Eerste Kamer der Staten-Generaal **I**

Vergaderjaar 2025-2026

32 793 Preventief gezondheidsbeleid

0 **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS JEUGD, PREVENTIE EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 oktober 2025

Hierbij bied ik u een afschrift aan van mijn brief aan de Tweede Kamer inzake de aanbieding van het rapport van de Adviescommissie richtlijn passend bewijs preventie, zoals aan uw Kamer is toegezegd[1].

De staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport,

Judith Zs.C.M. Tielen

[1] TO3937

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS JEUGD, PREVENTIE EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 oktober 2025

De gezondheidsuitdagingen van deze tijd zijn groot: onder andere (dubbele) vergrijzing, gezondheidsachterstanden en de gevolgen van een minder gezonde leefstijl leiden tot een hogere druk en stijging van kosten van de gezondheidszorg. Als we ook in de toekomst toegang tot hoge kwaliteit van zorg willen behouden, is het van belang om overheidsbeleid (landelijk en lokaal) minder op ziekte en zorg en meer naar gezondheid en welzijn te bewegen. Met andere woorden, om meer in te zetten op effectieve preventie. De mate van effectiviteit en doelmatigheid van preventie is belangrijk om de juiste beleidskeuzes te kunnen maken, maar moeilijk te bepalen. Met het investeringsmodel voor preventie willen we beter zicht krijgen, opdat preventiemaatregelen daadwerkelijk effectief zijn en innovatie van preventie wordt gestimuleerd. Een belangrijke eerste stap is gezet door een onafhankelijke Adviescommissie, die de richtlijn passend bewijs preventie heeft gemaakt. Met deze brief bied ik u deze richtlijn aan.

Deze brief is een vervolg op de Kamerbrieven [2,3,4] over het investeringsmodel voor preventie en in navolging van de formele opdracht van het kabinet aan een onafhankelijke Adviescommissie[5]. Deze richtlijn geeft handvatten voor het methodologisch onderbouwen en beoordelen van de effecten van preventieve maatregelen, zodat bewijs voor de effectiviteit voldoende overtuigend is om daar (financiële) besluitvorming op te kunnen baseren.

Het investeringsmodel kent vier pijlers. Pijler 1 bestaat uit een richtlijn waarmee het passend niveau van bewijs voor de gezondheidseffectbepaling van preventiemaatregelen kan worden bepaald en over het gebruik hiervan. In april 2025 heeft het kabinet de Adviescommissie richtlijn passend bewijs preventie ingesteld en op 23 oktober jl. heeft het ministerie van VWS de richtlijn in ontvangst genomen. In pijler 2 ontwikkelt het RIVM een afwegingskader waarmee de maatschappelijke gevolgen, waaronder kosten en baten van preventiemaatregelen, inzichtelijk kunnen worden gemaakt. In dit afwegingskader worden ook gezondheidseffecten en verdelingseffecten meegenomen. De richtlijn passend bewijs preventie vormt in het afwegingskader het uitgangspunt voor de beoordeling van het bewijs of een maatregel wel of niet werkt. Vervolgens vindt er in pijler 3 een politieke weging en publieke besluitvorming over het wel of niet invoeren van de maatregel en de financiering. Pijler 4 richt zich op het verzamelen van relevante data om de effecten van maatregelen te monitoren.

Deze brief schetst kort de richtlijn en geeft een beknopte beleidsreactie. Met het versturen van deze brief is deze eerste pijler af en voldoe ik aan de toezegging om u te informeren over toepassing en bereik van de richtlijn[6]. Over pijler 2, 3 en 4 stuur ik u in december een voortgangsbrief.

Opbouw en bereik van de richtlijn passend bewijs preventie

De Adviescommissie heeft de opdracht gekregen een richtlijn te ontwikkelen waarmee het passend niveau van bewijs kan worden vastgesteld waarmee het gezondheidseffect

[2] Kamerstukken II 23/24, 32 793, nr. 712.
[3] Kamerstukken II 24/25, 32 793, nr. 783.
[4] Kamerstukken II 24/25, 32 793, nr. 849.
[5] Kamerstukken II 24/25, 32 793, nr. 819.
[6] Kamerstukken II 24/25, 32 793, nr. 849.

van een preventiemaatregel kan worden bepaald. Het doel is om het bewijs voldoende overtuigend is om te gebruiken bij (financiële) besluitvorming. Om dit mogelijk te maken heeft het kabinet een onafhankelijke Adviescommissie ingesteld onder leiding van prof. dr. Bas ter Weel. In de Adviescommissie hebben meerdere inhoudelijke, methodologische en beleidsmatige experts zitting, evenals vertegenwoordiging vanuit het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Zorginstituut (ZIN). Daarnaast waren het Centraal Planbureau (CPB) en de Gezondheidsraad (GR) vaste adviseurs en waren vertegenwoordigers vanuit het ministerie van Financiën en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) waarnemer.

Bereik van de richtlijn

De Adviescommissie adviseert de richtlijn van toepassing te laten zijn op al het preventiebeleid, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, dat zich primair of secundair richt op het behouden van een goede gezondheid of het voorkomen van het ontstaan of verergeren van gezondheidsproblemen. Hiermee sluit de Adviescommissie aan bij het advies van de Technische werkgroep kosten en baten van preventie[7]. Dit betekent dat de richtlijn van toepassing is op interventies waarin gezondheid centraal staat, zoals vaccinaties, bevolkingsonderzoeken, regulering en beprijzing, en op interventies waarbij gezondheid veelal een secundair doel is, zoals bijvoorbeeld voor armoedebeleid of maatregelen in de leefomgeving.

Richtlijn geeft richting aan het preventie en gezondheidsonderzoek

De Adviescommissie kiest ervoor een duidelijke ondergrens vast te stellen waar het gaat om het vaststellen van effectiviteit. Daarbij heeft de Adviescommissie onderzocht of de richtlijn haalbaar is – kan worden voldaan aan de voorgestelde onderzoeksmethodiek.

De twintig voorbeelden van bestaand onderzoek die de Adviescommissie in haar rapport presenteert, laten zien dat de richtlijn enerzijds een behoorlijk niveau van bewijs vraagt en anderzijds dat dit haalbaar is en ruimte biedt om onderzoek naar gezondheidseffecten van preventie te doen. De voorbeelden bieden handvatten voor de inrichting van het onderzoek en zijn zo gekozen dat zij zoveel mogelijk de breedte van het preventieveld bestrijken. De Adviescommissie verwacht dan ook dat de richtlijn zal leiden tot een professionaliseringsslag van het onderzoeksveld als het gaat om de onderbouwing van het bewijs van preventie- en gezondheidsmaatregelen.

De Adviescommissie noemt voldoende middelen voor onderzoek en een infrastructuur van observationele data om te monitoren en te evalueren belangrijke voorwaarden voor een succesvolle toepassing van de richtlijn. Daarbij ziet de Adviescommissie de verzameling en ontsluiting van onderzoeksgegevens als een belangrijke kennisvraag.

Richtlijn gaat over passende onderzoeksmethoden

De richtlijn richt zich op te hanteren onderzoeksmethoden die voldoende zekerheid geven over de oorzaak-gevolgrelatie tussen een maatregel en de beoogde uitkomsten binnen de onderzoekspopulatie (interne validiteit). Daarnaast geeft zij duidelijkheid onder welke voorwaarden bewijs afkomstig uit een andere context toepasbaar is (toepasbaarheid). Tot slot adviseert ze hoe met de vaststelling en onzekerheid over langetermijneffecten kan worden omgegaan.

<u>Interne validiteit</u>
De Adviescommissie hanteert het uitgangspunt dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij werkwijzen die gebaseerd zijn op de richtlijn maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) voor het sociaal domein en de beoordelingskaders en richtlijnen die worden gehanteerd door het Zorginstituut en de Gezondheidsraad voor het medisch-

[7] Kamerstukken II 23/24, 32 793, nr. 712.

en zorgdomein. In de richtlijn kiest de Adviescommissie voor de ordening van onderzoeksmethoden volgens de Maryland Scientific Methods Scale (SMS) met als ondergrens voor passend bewijs niveau 3 van deze schaal.[8] Daarnaast heeft de Adviescommissie oog voor een afwijkende aanpak (zie volgende paragraaf).

Toepasbaarheid
Relevant voor de toepasbaarheid van bewijs verkregen in een andere context is de informatie over de werkzame elementen. Als de werkingsmechanismen duidelijk zijn beschreven in een onderzoek en effectief zijn gebleken, kunnen deze worden vertaald naar een andere context. Er is een aantal criteria opgesteld waaraan moet worden voldaan om een dergelijke vertaling geloofwaardig te kunnen doen.

Langetermijneffecten
Tenslotte is het vaststellen van langetermijneffecten van groot belang. Er zijn voorbeelden van preventieaanpakken die na decennia gezondheidseffecten hebben. Een probleem hierbij is dat er dikwijls geen tijd is om langetermijneffecten af te wachten, omdat dit de gezondheid zou kunnen schaden. Ook zijn er dikwijls geen betrouwbare studies beschikbaar die op lange termijn de effecten van preventieve maatregelen beoordelen. De commissie adviseert daarom te zoeken naar beschikbare en betrouwbare intermediaire uitkomstmaten die indicatief zijn voor langetermijneffecten en gebruik te maken van modellen om deze effecten te berekenen. Daarbij is het van belang zo goed mogelijk aan te sluiten op de wetenschappelijke literatuur, het aannemelijk maken van het belang van de intermediaire uitkomst voor de gezondheidseffecten op lange termijn en de modellen die worden ingezet te voorzien van een gevoeligheidsanalyse.

Richtlijn laat ruimte en heeft oog voor experimenten

De Adviescommissie wijst erop dat de richtlijn een eerste stap is om afspraken te maken over passend bewijs voor preventie. Tegelijkertijd is preventie een groot en complex gebied en zal niet elke maatregel altijd binnen de richtlijn passen. Daarom geldt het principe ’pas toe of leg uit’: wie afwijkt, moet dat duidelijk en onderbouwd uitleggen. Daarnaast blijft er ruimte voor nieuwe ideeën en experimenten. Nieuwe preventiemethoden en innovatie op het terrein van gezondheid verdienen een kans om met een valide onderzoeksdesign getest te worden, ook als er nog weinig bewijs is. Zo ontstaat er op termijn beter bewijs over wat werkt en wat niet.

Verder adviseert de Adviescommissie de richtlijn over enkele jaren te evalueren. Is er inderdaad beter passend bewijs, zijn er gezondheidsmaatregelen die te weinig aandacht krijgen, omdat ze andere onderzoeksmethodieken vereisen, en vraagt dit dan om aanpassing van de richtlijn? Tenslotte is het belangrijk dat de richtlijn een duidelijk plek krijgt in het beleid en te benoemen welke partij toeziet op de naleving van de richtlijn.

Beleidsreactie

De richtlijn zal bijdragen aan een verdere professionalisering van het goed onderbouwen van de effecten van preventie- of gezondheidsmaatregel en/of aanpak en biedt zo ook een basis voor toetsing van financiële reeksen en de daaraan ten grondslag liggende onderbouwing. De richtlijn is hiermee een belangrijke stap voorwaarts om in de toekomst beter onderbouwde besluiten te kunnen nemen over publieke inzet op gezondheid. Hiermee kan doeltreffendheid en doelmatigheid van het

[8] De Maryland Scientific Methods Scale (SMS) is een ordening van onderzoeksmethoden om vast te stellen hoe geloofwaardig een onderzoek naar de werking van een programma, maatregel, aanpak of interventie is uitgevoerd. Niveau 3 betekent dat het onderzoek een geloofwaardige controlegroep gebruikt. Hiermee wordt een groep mensen bedoeld die niet meedoet aan het programma, aanpak of de maatregel en die wordt vergeleken met een behandelgroep waarvoor dit wel het geval is. Er zijn verschillende onderzoeksmethoden – naast de in de medische wetenschappen gebruikelijke gerandomiseerde experimenten – die hierin voorzien.

beleid verbeteren, en wordt bovendien meer inzicht in de maatschappelijke opbrengsten van het preventiebeleid verkregen.

Tegelijkertijd erkent de Adviescommissie terecht dat er ruimte is om beleid in te voeren als het bewijs voor effectiviteit nog niet sterk genoeg aanwezig is. Door te experimenteren kan op termijn sterker bewijs worden opgebouwd. Daarnaast kan bijvoorbeeld de gezondheidsschade zo ernstig zijn, dat vanuit voorzorg al actie moet worden ondernomen. Wanneer passend bewijs volgens de richtlijn vereist is of wanneer een minder stevige onderbouwing volstaat is volgens de Adviescommissie onderdeel van politieke besluitvorming.

Het werk van de Adviescommissie is belangrijk, omdat het inzichtelijk maakt dat passend bewijs ook zonder gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) sterk overtuigend kan zijn. Dit is belangrijk omdat RCT‘s voor preventie niet altijd mogelijk of uitvoerbaar zijn. Aan de hand van de voorbeelden laat de Adviescommissie zien dat op (bijna) alle terreinen passend bewijs van preventiemaatregelen te verkrijgen is. Preventie is een breed terrein, waarin niet elke maatregel binnen de kaders van de richtlijn zal passen. Ik kan mij dan ook goed vinden in het voorstel van de Adviescommissie om het ‘pas toe of leg uit’-principe te hanteren: waar van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit grondig gemotiveerd en uitermate transparant gebeuren.

De richtlijn is een belangrijke pijler voor het investeringsmodel voor preventie. Immers is passend bewijs voor de gezondheidseffecten van een maatregel nodig voor een goede inschatting van de gevolgen binnen het VWS-domein, zoals: de hoeveelheid inzet van zorgpersoneel, de gezondheidswinst bij de bevolking en de budgettaire effecten. Dit sluit ook aan op de afspraken die zijn gemaakt met partijen in het recent afgesloten Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). De richtlijn ondersteunt ook het gedachtegoed van Gezondheid in alle beleidsdomeinen, omdat het een basis legt voor het methodologisch goed in kaart brengen welke effecten er zijn binnen het ministerie van VWS en op andere beleidsterreinen, zoals van werk of onderwijs.

Ik ben van mening dat onderzoek dat voldoet aan de richtlijn beter onderbouwde besluiten geeft om te investeren in preventie en wil onderzoek vanuit het ministerie in de toekomst ook richten op het creëren van passend bewijs. De kwaliteit van het bewijs wordt naar een hoger niveau getild, zodat er een solide basis is voor toetsing van financiële reeksen en de daaraan ten grondslag liggende onderbouwing. Om die reden doe ik de oproep aan subsidiepartners, kennisinstellingen en adviesorganen van het ministerie van VWS om de richtlijn als uitgangspunt te nemen voor de onderbouwing van de gezondheidseffecten van en de advisering over preventiemaatregelen en te motiveren als dit niet mogelijk is gebleken.

Daarnaast zal ik enkele partijen per brief nader informeren, te weten:
- het CPB zal ik de richtlijn aanbieden ter ondersteuning van de meerjarige onderzoekslijn over preventie en gezondheidsbeleid. In deze onderzoekslijn benadert het CPB preventie vanuit een economisch perspectief en wordt ook samengewerkt met het RIVM;
- de Gezondheidsraad zal ik de richtlijn aanbieden ter overweging deze te betrekken bij de beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk in relatie tot preventieve maatregelen die zij beoordelen;
- het RIVM vraag ik om de methodiek zoals beschreven in de richtlijn te hanteren en als dit niet mogelijk is, te motiveren waarom hiervan is afgeweken. In het bijzonder betreft dit de ontwikkeling van het afwegingskader. De richtlijn is wat mij betreft het uitgangspunt;
- ZonMw vraag ik de toepassing van de richtlijn passend bewijs preventie te stimuleren, en de onderzoeksfinanciering voor evaluatieonderzoek op het terrein waarbij gezondheid primair of secundair een doel is zo in te richten dat het gefinancierde onderzoek bijdraagt aan het verkrijgen van passend bewijs voor

preventie, zoals verwoord in de richtlijn passend bewijs preventie, en
- het Zorginstituut zal ik de richtlijn aanbieden ter mogelijke aanvulling op de bestaande ‘stand van de wetenschap en praktijk’ beoordelingskaders.

Ten slotte zal ik laten onderzoeken:
- hoe de verzameling en ontsluiting van onderzoeksgegevens kan verbeteren. Door de Adviescommissie wordt dit een belangrijke kennisvraag genoemd, en
- hoe het ministerie van VWS bij het CPB en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) het traject op kan starten om de richtlijn passend bewijs preventie toe te voegen aan de MKBA-werkwijzer Sociaal Domein.

In juni is uw Kamer geïnformeerd over de ontwikkeling van het investeringsmodel voor preventie en toegezegd uw Kamer een stand van zaken toe te zenden in december. Ik zal dan nader ingaan op het gebruik van de richtlijn.

De staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport,

Judith Zs.C.M. Tielen