

DE EFFECTIVITEIT VAN PREVENTIE METEN

ADVIES COMMISSIE PASSEND BEWIJS PREVENTIE

RAPPORT

seo • economisch onderzoek

AUTEURS

WOUTER VERMEULEN EN CARL KOOPMANS

IN OPDRACHT VAN

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

AMSTERDAM, DECEMBER 2024

Samenvatting

Bestaande werkwijzers bieden onvoldoende houvast om onderzoeksmethoden te kiezen voor het bepalen van de effecten van preventie. Het is belangrijk dat een richtlijn door een commissie van experts hier duidelijkheid over schept. Overheden kunnen de onderbouwing van publieke uitgaven aan preventie hieraan toetsen.

Het ministerie van VWS heeft SEO Economisch Onderzoek gevraagd om te assisteren in de voorbereiding van een gezaghebbende commissie over passend bewijs voor preventie. Het gaat om advies over de taken en samenstelling van de commissie en om het in beeld brengen van gevoeligheden en aandachtspunten. Het advies in dit rapport is gebaseerd op bureauonderzoek en interviews onder een brede kring van experts en betrokken partijen.

Geen duidelijk en breed geaccepteerd beeld van passend bewijs voor preventie

Er bestaat op dit moment geen duidelijk en breed geaccepteerd beeld van passend bewijs voor de effecten van preventie. Een technische werkgroep over kosten en baten van preventie (TWG-KBP) constateerde vorig jaar dat er binnen de gezondheidszorg voor het vaststellen van bewijs vaak sterk wordt uitgegaan van Randomized Control Trials (RCT's). Dit bewijsniveau is voor lang niet alle preventie redelijkerwijs haalbaar. Andere richtlijnen zoals de werkwijzer voor maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) plaatsen de RCT minder centraal. Deze richtlijnen zijn echter algemeen geformuleerd en weinig toegespitst op preventie.

In het bijzonder ontbreekt er houvast voor het duiden van bewijs voor langetermijneffecten die met modellen bepaald zijn. Dit is belangrijk voor preventiemaatregelen, omdat de effecten hiervan vaak op de lange termijn optreden.

Verder geven verschillende gesprekspartners aan dat bewijsvoering buiten het domein van de zorgverzekering lastig is. In het gemeentelijk sociaal domein is goede empirische onderbouwing veel schaarser en is het dan ook minder duidelijk wat de norm voor bewijs is.

Opdracht: ontwikkel een richtlijn voor passend bewijs

De commissie zou een op preventie toegespitste richtlijn moeten ontwikkelen waarmee het passend niveau van bewijs vastgesteld kan worden. We adviseren om de richtlijn te beperken tot het bepalen van de effecten van preventie. De waardering in geld zou geen onderdeel van de opdracht uit moeten maken. Dit houdt de focus op de effectbepaling en voorkomt dat discussies over waarderingmethoden ten koste gaan van het draagvlak hiervoor.

Overheden kunnen de onderbouwing van publieke uitgaven aan preventie aan deze richtlijn toetsen, bijvoorbeeld binnen het kader van een te ontwikkelen financieringsmodel voor preventiemaatregelen. Daarnaast kan de richtlijn in de toekomst ook als basis dienen voor een werkwijzer voor MKBA's van preventiemaatregelen en voor een op preventie gerichte module over de beoordeling van verzekerde zorg. Langs deze wegen kan de richtlijn bijdragen aan een hogere kwaliteit van de effectbepaling voor preventiemaatregelen.

Om een richtlijn voor passend bewijs te maken moet de commissie aspecten van de interventie en de context waarin deze plaatsvindt in kaart brengen die relevant zijn voor de passende bewijsmethode. Hierdoor ontstaan verschillende categorieën van interventies. Bij elke categorie moet de commissie vervolgens vaststellen welke bewijsmethode het meest passend is. De commissie kan zich baseren op inzichtelijke voorbeelden van effectmetingen in elke categorie en op de bestaande nationale en internationale richtlijnen. De conclusies moeten tenslotte worden vertaald naar een schema.

We adviseren om te kiezen voor een brede afbakening van preventiemaatregelen, die bijvoorbeeld vaccinaties, screening, regulering, beprijzing en leefstijlinterventies omvat. De afbakening van de TWG-KBP kan hiervoor als uitgangspunt dienen.

Stel methodologische expertise in de samenstelling van de commissie centraal

De commissie moet bestaan uit een kleine groep van methodologische experts. Het vraagstuk wanneer welke evaluatiemethode het beste past is immers een methodologisch vraagstuk. Ook is het gewenst dat expertise vanuit het RIVM en het Zorginstituut Nederland aanwezig is. Andere stakeholders kunnen betrokken worden middels een klankbordgroep. Daarnaast is er een grote groep van belanghebbenden en experts voorzien die de commissie in het traject kan consulteren. Zo kan de commissie breed input ophalen en werken aan draagvlak voor de richtlijn, zonder dat de commissie zelf te groot en daarmee onwerkbaar wordt. Tabel S.1 vat de beoogde samenstelling samen.

Tabel S.1 Beoogde samenstelling van de commissie

Positie	Partijen
Voorzitter	Expert m.b.t. methoden én de beleidswereld
Commissieleden	Experts, RIVM, ZIN
Secretariaat	Onafhankelijk onderzoeksbureau
Adviseur	CPB
Waarnemer	VWS
Klankbordgroep	Gezondheidsraad, VNG, ZonMw, PBL, GGD, ZN
Consultatie	Experts, NFU, CBS, NJi, NZa, Nivel, RIVM, SCP, Trimbos-instituut, TNO, Coalitie Leefstijl in de Zorg, Algemene Rekenkamer, PDPC, RVS, WRR

Bron: SEO Economisch Onderzoek

Vraag de commissie om meerdere niveaus van bewijsvoering te onderscheiden

Het is van belang dat de nieuwe commissie verschillende niveaus (trede) van bewijsvoering onderscheidt. Als de hoogste trede niet haalbaar is, kan de effectbepaling nog steeds op een lagere trede mikken. Daarnaast verdienen nieuwe manieren van dataverzameling aandacht, zoals via gezondheidsapps. Second opinions kunnen helpen om de implementatie van de richtlijnen van de commissie te bevorderen.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1 Inleiding	5
1.1 Motivatie	5
1.2 Vraagstelling	6
1.3 Aanpak van het onderzoek	6
1.4 Opbouw van dit rapport	7
2 Passend bewijs	8
2.1 De TWG-KBP	8
2.2 Bestaande beoordelingsinstrumenten	9
2.3 Inzichten uit de interviews	14
3 Inhoud van de opdracht	16
4 Samenstelling van de commissie	21
5 Gevoeligheden en aandachtspunten	24
Referenties	27
Bijlage A Overzicht van gesprekspartners	28

1 Inleiding

Het ministerie van VWS heeft SEO gevraagd om een advies over een commissie die zich gaat buigen over passend bewijs voor effecten van preventiemaatregelen. Het advies gaat over de opdracht en de samenstelling van de commissie.

1.1 Motivatie

Advies van de Technische werkgroep kosten en baten van preventie

Vorig jaar verscheen 'Preventie op waarde schatten' (TWG-KBP, 2023), het advies van de Technische werkgroep kosten en baten van preventie (TWG-KBP). Centraal in het advies staat de conclusie dat preventie niet anders is dan ander beleid met gezondheid als primair of secundair doel en dat op preventie daarom dezelfde methoden, richtlijnen en afwegingskaders van toepassing zijn. Hieruit volgt dat voor preventie, net als voor elk ander beleid met gezondheid als doel, zoals ziekenhuiszorg of geneesmiddelen, een brede welvaartseconomische analyse de gouden standaard is.

De TWG-KBP adviseert om een afwegingskader te ontwikkelen waarmee de overheid de effecten van preventie op de brede welvaart kan afwegen tegen het geldbedrag dat hiervoor nodig is. Dit ondersteunt beleidsmakers bij het maken van beslissingen over preventie. Daarnaast adviseert de TWG-KBP om beleidsinstrumentarium te ontwikkelen waarmee de brede maatschappelijke kosten en baten van preventie periodiek en vraaggestuurd gekwantificeerd kunnen worden. Vanuit de Tweede Kamer zijn er meerdere moties ingediend die het kabinet vragen om invulling te geven aan deze adviezen.

De TWG-KBP adviseert daarnaast om een raamwerk te ontwikkelen om passend bewijs bij preventie vast te stellen, dat in Nederland draagvlak heeft. De commissie signaleert namelijk dat er voor het vaststellen van bewijs binnen de gezondheidszorg vaak sterk wordt uitgegaan van Randomized Control Trials (RCT's) en systematische reviews daarvan, terwijl het voor lang niet alle preventiemaatregelen redelijkerwijs haalbaar is om RCT's uit te voeren. Daarom zou er bij het beoordelen van het bewijs voor de gezondheidsbaten van preventie breder gekeken moeten worden dan RCT's. In het bijzonder zouden er, wanneer RCT's om praktische of ethische redenen redelijkerwijs niet mogelijk zijn, quasi-experimentele econometrische methoden gebruikt moeten worden voor de analyse van observationele data. Indien er sprake is van langetermijneffecten, zou er gebruik gemaakt moeten worden van intermediaire uitkomstmaten in combinatie met modellering. Daarbij acht de TWG-KBP het van belang om voor elke soort preventie vast te stellen wat het best passende bewijs is – met andere woorden, wat het sterkst mogelijke bewijs is gegeven praktische en normatieve belemmeringen.

Investeringsmodel voor preventie

In het Regeerprogramma 2025-2028 en in de beleidsagenda VWS 2025 is opgenomen dat het kabinet gaat werken aan een investeringsmodel voor preventie. Dit sluit aan bij het advies van de TWG-KBP om een afwegingskader en beleidsinstrumentarium voor preventie te ontwikkelen. Het investeringsmodel gebruikt de kostenbesparingen die netto over de tijd worden gerealiseerd binnen het betreffende beleidsterrein als bijdrage aan de financiering van preventieve maatregelen. Hiervoor is het nodig dat de risico's, kosten en baten tussen betrokken partijen duidelijk in kaart worden gebracht en effectief gespreid zijn, zodat financiële en maatschappelijke voordelen evenwichtig kunnen worden benut.

In het najaar van 2024 hebben minister Agema en staatssecretaris Karremans de Tweede Kamer geïnformeerd in een brief over de voortgang van de ontwikkeling van dit investeringsmodel. Deze brief geeft aan dat het ministerie van VWS met andere partijen in overleg is over de voorwaarden waaraan moet worden voldaan voor het realiseren van dit model. Eén van de belangrijkste voorwaarden is dat tussen partijen overeenstemming bestaat over 'passend bewijs' voor de kosten en de baten van preventie, op welke termijn deze kosten en baten zich voordoen en de hoe de risico's van het niet realiseren van de baten worden verdeeld. Dit sluit aan bij het advies van de TWG-KBP om een raamwerk te ontwikkelen om passend bewijs bij preventie vast te stellen.

1.2 Vraagstelling

Het ministerie van VWS wil een gezaghebbende commissie inrichten met de (technische) opdracht om te bepalen welke vormen van bewijs kunnen dienen als passend bewijs om de effectiviteit, kosten en opbrengsten van preventiemaatregelen te onderbouwen. De methoden om passend bewijs in beeld te brengen moeten worden gedragen door het RIVM en het CPB. Het ministerie vindt het in navolging van het advies van de TWG-KBP noodzakelijk dat het gesprek hierover wordt geleid door een gezaghebbende partij, omdat het van grote invloed zal zijn op de wijze waarop gezondheidseffecten berekend gaan worden in de toekomst.

Het ministerie van VWS heeft SEO Economisch Onderzoek gevraagd om te assisteren in de voorbereiding van deze gezaghebbende commissie 'passend bewijs voor gezondheid'. In het bijzonder vraagt het ministerie om:

1. Advies uit te brengen over een evenwichtige samenstelling, voorzitter en ondersteuning van de gezaghebbende commissie 'passend bewijs voor gezondheid' met een beschrijving van expertise en achtergrond.
2. Advies over de inhoud van de opdracht om te bepalen welke methoden/bewijsvormen kunnen dienen als passend bewijs om de effectiviteit, kosten en opbrengsten van preventiemaatregelen te onderbouwen ten behoeve van politieke besluitvorming, zodat het ook bruikbaar is voor het te ontwikkelen investeringsmodel.
3. Eventuele gevoeligheden of aandachtspunten voor de inhoud van de opdracht en het vervolg in kaart te brengen en te bespreken met RIVM en CPB.

1.3 Aanpak van het onderzoek

Om de vragen van het ministerie van VWS te beantwoorden hebben we breed gesprekken gevoerd met partijen in het preventiedomein, experts en beleidsmakers. Gesprekspartners zijn geconsulteerd over de probleemstelling – het ontbreken van een duidelijk en breed geaccepteerd beeld van passend bewijs voor de kosten en de baten van preventie – en over een opdracht voor de commissie die hierbij aansluit.

We hebben ook gevraagd naar wat er nodig is om de bevindingen van de commissie gezaghebbend te maken. Een punt van aandacht hierbij is de aansluiting bij bestaande beoordelingsinstrumenten, die ook ingaan op de bewijsvoering voor effecten van interventies. Richtlijnen voor maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) en voor toelating tot het basispakket zijn in dit kader bijzonder relevant. Door deze richtlijnen op een consistente en door de relevante partijen onderschreven manier aan te vullen voor preventie kan het advies van de commissie namelijk forse impact hebben. Verder hebben we onze gesprekspartners geconsulteerd over de opzet en samenstelling van de commissie.

Naast deze interviews hebben we beperkt bureauonderzoek uitgevoerd om de probleemstelling nader in te vullen en om de commissie een aantal concrete handreikingen mee te kunnen geven. Dit bureauonderzoek heeft zich vooral gericht op bestaande afwegingskaders voor passend bewijs, zowel binnen als buiten het zorgdomein.

1.4 Opbouw van dit rapport

In Hoofdstuk 2 beschrijven we het advies van de TWG-KPB en bestaande beoordelingsinstrumenten. En we presenteren de inzichten die uit de interviews naar voren komen. Hoofdstuk 3 geeft advies over de invulling van de opdracht van de commissie. In Hoofdstuk 4 geven we aan hoe de commissie kan worden samengesteld. Hoofdstuk 5, ten slotte, beschrijft gevoeligheden en aandachtspunten.

2 Passend bewijs

Bij preventiemaatregelen zijn vaak andere onderzoeksmethoden nodig dan bij andere interventies in de zorg. Bestaande werkwijzers bieden hiervoor onvoldoende houvast. Er bestaan bij gesprekspartners verschillende beelden van wat passend bewijs is.

Dit hoofdstuk werkt de probleemstelling nader uit. Allereerst staan we stil bij de probleemanalyse van de TWG-KBP, die de aanleiding vormt voor dit traject. Vervolgens bespreken we een aantal bestaande beoordelingskaders voor passend bewijs, oftewel voor wanneer het bewijs voor de effectiviteit van een interventie afdoende is. Daarbij kijken we zowel naar werkwijzers voor maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) en voor pakketbeoordeling, als naar andere kaders die voor de commissie relevant kunnen zijn. Ten slotte komen we op basis van interviews terug op de vraag in hoeverre het ontbreken van een duidelijk en breed geaccepteerd beeld van passend bewijs voor de kosten en de baten van preventie een probleem is.

2.1 De TWG-KBP

Het probleem dat de TWG-KBP signaleert is dat binnen de gezondheidszorg voor het vaststellen van bewijs vaak sterk uit wordt gegaan van Randomized Control Trials (RCT's) en systematische reviews daarvan, maar dat het voor lang niet alle preventiemaatregelen redelijkerwijs haalbaar is om RCT's uit te voeren. Redenen die de TWG-KBP hiervoor aanvoert zijn dat randomisatie lastig of niet mogelijk is, er sprake is van langetermijneffecten die buiten de doorlooptijd van een RCT vallen of dat invoering van de preventiemaatregel alleen op landelijke schaal mogelijk is. De suikertaks en het rookverbod zijn voorbeelden van preventiemaatregelen die alleen aan een grote groep mensen in z'n geheel gegeven kunnen worden en die pas op langere termijn leiden tot gezondheidsbaten.

Als een RCT niet mogelijk is, beveelt de TWG-KBP aan om quasi-experimentele econometrische methoden voor de analyse van observationele data te gebruiken. Observationele studies met een hoge kwaliteit van bewijs benutten natuurlijke variatie, oftewel quasi-gerandomiseerde toedelingen van de maatregel aan (een deel van) de populatie. Er is een breed scala aan econometrische methoden ontwikkeld om verschillende soorten van natuurlijk variatie te gebruiken voor een oorzakelijke effectschatting. De TWG-KBP benadrukt hierbij dat er altijd een kwalitatieve inschatting nodig is van de geloofwaardigheid van de gebruikte bron van natuurlijke variatie.

Voor het bepalen van gezondheidsbaten op de lange termijn beveelt de TWG-KBP het gebruik van intermediaire uitkomsten aan. Bij de suikertaks is de suikerinname bijvoorbeeld een geschikte intermediaire uitkomst. Dit kan op de korte termijn gemeten worden. Ook zijn er onderzoeken beschikbaar over de relatie tussen suikerinname en aandoeningen als diabetes, obesitas en obesitas-gerelateerde aandoeningen. Voor de doorrekening van het effect op intermediaire uitkomsten naar gezondheidsbaten op de lange termijn kunnen (simulatie)modellen worden gebruikt. Dit maakt het wel lastiger om de kwaliteit van het bewijs te beoordelen. Er zijn namelijk veel schakels tussen dit initiële effect en de uiteindelijke uitkomsten. Het modelleren hiervan vergt een diversiteit aan empirische bronnen en aannames.

Om beleidsmakers en onderzoekers te helpen met het vaststellen van het passend niveau van bewijs voor preventie, acht de TWG-KBP het van belang dat er een raamwerk ontwikkeld wordt, specifiek toegespitst op preventie,

waarmee het passend niveau van bewijs voor een preventiemaatregel vastgesteld kan worden. Dit raamwerk moet ingaan op wanneer randomisatie mogelijk is, of er sprake is van belangrijke langetermijneffecten en of er betrouwbare intermediaire uitkomstmaten beschikbaar zijn. Daarnaast beveelt de TWG-KBP aan om te onderzoeken of een vergelijkbare interventie al eens in een andere context is ingevoerd. Deze opsomming vullen wij aan met nadere duiding van wanneer verschillende observationele methoden passend zijn en van wanneer bewijs dat gebaseerd is op (simulatie)modellen van voldoende kwaliteit is. Dit staat niet expliciet in het advies, maar volgt wel uit de analyse van de TWG-KBP.

2.2 Bestaande beoordelingsinstrumenten

Bestaande beoordelingsinstrumenten bevatten ook kaders voor passend bewijs. In deze paragraaf gaan we allereerst in op de beoordeling van bewijs in een MKBA. Vervolgens bespreken we het kader zoals dat door het Zorginstituut (ZIN) wordt gehanteerd bij de beoordeling van pakketmaatregelen. We stellen de MKBA-aanpak en het ZIN-kader in deze paragraaf centraal omdat deze instrumenten investeringsbeslissingen direct ondersteunen. Daarnaast passeren een aantal andere kaders of aanzetten daartoe de revue.

2.2.1 Passend bewijs in een MKBA

Een MKBA brengt kosten en opbrengsten systematisch in kaart en drukt deze posten waar mogelijk uit in geld. Deze benadering wordt toegepast op een breed scala van maatschappelijke investeringen. Er is een algemene leidraad die vastlegt waaraan een MKBA moet voldoen (Romijn en Renes, 2013) en er bestaan allerlei verbijzonderingen van deze leidraad voor toepassingsgebieden. Er is ook een werkwijzer voor MKBA in het sociaal domein (Koopmans et al., 2013), die in beginsel geschikt is voor MKBA van maatregelen op het terrein van preventie. Deze werkwijzers zijn goedgekeurd door het Centraal Planbureau (CPB) en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en vervolgens vastgesteld door het kabinet.

Tabel 2.1 geeft de eisen weer waaraan het bewijsmateriaal voor de belangrijkste effecten in een MKBA in het sociaal domein moet voldoen volgens de MKBA-werkwijzer voor het sociaal domein. Het gaat om sociale experimenten op basis van loting, vergelijkbaar met een RCT, en om observationele methoden die gebruikmaken van quasi-experimentele variatie. Effecten mogen ook worden bepaald op basis van wetenschappelijke literatuur die deze methoden gebruikt, waarbij het belangrijk is dat deze literatuur toepasbaar is op de onderzochte interventie. Verder voldoen gevalideerde modellen aan deze standaard. Er bestaan binnen het MKBA-gedachtengoed ook lichtere beoordelingsinstrumenten, waarvoor een lichtere bewijslast geldt.

Tabel 2.1 Benodigde kwaliteit van bewijsmateriaal per type kosten-batenanalyse

Instrument	Vereist bewijsmateriaal voor de belangrijkste effecten
MKBA	• Sociaal experiment o.b.v. loting. • Natuurlijk experiment m.b.v.: • regression discontinuity; • of: difference-in-difference; • of: instrumentele variabelen. • Wetenschappelijke literatuur die van bovengenoemde methoden gebruikmaakt en toepasbaar is op het vraagstuk. • Effecten uit empirisch gevalideerde modellen.
Kengetallen KBA	• Natuurlijk experiment m.b.v.: • propensity score matching. • Wetenschappelijke literatuur die van propensity score matching gebruikmaakt en toepasbaar is op het vraagstuk. • Enquête m.b.v. hypothetische keuze-experimenten. • Andere wetenschappelijke literatuur. • Vergelijkbare effectonderzoeken die voldoen aan de hierboven gestelde eisen.
Indicatieve KBA	• Onderbouwde veronderstellingen. • Verwachtingen van experts. • Benodigd effect voor positief resultaat (reciproke KBA).

Bron: Koopmans et al. (2016), geïnspireerd door Commissie Theeuwes (2012)

Bij deze indeling baseert de werkwijzer zich op een invloedrijk rapport van de Expertwerkgroep Effectmeting (Commissie Theeuwes, 2012). Deze expertwerkgroep heeft gestructureerd evaluatiemogelijkheden in beeld gebracht om de directe effecten van een aantal beleidsmaatregelen van het ministerie van Economische Zaken te meten. De expertwerkgroep brengt hierbij ook een ordening aan in de overtuigingskracht van verschillende experimentele en observationele methoden. Idealiter wordt het probleem van zelfselectie voor interventies ondervangen door een experiment met willekeurige toewijzing, net als bij het testen van medicijnen. Wanneer zo'n sociaal experiment niet mogelijk is, kan gezocht worden naar natuurlijke experimenten. De expertwerkgroep beschrijft verschillende methoden om met behulp van een natuurlijk experiment effecten in kaart te krijgen. Zonder sociaal of natuurlijk experiment is een betrouwbare effectmeting volgens de expertwerkgroep lastig; de geschatte effecten kunnen dan net zo goed zelfselectie als de effecten van beleid beschrijven.

De werkwijzer voor MKBA in het sociaal domein raadt ook enkele methoden van bewijsvoering af, namelijk uitgaan van verwachtingen van betrokken actoren en veronderstellen dat beleidsdoelen zullen worden behaald. Deze aanbeveling moet we in het licht zien van een andere constatering van de werkwijzer, namelijk dat een gebrekkige kwaliteit van bewijsmateriaal juist op het sociaal domein een punt van zorg is. In een inventarisatie van onderzoek rond arbeidsmarkt en sociale zekerheid constateren Koning et al. (2013) dat de kwaliteit sterk wisselt en dat veel studies een minder geloofwaardig onderzoeksdesign hebben, waardoor de effecten sterk vertekend kunnen zijn. Ook betreffen wetenschappelijke studies doorgaans niet (exact) dezelfde maatregel die in de MKBA wordt onderzocht. Het is wel mogelijk dat de kwaliteit van bewijsvoering sinds deze rapporten is verbeterd.

De werkwijzer benadrukt tenslotte het belang om op de diverse beleidsterreinen van het sociaal domein concrete casestudies uit te voeren die als voorbeeld van goede toepassing kunnen dienen. Daarmee kan geleidelijk een *body-of-knowledge* ontstaan die te zijner tijd kan worden gebruikt voor versie 2.0 van deze werkwijzer.

De werkwijzer voor MKBA in het sociaal domein adresseert zo tot op zekere hoogte de door de TWG-KBP geagendeerde kennishiaten over passende bewijsvoering. In het bijzonder brengen de werkwijzer en het

achterliggende rapport van de Expertwerkgroep Effectmeting ordening aan in experimentele en quasi-experimentele methoden. De werkwijzer gaat echter niet in op wanneer welke methode passend is en in het bijzonder wanneer een RCT wel of niet geschikt zou zijn als evaluatiemethode. Hoewel effecten uit empirisch gevalideerde modellen zijn toegestaan, geeft de werkwijzer verder weinig houvast voor de beoordeling van de kwaliteit van de bewijsvoering op basis van (simulatie)modellen. Ook geeft de werkwijzer weinig concrete casestudies die als voorbeeld van een goede toepassing kunnen dienen. Dat deze werkwijzer bijna tien jaar oud is kan hierbij een rol spelen.

We concluderen daarom dat de werkwijzer onvoldoende voorziet in de door de TWG-KBP geagendeerde behoefte aan een raamwerk waarmee het passend niveau van bewijs voor een preventiemaatregel vastgesteld kan worden.

2.2.2 Passend bewijs in relatie tot verzekerde zorg

Voor alle verzekerde zorg in zowel de Zvw als de Wlz geldt met betrekking tot het niveau van bewijs over de effectiviteit een wettelijk criterium dat bekend staat als 'stand van de wetenschap en praktijk' (SWP). Het Zorginstituut Nederland (ZIN) beschrijft dit criterium in ZIN (2023a). Het SWP-criterium is relevant voor het oordeel over of geïndiceerde preventie zoals de gecombineerde leefstijlinterventie of ondersteuning bij het stoppen met roken opgenomen kan worden in het basispakket.

De bewijsvoering komt ook aan de orde in een richtlijn van ZIN voor de beoordeling van de kosteneffectiviteit van interventies (zie ZIN, 2024). Kosteneffectiviteit is naast SWP een van de andere criteria waarop interventies beoordeeld kunnen worden, maar dit criterium is niet in de wet verankerd. Voor de bespreking van bewijsvoering in deze richtlijn vormt het SWP-criterium het uitgangspunt. De richtlijn bevat wel nadere handvatten om te beoordelen of de kwaliteit van bewijs dat gebaseerd is op (simulatie)modellen van voldoende kwaliteit is.

Een beoordeling SWP is gebaseerd op de principes van evidence-based medicine (EBM) en maakt gebruik van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. Dit is de internationaal geaccepteerde, op EBM-principes gebaseerde methode voor het beoordelen van bewijs en het onderbouwen van beslissingen en aanbevelingen. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezocht en geselecteerd bewijs op transparante en gestructureerde wijze wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en tezamen met contextuele factoren gewogen.

Een goed opgezette en uitgevoerde RCT geeft in principe de minste kans op vertekening van het effect en kan derhalve in principe de hoogste mate van zekerheid geven over de causale relatie tussen de interventie en het waargenomen effect. Binnen GRADE geldt daarom dat de kwaliteit van bewijs van RCT's bij aanvang van de beoordeling hoog is, en die van observationele studies laag. Dit sluit aan bij de MKBA-benadering die we in de vorige subparagraaf bespraken.

GRADE houdt echter ook rekening met factoren die de kwaliteit van bewijs verlagen (downgraden) of verhogen (upgraden). Risico van bias, inconsistentie, indirect bewijs, onnauwkeurigheid en publicatiebias kunnen leiden tot downgraden. De kwaliteit van bewijs op basis van observationele studies kan hoger worden wanneer er sprake is van een (zeer) groot effect, een dosis-responsrelatie of vertekening door een ontbrekend kenmerk in tegengestelde richting, waardoor het effect wordt onderschat. Daarmee kan bewijs dat voortkomt uit observationele studies kwalitatief bijna net zo sterk zijn als dat uit RCT's.

Daarnaast wordt er bij de vaststelling of een interventie voldoet aan SWP naast de kwaliteit van bewijs ook rekening gehouden met contextuele factoren. Contextuele factoren kunnen bijvoorbeeld gaan over wat als passend onderzoek beschouwd kan worden en over medische aspecten. Met passend onderzoek bedoelt ZIN dat de bewijskracht in overeenstemming moet zijn met de bewijslast. Met bewijskracht wordt de kwaliteit van het bewijs bedoeld, en met bewijslast wat nodig en haalbaar is gegeven de context van de te beoordelen interventie-indicatie combinatie. Hiervoor gebruikt het Zorginstituut de zogenoemde passend onderzoeksvragenlijst waarmee de inschatting wordt gemaakt welke onderzoekskarakteristieken nodig en haalbaar zijn (zie Heymans et al., 2013).

De methodiek van SWP laat dus nadrukkelijk ruimte voor andere bewijsmethoden dan RCT's. Toch signaleert de TWG-KBP dat hier bij de beoordeling vaak sterk van wordt uitgegaan. Dit kan een kwestie zijn van perceptie. Het is ook mogelijk dat de methodiek ondanks deze bredere insteek in de praktijk juist voor preventiemaatregelen knelt.

2.2.3 Andere kaders voor passend bewijs

Naast de MKBA-werkwijzer en de richtlijnen van ZIN zijn er allerlei andere studies en platforms die iets zeggen over passend bewijs. We stippen er in deze paragraaf een aantal aan, waarvan we denken dat het nuttig is als de in te stellen commissie hier notie van neemt.

Loket gezond leven

Het Loket gezond leven is een website van het RIVM met informatie over leefstijl en gezondheidsbevordering. De website biedt een overzicht van erkende interventies. Hiertoe stellen deskundigen uit wetenschap en praktijk de kwaliteit, uitvoerbaarheid en effectiviteit van deze interventies vast. In het erkenningstraject kan een interventie een erkenning krijgen op verschillende niveaus, uiteenlopend van Goed beschreven tot Sterke aanwijzing voor effectiviteit. De criteria staan beschreven in de meest recente editie van een rapport van het Samenwerkingsverband Erkenning van Interventies (2024).

Voor het niveau Effectief wordt getoetst of met de interventie ook echt de gewenste verandering voor de doelgroep wordt bereikt. De bewijskracht van de effectstudie(s) bepaalt of een interventie wordt erkend op het niveau eerste aanwijzingen, goede aanwijzingen of sterke aanwijzingen voor effectiviteit. Hiervoor hanteert het Samenwerkingsverband een lichte versie van de GRADE-systematiek, waarbij er binnen de erkenningscriteria ruimte is voor kwalitatief evaluatieonderzoek of mixed methods-onderzoek. Er is ook ruimte voor effectonderzoek naar complexe interventies dat gebruik maakt van andere designs dan de RCT voor het 'best mogelijke bewijs'.

Om als een Sterke aanwijzing voor effectiviteit erkend te worden moet een interventie onderbouwd zijn met tenminste twee studies met sterke tot zeer sterke bewijskracht of met herhaalde casestudies met minstens tien cases, uitgevoerd in verschillende condities. Een studie heeft een zeer sterke bewijskracht als er sprake is van randomisatie of een andere opzet die de causale relatie tussen interventie en effect voldoende overtuigend aantoon. Voor een sterke bewijskracht voldoen een aantal andere designs waarvan de kern is dat er sprake is van een vergelijking met een controlegroep en er een follow-up meting is gedaan.

Het beoordelingskader van het Loket gezond leven laat dus naast de RCT ruimte voor een breed scala aan andere evaluatiemethoden. Er is een beoordelingscommissie die beslist in welke gevallen welke evaluatiemethode passend is. Hiervoor bestaat echter geen expliciete richtlijn. Daarnaast legt het kader de lat wat betreft bewijskracht minder hoog dan de MKBA-leidraad en het SWP-criterium. Hierbij speelt waarschijnlijk mee dat erkenning door het Loket gezond leven niet direct gekoppeld is aan een beslissing over de inzet van publieke middelen.

Richtlijnen voor (simulatie)modellen

ZIN (2024) verwijst naar een aantal studies die gebruikt kunnen worden bij de keuze van het juiste type model. De inputparameters voor deze modellen moeten volgens de richtlijn worden geschat op basis van empirische data, waarbij aanbevolen statistische methoden gebruikt moeten worden. Verder verwijst de TWG-KBP naar richtlijnen voor hoe dit soort modelstudies uit te voeren van de International Society for Pharmacoeconomics (ISPOR). Deze verwijzingen hebben een sterke medische insteek, want ook voor het bepalen van langetermijneffecten van medische interventies is modellering op basis van intermediaire uitkomsten soms ook nodig. De vertaalslag naar de preventiewereld moet echter nog worden gemaakt.

Actualisatie van het rapport van de Expertwerkgroep Effectmeting

De Commissie Ter Weel (2022) heeft een rapport uitgebracht over de evaluatie van systeem- en transitiebeleid, gericht op bijvoorbeeld innovatie- en klimaatbeleid, dat geldt als een aanvulling op de leidraad van de Expertgroep Effectmeting (Commissie Theeuwes, 2012). Het rapport biedt een overzicht van de wetenschappelijke literatuur voor uiteenlopende beleidsvraagstukken in het innovatie- en klimaatbeleid van het toenmalige ministerie van EZK. Het betreft hier zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden waarmee de effectiviteit van systeem- en transitiebeleid inzichtelijk kan worden gemaakt. Het rapport bevat een beslishulp die evaluatoren door het doorlopen van een stroomschema wijst op de empirische methoden die het meest geijkt lijken voor een te evalueren casus.

De motivatie voor deze aanvulling op het rapport van de Expertwerkgroep is dat de standaardaanpak niet altijd goed toepasbaar is, bijvoorbeeld omdat er niet altijd sprake is van één instrument met een helder omschreven doel dat kan worden geëvalueerd, de beschikbaarheid van data over input, output en outcome beperkt is (doordat doelen ver in de toekomst liggen) en conclusies over doeltreffendheid en doelmatigheid vaak moeilijk te trekken zijn. Hoewel systeem- en transitiebeleid van het ministerie van EZK zich niet één-op-één vertaalt naar de evaluatie van preventiebeleid, zijn er wel overeenkomsten die de vergelijking zinvol kunnen maken.

Net als het beoordelingskader van het Loket gezond leven is het kader van de Commissie Ter Weel niet direct gekoppeld aan publieke investeringsbeslissingen en bespreekt het verschillende methoden die voor de MKBA-methodiek of het SWP-criterium niet streng genoeg zijn.

Onderzoek naar passende bewijsvoering bij andere partijen in het veld

ZonMw financiert een onderzoek naar het gebruik van verschillende evaluatiemethoden voor leefstijlinterventies. Dit onderzoek gaat ook in op de dominantie van de RCT-benadering en belemmeringen voor onderzoekers om observationele methoden in te zetten. Het wordt in het voorjaar van 2025 afgerond en kan nuttige input vormen voor de in te stellen commissie. Daarnaast financiert ZonMw een traject rondom de 'Versterking kennisinfrastructuur gezondheidsbevordering en preventie', uitgezet voor GGD'en, Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid, de Coalitie Leefstijl in de Zorg en voor landelijke kennispartijen RIVM, GGD GHOR en VNG.

Ook andere partijen houden zich bezig met de kennisinfrastructuur rondom passend bewijs voor preventie. De Coalitie Leefstijl in de Zorg werkt bijvoorbeeld aan een handreiking onderzoeksmethoden leefstijlinterventies in de zorg, die zich richt op de implementatie van leefstijlinterventies in de curatieve zorg. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra heeft ook een kennisagenda op dit terrein geformuleerd (NFU, 2024).

Daarnaast noemen we in dit verband de Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg. In opdracht van het ministerie van VWS heeft het RIVM tussen 2013 en 2018 in kaart gebracht hoe negen van deze proeftuinen zich hebben ontwikkeld. Er zijn gedurende deze periode meerdere interviewrondes en observaties uitgevoerd en er zijn relevante

documenten van de proeftuinen en evaluaties van interventies geanalyseerd (zie Van Vooren et al., 2018). Dit is een mogelijk model voor het toetsen van nieuwe preventiemaatregelen waarbij evidentie over de werkzaamheid wordt verzameld terwijl de maatregel al op beperkte schaal wordt uitgevoerd.

2.3 Inzichten uit de interviews

We hebben verschillende gesprekspartners gevraagd in hoeverre zij het probleem dat er op dit moment nog geen duidelijk en breed geaccepteerd beeld is van passend bewijs voor de kosten en de baten van preventie herkennen. Deze paragraaf vat de antwoorden samen.

Kritiek op dominantie van RCT-benadering is niet unaniem

Meerdere gesprekspartners onderschrijven de constatering van de TWG-KBP dat de focus bij bewijsvoering te sterk ligt op RCT's. Daarbij wordt opgemerkt dat haalbaarheid niet het enige criterium is om voor een ander design te kiezen – voor sommige interventies zijn er andere redenen waarom de RCT niet passend is. Als voorbeeld wordt verwezen naar complexe en meervoudige interventies, zoals een wijkaanpak om overgewicht onder kinderen te bestrijden, waarin het gaat om de effectiviteit van het totaalpakket in plaats van de effectiviteit van een afzonderlijke interventie. Verder plaatsten sommige gesprekspartners vraagtekens bij de externe validiteit van RCT's en kan de compliance voor RCT's die niet in een laboratorium of streng gecontroleerde omgeving plaatsvinden ook een aandachtspunt zijn.

ZIN en een aantal andere gesprekspartners benadrukken echter dat de in de vorige paragraaf besproken SWP-criteria expliciet ruimte laten voor andere benaderingen dan de RCT. Dat de RCT als dominant wordt gezien is volgens onze gesprekspartners bij ZIN vooral een kwestie van perceptie. Zij denken wel dat een rapport van een gezaghebbende commissie over passend bewijs voor preventie kan bijdragen aan het bijstellen van deze perceptie. Verder geven sommige gesprekspartners aan dat er op het gebied van leefstijlinterventies al veel bekend is over de effectiviteit. De belemmeringen wat betreft de bewijsvoering zouden voor dit soort interventies vergelijkbaar zijn met belemmeringen bij andere medische interventies, zoals weesgeneesmiddelen of nieuwe technologie, waarvoor een RCT ook niet mogelijk is.

Het beeld van passend bewijs is niet breed gedeeld

Uit het bovenstaande blijkt dat beelden over de standaard voor bewijsvorming over verzekerde zorg uiteenlopen. De gesprekken bevestigen dit ook in andere opzichten. Zo vinden sommige gesprekspartners de criteria voor effectiviteit van het Loket gezond leven te streng en andere gesprekspartners vinden deze criteria juist niet streng genoeg.

Het verschil in benadering tussen de MKBA-werkwijzer en de meer medisch ingestoken SWP-criteria is in dit opzicht ook relevant. In de MKBA-wereld is bewijs op basis van RCT's uitzonderlijk en is de inzet van andere methoden, waaronder modelmatige benaderingen, veel gebruikelijker. Criteria voor het upgraden van quasi-experimenteel bewijs of het downgraden van RCT's (zie Hoofdstuk 2) zijn in deze context dan ook niet uitgewerkt. Een van de gesprekspartners merkt op dat de richtlijnen voor passend bewijs in de MBKA-werkwijzer algemeen geformuleerd zijn en weinig toegespitst op preventie.

Het ministerie van VWS geeft aan dat de sterke belangen die partijen soms bij interventies hebben het ontbreken van een gedeeld beeld over passend bewijs nog problematischer maakt. Hierdoor kan het bijvoorbeeld lastig zijn om de argumenten van een lobbygroep te ontkrachten.

De kwaliteit van bewijsvoering bij MKBA's in het sociaal domein is vaak onvoldoende

Een van onze gesprekspartners heeft een aantal MKBA's in het sociaal domein onder de loep genomen en komt tot de conclusie dat de bewijsvoering bijna altijd het struikelblok is. Ook andere gesprekspartners gaven aan dat er wat betreft de bewijsvoering in het preventiedomein nog wel een inhaalslag te maken is. De MKBA-werkwijzer wees in 2016 al op de wisselende kwaliteit van bewijsvoering bij MKBA's in het sociaal domein.

Bewijsvoering is vooral buiten het Zvw-domein lastig

Verschillende gesprekspartners geven aan dat bewijsvoering juist buiten het Zvw-domein lastig is. In het gemeentelijke sociaal domein is goede empirische onderbouwing veel schaarser en is het dan ook minder duidelijk wat de norm is. Dit heeft mogelijk in het verleden bijgedragen aan de weerstand bij verzekeraars om transformatiegelden in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) toe te kennen aan transformaties buiten het Zvw-domein. Juist in het sociaal domein zou een kader voor passend bewijs volgens deze gesprekspartners dus meerwaarde kunnen hebben.

Een belangrijke notie hierbij is dat de meest kosteneffectieve preventiemaatregelen om de gezondheid te verbeteren buiten het zorgdomein liggen. Dit blijkt uit een uitgebreide literatuurstudie van het RIVM (Van der Vliet et al., 2020). Dit onderstreept het belang verder om de normen voor passend bewijs juist buiten het Zvw-domein aan te scherpen.

Onderzoeksfinanciering is bij preventie een knelpunt

Een aantal gesprekspartners komt terug op het punt dat de TWG-KBP maakt over de financiering van onderzoek naar de effectiviteit van preventiemaatregelen. In tegenstelling tot bij geneesmiddelen vloeien de baten van preventie meestal niet terug naar de partij die in dit onderzoek investeert. Daarom zijn er minder onderzoeksgelden beschikbaar. Dit kan ook een oorzaak zijn van het ontbreken van, of een lagere kwaliteit van bewijsvoering bij vanuit maatschappelijk perspectief waardevolle interventies die het van publieke financiering moeten hebben.

3 Inhoud van de opdracht

We adviseren om de commissie een richtlijn te laten ontwikkelen waarmee passende methoden kunnen worden gekozen. Overheden kunnen de onderbouwing van publieke uitgaven aan preventie hieraan toetsen. De richtlijn kan beter niet direct worden gekoppeld aan een investeringsmodel; het is ook input voor MKBA's en beoordelingen door het Zorginstituut.

In dit hoofdstuk formuleren we een advies over de inhoud van de opdracht. Daarbij sluiten we aan op de probleemanalyse uit het vorige hoofdstuk. Verder verwerken we inzichten uit de interviews in dit advies.

Opdracht: ontwikkel een richtlijn voor passend bewijs

De opdracht aan de commissie zou volgens ons moeten zijn om een op preventie toegespitste richtlijn te ontwikkelen waarmee het passend niveau van bewijs vastgesteld kan worden. De kern van deze richtlijn is een schema dat kenmerken van de interventie en de context waarin deze interventie plaatsvindt vertaalt naar de best passende methode om de effectiviteit ervan vast te stellen, zoals in Heymans et al. (2013) of Commissie Ter Weel (2022). Deze opdracht sluit direct aan op het advies van de TWG-KBP en kan rekenen op een breed draagvlak onder onze gesprekspartners.

Het ministerie van VWS wil de commissie de opdracht geven om te bepalen welke vormen van bewijs kunnen dienen als passend bewijs om de effectiviteit, kosten en opbrengsten van gezondheidsmaatregelen te onderbouwen. Deze formulering is breder. Het gaat namelijk niet alleen om effectiviteit, maar ook om kosten en opbrengsten. De stap die hier tussen ligt is de waardering van effecten – de vertaalslag naar euro's.

Ons advies is om deze opdracht te beperken tot de effectbepaling en de waardering buiten beschouwing te laten. Verschillende gesprekspartners benadrukken namelijk dat het echte knelpunt voor goede evaluaties van preventiebeleid ligt bij de bewijsvoering en niet bij de waardering van effecten. Hiervoor zijn de bestaande richtlijnen grotendeels toereikend. Door op effectbepaling te focussen vermijdt de commissie ook lastige discussies over waarderingsvraagstukken waarbij de MKBA-methodiek en de benadering van ZIN een andere insteek kiezen, zoals de verdiscontering van toekomstige kosten en baten en de waardering van arbeidsmarkteffecten, wat ten koste kan gaan van het draagvlak voor het advies.

Over de beoogde werkzaamheden van de commissie is brede consensus

Om een richtlijn voor passend bewijs te maken moet de commissie volgens ons allereerst aspecten van de interventie en de context waarin deze plaatsvindt in kaart brengen die relevant zijn voor de passende bewijsmethode. Hierdoor ontstaan verschillende categorieën van interventies. Bij elke categorie moet de commissie vervolgens op basis van Nederlands en internationaal wetenschappelijk onderzoek vaststellen welke methode het meest passend is. Hierbij kan het naast RCT's en verschillende observationele methoden ook gaan om modellen die intermediaire uitkomsten vertalen naar langetermijneffecten. De commissie kan zich baseren op een aantal inzichtelijke voorbeelden van effectmetingen in elke categorie en op de bestaande nationale en internationale richtlijnen, waarvan we er in het vorige hoofdstuk een aantal besproken hebben. De conclusies moeten tenslotte worden vertaald naar een schema. Over deze werkzaamheden op hoofdlijnen was onder onze gesprekspartners brede consensus.

Aspecten die volgens de TWG-KBP in ieder geval in de richtlijn aan bod zouden moeten komen zijn de mogelijkheid om te randomiseren, het optreden van langetermijneffecten, de beschikbaarheid van betrouwbare intermediaire uitkomstmaten en of een vergelijkbare interventie al eens in een andere context is ingevoerd. Deze opsomming hebben wij in het vorige hoofdstuk aangevuld met nadere duiding van wanneer verschillende observationele methoden passend zijn en van wanneer bewijs dat gebaseerd is op (simulatie)modellen van voldoende kwaliteit is.

Uit onze gesprekken kwam meervoudigheid of complexiteit als een ander relevant aspect naar voren. Soms gaat het bij preventie namelijk om een aanpak die bestaat uit meerdere interventies. Het beoordelingskader van het Loket gezond leven houdt hier al expliciet rekening mee. Tegen de achtergrond dat er voor preventie aanzienlijk minder onderzoeksbudget beschikbaar is dan voor nieuwe medicijnen zijn de onderzoekskosten mogelijk ook een relevant aspect. Dit raakt aan de haalbaarheid waar ZIN in de SWP-beoordeling rekening mee houdt.

Wat betreft de voorbeelden kregen we het advies om niet alleen goede, maar ook minder goede voorbeelden op te nemen. Zo wordt duidelijker wanneer een evaluatie qua effectbepaling wel of niet tekortschiet. Van evaluaties die qua effectbepaling tekortschieten zijn er volgens gesprekspartners voldoende voorbeelden.

Hanteer dezelfde afbakening van preventie als de TWG-KBP

Preventie kan bestaan uit allerlei interventies binnen en buiten het zorgdomein en omvat bijvoorbeeld vaccinaties, screening, regulering, beprijzing en leefstijlinterventies. Het is belangrijk om een afbakening te kiezen die voldoende breed is. Juist buiten het zorgdomein kan preventie namelijk grote gezondheidswinst realiseren en juist buiten het zorgdomein laat kwaliteit van bewijsvoering te wensen over (zie Hoofdstuk 2).

We raden aan om de afbakening van de TWG-KBP over te nemen. Het advies is van toepassing op al het preventiebeleid (beleidsinterventies, beleidsprogramma's en integrale beleidsaanpakken), zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, dat zich primair of secundair richt op het behouden van een goede gezondheid of het voorkómen van het ontstaan of verergeren van gezondheidsproblemen. De afbakening van de TWG-KBP heeft daarmee voldoende breedte.

Een aandachtspunt van de afbakening van de TWG-KBP is dat deze niet nauwkeurig is. Wanneer gezondheid precies als secundair doel beschouwd kan worden is bijvoorbeeld onduidelijk. Grensgevallen zijn volgens gesprekspartners onvermijdelijk. Sommige gesprekspartners geven aan dat ze het wenselijk vinden om preventie eerst helder af te bakenen, voordat een commissie aan de slag kan met passende bewijsvoering.

Volgens ons is het voor deze commissie niet zo belangrijk om tot een hele precieze afbakening van preventie te komen. Het gaat namelijk om een richtlijn die verschillende aspecten van een interventie en de context waarin deze plaatsvindt vertaalt naar een passende bewijsmethode. Het is dus vooral van belang dat alle relevante aspecten van interventies in beeld komen. De afbakening van de TWG-KBP lijkt ons daarom een pragmatische keuze. Wij denken dat het wel kan helpen als de commissie deze afbakening nader met voorbeelden verduidelijkt. Aan de hand van deze voorbeelden kan de commissie ook toetsen of alle relevante aspecten in beeld zijn.

Neem in de richtlijn directe en indirecte effecten mee

In de MKBA-wereld worden effecten van interventies onderscheiden naar directe en indirecte effecten. De directe effecten zijn effecten op de 'markt' waarop de interventie aangrijpt (bijvoorbeeld de 'markt' voor gezondheid). Deze domineren doorgaans het kosten-batensaldo. Indirecte effecten zijn effecten die op andere 'markten' optreden als gevolg van de directe effecten (bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt). Bij preventiebeleid dat gericht is op gezondheid

is het effect op gezondheid dus een direct effect. Maar een betere gezondheid kan doorwerken in de arbeidsparticipatie. Deze doorwerking is dan een indirect effect.

Wij adviseren om zowel directe als indirecte effecten mee te nemen in de richtlijn. Indirecte effecten kunnen namelijk een belangrijke bijdrage leveren aan het kosten-batensaldo en ook inzicht geven in bij welke partijen de kosten en baten neerslaan. De lat qua bewijskracht hoeft voor indirecte effecten wellicht niet zo hoog te zijn als voor directe effecten. Vanwege het indirecte karakter zijn ze namelijk lastiger aan te tonen en ze zijn doorgaans minder groot. We adviseren daarom om dit onderscheid in de richtlijn te maken. Dit advies wordt gedragen door verschillende gesprekspartners, hoewel een aantal ook in overweging gaf om alleen te focussen op de directe effecten of de gezondheidseffecten.

Formuleer richtlijnen over rapportage van het onderzoek

We adviseren de commissie om bij elke methode richtlijnen op te nemen voor de onderzoeksuitkomsten die moeten worden gerapporteerd. Dit verhoogt de transparantie en maakt het makkelijker om de kwaliteit van de bewijsvoering te controleren en second opinions uit te voeren.

In het bijzonder moet de richtlijn duidelijk maken hoe er gerapporteerd moet worden over de onzekerheid rondom de effectbepaling. Deze onzekerheid heeft namelijk gevolgen voor het financiële risico van de investering in een preventieve maatregel.

De richtlijn informeert politieke besluitvorming over publieke uitgaven

Hoe streng de eisen met betrekking tot de bewijslast moeten zijn hangt af van waar de richtlijn voor wordt gebruikt. De SWP-criteria hebben directe impact op of een interventie wel of niet in het basispakket komt en daarmee publiek gefinancierd wordt. Erkenning als effectieve interventie door het Loket gezond leven is niet direct gekoppeld aan een beslissing over publieke uitgaven. Dit verklaart waarschijnlijk deels waarom de SWP-criteria strenger zijn dan de criteria van het Loket gezond leven (zie Hoofdstuk 2).

We adviseren om politieke besluitvorming over publieke uitgaven als toepassing van de richtlijn te zien. Overheden kunnen de onderbouwing van publieke uitgaven aan preventie hier bijvoorbeeld aan toetsen. Het ministerie van VWS kan het (op termijn) voldoen aan de richtlijn ook als voorwaarde stellen voor toekenning van financiering voor een bepaalde interventie of een preventiebudget. Ten slotte kan de richtlijn worden gebruikt als methodologische basis voor een overzicht van preventieve gezondheidsmaatregelen die nog niet in Nederland worden toegepast, met daarbij een schatting van de kosten en de baten en waar en wanneer deze zich voordoen.

Deze toepassing sluit aan bij de manier waarop MKBA's normaal gesproken worden gebruikt. Ze informeren politici maar de link met publieke uitgaven is wat minder direct dan de pakketbeslissing waaraan de SWP-criteria gekoppeld zijn – hoewel ook pakketbeslissingen uiteindelijk politieke beslissingen zijn.

De MKBA-werkwijzer onderscheidt ook andere beoordelingskaders met minder hoge eisen aan de bewijsvoering. Het gaat bijvoorbeeld om kengetallen kosten-batenanalyses, indicatieve kosten-batenanalyses en reciproke kostenbatenanalyses. Deze beoordelingskaders zijn meer geschikt voor de eerste fasen van de beleidsontwikkeling. De politiek kan er echter voor kiezen om op basis van dergelijke empirisch minder goed onderbouwde kosten-batenanalyses toch bepaalde publieke investeringen te doen. Het onderscheid naar beoordelingskaders maakt het transparant op welk niveau van bewijsvoering deze afweging dan is gebaseerd.

In navolging hiervan adviseren wij om in de richtlijn naast de best passende evaluatiemethode ook onderscheid te maken naar lagere niveaus van bewijsvoering. Daarmee krijgt de richtlijn het karakter van een ladder en ontstaat er ruimte voor de toepassing op beoordelingen die minder sterk gekoppeld zijn aan publieke uitgaven, zoals erkenning door het Loket gezond leven.

Koppel de richtlijn niet direct aan het beoogde investeringsmodel

Het door VWS beoogde investeringsmodel is een logische toepassing van de richtlijn. Dit model beoogt de kostenbesparingen die netto over de tijd worden gerealiseerd binnen het betreffende beleidsterrein als bijdrage te gebruiken aan de financiering van preventieve maatregelen. Hiervoor moeten de kosten en de baten van preventie worden vastgesteld, op welke termijn deze kosten en baten zich voordoen en de hoe de risico's van het niet realiseren van de baten worden verdeeld. Op basis van de richtlijn kan het passende niveau van bewijsvoering van de genoemde effecten worden bepaald.

Toch adviseren wij om de richtlijn niet direct aan dit investeringsmodel te koppelen. De richtlijn kan namelijk ook buiten het investeringsmodel om worden gebruikt om de onderbouwing van publieke uitgaven aan preventie te toetsen. Bovendien is het nog onvoldoende duidelijk hoe het investeringsmodel eruit gaat zien.

Nieuwe MKBA-werkwijzer voor preventie nu nog een brug te ver

MKBA-werkwijzers worden na goedkeuring door het CPB en het PBL door het kabinet vastgesteld. Dit maakt het vastleggen van de richtlijn in een MKBA-werkwijzer aantrekkelijk. Partijen in het veld kunnen de richtlijn dan niet negeren. Toch adviseren we om deze stap nog niet te zetten. Vaststelling door het kabinet vergt dat er een volledige werkwijzer wordt geschreven. Dat betekent dat de werkwijzer zich ook moet uitspreken over andere vraagstukken zoals de waardering van een QALY, de verdiscontering van toekomstige kosten en baten en de waardering van arbeidsmarkteffecten. Gesprekspartners geven aan dat deze discussies meer tijd nodig hebben.

In het bijzonder adviseert de TWG-KBP om een breed gedragen werkgroep in te stellen die één QALY-waarde vaststelt die gebruikt dient te worden in alle economische evaluaties met gezondheidsbaten, onafhankelijk van hoe die gezondheidsbaten tot stand komen. We vinden het niet verstandig om deze opdracht te combineren met het opstellen van een richtlijn voor passend bewijs. Deze onderwerpen zijn elk afzonderlijk al lastig genoeg. Combineren houdt het risico in dat consensus over passend bewijs wordt verhinderd door discussies over andere onderwerpen, zoals de waardering van een QALY.

Als andere door de TWG-KBP geagendeerde vraagstukken zijn opgelost, kan de richtlijn voor passend bewijs mogelijk wel worden geïntegreerd in een nieuwe MKBA-werkwijzer voor preventie. De afbakening van deze werkwijzer is dan nog wel een aandachtspunt, omdat sommige maatregelen met gezondheid als secundair doel al onder andere werkwijzers vallen. Denk bijvoorbeeld aan investeringen in infrastructuur of gebiedsontwikkeling. Dit is in andere werkwijzers ondervangen door de werkwijzer te richten op een specifiek beleidsterrein en specifieke effecten. Bijvoorbeeld de werkwijzer natuur gaat over natuurbeluid en over effecten van ander beleid op de natuur. Evenzo kan een werkwijzer preventie zich mogelijk richten op preventiebeleid en op preventieve effecten van ander beleid, zoals investeringen in de gebouwde omgeving die de luchtverontreiniging of geluidsoverlast beperken.

ZIN kan de richtlijn mogelijk meenemen in een SWP-module over preventie

In modules licht ZIN het generieke SWP-beoordelingskader nader toe voor de werkwijze bij specifieke interventies of zorgvormen. Een dergelijke module is er bijvoorbeeld al voor bepaalde oncologische geneesmiddelen die uitsluitend in studies zonder controlegroep zijn onderzocht (ZIN, 2023b). In een gesprek heeft ZIN onder voorbehoud aangegeven dat er wellicht ruimte is om in de toekomst ook een module aan preventie te wijden. De

richtlijn of elementen hieruit kunnen dan mogelijk worden meegenomen. Dit vergt ook afstemming met andere directies binnen het ministerie van VWS.

4 Samenstelling van de commissie

We adviseren om een commissie samen te stellen uit methodologische experts. Vertegenwoordigers van betrokken organisaties kunnen worden uitgenodigd voor een klankbordgroep. Indirect betrokkenen en andere experts kunnen worden geconsulteerd.

We baseren ons advies voor de samenstelling van de commissie op onze gesprekken met verschillende experts en andere betrokkenen. Tabel 4.1 vat de beoogde samenstelling samen. Leidend in deze samenstelling is dat de commissie bestaat uit een kleine groep van methodologische experts. Het vraagstuk wanneer welke evaluatiemethode het beste past is immers een methodologisch vraagstuk. Andere betrokkenen en belanghebbenden staan in ons advies daarom iets meer op afstand in een klankbordgroep. Daarnaast is er een grote groep van belanghebbenden en experts die de commissie in het traject kan consulteren. Zo kan de commissie breed input ophalen en werken aan draagvlak voor de richtlijn, zonder dat de commissie zelf te groot en daarmee onwerkbaar wordt.

Tabel 4.1 Beoogde samenstelling van de commissie

Positie	Partijen
Voorzitter	Expert m.b.t. methoden én de beleidswereld
Commissieleden	Experts, RIVM, ZIN
Secretariaat	Onafhankelijk onderzoeksbureau
Adviseur	CPB
Waarnemer	VWS
Klankbordgroep	Gezondheidsraad, VNG, ZonMw, PBL, GGD, ZN
Consultatie	Experts, NFU, CBS, NJi, NZa, Nivel, RIVM, SCP, Trimbos-instituut, TNO, Coalitie Leefstijl in de Zorg, Algemene Rekenkamer, PDPC, RVS, WRR

Bron: SEO Economisch Onderzoek

Betrek in de commissie methodologen vanuit verschillende achtergronden

Wij adviseren om de diversiteit aan benaderingen van bewijsvoering terug te laten komen in de commissie. In het bijzonder lijkt het ons belangrijk dat er experts betrokken worden met een achtergrond in observationele methoden en experts die affiniteit hebben met de benadering van ZIN. Experts met een achtergrond in econometrie hebben volgens ons het beste zicht op de observationele methoden en de kwaliteit van bewijs dat gebaseerd is op (simulatie)modellen. Voor de ZIN-benadering is bekendheid met Evidence-Based Medicine (EBM) wenselijk.

Naast een sterke achtergrond in empirische methoden is bekendheid met de beoordelingskaders in onze ogen ook wenselijk. Het gaat hierbij primair om de MKBA-methodiek en om de ZIN-methodiek voor economische evaluatie. Kennis hiervan is nodig, omdat dit het beoogde toepassingsgebied van de richtlijn is.

Daarnaast is er kennis van het preventiedomein en van de praktijk van evaluatie van preventiemaatregelen nodig. Door deze voeding vanuit de praktijk kan VWS borgen dat de commissie tot een praktisch toepasbaar product komt.

Het betrekken van RIVM lijkt ons nodig omdat deze partij een van de belangrijkste gebruikers wordt van de richtlijn en veel kennis in kan brengen. Het gaat in het bijzonder om kennis van economische evaluatie en van praktijkkennis van de evaluatie van preventiemaatregelen, bijvoorbeeld vanuit het Loket gezond leven.

Het betrekken van ZIN is nodig om zicht te houden op de aansluiting bij de richtlijnen voor verzekerde zorg. ZIN brengt kennis in over de economische evaluatie van interventies en van EBM.

We adviseren om het CPB te betrekken als adviseur. Input van het CPB kan de commissie helpen om tot een richtlijn te komen die in de toekomst kan landen in een MKBA-werkwijzer. De adviseursrol biedt het CPB voldoende ruimte om een onafhankelijke positie te behouden.

Een vertegenwoordiger van VWS kan aanschuiven als waarnemer. Dit stelt het ministerie van VWS in staat om nauw betrokken te zijn bij de ontwikkeling van de richtlijn, zonder de onafhankelijkheid van de commissie te compromitteren.

Om tot een commissie van werkbare omvang te komen stellen we voor om het aantal experts, exclusief de betrokken organisaties, te beperken tot vijf. Een aantal gesprekspartners gaf aan dat een commissie van overzichtelijke omvang wenselijk is met oog op de kwaliteit van de discussie. Hierbij werd ook verwezen naar de TWG-KBP als een goed model.

Kies een voorzitter met affiniteit met methodologie en met de beleidswereld

De voorzitter moet in onze ogen affiniteit hebben met empirische methodologie. Gezien de beperkte toepasbaarheid van RCT's heeft een achtergrond in observationele methoden onze voorkeur. Bekendheid met economische evaluatie als beoogde toepassing is ook belangrijk. Daarnaast moet de voorzitter gevoel hebben voor hoe de beleidswereld omgaat met impactmetingen en economische evaluaties. Enige affiniteit met preventie is nodig, maar de voorzitter hoeft in onze ogen geen insider uit de preventiewereld te zijn.

We zien bekendheid met de manier van werken van het CPB als nuttig, omdat goedkeuring van het CPB een vereiste is om de richtlijn op termijn in een MKBA-werkwijzer te laten landen. Dit kan ook helpen om draagvlak bij deze organisatie te creëren. Meer in het algemeen moet de voorzitter ervaren zijn en in staat om verschillen in benaderingswijzen te overbruggen en draagvlak te creëren.

Een onafhankelijk onderzoeksbureau kan het secretariaat voeren en het rapport schrijven

We adviseren om de richtlijn in een rapportage uit te laten werken door een onafhankelijk onderzoeksbureau. Dit bureau kan de voorzitter ondersteunen in het voorbereiden van de agenda, het uitwerken van verslagen, het verwerken van input van commissieleden en het consulteren van experts en stakeholders. Dit bureau moet een sterke achtergrond hebben in empirisch onderzoek, economische evaluatie en affiniteit met het preventiedomein.

Betrek de belangrijkste gebruikers in een klankbordgroep

Wij raden aan om de belangrijkste gebruikers die niet in de commissie vertegenwoordigd zijn te benaderen voor de klankbordgroep. Hierbij denken wij aan:

- De **VNG** omdat gemeenten in het preventiedomein een cruciale rol spelen. De VNG kan helpen om gemeenten te stimuleren om interventies in het sociaal domein beter te evalueren en heeft waarschijnlijk ook gevoel voor wat realistisch is.

- De **GGD** omdat dit ook een belangrijke stakeholder is in het preventiedomein, die bovendien zelf veel onderzoek doet. Een van de gesprekspartners gaf in overweging om hier een GGD van een grote gemeente voor te benaderen.
- **ZonMw** kan bijdragen aan de implementatie van de richtlijnen voor passend bewijs door dit ook als norm te hanteren in de onderzoeken die deze partij subsidieert.
- **ZN** als vertegenwoordiger van de zorgverzekeraars. Zij financieren sommige preventiemaatregelen.
- De **Gezondheidsraad** baseert zich in zijn adviesrol ook op wetenschappelijk onderzoek over de effectiviteit van interventies en is daarmee in potentie een belangrijke gebruiker van de richtlijn.
- Het **PBL** doet onderzoek op het terrein van interventies in de fysieke omgeving, die ook belangrijke gezondheidseffecten kunnen hebben. Wij adviseren om deze partij in de klankbordgroep op te nemen, omdat het PBL naast het CPB ook een beoordelaar is van MKBA werkwijzers.

Vergroot het draagvlak door consultatie van een brede kring van experts en partijen

Om het draagvlak voor van de richtlijn zo groot mogelijk te maken en de omvang van de commissie en de klankbordgroep hanteerbaar te houden, adviseren wij om een brede kring van experts en betrokkenen te consulteren. Dit kan een of meerdere keren gedurende het proces. Daarbij denken we aan:

- Een **brede kring van experts** op het gebied van preventie, economische evaluatie en effectmeting.
- De **NFU** als vertegenwoordiger van de UMC's, die regelmatig onderzoek doen naar preventie in het medische domein. Deze partij draagt zelf ook actief bij aan de kennisinfrastructuur op het gebied van preventie.
- De kennispartners van de **Staat van Volksgezondheid en Zorg**, namelijk CBS, NJi, NZa, Nivel, SCP en het Trimbos-instituut.
- **TNO** als belangrijk onderzoeksbureau op het terrein van preventie.
- De **Coalitie Leefstijl in de Zorg**, die zelf ook actief bezig is met het thema bewijsvoering voor preventie.
- De **Algemene Rekenkamer** gaat vanuit het perspectief van brede welvaart onderzoek doen naar maatregelen buiten de zorg die gericht zijn op de leefomgeving en die impact hebben op onze gezondheid en zorguitgaven.
- Het **Pandemic and Disaster Preparedness Center** (PDPC) houdt zich bezig met de effectiviteit van rampenpreventie, paraatheid en herstelmanagement en kan vanuit die invalshoek licht werpen op passend bewijs.
- De **RVS** adviseert regering en parlement over beleid het snijvlak van volksgezondheid, zorg en samenleving en spreekt zich ook regelmatig uit over preventie.
- Ten slotte schrijft de **WRR** ook regelmatig over preventie.

5 Gevoeligheden en aandachtspunten

Het is van belang dat de nieuwe commissie verschillende niveaus (trede) van bewijsvoering onderscheidt. Daarnaast verdienen nieuwe manieren van dataverzameling aandacht, zoals via gezondheidsapps. Second opinions kunnen helpen om de implementatie van de richtlijnen van de commissie te bevorderen.

We hebben onze gesprekspartners gevraagd naar gevoeligheden en aandachtspunten voor de commissie en hoe hier mee om te gaan. Dit hoofdstuk vat de reacties samen.

Zoek de balans tussen pragmatisme en wetenschappelijke robuustheid

Versillende gesprekspartners hebben de zorg geuit dat de richtlijn de lat te hoog legt en preventiebeleid voor bewijsvoering aan hogere normen moet voldoen dan andere medische interventies, zoals weesgeneesmiddelen. Daarbij is er ook meerdere keren op gewezen dat de onderzoeksbudgetten buiten het medische domein veel beperkter zijn, omdat er geen belanghebbende zoals de farmaceut is die de baten van de interventie internaliseert. Een hoge lat voor bewijsvoering kan er ook voor zorgen dat partijen zoals gemeenten in de praktijk weinig met de richtlijn aankunnen.

Een ander geluid is dat er voor veel interventies in het sociaal domein hoegenaamd geen empirische onderbouwing bestaat en dat het realistisch leggen van de lat dit probleem niet gaat oplossen.

Een van onze gesprekspartners suggereerde dat het structureel maken van bekostiging vanuit VWS conditioneel gemaakt kan worden aan empirische onderbouwing. Deze oplossing doet recht aan het feit dat het in de startfase van een nieuwe interventie nog heel moeilijk is om empirische onderbouwing te verzamelen. Een richtlijn kan wel aangeven op welke manier de empirische onderbouwing in deze startfase vorm zou moeten krijgen. Dit pleit ervoor om in de richtlijn ook aandacht te geven aan veldexperimenten en proeftuinen.

Differentiatie naar niveaus van bewijsvoering is een andere beproefde oplossing. Als de hoogste trede om financiële of politieke redenen niet haalbaar is, kan de evaluatie nog steeds op een lagere trede mikken. De politiek kan ervoor kiezen om met deze lagere niveaus van bewijsvoering genoeg te nemen.

Implementatie van de richtlijn vraagt aandacht

Partijen kunnen er voor kiezen om richtlijnen met betrekking tot bewijsvoering te negeren. Het bewijs voor de effectiviteit in het sociaal domein is al jaren van gemengde kwaliteit, ook al is er een werkwijzer voor MKBA in het sociaal domein die de lat hoog legt. Daarbij speelt ook het risico dat opdrachtgevers en financiers de kwaliteit van de bewijsvoering mogelijk slecht kunnen beoordelen.

Het ruim betrekken van belanghebbenden kan helpen om draagvlak voor de richtlijn op te bouwen. Hieraan hebben we in het vorige hoofdstuk aandacht besteed. In Hoofdstuk 3 hebben we aangegeven dat het vastleggen van eisen met betrekking tot de rapportage kan helpen om de kwaliteit van evaluaties beter te beoordelen. Een andere manier om de kwaliteit van evaluaties te borgen is het regelmatig uitvoeren van second opinions. Dit is bij MKBA's van grote infrastructuurprojecten bijvoorbeeld gebruikelijk.

Ten slotte kan het conditioneren van financiering op het handhaven van de richtlijnen helpen om de implementatie te borgen. Voor VWS kan deze mogelijkheid bijvoorbeeld ontstaan bij een preventiefonds of bij financiële ondersteuning voor het IZA en andere akkoorden. ZonMw kan onderzoeksfinanciering conditioneel maken op het toepassen van de richtlijn voor passend bewijs.

De commissie moet zich verhouden tot andere initiatieven op dit vlak

Er lopen verschillende onderzoeken die raken aan de opdracht die wij voor deze commissie adviseren. De onderzoeken van ZonMw, de Coalitie Leefstijl in de Zorg en de NFU kwamen in dit verband al aan de orde in Hoofdstuk 2. Daarnaast loopt er onderzoek bij CPB en RIVM op dit vlak. Door goede afstemming ligt hier een kans om te profiteren van elkaars kennis en tot een groter draagvlak voor het eindproduct te komen. Het risico is echter dat er straks verschillende richtlijnen en werkwijzers naast elkaar bestaan en dat dit eerder tot meer dan tot minder verwarring in het veld leidt. Hier zal de commissie vanaf het begin aandacht voor moeten hebben, bijvoorbeeld door stakeholders in een vroeg stadium te betrekken.

Timing van de effectmeting vraagt aandacht

Een gesprekspartner gaf aan dat hij meerdere evaluaties heeft uitgevoerd van interventies die al weer waren afgeschaft tegen de tijd dat de evaluatie was afgerond. Dit is een bekende uitruil: een vroege evaluatie is minder grondig maar bruikbaar voor beleidsvorming.

Passend niveau van bewijsvoering niet altijd eenduidig

Gesprekspartners vanuit het Loket gezond leven geven aan dat het passende niveau van bewijsvoering niet altijd in regels te vangen is. Soms is dat een kwestie van expert judgement. De uitdaging aan de commissie is om hier in de richtlijn voldoende ruimte voor te laten.

Focus op bewijsvoering kan verschillen tussen stromen overbruggen

We hebben in Hoofdstuk 2 vastgesteld dat richtlijnen verschillen, deels omdat ze vanuit een andere achtergrond zijn ontstaan. Verschillen tussen scholen kunnen het draagvlak voor een gedeelde richtlijn onder druk zetten. Daarom is het belangrijk dat de commissie focust op bewijsvoering en geen andere aspecten van economische evaluatie oppakt, die tot meer verschillen van inzicht en minder draagvlak leiden.

Heb oog voor herverdeeleeffecten

Verschiedende gesprekspartners vragen aandacht voor herverdeeleeffecten, omdat meest kwetsbare groepen niet altijd het meest positieve kostenbatensaldo realiseren. Dit aspect van een economische evaluatie heeft niet direct betrekking op het juiste bewijsniveau voor een effectmeting, maar we geven het hierbij toch mee.

Nieuwe databronnen bieden kansen voor evaluaties

Gesprekspartners roepen op om in de richtlijn voldoende aandacht te hebben voor nieuwe manieren van dataverzameling, zoals via gezondheidsapps. Hierin ligt mogelijk een kans om interventies sneller en tegen lagere kosten te evalueren.

Meer in het algemeen is de beschikbaarheid van data een aandachtspunt. De commissie kan hele hoge eisen met betrekking tot de bewijsvoering stellen, maar als de data hiervoor ontbreken kan hieraan niet worden voldaan. De TWG-KBP merkt hierover op dat een goede data-infrastructuur voor gezondheids- en leefstijldata en data over andere determinanten van gezondheid onontbeerlijk is om de monitoring van de baten van een preventiemaatregel na invoering te faciliteren.

Beperk de doorlooptijd van de commissie

Om voldoende energie in het traject te houden beveelt een van onze gesprekspartners aan om de doorlooptijd beperkt te houden. Ruwweg een half jaar zou voldoende moeten zijn.

Referenties

Commissie Theeuwes (2012), *Durf te meten*. Eindrapport Expertwerkgroep Effectmeting, Den Haag: Ministerie van Economische Zaken.

Commissie Ter Weel (2022). *Durf te leren, ga door met meten: Op zoek naar kaders en methoden voor de evaluatie van systeem- en transitiebeleid*. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken en Klimaat.

Heymans, J. M., Kleijnen, S., & Verstijnen, I. M. (2013). Passend bewijs bij het bepalen van effectiviteit van interventies. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 157, A5479.

Koning, P., D. Webbink & C. Koopmans (2013). Onderwijs en arbeidsmarkt in MKBA's, in: L. Bertolini, et al., *Twee notities voor de algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse*, Discussion Paper 73, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Koopmans, C., A. Heyma, B. Hof, M. Imandt, L. Kok, M. Pomp (2016). *Werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein, rapport 2016-11*, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Romijn, G. en G. Renes (2013), *Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse*, Den Haag: Centraal Planbureau en Planbureau voor de Leefomgeving.

Samenwerkingsverband Erkenning van Interventies (2024). *Kies erkend, krijg erkenning. Criteria 2024 - 2027*. Kenniscentrum Sport & Bewegen, Movisie, Nederlands Jeugdinstituut, RIVM, Trimbos-instituut en Vilans.

TWG-KBP (2023). *Preventie op Waarde Schatten*. Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie.

Van der Vliet, N., Suikerbuijk, A. W., de Blaeij, A. T., de Wit, G. A., van Gils, P. F., Staatsen, B. A., ... & Polder, J. J. (2020). Ranking preventive interventions from different policy domains: what are the most cost-effective ways to improve public health? *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2160.

Van Vooren, N. J. E., Steenkamer, B., Kemper, P. F., & Hendriks, R. J. (2018). *Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem: Landelijke Monitor Proeftuinen-reflectie op 5 jaar proeftuinen*. Bilthoven: RIVM.

ZIN (2023a). *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

ZIN (2023b). *Module beoordeling SWP. Voor tumoragnostische geneesmiddelen en voor andere oncologische geneesmiddelen die uitsluitend in enkelarmige studies zijn onderzocht*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

ZIN (2024). *Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. Herziene versie 2024*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Bijlage A Overzicht van gesprekspartners

Tabel A.1 Gesprekspartners

Organisatie	Gesprekspartner
RIVM	Johan Polder
RIVM	Daphne van der A
RIVM	Djoeke van Dale
CPB	Anne-Fleur Roos
CPB	Frits Bos
CPB	Stefan Thewissen
ZIN	Saskia Knies
ZIN	Janka Kahlman
PBL	Bert Hof
VWS	Valentin Neevel
VWS	Florien van der Windt
Rijksuniversiteit Groningen	Jochen Mierau
ESHPM	Bram Wouterse
ESHPM	Pieter van Baal
Amsterdam UMC	Karien Stronks
Universiteit Maastricht	Silvia Evers
Onafhankelijk onderzoeker	Marc Pomp
KiM	Gerbert Romijn
SEO	Carl Koopmans
SEO	Bas ter Weel
SEO	Wouter Vermeulen

Bron: SEO Economisch Onderzoek



“De wetenschap dat het goed is.”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport 2024-162

Informatie & Disclaimer

SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

Copyright © 2024 SEO Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via secretariaat@seo.nl.

Roetersstraat 29
1018 WB, Amsterdam

+31 20 399 1255
secretariaat@seo.nl
www.seo.nl