Fiche 1: Raadsaanbeveling voor cardiovasculaire gezondheidscontroles

1. Algemene gegevens

a) Titel voorstel

Aanbeveling van de raad betreffende cardiovasculaire gezondheidscontroles: een EU-aanpak voor vroegtijdige opsporing en screening

b) Datum ontvangst Commissiedocument

28 september 2026

c) Nr. Commissiedocument

COM document (2026) 481

d) EUR-Lex

EUR-Lex - 52026DC0481 - NL - EUR-Lex

e) Nr. impact assessment Commissie en Opinie

Niet opgesteld.

f) Behandelingstraject Raad

Raad voor Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken (Gezondheid)

g) Eerstverantwoordelijk ministerie

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

2. Essentie voorstel

De Europese Commissie (hierna: de Commissie) heeft op 28 september 2026 een voorstel voor een aanbeveling van de Raad gepubliceerd, voor een EU-aanpak voor cardiovasculaire gezondheidscontroles. De aanbeveling beoogt EU-lidstaten te ondersteunen bij het ontwikkelen en implementeren van gezondheidscontroles, gericht op de vroege opsporing van cardiovasculaire aandoeningen en risicofactoren om vroegtijdig sterven aan hart- en vaatziekten tegen 2035 met 25% terug te dringen. Dit in overeenstemming met de doelstelling van het *Safe Hearts Plan*.

De Commissie beveelt lidstaten aan toegankelijke, wetenschappelijk onderbouwde cardiovasculaire gezondheidscontroles te ontwikkelen en te implementeren, rekening houdend met onder meer beschikbare zorgcapaciteit, sekse- en genderverschillen en de behoeften van kwetsbare groepen. De controles kunnen worden aangeboden via de eerstelijnszorg en laagdrempelige locaties, zoals apotheken en gemeenschapscentra, en via mobiele dienstverlening.

Ook wordt aanbevolen in te zetten op passende communicatie en het vergroten van gezondheidsvaardigheden en bewustwording rondom cardiovasculaire risicofactoren.

De Commissie stelt als streefwaarden voor 2035 dat jaarlijks bij ten minste 75% van de 25- tot en met 64-jarigen en 90% van de 65-plussers de bloeddruk wordt gemeten. Voor cholesterol en bloedsuiker gelden streefwaarden van respectievelijk 65% en 80%.

De aanbeveling is om de gezondheidscontroles te koppelen aan passende vervolgdiagnostiek en zorg. Voor mensen met een verhoogd risico wordt een gepersonaliseerde preventieve aanpak aanbevolen, waaronder leefstijlinterventies, vroegtijdige behandeling om complicaties te voorkomen, periodieke vervolgcontroles en waar passend vaccinatie.

Daarnaast beveelt de Commissie aan digitale instrumenten en gezondheidsgegevens te benutten voor de uitvoering, monitoring en evaluatie van de gezondheidscontroles, in aansluiting op de Europese Ruimte voor Gezondheidsgezondheidsgegevens (*European Health Data Space*, hierna: EHDS).

Lidstaten wordt aanbevolen de effectiviteit, kostenefficiëntie en deelname te monitoren, te investeren in training van zorgprofessionals en samenwerking tussen relevante stakeholders te bevorderen. Over de implementatie dienen lidstaten binnen drie jaar en vervolgens iedere vier jaar aan de Commissie te rapporteren.

3. Nederlandse positie ten aanzien van het voorstel

a) Essentie Nederlands beleid op dit terrein

De inzet van het kabinet op preventie staat onder andere beschreven in de Samenhangende preventiestrategie[1] van juni 2025 en heeft als doel om te komen tot de gezondste generatie ooit in 2040. Hiertoe zet het kabinet onder meer in op het bevorderen van een gezonde leefstijl en leefomgeving, waaronder gezond eten, voldoende bewegen, een rookvrije generatie, het voorkomen van problematisch alcoholgebruik en het tegengaan van overgewicht.
Deze factoren hangen wetenschappelijk bewezen samen met het risico op hart- en vaatziekten. Het beleid op deze terreinen bestaat uit een mix van wetgeving (waaronder wetgeving ter implementatie van Uniewetgeving) en andere instrumenten.

Het kabinet zet daarnaast in op het verkleinen van gezondheidsachterstanden en het beter bereiken van mensen in een kwetsbare positie. Hiervoor is in beleid onder meer aandacht voor een wijkgerichte aanpak en samenwerking tussen gemeenten, GGD'en, JGZ-organisaties, zorgaanbieders en maatschappelijke partners. Ook is er in veel generiek beleid aandacht voor cardiovasculaire aandoeningen, zoals de

[1] Kamerstukken II 2024/25, 32793, nr. 846

Nationale Strategie Vrouwengezondheid 2025-2030[2] en beleid rondom de vaccinaties tegen bijvoorbeeld griep en COVID-19 bij groepen met een verhoogd risico.

Relevante veldpartijen hebben specifiek op cardiovasculaire aandoeningen gerichte beleidsdocumenten vastgesteld. Zo heeft de Hartstichting in samenwerking met relevante partners, een integrale landelijke Hart- en vaatagenda[3] opgesteld. In de Dutch CardioVascular Alliance (DCVA) werken ruim twintig partners – onder meer academici, zorgverleners, financiers van onderzoek en vertegenwoordigers van patiënten en van private partijen – samen aan het streven om de ziektelast als gevolg van hart- en vaatziekten in 2030 met een kwart te verminderen.

Er bestaan in Nederland geen landelijke, preventieve gezondheidscontroles op het gebied van hart- en vaatziekten, op bevolkingsniveau. Wel vindt opsporing en screening bij groepen met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen, binnen de curatieve zorg plaats op basis van zorgstandaarden en richtlijnen, die *evidence based* zijn en door beroepsgroepen worden opgesteld. Voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM) bestaat een multidisciplinaire richtlijn,[4] die vanuit de eerstelijnszorg onder regie van de huisarts in de vorm van "ketenzorg" wordt uitgevoerd. Ketenzorg is onderdeel van het verzekerde pakket, waardoor deze voor iedereen toegankelijk is. Ook de bekostiging is hierop ingericht, waardoor zorgverleners binnen de eerste lijn in goede samenwerking en samenhang invulling kunnen geven aan CVRM. De kwaliteit van zorg en doorverwijzing zijn nadrukkelijk verantwoordelijkheden van de zorgprofessionals zelf, waarop de overheid via toezichthouders toeziet. De zorg vindt zo dicht mogelijk bij de patiënt plaats, met gebruik van tele-begeleiding/thuismonitoring. Via praktisch onderzoek wordt gewerkt aan innovatieve zorgverlening, door onder meer de inzet van sensoren ter preventie van gezondheidsescalaties (onder andere CardioMEMS). Dit onderzoek wordt in Europees verband vormgegeven.

Ten aanzien van het gebruik van digitale instrumenten en het gebruik van gezondheidsgegevens, wordt in Nederland sinds 2023 nadrukkelijk ingezet op het vergroten van de databeschikbaarheid, zowel voor primair als voor secundair gebruik. Dit is uitgewerkt in de Nationale Visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel (NVS)[5], dat als doel heeft gezondheidsgegevens op een veilige en betrouwbare manier beschikbaar te maken voor de verlening van zorg aan patiënten, voor onderzoek, innovatie en beleid, en voor de burger zelf.

b) Beoordeling + inzet ten aanzien van dit voorstel

---

[2] Kamerstukken II 2024/25, 31765, nr. 936

[3] Hartstichting. Hart- en vaatagenda. 9 oktober 2024.

[4] Nederlands Huisartsen Genootschap. Cardiovasculair risicomanagement. Publicatie: juni 2019, laatste aanpassing: september 2026.

[5] Kamerstukken II 2022/23, 27529, nr. 295

Het kabinet is positief over het voorstel om de cardiovasculaire gezondheid in de EU te verbeteren en gezondheidsverschillen tussen lidstaten en inwoners daarvan terug te dringen. Daarbij vindt het kabinet het positief dat in het voorstel de ruimte wordt gelaten aan lidstaten om te bekijken of, en zo ja hoe, deze aanbevelingen passend zijn voor de nationale situatie en in hoeverre deze kunnen worden overgenomen. Dit betekent ook dat het kabinet niet verplicht is om een landelijk programma met gezondheidscontroles voor de hele populatie op te stellen.
Positief vindt het kabinet ook de manier waarop de patiënt centraal wordt gezet in het voorstel. Ten eerste komt het belang van integrale, multidisciplinaire samenwerking met aandacht voor patiëntperspectieven en behoeftes naar voren. Dit sluit aan bij de manier waarop de Nederlandse ketenzorg is georganiseerd, evenals het proces van Samen Beslissen. Ten tweede is het vergroten van kennis over het bewustzijn van cardiovasculaire risicofactoren, met name bij kwetsbare groepen, onderdeel van de aanbevelingen. Ten derde komen toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van gezondheidsonderzoeken terug in het voorstel.

Het kabinet beoordeelt ook de aandacht in het voorstel voor geslachts- en genderspecifieke risicoverschillen als positief. Cardiovasculaire aandoeningen uiten zich (vaak) anders bij vrouwen dan bij mannen en het duurt gemiddeld langer voordat deze worden vastgesteld. Dit sluit aan bij het beter herkennen en erkennen van klachten bij vrouwen, zoals opgenomen in de Nationale Werkagenda, onderdeel van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid 2025-2030.

De nadruk op interventies gebaseerd op bewijs uit wetenschappelijk onderzoek stemt het kabinet eveneens positief. Het meenemen van de maatschappelijke effecten, zoals met het beoordelen van kosten efficiëntie en de inzet van zorgpersoneel, sluit aan bij het streven van het kabinet om ervoor te zorgen dat de juiste zorg terecht komt bij de mensen die dat het hardst nodig hebben.

Het kabinet steunt de aanbevelingen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de EHDS. Het gemeenschappelijke EHDS-kader moet leidend blijven, en naar aanleiding van dit initiatief moet er geen aparte Europese data-infrastructuur voor cardiovasculaire gezondheidschecks worden opgezet. Dit past bij de inzet van het kabinet om verdere versnippering van het datalandschap te voorkomen.

Naast de positieve punten bevat het voorstel ook aanbevelingen die het kabinet niet steunt. Een focus op vroege detectie vermindert het gevoel van urgentie voor primaire preventie met leefstijl interventies en een aanpak gericht op sociale en commerciële determinanten van gezondheid.
Het kabinet vindt dat de focus juist moet liggen op primaire preventie, met aanvullend daarop gezondheidscontroles bij specifieke groepen met een verhoogd risico en het beperken van ziektelast bij personen die al bekend zijn met hart- en vaatziekten. Deze vorm van gerichte preventie valt onder de Zorgverzekeringswet, waar primair de zorgverleners bepalen via *evidence based* richtlijnen, wat passende zorg is. Voorafgaand aan het introduceren van generieke screening, moet een duidelijke en zorgvuldige

weging plaatsvinden van de (maatschappelijke) voor- en nadelen. Dit sluit ook aan bij de ambitie van het kabinet om passende zorg de norm te maken.

In dit voorstel worden gezondheidscontroles op populatieniveau vanaf de leeftijd van 25 jaar nagestreefd, zonder dat er een effectbeoordeling is uitgevoerd. Het kabinet is zeer terughoudend met generieke screening op aandoeningen. Het kabinet is hierbij van mening dat zowel de effecten op de populatie die onderzocht wordt als op de houdbaarheid van het zorgstelsel, met betrekking tot inzet van schaars personeel en middelen, in kaart moet zijn gebracht, voordat gezondheidscontroles op populatieniveau worden geadviseerd. Dit is in lijn met het recente advies van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving over (over)diagnostiek.[6] Ook benoemt het voorstel dat de onderzoeken naar de kosteneffectiviteit van cardiovasculaire gezondheidscontroles wisselende resultaten opleveren en dit gunstiger lijkt te zijn bij een gerichte aanpak bij mensen met een verhoogd risico. Dit pleit voor de aanpak die al bestaat in Nederland. Het kabinet zal er daarom voor pleiten om de generieke screeningsdoelen uit het voorstel te schrappen en het meer te richten op een (doelgroep)gerichte aanpak.

Het kabinet vindt het doel van 25% minder vroegtijdige sterfte door cardiovasculaire aandoeningen in 2035 positief. Het kabinet is er echter niet van overtuigd dat jaarlijkse metingen door medische beroepsbeoefenaren van bloeddruk, cholesterol en bloedsuiker bij specifieke leeftijdsgroepen wenselijk zijn of ertoe zullen leiden dat het eerste doel behaald zal worden, nog los van de gevolgen voor het zorgstelsel en de verdere druk op de eerstelijnszorg die hiermee gepaard zouden gaan.

c) Eerste inschatting van krachtenveld

Een meerderheid van de lidstaten is terughoudend over het voorstel zo lang hierin screening op populatieniveau is opgenomen, zonder verdere risicosturing. Aandacht voor primaire preventie en effectieve toepassing, op basis van wetenschappelijke inzichten en met oog voor kosten, is belangrijk voor een groot deel van de lidstaten. Het beschermen van de nationale situatie met flexibiliteit in de uitvoering en passende rapportageverplichtingen komt ook bij de meerderheid naar voren.

Het Europees Parlement heeft in zijn verslag over een EU-strategie voor hart- en vaatziekten benadrukt dat de EU-richtsnoeren voor gezondheidscontroles empirisch onderbouwd moeten zijn, de bevoegdheden van de lidstaten moeten eerbiedigen, ongelijkheid moeten terugdringen en zorgpraktijken met een lage toegevoegde waarde moeten voorkomen. Het Europees Parlement kijkt positief tegen het voorstel aan en raadt lidstaten aan de aanbevelingen te implementeren. Onderwijs over vroege opsporing, het trainen van gezondheidswerkers om gezondheidscontroles uit te voeren en aandacht voor gender- en sekseverschillen worden belangrijk geacht.

[6] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Iedereen bijna ziek - Over de keerzijden van diagnose-expansie. 15 april 2025.

4. Grondhouding ten aanzien van bevoegdheid, subsidiariteit, proportionaliteit, financiële gevolgen en gevolgen voor regeldruk, concurrentiekracht en geopolitieke aspecten

a) Bevoegdheid

Het oordeel van het kabinet is positief. De aanbeveling heeft tot doel om lidstaten te ondersteunen bij het ontwikkelen en implementeren van cardiovasculaire gezondheidschecks.
Het voorstel is gebaseerd op artikel 168 lid 6 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Dit artikel geeft de Raad de bevoegdheid om, op voorstel van de Commissie, een aanbeveling aan te nemen met het oog op de doelstelling van artikel 168 VWEU. Artikel 168 VWEU gaat over het optreden van de Unie, gericht op de verbetering van de volksgezondheid. Op het terrein van de bescherming en verbetering van de menselijke gezondheid is de EU bevoegd het optreden van de lidstaten te ondersteunen, te coördineren of aan te vullen (artikel 6, onder a, VWEU). Het kabinet erkent deze bevoegdheid van de Europese Unie en zet in op een aanbeveling waarin recht wordt gedaan aan de aard van deze aanvullende, ondersteunende en coördinerende bevoegdheid van de Unie. Zoals ook volgt uit artikel 168 lid 7 dient het optreden van de Unie de verantwoordelijkheden van de lidstaten met betrekking tot de bepaling van hun gezondheidsbeleid te eerbiedigen. Lidstaten gaan zelf over de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en de daartoe bestemde middelen.

b) Subsidiariteit

De grondhouding van het kabinet is positief, met een kanttekening. De aanbeveling heeft tot doel om lidstaten te ondersteunen bij het ontwikkelen en implementeren van cardiovasculaire gezondheidschecks. Het ontwikkelen en implementeren van gezondheidscontroles kan deels door de lidstaten op centraal, regionaal of lokaal niveau worden verwezenlijkt. Optreden op EU-niveau heeft echter meerwaarde vanwege de mogelijkheid om op grotere schaal informatie op te halen over de meest doeltreffende en efficiënte manier om cardiovasculaire gezondheidscontroles uit te voeren. De uitwisseling van gegevens die zal plaatsvinden binnen de EHDS, voor secundair datagebruik, kan ook nieuwe informatie opleveren over het risico op cardiovasculaire gezondheidsproblematiek en de behandeling daarvan. Doordat het delen van data op Europees niveau plaatsvindt, is er sprake van veel grotere cohort-groepen, wat bijdraagt aan de kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek. Optreden op EU-niveau is gerechtvaardigd. Evaluatie van verschillende vormen van programma's met gezondheidscontroles vanuit EU-lidstaten biedt de mogelijkheid tot kennisuitwisseling en vergelijking en de gelegenheid aan zorgverleners om, waar dit bewezen effectief is, richtlijnen en standaarden in Nederland aan te passen. De kanttekening ziet erop dat deze uitwisseling van kennis en goede praktijken rondom gezondheidscontroles een duidelijkere plek dient te krijgen in het voorstel om die meerwaarde te bieden. Op dit moment is dat nog niet het geval.

c) Proportionaliteit

De grondhouding van het kabinet is positief, met een kanttekening. De aanbeveling heeft tot doel lidstaten te ondersteunen bij het ontwikkelen en implementeren van cardiovasculaire gezondheidschecks. Het voorgestelde optreden is geschikt om deze doelstelling te bereiken, maar screening op populatieniveau wordt niet gezien als doelmatige inzet van schaars personeel en middelen in de zorg. Daar ziet de geplaatste kanttekening op. Er is op dit moment geen bewijs voor de kosteneffectiviteit van systematische gezondheidscontroles. Wanneer de gezondheidscontroles dus op populatieniveau worden ingevoerd, gaat dit optreden verder dan noodzakelijk.

Wel blijkt uit bestaande analyses dat een gerichte aanpak voor personen met een verhoogd risico een gunstiger kosteneffectiviteitsprofiel met zich meebrengt. Er dient daarom te worden ingezet op gezondheidscontroles voor groepen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en niet op screening op populatieniveau. Wanneer de controles worden uitgevoerd op populaties met bekende risicofactoren op hart- en vaatziekten gaat het voorstel niet verder dan noodzakelijk. Verder laat het voorstel de ruimte aan lidstaten om zelf invulling te geven aan de maatregelen ter verwezenlijking van de doelstelling om de ziektelast en sterfte gerelateerd aan hart- en vaatziekten terug te dringen.

d) Financiële gevolgen

Het beleidsinitiatief zal geen gevolgen hebben voor de EU-begroting.
De aanbeveling zal naar verwachting niet leiden tot gevolgen voor de nationale begroting. Eventuele nationale budgettaire gevolgen worden ingepast op de begroting van het beleidsverantwoordelijke departement, conform de regels van de budgetdiscipline.
Nederland bepaalt zelf de wijze waarop en de mate waarin deze aanbevelingen worden ingevoerd en ziet op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten screening op populatieniveau als een ondoelmatige inzet van mensen en middelen in de zorg.

e) Gevolgen voor regeldruk, concurrentiekracht en geopolitieke aspecten

De aanbeveling bevat geen bindende verplichtingen voor lidstaten. De gevolgen voor de regeldruk zijn afhankelijk van de wijze waarop en de mate waarin Nederland de aanbevelingen implementeert. Deze zijn op dit moment niet te kwantificeren.
Gezondheidscontroles op bloeddruk, bloedsuiker en cholesterol vinden al risicogericht preventief plaats binnen de eerstelijnszorg. Als deze controles uitgebreid zouden worden naar een grotere groep, zou dit leiden tot aanvullende administratieve en uitvoeringslasten voor zorgaanbieders vanwege het uitnodigen van burgers, de registratie van gegevens en het uitvoeren van de onderzoeken.

Het bevorderen van gezondheidsvaardigheden brengt administratieve en uitvoeringslasten met zich mee voor zowel de overheid als zorgaanbieders, vanwege het informeren van burgers en mogelijk benodigde extra scholing voor zorgverleners. Voor burgers kunnen gezondheidscontroles tijdsbelasting met zich

meebrengen. De periodieke rapportage aan de Commissie brengt aanvullende administratieve lasten voor de overheid met zich mee.

De Commissie gaat niet specifiek in op de gevolgen van de aanbeveling voor het concurrentievermogen van de EU. De beoogde vermindering van de cardiovasculaire problematiek, resulterend in een gezondere beroepsbevolking en verminderde druk op de zorgstelsels, zal de concurrentiekracht van de EU positief beïnvloeden. Het gebruik van innovatieve technologische oplossingen, waaronder datagedreven en AI-gebaseerde toepassingen voor cardiovasculaire risico-inschatting, kan daarnaast kansen bieden voor innovatie op het gebied van medische technologie en digitale zorg.

Een verbeterde concurrentiekracht is bevorderlijk voor de geopolitieke positie van de EU. Er zijn geen verdere effecten op geopolitieke aspecten te verwachten.