COMMERCIËLE DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID

KENNIS OVER GEZONDHEIDSBELEID EN COMMERCIE

ADVIES TECHNISCHE WERKGROEP
KENNISPLATFORM PREVENTIE (KPP)

SEPTEMBER 2026



Inhoud

Voorwoord 5
Samenvatting 6
Commerciële activiteiten hebben brede gevolgen voor de volksgezondheid 6
Invloed loopt via bedrijfsstrategieën en systeemmechanismen 6
Veel commerciële invloeden zijn internationaal van aard 7
Een systeemperspectief op gezondheid en beleid is nodig 7
Aanbevelingen voor kennisontwikkeling 8
Conclusie 9
English summary 10
The dynamics are international and require multi-level governance 11
Implication: the need for a systems perspective 11
Recommendations for knowledge development 11
Conclusion 12
1. Inleiding 13
1.1 Opdracht 13
1.2 Achtergrond opdracht 13
1.3 Doel en afbakening advies 16
Vertrekpunten van advies 16
1.4 Totstandkoming advies 17
1.5 Leeswijzer 18
2. Commerciële determinanten van gezondheid 19
2.1 Wat zijn commerciële determinanten van gezondheid? 19
2.2 Omvang en urgentie 19
2.3 Mechanismen waarlangs commerciële determinanten gezondheid beïnvloeden. 20
Directe en indirecte routes 20
Commerciële beïnvloedingsmechanismen 20
Structuur van markten en systemen 21
Externalisering van maatschappelijke kosten 21
2.4 Verdelingseffecten en gezondheidsverschillen 22
2.5 Positieve bijdragen en spanningen in het systeem 22
Positieve bijdragen van commerciële activiteiten 22
Spanningen in marktdynamiek 23
2.6 Relatie met Gezondheid in alle beleidsdomeinen 23
2.7 Internationale kaders en nationale duiding (WHO en SGF) 24
3. Kennisagenda voor CDoH 28
3.1 Structuur van de kennisagenda: van volledig overzicht naar prioritering 28
3.2 Ordening van kennisvragen naar systeemniveau 29

Systeem niveaus (3 metavragen) 30
Type kennisvragen (9 metavragen; 67 kennisvragen) 30
3.3 Volledige set kennisvragen (longlist) 30
A. Routes naar gezondheidseffecten 30
B. Beleidskeuzes en leefomgeving 33
C. Systeem en spelregels 36
3.4 Geprioriteerde kennisvragen (shortlist) 41
A. Routes naar gezondheidseffecten 41
B. Beleidskeuzes en leefomgeving 42
C. Systeem en spelregels 43
4. Aanbevelingen en handelingsperspectief 44
1. De relevantie en de implicaties voor de Nederlandse context te benoemen 45
2. Een systeemanalyse te maken van de machts- en belangenpositie van stakeholders 48
3. Kennisvragen te identificeren die in het licht van de analyse nog onbeantwoord zijn 51

Bijlagen 54
Bijlage A: Adviesverzoek aan TWG CDoH 55
Bijlage B. Samenstelling TWG en geraadpleegde experts 57
Bijlage C. Systeemperspectief en aanpak 59
C.1 Overzicht van de analysekaders en onderdelen 59
C.2 Casusgerichte benadering: inzoomen en uitzoomen 60
C.3 De analytische bouwstenen van de systeemanalyse 61
Bijlage D. Casusselectie voor systeemanalyse 67
D.1 Aanpak 67
D.2 Opstellen van selectiecriteria 67
D.3 Toepassing van criteria en selectieproces 68
D.4 Geselecteerde casussen 68
Bijlage E. Systeemanalyses – resultaten over casussen heen 69
E.1 Actoranalyse 69
De macht van commerciële partijen verschilt sterk 70
De legitimiteit van consumenten is hoog maar hun macht is beperkt 71
De urgentiebeleving en de sturingsmogelijkheden van overheden 72
E.2 Commerciële praktijken 72
E.3 Onderliggende systeempatronen 75
Bijlage F. Systeemanalyse casus ongezonde voeding 77
F.1 Casusbeschrijving ongezonde voeding 77
F.2 Actoranalyse 79
F.3 Commerciële praktijken met invloed op de volksgezondheid 82
Bijlage G. Systeemanalyse casus social media 83
G.1 Casusbeschrijving social media 83

G.2 Actoranalyse 85
G.3 Commerciële praktijken met invloed op de volksgezondheid 88
Bijlage H. Systeemanalyse casus commerciële diagnostiek 89
H.1 Casusbeschrijving commerciële diagnostiek 89
H.2 Actoranalyse 91
H.3 Commerciële praktijken met invloed op de volksgezondheid 94

Voorwoord

Voor u ligt een rapport met aanbevelingen en kennisvragen over de Commerciële Determinanten van Gezondheid (CDoH): de systemen, praktijken en routes waarmee commerciële partijen invloed uitoefenen op de volksgezondheid en gezondheidsverschillen. Het rapport is opgesteld op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). VWS vroeg het Kennisplatform Preventie te reflecteren op de betekenis van recente internationale inzichten over de CDoH voor de Nederlandse context, en om de belangrijkste kennishiaten voor beleid in kaart te brengen. Het Kennisplatform Preventie stelde daarvoor een technische werkgroep van wetenschappers in, die in dit rapport haar advies uitbrengt.

Dit advies is mede tot stand gekomen dankzij inbreng van een brede groep betrokkenen. Naast de leden van de technische werkgroep zijn gedurende het traject een adviserende klankbordgroep met vertegenwoordigers uit het maatschappelijk middenveld en het bedrijfsleven, internationale experts, en waarnemers uit verschillende ministeries betrokken geweest. Door deze brede betrokkenheid is gestreefd naar een zorgvuldig beeld van het vraagstuk en te prioriteren kennisvragen. Ik ben al deze betrokkenen zeer erkentelijk voor hun constructieve bijdrage.

VWS vroeg om ‘een systeemanalyse … van de machts- en belangenpositie van stakeholders, de legitimiteit van het huidige afwegingskader voor besluitvorming, en de urgentie van beleidstegenwicht aan de gezondheidstrends die samenhangen met CDoH.’ Daarmee richtte de vraag zich op de domeinoverstijgende wisselwerking tussen commercie, beleid en volksgezondheid. Een omvangrijke maar ook belangrijke en urgente vraag, omdat een aanzienlijk deel van de moderne volksgezondheidsproblemen in belangrijke mate samenhangen met (inter)nationale commerciële invloeden.

Dit rapport biedt geen definitief antwoord op de vraag hoe de CDoH moeten worden aangepakt, maar maakt wel duidelijk waar de belangrijkste aangrijpingspunten liggen en welke kennis daarvoor nodig is. Omdat de volksgezondheid en commercie elkaar op uiteenlopende manieren beïnvloeden, vraagt kennisontwikkeling naar de CDoH om een interdisciplinaire, domeinoverstijgende en langdurige kennisprogrammering. De in dit rapport formuleerde inzichten, kennisvragen en aanbevelingen vormen hiervoor een basis.

Het is nu aan VWS en andere betrokken partijen om deze inzichten te benutten en vervolgstappen te zetten.

Luc Hagenaars, PhD
Voorzitter Technische Werkgroep CDoH

Samenvatting

Dit rapport gaat over de commerciële determinanten van gezondheid (CDoH): de systemen, praktijken en routes waarmee commerciële partijen, invloed uitoefenen op de gezondheid en gezondheidsongelijkheid. Het rapport is opgesteld in opdracht van VWS en heeft als doel kennishiaten te identificeren en een kennisagenda te formuleren ter ondersteuning van beter geïnformeerde beleidsontwikkeling in Nederland.

Commerciële activiteiten hebben brede gevolgen voor de volksgezondheid

Commerciële activiteiten hebben ook in Nederland een substantiële en brede invloed op de volksgezondheid. Deze invloed is onder meer zichtbaar in de toename van chronische ziekten en mentale gezondheidsproblemen, leefstijlontwikkelingen, de milieugerelateerde gezondheidsschade en gezondheidsverschillen. In de WHO-Europaregio is circa een kwart van de sterfte gerelateerd aan alleen al de tabaks-, alcohol-, voedings- en fossiele brandstoffenindustrieën.

Commerciële activiteiten kunnen de volksgezondheid dus schaden, maar ook bevorderen en beschermen. Aan het ene uiteinde van het spectrum bevinden zich sectoren die expliciet bijdragen aan gezondheidsbevordering, zoals aanbieders van gezonde voeding of bedrijven gericht op preventie en vitaliteit. Aan het andere uiteinde bevinden zich ziekmakende sectoren, zoals de tabaks- en gokindustrie. Daartussenin hebben sectoren een gemengd of contextafhankelijk effect, zoals de bouw- en woningsector (dak boven het hoofd maar ook ongezonde binnenmilieus); de maakindustrie (werkgelegenheid maar ook blootstelling aan schadelijke stoffen en milieuvervuiling); de agrarische sector (voedselzekerheid maar ook pesticiden en zoönosen); digitale en sociale media (verbinding maar ook misinformatie over gezondheid); en de financiële sector (financiële kansen maar ook schulden). Ook arbeid en werkgeverschap spelen een belangrijke rol, omdat werk zowel gezondheidsrisico's (zoals ongevallen, mentale belasting en blootstelling aan gevaarlijke stoffen) als gezondheidswinst met zich meebrengt. Tot slot leveren bijvoorbeeld supermarkten, de farmaceutische industrie, en de medtech sector producten die essentieel zijn voor de volksgezondheid, maar kunnen economische prikkels leiden tot ongepast gebruik of ongepaste prijzen, wat beide ook impact heeft op de volksgezondheid. Deze voorbeelden laten zien dat de invloed van commerciële activiteiten op de volksgezondheid zich uitstrekt over uiteenlopende sectoren, beleidsdomeinen en maatschappelijke processen.

Invloed loopt via bedrijfsstrategieën en systeemmechanismen

Commerciële partijen hebben niet alleen gezondheidsimpact via producten en productieprocessen, maar ook via de praktijken waarmee zij sociale normen ten aanzien van markten, gedrag en beleid beïnvloeden. Deze omvatten onder andere marketing en reclame, lobby, reputatiemanagement en framing, en financiering en beïnvloeding van kennisontwikkeling.

Deze praktijken worden beïnvloed door systeemkenmerken zoals marktmacht, economische prikkels en internationale waardeketens, die bepalen welke bedrijfsstrategieën rendabel zijn en hoe deze doorwerken op de volksgezondheid.

Een belangrijk onderliggend mechanisme is het externaliseren van maatschappelijke kosten: gezondheidsschade en milieuschade worden slechts beperkt doorberekend in prijzen en komen vaak terecht bij burgers en overheid. Hierdoor kunnen schadelijke activiteiten economisch aantrekkelijk blijven en structureel voortbestaan.

De effecten van commerciële determinanten zijn bovendien ongelijk verdeeld. Groepen mensen met een lage sociaaleconomische positie worden relatief vaker blootgesteld aan schadelijke invloeden, terwijl positieve effecten – zoals toegang tot innovatieve zorg of gezondere producten – juist vaker terechtkomen bij groepen mensen met een hoge sociaaleconomische positie. Hierdoor dragen commerciële determinanten nadrukkelijk bij aan gezondheidsverschillen.

Veel commerciële invloeden zijn internationaal van aard

De invloed van commerciële determinanten speelt zich niet alleen nationaal af, maar is sterk verweven met Europese en mondiale ontwikkelingen. Veel commerciële actoren opereren binnen internationale markten en beleidskaders. Dit betekent dat nationale beleidsruimte en effectiviteit mede afhankelijk zijn van ontwikkelingen op EU- en mondiaal niveau.

Een systeemperspectief op gezondheid en beleid is nodig

Om beter te begrijpen hoe commerciële invloeden doorwerken, heeft de technische werkgroep drie casussen onderzocht: ongezonde voeding, sociale media en commerciële diagnostiek. Hoewel deze casussen sterk verschillen, komen enkele vergelijkbare patronen naar voren:

- Commerciële partijen beschikken vaak over substantiële macht en hebben sterke economische belangen;
- Overheden hebben een legitieme rol bij het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid, maar verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn verdeeld over beleidsterreinen en bestuurslagen;
- Burgers worden vaak verantwoordelijk gehouden voor keuzes, maar hebben beperkte invloed op de omgeving en de commerciële systemen waarbinnen die keuzes tot stand komen;
- Er is geen partij bij wie voldoende macht, legitimiteit en urgentie samenkomen om de volksgezondheid structureel centraal te stellen.

Deze bevindingen benadrukken het belang van een systeemperspectief. Gezondheid wordt niet alleen beïnvloed door zorg en preventie, maar ook door keuzes op het gebied van economie, arbeid, fiscaliteit, milieu, ruimtelijke ordening en digitalisering. Dat vraagt om beleidsafwegingen waarin gezondheid ook buiten het zorgdomein wordt meegewogen (Gezondheid in alle beleidsdomeinen, GIAB).

Aanbevelingen voor kennisontwikkeling

Op basis van deze analyse is een kennisagenda opgesteld, bestaande uit een longlist en een geprioriteerde shortlist van kennisvragen. Deze vragen zijn verdeeld over drie samenhangende niveaus:

1. Routes naar gezondheidseffecten: hoe commerciële producten en praktijken via blootstelling en andere mechanismen doorwerken op gedrag en gezondheid.
2. Beleidskeuzes en leefomgeving: hoe beleid, regulering en de inrichting van de leefomgeving commerciële invloeden kunnen versterken of beperken.
3. Systeem en spelregels: hoe economische, bestuurlijke en institutionele structuren de invloed van commerciële partijen mogelijk maken of begrenzen.

De kennisagenda maakt zichtbaar waar het huidige kennisfundament ontoereikend is en biedt en richtinggevend kader voor kennis die bijdraagt aan beter onderbouwde beleidsafwegingen rondom de CDoH. De belangrijkste aanbevelingen voor kennisontwikkeling zijn:

1. **Verbreding van de scope en de focus:** richt kennisontwikkeling niet alleen op bekende ongezonde producten zoals tabak en alcohol, maar ook op andere producten en productiepraktijken met gezondheidsimpact, en op de wijze waarop de betrokken bedrijven en industrieën opereren, inclusief praktijken als politieke lobby, marketing, interactie met wetenschap, reputatiemanagement en financiële strategieën (aanbeveling 1 en 2).
2. **Multi-level governance:** veranker de commerciële determinanten van gezondheid expliciet in de Nederlandse Mondiale Gezondheidsstrategie 2023-2030 van de ministeries van VWS en Buitenlandse Zaken. Er is kennis is nodig over de wisselwerking tussen lokaal, nationaal, Europees en mondiaal beleid rond de CDoH en over effectieve sturingsmogelijkheden op elk niveau. De Nederlandse Mondiale Gezondheidsstrategie 2023-2030 biedt hiervoor aangrijpingspunten (aanbeveling 3).
3. **Systeemperspectief:** richt kennisontwikkeling voor gezondheidsbeleid ook op onderliggende bedrijfseconomische drijfveren van commerciële actoren. Hanteer daarbij een systeemperspectief. Meer inzicht is nodig in hoe economische prikkels en marktdynamiek ziekmakende dan wel gezondheidsbevorderende innovaties en bedrijfspraktijken stimuleren (aanbeveling 4).
4. **Governance en tegenmacht:** versterk kennis over het organiseren van tegenmacht, wanneer volksgezondheidsproblemen duidelijk samenhangen met bepaalde industrieën. Meer inzicht is nodig in hoe de balans tussen publieke en commerciële belangen kan worden versterkt, inclusief effectieve vormen van toezicht (aanbeveling 5).
5. **Rol van de overheid als ‘marktmeester’:** versterk kennisontwikkeling over de rol van de overheid als marktmeester, zodat financieel-economische regels en praktijken bedrijven stimuleren tot gezondheidsbevorderende producten en praktijken, en ziekmakende prikkels worden beperkt. Kennisontwikkeling is nodig over effectieve sturings- en reguleringsinstrumenten (aanbeveling 6).

6. **Verankering van gezondheid in alle beleidsdomeinen (GIAB):** zorg voor samenhang in kennisontwikkeling voor beleid dat de commerciële determinanten van gezondheid raakt. Er is behoefte aan kennis over hoe volksgezondheid structureel kan worden meegenomen in beleidskeuzes buiten het zorgdomein (aanbeveling 7).
7. **Kennis- en datainfrastructuur:** verbeter de kennis- en datainfrastructuur voor commerciële determinantan van gezondheid. Verdere ontwikkeling en meer transparantie is nodig over data, indicatoren en methoden om relaties tussen commerciële activiteiten en volksgezondheid beter in beeld te brengen. Dit vergt versterking van de inhoudelijke expertise over volksgezondheid en de CDoH binnen de Rijksoverheid, en interdisciplinair onderzoek naar de CDoH (aanbeveling 9).
8. **Uitvoering kennisagenda:** houd vast aan een systeemperspectief bij de uitvoering van deze kennisagenda. Stuur niet alleen op kennisvragen over beleidskeuzes, leefomgeving en gezondheidseffecten, maar investeer ook expliciet in vragen op het niveau van systeem en spelregels, omdat op dit niveau de meest effectieve en duurzame effecten te verwachten zijn in de bijsturing van commerciële prikkels met gezondheidsimpact. Beleg kennisvragen bij interdisciplinaire samenwerkingsverbanden van vakgroepen, beleids- en kennisinstellingen waarin gezondheidswetenschappelijke en medische expertise kan worden gecombineerd onder andere met financieel-economische, juridische en bestuurskundige kennis (aanbeveling 8 en 10).

Conclusie

Commerciële determinanten vormen een structurele en bepalende factor in hedendaagse volksgezondheidsvraagstukken. De in dit rapport geformuleerde kennisvragen en aanbevelingen bieden een richtinggevend kader om te komen tot beter onderbouwd en samenhangend volksgezondheidsbeleid.

English summary

This report analyses the commercial determinants of health (CDoH): the systems, practices and pathways through which commercial actors drive health and equity. The report was commissioned by the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports (VWS) and aims to identify knowledge gaps and develop a research agenda to support evidence-informed policymaking in the Netherlands. International analyses underline the importance of this topic: in the WHO European Region, approximately one quarter of deaths is linked to the products and practices of the tobacco, alcohol, food and fossil fuel industries alone.

The analysis shows that commercial activities have a substantial and wide-ranging public health impact in the Netherlands. This impact is visible in, for example, the rise of chronic diseases, mental health problems, lifestyle patterns, environmental factors, and health inequalities. Commercial activities span a spectrum from positive to negative health impacts. At one end of the spectrum are sectors that actively promote health, such as providers of healthy food, companies focused on prevention and vitality, and parts of the healthcare and technology sectors that improve quality of care. At the other end are sectors that are predominantly harmful, such as the tobacco and gambling industries. In between are sectors with mixed or context-dependent effects, such as the construction and housing sectors (shelter, indoor environment, insulation and ventilation), manufacturing (employment, exposure to hazardous substances), and agriculture (food security, pesticide use and zoonoses), digital and social media (social (dis)connection, medical (mis)information), and the financial sector (economic opportunities, debt). Work is important for health, but also carries risks (e.g. accidents, mental strain, exposure). Finally, supermarkets, the pharmaceutical industry and medtech sector and other sectors provide products essential for public health, but their economic incentives can lead to inappropriate use or inappropriate pricing. These examples show that the health impacts of commercial activities extend across diverse sectors, policy domains, and societal processes.

Commercial actors affect health not only through products and production processes, but also through the corporate strategies and system mechanisms that impact social norms around markets, behaviour and policy. These include, among others, marketing and advertising, lobbying, reputational management, as well as the financing and framing of scientific evidence. These practices are shaped by broader system characteristics such as market power, economic incentives and international value chains, which determine which strategies are profitable and how they affect public health.
An important underlying mechanism is the externalisation of societal costs: health and environmental harms are only partially reflected in prices and are often borne by citizens and governments. This allows harmful activities to remain economically attractive and persist over time.

The effects of commercial determinants are unevenly distributed. Vulnerable groups are more frequently exposed to harmful influences, while positive effects, such as access to innovative care or

healthier products, more often accrue to higher socioeconomic groups. As a result, commercial determinants contribute substantially to health inequalities.

The dynamics are international and require multi-level governance

The influence of the CDoH extends beyond the national level and is closely intertwined with European and global developments such as trade agreements. Many commercial actors operate within international markets and regulatory frameworks. This means that national policy that targets the CDoH must acknowledge developments at EU and global levels.

Implication: the need for a systems perspective

These findings show that health is not only shaped within the healthcare domain, and that it is strongly influenced by commerce. The systems analysis that we conducted, based on case studies on unhealthy food, social media, and commercial diagnostics, shows that:

- Commercial actors often possess substantial power and strong economic incentives;
- Governments have a legitimate but fragmented and sometimes limited steering role;
- Citizens are often held responsible for choices but have limited influence over underlying systems;
- There is no single actor in which power, legitimacy and urgency converge.

Effective policymaking therefore requires a systems perspective, in which health is explicitly integrated into other policy domains (Health in All Policies, HiAP).

Recommendations for knowledge development

Based on this analysis, a research agenda has been developed, consisting of a longlist and a prioritised shortlist of research questions. The questions address three interrelated levels:

1. Pathways to health effects (causal mechanisms and exposure);
2. Policy and environment (design, regulation and governance);
3. System and rules of the game (economic and institutional structures).

The research agenda highlights where the current evidence base is insufficient and provides a guiding framework for research programming that would contribute to evidence-informed policy decisions around the CDoH. The main recommendations are:

- Broaden the focus beyond well-known unhealthy commodities such as tobacco and alcohol, to include production processes with health impacts and practices such as corporate-political activities and corporate financing and framing of scientific evidence.
- Multi-level governance: knowledge is also needed on the interaction between policy development that affects the CDoH at global, European, national and local levels. The Dutch Global Health Strategy 2023–2030 provides a useful framework in this regard.

- Adopt a systems perspective: improve the knowledge base on how economic incentives and market dynamics steer harmful as health-promoting corporate strategies.
- Governance and countervailing power: more knowledge is needed on the strengthening of balance between public and commercial interests.
- Role of government as a “market steward”: knowledge development is needed on effective steering and regulatory instruments that promote public health and limit harmful incentives.
- Embedding health in all policy domains (HiAP): how public health can be more explicitly integrated into policy decisions beyond the healthcare domain.
- Knowledge and data infrastructure: further development and greater transparency are needed regarding data, indicators and methods to better capture relationships between commercial activities and public health. This requires strengthening of expertise on public health and the CDoH in the central government and transdisciplinary research on the CDoH.

Conclusion

Commercial determinants constitute a structural and defining factor in contemporary public health challenges. The knowledge questions and recommendations formulated in this report provide a guiding framework for achieving more coherent and better-informed public health policy.

1. Inleiding

1.1 Opdracht

Het Kennisplatform Preventie (KPP) ondersteunt, op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de wisselwerking tussen kennisontwikkeling, beleidsvorming en praktijktoepassing waar het gaat om preventie. Vanuit die rol vroeg VWS het KPP om advies over kennisontwikkeling ten aanzien van Gezondheid in alle beleidsdomeinen (GIAB) en commerciële determinanten van gezondheid. Het KPP heeft deze adviesaanvraag uitgewerkt door een tijdelijke, technische werkgroep (hierna TWG) in te richten.

De TWG is gevraagd om recente (inter)nationale analyses en aanbevelingen te beoordelen, deze te duiden voor de Nederlandse context, en te adviseren over relevante en urgente kennisvragen voor de komende jaren. Daarbij gaat het om het in kaart brengen van kennishiaten, het formuleren en prioriteren van kennisvragen en het verkennen van de implicaties daarvan voor beleidsontwikkeling. Het volledige adviesverzoek aan de TWG en bijbehorende context zijn opgenomen in Bijlage A.

De TWG definieert de commerciële determinanten van gezondheid (CDoH) als de systemen, praktijken en routes waarmee commerciële partijen via producten, diensten, markten en de manier waarop zij opereren invloed uitoefenen op de volksgezondheid en gezondheidsverschillen[1]. Hierbij gaat het om de manieren waarop commerciële partijen via hun producten en praktijken invloed uitoefenen op de volksgezondheid, zoals via marketing, productontwikkeling, distributie, lobby en wetenschapsfinanciering. Ook gaat het om de juridische, bestuurlijke en financieel-economische spelregels waarmee commerciële bedrijven interacteren. Het concept GIAB vormt een belangrijk beleidsmatig kader voor de CDoH, omdat de CDoH zich uiten in veel verschillende beleidsdomeinen waar het VWS niet primair voor verantwoordelijk is.

1.2 Achtergrond opdracht

In Nederland is sprake van aanhoudende gezondheidsproblematiek, gekenmerkt door een hoge ziektelast door chronische aandoeningen en aanhoudende sociaaleconomische gezondheidsverschillen[2]. In de afgelopen decennia zijn diverse beleidsinitiatieven ontplooid om deze problematiek aan te pakken, onder meer via preventieakkoorden, het Gezond en Actief Leven Akkoord en aandacht voor interdepartementale samenwerking. Deze inspanningen hebben op onderdelen bijgedragen aan verbeteringen en meer samenhang in beleid. Tegelijkertijd gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat deze initiatieven niet voor scherpe blijvende trendbreuken hebben gezorgd bij persistente volksgezondheidsproblemen zoals obesitas, mentale gezondheid, en

[1] Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, Demaio S, Erzse A, Freudenberg N, Friel S, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet* (2023) 401:1194–1213. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00013-2

[2] RIVM. (2024). Volksgezondheid Toekomstverkenning/Public Health Foresight Study; Hilderink, H. et al. (2025). Dutch Burden of Disease Study (DALYs update); VZinfo / RIVM. (2026). Sociaaleconomische gezondheidsverschillen – huidige situatie; Pharos. (2026). Cijfers achter sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

gezondheidsverschillen. Daarnaast maakt de daling in rookprevalentie, gevolgd door de snelle opkomst van vapen, duidelijk dat behaalde vooruitgang geen garantie biedt voor de toekomst. Deze ontwikkeling laat zien hoe nieuwe producten, in combinatie met commerciële praktijken rond productontwerp, smaakstoffen en marketing, het gebruik, met name onder jongeren, snel kunnen stimuleren, terwijl de gezondheidsrisico's en passende beleidsreacties nog in ontwikkeling zijn. Ook ontstaan of persisteren oorzaken van gezondheidsproblemen in domeinen waar het Ministerie van VWS niet aan het roer staat, zoals bij gokken, schulden, milieuverontreiniging, of de omgang met 'arbeidsmigranten.'

De rol van commerciële partijen bij volksgezondheidsvraagstukken is belangrijk maar in Nederland tot op heden beperkt onderzocht.

Achter obesitas, roken, alcohol, gokken, milieuverontreiniging, ongunstige arbeidsomstandigheden, schuldenproblematiek, een ongezonde omgang met (digitale) media en andere kernoorzaken van volksgezondheidsproblemen schuilen financiële belangen. Tegelijkertijd is de volksgezondheid ook gebaat bij commercie, bijvoorbeeld doordat commercie welvaart en banen, (medische) innovaties, voedselzekerheid, en sociale samenhang creëert. De huidige inrichting van markten en prikkels maakt echter dat gezondheidsbevorderende vormen van commercie vaak onvoldoende ruimte krijgen om zich te ontwikkelen en op te schalen, terwijl ziekmakende activiteiten economisch aantrekkelijk blijven en daardoor vaak juist wél ruimte houden om te bestaan en te groeien.

Internationaal groeit de aandacht voor *commerciële determinanten van gezondheid*. In 2023 verschenen een *Lancet Series* (Lancet Commission on Commercial Determinants of Health, 2023) en een tekstboek van *Oxford University press*[3] over dit onderwerp. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft sinds 2024 een reeks rapporten gepubliceerd waarin wordt beschreven hoe commerciële actoren, in het bijzonder grote multinationale en transnationale ondernemingen in een beperkt aantal industrieën, zijn uitgegroeid tot belangrijke bepalende factoren van gezondheid, milieuschade en gezondheidsongelijkheid[4].

[3] Maani, N., Petticrew, M., & Galea, S. (Eds.). (2022). The commercial determinants of health. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780197578742.001.0001

[4] World Health Organization. Factsheet Commercial determinants of health. (2023) https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health

In dit rapport worden **commerciële determinanten** van gezondheid gedefinieerd als *de systemen, praktijken en routes waarmee commerciële partijen invloed uitoefenen op de gezondheid en gezondheidsongelijkheid beïnvloeden, zowel in positieve als negatieve zin (*Gilmore et al.[5]). Daarbij verwijzen *systemen* naar de economische, juridische en institutionele context waarmee bedrijven interacteren; *praktijken* naar concrete manieren waarop bedrijven opereren (zoals productontwikkeling, marketing, prijsstelling, distributie, lobby); en *routes* naar de mechanismen waarlangs deze activiteiten doorwerken op gezondheid.

Deze beperkte groep 'health-harming industries' draagt onevenredig bij aan gezondheidsschade. Het gaat daarbij om de tabaksindustrie, de alcoholindustrie, de fossiele brandstoffenindustrie, en om delen van de voedingsindustrie, maar ook om bijvoorbeeld de gokindustrie of producenten van bepaalde chemicaliën of pesticiden. De schade hangt samen met zowel de productie en het aanbod van specifieke producten als met andere commerciële praktijken zoals marketingstrategieën en lobbyactiviteiten. De (potentiële) gezondheidsschade die hieruit voortvloeit roept vragen op over de effectiviteit en legitimiteit van bestaande beleids- en afwegingskaders, in de internationale en Nederlandse context.

De internationale literatuur over commerciële determinanten van gezondheid groeit snel. Voor de Nederlandse context ontbreekt echter nog een overzicht van wat bekend is over de rol van commerciële determinanten van gezondheid, de impact van commerciële determinanten op de volksgezondheid in Nederland en welke kennis nodig is om hierop effectief beleid te voeren[6]. Daarbij gaat het onder meer om inzicht in welke commerciële systemen, praktijken en routes leiden tot ongewenste gezondheidseffecten, hoe deze effecten zich manifesteren binnen het gezondheidssysteem, en op welke wijze bestaande kennis beter kan worden benut in het beleidsproces.

Voor het vormgeven, uitvoeren en bijstellen van beleid is kennis nodig over de mechanismen waardoor het gedrag van commerciële partijen bijdraagt aan, dan wel afbreuk doet aan publieke gezondheidsdoelen. Een effectieve rol van de overheid op het vlak van preventie vraagt dus om voldoende inzicht in:

- De wijze waarop relevante systemen en sectoren die de volksgezondheid raken functioneren;
- Hoe actoren binnen deze systemen opereren en interacteren met overheidsorganisaties;
- Welke prikkels en machtsverhoudingen daarbij een rol spelen.

[5] Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, Demaio S, Erzse A, Freudenberg N, Friel S, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet* (2023) 401:1194–1213. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00013-2

[6] Kennisbeeld "Health in All Policies": verkenning vanuit internationaal, nationaal en lokaal perspectief | RIVM

1.3 Doel en afbakening advies

Tegen deze achtergrond beoogt dit advies bij te dragen aan het versterken van het kennisfundament op het snijvlak van GIAB en commerciële determinanten van gezondheid. De focus ligt op het identificeren en prioriteren van kennisvragen die relevant zijn voor de Nederlandse context en die richting kunnen geven aan toekomstig onderzoek om de kwaliteit van beleidsontwikkeling op dit snijvlak te bevorderen.

Het advies is gericht op kennisduiding om daaruit kennishiaten af te leiden, en doet daarmee geen uitspraken over concrete beleidsmaatregelen of normatieve keuzes. Het advies doet met andere woorden geen uitspraken over wanneer en hoe het volksgezondheidsbelang afgewogen dient te worden ten aanzien van andere publieke en private belangen. Die afwegingen zijn aan politici. Het advies beoogt slechts kennisvragen te formuleren om beter te begrijpen hoe commercie en volksgezondheid elkaar beïnvloeden, zodat daarmee beter geïnformeerd beleid mogelijk wordt, ter bevordering van de legitimiteit van politieke afwegingen.

Vertrekpunten van advies

In de totstandkoming van dit advies heeft de TWG de volgende vertrekpunten geformuleerd:

- **Systeemperspectief**

  De kennisvragen zijn opgesteld vanuit een systeemperspectief**.** Dit betekent dat er aandacht is voor:

  - Alle onderdelen van het gezondheidssysteem (zoals zorg, beleid, preventie, overheden, bedrijven en burgers);
  - De wijze waarop deze onderdelen elkaar beïnvloeden;
  - De bredere context waarin dat gebeurt (zoals economische of juridische kaders en bestuurlijke structuren).

- **Focus en afbakening kennisvragen**

  De TWG heeft zich gericht op drie typen kennisvragen:

  - Technisch-inhoudelijke vragen: gericht op inzicht in mechanismen, effecten en mogelijke beleids- en interventieopties.
  - Procesvragen: gericht op gedrag van actoren, governance en de dynamiek tussen beleid en praktijk.
  - Data- en kennisinfrastructuurvragen: gericht op de beschikbaarheid, kwaliteit en inrichting van data, methoden en systemen voor analyse, monitoring en beleidsontwikkeling.

- **Onafhankelijk en interdisciplinair karakter**

  De kennisvragen zijn opgesteld door de TWG bestaande uit een onafhankelijke groep deskundigen, die op persoonlijke titel zijn benoemd. De leden opereerden zonder last of ruggenspraak en brachten expertise in vanuit hun eigen vakgebied. Deze expertise omvatte onder meer bestuurskunde, politicologie, recht, sociale psychologie, financiële economie,

epidemiologie, toxicologie, methodologie, en systeemwetenschappen. De kennisagenda is ontwikkeld op basis van deze onafhankelijke inbreng.

- **Erkenning dat commerciële drijfveren zowel positieve als negatieve effecten kunnen hebben**

  De TWG-leden en de auteurs van dit rapport zijn zich bewust dat commerciële drijfveren niet alleen kunnen leiden tot ziekmakende producten, acties en praktijken, maar ook gezondheidsbevorderend kunnen werken. Waar relevant en passend binnen de doelen en afbakening van het rapport worden zorgen, problemen en uitdagingen expliciet benoemd met het oog op het bijdragen aan publieke gezondheidsdoelen. Ook is een maatschappelijke klankbordgroep geraadpleegd waarin personen zitting namen met praktijkkennis uit het bedrijfsleven, de journalistiek en het maatschappelijk middenveld.

- **Toegankelijkheid**

  Tot slot is het vertrekpunt dat de kennisagenda leesbaar en toegankelijk dient te zijn voor beleidsmakers en experts, ook zonder specialistische kennis van commerciële determinanten van gezondheid.

1.4 Totstandkoming advies

Voor de totstandkoming van dit advies is de TWG vijfmaal bijeengekomen. Tussen de bijeenkomsten door hebben er individuele gesprekken plaatsgevonden en is informatie opgehaald via schriftelijke consultatie.

Daarnaast heeft de TWG op twee manieren een bredere groep experts bij het advies betrokken:

1) Er zijn drie bijeenkomsten gehouden met een maatschappelijke klankbordgroep. De klankbordgroep had een adviserende rol en droeg bij aan de duiding van de maatschappelijke context, onder meer door het signaleren van relevante ontwikkelingen, maatschappelijke gevoeligheden, blinde vlekken en uitvoeringsrisico's. De input is verwerkt op contextniveau; de formulering van kennisvragen lag bij de TWG. Er heeft geen terugkoppeling van conceptteksten plaatsgevonden om de onafhankelijkheid van het advies te bewaken.
2) Een groep van internationale experts op het gebied van commerciële determinanten van gezondheid is tweemaal schriftelijk geconsulteerd per e-mail.

Daarnaast zijn aan het begin, halverwege en aan het einde van het traject de voortgang en inhoudelijke richting van het advies besproken met het Kennisplatform Preventie (KPP). Het Ministerie van VWS heeft als opdrachtgever van het KPP als waarnemer deelgenomen aan alle bijeenkomsten van de TWG, zonder inhoudelijk mee te schrijven en met een signalerende en toezichthoudende rol. Daarnaast hebben waarnemers van de ministeries van Financiën en Economische Zaken en van het RIVM deelgenomen aan alle vergaderingen van de TWG.

Een overzicht van alle betrokkenen in opgenomen in **Bijlage B.**

Bij het opstellen van dit rapport is gebruikgemaakt van AI-ondersteuning (Co-pilot) bij het schrijf- en redactieproces. Deze ondersteuning is ingezet voor het samenvatten van teksten, het verbeteren van formuleringen en het ondersteunen bij het structureren en aanscherpen van de kennisagenda, waaronder het identificeren van overlap en het verduidelijken en concretiseren van kennisvragen. De inhoudelijke analyse, afwegingen en conclusies zijn volledig door de auteurs opgesteld en gevalideerd.

1.5 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd.

- **Hoofdstuk 1** (dit hoofdstuk) beschrijft de opdracht, achtergrond, doel en totstandkoming van het rapport.
- **Hoofdstuk 2** werkt het concept commerciële determinanten van gezondheid (CDoH) uit, inclusief omvang, mechanismen en internationale context.
- **Hoofdstuk 3** bevat de kennisagenda, met een longlist en geprioriteerde shortlist van kennisvragen.
- **Hoofdstuk 4** vertaalt de bevindingen uit de analyse en de kennisagenda naar aanbevelingen en handelingsperspectieven voor beleid en praktijk, en biedt daarmee concreet antwoord op de door VWS opgestelde vragen.

De **bijlagen** maken inzichtelijk hoe de kennisagenda en aanbevelingen tot stand zijn gekomen en bieden verdieping voor de lezer die de onderliggende analyses wil raadplegen. In de bijlagen is onder meer opgenomen:

- Het adviesverzoek en de betrokken experts;
- De gehanteerde systematische aanpak en analysekaders;
- De selectie en uitwerking van casussen;
- De resultaten van de systeemanalyse, zowel over casussen heen als per afzonderlijke casus (voeding, social media en commerciële diagnostiek).

Afhankelijk van de informatiebehoefte kan het rapport op verschillende manieren worden gelezen. Lezers die primair geïnteresseerd zijn in beleidsimplicaties kunnen starten bij de aanbevelingen (hoofdstuk 4). Voor inzicht in de onderbouwing en samenhang van het advies wordt aanbevolen de hoofdstukken 1 - 3 te lezen, met de bijlagen als verdieping.

2. Commerciële determinanten van gezondheid

2.1 Wat zijn commerciële determinanten van gezondheid?

Gezondheid wordt niet uitsluitend gevormd binnen het domein van de zorg[7], maar ook in domeinen zoals de leefomgeving, arbeids- en werkomgeving, en het economische domein. Commerciële activiteiten spelen hierin een belangrijke rol en beïnvloeden gezondheid zowel direct als indirect. Deze invloed is nadrukkelijk **duaal van aard**. Commerciële activiteiten dragen enerzijds bij aan gezondheid, bijvoorbeeld via medicijnen, gezonde producten, werkgelegenheid en inkomenszekerheid. Anderzijds kunnen zij gezondheid schaden, bijvoorbeeld via tabak, alcohol en ultrabewerkt voedsel, of via milieuverontreiniging (zoals bij Tata Steel en Chemours). Daarnaast beïnvloeden commerciële partijen gezondheid via marketing, lobbyactiviteiten, arbeidspraktijken (zoals arbeidsomstandigheden en werkzekerheid) maar ook via hun rol in financiële zekerheid (zoals via schulden en kredietverlening)[8].

Deze dualiteit manifesteert zich niet als een scherpe tweedeling, maar als een **spectrum**. De zogenoemde commerciële determinanten van gezondheid (Commercial Determinants of Health, CDoH) omvatten een breed geheel aan systemen en beïnvloedingsmechanismen, waarbij effecten variëren van sterk schadelijk tot duidelijk gezondheidsbevorderend en maatschappelijk waardevol, bijvoorbeeld door het verkleinen van gezondheidsverschillen of het verbeteren van leefomgevingen. De positie op dit spectrum verschilt sterk per sector én per context. In sommige sectoren, zoals tabak en gokken, zijn de kernactiviteiten intrinsiek schadelijk en is stevige regulering noodzakelijk. In veel andere sectoren zijn de effecten gemengd en afhankelijk van de inrichting van het systeem. Zo kan een fastfoodketen bijdragen aan werkgelegenheid, terwijl het voedselaanbod tegelijkertijd negatieve gezondheidseffecten heeft. Deze dualiteit en de positionering op het spectrum worden in paragraaf 2.5 verder uitgewerkt, inclusief de spanningen die daarbij optreden.

2.2 Omvang en urgentie

Internationaal onderzoek laat zien dat de negatieve gezondheidsimpact van commerciële determinanten omvangrijk is. De WHO schat dat in de Europese regio van de WHO bijna een kwart van de sterfte toe te schrijven is aan een beperkt aantal health harming industries, met name tabak, alcohol, ongezond voedsel en fossiele brandstoffen (**Tabel 2.1**). De producten en praktijken van deze industrieën, zoals de verkoop en promotie van tabak, alcohol en ongezonde voeding, en de uitstoot van luchtvervuilende stoffen, zijn belangrijke risicofactoren voor ziekte en vroegtijdige sterfte. Met circa 2,7 miljoen sterfgevallen per jaar gaat het hier niet om marginale effecten, maar om structurele determinanten van de ziektelast in Europa (**Tabel 2.1**).

[7] World Health Organization. Factsheet Commercial determinants of health. (2023) https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health

[8] Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, Demaio S, Erzse A, Freudenberg N, Friel S, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet* (2023) 401:1194–1213. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00013-2

Tabel 2.1 *Geschat jaarlijks aantal sterfgevallen toegeschreven aan commerciële producten en praktijken in de WHO Europese regio (53 landen, inclusief EU en overige Europese en Centraal-Aziatische landen; circa 900 miljoen inwoners)*[9]

Sector / product	Aantal sterfgevallen	% totaal
Tabak	1.151.575	10,4%
Alcohol	426.857	3,8%
Voeding (rijk aan zout, suiker, transvetzuren, bewerkt vlees)	± 391.000	± 3–4%
Fossiele brandstoffen	578.908	5,2%
Beroepsrisico's	174.732	1,6%
Totaal (per jaar, WHO Europese regio)	**2,7 miljoen**	**24,5%**

2.3 Mechanismen waarlangs commerciële determinanten gezondheid beïnvloeden.

Directe en indirecte routes

Nadelige gezondheidseffecten ontstaan niet alleen door consumptie van schadelijke producten en schadelijke productieprocessen, maar worden ook mogelijk gemaakt door bredere commerciële invloeden. Het gaat daarmee niet alleen om wat bedrijven produceren of verkopen, maar ook om de wijze waarop markten, prikkels en institutionele verhoudingen zijn georganiseerd. Veel van deze mechanismen zijn uitvoerig beschreven in nationale en internationale literatuur. De uitdaging ligt daarmee niet alleen in verdere kennisontwikkeling, maar nadrukkelijk ook in de toepassing en implementatie van bestaande inzichten in beleid en praktijk. De complexiteit van het vraagstuk moet worden erkend, maar mag geen belemmering vormen voor de vertaling van bestaande kennis naar beleid en praktijk.

Commerciële beïnvloedingsmechanismen

Het WHO-kader[10] beschrijft hoe intensieve en steeds verder gepersonaliseerde marketing van ongezonde producten bijdraagt aan normalisering van ongezond gedrag, vaak specifiek gericht op kinderen en sociaaleconomisch kwetsbare groepen. Daarnaast beïnvloeden commerciële actoren beleidsprocessen via lobby en juridische procedures, wat onder andere kan leiden tot vertraging of afzwakking van effectief preventiebeleid.

[9] WHO Regional Office for Europe. Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen (2024).

[10] WHO Regional Office for Europe. Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen (2024).

Ook de strategische inzet van wetenschappelijk onderzoek en reputatiemanagement speelt hierbij een rol. Bedrijven zetten bijvoorbeeld Corporate Social Responsibility (CSR)-initiatieven in: activiteiten waarmee zij maatschappelijke betrokkenheid tonen, zoals sponsoring van gezondheidsprogramma's, zelfregulering of duurzaamheidsinitiatieven. Deze activiteiten kunnen bijdragen aan de volksgezondheid, maar ook worden ingezet om de aandacht af te leiden van mogelijke gezondheidsrisico's van producten of om regulering te vertragen. Dit kan gepaard gaan met het benadrukken van wetenschappelijke onzekerheden of het financieren van onderzoek dat twijfel zaait over risico's.

Dergelijke dynamieken spelen met name bij nieuwe of nog onvoldoende onderzochte gezondheidsproblemen, waarbij de beschikbare evidentie per definitie beperkt of onzeker is. De vraag welk bewijs in dergelijke situaties leidend is, en in hoeverre het voorzorgsprincipe moet worden toegepast, is dan niet alleen een wetenschappelijke, maar ook een bestuurlijke en politieke afweging, waarin verschillende belangen een rol spelen.

Structuur van markten en systemen

Naast deze beïnvloedingsmechanismen spelen ook structurele kenmerken van sectoren en markten een belangrijke rol. In bepaalde branche- en markt specifieke contexten, bijvoorbeeld bij een hoge mate van concentratie of sterke marktmacht van enkele grote spelers, kunnen prijzen oplopen, kan de toegang tot essentiële producten (zoals geneesmiddelen) onder druk komen te staan en kunnen gezondheidsverschillen worden vergroot.

Daarnaast hangen arbeids- en productiepraktijken vaak samen met kenmerken van specifieke sectoren. Denk hierbij aan flexibele of onzekere arbeidsrelaties (precaire arbeid), beperkte sociale bescherming en blootstelling aan beroepsrisico's, die directe effecten kunnen hebben op zowel de mentale als de fysieke gezondheid.

Ook financiële praktijken kunnen gezondheid indirect beïnvloeden. Het verplaatsen van bedrijfsactiviteiten of winsten naar andere jurisdicties, bijvoorbeeld via belastingontwijking, kunnen de publieke middelen die nodig zijn voor zorg, preventie en gezondheidsbescherming beïnvloeden.

Externalisering van maatschappelijke kosten

Een onderliggend mechanisme dat in deze dynamieken samenkomt, is dat ziekmakende producten en praktijken private baten kunnen genereren, terwijl de maatschappelijke kosten niet of slechts deels worden gedragen door de veroorzaker. Deze kosten, zoals productiviteitsverlies, hogere zorguitgaven, milieuschade, druk op sociale zekerheid en aantasting van vertrouwen in instituties, komen in belangrijke mate terecht bij burgers, de overheid en andere bedrijven.
Wanneer deze kosten niet worden geïnternaliseerd in prijzen, prikkels of regelgeving, ontstaat een situatie waarin economische activiteiten die gezondheidsschade veroorzaken of versterken, toch

rendabel kunnen blijven. Dit benadrukt dat gezondheidsuitkomsten mede het resultaat zijn van bredere economische prikkels en verdelingsmechanismen.
Gezamenlijk laten deze mechanismen zien dat gezondheidsschade niet alleen voortkomt uit individuele keuzes, maar ingebed is in bredere economische en institutionele structuren waarin commerciële partijen opereren.

2.4 Verdelingseffecten en gezondheidsverschillen

De effecten van commerciële determinanten uiten zich niet gelijkmatig over de bevolking. Internationale en nationale studies wijzen erop dat gezondheidsrisico's en -schade relatief sterker neerslaan bij groepen met een lagere sociaaleconomische positie[11]. Dit hangt enerzijds samen met een hogere blootstelling aan ongezonde producten, minder gunstige leef- en werkomstandigheden en gerichte marketing. Anderzijds gaat het om een beperktere mogelijkheid om deze risico's te vermijden of te compenseren, bijvoorbeeld door minder toegang tot gezonde alternatieven, minder financiële ruimte en een lagere mate van bescherming door beleid en regelgeving.
Tegelijkertijd geldt dat ook positieve effecten van commerciële activiteiten ongelijk verdeeld kunnen zijn. Toegang tot innovatieve zorg, preventieve technologieën of gezondere en duurzamere producten is vaak beter beschikbaar voor groepen met meer financiële middelen, kennis of toegang tot voorzieningen. Hierdoor kunnen bestaande verschillen niet alleen in stand blijven, maar verder toenemen. Commerciële determinanten dragen daarmee niet alleen bij aan de totale ziektelast, maar ook aan het ontstaan en bestendigen van gezondheidsverschillen.

2.5 Positieve bijdragen en spanningen in het systeem

Positieve bijdragen van commerciële activiteiten

In veel internationale analyses, zoals het WHO-kader en de recente *Lancet Series* over commerciële determinanten van gezondheid, ligt de nadruk primair op de negatieve impact van commerciële activiteiten op gezondheid. Deze focus is waardevol voor het inzichtelijk maken van risico's en schadelijke mechanismen. Tegelijkertijd beoogt dit rapport te belichten dat commercie ook positieve impact heeft op gezondheid en welzijn.
In veel sectoren leveren bedrijven een directe en substantiële positieve bijdrage aan gezondheid en welzijn. Dit varieert van de ontwikkeling en beschikbaarheid van medische technologie (zoals diagnostiek, vaccins en hulpmiddelen) tot de productie en distributie van basisvoedingsmiddelen en gezondere voedselopties. Ook het aanbod van sport- en beweegvoorzieningen, digitale toepassingen voor leefstijl en zelfzorg, en diensten die participatie en sociale interactie bevorderen, draagt bij aan gezondheid.

[11] WHO. *Commercial determinants of health*. 2023.
WHO Regional Office for Europe. *Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. 2024.
Gilmore AB et al. *Defining and conceptualising the commercial determinants of health*. The Lancet. 2023.
Wiseman A. *Countering industry promotion of harmful products to protect public health*. Future Healthcare Journal. 2025.
RIVM / VZinfo. *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. 2026.

Daarnaast spelen commerciële partijen een belangrijke rol in de inrichting van een gezonde leefomgeving, bijvoorbeeld via duurzame en gezonde woningbouw (zoals ventilatie, licht en groenvoorziening), mobiliteitsoplossingen die actief vervoer stimuleren (zoals fietsen en deelmobiliteit) en de energietransitie, die kan bijdragen aan een schonere leefomgeving en minder luchtvervuiling. Ook arbeidsplaatsen vormen een relevante route: werk draagt bij aan inkomen, structuur en sociale zekerheid, en daarmee aan fysieke en mentale gezondheid.
Deze positieve bijdrage is vaak zo vanzelfsprekend dat deze minder zichtbaar is in het debat. Denk aan laagdrempelige voorzieningen zoals de fietsenmaker of supermarkt, maar ook aan grotere structurele ontwikkelingen, zoals de sterke productiviteitsgroei in de voedselvoorziening, waardoor fysieke belasting in de landbouw is afgenomen en voedselzekerheid is toegenomen.

Spanningen in marktdynamiek

Tegelijk komen dergelijke positieve initiatieven niet vanzelfsprekend tot volle bloei. In sectoren zoals voeding, bouw en energie opereren bedrijven die inzetten op gezondere of duurzamere producten vaak in een ongelijk speelveld. Gezondere producten of duurzame bouwoplossingen zijn bijvoorbeeld vaak duurder in productie, waardoor bedrijven die hierin investeren te maken kunnen krijgen met concurrentienadelen ten opzichte van minder duurzame of minder gezonde alternatieven.
Dit laat zien dat bestaande marktdynamieken niet vanzelf leiden tot optimale gezondheidsuitkomsten, en dat actieve sturing door de overheid als ‘marktmeester’ nodig is om gewenste transities te ondersteunen en op te schalen. Juist deze spanning tussen positieve initiatieven en structurele belemmeringen biedt belangrijke aanknopingspunten voor beleid: door te leren van sectoren en bedrijven die wel in een voor de volksgezondheid gunstige richting bewegen, en van eerdere beleidsmatige pogingen om markten met significante gezondheidsimpact bij te sturen, kan beter inzicht ontstaan in welke prikkels, randvoorwaarden en beleidsinstrumenten effectief zijn om gezondheid te bevorderen.

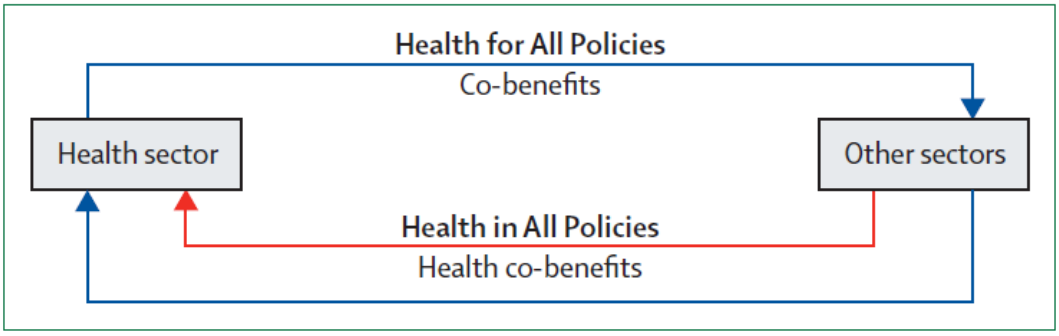
2.6 Relatie met Gezondheid in alle beleidsdomeinen

Het concept Gezondheid in alle beleidsdomeinen (GIAB) biedt een belangrijk kader voor de CDoH[12].
GIAB vertrekt vanuit het uitgangspunt dat beleid op uiteenlopende terreinen — zoals economie, ruimtelijke ordening, mobiliteit, onderwijs en arbeid — directe en indirecte effecten heeft op de gezondheid van burgers.
GIAB streeft naar beleidsontwikkeling waarbij gezondheidsimplicaties worden geïntegreerd in alle besluitvormingsprocessen, op alle niveaus en in verschillende beleidsdomeinen (zie **Figuur 0.1**). Dit impliceert overigens niet dat gezondheid het in al die gevallen automatisch ‘wint’ van andere belangen. Er kunnen legitieme redenen zijn waarom bijvoorbeeld geopolitieke afwegingen of sectorspecifieke belangen prioriteit krijgen. Zo kan een lerarentekort een valide reden zijn om extra gezondheidstaken niet binnen het onderwijs te beleggen. Waar het bij GIAB om gaat, is dat de mogelijke negatieve gezondheidseffecten van beleid in andere domeinen tijdig worden gesignaleerd

[12] Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, McKee M, Wismar M, Figueras J. From Health in All Policies to Health for All Policies. *Lancet Public Heal* (2022) 7:e718–e720. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00155-4

en gemitigeerd, en kansen voor gezondheidswinst worden benut. Ook wordt benadrukt hoe een betere volksgezondheid en gezondheidsbeleid kan helpen om andere beleidsdoelen te behalen. Denk aan hoe een goede volksgezondheid voorwaardelijk is voor productiviteit, en hoe prijsmaatregelen op ongezonde producten voor belastinginkomsten zorgen. GIAB benadrukt dus de wisselwerking tussen volksgezondheid en andere beleidsdoelen, zoals uitgebeeld in figuur 2.1.
Beleid gericht op de CDoH vergt GIAB, omdat veel van de commerciële invloed op de volksgezondheid buiten het klassieke gezondheidsdomein ligt. Zo kunnen beleidskeuzes rond vergunningverlening, ruimtelijke inrichting, fiscaliteit of regelgeving onbedoeld commerciële prikkels versterken die schadelijk zijn voor de volksgezondheid, of juist bijdragen aan het bevorderen van de volksgezondheid. Commerciële determinanten van gezondheid vormen ook een belangrijk aangrijpingspunt voor samenhang tussen Europees, nationaal, regionaal en lokaal beleid. Zo worden decentrale overheden in de praktijk vaak directer geconfronteerd met de gevolgen van bijvoorbeeld een ongezonde voedingsomgeving, terwijl de formele sturingsinstrumenten elders liggen. Ook kunnen lokale of nationale afhankelijkheden van bijvoorbeeld vervuilende fabrieken zorgen voor frictie tussen overheidslagen, wat de legitimiteit van het beleid ondermijnt.

Figuur 0.1 *De associatie tussen gezondheid en andere sectoren (Bron: Greer et al. 2022)*



2.7 Internationale kaders en nationale duiding (WHO en SGF)

Internationaal vormt het recente WHO-werk[13] een belangrijk referentiekader voor het adresseren van commerciële determinanten van gezondheid. De WHO benadrukt, zoals hierboven uitgelegd, dat gezondheidsschade niet alleen voortvloeit uit intrinsiek schadelijke producten, maar ook uit bredere bedrijfspraktijken, marktmacht en beïnvloeding van beleidsprocessen (zie voor voorbeelden **Tabel 2.2**). Dit internationale kader benadrukt het belang van een beter begrip van de routes waarlangs commerciële actoren gezondheid en gezondheidsongelijkheid beïnvloeden, en de daaruit voortvloeiende noodzaak van gecoördineerde, systeemgerichte maatregelen. Internationale vergelijking is daarbij vooral van waarde als leerbron voor werkzame principes, governance-arrangementen en beleidsinstrumenten; niet als eenvoudige blauwdruk, omdat ook in andere landen nog geen sprake is van een volledig uitgekristalliseerde aanpak.

[13] WHO Regional Office for Europe. Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen (2024).

In Nederland heeft deze agenda recent aandacht gekregen in de vorm van het manifest van de Samenwerkende Gezondheidsfondsen[14] (SGF). Waar het WHO-kader de situatie schetst voor de Europese regio, richt het SGF-manifest zich specifiek op de Nederlandse context: de brede maatschappelijke en economische impact van een afbuigende gezonde levensverwachting, de druk op zorg, arbeid en welvaart, en de urgentie om gezondheid expliciet te verankeren in publieke en private afwegingskaders. Het SGF-manifest adresseert daarmee niet alleen de gezondheidskundige consequenties, maar expliciteert ook dat de overheid, het bedrijfsleven, en andere maatschappelijke organisaties de governance- en afwegingsvraagstukken die in de Nederlandse context spelen gezamenlijk moeten oppakken.

Gezamenlijk maken deze documenten duidelijk dat Nederland voor een dubbele opgave staat:

(i) het toepassen en waar nodig vertalen van internationale inzichten naar de institutionele werkelijkheid van het Nederlandse beleidssysteem, en

(ii) het versterken van het kennisfundament in de Nederlandse context dat nodig is om nationale afwegingskaders, instrumenten en interdepartementale samenwerking effectief te ondersteunen.

In de vervolghoofdstukken wordt hierop voortgebouwd door de relevante kennisvragen voor de Nederlandse context te specificeren en te prioriteren.

Tabel 2.2 *Voorbeelden van commerciële praktijken met negatieve gezondheidseffecten (bron: WHO-rapport, 2024, casusvoorbeelden uit het WHO-rapport[15])*

CDoH-mechanisme	**Concreet voorbeeld uit het WHO-rapport**	**Wat gaat er mis**	**Gezondheidseffect**
Marketing van ongezonde producten	Digitale en gepersonaliseerde marketing van alcohol, tabak, e-sigaretten en ongezonde voeding, vaak gericht op kinderen en kwetsbare groepen (hfdst. 2; casus Loi Évin)	Onvoldoende regulering; normalisering van ongezond gedrag; gerichte exposure	Meer obesitas, diabetes, cardiovasculaire ziekten, verslaving

[14] Samenwerkende GezondheidsFondsen. Gezondheidsramp in Nederland op komst. (2024) https://www.gezondheidsfondsen.nl/manifest-gezondheidsramp-in-nederland-op-komst/

[15] WHO Regional Office for Europe. Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen (2024).

Beleidsbeïnvloeding & lobbyen	Tegenwerking van suikerbelasting door frisdrankindustrie; juridische druk bij tabaksbeleid (hfdst. 4–5; casus SSB-belasting, plain packaging)	Vertraging of afzwakking van effectief beleid (“regulatory chill”: terughoudendheid van overheden uit angst voor juridische of economische gevolgen)	Minder preventie wat leidt tot hogere ziektelast (niet-overdraagbare ziekten; NCD’s)
Beïnvloeding van wetenschap	Industrie-gefinancierd onderzoek zaait twijfel (*Brussels Declaration*); jeugdprogramma’s met misleidende informatie (hfdst. 6; casus 13–14)	Vertekening van wetenschappelijke kennis (evidence); verwarring bij beleidsmakers en publiek	Onderschatting risico’s; vertraagd/zwakker beleid, verspreiding van desinformatie en verminderd vertrouwen in wetenschap
Corporate Social Responsibility (CSR; ook wel MVO)	*Pinkwashing*: Koppeling alcohol aan borstkankercharities); *Artwashing*: koppeling farmacie/gokken aan kunst; (hfdst. 7; casus 15–16)	Afleiding van kernproblemen, reputatiewassing (d.w.z. imago oppoetsen); beleidssubstitutie (d.w.z., minder effectieve maatregel nemen i.p.v. regulering)	Normalisering schadelijke producten; minder draagvlak voor regulering
Marktconcentratie & monopolievorming	Patenten en fusies vertragen introductie van goedkope alternatieven (generieken): hoge medicijnprijzen (hfdst. 3; casus 6)	Beperkte concurrentie; prijsopdrijving	Ongelijke toegang tot zorg; gezondheidsongelijkheid
Arbeids- en productiepraktijken	Precaire arbeid (gig-economy); blootstelling aan beroepsrisico’s (hfdst. 8; casus 17)	Onzekere contracten, slechte arbeidsomstandigheden	Slechtere mentale gezondheid; hogere risico’s op chronische aandoeningen (NCD’s)

Financiële praktijken	Belastingontwijking door multinationals; winstextractie (hfdst. 9; casus tabak/vaccins)	Minder publieke middelen beschikbaar voor zorg en preventie	Onderfinanciering van volksgezondheid; meer ongelijkheid

3. Kennisagenda voor CDoH

Dit hoofdstuk bevat de kennisagenda voor CDoH. De kennisagenda maakt inzichtelijk waar het huidige kennisfundament nog ontoereikend is om beleid rond commerciële determinanten van gezondheid (CDoH) goed te onderbouwen en af te wegen.

De geformuleerde kennisvragen zijn gebaseerd op een systematische aanpak die bestaat uit een casusgerichte verkenning, een actoranalyse (macht, legitimiteit en urgentie), duiding van commerciële praktijken en analyse van werkingsmechanismen en onderliggende systeempatronen (zie **Bijlagen C–H)**. Deze stappen zijn vervolgens vertaald naar een samenhangende set kennisvragen**.** Daarmee weerspiegelt de kennisagenda niet alleen bestaande kennislacunes, maar ook de prioriteiten die voortkomen uit de aard en complexiteit van het vraagstuk.

Om recht te doen aan deze breedte én tegelijkertijd richting te geven aan verdere kennisontwikkeling, is gekozen voor een opzet met een longlist en een geprioriteerde shortlist.

3.1 Structuur van de kennisagenda: van volledig overzicht naar prioritering

De kennisagenda bestaat uit twee onderdelen:

- **Longlist**
  De longlist omvat een volledig overzicht van de geïdentificeerde kennisvragen. Deze lijst geeft breed weer waar kennislacunes spelen rond CDoH en bestrijkt verschillende niveaus, van concrete gezondheidseffecten tot beleidsvorming en onderliggende systeemstructuren.
  Binnen de longlist zijn naast concrete kennisvragen ook **overkoepelende meta-vragen** geformuleerd. Deze meta-vragen structureren de onderliggende vragen en geven richting aan samenhangende kennisontwikkeling binnen de verschillende thema's.
  De longlist vormt daarmee het inhoudelijk fundament van de kennisagenda en een breed vertrekpunt voor verdere uitwerking.
- **Shortlist**
  De shortlist bevat een selectie van geprioriteerde kennisvragen. Deze selectie brengt focus aan en geeft richting aan kennisontwikkeling die naar verwachting het meest bijdraagt aan beleidsvorming op de korte en (middel)lange termijn. De prioritering betekent nadrukkelijk niet dat andere vragen uit de longlist minder relevant zijn, maar dient om binnen de beschikbare capaciteit en tijd keuzes te maken in waar eerst op wordt ingezet.

Typen kennisvragen in de shortlist

Binnen de shortlist wordt onderscheid gemaakt tussen twee typen kennisvragen:

- **Toegepaste kennisvragen voor beleid en implementatie**
  vragen waarop de internationale wetenschappelijke literatuur al antwoorden biedt maar waarvan de vertaling naar de Nederlandse context nog beperkt is. Deze vragen zijn op

afzienbare termijn te beantwoorden en bieden concrete aanknopingspunten voor beleid en uitvoering.

- **Essentiële basisvragen**
  vragen gericht op fundamenteel, langetermijninzicht die diepte-investering vergen, omdat de internationale wetenschappelijke literatuur hier ook nog geen duidelijk antwoord op biedt.

Deze tweedeling helpt om zowel korte termijn handelingsperspectief als structurele kennisopbouw te adresseren.

3.2 Ordening van kennisvragen naar systeemniveau

Om de samenhang in de kennisagenda inzichtelijk te maken, zijn de vragen geordend langs drie niveaus:

A. **Routes naar gezondheidseffecten**
   Vragen over de mechanismen waarmee commerciële praktijken doorwerken in gedrag, leefomgeving en gezondheid.
B. **Beleidskeuzes en leefomgeving**
   Vragen over de rol van beleid, regulering en de inrichting van omgevingen waarin blootstelling plaatsvindt.
C. **Systeem en spelregels**
   Vragen over de onderliggende economische, bestuurlijke en institutionele structuren die deze processen mogelijk maken of begrenzen.

Binnen elk van deze systeemniveaus wordt onderscheid gemaakt in drie typen kennisvragen, die elk een eigen invalshoek bieden:

1. **Technisch-inhoudelijke vragen**
   Gericht op routes, blootstelling en gezondheidseffecten.
2. **Procesvragen**
   Gericht op gedrag van actoren, bedrijfsreacties, governance en beleidsdynamiek.
3. **Data- en kennisinfrastructuurvragen**
   Gericht op de benodigde data, indicatoren en analysemethoden om effecten inzichtelijk te maken.

Deze driedeling maakt het mogelijk om per thema niet alleen de inhoudelijke kennisvragen te adresseren, maar ook de rollen van betrokken partijen en de voorwaarden voor kennisontwikkeling. Voor een overzicht: zie **Figuur 3.1**

Leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt eerst de **longlist** gepresenteerd, als volledig overzicht van kennisvragen. Vervolgens worden reacties van internationale experts op deze longlist gedeeld die hebben geholpen bij het komen tot de **shortlist**.

Voor elke vraag is, waar relevant, een nadere toelichting uitgewerkt in de **bijlagen.**

Figuur 3.1 *Systeemniveaus aan de hand waarvan de (meta-)kennisvragen zijn gestructureerd*

Systeem niveaus (3 metavragen)	**Type kennisvragen (9 metavragen; 67 kennisvragen)**
A. Routes naar gezondheidseffecten Hoe leiden acties van actoren tot ziekte en gezondheidsverschillen	A1. Technisch inhoudelijk A2. Procesvragen A3. Data- en kennisinfrastructuur
B. Beleid en Leefomgeving Hoe beïnvloedt beleid concrete sectoren en dagelijkse context?	B1. Technisch inhoudelijk B2. Procesvragen B3. Data- en kennisinfrastructuur
C. Systeem en spelregels Hoe wordt commerciële invloed mogelijk gemaakt door politieke, economische en bestuurlijke kaders (governance)	C1. Technisch inhoudelijk C2. Procesvragen C3. Data- en kennisinfrastructuur

3.3 Volledige set kennisvragen (longlist)

A. Routes naar gezondheidseffecten

Meta-vraag: *Via welke causale mechanismen en blootstellingsroutes beïnvloeden commerciële praktijken gezondheid en gezondheidsverschillen, hoe beïnvloeden interacties tussen beleidsmaatregelen en strategieën van commerciële actoren de uiteindelijke gezondheidsuitkomsten?*

A1. Technisch-inhoudelijke vragen (causale routes en blootstelling)

Meta-vraag: *Via welke directe mechanismen en routes beïnvloeden commerciële praktijken gezondheid en gezondheidsverschillen en wat zijn de resulterende gezondheidseffecten in termen van ziektelast en geschatte gezondheidsbijdrage?*

1) Bij welke vormen, intensiteit en duur van contact met en beïnvloeding door commerciële producten en praktijken treden gezondheidseffecten op? Welke drempelwaarden, kritieke levensfasen en bevolkingsgroepen zijn daarbij relevant?

2) Via welke mechanismen werken bedrijfspraktijken direct en indirect door op keuzes, gedrag en gezondheid?

   Denk hier bijvoorbeeld aan marketing, prijs en promoties, productontwerp, beschikbaarheid, gewoontevorming, verschillen in beschikbare informatie, (mis-/des)informatie, digitale sturing, algoritmische personalisatie en AI-gedreven beïnvloeding.

3) Hoe verschillen vormen van blootstelling van burgers/consumenten aan en beïnvloeding door commerciële producten en praktijken tussen sectoren en domeinen, en hoe werken deze verschillen door in gedrag en gezondheid?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan sectoren en domeinen zoals voeding, digitale platforms, gokken en commerciële zelftesten.

4) Hoe beïnvloeden macrotrends de gezondheidsimpact van CDoH en in hoeverre veranderen zij de gevoeligheid van groepen voor commerciële invloeden?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan trends zoals digitalisering, ongelijkheid, koopkracht en inflatie, prestatiedruk, bubbelvorming)

5) Welke commerciële praktijken dragen het meest bij aan gezondheidsverschillen, hoe variëren deze effecten tussen bevolkingsgroepen en aandoeningen, en welke factoren maken groepen kwetsbaarder of juist weerbaarder?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan verschillen naar geslacht, leeftijd, sociaaleconomische positie en migratieachtergrond.

6) In hoeverre dragen CDoH bij aan multimorbiditeit en chronische belasting, en wat zijn de langetermijn- en intergenerationele gezondheidseffecten?

7) Hoe kan (inter)nationaal beleid beter inzicht krijgen in minder zichtbare gezondheidsrisico's van commerciële praktijken, met name bij kwetsbare groepen en binnen internationale productie- en waardeketens?

A2. Procesvragen (bedrijfsreacties en beleidsdynamiek)

Meta-vraag: *Hoe reageren of anticiperen bedrijven en financiers op beleidsmaatregelen, en hoe beïnvloeden deze reacties gezondheidseffecten?*

1) Hoe passen bedrijven hun verdienmodellen en strategieën aan in reactie op beleidsmaatregelen die hun verdienmodel raken?

2) Welke combinaties van maatregelen beperken compensatie- en ontwijkgedrag versterken het netto gezondheidseffect?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan verschuivingen in marketing naar minder gereguleerde of minder gehandhaafde contexten.

3) In welke situaties zijn businessmodellen moeilijk verenigbaar met gezondheidsdoelen, en via welke mechanismen leidt dit tot gezondheidseffecten?

4) Hoe beïnvloeden verschillen in wie de baten en wie de nadelen ondervindt van commerciële producten, praktijken en beleid de ontwikkeling van gezondheidsverschillen tussen groepen?

5) Welke financiële en investeringsgerelateerde bedrijfspraktijken dragen bij aan gezondheidsongelijkheid, en via welke mechanismen werken deze door naar verschillen in gezondheid en ziektelast?

6) Hoe verhouden de snelheid van commerciële innovatie en marktontwikkeling zich tot de doorlooptijd van beleidsvorming en regulering, en welke mechanismen kunnen dit verschil verkleinen, rekening houdend met uitvoerbaarheid, handhaving en internationale dynamiek?

A3. Data- en kennisinfrastructuurvragen (data en modellen voor effectanalyse)

Meta-vraag: *Welke data en modellen zijn nodig om gezondheidseffecten van commerciële determinanten op een causale en beleidsrelevant manier te analyseren?*

1) Welke data en methoden zijn beschikbaar en nodig om blootstelling aan en beïnvloeding door CDoH, inclusief cumulatie en levensloopeffecten, te meten en te analyseren? Welke kennislacunes bestaan daarbij, met name ten aanzien van langetermijneffecten en verschillen tussen groepen?

2) Hoe kan de gezondheidsimpact, op basis van empirisch bewijs en binnen juridische kaders, causaal worden toegeschreven en toegerekend aan specifieke actoren, sectoren of producten, met aandacht voor onzekerheden, aannames en meervoudige causaliteit?

3) Welke gestandaardiseerde definities, indicatoren en analysemethoden zijn nodig om de gezondheidsimpact van commerciële praktijken tussen sectoren vergelijkbaar te maken?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan sectoren zoals voeding, tabak en digitale platforms.

4) Hoe kunnen gegevens over beleid en toezicht, in combinatie met niet-epidemiologische data worden benut om de gezondheidsimpact van commerciële praktijken beter te analyseren?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan gegevens over beleidsmaatregelen, naleving en handhaving, en aan data zoals financiële transactiegegevens (bijv. rond gokken).

5) Met welke data kan de verdeling over bevolkingsgroepen van kosten en baten van commerciële producten, praktijken en beleid inzichtelijk worden gemaakt?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan verschillen naar sociaaleconomische positie, gezondheid, leeftijd, geslacht en regio, evenals maatschappelijke kosten en baten.

Welke modellen, indicatoren en aannames zijner nodig om CDoH consistent en beleidsrelevant te analyseren, met een duidelijke afweging tussen directe factoren (bijvoorbeeld gedrag) en onderliggende structurele en commerciële invloeden?

B. Beleidskeuzes en leefomgeving

Meta-vraag: *Welke beleidsinstrumenten, coördinatiemechanismen en procesafspraken zijn inzetbaar om gezondheidsoverwegingen te integreren in verschillende dimensies van de leefomgeving (fysiek, sociaal, economisch en digitaal)?*

B1. Technisch-inhoudelijke vragen (beleidsinstrumenten en beïnvloedingsmechanismen)

Meta-vraag: *Welke beleidsinstrumenten en reguleringsstrategieën beïnvloeden marktmechanismen met gezondheidsimpact?*

1) Via welke mechanismen beïnvloeden commerciële partijen beleid dat gezondheid raakt? En hoe werken daarbij waarden- en overtuigingskaders en beleidsdiscoursen door?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan lobby, PR, framing met nadruk op individuele verantwoordelijkheid, onderzoeksfinanciering, publiek-private samenwerking, zelfregulering, deelname aan technische normcommissies zoals ISO/CEN).

2) Welke beleidsinstrumenten en reguleringsstrategieën zijn effectief of kansrijk binnen verschillende sectoren om marktmechanismen te sturen richting gezondheidsbevordering op verschillende bestuurlijke niveaus (gemeenten, provincies, nationaal, supranationaal), rekening houdend met hoe bedrijven op dit beleid anticiperen en erop reageren?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan instrumenten zoals regulering, fiscaliteit, normstelling, convenanten, inkoop en informatieverplichtingen, en aan de mate waarin deze instrumenten meebewegen met marktontwikkelingen, innovatie en strategische aanpassing door bedrijven.

3) Onder welke voorwaarden kan zelfregulering wel en niet werken, en wat leren (historische) ervaringen in verschillende sectoren hierover, en in hoeverre zijn deze lessen overdraagbaar naar nieuwe producten, sectoren en opkomende commerciële praktijken?

4) Hoe kan gezondheid structureel worden geïntegreerd in beleid buiten het gezondheidsdomein, en welke aanvullende beoordelingskaders of criteria zijn er nodig om CDoH standaard onderdeel te maken van integrale afwegingen?

5) Welke neveneffecten (co-benefits) en mogelijke nadelen (trade-offs) gaan gepaard met beleid dat CDoH beïnvloedt, en hoe kunnen deze systematisch en transparant worden meegewogen in besluitvorming op EU-, nationaal en lokaal niveau, inclusief effecten op innovatie, verdienvermogen, arbeidsmarkt en internationale concurrentiepositie?

6) Welke internationale beleidsvoorbeelden zijn relevant om beleid te beschermen tegen gezondheidsondermijnende beïnvloeding en hoe kunnen deze worden vertaald naar de Nederlandse context?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan lessen WHO FCTC artikel 5.3, de toepassing daarvan in Nederland en de overdraagbaarheid van dergelijke principes naar andere sectoren?

7) Welke Nederlandse beleidsprikkels werken nadelig uit voor de volksgezondheid, en via welke beleidsopties kunnen deze prikkels worden afgebouwd? Hoe kan hierbij worden omgegaan met onbedoelde verschuivingen naar informele of illegale markten?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan prikkels die het financieel aantrekkelijk maken om schadelijke praktijken voort te zetten of niet in gezondheid te investeren.

8) Hoe kunnen overheden in beleid en bedrijven in hun besluitvorming consistenter rekening houden met latere en ketengebonden gezondheidseffecten van producten en hun productie- en afvalketens. Hoe kunnen zij dit doen bij onzekerheid over bewijs of afhankelijkheid van door industrie aangeleverde bewijs?

9) Welke communicatiestrategieën en -instrumenten zijn effectief om inzicht in en betrokkenheid bij commerciële determinanten van gezondheid te vergroten bij verschillende doelgroepen?

   Denk bijvoorbeeld aan inzichten uit gedragswetenschappen, taalwetenschap en transitieonderzoek.

10) Hoe kunnen product-, marketing- en andere kenmerken van commerciële praktijken sectoroverstijgend worden geanalyseerd en vertaald naar een samenhangend en adaptief beleidskader?

11) Welke kenmerken van commerciële praktijken bieden aanknopingspunten voor vroegtijdige signalering en regulering, en hoe kan beleid hier adaptief op inspelen?

12) Welke combinaties van beleidsinstrumenten versterken elkaar, hoe kan hun samenhang worden beoordeeld, en in hoeverre beperken zij ontwijk- en compensatiegedrag?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan combinaties van regulering, fiscaliteit en communicatie.

B2. Procesvragen (governance en afstemming)

Meta-vraag: *Hoe verlopen governance- en afstemmingsprocessen rond beleid dat commerciële determinanten van gezondheid raakt?*

1) In hoeverre is beleid dat CDoH raakt in kaart gebracht, en hoe zijn afstemming en verdeling van verantwoordelijkheden tussen departementen en bestuurslagen georganiseerd? Waar ontstaan daarbij spanningen, tegenstrijdigheden of onduidelijkheid, met name bij nieuwe commercieel gerelateerde gezondheidsvraagstukken?

2) Hoe gaan overheden om met structurele belangenconflicten in beleid en besluitvorming? Hoe varieert dit over tijd en context en in hoeverre worden deze afwegingen expliciet en consistent gemaakt?

Denk hierbij bijvoorbeeld aan spanningen tussen handelsakkoorden, (geopolitieke) veiligheidsbelangen en volksgezondheid, en aan variatie door politieke samenstelling en geopolitieke ontwikkelingen.

3) Welke bestuurskundige inzichten ten aanzien van de rolverdeling en -afbakening tussen overheid (als marktmeester) en markt zijn te ontleden uit historische analyse van beleidsvorming waarbij aanzienlijke commerciële belangen speelden?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan tabak, voeding, gokken, digitale platforms en de energietransitie?

4) Hoe worden binnen de overheid signalen over opkomende commerciële determinanten van gezondheid geïdentificeerd, belegd en vertaald naar beleid? Waar ontstaan daarbij vertraging, versnippering of onduidelijkheid?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan nieuwe producten, verdienmodellen en marketingstrategieën, inclusief digitale contexten en gericht op specifieke doelgroepen.

5) Waar liggen governance-lacunes die tijdig en effectief ingrijpen in relatie tot de CDoH belemmeren?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan kennis, menskracht, mandaat en organisatorische inrichting die essentieel is voor implementatie, toezicht en handhaving en aan knelpunten op de grenzen tussen beleidsterreinen, bestuurslagen of publiek-private verantwoordelijkheden.

6) Hoe kan publieke verantwoording rond CDoH-relevante beleidskeuzes worden versterkt, welke rol spelen overheid, maatschappelijke organisaties en journalistiek, en in hoeverre wordt beschikbare handelingsruimte daadwerkelijk benut?

7) Welke rol spelen onafhankelijke toezichthoudende instituties bij het functioneren van zelfregulering en waar ontstaan lacunes in onafhankelijk, effectiviteit of handhaving?

B3. Data- en kennisinfrastructuurvragen (monitoring, transparantie en kennisdeling)

Meta-vraag: *Hoe kan een monitoringsstructuur worden ingericht voor inzicht in commerciële activiteiten met gezondheidsimpact en daaraan gerelateerd beleid?*

1) Welke databronnen zijn beschikbaar over bedrijfsstrategieën achter commerciële activiteiten met mogelijke gezondheidsimpact, hoe toegankelijk en bruikbaar zijn deze voor beleid en toezicht, en hoe kan relevante trenddata, met name over blootstelling aan commerciële praktijken, structureel en onafhankelijk worden verzameld en ontsloten ten behoeve van monitoring?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan gegevens over advertentie-uitgaven, politieke betrokkenheid, financiering van (patiënten)organisaties, productportfolio's,

verkoopcijfers, productsamenstelling en marketingstrategieën, evenals trenddata over marketingblootstelling aan (on)gezonde producten en praktijken. Denk ook aan interne documenten waarmee bedrijfsstrategieën onderzocht kunnen worden, zoals bijvoorbeeld in de UCSF Industry Documents Library.

2) In hoeverre bestaan er analytische raamwerken om bedrijven te classificeren naar de wijze waarop gezondheidsdoelen zijn ingebed in hun strategie en bedrijfsvoering, en hoe kunnen deze worden ontwikkeld en/of toegepast om bedrijfsstrategieën te onderscheiden van aantoonbaar gezondheidsbevorderend tot primair gericht op reputatieverbetering?

3) Welke kernindicatoren zijn geschikt om CDoH beleidsmatig te monitoren en evalueren (inclusief vergelijking over tijd, sectoren en landen) en hoe kunnen deze worden toegepast om effecten van beleidskeuzes te meten?

4) Hoe kan transparantie en monitoring van commerciële invloed op beleid worden verbeterd en welke data zijn daarvoor nodig? Hoe kunnen daarnaast vormen van maatschappelijke betrokkenheid en burgermobilisatie rond commerciële invloed op beleid systematisch in beeld worden gebracht?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan instrumenten zoals lobbyregisters, WOO-procedures en andere openbaarmakingsmechanismen, evenals aan initiatieven van burgers en maatschappelijke organisaties, zoals lokale actiegroepen rond industriële activiteiten.

5) Hoe kan kennisdeling tussen bedrijven, overheid, wetenschap, journalistiek en maatschappelijk middenveld structureel worden georganiseerd zonder dat dit leidt tot afhankelijkheden of belangenconflicten?

6) Welke maatregelen vergroten het vermogen van overheden, politici en burgers om wetenschappelijk onderzoek en data te interpreteren, en commerciële claims kritisch te beoordelen?

7) Welke data zijn er nodig om naleving van wet- en regelgeving door overheden op verschillende bestuursniveaus (EU, nationaal en lokaal), beleidssectoren en bedrijven te monitoren en evalueren, en hoe kan handhavingsdata beter worden gestandaardiseerd en ontsloten?

C. Systeem en spelregels

Meta-vraag: *Hoe beïnvloeden financieel-economische, juridische en bestuurlijke structuren marktmechanismen met impact op de volksgezondheid? En hoe zijn de verantwoordelijkheden en invloed daarbij verdeeld tussen betrokken actoren?*

C1. Technisch-inhoudelijke vragen (systeemmechanismen en economische logica)

Meta-vraag*: Welke financieel-economische, juridische en bestuurlijke mechanismen sturen aanbod gedreven vraag naar (on)gezonde producten en (on)gezonde productieprocessen?*

1) Welke implicaties voor de volksgezondheid zijn verbonden aan processen van financialisering –de groeiende invloed van financiële markten, financiële producten, aandeelhouderslogica en korte termijnrendement binnen de economie en binnen bedrijven? En welke daarvan zijn beleidsmatig beïnvloedbaar in de Nederlandse en EU-context?

2) Onder welke voorwaarden en in welke mate zijn bedrijfs- en investeringslogica's verenigbaar met publieke gezondheidsdoelen?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan logica's die sturen op aandeelhouderswaarde en winstmaximalisatie.

3) Hoe beïnvloeden concurrentiedruk, marktmacht, ketenposities en corporate governance structuren, en financialisering – de toenemende rol van financiële markten, financiële producten, en financiële prikkels – de gezondheidsimpact van bedrijven en hun productieprocessen, producten en diensten, en hoe varieert dit tussen internationale en lokale markten?

   Denk hierbij aan verschillen tussen bedrijfsmodellen gericht op aandeelhouderswaarde versus rentmeestervennootschappen, prijsstrategieën, en de implicaties hiervan voor beleid, reguleringskaders en machtsverhoudingen.

4) Op welke manieren blijven gezondheid gerelateerde maatschappelijke kosten en baten op korte/lange termijn buiten bedrijfs- en investeringsbeslissingen, en welke rol spelen fiscale constructies daarbij?

5) Hoe worden nieuwe markten gecreëerd via aanbod gestuurde vraag naar (on)gezonde producten en praktijken? Welke mechanismen en terugkerende patronen zijn hierin te onderscheiden over sectoren en tijd en wat betekent dit voor tijdige beleidsreactie?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan processen van 'market making', waarin aanbod, marketing en productinnovatie actief nieuwe vraag genereren, en aan gewoontevorming, bevordering van afhankelijkheid of inspelen op verslaving.

6) In hoeverre zijn vormen van governance en regulerings- en prikkelmechanismen toereikend om negatieve gezondheidseffecten van commerciële activiteiten te adresseren? Welke samenhangende mix van regulerende, fiscale, juridische en 'zachte' instrumenten is nodig om deze effecten te voorkomen of te beperken?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan de verdeling van verantwoordelijkheden, zelfregulering en internationale afspraken, aan instrumenten zoals belasting, mededingingsbeleid en verslagleggingsregels, en aan combinaties van regulerende, fiscale, juridische en 'zachte' instrumenten, zoals convenanten en vergunningenbeleid, inclusief benaderingen volgens het 'de vervuiler betaalt'-principe.

7) Wat zijn potentiële baten en risico's van kapitaalinvesteerders in de zorg en in publiek gefinancierde of gereguleerde voorzieningen (zoals zorgaanbieders en maatschappelijke dienstverlening)?

8) Welke rol spelen informele en illegale markten in het systeem van commerciële determinanten van gezondheid, inclusief interacties met gereguleerde markten en de betrokkenheid van commerciële actoren?

C2. Procesvragen (actoren en machtsverhoudingen)

Metavraag: *Hoe zijn invloed en verantwoordelijkheden verdeeld tussen publieke en private actoren bij commerciële determinanten van gezondheid?*

1) Welke actoren oefenen invloed en controle uit binnen commerciële sectoren met gezondheidsimpact en welke rollen spelen verschillende typen financiers en investeerders daarin?

   Denk hierbij aan bedrijven, financiers, aandeelhouders, toezichthouders en overheden, en aan specifieke rollen van private equity, schuldeisers en pensioenfondsen en andere investeerders die naast financieel rendement ook sturen op milieu-, sociale en governance-aspecten (ESG).

2) In hoeverre en op welke wijze kunnen internationale financiers en institutionele beleggers strategische keuzes van bedrijven met mogelijke gezondheidsimpact beïnvloeden, en hoe varieert de aard en sterkte van deze invloed? Welke indicatoren maken deze invloed en de effecten ervan inzichtelijk?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan beleggers zoals vermogensbeheerders en pensioenfondsen, en aan variatie afhankelijk van geopolitieke afhankelijkheden en mondiale machtsverhoudingen.

3) Hoe verhouden verantwoordelijkheden en mandaten zich tussen EU, Rijk, decentrale overheden en toezichthouders bij het reguleren van commerciële activiteiten met mogelijke impact op de volksgezondheid, en waar zitten mogelijke governance- en toezichtlacunes?

4) Onder welke bestuurlijke en politieke voorwaarden wordt overheidsingrijpen richting commerciële actoren vanuit het voorzorgprincipe als legitiem (juridisch, politiek en maatschappelijk) beschouwd, hoe verschillen deze voorwaarden in de praktijk tussen sectoren, en hoe ontwikkelen deze voorwaarden zich over de tijd?

5) Hoe kan een proportionele vertegenwoordiging van belangen en waarden worden georganiseerd voor volksgezondheidsproblemen waarbij specifieke commerciële partijen een existentieel belang hebben bij het voortbestaan van deze problemen bij gezondheidsvraagstukken met sterke commerciële belangen, zodat voldoende tegenmacht de legitimiteit van beleidsvorming bevordert?

Denk hierbij bijvoorbeeld aan de rol van burgers, maatschappelijke organisaties, professionals en media, en aan eerdere maatschappelijke veranderingen waarbij meer draagvlak voor gezondheidsbescherming ontstond zoals bijvoorbeeld bij tabaksontmoediging.

6) Hoe zijn public-affairs managers, bedrijfsbestuurders en lobbyisten verweven met politiek en overheid en hoe beïnvloeden zij beleidsvorming en het publieke en politiek discours rond CDoH?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan verwevenheid via netwerken en coalities, aan invloed via traditionele en digitale media, en aan communicatiestrategieën die complexe thema's toegankelijk maken en verschillende doelgroepen bereiken.

7) Hoe worden regels rond corporate medezeggenschap en inspraak toegepast binnen commerciële sectoren die invloed hebben op de gezondheid van werknemer, en welke governance-opties beïnvloeden de positie van flexwerkers?

C3. Data- en kennisinfrastructuurvragen

***Metavraag:** Welke data, methoden en organisatievereisten zijn er nodig om financieel-economische, juridische en bestuurlijke structuren en de daaruit volgende marktmechanismen transparant te analyseren in relatie tot gezondheid en beleid?*

1) Welke data zijn er nodig om eigendom, financiering en machtsstructuren van sectoren/health-harming industries systematisch in kaart te brengen, zodat relaties tussen bedrijven, politiek en overheid en hun invloed op beleid en gezondheid over tijd kunnen worden geanalyseerd?

2) Hoe kan de gezondheidsimpact van marktconcentratie en financiële prikkels empirisch worden onderzocht en hoe kunnen verbanden worden gelegd tussen winsten, maatschappelijke kosten en gezondheidsuitkomsten?

3) Welke methoden zijn er nodig om gezondheidsgerelateerde maatschappelijke kosten en baten (negatieve en positieve externaliteiten) robuust te kwantificeren en (methodologisch en juridisch) toe te rekenen aan sectoren, producten of bedrijfsmodellen?

4) In hoeverre zijn bestaande macro-economische en volksgezondheidsmodellen geschikt om CDoH te analyseren en hoe kunnen zowel economische effecten van gezondheid als gezondheidseffecten van economische prestaties beter worden gekwantificeerd?

   Denk hierbij bijvoorbeeld aan effecten op nationale rekeningen, BBP en productiviteit, en aan uitkomsten zoals levensverwachting en (chronische) ziektelast.

5) Welke kennisinfrastructuur is er nodig om gezondheid structureel mee te wegen in economische beleidsanalyses, en welke rol spelen toezichthouders zoals De Nederlandsche bank (DNB), de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Autoriteit Financiële markten (AFM) en de toezicht- en handhavingsdata waar zij wel/niet beschikking over hebben daarbij?

6) Hoe hanteren onderzoeksfinanciers en kennisinstellingen in de praktijk beleidskaders en maatregelen rond betrokkenheid of financiering door commerciële partijen met belangen bij onderzoeksuitkomsten? In hoeverre borgen zij transparantie en wetenschappelijke integriteit (o.a. rond industrie-affiliaties). Hoe werkt dit door in de betrouwbaarheid van kennis en de daaruit voortvloeiende impact op gezondheid?

7) Hoe wordt beleid rond belangenconflicten in onderzoeksfinanciering in de praktijk uitgevoerd (toetsing, naleving, handhaving)? Welke disciplines, waaronder wetenschap en media, zijn relatief afhankelijk van industriële financiering, en hoe kan die afhankelijkheid worden verminderd?

Internationaal perspectief
Internationale experts benadrukken het belang van kennisontwikkeling over beleid waarover overheden direct mandaat hebben, inzicht in hoe bedrijven op beleid reageren, en dat daarbij aandacht moet zijn voor belangenconflicten en politiek-economische trends.

Prof. Laura Schmidt (UCSF, VS)
"At this stage, the main challenge is not only to advance research, but to support governments in acting within their perceived mandate. This starts with understanding which commercial drivers cause the most harm nationally, whether available policy tools, such as the WHO's 'Best Buys' policies, are fully used, and how existing effective strategies can be scaled—while recognising the constraints imposed by global economic forces."

Prof. Lisa Bero (Univ. of Colorado Anschutz, VS)
"Advancing the CDoH field requires prioritizing robust data and knowledge infrastructure, combined with much greater transparency about commercially relevant information. While some descriptive CDoH questions have been addressed, the ability to systematically obtain, archive, and analyse data remains fundamental to developing evidence-informed policy and market interventions. In addition, stronger focus is needed on how companies respond to policy measures, as unintended or adverse consequences are often insufficiently considered in policy design and evaluation."

Dr. Benjamin Wood (Deakin University, Australië)
"With the caveat that I do not possess a solid understanding of the Dutch context, research priorities could focus on critically examining upstream drivers, such as privatisation, financialisation and structural inequities, rather than focusing only on individual products or sectors. In addition, participatory approaches, where policymakers, civil society organisations, communities and industry actors work together to develop knowledge and policy options, are essential (considering the need to counter conflicts of interest and undue corporate influence). This includes, for example, jointly designing policy roadmaps, developing alternative ways of framing the problem, and integrating the CDoH agenda into wider agendas such as those around well-being economies (brede welvaart)."

3.4 Geprioriteerde kennisvragen (shortlist)

Deze shortlist onderscheidt twee typen vragen:

- **Toegepaste kennisvragen voor beleid en implementatie (korte termijn):** vragen waarop de internationale wetenschappelijke literatuur al antwoorden biedt maar waarvan de vertaling naar de Nederlandse context nog onvoldoende ontsloten wordt. Deze vragen zijn op afzienbare termijn te beantwoorden en bieden concrete aanknopingspunten voor beleid en uitvoering.
- **Essentiële basisvragen:** vragen gericht op fundamenteel, langetermijninzicht die diepte-investering vergen, omdat de internationale wetenschappelijke literatuur hier ook nog geen duidelijk antwoord op biedt.

Achter elke vraag is tussen haakjes het nummer van de corresponderende vraag in de volledige kennisagenda opgenomen. Voor de leesbaarheid zijn sommige vragen ingekort. Uitgebreidere beschrijving en voorbeelden ter inkadering van de vragen zijn te vinden in de volledige set kennisvragen (paragraaf 3.3).

A. Routes naar gezondheidseffecten

Level	Toegepaste kennisvragen voor beleid en implementatie	Essentiële basisvragen
A1	Via welke mechanismen werken bedrijfspraktijken direct en indirect door op de gezondheid van omgevingen en gedrag? (#A1.2)	Hoe kan (inter)nationaal beleid beter inzicht krijgen in minder zichtbare gezondheidsrisico's van commerciële praktijken, met name bij kwetsbare groepen en in internationale ketens? (#A1.7)
A2	Hoe passen bedrijven hun verdienmodellen en strategieën aan in reactie op beleidsmaatregelen die hun verdienmodel raken? (#A2.1)	In welke situaties zijn businessmodellen moeilijk verenigbaar met gezondheidsdoelen, en via welke mechanismen leidt dit tot gezondheidseffecten? (#A2.3)
A3	Met welke data kan de verdeling over bevolkingsgroepen van kosten en baten van commerciële producten, praktijken en beleid inzichtelijk worden gemaakt? (#A3.5)	Hoe kan de gezondheidsimpact causaal worden toegeschreven aan specifieke actoren, sectoren of producten, rekening houdend met onzekerheden en meervoudige causaliteit? (#A3.2)

B. Beleidskeuzes en leefomgeving

Level	Direct beleidsrelevante vragen	Essentiële basisvragen
B1	Via welke mechanismen beïnvloeden commerciële partijen beleid dat gezondheid raakt? (#B1.1) Welke beleidsinstrumenten en reguleringsstrategieën zijn effectief of kansrijk om marktmechanismen richting gezondheidsbevordering te sturen op verschillende bestuurlijke niveaus (gemeenten, provincies, nationaal, supranationaal), rekening houdend met hoe bedrijven op dit beleid anticiperen en erop reageren? (#B1.2)	Welke Nederlandse beleidsprikkels werken nadelig voor de volksgezondheid, en hoe kunnen deze worden afgebouwd? (#B1.7) Welke communicatiestrategieën zijn effectief om inzicht en betrokkenheid bij CDoH te vergroten? (#B1.9)
B2	Welke bestuurskundige inzichten ten aanzien van de rolverdeling en -afbakening tussen overheid (als marktmeester) en markt zijn te ontleden uit historische analyse van beleidsvorming waarbij aanzienlijke commerciële belangen speelden? (#B2.3)	Hoe worden signalen over opkomende CDoH geïdentificeerd en vertaald naar beleid, en waar ontstaan vertraging of versnippering? (#B2.4)
B3	Welke databronnen zijn beschikbaar over bedrijfsstrategieën achter commerciële activiteiten met gezondheidsimpact en hoe kunnen deze structureel worden ontsloten voor monitoring en onderzoek,? (#B3.1)	Welke kernindicatoren zijn geschikt om CDoH-beleid te monitoren en evalueren (over tijd, sectoren en landen)? (#B3.3)

C. Systeem en spelregels

Level	Direct beleidsrelevante vragen	Essentiële basisvragen
C1	Hoe worden nieuwe markten voor (on)gezonde producten gecreëerd en welke patronen zijn hierin zichtbaar voor tijdige beleidsreactie? (#C1.5)	Hoe beïnvloeden concurrentiedruk, marktmacht, ketenposities, corporate governance structuren, en financialisering – de toenemende rol van financiële markten, financiële producten, en financiële prikkels – de gezondheidsimpact van bedrijven en hun productieprocessen, producten en diensten, en hoe varieert dit tussen internationale en lokale markten? (#C1.3)
C2	Hoe zijn verantwoordelijkheden en mandaten verdeeld tussen EU, Rijk, decentrale overheden en toezichthouders, en waar zitten lacunes? (#C2.3)	Hoe kan een proportionele vertegenwoordiging van belangen en waarden worden georganiseerd bij gezondheidsvraagstukken met sterke commerciële belangen, zodat voldoende tegenmacht de legitimiteit van beleidsvorming bevordert? (#C2.5)
C3	Hoe wordt beleid rond belangenconflicten in onderzoeksfinanciering in de praktijk uitgevoerd en hoe kan afhankelijkheid van industriële financiering worden verminderd? (#C3.7)	Welke kennisinfrastructuur is er nodig om gezondheid structureel mee te nemen in economische beleidsanalyses, inclusief de rol van verschillende toezichthouders (bijvoorbeeld IGJ, NVWA, ACM, DNB) en beschikbare data? (#C3.5)

4. Aanbevelingen en handelingsperspectief

Dit hoofdstuk vertaalt de inzichten uit de systeemanalyse en de kennisagenda naar concrete aanbevelingen en geeft daarmee direct invulling aan de vragen van VWS aan het Kennisplatform Preventie. Het hoofdstuk is zo opgesteld dat het zelfstandig leesbaar is voor lezers die primair geïnteresseerd zijn in de beleidsmatige implicaties van dit rapport. De onderliggende analyse, duiding en kennisvragen waarop deze aanbevelingen zijn gebaseerd, worden in de latere hoofdstukken nader uitgewerkt.

In dit rapport worden **commerciële determinanten van gezondheid** gedefinieerd als de systemen, praktijken en routes waarmee commerciële partijen, invloed uitoefenen op de gezondheid en gezondheidsongelijkheid. Daarbij gaat het om **systemen** (de economische, juridische en beleidsmatige context waarin bedrijven opereren), **praktijken** (het handelen van bedrijven zoals uitgedrukt marketing, prijsbepaling, lobby, en productie- en distributiewijzen) en **routes** (de mechanismen waarop deze factoren doorwerken in gedrag, leefomgeving en uiteindelijk in gezondheid). Deze invloed kent zowel positieve als negatieve volksgezondheidseffecten.

De vragen uit de opdracht van VWS worden in dit hoofdstuk systematisch en puntsgewijs beantwoord, waarbij steeds expliciet wordt gemaakt op welke onderdelen van de VWS-vraag wordt ingegaan en hoe de bevindingen zich vertalen naar beleidsrelevante inzichten en aanbevelingen.

De hoofdvraag luidt als volgt: VWS vraagt het Kennisplatform Preventie om te reflecteren op de analyses en aanbevelingen rond de commerciële determinanten van gezondheid (CDoH), zoals beschreven in het recente WHO-rapport (juni 2024) en het manifest van de SGF (juni 2024), en daarbij:

1) De relevantie en de implicaties voor de Nederlandse context te benoemen
2) Een systeemanalyse te maken van de machts- en belangenpositie van stakeholders, de legitimiteit van het huidige afwegingskader voor besluitvorming, en de urgentie van beleidstegenwicht aan de gezondheidstrends die samenhangen met CDoH, inclusief de hefbomen voor systeemverandering;
3) Kennisvragen te identificeren die in het licht van de analyse nog onbeantwoord zijn en:
   a. Deze te prioriteren naar impact en effectiviteit
   b. Aan te geven hoe de bestaande data infrastructuren kunnen worden benut om de antwoorden op deze vragen te vinden?
   c. Aan te geven op welke genoemde kennisvragen– u verwacht dat onderzoeksinstellingen of andere partijen actief zelf onderzoek doen en voor welke vragen geldt dat de overheid hier een rol in kan spelen.
   d. Aanbevelingen te formuleren, of mogelijkheden aan te geven.

We beantwoorden deze vragen puntsgewijs.

1. De relevantie en de implicaties voor de Nederlandse context te benoemen

In dit rapport bouwen we voort op het WHO-rapport over de relevantie van de commerciële determinanten van gezondheid (CDoH) voor Europa[16] en het SGF-manifest[17] (beide juni 2024). Het WHO-rapport introduceert het concept '*Commercial Determinants of Health'* en beschrijft hoe commerciële activiteiten de volksgezondheid beïnvloeden, inclusief de manieren waarop bedrijven handelen wanneer zij belang hebben bij oorzaken of gevolgen van gezondheidsproblemen. Het SGF-manifest spreekt over een "gezondheidsramp" in Nederland, wijst op een afname van het aantal jaren in goede gezondheid en uit zorgen over de gezondheid van jongeren en de gevolgen daarvan voor de welvaart. Het doet daarbij een expliciete oproep aan het bedrijfsleven, met als uitgangspunt dat "gezondheid niet ondergeschikt zou mogen zijn aan winstmaximalisatie".

Op basis van dit rapport trekken wij drie samenhangende conclusies voor de Nederlandse context. Ten eerste blijkt dat ook in Nederland de volksgezondheid in belangrijke mate wordt beïnvloed door commerciële producten en praktijken, zowel in positieve als in negatieve zin. Deze invloed is onder meer zichtbaar in ontwikkelingen die eerder ook in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (VTV-2024) van het RIVM werden geschetst[18]. Zo hangen de toename van chronische ziekten en overgewicht, leefstijltrends, mentale gezondheidsproblemen, gezondheidsverschillen, en financiële bestaansonzekerheid in belangrijke mate samen met commerciële producten en praktijken. Daarnaast heeft commercie invloed via volksgezondheidsimplicaties van klimaatverandering en milieuvervuiling, en in het gezonder maken van leefomgevingen. Tot slot werkt deze invloed door in innovaties in de gezondheidszorg en in vraagstukken rond de betaalbaarheid en toegankelijkheid daarvan.

Of deze ontwikkelingen in de volksgezondheid als een "ramp" moeten worden beschouwd is een normatieve kwestie waar dit rapport geen uitspraken over doet. Wel is duidelijk dat het meestal ontwikkelingen betreft die zich langzaam voltrekken, waardoor oorzaak-gevolg relaties minder direct zichtbaar zijn en een gebrek aan urgentie agendering van het probleem kan belemmeren. Een gebrek aan urgentie betekent echter niet dat het om onbelangrijke problemen gaat. De maatschappelijke impact van de toename van chronische ziekten is aanzienlijk en reikt ver buiten de volksgezondheid en gezondheidszorg. Een hoge prevalentie van chronische ziekten vermindert namelijk de participatie en productiviteit, en vraagstukken rond klimaatverandering en gezondheidsbescherming hangen grotendeels samen. Dit benadrukt dat een CDoH kennisagenda gebaat is bij een perspectief van "Gezondheid in alle beleidsdomeinen" (GIAB)[19], waarin de wederkerigheid tussen volksgezondheid en andere beleidsdoelen centraal staat.

[16]WHO Regional Office for Europe. Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen (2024).
[17] Samenwerkende GezondheidsFondsen. Gezondheidsramp in Nederland op komst. (2024) https://www.gezondheidsfondsen.nl/manifest-gezondheidsramp-in-nederland-op-komst/
[18]Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2024). Kiezen voor een gezonde toekomst: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (RIVM-rapport 2024-0110). https://doi.org/10.21945/RIVM-2024-0110
[19] Greer, S. L., Falkenbach, M., Siciliani, L., McKee, M., Wismar, M., & Figueras, J. (2022). From Health in All Policies to Health for All Policies. The Lancet Public Health, 7(8), e718–e720. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00155-4

Ten tweede zien we dat in Nederland dezelfde typen bedrijfspraktijken voorkomen als internationaal beschreven, zoals lobby en beleidsbeïnvloeding, marketing, beïnvloeding van (wetenschappelijke) kennis en reputatiemanagement. Deze praktijken vergroten de invloed van commerciële actoren op zowel gezondheid als beleid en vormen daarmee een relevante factor in de Nederlandse beleidscontext. Ten derde blijkt dat deze dynamiek zich niet beperkt tot Nederland alleen, maar sterk verweven is met Europese en mondiale ontwikkelingen. Veel betrokken actoren opereren grensoverschrijdend en binnen internationale markten, beleidskaders en wetenschappelijke netwerken, waardoor nationale beleidsruimte deels internationaal bepaald is.

Deze observaties worden concreet zichtbaar in sectoren waar gezondheidseffecten goed in kaart zijn gebracht. Zo blijkt uit de VTV-2024 dat alleen al tabak, alcohol en voeding respectievelijk 7,6%; 3% en 2,8% van de ziektelast veroorzaken[20], onder andere in de vorm van longaandoeningen; verkeersongevallen, geweld en diverse vormen van kanker; obesitas en aanverwante cardio-metabole aandoeningen. Bij zowel tabak, alcohol als ongezonde voeding speelt een belangenconflict tussen volksgezondheid en commercie: als er door effectief beleid minder gerookt, gedronken en ongezond gegeten wordt, raakt dat direct het verdienmodel van de betrokken industrieën.

We merken op dat er meer economische sectoren zijn waarvan de volksgezondheidsimpact evident is of waarover er terugkerende zorgen zijn, en dat de volksgezondheid ook gebaat is bij commercie. In feite is sprake van een spectrum van vrijwel geheel schadelijke bedrijven –denk aan de tabaks- of gokindustrie– tot bedrijven die de volksgezondheid bevorderen –denk aan producenten van gezonde voeding. Maar ook binnen dat spectrum bestaat diversiteit. Denk aan slechte arbeidsomstandigheden in de productie van gezonde voeding, of aan bouwbedrijven die in meer of mindere mate gezondheidsbevorderend bouwen. Zonder compleet te zijn, hebben onder anderen de volgende sectoren gezondheidsimpact:

- De rol van fossiele brandstoffen en chemicaliën in de 3,9% van de ziektelast die wordt veroorzaakt door een ongezond buitenmilieu en klimaatverandering, wat tot uiting komt in onder anderen longziekten, hart- en vaatziekten, hittestress en infectieziekten[21]. Daarnaast neemt het bewijs toe over de gezondheidseffecten van ‘forever chemicals’ zoals bepaalde PFAS.
- Hoe (te goed en te slecht) isoleren en het koken op gas een rol spelen in de 0,6% van de ziektelast veroorzaakt door het binnenmilieu, met effecten zoals longziekten[5]. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat beleid met breed draagvlak, zoals isolatiemaatregelen, ook onbedoelde gezondheidsgevolgen kan hebben wanneer die gevolgen onvoldoende worden meegenomen bij de uitvoering.

[20] RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (VTV-2024)*, inclusief methoden rapport en onderliggende ziektelast analyses. Methoden VTV-2024 | Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024

- Hoe arbeid en dus ook de rol van bedrijven als werkgever 4,1% van de ziektelast veroorzaakt. Dit uit zich onder anderen in beroepsziekten door blootstelling aan gevaarlijke stoffen, ongevallen en mentale gezondheidsproblemen, en omvat ook zorgen over arbeids- en leefomstandigheden van 'arbeidsmigranten'. Anderzijds is het hebben van veilig, gezond en betekenisvol werk aantoonbaar gezondheidsbevorderend[5].
- De rol van de intensieve maakindustrie, denk aan Tata Steel en Chemours, en haar relatie tot gezondheidsrisico's zoals longziekten, loodblootstelling en diverse vormen van kanker. Tegelijkertijd spelen deze gezondheidsrisico's niet overal en draagt de maakindustrie ook bij aan werkgelegenheid en economische waarde.
- De impact van gokken, gaming en financieel risicovolle producten als crypto's op de (mentale) gezondheid, met implicaties voor verslavingen en schuldenproblematiek.
- De agrarische sector levert voedselzekerheid op maar brengt ook gezondheidsrisico's met zich mee, denk aan zorgen over de samenhang tussen pesticiden en neurologische schade en longziekten.
- De positieve en negatieve gezondheidsimpact van digitale en sociale media in termen van (mis)informatie over, mentale gezondheid, en eenzaamheid en sociale samenhang.

Bovenstaande voorbeelden illustreren dat de relatie tussen commercie en gezondheid vaak multidimensionaal is. Dit geldt ook voor sectoren wiens producten cruciaal kunnen zijn voor de volksgezondheid, zoals geneesmiddelen; medische hulpmiddelen, technologie en diagnostiek; en voedselretail (mensen moeten immers eten). Ook in deze sectoren is het relevant te onderzoeken hoe commerciële prikkels de ontwikkeling, prijsstelling, toegankelijkheid en het gebruik van producten en diensten beïnvloeden. De gezondheidsimpact wordt daarbij niet alleen bepaald door het product of de dienst zelf, maar ook door de wijze waarop economische prikkels en marktmechanismen het gebruik ervan beïnvloeden. Ongepast gebruik kan namelijk leiden tot onder anderen overmatig zorggebruik, onnodige zorgen over gezondheid door 'vals positieve' diagnoses, verdringing van middelen voor noodzakelijke zorg, en consumptie van ongezonde voeding in te hoge frequentie.

De brede en diverse invloed van commerciële activiteiten op de volksgezondheid leidt tot de volgende aanbeveling.

- **Aanbeveling 1**: Verbreed de scope van kennisontwikkeling over gezondheidsbeleid. Richt deze niet alleen op eigenschappen van bekende ongezonde producten, zoals de samenstelling, prijs en het aanbod van tabak, alcohol en ongezonde voeding. Betrek ook andere producten en productiepraktijken. Neem daarbij gezondheidseffecten mee die zich uiten via de leefomgeving en arbeidsomstandigheden.

De WHO beschrijft wetenschappelijk bewijs over de brede praktijken van bedrijven en industrieën die een rol spelen bij het ontstaan en voortbestaan van gezondheidsproblemen. Dit betreft lobby en andere invloed op beleid en politiek; marketing; financiering en beïnvloeding van wetenschap; reputatiemanagement; en gezondheidsimpact via bredere waardeketens en afvalverwerking; ommegang met werknemers; en financiële producten. Deze praktijken beïnvloeden wat in de politiek

en de samenleving als ‘normaal’ wordt gevonden ten aanzien van goed bestuur en gezondheidsgedrag. Onderzoek naar dergelijke praktijken acht de TWG daarom relevant voor de Nederlandse context, waarbij vaak gebruik wordt gemaakt van interne documentanalyse, bijvoorbeeld verkregen via de Wet open overheid (Woo) en zoals verzameld in de UCSF Industry Documents Library.[22]

- **Aanbeveling 2**: Richt kennisontwikkeling niet alleen op producten en productiepraktijken met gezondheidsimplicaties, maar ook op de wijze waarop de betrokken bedrijven en industrieën opereren, inclusief praktijken zoals productontwikkeling, politieke lobby, marketing, interactie met wetenschap, reputatiemanagement en financiële strategieën.

Tot slot betreft de relatie tussen commercie en volksgezondheid geen louter binnenlandse aangelegenheid. Bedrijven met belangen bij oorzaken en gevolgen van gezondheidsproblemen zijn vaak multinationals, maar ook als het gaat om Nederlandse bedrijven fungeren die binnen een Europese interne markt die via handelsverdragen verbonden is met andere landen. “De relevantie en implicaties hiervan beschrijven voor de Nederlandse context” vergt dus internationale duiding. Op basis van dit rapport benadrukken we het belang van ‘multi-level governance’ zodat gezondheidsbeleid wordt ingevuld op alle niveaus: binnen organisaties zoals de Wereldhandelsorganisatie en de WHO, binnen de EU en diens handelsverdragen, op nationaal en op decentraal niveau. Hieruit volgen kennisvragen die het idee van Gezondheid in alle beleidsdomeinen (GIAB) verbreden van afstemming tussen Haagsche departementen naar de interactie tussen nationaal beleid en andere bestuurlijke niveaus.

- **Aanbeveling 3:** Veranker de commerciële determinanten van gezondheid expliciet in de Nederlandse Mondiale Gezondheidsstrategie 2023-2030[23] van de ministeries van VWS en Buitenlandse Zaken.

2. Een systeemanalyse te maken van de machts- en belangenpositie van stakeholders, de legitimiteit van het huidige afwegingskader voor besluitvorming, en de urgentie van beleidstegenwicht aan de gezondheidstrends die samenhangen met CDoH, inclusief de hefbomen voor systeemverandering;

Op basis van de systeemanalyse in dit rapport en de geraadpleegde literatuur concluderen wij dat de volksgezondheid in belangrijke mate wordt gevormd door structurele commerciële en beleidsmatige invloeden. Effectief gezondheidsbeschermend en gezondheidsbevorderend beleid moet zich daarom richten op **kernoorzaken** van volksgezondheidsproblemen. Waar het gaat om de CDoH, betreft dit de bedrijfseconomische drijfveren van commerciële actoren. Dit betekent dat beleidsorganisaties over kennis moeten beschikken van de marktdynamiek waarin bedrijven opereren en hoe deze gezondheid en gedrag beïnvloeden. Ook dient kennis versterkt te worden over hoe bestaand beleid commerciële

[22]https://www.industrydocuments.ucsf.edu/home/
[23]https://www.globalhealthhub.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2023/09/22/nederlandse-mondiale-gezondheidsstrategie-2023-2030/22_530+GHH+-+NL-01PM.pdf

praktijken uitlokt met positieve en negatieve gezondheidsimpact, en welke beleidsinterventies positieve gezondheidseffecten kunnen stimuleren. Hieruit volgt de volgende aanbeveling:

- **Aanbeveling 4:** Richt kennisontwikkeling voor gezondheidsbeleid ook op onderliggende bedrijfseconomische drijfveren van commerciële actoren. Hanteer daarbij een systeemperspectief.

Onze analyse concludeert dat vaak een disbalans in macht bestaat tussen commerciële partijen en publieke/maatschappelijke actoren, waar het gaat om de CDoH. Vanzelfsprekend hebben bedrijven niet de machtsinstrumenten van overheden, zoals het monopolie op geweld of belastingheffing. Zij hebben echter wel vaak een sterk geconcentreerd belang en mogelijkheden om politiek en publieke opinie te beïnvloeden. Daarentegen is de uitoefening van het publieke volksgezondheidsbelang door overheden, maatschappelijke organisaties en burgers vaak diffuser. Ook geldt dat gezondheidseffecten die met commercie samenhangen zich vaak pas op de lange termijn uiten, terwijl gezondheidsbeschermend en gezondheidsbevorderend beleid direct verdienmodellen van individuele bedrijven of industrieën kan bedreigen. Het publieke belang van de volksgezondheid is daarmee vaak minder zichtbaar dan het private belang van een bedrijf of industrie, wat de legitimiteit van besluitvorming kan ondermijnen. Het versterken van deze legitimiteit vraagt om een beter georganiseerde tegenmacht bij volksgezondheidsvraagstukken die nauw samenhangen met geconcentreerde commerciële belangen. Proportionele vertegenwoordiging in beleid- en wetgevingsconsultaties is nodig. Dit vergt a) een heldere rolverdeling tussen EU, Rijk en lokale overheden; b) intensievere samenwerking tussen toezichthouders en handhavers; c) versterking van de capaciteit om commerciële beïnvloeding te analyseren, onder anderen door verbetering van transparantie over lobby; en d) een actieve rol voor kennisinstellingen en maatschappelijke partijen zoals patiëntgroepen, onderzoeksjournalisten, sectorale werkgeversorganisaties, artsenorganisaties, non-profit organisaties, vakbonden, consumentenverenigingen, en het midden- en kleinbedrijf.

- **Aanbeveling 5:** versterk kennis over het organiseren van tegenmacht wanneer volksgezondheidsproblemen duidelijk samenhangen met bepaalde industrieën.

Tegenmacht tegen commerciële actoren met een duidelijk schadelijke gezondheidsimpact hoeft niet enkel te komen vanuit overheden of maatschappelijke organisaties. Ook binnen markten zelf kan tegenwicht ontstaan, bijvoorbeeld bij bedrijven die nadeel ondervinden van ongereguleerde of slecht gehandhaafde schadelijke praktijken van concurrenten. Denk aan horecaondernemers die gebaat zijn bij consistente handhaving van alcoholregels, zodat naleving geen concurrentienadeel oplevert. Of aan voedingsproducenten die investeren in gezondere, maar duurdere ingrediënten en daarmee worden geconfronteerd met concurrenten die goedkoper produceren met minder gezonde alternatieven, terwijl de kosten van ongezonde voeding op de samenleving worden afgewenteld. En in de markt voor medische en farmacotherapeutische kan marktconcentratie innovatie afremmen.

De rol van de overheid als **marktmeester** is ook cruciaal voor een meer legitiem afwegingskader voor beleid. Waar tegenmacht ziet op het organiseren van publiek en maatschappelijk tegenwicht, betreft marktmeesterschap het actief en onafhankelijk vaststellen, bewaken en handhaven van spelregels. Vanuit haar publieke taak om de volksgezondheid te beschermen, betekent dit dat de overheid redelijkerwijs bescherming moet bieden tegen schadelijke invloeden van commerciële partijen. Dit vergt kennisontwikkeling over hoe de wetgevende macht op verschillende bestuurlijke niveaus kaders kan stellen om de volksgezondheid te beschermen en te bevorderen, met als doel een gelijk speelveld waarin commerciële producten en praktijken met positieve gezondheidseffecten worden gestimuleerd en schadelijke praktijken worden begrensd. Cruciaal hierbij is het voorkomen van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling. Historische analyse van beleidsvorming bijvoorbeeld op het terrein van gokken, tabak, alcohol, voeding of de energietransitie, kan hiervoor lessen bieden.

- **Aanbeveling 6:** versterk kennisontwikkeling over de rol van de overheid als marktmeester, zodat financieel-economische regels en praktijken bedrijven stimuleren tot gezondheidsbevorderende producten en praktijken, en ziekmakende prikkels worden beperkt.

Tot slot maakt onze systeemanalyse over de CDoH duidelijk dat er geen ‘silver bullet’ is voor dit vraagstuk. Zoals de markt dynamisch is, moet ook beleid en onderzoek naar de gezondheidsimpacten van de markt dynamisch van karakter zijn. Beleid moet daarmee iteratief en lerend zijn. Ruimte voor beleidsexperimenten is nodig, en wanneer beleid niet werkt als bedoeld dienen daar lessen uit te worden getrokken over het dynamische karakter van de CDoH, in plaats van dat enkel de ‘mislukking’ wordt benadrukt.

Effectief CDoH beleid vergt daarmee een lange adem en een duidelijker rolverdeling tussen departementen, inclusief explicietere afweging van volksgezondheidsbelangen ten opzichte van andere publieke belangen. Besluitvorming over milieubeleid, handelsverdragen, fiscaliteit of vestigingsbeleid voor bedrijven ligt immers buiten het gezondheidsdomein, maar beïnvloedt wel de volksgezondheid. Een explicieter afweging tussen het publieke volksgezondheidsbelang en andere beleidsdoelen bevordert de legitimiteit van beleid.

- **Aanbeveling 7:** Zorg voor samenhang in kennisontwikkeling voor beleid dat de commerciële determinanten van gezondheid raakt. Waarborg hierbij samenwerking tussen beleidsterreinen en bestuurlijke niveaus, onder meer door:
    - Kennisontwikkeling te richten op verschillen overeenkomsten in onderliggende systeemmechanismen achter verschillende sectoren met gezondheidsimpact.
    - Inzet van beleidsevaluaties (zoals maatschappelijke kosten-batenanalyses (MKBA’s) en impactanalyses) met een expliciete gezondheidscomponent.
    - Versterking van inhoudelijke expertise over volksgezondheid en CDoH binnen de Rijksoverheid bijvoorbeeld via aanbod van cursussen.
    - Onderzoek naar het belang van de volksgezondheid voor andere beleidsdoelen (denk aan het belang van een goede volksgezondheid voor arbeidsproductiviteit);

- Meerjarige kennisprogrammering, gezien de breedte van het vraagstuk.

3. Kennisvragen te identificeren die in het licht van de analyse nog onbeantwoord zijn en:

a. Deze te prioriteren naar impact en effectiviteit

De volledige set kennisvragen is opgenomen in **hoofdstuk 3** en bestaat uit een longlist en een geprioriteerde shortlist. Beide volgen dezelfde indeling naar systeemniveau (gezondheidseffecten; beleidskeuzes en leefomgeving; systeem en spelregels) en type vraag (technisch-inhoudelijk; procesvragen; data- en kennisinfrastructuurvragen). De shortlist bevat per combinatie 1 à 2 exemplarische, geprioriteerde vragen.

Vanuit het gehanteerde systeemperspectief zijn al deze kennisvragen relevant. Vraagstukken op het niveau van systeem en spelregels zijn moeilijker te beïnvloeden, maar hebben vaak een grotere impact, omdat onderliggende overtuigingen en structuren en aanzien van de politiek en economie uiteindelijk doorwerken in beleid gericht op specifieke sectoren met gezondheidsimpact.

> **Aanbeveling 8:** houd vast aan een systeemperspectief bij de uitvoering van deze kennisagenda: stuur niet alleen op kennisvragen over beleidskeuzes, leefomgeving en gezondheidseffecten, maar investeer ook expliciet in vragen op het niveau van systeem en spelregels, omdat op dit niveau de meest effectieve en duurzame effecten te verwachten zijn in de bijsturing van commerciële prikkels met gezondheidsimpact.

b. Aan te geven hoe de bestaande data infrastructuren kunnen worden benut om de antwoorden op deze vragen te vinden?

De kennisvragen die betrekking hebben op data- en kennisinfrastructuren zijn gebundeld onder A3, B3 en C3 in **hoofdstuk 3**. Deze vragen gaan over de rol van bestaande en benodigde kennis- en datainfrastructuren voor het beantwoorden van kennisvragen op het terrein van de volksgezondheid. Het gaat daarbij onder meer om:

- Welke data nodig is om externaliteiten beter zichtbaar te maken.
- Welke data en analysekaders nodig zijn om causale relaties te leggen tussen producten, praktijken, actoren en gezondheidsuitkomsten.
- Het koppelen en ontsluiten van databronnen, zoals zorg- en gezondheidsdata, productportfolio's, financiële transacties, lobby- en transparantieregisters en gegevens over marketingblootstelling.
- Beleid en transparantie rond financiële belangenconflicten in de wetenschap en wetenschapsfinanciering.

Dit vraagt in veel gevallen om andere typen data en koppelingen dan gebruikelijk in gezondheidswetenschappelijk onderzoek. We merken tevens op dat er zowel binnen de publieke

gezondheidszorg als onder beleidsmakers vaak een gebrek aan kennis is over de CDoH, en dat er bijvoorbeeld nog niet eerder een ZonMw subsidieprogramma is uitgeschreven over de CDoH. Daarom is investering in kennis- en datainfrastructuur nodig.

- **Aanbeveling 9:** verbeter de kennis- en datainfrastructuur voor commerciële determinantan van gezondheid door de geformuleerde vragen onder A3, B3 en C3 uit te werken, en stimuleer netwerkvorming, kennisdeling en curriculumvorming voor publieke gezondheidsprofessionals en beleidsmakers.

c. Aan te geven op welke genoemde kennisvragen– u verwacht dat onderzoeksinstellingen of andere partijen actief zelf onderzoek doen en voor welke vragen geldt dat de overheid hier een rol in kan spelen.

Vanuit onze rol als technische werkgroep achten wij het niet passend om te bepalen welke taken bij onderzoeksinstellingen of andere partijen liggen. Gezien het ontbreken van robuuste kennis- en data infrastructuren voor de CDoH, bevelen wij het Ministerie van VWS aan het CDoH onderzoeksveld financieel te stimuleren. Het is aan het Ministerie om te bepalen op welke wijze deze middelen worden georganiseerd en ingezet.

Om de implementatie van onze aanbevelingen en kennisvragen te bevorderen hebben we in **Hoofdstuk 3** de geprioriteerde set kennisvragen als volgt geordend. Enerzijds betreft dit kennisvragen waarover al veel (inter)nationale literatuur beschikbaar is. Deze bieden concrete aanknopingspunten voor beleid en uitvoering. Anderzijds kennisvragen gericht op lange termijn inzicht met een meer fundamenteel karakter. Deze vragen vergen een diepte-investering.

We merken tot slot op dat de breedte en diepte van de kennisvragen inzet vergen van een breed scala aan kennisinstellingen, beleidsorganisaties en wetenschappelijke disciplines waaronder bijvoorbeeld bedrijfseconomie en financiële economie, recht, bestuurskunde en politicologie, onderzoeksjournalistiek, sociale psychologie, transitiewetenschappen en systeemdynamica, toxicologie, en epidemiologie en geneeskunde. De kennisvragen lopen uiteen van vrij fundamentele vraagstukken over de uitwerking van financiële markten en de governance van bedrijven, tot bestuurlijke vraagstukken over verantwoordelijkheidstoedeling en bijvoorbeeld vragen over de uitvoering van kaders voor wetenschappelijke integriteit of het koppelen van gegevensbronnen voor epidemiologische monitoring. Gezondheidswetenschappers en gezondheidsinstituties zijn onvoldoende geëquipeerd om deze vraagstukken op zichzelf te behandelen. Hieruit volgt de volgende aanbeveling.

- **Aanbeveling 10:** beleg kennisvragen bij interdisciplinaire samenwerkingsverbanden van vakgroepen, beleids- en kennisinstellingen waarin gezondheidswetenschappelijke en medische expertise kan worden gecombineerd onder andere met financieel-economische, juridische en bestuurskundige kennis.

d. Aanbevelingen te formuleren, of mogelijkheden aan te geven.

Zie antwoord op bovenstaande vragen.

Bijlagen

Bijlage A: Adviesverzoek aan TWG CDoH

Betreft: Advies Kennisvragen HiAP en Commerciële Determinanten van Gezondheid

Inleiding

Meer en meer ontstaat er overeenstemming dat gezondheidsbevordering en -bescherming verder reikt dan de traditionele gezondheidszorg en dat ook commerciële factoren invloed uitoefenen op onze gezondheid (WHO in maart 2023). Het concept "Health in All Policies" (HiAP) benadrukt het belang van het integreren van gezondheidsdoelstellingen in alle overheidsbeleidsdomeinen en kent mogelijk nieuwe uitdagingen in het licht van de commerciële determinanten van gezondheid (CDoH). De vraag die wij aan het Kennisplatform Preventie stellen beoogt een analyse te bieden van de relatie tussen HiAP en commerciële determinanten van gezondheid, met specifieke aandacht voor kennisvragen die de komende 5-10 jaar beantwoord moeten worden.

HiAP en Commerciële Determinanten van Gezondheid

HiAP streeft naar een gezondheidsgerichte beleidsbenadering waarbij gezondheidsimplicaties worden geïntegreerd in alle besluitvormingsprocessen, op alle niveaus en in verschillende beleidsdomeinen. Deze benadering erkent dat de gezondheid van individuen en gemeenschappen zowel negatief als positief kan worden beïnvloed door een breed scala aan sociale en economische factoren en door het milieu en de leefomgeving. Tegelijkertijd hebben commerciële determinanten van gezondheid, zoals marketing van ongezonde voedingsmiddelen, tabaks- en alcoholproducten, arbeidsomstandigheden (fysiek zwaar werk; incl. veel zitten), uitstoot van stoffen enz. een aanzienlijke negatieve impact op de volksgezondheid. Commerciële sectoren kunnen ook een positieve invloed hebben op gezondheid. Een voorbeeld is de wellness-sector en andere sectoren die vanuit MVO proberen zo goed mogelijk bij te dragen.

Het ministerie van VWS doet in 2024 een beleidsverkenning hoe een Health in All Policies agenda vorm kan krijgen. Hierover is de Tweede Kamer eind 2023 geïnformeerd[1]. Daarbij is aangegeven dat verschillende scenario's en beleidsinstrumenten worden onderzocht voor Health in All Policies.

In de Lancet van maart 2023 schreef de Directeur-generaal van de WHO[2]: *"Although commercial entities can contribute positively to health and society, the products and practices of some commercial actors are responsible for escalating rates of avoidable ill health, planetary damage, and social and health inequity."*

Voorbeelden van sectoren die een negatieve invloed hebben op de gezondheid van mensen zijn te vinden in de tabak, alcohol, fast- en junkfood, frisdranken, gokbedrijven enz. Deze invloed gaat gepaard met een door de jaren heen merkbare verschuiving in genormaliseerd voedingsgedrag. Waar in Nederland ook steeds meer aandacht voor is, is de negatieve invloed van commerciële activiteiten op de leefomgeving. Het gaat dan bijvoorbeeld om de impact die bedrijven hebben op de kwaliteit van bodem, lucht en water, en daarmee op de menselijke (ook geestelijke) gezondheid. De impact op de gezondheid van de genoemde factoren op de gezondheid van mensen met een lagere sociaaleconomische status is onevenredig en draagt bij aan het vergroten van gezondheidsverschillen.

Rapport WHO en manifest Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF)
Recent zijn er twee rapporten uitgekomen die een urgent beroep doen op respectievelijk de lidstaten van de WHO, en de Nederlandse overheid en het bedrijfsleven. Het rapport van de WHO[3] roept de lidstaten op tot dringende en gecoördineerde actie om de commerciële determinanten van niet-overdraagbare ziekten (NCDs) aan te pakken, om zo de vooruitgang op de mondiale NCD-doelstellingen en de Sustainable Development Goals (SDGs) in 2030 te versnellen. Het manifest van de SGF[4] benadrukt de enorme, domein-overstijgende, impact voor Nederland: de afnemende

[1] Kamerbrief over uitvoering akkoord 'Gezond en actief leven' | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl
[2] https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00574-3/fulltext
[3] Commercial Determinants of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region
[4] Gezondheidsramp in Nederland op komst - Samenwerkende GezondheidsFondsen

gezonde levensverwachting legt niet alleen een enorme druk op de zorg, maar vormt ook een reële bedreiging voor ons verdienvermogen en onze welvaart. Het rapport van de SGF geeft blijk van het hierboven genoemde kantelend maatschappelijk draagvlak met betrekking tot de wegingskaders die gehanteerd worden door overheid en bedrijfsleven, en vraagt het bedrijfsleven urgent om gezondheid centraal te stellen boven winstmaximalisatie en de overheid hier de kaders voor neer te zetten.

De vraag die wij aan het Kennisplatform Preventie stellen, gaat over de betekenis van deze rapporten voor de Nederlandse context en de belangrijkste kennishiaten en aanbevelingen voor beleid die deze opleveren.

Kennisvraag Kennisplatform Preventie

Zowel "Health in All Policies" (HiAP) als de aanpak van commerciële determinanten van gezondheid beïnvloeden een effectieve volksgezondheidsstrategie. De ontwikkeling van kennis vindt sinds enkele jaren plaats in de academische wereld en in het onderzoek. Het Kennisplatform Preventie speelt een sleutelrol bij het bevorderen van onderzoek en kan zicht geven op de kennis die nodig is.

Hoofdvraag: Wij vragen het Kennisplatform Preventie te reflecteren op de analyses en aanbevelingen met betrekking tot de CDoH in het recente rapport van de WHO van juni 24 en het manifest van de SGF van juni 24 en daarbij:

1. De relevantie en de implicaties voor de Nederlandse context te benoemen
2. Een systeemanalyse te maken van de machts- en belangenpositie van stakeholders, de legitimiteit van het huidige afwegingskader voor besluitvorming, en de urgentie van beleidstegenwicht aan de gezondheidstrends die samenhangen met CDoH, inclusief de hefbomen voor systeemverandering;
3. Kennisvragen te identificeren die in het licht van de analyse nog onbeantwoord zijn en:
    a. Deze te prioriteren naar impact en effectiviteit
    b. Aan te geven hoe de bestaande data infrastructuren kunnen worden benut om de antwoorden op deze vragen te vinden?
    c. Aan te geven op welke genoemde kennisvragen– u verwacht dat onderzoeksinstellingen of andere partijen actief zelf onderzoek doen en voor welke vragen geldt dat de overheid hier een rol in kan spelen.
    d. Aanbevelingen te formuleren, of mogelijkheden aan te geven.

We vragen u bij het opstellen van het advies ook belanghebbenden buiten het kennisveld te betrekken, vanwege het brede karakter van HiAP. Gedacht kan worden aan betrokkenen uit de stedelijke inrichting m.b.t. vestigings- en vergunningenbeleid. Ook het commerciële perspectief is van belang bij het stellen van de juiste vragen. Het perspectief van burgers is ook onontbeerlijk.

In de tussentijd verwachten we ook dat er beleidsdocumenten beschikbaar komen over de inzet van het kabinet op het terrein van HiAP. We vragen u hier kennis van te nemen en actuele ontwikkelingen mee te nemen in de te formuleren kennisvragen.

Proces
In het kader van deze vraagstellingen vragen wij ZonMw om de mogelijkheden te onderzoeken om een werkgroep samen te stellen onder het Kennisplatform preventie naar het model zoals dat gehanteerd werd bij het opstellen van het advies "De waarde van preventie" van het Kennisplatform preventie en daarover de procesregie te voeren.

Bijlage B. Samenstelling TWG en geraadpleegde experts

Technische werkgroepleden

- Dr. Luc Hagenaars (voorzitter)
  Amsterdam UMC
- Dr. Marleen Bekker
  Wageningen University & Research
- Prof. dr. Patrick Bossuyt
  Amsterdam UMC
- Prof. dr. Rik Crutzen
  Maastricht University
- Dr. Marthe Hesselmans
  Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Boston University
- Dr. Martijn Jeroen van der Linden
  Haagsche Hogeschool
- Prof. dr. mr. Anniek de Ruijter
  Universiteit van Amsterdam
- Prof. dr. Reinskje Talhout
  Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - RIVM

Penvoering

TNO

- Dr. Jolanda van Bilsen
- Dr. Ir. Diana Vonk Noordegraaf
- Dr. Sander van Zon

Waarnemers

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

- Frederique Holtrop, MSc
- Koen van der Kroef, MA
- Rosa Schinkelshoek, MA
- Bart de Wolf, MSc

Ministerie van Financiën

- Dr. Jos Jansen (ministerie Financiën)

Ministerie van Economische Zaken

- Dr. Ian Koetsier

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu – RIVM

- Dr. Mariken Tijhuis
- Ir. Guus Luijben

Maatschappelijke klankbordgroep

- Rob Baan
  CEO Koppert Cress
- Irene van den Berg
  Berg Journalistiek
- Memo Buijs
  Bestuurslid Nationale Jeugd Raad
- Amerik Klapwijk
  Adviseur Vakcentrale voor Professionals
- Jerzy Soetekouw
  Directeur Humanitas
- Anthony Stigter
  VNO-NCW
- Aart Jan van Triest
  PPM Consulting
- Frederieke Vriends
  Directeur MIND Us

Groep van internationale experts

- Prof. dr. Laura Schmidt (University of California, San Francisco, California, Verenigde Staten)
- Prof. dr. Lisa Bero (University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, Colorado, Verenigde Staten)
- Dr. Benjamin Wood (Deakin University, Geelong, Australië)

Secretariaat TWG

ZonMw Preventie

- Drs. Jet Goppel, secretaris Kennisplatform Preventie & TWG, senior programmamanager
- Drs. Kübra Yurt, secretariaat Kennisplatform Preventie & TWG, programmasecretaris

Opdrachtgever

- Kennisplatform Preventie

Bijlage C. Systeemperspectief en aanpak

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet hoe de TWG vanuit een systeemperspectief is gekomen tot de kennisagenda voor commerciële determinanten van gezondheid (CDoH). Het beschrijft de gehanteerde aanpak, de keuzes die daarbij zijn gemaakt en de belangrijkste analytische bouwstenen van de systeemanalyse. Dit hoofdstuk biedt daarmee het samenhangende overzicht dat nodig is om de vertaalslag naar de kennisagenda te begrijpen.

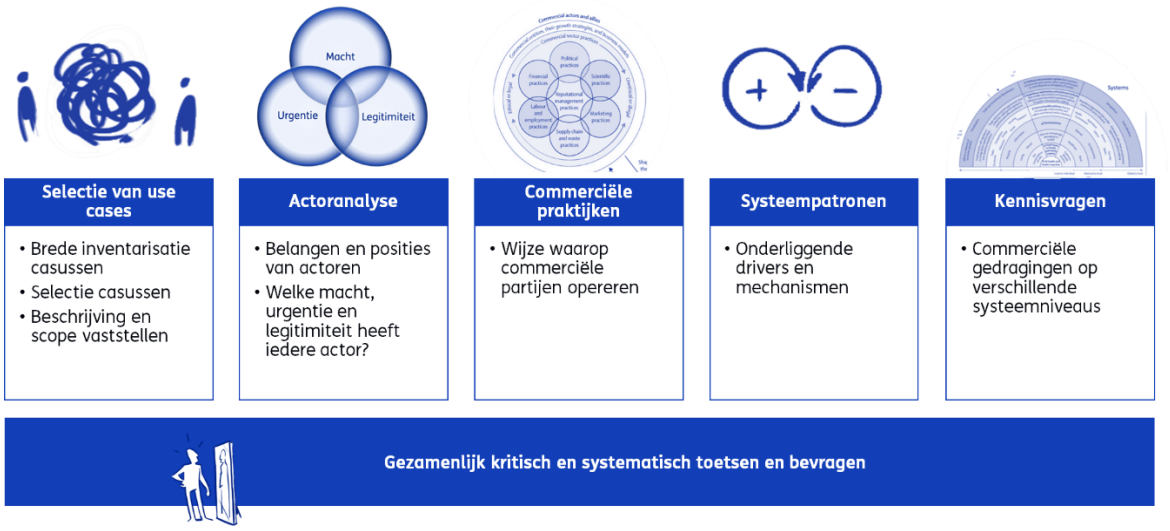
C.1 Overzicht van de analysekaders en onderdelen

De systeemanalyse geeft inzicht in de wijze waarop commerciële determinanten van gezondheid doorwerken binnen het Nederlandse gezondheidssysteem en aanpalende beleidsdomeinen, en om te identificeren waar relevante kennishiaten bestaan. Daarbij is bewust gekozen voor een systeemgerichte benadering, waarin niet één product, sector of actor centraal staat, maar juist de interactie tussen commerciële prikkels, institutionele kaders, actoren en maatschappelijke context.
De systeemanalyse heeft **een verkennend en signalerend karakter. Het betreft geen uitputtende analyse en geen evaluatie van bestaand beleid.** De analyse is bedoeld om mechanismen, patronen en spanningsvelden zichtbaar te maken die richtinggevend zijn voor kennisontwikkeling en beleidsafwegingen. **Figuur C.1** geeft een overzicht van de samenhangende onderdelen van de systeemanalyse en fungeert als leeswijzer voor dit hoofdstuk.
De aanpak bestaat uit:

- Een casusgerichte verkenning;
- Actoranalyse (macht, legitimiteit en urgentie);
- Duiding van commerciële praktijken;
- Analyse van werkingsmechanismen en systeempatronen;
- De vertaalslag naar kennisvragen.

Deze onderdelen zijn niet lineair doorlopen, maar iteratief gebruikt: inzichten uit de verschillende analyses zijn steeds in samenhang besproken en aangescherpt tijdens de TWG-bijeenkomsten. Uiteindelijk zijn alle bouwstenen geïntegreerd in één systeemaanpak, waaruit de verschillende clusters van kennisvragen zijn gedestilleerd.

Figuur C.1 *Overzicht van de samenhangende onderdelen van de systeemanalyse. De figuur geeft de belangrijkste stappen en bouwstenen van de systeemanalyse weer. De analyse start met de selectie en afbakening van casussen, gevolgd door een actoranalyse (macht, legitimiteit en urgentie), een duiding van commerciële praktijken binnen de casussen en een analyse van onderliggende systeempatronen en mechanismen. De inzichten uit deze bouwstenen worden vervolgens samengebracht en vertaald naar kennisvragen. De stappen zijn indicatief voor de gevolgde werkwijze, maar zijn in de praktijk iteratief toegepast en in samenhang besproken en aangescherpt. De figuur fungeert daarmee als leeswijzer voor de opbouw van de systeemanalyse.*



C.2 Casusgerichte benadering: inzoomen en uitzoomen

Om het systeemperspectief concreet te maken, heeft de TWG gewerkt met een casusgericht aanpak. De bijeenkomsten met de TWG vormden hierin de ruggengraat, aangevuld met tussentijdse inzichten en feedback van andere experts en betrokkenen (zie paragraaf Totstandkoming advies).
De TWG heeft daarbij afwisselend **ingezoomd** op concrete casussen om werkingsmechanismen, actoren en commerciële praktijken inzichtelijk te maken; en **uitgezoomd** om vanuit theoretische kaders casusoverstijgende patronen, systemische spanningen en bredere kennisvragen te identificeren.
Er is bewust niet gekozen voor een focus op de ‘big four’ industrieën (tabak, alcohol, ongezonde voeding en fossiele brandstoffen). Hoewel deze sectoren een grote bijdrage leveren aan de ziektelast, is deze analyse gericht op het begrijpen van onderliggende mechanismen en systeemdynamieken, en niet op specifieke sectoren. In lijn met de selectiecriteria (Bijlage C) is daarom gekozen voor casussen die variatie bieden in sectoren, typen vraagstukken en vormen van commerciële beïnvloeding, en die relevant zijn voor de Nederlandse context.
De systeemanalyse van de casussen is nadrukkelijk *ondersteunend* aan het proces van het formuleren van kennisvragen en dient ook in die context te worden beschouwd. De analyses per casus – zoals opgenomen in de **Bijlagen F, G en H** zijn een momentopname (vierde kwartaal van 2025), bevatten expertinschattingen en zijn niet compleet of volledig gevalideerd. Zij dienen ter

illustratie van het functioneren van hoe bredere maatschappelijke, economische en beleidsmatige systemen doorwerken in gezondheid en gezondheidssystemen. Deze analyses zijn gebruikt om een aantal bevindingen uit af te leiden die aanleiding geven voor specifiekere kennisvragen.

C.3 De analytische bouwstenen van de systeemanalyse

- **Selectie van casussen**

  Er zijn drie casussen geselecteerd: 1) ongezonde voeding, 2) social media en 3) commerciële zelf-diagnostiek. Deze casussen bestrijken gezamenlijk een breed spectrum aan commerciële sectoren, typen producten en diensten en vormen van beïnvloeding. Daarnaast typeren deze drie casussen goed het spanningsveld wat commerciële determinanten van gezondheid kenmerkt. Op zichzelf zijn voeding, social media, en commerciële diagnostiek niet per definitie schadelijk, maar zowel overmatig gebruik als de presentatie ervan als gezond alternatief – bijvoorbeeld bij ongezonde voeding – kunnen negatieve gezondheidseffecten hebben. De definities en selectiecriteria van de casussen zijn nader uitgewerkt in **Bijlage E**.

- **Actoranalyses**

  Met behulp van een actoranalyse is verkend welke publieke, private en maatschappelijke partijen betrokken zijn, welke rollen zij vervullen en hoe macht, legitimiteit en urgentie zijn verdeeld. Dit maakt zichtbaar waar besluitvorming plaatsvindt en waar mogelijke lacunes bestaan in sturing of tegenmacht. De uitwerking per casus is opgenomen in **Bijlagen F, G en H**.

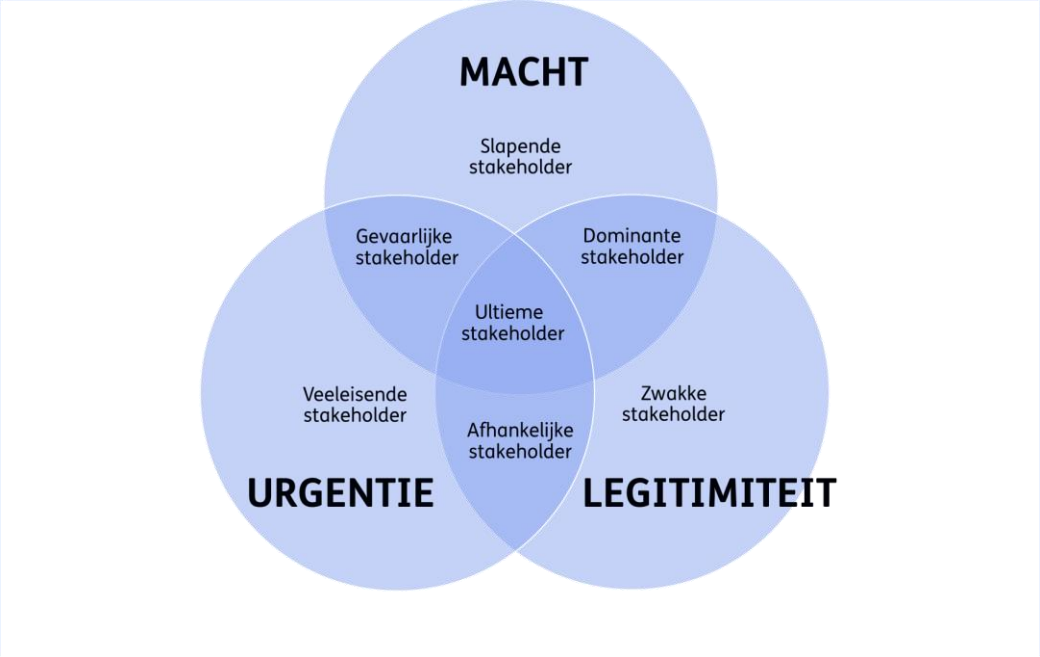
  Toelichting salience model

  Voor de duiding van posities van actoren is gebruik gemaakt van het *salience*[24]. Dit model onderscheidt actoren op basis van drie kenmerken:
  (1) **macht** de mate waarin een actor invloed kan uitoefenen,
  (2) **legitimiteit** de mate waarin betrokkenheid als passend of gerechtvaardigd wordt gezien en de actor een stem heeft en
  (3) **urgentie** de mate waarin een probleem belangrijk is en direct aandacht vraagt.

  Actoren die op meerdere van deze dimensies sterk scoren, hebben doorgaans een grotere invloed op besluitvorming. Het model helpt daarmee om zichtbaar te maken welke partijen bepalend zijn in het systeem en waar mogelijke onevenwichtigheden optreden. **Figuur C.2** geeft een schematische weergave van het *salience model* en de positie van actoren langs bovenstaande drie dimensies.

[24] Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). *Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts*. Academy of Management Review, 22(4), 853–886. https://doi.org/10.5465/amr.1997.9711022105

Figuur C.2 *Het salience model van Mitchell et al. (1997), waarin actoren worden gepositioneerd op basis van macht, legitimiteit en urgentie. De drie cirkels representeren deze afzonderlijke dimensies. De overlappende (donkerdere) vlakken geven combinaties van dimensies weer en corresponderen met verschillende typen stakeholders (bijv. dominant, afhankelijk, gevaarlijk). Het centrale, meest overlappende gebied (donkerst) duidt actoren aan die alle drie de dimensies bezitten en daarmee de grootste invloed hebben op besluitvorming (ultieme stakeholders).*

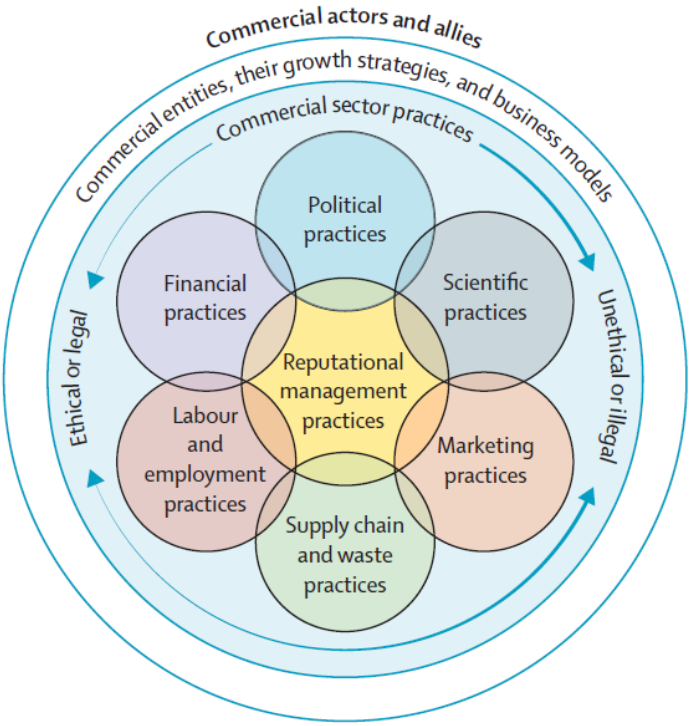


- **Commerciële praktijken**

  Na de actoranalyse is per casus gekeken naar de manieren waarop betrokken actoren in de praktijk handelen om hun positie en verdienmodel te realiseren en te versterken. Deze commerciële praktijken zijn gebruikt als analytische ingang om zichtbaar te maken hoe onderliggende systeempatronen in de praktijk tot uiting komen. Commerciële praktijken zijn de manieren waarop bedrijven handelen om hun verdienmodel te realiseren en te versterken, bijvoorbeeld via marketing, lobby, kennis beïnvloeding, en financiële strategieën (**Figuur C.3**). Door commerciële praktijken niet geïsoleerd, maar in samenhang te analyseren, werd inzichtelijk dat gezondheidseffecten niet primair het gevolg zijn van losse keuzes of ‘slechte actoren’, maar van terugkerende manieren van handelen die binnen uiteenlopende casussen herkenbaar zijn. De analyse van commerciële praktijken maakte daarmee zichtbaar via welke routes commerciële invloed doorwerkt en bood tegelijkertijd een brug naar een volgende analysetap: het identificeren van de bredere patronen en mechanismen waarbinnen deze praktijken zijn ingebed.

  Op basis van de drie casussen zijn zowel casus specifieke als casusoverstijgende patronen en voorbeelden van commerciële praktijken geduid.

Figuur C.3. *Typen commerciële praktijken in het Gilmore-model. De figuur laat zien hoe commerciële actoren en hun bondgenoten via samenhangende praktijken—politiek, wetenschappelijk, financieel, marketing-, arbeids- en ketenpraktijken—handelen binnen bredere groeistrategieën en verdienmodellen. Reputatiemanagement staat centraal als verbindend element dat deze praktijken legitimeert en ondersteunt. (uit: Gilmore et al., 2023).*



- **Onderliggende systeempatronen**
  De analyse van commerciële praktijken liet zien dat deze praktijken niet op zichzelf staan, maar vaak onderdeel zijn van bredere, terugkerende patronen. Om deze patronen te duiden, is vervolgens gekeken naar de onderliggende systeemdynamieken die verklaren waarom bepaalde commerciële praktijken hardnekkig zijn, zich herhalen en zich in verschillende sectoren in vergelijkbare vormen manifesteren.

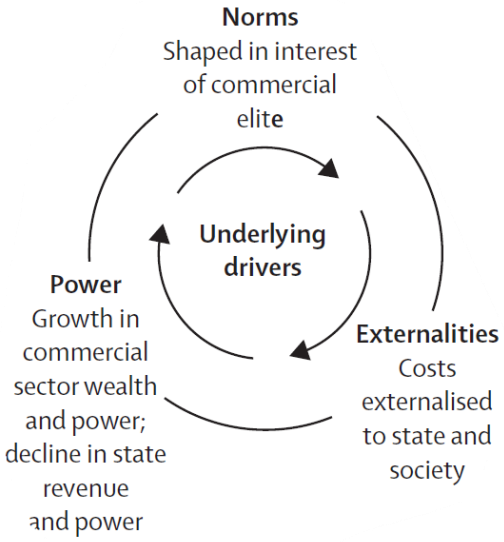
  Voor deze stap is gebruik gemaakt van het raamwerk van Gilmore et al., dat inzicht biedt in hoe commerciële praktijken zich kunnen ontwikkelen tot zelfversterkende systeempatronen. Dit model beschrijft hoe verschillende mechanismen – met name externaliteiten, macht en maatschappelijke normen – elkaar beïnvloeden en versterken (**Figuur C.4**). Externaliteiten zijn hierbij de maatschappelijke kosten of baten van economische activiteiten die niet worden gedragen door de veroorzakende partij, maar door anderen in de samenleving of bij de overheid terechtkomen.

  Ziekmakende producten en praktijken genereren vaak private winsten, terwijl de maatschappelijke kosten - zoals productiviteitsverlies door ongezondheid, zorguitgaven, milieuschade, privacy schendingen en sociale zekerheidskosten – collectief worden gedragen. Deze private winsten

versterken de economische en daarmee politieke macht van de betrokken commerciële partijen. Wanneer deze macht wordt ingezet voor marketing en lobby, kunnen maatschappelijke normen zodanig verschuiven dat het minder zichtbaar wordt dat de kosten collectief worden gedragen terwijl de baten privaat zijn.

Tegelijkertijd kan de handelingsruimte van overheden en toezichthouders afnemen, bijvoorbeeld wanneer beleid zich vooral richt op symptoombestrijding in plaats van op de onderliggende oorzaken. Zo kunnen onderliggende systeempatronen ontstaan of in stand blijven. De analyse van deze patronen helpt daarmee om voorbij afzonderlijke casussen te kijken en zicht te krijgen op structurele mechanismen die relevant zijn voor kennisontwikkeling en beleidsafwegingen.

Figuur C.4. *Zelfversterkende cyclus van onderliggende systeempatronen in het Gilmore-model: dominante normen, het externaliseren van maatschappelijke kosten en toenemende commerciële macht versterken elkaar en houden ziekmakende commerciële praktijken structureel in stand (uit: Gilmore et al., 2023).*



- **Systeemniveaus**

Het Gilmore-model onderscheidt meerdere samenhangende systeemniveaus waarlangs commerciële determinanten doorwerken naar gezondheid, van het politiek-economische systeem en beleidskaders tot leefomgevingen en gezondheidsuitkomsten. Om deze meerdere lagen hanteerbaar te maken voor analyse en vorming van de kennisagenda, zijn de zes niveaus samengevoegd tot drie analytische hoofdniveaus (**Figuur C.5):**

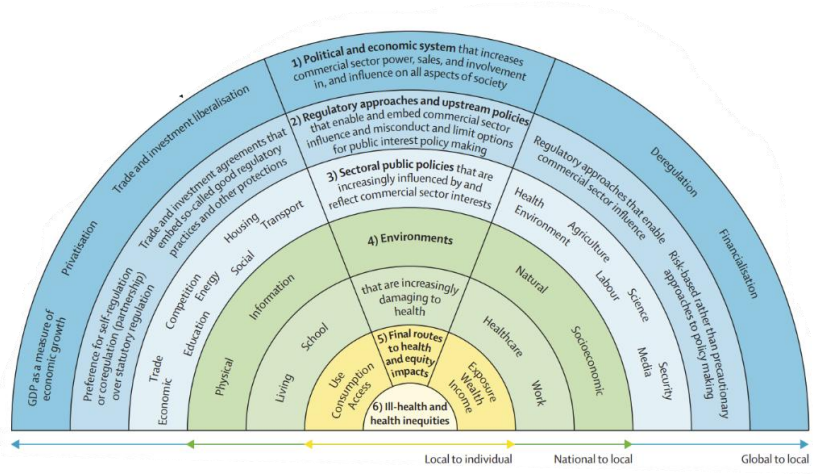
A. Routes naar gezondheidseffecten: consumptie, blootstelling en toegang, en de daaruit voortvloeiende ziekte en gezondheidsongelijkheid.
B. Beleid en leefomgeving: sectorale beleidskeuzes en leef- en informatieomgevingen waarin blootstelling aan commerciële praktijken plaatsvindt.

C. Systeem en spelregels: politiek-economische structuren, beleidslogica's en bestuurlijke structuren die commerciële gezondheidsinvloed mogelijk maken of begrenzen.

Deze driedeling is toegepast om per casus, en overkoepelend, te bepalen waar kennishiaten bestaan. Daarnaast geeft de driedeling ook al een idee over de complexiteit en schaal van mogelijk interventies. Interventies op niveau C (routes naar gezondheidseffecten) zijn vaak concreter en eenvoudiger te implementeren, maar hebben vaak een beperkter en minder duurzaam effect. Interventies op niveau A zijn complexer omdat zij ingrijpen in politieke en economische structuren, maar hebben potentieel een grotere en duurzamere impact op de onderliggende determinanten van gezondheid.

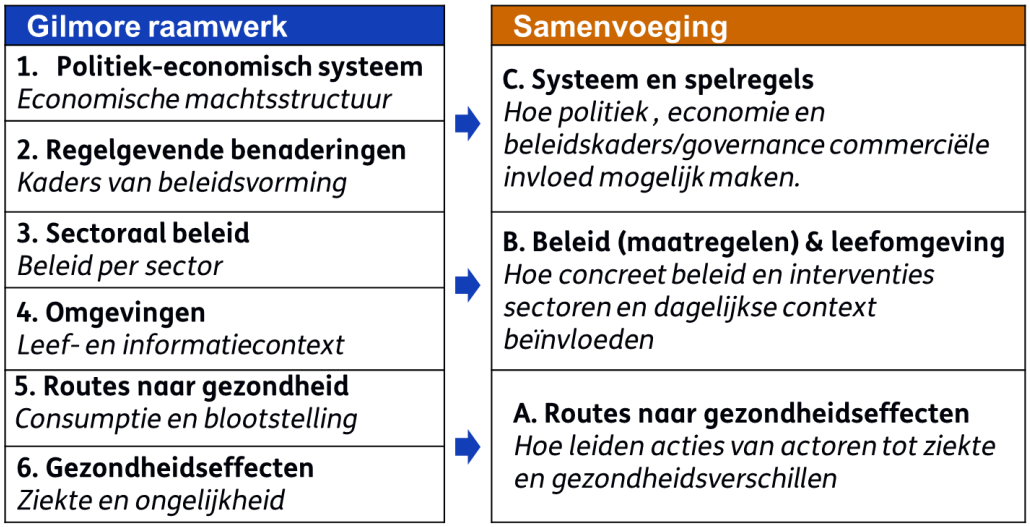
Figuur C.5 *Vereenvoudiging van de systeemniveaus van het Gilmore-model[25]. a) De hemisferische weergave toont de zes oorspronkelijke systeemniveaus van het Gilmore raamwerk en hun onderlinge samenhang. b) De tabel geeft links de oorspronkelijke zes niveaus weer (in Nederlandse termen) en rechts de clustering in drie analytische hoofdniveaus: (A) routes naar gezondheidseffecten, (B) beleid (maatregelen) en leefomgeving en (C) systeem en spelregels. Met 'systeem en spelregels' wordt verwezen naar kaders die bepalen hoe en welke beleidskeuzes tot stand komen. De figuur illustreert hoe commerciële determinanten op verschillende niveaus doorwerken naar gezondheid, waarbij ingrijpen op hogere niveaus (B-C) complexer is maar potentieel een groter en duurzamer effect heeft dan interventies dichter bij gezondheidsuitkomsten.*

a.



[25] Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, Demaio S, Erzse A, Freudenberg N, Friel S, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet* (2023) 401:1194–1213. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00013-2

b.


Gilmore raamwerk
1. Politiek-economisch systeem
Economische machtsstructuur
2. Regelgevende benaderingen
Kaders van beleidsvorming
3. Sectoraal beleid
Beleid per sector
4. Omgevingen
Leef- en informatiecontext
5. Routes naar gezondheid
Consumptie en blootstelling
6. Gezondheidseffecten
Ziekte en ongelijkheid
Samenvoeging
C. Systeem en spelregels
Hoe politiek , economie en beleidskaders/governance commerciële invloed mogelijk maken.
B. Beleid (maatregelen) & leefomgeving
Hoe concreet beleid en interventies sectoren en dagelijkse context beïnvloeden
A. Routes naar gezondheidseffecten
Hoe leiden acties van actoren tot ziekte en gezondheidsverschillen

Bijlage D. Casusselectie voor systeemanalyse

D.1 Aanpak

Voor het uitvoeren van een systeemanalyse naar commerciële determinanten van gezondheid (CDoH) is gekozen voor een casusgerichte benadering. Door het analyseren van zorgvuldig geselecteerde casussen kunnen de verschillende aspecten, werkingsmechanismen en dynamieken van commerciële invloeden op gezondheid in kaart worden gebracht. Deze aanpak maakt het mogelijk om zowel generieke patronen als sectorspecifieke praktijken te identificeren, en om handelingsperspectieven voor Nederlandse actoren te verkennen.

D.2 Opstellen van selectiecriteria

Op basis van literatuur en discussies met de TWG zijn de volgende zes selectiecriteria vastgesteld:

1) **Epidemiologische relevantie:** Geschikte casussen betreffen vraagstukken waarvoor betrouwbare epidemiologische data beschikbaar zijn, én naar vraagstukken waarbij de cijfers minder eenduidig zijn maar de potentiële impact op de volksgezondheid groot kan zijn. Dit criterium zorgt ervoor dat zowel goed gedocumenteerde als minder onderzochte, maar mogelijk urgente, thema's kunnen worden meegenomen.
2) **Aansprekendheid/bekendheid over commerciële invloed:** De casus is aansprekend voor een breed (beleids)publiek. Dit criterium omvat zowel casussen waarbij de impact breed bekend is en veel publieke en beleidsmatige aandacht krijgt, als casussen waarbij deze invloed minder zichtbaar is en de link met gezondheid minder vaak wordt gelegd.
3) **Breed scala aan commerciële praktijken:** De geselecteerde casussen omvatten gezamenlijk alle aspecten van de 7 verschillende kernactiviteiten met (in)directe gezondheidsimpact zoals in **Bijlage C** besproken, van 'politieke lobby' tot 'supply chain and waste management', met reputatiemanagement als gemene deler, volgens het kader van Gilmore et al. 2023 (zie **Figuur C.3**).
4) **Breed scala aan type vraagstukken:** De casussen beslaan gezamenlijk de verschillende invalshoeken:
    - Gezondheid schadende producten/diensten (producten of praktijken die direct kunnen bijdragen aan gezondheidsschade);
    - Gezondheids-essentiële producten/diensten (producten en diensten die juist nodig zijn voor gezondheid en zorg, maar waar commerciële prikkels ook risico's kunnen introduceren);
    - Casussen waarin instituties een rol spelen (de regels, beleidskaders en organisaties die bepalen hoe markten en gedrag worden gestuurd en daarmee indirect gezondheid beïnvloeden).

5) **Variatie in individueel gedrag en systeeminvloeden:** De casussen variëren in de mate waarin individueel gedrag en systeeminvloeden een rol spelen. Dit betekent dat ze verschillen in de mate waarin individuen hun gedrag kunnen aanpassen en de mate waarin de omgeving hierop van invloed is.
6) **Nederlandse handelingsperspectief:** De casussen bieden aangrijpingspunten voor Nederlandse actoren (overheden, bedrijven, kennisinstellingen en inwoners) om acties te ondernemen die van invloed zijn op de casus.

D.3 Toepassing van criteria en selectieproces

De TWG heeft in een brainstormsessie potentiële casussen besproken en deze getoetst aan de vastgestelde criteria. Hierbij is gestreefd naar een combinatie van meer en minder bekende casussen, variatie in sectoren en een goede afdekking van de verschillende commerciële praktijken en vraagstukken. De casussen zijn niet alleen gekozen op basis van wetenschappelijke relevantie, maar ook op basis van hun potentieel om beleidsvragen en kennisvragen te genereren die aansluiten bij de Nederlandse context.

D.4 Geselecteerde casussen

Na afweging zijn de volgende casussen geselecteerd:

- Ongezonde voeding (met name ultrabewerkt voedsel dat aanzet tot overconsumptie (hyperpalatable))
- Social media (met nadruk op mentale gezondheid, marketing, verslaving, jongeren)
- Commerciële diagnostiek, zoals zelftests en preventieve scans

De drie casussen zijn geselecteerd op basis van de vastgestelde criteria (D.2), met het doel gezamenlijk een breed en complementair beeld te geven van commerciële determinanten van gezondheid. Ongezonde voeding (met nadruk op hyperpalatable voedsel) en sociale media zijn gekozen vanwege hun hoge maatschappelijke en beleidsmatige zichtbaarheid, terwijl tegelijkertijd ook relevante onzekerheden bestaan over de precieze aard en omvang van de gezondheidseffecten. Commerciële diagnostiek voegt hieraan een casus toe waarbij gezondheidswinst en gezondheidsrisico's nadrukkelijk naast elkaar bestaan en de rol van commerciële prikkels minder zichtbaar is.

Gezamenlijk beslaan de casussen een breed spectrum aan epidemiologische evidentie (van goed onderbouwd tot onzeker maar potentieel impactvol), variëren zij in zichtbaarheid van commerciële invloed en de mate van publieke discussie, en dekken zij verschillende typen vraagstukken en commerciële praktijken af. Daarnaast bieden alle drie de casussen concrete aanknopingspunten voor handelingsperspectief binnen de Nederlandse beleidscontext.

Bijlage E. Systeemanalyses – resultaten over casussen heen

In dit hoofdstuk staan de bevindingen – over de casussen heen – van de door de TWG uitgevoerde systeemanalyses en geven we voorbeelden van hoe de bevindingen zijn vertaald naar kennisvragen.

E.1 Actoranalyse

In **Bijlagen F, G en H** geven we per casus een casusbeschrijving en een overzicht van de belangrijkste actoren en de expert-inschatting van de urgentie, macht en legitimiteit (gebaseerd op het *Salience model*) van deze actoren ten aanzien van het desbetreffende vraagstuk. Deze bijlage omvat naast de inhoudelijke inzichten ook een toelichting op de aanpak en uitvoering van de actoranalyse.

Uit de drie actoranalyses komen de volgende rode draden naar voren: 1) een aantal commerciële partijen heeft veel macht en voelt tegelijkertijd weinig prikkels om gezondheidsschade te verminderen, 2) overheden hebben hoge legitimiteit maar lijken nog onvoldoende urgentie te voelen of doorzettingskracht te tonen waar het gaat om commercie gedreven gezondheidsschade, en 3) ontbreekt het in alle casussen aan een zogenaamde “ultieme stakeholder” waar macht, urgentie én legitimiteit samenkomt. Hieronder bespreken we deze punten in meer detail.

Ten eerste, is de expertinschatting dat in alle casussen een aantal commerciële partijen veel macht heeft en tegelijkertijd weinig prikkels krijgt om gezondheidsschade te verminderen. Integendeel, voor voedingsbedrijven en social mediabedrijven kan het juist een competitief nadeel opleveren om hun producten gezonder te maken. Dit betekent immers vaak dat er minder voeding en social media ‘geconsumeerd’ zal worden. Hoewel aanbieders van medische zelfdiagnostiek mogelijk prikkels ervaren om betere/gezondere producten te leveren om marktdominantie te ontwikkelen of behouden, hoeft dat niet het geval te zijn wanneer er weinig concurrentie is.

Ten tweede, overheden hebben hoge legitimiteit maar lijken nog onvoldoende urgentie te voelen of doorzettingskracht te tonen waar het gaat om commercie gedreven gezondheidsschade. Burgers en het maatschappelijke middenveld lijken daarnaast weinig echte invloed te hebben, omdat hun belangen, interesses en kennisbasis sterk verschillen. In deze huidige situatie zijn burgers, maatschappelijke organisaties en overheden daardoor onvoldoende in staat om tegenwicht te bieden aan de sterke en goed georganiseerde invloed van commerciële partijen, maar worden burgers wel verantwoordelijk gehouden als er gezondheidsschade (dreigt) te ontstaan. Dit blijkt bijvoorbeeld uit overtuigingen als ‘wat je eet is een eigen keuze’, ‘ouders moeten toezicht houden op social media gebruik’, of ‘mensen kunnen zelf inschatten welke diagnostiek nodig is en wanneer diagnose-expansie problematisch wordt’.

Als laatste ontbreekt in alle casussen een zogenaamde “ultieme stakeholder” waar macht, urgentie én legitimiteit samenkomt. Er is een scheve machtsverhouding waarbij commerciële partijen vaak een

sterk en eensgezinds belang hebben om de huidige situatie te behouden, terwijl maatschappelijke tegenkrachten minder goed georganiseerd zijn. Daardoor voelen overheidsorganisaties minder druk om echt door te pakken.

De macht van commerciële partijen verschilt sterk

De analyses van de casussen laten zien dat de macht van commerciële partijen sterk varieert en niet uniform is binnen sectoren. Relevant is daarbij het onderscheid tussen de potentiële macht die actoren binnen het politiek-economische systeem kunnen verwerven, de feitelijke macht waarover zij beschikken en de mate waarin deze macht actief wordt ingezet. Deze variatie hangt samen met kenmerken zoals schaalgrootte, markt- en ketenmacht, financierings- en governancestructuren, en met de effectiviteit van juridische en beleidsmatige kaders.

Voorbeeld: In de casus ongezonde voeding is zichtbaar dat een deel van de transnationale voedingsmiddelenproducenten opereert vanuit een verdienmodel waarin groei, omzet en aandeelhouderswaarde centraal staan. Deze financiële en organisatorische prikkels kunnen bijdragen aan strategieën die consumptie stimuleren, bijvoorbeeld via productontwikkeling (zoals het optimaliseren van smaak, gemak en aantrekkelijkheid), marketing en marktuitbreiding. Dergelijke strategieën kunnen, afhankelijk van de productcategorie en context, ongunstige effecten hebben op voedingspatronen en daarmee op de volksgezondheid.
Tegelijkertijd is het beeld niet eenduidig. Grote voedingsmiddelenbedrijven opereren vaak in complexe internationale waardeketens en hebben brede productportfolio's, waarin zowel gezondere als minder gezonde producten voorkomen, vaak onder verschillende merknamen. Dit maakt het lastig om verantwoordelijkheid eenduidig toe te wijzen en om deze bedrijven als één homogene categorie te beschouwen. Binnen één en hetzelfde concern kunnen verschillende businessmodellen, prikkels en gezondheidsimpacten naast elkaar bestaan.
De context waarin deze bedrijven opereren speelt eveneens een belangrijke rol. Regulering en handhaving richten zich traditioneel sterk op voedselveiligheid en acute gezondheidsrisico's, en in mindere mate op langetermijneffecten van consumptiepatronen. Voorbeelden hiervan zijn beperkingen in de naleving en handhaving van marketingregels, zoals rond reclame gericht op kinderen via digitale kanalen. Hierdoor kan een situatie ontstaan waarin prikkels om consumptie te stimuleren sterker zijn verankerd dan prikkels om gezondheidseffecten op de lange termijn te beperken.
Daarnaast verschillen bedrijven sterk in schaalgrootte en marktmacht. Met name grote, internationaal opererende producenten beschikken over middelen en invloed om consumptiepatronen en marktdynamiek te sturen, onder andere via marketingkracht, distributienetwerken en productportfolio's. Tegelijkertijd opereren kleinere en lokale producenten onder andere voorwaarden en met andere prikkels. Deze variatie maakt dat de relatie tussen commerciële drijfveren en gezondheidseffecten niet uniform is, maar zich uitstrekt over een spectrum, waarbij de grootste spelers vaak een disproportionele invloed hebben.

Deze inzichten hebben inspiratie gegeven voor het cluster kennisvragen, zoals:

- Hoe wordt de gezondheidsimpact van producten, diensten en productieprocessen beïnvloed door concurrentiedruk, marktmacht, ketenposities en corporate governance, en hoe varieert dit tussen internationale en lokale markten?
- Welke actoren oefenen invloed en controle uit binnen commerciële sectoren met gezondheidsimpact en welke rollen spelen verschillende typen financiers en investeerders daarin?
- In hoeverre zijn vormen van governance en regulerings- en prikkelmechanismen toereikend om negatieve gezondheidseffecten van commerciële activiteiten te adresseren, en welke samenhangende mix van instrumenten is nodig?

De legitimiteit van consumenten is hoog maar hun macht is beperkt

Uit de casusanalyses blijkt dat consumenten in alle drie de casussen een hoge legitimiteit hebben als belanghebbende, maar in de praktijk weinig effectieve macht hebben om gezondheidsschade te voorkomen of te beperken. Tegelijkertijd wordt de verantwoordelijkheid voor het omgaan met potentiële gezondheidsschade veelal bij consumenten neergelegd.

Voorbeeld: In de casus social media zijn er zorgen over het social media gebruik van jongeren. Er wordt verwacht dat ouders en jongeren zelf het gebruik en de risico's beheersen, terwijl zij beperkt zicht hebben op algoritmische sturing, blootstelling aan schadelijke content en datagebruik. Tegelijkertijd wordt individuele beperking van gebruik bemoeilijkt door groepsdruk en sociale afhankelijkheid. Dit roept vragen op over de mate waarin sprake is van een reële vrije keuze en welke actor primair verantwoordelijk is voor preventie en bescherming. Zorgen over de gezondheidseffecten van social media kan leiden tot een gevoel van machteloosheid bij ouders, scholen, en vanuit de zorg en daarmee tot overhaaste beleidsreacties waarvan de mogelijke bijeffecten onvoldoende zijn doordacht.

Deze inzichten hebben inspiratie gegeven voor de volgende, exemplarische kennisvragen die ingaan op de spanning tussen hoge legitimiteit van consumenten en hun beperkte handelingsruimte:

- Hoe kan een proportionele vertegenwoordiging van belangen worden georganiseerd bij volksgezondheidsproblemen waarbij commerciële partijen belang hebben bij het voortbestaan ervan, en wat valt te leren van eerdere maatschappelijke veranderingen?
- Welke maatregelen vergroten het vermogen van overheden, politici en burgers om wetenschappelijk onderzoek en data te interpreteren, en commerciële claims kritisch te beoordelen?
- Welke communicatiestrategieën en -instrumenten zijn effectief om inzicht in en betrokkenheid bij commerciële determinanten van gezondheid te vergroten bij verschillende doelgroepen?

De urgentiebeleving en de sturingsmogelijkheden van overheden

Ministeries, provincies en gemeenten verschillen sterk in de mate waarin zij de problematieken, zoals geschetst in de casussen, als urgent lijken te ervaren. Hoewel overheden gezamenlijk een breed palet aan sturingsmogelijkheden hebben, zijn deze bevoegdheden verspreid over meerdere bestuurslagen: ministeries sturen via wet- en regelgeving, provincies via ruimtelijk-economische beleid en regionale samenwerking, en gemeenten via de lokale leefomgeving en uitvoering. Deze verdeling over niveaus en domeinen maakt integrale sturing niet vanzelfsprekend, Toezichthouders hebben in potentie veel macht maar alleen wanneer zij beschikken over een duidelijk mandaat, maar oefenen hun rol in de praktijk veelal reactief uit.

Voorbeeld: In de casus social media maken gemeenten zich vanuit hun jeugdzorg-taak zorgen over de mogelijke afname van de mentale gezondheid van jongeren en daarmee toenemende zorgvraag. Zij ervaren problemen zonder deze al hard aan elkaar te kunnen koppelen (hoe zorgvraag en social media gebruik elkaar beïnvloeden is nog onderwerp van studie). De belangrijkste instrumenten om de praktijken van internationale social mediabedrijven te reguleren liggen nu op Europees niveau. Dit voorbeeld laat zien dat beleidscoherentie over verschillende lagen overheden van belang is.

Dit inzicht heeft inspiratie gegeven voor het cluster kennisvragen over de rollen van overheden (en haar toezichthouders) en bevoegdheden van de verschillende overheden, zoals:

- Welke beleidsinstrumenten en reguleringsstrategieën zijn effectief of kansrijk binnen verschillende sectoren om marktmechanismen te sturen richting gezondheidsbevordering op verschillende bestuurlijke niveaus (gemeenten, provincies, nationaal, supranationaal), rekening houdend met hoe bedrijven op dit beleid anticiperen en erop reageren?
- In hoeverre is beleid dat CDoH raakt in kaart gebracht, en hoe zijn afstemming en verdeling van verantwoordelijkheden tussen departementen en bestuurslagen georganiseerd? Waar ontstaan daarbij spanningen, tegenstrijdigheden of onduidelijkheid?

E.2 Commerciële praktijken

Voor alle drie de casussen kunnen voorbeelden worden geïdentificeerd van alle commerciële praktijken (**Figuur C.3**) zoals benoemd in de Gilmore studie. Deze praktijken kunnen positief bijdragen aan de behoeften van commerciële, maatschappelijke als overheidspartijen. Deze praktijken kunnen ook bijdragen aan gezondheidsschade op korte of lange termijn. Het gaat hierbij vaak om praktijken die formeel vaak legaal zijn maar maatschappelijke schade kunnen toebrengen. De belangrijkste patronen gebaseerd op de drie casussen zijn:

- **Politieke praktijken:** Politieke beïnvloeding en lobby gericht op het voorkomen/verzwakken van gezondheidsbeschermende regulering.

- **Wetenschappelijke praktijken:** (Pseudo-)wetenschappelijke beïnvloeding van burgers en overheden door het financieren van eigen studies en door claims te financieren, bijvoorbeeld over de gezondheidsimpact van bepaalde producten, of door bestaande risico's te bagatelliseren.
- **Marketing:** Normaliseren en stimuleren van ongezond/problematisch gedrag (ongezond eten; eindeloos scrolgedrag; overmatig testen).
- **Productie-, keten- en afvalpraktijken:** Goedkope ongezonde bulkgrondstoffen, wat gezonde voedselproductie structureel minder aantrekkelijk maakt; milieulast van afvalverwerking van testmaterialen en verpakkingen).
- **Arbeidspraktijken** – Uitbuiting van de zwakke arbeidsmarktpositie van werknemers of blootstelling aan fysieke of psychische belasting (bijvoorbeeld bij contentmoderatie bij sociale mediabedrijven of productie in lageloonlanden met zwakkere arbeidswetgeving).
- **Financiële praktijken** – Benutten van fiscale constructies in binnen- en buitenland, het prioriteren van winstrationaliteit boven publieke waarden, en het aanbieden van financiële producten met gezondheidsrisico's (denk aan gokken en crypto-achtige producten die kunnen leiden tot schulden en daarmee samenhangende gezondheidsschade).
- **Reputatiemanagement** – CSR (corporate social responsibility) en positieve framing van maatschappelijke bijdrage (bv greenwashing door 'duurzame verpakkingen; of pinkwashing door screen-time tools, terwijl het verdienmodel gebaseerd op langdurig gebruik intact blijft), evenals het afleiden van aandacht door investeringen in ogenschijnlijk maatschappelijke activiteiten op andere terreinen (zoals sponsoring van goede doelen of het stimuleren van vrijwilligerswerk door personeel).

In alle casussen zien we voorbeelden van (vrijwel) alle commerciële praktijken, zie voor specifieke voorbeelden **Tabellen F.2, G.2** en **H.2** uit **Bijlagen F, G en H**. **De vraag is hiermee niet meer of dit in Nederland ook speelt maar vooral op welke wijze en in welke mate en hoe dit inzichtelijk te maken**.

Daarnaast zien we in de casussen dat deze praktijken elkaar versterken. Ook zijn de gedraging vaak niet vanuit één commerciële partij, maar een **keten van samenwerkende partijen.** Dit maakt dat de uitwerking hiervan krachtig kan zijn. Tegelijkertijd zien we in de casussen dat de tegenmacht elkaar nog niet versterkt. Zie voor specifieke voorbeelden onderstaande tekst box.

Verschillen in overheidsregulering:

- Het voorzorgsprincipe wordt in verschillende casussen verschillend toegepast door overheden. Zo zou vapen minder snel zo'n groot probleem zijn geworden bij proactievere regulering, terwijl het in andere domeinen, zoals geitenhouderijen, staalslakken, pesticiden en social media, een continu onderwerp van discussie blijft.
- De classificatie als (niet-) medisch hulpmiddel bepaalt aan welke validiteits- en producteisen een product moet voldoen. Commerciële zelftesten (zoals thuistesten waarbij gebruikers zelf een test uitvoeren en uitslag interpreteren, al dan niet met digitale ondersteuning) vallen vaak in een lichtere categorie. Hierdoor zijn de eisen aan onderbouwing en toetsing in sommige gevallen minder streng dan bij reguliere diagnostiek, wat gevolgen kan hebben voor de betrouwbaarheid en interpretatie van de uitkomsten.

Deze inzichten hebben inspiratie gegeven voor de volgende, exemplarische kennisvragen die verschillende typen commerciële praktijken afdekken:

- Via welke mechanismen werken bedrijfspraktijken direct en indirect door op keuzes, gedrag en gezondheid?
- Via welke mechanismen beïnvloeden commerciële partijen beleid dat gezondheid raakt? En hoe werken daarbij waarden- en overtuigingskaders en beleidsdiscoursen door?
- Op welke manieren blijven gezondheidsgerelateerde maatschappelijke kosten en baten op korte/lange termijn buiten bedrijfs- en investeringsbeslissingen, en welke rol spelen fiscale constructies daarbij?

E.3 Onderliggende systeempatronen

Voor de drie casussen hebben we in de casusbeschrijvingen de werkingsmechanismen geschetst. Uit deze analyses leren we dat het te simplistisch is om alleen te kijken naar het wel of niet 'consumeren' van commerciële producten of diensten. Of en in welke mate er gezondheidsschade ontstaat wordt veelal bepaald door een optelsom van gerelateerde factoren in het systeem. In de drie casussen zagen we de onderliggende systeempatronen die overeenkomen met de krachten die ook in de Gilmore studie werd geschetst (zie **Figuur C.4**)

Een centraal element in deze patronen is het ontstaan van maatschappelijke en gezondheidskosten die niet door commerciële partijen zelf worden gedragen, maar worden afgewenteld op burgers en de samenleving. Er zijn commerciële partijen die door een combinatie van praktijken mensen aanzetten tot het (over)consumeren van producten en diensten, terwijl regulering beperkt of gefragmenteerd is. Dit kan leiden tot gezondheidsklachten (zoals fysieke en mentale problematiek of een toename van zorgvragen) met als gevolg gezondheidsverlies, hogere zorgkosten, vergroting van gezondheidsverschillen, productiviteitsverlies en milieuschade. Aangezien deze effecten niet worden meegenomen in de prijs van het product maar voor rekening van de samenleving zijn, is er sprake van externaliteiten: de gevolgen van productie of consumptie (positief of negatief) worden niet volledig gedragen door de veroorzaker of de consument, maar slaan (deels) neer bij derden.
Binnen deze overkoepelende dynamiek zijn in de casussen verschillende deelpatronen te herkennen zoals beschreven in **Figuur C.4**:

Normen: Normalisering van ongezond of risicovol gedrag

- In alle drie de casussen speelt normalisering een belangrijke rol. Gedrag zoals het consumeren van ongezonde voeding, intensief gebruik van social media en het inzetten van diagnostische zelftesten wordt steeds meer als vanzelfsprekend en als niet/minder risicovol ervaren (de gedachte is: 'heel veel anderen doen dit ook'). Zo heeft de helft van de volwassenen in Nederland overgewicht waardoor we gewend zijn geraakt aan overgewicht, en is een treincoupé waarin mensen niet op hun telefoons zitten inmiddels ondenkbaar. Wanneer dergelijke fenomenen breed voorkomen, worden risico's als minder ernstig ingeschat en neemt het gevoel van urgentie af. Dit kan het maatschappelijk en politiek draagvlak verkleinen voor preventief beleid.

Macht: Verdringingsmechanismen

- De groei van commerciële sectoren kan leiden tot verschuivingen in middelen en capaciteit. Zo trekken commerciële aanbieders van diagnostiek medisch geschoold personeel aan, waardoor er minder personeel beschikbaar is in de reguliere zorg. Als commerciële partijen succesvoller worden, beschikken zij bovendien over meer middelen, kunnen zij hogere salarissen bieden en versterken zij zo hun positie. Ook op individueel niveau kunnen verdringingsmechanismen optreden, bijvoorbeeld wanneer langdurige blootstelling aan sterk gezoete, zoute en vetrijke producten leiden tot gewenning van het smaak- en beloningssysteem. Hierdoor verschuift de

smaakvoorkeur waardoor gezonde opties hun aantrekkingskracht verliezen. Daarnaast neemt ook de keuzevrijheid af, doordat *craving* en automatische voorkeuren het voedingsgedrag sturen.

Externaliteit: Versterking van gezondheidsverschillen:

- De gevolgen van commerciële praktijken raken bevolkingsgroepen niet gelijk. Mensen met meer financiële en sociale middelen hebben doorgaans betere toegang tot aanvullende zorg en diensten, terwijl groepen met een lagere sociaaleconomische positie (SEP) achterblijven. Dit kan bestaande gezondheidsverschillen vergroten. Zo bevinden ongezonde opties, zoals fastfood aanbieders, zich vaker in wijken met een lage SEP[26]. Dit soort mechanismen kan bijdragen aan het verder verdiepen van gezondheidsverschillen.

In de analyse van de casussen komen **terugkerende spanningsvelden** naar voren rond de rolverdeling tussen burgers, bedrijven en overheden en de vraag in hoeverre, en op welke manier, interventie gerechtvaardigd en effectief is. Deze spanningsvelden hangen samen met onderliggende systeempatronen—zoals normalisering van gedrag, verdringing door machtsverschillen en de ongelijke verdeling van kosten en baten—en worden mede gevormd door de mentale modellen (aannames, overtuigingen en verwachtingen) van waaruit verschillende partijen handelen. Voorbeelden hiervan zijn:

- Hoe worden nieuwe markten gecreëerd via aanbodgestuurde vraag naar (on)gezonde producten en praktijken? Welke mechanismen en terugkerende patronen zijn hierin te onderscheiden over sectoren en tijd en wat betekent dit voor tijdige beleidsreactie?
- Hoe wordt de gezondheidsimpact van producten, diensten en productieprocessen beïnvloed door concurrentiedruk, marktmacht, ketenposities en corporate governance, en hoe varieert dit tussen internationale en lokale markten?
- Welke commerciële praktijken dragen het meest bij aan gezondheidsverschillen, hoe variëren deze effecten tussen bevolkingsgroepen en aandoeningen, en welke factoren maken groepen kwetsbaarder of juist weerbaarder?

Voor het formuleren van kennisvragen is het van belang deze onderliggende systeempatronen te expliciteren aangezien deze bepalend zijn voor hoe zowel tegen opgaven als de oplossingsruimte wordt aangekeken. Daarom is er in deze kennisagenda ook expliciet aandacht voor de **meta-vragen** die reflecteren op hoe onderdelen van het huidige systeem nu zo zijn ingericht en die uitnodigen om na te denken over andere systeeminrichtingen.

[26] Van Erpecum, C.-P., van Zon, S., Bültmann, U., & Smidt, N. (2024). *Overgewicht hangt samen met aanwezigheid fastfoodrestaurants*. ESB, 109(4839), 500–502. https://esb.nu/overgewicht-hangt-samen-met-aanwezigheid-fastfoodrestaurants/
RIVM (2023). *Voedselverkooppunten in beeld: een inventarisatie van mogelijke indicatoren en databronnen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2023-0244.pdf
RIVM (2024). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV).* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv

Bijlage F. Systeemanalyse casus ongezonde voeding

In deze bijlage staan de systeemanalyses van de casus ongezonde voeding. In de eerste paragraaf beschrijven we de casus en de belangrijkste werkingsmechanismen die *kunnen* leiden tot gezondheidseffecten. Daarna volgt de actoranalyse en tot slot een overzicht van de commerciële praktijken.
NB: De systeemanalyses zijn gebaseerd op expert judgement en zijn niet uitputtend. De toelichting op de casusselectie en aanpak voor systeemanalyses staat in **Bijlage D**. Voor de juiste duiding en interpretatie van deze bijlage verwijzen we naar **Bijlage E** voor de casusoverstijgende inzichten en voor voorbeelden van hoe de bevindingen zijn vertaald naar kennisvragen.

F.1 Casusbeschrijving ongezonde voeding

Deze casus richt zich op ongezonde voeding in de vorm van hyperpalatable en/of ultrabewerkte producten. Het betreft voeding die enerzijds zodanig is samengesteld dat deze sterk inspeelt op smaak, geur en mondgevoel (hyperpalatable), en anderzijds vaak intensief industrieel is bewerkt (ultrabewerkt).

Hyperpalatable voeding kenmerkt zich doordat deze consumptie niet alleen aantrekkelijk maakt, maar actief stimuleert en het moeilijk kan maken om te stoppen met eten (‘dooreetvoeding’). Dit type producten wordt door producenten doelbewust ontwikkeld door slimme combinatie van aansprekende smaken, geuren en mondgevoel, veelal door een overvloed aan suiker, vet en/of zout. Het gaat niet alleen om ‘eten dat lekker snackt’, maar om eten dat je eetgedrag als het ware ‘hackt’: het beloningssysteem in de hersenen wordt sterk geactiveerd en kan het verlangen om door te eten toenemen, ook wanneer verzadiging al is bereikt. Voorbeelden zijn onder meer snoep, chips, pizza en fris- en energiedranken.

Een groot deel van deze producten valt daarnaast onder ultrabewerkte voeding: voedsel dat sterk industrieel bewerkt is. Dit eten is ontworpen om lang houdbaar, goedkoop en aantrekkelijk te zijn. Deze bevatten vaak weinig voedingswaarde en bestaan uit sterk bewerkte ingrediënten en additieven, zoals smaakversterkers, kleurstoffen, emulgatoren, kunstmatige aroma’s en geraffineerde suikers.

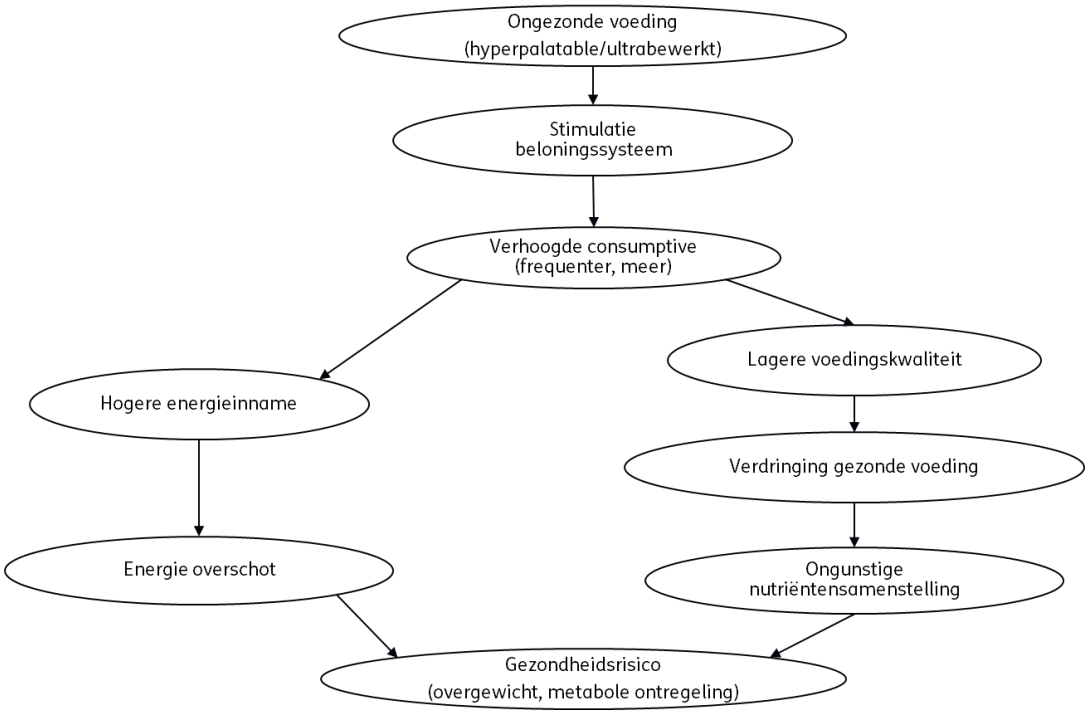
Hoewel de ontwikkeling van smakelijke voeding op zichzelf niet problematisch is en bij incidentele consumptie doorgaans geen directe gezondheidseffecten heeft, wijst onderzoek erop dat frequente consumptie van hyperpalatable en ultra bewerkte producten kan bijdragen aan een hogere totale energie-inname en een lagere voedingskwaliteit van het dieet. In dat geval kan sprake zijn van

verdringing, waarbij de consumptie van deze producten ten koste gaat van gezondere voedingsmiddelen[27,28]).

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat bepaalde sterk bewerkte en hyperpalatable producten zo zijn samengesteld dat zij het beloningssysteem in de hersenen stimuleren op een manier die samenhangt met verhoogde consumptie en, in sommige gevallen, kenmerken van verslavingsachtig eetgedrag vertonen[29,30]. Tegelijkertijd geldt dat de mate waarin daadwerkelijk sprake is van 'voedselverslaving' onderwerp is van wetenschappelijke discussie en nadere duiding vraagt.

In deze casus wordt onder ongezonde voeding daarom verstaan: hyperpalatable en/of ultrabewerkte producten die niet passen binnen de Schijf van Vijf en die doelbewust zijn ontwikkeld om consumptie te stimuleren.

Figuur F.1. *Vereenvoudigde en niet-uitputtende weergave van de mechanismen waarmee overconsumptie van hyperpalatable en/of ultrabewerkte voeding kan leiden tot gezondheidsrisico's.*



[27] Hall, K. D., Ayuketah, A., Brychta, R., et al. (2019). *Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: An inpatient randomized controlled trial*. Cell Metabolism, 30(1), 67–77, doi: 10.1016/j.cmet.2019.05.008
[28] Monteiro, C. A., Cannon, G., Levy, R. B., et al. (2019). *Ultra-processed foods: What they are and how to identify them*. Public Health Nutrition, 22(5), 936–941, doi: 10.1017/S1368980018003762
[29] Fazzino, T. L., Rohde, K., & Sullivan, D. K. (2019). *Hyper-palatable foods: Development of a quantitative definition*. Obesity, 27(11), 1761–1768, doi: 10.1002/oby.22639
[30] Krupa H, Gearhardt AN, Lewandowski A, Avena NM. *Food Addiction.* Brain Sci. 2024 Sep 24;14(10):952. doi: 10.3390/brainsci14100952.

F.2 Actoranalyse

In Tabel F.1. staat een overzicht van (semi)overheidspartijen, commerciële partijen en maatschappelijke partijen, specifieke actoren, hun rollen en voorbeeldactoren voor de casus ongezonde voeding.

Tabel F.1 *Actoranalyse - casus ongezonde voeding*

Type actor	Actor	Rol	Voorbeelden
Beleidspartij	Europese instituties	Wetgeving en marktregulering	Europese Commissie, EFSA
Beleidspartij	Ministeries	Beleidsontwikkeling en regelgeving	VWS, LNV, EZK, FIN
Beleidspartij	Gemeenten	Lokale regulering en uitvoering	-
Beleidspartij	Politici & beleidsmakers	Agendering en besluitvorming	Tweede Kamer, wethouders
Beleidspartij	Beleidsadviseurs	Onderzoek en monitoring	RIVM, Gezondheidsraad, Voedingscentrum, Planbureau Leefomgeving, CPB, CBS
Beleidspartij	Toezichthouders	Toezicht en handhaving	NVWA
Beleidspartij	Toezichthouders	Toezicht en handhaving	ACM
Beleidspartij	Internationale instituties	Handelsakkoorden, overheidsadviezen	WHO, World Trade Organization, UN Food and Agriculture Organization
Commerciële partij	Voedselindustrie / producenten	Productie en marketing van ongezonde voeding	Coca-Cola, Nestlé
Commerciële partij	Voedsel-technologen & productontwikkelaars	Ontwikkeling samenstelling producten	R&D-afdelingen, universiteiten (WUR)
Commerciële partij	Retail / supermarkten	Verkoop en promotie	Albert Heijn, Jumbo
Commerciële partij	Marketing- en reclamebureaus	Ontwikkelen van campagnes	TBWA, DDB
Commerciële partij	Logistieke bedrijven	Distributie van voedingsproducten	PostNL Food, Bidfood, Sligro Logistics
Commerciële partij	ICT, AI leveranciers	Digitale infrastructuur en intelligente dataoplossingen	Microsoft, ATOS, Accenture, ICT Group, Notch
Commerciële partij	(Internationale)uitzendbureaus	Leveren van (flexibele) arbeidskrachten	Adecco, Randstad, Manpower, Kelly services
Commerciële partij	Energieleveranciers en netbeheerders	Energieinfrastructuur	Eneco, Essent, Vattenfall, Stedin, Liander

Commerciële partij	Industriebelangenorganisaties	Vertegenwoordiging sectorbelangen	FNLI, CBL, LTO Nederland
Maatschappelijke partij	Consumenten	Gebruikers van producten	-
Maatschappelijke partij	Gezondheidsorganisaties	Voorlichting en preventie	Voedingscentrum, WHO
Maatschappelijke partij	Onderwijs- en kennisinstellingen	Educatie en onderzoek	Universiteiten, WUR
Maatschappelijke partij	Media / influencers	Normstelling en promotie	Instagram, TikTok
Maatschappelijke partij	Gezondheids-platforms / netwerken	Bundelen kennis en belangen	Platform Voeding Nederland, Alliantie Voeding in de Zorg

Om de onderlinge verhoudingen tussen deze actoren verder te duiden, geven **Figuren F.2 en F.3** een visuele uitwerking van de relatieve positie van actoren op de dimensies macht, legitimiteit en urgentie. Deze inschatting is gebaseerd op expert judgement en richt zich onder meer op de voedselindustrie, supermarkten, consumenten, ministeries, gemeenten en toezichthouders.

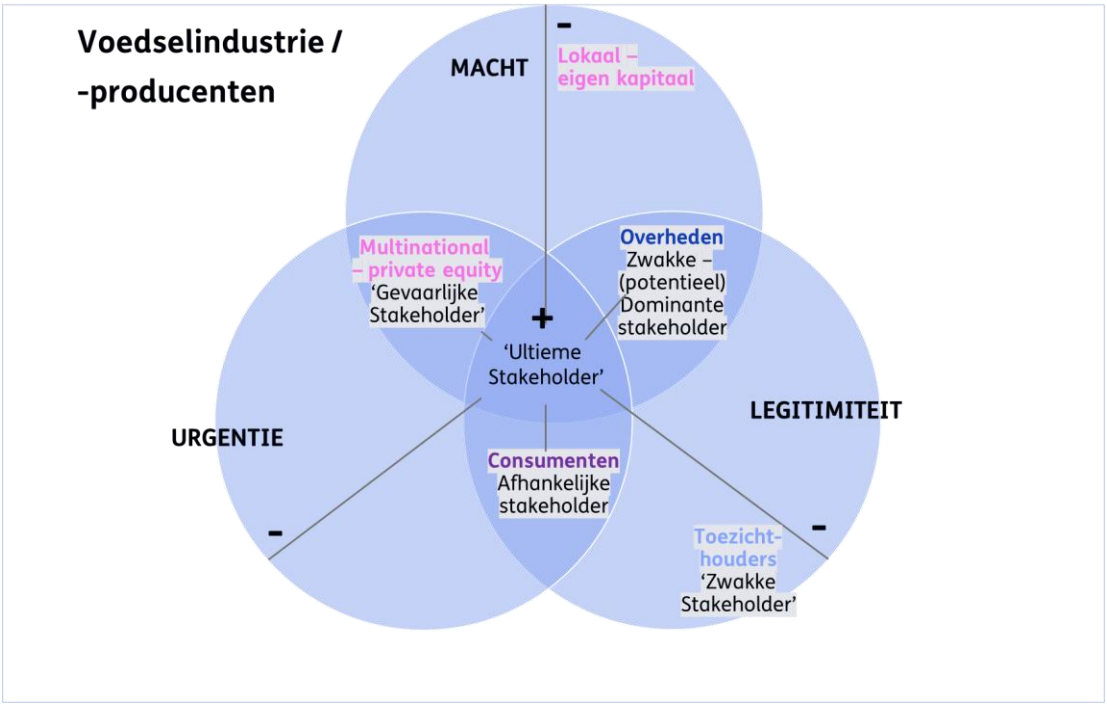
In **Figuur F.3.** is voor de actor voedselindustrie/producenten een onderscheid gemaakt op basis van twee gecombineerde kenmerken: 1) multinational vs lokale partij en 2) private equity vs eigen kapitaal. Dit onderscheid is gemaakt om te illustreren dat het niet mogelijk is om alle voedselproducenten over één kam te scheren. Hoewel vaak wordt verondersteld dat een grote multinational met private equity investeerders andere drijfveren en praktijken heeft dan een lokale ondernemer met eigen kapitaal, is deze tegenstelling te simplistisch. Commerciële partijen – ongeacht omvang of financieringsstructuur – kunnen zowel positief als negatief bijdragen aan gezondheidsdoelen.

Een te enge focus op waarde creatie en financieel rendement kan leiden tot ondergeschikte maatschappelijke belangen of zelfs doelbewuste gezondheid schadende acties en praktijken. Tegelijkertijd blijkt het in de praktijk complex om de relatief beperkte groep commerciële partijen die onevenredig bijdraagt aan gezondheidsschade (‘health harming industries’) eenduidig af te bakenen.

Figuur F.2. *Macht, urgentie en legitimiteit van verschillende actoren weergegeven op basis van het salience-model. De figuur biedt inzicht in de relatieve positie van publieke, private en maatschappelijke partijen en maakt zichtbaar welke actoren een meer of minder dominante rol spelen in besluitvorming en beïnvloeding van de voedselomgeving.*



Figuur F.3. *Positionering van actoren binnen het salience-model. De figuur visualiseert de drie dimensies van het salience-model — macht, legitimiteit en urgentie — langs afzonderlijke assen die lopen van laag (–) naar hoog (+). Hiermee wordt inzichtelijk hoe verschillende typen voedselproducenten (onderscheiden naar organisatietype en financieringsstructuur) zich positioneren binnen deze dimensies. Voor voedselproducenten is onderscheid gemaakt naar organisatietype en financieringsstructuur. Twee typen voedselproducenten zijn afzonderlijk (in roze) weergegeven om variatie binnen deze categorie te illustreren. De figuur illustreert de heterogeniteit binnen commerciële partijen en laat zien hoe verschillen in schaal en financiering samenhangen met uiteenlopende combinaties van macht, legitimiteit en urgentie.*



F.3 Commerciële praktijken met invloed op de volksgezondheid

In **Tabel F.2** wordt een overzicht gegeven van *mogelijke* en door de TWG geïdentificeerde commerciële acties en gedragen. In de tabel zijn voorbeelden opgenomen voor de casus ongezonde voeding.

Tabel F.2. *Commerciële praktijken in de casus Ongezonde voeding*

Gedrag en acties van commerciële bedrijven	Ongezonde voeding
Politieke praktijken/ beïnvloeding	• Lobby gericht op beïnvloeding en vormgeving van regelgeving rond voedingsbeleid • Sterke inzet op zelfregulering en vrijwillige afspraken binnen het sectorbeleid • Variatie in mate waarin publieke gezondheidsdoelen worden meegenomen in beleidsbeïnvloeding
Wetenschappelijke praktijken/beïnvloeding	• Financiering van onderzoek dat producteigenschappen of -effecten ondersteunt • Inzet van wetenschappelijke claims in marketing en communicatie richting consumenten en beleidsmakers
Marketingpraktijken	• Stimuleren van consumptie via reclame, promotie en prijsstrategieën • Gerichte marketing en segmentatie van doelgroepen waaronder kinderen, binnen (deels) beperkt gereguleerde kaders
Reputatiemanagement	• Gebruik van CSR-activiteiten en sponsoring ter versterking van het bedrijfsimago • Positionering van producten en merken in een maatschappelijke of gezondheidscontext • Bijdrage aan normalisering van consumptiepatronen in publieke en sociale omgevingen.
Financiële praktijken	• Gebruik van (inter)nationale fiscale structuren voor optimalisatie (vermindering) van belastingafdracht • Beïnvloeding van beschikbare publieke middelen voor preventiebeleid via verminderde belastingafdracht • Herinvesteren van middelen in marketing, productontwikkeling en marktuitbreiding
Arbeidspraktijken	• Inzet van internationale productieketens met druk op kostenreductie • Variatie in arbeidsomstandigheden binnen ketens, deels buiten directe nationale regulering

Bijlage G. Systeemanalyse casus social media

In deze bijlage staan de systeemanalyses van de casus social media. In de eerste paragraaf beschrijven we de casus en de belangrijkste werkingsmechanismen die *kunnen* leiden tot gezondheidseffecten. Daarna volgt de actoranalyse en tot slot een overzicht van de commerciële praktijken.

NB: De systeemanalyses zijn gebaseerd op expert judgement en zijn niet uitputtend. De toelichting op de casusselectie en aanpak voor systeemanalyses staat in **Bijlage D**. Voor de juiste duiding en interpretatie van deze bijlage verwijzen we naar **Bijlage E** voor de casusoverstijgende inzichten en voor voorbeelden van hoe de bevindingen zijn vertaald naar kennisvragen.

G.1 Casusbeschrijving social media

In deze casus gaat het over het gebruik van social media door jongeren en de mogelijke gevolgen daarvan voor hun mentale gezondheid, zowel op de korte als op de lange termijn. Social media zijn voor veel jongeren een vast onderdeel van het dagelijks leven: ze gebruiken deze platforms om contact te houden met vrienden, informatie te zoeken en zichzelf te uiten. Tegelijkertijd bestaan er zorgen over de impact van social media op het welzijn van jongeren. Platforms maken gebruik van algoritmes die bepalen welke berichten, filmpjes en advertenties jongeren te zien krijgen. Deze sturing is grotendeels onzichtbaar voor zowel jongeren als hun ouders. Daardoor is het moeilijk om te begrijpen waarom bepaalde content steeds opnieuw verschijnt en hoe dit gedrag en overtuigingen beïnvloedt en welke invloed dit heeft op gezondheid (Keles et al., 2020[31]; Vanden Abeele, 2021[32]).

Social media kunnen jongeren positief beïnvloeden, bijvoorbeeld door sociale verbondenheid of toegang tot nuttige informatie. Maar er zijn ook risico's. Jongeren kunnen worden blootgesteld aan onrealistische beelden, sociale vergelijking, groepsdruk en contact met mensen of content die niet passend is. Likes, reacties en voortdurende beschikbaarheid kunnen maken dat jongeren zich onzeker voelen of moeite hebben om hun gebruik te beperken (Odgers & Jensen, 2020[33]; Royal Society for Public Health, 2017[34]). Wetenschappelijke kennis over de negatieve en positieve effecten van social media en de onderliggende werkingsmechanismen zijn nog volop in ontwikkeling.

Van ouders en jongeren zelf wordt vaak verwacht dat zij verantwoord omgaan met social media en risico's beheersen. In de praktijk is dat echter lastig, omdat groepsdruk en sociale afhankelijkheid een grote rol spelen en omdat de werking van de platforms zelf moeilijk te doorzien is. Dit kan leiden tot overmatig en ongewenst gebruik (bijvoorbeeld te laat opblijven, te lang gebruiken en schadende

[31] Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). *A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents*. International Journal of Adolescence and Youth, 25(1), 79–93. https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851

[32] Vanden Abeele, M. M. P. (2021). *Digital wellbeing as a dynamic construct*. New Media & Society, 23(4), 932–955. https://doi.org/10.1177/14614448211012028

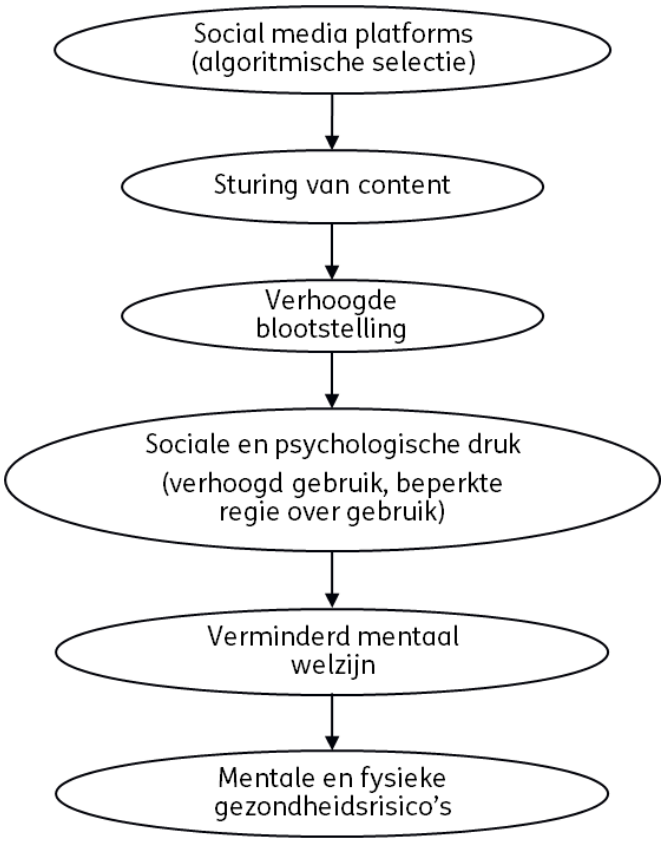
[33] Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). *Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61(3), 336–348. https://doi.org/10.1111/jcpp.13190

[34] Royal Society for Public Health (2017). *#StatusOfMind: Social media and young people's mental health and wellbeing*. https://www.rsph.org.uk/media/filer_public/e5/c1/e5c1bd64-2ab9-42ed-921b-f06566970da7/status_of_mind.pdf

content bekijken, ontwikkelen en verspreiden). Dit roept vragen op over hoe vrij de keuze van jongeren werkelijk is en wie er verantwoordelijk is voor bescherming en preventie: de jongere, de ouders, de platforms of de overheid?

De casus richt zich daarom op de vraag hoe social media het gedrag en welzijn van jongeren *bewust en onbewust* beïnvloeden, welke risico's dit kan opleveren voor hun mentale gezondheid en wat dit betekent voor verantwoordelijkheid en beleid.

Figuur G.1 *Vereenvoudigde en niet-uitputtende weergave van de mechanismen waarmee het overmatige gebruik van social media kan leiden tot gezondheidsrisico's.*



G.2 Actoranalyse

In **Tabel G.1** staat een overzicht van (semi)overheidspartijen, commerciële partijen en maatschappelijke partijen, specifieke actoren, hun rollen en voorbeeldactoren voor de casus social media.

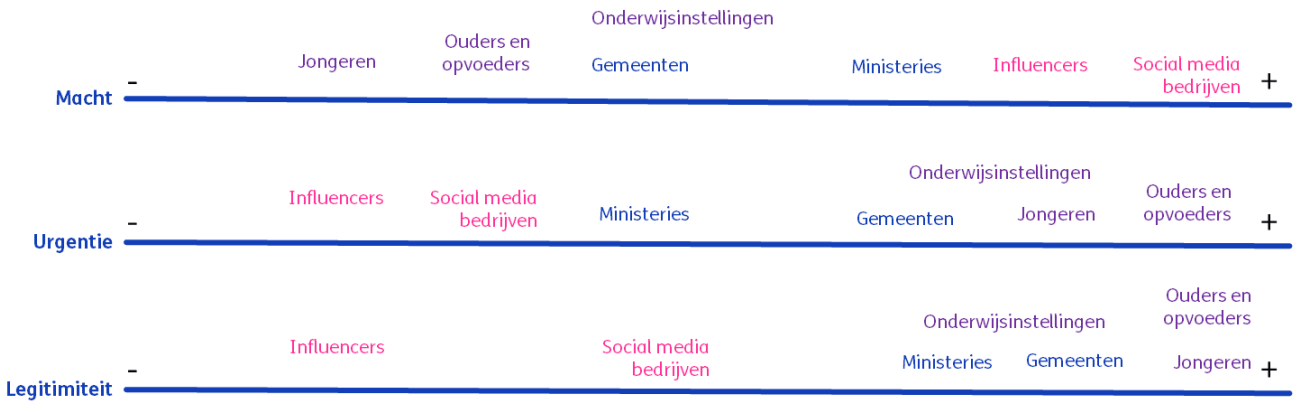
Tabel G.1 *Actoranalyse - casus social media*

Type actor	Actor	Rol	Voorbeelden
Beleidspartij	GGD	Monitoring en preventie	-
Beleidspartij	Trimbos Instituut	Onderzoek en advies	-
Beleidspartij	Ministeries	Campagnes en beleid	BZK, J&V, VWS, OCW,
Beleidspartij	Staatssecretaris Jeugd	Politieke regie	-
Beleidspartij	Gemeenten	Lokale interventies	Utrecht, Tilburg
Beleidspartij	Toezichthouders	Toezicht en handhaving regelgeving	Autoriteit Persoonsgegevens, ACM
Commerciële partij	Techbedrijven: Social media platforms	Ontwerp en algoritmes	Meta, TikTok, X
Commerciële partij	App-ontwikkelaars	UX/UI die engagement maximaliseert	ByteDance, Snap Inc., kleinere appstudio's
Commerciële partij	Marketing- en reclamebureaus	Campagnes en beïnvloeding	Combat, The Young Digitals, Ster
Commerciële partij	Adverteerders	Marketing en targeting	Coca-Cola, Nike
Commerciële partij	Lobbyorganisaties	Vertegenwoordiging belangen tech en digitale sector	VNO-NCW, Tech Champions NL, NLUUG, Bits of Freedom
Commerciële partij	App stores & platformbeheerders	Verspreiding apps en beheer toegang	Google Play NL, Apple App Store NL
Commerciële partij	Telecomproviders & hardware bedrijven	Distributie van apps en content	KPN, VodafoneZiggo, T-Mobile NL
Commerciële partij	(Internationale)uitzendbureaus	Leveren van (flexibele) arbeidskrachten	Adecco, Randstad, Manpower, Kelly services
Commerciële partij	Energieketenbedrijven	Energieinfrastructuur	Eneco, Essent, Vattenfall, Stedin, Liander
Maatschappelijke partij	Influencers & creators	Contentcreatie	Bekende TikTokkers, YouTubers
Maatschappelijke partij	Jongeren	Gebruikers	-

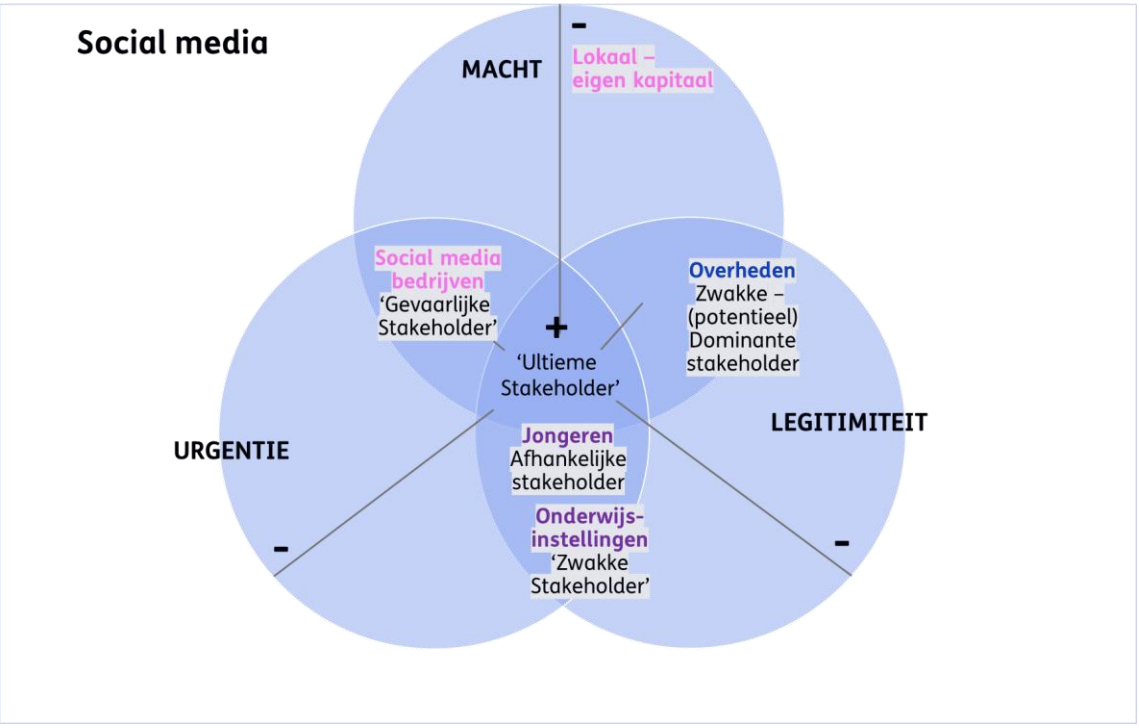
Maatschappelijke partij	Ouders en opvoeders	Opvoeding en toezicht	Oudernetwerken, CJG's
Maatschappelijke partij	Onderwijsinstellingen	Mediawijsheid en educatie	Scholen, VO-raad, Mediawijsheid.nl
Maatschappelijke partij	Gezondheidsorganisaties	Ondersteuning en hulpverlening	MIND Us, @ease, 113, De Kindertelefoon, Healthy'R

Om de onderlinge verhoudingen tussen deze actoren verder te duiden, geven **Figuren G.2 en G.3** een visuele uitwerking van de relatieve positie van actoren op de dimensies macht, legitimiteit en urgentie. Deze inschatting is gebaseerd op expert judgement en richt zich onder meer op de jongeren, ouders en opvoeders en onderwijsinstellingen, ministeries en gemeenten, social mediabedrijven en influencers. Influencers zijn toegevoegd om te illustreren dat er verschillen zijn tussen commerciële partijen. Zo is de macht en legitimiteit van social mediabedrijven hoger dan van influencers.
In **Figuur G.3** is, ter illustratie, het onderscheid gemaakt tussen jongeren en onderwijsinstellingen waarbij (een deel van de) jongeren meer urgentie voelen en ze meer legitimiteit hebben dan de onderwijsinstellingen. In de terminologie van het model kunnen jongeren dan ook worden gezien als 'afhankelijke stakeholder' en de onderwijsinstellingen als 'zwakke stakeholder'.

***Figuur G.2.**: Macht, urgentie en legitimiteit van verschillende actoren weergegeven op basis van het salience-model. De figuur biedt inzicht in de relatieve positie van publieke, private en maatschappelijke partijen en maakt zichtbaar welke actoren een meer of minder dominante rol spelen in besluitvorming en beïnvloeding van sociale media*



Figuur G.3. Positionering van actoren in de casus social media binnen het salience-model. *De figuur visualiseert de drie dimensies van het salience-model — macht, legitimiteit en urgentie — langs afzonderlijke assen die lopen van laag (–) naar hoog (+). Hiermee wordt inzichtelijk hoe verschillende actoren, zoals socialmediabedrijven, influencers, jongeren, onderwijsinstellingen en overheden, zich positioneren binnen deze dimensies. De in roze weergegeven categorieën (influencers en socialmediabedrijven) illustreren variatie binnen commerciële partijen. Hierbij is zichtbaar dat socialmediabedrijven over een hogere mate van macht en legitimiteit beschikken dan influencers. De figuur laat zien dat actoren verschillende combinaties van macht, legitimiteit en urgentie hebben en daarmee uiteenlopende posities innemen, variërend van 'gevaarlijke' en 'afhankelijke' tot 'zwakke' stakeholders.*



G.3 Commerciële praktijken met invloed op de volksgezondheid

In **Tabel G.2.** wordt een overzicht gegeven van *mogelijke* en door de TWG geïdentificeerde commerciële acties en gedragen.

***Tabel G.2**. Commerciële praktijken in de casus Social media*

Gedrag van commerciële bedrijven	Social media
Politieke praktijken/ beïnvloeding	• Digitale innovatie en marktwerking als leidende principes • Lobby gericht op beïnvloeding en vormgeving van regelgeving
Wetenschappelijke praktijken/beïnvloeding	• Benadrukken van voordelen van social media, met beperkte aandacht voor risico's • Gebruik van (marketing)claims die vertrouwen creëren bij gebruikers
Marketingpraktijken	• Inzet van algoritmen en influencers om betrokkenheid en gebruik te vergroten • Gerichte en gepersonaliseerde reclame, wetgeving rond digitale reclame beperkt
Reputatiemanagement	• Positionering van social media als middel voor verbinding en participatie • Inzet van CSR-boodschappen en zelfreguleringsinitiatieven
Financiële praktijken	• Gebruik van (inter)nationale fiscale structuren • Verdienmodel gebaseerd op advertentie-inkomsten en datamonetisatie, om gebruik en schermtijd te maximaliseren • Herinvestering van middelen in algoritmes en marketing
Arbeidspraktijken	• Uitbesteding van contentmoderatie onder psychisch belastende en slecht beschermde omstandigheden • Beperkte transparantie en toezicht op arbeidsomstandigheden met onvoldoende zicht op gezondheidsrisico's • Inzet van laagbetaalde platform- en klikwerkers in mondiale digitale waardeketens (onderaanneming en platformwerk)

Bijlage H. Systeemanalyse casus commerciële diagnostiek

H.1 Casusbeschrijving commerciële diagnostiek

In deze casus gaat het over het toenemende aanbod van commerciële diagnostiek: een breed en groeiend aanbod van gezondheidsmetingen en testen die buiten de reguliere zorg om door consumenten zelf of via private aanbieders wordt uitgevoerd. Dit past in een bredere maatschappelijke trend waarin mensen steeds actiever hun gezondheid volgen en meten (ook wel aangeduid als de '*quantified-self*'-beweging). Deze ontwikkeling is ook zichtbaar in het gebruik van gezondheids- en fitnessapps, draagbare meetapparatuur (zoals smartwatches) en andere digitale monitoringstechnologieën waarmee individuen continu gezondheidsdata verzamelen en interpreteren[35].

Commerciële diagnostiek omvat een breed spectrum van diensten, variërend van laagdrempelige zelftesten tot meer geavanceerde direct-to-consumer laboratoriumtesten. Het gaat onder meer om preventieve en risicogerichte testen (zoals DNA-tests voor erfelijke aandoeningen of risico-inschattingen voor hart- en vaatziekten), leefstijl gerelateerde metingen (zoals cholesterol, bloedsuiker of vitaminestatus) en testen voor voedselintoleranties.
Diagnostische zelftesten binnen de reguliere zorg (zoals zwangerschap of COVID-19) en testen gericht op mentale gezondheid, vallen buiten deze casus.

Het gebruik van commerciële diagnostiek kan verschillende potentiële voordelen hebben. Zo kunnen deze testen mensen bewuster maken van hun gezondheid en hen stimuleren om gezondere keuzes te maken of tijdig actie te ondernemen. Tegelijkertijd worden in recente literatuur verschillende aandachtspunten benoemd. Zo ontbreekt vaak een duidelijke klinische indicatie voor gebruik, en variëren de kwaliteit, validiteit en klinische relevantie van testen aanzienlijk. Testresultaten worden vaak zonder professionele begeleiding geïnterpreteerd, wat kan leiden tot ongerustheid, verkeerde conclusies of juist een vals gevoel van zekerheid[36]. Daarnaast bieden veel testen slechts een beperkt of onzeker beeld van gezondheidsrisico's, bijvoorbeeld doordat genetische of biomarkerinformatie onvolledig of lastig te interpreteren is[37].

Daarnaast kan het gebruik van commerciële diagnostiek gevolgen hebben voor het gezondheidssysteem als geheel, bijvoorbeeld door veranderende zorgvraag (extra consulten of onnodige diagnostiek) of door verschuivingen in verantwoordelijkheden tussen burgers, zorgprofessionals en aanbieders. Ook kan deze ontwikkeling bijdragen aan het vergroten van de

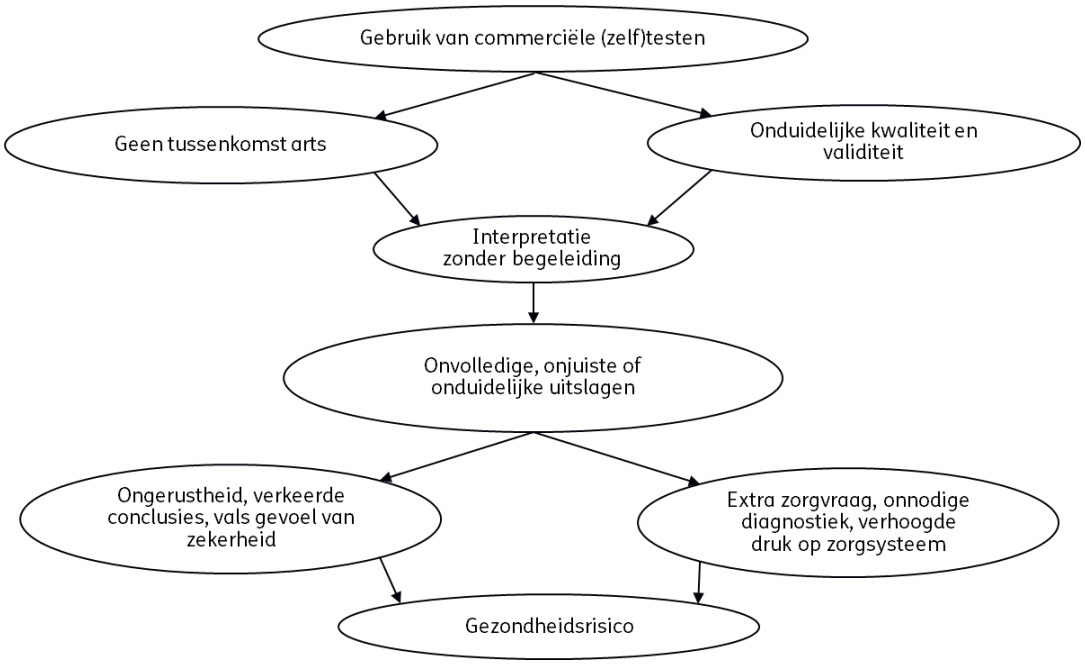
[35] Feng S, Mäntymäki M, Dhir A, Salmela H. How Self-tracking and the Quantified Self Promote Health and Well-being: Systematic Review. *J Med Internet Res* (2021) 23:e25171. doi: 10.2196/25171
[36] The Lancet Editorial. (2024). Direct-to-consumer medical testing: An industry built on fear. *The Lancet, 404*(10457), 991. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01924-X
[37] Gram, E. G., Copp, T., Ransohoff, D. F., Plüddemann, A., Kramer, B. S., Woloshin, S., & Shih, P. (2024). Direct-to-consumer tests: Emerging trends are cause for concern. *BMJ, 387*, e080460. https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080460

personeelstekorten in de zorg, doordat zorgprofessionals worden aangetrokken door commerciële aanbieders waar vaak hogere salarissen worden geboden, wat leidt tot uitstroom uit de publieke zorgsector.

Deze ontwikkelingen roepen fundamentele vragen op over de verdeling van verantwoordelijkheden, de rol van regulering en toezicht, en de wijze waarop commerciële innovaties veilig en effectief kunnen bijdragen aan publieke gezondheidsdoelen.

De casus raakt daarmee aan bredere vraagstukken binnen commerciële determinanten van gezondheid, zoals informatie-asymmetrie, marktwerking, en de spanning tussen individuele keuzevrijheid en systeemverantwoordelijkheid.

Figuur H.1. *Vereenvoudigde en niet-uitputtende weergave van de mechanismen waarmee het gebruik van commerciële diagnostiek (met commerciële zelftesten als voorbeeld) impact kan hebben op gezondheid.*



H.2 Actoranalyse

In **Tabel H.1.** staat een overzicht van (semi)overheidspartijen, commerciële partijen en maatschappelijke partijen, specifieke actoren, hun rollen en voorbeeldactoren voor de casus commerciële diagnostiek.

Tabel H.1 *Actoranalyse - casus commerciële diagnostiek*

Type actor	Actor	Rol	Voorbeelden
Beleidspartij	Ministeries	Richtlijnen en advies	VWS, EZK
Beleidspartij	RIVM	Onderzoek en bewaking	-
Beleidspartij	IGJ, ACM, Nza	Toezicht op markt, naleving, misleiding	-
Beleidspartij	Verzekeraars	Beoordelen risico's bij diagnostiek en gebruik van data, en (mede)aanbieden van testdiensten en apps binnen verzekeringspakketten	a.s.r., CZ, VGZ, Menzis (via Vitality)
Commerciële partij	Commerciële aanbieders	Verkoop van testen	Cerascreen, Medichecks
Commerciële partij	Techbedrijven & wearables	Ontwikkelen apps en meetapparatuur	Fitbit, Apple Health, Withings
Commerciële partij	Laboratoria	Analyse van materiaal en validatie	Medische labs, diagnostische centra
Commerciële partij	Marketing / e-commerce	Promotie en verkoop via onlinekanalen	Bol.com, Amazon
Commerciële partij	Gezondheidsplatforms & webshops	Promoten en verkopen van zelftesten	Zelftestlab, Consumententesten.nl
Commerciële partij	Drogisterijen & apotheken	Verkoop van zelftesten	Etos, Kruidvat, Boots
Commerciële partij	Laboratoria (commercieel)	Analyse van testmateriaal voor consumenten	Certificeringslabs
Commerciële partij	ICT, AI leveranciers	Digitale infrastructuur en intelligente dataoplossingen	Microsoft, ATOS, Accenture, ICT Group, Notch
Maatschappelijke partij	Consumenten	Gebruikers van testen	-
Maatschappelijke partij	Zorgprofessionals	Duiding en advies	Huisartsen, NHG, LHV
Maatschappelijke partij	Gezondheidsorganisaties	Voorlichting en bewustwording	Patiëntenverenigingen, NVKC, Gezondheidsraad

Maatschappelijke partij	Onderzoekers	Wetenschappelijke onderbouwing	Universiteiten, kennisinstituten
Maatschappelijke partij	Influencers & media	Beïnvloeden consumentengedrag	Gezondheidsbloggers, YouTubers, magazines
Maatschappelijke partij	Consumentenorganisaties	Informeren en waarschuwen	Consumentenbond, Radar

Om de onderlinge verhoudingen tussen deze actoren verder te duiden, geven **Figuren H.2 en H.3** een visuele uitwerking van de relatieve positie van actoren op de dimensies macht, legitimiteit en urgentie. Deze inschatting is gebaseerd op expert judgement en richt zich onder meer op: zorgprofessionals en -organisaties, consumenten, ministeries, toezichthouders, drogisterijen en aanbieders van commerciële diagnostiek.

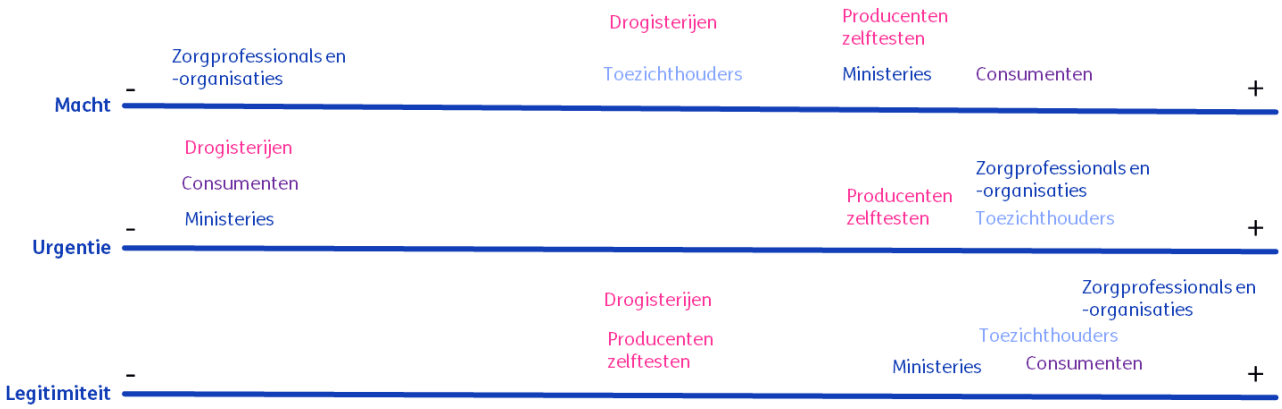
In de figuren ligt de nadruk op zelftesten als concreet en goed zichtbaar onderdeel van commerciële diagnostiek. Dit betekent dat de weergegeven posities vooral illustratief zijn voor dit deel van het veld en niet het volledige spectrum van commerciële diagnostiek beslaan.

In **Figuur H.3.** is, ter illustratie, het onderscheid gemaakt tussen ministeries en zorgprofessionals en -organisaties waarbij (een deel van de) zorgprofessionals en - organisaties meer urgentie voelen en ze meer legitimiteit hebben dan ministeries.

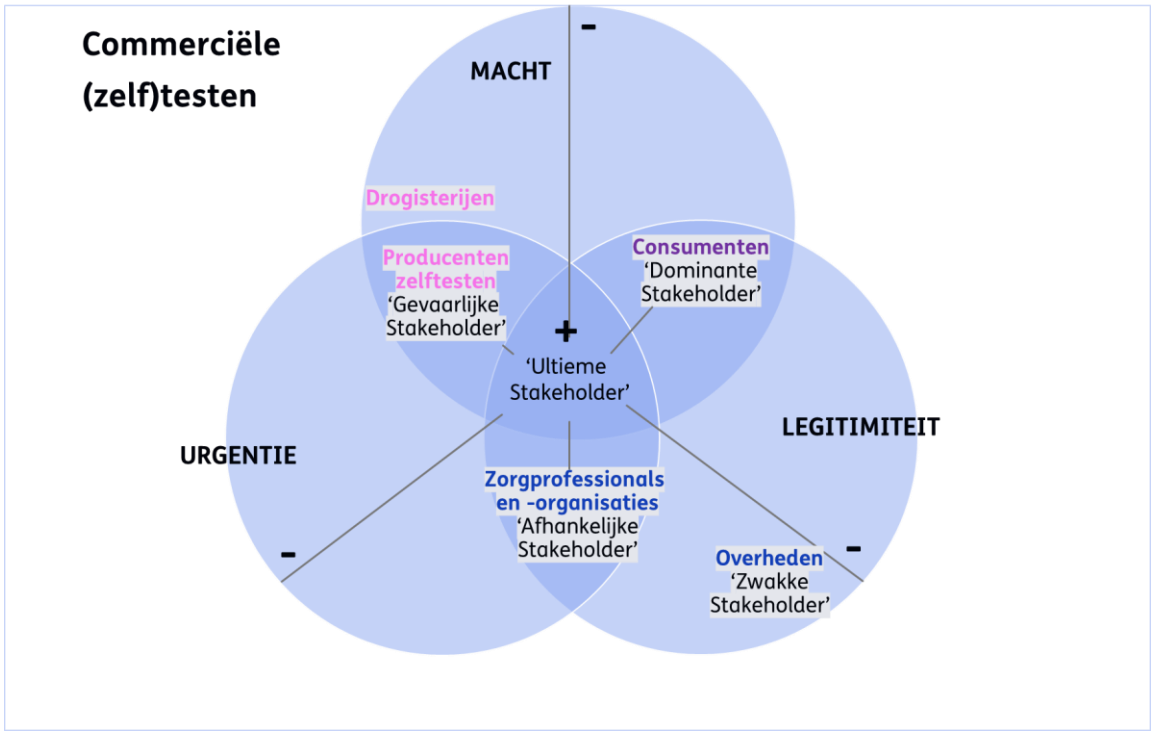
In de terminologie van het model kunnen sommige producenten van zelftesten worden gepositioneerd als ‘gevaarlijke stakeholder’ terwijl drogisterijen eerder in de categorie ‘slapende stakeholder’ vallen. Overheden worden hier aangeduid als ‘zwakke stakeholder’, zorgprofessionals en -organisaties als ‘afhankelijke stakeholder’ en consumenten als ‘dominante stakeholder’. De overheid acteert hier beperkt proactief, mogelijk omdat (potentiële) risico’s nog onvoldoende worden onderkend of geprioriteerd. Tegelijkertijd zijn zorgprofessionals en -organisaties sterk afhankelijk van de (regulerende) kaders en beleidskeuzes van diezelfde overheid.

In dit krachtenveld hebben consumenten op dit moment relatief veel directe invloed, doordat hun keuzes de markt voor zelftesten in belangrijke mate sturen. Tegelijkertijd is het aannemelijk dat consumenten niet altijd in staat zijn om alle risico’s en mogelijk neveneffecten overzien (zie ook de werkingsmechanismen in de casusbeschrijving).

***Figuur H.2.**: Macht, urgentie en legitimiteit van verschillende actoren weergegeven op basis van het salience-model. De figuur biedt inzicht in de relatieve positie van publieke, private en maatschappelijke partijen en maakt zichtbaar welke actoren een meer of minder dominante rol spelen in besluitvorming en beïnvloeding van commerciële (zelf)testen*



***Figuur H.3. Positionering van actoren in de casus commerciële (zelf)testen binnen het salience-model.** De figuur visualiseert de drie dimensies van het salience-model — macht, legitimiteit en urgentie — langs afzonderlijke assen die lopen van laag (–) naar hoog (+). Hiermee wordt inzichtelijk hoe verschillende actoren, zich positioneren binnen deze dimensies. De in roze weergegeven actoren (producenten van zelftesten en drogisterijen) illustreren variatie binnen commerciële partijen. De figuur laat zien dat actoren verschillende combinaties van macht, legitimiteit en urgentie hebben en daarmee uiteenlopende posities innemen, variërend van 'gevaarlijke' en 'afhankelijke' tot 'zwakke' stakeholders.*



H.3 Commerciële praktijken met invloed op de volksgezondheid

In **Tabel H.2.** wordt een overzicht gegeven van *mogelijke* en door de TWG geïdentificeerde commerciële praktijken binnen de casus commerciële diagnostiek. De voorbeelden zijn grotendeels gebaseerd op zelftesten als concreet en zichtbaar onderdeel hiervan.

Tabel H.2. *Commerciële praktijken in de casus commerciële diagnostiek (met(zelf)testen als illustratief voorbeeld)*

Gedrag van commerciële bedrijven	Commerciële (zelf)testen
Politieke praktijken/ beïnvloeding	• Positionering van zelftesten in het kader van innovatie en zelfmonitoring • Belangenbehartiging rondom inrichten in mate van regulering • Opereren binnen bestaande en deels onduidelijke reguleringskaders
Wetenschappelijke praktijken/beïnvloeding	• Variatie in mate en wijze van onderbouwing van effectiviteit en toepasbaarheid • Beperkte transparantie over kwaliteit, validiteit en klinische relevantie van testen • Gebruik van (semi-)wetenschappelijke informatie in consumentencommunicatie
Marketingpraktijken	• Presentatie van zelftesten als onderdeel van leefstijl en gezondheid • Inzet van digitale kanalen en gepersonaliseerde benadering van gebruikers • Benadrukking van individuele mogelijkheden voor monitoring en sturing van gezondheid
Reputatiemanagement	• Framing van zelftesten in termen van autonomie en eigen regie • Gebruik van samenwerkingen (bijv. met influencers of partners) voor zichtbaarheid en vertrouwen • Positionering van commerciële testen naast of aanvullend op reguliere zorg
Financiële praktijken	• Verdienmodellen gericht op verkoop van testen en aanvullende diensten (bijv. herhaalaankopen, data-gerelateerde toepassingen) • Investeringen in marktontwikkeling en productpositionering • Bespaarde middelen geïnvesteerd in marketing, niet in productkwaliteit

Arbeidspraktijken	• Organisatie van productie- en dataverwerkingsketens over meerdere landen • Beperkte zichtbaarheid van arbeidsomstandigheden en uitvoeringspraktijken binnen deze ketens