

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 744 Verslag van een schriftelijk overleg

Vastgesteld 10 april 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 17 januari 2024 over het rapport 'Preventie op waarde schatten. Advies van de Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie' (Kamerstuk 32 793, nr. 712).

De vragen en opmerkingen zijn op 6 maart 2024 aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 9 april 2024 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdD-fractie

II. Reactie van de staatssecretaris

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten' en zijn blij dat de minister hiermee gehoor geeft aan de motie over het ontwikkelen van een instrumentarium om de brede kosten en baten van preventie te kwantificeren. Deze leden hebben hierover nog wel een aantal aanvullende vragen.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het Kennisplatform de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) adviseert in navolging van de Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie (technische werkgroep) om een aanvullend instrumentarium te laten ontwikkelen waarmee de brede kosten en baten van preventie op de korte, middellange en lange termijn gekwantificeerd kunnen worden en om daarbij ook de verdelingseffecten mee te nemen. Dit instrumentarium zou politieke partijen dan de mogelijkheid moeten geven om preventiemaatregelen die zij overwegen te laten doorrekenen. Om de vergelijkbaarheid van economische evaluaties van beleid met gezondheid als doel te vergroten, adviseert de technische werkgroep om een breed gedragen werkgroep in te stellen die één Quality-Adjusted Life Year (QALY) waarde vaststelt die gebruikt dient te worden in alle economische evaluaties met gezondheidsbaten, onafhankelijk van hoe die gezondheidsbaten tot stand komen. Dit klinkt allemaal mooi, echter zijn de leden van de PVV-fractie sceptisch. Deze leden vrezen dat met het inschakelen van een QALY waarde voor preventie de mens uit het oog wordt verloren. Staren we ons niet blind op cijfers? Is het niet gewoon zo dat preventie niet altijd meetbaar is? En dat dit niet te allen tijde voorspelbaar en dus niet in geld uit te drukken is? Deze leden zijn dan ook blij dat de technische werkgroep vaststelt dat 'Keuzes in Kaart' niet geschikt en niet bedoeld is om de brede maatschappelijke kosten en baten van preventiemaatregelen te kwantificeren. En dat dit ook niet geschikt is voor het doorrekenen van verkiezingsprogramma's. Zijn er nog andere mogelijkheden om de kosten in kaart te brengen dan uitgaan van QALY waarden? En waarom is gekozen voor 50.000 euro en niet voor 80.000 euro? De leden van de PVV-fractie willen dat de maatschappelijke baten van behandelingen of preventie, zoals gezondheidseffecten, minder zorgkosten, minder arbeidsverzuim, hogere arbeidsparticipatie, nadrukkelijker moeten worden meegenomen in de zorgkosten. Deze leden missen in het rapport inhoudelijk meer over kwaliteit van leven, meer welzijn, meer tijd voor het gezin. Wordt hier ook rekening mee gehouden? De technische werkgroep 'acht het mogelijk om analoog aan de zorgplicht in de Zorgverzekeringswet te onderzoeken of en zo ja waar een preventie-plicht kan worden vastgelegd in wetgeving, zodat duidelijk is hoe de financiering en implementatie van preventieve maatregelen kan plaatsvinden'. Wat betekent dit concreet? En wat zijn de consequenties? Wordt er gehandhaafd wanneer iemand zich niet houdt aan de preventieplicht?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GL-PvdA-fractie

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten'. Het rapport komt met een groot aantal adviezen betreffende het preventiebeleid van de Nederlandse overheid. Deze leden vragen het kabinet in hoeverre zij bereid is om de adviezen van uit het rapport over te nemen. Zijn er adviezen die expliciet niet overgenomen gaan worden?

De leden van de GroenLinks-en PvdA-fractie constateren dat de werkgroep zeer nadrukkelijk adviseert om de gezondheidswinst van preventie altijd te meten in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (QALYs). Daarbovenop adviseert de technische werkgroep om de gezondheidswinst van preventie met hetzelfde geldbedrag te waarderen als medische zorg. Op dit moment is dat geldbedrag 50.000 euro per QALY. De leden van de Groenlink-PvdA-fractie vragen of het kabinet dit advies over wil nemen. Zo ja, welke preventiemaatregelen worden als allereerst om hun gezondheidswinst gewaardeerd in QALYS? Zijn er preventiemaatregelen die hierin volgens het kabinet de hoogste prioriteit verdienen?

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie constateren dat er door het ontbreken van structurele financiering voor elke nieuwe preventiemaatregel nieuw budget vrijgespeeld moet worden, wat niet altijd lukt. Als gevolg hiervan concludeert de technische werkgroep dat kosteneffectieve preventiemaatregelen lang niet altijd of pas heel laat ingevoerd worden. Een belangrijk advies van de technische werkgroep is dat er ruim en structureel geld budget vrijkomt voor de financiering van kosteneffectieve preventie. Deze leden vragen het kabinet of zij bereid is om structureel geld vrij te maken. Zo ja, hoeveel? Is het kabinet bereid om 2 procent van de VWS-begroting vrij te maken voor preventie, zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) adviseert?

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie hebben in het Sociaal-Economische Raad (SER-)advies 'Gezond opgroeien, wonen en werken - Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen' gelezen dat de SER oproept om snel werk te maken om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. De leden van GroenLinks-PvdA-fractie constateren dat er in Nederland grote sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn. Zo worden theoretisch opgeleiden gemiddeld vijf jaar ouder en leven zij gemiddeld veertien jaar langer in goede gezondheid dan praktisch geschoolden. Deze leden vragen het kabinet in hoeverre sociaal-economische gezondheidsverschillen een prioriteit wordt in preventiebeleid. Is het kabinet bereid om niet-kosteneffectieve maatregelen te nemen als deze sociaal-economische gezondheidsverschillen kleiner maken? Zijn hier in het huidige beleid al voorbeelden van?

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie constateren dat leef-, woon- en

werkomstandigheden, impactvolle gezondheidsdeterminanten zijn en dus een belangrijke factor zijn voor iemands gezondheid. Deze leden vragen aan het kabinet of deze impactvolle gezondheidsdeterminanten zich wel laten vertalen in QALYs. Zij constateren dat hier wel grote gezondheidswinsten preventief zijn te behalen. Zij vragen het kabinet of het kabinet bereid is in te blijven zetten op de impactvolle gezondheidsdeterminanten op basis van het model van Dahlgren zonder de doorrekening naar QALYs.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten. Advies van de Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie' en de reactie van de minister en de staatssecretaris op dit rapport. Deze leden zien graag dat er meer inzicht komt in de korte en langetermijneffecten van kosteneffectieve preventiemaatregelen en dat hierbij niet enkel en alleen gekeken wordt naar medische preventiemaatregelen. Het is dan ook goed dat met dit rapport een begin is gemaakt. Deze leden hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie willen weten of - gezien de onzekerheid over op welke termijn een nieuw kabinet zal aantreden - er punten zijn uit het rapport die al (deels) kunnen worden uitgevoerd, te denken valt aan verbeteringen aan de data-infrastructuur. Immers, het monitoren van de baten van een preventiemaatregel vraagt om een goede data-infrastructuur voor gezondheids- en leefstijl en data over andere determinanten van gezondheid. In hoeverre is dit onderdeel van het landelijk dekkend netwerk van infrastructuren? Tevens vragen deze leden hoe er uitvoering gegeven zal worden aan de aanbeveling om een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen om de brede baten van preventie te kwantificeren, ook gezien de Kamer hierover een motie aangenomen heeft. In het verlengde hiervan vragen zij waarom sommige preventieve maatregelen, zoals valpreventie, wel doorgerekend kunnen worden en andere preventieve maatregelen niet.

Daarnaast vragen de leden van de VVD-fractie hoe wordt voorkomen dat implementatie van preventiemaatregelen die al kosteneffectief zijn bevonden, wordt uitgesteld. Deze leden zien momenteel al dat de inzet van door de Gezondheidsraad positief beoordeelde vaccins als preventiemaatregel onder druk staat door gebrek aan begroot budget. Kan worden aangegeven hoe uitvoering wordt gegeven aan de motie Tielen die vraagt om een voorstel voor anticiperend budget voor vaccins met een positief Gezondheidsraadadvies?¹

De leden van de VVD-fractie constateren dat het instellen van een breed gedragen werkgroep die de referentiewaarde voor een QALY vaststelt en herijkt, ook een aanbeveling is uit het rapport omdat er nu meerdere referentiewaarden worden gehanteerd. Deze leden zijn voorstander van één gelijke referentiewaarde om beleidskeuzes te kunnen vergelijken. Zij vragen of het instellen van een nieuwe werkgroep nodig is om te komen tot één

¹ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 49.

referentiewaarde als een QALY. De Gezondheidsraad refereert in het recente RSV-advies ook al aan de nieuwe, voorlopige grens van 50.000 euro/QALY, maar geeft aan dat het niet voldoen aan de grens geen reden hoeft te zijn om niet te vaccineren. De leden van de VVD-fractie vragen dan ook hoe dit rapport zich verhoudt tot het nieuwe beoordelingskader van de Gezondheidsraad voor vaccins.

De leden van de VVD-fractie constateren dat momenteel wordt gekeken naar de wijze waarop kosteneffectiviteit ingezet wordt in het pakketbeheer van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) in het ingezette traject Verbeteren en Verbreden Toets op het Basispakket. Dit lezen deze leden al geruime tijd en zij willen graag meer voortgang. Zij zijn dan ook benieuwd wanneer hierover meer duidelijkheid komt.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben het rapport 'Preventie op waarde schatten' met veel belangstelling gelezen. Uit het rapport wordt nogmaals duidelijk hoe belangrijk preventie is en dat preventie niet anders is dan ander beleid met gezondheid als primair of secundair doel. Deze leden vinden dat het dan ook hoog tijd wordt dat zij meer inzicht krijgen in de kosten en baten van preventie, zodat beleid daarop kan worden afgestemd. Het rapport 'Preventie op waarde schatten' geeft duidelijke aanknopingspunten waarmee nu al gestart kan worden. De leden van de NSC-fractie hebben naar aanleiding van het rapport meerdere vragen aan de staatssecretaris

De leden van de NSC-fractie lezen 'Preventie is niet anders dan ander beleid met gezondheid als primair of secundair doel.' Is de staatssecretaris het hiermee eens? En zo ja, dan vragen deze leden waarom er dan nog steeds veel minder c.q. te weinig geld gaat naar preventie.

De leden van de NSC-fractie kunnen zich vinden in de constatering in het rapport dat preventie een lange adem vraagt. Tot nu toe ontbreekt structurele borging van preventie echter. Kan de staatssecretaris toelichten waarom borging van preventie nog niet structureel is? Waarom heeft de staatssecretaris zich hier niet eerder voor ingezet en laat hij het aan het volgend kabinet over? En is de staatssecretaris gemotiveerd, mede op basis van het rapport 'Preventie op waarde schatten' om zich in te zetten voor structurele financiering van preventie? Kan de staatssecretaris aangeven hoe dit advies een plek krijgt in het beleid?

Zoals de leden van de NSC-fractie lezen geven de auteurs van het rapport 'Preventie op waarde schatten' aan, dat preventie bij uitstek geschikt is om sociaal-economische gezondheidsverschillen (segv) aan te pakken. Deze leden beamen dit, maar maken zich tegelijkertijd zorgen over het bereik van preventieve interventies. Mensen met een lage opleiding maken minder vaak gebruik van preventieve interventies. De leden van NSC-fractie zijn blij te lezen dat het Kennisplatform daarom ook kijkt naar verdelingseffecten van

de preventiemaatregel, bijvoorbeeld voor mensen met een verschillend inkomen of opleidingsniveau. Deze verdelingseffecten zeggen echter niets over het bereik van een interventie. Deze leden vragen daarom of een preventieve interventie effectief kan zijn als deze slechts een beperkt deel van de bevolking bereikt. Kan de staatssecretaris hierop reflecteren en aangeven hoe het verhogen van het deelnamepercentage van mensen met een lagere opleiding aan preventieve maatregelen betrokken worden in het waarderingsonderzoek van preventie?

De leden van de NSC-fractie lezen dat in het rapport wordt geadviseerd om een aanvullend beleidsinstrumentarium in te zetten met een periodieke rapportage ten behoeve van kansrijke preventiemaatregelen voorzien van de korte, middellange en lange termijneffecten. Deze leden vragen wanneer een preventiemaatregel als kansrijk wordt gezien. De kansrijkheid van preventie zit soms minder in individuele maatregelen, maar vaker en krachtiger in een combinatie van maatregelen en een systeem- dan wel normverandering. Maar dit is uitdagend om door te rekenen omdat de bewijslast van de effectiviteit ingewikkeld te verzamelen is. Op welke manier wordt dit meegenomen in de opvolging die aan het rapport wordt gegeven? Daarnaast is er niet alleen binnen preventie- en leefstijlthema's samenhang, maar ook tussen de verschillende preventie- en leefstijlthema's. Zo leven kinderen en volwassenen die zich mentaal goed voelen vaak gezonder, is er een samenhang tussen roken, alcohol en ongezonde voeding, etc. Hoe wordt geborgd dat ook de samenhang tussen de thema's in de maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) meegenomen worden, bijvoorbeeld het doorrekenen van verschillende scenario's binnen en tussen thema's? Welke goede voorbeelden uit het buitenland werken al zoals de technische werkgroep aanbeveelt?

De leden van de NSC-fractie vragen hoe voorkomen kan worden dat bijvoorbeeld gemeenten toch preventieve interventies in gaan zetten die niet kansrijk lijken en waarvan korte, middellange en lange termijneffecten ontbreken. Deze leden zijn van mening dat er een wildgroei aan preventieve interventies is. Is het volgens de staatssecretaris de bedoeling dat iedere preventieve interventie wordt onderworpen aan een analyse om de brede maatschappelijke kosten en baten te kwantificeren? Of is dit alleen de bedoeling bij kansrijke preventieve interventies? Wat gebeurt er vervolgens met niet-kansrijke interventies? Erkent de staatssecretaris het belang van sturing in het gericht ontwikkelen van preventieve interventies (om zo te veel overlap in interventies te voorkomen)? En zo ja, welk advies geeft de staatssecretaris hierover?

De leden van de NSC-fractie lezen dat de technische werkgroep de minister adviseert om het initiatief te nemen zodat het beleidsinstrumentarium er daadwerkelijk komt en dat de technische werkgroep het van groot belang acht dat relevante kennisinstellingen zoals het Centraal Planbureau (CPB) of het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) hierin een leidende rol spelen. Om dit beleidsinstrumentarium effectief in te kunnen zetten in de beleidscyclus adviseert de technische werkgroep de minister om

tegelijkertijd ook de bestuurlijke context hiervoor te ontwikkelen zodat het ontwikkelde beleidsinstrumentarium in de beleidscyclus verankerd kan worden. Is de staatssecretaris bereid om deze adviezen met zo groot mogelijke spoed op te volgen? En hoe wil de staatssecretaris kennisinstellingen hierin faciliteren? Zo niet, wat is hier de reden voor? Hoe gaat de minister in dit verband uitvoering geven aan de motie om aanvullend instrumentarium te ontwikkelen om kosten en baten van preventie door te rekenen t.b.v. politieke partijen?² Indien het CPB en/of RIVM aangeven dat zij de aanbevelingen van de technische werkgroep niet of onvoldoende (snel) kunnen uitvoeren, wil de minister dan verkennen in welke andere vorm dit anders kan worden georganiseerd en daarover rapporteren aan de Tweede Kamer? Indien aan de slag wordt gegaan met het verder uitwerken van de aanbevelingen, lijkt het de leden van de NSC-fractie verstandig een klankbordgroep bestaande uit burgers en maatschappelijke partijen, zoals gemeenten, scholen, gezondheidsfondsen, onderwijsbonden, sociaal werk en sportbonden, actief te betrekken. Hoe beoordeelt het kabinet de instelling van een maatschappelijke klankbordgroep ter ondersteuning van een wetenschappelijke werkgroep?

De leden van de NSC-fractie lezen dat de technische werkgroep het mogelijk acht om analoog aan de zorgplicht in de Zvw te onderzoeken of en zo ja waar een preventieplicht kan worden vastgelegd in wetgeving, zodat duidelijk is hoe de financiering en implementatie van preventieve maatregelen kan plaatsvinden. Is de staatssecretaris bereid om ook dit advies op te volgen? Deze leden vragen hoe de staatssecretaris over dit advies denkt en welke voor- en nadelen hij nu al ziet.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten' en de bijbehorende brief. Deze leden danken de technische werkgroep voor hun werk. Zij benadrukken de urgentie van werk maken van (het op waarde kunnen schatten van) preventie. Zij hebben nog enkele vragen hieromtrent.

De leden van de D66-fractie vragen de minister op welke manier de aangenomen motie Paulusma en Sneller³ over het ontwikkelen van een instrumentarium om de brede kosten en baten van preventie te kwantificeren uitgewerkt gaat worden. Welke stappen gaat de minister ondernemen om deze motie uit te voeren? Hoe nauw zijn het CPB en RIVM betrokken en gecommitteerd in deze? In hoeverre zijn experts op het gebied van bijvoorbeeld sport en bewegen betrokken, zo vragen deze leden.

De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre reeds bestaande modellen voor de beoordeling van de waarde van vaccins worden meegenomen. Deze leden zijn van mening dat het instellen van een werkgroep met als taak het

² Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59.

³ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59.

vaststellen en periodiek herijken van een QALY voor preventie zeer wenselijk is. Dit conform de aanbeveling van de technische werkgroep. Zij vragen de minister daarom om het besluit om te wachten te herzien.

Tot slot vragen de leden van de D66-fractie hoe de aanbevelingen van de technische werkgroep integraal opgepakt worden door andere ministeries, zoals het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) en het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (I&W).

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben het rapport 'Preventie op waarde schatten' van de technische werkgroep gelezen en hebben nog een aantal vragen.

De leden van de BBB-fractie lezen in het rapport dat het Kennisplatform adviseert om de kosteneffectiviteit van preventieve activiteiten op dezelfde manier te berekenen als bij ziekenhuiszorg of geneesmiddelen. Dit zorgt ervoor dat investeringen in preventie op dezelfde manier kunnen worden afgewogen en vergeleken. Het Kennisplatform en de technische werkgroep stellen voor om QALY als maatstaf te gebruiken. Zij adviseren om één referentiewaarde voor de QALY te hanteren en een brede commissie in te stellen die deze waarde vaststelt en periodiek bijwerkt. Totdat deze commissie een waarde heeft vastgesteld, wordt geadviseerd om een waarde van 50.000 euro per QALY te gebruiken voor preventie. Hoe gaat de minister de werkgroep in de komende periode ondersteunen om ervoor te zorgen dat er een referentiewaarde kan worden vastgesteld?

Verder hechten de leden van de BBB-fractie waarde aan sport en bewegen. Hierom vragen deze leden de staatssecretaris of hij bereid is om een expert op het gebied van (de gezondheidswaarde van) sport en bewegen aan de werkgroep toe te voegen voor het vaststellen en periodiek herijken van de referentiewaarden, zodat de preventieve waarde van sport en bewegen goed vertegenwoordigd wordt.

De leden van de BBB-fractie stellen dat er ook voordelen zijn die niet in de begroting van het ministerie van VWS vallen, zoals een vermindering van het aantal mensen in de Ziektewet, en voordelen die buiten de Rijksbegroting vallen, zoals een verbeterde arbeidsproductiviteit. Om deze effecten goed te kunnen meten, is het nodig om een raamwerk te ontwikkelen en een goede data-infrastructuur beschikbaar te stellen. Is de huidige data-infrastructuur in de zorg voldoende en zo niet, hoe wilt de staatssecretaris dit verbeteren?

Verder lezen de leden van de BBB-fractie dat de technische werkgroep ook adviseert om een instrumentarium te ontwikkelen waarmee de effecten van preventiemaatregelen kunnen worden doorgerekend en om regelmatig een overzicht te maken van nieuwe en mogelijke kosteneffectieve preventiemaatregelen. Op deze manier kan de gezondheid van alle Nederlanders verbeterd worden. Is de staatssecretaris bereid om het advies van de technische werkgroep te volgen en een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen die de brede baten van preventie kan kwantificeren? Zo ja, op welk termijn denkt de staatssecretaris hiermee te kunnen beginnen? En vindt de staatssecretaris ook, in lijn met de bevindingen en de oproep uit het rapport, dat hier een taak ligt voor de overheid, gezien de grondwettelijke verplichting om aan gezondheidsbevordering te doen?

Daarnaast pleiten de leden van de BBB-fractie ervoor dat implementatie van

de waardevolle aanbevelingen van de technische werkgroep niet zal leiden tot verder uitstel van de implementatie van (reeds kosteneffectief bevonden) preventiemaatregelen. Kan de minister dit toezeggen?

Ten slotte lezen de leden van de BBB-fractie dat de technische werkgroep benadrukt dat er een partij met voldoende mandaat en middelen nodig is om de aanbevelingen uit het advies uit te voeren. Heeft de minister al een idee bij welke partij dit zal passen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten'. Deze leden hebben enkele vragen bij dit rapport en de reactie van het kabinet hierop.

In de kabinetsreactie schrijft het kabinet dat het Kennisplatform passende aanbevelingen heeft gedaan, maar dat het aan het volgende kabinet is om daarover te besluiten. De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet bereid is om eventueel op verzoek van de Kamer de aanbevelingen van de technische werkgroep in gang te zetten, inclusief een opdracht of verzoek daartoe aan CPB en RIVM en de Tweede Kamer over de voortgang en tussentijdse resultaten te informeren.

De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet - indien het CPB en/of RIVM aangeven dat zij de aanbevelingen van de technische werkgroep niet of onvoldoende (snel) kunnen uitvoeren - zou willen verkennen in welke andere vorm dit anders kan worden georganiseerd, bijvoorbeeld als Gezondheidsplanbureau en daarover de Tweede Kamer terug te rapporteren.

De leden van de CDA-fractie stellen vast dat het technisch advies duidelijk maakt dat gezondheid brede maatschappelijke opbrengsten heeft en dat de QALY de gouden standaard zou moeten zijn om de effectiviteit vast te stellen. Uitgangspunt is dat preventie hetzelfde behandeld wordt als andere maatregelen met gezondheid als doel, zoals ziekenhuiszorg of geneesmiddelen. Preventie is krachtiger in combinatie met een systeem- of normverandering. Deze leden vragen hoe dit punt wordt meegenomen in het doorrekenen van de kosten en de baten van preventie.

De baten van preventie gaan verder dan alleen de zorg en hebben een brede impact. De leden van de CDA-fractie vragen, gezien deze breedte, of er ook andere ministeries betrokken worden bij de opdrachtverlening. Denk bijvoorbeeld aan het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), waar de inzet op armoedebestrijding een hoge prioriteit heeft.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe relevante maatschappelijke partijen (zorgprofessionals, sociaal werk, onderwijsbonden, sportorganisaties, burgerberaad etc.) betrokken worden bij het bepalen van een goede en betrouwbare methodiek.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdD-fractie

De leden van de PvdD-fractie hebben kennisgenomen van de stukken en hebben hierover nog enkele vragen. In het rapport 'Preventie op waarde schatten' is te lezen dat preventie alle maatregelen en beleidsprogramma's omvat om gezondheidsproblemen te voorkómen. Tevens is te lezen dat het advies van toepassing is op al het beleid, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, dat zich primair of secundair richt op het voorkómen van

het ontstaan of verergeren van gezondheidsproblemen. Uit de wetenschap is bekend dat zoönosen een bedreiging vormen voor volksgezondheid en dat de intensieve veehouderij en de manier waarop met dieren en natuur wordt omgegaan daar de belangrijkste bronnen van zijn. Dat bleek onder andere uit het rapport 'Zoönosen in het vizier' van de expertgroep zoönosen.⁴ Kan het landbouwbeleid en natuurbeleid inderdaad meegenomen worden in de analyse, aanbevelingen en invulling als het gaat om de (maatschappelijke) kosten en baten van preventie? Zo nee, waarom niet en hoe wordt preventie vanuit LNV-beleid en betrokken sectoren dan integraal meegenomen?

De leden van de PvdD-fractie merken op dat het rapport voor preventieve activiteiten adviseert om voor kosteneffectiviteit de maatstaf QALY te gebruiken. Door het hanteren van één maatstaf maakt het niet langer uit in welke sector (ook buiten de zorg), bij welke populatie of aandoening de preventieactiviteit plaats gaat vinden. Hierdoor kunnen beleidsopties gericht op gezondheid zo goed mogelijk vergeleken worden. Er wordt ook geadviseerd om één referentiewaarde te hanteren voor het doel gezondheid. Daarnaast wordt in het rapport aandacht gevraagd voor de effecten van preventieve maatregelen en het feit dat veel baten, zoals gezondheidseffecten en minder zorgkosten pas zichtbaar worden op een langere termijn dan een regeerperiode van vier jaar. Het rapport adviseert om een aanvullend instrumentarium te laten ontwikkelen waarmee de brede kosten en baten van preventie op de korte, middellange en lange termijn gekwantificeerd kunnen worden en daarbij ook de verdelingseffecten mee te nemen. Dat zou gecombineerd kunnen worden met het periodiek opstellen en publiceren van een overzicht van nieuwe en mogelijke kosteneffectieve preventiemaatregelen die beleidsmatig kunnen worden ingezet om de gezondheid van alle Nederlanders te verbeteren. Is het mogelijk om QALY en de referentiewaarde dus ook toe te passen voor beleidsopties die vallen onder LNV? Zo nee, waarom niet? Is het daarnaast theoretisch gezien mogelijk om bijvoorbeeld de preventieve effecten van een krimp van de veestapel op de gezondheid in kaart te brengen? Is het bij het ontwikkelen van een nieuw instrumentarium ook mogelijk om de maatschappelijke kosten en baten van zulke en andere maatregelen die onder LNV vallen kwantificeerbaar en inzichtelijk te maken? Zo nee, waarom niet?

II. Reactie van de staatssecretaris

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten' en zijn blij dat de minister hiermee gehoor geeft aan de motie over het ontwikkelen van een instrumentarium om de brede kosten en baten van preventie te kwantificeren. Deze leden hebben hierover nog wel een aantal aanvullende vragen.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het Kennisplatform de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) adviseert in navolging van de

⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1357.

Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie (technische werkgroep) om een aanvullend instrumentarium te laten ontwikkelen waarmee de brede kosten en baten van preventie op de korte, middellange en lange termijn gekwantificeerd kunnen worden en om daarbij ook de verdelingseffecten mee te nemen. Dit instrumentarium zou politieke partijen dan de mogelijkheid moeten geven om preventiemaatregelen die zij overwegen te laten doorrekenen. Om de vergelijkbaarheid van economische evaluaties van beleid met gezondheid als doel te vergroten, adviseert de technische werkgroep om een breed gedragen werkgroep in te stellen die één Quality-Adjusted Life Year (QALY) waarde vaststelt die gebruikt dient te worden in alle economische evaluaties met gezondheidsbaten, onafhankelijk van hoe die gezondheidsbaten tot stand komen. Dit klinkt allemaal mooi, echter zijn de leden van de PVV-fractie sceptisch. Deze leden vrezen dat met het inschakelen van een QALY waarde voor preventie de mens uit het oog wordt verloren. Staren we ons niet blind op cijfers? Is het niet gewoon zo dat preventie niet altijd meetbaar is? En dat dit niet te allen tijde voorspelbaar en dus niet in geld uit te drukken is?

Een besluit om een preventieve gezondheidsmaatregel in te voeren vraagt naar mijn mening een brede afweging van enerzijds cijfers en anderzijds datgene wat niet in geld of cijfers is uit te drukken. De technische werkgroep onderkent dit. Zij beveelt beleidsmakers en politici aan om een brede maatschappelijke blik te hanteren, met oog voor non-monetaire baten en baten op de lange(re) termijn. Het gebruik van QALYs en doelmatigheid zijn een onderdeel van deze benodigde maatschappelijke blik. Daarnaast is het van belang om economische evaluaties van beleid op gelijke wijze te berekenen, zodat uitkomsten vergeleken kunnen worden.

Op verzoek van uw Kamer geef ik prioriteit aan de uitvoering van de motie Paulusma en Sneller om een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen om de brede baten van preventie te kwantificeren. Het ministerie zal hier de komende maanden een verkenning naar doen, ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd. Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema's van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

Deze leden zijn dan ook blij dat de technische werkgroep vaststelt dat

'Keuzes in Kaart' niet geschikt en niet bedoeld is om de brede maatschappelijke kosten en baten van preventiemaatregelen te kwantificeren. En dat dit ook niet geschikt is voor het doorrekenen van verkiezingsprogramma's. Zijn er nog andere mogelijkheden om de kosten in kaart te brengen dan uitgaan van QALY waarden? En waarom is gekozen voor 50.000 euro en niet voor 80.000 euro?

In haar advies hanteert de technische werkgroep de algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-baten analyses (MKBA's, 2013), de werkwijzer voor MKBA's in het sociale domein (2016) en de gereviseerde richtlijn voor economische evaluaties in de gezondheidszorg (2024). Deze schrijven de QALY voor als maat voor kwantificering van de baten van beleid, indien er sprake is van een gezondheidseffect van dit beleid. De QALY is gekozen, omdat dit een internationaal geaccepteerde maat is waarin levensverlenging én winst in kwaliteit van leven wordt gecombineerd.

Als een beleidsmaatregel geen gezondheidseffect heeft, hoeft de QALY niet gebruikt te worden. Er zijn in het verleden dus ook economische evaluaties uitgevoerd waarbij de QALY niet gebruikt is. In het geval van preventiemaatregelen zal er in de meeste gevallen sprake zijn van gezondheidseffecten. Daarom dient bij het berekenen van de kosten en baten van preventiebeleid als regel de QALY gebruikt te worden voor het kwantificeren van het gezondheidseffect.

De technische werkgroep acht het van belang dat er één QALY-waarde gehanteerd wordt voor het kwantificeren van de kosten en baten van ál het beleid waarvan gezondheid het primaire of secundaire doel is. Om vast te stellen welke waarde dit moet zijn, heeft de werkgroep gekeken naar de meest recente wetenschappelijke literatuur. En naar de waarden die voorgeschreven worden door de eerdergenoemde bestaande kaders en richtlijnen voor beleid met gezondheid als doel. De technische werkgroep constateert dat er in de kaders en richtlijnen verschillende waarden worden gehanteerd, welke slechts gedeeltelijk overeenkomen met de brede marge aan QALY-waarden uit empirisch wetenschappelijk onderzoek. Daarom adviseert de technische werkgroep om een breed gedragen werkgroep van deskundigen in te stellen die de QALY-waarde vaststelt en periodiek herijkt.

Om het veld toch een richtlijn te geven gedurende de periode dat er nog geen QALY-waarde is vastgesteld, adviseert de technische werkgroep om een waarde van 50.000 euro per QALY te hanteren. Deze waarde wordt door hen geadviseerd op basis van een zorgvuldige weging van de wetenschappelijke literatuur. Het bedrag van 50.000 euro valt in het midden van de meeste marges van de waarde van de QALY uit wetenschappelijk onderzoek. Het bedrag van 80.000 euro valt regelmatig buiten deze marges. Daarom sluit het bedrag van 50.000 euro het beste aan op de huidige bestaande wetenschappelijke kennis over de waarde van de QALY.

De leden van de PVV-fractie willen dat de maatschappelijke baten van behandelingen of preventie, zoals gezondheidseffecten, minder zorgkosten,

minder arbeidsverzuim, hogere arbeidsparticipatie, nadrukkelijker moeten worden meegenomen in de zorgkosten. Deze leden missen in het rapport inhoudelijk meer over kwaliteit van leven, meer welzijn, meer tijd voor het gezin. Wordt hier ook rekening mee gehouden?

De technische werkgroep adviseert om een maatschappelijk perspectief te hanteren voor het kwantificeren van de kosten en baten van beleid, in lijn met bestaande kaders en richtlijnen. Het maatschappelijk perspectief betekent dat alle kosten en baten van beleid meegenomen moeten worden, ongeacht wie de kosten dragen en aan wie de baten toekomen. En ongeacht wanneer de kosten en baten zich voordoen. Dit betekent dat maatschappelijke baten van behandelingen of preventie, zoals gezondheidseffecten, minder zorgkosten, minder arbeidsverzuim en hogere arbeidsparticipatie meegenomen moeten worden in de kwantificering van de kosten en baten van beleid. Dit geldt ook voor welzijn, zoals kwaliteit van leven en tijd voor het gezin. Het onderzoek naar het meenemen van welzijn in de kwantificering van de kosten en baten van beleid staat nog in de kinderschoenen en om die reden wordt welzijn vaak nog niet meegenomen in kosten-baten analyses. Het kan echter wel terugkomen in andere posten in de analyse, zoals meer of minder tijd voor huishoudelijke taken (invloed van zorg en preventie op productiviteitsverliezen voor niet-betaalde arbeid). Ik zal hierover in gesprek gaan met het Centraal Planbureau (CPB) en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) die de algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-baten analyses (MKBA's) hebben vastgesteld. Daarbij betrek ik ook het RIVM en de invalshoek van het programma Brede welvaart van het PBL, SCP en het Planbureau voor de Leefomgeving.

De technische werkgroep 'acht het mogelijk om analoog aan de zorgplicht in de Zorgverzekeringswet te onderzoeken of en zo ja waar een preventieplicht kan worden vastgelegd in wetgeving, zodat duidelijk is hoe de financiering en implementatie van preventieve maatregelen kan plaatsvinden'. Wat betekent dit concreet? En wat zijn de consequenties? Wordt er gehandhaafd wanneer iemand zich niet houdt aan de preventieplicht?

De oorsprong voor de zorgplicht in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de doelstelling om van de sociale verzekering die met de Zvw werd gerealiseerd, te waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.⁵ Het idee van de technische werkgroep om deze waarborgen ook voor preventieve publieke gezondheidszorg toe te passen, wordt preventieplicht genoemd. Door expliciet te maken wie deze preventieplicht heeft, wordt duidelijk welke organisatie(s) verantwoordelijk zijn om invulling te geven aan de preventieplicht. De technische werkgroep suggereert dat dit een of meerdere overheidsorganisatie(s) zouden moeten zijn, in het licht van artikel 22, lid 1 van de Grondwet: de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid. De Wet op de publieke gezondheid bevat al een nadere uitwerking van deze plicht tot gezondheidsbevordering uit de Grondwet. Welke maatregelen precies, in welke wetgeving (op het

⁵ Memorie van toelichting Zorgverzekeringswet 24 september 2004

brede terrein van gezondheid en welzijn) een dergelijke plicht kan worden opgenomen en de financieringsmogelijkheden hiervan zijn in het rapport niet benoemd.

De wens om preventie beter te waarborgen en daarbij ook te kijken naar mogelijkheden van wettelijke verankering is vaker geuit en heeft mijn aandacht. In de Kamerbrief 'Bouwstenen voor een fundament onder toekomstig preventiebeleid'⁶ wordt ingegaan op de mogelijkheid van het invullen van plicht tot gezondheidsbevordering in de wet en de wens taken en verantwoordelijkheden wettelijk beter te verankeren. Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is ook een instrument om betere waarborgen voor de inzet op preventie te realiseren. In het GALA zijn ook afspraken gemaakt over het uitwerken van een voorstel voor 2026 hiervoor.

Ik vind het van belang om te vermelden dat een preventieplicht opnemen in (lagere) wetgeving geen doel op zich is, maar het is wel een interessante gedachte om vrijblijvendheid op preventie weg te nemen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GL-PvdA-fractie

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten'. Het rapport komt met een groot aantal adviezen betreffende het preventiebeleid van de Nederlandse overheid. Deze leden vragen het kabinet in hoeverre zij bereid is om de adviezen van uit het rapport over te nemen. Zijn er adviezen die expliciet niet overgenomen gaan worden?

Op voorhand zijn er geen zaken die worden uitgesloten. Op verzoek van uw Kamer geef ik prioriteit aan de uitvoering van de motie Paulusma en Sneller om een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen om de brede baten van preventie te kwantificeren. Het ministerie zal hier de komende maanden een verkenning naar doen, ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd. Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema's van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

⁶ Kamerstukken 2020/21, 32 793, nr. 558

De leden van de GroenLinks-en PvdA-fractie constateren dat de werkgroep zeer nadrukkelijk adviseert om de gezondheidswinst van preventie altijd te meten in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (QALYs). Daarbovenop adviseert de technische werkgroep om de gezondheidswinst van preventie met hetzelfde geldbedrag te waarderen als medische zorg. Op dit moment is dat geldbedrag 50.000 euro per QALY. De leden van de Groenlinks-PvdA-fractie vragen of het kabinet dit advies over wil nemen. Zo ja, welke preventiemaatregelen worden als allereerst om hun gezondheidswinst gewaardeerd in QALYs? Zijn er preventiemaatregelen die hierin volgens het kabinet de hoogste prioriteit verdienen?

In onze brief van januari 2024⁷ waarmee de minister van VWS en ik het advies van het Kennisplatform aan uw Kamer hebben aangeboden, leest u dat het advies van de technische werkgroep zal worden betrokken bij de beoordeling van nieuwe preventiemaatregelen. Het zal op voorhand niet altijd mogelijk zijn om de kosteneffectiviteit te berekenen. Om dit te kunnen doen zijn gegevens noodzakelijk. De technische werkgroep adviseert dan ook een raamwerk te laten opstellen voor het bewijs dat nodig is om de gezondheidsbaten en kosten te kunnen vaststellen. Het is denkbaar dat dit verschillend is voor een gezondheidsmaatregel als een vaccinatie en een preventieve maatregel in bijvoorbeeld het sociaal domein. Als een preventieve gezondheidsmaatregel een incrementele kosteneffectiviteitsratio kent van maximaal 50.000 euro per QALY zal worden bekeken of deze preventieve maatregel breder beschikbaar gesteld kan worden. Of dit daadwerkelijk leidt tot implementatie hangt van meer factoren af, bijvoorbeeld het maatschappelijk draagvlak, financiële middelen, verdelingseffecten en/of een bijdrage aan het verminderen van gezondheidsachterstanden.

Bij adviezen van de Gezondheidsraad op het terrein van vaccinaties en bevolkingsonderzoeken is het al goed gebruik om aan de Raad te vragen om de kosteneffectiviteit in QALYs mee te nemen als aandachtspunt in de afweging, indien daar wetenschappelijke literatuur over beschikbaar is. Kosteneffectiviteit is onderdeel van het door de Raad gebruikte beoordelingskader en is één van de aspecten op basis waarvan de Raad haar adviezen vormgeeft. Op deze manier kan het kabinet de kosteneffectiviteit meewegen in haar besluitvormingsproces om al dan niet over te gaan tot implementatie. In het rapport 'Preventie op waarde schatten' wordt voorgesteld een referentiewaarde te hanteren van 50.000 euro per QALY. De Gezondheidsraad heeft in haar advies over het RS-vaccin verwezen naar het advies om 50.000 euro als referentiewaarde aan te houden en daarom verwacht ik dat de Gezondheidsraad dit zal betrekken bij het opstellen van haar adviezen.

Het is aan het volgende kabinet om te beslissen welke preventiemaatregelen prioriteit krijgen.

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie constateren dat er door het ontbreken

⁷ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 712

van structurele financiering voor elke nieuwe preventiemaatregel nieuw budget vrijgespeeld moet worden, wat niet altijd lukt. Als gevolg hiervan concludeert de technische werkgroep dat kosteneffectieve preventiemaatregelen lang niet altijd of pas heel laat ingevoerd worden. Een belangrijk advies van de technische werkgroep is dat er ruim en structureel geld budget vrijkomt voor de financiering van kosteneffectieve preventie. Deze leden vragen het kabinet of zij bereid is om structureel geld vrij te maken. Zo ja, hoeveel? Is het kabinet bereid om 2 procent van de VWS-begroting vrij te maken voor preventie, zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) adviseert?

Voor uitvoering van nieuw in te voeren vaccinaties en bevolkingsonderzoeken moeten de middelen opnieuw structureel geborgd worden. Dit kabinet heeft structurele middelen beschikbaar gesteld voor de aanpak van valpreventie en het programma Kansrijke start. Dit is gedaan, omdat alleen een blijvende aanpak zal leiden tot een betere gezondheid bij de mensen, wat ook de kosteneffectiviteit ten goede komt. Ook heeft dit kabinet een impuls gegeven aan de middelen voor de leefstijlthema's uit het Nationaal Preventieakkoord, mentale gezondheid en aanpak volksziektes. Deze lopen echter in 2025 af.

Een besluit over het structureel vrijmaken van budget en de omvang daarvan is vanwege de demissionaire status van het kabinet aan uw Kamer en het volgend kabinet.

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie hebben in het Sociaal-Economische Raad (SER-)advies 'Gezond opgroeien, wonen en werken - Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen' gelezen dat de SER oproept om snel werk te maken om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. De leden van GroenLinks-PvdA-fractie constateren dat er in Nederland grote sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn. Zo worden theoretisch opgeleiden gemiddeld vijf jaar ouder en leven zij gemiddeld veertien jaar langer in goede gezondheid dan praktisch geschoolden. Deze leden vragen het kabinet in hoeverre sociaal-economische gezondheidsverschillen een prioriteit wordt in preventiebeleid. Is het kabinet bereid om niet-kosteneffectieve maatregelen te nemen als deze sociaal-economische gezondheidsverschillen kleiner maken? Zijn hier in het huidige beleid al voorbeelden van?

Als (demissionair) kabinet geven we op verschillende manieren prioriteit aan de aanpak van vermijdbare gezondheidsverschillen. Zo is het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsachterstanden één van de belangrijkste doelen van zowel het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) als het Integraal Zorgakkoord (IZA). Maar het vraagt ook om inzet van andere domeinen. Bij sociaaleconomische gezondheidsachterstanden is namelijk vaak sprake van (een stapeling van) achterliggende problematiek zoals bestaansonzekerheid en een ongezonde leefomgeving. Daarom is in verschillende akkoorden en programma's van andere departementen

aandacht voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Denk hierbij aan bijvoorbeeld de Aanpak Geldzorgen, Armoede en Schulden, de Participatiewet in Balans, het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid en het programma 'Een thuis voor iedereen'. Het ministerie van VWS kijkt op dit moment samen met andere departementen hoe Rijksbreed nog verder kan worden ingezet op de bescherming en bevordering van gezondheid. Dit moet uitmonden in een Health in All Policies agenda. Eind vorig jaar is uw Kamer hierover geïnformeerd⁸. Hierbij gaat specifieke aandacht uit naar gezondheidsachterstanden, zoals ook toegezegd tijdens het plenaire debat over het GALA en in lijn met de aangenomen moties van het lid Dobbe en het lid Slagt-Tichelman c.s.⁹. Het is uiteindelijk aan het nieuwe kabinet om te besluiten over de inzet vanuit het Rijk op Health in All Policies en deze agenda vast te stellen.

Het Rijk zet zich samen met gemeenten in om sociaaleconomische gezondheidsachterstanden terug te dringen. In het GALA is afgesproken dat gemeenten zo veel mogelijk gericht investeren en interventies toespitsen op (wijken met) mensen met gezondheidsachterstanden. Ook al laat het verband tussen gerichte interventies en wat dit doet voor gezondheidsverschillen zich niet altijd goed meten gezien het complexe samenspel van verschillende factoren die deze verschillen veroorzaken. Bijvoorbeeld door middel van het programma Kansrijke Start en de wijkaanpak Stoppen met Roken waarin specifieke aandacht is voor mensen met een lage SES en deze onder andere door inzet van sleutel- en vertrouwenspersonen worden bereikt.

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie constateren dat leef-, woon- en werkomstandigheden, impactvolle gezondheidsdeterminanten zijn en dus een belangrijke factor zijn voor iemands gezondheid. Deze leden vragen aan het kabinet of deze impactvolle gezondheidsdeterminanten zich wel laten vertalen in QALYs. Zij constateren dat hier wel grote gezondheidswinsten preventief zijn te behalen. Zij vragen het kabinet of het kabinet bereid is in te blijven zetten op de impactvolle gezondheidsdeterminanten op basis van het model van Dahlgren zonder de doorrekening naar QALYs.

De QALY is een maat om de gezondheidsbaten van een preventieve interventie of aanpak te meten en in een getal uit te drukken. Dit getal kan worden gebruikt in een economische evaluatie om de kosten tegen af te zetten. Op basis van de kosten per QALY wordt dan de kosteneffectiviteit bepaald. Het kan dan gaan om bijvoorbeeld een impactvolle gezondheidsdeterminant, zoals een groene gezonde leefomgeving, waarbij de preventie aanpak het aanleggen van een park is. Daarnaast kunnen nog andere factoren een rol spelen die niet in cijfers of monetaire baten uit te drukken zijn. Het model van Dahlgren and Whitehead en eventuele doorrekeningen van preventieve gezondheidsmaatregelen in QALYs blijven naast elkaar bestaan en vervangen elkaar niet.

⁸ Kamerstuk 2023/24, 32 793, nr. 709

⁹ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 717 en Kamerstuk 32 793, nr. 719

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten. Advies van de Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie' en de reactie van de minister en de staatssecretaris op dit rapport. Deze leden zien graag dat er meer inzicht komt in de korte en langetermijneffecten van kosteneffectieve preventiemaatregelen en dat hierbij niet enkel en alleen gekeken wordt naar medische preventiemaatregelen. Het is dan ook goed dat met dit rapport een begin is gemaakt. Deze leden hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie willen weten of - gezien de onzekerheid over op welke termijn een nieuw kabinet zal aantreden - er punten zijn uit het rapport die al (deels) kunnen worden uitgevoerd, te denken valt aan verbeteringen aan de data-infrastructuur. Immers, het monitoren van de baten van een preventiemaatregel vraagt om een goede data-infrastructuur voor gezondheids- en leefstijl en data over andere determinanten van gezondheid. In hoeverre is dit onderdeel van het landelijk dekkend netwerk van infrastructuren?

Het ministerie van VWS verkent in overleg met het Kennisplatform en ZonMw of de genoemde data-infrastructuur en de bijbehorende kennisagenda versneld kan worden vanuit het lopende preventieprogramma bij ZonMw, wat hiervoor de randvoorwaarden zijn en welke partijen betrokken dienen te worden. Er zijn namelijk meerdere infrastructuren denkbaar voor dit doel, bijvoorbeeld bestaande cohortstudies, de gezondheidsmonitors van de GGD'en en de academische werkplaatsen Publieke gezondheid. Zie ook het antwoord op de volgende vraag i.r.t. de motie Paulusma en Sneller.

Tevens vragen deze leden hoe er uitvoering gegeven zal worden aan de aanbeveling om een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen om de brede baten van preventie te kwantificeren, ook gezien de Kamer hierover een motie aangenomen heeft. In het verlengde hiervan vragen zij waarom sommige preventieve maatregelen, zoals valpreventie, wel doorgerekend kunnen worden en andere preventieve maatregelen niet.

In navolging van de motie Paulusma en Sneller¹⁰ zal het ministerie van VWS dit de komende maanden onderzoeken, ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd¹¹ Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het

¹⁰ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59

¹¹ Kamerstuk 2023/24, 32 793, nr. 709

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema's van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

Over het algemeen geldt dat tijdens Keuzes in Kaart enkel de budgettaire effecten van beleidsmaatregelen worden doorgerekend die betrekking hebben op de volgende kabinetsperiode. Ook worden alleen maatregelen die de Rijksoverheid zelf kan nemen in de analyse betrokken¹². Van kosten of besparingen van door te rekenen maatregelen moet overtuigend empirisch bewijs bestaan om in de doorrekening meegenomen te worden. Dit bewijs moet bovendien toegerekend kunnen worden aan de maatregel zelf en al beschikbaar zijn, voordat Keuzes in Kaart wordt opgesteld. Het tijdspad is eenvoudigweg te krap om op korte termijn de baten en kosten van aparte gezondheidsmaatregelen te berekenen. Valpreventie kon worden doorgerekend omdat er zowel overtuigend bewijs was over de werkzaamheid als een recente studie¹³ naar de kosten en baten ervan. Deze kosten en baten zijn in de doorrekening opgenomen.

Daarnaast vragen de leden van de VVD-fractie hoe wordt voorkomen dat implementatie van preventiemaatregelen die al kosteneffectief zijn bevonden, wordt uitgesteld.

Kosteneffectiviteit is niet het enige criterium op basis waarvan wordt besloten om preventiemaatregelen te implementeren. Om te komen tot een besluit door het kabinet wordt ook gekeken naar bijvoorbeeld het financiële beslag, eventuele kostenbesparingen in de zorg of op andere beleidsterreinen, verdelingseffecten, maatschappelijk draagvlak en of het bijdraagt aan het verminderen van gezondheidsachterstanden. Daarmee zijn kosten of budgetimpact één van de belangrijke elementen die helpen om tot een besluit te komen. Ook de mogelijkheid een preventiemaatregel goed uit te kunnen voeren speelt mee.

Deze leden zien momenteel al dat de inzet van door de Gezondheidsraad positief beoordeelde vaccins als preventiemaatregel onder druk staat door gebrek aan begroot budget. Kan worden aangegeven hoe uitvoering wordt gegeven aan de motie Tielen die vraagt om een voorstel voor anticiperend budget voor vaccins met een positief Gezondheidsraadadvies?¹⁴

Aan uw Kamer is toegezegd in het voorjaar van 2024 een brief te sturen met de verschillende financieel-technische mogelijkheden om financiering voor de opvolging van positieve adviezen van de Gezondheidsraad eenvoudiger te maken. Ik verwacht uw Kamer voor het komende meireces deze brief te

¹² CPB. 2023. Startnotitie Keuzes in Kaart 2025-2028

¹³ <https://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020>, maatregel 128

¹⁴ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 49.

kunnen toesturen en een reactie te geven op de motie Tielen.

De leden van de VVD-fractie constateren dat het instellen van een breed gedragen werkgroep die de referentiewaarde voor een QALY vaststelt en herijkt, ook een aanbeveling is uit het rapport omdat er nu meerdere referentiewaarden worden gehanteerd. Deze leden zijn voorstander van één gelijke referentiewaarde om beleidskeuzes te kunnen vergelijken. Zij vragen of het instellen van een nieuwe werkgroep nodig is om te komen tot één referentiewaarde als een QALY.

Om op een gezaghebbende manier te komen tot een aanbeveling welk bedrag per QALY in Nederland uniform als maatstaf voor kosteneffectiviteit kan gelden en periodiek te herijken is een nieuwe en breed gedragen werkgroep nodig. Ik deel deze constatering van de technische werkgroep. Er zijn verschillende partijen relevant, omdat zowel het gezondheids- en economisch perspectief van belang is. Ik ga met het RIVM, ZIN, de Gezondheidsraad, CPB, PBL, SCP en vertegenwoordigers van de wetenschap in gesprek over mogelijke vervolgstappen.

Op dit moment is de maatstaf voor kosteneffectiviteit in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) al de QALY. Buiten de Zvw en de Wlz is het gebruik minder eenduidig. Daarnaast adviseert het Kennisplatform en de technische werkgroep om voorlopig een waarde van € 50.000 voor kosteneffectiviteit voor preventie te hanteren. De technische werkgroep is tot dit voorlopige advies gekomen, omdat zij constateert dat er meerdere referentiewaarden voor een QALY worden gebruikt. Voor de Zvw en de Wlz hanteert het Zorginstituut bijvoorbeeld een referentiewaarde van 20.000 euro tot 80.000 euro per QALY, oplopend voor hogere ziektelast. Het Kennisplatform adviseert in navolging van de technische werkgroep om voor het brede terrein van de gezondheidszorg inclusief preventie één gelijke referentiewaarde te hanteren als het doel gezondheid is. Een breed gedragen werkgroep kan hierover een uitspraak doen.

Het ministerie van VWS zal het RIVM, ZonMw en de Gezondheidsraad informeren over het advies van het Kennisplatform en hen vragen de aanbevelingen van dit rapport te betrekken bij economische evaluaties van preventie en de waardering van de gezondheidswinst. Dit zal ertoe bijdragen dat preventie en gezondheidswinst op gelijke wijze wordt berekend en komt er meer inzicht of een preventieve maatregel kosteneffectief is en worden gezondheidsmaatregelen onderling vergelijkbaar (QALY).

De Gezondheidsraad refereert in het recente RSV-advies ook al aan de nieuwe, voorlopige grens van 50.000 euro/QALY, maar geeft aan dat het niet voldoen aan de grens geen reden hoeft te zijn om niet te vaccineren. De leden van de VVD-fractie vragen dan ook hoe dit rapport zich verhoudt tot het nieuwe beoordelingskader van de Gezondheidsraad voor vaccins.

De Gezondheidsraad maakt bij de advisering over vaccinaties gebruik van

een nieuw beoordelingskader. Belangrijke criteria zijn onder meer de ernst en omvang van de ziekte en de effectiviteit en veiligheid van het beschikbare vaccin. De kosteneffectiviteit maakt nog steeds onderdeel uit van het beoordelingskader, maar is geen criterium waaraan moet worden voldaan om positief te adviseren. De Gezondheidsraad kan, bijvoorbeeld om medisch inhoudelijk redenen, besluiten om positief te adviseren ondanks dat de maatregel niet als kosteneffectief (de kosten per QALY meer dan 50.000 euro) wordt beschouwd. Vice versa is ook mogelijk: in sommige gevallen adviseert de Gezondheidsraad negatief om medische inhoudelijke redenen, als de maatregel wel als kosteneffectief wordt beschouwd. Het is vervolgens aan de minister om een afweging te maken op basis van het advies en andere elementen die daarbij een rol spelen.

De leden van de VVD-fractie constateren dat momenteel wordt gekeken naar de wijze waarop kosteneffectiviteit ingezet wordt in het pakketbeheer van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) in het ingezette traject Verbeteren en Verbreden Toets op het Basispakket. Dit lezen deze leden al geruime tijd en zij willen graag meer voortgang. Zij zijn dan ook benieuwd wanneer hierover meer duidelijkheid komt.

Over de voortgang van het traject Verbeteren en Verbreden van de Toets op het Basispakket is uw Kamer geïnformeerd op 16 juni 2023¹⁵.

Diverse activiteiten voor dit traject zijn in uitvoering, onder andere in IZA-verband. Zoals toegezegd wordt uw Kamer opnieuw over de voortgang van dit traject in het tweede kwartaal van 2024 met een Kamerbrief.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben het rapport 'Preventie op waarde schatten' met veel belangstelling gelezen. Uit het rapport wordt nogmaals duidelijk hoe belangrijk preventie is en dat preventie niet anders is dan ander beleid met gezondheid als primair of secundair doel. Deze leden vinden dat het dan ook hoog tijd wordt dat zij meer inzicht krijgen in de kosten en baten van preventie, zodat beleid daarop kan worden afgestemd. Het rapport 'Preventie op waarde schatten' geeft duidelijke aanknopingspunten waarmee nu al gestart kan worden. De leden van de NSC-fractie hebben naar aanleiding van het rapport meerdere vragen aan de staatssecretaris.

De leden van de NSC-fractie lezen 'Preventie is niet anders dan ander beleid met gezondheid als primair of secundair doel.' Is de staatssecretaris het hiermee eens? En zo ja, dan vragen deze leden waarom er dan nog steeds veel minder c.q. te weinig geld gaat naar preventie.

Ja, ik vind het niet nodig om onderscheid te maken tussen preventie en ander beleid dat gezondheid als doel heeft. Het is dan passend en duidelijk om de QALY te gebruiken als maatstaf voor alle maatregelen die gezondheid tot doel hebben, zoals geadviseerd door het Kennisplatform. Daarbij is het niet nodig om onderscheid te maken tussen preventie en ander beleid dat gezondheid als doel heeft. Een besluit over financiering van preventie is

¹⁵ Kamerstukken II, vergaderjaar 2022/23, 29 689, nr. 1200

vanwege de demissionaire status van het kabinet aan uw Kamer en het volgend kabinet.

De leden van de NSC-fractie kunnen zich vinden in de constatering in het rapport dat preventie een lange adem vraagt. Tot nu toe ontbreekt structurele borging van preventie echter. Kan de staatssecretaris toelichten waarom borging van preventie nog niet structureel is? Waarom heeft de staatssecretaris zich hier niet eerder voor ingezet en laat hij het aan het volgend kabinet over? En is de staatssecretaris gemotiveerd, mede op basis van het rapport 'Preventie op waarde schatten' om zich in te zetten voor structurele financiering van preventie? Kan de staatssecretaris aangeven hoe dit advies een plek krijgt in het beleid?

Preventie kent een breed pallet aan maatregelen, die zowel binnen als buiten de zorg kunnen plaatsvinden. Van dit laatste is de autogordel een bekend voorbeeld. Binnen het beleidsterrein van het ministerie van VWS gaat het onder meer om preventieve maatregelen zoals vaccinaties, bevolkingsonderzoeken en gezonde leefstijlprogramma's, de inzet van prijsmaatregelen en regulering van zaken die ten koste gaan van gezondheid. Ook de inzet op het gebied van gezondheidsachterstanden, een gezonde leefomgeving of bepaalde doelgroepen (jeugd, ouderen) kunnen preventief zijn. Voor uitvoering van bestaande vaccinaties (m.u.v. covid-vaccinaties) en bevolkingsonderzoeken moeten de middelen telkens opnieuw structureel geborgd worden. Dit kabinet heeft structurele middelen beschikbaar gesteld voor de aanpak van valpreventie en het programma Kansrijke start. Dit is gedaan, omdat alleen een blijvende aanpak zal leiden tot een betere gezondheid bij de mensen, wat ook de kosteneffectiviteit ten goede komt. Ook heeft dit kabinet een impuls gegeven aan de middelen voor de leefstijlthema's uit het Nationaal Preventieakkoord, mentale gezondheid en aanpak volksziektes. Deze lopen echter in 2025 af.

Het kabinet doet vanwege zijn demissionaire status geen uitspraken over (structurele) financiering van deze vormen van preventiebeleid, het is aan uw Kamer en het volgend kabinet om hier beslissingen over te nemen.

In het gezondheidsbeleid zal ik het rapport van het Kennisplatform en het gebruik van de QALY als uitgangspunt meegeven aan het RIVM, ZonMw en de Gezondheidsraad. Daarnaast geef ik op verzoek van de Kamer prioriteit aan de uitvoering van de motie Paulusma en Sneller¹⁶ om een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen om de brede baten van preventie te kwantificeren. Het ministerie zal hier de komende maanden een verkenning naar doen, ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd¹⁷. Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

¹⁶ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59

¹⁷ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 709

(RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema's van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

Zoals de leden van de NSC-fractie lezen geven de auteurs van het rapport 'Preventie op waarde schatten' aan, dat preventie bij uitstek geschikt is om sociaal-economische gezondheidsverschillen (segv) aan te pakken. Deze leden beamen dit, maar maken zich tegelijkertijd zorgen over het bereik van preventieve interventies. Mensen met een lage opleiding maken minder vaak gebruik van preventieve interventies. De leden van NSC-fractie zijn blij te lezen dat het Kennisplatform daarom ook kijkt naar verdelingseffecten van de preventiemaatregel, bijvoorbeeld voor mensen met een verschillend inkomen of opleidingsniveau. Deze verdelingseffecten zeggen echter niets over het bereik van een interventie. Deze leden vragen daarom of een preventieve interventie effectief kan zijn als deze slechts een beperkt deel van de bevolking bereikt. Kan de staatssecretaris hierop reflecteren en aangeven hoe het verhogen van het deelnamepercentage van mensen met een lagere opleiding aan preventieve maatregelen betrokken worden in het waarderingsonderzoek van preventie?

Er zijn preventieve maatregelen, zoals vaccinaties en bevolkingsonderzoeken, die voor iedereen gelden en toegankelijk moeten zijn. Hierbij heeft het bereiken van mensen met gezondheidsachterstanden specifiek wel de aandacht. Daarnaast zet het Rijk zich op verschillende manieren in om gericht sociaaleconomische gezondheidsachterstanden terug te dringen. Zo hebben het ministerie van VWS, gemeenten en GGD-en en zorgverzekeraars met het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) afgesproken dat alle gemeenten een lokale aanpak ontwikkelen om gezondheidsachterstanden terug te dringen en bij interventies differentiatie toepassen, toegespitst op (wijken met) met mensen met gezondheidsachterstanden. Dit doen we bijvoorbeeld door middel van het programma Kansrijke Start en een wijkaanpak Stoppen met Roken waarin specifieke aandacht is voor mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) en waarin bij de wijkaanpak deze groep onder andere door inzet van sleutel- en vertrouwenspersonen wordt bereikt. Het kennis- en expertisecentrum Pharos, dat door VWS wordt gefinancierd, ondersteunt gemeenten bij het (door)ontwikkelen van hun lokale aanpak en het bereiken van mensen in een kwetsbare positie. Bij de verdeling van de financiële middelen vanuit VWS voor de uitvoering van het GALA is rekening gehouden met gemeenten die de meeste inwoners hebben met een lage SES. Daarnaast neemt het ministerie van VWS o.a. deel aan het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid (NPLV) waarbij het Rijk twintig

stedelijke focusgebieden ondersteunt die kampen met gestapelde problemen op het gebied van wonen, onderwijs, armoede, veiligheid en gezondheid. Hiermee kan in deze gebieden gericht worden ingezet op onder meer preventie van armoede en schulden, bijscholing, opvoedondersteuning en het maken van plannen voor een gezonde leefomgeving. Het bereiken van inwoners met een lage SES is en blijft daarmee belangrijk voor het preventiebeleid.

De leden van de NSC-fractie lezen dat in het rapport wordt geadviseerd om een aanvullend beleidsinstrumentarium in te zetten met een periodieke rapportage ten behoeve van kansrijke preventiemaatregelen voorzien van de korte, middellange en lange termijneffecten. Deze leden vragen wanneer een preventiemaatregel als kansrijk wordt gezien. De kansrijkheid van preventie zit soms minder in individuele maatregelen, maar vaker en krachtiger in een combinatie van maatregelen en een systeem- dan wel normverandering. Maar dit is uitdagend om door te rekenen omdat de bewijslast van de effectiviteit ingewikkeld te verzamelen is. Op welke manier wordt dit meegenomen in de opvolging die aan het rapport wordt gegeven?

Een preventiemaatregel wordt als kansrijk gezien wanneer deze effectief en kosteneffectief is. De technische werkgroep onderkent het belang dat de kansrijkheid van preventie toeneemt als het een combinatie betreft van maatregelen en een systeem- of normverandering. De technische werkgroep adviseert dan ook bij de waardering van de QALY niet alleen naar de individuele interventie te kijken, maar de hele integrale aanpak hier onderdeel van te laten zijn. Daarbij benoemt de werkgroep dat het lastiger is om sluitend bewijs te verzamelen over de effectiviteit.

Daarnaast is er niet alleen binnen preventie- en leefstijlthema's samenhang, maar ook tussen de verschillende preventie- en leefstijlthema's. Zo leven kinderen en volwassenen die zich mentaal goed voelen vaak gezonder, is er een samenhang tussen roken, alcohol en ongezonde voeding, etc. Hoe wordt geborgd dat ook de samenhang tussen de thema's in de maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) meegenomen worden, bijvoorbeeld het doorrekenen van verschillende scenario's binnen en tussen thema's?

In 2013 is door het Centraal Planbureau (CPB) en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) een algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-baten analyses (MKBA's) vastgesteld. Deze leidraad is van toepassing op de verschillende vakgebieden waarin MKBA's uitgevoerd worden. Hiermee wordt geborgd dat MKBA's vanuit verschillende vakgebieden/thema's op eenzelfde manier worden uitgevoerd.

De technische werkgroep adviseert, in lijn met deze leidraad en de bijbehorende werkwijzer voor het sociaal domein, om een maatschappelijk perspectief te hanteren bij het uitvoeren van MKBA's van preventiebeleid. Het maatschappelijk perspectief betekent dat alle kosten en baten van beleid meegenomen moeten worden in een MKBA. Ongeacht wie de kosten

dragen en aan wie de baten toekomen en ongeacht wanneer de kosten en baten zich voordoen. Dit betekent dat ook baten op andere thema's, zowel binnen als buiten het gezondheidsdomein, meegenomen dienen te worden genomen in een MKBA.

Voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) geldt dat het Zorginstituut geen MKBA's uitvoert, maar wel kosteneffectiviteitsanalyses (KEA). Ook daarin worden (indien relevant) intersectorale kosten meegenomen. De nieuwste versie van de richtlijn die het Zorginstituut hanteert, is in januari 2024 gepubliceerd en beveelt aan om alle relevante kosten binnen en buiten de zorg mee te nemen in de KEA. Daarmee is het perspectief van MKBA en KEA in Nederland bij benadering hetzelfde.

Ik zal in gesprek gaan met het Centraal Planbureau (CPB) en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) om te onderzoeken of de leidraad voor MKBA's voldoende oog heeft voor de genoemde samenhang en daarbij ook het RIVM betrekken, gelet op hun expertise op het terrein van gezondheid.

Welke goede voorbeelden uit het buitenland werken al zoals de technische werkgroep aanbeveelt?

Preventie en het verbeteren van publieke gezondheid staat in veel westerse landen hoog op de agenda. Deze landen proberen ook inzicht te krijgen in de kosten en baten van preventiemaatregelen. Een overzicht van internationale voorbeelden hoe de effecten van preventiemaatregelen doorgerekend worden voor besluitvormingsprocessen is echter (nog) niet bekend. Internationale organisaties zoals de WHO en de OECD buigen zich over dit vraagstuk. De OECD modelleert bijvoorbeeld de impact van antibioticaresistentie en chronische ziektes met indicatoren zoals bruto nationaal product, zorguitgaven en arbeidsmarktparticipatie. Dit model kan dan vervolgens worden toegepast op beleid zoals bijv. het reduceren van antibioticaresistentie, alcoholgebruik en obesitas. De OECD heeft ook een evaluatie voor Frankrijk uitgevoerd om de impact van hun rookbeleid te kwantificeren. Vanuit het ministerie van VWS nemen wij actief deel aan internationale organisaties zoals de OECD om de internationale kennis en expertise te gebruiken voor ons eigen beleid.

De leden van de NSC-fractie vragen hoe voorkomen kan worden dat bijvoorbeeld gemeenten toch preventieve interventies in gaan zetten die niet kansrijk lijken en waarvan korte, middellange en lange termijneffecten ontbreken. Deze leden zijn van mening dat er een wildgroei aan preventieve interventies is. Is het volgens de staatssecretaris de bedoeling dat iedere preventieve interventie wordt onderworpen aan een analyse om de brede maatschappelijke kosten en baten te kwantificeren? Of is dit alleen de bedoeling bij kansrijke preventieve interventies? Wat gebeurt er vervolgens met niet-kansrijke interventies? Erkent de staatssecretaris het belang van

sturing in het gerichter ontwikkelen van preventieve interventies (om zo te veel overlap in interventies te voorkomen)? En zo ja, welk advies geeft de staatssecretaris hierover?

Gemeenten hebben een eigenstandige bestuurlijke verantwoordelijkheid en kunnen een wijkgerichte aanpak kiezen. Het rapport van het Kennisplatform Preventie kan ook zeker op gemeentelijk niveau helpen om te kiezen voor kosteneffectieve preventie interventies. Daarbij is het belangrijk om de resultaten deelbaar en toegankelijk te maken. Dit kan bijvoorbeeld door de uitkomsten te delen met het RIVM, zodat deze een plek kunnen krijgen in de interventie database van het Loket Gezond Leven. Dit geldt ook voor interventies die niet langer kansrijk zijn. Het ministerie van VWS ziet zichzelf

niet als interventie eigenaar. Wel vind ik het belangrijk om de (door)ontwikkeling van effectieve interventies mogelijk te maken en dat deze interventies beoordeeld kunnen worden op kwaliteit en effectiviteit.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de technische werkgroep de minister adviseert om het initiatief te nemen zodat het beleidsinstrumentarium er daadwerkelijk komt en dat de technische werkgroep het van groot belang acht dat relevante kennisinstellingen zoals het Centraal Planbureau (CPB) of het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) hierin een leidende rol spelen. Om dit beleidsinstrumentarium effectief in te kunnen zetten in de beleidscyclus adviseert de technische werkgroep de minister om tegelijkertijd ook de bestuurlijke context hiervoor te ontwikkelen zodat het ontwikkelde beleidsinstrumentarium in de beleidscyclus verankerd kan worden. Is de staatssecretaris bereid om deze adviezen met zo groot mogelijke spoed op te volgen? En hoe wil de staatssecretaris kennisinstellingen hierin faciliteren? Zo niet, wat is hier de reden voor? Hoe gaat de minister in dit verband uitvoering geven aan de motie om aanvullend instrumentarium te ontwikkelen om kosten en baten van preventie door te rekenen t.b.v. politieke partijen?¹⁸ Indien het CPB en/of RIVM aangeven dat zij de aanbevelingen van de technische werkgroep niet of onvoldoende (snel) kunnen uitvoeren, wil de minister dan verkennen in welke andere vorm dit anders kan worden georganiseerd en daarover rapporteren aan de Tweede Kamer?

De Tweede Kamer heeft met de motie Paulusma en Sneller¹⁹ gevraagd vooruitlopend op het volgende kabinet te starten met het ontwikkelen van een beleidsinstrumentarium om de brede baten van preventie te kwantificeren en te verankeren in de beleidscyclus. Hoe een eventueel instrumentarium eruitziet zal het ministerie de komende maanden verkennen ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd²⁰. Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe

¹⁸ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59.

¹⁹ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59

²⁰ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 709

gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema's van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

Indien aan de slag wordt gegaan met het verder uitwerken van de aanbevelingen, lijkt het de leden van de NSC-fractie verstandig een klankbordgroep bestaande uit burgers en maatschappelijke partijen, zoals gemeenten, scholen, gezondheidsfondsen, onderwijsbonden, sociaal werk en sportbonden, actief te betrekken. Hoe beoordeelt het kabinet de instelling van een maatschappelijke klankbordgroep ter ondersteuning van een wetenschappelijke werkgroep?

Over de mogelijke vervolgstappen ga ik in gesprek met verschillende partijen, omdat zowel het gezondheids- en economisch perspectief van belang is. Dit zijn het RIVM, ZIN, de Gezondheidsraad, CPB, PBL, SCP en vertegenwoordigers van de wetenschap. Ik neem daarbij met belangstelling kennis van de suggestie om een klankbordgroep te betrekken bij de verdere uitwerking van de aanbevelingen.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de technische werkgroep het mogelijk acht om analoog aan de zorgplicht in de Zvw te onderzoeken of en zo ja waar een preventieplicht kan worden vastgelegd in wetgeving, zodat duidelijk is hoe de financiering en implementatie van preventieve maatregelen kan plaatsvinden. Is de staatssecretaris bereid om ook dit advies op te volgen?

Ik vind het interessant te onderzoeken hoe de vrijblijvendheid die er rust op preventie verder weggenomen kan worden. Dat kan op verschillende manieren, waarvan het verkennen van heldere taken en bevoegdheden in wetgeving er een is, zoals benoemd in mijn reactie op de Kamervragen van het lid van Esch²¹. Dit voorwerk wil ik graag verrichten. Het kabinet neemt hier vanwege zijn demissionaire status geen besluit over, dit is aan uw Kamer en het volgend kabinet.

Deze leden vragen hoe de staatssecretaris over dit advies denkt en welke voor- en nadelen hij nu al ziet.

De consequenties van een preventie plicht moeten worden bekeken vanuit meerdere beleidsterreinen, omdat bekend is dat (on)gezondheid ook wordt

²¹ Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 3443

beïnvloed door bijvoorbeeld bestaanszekerheid en de omgeving waar mensen in wonen, werken en recreëren. Hiervoor is ook een breed maatschappelijk draagvlak nodig. Ik zie echter wel voordelen in het verder onderzoeken van een preventieplicht, mede om de vrijblijvendheid die er rust op preventie verder weg te nemen.

Het concreter invullen van taken en verantwoordelijkheden van partijen (met mogelijke verankering daarvan in de wet), zoals benoemd in mijn reactie op de Kamervragen van het lid van Esch²² zou een mogelijke vervolgstap kunnen zijn. Ook in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is afgesproken dat er voor 2026 een voorstel uitgewerkt wordt voor het opnemen van taken en bevoegdheden in wet- en regelgeving. Daarnaast wil ik benadrukken dat preventie en maatregelen hiervoor veelal effecten tonen op langere termijn.

Daarvoor is structurele financiële inzet nodig. Een besluit hierover is vanwege de demissionaire status van het kabinet aan uw Kamer en het volgend kabinet.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten' en de bijbehorende brief. Deze leden danken de technische werkgroep voor hun werk. Zij benadrukken de urgentie van werk maken van (het op waarde kunnen schatten van) preventie. Zij hebben nog enkele vragen hieromtrent.

De leden van de D66-fractie vragen de minister op welke manier de aangenomen motie Paulusma en Sneller²³ over het ontwikkelen van een instrumentarium om de brede kosten en baten van preventie te kwantificeren uitgewerkt gaat worden. Welke stappen gaat de minister ondernemen om deze motie uit te voeren? Hoe nauw zijn het CPB en RIVM betrokken en gecommiteerd in deze? In hoeverre zijn experts op het gebied van bijvoorbeeld sport en bewegen betrokken, zo vragen deze leden.

Ik geef geven op verzoek van de Kamer prioriteit aan de uitvoering van de motie Paulusma en Sneller²⁴ over het ontwikkelen van een beleidsinstrumentarium om de brede baten van preventie te kwantificeren. Het ministerie zal hier de komende maanden een verkenning naar doen, ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd²⁵. Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Bij

²² Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 3443

²³ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59.

²⁴ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59

²⁵ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 709

de ontwikkeling van het algemene instrumentarium is niet specifiek aandacht voor een deelthema of een specifieke aanpak, zoals sport en bewegen of de waarde van een vaccin. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema's van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre reeds bestaande modellen voor de beoordeling van de waarde van vaccins worden meegenomen.

De Gezondheidsraad maakt bij de advisering over vaccinaties gebruik van een nieuw beoordelingskader. Belangrijke criteria zijn onder meer de ernst en omvang van de ziekte en de effectiviteit en veiligheid van het beschikbare vaccin. De kosteneffectiviteit maakt nog steeds onderdeel uit van het beoordelingskader, maar is geen criterium waaraan moet worden voldaan om positief te adviseren. Het rapport 'Preventie op waarde schatten' stelt voor om een andere referentiewaarde voor preventieve maatregelen te gebruiken dan tot op heden wordt gehanteerd: 50.000 euro in plaats van 20.000 euro per QALY voor (alle) preventieve maatregelen. Het hanteren van deze voorgestelde referentiewaarde van 50.000 euro betekent dat een vaccinatie eerder als kosteneffectief kan worden beschouwd dan wanneer 20.000 euro wordt gehanteerd, zoals de Gezondheidsraad nu doet.

Deze leden zijn van mening dat het instellen van een werkgroep met als taak het vaststellen en periodiek herijken van een QALY voor preventie zeer wenselijk is. Dit conform de aanbeveling van de technische werkgroep. Zij vragen de minister daarom om het besluit om te wachten te herzien.

Er is op voorhand niet één partij die hiervoor in aanmerking komt. Er zijn verschillende partijen relevant omdat zowel het gezondheids- en economisch perspectief van belang is. Ik ga met het RIVM, ZIN, de Gezondheidsraad, CPB, PBL, SCP en vertegenwoordigers van de wetenschap in gesprek over mogelijke vervolgstappen.

Tot slot vragen de leden van de D66-fractie hoe de aanbevelingen van de technische werkgroep integraal opgepakt worden door andere ministeries, zoals het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) en het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (I&W).

Het rapport van het Kennisplatform Preventie is gedeeld met diverse departementen, waaronder de ministeries van LNV en I&W. Ambtelijk zijn we in overleg over de aanbevelingen van dit rapport.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben het rapport 'Preventie op waarde schatten' van de technische werkgroep gelezen en hebben nog een aantal vragen.

De leden van de BBB-fractie lezen in het rapport dat het Kennisplatform adviseert om de kosteneffectiviteit van preventieve activiteiten op dezelfde manier te berekenen als bij ziekenhuiszorg of geneesmiddelen. Dit zorgt ervoor dat investeringen in preventie op dezelfde manier kunnen worden afgewogen en vergeleken. Het Kennisplatform en de technische werkgroep stellen voor om QALY als maatstaf te gebruiken. Zij adviseren om één referentiewaarde voor de QALY te hanteren en een brede commissie in te stellen die deze waarde vaststelt en periodiek bijwerkt. Totdat deze commissie een waarde heeft vastgesteld, wordt geadviseerd om een waarde van 50.000 euro per QALY te gebruiken voor preventie. Hoe gaat de minister de werkgroep in de komende periode ondersteunen om ervoor te zorgen dat er een referentiewaarde kan worden vastgesteld?

Verder hechten de leden van de BBB-fractie waarde aan sport en bewegen. Hierom vragen deze leden de staatssecretaris of hij bereid is om een expert op het gebied van (de gezondheidswaarde van) sport en bewegen aan de werkgroep toe te voegen voor het vaststellen en periodiek herijken van de referentiewaarden, zodat de preventieve waarde van sport en bewegen goed vertegenwoordigd wordt.

Ter voorbereiding op het instellen van een werkgroep zal ik verkennen of een expert op het gebied van de gezondheidswaarde van sport en bewegen aan de werkgroep kan worden toegevoegd.

De leden van de BBB-fractie stellen dat er ook voordelen zijn die niet in de begroting van het ministerie van VWS vallen, zoals een vermindering van het aantal mensen in de Ziektewet, en voordelen die buiten de Rijksbegroting vallen, zoals een verbeterde arbeidsproductiviteit. Om deze effecten goed te kunnen meten, is het nodig om een raamwerk te ontwikkelen en een goede data-infrastructuur beschikbaar te stellen. Is de huidige data-infrastructuur in de zorg voldoende en zo niet, hoe wilt de staatssecretaris dit verbeteren?

Het ministerie van VWS verkent in overleg met het Kennisplatform en ZonMw of de genoemde data-infrastructuur en de bijbehorende Kennisagenda versneld kan worden vanuit het lopende preventieprogramma bij ZonMw, wat hiervoor de randvoorwaarden zijn en welke partijen betrokken dienen te worden. Er zijn namelijk meerdere infrastructuren denkbaar voor dit doel, bijvoorbeeld bestaande cohortstudies, de gezondheidsmonitors van de GGD'en en de academische werkplaatsen Publieke gezondheid.

Verder lezen de leden van de BBB-fractie dat de technische werkgroep ook adviseert om een instrumentarium te ontwikkelen waarmee de effecten van preventie maatregelen kunnen worden doorgerekend en om regelmatig een

overzicht te maken van nieuwe en mogelijke kosteneffectieve preventiemaatregelen. Op deze manier kan de gezondheid van alle Nederlanders verbeterd worden. Is de staatssecretaris bereid om het advies van de technische werkgroep te volgen en een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen die de brede baten van preventie kan kwantificeren? Zo ja, op welk termijn denkt de staatssecretaris hiermee te kunnen beginnen? En vindt de staatssecretaris ook, in lijn met de bevindingen en de oproep uit het rapport, dat hier een taak ligt voor de overheid, gezien de grondwettelijke verplichting om aan gezondheidsbevordering te doen?

Ja, hier ligt een taak voor de overheid. Ik geef op verzoek van de Kamer prioriteit aan de uitvoering van de motie Paulusma en Sneller²⁶ over het ontwikkelen van een beleidsinstrumentarium om de brede baten van preventie te kwantificeren. Het ministerie zal hier de komende maanden een verkenning naar doen, ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd²⁷. Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema's van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

Daarnaast pleiten de leden van de BBB-fractie ervoor dat implementatie van de waardevolle aanbevelingen van de technische werkgroep niet zal leiden tot verder uitstel van de implementatie van (reeds kosteneffectief bevonden) preventiemaatregelen. Kan de minister dit toezeggen?

Een uitspraak hierover is vanwege de demissionaire status van het kabinet aan uw Kamer en het volgend kabinet.

Ten slotte lezen de leden van de BBB-fractie dat de technische werkgroep benadrukt dat er een partij met voldoende mandaat en middelen nodig is om de aanbevelingen uit het advies uit te voeren. Heeft de minister al een idee bij welke partij dit zal passen?

Er is niet op voorhand één partij die hiervoor in aanmerking komt. Er zijn verschillende partijen relevant omdat zowel het gezondheids- en economisch perspectief van belang is. Denk aan het RIVM, ZIN, de Gezondheidsraad,

²⁶ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59

²⁷ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 709

CPB, PBL, SCP en vertegenwoordigers van de wetenschap. Ik ben met deze partijen in gesprek over mogelijke vervolgstappen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het rapport 'Preventie op waarde schatten'. Deze leden hebben enkele vragen bij dit rapport en de reactie van het kabinet hierop.

In de kabinetsreactie schrijft het kabinet dat het Kennisplatform passende aanbevelingen heeft gedaan, maar dat het aan het volgende kabinet is om daarover te besluiten. De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet bereid is om eventueel op verzoek van de Kamer de aanbevelingen van de technische werkgroep in gang te zetten, inclusief een opdracht of verzoek daartoe aan CPB en RIVM en de Tweede Kamer over de voortgang en tussentijdse resultaten te informeren.

De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet - indien het CPB en/of RIVM aangeven dat zij de aanbevelingen van de technische werkgroep niet of onvoldoende (snel) kunnen uitvoeren - zou willen verkennen in welke andere vorm dit anders kan worden georganiseerd, bijvoorbeeld als Gezondheidsplanbureau en daarover de Tweede Kamer terug te rapporteren.

Ik geef op verzoek van de Kamer prioriteit aan de uitvoering van de motie Paulusma en Sneller²⁸ over het ontwikkelen van een beleidsinstrumentarium om de brede baten van preventie te kwantificeren. Het ministerie zal hier de komende maanden een verkenning naar doen, ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd²⁹. Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema's van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

De leden van de CDA-fractie stellen vast dat het technisch advies duidelijk maakt dat gezondheid brede maatschappelijke opbrengsten heeft en dat de QALY de gouden standaard zou moeten zijn om de effectiviteit vast te

²⁸ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59

²⁹ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 709

stellen. Uitgangspunt is dat preventie hetzelfde behandeld wordt als andere maatregelen met gezondheid als doel, zoals ziekenhuiszorg of geneesmiddelen. Preventie is krachtiger in combinatie met een systeem- of normverandering. Deze leden vragen hoe dit punt wordt meegenomen in het doorrekenen van de kosten en de baten van preventie.

De technische werkgroep van het Kennisplatform Preventie onderkent dat preventie veelal meer is dan een individuele interventie. Zij stelt dan ook in haar rapport dat waar gesproken wordt over “interventie” al het preventiebeleid wordt bedoeld. Dus ook preventieprogramma’s en integrale preventieaanpakken, waar een normverandering onderdeel van kan zijn.

De baten van preventie gaan verder dan alleen de zorg en hebben een brede impact. De leden van de CDA-fractie vragen, gezien deze breedte, of er ook andere ministeries betrokken worden bij de opdrachtverlening. Denk bijvoorbeeld aan het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), waar de inzet op armoedebestrijding een hoge prioriteit heeft.

Het ministerie van VWS zet samen met andere departementen in op een samenhangende Health in All Policies-agenda. Eind vorig jaar is uw Kamer hierover geïnformeerd³⁰. In het kader van deze agenda wordt ook bekeken hoe gezondheid een betere plek kan krijgen in beleidsafwegingen. Daarnaast is het rapport van het Kennisplatform Preventie en de motie Paulusma en Sneller³¹ aanleiding om in de beleidscyclus te werken aan een beleidsinstrumentarium om de brede baten van preventie te kwantificeren. Het ministerie zal hier de komende maanden een verkenning naar doen, ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd³². Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario’s en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema’s van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe relevante maatschappelijke partijen (zorgprofessionals, sociaal werk, onderwijsbonden, sportorganisaties, burgerberaad etc.) betrokken worden bij het bepalen van een goede en

³⁰ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 709

³¹ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 59

³² Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 709

betrouwbare methodiek.

Ik neem met belangstelling kennis van de suggestie om relevante maatschappelijke partijen te betrekken bij het verder uitwerken van de aanbevelingen. Er is op voorhand niet één partij die hiervoor in aanmerking komt. Er zijn verschillende partijen relevant omdat zowel het gezondheids- en economisch perspectief van belang is. Ik ga in eerste instantie met het RIVM, ZIN, de Gezondheidsraad, CPB, PBL, SCP en vertegenwoordigers van de wetenschap in gesprek over mogelijke vervolgstappen en zal daarbij ook het maatschappelijk perspectief betrekken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdD-fractie

De leden van de PvdD-fractie hebben kennisgenomen van de stukken en hebben hierover nog enkele vragen. In het rapport 'Preventie op waarde schatten' is te lezen dat preventie alle maatregelen en beleidsprogramma's omvat om gezondheidsproblemen te voorkómen. Tevens is te lezen dat het advies van toepassing is op al het beleid, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, dat zich primair of secundair richt op het voorkómen van het ontstaan of verergeren van gezondheidsproblemen. Uit de wetenschap is bekend dat zoönosen een bedreiging vormen voor volksgezondheid en dat de intensieve veehouderij en de manier waarop met dieren en natuur wordt omgegaan daar de belangrijkste bronnen van zijn. Dat bleek onder andere uit het rapport 'Zoönosen in het vizier' van de expertgroep zoönosen.³³ Kan het landbouwbeleid en natuurbeleid inderdaad meegenomen worden in de analyse, aanbevelingen en invulling als het gaat om de (maatschappelijke) kosten en baten van preventie? Zo nee, waarom niet en hoe wordt preventie vanuit LNV-beleid en betrokken sectoren dan integraal meegenomen?

Het Kennisplatform adviseert om de QALY te hanteren als de gouden standaard voor maatregelen die gezondheid tot doel hebben. In de brief³⁴ aan uw Kamer van januari dit jaar hebben de minister van VWS en ik dit uitgangspunt onderschreven. Het is daarbij niet nodig om onderscheid te maken tussen preventie in de zorg of in een ander beleidsterrein. Dit betekent dat zodra een beleidsinterventie vanuit het landbouwbeleid of natuurbeleid wordt voorgesteld om de gezondheid van mensen te verbeteren, het berekenen van een QALY theoretisch mogelijk is. Het zal op voorhand niet altijd mogelijk zijn om de kosteneffectiviteit te berekenen. Om dit te kunnen doen zijn gegevens noodzakelijk. De technische werkgroep adviseert dan ook een raamwerk te laten opstellen voor het bewijs dat nodig is om de gezondheidsbaten en kosten te kunnen vaststellen. Het toepassingsbereik is daarmee breder dan het beleidsterrein van VWS. Het rapport van het Kennisplatform Preventie is dan ook ambtelijk gedeeld met diverse departementen, waaronder de ministeries van LNV en I&W en zij gaan in overleg over de aanbevelingen van dit rapport.

Op verzoek van uw Kamer geef ik prioriteit aan de uitvoering van de motie

³³ Kamerstuk 25 295, nr. 1357

³⁴ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 712

Paulusma en Sneller om een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen om de brede baten van preventie te kwantificeren. Het ministerie zal hier de komende maanden een verkenning naar doen, ook in relatie tot de uitwerking van de Health in All Policies agenda waar uw Kamer eind vorig jaar over is geïnformeerd. Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies, onder andere hoe gezondheidseffecten- en baten van verschillend beleid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Planbureau (CPB) zal worden gesproken over mogelijkheden die zij zien. Daarnaast zal ook gesproken worden met het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die samen met het CPB werken aan een gezamenlijk programma Brede welvaart. Dit programma heeft de ambitie om vooruit te kijken door de verwachte effecten van specifieke beleidsvoornemens op brede welvaart in kaart te brengen en te duiden, voor zover dit technisch mogelijk is. Gezondheid is één van de thema's van brede welvaart. Over de voortgang hiervan wordt de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling 2025 geïnformeerd.

De leden van de PvdD-fractie merken op dat het rapport voor preventieve activiteiten adviseert om voor kosteneffectiviteit de maatstaf QALY te gebruiken. Door het hanteren van één maatstaf maakt het niet langer uit in welke sector (ook buiten de zorg), bij welke populatie of aandoening de preventieactiviteit plaats gaat vinden. Hierdoor kunnen beleidsopties gericht op gezondheid zo goed mogelijk vergeleken worden. Er wordt ook geadviseerd om één referentiewaarde te hanteren voor het doel gezondheid. Daarnaast wordt in het rapport aandacht gevraagd voor de effecten van preventieve maatregelen en het feit dat veel baten, zoals gezondheidseffecten en minder zorgkosten pas zichtbaar worden op een langere termijn dan een regeerperiode van vier jaar. Het rapport adviseert om een aanvullend instrumentarium te laten ontwikkelen waarmee de brede kosten en baten van preventie op de korte, middellange en lange termijn gekwantificeerd kunnen worden en daarbij ook de verdelingseffecten mee te nemen. Dat zou gecombineerd kunnen worden met het periodiek opstellen en publiceren van een overzicht van nieuwe en mogelijke kosteneffectieve preventiemaatregelen die beleidsmatig kunnen worden ingezet om de gezondheid van alle Nederlanders te verbeteren. Is het mogelijk om QALY en de referentiewaarde dus ook toe te passen voor beleidsopties die vallen onder LNV? Zo nee, waarom niet?

Het Kennisplatform adviseert om voor alle beleidsopties - ook die vallen onder andere sectoren dan de zorg - die primair of secundair gericht zijn op het verbeteren van de gezondheid de QALY te hanteren voor het kwantificeren van gezondheidseffecten en de voor nu voorgestelde referentiewaarde van 50.000 euro te gebruiken om te bepalen of een beleidsmaatregel effectief is.

Is het daarnaast theoretisch gezien mogelijk om bijvoorbeeld de preventieve

effecten van een krimp van de veestapel op de gezondheid in kaart te brengen? Is het bij het ontwikkelen van een nieuw instrumentarium ook mogelijk om de maatschappelijke kosten en baten van zulke en andere maatregelen die onder LNV vallen kwantificeerbaar en inzichtelijk te maken? Zo nee, waarom niet?

Het doel van het instrumentarium dat de technische werkgroep adviseert te laten ontwikkelen is om de brede maatschappelijke kosten en baten te kwantificeren van preventiemaatregelen met gezondheid als primair of secundair doel. Dit omvat ook beleidsmaatregelen die onder andere ministeries vallen en bij kunnen dragen aan gezondheid, waaronder het ministerie van LNV.