

Den Haag, 19 juni 2025

Het RIVM brengt jaarlijks voor de zomer een vaccinatiegraadrapport uit. Met deze brief bied ik u het vaccinatiegraadrapport (verslagjaar 2025) aan.¹ Daarnaast informeer ik uw Kamer minstens twee keer per jaar over de voortgang van de aanpak 'Vol vertrouwen in vaccinaties', de ontwikkelingen binnen het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en andere onderwerpen met betrekking tot het vaccinatiebeleid. Met de brief van 21 februari jl.² bent u hierover het laatst geïnformeerd. Middels deze brief informeer ik uw Kamer wederom over de huidige stand van zaken.

Ik ga achtereenvolgens in op de volgende onderwerpen:

1. Vaccinatiegraadrapport RIVM (verslagjaar 2025);
2. Voortgang aanpak 'Vol vertrouwen in vaccinaties';
3. Ontwikkelingen rondom het vaccinatieaanbod;
4. Werkagenda Gezondheidsraad.

1. Vaccinatiegraadrapport RIVM (verslagjaar 2025)

1.1. Ontwikkeling vaccinatiegraden

Sinds ongeveer tien jaar is een dalende trend zichtbaar in de door het RIVM gerapporteerde vaccinatiegraden van het RVP, met uitzondering van een lichte stijging net voor de coronapandemie. Door de invoering van het *informed consent* voor gegevensuitwisseling tussen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het RIVM, ontvangt het RIVM sinds 1 januari 2022 een deel van de vaccinatiegegevens anoniem. Dat gebeurt als iemand geen toestemming geeft voor het delen van vaccinatiegegevens met persoonsgegevens met het RIVM. Het gemiddeld aandeel anonieme vaccinaties in 2024 was 3%. Dit percentage verschilt per regio en per vaccinsoort. Deze anonieme vaccinaties kunnen niet worden meegeteld in de vaccinatiegraad, omdat informatie die daarvoor nodig is, zoals het geboortjaar, niet bekend is. De *geregistreeerde* vaccinatiegraden zijn daarom lager dan de *werkelijke* vaccinatiegraden. Door deze onderregistratie is er een minder nauwkeurig beeld, zowel landelijk als op gemeente- en wijkniveau, en kan de exacte daling of stijging van

¹ RIVM (2025). Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland. Verslagjaar 2025.

² Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 811.

de vaccinatiegraden niet goed bepaald worden. Het is belangrijk om hier bedacht op te zijn bij het interpreteren van de vaccinatiegraadcijfers.

Het RIVM heeft zo goed mogelijk een inschatting gemaakt van de werkelijke vaccinatiegraden waarbij rekening gehouden is met de anonieme vaccinaties.³ Op basis hiervan lijkt het erop dat de werkelijke vaccinatiegraad bij zuigelingen en kleuters iets is afgenomen ten opzichte van het jaar ervoor. De HPV-vaccinatiegraad laat een duidelijke stijging zien, voor jongens nog meer dan voor meisjes. Ook lijken meer zwangeren zich te laten vaccineren tegen kinkhoest en griep. Voor de overige vaccinaties lijkt de vaccinatiegraad ongeveer hetzelfde te zijn gebleven.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt een vaccinatiegraaddoelstelling van 95% voor BMR-vaccinatie en van 90% voor alle overige vaccinaties. Voor de meeste vaccinaties ligt de geregistreerde vaccinatiegraad op landelijk niveau net onder de grens van 90%. Vanwege het aandeel anonieme vaccinaties, ligt de werkelijke landelijke vaccinatiegraad mogelijk rond of zelfs boven de WHO-doelstelling.⁴ Voor de BMR-vaccinatie is echter duidelijk dat de WHO-norm van 95%, nodig voor de eliminatie van mazelen, zeker niet wordt gehaald. Ook bij HPV-vaccinatie wordt de vaccinatiegraaddoelstelling van de WHO niet gehaald; hieronder ga ik hier nader op in.

Met het wetsvoorstel 'Verzamelwet gegevensverwerking VWS II.b'⁵ dat op 30 september 2024 bij uw Kamer is ingediend, wordt beoogd het aandeel anonieme vaccinaties terug te dringen, zodat de vaccinatiegraden voortaan nauwkeuriger kunnen worden bepaald. Dit stelt de JGZ vervolgens in staat om meer gericht acties in te zetten voor het verhogen van de vaccinatiegraden in de gebieden waar deze het meest achterblijven.

1.2. Opkomstcijfers inhaalcohorten HPV-vaccinatie

In de brief van 20 juni 2024⁶ heeft mijn ambtsvoorganger toegezegd om in de zomer van 2025 een update te geven over de vaccinatiecijfers van de inhaalcohorten die in aanmerking kwamen voor vaccinatie tegen HPV. Graag informeer ik uw Kamer over de uiteindelijke opkomstcijfers van de HPV-inhaalcampagnes.

³ Voor de aannames die hierbij zijn gedaan, zie paragraaf 3.4 in het rapport.

⁴ Er zijn echter grote regionale verschillen in de vaccinatiegraden. In sommige gebieden liggen de vaccinatiegraden ver onder het landelijk gemiddelde. Denk aan gebieden waar veel ouders wonen die hun kinderen om religieuze redenen niet laten vaccineren en de grote steden. Daar is de kans op uitbraken van infectieziekten dan ook groter.

⁵ Kamerstukken II 2024/25, 36 621.

⁶ Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 777.

In 2022 en 2023 liep een inhaalcampagne voor jongeren onder de 18 jaar die nog niet eerder volledig waren gevaccineerd tegen HPV. Het vaccinatiegraadrapport (verslagjaar 2025) rapporteert de vaccinatiegraad voor de volledige HPV-serie, bestaande uit twee prikken, van de cohorten 2005, 2007, 2010 en 2011, die in 2023 in aanmerking kwamen voor de HPV-inhaalcampagne tot 18 jaar. Voor bijna alle geboortecohorten is een geregistreerde vaccinatiegraad van tenminste 50% behaald (meisjes 61%–70%, jongens 37%–60%). Met name bij oudere jongens blijft de vaccinatiegraad nog achter, zoals ook in het eerste jaar van de inhaalcampagne werd gezien. Het is daarbij belangrijk te realiseren dat voor oudere meisjes geldt dat zij meer tijd hebben gehad om de HPV-vaccinatie te halen dan jongens, omdat de meisjes geboren in 2005 en 2007 ook in het jaar dat ze 13 jaar oud werden een uitnodiging kregen. Overigens zijn de verschillen in HPV-vaccinatiegraad tussen jongens en meisjes die in 2023 voor het eerst werden uitgenodigd kleiner dan voor de cohorten die in 2022 werden uitgenodigd.

Daarnaast liep van begin 2023 tot 1 juni 2024 een eenmalige campagne voor nog niet of onvolledig gevaccineerde jongvolwassenen van 19 tot en met 26 jaar oud, om hen de kans te geven zich (alsnog) te vaccineren tegen HPV. Deze inhaalcampagne heeft een goede bijdrage aan de vaccinatiegraad geleverd. Voor mannen geboren tussen 1996 en 2003 is de geregistreerde vaccinatiegraad voor de volledige HPV-serie uitgekomen tussen 16% en 18%. De geregistreerde vaccinatiegraad voor vrouwen geboren tussen 1996 en 2003, die al voor hun 18e verjaardag in Nederland woonachtig waren, komt uit tussen de 63% en 69%. Voor alle vrouwen geboren in die periode ligt de geregistreerde vaccinatiegraad tussen de 55% en 62%. In deze laatste cijfers zijn ook vrouwen meegenomen die na hun 18e jaar naar Nederland zijn gekomen. Als zij niet tijdens de HPV-inhaalcampagne in Nederland gevaccineerd werden, worden zij meegenomen als niet-gevaccineerd. Het kan echter zijn dat zij wel in het buitenland zijn gevaccineerd.

Met voorgaande gegevens zijn alle cijfers van de inhaalcampagnes voor de HPV-vaccinatie bekend. Hoewel de doelstelling van 90% nog niet is gehaald, is er een duidelijke positieve ontwikkeling in de HPV-vaccinatiegraad over de tijd, mede door de HPV-inhaalcampagnes in 2022–2024. Er zijn daarmee veel jongeren en jongvolwassenen alsnog tegen HPV-gerelateerde kanker beschermd. Uit onderzoek blijkt dat in het eerste cohort vrouwen dat in aanmerking kwam voor HPV-vaccinatie de kans op baarmoederhalskanker en voorstadia van baarmoederhalskanker op 30-jarige leeftijd sterk is afgenomen.⁷ Het verhogen van de vaccinatiegraad tegen HPV

⁷ RIVM (4 maart 2025). “HPV-vaccinatie voorkomt de meeste gevallen van baarmoederhalskanker”. <https://www.rivm.nl/nieuws/hpv-vaccinatie-voorkomt-meeste-gevallen-van-baarmoederhalskanker>

blijft een prioriteit en is onderdeel van de aanpak 'Vol vertrouwen in vaccinaties', waar ik verderop in deze brief op terugkom.

1.3. Ontwikkeling infectieziekten waartegen het RVP bescherming biedt

Vanwege de coronamaatregelen was er enige tijd sprake van een afname in het aantal gevallen van infectieziekten waartegen het RVP bescherming biedt. Dit effect lijkt in 2023 te zijn geëindigd. In dat jaar was een toename zichtbaar in het aantal gevallen van onder andere kinkhoest en de bof. Ook is er sinds 2024 een toename van het aantal gevallen van mazelen. In het eerste kwartaal van 2025 is de incidentie van kinkhoest inmiddels sterk afgenomen. Daarentegen is het aantal gevallen van de bof en, met name, mazelen verder toegenomen.

In het begin van 2025 heeft zich een aantal mazelenclusters voorgedaan op islamitische, openbare en antroposofische basisscholen met een lage vaccinatiegraad.⁸ De ziektegevallen doen zich voornamelijk voor onder ongevaccineerde kinderen en reisbewegingen spelen ook een belangrijke rol. Er is geen sprake van een landelijke uitbraak. Ook in Europa en daarbuiten neemt de incidentie van mazelen toe. Import vanuit onder andere Marokko en Roemenië, waar mazelenepidemieën zijn, hebben bijgedragen aan de toegenomen incidentie in Nederland.

De bofuitbraak begon in de tweede helft van 2023. Deze bereikte een piek in juni 2024. Momenteel bevinden we ons in de staart van de uitbraak met een beperkt aantal nieuwe meldingen. De gemelde bofgevallen deden zich voornamelijk voor onder ongevaccineerde kinderen, met name kinderen in de basisschoolleeftijd, gevolgd door kinderen in de middelbare schoolleeftijd. De meeste ziektegevallen werden gemeld in gebieden met een lage vaccinatiegraad (grote steden en de Biblebelt).

2. Voortgang aanpak 'Vol vertrouwen in vaccinaties'

Dat ziekten als mazelen en kinkhoest steeds vaker de kop opsteken, wil ik niet accepteren. Daarmee doen we de voortuitgang die de medische wetenschap heeft geboekt teniet. Daarom zet ik samen met het RIVM en alle betrokken organisaties en professionals volop in op het verhogen van de vaccinatiegraden van het RVP. Dit doen we met de aanpak 'Vol vertrouwen in vaccinaties'. Deze aanpak richt zich op het bewaken en monitoren van het vertrouwen, het verstevigen van de informatievoorziening over vaccinaties en het vergroten van de toegankelijkheid van

⁸ Voor de actuele mazelencijfers, zie: <https://www.rivm.nl/mazelen/actueel>

het RVP. Hieronder informeer ik uw Kamer over de voortgang van de actielijnen binnen de aanpak.

2.1. Thema: Het bewaken en het versterken van het vertrouwen

Voor het optimaliseren van het bereik van het RVP werkt het RIVM volgens de methode *Tailoring Immunization Programmes* (TIP), ontwikkeld door de Europese afdeling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Met behulp van de TIP-methode worden allereerst de doelgroepen met een lage vaccinatiegraad geïdentificeerd aan de hand van epidemiologisch onderzoek (Detervax). Vervolgens worden motiverende en belemmerende factoren voor vaccinatie onder deze doelgroepen in kaart gebracht door middel van sociaal-wetenschappelijk onderzoek (SocioVax). Op basis van de (voorlopige) inzichten uit deze onderzoeken worden *evidence-based* en *practice-based* interventies ontwikkeld of bestaande interventies geëvalueerd.

Voortgang epidemiologisch onderzoek

Voor het verhogen van de vaccinatiegraden is het cruciaal om inzicht te krijgen in lokale omstandigheden en determinanten, zodat interventies gericht ingezet kunnen worden op basis van deze gegevens. Het RIVM heeft hiervoor epidemiologisch onderzoek (Detervax) opgezet, waarbij vaccinatiegegevens worden gecombineerd met CBS-gegevens, om meer inzicht te verkrijgen in de vaccinatiegraden binnen verschillende subgroepen en regio's en de determinanten van vaccinatie. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de BMR- en DKTP- vaccinatiegraad de afgelopen jaren gedaald is, met name onder Nederlandse kinderen met een Marokkaanse of Turkse achtergrond en kinderen uit relatief grote gezinnen (≥ 4 kinderen). Ook werd een duidelijke daling gezien bij kinderen die niet naar de kinderopvang gaan, terwijl bij kinderen die wel naar de kinderopvang gaan de vaccinatiegraad nog relatief hoog ligt ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Tot slot was de BMR- en DKTP-vaccinatiegraad op orthodox-protestantse, islamitische en antroposofische scholen relatief laag, met een sterke afname van de vaccinatiegraad op islamitische scholen bij kinderen geboren in de periode 2013 tot en met 2020.

Voortgang sociaal-wetenschappelijk onderzoek

Binnen het onderzoeksprogramma SocioVax doet het RIVM onderzoek naar factoren die een rol spelen in de keuzes van mensen met betrekking tot vaccinatie, en wat kan helpen om de vaccinatiegraden te verhogen. Daarbij wordt onder meer nauw samengewerkt met de JGZ en de GGD'en, bijvoorbeeld door verdiepende onderzoeken te faciliteren naar de effectiviteit van veelbelovende interventies.

De volgende onderzoeksactiviteiten zijn in de eerste helft van 2025 afgerond en worden binnenkort gedeeld op de SocioVax-webpagina:⁹

- Er is een kennisnotitie geschreven over het vragenlijstonderzoek naar vaccinatiebereidheid voor het RVP dat tweejaarlijks wordt uitgevoerd onder een steekproef van ouders in Nederland. Uit resultaten van de eerste meting van de vragenlijstmonitor blijkt dat verreweg de meeste ouders vaccineren belangrijk vinden voor de bescherming van hun kind, maar dat er verschillen tussen mensen zijn in hoe belangrijk zij vaccinaties vinden, hoeveel zorgen zij zich maken, en hoeveel vertrouwen in de overheid zij hebben als het gaat om vaccineren.
- Er is een literatuuronderzoek uitgevoerd dat zich specifiek richt op doelgroepen met lagere vaccinatiegraden. De resultaten worden toegevoegd als verdieping op eerder literatuuronderzoek naar determinanten¹⁰ en interventies¹¹ in de algemene populatie dat al is gepubliceerd op de SocioVax-webpagina van het RIVM.
- Er is op 14 april een bijeenkomst georganiseerd met onderzoekers uit het veld (o.a. GGD'en, JGZ-organisaties, universiteiten, CAPI-werkplaatsen en TNO) om relevante thema's en prioriteiten te identificeren rondom doelgroepen met lagere vaccinatiegraden. Het doel van deze bijeenkomst was het gezamenlijk opstellen van een breed gedragen onderzoeksagenda. Deze agenda dient als uitgangspunt om dit jaar verdiepend en interventieonderzoek in de regio's te ontwikkelen, samen met GGD'en en JGZ-organisaties, gericht op de thema's met de hoogste prioriteit.

Daarnaast blijft SocioVax zich inzetten om GGD'en en JGZ-organisaties te adviseren, faciliteren en ondersteunen bij het ontwikkelen en uitvoeren van regionale onderzoeken. Een voorbeeld hiervan is de ondersteuning aan GGD Hart voor Brabant bij het ontwikkelen en uitzetten van een vragenlijst voor ouders op priklocaties in de regio tijdens de HPV-prikronde in 2025. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de ervaringen van ouders met betrekking tot de HPV-vaccinatie tijdens inloopdagen en tijdens individuele consulten.

2.2. Thema: Het verstevigen van de informatievoorziening

Aanpak medische mis- en desinformatie

Ik vind het zorgelijk dat er allerlei onjuiste en misleidende informatie rondgaat, niet alleen over vaccinaties, maar ook over andere gezondheidsonderwerpen als anticonceptie, vruchtbaarheid en voeding. Dit is een complex probleem waarvan de

⁹ Zie: <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/sociovox>

¹⁰ Zie: <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/sociovox/onderzoek-samenhang-bereidheid-deelname>

¹¹ Zie: <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/sociovox/onderzoek-interventies-vaccinatiegraad>

precieze impact onduidelijk is en waar geen kant-en-klare oplossing voor is. Om hier grip op te krijgen, heeft het ministerie van BZK eind vorig jaar een onderzoek uitgezet naar risico's en handelingsopties met betrekking tot online desinformatie en volksgezondheid. De resultaten van dit onderzoek, dat werd uitgevoerd door de Nieuwe Utrechtse School, zijn op 15 juni jl. opgeleverd. Graag informeer ik uw Kamer over de opgedane inzichten uit het onderzoek.

De onderzoekers stellen dat medische misinformatie meer is dan een informatieprobleem en veel vaker een symptoom is van sociaal-culturele problematiek, zoals weinig vertrouwen in overheids- en gezondheidsinstanties of onbeantwoorde zorgvragen. Daarom vraagt de aanpak van medische misinformatie niet alleen om factchecks en voorlichtingscampagnes, maar ook om het aanpakken van de sociaal-culturele factoren die de voedingsbodem van misinformatie vormen. Vaak bestaat de voedingsbodem voor een individu of groep uit een combinatie van elementen: mensen hebben vaak meerdere redenen om onjuiste medische informatie te geloven en hiernaar te handelen. Het wegnemen van één reden is dus niet voldoende. In plaats daarvan is het van belang om te kijken naar een breed scala aan maatregelen die aansluiten op de voedingsbodem van specifieke vormen van misinformatie en die verschillen per groep of gemeenschap.

Dergelijke maatregelen zijn lokaal, iteratief en gericht op het creëren van geground vertrouwen: vertrouwen dat gerechtvaardigd en verdiend is door de perspectieven en behoeften van burgers leidend te maken in zorg en beleid. Door in dialoog te gaan en burgers hierbij actief te betrekken, ontstaat er een bodemlaag van vertrouwen. En door te werken aan deze bodem, kan de wildgroei aan misinformatie bij de kern worden aangepakt. Denk aan initiatieven waarbij zorgverleners en patiënten samenwerken aan laagdrempelige voorlichtingsmaterialen, en het toegankelijker maken van gezondheidsinformatie via live-telefoonlijnen en sociale-mediakanalen als *Dokters Vandaag* en *@Jeugdartsen*. Of aan sleutelpersonen in de wijk, die op maat gemaakte informatie kunnen verspreiden en kunnen signaleren welke (zorg)vragen er spelen in gemeenschappen. Daarnaast kunnen ook meer algemene maatregelen bijdragen, zoals transparante overheidscommunicatie of het vergroten van de weerbaarheid tegen onjuiste medische informatie door het bevorderen van algemene gezondheids- en wetenschapsgeletterdheid.

Ik wil de Nieuwe Utrechtse School bedanken voor de uitvoering van het onderzoek. Het volledige rapport, inclusief aanbevelingen, treft u als bijlage bij deze brief. Momenteel bestudeer ik de uitkomsten en bekijk ik hoe deze kunnen worden vertaald naar concrete beleidsinterventies. Hiertoe kom ik na het zomerreces met een plan van aanpak, welke complementair zal zijn aan de Rijksbrede strategie voor de effectieve aanpak van desinformatie die door het ministerie van BZK wordt gecoördineerd.

In het kader van de Rijksbrede strategie wordt daarnaast de website isdatechtzo.nl gefinancierd. Op 8 mei jl. hebben isdatechtzo.nl en artsenfederatie KNMG gezamenlijk de bewustwordingscampagne 'Gecheckt? Wel zo gezond!' gelanceerd. Deze campagne is gericht op het brede publiek en legt aan de hand van laagdrempelige informatie en tips uit hoe misleidende medische informatie tot stand komt en waar mensen op kunnen letten om het te herkennen.

Informatie die aansluit op de behoeften van doelgroepen

Recent zijn er extra communicatieactiviteiten geweest over het RVP, onder meer op sociale media, in het kader van de jaarlijkse *HPV Awareness Day* (4 maart) en de *European Immunisation Week* (week van 28 april). Sinds augustus 2024 staat de Twijfeltelefoon van het Erasmus MC open voor vragen over het RVP. Om mensen hierop te attenderen heeft het RIVM het telefoonnummer van de Twijfeltelefoon (088-7555777) opgenomen in de herinneringsbrieven voor de RVP-vaccinaties en in de RVP-folders. Dagelijks komen er gemiddeld 30 vragen over het RVP binnen bij de Twijfeltelefoon. Daarnaast is de Steffie-animatie over vaccineren, die eind 2024 werd gemaakt, inmiddels vertaald in negen talen.¹² De animatie wordt maandelijks 1.500 keer bekeken.

Vanwege de mazelenuitbraak in Marokko heeft het RIVM in aanloop naar de meivakantie extra aandacht besteed aan voorlichting over mazelen aan reizigers vanuit Nederland naar Marokko. Er is een aparte webpagina gepubliceerd met informatie over mazelen.¹³ Ook zijn diverse communicatiemiddelen ontwikkeld, waaronder een infographic, posters, flyers en een tv-spot. Deze tv-spot wordt in juni op een Marokkaanse televisiezender vertoond. In de communicatie werkt het RIVM samen met GGD'en en de Associatie Marokkaanse Artsen Nederland (AMAN). De middelen zijn gemaakt in samenwerking met een marketingcommunicatiebureau gericht op biculturele Nederlanders. De uitingen zijn van tevoren getest onder de doelgroep.

De partijen die betrokken zijn bij de bestrijding van mazelen verkennen doorlopend hoe zij doelgroepen nog beter kunnen bereiken. GGD'en en JGZ-organisaties in het hele land besteden extra aandacht aan vaccinatie tegen mazelen. Zo informeert GGD Amsterdam ouders die op vakantie gaan naar landen waar mazelen heerst over de bescherming van vaccineren vóór de vakantie, en het alert zijn op klachten ná de vakantie. Dit gebeurt bijvoorbeeld in gesprekken in de spreekkamer, bij voorlichtingen

¹² Zie: <https://vaccinaties.steffie.nl/>

¹³ Zie: <https://www.rivm.nl/mazelen-marokko>

in de wijk en via een campagne met flyers, posters, advertenties op Instagram en via WhatsApp.

De voorlichting door het RIVM wordt vervolgd in de aanloop naar de zomervakantie. Ook heeft het ministerie van Buitenlandse Zaken, in overleg met het RIVM, het reisadvies voor Marokko op 9 mei jl. geactualiseerd, naar aanleiding van de mazelenuitbraak daar.¹⁴

Deskundigheidsbevordering zorgprofessionals

De afgelopen maanden is door het RIVM veel energie gestoken in de ontwikkeling van diverse materialen voor deskundigheidsbevordering voor de implementatie van de respiratoir syncytieel virus (RSV)-immunisatie. Zo is een richtlijn¹⁵ voor de uitvoering geschreven en zijn een e-learning en een PowerPoint over de uitvoering ontwikkeld die gedeeld kunnen worden met de JGZ-organisaties. Verder is een inhoudelijke scholing aangeboden voor een breed scala aan zorgprofessionals over RSV en de immunisatie, is voor huisartsen informatie opgesteld als consulthulp, en zijn op Thuisarts.nl pagina's over RSV aangemaakt.

Ook hebben meerdere online scholingen over het RVP plaatsgevonden voor nieuwe JGZ-professionals. In diverse scholingen en consultatie is veel aandacht voor de RVP-schemawijzigingen. Daarnaast worden alle e-learnings voor professionals geüpdatet, mede op basis van feedback door de professionals zelf. Een jaarlijks bijscholingsmoment voor 300 JGZ-professionals wordt voorbereid met dit jaar speciale aandacht voor gespreksvoering- en vaardigheden.

Vaccinatiealliantie

De Vaccinatiealliantie is een netwerk van professionals, waarin ideeën worden uitgewisseld over het verhogen van de vaccinatiegraad. Afgelopen maart heeft de achtste bijeenkomst van de Vaccinatiealliantie plaatsgevonden. Tijdens de bijeenkomst zijn deelnemers meegenomen in recente studies omtrent dalende vaccinatiegraden en werden praktijkvoorbeelden vanuit de JGZ-organisaties en GGD'en gedeeld.

2.3. Thema: Het vergroten van de toegankelijkheid

¹⁴ Zie: <https://www.nederlandwereldwijd.nl/reisadvies/marokko>

¹⁵ Zie: <https://rijksvaccinatieprogramma.nl/professionals/richtlijnen/uitvoering/addendum-rsv-immunisatie-babys>

Pilot intensivering en uitbreiding wijkgerichte aanpak

We zien dat in een aantal gemeenten een wijkgerichte en fijnmazige aanpak goed werkt voor het verhogen van de vaccinatiegraden. Onder andere in Amsterdam en Den Haag zijn hier goede resultaten mee geboekt. Daarom wil ik de aanpak ‘Vol vertrouwen in vaccinaties’ versterken met een intensivering en uitbreiding van de wijkgerichte aanpak. Bij de stemming over de VWS-begroting in uw Kamer is een amendement van de leden Klaver en Slagt-Tichelman (beiden GroenLinks-PvdA) aangenomen om hier dit jaar extra werk van te maken.¹⁶ Hiervoor is € 7 miljoen beschikbaar in 2025.

In mijn brief van 21 februari jl.¹⁷ heb ik uw Kamer geïnformeerd over het voornemen om met de G4-gemeenten een pilot uit te voeren met behulp van deze middelen. De pilot richt zich op het uitbreiden en intensiveren van de wijkgerichte aanpak en omvat de volgende pijlers:

- Het laagdrempelig aanbieden van vaccinaties in gebieden met lagere vaccinatiegraden, bijvoorbeeld op locaties dichtbij in de wijk in plaats van verder weg in grote (sport)hallen en door het organiseren van inloopsprekuren in de wijk;
- Communicatie en voorlichting, met extra aandacht voor doelgroepen en gebieden waar de vaccinatiegraden lager zijn;
- Samenwerking met netwerkpartners en sleutelfiguren voor het versterken van vertrouwen in vaccinaties;
- Monitoring van de effectiviteit en het landelijk beschikbaar maken van geleerde lessen, zodat alle gebieden met een lage vaccinatiegraad deze kunnen benutten.

Voor de uitvoering van deze pilot ontvangen de G4-gemeenten een bijdrage van in totaal € 5 miljoen, in aanvulling op eigen investeringen van de gemeenten. De verdeling per pilotgemeente is als volgt:

Gemeente	Bijdrage Rijk t.b.v. pilot
Amsterdam	€ 1.500.000
Den Haag	€ 1.536.000
Rotterdam	€ 1.278.000
Utrecht	€ 730.000
Totaal	€ 5.044.000

¹⁶ Kamerstukken 2024/25, 36 600 XVI, nr. 35.

¹⁷ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 811.

Voor de invulling van de overige € 2 miljoen verken ik met betrokken partners, waaronder GGD GHOR Nederland, ActiZ Jeugd, AJN Jeugdartsen Nederland en het RIVM, opties die landelijk kunnen bijdragen aan het fijnmaziger vaccineren. Een optie die momenteel nader wordt uitgewerkt is het ontwikkelen van een toolkit waarin effectieve communicatiemiddelen en -methoden kunnen worden uitgewisseld tussen het RIVM, GGD'en en JGZ-organisaties. Ook wordt gekeken naar mogelijkheden om het uitnodigingsproces te optimaliseren, bijvoorbeeld door het versturen van SMS-herinneringen en het bieden van de mogelijkheid om online een afspraak in te plannen of te verzetten

Om de wijkgerichte aanpak in elke regio te kunnen uitbreiden ben ik mij ervan bewust dat additionele middelen noodzakelijk zijn. Daarom zal ik verkennen hoe een voortzetting van de versterking van de wijkgerichte aanpak en de daarvoor benodigde structurele financiële middelen mogelijk kan worden gemaakt.

Ontsluiting vaccinatiegegevens naar persoonlijke gezondheidsomgevingen

Inmiddels is het voor mensen geboren in of na 1992 mogelijk om de bij het RIVM bekende vaccinatiegegevens van het RVP in te zien via MijnRIVM¹⁸ of een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). In mijn brief van 21 februari jl.¹⁹ heb ik aangegeven dat wordt verkend of en hoe meer vaccinatiegegevens (vanuit de authentieke bron) ontsloten kunnen worden, in aanvulling op het deel van de RVP-gegevens dat al beschikbaar is in de PGO's. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie-Tielen c.s. van 15 februari 2024.²⁰ De verkenning bevindt zich momenteel in een afrondende fase. Op basis van de uitkomsten zal een planning worden gemaakt. Zoals ik tijdens het commissiedebat over oversterfte (d.d. 20 februari jl.) aan het lid Tielen heb toegezegd, zal ik uw Kamer binnen afzienbare tijd over deze planning informeren.²¹

3. Ontwikkelingen rondom het vaccinatieaanbod

3.1. Implementatie RSV-immunisatie voor zuigelingen

Op 6 mei jl.²² hebben de minister van VWS en ik aan uw Kamer medegedeeld dat de RSV-immunisatie voor zuigelingen komend najaar (september 2025) definitief van start zal gaan. Dankzij de inzet van alle betrokken partijen kon de implementatie in een uitzonderlijk korte tijd worden gerealiseerd. Daarvoor ben ik hen zeer erkentelijk, ook gezien de schemawijzigingen in het RVP die al veel inzet vroegen van de JGZ.

¹⁸ Zie: <https://mijn.rivm.nl/>

¹⁹ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 811.

²⁰ Kamerstukken II 2023/24, 25 295, nr. 2163.

²¹ Kenmerk TZ202503-005

²² Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 826.

Alle baby's in Nederland die zijn geboren vanaf 1 april jl. komen in aanmerking voor de RSV-immunisatie en de eerste uitnodigingsbrieven zullen eind augustus verstuurd worden. Er zijn diverse communicatiemiddelen ontwikkeld, zoals een folder, infographic, video en pagina op de website van het RIVM.²³ Ook wordt een voorlichtingscampagne voorbereid die in september van start gaat. Voor nadere toelichting op de beleidskeuzes, verwijs ik naar het Comptabiliteitswet (CW) 3.1-kader in bijlage 1, onderaan deze brief.

3.2. Visie vaccinatiezorg voor 0 tot 100+ jaar

Zoals aangegeven in mijn brief van 21 februari jl.²⁴ onderneem ik, naast de inzet op het verbeteren van de toegankelijkheid van het RVP, ook verschillende acties om de vaccinatiezorg voor volwassenen te verbeteren. Het doel is een toegankelijke en vanzelfsprekende vaccinatiezorg voor iedereen, met een aanbod dat aangepast is aan recente wetenschappelijke adviezen en een uitvoering die doelmatig is ingericht. Een toegankelijke vaccinatiezorg betekent vaccinatiezorg die laagdrempelig, dicht bij huis, herkenbaar en uniform is, maar wel met ruimte voor maatwerk om specifieke groepen te bereiken. Om te bereiken dat vaccinatiezorg vanzelfsprekend is, werk ik aan het verhogen van vertrouwen in het vaccinatieaanbod en betrouwbare informatie die toegankelijk is voor iedereen, zodat mensen een geïnformeerde keuze kunnen maken. Het uitgangspunt blijft dat de keuze voor vaccineren vrijwillig is en het aanbod gebaseerd op wetenschappelijke advisering. Ten slotte zorgt een focus op doelmatigheid ervoor dat de beschikbare middelen efficiënt worden ingezet en veel gezondheidswinst opleveren tegen aanvaardbare kosten.

De komende tijd wil ik samen met betrokken partijen werken aan de concrete invulling van deze visie. Ik bekijk hoe professionals vanuit het veld, bijvoorbeeld uit het netwerk van de Vaccinatiealliantie, hierbij kunnen worden betrokken.

3.3. Vaccinatie tegen gordelroos

Uw Kamer heeft inmiddels kunnen vernemen dat het helaas niet is gelukt om bij de voorjaarsnota van 2025 budgettaire ruimte te vinden voor een vaccinatieprogramma tegen gordelroos. Ik blijf de mogelijkheden hiervoor onderzoeken en ben met het RIVM in gesprek over een update van een eerdere kosteneffectiviteitsanalyse. Zodra zich relevante ontwikkelingen voordoen, zal ik uw Kamer hierover informeren.

²³ Zie: <https://rijksvaccinatieprogramma.nl/vaccinaties/rs-virusprik>

²⁴ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 811.

3.4. Najaarsronde COVID-19-vaccinatie 2026

Op 28 juni 2023 adviseerde de Gezondheidsraad een jaarlijkse (re)vaccinatie in het najaar aan te bieden aan mensen met een verhoogd risico op ziekenhuisopname of sterfte door COVID-19. Zo blijft de immuniteit bij deze mensen op peil en worden zoveel mogelijk ziekenhuisopnames, IC-opnames en sterfgevallen door COVID-19 voorkomen. Op basis van dit advies en het geactualiseerde advies van 27 maart jl. is in respectievelijk 2023, 2024 en 2025 besloten een COVID-19-vaccinatieronde te organiseren. Naar aanleiding van deze adviezen heb ik besloten ook in het najaar van 2026 een COVID-19-vaccinatieronde te organiseren met de, op dat moment, meest recente vaccins. De Gezondheidsraad zal naar verwachting eind maart 2026 opnieuw een uitspraak doen of er voor 2026 aanpassingen nodig zijn aan het programma. Op dit moment omvat de doelgroep voor de najaarsronde:

- ☐ Mensen van 60 jaar en ouder;
- ☐ Volwassenen en kinderen uit medische hoogrisicogroepen (bijvoorbeeld mensen met een ernstige afweerstoornis en bewoners van instellingen met langdurige zorg);
- ☐ Volwassenen van 50 jaar en ouder uit medische risicogroepen die jaarlijks een uitnodiging krijgen voor de grieprik;
- ☐ Zorgmedewerkers die direct contact hebben met kwetsbare patiënten.

De Gezondheidsraad geeft verder aan dat er altijd individuele situaties kunnen bestaan waarin besloten kan worden om een vaccinatie aan te bieden aan personen buiten de gespecificeerde doelgroepen.

Voor 2025 en 2026 zijn middelen beschikbaar voor het vaccinatieprogramma tegen COVID-19. Na 2026 zijn geen middelen meer beschikbaar. In aanloop naar de voorjaarsnota 2026 zal worden verkend of het COVID-19-vaccinatieprogramma in 2027 en verder voortgezet moet worden en of de hiervoor benodigde financiële middelen gevonden kunnen worden. Voor nadere toelichting op de beleidskeuzes, verwijs ik naar het CW 3.1-kader in bijlage 2, onderaan deze brief.

4. Werkagenda Gezondheidsraad

De werkagenda van de vaste commissie Vaccinaties van de Gezondheidsraad geeft inzicht in de vaccinatieonderwerpen waarvoor zij advies zal uitbrengen. De agenda wordt minstens drie keer per jaar geëvalueerd en aangepast op basis van prioriteringsoverleggen tussen de Gezondheidsraad, het RIVM, Zorginstituut Nederland en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Daarbij wordt onder meer gekeken naar de introductie van nieuwe vaccins en de actuele epidemiologische situatie. In het prioriteringsoverleg van afgelopen maart is vastgesteld dat de

werkagenda zoals gedeeld in mijn voorgaande Kamerbrief²⁵ geen aanpassingen behoeft. Begin juli is het volgende prioriteringsoverleg.

Tot slot

Dat infectieziekten zoals mazelen en kinkhoest steeds vaker de kop opsteken wil ik niet accepteren. Het baart mij zorgen dat de vaccinatiegraden bij zuigelingen en kleuters weer lijkt te zijn afgenomen, nadat deze in verslagjaar 2024 leken te zijn gestabiliseerd. Daarom blijf ik mij, samen met betrokken partners, onverminderd inzetten voor het verhogen van de vaccinatiegraden van het RVP. Zoals gebruikelijk zal ik uw Kamer uiterlijk begin 2026 opnieuw informeren over de voortgang van de aanpak 'Vol vertrouwen in vaccinaties' en andere ontwikkelingen rondom het vaccinatiebeleid.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V.P.G. Karremans

²⁵ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 811.

Bijlage 1 – CW 3.1-kader RSV-immunisatie

Beleidskeuzes uitgelegd	
Onderbouwing doeltreffendheid, doelmatigheid en evaluatie (CW 3.1)	
Doel(en)	Het doel is het voorkomen van ernstige ziekte en ziekenhuisopnames van kinderen in hun eerste levensjaar als gevolg van een infectie met het RS-virus.
Beleidsinstrument(en)	Opname van immunisatie tegen RSV in het Rijksvaccinatieprogramma voor kinderen die geboren worden in het RSV-seizoen, en voor zuigelingen die hun eerste RSV-seizoen ingaan (catch-up).
Financiële gevolgen voor het Rijk	Middels de voorjaarsnota 2025 zijn extra financiële middelen voor RSV-immunisatie toegekend. In 2025 is er nu € 48,3 miljoen beschikbaar, in 2026 € 52,1 miljoen, 2027 € 51,3 miljoen, 2028 € 50,5 miljoen, 2029 € 49,9 miljoen en 2030 € 49,6 miljoen. Vanaf 2031 € 47,5 miljoen structureel. De totale besparing op zorgkosten wordt geschat op circa € 16 miljoen jaarlijks.
Financiële gevolgen voor maatschappelijke sectoren	N.v.t.
Nagestreefde doeltreffendheid	Een seizoensgebonden aanbod van RSV-immunisatie, inclusief catch-up voor zuigelingen die hun eerste RSV-seizoen ingaan, levert de meeste gezondheidswinst op. Hiermee zou 55% van de ziekenhuisopnames (circa 1.980) en de helft van het aantal huisartsbezoeken door RSV (circa 13.000) voorkomen kunnen worden.
Nagestreefde doelmatigheid	Een seizoensgebonden aanbod van RSV-immunisatie is kosteneffectiever dan een programma waarbij het hele jaar passieve immunisatie wordt aangeboden.
Evaluatieparagraaf	Monitoring en evaluatie van het Rijksvaccinatieprogramma wordt uitgevoerd door het RIVM.

Bijlage 2 – CW 3.1-kader COVID-19-vaccinatie

Beleidskeuzes uitgelegd	
Onderbouwing doeltreffendheid, doelmatigheid en evaluatie (CW 3.1)	
Doel(en)	Het doel is het voorkomen van ziekenhuisopnames, IC-opnames en sterfte door COVID-19.
Beleidsinstrument(en)	Het aanbieden van een jaarlijkse (re)vaccinatie tegen COVID-19 aan medische risicogroepen en aan zorgmedewerkers die in contact komen met kwetsbare patiënten.
Financiële gevolgen voor het Rijk	In 2026 zijn er middelen beschikbaar voor de uitvoering van COVID-19-vaccinaties: € 187 miljoen in totaal voor de GGD'en, het RIVM, GGD GHOR Nederland en voor de aanschaf van vaccins. De beschikbare middelen zijn grotendeels bestemd voor de uitvoering van een najaarsronde in 2026. Daarnaast is een klein gedeelte bestemd voor de uitvoering van het vaccineren buiten de najaarsronde, gedurende de rest van het jaar. Na 2026 zijn voor COVID-19-vaccinaties geen middelen meer beschikbaar. In aanloop naar de voorjaarsnota 2026 zal worden verkend of het COVID-19-vaccinatieprogramma in 2027 en verder voortgezet moet worden en of de hiervoor benodigde financiële middelen gevonden kunnen worden.
Financiële gevolgen voor maatschappelijke sectoren	N.v.t.
Nagestreefde doeltreffendheid	(Re)vaccinatie tegen COVID-19 biedt goede bescherming tegen ernstige ziekte en sterfte. Tijdens de najaarsronde in 2024 zijn ruim 2,5 miljoen vaccinaties gezet en heeft 46,6% van de 60-plussers een coronaprik gehaald. De priklocaties waren beter verspreid en er waren meer locaties beschikbaar, waardoor mensen de coronaprik dichterbij huis konden halen. Tijdens de najaarsronde 2025 zal diezelfde locatiestrategie herhaald worden en op basis van monitoring en (eventuele) geleerde lessen van de najaarsronde 2025 zal gekeken worden naar de precieze invulling van de najaarsronde 2026.
Nagestreefde doelmatigheid	De afgelopen jaren is er op verschillende manieren gewerkt aan het doelmatiger aanbieden van de vaccinatie tegen COVID-19. Zo wordt gebruikgemaakt van kleinschalige, vaak goedkopere

locaties en wordt de doelgroep in het najaar gevaccineerd (dan is de ziektelast het hoogste), waardoor de basiscapaciteit in de rest van het jaar laag kan blijven. Met uitvoerende partijen wordt gesproken over de uitvoering en we zien dat de kosten van alle partijen dalen ten opzichte van het vorige jaar. Uit het kostprijsonderzoek (2025) is een P×Q prijs gekomen per COVID-vaccinatie. Daarnaast wil het ministerie van VWS verkennen of vaccinatieprogramma's voor volwassenen nog (kosten)effectiever kunnen worden uitgevoerd, bijvoorbeeld door de uitvoering van de griep- en COVID-19-vaccinatie te combineren. Naast kostenefficiëntie is ook de toegankelijkheid van de griep- en COVID-19-vaccinaties een belangrijk aspect binnen deze verkenning.

Evaluatieparagraaf

Monitoring en evaluatie van het COVID-19-vaccinatieprogramma wordt uitgevoerd door het RIVM.
