Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Kenmerk
4535939-1105145-IZB

Bijlage(n)
1

Datum 12 oktober 2026
Betreft Inzet op het infectieziektebeleid

Geachte voorzitter,

Met de coronapandemie vers in het geheugen is duidelijk dat uitbraken van infectieziekten kunnen uitgroeien tot crises met grote, maatschappijbrede impact. Recenter kregen we te maken met een sterke toename van mazelenbesmettingen in Nederland en internationale uitbraken van mpox, de andesvariant van het hantavirus, en de Bundibugyo-variant van het ebolavirus. Het is niet de vraag of, maar wanneer een volgende uitbraak van een infectieziekte met pandemisch potentieel zich aandient.

Infectieziekten vormen in toenemende mate een bedreiging voor de Nederlandse volksgezondheid, zo blijkt uit de risicoscan van het RIVM van 30 juni jl.[1] en zo wordt ook benadrukt in de Nationale Veiligheidsstrategie en de Rijksbrede risicoanalyse van de NCTV.[2] Ziekteverwekkers (pathogenen zoals bacteriën, virussen en parasieten) en hun vectoren (zoals muggen en teken) komen vaker voor en verspreiden zich gemakkelijker, onder andere door toenemend mondiaal verkeer van mensen en goederen, klimaat- en omgevingsveranderingen, en het intensieve contact tussen mens en dier. Pathogenen passen zich voortdurend aan, wat de kans op het ontstaan van nieuwe en moeilijk te beheersen varianten van infectieziekten verder vergroot. Bovendien worden micro-organismen steeds ongevoeliger voor antimicrobiële middelen, zoals antibiotica.

Om nu en in de toekomst infectieziekten het hoofd te kunnen bieden is het van belang dat we in Nederland stevig infectieziektebeleid hebben om de ziektelast en maatschappelijke gevolgen van infectieziekten te voorkomen en verminderen. Daarbij focust het kabinet zich de komende jaren op twee doelen. Allereerst is van belang dat in de infectieziektebestrijdingsketen de basis op orde is en dat deze slagvaardig, wendbaar en opschaalbaar is. Hiervoor zijn versterkingen nodig, waarvoor in het afgelopen voorjaar ook structureel middelen beschikbaar zijn gesteld.[3] Ten tweede is de komende jaren stevige internationale, interdepartementale en multidisciplinaire samenwerking nodig, omdat de uitdagingen waar we voor staan zich niet aan landsgrenzen of grenzen van beleidsdomeinen houden.

[1] Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 32 793, nr. 912.
[2] NCTV, Veiligheidsstrategie voor het Koninkrijk der Nederlanden, 2023.
[3] Kamerstukken II 2025/26, 25 295, nr. 2265.

We beginnen niet bij nul. Infectieziekten zijn van alle tijden en de afgelopen periode hebben we al veel lessen van de coronapandemie geleerd, onder meer uit de evaluatierapporten van bijvoorbeeld de Onderzoeksraad voor de Veiligheid (OVV), en in de praktijk gebracht.[4] Nieuw is dat het kabinet met deze brief voor het eerst de inzet voor het infectieziektebeleid in samenhang bij elkaar brengt. In deze brief wordt toegelicht hoe het versterken van de infectieziektebestrijdingsketen en de grensoverschrijdende samenwerking in de komende jaren concreet vorm krijgt. Ook verankeren we het leren en evalueren in ons beleid. Daarbij kijkt het kabinet ook in het bijzonder uit naar de bevindingen van de parlementaire enquêtecommissie corona en welke aanvullende lessen deze met zich meebrengen.

Voorliggende brief geeft een integraal beeld van de inzet van het kabinet op hoofdlijnen en geeft dus geen uitputtend overzicht van alle activiteiten voor het infectieziektebeleid. Over enkele trajecten wordt de Kamer separaat geïnformeerd; in die gevallen wordt verwezen naar de voortgangsbrieven over die trajecten. Met deze brief voldoet het kabinet aan de toezegging de Kamer te informeren over het infectieziektebeleid voor de komende jaren.[5] Ook gaat het kabinet in op de motie-Bikker c.s., waarmee is verzocht de pandemische paraatheid periodiek onafhankelijk te laten toetsen.[6] En samen met de brief over de inzet ten aanzien van postacute infectieuze syndromen (PAIS), die de Kamer voor de VWS-begrotingsbehandeling heeft ontvangen, geeft het kabinet invulling aan de motie-Kostić die verzoekt om een samenhangend plan over preventie en voorlichting rond infectieziektes en postinfectieuze aandoeningen (PAIS).[7]

Infectieziektebestrijdingsketen: slagvaardig, wendbaar en opschaalbaar

Om weerbaar te zijn tegen gezondheidsdreigingen, en kleine en grote uitbraken te kunnen voorkomen of daar adequaat op te reageren, is het van belang dat de Nederlandse infectieziektebestrijdingsketen op orde is. Binnen een keten van infectieziektebestrijding moeten vier onderdelen op orde zijn: preventie, detectie, respons en nazorg. Deze onderdelen sluiten aan bij de internationale uitgangspunten voor infectieziektebestrijding, waaronder de Internationale gezondheidsregeling (IGR), en beschrijven de onderdelen die nodig zijn om infectieziekten effectief te voorkomen en te beheersen:

1. *Preventie* is gericht op het voorkomen van infectieziekten en uitbraken;
2. Met *detectie* via monitoring en surveillance wordt gezorgd voor tijdige opsporing van infectieziekten;
3. Met een goed voorbereide en slagvaardige *respons* kunnen uitbraken snel worden bestreden en de gevolgen worden beperkt;
4. *Nazorg* richt zich op het opvangen van de maatschappelijke en individuele gevolgen van een uitbraak, waaronder de zorg voor mensen met langdurige gezondheidsklachten na een infectie.

[4] Kamerstukken II, 2023/24, 25 295, nr. 2173.
[5] Kamerstukken II 2025/26, 25 295, nr. 2265.
[6] Kamerstukken II 2025/26, nr. 36 915-XVI-32.
[7] Kamerstukken II 2025/26, nr. 36800 XVI, nr. 135.

In Nederland is de infectieziektebestrijding primair decentraal belegd.[8] Infectieziektebestrijding is in de eerste plaats een zaak van professionals: de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), het RIVM en zorgverleners als de (huis)artsen. Als sprake is van een infectieziekte met grote risico's voor de publieke gezondheid kunnen binnen de kaders van de Wet publieke gezondheid (Wpg) bestuurlijke maatregelen genomen worden. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt in eerste instantie bij de dichtstbijzijnde bestuurslaag: de burgemeester. Bij een (dreigende) epidemie van een infectieziekte uit groep A1 of A2 heeft de minister van VWS op grond van de Wpg de leiding over de bestrijding en vanuit die rol onder meer de mogelijkheid de voorzitters van de veiligheidsregio's aanwijzingen te geven over de bestrijding.

De minister van VWS is ervoor verantwoordelijk dat de infectieziektebestrijdingsketen op alle vier de onderdelen goed functioneert en dat de ketenpartners (VWS, RIVM en de GGD'en) in staat zijn hun taken binnen de keten zo goed mogelijk uit te voeren. Een belangrijke les uit de coronapandemie is dat de keten slagvaardig, wendbaar en opschaalbaar moet zijn. In de meeste gevallen vindt de bestrijding van infectieziekten op lokaal of regionaal niveau plaats, maar bij een (dreigende) infectieziekte met pandemisch potentieel moet snel opgeschaald kunnen worden naar landelijk niveau. Daarvoor is een solide basis nodig, goede samenwerking tussen de verschillende spelers in de keten, een zekere mate van uniformering in de taakuitoefening en mogelijkheden voor de minister van VWS om te kunnen sturen.

De versterkingen die we de komende jaren inzetten in de keten dragen bij aan verbeterde preventie, detectie, respons en nazorg. Voor preventie is vaccinatiezorg een belangrijk onderdeel en in dat kader zetten we onder meer in op een toekomstbestendige inrichting van de vaccinatiezorg voor volwassenen. Voor detectie versterken we de monitoring en surveillance van infectieziekten. Door versterkingen van de monitoring en van surveillance-instrumenten kunnen infectieziekten sneller worden opgespoord, de ernst en omvang beter worden vastgesteld en de verspreiding effectiever worden beperkt. Voor respons versterken we de GGD'en en het RIVM, organiseren we landelijke regie en opschaling tijdens een pandemie via de Landelijke Functie opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) en verbeteren we de informatievoorziening en gegevensuitwisseling binnen de infectieziektebestrijdingsketen. Daarmee zorgen we ervoor dat bij een (dreigende) uitbraak sneller en effectiever kan worden gehandeld. Voor nazorg zetten we in op betere herkenning, erkenning en passende zorg en ondersteuning voor mensen met een post-acuut infectieus syndroom (PAIS), onder meer door kennisontwikkeling en de structurele inbedding van deze kennis in het reguliere zorg- en welzijnsdomein. De inzet voor de infectieziektebestrijdingsketen voor de komende jaren wordt hieronder nader geconcretiseerd.

Vaccinatiezorg

Om de gezondheid van alle Nederlanders te beschermen, is het belangrijk een hoge vaccinatiegraad te bereiken en vast te houden. In samenwerking met het RIVM en alle betrokken organisaties en professionals wordt ingezet op het

[8] Zie voor een uitgebreidere toelichting op dit stelsel bijvoorbeeld het Landelijk Crisisplan Infectieziekten, Kamerstukken II, 2025-26, 25 295, nr. 2283.

verhogen van de vaccinatiegraden van het Rijksvaccinatieprogramma. Dit gebeurt met de aanpak 'Vol vertrouwen in vaccinaties', die zich richt op het bewaken van vertrouwen, het versterken van de informatievoorziening en het vergroten van de toegankelijkheid. Over de voortgang is de Kamer op 30 juni jl.[9] het meest recent geïnformeerd. Hoewel bij adolescenten een bemoedigende ontwikkeling zichtbaar lijkt, is een verdere daling van de vaccinatiegraden onder zuigelingen en kleuters verontrustend. Dankzij een amendement van de leden Klaver en Vliegenthart (PRO)[10] op de VWS-begroting zijn dit jaar middelen beschikbaar voor de voortzetting van de pilot wijkgerichte aanpak in de G4 en een eerste uitbreiding naar zes andere gemeenten waar, na de G4, de urgentie het hoogst is. Het kabinet is voornemens hieraan een extra impuls te geven door structureel te investeren in de uitbreiding van de wijkgerichte en fijnmazige aanpak vanaf 2027.

Daarnaast zet het kabinet de komende jaren in op betere vaccinatiezorg voor volwassenen.[11] De huidige inrichting van de vaccinatiezorg voor volwassenen in het kader van de publieke gezondheid is versnipperd en onvoldoende toekomstbestendig.[12] Zo halen volwassenen griep- en pneumokokkenvaccinaties bij de huisarts en COVID-19-vaccinaties bij de GGD. Hierdoor is onduidelijkheid bij burgers. De ambitie van het kabinet is de vaccinatiezorg voor volwassenen eenvoudiger en toekomstbestendig in te richten met één samenhangende uitvoeringsstructuur, waarin burgers eenvoudig weten waar zij terecht kunnen voor vaccinaties, informatie en advies. In dit stelsel vervullen de GGD'en de rol van gecommitteerde uitvoerder. De GGD'en kunnen daarbij samenwerken met andere partijen, zoals huisartsen, zorginstellingen en apothekers. Er is dan sprake van eenduidige financiering en de toekomstige uitvoeringsstructuur maakt het mogelijk om, nadat is besloten een nieuwe vaccinatie voor volwassenen programmatisch aan te bieden, deze eenvoudiger in de uitvoering op te nemen. Ook kan dan bij een pandemie sneller worden opgeschaald.

Om voorgaande verbeteringen efficiënt en doelmatig vorm te geven, wordt zoveel mogelijk aangesloten bij huidige structuren. In het bijzonder wordt waar mogelijk aangesloten bij structuren van de COVID-19-vaccinatiecampagnes, omdat deze al zijn ingericht voor het aanbieden van vaccinaties aan volwassenen door de GGD'en. Zo wordt momenteel verkend hoe de nieuw aan te bieden gordelroosvaccinatie via deze, of soortgelijke, weg kan worden aangeboden. Een belangrijke kanttekening daarbij is dat op dit moment geen middelen beschikbaar zijn voor COVID-19-vaccinatie na 2027. Voor vaccinatie tegen griep, pneumokokken en gordelroos is wel structureel budget beschikbaar. Financiële besluitvorming over het beschikbaar stellen van middelen voor vaccinatie tegen COVID-19 – vanaf 2028 – zal moeten plaatsvinden in de voorjaarsbesluitvorming 2027.

In het kader van vaccinatiezorg wordt hieronder meer specifiek ingegaan op de nieuwe werkagenda van de vaste commissie Vaccinaties van de Gezondheidsraad en de verlenging van het mpox-vaccinatieprogramma.

[9] Kamerstukken II 2025/26, 32 793, nr. 911.
[10] Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 88.
[11] Kamerstukken II 2025/26, 32 793, nr. 888.
[12] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) 'Het vaccinatiestelsel nader verkend' (2021)

Werkagenda Gezondheidsraad commissie Vaccinaties

De werkagenda van de vaste commissie Vaccinaties van de Gezondheidsraad biedt inzicht in de vaccinatieonderwerpen waarover advies zal worden uitgebracht. Deze agenda wordt minimaal drie keer per jaar geëvalueerd en herzien op basis van prioriteringsoverleggen tussen de Gezondheidsraad, het RIVM, Zorginstituut Nederland en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Hierbij wordt onder andere rekening gehouden met nieuwe vaccins die op de markt komen en de epidemiologische situatie. Op basis van het prioriteringsoverleg van afgelopen juli stelt de Gezondheidsraad een nieuwe werkagenda voor. De meest actuele werkagenda, gebaseerd op de uitkomsten van het meest recente prioriteringsoverleg, is als bijlage bij deze brief gevoegd.[13]

Op de werkagenda voor publicatie in 2026 staat nog het advies over een gecombineerde hepatitis A- en B-vaccinatie voor mannen die seks hebben met mannen. De adviezen over COVID-19-vaccinatie, vaccinatie tegen dengue in het Caribisch deel van het Koninkrijk der Nederlanden, een andere RSV-immunisatie (clesrovimab) en vaccinatie tegen meningokokken B zijn eerder dit jaar gepubliceerd en met de Kamer gedeeld. Voor 2027 zijn adviezen voorzien over pneumokokkenvaccinatie voor ouderen, kinkhoestvaccinatie voor zwangeren en COVID-19-vaccinatie.

Verlenging mpox-vaccinatieprogramma

In de Voorjaarsnota 2026 zijn aanvullende afspraken gemaakt binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Binnen B4 Medische Preventie is het mpox-vaccinatieprogramma als een van de maatregelen opgenomen. Deze AZWA B4 middelen zijn beschikbaar in 2027 en 2028, hiermee wordt het mpox-vaccinatieprogramma verlengd tot en met 31 december 2028. Ook is budget gereserveerd om onderzoek te doen naar de effecten van de maatregel conform de richtlijn passend bewijs voor preventie.

Versterkte GGD'en en RIVM

Na de coronapandemie bleek dat we steviger moeten investeren in de infectieziektebestrijdingsketen om de basis van preventie, detectie, respons en nazorg op orde te krijgen. In het bijzonder is de afgelopen jaren ingezet op het versterken van de GGD'en en het RIVM, met name door versterkingen bij het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) en de LFI, onderdeel van Preventieprogramma's en Opschaling voor de Publieke Gezondheid (PPG).

GGD'en zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, zoals vastgelegd in de Wpg. GGD'en onderscheiden zeven kerntaken bij de infectieziektebestrijding: (1) bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding; (2) surveillance; (3) beleidsadvisering; (4) preventieactiviteiten); (5) netwerk en regie; (6) voorbereiding op grootschalige infectieziekteuitbraken; en (7) kennis en onderzoek. Op die manier dragen de GGD'en bij aan zowel preventie, detectie als respons binnen de keten. Eén van de lessen vanuit de COVID-19-pandemie is dat GGD'en structureel versterkt moesten worden, zodat ze voldoende basiscapaciteit hebben in zowel de reguliere fase als bij regionale, bovenregionale en nationale uitbraken. De GGD'en hebben de afgelopen jaren vanuit het Rijk specifieke (tijdelijke) financiering ontvangen voor

[13] Zie bijlage 1 en 1a.

de versterking van de basis van de infectieziektebestrijding en de pandemische paraatheid. De inzet van het kabinet is dat de GGD'en vanaf 2028 structurele financiering ontvangen om de publieke gezondheid blijvend te versterken, de onderling opgebouwde samenwerking in stand te houden en opschaling in tijden van een pandemie mogelijk te maken. Zoals in de inleiding benoemd, is de structurele financiering voor de versterking beschikbaar gesteld tijdens de voorjaarsbesluitvorming 2026. De benodigde regelgeving voor het beschikbaar stellen van deze middelen aan de GGD'en wordt nu uitgewerkt. De structurele financiering is ook bedoeld om te kunnen voldoen aan de regels en kaders ten behoeve van een uniforme werkwijze bij GGD'en, die zullen worden opgenomen in de AMvB voortvloeiend uit de Tweede tranche wijziging Wet publieke gezondheid.[14] Dit wetsvoorstel is momenteel aanhangig bij de Tweede Kamer.

Bouwend op de lessen en vernieuwingen uit de coronapandemie heeft het RIVM de afgelopen jaren met de partners in de keten gewerkt aan het versterken en verbeteren van de infectieziektebestrijding in Nederland, met name aan de surveillance en de afstemming tussen landelijke en regionale infectieziektebestrijding. Een goede monitoring en surveillance draagt bij aan de detectie: het is zaak dat we de mogelijke opkomst van een infectieziekte zo snel mogelijk signaleren zodat zo min mogelijk tijd verloren gaat voor het inzetten van een adequate respons. Met een goede detectie kan ook het effect van ingezette maatregelen worden gemeten. Binnen het programma 'Vernieuwing Surveillance Infectieziekten' (VSI) zijn belangrijke verbeteringen in gang gezet, gericht op het integraal en datacentrisch inrichten van de surveillance en onderliggende data(stromen). Door de versterking van het laboratoriumlandschap, referentielabs en surveillance-instrumenten, zoals immuunsurveillance, rioolwatersurveillance en surveillance van opnames op de intensive care, kan het RIVM sneller infectieziekten opsporen, beter de ernst en omvang ervan vaststellen en effectiever de verdere verspreiding beperken. De inzet is nu gericht op het onderhouden van en verder voortbouwen op deze versterkingen.

Om beter klaar te staan voor komende grote uitbraken van infectieziekten en de verspreiding daarvan, werken het RIVM en de GGD'en bovendien intensief samen aan verschillende onderwerpen. Voor de 'points of entry' (plaatsen van binnenkomst in Nederland, denk met name aan havens en luchthavens) is een nieuw expertisenetwerk opgezet waarin het RIVM en de GGD'en samenwerken om snel en deskundig te handelen wanneer er infectieziekten via internationale reizigers of transport het land binnen dreigen te komen. Het netwerk ontwikkelt scenario's, oefent deze en wisselt 'best practices' uit in de voorbereiding op uitbraken. Dit netwerk heeft zijn waarde bewezen bij de uitbraak van het hantavirus op het cruiseschip m/v Hondius en binnen dit netwerk worden ook de verbeterpunten opgepakt naar aanleiding daarvan.

Eén van de belangrijke instrumenten om infectieziekten te bestrijden is het bron- en contactonderzoek (BCO). BCO wordt ingezet om overdracht zoveel mogelijk te minimaliseren en de impact van een infectieziekte te beperken door het vroegtijdig waarschuwen en/of behandelen van contacten. Het RIVM heeft samen

[14] Kamerstukken II 2025/26, 36 483, nr. 3.

met GGD'en een afwegingskader opgesteld om tijdens uitbraaksituaties op een gestructureerde wijze onderbouwde keuzes te maken over de inzet en de uitvoering van BCO in die specifieke situatie.

Ten slotte heeft het RIVM een beoordelingsmatrix voor uitbraken van nieuwe infectieziekten ontwikkeld om risico's op een systematische en gestructureerde manier in kaart te brengen. Verder is bij het RIVM ook hard gewerkt aan versterkingen op het gebied van gedragskennis, zoönosen en onderzoek. Dat komt verderop in deze brief nader aan de orde.

Landelijke regie
Een ander aspect dat de coronapandemie aan het licht bracht is dat de minister van VWS onvoldoende was geëquipeerd om de landelijke regie te nemen in de bestrijding van een grootschalige uitbraak. Dit terwijl heldere sturing en regie nodig is voor efficiënte en uniforme uitvoering van de bestrijding (zoals vaccineren, testen en bron- en contactonderzoek) bij GGD'en. Met de Tweede tranche wijziging Wpg wordt daarom een directe sturingsbevoegdheid van de minister van VWS op de directeuren publieke gezondheid van de GGD'en geregeld. Op 24 juni 2026 heeft het kabinet verzocht de behandeling van dit wetsvoorstel te hervatten. Zoals hierboven toegelicht, investeert het kabinet structureel in versterking van de GGD'en. Dit is nodig om bij een (dreigende) epidemie met landelijke impact snel en adequaat te kunnen opschalen.

Om invulling te geven aan de sturingsbevoegdheid van de minister van VWS op de directeuren publieke gezondheid is de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) als onderdeel van het RIVM ingericht. Op 3 juni 2022 is de Kamer geïnformeerd over deze instelling.[15] Gedurende de koude fase (geen crisis, reguliere bestrijding) voert de LFI onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS de centrale regie op de landelijke voorbereiding op een toekomstige (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. De LFI werkt de komende periode samen met de GGD'en verder aan de uniformering van IZB-werkprocessen bij de GGD'en. Daarnaast ontwerpt en implementeert de LFI, samen met de GGD'en, voorstellen voor de grootschalige uitvoering van werkprocessen zoals het testen en vaccineren. In het verlengde hiervan organiseert de LFI met regelmaat (landelijke) oefeningen met de GGD'en en andere relevante partijen in de IZB-keten (o.a. onderdelen van het RIVM), om de ingezette verbeteringen te toetsen aan de praktijk en eventuele tekortkomingen tijdig boven tafel te krijgen en bij te stellen. Een goed voorbereide en geoefende keten is cruciaal om de bestrijding van een toekomstige pandemie effectief en efficiënt uit te voeren. Tijdens een warme fase waarbij inzet vanuit de LFI gevraagd wordt (landelijke uitbraak van A-infectieziekte) coördineert de LFI de opschaling van de medisch-operationele processen bij de GGD'en en houdt de LFI zicht op de opgeschaalde operatie (zoals vaccineren, testen en bron- en contactonderzoek). Ook adviseert de LFI vanuit die rol, met expertise over medisch-operationele processen, de minister van VWS tijdens de bestrijding van een pandemie. Op die manier geeft de LFI tijdens een warme fase uitvoering aan de sturingsbevoegdheid van de minister van VWS.

[15] Met de instelling van de LFI wordt uitvoering gegeven aan een aantal van de aanbevelingen uit verschillende onderzoeksrapporten naar aanleiding van de coronapandemie, zoals Verwey-Jonker en de Onderzoeksraad voor Veiligheid.

Informatievoorziening in de keten
Tijdens de coronapandemie bleek dat het landschap voor informatievoorziening binnen de keten verouderd en versnipperd was, en niet geschikt voor de bestrijding van grootschalige uitbraken. Hierdoor kon niet altijd de juiste informatie op het juiste moment beschikbaar zijn. Denk aan gegevens zoals test- en vaccinatieresultaten, informatie uit bron- en contactonderzoek, en data voor surveillance. Dit terwijl deze informatie juist essentieel is voor de preventie, detectie en respons. Het kabinet versterkt de infectieziektebestrijding door onder landelijke regie met het programma Informatievoorziening Infectieziektebestrijding (IV IZB) een landelijk geüniformeerd IV IZB-landschap op te zetten ter ondersteuning van professionals bij het RIVM en de GGD'en. Deze professionals werken straks voor iedere infectieziekte via onderling goed afgestemde en gestandaardiseerde processen met één integrale informatievoorziening, zowel tijdens de dagelijkse reguliere infectieziektebestrijding als in een pandemische situatie. Ook staat de burger centraal in de (digitale) dienstverlening, waarbij zij op eenvoudige wijze toegang hebben tot hun noodzakelijke gegevens zoals een testuitslag of een vaccinatiebewijs. Daarnaast stelt dit landelijke IV IZB-landschap zorgverleners, onderzoekers en bestuurders en beleidsmakers in staat tijdig over de noodzakelijke gegevens te beschikken om een grootschalige uitbraak effectief te kunnen bestrijden, beleid te onderbouwen en daar lessen uit te trekken. Daarmee draagt IV IZB tevens bij aan de bredere opgave van maatschappelijke weerbaarheid en weerbare gezondheidszorg.[16] Op dit moment wordt hard gewerkt aan de realisatie van het IV IZB-landschap. Gelijktijdig wordt gewerkt aan wet- en regelgeving om de gegevensuitwisseling eenvoudiger te maken en in de passende juridische grondslagen te voorzien. In dit kader is de Derde tranche wijziging Wpg onlangs in consultatie gegaan en volgt in 2028 implementatiewetgeving van de Europese 'Serious cross-border threats to health' (SCBTH) regelgeving.

Post-acute infectieuze syndromen (PAIS)
Na de coronapandemie bleek dat nazorg te weinig aandacht had gekregen, onder meer de zorg voor mensen met een post-acuut infectieus syndroom (PAIS). Patiënten met een PAIS houden langdurige klachten na een besmetting met een infectieziekte. Dat zien we bij patiënten met post-COVID, maar PAIS is van alle tijden, denk bijvoorbeeld aan patiënten met Q-koorts. De zorg voor PAIS-patiënten is niet goed ingebed in het regulier zorg- en welzijnsdomein en dat heeft impact op mensen met een PAIS. Met de versterkingen op de infectieziektebestrijding zoals in deze brief omschreven, wordt zoveel mogelijk voorkomen dat mensen ziek worden en wordt ervoor gezorgd dat er zo goed mogelijk op eventuele uitbraken wordt gereageerd. Tegelijkertijd kunnen we uitbraken van infectieziekten nooit helemaal voorkomen en moeten we er rekening mee houden dat er altijd mensen zullen zijn die na een besmetting langdurig gezondheidsklachten ondervinden. Deze PAIS-patiënten moeten erkend en herkend worden in het reguliere zorg- en welzijnsdomein. PAIS is een reële gezondheidsaandoening die vraagt om erkenning, begrip, en passende zorg en ondersteuning. Het kabinet heeft de afgelopen periode veel geïnvesteerd in kennisontwikkeling op verschillende PAIS en blijft de komende jaren hierop inzetten. Daarnaast is het van belang dat de opgedane kennis haar weg weet te

[16] Kamerstukken II 2024/25, 30821, nr. 304.

vinden naar de professionals waar PAIS-patiënten en hun mantelzorgers mee te maken krijgen. Daarom zet het kabinet ook de komende jaren in op de verspreiding van kennis. Dit gebeurt via de post-covid expertisecentra, het Post-Covid Netwerk Nederland en de verschillende ZonMw onderzoeksprogramma's. Hierbij steunt het kabinet de beweging bij professionals dat er, naast aandacht voor de individuele ziekten, naar postinfectieuze aandoeningen in brede zin wordt gekeken. Door nu te investeren in kennis over PAIS en te kiezen voor structurele inbedding daarvan in het reguliere zorg- en welzijnsdomein, in plaats van aparte constructies te ontwikkelen voor diverse onder PAIS vallende aandoeningen, kan – indien nodig in de toekomst – adequaat worden gereageerd op nieuwe onbekende post-acute infectieziekten. Hiermee draagt het kabinet bij aan een meer weerbare zorg en ondersteuning, nu en in de toekomst.

Grensoverschrijdende samenwerking

Goed infectieziektebeleid vereist, naast een sterke keten van infectieziektebestrijding, dat we stevig inzetten op internationale, domeinoverstijgende en multidisciplinaire samenwerking. Crises hebben immers in toenemende mate een internationale component en de risico's en impact van infectieziekten worden bovendien versterkt door andere soorten crises en problematiek.[17] Zo leidt het veranderende klimaat tot extreme weersomstandigheden die op hun beurt weer leiden tot een verhoogd risico op uitbraken van infectieziekten. Denk bijvoorbeeld aan de overstromingen in Valencia in 2024, die leidden tot verslechterde hygiënische omstandigheden en verontreinigingen van het water, waardoor infectieziekten de kop op staken. Ook gewapende conflicten geven een verhoogd risico op infectieziekten. Zo kampt Oekraïne met resistente bacteriën bij oorlogsslachtoffers en bemoeilijken conflicten in de Democratische Republiek Congo het bron- en contactonderzoek bij de ebola-uitbraak in grote mate. Ook des- en misinformatie vormen een uitdaging, bijvoorbeeld in relatie tot de dalende vaccinatiegraad. Het is dan ook belangrijk om infectieziektebeleid nadrukkelijk te beschouwen in samenhang met andere dreigingen, zowel binnen als buiten Nederland. Dit vraagt om een aanpak waarin nationale, Europese en mondiale paraatheid elkaar aanvullen. Ten slotte is de gezondheid van mensen onlosmakelijk verbonden met de gezondheid van dieren en van onze leefomgeving en daardoor kunnen we het bestrijden van infectieziekten niet alleen vanuit het perspectief van de volksgezondheid benaderen. Hoe deze grensoverschrijdende samenwerking wordt vormgegeven wordt hieronder toegelicht. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de inzet van het kabinet binnen de internationale samenwerkingsverbanden, de inspanningen op internationaal en nationaal niveau voor multidisciplinaire kennis en innovatie en op de (voortzetting van de) gezamenlijke aanpak van AMR en zoönosen vanuit een holistisch perspectief, de One Health-benadering.

Mondiale en Europese samenwerkingsverbanden

Om internationale bedreigingen het hoofd te bieden, is internationale samenwerking vereist. Dat wordt bemoeilijkt doordat op dit moment juist druk staat op de internationale organisaties en samenwerking, denk bijvoorbeeld aan het vertrek van de Verenigde Staten uit de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Nederland blijft zich hard maken voor het belang van internationale samenwerkingen en zet zich op mondiaal niveau in voor het versterken van de

[17] RIVM, Risicoscan internationale dreigingen voor de Nederlandse volksgezondheid, 2026.

afspraken over pandemische paraatheid, en voor een mondiale gezondheids- en crisisarchitectuur met de WHO als sterke, centrale speler. Het kabinet zet zich met de Mondiale Gezondheidsstrategie[18] dan ook in voor sterkere gezondheidssystemen in partnerlanden, en op bescherming tegen grensoverschrijdende dreigingen samen met partnerlanden middels het Global Health Partnerships programma, onder meer op vroegtijdige detectie en beheersing van uitbraken.

De uitwisseling van informatie, coördinatie van acties en eventuele respons maatregelen zijn essentieel om internationale crises in te dammen. In dat kader zijn in 2024 wijzigingen van de Internationale gezondheidsregeling (IGR) vastgesteld door de lidstaten van de WHO. Deze wijzigingen zullen naar verwachting na de zomer aan de Tweede Kamer worden aangeboden via de uitdrukkelijke goedkeuringsprocedure. Nederland draagt daarnaast actief bij aan de onderhandelingen over het Pandemieverdrag, die zich op dit moment toespitsen op de bijlage inzake Pathogen Access and Benefit-Sharing (PABS). Deze afspraken moeten zorgen voor een eerlijke mondiale uitwisseling van infectieus materiaal en data, gekoppeld aan een rechtvaardige toegang tot vaccins en medicijnen. Het kabinet zal actief blijven bijdragen aan het onderhandelingsproces opdat dit komend jaar afgerond kan worden. De Kamer wordt hierover separaat geïnformeerd. Nadat die onderhandelingen zijn afgerond, zal het Pandemieverdrag na vaststelling door de WHA via de uitdrukkelijke goedkeuringsprocedure in het geheel aan de Staten-Generaal worden voorgelegd, zodat deze zich hierover kan uitspreken.

Het kabinet zet zich ook op Europees niveau in voor het verder versterken van samenwerking rondom preventie, paraatheid en respons inzake ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. De afgelopen jaren is in dit kader flink geïnvesteerd in coördinatie en infrastructuur. Ons land draagt hieraan bij, onder meer door actieve deelname aan coördinatiemechanismen als het Health Security Committee en de initiatieven van de Europese Commissie, zoals rondom de verbetering van leveringszekerheid van medische tegenmaatregelen en antimicrobiële resistentie. Ook de Health Emergency, Preparedness and Response Authority (HERA) speelt een belangrijke rol ten aanzien van de beschikbaarheid van medische tegenmaatregelen, zoals vaccins, geneesmiddelen en diagnostica, onder meer door samenwerking rond ontwikkeling, productie, gezamenlijke inkoop en strategische voorraden. Deze Europese samenwerking draagt direct bij aan een betere coördinatie, afstemming en paraatheid tussen EU-lidstaten, en ook aan een verbeterde paraatheid op nationaal niveau, bijvoorbeeld op het vlak van strategische noodvoorraden.

Kennis en innovatie
Samenwerken in internationaal en multidisciplinair verband is ook voor kennis en innovatie essentieel. Nederland draagt daarom financieel bij aan internationale instrumenten die door innovatie de wereldwijde paraatheid versterken. Zo ontvangt de *Coalition for Epidemic Preparedness Innovation* (CEPI) een Nederlandse bijdrage in de periode 2023-2026 voor de ontwikkeling van nieuwe vaccins tegen toekomstige epidemieën. En ook het delen en benutten van elkaars

[18] Nederlandse mondiale gezondheidsstrategie 2023-2030, 21 oktober 2022.

kennis zorgt voor efficiënte kennisvermeerdering. Het stimuleren van netwerkvorming en bundeling van krachten – juist ook multidisciplinair – is daarbij van belang. Het kabinet committeert zich daarom aan het Europese BE READY NOW onderzoeksprogramma, dat gericht is op onderzoek en innovatie rond pandemische paraatheid en infectieziekten. Ook Nederlandse onderzoeksinstellingen kunnen gebruik maken van financiering uit dit onderzoeksprogramma. De betekenis van deze inzet gaat verder dan kennisontwikkeling alleen. Investeren in vroegtijdige signalering en bestrijding van uitbraken elders in de wereld, draagt nadrukkelijk bij aan de bescherming van Nederland en is ook een doelstelling van de kabinetsbrede mondiale gezondheidsstrategie.

Multi- en interdisciplinaire kennisontwikkeling en innovatie moeten ook plaatsvinden op nationaal niveau. Hierdoor kan een uitbraak effectiever en efficiënter worden bestreden. Dit doet het kabinet door onder andere te investeren in de gedrags- en modelleringskennis bij het RIVM (zie hieronder). Ook is er een ZonMw-programma pandemische paraatheid voor het bevorderen van de multi- en interdisciplinaire samenwerking op het terrein van infectieziektebestrijding. Het kabinet vindt het daarnaast van belang om de brede kennisbasis over infectieziektebestrijding in Nederland te versterken. Daarom is er, naast het voornoemde programma, een ZonMw-kennisprogramma over infectieziektebestrijding. Het kabinet stimuleert innovatie voor diagnostiek, medicijnen en vaccinaties. Dit gebeurt bijvoorbeeld via TNO bij testen in de toekomst en via een subsidie aan Infect-TT dit jaar. Met deze subsidie wordt kennis van de UMC's omgezet naar productontwikkeling tegen infectieziekten met pandemisch potentieel of tegen AMR en wordt een investeringsfonds opgericht, genaamd *Infectious Diseases Innovation Fund* (IDIF), om startups op dit gebied te ondersteunen. Deze initiatieven sluiten aan bij het missiegedreven innovatiebeleid van VWS.

Burgerperspectief en gedragskennis
Een voorbeeld van multidisciplinaire kennisontwikkeling is het beter betrekken van burgerperspectief en gedragskennis bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van infectieziektebeleid. Burgerperspectief en gedragskennis gaan over het begrijpen van de leefwereld, waarom mensen doen wat ze doen, hoe de omgeving dat gedrag beïnvloedt, hoe gedragsverandering tot stand kan worden gebracht, en hoe individueel gedrag zich vertaalt in collectieve uitkomsten. Deze kennis is nodig om ervoor te zorgen dat beleid uitgaat van een realistisch perspectief en draagt bij aan de effectiviteit en legitimiteit van beleid. Om hiertoe te komen, werkt VWS onder meer aan interdepartementale netwerkvorming rondom gedragskennis en het opzetten van trajecten om burgers (en ketenpartners) actief te betrekken bij de beleidsontwikkeling. Zo wordt gedragskennis structureel onderdeel bij een bestrijding van een infectieziektecrisis, vaccinatiezorg, AMR en zoönosen. Gedragskennis voor het rijksvaccinatieprogramma en pandemische paraatheid is bovendien structureel geborgd bij het RIVM.

One Health-benadering
De gezondheid van mensen is onlosmakelijk verbonden met de gezondheid van dieren en van onze leefomgeving en daardoor kunnen we het bestrijden van infectieziekten niet alleen vanuit het perspectief van de volksgezondheid benaderen. Het kabinet werkt vanuit een holistisch perspectief, de One Health-benadering, met andere departementen samen om ontwikkelingen die een bedreiging voor de volksgezondheid vormen effectief te kunnen signaleren en pareren. De uitbraak van het westnijlvirus laat zien dat voor goede surveillance en respons de inzet en expertise van partijen met kennis van mens, dier en omgeving noodzakelijk zijn. De komende jaren wordt verder ingezet op een gezamenlijke aanpak ten aanzien van antimicrobiële resistentie (AMR) en zoönosen.

Antimicrobiële resistentie
AMR ontstaat wanneer micro-organismen zoals bacteriën en schimmels ongevoelig worden voor geneesmiddelen die ze normaal zouden bestrijden, zoals antibiotica. Het is de uitkomst van een complex samenspel van factoren, waaronder overmatig en verkeerd gebruik van geneesmiddelen in de gezondheidszorg bij mensen en dieren, het gebruik van gewasbeschermingsmiddelen in de landbouw en verkeer van mensen, dieren, planten en voedsel. AMR wordt een "stille pandemie" genoemd omdat het probleem vaak onopgemerkt blijft, ondanks de ernstige gevolgen, van meer bijwerkingen bij een medische behandeling tot het ontbreken van perspectief op een behandeling in de meest ernstige gevallen. Dit gaat gepaard met complicaties, toenemende sterfte en met hogere zorgkosten. Zoals hierboven benoemd, wordt in de recente risicoscan internationale dreigingen voor de Nederlandse volksgezondheid van het RIVM,[19] AMR genoemd bij de belangrijkste dreigingen voor de komende tien jaar. Deze zorgen worden gedeeld door de WHO en de Europese Commissie.

Versterking van samenwerking over grenzen van domeinen, economische sectoren, departementen en landen kenmerkt het AMR-beleid, vastgelegd in het Nationale Actieplan voor het terugdringen van antimicrobiële resistentie 2024-2030, gecoördineerd door het ministerie van VWS. Naast een nationale aanpak kan alleen wereldwijde actie de groeiende resistentieproblemen effectief tegengaan. Internationale samenwerking is een belangrijk thema in het Nederlandse beleid, zoals ook hierboven beschreven. Zo werken we binnen de Europese Unie en met onze mondiale partners samen aan de ontwikkeling van nieuwe behandelingen, het versterken van de One Health aanpak en nationale actieplannen, bouwen we kennis op en delen we ervaringen.[20,21] Dit doen we door actieve participatie en het leveren van financiële bijdragen, onder meer door een jaarlijkse bijdrage (2026-2029) aan het Multi-Partner Trust Fund, dat mede op initiatief van Nederland is opgericht.[22]

[19] https://www.rivm.nl/nieuws/desinformatie-en-druk-op-internationale-samenwerking-grote-internationale-dreigingen
[20] https://ohamr.eu/
[21] https://eu-jamrai.eu/
[22] Zie website Antimicrobial Resistance Multi-Partner Trust Fund, https://mptf.undp.org/fund/amr00

Zoönosen

Zoönosen zijn infectieziekten die van dier op mens kunnen worden overgedragen. De coronapandemie heeft laten zien dat een zoönose wereldwijd tot ontwrichtende situaties kan leiden. Het risico op zoönosen wordt vergroot door toenemend mondiaal verkeer van mensen en goederen, klimaat- en omgevingsveranderingen, en het intensieve contact tussen mens en dier. Ook deze dreiging vraagt daarom om een multidisciplinaire aanpak via de One Health-benadering. Betrokken partijen werken van signaal tot respons samen in de zoönosestructuur.[23] In de periode 2022-2026 heeft het kabinet met partners het bestaande zoönosebeleid verder versterkt met het Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid. Over de structurele borging van activiteiten uit het actieplan wordt de Kamer in het tweede kwartaal van 2027 geïnformeerd.

Ook op specifieke zoönosen kan extra inzet nodig zijn. Zo is met partners de afgelopen jaren extra aandacht besteed aan vogelgriep, op basis van het intensiveringsplan preventie vogelgriep. Over de inzet de afgelopen jaren en de nieuwe en aanvullende stappen de komende tijd, is de Kamer het afgelopen voorjaar geïnformeerd.[24]

Leren en evalueren

Ontwikkelingen en risico's ten aanzien van infectieziekten zijn volop in beweging. Dat vraagt om constant onderhoud, bijsturing en actualisering van ons infectiebeleid, zoals eerder ook geconstateerd in de motie-Bikker.[25] Daarom toetsen we ons beleid, zowel intern als extern door onafhankelijke partijen met als doel ervan te leren. Dit gebeurt op verschillende manieren. In de eerste plaats leren we van de uitbraken die de keten van infectieziektebestrijding onder druk zetten en testen, zoals de uitbraak van het hantavirus. In de aanpak van de hantavirusuitbraak op het cruiseschip m/v Hondius is bijvoorbeeld gebleken dat de samenwerking tussen betrokken partijen, zoals GGD'en, RIVM en de 'points of entry' (Schiphol en de haven van Rotterdam) cruciaal is voor een snelle en effectieve respons. Daarnaast wordt er veel geoefend. Dit gebeurt op regionaal niveau met bijvoorbeeld GGD'en, maar ook landelijk, zoals in november 2025 bij de landelijke oefening Virulent, en internationaal. Ook heeft het ministerie van VWS, mede op advies van de OVV, geïnvesteerd in scenariodenken. Specifiek voor infectieziekten is een aantal scenario's ontwikkeld die gebruikt worden om onszelf en onze plannen te toetsen en ons voor te bereiden. Tot slot worden oefeningen, simulaties en ook de 'echte' uitbraken uitgebreid geëvalueerd en worden die evaluaties gebruikt om te leren en structuren, draaiboeken en processen aan te passen. Ook de bevindingen van de parlementaire enquêtecommissie zijn hierbij van grote waarde.

Onze staat van paraatheid wordt ook regelmatig gemonitord en geëvalueerd in het kader van internationale regelgeving. De lidstaten van de WHO en Europese Unie hebben zich gecommitteerd aan het op niveau brengen van hun nationale preventie, paraatheid en respons ten aanzien van (ernstige) internationale gezondheidsbedreigingen. De vereisten hiervoor zijn opgenomen in de

[23] https://www.onehealth.nl/van-signaal-tot-respons
[24] Kamerstukken II 2025/26, 28 807, nr. 326.
[25] Kamerstukken II 2025/26, nr. 36 915-XVI-32.

Internationale Gezondheidsregeling (IGR, 2005) en in de EU-verordening rondom ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen (Regulation SCBTH, (2022/2371)). Regelmatige evaluatie van de staat van paraatheid is onderdeel van de IGR en de verordening. Dit gebeurt volgens de volgende instrumenten:

- Een jaarlijkse zelfscore vragenlijst aan de WHO: de *State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool*-(SPAR) tool over de IGR implementatie in Nederland;
- In het kader van de EU-verordening ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen (Regulation SCBTH, artikel 8 (2022/2371)) moeten lidstaten eens per 3 jaar deelnemen aan een verplichte evaluatie van hun paraatheid- en responsplannen op de 16 capaciteiten uit de verordening. De ECDC voert deze *Public Health Emergency Preparedness Assessment* (PHEPA) uit;
- De WHO biedt lidstaten in het kader van de Internationale Gezondheidsregelingen (IGR) de mogelijkheid tot een vrijwillige toetsing van hun paraatheid- en responsplannen voor volksgezondheidscrises middels een *Joint External Evaluation* (JEE). De JEE toetst op de 19 capaciteiten uit de IGR.

Zowel de JEE als de PHEPA zijn onafhankelijke doorlichtingen. De uitvoering wordt geleid door een internationaal team van experts en er is sprake van peer reviews. In september 2025 heeft de Kamer het rapport ontvangen van de gecombineerde evaluatie van de JEE en de PHEPA naar de voorbereiding van Nederland op (ernstige) internationale gezondheidsbedreigingen.[26] Het plan van aanpak, waarin staat omschreven hoe het kabinet opvolging geeft aan de aanbevelingen en inzichten uit deze evaluatie, is op 3 juli 2026 met de Kamer gedeeld.[27] De eerstvolgende PHEPA staat gepland in 2027 en zal daarbij ook specifiek kijken naar de regionale en lokale aspecten van de onderwerpen die geëvalueerd worden. Door deel te nemen aan deze periodieke, onafhankelijke evaluaties en de Kamer steeds te informeren over de uitkomsten en de opvolging daarvan, geeft het kabinet ook invulling aan de motie Bikker, waarmee de Tweede Kamer heeft verzocht om een onafhankelijke beoordeling van de Nederlandse pandemische paraatheid, waarbij in ieder geval wordt beoordeeld of het kabinet voldoende maatregelen treft om de pandemische paraatheid te versterken en of betrokken partijen voldoende worden ondersteund om hun taken uit te voeren.[28]

Tot slot

Het kabinet zet in op een slagvaardige, wendbare en opschaalbare keten van de infectieziektebestrijding en op een stevige internationale, interdepartementale en multidisciplinaire samenwerking. Hiermee stellen we onszelf in staat om vanuit een solide basis infectieziekten te bestrijden en ook om in te kunnen spelen op nieuwe ontwikkelingen. We kunnen immers niet voorspellen hoe nieuwe uitbraken (van kleine uitbraken tot een nieuwe pandemie) er uitzien en wat de bestrijding zal vragen. Pandemische paraatheid is dan ook geen eenmalige opgave, maar

[26] Kamerstukken II 2025/26, 31765, nr. 942.
[27] Kamerstukken II 2025/26, 36 800, XVI.
[28] Kamerstukken II 2025/26, 36 915, nr. 32.

vraagt om voortdurende aandacht. Daarom zullen we blijven onderzoeken, onszelf op de proef stellen, en zo nodig het beleid bijstellen en de Kamer daar dan uiteraard over informeren.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

Bijlagen

Volgnummer	Naam	Classificatie
1	Werkagenda advisering Vaccinaties Gezondheidsraad	