

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en
Infectieziekten

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Datum
25 mei 2021

Aantal pagina's
4

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

agenda

Betreft	Verkenning RVS over het vaccinatiestelsel
Vergaderdatum en -tijd	2 juli 2021
Vergaderplaats	webex
Aanwezig	5.1.2e, 5.1.2e (NVIB), 5.1.2e 5.1.2e (GGD GHOR NL – infectieziekten)

Hoofdpijnen:

- Zijn voorstander van één groot vaccinatiestelsel, het hele pakket onder één noemer, om niet verzeild te raken in verschillende stelsels en financieringsstromen.
- Positief over het idee van een vaccinatiecentrum van wieg tot graf, onder regie van de GGD, met connecties naar andere ketenpartners.
- Één duidelijk loket voor burger om het toegankelijk en duidelijk te maken. Dit zou de GGD kunnen zijn, hoeven niet alles te doen maar wel centrale spil.
 - o Bij werknemers vaccinaties zou de GGD op verzoek ook een rol kunnen spelen op commerciële basis, is een denkbaar model.
 - o Volwassenvaccinaties: zou de GGD ook kunnen organiseren. Bij de grieprik zou je wel rekening moeten houden met piekmoment.
 - o Oudere doelgroep: uitvoerder moet afhankelijk zijn van laagdrempeligheid. Belang dat het voor deze groep dichtbij de burger kan.
- Drie elementen: indicatiestelling, goede voorlichting en het zetten van de prik. Deze drie onderdelen hoeven niet allemaal bij dezelfde uitvoerder, maar wel goed om de uitvoering bij één centrale partij te kunnen bundelen.
- Bij voorlichting is het belangrijk om zorgprofessionals wel op enige manier in te zetten, i.v.m. het wantrouwen naar de overheid, inclusief GGD.
- Door het huidige financieringssysteem is er verschil tussen gemeenten in de uitvoering van het RVP, wat leidt tot rechtsongelijkheid voor de burgers. Met centralisatie zou je uniformiteit kunnen bieden. Organisatie bij de GGD laten, maar middelen en financiering standaardiseren.

Notulen:

Goede eerste verkenning, relevante knelpunten, complexiteit, financiering of publiek of individueel terwijl het een glijdende schaal is.

Oplossingen moeten verder worden ingevuld.

Covid: veel verschillende spelers, niet altijd succes.

Goed dat ze zeggen scheiding indicatiestelling en prik. Indicatiestelling door huisarts en uitvoering.

Groot RVP, over groot vaccinatiestelsel (RVS), heel pakket onder één noemer. Zodat we niet verzeild raken in verschillende stelsels en financieringsstromen.

Één duidelijk loket voor burger, met alle informatie over vaccinaties.

Zou GGD kunnen zijn. Zou niet alles hoeven doen maar wel als centrale spil.

Vaccinatiecentra onder regie van de GGD, met connecties met andere ketenpartner organisaties. Om het voor de burger toegankelijk en duidelijker te maken.

Probleem nu is dat betaling gaat op basis van de prik, zijn nu tussenvormen om gesprek/consult vorm te kunnen geven.

Niet een basaal iets, maar ook maatwerk kunnen leveren (bijv in moeilijke wijken)

JGZ is ook nog relatief gescheiden.

Vaccinatiecentrum van "baarmoeder" tot graf.

Op reizigerspoli's komen soms ook vragen over bijv menACWY. Dat zou je wel in het vaccinatiecentrum kunnen geven.

Infectieziekte deel er omheen gebeurt nu niet. Onder regie van, waar we met alle vragen terecht kunt.

Geïndiceerde vaccinatie: GGDen kunnen niet via zvw geld krijgen. Kunnen wel hep B nu vaccineren. Geen financiële mogelijkheid op dit moment, GGD zou het wel kunnen doen.

Tot nu toe problematisch omdat het niet geregeld kon worden. Hep B laat zien dat het wel kan. En rabies?

Bedenk: wat is voor de mensen zelf het handigst? In veel gevallen via de medisch specialist. Maar extra moment dat je ook naar de GGD kan.

Complexiteit per patiënt.

Kracht van GGD, dat je de tijd kan nemen, en de kennis is er ook.

GGD wordt niet genoemd als stakeholder in uitvoeringstoets ZIN.

Kennis wordt als gemiddeld gezien, en huisarts/specialist als veel.

Arts infectieziekten, als je dat krijgt, kan je die ook goed inzetten. LCI richtlijnen, duidelijke overlegstructuur. Nauwe overlegstructuren. Kennis en data is waardevol om de maatschappij gezondheid te bieden.

Daarmee kun je ook maatwerk in de regio geven.

Bij covid zie je dat als werknemers niet gevaccineerd zijn dat directe consequenties heeft. Als je wel data hebt, dan

In België nationaal registratiesysteem.

Waarom registratie probleem specifiek bij vaccinatie een probleem is: bij vaccinatie gaat het ook over een groot publiek belang en niet alleen individueel belang.

Dat je vaccinaties onderdeel maakt van infectieziektebestrijding in de WPG. Daar staat in dat je als arts infectieziekten van iedereen de data mag weten (zelfs individueel) van de infectieziekten die in de WPG genoemd zijn. Dat mag omdat het een publiek belang dient.

Het publieke belang van vaccinaties (of een deel daarvan) is zodanig, dat je het daaronder kan brengen. Waardoor je met recht die gegevens mag gebruiken ook in het kader van het publieke belang. Nu is het op basis van individuele zorgdata.

Voorlichting RVP bij gemeente, en als gemeente betaald (= rechtsongelijkheid voor de burgers). Voorlichting afhankelijk van gemeente. Meer centralisatie kan je meer uniformiteit bieden.

Organisatie nog steeds door GGD,

Maar middelen en financiering standaardiseren (centraal).

Je krijgt vaak betaald per gezette prik. Terwijl je in de regio's waar je minder vaccineert juist extra geld moet inzetten ook op het gesprek. Dat werkt niet stimulerend.

Werknemers: zou GGD ook een rol in kunnen spelen?
bedrijfsartsen hebben vaak niet de kennis / weten niet wat er moet gebeuren. Vinden het ingewikkeld, en voor die enkeling moeten ze veel uitzoeken, doen het weinig.

Bij de niet- zorg instanties wordt het een dilemma.

Griepvaccinatie hebben ze ook moeite mee. Ook omdat griepvaccinatie niet hele goed aangeschreven staat.

Aanvullende commerciële taak als vangnet?
wordt ook wel eens gedaan dat reizigers, beroepsvaccinaties doen.

Ziekenhuizen vaak prima geregeld.

GGD zou rol kunnen spelen op verzoek op commerciële basis, is een model die kan. Iets globaler, voorliggende keuzes en positionering beroepsgroep.

Ouderen vaccinaties:
onderscheid maken tussen verschillende vaccinaties, programmatisch (pneu, zoster). Bij influenza piekmoment, daar speelt toegankelijkheid een rol. Net andere aspecten. Systematisch is makkelijker. Je kan hybride vormen zoeken (met huisarts), maar GGD zou het wel kunnen.

GGD grotere structurele taak, niet zomaar geregeld? Verschillende keren laten zien (men 2006), dat acuut kan, zou je wel programmatische moeten inregelen, organisatie met continue flow. Organisatorisch kan het geregeld.

Bij JGZ doen we heel veel griepvaccinatie. Als kinderen er naartoe komen kunnen ouderen er ook naartoe.

Moet je rekening houden met piekmoment, maar GGDen kunne het prima organiseren.

Oudere doelgroep: uitvoerder moet afhankelijk zijn van laagdrempeligheid. Belang dat het dichtbij de burger kan. En daar die glijdende schaal in hebben.

One size fits all past niet meer. Welke organisatie kan daar het beste mee omgaan. Kan GGD. Dan kom je meer tegemoet aan wat de burger nodig heeft. Huisarts/specialist minder tijd voor op maat.

Drie elementen:

- Indicatie stelling
- Goede voorlichting: deze beleg je niet makkelijk bij huisarts/specialist
- Prik

Hoeft niet allemaal bij dezelfde uitvoerder. Hebben we ook bij covid gezien. Maar wel goed om de uitvoering bij één centrale partijen te kunnen bundelen.

Nu ervaart burger vaak kastje naar de muur. Één loket helpt.

Voorlichting: wantrouwen overheid, GGD is ook overheid.

Belangrijk om professionals (alle artsen), wel op enige manier in te zetten.

Hoe kunnen we de voorlichting goed regelen (vanuit bijv. huisarts, zonder overheidsstempel, dat ze daar de informatie halen).

Zorg ambassadeurs → punt voor vaccinatiealliantie.

GGD als uitvoeringsorganisatie?

Kan het niet hybride. Doen ook uitvoering op gebied van SOA. Geen moeite mee. Diversiteit bij GGDen (mn in financiering).

Van belang hoe word dan bepaald wat uitgevoerd moet worden. Kennis moet binnen RIVM e GGD blijven. RIVM heeft meer landelijke kennis,

Bij GGD zit in haarvaten van de gemeente. Die regionale kennis is heel belangrijk. Inhoud vanuit IRVM GGD moet niet alleen vanuit centraal. Je moet wisselwerking behouden.

Apothekers, rol als toezichthouder,

GGD laten zien dat ze het ook kunnen.

Rol koude keten (incidenteel)

Meerwaarde als apothekers zelf gaan prikken? Alleen incidenteel.

Binnen KAMPG (farmaceuten): andere belangen. Veel kennis over vaccins en productie van vaccins. Niet verkeerd op ideeën op te halen. NVFG.

Welke public health doctors zouden we kunnen bevragen?