

---

# **Wet bevolkingsonderzoek: screening op HIV-infectie**

---



---

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

---

Onderwerp : aanbieding advies 'Wet bevolkingsonderzoek: screening op, HIV-infectie'  
Uw kenmerk : GZB/GZ 2095517  
Ons kenmerk : U2224/WvV/iv/272-.6  
Bijlagen : 1  
Datum : 12 oktober 2000

Op 2 augustus 2000 vroeg u de Gezondheidsraad om advies, op grond van de Wet bevolkingsonderzoek (WBO), over een vergunningaanvraag (VWS 2087456) van de GGD Amsterdam. Het gaat hier om screening op HIV-infectie onder alle zwangeren in Amsterdam.

Bij de beoordeling van de vergunningaanvraag rees voor de Commissie WBO de vraag of het hierin omschreven project wel vergunningplichtig is in de zin van die wet. Zij komt tot de conclusie dat er geen vergunningplicht is, nu HIV-infectie niet langer beschouwd kan worden als een aandoening waarvoor geen behandeling mogelijk is (artikel 7, eerste lid, WBO). Omdat bevolkingsonderzoek naar HIV-infectie niet op grond van artikel 2 lid 2 WBO als vergunningplichtig is aangewezen ziet de commissie voor zichzelf geen taak in de beoordeling van de aanvraag.

Hierbij bied ik u, gehoord de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht, het advies aan waarin deze zienswijze is verwoord.

Ik onderschrijf de conclusie van de commissie. Het gevolg daarvan is - gezien de systematiek van de WBO - dat een screeningsprogramma als het onderhavige niet aan toetsing in het kader van die wet wordt onderworpen. Er zijn echter aanzienlijke individuele en maatschappelijke implicaties voor de betrokken vrouwen. Dit roept de vraag op of het achterwege blijven van toetsing zich wel verdraagt met de gewenste bescherming van mensen tegen de nadelen van bevolkingsonderzoek.



De aanvrager presenteert het programma niet als een wetenschappelijk onderzoek maar als gezondheidszorgvoorziening. Niettemin bevatten de doelstelling en de uitvoering van het voorgesteld project naar mijn idee beide onmiskenbaar wetenschappelijke elementen. Toch is mij van een voorafgaande medisch-ethische toetsing niet gebleken. Dit leidt tot de observatie dat er buiten de werkingsgebieden van respectievelijk de WBO en de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) een 'vrije ruimte' is, waarin bescherming van de betrokken deelnemers lijkt te ontbreken.

w.g.

prof. dr JJ Sixma



---

# **Wet bevolkingsonderzoek: screening op HIV-infectie**

---

---

aan:

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

---

Nr 2000/03WBO, 12 oktober 2000

---

---

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement “voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid” (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer, Sociale Zaken & Werkgelegenheid, en Landbouw, Natuurbeheer & Visserij. De Raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinair samengestelde commissies van — op persoonlijke titel benoemde — Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

---

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad: Commissie WBO. Wet bevolkingsonderzoek: screening op HIV-infectie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatie nr 2000/03WBO.

---

auteursrechten voorbehouden

---

ISBN: 90-5549-341-4

---



---

# Inhoud

---

1	Inleiding <i>11</i>
2	Prealabele kwesties <i>13</i>
2.1	Bevolkingsonderzoek <i>13</i>
2.2	Behandelbaarheid HIV-infectie <i>13</i>
3	Conclusies <i>17</i>
	Literatuur <i>19</i>
	Bijlage <i>23</i>
A	De commissie <i>25</i>

---



# Inleiding

---

Op 1 juli 1996 trad de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) in werking (Sta96). De WBO, bedoeld om mensen te beschermen tegen bevolkingsonderzoeken die een gevaar kunnen vormen voor de gezondheid, voorziet in een vergunningstelsel. Vergunningplichtig bevolkingsonderzoek is verboden zonder vergunning van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (artikel 3, eerste lid, WBO). De wet verplicht de minister de Gezondheidsraad te horen alvorens te beslissen over vergunningverlening (artikel 9, derde lid). Daartoe stelde de Voorzitter van de Gezondheidsraad de Commissie WBO in, hierna te noemen: de commissie. De samenstelling ervan is vermeld in bijlage A.

Voor de werkingssfeer van de WBO zijn twee zaken bepalend. De wet kan alleen van toepassing zijn op ‘bevolkingsonderzoek’, maar heeft pas gevolgen als het gaat om vergunningplichtig bevolkingsonderzoek. Bevolkingsonderzoek is in de wet (artikel 1, onder c) gedefinieerd als:

geneeskundig onderzoek van personen dat wordt verricht ter uitvoering van een aan de gehele bevolking of aan een categorie daarvan gedaan aanbod dat gericht is op het ten behoeve of mede ten behoeve van de te onderzoeken personen opsporen van ziekten van een bepaalde aard of van bepaalde risico-indicatoren.

Vergunningplichtig is onder meer bevolkingsonderzoek naar ernstige ziekten waarvoor geen behandeling mogelijk is (artikel 2, eerste lid, WBO). Een vergunning wordt verleend (artikel 7, eerste lid, WBO) mits:

- het onderzoek wetenschappelijk deugdelijk is
-

- het in overeenstemming is met wettelijke regels voor medisch handelen
- het te verwachten nut van het onderzoek opweegt tegen de risico's ervan voor de gezondheid.

Op 2 augustus 2000 vroeg de minister advies over een vergunningaanvraag van de Gemeentelijke Geneeskundige en de Gezondheidsdienst Amsterdam (brief GZB/GZ 2.095.517). De aanvraag heeft betrekking op een evaluatie van HIV-screening bij alle zwangeren in Amsterdam.

In hoofdstuk 2 bespreekt de commissie de vraag of het bedoelde project bevolkingsonderzoek in de zin van de wet is en onder de vergunningplicht valt. Hoofdstuk 3 bevat de conclusies.

## Prealabele kwesties

---

### 2.1 Bevolkingsonderzoek

Het project heeft betrekking op screening op infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV; het aidsvirus). De verloskundigen en gynaecologen in Amsterdam wordt verzocht *alle* zwangeren die voor het eerst in de zwangerschap bij hen komen, de HIV-test aan te bieden. Mondelinge uitleg over voor- en nadelen van de HIV-test wordt ondersteund met door de beroepsverenigingen opgestelde schriftelijke informatie. De HIV-test wordt uitgevoerd op naam. De zwangere krijgt de uitslag te horen van haar verloskundige of arts.

De commissie concludeert dat hier sprake is van bevolkingsonderzoek. Het gaat om “geneeskundig onderzoek .... mede ten behoeve van de te onderzoeken personen”. Er is ook onmiskenbaar sprake van ”aanbod“, een ander cruciaal element van de wettelijke definitie van bevolkingsonderzoek. Dit aanbod wordt gedaan aan alle zwangeren, ongeacht een eventuele hulpvraag van de betrokken vrouw.

---

### 2.2 Behandelbaarheid HIV-infectie

Valt screening op infectie met HIV nog wel onder de vergunningplicht van de WBO?

In 1997 concludeerde de commissie — in haar advies over HIV-surveillance onder zwangeren in de Amsterdamse peilstations (GR97) — dat de behandelbaarheid van besmetting met HIV voor de vrouw zèlf (nog) onvoldoende vaststond. Dit lag anders voor overdracht van HIV-besmetting van moeder op kind. De beschikbaarheid van doeltref-

---

fende preventie van deze overdracht vatte de commissie op als "bijzondere omstandigheid" in de zin van de WBO. Volgens de wet (artikel 7 derde lid) kan de minister alleen "bij bijzondere omstandigheden" vergunning verlenen voor bevolkingsonderzoek naar ernstige aandoeningen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is.

In een begeleidend 'reikwijdte-advies' gaf de commissie een analyse van het begrip 'behandelbaarheid' in de context van de WBO (GR97a). De systematiek van de wet houdt een afweging in van nut en risico's van een bevolkingsonderzoek. Deze afweging verdraagt zich niet met een dichotome indeling van ziekten waarvoor met zekerheid wel of niet behandeling mogelijk is. Tussen deze uitersten van zekerheid strekt zich een grijze gebied uit. Gezien de beschermingsdoelstelling van de WBO en het adagium *in dubio absterne* meende de commissie dat dit grijze gebied moet worden gevoegd bij de categorie 'niet-behandelbaar', zodat sprake is van vergunningplicht.

De commissie constateerde ook dat het begrip 'behandelbaar' niet in de WBO is toegelicht. Zij gaf er de voorkeur aan om — in afwachting van de evaluatie van de WBO — aandoeningen als niet-behandelbaar te beschouwen "zolang de literatuur geen betrouwbare conclusie toelaat over een gunstig effect van relevante omvang op klinische uitkomstmaten, dit wil zeggen op sterfte, ziekte of kwaliteit van leven".

Moet — drie jaar later — infectie met HIV nog steeds als een niet-behandelbare aandoening worden beschouwd in de zojuist bedoelde zin?

In de eerste jaren na ontdekking van het HIV — in 1983 — was het niet mogelijk om de vermenigvuldiging van het virus en de daarmee gepaard gaande afbraak van het immuunsysteem te remmen. Wel konden sommige infecties waarin de verminderde immuniteit tot uiting komt (opportunistische infecties) met succes worden bestreden. Vanaf 1987 kwamen zidovudine (AZT; ZDV) en andere middelen beschikbaar die het virusenzym *reverse transcriptase* (RT) remmen. Dit enzym speelt een essentiële rol in de replicatie van het HIV.

AZT is zwak werkzaam. Behandelde patiënten leven ongeveer een jaar langer dan onbehandelden (Fis90, Lun94). Resistentievorming van het virus voor AZT treedt al vrij snel op, en doet het effect van behandeling binnen anderhalf tot twee jaar geheel te niet (Lun94, Vol94).

In vergelijking met AZT-monotherapie is combinatietherapie, met twee of meer RT-remmers, doeltreffender in het vertragen van het ziekteproces en het uitstellen van het tijdstip van overlijden (Cae97, DCC96, Ham96, Sar96). Het gunstige effect van combinatietherapie tekent zich pas na 1,5 tot 2 jaar af, is tijdelijk en doet zich vooral voor bij mensen die niet eerder behandeld zijn met monotherapie of in ieder geval niet langer dan een jaar (Cae97, DCC96, Ham96, Sar96). Het effect hangt sterk van de therapietrouw. HIV wordt snel therapieresistent, zeker als de medicatie niet volgens voorschrift wordt ingenomen (GR98).

In 1995 en 1996 kwamen twee nieuwe klassen HIV-remmende geneesmiddelen beschikbaar. Deze middelen hebben andere aangrijpingspunten in het virusreproductieproces dan de al langer beschikbare 'nucleoside' RT-remmers. Het gaat om de non-nucleoside RT-remmers en de proteaseremmers. Ook voor deze middelen geldt dat therapieresistentie kan ontstaan (Mar95). Om dit zo lang mogelijk uit te stellen en een krachtig synergistisch effect te bereiken, worden HIV-remmers alleen in combinatie toegepast. De voorkursbehandeling — aangeduid als tripeltherapie of *highly active antiretroviral therapy* (HAART) — bestaat sinds 1997 uit de toediening van twee RT-remmers en een proteaseremmer.

Door tripeltherapie vermindert het aantal virusdeeltjes in het lichaam van de patiënt sterk (Car97, Dan95). Het aantal HIV-RNA-kopieën daalt met gemiddeld een factor honderd tot duizend, tegen maximaal een factor zes bij therapie met twee RT-remmers zonder proteaseremmer.

Ook afgemeten aan klinische eindpunten — sterfte, ziekte en kwaliteit van leven — is de tripeltherapie een belangrijke stap vooruit, zo blijkt uit onderzoek onder patiënten van aidsbehandelcentra (Alt99, Dom98, Hol98, Mic98, Pal98, Tor97), cohortonderzoek (Det98, Egg97, Led99, Moc00), uit gerandomiseerde experimenten (Cam98, Ham97, Mil99) en uit analyses van nationale statistieken en andere studies onder mensen met HIV die uitsluitend op woonplaats geselecteerd waren (Got98, Law00, Sch00). Al in 1996 was de sterfte aan aids in de Verenigde Staten eenkwart lager dan in het voorgaande jaar (Fle98). In Engeland en Frankrijk lag de sterfte aan aids in 1997 ruim eenderde onder die van 1996 (Ham98).

Het effect van tripeltherapie is onder ongeselecteerde groepen even groot als onder deelnemers aan klinische *trials*. Onder 1225 patiënten met een ernstige aantasting van het immuunsysteem (zich uitend in minder dan 100 CD4<sup>+</sup>-cellen per microliter bloed) die waren ingeschreven bij negen Amerikaanse aidsbehandelcentra, daalden de sterfte en incidentie van aids tussen begin 1994 en medio 1997 met driekwart: van 35 naar 9 respectievelijk van 50 naar 13 per 100 persoonsjaren. Deze daling hing duidelijk samen met de introductie van proteaseremmers (Pal98). Ook blijkens gegevens uit Canada, Australië en verschillende Europese landen heeft tripeltherapie de ziekte en sterfte door infecties met HIV met 60 tot 80 procent teruggedrongen bij patiënten met ernstige aantasting van het immuunsysteem (Bro97, Egg97, Hog97, Mou97).

In Nederland bleef vanaf 1992 het aantal nieuwe patiënten met aids op een niveau van bijna 500 per jaar (Rijl99). Vanaf 1996 is dit aantal scherp gedaald, tot ongeveer 200 in 1998 (JGZ00). Deze daling is niet te verklaren uit epidemiologische ontwikkelingen los van de introductie van tripeltherapie (Ter97). De sterfte aan aids in Nederland was in 1998, met 136 geregistreerde sterfgevallen, minder dan eenderde van die in 1994 en 1995 (gemiddeld ongeveer 440) (CBS00, VTV97).

De commissie concludeert dat infectie met HIV tegenwoordig een behandelbare aandoening is.



## Conclusies

---

Dit advies heeft betrekking op een vergunningaanvraag voor 'universele' screening op infectie met HIV onder zwangeren. De commissie concludeert dat de screening, die de aanvrager wil aanbieden aan alle zwangeren in Amsterdam, bevolkingsonderzoek is. Anders dan in 1997 (GR97) concludeert de commissie nu dat infectie met HIV een behandelbare aandoening is geworden. Deze conclusie houdt in dat screening op HIV niet langer vergunningplichtig is krachtens de WBO. Op grond daarvan ziet de commissie voor zichzelf geen taak in de beoordeling van de vergunningaanvraag in kwestie.

---

Den Haag, 12 oktober 2000,  
voor de commissie

WA van Veen, arts,  
secretaris



---



---

## Literatuur

- 
- Alt99 Altés J, Guadarrama M, Force L, e.a. The impact of highly active antiretroviral therapy on HIV-related hospitalizations in 17 county hospitals in Catalonia, Spain. *AIDS* 1999; 13: 1418-9.
- Cae97 Caeser. Randomised trial of addition of lamivudine or lamivudine plus loviride to zidovudine-containing regimens for patients with HIV-1 infections: the Caeser trial. *Lancet* 1997; 349: 1413-21.
- Cam98 Cameron DW, Heath-Chiozzi-M, Danner S, e.a. Randomised placebo-controlled trial of ritonavir in advanced HIV-1 disease. *Lancet* 1998; 351: 543-9.
- Car97 Carpenter CCJ, Fischl MA, Hammer SM, e.a. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1997; updated recommendations of the international AIDS Society-USA panel. *JAMA* 1997; 277 (24): 1962-9.
- CBS00 Anoniem. Sterfte naar doodsoorzaak in 1998. Mndstat bevolking (CBS) 2000; 48 (4): 58-63.
- Dan95 Danner SA, Carr A, Leonard JM, e.a. A short-term study of the safety, pharmacokinetics, and efficacy of ritonavir, an inhibitor of HIV-1 protease. *N Engl J Med* 1995; 333: 1528-33.
- DCC96 Delta Coordinating Committee. Delta: a randomised double-blind controlled trial comparing combinations of zidovudine plus didanosine or zalcitabine with zidovudine alone in HIV-infected individuals. *Lancet* 1996; 348: 283-91.
- Det98 Detels R, Muñoz A, McFarlane G, e.a. Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. *JAMA* 1998; 280: 1497-1503.
- Dom98 Domingo P, Guardiola JM, Ris J, e.a. The impact of new antiretroviral regimes on HIV-associated hospital admissions and deaths. *AIDS* 1998; 12: 529-30.
- Egg97 Egger M, Hirschel B, Francioli P, e.a. Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. *BMJ* 1997; 315: 1194-9.
-

- Fis90 Fischl MA, Richmann DD, Hansen N, e.a. The safety and efficacy of zidovudine (AZT) in the treatment of subjects with mildly symptomatic human immunodeficiency virus type 1 (hiv) infection. *Ann Intern Med* 1990; 112: 727-37.
- Fle98 Fleming PL, Ward JW, Karon JM, e.a. Declines in AIDS incidence and deaths in the USA: a signal change in the epidemic. *AIDS* 1998; 12 (suppl A): S55-S61.
- Got98 Gottlieb S. AIDS deaths fall by nearly one half. *BMJ* 1998; 317: 1032.
- GR97 Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: HIV-surveillance Amsterdamse peilstations. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1997; publicatie nr. 1997/22.
- GR97a Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: de reikwijdte (4). Rijswijk: Gezondheidsraad, 1997; publicatie nr. 1997/21.
- GR98 Gezondheidsraad. Resistentievorming bij het gebruik van HIV-remmende geneesmiddelen. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1998; publicatie nr. 1998/07.
- GR99 Gezondheidsraad. Herziening van het HIV-testbeleid. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999; publicatie nr. 1999/02.
- Ham96 Hammer SM, Katzenstein DA, Hughes MD, e.a. A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV-infected adults with CD4 cell counts from 200 to 500 per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1996; 335: 1081-90.
- Ham97 Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, e.a. A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. *N Engl J Med* 1997; 337: 725-33.
- Ham98 Hamers FF, Downs AM, Infuso A, e.a. Diversity of the HIV/AIDS epidemic in Europe. *AIDS* 1998; 12: S63-S70.
- Har00 Harrington M, Carpenter CCJ. Hit HIV-1 hard, but only when necessary. *Lancet* 2000; 355: 2147-52.
- Hol98 Holtzer CD, Jacobson MA, Hadley WK, e.a. Decline in the rate of specific opportunistic infections at San Francisco General Hospital, 1994-1997. *AIDS* 1998; 12: 1931-2.
- IGZ00 Inspectie voor de Gezondheidszorg. AIDS in Nederland per 31 december 1999. Den Haag: IGZ, 2000.
- Law00 Law MG, Li Y, McDonald AM, e.a. Estimating the population impact in Australia of improved antiretroviral treatment for HIV infection. *AIDS* 2000; 14: 197-201.
- Led99 Ledergerber B, Egger M, Erard V, e.a. AIDS-related opportunistic illnesses occurring after initiation of potent antiretroviral therapy. The Swiss HIV cohort study. *JAMA* 1999; 282: 2220-6.
- Lun94 Lundgren JD, Phillips AN, Pedersen C, e.a. Comparison of long-term prognosis of patients with AIDS treated and not treated with zidovudine. *JAMA* 1994; 271: 1088-92.
- Mar95 Markowitz M, Saag M, Powderly WG, e.a. A preliminary study of ritonavir, an inhibitor of HIV-1 protease, to treat HIV-1 infection. *N Engl J Med* 1995; 333: 1534-9.
- Mic98 Michaels SH, Clark R, Kissinger P. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 405-6.
- Moc00 Mocroft A, Katlama C, Johnson AM, e.a. AIDS across Europe, 1994-98: the EuroSIDA study. *Lancet* 2000; 356: 291-6.
-

- Mou97 Mouton Y, Alfandari S, Valette M, e.a. Impact of protease inhibitors on AIDS-defining events and hospitalizations in 10 French AIDS reference centres. *AIDS* 1997; 11: F101-F105.
- Pal98 Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, e.a. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-60.
- Rijl99 Rijlaarsdam J, van der Laar MJW. AIDS in Nederland per 31 december 1998. *Infectieziekten Bulletin* 1999; 10: 149-50.
- Sar96 Saravolatz LD, Winslow DL, Collins G, e.a. Zidovudine alone or in combination with didanosine or zalcitabine in HIV-infected patients with the acquired immunodeficiency syndrome or fewer than 200 CD4 cells per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1996; 335: 1099-1106.
- Sch00 Schwarcz SK, Hsu LC, Vittinghoff E, e.a. Impact of protease inhibitors and other antiretroviral treatments on acquired immunodeficiency syndrome survival in San Francisco, California, 1987-1996. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 178-85.
- Sta96 Besluit van 5 juni 1996 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet op het bevolkingsonderzoek alsmede van het Besluit bevolkingsonderzoek. *Staatsblad* 1996; nr. 335. Den Haag: SDU, 1996.
- Ter97 Termorshuizen F, Houweling H. HIV/aids in Nederland: betere behandelingsmogelijkheden maken HIV-in plaats van aidssurveillance noodzakelijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 1928-9.
- Tor97 Torres RA, Barr M. Impact of combination therapy for HIV infection on inpatient census. *N Engl J Med* 1997; 336: 1531-2.
- Vol94 Volberding PA, Lagakos SW, Grimes JM, e.a. The duration of zidovudine benefit in persons with asymptomatic HIV infection. *JAMA* 1994; 272: 437-42.
- VTV97 Ruwaard D, Kramers PGN (eindred). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*. Bilthoven: RIVM, 1997.
-



---

A De commissie

---

## **Bijlage**





## De commissie

- 
- dr H Rigter, *voorzitter*  
hoogleraar sociale aspecten van medische technologie;  
Erasmus Universiteit Rotterdam
  - dr HR Büller  
hoogleraar vasculaire geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
  - dr JJM van Delden  
ethicus; Universiteit van Utrecht
  - dr mr JCJ Dute (lid vanaf 7 september 2000)  
gezondheidsjurist, Universiteit Maastricht
  - dr PG Frets (lid tot 1 oktober 2000)  
psycholoog; Rotterdam
  - dr mr J Legemaate (lid tot 7 september 2000)  
hoogleraar gezondheidsrecht; Erasmus Universiteit Rotterdam
  - dr WAHJ van Stiphout  
arts-epidemioloog; Den Haag
  - dr FW van der Waals  
huisarts; Amsterdam
  - JJJ Pieters, arts, *adviseur*  
Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag
  - dr PMM Beemsterboer, *adjunct-secretaris*  
Gezondheidsraad, Den Haag
-

- mr ETM Olsthoorn-Heim, *secretaris*  
Gezondheidsraad, Den Haag
- WA van Veen, arts, *secretaris*  
Gezondheidsraad, Den Haag