

32793 Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 878 Brief van de staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 december 2025

Een gezonde bevolking is van onschatbare waarde en is cruciaal voor het welzijn van mensen, de maatschappelijke participatie en de houdbaarheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van ons zorgstelsel. Gezien de grote uitdagingen, zoals de toenemende druk op de gezondheidszorg door onder meer (dubbele) vergrijzing en gezondheidsachterstanden, is het noodzakelijk blijvend onze beleidsfocus te verschuiven van ziekte en zorg naar gezondheid en welzijn, door meer in te zetten op effectieve preventie.

Een sterke verschuiving naar preventie is essentieel om toekomstige problemen te voorkomen in plaats van achteraf te moeten genezen. Met het investeringsmodel voor preventie willen we beter zicht krijgen op preventieve maatregelen, hun gezondheidseffecten en de brede maatschappelijke en budgettaire gevolgen op de korte, middellange en lange termijn. Zo kunnen we gericht investeren in interventies die werken en de innovatie binnen preventie verder stimuleren. De afgelopen periode heeft uw Kamer al enkele brieven over de ontwikkeling van dit investeringsmodel ontvangen.^{1,2,3}

In deze brief schets ik de voortgang van de ontwikkeling van het investeringsmodel aan de hand van de pijlers (1) passend bewijs voor preventie, (2) het afwegingskader, (3) financiële besluitvorming en (4) monitoring en evaluatie. Daarnaast deel ik informatie over ontwikkeling van een internationale consultatie ten behoeve van het investeringsmodel voor preventie.

Pijler 1: Passend bewijs voor preventie

In oktober ontving uw Kamer de richtlijn passend bewijs voor preventie⁴, die is opgesteld door een onafhankelijke Adviescommissie onder leiding van prof. dr. Ter Weel. Dit is een mijlpaal, want met deze richtlijn is de eerste pijler van de

¹ Kamerstuk 32 793, nr. 712.

² Kamerstuk 32 793, nr. 783.

³ Kamerstuk 32 793, nr. 849.

⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 869.

ontwikkeling van het investeringsmodel af. De richtlijn geeft de noodzakelijke methodologische handvatten om de effectiviteit van preventiemaatregelen voldoende overtuigend te onderbouwen, ook buiten de gezondheidszorg, zoals bij armoedebelief of leefomgevingsmaatregelen. Daarmee is de richtlijn ook bruikbaar om vast te stellen of budgettaire effecten van preventiemaatregelen overtuigend onderbouwd zijn.

Ik vind het belangrijk dat onderzoek op het terrein van preventie de richtlijn passend bewijs voor preventie als uitgangspunt hanteert. Ik heb hierover diverse partijen geïnformeerd⁵ en ik heb dit punt benoemd in de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2025-2028, die naar verwachting deze maand gepubliceerd wordt.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is door een aantal partijen die onderzoek uitvoeren naar (effectiviteit) van maatregelen in de publieke gezondheidszorg benaderd met de vraag hoe zij de richtlijn kunnen toepassen. Ik waardeer en stimuleer dit, in de verwachting dat onderzoeken zich meer en meer gaan richten naar de standaard die in deze richtlijn wordt gezet.

Intermediaire uitkomstmaten

De technische werkgroep Kosten en baten van preventie heeft geconstateerd dat veel baten van preventie, zoals gezondheidseffecten, pas op de langere termijn zichtbaar worden.⁶ Vaak pas na een regeerperiode van vier jaar. Om desondanks betrouwbare uitspraken te kunnen doen over deze langetermijneffecten is het noodzakelijk gebruik te maken van intermediaire uitkomstmaten (gedragsverandering, leefstijlverbetering of risicoreductie) in combinatie met modellering. De adviescommissie richtlijn passend bewijs voor preventie bevestigt dat een aanpak met intermediaire effecten en modellering essentieel en bruikbaar is voor het investeringsmodel. Daarbij benadrukt de adviescommissie dat dit geen nieuw concept is en al wordt toegepast bij curatieve interventies. Zij stelt dat tussen de gekozen intermediaire uitkomsten en einduitkomsten een overtuigende onderbouwing moet bestaan. Een overzicht van mogelijke intermediaire uitkomstmaten voor preventie, die voldoen aan de richtlijn passend bewijs voor preventie, bevordert de vergelijkbaarheid tussen onderzoeken en ondersteunt een uniforme toepassing van de richtlijn. Om die reden ben ik voornemens dit overzicht te laten opstellen en periodiek te actualiseren.

⁵ CPB, GR, ZonMw, RIVM, ZIN, PBL (zie ook Kamerstuk 32 793, nr. 869).

⁶ Kamerstuk 32 793, nr. 712.

Pijler 2: Afwegingskader

De inschatting van de aard en omvang van de effecten van invoering van een preventieve maatregel zal in de toekomst worden onderbouwd met het afwegingskader ten behoeve van het investeringsmodel voor preventie. Het ontwikkelen van een volwaardig en breed gedragen afwegingskader is omvangrijk en gaat de komende jaren door. Ik verwacht dat vanaf 2027 een eerste volwaardige versie van het afwegingskader beschikbaar zal zijn, die in 2028 en 2029 verder verfijnd zal worden.

Het RIVM is vóór de zomer van 2025 gevraagd een stevig onderbouwd afwegingskader vorm te geven én daarbij aan te sluiten op de toen nog te publiceren richtlijn passend bewijs voor preventie. Inmiddels heeft de

Adviescommissie haar richtlijn gepubliceerd en neemt het RIVM deze mee in de ontwikkeling van het afwegingskader.

De ontwikkeling van het afwegingskader wordt inzichtelijk gemaakt doordat het RIVM regelmatig zal publiceren over de gebruikte methodologie en over de casussen die worden gebruikt om het prototype van het afwegingskader te ontwikkelen en te verfijnen. Dit geeft het RIVM en ons inzicht in de stappen die nog gezet moeten worden om tot een volwaardig afwegingskader en een goed onderbouwd besluitvormingsproces over preventie te komen. Indien uw Kamer dat wenst, kan een technische briefing worden verzorgd over het afwegingskader van het investeringsmodel.

Het prototype van het afwegingskader is opgebouwd als



weergegeven in figuur 1.

Figuur 1. Bouwstenen en elementen afwegingskader. Bron: RIVM

In deze eerste fase zijn drie casussen uitgewerkt. Deze zijn gekozen vanwege de potentie om het afwegingskader in dit stadium te ontwikkelen, vanwege de brede benadering van preventie, potentiële brede maatschappelijke baten ook buiten het gezondheidsdomein op de beleidsterreinen van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) en waar mogelijk relevant voor het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).

Het betreft (1) een maatregel op het beleidsterrein van VWS met een mogelijk effect op de zorg en een e-health component (een smartphoneapp voor zelfcontrole van verdachte huidplekjes), (2) een maatregel met verwacht effect op het beleidsterrein van de ministeries van VWS, OCW en SZW en relevant voor het AZWA (aanbieden van een programma voor scholieren om hun sociaal-emotionele vaardigheden te verbeteren) en (3) een maatregel in de leefomgeving op een beleidsterrein van het ministerie van IenW met een mogelijk effect op de zorg en beweeggedrag van mensen (een verplichting tot het dragen van een fietshelm).

De inhoudelijke uitwerking van deze casussen is beschikbaar op de website van het RIVM (<https://www.rivm.nl/afwegingskader-preventie>).

Inzichten ontwikkeling afwegingskader

Uit de toepassing van het afwegingskader op de eerste drie casussen kunnen de volgende inzichten worden afgeleid:

1) Het afwegingskader is breed toepasbaar

De hierboven beschreven eerste drie casussen maken duidelijk dat de bouwstenen en elementen van het afwegingskader breed toepasbaar en relevant zijn. Het afwegingskader is naar verwachting bruikbaar voor preventiemaatregelen die in de toekomst worden onderzocht. Dit geldt zowel wanneer gezondheid het primaire als het secundaire doel van de maatregel is. Daarmee is deze systematische aanpak een belangrijke basis voor de Rijksbrede agenda 'Gezondheid in alle beleidsdomeinen'.

2) Het afwegingskader zorgt voor uniformiteit en vergelijkbaarheid

De uitwerking en beoordeling van de drie inhoudelijk verschillende maatregelen is door het gebruik van het afwegingskader uniform en daarmee onderling vergelijkbaar op onderdelen en uitkomsten. Hierdoor kunnen maatregelen naast elkaar worden gepresenteerd en waar wenselijk worden geordend op de effecten die beleidsprioriteit hebben.

3) Het afwegingskader identificeert evaluatie- en monitoringsbehoefte

Wat opvalt bij de drie onderzochte maatregelen is de variatie in concreetheid waarmee het RIVM het afwegingskader kan invullen. Niet voor alle maatregelen bleek tijdens de uitwerking van de casussen voldoende passend bewijs beschikbaar te zijn. Als dit bewijs in onvoldoende mate beschikbaar is, kunnen financiële reeksen en effecten op de maatschappelijke kosten en baten niet voldoende onderbouwd worden. Dit benadrukt het belang van kwalitatief hoogwaardig onderzoek naar de effectiviteit van een maatregel. Waar bewijs zoals gevraagd in de richtlijn passend bewijs voor preventie ontbreekt, zal het afwegingskader de leemtes aan passend onderzoek identificeren. Het heeft echter de voorkeur dat op het moment van identificatie van en keuze voor een casus al voldoende duidelijk is dat het bewijs voor het gezondheidseffect waarschijnlijk voldoet aan de richtlijn passend bewijs preventie.

4) Het afwegingskader vraagt om validatie en deskundigheid

Het RIVM heeft bij de uitwerking van deze maatregelen en de invulling van het afwegingskader samengewerkt met andere deskundigen. Ook in de toekomst blijft het betrekken van externe deskundigen vanuit verschillende vakgebieden een belangrijk uitgangspunt, in het bijzonder bij de validatie van uiteenlopende empirische gegevens en de wijze waarop deze in het afwegingskader worden samengebracht.

Inzichten afwegingskader en het investeringsbesluit

5) Het afwegingskader is vooruitlopend op budgettaire besluitvorming

Het afwegingskader heeft hoogwaardige kwalitatieve en kwantitatieve data nodig om zicht te kunnen geven op budgettaire effecten. De drie onderzochte maatregelen laten zien dat dit kan als er passend bewijs is, zoals bij het schoolprogramma voor het verbeteren van sociaal-emotionele vaardigheden. De beschikbare informatie over mogelijke budgettaire effecten wordt een specifiek aandachtspunt voor de selectie van casussen in de tweede helft van 2026.

6) Het afwegingskader bevindt zich in een dynamische omgeving

Het onderzoek naar preventiemaatregelen die meer gezondheid opleveren door o.a. marktpartijen, GGD'en en maatschappelijke fondsen gaat door, ook nadat de effecten van een maatregel via het afwegingskader op een moment in de tijd zijn berekend. Dit betekent dat nieuwe onderzoeken of bijstelling van de werkingsmechanismen de uitkomsten van de effectbeoordeling kunnen veranderen. De wijze waarop en door wie wordt bepaald van welke maatregel de effecten (al dan niet opnieuw) worden geschat met behulp van het afwegingskader is nog niet bepaald.

7) Het afwegingskader vraagt een helder bestuurlijk model

Het beschikbaar komen van informatie over maatregelen die een breed maatschappelijk gebied raken, vraagt om een goede inbedding. Bij alle maatregelen zijn er belanghebbenden en spelen mogelijk ook financiële belangen. Dat betekent dat zal moeten worden uitgedacht hoe de sturing op de investeringen in preventie en het investeringsmodel vorm kan krijgen. Dit wordt urgenter naarmate er grotere belangen op het spel staan.

Pijler 3: Financiële besluitvorming

In antwoorden op vragen over de ontwerpbegroting VWS 2026 heb ik uw Kamer laten weten dat de oplevering van een ambtelijk rapport met een verkenning van de voor- en nadelen van verschillende financieringsopties voor preventiemaatregelen vanwege de val van het kabinet is vertraagd. In overleg met het ministerie van Financiën onderzoek ik op welke termijn dit rapport gereed kan zijn.

Ik vind het essentieel de beweging van zorg naar gezondheid (preventie) te maken. Uitgaven aan preventie kunnen toekomstige zorgkosten vermijden en kunnen gezien worden als een investering in menselijk kapitaal en toekomstig verdienvermogen. Het directe effect van een preventiemaatregel is immers dat voor vermeden ziekte geen zorgkosten en zorgpersoneel meer nodig is, naast de brede maatschappelijke baten van preventie. Om deze beweging te stutten is het wenselijk dat gewerkt wordt met een langeretermijn-investeringsagenda voor preventie met daaraan gekoppeld structurele middelen om daadwerkelijk te investeren.

Tot op heden wordt de financiering van preventieve maatregelen op de VWS-begroting bij slechts enkele dossiers gekoppeld aan de baten van de maatregelen, hierbij is het RS-prik een recent voorbeeld. In de praktijk blijkt het, gelet op de langere termijn van het laten uitbetalen van een preventiemaatregel in gezondheid en

mogelijk kostenbesparing op de begroting, nog moeilijk om preventiemaatregelen veelvuldig te voorzien van financiering door middel van besparingen. Het is namelijk lastig om deze potentiële besparingen op de lange termijn met passend bewijs te onderbouwen en te kwantificeren. Onder andere om die reden wordt het investeringsmodel ontwikkeld. Naar mijn mening past het aantonen van effectieve preventiemaatregelen en kwantificeren van de mogelijke budgettaire opbrengst bij de kerntaak van de overheid om de oplopende vergrijzingsgevoelige uitgaven in de zorg te beperken en de financiële houdbaarheid op lange termijn te waarborgen.

Daarnaast is in het AZWA afgesproken dat Zvw-besparingen van medische preventiemaatregelen ingezet kunnen worden voor investeringen in medische preventie. In het AZWA is ook een ontwikkelagenda van medische preventiemaatregelen opgenomen die de komende jaren verder wordt uitgewerkt.

In de brief aan uw Kamer over het investeringsmodel voor preventie van juni dit jaar heeft mijn ambtsvoorganger u laten weten dat ook private investeerders interesse kunnen hebben in investeringen in interventies met maatschappelijke impact, zoals preventie. Daarom onderzoek ik ook de rol die private partijen kunnen hebben binnen deze pijler van het investeringsmodel. Dit onderzoek bevindt zich nog in een prille fase. Zo zie ik bijvoorbeeld de ontwikkeling van het *Lifesciences and Healthcare Impact Framework* van de LIFE-coalitie.⁷ Dit raamwerk beoogt investeerders één taal te laten spreken over wat de impact van een investering in zorg en welzijn is en hoe die gemeten kan worden. Het raamwerk richt zich op innovaties in de medische technologie en is in de toekomst mogelijk ook toepasbaar op sociale innovaties en preventie. Het ministerie van VWS zal deze ontwikkeling blijven volgen om synergie met het investeringsmodel voor preventie te borgen.

Daarnaast heb ik met interesse kennisgenomen van het recent gepubliceerde rapport van Social Finance NL en de Rabobank getiteld 'Innovatieve financiering van preventie'. Social Finance laat aan de hand van casussen zien hoe knelpunten in financiering van preventie zijn aangepakt in een aantal andere landen en doet suggesties voor Nederlands beleid. Deze suggesties zijn voorsnog geen voorgenomen of lopend beleid van het ministerie van VWS, maar ik betrek de inzichten van dit rapport graag in de verdere

⁷ De LIFE-coalitie bestaat uit Invest-NL, PGGM, Achmea IM, VGC en CbusineZ.

gedachtevorming over de ontwikkeling van het investeringsmodel voor preventie.

Pijler 4: Monitoring en evaluatie

De vierde pijler van het investeringsmodel richt zich op monitoring en evaluatie. Het primaire doel van deze pijler is het genereren van data ten behoeve van inzicht in de daadwerkelijke bredere effecten van preventieve maatregelen, waarbij zowel uitkomsten binnen als buiten het gezondheidsdomein worden meegenomen. Deze bredere effecten worden uitgedrukt in harde en zachte uitkomstmaten, zoals kostenbesparing, levensgeluk, sociale cohesie en productiviteit.

ZonMw is in het najaar van 2025 gestart met de subsidieronde 'Bouwen aan de businesscase van preventie: passend bewijs voor preventieve maatregelen'.⁸ Daarbij is het doel het genereren van passend bewijs voor bestaande, nog niet effectief bewezen preventieve maatregelen, waar al wel indicaties zijn voor effectiviteit. De projecten uit de praktijk die uit deze ronde voortkomen zullen zoveel mogelijk aansluiten bij de richtlijn passend bewijs voor preventie.

Projectideeën kunnen tot eind maart 2026 bij ZonMw worden ingediend, waarna de goedgekeurde onderzoeken kunnen worden uitgevoerd. De resultaten zullen na afronding van de projecten bruikbaar zijn voor beleid.

Internationale consultatie

De ontwikkeling van alle-vier de pijlers van het investeringsmodel heeft baat bij inzichten van andere landen die wellicht al (delen) van de door mij beoogde veranderingen in de praktijk brengen. In de brief over het investeringsmodel van juni dit jaar heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer laten weten dat de Europese Commissie budget heeft toegekend om met het ministerie van VWS een project op te starten ten behoeve van deze internationale consultatie. Ik ben blij u te kunnen laten weten dat de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) hiervan opdrachtnemer is geworden. De OESO heeft vijf referentielanden – het Verenigd Koninkrijk, Canada, Zweden, Nieuw-Zeeland en Duitsland – geselecteerd die beschikken over uiteenlopende kennis en ervaringen met betrekking tot economische evaluatie en besluitvorming rond preventiebeleid. Deze landenstudies, aangevuld met casusonderzoek en een expertbijeenkomst, dienen als basis voor een vergelijkende analyse waarin de Nederlandse

⁸ <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/subsidie-voor-passend-bewijs-voor-preventieve-maatregelen>

praktijk wordt afgezet tegen internationale goede voorbeelden. Op basis van deze analyse zal de OESO aanbevelingen formuleren voor de verdere versterking van de institutionele, methodologische en financiële randvoorwaarden voor een duurzaam investeringsmodel. Het project duurt in totaal 22 maanden.

Ten slotte

Over een half jaar wordt uw Kamer opnieuw geïnformeerd over de voortgang van de ontwikkeling van het investeringsmodel voor preventie. Daarbij ga ik in op de inzichten die we krijgen van de casussen van het afwegingskader die het RIVM in het eerste kwartaal van 2026 publiceert (regulering van verkooppunten voor ongezonde voeding en een regeling om de mondzorg-kosten voor minima te vergoeden). In 2026 zal ik uw Kamer ook informeren over *hoe* vaststelling van de kosteneffectiviteit van gezondheidswinst kan plaatsvinden (het gebruik en hoogte van de QALY-waarde voor het uitdrukken van gezondheidswinst). Daarnaast hoop ik uw Kamer inzicht te kunnen geven in de mogelijke institutionele inbedding van het afwegingskader en de financiële besluitvorming. Dit zal ook afhankelijk zijn van de keuzes die de volgende regering maakt.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J.Z.C.M. Tielen