

Vergaderjaar 2017–2018

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 314

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 21 juni 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 26 april 2018 inzake de voorhang invoering maximumtarieven Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) (Kamerstuk 31 793, nr. 300).

De vragen en opmerkingen zijn op 8 juni 2018 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 20 juni 2018 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	blz. 2
II.	Reactie van de Minister	8

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie zijn voorstander van het vergoeden van Gecombineerde Leefstijlinterventies (GLI's), mits het gaat om effectief bewezen methoden en een combinatie van behandelingen. Zij hebben nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat GLI weinig werd aangeboden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars, omdat het ontbrak aan voldoende duidelijkheid over inhoud en omvang van een GLI. Hoe draagt het voorliggende voorstel eraan bij dat GLI meer wordt aangeboden? Wat verandert er nu concreet?

De leden van de VVD-fractie vinden het belangrijk dat GLI's uiteindelijk ook zorgen voor kostenbesparingen verderop in de lijn. In hoeverre is dit het geval? Kan de Minister een indicatie geven van de te verwachten opbrengsten? Hoe wordt dat de komende tijd gemonitord?

Wat valt er precies wel en niet onder de GLI's? Begrijpen de leden van de VVD-fractie het goed dat de nieuwe prestatie breder wordt dan de aanwijzing uit 2014, zodat ook andere zorgaanbieders de GLI in rekening kunnen brengen? In hoeverre maakt het «begeleiden bij bewegen» onderdeel uit van de GLI? Waarom is hiervoor wel, niet of deels gekozen? Wat zijn de gevolgen voor patiënten als dit niet het geval is? Welke invloed heeft dit op de effectiviteit van de leefstijlinterventies?

Op welke wijze zal worden geborgd dat enkel bewezen effectieve interventies en interventies die passen binnen de nieuwe, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geformuleerde prestatie GLI ten laste komen van de Zorgverzekeringswet? Ziet de Minister mogelijkheden om, net als in het geval van preventieve interventies (Interventiedatabase Gezond en Actief leven), een soort interventiedatabase te ontwikkelen?

Tevens vragen de leden van de VVD-fractie de Minister of de GLI onder het eigen risico zal vallen. Waarom is gekozen voor het al dan niet onder het eigen risico laten vallen van de GLI?

Wat zouden de gevolgen van de aangepaste Wet marktordening gezondheidszorg, waarover de Kamer nog een besluit moet nemen en waar het gaat over het vaststellen van prestaties, kunnen zijn geweest in dit geval van de Gecombineerde Leefstijlinterventies?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van het voornemen om Gecombineerde Leefstijlinterventie per 1 januari 2019 te vergoeden als zijnde verzekerde zorg. Genoemde leden vinden leefstijl primair de verantwoordelijkheid van het individu, niet van de overheid, en het hoort al helemaal niet in het basispakket thuis. Deze leden hebben daarom de volgende vragen.

De leden van de PVV-fractie zijn bang dat het invoeren van GLI's stigmatiserend zal uitpakken. Worden mensen met een ongezonde leefstijl straks maar afgeschreven, niet geholpen of onderaan de wachtlijst geplaatst? Kunnen chronisch zieken of mensen met overgewicht straks nog wel gewoon over straat als overal slogans opduiken als: «Eet je beter», «Loop je beter» of «Sport je beter»? Hoe wordt het stigma «dikke bult – eigen schuld» voorkomen?

De leden van de PVV-fractie zien de invoering van de GLI als het begin van een glijdende schaal. Naast bewegen krijgt men nu ook groente, fruit en fietsen op recept. Waarom is voorlichting op het gebied van gezonde voeding niet genoeg? Krijgen mensen straks allemaal een stappenteller om hun pols? Is dat waar de Minister naartoe wil?

De leden van de PVV-fractie vragen wat de budgettaire consequenties zijn van de invoering van de GLI. Hoe wordt dit gemonitord en welke maatregelen gaat de Minister treffen indien de kosten de spuigaten uitlopen? Genoemde leden verbazen zich er ook over dat de Minister het opeens over de maatschappelijke baten heeft bij GLI. Bij de beoordeling van weesgeneesmiddelen laat de Minister dit steevast achterwege. Wordt hier met twee maten gemeten? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide reactie.

De leden van de PVV-fractie zouden liever zien dat er wat meer begrip komt voor het feit dat mensen verschillend zijn, de ene dik, de ander dun, de ene actief, de ander passief. Ziet de Minister dat ook zo en wil hij zich daarvoor inzetten? Zo ja, hoe?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de Minister om de NZa een aanwijzing te geven voor het invoeren van nieuwe prestaties en maximumtarieven voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie. Deze leden steunen het opnemen van de GLI in het basispakket omdat dit effectieve programma's voor mensen met overgewicht en met een gewichtgerelateerd gezondheidsrisico zijn. Deze leden hebben hier nog wel enkele vragen bij.

De Minister schrijft dat bij de GLI synergie tussen het medisch en sociaal domein van belang is. Op welke wijze wordt gewaarborgd dat de GLI gericht is op duurzame gedragsverandering en niet alleen op (tijdelijk) gewichtsverlies? En op welke wijze worden achterliggende (sociale) oorzaken van overgewicht hierin meegenomen? De leden van de CDA-fractie vragen of het de bedoeling is dat «begeleiden bij bewegen op medische indicatie» integraal onderdeel van de aanspraak GLI wordt. Zo niet, kan de Minister dan aangeven waarom dit volgens hem geen integraal onderdeel van de aanspraak moet worden?

Is de Minister verder van mening dat de effectiviteit van GLI-programma's leidend moet zijn bij de inkoop van de GLI, zo vragen deze leden.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze de Minister zal monitoren welke besparingen terugverdiend worden met de GLI op andere vormen van zorg of maatschappelijke kosten. Welke maatschappelijke kosten worden daarin allemaal meegenomen? Hoe gaat de Minister dit inrichten en hoe gaat hij de Kamer informeren over deze monitoring?

De Minister stelt dat de levering van de GLI niet gebonden is aan een bepaalde beroepscategorie of zorgaanbieder. De leden van de CDA-fractie vragen wie bepaalt dat een aanbieder bekwaam en bevoegd is. Welke

vooropleiding is hiervoor nodig? Klopt het dat hiervoor slechts een aanvullende cursus van 17 dagen nodig is bovenop iedere initiële hbo-opleiding? Is een vooropleiding op ieder willekeurig terrein voldoende om aan de (korte) opleiding tot leefstijlcoach te voldoen?

De GLI zal geschaard worden onder geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Genoemde leden vragen of dit betekent dat er geen eigen risico betaald zal moeten worden. Zo ja, op welke wijze wordt voorkomen dat dit oneerlijke concurrentie bevordert met bijvoorbeeld zorg door diëtisten, waarvoor wel het eigen risico betaald moet worden?

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre anderen dan personen ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG of personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG zelfstandig zorg mogen verlenen als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (artikel 1, onder b, Wet marktordening gezondheidszorg) of dat dit onder verantwoordelijkheid van de huisarts dient plaats te vinden.

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte op welke wijze de Gecombineerde Leefstijlinterventie ook een relatie kan hebben met de inzet op leefstijlinterventies die op andere gebieden noodzakelijk zijn, zoals bij roken en (overmatig) alcoholgebruik.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie danken de Minister voor de brief over de invoering van nieuwe prestaties en maximumtarieven voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie. Genoemde leden achten het in combinatie aanpakken van voeding, bewegen en gedragsverandering van grote waarde bij het tegengaan van overgewicht en obesitas. Deze leden hebben nog enkele vragen.

In de brief geeft de Minister aan dat de levering van zorg niet gebonden is aan een bepaalde beroepscategorie of zorgaanbieder. Een ieder die daartoe bekwaam en bevoegd is, mag de zorg leveren ten laste van de zorgverzekeraar. Kan de Minister aangeven wie dit dan precies zijn?

De GLI wordt geschaard onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Kan de Minister nader toelichten hoe dit samengaat met de beoogde brede inzet van de GLI? Kan dit niet juist belemmerend werken? In dit kader dragen de leden van de D66-fractie ook graag de volgende case aan die een aantal organisaties hebben beschreven. Het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Obesitasvereniging, de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en NOC*NSF menen dat de voorgenomen aanwijzing door een weeffout in de vergoedingssystematiek niet tot de gewenste inzet van effectief bewezen GLI's zal leiden. Fysiotherapie en oefentherapie worden in de basisverzekering alleen vergoed bij een aantal vastgestelde chronische aandoeningen. Overgewicht en obesitas horen daar vooralsnog niet bij. Hierdoor kan het onderdeel «begeleiden bij bewegen» binnen een GLI niet uit de basisverzekering worden vergoed. Daarnaast valt «begeleiden bij bewegen» in de Zorgverzekeringswet onder het domein van de fysiotherapie/oefentherapie en niet onder «geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden» en kan het daardoor geen onderdeel zijn van de voorgestelde prestatiebeschrijving GLI. Hoe kijkt de Minister hiertegen aan en hoe is hij bereid dit probleem op te lossen?

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister. Desalniettemin hebben zij enkele vragen.

Genoemde leden vragen of iedereen in aanmerking komt voor een GLI-traject of dat dit louter geldt voor een specifiek afgebakende groep. Indien het laatste het geval is, hoe ziet die groep eruit en waarom is er voor deze groep gekozen?

Kan iedereen een GLI-traject aanbieden of worden er bepaalde (opleidings)eisen gesteld aan aanbieders van GLI-trajecten, zo vragen deze leden.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of onder «lichamelijke activiteit» ook begeleiding bij beweging zoals fysiotherapie valt. Is de Minister het met deze leden eens dat begeleiden bij bewegen een essentieel onderdeel is van GLI?

De leden van de GroenLinks-fractie zijn benieuwd wat de verwachting is van de Minister over de termijn waarop deze investering in preventie is terugverdiend.

Genoemde leden vragen de Minister of hij de geplande monitor ook jaarlijks met de Kamer zal delen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorhang invoering maximumtarieven Gecombineerde Leefstijlinterventie. Deze leden hebben naar aanleiding van de voorhang alvast onderstaande opmerkingen en vragen.

Achtergrond en context

Het bevorderen of mogelijk maken van een gezonde leefstijl achten de leden van de SP-fractie van groot belang. Het gaat hierbij immers om de gezondheid van mensen op de korte en lange termijn en het wellicht voorkomen van (veel) ernstiger problematiek. Een combinatie van aandacht voor voeding en bewegen en eventuele psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering is bij de aanpak van overgewicht en diabetes essentieel. Het verheugt genoemde leden dat hier serieus aandacht voor is. Deze mogelijkheden moeten dan ook voldoende bekend en voldoende duidelijk zijn bij en voor alle betrokkenen. Dat er nog weinig gebruikgemaakt wordt van deze mogelijkheden omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet weten wanneer het vergoed kan worden, moet veranderen. Hoe gaat hier, naast de invoering van de aanspraak, aandacht aan worden gegeven, zo vragen de leden van de SP-fractie. Is daarnaast inzichtelijk hoeveel mensen sinds 2009 gebruik hebben gemaakt van de Gecombineerde Leefstijlinterventie en welke kosten en opbrengsten dit met zich mee heeft gebracht?

Zoals hierboven opgemerkt moet er volgens de leden van de SP-fractie sprake zijn van een combinatie van aandacht voor voeding en bewegen. Deelt de Minister deze mening? Genoemde leden constateren echter dat het onderdeel bewegen maar beperkt onderdeel uitmaakt van de Gecombineerde Leefstijlinterventie zoals deze nu wordt voorgesteld als aanspraak binnen de Zorgverzekeringswet. Dit aangezien overgewicht geen indicatie is voor het verlenen van fysiotherapie en dergelijke. Deelt de Minister de mening dat de classificatie van de Gecombineerde

Leefstijlinterventie als «geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden» ertoe kan leiden dat de huidige effectief bewezen Gecombineerde Leefstijlinterventies niet voor een vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen? Deze leden vragen of het mogelijk is dat begeleiden bij bewegen integraal onderdeel wordt van de aanspraak. Zo ja, welke wijzigingen worden er doorgevoerd? Zo nee, ziet de Minister het risico dat een grote groep mensen binnen de Zorgverzekeringswet geen aanspraak kan maken op integrale zorg zoals die nu in de voorgestelde aanspraak is opgenomen? Is de Minister bereid, zo vragen de leden van de SP-fractie, de Gecombineerde Leefstijlinterventie (advies en begeleiding op het terrein van voeding, bewegen en gedrag) als integrale, contracteerbare en tarifeerbare entiteit op te nemen in de aanspraak binnen de Zorgverzekeringswet?

Hoe gaat ervoor gezorgd worden dat alle partijen hun rollen op gaan pakken in de uitvoering van de aanspraak Gecombineerde Leefstijlinterventies, zoals bijvoorbeeld de zorgverzekeraar met zijn rol als in koper en huisartsen als verwijzers, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Kader en monitoring

Er zijn extra kosten gemoed met deze aanspraak Gecombineerde Leefstijlinterventies. De Minister heeft hiervoor een budget gereserveerd van € 9 miljoen structureel vanaf 2020 en in verband met de opstart € 6,5 miljoen in het eerste jaar (2019). In het addendum wordt aangegeven dat interventies van circa € 400 in het eerste jaar met aanvullende terugvalpreventie in het tweede jaar klinisch relevante uitkomsten kunnen bewerkstelligen. Tegelijkertijd wordt in het (aan de vaste commissie voor VWS toegestuurde) gezamenlijke opiniestuk geschreven door prof. dr. Stef Kremers van de Maastricht University, prof. dr. Ien van de Goor van de Tilburg University en dr. Madelon Johannesma aangegeven dat «vijf miljoen mensen voor dit programma (de Gecombineerde Leefstijlinterventie) in aanmerking komen, maar de ervaring leert dat vijf procent van de doelgroep echt zal deelnemen. Dat klinkt als een kleine groep. Maar het zijn toch al gauw 250.000 Nederlanders die daardoor steun krijgen om hun kwaliteit van leven en intrinsieke motivatie te verhogen, gezonder te leven en uiteindelijk minder zorg nodig hebben».¹ Al met al wordt aangegeven dat zo'n 250.000 mensen van dit aanbod gebruik gaan maken en tegelijkertijd dat dit zo'n € 400 per persoon zal kosten om effectief te zijn. Dit in gedachten nemende is € 6.5 miljoen of € 9 miljoen bij lange na niet genoeg om de hele groep waarschijnlijk gemotiveerde mensen een effectief aanbod te kunnen bieden. De leden van de SP-fractie vragen daarom waarop het beschikbare budget gebaseerd is. Als er meer mensen van het aanbod gebruik willen maken dan de € 9 miljoen mogelijk maakt, kunnen zij dan ook gebruikmaken van de Gecombineerde Leefstijlinterventies, ook als het budget op is? Gebruik van de Gecombineerde Leefstijlinterventies kan op langere termijn immers ook veel zorgkosten besparen. Het bericht dat de Gecombineerde Leefstijlinterventie een plek krijgt in het basispakket valt samen met het bericht dat bepaalde paracetamol, vitaminen en mineralen uit het basispakket worden gehaald en dat daarmee zo'n € 20 miljoen wordt bespaard. Kan de Minister toezeggen dat deze bezuiniging op het basispakket niet wordt gerealiseerd om de extra kosten voor de Gecombineerde Leefstijlinterventies in het basispakket te dekken, zo vragen de leden van de SP-fractie.

De Minister heeft nu besloten om te komen tot nieuwe prestaties en maximumtarieven voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie. De leden van de SP-fractie constateren dat er enkel gesproken wordt van

¹ Brief van CZ te Tilburg d.d. 21 mei 2018

maximumtarieven en niet van minimumtarieven. Kan de Minister aangeven waarom deze keuze is gemaakt? En is de Minister bereid ook minimumtarieven te laten vaststellen? Zo nee, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de Minister om een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit voor de invoering van nieuwe prestaties en maximumtarieven voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie. Genoemde leden willen de Minister hierover enkele opmerkingen en vragen voorleggen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn verheugd dat er duidelijkheid komt over de inhoud, omvang en vergoeding van GLI. Zij hopen dat hiermee meer mensen gebruik zullen gaan maken van de GLI. Wel vragen deze leden hoe het komt dat het zo lang heeft geduurd voordat er meer duidelijkheid wordt geboden over de GLI.

Genoemde leden begrijpen dat het in rekening brengen van GLI niet mogelijk is zonder een wettelijke betaaltitel op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg. Deze leden vragen de Minister of er nu wel één wettelijke betaaltitel gaat komen en zo ja, hoe deze wettelijke betaaltitel gaat heten.

De leden van de ChristenUnie-fractie willen ook enkele zorgen met de Minister delen. Zij begrijpen uit de factsheet van Zorginstituut Nederland (ZIN) over GLI dat alleen GLI's die bewezen effectief zijn, worden vergoed. Klopt het dat er momenteel slechts twee GLI's zijn die door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bewezen effectief zijn verklaard, te weten SLIMMER en Beweegkuur? Klopt het dat het Zorginstituut de interventie COOL, die nog niet bewezen effectief is verklaard, als voorbeeld gebruikt? Zo ja, waarom? Wat zijn de consequenties hiervan voor de vergoeding en de inkoop door zorgverzekeraars? Is de Minister het met deze leden eens dat er bij de inkoop door zorgverzekeraars ruimte moet zijn voor meerdere interventies die bewezen effectief zijn verklaard? Kan de Minister aangeven hoe de procedure van toelating (bewezen effectief verklaren) van GLI's verloopt, wat hierbij de selectiecriteria zijn en hoe deze procedure zich verhoudt tot het inkoopproces voor 2019?

De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen dat de GLI wordt geschaard onder geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Wat zijn hiervan de consequenties voor «begeiden bij bewegen» dat doorgaans door fysiotherapeuten wordt aangeboden? Wordt «begeiden bij bewegen» als essentieel onderdeel van GLI gewoon vergoed door de zorgverzekering?

De leden van de ChristenUnie-fractie hopen dat er snel duidelijkheid komt over de GLI's die in 2019 vergoed zullen worden. Zij vragen of de Minister bereid is uit te gaan van integrale bekostiging, waarbij alle bewezen effectieve GLI's voor vergoeding in aanmerking komen, ongeacht welke beroepsgroep deze GLI aanbiedt.

Vragen en opmerkingen van de 50PLUS-fractie

De leden van de 50PLUS-fractie hebben met grote belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister over het voornemen om een aanwijzing aan de NZa te geven voor de invoering van nieuwe prestaties en maximumtarieven voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie.

De leden van de 50PLUS-fractie zijn zeer verheugd over het feit dat GLI vanaf 2019 deel gaat uitmaken van het basispakket. Deze leden willen graag weten welke stimulans er in de praktijk is voor artsen om cliënten door te verwijzen naar een GLI.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Vanwege de overlap en samenhang tussen enkele vragen die zijn gesteld door de verschillende fracties, zijn de vragen op onderwerp geclusterd. De vragen zijn ingedeeld op de volgende onderwerpen:

Inleiding

1. Wat is een Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI);
2. Effectiviteit van de interventie en de beoordelingssystematiek;
3. De financiële kant van de GLI en de monitoring daarvan;
4. Wie is bevoegd en bekwaam om de GLI uit te voeren;
5. Overige vragen.

De reactie op de verschillende onderwerpen wordt voorafgegaan door een algemene inleiding, waarin op hoofdlijnen de historie van de GLI wordt geschetst.

Inleiding

In de Zorgverzekeringswet is bepaald dat zorg vergoed kan worden indien deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op 23 februari 2009 heeft het toenmalige College voor zorgverzekeringen (nu het Zorginstituut) het rapport «Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie» uitgebracht aan de toenmalige Minister van VWS. In dat rapport is de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) beoordeeld. De conclusie was dat de GLI een effectieve interventie is voor het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. Gezonde voeding- eetgewoontes en gezond beweeggedrag in combinatie aangeboden, is effectiever voor een blijvende gedragsverandering dan de afzonderlijke onderdelen.

Het Zorginstituut (ZIN) stelde vast dat de GLI voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat de verschillende componenten van de interventie tot de geneeskundige zorg behoren. Het ZIN concludeerde dat de gecombineerde interventie onder de Zvw valt, behoudens het begeleiden bij daadwerkelijk bewegen of, met andere woorden het bewegen onder supervisie. Begeleiden bij bewegen kan immers alleen onder de geneeskundige zorg geschaard worden, en daarmee onder de Zvw, als er sprake is van een ernstige beweegbeperking of een andere medisch relevante beperking waardoor begeleiden bij bewegen medisch noodzakelijk is. Door deze duiding uit 2009 maakt de GLI dus al vanaf dat moment feitelijk deel uit van het basispakket. De suggestie die hier en daar is gewekt dat de GLI nieuw in het basispakket komt, is dus onjuist.

Na 2009 zijn er diverse GLI's ontwikkeld, maar die bevatten vaak onderdelen die niet tot het verzekerd pakket behoren, dus niet voor vergoeding in aanmerking komen. Zorgverzekeraar CZ heeft samen met een zorggroep een GLI-programma ontwikkeld Coaching op Leefstijl (CooL), dat is gebaseerd op de duiding uit 2009. Met deze interventie is via de innovatie beleidsregel van de NZa ervaring opgedaan hetgeen uiteindelijk het proces van regelgeving in gang heeft gezet waar we nu de afsluitende fase van naderen. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moeten GLI-programma's enkel verzekerde zorg omvatten en de verbinding met het sociale domein stevig verankeren. Dit is een basiskenmerk van de GLI. Enerzijds omdat overgewicht en obesitas vaak samen gaan met sociaal maatschappelijke problematiek. Anderzijds omdat de GLI veronderstelt

dat deelnemers voor beweegaanbod (onder meer) terecht kunnen bij hun gemeente. Gemeenten en zorgverzekeraars zullen hier samen een adequaat aanbod op moeten formuleren.

Om een handvat te kunnen bieden voor de ontwikkeling van aanbod en de zorginkoop van de GLI-interventie heeft het Zorginstituut op 23 februari jl. een Addendum uitgebracht op de eerdere duiding uit 2009. In dit Addendum geven zij een uitgebreide handreiking hoe de GLI bij overgewicht en obesitas eruit kan zien, voor wie de GLI is bedoeld, wie hem kan uitvoeren, etc. Graag verwijs ik u voor een volledige rapportage hierover naar dit Addendum, dat u bijgesloten aantreft².

1. Wat is een GLI?

Een groot deel van de vragen gaat over wat een GLI is, voor welke doelgroep de interventie is bestemd, of en hoe «begeleiding bij beweging» er onderdeel van uitmaakt en wat het effect is van de duiding binnen het domein «zorg zoals huisartsen plegen te bieden».

De fractie van de VVD heeft de volgende vragen:

- Wat valt er precies wel en niet onder een GLI?
- In hoeverre maakt het «begeleiden bij bewegen» onderdeel uit van de GLI? Waarom is hiervoor wel, niet of deels gekozen?
- Wat zijn de gevolgen voor patiënten als dit niet het geval is?
- Welke invloed heeft dit op de effectiviteit van de leefstijlinterventies?
- Zal de GLI onder het eigen risico vallen?
- Waarom is gekozen voor het al dan niet onder het eigen risico laten vallen van de GLI?

De fractie van het CDA heeft de volgende vragen:

- Synergie tussen het medische en het sociale domein is van belang.
- Op welke wijze wordt gewaarborgd dat de GLI gericht is op duurzame gedragsverandering en niet alleen op (tijdelijk) gewichtsverlies?
- En op welke wijze worden achterliggende (sociale) oorzaken van overgewicht hierin meegenomen?
- Is het de bedoeling is dat «begeleiden bij bewegen op medische indicatie» integraal onderdeel van de aanspraak GLI wordt?
- Zo niet, kan de Minister dan aangeven waarom dit volgens hem geen integraal onderdeel van de aanspraak moet worden?
- De GLI zal geschaard worden onder geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Genoemde leden vragen of dit betekent dat er geen eigen risico betaald zal moeten worden.
- Zo ja, op welke wijze wordt voorkomen dat dit oneerlijke concurrentie bevordert met bijvoorbeeld zorg door diëtisten, waarvoor wel het eigen risico betaald moet worden?

De fractie van D66 heeft de volgende vragen:

- De GLI wordt geschaard onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Kan de Minister nader toelichten hoe dit samengaat met de beoogde brede inzet van de GLI? Kan dit niet juist belemmerend werken?
- Fysiotherapie en oefentherapie worden in de basisverzekering alleen vergoed bij een aantal vastgestelde chronische aandoeningen. Overgewicht en obesitas horen daar vooralsnog niet bij. Hierdoor kan het onderdeel «begeleiden bij bewegen» binnen een GLI niet uit de basisverzekering worden vergoed. Daarnaast valt «begeleiden bij bewegen» in de Zorgverzekeringswet onder het domein van de fysiotherapie/oefentherapie en niet onder «geneeskundige zorg zoals

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

huisartsen plegen te bieden» en kan het daardoor geen onderdeel zijn van de voorgestelde prestatiebeschrijving GLI. Hoe kijkt de Minister hiertegen aan en hoe is hij bereid dit probleem op te lossen?

De fractie van GroenLinks heeft de volgende vragen:

- Komt iedereen in aanmerking voor een GLI-traject of geldt dit louter geldt voor een specifiek afgebakende groep?
- Indien het laatste het geval is, hoe ziet die groep eruit en waarom is er voor deze groep gekozen?
- De leden van de GroenLinks-fractie vragen of onder «lichamelijke activiteit» ook begeleiding bij beweging zoals fysiotherapie valt.
- Is de Minister het met deze leden eens dat begeleiden bij bewegen een essentieel onderdeel is van GLI?

De fractie van de SP heeft de volgende vragen:

- Deelt de Minister de mening van de leden van de SP-fractie dat er sprake moet zijn van een combinatie van aandacht voor voeding en bewegen?
- Deelt de Minister de mening dat de classificatie van de Gecombineerde Leefstijlinterventie als «geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden» ertoe kan leiden dat de huidige effectief bewezen Gecombineerde Leefstijlinterventies niet voor een vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen?
- Is het mogelijk dat begeleiden bij bewegen integraal onderdeel wordt van de aanspraak? Zo ja, welke wijzigingen worden er doorgevoerd? Zo nee, ziet de Minister het risico dat een grote groep mensen binnen de Zorgverzekeringswet geen aanspraak kan maken op integrale zorg zoals die nu in de voorgestelde aanspraak is opgenomen?
- Is de Minister bereid de Gecombineerde Leefstijlinterventie (advies en begeleiding op het terrein van voeding, bewegen en gedrag) als integrale, contracteerbare en tarifeerbare entiteit op te nemen in de aanspraak binnen de Zorgverzekeringswet?

De fractie van de ChristenUnie heeft de volgende vragen:

- De GLI wordt geschaard onder geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Wat zijn hiervan de consequenties voor «begeleiden bij bewegen» dat doorgaans door fysiotherapeuten wordt aangeboden?
- Wordt «begeleiden bij bewegen» als essentieel onderdeel van GLI gewoon vergoed door de zorgverzekering?

Reactie op de vragen over de inhoud van de GLI

Doelgroep

De GLI zoals beschreven in het addendum is uitsluitend van toepassing op volwassenen en niet op kinderen ondermeer omdat het Zorginstituut zich bij dit laatste wil kunnen baseren op de resultaten van proeftuinen waarin wordt geëxperimenteerd met een ketenaanpak voor kinderen die nu nog niet bekend zijn. Jeugdigen vanaf 16 jaar kunnen een uitzondering vormen als de behandelaar inschat dat hij of zij baat kan hebben bij het GLI-programma.

Om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor de GLI gelden de indicatiecriteria zoals genoemd in de NHG-richtlijn Obesitas en in de Zorgstandaard Obesitas. Het gaat hierbij om mensen met een matig Gewicht Gerelateerd Gezondheidsrisico, oftewel met een BMI van 25 of meer én comorbiditeit (diabetes, hart en vaatziekte, artrose) en mensen met een BMI van 30 of hoger.

Inhoud van de interventie en de aanspraak

De GLI richt zich op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. Gecombineerd wil zeggen dat er om dit doel te bereiken tegelijkertijd gewerkt wordt aan gezonder eten, meer bewegen en aan een blijvende aanpassing van het gedrag op deze terreinen. De interventie omvat advies over en begeleiding bij het verwerven van gezonde voeding- en eetgewoontes, een gezond beweegpatroon en richt zich op het omgaan met factoren die een gezonde leefstijl kunnen doorkruisen zoals stress en slaapgebrek.

Overgewicht en obesitas gaan vaak samen met sociaal maatschappelijke problematiek. De aandacht voor een gezonde leefstijl heeft weinig zin als er geen aandacht is voor onderliggende problematiek. Vandaar dat voor de GLI de indicatie gesteld wordt door de huisarts die ook zicht heeft op andere problematiek van de verzekerde die misschien eerst aandacht moet hebben. De aanbieder van de GLI moet ook nauwe contacten onderhouden met de betrokken huisarts en een goede kennis hebben van de sociale kaart om de verzekerde desgewenst te kunnen attenderen op de mogelijkheden voor hulp en ondersteuning door sociaal maatschappelijke instanties van bijvoorbeeld de gemeente.

Onderdeel van de GLI is de advisering en de begeleiding bij het verwerven van gezond beweeggedrag en hoe dit te incorporeren in het dagelijkse bestaan, zoals wandelen, traplopen, met de fiets naar het werk en gebruik maken van het (gemeentelijk) sportaanbod in hun directe woon/leefomgeving. De GLI omvat niet het samen wandelen, fietsen en dergelijke, daarvoor biedt het sociale domein vaak voldoende mogelijkheden. De meeste gemeenten organiseren een heel gevarieerd sportaanbod voor hun inwoners, denk aan allerlei beweegactiviteiten in club- en buurthuizen, wandelclubs, walking football, etc. En ook het private sportaanbod kan hier in een behoefte voorzien, afhankelijk van de voorkeur van degene die het betreft.

Het bovenstaande beschreven programma schaaft het Zorginstituut onder zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Omdat hierop al aanspraak bestaat, hoeft de GLI niet als een aparte aanspraak in de Zvw te worden opgenomen.

Begeleiding bij bewegen

Het begeleiden bij bewegen valt niet onder de Zvw, tenzij er sprake is van een medische indicatie. Dit is al geruime tijd het geval en ook bekend bij alle relevante partijen en beroepsgroepen.

De GLI is een leefstijlinterventie en richt zich als interventie ook niet op het behandelen van medisch relevante beweegbeperkingen. Als een dergelijke beperking bestaat, dan is er andere zorg nodig dan de GLI kan bieden. In een dergelijk geval kan er een indicatie zijn voor zorg zoals fysio- en/of oefentherapeuten die plegen te bieden. Voor deze prestatie gelden de voorwaarden die gelden voor alle verzekerden.

Er is geen enkele indicatie dat begeleiding bij bewegen voor elke potentiële GLI-deelnemer op medische indicatie noodzakelijk is. Als begeleiding bij bewegen een integraal onderdeel van de GLI zou moeten worden, zou dit behalve tot een heel ander kostenplaatje, ook tot een ongewenste medicalisering van de GLI leiden. Het is juist door de verbinding met het sociale domein, dat een cruciaal onderdeel is van de GLI zoals die nu gestalte krijgt, dat ik meerwaarde zie. Aangezien de huisarts degene is die zijn patiënt indiceert voor de GLI, acht ik geborgd

dat deelnemers die wél begeleiding bij beweging op medische indicatie nodig hebben, daarvoor ook via de gebruikelijke weg zo'n indicatie zullen krijgen.

Diverse fracties vragen of het feit dat begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut geen onderdeel uitmaakt van de GLI de effectiviteit ervan nadelig beïnvloedt. Het Zorginstituut heeft zich bij de duiding uit 2009 gebaseerd op effectiviteitonderzoek van het RIVM uit 2008. Dit rapport beantwoordt de vraag of leefstijlbegeleiding kosteneffectief en evidence based is en laat veel bewijs zien dat «kwalitatief goede» leefstijlprogramma's ook (kosten)effectief zijn. Kwalitatief goed wil hier zeggen aldus het Zorginstituut dat er sprake is van onder andere advisering rondom gezond bewegen en dus niet van begeleiding door een fysiotherapeut bij het bewegen (zie Addendum p.10).

Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden

De diverse onderdelen van de GLI interventie zijn door het Zorginstituut geduid als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, ook het adviseren over en het aanzetten tot gezond beweeggedrag. Verschillende fracties vragen of dit geen weeffout is die ervoor zorgt dat fysiotherapeuten niet kunnen worden vergoed voor het begeleiden bij het bewegen van de mensen die een GLI gaan volgen.

Er is geen sprake van een weeffout, fysiotherapie zit immers alleen in het verzekerd pakket onder bepaalde voorwaarden, en niet als het gaat om het begeleiden bij beweging van mensen met overgewicht en obesitas. Omdat het hier om een gecombineerde leefstijlinterventie gaat, is het niet zo dat een verzekerde per definitie ook «in redelijkheid is aangewezen» op fysiotherapeutische zorg. Dit vergt, zoals hiervoor is weergegeven, een separate afweging over nut en noodzaak. De GLI interventie is een programma, dat de huisarts aan zijn patiënt kan aanbieden. Wie het daadwerkelijk aanbiedt, kan naast de huisarts, een zorgverlener zijn met de kwalificatie van HBO-leefstijlcoach. Een fysiotherapeut kan met een verkorte opleiding een HBO-leefstijlcoach worden en in die hoedanigheid een GLI aanbieden. In dat geval vindt vergoeding plaats vanuit de aanspraak huisartsenzorg. Dit moet niet verward worden met de aanspraak op fysiotherapie, omdat dit andere zorg betreft die fysiotherapeuten niet vanuit hun hoedanigheid als HBO-leefstijlcoach bieden. Voor verdere toelichting op de kwalificaties en opleidingen, zie onder punt 4.

Deze duiding betekent niet dat huisartsen ook de enigen zijn die de GLI kunnen uitvoeren, dat mag iedere zorgverlener doen die hiertoe bevoegd en bekwaam is (zie punt 4). Ten slotte is de duiding er ook niet de oorzaak van dat huidige effectief bewezen GLI's nog niet voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen. De redenen daarvoor zijn ondermeer dat (onderdelen van) de interventie niet onder de GLI-omschrijving vallen of dat er onderdelen in zitten die geen verzekerde zorg zijn (zie punt 2).

Eigen risico

Er is geen eigen risico verschuldigd, omdat de GLI geschaard wordt onder geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Ik vind het daarnaast belangrijk dat er voor mensen met een laag inkomen geen financiële drempels zijn om deel te nemen aan een GLI. Het punt van oneerlijke concurrentie met bijvoorbeeld de zorg door diëtisten, waarvoor wel het eigen risico betaald moet worden, is mijns inziens niet ter zake omdat de zorg van diëtisten zich niet makkelijk laat vergelijken met een tweejarig GLI-programma dat aangrijpt op meer dan alleen voeding, maar

ook op bewegen, gedragsaanpassing, stressreductie, bevorderen van goede nachtrust en de verbinding met het sociale domein.

2. Effectiviteit van de interventie

Een aantal fracties heeft vragen gesteld over de effectiviteit van de interventies en over de manier waarop dat wordt geborgd.

De fractie van de VVD heeft de volgende vragen:

- Op welke wijze zal worden geborgd dat enkel bewezen effectieve interventies en interventies die passen binnen de nieuwe, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geformuleerde prestatie GLI ten laste komen van de Zorgverzekeringswet?
- Ziet de Minister mogelijkheden om, net als in het geval van preventieve interventies (Interventiedatabase Gezond en Actief leven), een soort interventiedatabase te ontwikkelen?

De fractie van het CDA heeft de volgende vraag:

- Is de Minister verder van mening dat de effectiviteit van GLI-programma's leidend moet zijn bij de inkoop van de GLI?

De fractie van de ChristenUnie heeft de volgende vragen:

- Klopt het dat er momenteel slechts twee GLI's zijn die door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bewezen effectief zijn verklaard, te weten SLIMMER en Beweegkuur?
- Klopt het dat het Zorginstituut de interventie COOL, die nog niet bewezen effectief is verklaard, als voorbeeld gebruikt? Zo ja, waarom? Wat zijn de consequenties hiervan voor de vergoeding en de inkoop door zorgverzekeraars?
- Is de Minister het met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat er bij de inkoop door zorgverzekeraars ruimte moet zijn voor meerdere interventies die bewezen effectief zijn verklaard?
- Kan de Minister aangeven hoe de procedure van toelating (bewezen effectief verklaren) van GLI's verloopt, wat hierbij de selectiecriteria zijn en hoe deze procedure zich verhoudt tot het inkoopproces voor 2019?
- De leden van de ChristenUnie-fractie hopen dat er snel duidelijkheid komt over de GLI's die in 2019 vergoed zullen worden. Zij vragen of de Minister bereid is uit te gaan van integrale bekostiging, waarbij alle bewezen effectieve GLI's voor vergoeding in aanmerking komen, ongeacht welke beroepsgroep deze GLI aanbiedt.

Reactie op de vragen over effectiviteit en effectieve programma's

Effectieve GLI

In 2009 heeft het Zorginstituut de GLI beoordeeld. De conclusie was dat de GLI een effectieve interventie is voor het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. Gezonde voeding- eetgewoontes en gezond beweeggedrag in combinatie aangeboden, is effectiever voor een blijvende gedragsverandering dan de afzonderlijke onderdelen. Dit algemene uitgangspunt moet de basis vormen voor concrete leefstijlprogramma's. Ook moeten deze vanzelfsprekend effectief zijn, wil vergoeding onder de Zvw mogelijk zijn. Stand van de wetenschap en praktijk (effectiviteit) is immers een uitgangspunt van de Zvw.

Het Zorginstituut heeft het Addendum opgesteld als handvat voor het zorgaanbod en zorginkoop van GLI's in de praktijk. Het Cool-programma is een voorbeeld van een laagdrempelige GLI binnen de eerste lijn. Het programma vormde de aanleiding voor het Zorginstituut om te komen tot generieke uitspraken die als concrete handvatten kunnen dienen voor het

zorgaanbod en zorginkoop. Bijvoorbeeld, als een programma voldoet aan de omschrijving van een GLI en de effectiviteit van het programma onderbouwd is dan kan het programma voor vergoeding in aanmerking komen los van de beroepsgroep die het programma aanbiedt.

Database effectieve GLI's

Voor de beoordeling van de effectiviteit van specifieke programma's wil het Zorginstituut aansluiten bij de activiteiten van het Centrum Gezond Leven van het RIVM. Het Centrum Gezond Leven beoordeelt interventies die als doel hebben gezondheid te bevorderen en ziekte te voorkomen. Een erkenningscommissie van het Centrum Gezond Leven beoordeelt de kwaliteit, de effectiviteit en de uitvoerbaarheid van een interventie op dit gebied. Het Loket gezond leven biedt een overzicht van deze interventies en vermeldt daarbij het niveau van de beoordeling. Bij de erkenning-commissie van het RIVM Centrum Gezond Leven zijn in de afgelopen jaren drie interventies ingediend en beoordeeld die zich richten op de combinatie van voeding, bewegen en gedragsverandering als aanpak voor overgewicht bij volwassenen. Dat zijn Slimmer, de Beweegkuur en Cool. De eerste twee interventies zijn effectief en de Cool interventie is dat voornamelijk onder voorbehoud van het indienen van aanvullende informatie. Hiermee dragen deze programma's het stempel effectief, nog niet het stempel GLI of verzekerde zorg. Het streven is om deze zomer helderheid te hebben over of bovenstaande drie programma's het stempel effectieve GLI krijgen. Het is vervolgens aan de verzekeraars welke programma's zij inkopen.

Het RIVM, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland zijn op dit moment in overleg om tot een werkwijze te komen waarmee het duidelijk is hoe bepaald wordt welke interventies het stempel GLI, effectief en verzekerde zorg mogen dragen. De bovenstaande drie partijen hebben daar allemaal een rol in. Welke beroepsgroep de GLI aanbiedt speelt hierbij geen rol.

Bewezen effectieve programma's die aan de GLI kenmerken voldoen, kunnen worden ingekocht door de verzekeraar. Het is aan de verzekeraar welke programma's hij inkoopt. Dat kunnen er meerdere zijn. Voor de goede orde, er is niet uitsluitend één GLI denkbaar. Er zijn meerdere programma's denkbaar die allemaal een GLI zijn en die voor vergoeding onder de Zvw in aanmerking kunnen komen, mits zij aan de voorwaarden voldoen zoals de effectiviteit van het programma (maar ook: samenwerking met de huisarts; kennis van de sociale kaart etc. Zie: Addendum van het Zorginstituut).

3. De financiële kant van de GLI

Een ander deel van de vragen betreft de financiële kant: de ramingen, is er sprake van kostenbesparing, waar doet die zich dan voor en hoe zit het met de maatschappelijke baten.

De fractie van de VVD heeft de volgende vragen:

- De leden van de VVD-fractie vinden het belangrijk dat GLI's uiteindelijk ook zorgen voor kostenbesparingen verderop in de lijn. In hoeverre is dit het geval?
- Kan de Minister een indicatie geven van de te verwachten opbrengsten?
- Hoe wordt dat de komende tijd gemonitord?

De fractie van de PVV heeft de volgende vragen:

- Wat zijn de budgettaire consequenties zijn van de invoering van de GLI?
- Hoe wordt dit gemonitord en welke maatregelen gaat de Minister treffen indien de kosten de spuigaten uitlopen?
- Genoemde leden verbazen zich er ook over dat de Minister het opeens over de maatschappelijke baten heeft bij GLI. Bij de beoordeling van weesgeneesmiddelen laat de Minister dit steevast achterwege. Wordt hier met twee maten gemeten? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide reactie.

De fractie van het CDA heeft de volgende vragen:

- Op welke wijze zal de ministerie monitoren welke besparingen terugverdiend worden met de GLI op andere vormen van zorg of maatschappelijke kosten?
- Welke maatschappelijke kosten worden daarin allemaal meegenomen?
- Hoe gaat de Minister dit inrichten en hoe gaat hij de Kamer informeren over deze monitoring?

De fractie van Groen Links heeft de volgende vragen:

- Wat is de verwachting van de Minister over de termijn waarop deze investering is terugverdiend?
- Is de Minister van plan de geplande monitor jaarlijks met de Kamer te delen?

De fractie van SP heeft de volgende vragen:

- Waarop is het beschikbare budget gebaseerd?
- Als er meer mensen van het aanbod gebruik willen maken dan de € 9 miljoen mogelijk maakt, kunnen zij dan ook gebruikmaken van de Gecombineerde Leefstijlinterventies, ook als het budget op is?
- Is daarnaast inzichtelijk hoeveel mensen sinds 2009 gebruik hebben gemaakt van de Gecombineerde Leefstijlinterventie en welke kosten en opbrengsten dit met zich mee heeft gebracht?

Reactie op vragen over de financiële kant van de GLI

Het is ingewikkeld om een goede raming te maken. Er is namelijk een aantal onzekerheden rond de GLI, niet in de laatste plaats omdat de GLI een nieuwe soort «zorg» is in de Zvw. Enkele vragen die ook ik heb zijn: hoeveel mensen gaan deelnemen, hoe snel gaat het aanbod zich ontwikkelen, wat zullen dan de kosten zijn, zullen er kostenbesparingen optreden en waar zullen die zich dan voordoen? Om hier een beter beeld bij te krijgen, heb ik het RIVM recent gevraagd een budgetimpactanalyse (BIA) voor de GLI op te stellen. Het briefrapport dat het RIVM mij recent heeft aangeboden, ontvangt u als bijlage bij deze brief³.

Het RIVM heeft voor deze analyse gebruik gemaakt van de data van drie GLI-studies (Slimmer, de Beweegkuur en Cool), alsmede bevolkingsstudies en CBS data. De budgetimpactanalyse wijst uit dat de kosten in het meest realistische scenario zullen oplopen van 5 miljoen euro in het 1e jaar naar bijna 15 miljoen euro in het 5e jaar. Dat is het geval als per jaar 1,03% van de doelgroep daadwerkelijk wordt doorverwezen door de huisarts en de GLI gefaseerd wordt uitgerold (50%-70%-100% in jaar 1–3).

Er bestaat geen compleet beeld van het aantal mensen dat sinds 2009 gebruik heeft gemaakt van een GLI-programma en van de daarmee gemoeide kosten en opbrengsten. De drie pilots die het RIVM in de BIA heeft bekeken kenden een deelnemersaantal van tussen de 1000 en 1500 mensen. Een indicatie van financiële kosten en opbrengsten is lastig te

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

geven, zie hieronder. Echter alle studies laten zien dat er gezondheidsopbrengsten zijn.

Budgettaire beslag

Het RIVM laat zien dat het budgettaire beslag varieert met het verwijsgedrag van de huisarts, de deelname aan de intake, de uitval tijdens de studie en de snelheid van uitrollen van de GLI. Het RIVM heeft de recente Cool studie als basis genomen en daarnaast varianten doorgerekend op basis van andere studies.

VWS heeft in aanloop naar de implementatie van de GLI een eerste kostenraming gemaakt op basis van:

- de kenmerken van het Cool-programma (onder andere de vormgeving van het programma),
- de inschatting van het totale aantal in aanmerking komende personen onder de Nederlandse bevolking,
- de verwijzing,
- eerste cijfers over daadwerkelijke deelname bij het Cool-programma, en
- de verwachte tarieven van de GLI die door de Nza zijn vastgesteld.

Deze raming kwam uit op structureel € 9 miljoen vanaf 2020 en € 6,5 miljoen in 2019, omdat in dit eerste jaar alleen de kosten van het eerste jaar deelname kunnen worden gedeclareerd. Dit staat ook beschreven in de brief «Basispakket Zvw 2019» (Kamerstuk 29 689, nr. 909).

Deze raming is sterk afhankelijk van het daadwerkelijke deelnamepercentage en hier zit dan ook de grootste onzekerheid. De BIA laat zien dat de potentiële doelgroep getalsmatig gezien groot is (28% van de bevolking tussen de 18 en 75 jaar, circa 3,5 miljoen mensen) en dat de groep die ook daadwerkelijk aan het programma gaat deelnemen volgens het meest realistische scenario na de opstartfase uiteindelijk zo'n 1,03% hiervan bedraagt. Het RIVM heeft ook een lager (0,5%) en een hoger (2,5%) verwijsperscentage doorgerekend. Het beschikbare budget voor de GLI (structureel € 9 miljoen) ligt tussen het budgettaire beslag van het minimale (structureel € 7) en realistische scenario (structureel € 14,5 miljoen) van het RIVM in. De praktijk zal moeten uitwijzen of het beschikbaar gestelde budget toereikend is. Indien dit niet het geval is, zal het kabinet moeten bezien wat een passende reactie is.

Kostenbesparingen

Zoals ik u in de brief «Basispakket Zvw 2019» (Kamerstuk 29 689, nr. 909) heb laten weten is onze aanname dat de GLI, als nieuwe zorgvorm met een sterk preventief karakter, kostenbesparingen met zich zal meebrengen. Ik heb aangegeven dat dit zich mogelijk zal uiten in de vorm van minder beroep op bestaande (duurdere) zorgvormen of in de vorm van maatschappelijke baten, zoals een hogere participatie van de gebruikers van de GLI.

Of die baten zich inderdaad zullen voordoen, was één van de vragen waarop ik het RIVM heb gevraagd antwoord te geven in de BIA op basis van de data uit de drie GLI-pilots. Echter de pilots hebben het zorggebruik over een beperkte periode kunnen meten en de kostengegevens waren bij sommige studies niet volledig. De studies gaven daardoor geen betrouwbaar inzicht in de gevolgen van invoeren van de GLI op de kosten van zorggebruik over een periode van 5 jaar. In deze BIA is daarom geen rekening gehouden met substitutie van zorggebruik en het RIVM gaat er op basis van de nu beschikbare gegevens vooralsnog niet vanuit dat de GLI in de eerste 5 jaren na 2019 zal resulteren in besparingen op zorgge-

bruik. Hoe dit in de praktijk precies zal lopen, weten we echter niet. Hieronder geef ik aan dat we dit wel nauwlettend zullen monitoren.

Maatschappelijke kosten/baten

Maatschappelijke kosten en baten zijn erg lastig in kaart te brengen, zeker omdat die breed zijn en een groot palet aan domeinen kunnen beslaan. Het is dan ook erg lastig om deze kosten en baten in een beslissing te betrekken. Ik zie echter wel een duidelijk verband tussen het medische en het sociale domein bij de GLI. De verbinding tussen deze domeinen is een basiskenmerk van de GLI. Enerzijds omdat overgewicht en obesitas vaak samen gaan met sociaal maatschappelijke problematiek. Anderzijds omdat de GLI veronderstelt dat deelnemers voor beweegaanbod (onder meer) terecht kunnen bij hun gemeente. Gemeenten en zorgverzekeraars zullen hier samen een adequaat aanbod op moeten formuleren. Ik kijk, samen met de Staatssecretaris, wat dit betreft overigens ook met belangstelling vooruit naar het af te sluiten preventieakkoord.

Hoewel het een ambitieus doel is om maatschappelijke kosten en baten van de GLI in beeld te krijgen, wil ik bekijken of het mogelijk is daar wel iets over op te nemen in de monitor. De discussie over de vormgeving van de monitor is op dit moment volop gaande.

Ten slotte, zoals gevraagd door de PVV-fractie, is het zo dat bij de beoordeling van weesgeneesmiddelen de maatschappelijke baten standaard een onderdeel zijn van de beoordeling en besluitvorming. Het Zorginstituut adviseert in de eerste plaats over de pakketwaardigheid van het geneesmiddel. Hierbij wordt getoetst aan de pakketcriteria effectiviteit, noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Tevens wordt er gekeken naar andere zwaarwegende (maatschappelijke) argumenten voor of tegen vergoeding. Na advisering door het Zorginstituut neem ik een besluit op basis van het advies en het afgesloten financieel arrangement (indien aan de orde). Daarnaast wil ik benadrukken dat de vormgeving van het open deel van het pakket inhoudt dat het overgrote deel van de (wees)geneesmiddelen automatisch instroomt.

Monitor

Zowel de onzekerheid over het deelnamepercentage als het gebrek aan inzicht in mogelijke kostenbesparingen maakt het belang van de GLI-monitor die we nu voorbereiden groot. De bedoeling is dat deze monitoring behalve gegevens over het aantal deelnemers, inzichten oplevert over of er substitutie van zorggebruik plaatsvindt en hoe het zit met maatschappelijke kosten en baten. Ook is het de bedoeling dat we met data uit deze monitor waar nodig kunnen bijsturen. Daarnaast richten we ons in de monitor op uitkomstindicatoren voor gezondheid en kwaliteit van leven. Vanwege eenvoud en administratieve lasten zullen we zoveel mogelijk aansluiten en gebruik maken van bestaande registraties en van de data van Vektis.

Komende maanden wordt de vorm en inhoud van de monitor samen met een brede kring van deskundigen (o.a. RIVM, CPB, NZa, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Vektis, Partnerschap Overgewicht Nederland) verder bepaald. Het is de bedoeling dat de monitoring start per 1 januari 2019 met een looptijd van minimaal 5 jaar. Mijn voornemen is de geplande monitor jaarlijks met de Kamer te delen.

4. Wie is bevoegd en bekwaam om de GLI te mogen uitvoeren?

Er zijn ook verschillende vragen gesteld over wie de GLI straks mag gaan aanbieden, en wie bepaalt waar diegene aan moet voldoen.

De fractie van de VVD heeft de volgende vraag:

- Wordt de nieuwe prestatie breder dan de aanwijzing uit 2014, zodat ook andere zorgaanbieders de GLI in rekening kunnen brengen?

De fractie van het CDA heeft de volgende vragen:

- Wie bepaalt dat een aanbieder bekwaam en bevoegd is?
- Welke vooropleiding is nodig?
- Klopt het dat hiervoor slechts een aanvullende cursus van 17 dagen nodig is boven iedere initiële hbo-opleiding?
- Is een vooropleiding op ieder willekeurig terrein voldoende om aan de (korte) opleiding tot leefstijlcoach te voldoen?

De fractie van D66 heeft de volgende vragen:

- In de brief geeft de Minister aan dat de levering van zorg niet gebonden is aan een bepaalde beroepscategorie of zorgaanbieder. Een ieder die daartoe bekwaam en bevoegd is, mag de zorg leveren ten laste van de zorgverzekeraar. Kan de Minister aangeven wie dit dan precies zijn?

De fractie van GroenLinks heeft de volgende vraag:

- Kan iedereen een GLI-traject aanbieden of worden er bepaalde (opleidings)eisen gesteld aan aanbieders van GLI-trajecten?

Reactie op de vragen over wie de GLI mag gaan aanbieden:

De GLI-aanbieder

De Zvw gaat uit van een functionele systematiek, dat wil zeggen dat de Zvw omschrijft welke zorg onder de basisverzekering valt en onder welke voorwaarden, maar niet wie/welke beroepsgroep deze zorg mag leveren. Een ieder die bekwaam en bevoegd is om de zorg te leveren, mag dit doen onder de Zvw. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat leefstijlprogramma's (met andere woorden een GLI-programma) functioneel omschreven moeten zijn. Het (effectieve) programma bepaalt de benodigde competenties. Een ieder die over deze competenties beschikt, mag dit programma aanbieden onder de Zvw. Het aanbieden van een GLI is niet voorbehouden aan een specifieke beroepsgroep. De aanbieders van de GLI moeten volgens het Zorginstituut minimaal voldoen aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach.

Rol verzekeraars

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van kwalitatieve en doelmatige zorg. Zij nemen in hun polisvoorwaarden op aan welke voorwaarden de aanbieder moet voldoen. De zorgverzekeraars zijn met aanbieders (leefstijlcoaches) overeengekomen dat de HBO-opleiding leefstijlcoaching de basis vormt voor een kwalificatie als leefstijlcoach. Zorgverzekeraars zullen deze voorwaarde ook gaan hanteren in hun inkoopbeleid. Andere beroepsbeoefenaren zoals fysiotherapeuten/diëtisten kunnen ook aan de kwalificaties voldoen mits zij aanvullende scholing hebben gevolgd en zich daarmee ook als leefstijlcoach kwalificeren.

Opleiding

Er zijn meerdere opleidingen die gevolgd kunnen worden om te voldoen aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach. De post-HBO-opleiding tot leefstijlcoach van de Academie voor Leefstijl en Gezondheid is er hier één van. Deze opleiding tot leefstijlcoach omvat 16 trainingsdagen in een periode van 15 maanden, en daarnaast 8 tot 10 uur per week zelfstudie middels e-learning en literatuurstudie. De studiebelasting bedraagt 96 uur klassikaal onderwijs en ruim 400 uur zelfstudie, wat de totale studiebelasting brengt op 500 uur. De opleiding is bedoeld voor professionals in de zorg of de sport op hbo-niveau (diëtisten, sportdocenten, fysiotherapeuten, hbo-v'ers en praktijkondersteuners). Ook andere hbo'ers komen in aanmerking, zoals HR-managers, docenten en maatschappelijk werkers. Van hen wordt een groter deel thuisstudie verwacht. Daarnaast bestaat bij de Academie voor Leefstijl en Gezondheid voor fysiotherapeuten en diëtisten de versnelde opleiding voor deze beroepsgroepen uit 11 i.p.v. 16 lessen en is daarmee de studiebelasting 66 uur oefenen in de les en 320 uur thuisstudie.

5. Overige vragen

Implementatie

De fractie van de SP heeft nog de volgende vragen:

- Hoe gaat er aandacht worden gegeven aan het bekend maken van de mogelijkheden die zorgaanbieders nu krijgen om de GLI als interventie in te zetten?
- Hoe gaat ervoor gezorgd worden dat alle partijen hun rollen op gaan pakken in de uitvoering van de aanspraak Gecombineerde Leefstijlin interventies, zoals bijvoorbeeld de zorgverzekeraar met zijn rol als inkoper en huisartsen als verwijzers

De 50PLUS-fractie heeft de volgende vraag:

- Deze leden willen graag weten welke stimulans er in de praktijk is voor artsen om cliënten door te verwijzen naar een GLI.

Reactie

Er wordt op dit moment met alle betrokken partijen hard gewerkt aan een goede implementatie van de GLI. Onder andere patiëntenorganisaties, brancheorganisaties van aanbieders (waaronder huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten, leefstijlcoaches) en verzekeraars zijn hierbij betrokken. Hierbij is expliciete aandacht voor welke partij wat moet doen (binnen zijn rol) voor een goede implementatie.

Voor artsen komt er eindelijk een aanbod waar zij naar door kunnen verwijzen. Eigenlijk was er voor mensen met overgewicht tot nu toe immers niets anders dan een paar uur dieetadvisering en als het niet meer anders kan, een maagverkleining. Hun patiënten worden gezonder met een hogere kwaliteit van leven.

De fractie van de VVD heeft nog de volgende vragen:

- Hoe draagt het voorliggende voorstel eraan bij dat GLI meer wordt aangeboden? Wat verandert er nu concreet?

- Reactie:** Na mijn aanwijzing zal de NZa een beleidsregel vaststellen en publiceren met daarin de te hanteren prestatiebeschrijvingen voor de GLI met bijbehorende maximum tarieven. Hierdoor is voor zorgaanbieders duidelijk waaraan een GLI moet voldoen en welke prestaties en tarieven ze daarvoor in rekening mogen brengen.
- Wat zouden de gevolgen van de aangepaste Wet marktordening gezondheidszorg, waarover de Kamer nog een besluit moet nemen en

waar het gaat over het vaststellen van prestaties, kunnen zijn geweest in dit geval van de Gecombineerde Leefstijlinterventies?

Reactie: Indien het voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg (Kamerstuk 34 445) tot wet zal zijn verheven, zal VWS via ministeriële regels in plaats van een aanwijzing aan de NZa de beleidskaders vastleggen. Deze ministeriële regelingen worden ook voorgehangen bij het parlement. Bij het opstellen van de ministeriële regelingen wordt aangesloten bij de huidige regulering. Dit geldt ook voor de GLI.

De fractie van het CDA heeft nog de volgende vragen:

- Op welke wijze kan de Gecombineerde Leefstijlinterventie ook een relatie hebben met de inzet op leefstijlinterventies die op andere gebieden noodzakelijk zijn, zoals bij roken en (overmatig) alcoholgebruik.

Reactie: De GLI is een effectieve interventie gericht op voeding en bewegen. Voor Stoppen met Roken heeft de huisarts de beschikking over de Richtlijn Behandeling Tabakverslaving en Stoppen met Roken Ondersteuning en de NHG-Behandelrichtlijn waarin verschillende effectieve interventies zijn beschreven. Een verbreding van de GLI lijkt daarom niet aan de orde.

- In hoeverre mogen anderen dan personen ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG of personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG zelfstandig zorg verlenen als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (artikel 1, onder b, Wet marktordening gezondheidszorg) of moet dit onder verantwoordelijkheid van de huisarts dient plaats te vinden.

Reactie: De Zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg regelen andere zaken dan welke professional zelfstandig zorg mag verlenen. De Wet BIG is een beroepenreguleringswet. Dit houdt in dat in deze wet wordt geregeld welke beroepen handelingen uitvoeren die een dermate groot risico vormen voor de veiligheid van de patiënt, dat regulering noodzakelijk is. Alle andere vormen van zorg vallen buiten deze wet en mogen zonder tussenkomst van een huisarts of andere BIG geregistreerde specialist worden uitgevoerd.

De fractie van de PVV heeft nog de volgende vragen:

- Worden mensen met een ongezonde leefstijl straks maar afgeschreven, niet geholpen of onderaan de wachtlijst geplaatst?
- Kunnen chronisch zieken of mensen met overgewicht straks nog wel gewoon over straat als overal slogans opduiken als: «Eet je beter», «Loop je beter» of «Sport je beter»?
- Hoe wordt het stigma «dikke bult – eigen schuld» voorkomen?
- Waarom is voorlichting op het gebied van gezonde voeding niet genoeg?
- Krijgen mensen straks allemaal een stappenteller om hun pols? Is dat waar de Minister naartoe wil?
- De fractieleden van de PVV zouden liever zien dat er wat meer begrip komt voor het feit dat mensen verschillend zijn, de ene dik, de ander dun, de ene actief, de ander passief. Ziet de Minister dat ook zo en wil hij zich daarvoor inzetten? Zo ja, hoe?

Reactie: Mensen met een ongezonde leefstijl worden met dit voorstel juist geholpen bij het voorkomen van ziekten die zijn gerelateerd aan overgewicht en obesitas op een wijze die aansluit bij hun behoefte. Met de invoering van de GLI krijgen mensen met overgewicht en obesitas een nieuwe mogelijkheid hun leefstijl aan te passen, vergoed vanuit het basispakket. De GLI is een praktisch programma om hieronder begeleiding mee aan de slag te gaan.

Het stigma «eigen schuld, dikke bult» speelt hierbij geen rol, daarvoor zijn de oorzaken die ten grondslag liggen aan overgewicht / obesitas problematiek veel te complex.

Uit de rapportages van het Zorginstituut blijkt dat het niet genoeg is om alleen voorlichting te geven over voeding, het gaat juist om de combinatie van voeding, beweging en gedragsaanpassing. En het is natuurlijk aan mensen zelf om al dan niet een stappenteller om hun pols te doen.

Ik zie net als de PVV het belang van diversiteit, iedereen is verschillend en het is een verworvenheid van onze maatschappij dat dit kan en mag.

Het is dan ook aan de persoon zelf om te besluiten of hij of zij aan de GLI deelneemt. Bij de inzet op het bevorderen van een gezonde leefstijl en het voorkomen van overgewicht en obesitas is het belangrijk dat aangesloten wordt bij de situatie en voorkeuren van mensen. Ook bij de uitvoering van de GLI wordt er door de begeleiders rekening gehouden met de verschillen tussen mensen die aan de slag willen met het verbeteren van de leefstijl.

De fractie van de SP heeft nog de volgende vragen:

- Kan de Minister toezeggen dat de bezuiniging in het basispakket niet wordt gerealiseerd om de extra kosten voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie in het basispakket te dekken?

Reactie: Het pakket aan maatregelen dat gepresenteerd is in de brief⁴ van 1 juni jongstleden is een samenhangend pakket van maatregelen waarbij het budget dat vrijgemaakt wordt met het uit het pakket halen van vitamines, mineralen en paracetamol wordt ingezet om verschillende pakketintensiveringen door te voeren, waaronder een uitbreiding van de aanspraken fysiotherapie en ziekenvervoer en om de GLI te stimuleren.

- De leden van de SP-fractie constateren dat er enkel gesproken wordt van maximumtarieven en niet van minimumtarieven. Kan de Minister aangeven waarom deze keuze is gemaakt? En is de Minister bereid ook minimumtarieven te laten vaststellen? Zo nee, waarom niet?

Reactie: Ik zie op dit moment geen noodzaak om naast maximumtarieven ook minimumtarieven vast te laten stellen. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht en maakt waar nodig gebruik van bevoegdheden op het gebied van markttoezicht.

De fractie van de ChristenUnie heeft nog de volgende vragen:

- Waarom heeft het zolang geduurd voordat er meer duidelijkheid wordt geboden over de GLI?

Reactie: Onder andere het ontbreken van duidelijkheid over de inhoud van specifieke programma's heeft ertoe geleid dat het zorgaanbod na 2009 niet van de grond is gekomen. Met het initiatief van zorgverzekeraar CZ, een zorggroep, de Universiteit van Maastricht en de inzet van de NZa innovatiebeleidsregel, is deze duidelijkheid er uiteindelijk wel gekomen.

- Komt er nu een wettelijke betaaltitel voor de GLI en zo ja, hoe gaat deze wettelijke betaaltitel heten?

Reactie: De NZa, stelt na aanwijzing door de Minister, de prestatiebeschrijvingen vast die in rekening gebracht mogen worden door zorgaanbieders. Deze prestatiebeschrijvingen worden vastgesteld in overleg met de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De beleidsregel van de NZa zal de volgende prestatiebeschrijvingen gaan bevatten:

- Intake;
- Behandelfase per kwartaal;
- Onderhoudsfase per kwartaal;

⁴ brief «Basispakket Zvw 2019» (Kamerstuk 29 689, nr. 909)

- Onderlinge dienstverlening.