twijfel of bij onderliggende aandoeningen) en het krijgen van de prik of informatie over waar men de prik kan halen als de vaccinatie niet beschikbaar is bij de vaccinatievoorziening. De vaccinatievoorziening voor volwassenen coördineert het vaccineren in de GGD-regio en kan verbindingen leggen met andere ketenpartners, die betrokkenheid hebben bij het indiceren, voorlichten of zetten van vaccinaties, zoals huisartsen, JGZ-professionals en medisch specialisten. De vaccinatievoorziening voor volwassenen is regionaal hét expertisecentrum op het gebied van vaccinatiezorg en is expert in het bereiken van doelgroepen aangezien zij weten wat er lokaal speelt.

Het uitgangspunt is dat programmatische vaccinaties voor volwassenen (18 jaar en ouder) door de vaccinatievoorziening voor volwassenen gezet worden. Deze verandering van het vaccinatiestelsel wil ik gefaseerd doorvoeren. Daarom zal sprake zijn van een groeimodel waarbij geleidelijk meer aanbod aan de vaccinatievoorziening voor volwassenen wordt toegevoegd. Als eerste geldt dit voor de COVID-vaccinatie. Naar verwachting wordt vervolgens de gordelroosvaccinatie toegevoegd, afhankelijk van mijn besluitvorming over het programmatisch aanbieden van het gordelroosvaccin. Ten aanzien van de griep- en pneumokokken vaccinaties – die nu door de huisartsen worden aangeboden – zal moeten worden bezien bij welke uitvoerder deze vaccinatie op de langere termijn het beste past. In een uitvoeringstoets worden de verschillende opties zorgvuldig gewogen. Ook gaan we verkennen of de vaccinatievoorziening een rol kan spelen in het aanbod van alle vaccinaties voor spijtoptanten en migranten.

Figuur 1 Toekomstgericht vaccinatiestelsel



Ik vraag het RIVM om een uitvoeringstoets te doen. De uitvoeringstoets richt zich op de vraag op welke wijze de vaccinatievoorziening ingericht moet worden. Ook zal deze uitvoeringstoets zich richten op het groeimodel; welke vaccinaties kunnen, onder welke randvoorwaarden,

wanneer worden belegd bij de vaccinatievoorziening. Het RIVM zal veldpartijen, zoals de GGD en huisartsen, bij deze uitvoeringstoets betrekken.

Tot slot wordt onderzocht in welke mate de vaccinatievoorziening voldoet aan specifieke functionele eisen die volgen uit beleid:

- er is voldoende sprake van fijnmazigheid. Dat wil zeggen dat er voldoende laagdrempelige toegang is tot de vaccinatie en er voor burgers goed bereikbare vaccinatieplaatsen zijn;
- de vaccinatievoorziening moet piekbelastingen van de vaccinatie in bepaalde periodes aankunnen;
- de vaccinatievoorziening voor volwassenen kan – al dan niet met andere uitvoerders – snel opschalen, indien nodig. En kan een eventuele massavaccinatiecampagne aan, waarbij de hele bevolking moet worden gevaccineerd;
- tussen de uitvoerders en het RIVM vindt via een landelijk registratiesysteem de gegevensuitwisseling plaats, die nodig is voor een goede uitvoering en het bijhouden van de vaccinatiegraad.

### **De griepvaccinatie**

Jaarlijks krijgen zo'n 6 miljoen mensen in oktober en november van hun huisarts een uitnodiging voor de griepvaccinatie. De huisartsen zetten de griepvaccinatie meestal tussen half oktober en half november.

In tegenstelling tot de meeste andere vaccinaties – waarbij mensen op basis van leeftijd worden uitgenodigd waardoor er een continue toestroom ontstaat – is er bij de griepvaccinatie dus sprake van een seizoensgebonden piekbelasting.

Vanwege deze andere dynamiek is de uitvoering van de griepvaccinatie een belangrijk onderdeel van de uitvoeringstoets.

De vaccinatievoorziening voor volwassenen kan ook een uitvoeringsfunctie krijgen voor «vaccinaties op maat», reizigersvaccinaties, de vaccinatie van medische risicogroepen en voor vaccinatie voor werknemers, indien dit uit de werkgevers Risico-Inventarisatie en Evaluatie blijkt. Voor zwangeren wordt in de uitvoeringstoets gezien of deze doelgroep het beste via de jeugdgezondheidszorg (hierna: JGZ) of de vaccinatievoorziening voor volwassenen bediend kunnen worden.

### *Verantwoordelijkheden en taken VWS, RIVM en GGD'en*

In het onderstaande kader staat een eerste opsomming van verantwoordelijkheden en taken per partij bij de realisatie van nieuw programmatisch vaccinatieaanbod bij de vaccinatievoorziening voor volwassenen. Deze verantwoordelijkheidsverdeling is zoveel mogelijk in lijn gebracht met de verantwoordelijkheidsverdeling binnen het RVP en het NPG.

#### Ministerie van VWS

VWS is stelselverantwoordelijk voor het Nederlandse vaccinatiebeleid. Dit betekent dat VWS:

- het beleid, het vaccinatieaanbod en de kaders van onderzoek bepaalt. Naast de invoering van nieuwe vaccinaties of nieuw beleid bewaakt VWS het staande vaccinatiebeleid en stuurt hierop bij;
- beslist (op basis van adviezen van de GR en RIVM) over de inhoud van het vaccinatieaanbod en stelt landelijke kaders met betrekking tot
  - doelgroep
  - vaccinaanbod en inkoop vaccins
  - financiering

- informatievoorziening
- communicatieboodschap
- juridisch borgen vaccinatieaanbod
- het RIVM opdracht geeft om de vaccinatieprogramma's te regisseren en coördineren;
- verantwoordelijk is voor het borgen van de juridische basis van de vaccinatievoorziening voor volwassenen;
- de vaccinatievoorziening voor volwassenen financiert;
- via GGD GHOR NL, de gesprekken met de uitvoerder GGD voert over de randvoorwaarden (zoals tarief, startdatum).

#### RIVM

Het RIVM is (gedelegeerd) opdrachtgever voor de regie op en coördinatie van de uitvoering van het vaccinatievoorziening voor volwassenen. (in opdracht van VWS). Dat wil zeggen dat het RIVM verantwoordelijk is – binnen door VWS vastgestelde kaders – voor:

- regie op verbinding en afstemming van de keten van uitvoering en het borgen van landelijke uniformiteit;
- (gedelegeerd) opdrachtgever van de uitvoering van het vaccinatieaanbod bij de vaccinatiecentrum;
- de ontwikkeling van richtlijnen voor de uitvoering in samenwerking met professionals;
- deskundigheidsbevordering van professionals;
- de landelijke communicatiematerialen richting de GGD'en en de burgers;
- de inkoop van de vaccins en eventuele toebehoren;
- de distributie, opslag en logistiek ten behoeve van de uitvoering;
- de oproep van de te vaccineren personen, de landelijke registratie van de gezette vaccinaties en de toegediende vaccins en de controle van de gegeven vaccinaties op juistheid. En de ontsluiting van vaccinatiegegevens naar burgers;
- de monitoring van vaccinatiebereidheid en determinanten ervan (waaronder vertrouwen) en surveillance op vaccinatiegraad, vaccineffectiviteit en verspreiding van de ziekteverwekker en evaluatie;
- het beschikbaar stellen van data voor wetenschappelijk onderzoek en beleidsadviesing;
- daarnaast is het RIVM verantwoordelijk voor het (op-) stellen van landelijke kaders voor de aanpak voor medische risicogroepen en «vaccinatie op maat»;
- mogelijk krijgt het RIVM een rol bij het financieren van uitvoering (indien landelijke financiering vanuit VWS mogelijk blijkt).

#### GGD'en

De GGD'en zijn primair opdrachtnemer voor de uitvoering van het vaccinatievoorziening voor volwassenen en expert op het gebied van vaccinatiezorg in de regio. Dit betekent dat de GGD'en:

- de opdracht krijgen (van het RIVM) om alle aspecten van de uitvoering van de vaccinatievoorziening voor volwassenen te organiseren;
- verantwoordelijk zijn vanaf de levering van het vaccin tot en met de toediening en registratie van het vaccin;
- een groot deel van de vaccinaties zelf zetten, waarbij het uitgangspunt is; de GGD voert uit, tenzij er reden is voor specifiek maatwerk bijvoorbeeld richting moeilijk bereikbare doelgroepen;
- de mogelijkheid hebben om ook lokale afspraken te maken over de uitvoering van specifieke taken door een derde partij (een



- mede-uitvoerder). Zo kan het vaccineren in verpleeghuizen worden uitgevoerd door artsen in die instellingen;
- verantwoordelijk blijven voor het (medische) handelen van de vaccinatievoorziening voor volwassenen. Als zij ervoor kiezen om de vaccinaties door mede-uitvoerders te laten uitvoeren, heeft de GGD de regie en informeert de GGD de mede-uitvoerder over de werkwijze.
  - voorlichting verzorgen voor burgers en professionals in de regio;
  - ook de regie hebben om ervoor te zorgen dat de organisatie van vaccinaties voor medische risicogroepen in hun regio goed belegd is. Bijvoorbeeld door deze vaccinaties in de curatieve setting of bij de vaccinatievoorziening voor volwassenen te beleggen of een andere (hybride) vorm;
  - een adviserende rol hebben – op basis van de uitvoeringspraktijk – richting VWS, het RIVM en gemeenten.

#### Mede-uitvoerders

De GGD'en kunnen ervoor kiezen om (een deel van de) vaccinaties door overige partijen te laten uitvoeren zoals ziekenhuizen, zorginstellingen, vaccinatiecentra en huisartsen. Bijvoorbeeld bij moeilijk bereikbare groepen (zoals niet-mobiele ouderen, laaggeletterden etc.).

- de landelijke kaders voor uitvoering gelden ook voor mede-uitvoerders. Hierbij wordt zoveel mogelijk gestreefd naar landelijke uniformiteit. Er is waar nodig ruimte voor regionaal maatwerk.
- Er is geen directe relatie tussen VWS en mede-uitvoerders (behalve de indirecte meegegeven vastgestelde kaders van VWS).
- Het RIVM heeft contact met koepels van mede-uitvoerders.

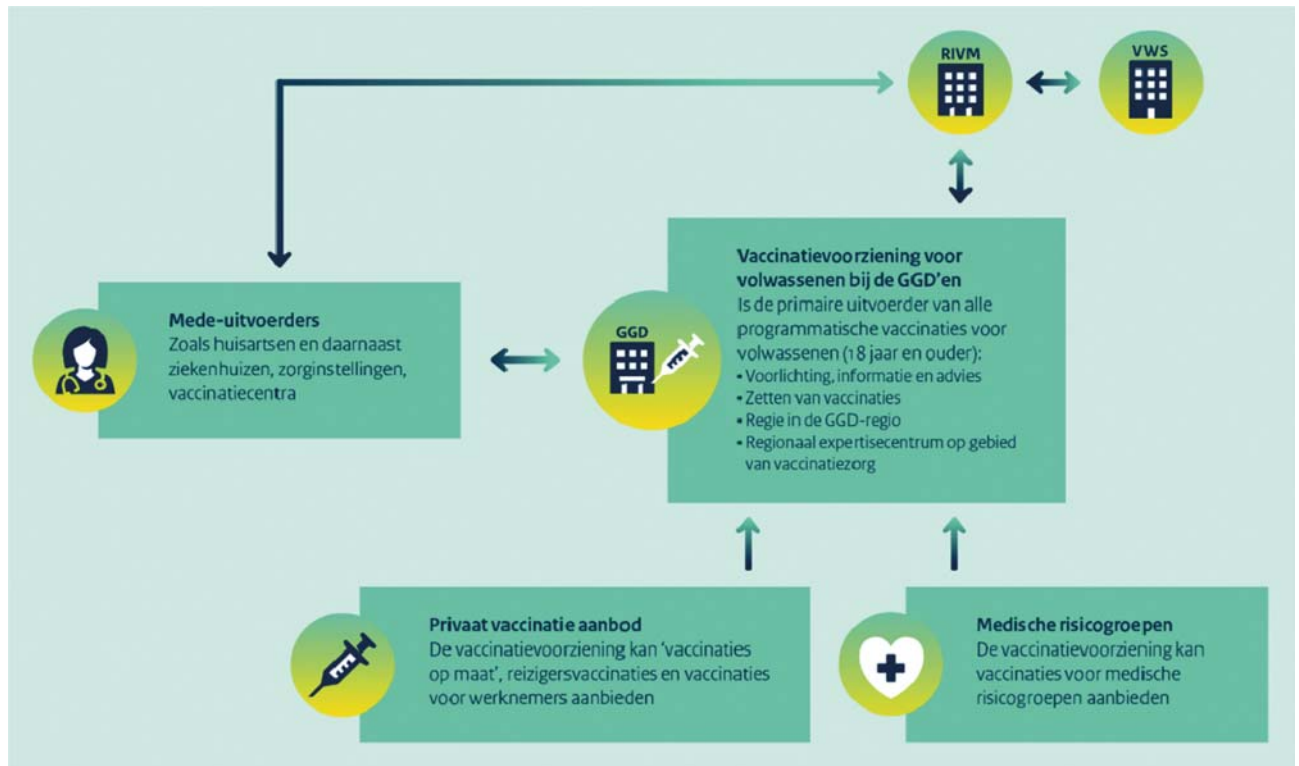
De precieze details van de verantwoordelijkheden en taken per partij worden nader uitgewerkt in de uitvoeringstoets. Hierin wordt onder meer ook de verantwoordelijkheidsverdeling tussen opdrachtgever (VWS), (gedelegeerd) opdrachtgever (RIVM) en de vaccinatievoorziening voor volwassenen uitgewerkt alsmede de verantwoording van de mede-uitvoerders naar de GGD'en en VWS. Daarnaast wordt de financiering van de vaccinatievoorziening voor volwassenen (landelijk versus decentraal) nader uitgewerkt evenals de verhouding tussen de behoefte aan landelijke uniformiteit versus lokaal maatwerk.

Met het bovenstaande doe ik ook de toezegging van mijn voorganger en van mijzelf af over de rol van apothekers bij vaccineren.<sup>6</sup> Apothekers hebben een belangrijke rol in informatievoorziening en voorlichting over vaccinaties. Zeker voor kwetsbare doelgroepen kunnen zij een belangrijk aanspreekpunt in de wijk zijn vanwege het feit dat in vrijwel elke wijk een apotheek te vinden is. In de afgelopen jaren is ingezet op het verbeteren van communicatie en voorlichting over vaccinatie vanuit het Netwerk Patiënteninformatie en daar hebben de apothekers een mooie bijdrage aan geleverd. Daarnaast zijn samen met de apothekers de mogelijkheden voor apothekers als uitvoerder van vaccinaties onderzocht. Daaruit is naar voren gekomen dat apothekers geen zelfstandige bevoegdheid hebben om vaccinaties te geven. Zij kunnen daardoor niet voldoen aan alle randvoorwaarden om te vaccineren. Ik zie op dit moment op basis van de uitkomsten van de verkenning onvoldoende aanleiding om deze zelfstandige bevoegdheid te creëren. Dit

<sup>6</sup> Toezegging Staatssecretaris Blokhuis in notaoverleg preventie, 1-2-2021 (Kamerstuk 32 793, nr. 545), Toezegging Staatssecretaris VWS in Commissie Debat Medische preventie, 7-6-2022 (Kamerstukken 32 793 en 24 077, nr. 612).

staat namelijk haaks op het advies om te versimpelen en mijn inzet om in te zetten op een robuuste organisatie. Daarnaast vraagt dit een aanpassing van het curriculum van de opleiding tot apotheker en een aanpassing van de Wet BIG. Het is daarmee ook geen snelle oplossing. Apothekers mogen wel vaccineren onder toezicht van een verantwoordelijk arts, de zogenoemde «verlengde arm»-constructie. Als GGD'en regionaal daarvoor kiezen, kunnen apothekers in een dergelijke constructie als mede-uitvoerder een bijdrage leveren aan de uitvoering van vaccinaties. Zoals gezegd, zal in de uitvoeringstoets blijken onder welke voorwaarden dit invulling kan krijgen.

**Figuur 2 Vaccinatievoorziening voor volwassenen**



### *Rol vaccinatievoorziening voor volwassenen bij uitbraak of pandemie*

Uw Kamer is op 3 juni 2022 geïnformeerd over het besluit van de Minister van VWS om een Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI) in te richten bij het RIVM.<sup>7</sup> De LFI wordt verantwoordelijk voor de voorbereiding op en de operationele aansturing van (de opschaling van) grootschalige medisch-operationele uitvoeringstaken in het geval van een epidemie van een A-infectieziekte met landelijke impact (denk aan testen, vaccineren en bron- en contactonderzoek). De LFI krijgt een sterke focus op logistieke competenties in een crisiscontext, waarbij de werkwijze van de LFI en die van de GGD op elkaar aan zullen sluiten. De GGD'en zijn – als onderdeel van de brede infectieziektebestrijdingsketen – de uitvoeringsorganisaties voor grootschalig vaccineren tijdens een pandemie. Zoals hiervoor beschreven, is het mijn voornemen dat de GGD'en de primaire opdrachtnemer worden voor de uitvoering van de vaccinaties voor volwassenen. Dit betekent dat de vaccinatievoorziening voor volwassenen ook de primaire uitvoerder wordt voor vaccinaties bij een uitbraak en/of pandemie. Daarmee is de vaccinatievoorziening voor

<sup>7</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1875.

volwassenen zowel regulier (koude fase) als in een warme fase (bestrijding pandemie) primair verantwoordelijk voor de uitvoering van 18+ vaccinaties. Dit heeft voordelen bij de overgang van koude naar warme fase, maar vraagt wel om duidelijke afspraken over het continueren van het lopende vaccinatieaanbod naar de warme fase en om uniformiteit in de uitvoering bij de 25 GGD'en. De eisen aan GGD'en op dit punt worden wettelijk vastgelegd. De rol van de GGD'en bij vaccinaties onder de 18 jaar in de warme fase of bij uitbraken van infectieziekten wordt nader uitgewerkt.

Het bovenstaande betekent dat de vaccinatievoorziening voor volwassenen paraat moet zijn om een rol in een infectieziektecrisis/pandemie te vervullen. De verwachting is dat de LFI eind 2022 start met een voorbereidende rol. Vanaf medio volgende jaar kan de LFI haar aansturende rol vervullen bij een mogelijke toekomstige pandemie.

Ook krijgt de vaccinatievoorziening een rol in het kader van outbreak management. Hierbij gaat het niet om de collectief geplande vaccinatiecampagnes, maar gerichte inzet van vaccinaties ten behoeve van individuele patiënten.

### *Samenhang RVP en vaccinatievoorziening voor volwassenen*

Nederland heeft een succesvol RVP, juist vanwege de inbedding in de jeugdgezondheidszorg. De combinatie van het RVP met de controles van de JGZ vergroot de opkomst bij RVP en wordt door ouders als klantvriendelijk ervaren.

Met mijn voornemen om een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD uit te werken, rijzen er vragen over hoe dit centrum zich verhoudt tot het RVP.

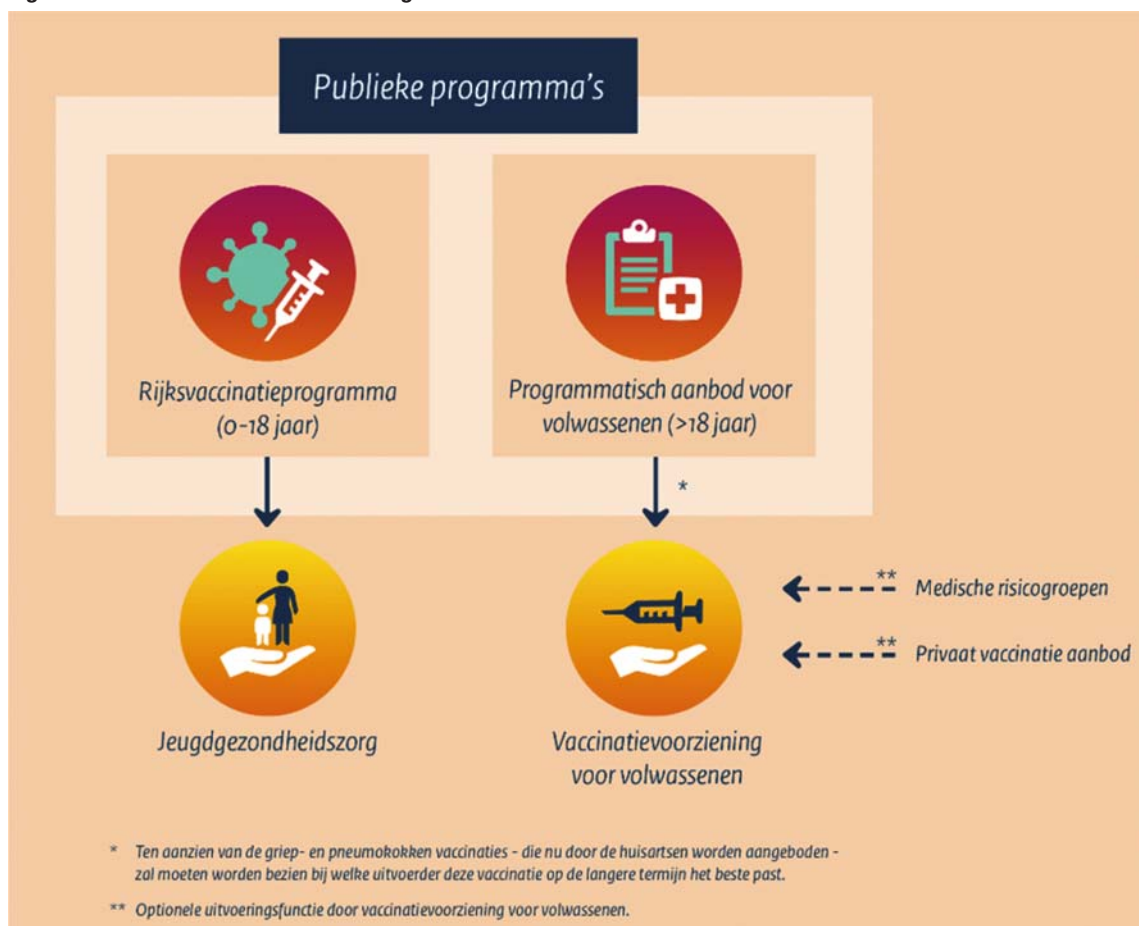
Ik kan mij voorstellen dat het een aansprekend idee is – en wellicht een stip aan de horizon – om na te denken over één organisatie waar het vaccinatieaanbod vanuit de overheid belegd is. Dit kan bijdragen aan herkenbaarheid, expertiseopbouw en efficiëntie in de organisatie (registratie, logistiek, financiering) en aansturing. Op dit moment behouden we het RVP via de JGZ, maar de vaccinatievoorziening biedt mogelijk meerwaarde voor de toekomst voor het aanbieden van de vaccinaties onder de 18 jaar.

Op basis van verschillende gesprekken met betrokkenen constateer ik dat het op dit moment voorbarig is om het RVP organisatorisch onder te brengen in de vaccinatievoorziening voor volwassenen. In plaats daarvan kies ik nu ervoor om de samenhang tussen de vaccinatievoorziening voor volwassenen en het RVP te borgen en het RVP zelf te optimaliseren. Dit heeft ten eerste als reden dat het RVP relatief goed functioneert en dat ik het in beginsel onwenselijk vind om een goed functionerend programma rigoureuus – in dit geval in de aansturing en financiering – te veranderen. Het RVP wordt op dit moment decentraal vanuit de gemeenten uitgevoerd en vooralsnog ben ik voornemens om een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD landelijk aan te sturen. Ook is op dit moment niet duidelijk of het onderbrengen van het RVP in de vaccinatievoorziening voor volwassenen ook daadwerkelijk de complexiteit van het gehele vaccinatiestelsel zal verminderen en of dit in de praktijk tot verbeteringen leidt voor de burger.

Uiteraard vind ik het belangrijk de samenhang in het programmatisch aanbod van vaccinaties richting de burger te borgen, omdat deze programma's samen zorgen voor een vaccinatieaanbod van jong tot oud vanuit de overheid. Ik hecht eraan dat het vaccinatieaanbod in de GGD-regio samenhangt, dat er eenduidige communicatie is over het vaccinatieaanbod in de GGD-regio en dat er waar mogelijk wordt samengewerkt, ook op het terrein van logistiek, organisatie en registratie. Gemeenten hebben de verantwoordelijkheid om een JGZ-aanbieder te

contracteren. In veel gemeenten wordt het RVP (geheel of gedeeltelijk) uitgevoerd door de GGD'en. In dat geval wordt het RVP (deels) en het vaccinatieaanbod 18+ dus al wel door dezelfde organisatie uitgevoerd. In sommige gemeenten bieden andere organisaties dan de GGD het RVP aan. In die gemeenten zullen dus afspraken gemaakt moeten worden om een coherent vaccinatieaanbod van jong tot oud te creëren. Het is dan ook een van mijn randvoorwaarden voor de verdere uitwerking van het vaccinatieaanbod 18+ dat de samenhang tussen de vaccinatievoorziening voor volwassenen en het RVP en de JGZ behouden en versterkt moet worden. Ik zal het RIVM vragen dit mee te nemen in de uitvoeringstoets. Ook hecht ik eraan het programmatisch vaccinatieaanbod voor volwassenen juridisch te borgen en ik ga het Besluit publieke gezondheid hierop aanpassen. Daarmee ontstaat vanuit de overheid een programmatisch vaccinatieaanbod van jong tot oud, en vervalt de leeftijdsgrens van 18 jaar, die tot kortgeleden werd gehanteerd bij het Rijksvaccinatieprogramma. Het COVID-19-vaccinatie aanbod is al aan het RVP toegevoegd en de HPV-vaccinatie voor mensen tussen 18 en 26 jaar wordt op korte termijn toegevoegd. Hiermee geef ik invulling aan het advies van het RVS om de bestaande leeftijdsgrens te laten vervallen.

**Figuur 3** Hoe het vaccinatiestelsel eruit gaat zien



### Optimalisatie Rijksvaccinatieprogramma

Sinds januari 2019 valt het RVP onder de Wet publieke gezondheid (hierna: Wpg). Met deze wetswijziging hebben gemeenten – als decentrale eenheid – een verantwoordelijkheid gekregen in de uitvoering en financiering van vaccinaties uit het RVP. De rijksoverheid gaat over de

inhoud en reikwijdte van het RVP en het RIVM is verantwoordelijk voor de regie over het programma, de coördinatie en een deel van de uitvoering. Gemeenten moeten volgens de Wpg het RVP laten uitvoeren door de door hen gecontracteerde JGZ-uitvoerder. Daardoor ervaren gemeenten weinig zeggenschap over de financiële kaders en de inhoud. Dit was ook de bedoeling; de decentralisatie was een beleidsarme decentralisatie op een puur uitvoerende taak, waarbij een landelijk uniform vaccinatieaanbod het doel is. Dit heeft logischerwijs als gevolg dat het RVP niet altijd hoog op de bestuurlijke agenda van gemeenten staat, zoals de RVS ook concludeert. De beperkte beleidsvrijheid zorgt er daarmee ook voor dat het voor de uitvoerders lastig is om aanvullende lokale inzet te doen op het RVP. Dit vereist onderhandelingen tussen de JGZ-organisaties en gemeenten. Omdat financiering via het gemeentefonds verloopt, is veel afhankelijk van lokale keuzes, zoals de mate waarin de JGZ-uitvoerders ingezet worden voor preventie. Door dit alles mogen echter geen kansen blijven liggen om lokaal maatwerk te leveren. Ik hecht hierbij aan betrokkenheid van gemeenten. Ten slotte constateer ik dat er met name als het gaat om IT- en IV-aanpassingen onduidelijkheid is over rollen, taken en verantwoordelijkheden. Hierdoor worden aanpassingen in de IT-systemen van de jeugdgezondheidszorg vaak niet tijdig ingeregeld.

Op basis van gesprekken met de VNG (de koepelorganisatie van gemeenten), het RIVM, GGD GHOR NL en ActiZ concludeer ik dat er voldoende aanknopingspunten zijn om binnen het huidige stelsel het RVP te optimaliseren en de gemeenten en JGZ-uitvoerders beter hun rol te laten pakken. Ik zet daarbij in op de volgende maatregelen:

1. Het Rijk zet zich doorlopend in om de vaccinatiegraad te verhogen, en daarvoor is ook lokaal maatwerk essentieel. Daarom ga ik in overleg met de VNG, de gemeenten en JGZ of ActiZ, GGD GHOR NL en het RIVM over hoe er meer invulling gegeven kan worden aan het lokale maatwerk en wat daarvoor vanuit het Rijk nodig is. Hierbij betrek ik de lessen die getrokken kunnen worden uit de wijkgerichte aanpak die is ingezet bij de COVID-19 vaccinatie.<sup>8</sup>
2. Ik ga de mogelijkheid van een ander financieringsarrangement via het gemeentefonds verkennen, in overleg met het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de VNG. Mogelijk past de optie van een Specifieke Uitkering (SPUK) meer bij de wijze waarop het RVP nu is belegd bij gemeenten.

### **3. Vaccinatiezorg vanuit het verzekerde pakket**

Vaccinaties kunnen zich ook richten op specifieke medische risicogroepen, bijvoorbeeld mensen met chronische aandoeningen of problemen met hun immuunsysteem. Uit de adviezen van het Zorginstituut en de RVS blijkt dat ook voor de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen optimalisatie mogelijk en wenselijk is. Zij signaleren in hun adviezen verschillende knelpunten die de toegang tot vaccinaties voor medische risicogroepen belemmeren. Knelpunten die tot gevolg hebben dat mensen, die het meeste baat kunnen hebben bij vaccinaties, maar in beperkte mate worden bereikt. Dit geldt voor zowel de vaccinatiezorg, die onderdeel is van nationale vaccinatieprogramma's, maar ook voor de vaccinatiezorg voor de mensen met een medische indicatie in het kader van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Hieronder ga ik specifiek in op een aantal knelpunten binnen de Zvw.

Vaccinatiezorg binnen de Zvw kan zowel in intramurale als in extramurale setting worden geleverd. In de intramurale setting valt deze zorg onder het open systeem van het geneeskundig kader. Dit betekent dat ontwikkelingen in de vaccinatiezorg in principe automatisch in- en uitstromen in

<sup>8</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

het basispakket. Vaccins, die onderdeel uitmaken van het basispakket, worden bekostigd vanuit de reguliere dbc-systematiek. De extramuraal vaccinatiezorg valt onder het gesloten systeem van de farmaceutische zorg. Vaccins komen in de farmaceutische zorg alleen in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket als deze zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (hierna: GVS). De fabrikant moet hiervoor een vergoedingsaanvraag indienen bij het Zorginstituut, die de aanvraag beoordeelt en mij adviseert over opname in het GVS. Hierbij kunnen aanvullende voorwaarden worden gesteld, bijvoorbeeld dat het vaccin alleen wordt vergoed bij patiënten in een specifiek stadium van een ziekte.

Zowel intramuraal als extramuraal geldt dat vaccinatiezorg alleen ten laste kan komen van de Zvw, als er op grond van individuele omstandigheden sprake is van een indicatie voor vaccinatie. Dat wil zeggen dat de vaccinatie gericht moet zijn op het voorkomen van complicaties of het verergeren van een bestaande ziekte, aandoening of beperking, of dat het individu een hoger risico moet lopen op ziekte, aandoening of beperking dan de populatie in het algemeen.

Ik deel de conclusie van het Zorginstituut en de RVS dat de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen binnen het kader van de Zvw verbeterd kan worden en treed hiervoor in overleg met het veld. De aanbevelingen, die het Zorginstituut en de RVS op dit gebied geven, hanteer ik hierbij als leidraad. Ik merk wel op dat het belangrijk is een aantal aanbevelingen te bezien in relatie tot andere vormen van zorg en preventie. Op dit punt zal ik, zoals verder uitgewerkt onder het kopje «betaalbaarheid», het Zorginstituut om nader advies vragen.

Hieronder volgt een meer specifieke uiteenzetting van mijn beleidsreactie, ingedeeld aan de hand van drie – onderling samenhangende – aspecten van de vaccinatiezorg binnen het verzekerde pakket: kennis, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid.

#### *Verbeteren kennis vaccinatiezorg medische risicogroepen*

Het Zorginstituut en de RVS constateren allereerst dat de kennis over de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen versplinterd is, zowel voor behandelaren als voor patiënten. Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen bestrijkt een zeer gevarieerde groep patiënten en is beschreven in een groot aantal richtlijnen. Er is geen centraal punt, waar al deze richtlijnen samenkomen. En er is op dit moment slechts een specifieke richtlijn vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Het Zorginstituut doet daarom een aantal aanbevelingen rondom het centraliseren van richtlijnen en het beschikbaar maken van kennis voor behandelaren en patiënten. Net als het Zorginstituut en de RVS vind ik kwalitatieve en toegankelijke kennis over de vaccinatiezorg van groot belang, zeker voor mensen die behoren tot een risicogroep. Vanuit het veld wordt in het project Immunostart – in samenwerking met RIVM – gewerkt aan het samenbrengen van richtlijnen van vaccinatiezorg. Ik ben blij met deze ontwikkeling en spoor het veld aan haar inzet op het maken van een richtlijn, het verbeteren van informatietoegang in opleidingen en het beschikbaar maken van patiëntinformatie door te zetten. Het RIVM heeft tijdens de coronacrisis waardevolle ervaring opgedaan met het stroomlijnen van richtlijnen en het verzorgen van deskundigheidsbevordering voor vaccinatiezorg. Zo heeft het RIVM samen met relevante medische professionals een handleiding opgesteld om tijdens de COVID-19-vaccinatiecampagne een advies te kunnen formuleren voor patiënten met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem en andere groepen patiënten bij wie sprake is van een afweerstoornis. Ik voorzie dat het RIVM een belangrijke rol kan spelen bij het opstellen van dergelijke richtlijnen

en wil onderzoeken in hoeverre een regierol voor de vaccinatievoorziening voor volwassenen haalbaar en wenselijk is bij de vaccinatie van medische risicogroepen.

### *Betaalbaarheid*

Het Zorginstituut signaleert daarnaast een aantal knelpunten ten aanzien van de bekostiging van vaccinaties binnen het verzekerde pakket, waardoor mensen vaccinaties niet altijd krijgen vergoed. Vanuit het Immunostart-project is – met steun van FMS, NFU en ZN – een wijzigingsverzoek ingediend bij de NZa om binnen de DBC-structuur meer ruimte voor vaccinaties in de intramurale setting te creëren. Daarnaast spelen er ook knelpunten in de bekostiging van extramurale vaccinaties, die vallen onder de farmaceutische zorg. Zo kunnen op dit moment alleen fabrikanten, en niet beroepsgroepen zelf, een aanvraag doen om vaccins op te nemen in het GVS. Een deel van de vaccins wordt nooit door fabrikanten ter beoordeling aangeboden bij het Zorginstituut, waardoor ze niet in het GVS worden opgenomen en niet vergoed worden. Het kan dus wenselijk zijn om andere partijen een aanvraag te kunnen laten indienen. Het Zorginstituut inventariseert op dit moment intern onder welke voorwaarden beroepsgroepen zelf vergoedingsaanvragen bij het Zorginstituut kunnen indienen om vaccins op te nemen in het GVS. Het is goed dat het Zorginstituut daartoe het proces rondom deze vergoedingsaanvragen optimaliseert. Ik volg of dit proces het gewenste effect bereikt en zal zo nodig aanvullende actie ondernemen.

Een ander gesignaleerd knelpunt komt voort uit het feit dat vaccinaties gelden als geïndiceerde preventie, waarbij de aanspraak op individuele gronden moet worden vastgesteld. Er zijn signalen dat door de huidige interpretatie van geïndiceerde preventie niet alle risicogroepen, die in richtlijnen zijn gedefinieerd aanspraak hebben op vaccinaties. Het Zorginstituut adviseert daarom om te bezien of een andere interpretatie van geïndiceerde preventie wenselijk is. Omdat dit mogelijk gevolgen heeft voor de aanspraak op andere vormen van preventie en zorg, heb ik het Zorginstituut gevraagd mij hier nader over te adviseren. Dit advies verwacht ik eind 2022. Aanvullend schrijft het Zorginstituut een advies dat zich specifiek zal richten op het vraagstuk rondom vaccinaties.

### *Uitvoerbaarheid*

Ten slotte signaleert het Zorginstituut dat er binnen de vaccinatiezorg onduidelijkheid is over de taken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen. Dit geldt voor zowel de vaccinatiezorg voor risicogroepen als onderdeel van de Zvw als voor de bredere vaccinatiezorg binnen nationale vaccinatieprogramma's. Vanwege patiëntvriendelijkheid en de kansen, die het Zorginstituut signaleert om de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen binnen de Zvw te verbeteren, wil ik nu eerst inzetten op het verbeteren van de huidige organisatie. Vanuit het veld wordt op dit moment onderzocht of het mogelijk is om landelijk afspraken te maken over de zorgpaden voor vaccinatiezorg. Ik onderschrijf en ondersteun deze ontwikkeling. Ik heb al toegelicht dat ik verwacht met de vaccinatievoorziening voor volwassenen duidelijkheid te bieden over taken en verantwoordelijkheden. Aanvullend wil ik verkennen in hoeverre de vaccinatievoorziening voor volwassenen ook een rol kan spelen om met voorschrijvers in de GGD-regio het vaccineren van medische risicogroepen binnen de Zvw beter onder de aandacht te brengen. De vaccinatievoorziening voor volwassenen kan mogelijk ook een rol spelen in de uitvoering van het vaccineren van medische risicogroepen. Hierbij moet in de uitwerking wel rekening gehouden worden met de financiering van het vaccineren in de vaccinatievoorziening voor volwassenen. Dit zou

leiden tot een hybride model, waarbij zowel in de curatieve setting als in de vaccinatievoorziening voor volwassenen vaccinatie voor medische risicogroepen mogelijk wordt. Als het bovenstaande onvoldoende verbetering in het bereiken van medische risicogroepen oplevert, dan is het een optie om te overwegen op termijn naar een ander model over te gaan, waarbij de uitvoering van de vaccinatie van medische risicogroepen bijvoorbeeld primair in de vaccinatievoorziening voor volwassenen plaatsvindt. Het stellen van de indicatie zou dan uiteraard nog steeds in het ziekenhuis of bij de huisarts moeten gebeuren.

#### **4. Vrije markt**

Vaccinatie op eigen initiatief en eigen kosten gebeurt relatief weinig, met uitzondering van de reizigersvaccinatie. Mensen, die zich op eigen initiatief laten vaccineren met vaccins waarvoor zij onder de basisverzekering van de Zvw geen aanspraak hebben, moeten deze in principe zelf betalen. De toegang tot vaccinaties op maat verschilt per GGD. Sommige GGD'en zijn bereid deze vaccinaties te geven, omdat het gezondheidswinst oplevert. Andere GGD'en doen dit niet, omdat het direct raakt aan toegankelijkheidsverschillen. Vaccinaties op verzoek kunnen ook via apotheker en huisarts gehaald worden. Niet alle huisartsen willen hier echter aan meewerken of er wordt verwezen naar de GGD. Ook is de route via huisarts en apotheker omslachtig en vraagt het goede afstemming tussen patiënt, apotheker en huisarts.

Ik deel de bevindingen van de RVS dat het vaccineren op eigen initiatief complex georganiseerd is. Daarom ga ik informatievoorziening over «vaccinaties op maat» stimuleren. Ik voorzie dat de vaccinatievoorziening voor volwassenen een bijdrage kan leveren aan het aanbieden van «vaccinaties op maat» voor volwassenen, maar ook voor de doelgroep 0–18 jaar, dit neem ik mee in de uitvoeringstoets.

Wat betreft reizigersvaccinaties en vaccinaties voor werknemers, zie ik – op basis van de gevoerde gesprekken met betrokken partijen – geen aanleiding om principiële veranderingen door te voeren. Wel zie ik mogelijkheden voor de vaccinatievoorziening voor volwassenen om op termijn een aanbod op deze private markt te bieden.

#### **5. Registratie en informatie-uitwisseling**

De RVS concludeert dat vaccinatiegegevens niet binnen alle domeinen van het vaccinatiestelsel (bijvoorbeeld vaccinaties voor volwassenen en in de collectief verzekerde zorg) goed worden geregistreerd, waardoor het (tijdig) uitwisselen van deze gegevens onvoldoende van de grond komt. Het rapport van de RVS biedt voldoende aanknopingspunten om de registratie en uitwisseling te verbeteren. Het betreft zowel informatie over de grenzen van de verschillende domeinen in het vaccinatiestelsel heen als de registratie van de juiste informatie, die nodig is voor goede zorgverlening. Door de registratie en gegevensuitwisseling te verbeteren kan er optimalisatie in de organisatie en daardoor gezondheidswinst worden behaald. De afgelopen maanden heb ik met diverse betrokkenen en experts gesproken over mogelijke oplossingsrichtingen inzake het hierboven geschetste probleem.

##### *Belang van registratie en uitwisseling*

Ik wil benadrukken dat ik het belang van een goede registratie en de uitwisseling van vaccinatiegegevens onderschrijf. Een goede registratie is van belang voor de uitvoering zelf om bijvoorbeeld mensen te kunnen uitnodigen of een herinnering te sturen, wanneer zij niet zijn geweest. Een



goede registratie van de medische inhoud – zoals mogelijke risicofactoren en aandoeningen bij patiënten in huisartsensystemen en systemen van ziekenhuizen – is daarnaast van belang voor onder andere het leveren van goede zorg en het benaderen en uitnodigen van specifieke medische risicogroepen, die in aanmerking komen voor vaccinaties. Een goede registratie is daarnaast van belang voor de monitoring van bijwerkingen van vaccins en de vaccinatiegraad, en om het effect van vaccinaties te kunnen bepalen. Deze taak is bijvoorbeeld voor het RVP middels de Wet publieke gezondheid belegd bij het RIVM. Om deze taak goed te kunnen uitvoeren, is uitwisseling van vaccinatiegegevens tussen het RIVM en de JGZ-organisaties van belang. Daarbovenop heeft de COVID-19 pandemie laten zien dat een goede registratie en monitoring een belangrijke randvoorwaarde is in de bestrijding van een infectieziektecrisis. Een landelijke registratie ten tijde van een pandemie is van belang om een zo compleet en betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen van onder andere de vaccinatiegraad, de veiligheid van vaccins, de vaccineffectiviteit en de samenhang tussen vaccinaties. Ik zie ook in deze zogenoemde warme fase een belangrijke rol voor het RIVM weggelegd in de uitvoering, monitoring en surveillance, en daarmee ook in de landelijke registratie.

### *Rijksvaccinatieprogramma*

Ik wil graag benadrukken dat ik de conclusie deel dat binnen de JGZ en in het bijzonder het RVP de registratie en uitwisseling van vaccinatiegegevens in beginsel goed is ingeregeld door middel van de basisdataset JGZ. Ook is de uitwisseling van RVP-vaccinatiegegevens met het RIVM goed ingeregeld, alhoewel met de invoering van het *informed consent* in het RVP per 1 januari 2022 de registratie en uitwisseling minder volledig is. Ik geef hieronder bij actie 3 «landelijke registratie bij het RIVM» aan dat ik de mogelijkheid van een wettelijke grondslag voor gegevensuitwisseling voor het RVP wil verkennen. Ik zie – zoals eerder in deze beleidsreactie is geschetst – mogelijkheden om het RVP te optimaliseren, met name ten aanzien van rollen, taken en verantwoordelijkheden inzake IT-aanpassingen. Gemeenten en Rijk moeten hierover onderling duidelijke afspraken hebben. De al bestaande routekaart vaccinaties geeft daarbij al veel richting, deze wordt geactualiseerd en uitgebreid met een uitwerking van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen als het gaat om taken op het gebied van IT en IV.<sup>9</sup> Door hierover heldere afspraken te maken met onder andere de VNG en gemeenten moet hierdoor ook de registratie en uitwisseling van gegevens van nieuw geïmplementeerde vaccinaties sneller en beter mogelijk worden.

### *Vaccinatievoorziening voor volwassenen*

Daarnaast voorzie ik dat de vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en ervoor zal zorgen dat de registratie en gegevensuitwisseling minder complex wordt. Immers is er straks niet meer sprake van meerdere uitvoerders voor deze vaccinaties voor volwassenen, maar één uitvoerder die de bulk van de vaccinaties zet. Zoals aangekondigd in mijn Kamerbrief van 4 juli jl. zullen de GGD'en de uitvoering van de HPV-vaccinatie voor 18- tot en met 26-jarigen op zich nemen. Vooruitlopend op deze activiteit werken de GGD'en aan het duurzaam (her)in-

<sup>9</sup> De Routekaart Vaccinaties is een hulpmiddel om inzichtelijk te maken welke stappen doorlopen moeten worden bij de implementatie van een nieuw vaccin of bij een aanpassing van een bestaande vaccinatie uit het RVP. De gehele keten van aankondiging tot en met implementatie in het Rijksvaccinatieprogramma is opgenomen in de Routekaart. De Routekaart geeft voor alle betrokkenen aan bij welke stappen hun inbreng of actie gewenst is. Hiermee wordt het proces van besluitvorming tot daadwerkelijke implementatie inzichtelijk en toegankelijk. Tegelijk wordt een zorgvuldige overdracht naar gemeenten beoogd.

richten van het gebruikte IT-systeem, dat mogelijk ook in het kader van de vaccinatievoorziening voor volwassenen kan worden ingezet. Hierbij wordt waar nodig ook de uitwisseling van gegevens tussen het RIVM en de GGD'en verbeterd.

#### *Vier acties*

Op basis van de gesprekken met diverse betrokkenen en experts heb ik de volgende acties en einddoelen voor ogen. Deze moeten tezamen resulteren in een betere registratie en gegevensuitwisseling van vaccinatiegegevens in den brede.

##### *1. Ontwikkelen van kwaliteitsstandaard*

Het is van belang dat zorgverleners (zoals huisartsen en GGD-artsen) samen bepalen waarom welke gegevens moeten worden geregistreerd voor het leveren van goede (vaccinatie-)zorg. Dit heeft als einddoel dat zorgverleners over een compleet beeld van vaccinatiegegevens en aanvullende medische inhoud beschikken dat relevant is voor het leveren van goede zorg. Het is in beginsel aan de betreffende zorgverleners zelf om hier door middel van de systematiek van kwaliteitsstandaarden – die worden beheerd door het Zorginstituut Nederland – invulling aan te geven. De komende tijd ga ik in gesprek met het Zorginstituut en het veld om in kaart te brengen welke betrokkenen beschikken over vaccinatiegegevens of medische inhoud die relevant zijn voor het leveren van goede zorg. Vervolgens wil ik die betrokkenen stimuleren om een kwaliteitsstandaard te ontwikkelen.

##### *2. Ontwikkelen van informatiestandaard*

Naast de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard is het van belang dat zorgverleners de vaccinatiegegevens op uniforme wijze registreren in hun eigen systemen. Door een uniforme registratiewijze wordt de uitwisseling van vaccinatiegegevens mogelijk gemaakt. In een informatiestandaard kan deze uniforme registratiewijze worden vastgelegd. Ook als veldpartijen besluiten om geen kwaliteitsstandaard te ontwikkelen blijft deze informatiestandaard nuttig en noodzakelijk, onder andere voor het ontsluiten van vaccinatiegegevens naar Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (hierna: PGO's). Ik heb daarom aan Nictiz – zij ontwikkelen en beheren standaarden die digitale informatie-uitwisseling mogelijk maken – de opdracht gegeven om samen met het veld een informatiestandaard vaccinaties te ontwikkelen. De informatiestandaard is inmiddels ontwikkeld en na de zomer wordt begonnen met het ontsluiten van COVID-19 vaccinatiegegevens bij het RIVM naar PGO's.

##### *3. Landelijke registratie bij het RIVM*

Zoals eerder gezegd, is een goede registratie van belang voor de daadwerkelijke uitvoering van vaccinaties (uitnodigen en herhaaloproepen), de monitoring van veiligheid van vaccins (zoals bijwerkingen), de monitoring van de vaccinatiegraad en de monitoring van de vaccineffectiviteit, in zowel de koude als de warme fase van de infectieziektebestrijding (om bijvoorbeeld gericht maatregelen bij een uitbraak of pandemie te kunnen nemen). Het RIVM speelt een belangrijke rol in de uitvoering van deze taken en heeft aangegeven deze taken beter te kunnen uitvoeren, wanneer zij beschikt over een zo compleet en actueel beeld van de vaccinatiegegevens. Daarom wil ik samen met het RIVM en betrokken zorgverleners onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om tot een landelijke registratie van vaccinatiegegevens bij het RIVM te komen. Een landelijke registratie bij het RIVM zie ik als een verzameling van de gezette

vaccinaties, die uitvoerders in hun eigen systemen hebben geregistreerd. Het RIVM ziet zichzelf als beheerder en ontwikkelaar van een dergelijke landelijke registratie.

Voor een landelijke registratie bij het RIVM spelen nog wel een aantal vragen die nadere uitwerking vragen op technisch, juridisch en financieel gebied. Zo speelt de vraag welke vaccinatiegegevens nuttig en noodzakelijk zijn voor het RIVM om bijvoorbeeld de monitorings- en surveillancetaak goed te kunnen uitvoeren en hoe dat zich verhoudt tot huidige wet- en regelgeving, zoals de AVG en de WGBO. Ik denk op dit moment in ieder geval aan de vaccinatiegegevens voor de COVID-19 vaccinatie, het RVP, en mogelijk de griep- en pneumokokkenvaccinatie. Welke gegevens daar nog meer aan kunnen worden toegevoegd moet nader worden uitgezocht. Daarnaast vraagt de keuze voor een dergelijke registratie om een gedegen analyse van de verschillende aspecten, waaraan deze registratie zou moeten voldoen, met bijbehorende kostenplaatje. Ik heb het RIVM daarom gevraagd om de verdere uitwerking van de landelijke registratie van vaccinatiegegevens mee te nemen in de eerdergenoemde uitvoeringstoets. Op basis van deze uitvoeringstoets vindt nadere besluitvorming plaats over de wenselijkheid en mogelijke invulling van landelijke registratie.

Om tot een zo compleet en actueel beeld van de vaccinatiegegevens in de landelijke registratie bij het RIVM te komen zullen zorgverleners als bron deze gegevens beschikbaar moeten stellen aan het RIVM. Op dit moment is er geen wettelijke grondslag, die deze gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en het RIVM mogelijk maakt. Dit zorgt voor spanning tussen het belang van een zo volledig mogelijke registratie bij het RIVM en de privacyaspecten, die spelen rondom het uitwisselen van medische gegevens tussen zorgverleners en het RIVM. Deze spanning komt duidelijk naar voren bij de recente invoering van het informed consent in het RVP. Voor het RVP verken ik op dit moment (de haalbaarheid van) de mogelijkheden om alsnog een wettelijke grondslag te creëren, die de gegevensuitwisseling tussen het RIVM en de JGZ mogelijk moet maken. Hierover informeer ik uw Kamer op een later moment.

#### *4. Digitale inzage voor burgers*

Een landelijke registratie bij het RIVM brengt ook als voordeel met zich mee dat burgers makkelijker inzage kunnen krijgen in de eigen vaccinatiegegevens. Vooruitlopend op deze ontwikkeling werk ik samen met betrokken partijen aan het verbeteren van de digitale inzage in de eigen medische gegevens voor burgers zelf. In de afgelopen periode jaren zijn hierin al verschillende stappen gezet. Zo hebben burgers inmiddels inzage in (een deel van) hun vaccinatiegegevens via het burgerportaal van het RIVM. Waar portalen zich beperken tot de gegevens van één enkele zorgaanbieder moeten op den duur in PGO's alle gezondheidsgegevens van verschillende zorgverleners bij elkaar komen. In lijn met de motie van het lid Diertens c.s. (Kamerstuk 35 182, nr. 4), wordt gewerkt aan het ontsluiten van vaccinatiegegevens naar PGO's. Het zal nog de nodige inspanning vergen, voordat alle domeinen uit de vaccinatiezorg zijn aangesloten. Een eerste stap is gezet met de ontwikkeling van de informatiestandaard door Nictiz. De uitdaging ligt de komende tijd vooral op de ontsluiting van gegevens in de IT-systemen van zorgverleners zelf. De huisartsen hebben hierin een eerste stap gezet door patiënten de mogelijkheid te bieden om in het systeem van de huisarts te kijken en hun eigen medisch dossier – breder dan vaccinaties – in te kunnen zien. Ook burgers moeten geïnformeerd worden over PGO's, waardoor het gebruik zal toenemen. Hiervoor heeft de Patiëntenfederatie de PGO-alliantie opgericht. De PGO-alliantie bestaat uit ruim vijftig patiënten-, branche-,

consumenten- en welzijnsorganisaties. De alliantie zet zich in voor het kennen, kiezen, gebruiken en het benutten van PGO's. Dat doen zij onder andere met doelgroepgerichte communicatie, maar ook ondersteuning bij het kiezen van een PGO en het vergroten van kennis en (digitale) vaardigheden.

## 6. Vaccinontwikkeling, -productie en markttoelating

Het kan een tijd duren voordat een nieuw vaccin vanuit de ontwikkelfase de burger bereikt.

Figuur 4 Van productie tot prik



Het is en blijft van belang om waar mogelijk in te zetten op het verkorten van deze tijd. Om de gezondheidswinst van vaccins optimaal te benutten is het ten eerste van belang dat onderzoek, ontwikkeling, productie en innovatie van vaccins gestimuleerd wordt. Dit thema wordt opgepakt in de beleidsagenda pandemische paraatheid en ook via de farmaceutische strategie voor Europa, die door de Europese Commissie is gepubliceerd.<sup>10, 11</sup> Zo wordt onderzocht of en hoe navolging gegeven kan worden aan het advies van de *special envoy* vaccins over behoud en vergroten van productiecapaciteit in Nederland. Ook wordt gekeken of het FAST initiatief benut kan worden voor versnelling van ontwikkeling en toepassing van nieuwe therapieën en vaccins via publiek-private samenwerking in de Topsector Life Sciences and Health.

Ten tweede is er inzet op het sneller registreren en snellere markttoelating van geneesmiddelen, en dus ook van vaccins, met verschillende initiatieven binnen het Europees Medicijn Agentschap (EMA). Via het PRIME (Priority Medicines) initiatief wordt de mogelijkheid geboden aan een firma, die een kansrijk geneesmiddel ontwikkelt om gedurende de ontwikkeling intensievere interactie en overleg te hebben tussen de firma en de registratieautoriteiten. Het doel is om de ontwikkeling van deze geneesmiddelen te optimaliseren en daarmee de beoordeling van het registratiedossier te versnellen. Dit initiatief is in 2016 gestart en in de herziening van de Europese basiswetgeving voor geneesmiddelen wordt dit – waar nodig – wettelijk verankerd. Een ander initiatief is een doorlopende beoordeling (rolling review). Bij een *rolling review* dient een farmaceutisch bedrijf al tijdens de klinische onderzoeksfase resultaten in bij het EMA en start het EMA nog lopende dit onderzoek de beoordeling. Hierdoor kan de formele procedure voor markttoelating, die volgt zodra het klinisch onderzoek is voltooid, versneld worden afgerond. De vereisten voor de kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid van een geneesmiddel blijven hierbij gelijk ten opzichte van een «gewone» procedure voor markttoelating. Deze procedure is gevolgd voor de beoordeling van COVID-19-vaccins en COVID-19-behandelingen.

<sup>10</sup> Kamerstuk: 25 295, nr. 1836.

<sup>11</sup> referentie: Geneesmiddelen – veilige en betaalbare geneesmiddelen (nieuwe EU-strategie) (europa.eu).

De Gezondheidsraad heeft met zijn advisering een bepalende rol in het vaccinatieaanbod vanuit de overheid. Sinds 2017 werkt de Gezondheidsraad bij de advisering over vaccinaties met een werkagenda, waarin staat wanneer over welk onderwerp geadviseerd wordt. Elk half jaar vindt er een prioriteringsoverleg met het RIVM, CBG en ZIN plaats, waarin de Gezondheidsraad een voorstel doet voor de werkagenda voor de komende drie jaar. Registratie van nieuwe vaccins of de epidemiologische situatie zorgen soms voor aanpassingen van de werkagenda. Vaccinproducenten kunnen met informatie over relevante ontwikkelingen terecht bij het loket vaccinadvies van het RIVM. De actuele werkagenda wordt door het Ministerie van VWS vastgesteld en met de Tweede Kamer gedeeld.

Op basis van een beoordelingskader adviseert de Gezondheidsraad of een vaccinatie wel, niet, of onder bepaalde voorwaarden aangeboden zou moeten worden vanuit de overheid. Ik hecht eraan dat dit beoordelingskader toekomstbestendig is en actueel blijft. De Gezondheidsraad gaat in 2022 het eigen beoordelingskader evalueren; ik vind dit een goede zaak.

De snelheid en vooral wendbaarheid van advisering van de Gezondheidsraad is van groot belang, aangezien het vaccinatieaanbod zich moeten kunnen verhouden tot de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van nieuwe vaccins. Met de beoogde snellere Europese werkwijze van de marktgoedkeuring van nieuwe vaccins wordt de noodzaak hiervan nog actueler. Ik blijf het gesprek voeren met de Gezondheidsraad over de snelheid en wendbaarheid van advisering op het gebied van vaccinaties. Ik wil onderzoeken of het mogelijk is om afspraken te maken over taakverdeling bij advisering over vaccinatie bij uitbraken en/of pandemische ziekteverwekkers en zal hierover overleg voeren met het OMT en Gezondheidsraad. Er wordt hierin nu bijvoorbeeld ervaring opgedaan door een expertteam COVID-19-vaccinaties van het RIVM, dat adviseert over hervaccinatie tegen het coronavirus aan de hand van het reeds opgestelde toepassingskader van de Gezondheidsraad. Verder kan het behulpzaam zijn om bepaalde adviezen over kleine wijzigingen in lopende vaccinatieprogramma's niet aan de Gezondheidsraad voor te leggen, maar aan het RIVM; deze mogelijke werkwijze zal ik verder onderzoeken. Hiermee geef ik invulling aan mijn toezegging uit het Commissiedebat Medische Preventie van 7 juni jl. om in te gaan op de duur van advisering van de Gezondheidsraad. Het Zorginstituut adviseert zoveel mogelijk tegelijk met de Gezondheidsraad over de vergoeding van vaccinaties voor medische risicogroepen, zodat er bij een vaccin een integraal advies volgt. Op basis van de adviezen van Zorginstituut wordt besloten over vergoeding van vaccinatie voor medische risicogroepen in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Ook de besluitvorming naar aanleiding van advisering kost tijd. Vaak komen grote doelgroepen in aanmerking voor een vaccinatieprogramma (soms ordegrrootte miljoenen) en hiervoor moet budget beschikbaar zijn, voor zowel de inkoop van vaccins als voor de vergoeding van de uitvoering. Dit kan alleen bij voorjaarsnota besloten worden. Daarnaast moet duidelijk zijn welke partij de vaccinaties uit kan voeren én moet er overeenstemming gevonden worden over de randvoorwaarden voor de uitvoering. Omdat er nu niet altijd een standaard uitvoerder is voor vaccinaties boven de 18 jaar, kost dit tijd. Na besluitvorming volgt implementatie van een vaccinatieprogramma. Dan moeten onder andere IT-systemen aangepast worden, moet deskundigheidsbevordering voor professionals ontwikkeld worden en moet er een communicatiecampagne opgezet worden.

Ten slotte is het van belang dat vaccins na registratie, advisering en besluitvorming zo snel mogelijk de weg naar de burger kunnen vinden. Met de vaccinatievoorziening voor volwassenen verwacht ik dat nieuwe vaccins snel via de juiste route aangeboden worden en het is duidelijk voor zorgprofessionals en burgers welke vaccins waar aangeboden worden. Dat kan via een programmatisch vaccinatieaanbod van de overheid zijn, maar ook een vaccinatieaanbod voor medische risicogroepen of via de private markt. Daar waar het gaat om medische risicogroepen is winst te halen in de organisatie van vaccinatie, vergoeding van de vaccins en de kennis hierover bij professionals. Ook voor vaccins op de vrije markt is meer inzet nodig om het aanbod en de mogelijkheden onder de aandacht te brengen. Mijn verwachting is dat als de organisatie van het vaccinatieaanbod beter verloopt, het bereik ook toeneemt én dat vaccins sneller aangeboden kunnen worden.

## **7. Vervolgstappen**

Het voornemen voor een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en is een startpunt. Deze uitwerking gaat momenteel van start en dit najaar zal ook het RIVM beginnen met de uitvoeringstoets. Daarbij vind ik het belangrijk dat de fijnmazigheid van het vaccineren voldoende behouden blijft, zodat er voor burgers goed bereikbare vaccinatieplaatsen zijn. Ook wil ik hierbij kijken naar het bieden van individueel maatwerk en flexibiliteit voor de burger, daar waar dat gevraagd, mogelijk en gewenst is. Hierbij denk ik onder andere aan het bereiken van specifieke doelgroepen, zoals mensen, die niet mobiel zijn, niet de Nederlandse taal spreken of een lage sociaaleconomische status hebben. Uiteraard betrek ik hier graag, via burgerportalen, de inbreng van burgers bij. Ook betrek ik de ambassadeurs van de Vaccinatiealliantie bij de verdere uitwerking. De kennis en ervaring, zowel opgedaan voorafgaand aan de COVID-19 pandemie als tijdens de pandemie, wordt bij deze uitwerking benut. Dit betekent dat de goedlopende onderdelen van het vaccinatiestelsel en bestaande programma's, zoals het RVP, en hun samenhang behouden blijven. Ook de focus en slagkracht van de GGD'en wil ik behouden door daar waar mogelijk gebruik te maken van de structuren en samenwerking met (nieuwe) partijen die de GGD'en tijdens de pandemie hebben opgebouwd. Het LFI zal intensief betrokken worden bij deze ontwikkelingen, nu het kabinet ingestemd heeft met de oprichting van de LFI.

Ik heb naast dit voornemen een flink aantal andere maatregelen genoemd, gericht op het verbeteren en optimaliseren van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen, het RVP en op de registratie van vaccinaties. Met de uitwerking van deze maatregelen verwacht ik binnen de bestaande stelsels een flinke verbetering te maken. Mocht dit in de toekomst toch onvoldoende verbetering opleveren, dan bezie ik of vaccinaties voor medische risicogroepen en/of de vaccinaties voor kinderen ook een plek kunnen krijgen in de vaccinatievoorziening voor volwassenen. Ik zal uw Kamer jaarlijks op de hoogte stellen van de voortgang van de uitwerking van mijn voornemen met betrekking tot de vaccinatievoorziening voor volwassenen en de voortgang op de andere maatregelen.

### **Tot slot**

Graag bedank ik de RVS en het Zorginstituut voor hun nuttige adviezen. De RVS heeft de complexiteit van het huidige vaccinatiestelsel goed in kaart gebracht in een gedegen en goed leesbaar stuk. Het Zorginstituut heeft een overzichtelijk beeld gecreëerd van de knelpunten en oplossingsrichtingen voor medische risicogroepen. Ook ben ik blij met de constructieve bijdragen van de partijen, waarmee we de afgelopen maanden in gesprek zijn geweest.

Ik vertrouw erop dat we met de acties, zoals beschreven in deze beleidsreactie, het vaccinatiestelsel vereenvoudigen en Nederland nog gezonder kunnen maken.

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