

Rapport

De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk

Op 9 augustus 2010 uitgebracht aan het Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2010047390
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	mw. F.M. van der Meer; mw. drs. B.T.L.E. Couwenbergh; drs. J.J. Enzing; mw.dr. G. Ligtenberg; mw.mr. P.C. Staal
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 86 59
<i>Bestellingen</i>	Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
4	2. Samenvatting duiding gecombineerde leefstijlinterventie en de (concept-)Zorgstandaard Obesitas
4	2.a. De duiding
5	2.b. De hoog-risicogroepen
7	2.c. Algemene leefstijladviezen of GLI
8	2.d. De intensieve
9	2.e. De GLI als onderwerp van dit rapport
10	3. De gecombineerde leefstijlinterventie in de regelgeving
10	3.a. Huidige mogelijkheden voor een GLI onder de Zvw
11	3.b. Uitbreiding Chronische lijst met overgewicht en obesitas ?
12	3.c. GLI als aparte prestatie in de regelgeving?
13	3.d. Aandachtspunten voor GLI in de regelgeving
16	3.e. 'Kapstok'-artikel
17	3.f. Conclusie
18	4. Kosten en opbrengsten van de gecombineerde leefstijl-interventie
18	4.a. De inhoud van het onderzoek
19	4.b. Kosten, substitutie en gezondheidswinst vanuit BKZ-perspectief
20	4.c. Kosten en opbrengsten vanuit maatschappelijk perspectief
20	4.d. Het rekenmodel
21	4.e. Het aantal : omvang doelgroep
22	4.f. $P * Q$: de prijzen en de aantallen
25	4.g. Het effect
26	4.h. De gecombineerde leefstijlinterventie : nieuwe zorg ?
27	4.i. Samenvattend
28	5. De gecombineerde leefstijlinterventie in de praktijk
28	5.a. Effectiviteit en kosteneffectiviteit
29	5.b. Wat zegt het RIVM over de kosteneffectiviteit?
30	5.c. GLI : eenmalige interventie ?
31	5.d. Functioneel inkopen
33	5.e. De verwijzing
33	5.f. Het zorgaanbod
34	5.g. Monitoring van de effecten van de GLI in de praktijk
35	5.h. Zorg : de schakel met de publieke gezondheidszorg
39	6. De gecombineerde leefstijlinterventie bij kinderen
39	6.a. Gezinsaanpak
39	6.b. Organisatie GLI bij kinderen

40	6.c. Gezinsaanpak in de Zvw
40	6.d. Centra Jeugd en Gezin – lokale aanpak
42	7. Inhoudelijke consultatie
45	8. Conclusies en aanbevelingen
47	9. Advies Adviescommissie Pakket
48	10. Besluit CVZ

Bijlage(n)

1. Schema duiding gecombineerde leefstijlinterventie
2. Rapport kostenonderzoek iMTA, Rotterdam
3. Risicogroepen en interventie : aantallen per categorie
4. Veelgestelde vragen
5. Feiten en getallen rondom overgewicht, obesitas en leefstijl 2009
6. Overzicht geconsulteerde partijen van wie een reactie is ontvangen

Samenvatting

GLI in het Besluit zorgverzekering

De gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit advies over en begeleiding bij voeding/eetgewoontes, beweging en gedragsverandering. Zij is gericht op het verwerven en behouden van gezond gedrag. De interventie kan ingezet worden bij overgewicht en obesitas, om gerelateerde aandoeningen te voorkomen. In dit rapport geeft het CVZ aan hoe de gecombineerde leefstijlinterventie als samenhangende interventie een plaats kan krijgen in de regelgeving, namelijk vermelding als te verzekeren prestatie in het Besluit zorgverzekering. Het rapport is een vervolg op de duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie uit 2009 (*Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie*).

per 1 januari 2012

Om zorgverzekeraars een ruime voorbereidingstijd te gunnen, beveelt het CVZ aan de wettelijke verankering van de gecombineerde leefstijlinterventie als samenhangende prestatie, niet eerder dan 1 januari 2012 te realiseren.

geen eigen bijdrage

Het CVZ adviseert geen eigen bijdrage te heffen voor de GLI en het aanbod onder de basisverzekering niet te beperken tot eenmaal. De meningen over het effect van een eigen bijdrage lopen uiteen. Een eigen bijdrage kan enerzijds motiveren tot 'therapietrouw', anderzijds kan de bijdrage ook een drempel vormen voor deelname. Voor het CVZ was doorslaggevend dat de interventie is opgebouwd uit elementen van de reguliere zorg waarvoor evenmin een eigen bijdrage geldt.

geen beperking tot eenmaal

De gecombineerde leefstijlinterventie is gericht op het verwerven en behouden van gezond gedrag. Een gedragsverandering bereiken is niet eenvoudig. Een langdurige interventie kan hiervoor nodig zijn. Ook bij andere aandoeningen kan gedragsverandering de remedie zijn. Voorbeelden hiervan zijn te vinden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Binnen dit domein ontnemt de basisverzekering niet iemand de vergoeding van een behandeling, mocht een eerdere interventie niet succesvol zijn gebleken. Het CVZ wil dan ook niet adviseren, om de inzet van de GLI onder de basisverzekering formeel tot eenmaal te beperken. De zorgaanbieder moet op basis van zijn professionele inzicht in het individuele geval bepalen of de inzet van de GLI (nog) zin heeft gezien de motivering, mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt.

het kostenonderzoek door het iMTA

Het institute for Medical Technology Assessment (iMTA) van de Erasmus Universiteit te Rotterdam heeft een kostenonderzoek uitgevoerd voor het CVZ rond de kosten en opbrengsten van de gecombineerde leefstijlinterventie op korte en middellange termijn. Dit onderzoek omvatte een uitgebreide budgetimpactanalyse over meerdere jaren. Naast de kosten

<i>verfijning hoog-risicoindeling</i>	<p>van de GLI, zijn besparingen door substitutie van zorg, gezondheidseffecten en, buiten de zorg, door de afname van ziekteverzuim, berekend. Het iMTA raamt het saldo van kosten en opbrengsten in jaar 1 op ca. 51 miljoen euro. Een gestructureerd aanbod van de GLI leidt in de raming in jaar 1 tot en met jaar 4 tot kosten (per saldo). Deze nemen langzaam af tot 9 miljoen euro in jaar 4 en vanaf jaar 5 is er sprake van een batig saldo, dat oploopt tot 50 miljoen euro in jaar 10 (dit saldo geldt voor kosten en opbrengsten binnen de zorg). Bij de berekening vanuit maatschappelijk perspectief raamt het iMTA de opbrengst in jaar 10 op 192 miljoen euro.</p>
<i>monitoring</i>	<p>Het iMTA is uitgegaan van de hoog-risicoindeling die het CVZ ontleende aan de CBO-richtlijn <i>De behandeling van overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen</i> uit 2008. In de tussentijd is <i>Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas</i> gepubliceerd die een verfijning heeft aangebracht op deze risico-indeling waardoor niet alle participanten meer in aanmerking zouden komen voor de GLI.</p>
<i>doelmatige uitvoering door zorgverzekeraars</i>	<p>Het rekenmodel moest uitgaan van veel veronderstellingen, omdat er nog geen sprake is van een gestructureerd aanbod van de GLI. Vanwege deze veronderstellingen is het zinvol de praktijk van de GLI van begin af aan te monitoren. CVZ zal hierover overleggen met het ministerie van VWS, ZonMw en de NZa.</p>
<i>preventieketen : integrale aanpak</i>	<p>Zorgverzekeraars hebben voor een doelmatige uitvoering een aantal handvatten nodig die nog aan nauwkeurigheid kunnen winnen. Hierbij gaat het vooral om twee aspecten :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ de koppeling tussen de specifieke indicatie van de verzekerde en de duur en intensiteit van de interventie; ▪ de functionele beschrijving van de GLI. <p>Beide aspecten zijn van belang voor een doelmatige inzet van de interventie. Het CVZ heeft immers de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie in haar algemeenheid vastgesteld. De doelgroep van de interventie is echter groot, met een grote variatie in ernst en complexiteit van de aandoening. Het is nodig om zicht te hebben op de koppeling tussen indicatie van de verzekerde en de duur en intensiteit van GLI, wil deze gepast ingezet kunnen worden. Hierover komen gaandeweg meer gegevens beschikbaar. De <i>Zorgstandaard Obesitas</i> kan hierbij ook behulpzaam zijn</p> <p>Voor een doelmatige organisatie van de GLI is het verder belangrijk dat per component van de interventie de minimaal vereiste deskundigheid aangegeven is (bij de verschillende niveaus van risico). De <i>Zorgstandaard Obesitas</i> zal zich hierover buigen in 2011.</p>
	<p>Tenslotte, afstemming tussen de zorg via de basisverzekering en het lokale gezondheidsbeleid is een belangrijke voorwaarde</p>

om de preventieketen goed te laten functioneren. Het CVZ zal in dit verband een standpunt innemen over het *PreventieConsult Cardio-metaboolsyndroom*, zodra hiervan een definitieve beschrijving beschikbaar is.

1. Inleiding

In februari 2009 heeft het CVZ het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie* gepubliceerd.¹ In dit rapport heeft het CVZ de gecombineerde leefstijlinterventie (*hierna* : GLI) beschreven en aangegeven in hoeverre deze interventie onder de basisverzekering valt. In dit rapport geeft het CVZ een vervolg hierop en gaat het in op de wettelijke vormgeving van de gecombineerde leefstijlinterventie, de kosten en opbrengsten van de interventie en randvoorwaarden voor de uitvoering door zorgverzekeraars.

De Beweegkuur

De GLI in de basisverzekering speelt tegen de volgende achtergrond. In 2007 is het *Nationaal Instituut voor Sport en Bewegen* (NISB) van start gegaan met het ontwikkelen van De Beweegkuur. De Beweegkuur is bedoeld om mensen met diabetes (of een hoog risico daarop) te begeleiden naar een actievere leefstijl met een gezond voedingspatroon en voldoende beweging. Het ministerie van VWS subsidieert dit project.²

ontwikkeling naar gecombineerde leefstijlinterventie

Aanvankelijk was De Beweegkuur alleen een beweegprogramma. Voortschrijdend inzicht rond de effectiviteit van leefstijlinterventies leidde tot uitbreiding van dit programma met de componenten voeding/eetgewoonten en gedragsverandering (gezamenlijk gericht op het adopteren van gezond gedrag).³ De drie componenten gezamenlijk kunnen namelijk een effectief wapen vormen tegen overgewicht en obesitas en daaraan gerelateerde aandoeningen.

landelijk aanbod

Het ministerie van VWS wilde aanvankelijk vanaf 2011 een landelijk aanbod realiseren van De Beweegkuur via de basisverzekering. Het CVZ heeft aangegeven dat een prestatie die louter 'De Beweegkuur' omvat, niet past binnen de systematiek van de Zorgverzekeringswet. De Zvw gaat immers uit van een functionele systematiek. Dat wil zeggen dat de wet omschrijft 'wat' onder de basisverzekering valt. 'Wie' deze uitvoert en 'waar' deze wordt uitgevoerd, bepaalt de zorgverzekeraar (in overleg met verzekerden en

¹ *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie*, CVZ, 2009 (publicatienummer 271). Tegelijkertijd publiceerde het CVZ *Preventie van diabetes : verzekerde zorg?* (publicatienummer 272). De bevindingen rond de gecombineerde leefstijlinterventie zijn gelijklopend in beide rapporten.

² Het CVZ heeft de gecombineerde leefstijlinterventie geduid als interventie bij overgewicht en obesitas. Overgewicht is een risicofactor voor het ontwikkelen van DM 2. Patiënten met DM 2 hebben vrijwel altijd (ca. 90%) overgewicht. Er is dus een kleine groep met diabetes zonder overgewicht. De optimale interventie bij manifeste diabetes is nog niet duidelijk. Wel geldt voor deze groep dat gezond gedrag en lichamelijke activiteit de diabetes makkelijker behandelbaar maakt en cardio-vasculaire risicofactoren verlaagt. Voor deze groep is er dan ook een indicatie voor een GLI, zij het dat deze minder nadruk zal leggen op gewichtsreductie en er nog onduidelijkheid is over de optimale vormgeving.

³ Het RIVM-rapport rond de kosteneffectiviteit van beweeg- en dieetadvisering speelde hierbij een belangrijke rol : *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2*, RIVM, 2008.

zorgaanbieders). Dit betekent dat een gecombineerde leefstijlinterventie deel gaat uitmaken van de te verzekeren prestaties (voor alle daarvoor aangewezen hoog-risicogroepen). De Bewegingkuur is hiervan een voorbeeld, maar ook andere programma's kunnen onder de basisverzekering vallen. Voorwaarde is dat de interventie voldoet aan de criteria van een gecombineerde leefstijlinterventie en dus een combinatie levert van advisering over en begeleiding bij voeding(sgewoontes) en beweging die gericht zijn op het adopteren en behouden van een gezonde leefstijl. Deze interventie heeft het CVZ geduïd in het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie*.⁴

kosten en uitvoering

Het ministerie heeft het CVZ gevraagd om de kosten en uitvoeringsaspecten in beeld te brengen van een gestructureerd aanbod van de gecombineerde leefstijlinterventie.

systeemadvies

In dit rapport zetten we uiteen welke plek de GLI als samenhangende prestatie kan krijgen binnen de regelgeving. Het CVZ omschrijft een dergelijke uitwerking van een te verzekeren prestatie in de regelgeving als een systeemadvies. Via de duiding van 2009 heeft het CVZ al het standpunt ingenomen dat de interventie deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties wat de stand van de wetenschap en praktijk betreft (kortweg : de effectiviteit van de interventie) én de omschrijving van de te verzekeren prestaties in Zvw en Bzv. Gezien deze conclusie was een instroomadvies (waarin het CVZ de noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit van de prestatie toetst) dan ook niet meer aan de orde.⁵

leeswijzer

De volgende onderwerpen komen in dit rapport aan de orde. Hoofdstuk 2 geeft een samenvatting van de duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie van begin 2009. Hoofdstuk 3 richt zich op de wettelijke vormgeving van de gecombineerde leefstijlinterventie. Hoofdstuk 4 bespreekt de kosten en opbrengsten van de gecombineerde leefstijlinterventie op korte en middellange termijn. De uitkomsten van een onderzoek door het institute for Medical Technology Assessment (iMTA), Erasmus Universiteit Rotterdam vormen hiervoor de basis. Dit onderzoek omvatte een uitgebreide budgetimpactanalyse over meerdere jaren. Naast de kosten van de gecombineerde leefstijlinterventie, zijn besparingen door substitutie van zorg, gezondheidseffecten en, buiten de zorg, door de afname van ziekteverzuim, berekend.

⁴ Zie noot 1

⁵ Nog ten overvloede : de componenten van de GLI (adviseren over en begeleiden bij voeding/voedingsgewoontes, bewegen en gedragsverandering) vallen onder de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen, diëtisten en fysio- en oefentherapeuten die plagen te bieden. Een toetsing van de GLI aan de pakketcriteria noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit met een negatieve uitkomst zou ertoe leiden dat deze onderdelen uitgesloten zouden moeten worden van de basisverzekering.

Hoewel de gecombineerde leefstijlinterventie is opgebouwd uit onderdelen van de reguliere zorg, is er tot op heden nauwelijks sprake van een gestructureerd aanbod van de 'gecombineerde' interventie. Hoofdstuk 5 benoemt aandachtspunten voor de organisatie van de gecombineerde leefstijlinterventie en de voorwaarden voor een adequaat, gestructureerd aanbod. Dit hoofdstuk gaat ook in op het monitoren van het effect van de gecombineerde leefstijlinterventie na introductie.

***kinderen met
overgewicht***

Aparte aandacht verdienen kinderen met overgewicht en obesitas. Het inzetten van de gecombineerde leefstijlinterventie bij kinderen met overgewicht en obesitas stuit op additionele problemen. De effectiviteit op lange termijn van de interventie is namelijk voor een groot deel afhankelijk van de mate waarin het 'gezin' (of in het algemeen: 'samenlevingsverband') van het kind het gezonde gedrag adopteert. Dit vergt een andere aanpak dan bij volwassenen. In hoofdstuk 6 schetsen we deze 'gezinsaanpak'. Ook geven we aan welke additionele informatie het CVZ nog nodig heeft, alvorens het in een 'duiding' kan aangeven of deze 'gezinsaanpak' deel uitmaakt van de basisverzekering.

***cijfers rond
overgewicht***

Recent zijn er veel publicaties uitgekomen met cijfermateriaal rond de gezondheidstoestand van de Nederlander en het belang van een gezonde leefstijl (bijvoorbeeld RIVM en CBS). In bijlage 4 hebben we een aantal feiten en trends op een rijtje gezet.

***veelgestelde
vragen***

In bijlage 5 is een aantal veelgestelde vragen (en antwoorden) opgenomen. De ervaring leert ons dat de inhoud en omvang van de GLI, de organisatie in samenhang met de functionele systematiek, het verband tussen te verzekeren prestatie en bekostiging, nog voor veel onduidelijkheden kunnen zorgen. Het leek ons goed deze overzichtelijk samen te vatten, los van de hoofdtekst van het rapport.

***reacties con-
sultatieronde***

Bijlage 6 geeft een overzicht van de reacties die ontvangen zijn in de consultatieronde.

2. Samenvatting duiding gecombineerde leefstijlinterventie en de (concept-)Zorgstandaard Obesitas

2.a. De duiding

- rapport 2009 – de duiding** Zoals gezegd, heeft het CVZ in het rapport van begin 2009 ‘geduid’ in hoeverre de gecombineerde leefstijlinterventie deel uitmaakt van de basisverzekering. Voor het begrip van dit vervolgrapport, vatten we de bevindingen van deze duiding samen (in *bijlage 1* is de duiding in een schematisch overzicht samengevat).
- drie componenten** De gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit drie componenten: advisering over en begeleiding bij voeding/eetgewoonten, beweging en gedragsverandering. De patiënt krijgt deze drie componenten in samenhang aangeboden. Duur en intensiteit van de componenten afzonderlijk én van de interventie als geheel hangen af van de indicatie, de mogelijkheden en wensen van de patiënt.
- effectiviteit van de GLI** In het rapport van 2009 concludeerden we dat de gecombineerde leefstijlinterventie als geheel effectiever is dan de inzet van de drie componenten apart om gewichtsreductie te bewerkstelligen, de lichamelijke fitheid te verbeteren en daarmee gezondheidswinst te realiseren. De interventie voldoet dan ook, aldus het rapport, aan de stand van de wetenschap en praktijk. (In het vervolg van dit rapport spreken we in dit verband over de effectiviteit van de GLI).
- geneeskundige zorg** Daarnaast hebben we vastgesteld dat de verschillende componenten van de interventie tot de geneeskundige zorg behoren. Advisering over en begeleiding bij voeding/eetgewoonten, beweging en gedragsverandering behoren tot de zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, fysio-/oefentherapeuten en diëtisten die plegen te bieden (artikelen 2.4 en 2.6 Bzv).
- begeleiding bij bewegen** ‘Begeleiding bij bewegen’ in de zin van ‘in levende lijve’ instrueren en motiveren valt onder de noemer ‘zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden’ in de Zvw. ⁶Aan deze prestatie is een additionele wettelijke voorwaarde verbonden, namelijk vermelding van de aandoening op de zogenaamde Chronische lijst (art. 2.6 lid 2 Bzv). Overgewicht en obesitas komen niet voor op deze lijst en daarom behoort de gecombineerde leefstijlinterventie uiteindelijk niet volledig tot de te verzekeren prestaties.⁷

⁶ De noemer ‘zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden’ betekent overigens niet dat alleen een fysio-/oefentherapeut de zorg kan leveren. De Zvw omschrijft, kortweg, het ‘deskundigheidsgebied’. Iedere zorgaanbieder die bevoegd en bekwaam is mag de betreffende zorg leveren.

⁷ Artikel 2.6 lid 2 Bzv : voor aandoeningen die wél vermeld staan op de *Chronische lijst* geldt dat de eerste negen behandelingen niet onder de basisverzekering vallen (voor verzekerden ouder dan achttien jaar).

Fysiotherapie voor verzekerden > 18 jaar

Verzekerden jonger dan achttien jaar kunnen ook behandeld worden voor andere aandoeningen dan die vermeld op de 'Chronische lijst' (art. 2.6 lid 3 Bzv). Voor deze groep maakt de gecombineerde leefstijlinterventie op zich wel deel uit van de basisverzekering. Voor jongeren geldt wel dat het zelden op lange termijn effectief is om louter het kind te behandelen. Effectiever zijn systeeminterventies waarbij de eet- en leefgewoonten van het hele gezin worden betrokken.

hoog-risicogroepen

De gecombineerde leefstijlinterventie is erop gericht om aandoeningen te voorkomen die kunnen samenhangen met overgewicht en obesitas. Voor de inzet van een preventieve interventie (in de zin van geïndiceerde preventie) onder de Zvw is het nodig om de hoog-risicogroepen te omschrijven die voor de interventie geïndiceerd zijn.⁸

2.b. De hoog-risicogroepen

hoog risico in de CBO-richtlijn

Het CVZ onderscheidde in zijn rapport van 2009 de volgende hoog-risicogroepen die in aanmerking zouden moeten komen voor de gecombineerde leefstijlinterventie:

- personen met een BMI tussen 25 kg/m² en 30 kg/m² in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen);
- personen met een BMI van 25 tot 30 kg/m², met een normale buikomvang, in combinatie met comorbiditeit (hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor DM 2, hetzij manifeste ziektes zoals DM 2);
- vanaf een BMI = 30 kg/m² (ook met 'normale' buikomvang). Voor de laatste groep geldt dat deze mate van overgewicht over het algemeen als 'obesitas' gekwalificeerd wordt.

hoog risico in de concept-Zorgstandaard Obesitas

Deze risico-indeling ontleende het CVZ aan de CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*.⁹ In de tussentijd heeft een verdere verfijning plaatsgevonden van de koppeling tussen risicogroepen en de gecombineerde leefstijlinterventie. Deze is uitgewerkt in de concept-Zorgstandaard *Obesitas*, in juni 2010 vertrouwelijk verspreid onder de titel *Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas*.¹⁰ Deze wordt voorbereid door het Partnerschap Overgewicht Nederland in overleg met inhoudelijk betrokken partijen.

⁸ Voor verzekerden met obesitas en/of overgewicht met comorbiditeit valt de interventie onder de noemer zorggerelateerde preventie. Zodra er sprake is van een hoog risico dat relevant is voor de Zvw, met andere woorden er is sprake van geïndiceerde preventie, is het onderscheid preventie en curatie voor de Zvw niet meer van belang.

⁹ Richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. 2008

¹⁰ De definitieve *Zorgstandaard Obesitas* eind november 2010 verwacht. Het *Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas* is vertrouwelijk verspreid aan inhoudelijk betrokkenen. De informatie uit het voorstel hebben wij in ons rapport verwerkt in overleg met het PON. In het vervolg van het rapport zullen wij spreken over de concept-zorgstandaard, als wij verwijzen naar het voorstel.

De concept-Zorgstandaard *Obesitas* gaat uit van de volgende tabel gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR).

BMI kg/m ²	RISICOFACTOREN en COMORBIDITEIT		
	<i>risico op (sterfte aan) HVZ of diabetes</i>		COMOR- BIDITEIT**
	geen verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ en DM	verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ of DM door risicofac- toren*	
≥25BMI<30	licht verhoogd	sterk verhoogd	sterk verhoogd
≥30BMI<35	sterk verhoogd	sterk verhoogd	sterk verhoogd
≥35BMI<40	sterk verhoogd	sterk verhoogd	extreem verhoogd
BMI≥40	extreem verhoogd	extreem verhoogd	extreem verhoogd

tabel 1 : gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

* Er is sprake van een verhoogd 10-jaarsrisico op sterfte aan HVZ zodra deze > 5% is of bij de aanwezigheid van een gestoord nuchter glucose.

** Aanwezigheid van DM type 2, HVZ, slaapapneu en/of artrose. ¹¹

Basis voor deze indeling is het 'gewichtsgelateerd gezondheidsrisico' (GGR) op (sterfte aan) hart-vaatziekten of diabetes. Deze relatieve risico-indeling ontleent de zorgstandaard aan de rubricering van obesitas zoals WHO en NICE deze hebben gedefinieerd. Het GGR drukt de mate van ernst uit van obesitas en de kans op hieraan gerelateerde gezondheidsschade. Het GGR onderscheidt drie niveaus : licht verhoogd, sterk verhoogd en extreem verhoogd. Bij een *licht verhoogd risico* komt de persoon in aanmerking voor *algemene leefstijladviezen*. Bij een *sterk verhoogd risico* is de verzekerde geïndiceerd voor de *GLI*. Een intensieve vorm van de *GLI*, de 'GLI+' is geïndiceerd bij *extreem verhoogde risico's* : een BMI die gelijk is aan of hoger dan 35 kg/m², met comorbiditeit of

¹¹ De concept-zorgstandaard geeft aan onder 'comorbiditeit' een tweetal soort aandoeningen te verstaan :

- ziekten die vooral de kwaliteit van leven beïnvloeden zoals artrose en slaapapneu;
- ziekten die vooral de levensverwachting beïnvloeden zoals diabetes mellitus en hart- en vaatziekten.

Het CVZ heeft de *GLI* niet beoordeeld bij de aandoeningen artrose en slaapapneu. Dit betekent dat een BMI tussen 25 en 30 die 'louter' gepaard gaat met slaapapneu en/of artrose geen voldoende indicatie is voor de *GLI* onder de basisverzekering.

een BMI gelijk aan of hoger dan 40, ook zonder comorbiditeit.

Deze indeling betekent niet dat de 'hoog-risicogroepen' uitgebreid worden ten opzichte van de CBO-richtlijn (en daarmee het rapport van het CVZ van 2009). De onderverdeling van de totale hoog-risicogroep is alleen verfijnd. Daarnaast is via de introductie van een categorie 'algemene leefstijladviezen' de koppeling tussen risico en interventie gewijzigd voor een deel van de totale doelgroep.

2.c. Algemene leefstijladviezen of GLI

algemene leefstijladviezen bij licht verhoogd risico

Belangrijk verschil tussen bovenstaande risico-indeling en de indeling uit de CBO-richtlijn vormt de categorie BMI tussen 25 en 30 kg/m². In de huidige benadering kan deze categorie hetzij een zelfstandig leefstijlprogramma krijgen met algemene adviezen voor gezonde leefstijl, hetzij een gecombineerde leefstijlinterventie. Het onderscheid wordt bepaald aan de hand van de aanwezigheid van specifieke additionele risicofactoren. In het rapport van 2009 kwalificeerde het CVZ de hele groep met een BMI tussen 25 en 30 kg/m² en een additionele risicofactor (hetzij een grote buikomvang, hetzij een risicofactor voor HVZ, DM 2, hetzij manifeste DM 2) als hoog-risicogroep. Op basis daarvan zou de hele groep in aanmerking zou komen voor een gecombineerde leefstijlinterventie. Binnen deze categorie maakt de concept-zorgstandaard nu een onderverdeling in licht verhoogd en sterk verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. De groep met een licht verhoogd risico komt in aanmerking voor het zelfstandig leefstijlprogramma, de groep met een sterk verhoogd risico is geïndiceerd voor een GLI.

zelfstandig leef- stijlprogramma en GLI

Wat is het onderscheid tussen beide interventies? De concept-zorgstandaard omschrijft het als volgt. Het zelfstandig leefstijlprogramma gaat uit van algemene leefstijladviezen. De nadruk ligt op het zelfstandig uitvoeren van de adviezen. Nadat de zorgverlener de persoon bewust heeft gemaakt van het risico dat hij loopt, ligt het initiatief voor het aanpassen van de leefstijl bij de persoon zelf. Kern van het aanbod voor deze groep zijn algemene adviezen voor een gezonde leefstijl. De zorgverlener kan de persoon op weg helpen door middel van het rechtstreeks geven van adviezen en aanvullend verwijzen naar adequate informatie en zelfstandig uitvoeren programma's.

individueel zorgplan

Een gecombineerde leefstijlinterventie omvat een interventie die op het individu is toegesneden. De centrale zorgverlener stelt samen met de patiënt een individueel zorgplan op en bekijkt in welke intensiteit de verschillende onderdelen van de

**terugval-
preventie**

GLI ingezet moeten worden.¹² De concept-zorgstandaard gaat er verder vanuit dat na één jaar intensieve behandeling één jaar onderhoud volgt, gericht op terugvalpreventie (driemaandelijke controles). Na de behandelfase van twee jaar volgt voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase (op basis van professioneel inzicht en behoefte van de patiënt). Een jaarlijkse controle is in deze fase geïndiceerd.

**2.d. De intensieve gecombineerde leefstijl-
interventie**

**extreem verhoogd
risico**

Aan het andere eind van het risicospectrum onderscheidt de concept-zorgstandaard een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie. Deze intensieve variant is bestemd voor patiënten met een BMI gelijk aan of boven 35 kg/m² in combinatie met comorbiditeit(en) (diabetes, HVZ, slaapapneu en/of artrose) én alle patiënten met een BMI gelijk aan of boven 40 kg/m².

Bij een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie is er nog steeds sprake van een combinatie van advisering over/begeleiding bij voeding(sgewoontes) en bewegen gericht op het adopteren en vasthouden van een gezonde leefstijl. Uitgangspunt is ook een individueel zorgplan dat door een centrale zorgverlener wordt opgesteld. In deze intensieve variant zal daarbij meestal sprake zijn van samenwerking met of doorverwijzing naar meer specialistische zorg. De zorgstandaard gaat ervan uit dat ondersteuning van de gedragsverandering via cognitieve gedragstherapie een vast onderdeel van de behandeling is.¹³

hogere intensiteit

De intensieve GLI heeft een hogere intensiteit dan de 'standaard'-GLI en ook andere accenten. Het aantal contactmomenten plus vervolgafspraken ligt hoger, de tijdsduur per contactmoment is ruimer en er is meer ruimte voor individuele consulten.

De fasering van de intensieve GLI is gelijk aan die van de GLI. Ook bij een intensieve GLI wordt het eerste jaar van intensieve behandeling gevolgd door één jaar onderhoud gericht op terugvalpreventie en een begeleidingsfase voor onbepaalde tijd (vast te stellen op basis van professioneel inzicht en behoefte van de patiënt).

¹² Dit betekent overigens niet dat de zorg ook individueel wordt geleverd. Groepsgewijze uitvoering van de GLI blijkt de effectiviteit te bevorderen.

¹³ In het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie* heeft het CVZ toegelicht dat de inzet van een GGZ-interventie (gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) een diagnose op as I en/of II van DSM IV vereist. Overgewicht en obesitas zijn geen DSM IV-diagnoses. Er moet sprake zijn van additionele problematiek die wel aan deze kwalificatie voldoet, bijvoorbeeld depressie (zie : genoemd rapport, pp. 29 e.v.)

2.e. De GLI als onderwerp van dit rapport

GLI in de eerste lijn Dit rapport richt zich op de gecombineerde leefstijlinterventie die in de eerste lijn kan plaatsvinden. Dit wil zeggen dat de intensieve gecombineerde leefstijlinterventie buiten beschouwing wordt gelaten. De intensieve variant is ook niet meegenomen in het kostenonderzoek van het IMTA.

3. De gecombineerde leefstijlinterventie in de regelgeving

3.a. Huidige mogelijkheden voor een GLI onder de Zvw

geen nieuwe interventie

In de *Inleiding* hebben we de conclusies uit 2009 rond de GLI als te verzekeren prestatie samengevat. Duidelijk is dat de gecombineerde leefstijlinterventie geen volledig nieuwe interventie vormt. Zij combineert onderdelen van de reguliere zorg en biedt die als samenhangend geheel, multidisciplinair aan. Juist deze samenhang bepaalt de effectiviteit van de GLI en maakt dat deze interventie een meerwaarde heeft ten opzichte van de inzet van de onderdelen afzonderlijk. Aangezien de GLI onderdelen in zich verenigt uit de reguliere zorg, is het niet verwonderlijk dat deze onderdelen ook voldoen aan het wettelijk criterium 'zorg zoals -beroeps-beoefenaren- die plegen te bieden'. Voor de meeste interventies binnen de geneeskundige zorg is het voldoen aan deze beide criteria voldoende, om vervolgens te vallen onder de basisverzekering. Bij de fysio-/oefentherapeutische prestatie geldt echter nog een additoele wettelijke voorwaarde : de toepasselijkheid van de *Chronische* lijst. Deze lijst somt op bij welke aandoeningen de prestatie fysio-/oefentherapie onder de basisverzekering valt (voor verzekerden > 18 jaar). Verzekerden onder de achttien jaar kunnen ook behandeld worden voor aandoeningen die *niet* op de *Chronische lijst* vermeld staan.

begeleiden bij bewegen

Dit betekent dat de GLI nu al in volle omvang aangeboden kan worden aan verzekerden onder de achttien jaar, dus inclusief 'begeleid bewegen'. Aan verzekerden die ouder zijn dan achttien jaar kunnen varianten van de GLI aangeboden worden die geen 'begeleiding bij bewegen' omvatten. De verzekerde wordt dan bijvoorbeeld in individuele consulten of groepsbijeenkomsten geadviseerd, geïnstrueerd en gemotiveerd, maar voert het beweegonderdeel zonder begeleiding, op eigen houtje uit. Zwaardere varianten van de GLI die ook het 'begeleid bewegen'¹⁴ omvatten, kunnen nu ook aangeboden worden, maar vallen dan niet in hun geheel onder de Zvw. Het 'begeleid bewegen' valt daarbuiten (kan dan bijvoorbeeld via een aanvullende verzekering vergoed worden), terwijl de overige componenten ten laste van de basisverzekering komen.

aanvullende verzekering

Het CVZ is van mening dat deze situatie onwenselijk is : een interventie opgebouwd uit meerdere componenten, die haar effectiviteit juist ontleend aan deze combinatie, valt voor de ene groep verzekerden wel in volle omvang onder de

¹⁴ 'Begeleid bewegen' omvat in dit verband 'het in levende lijve instrueren, motiveren en ondersteunen van de patiënt bij het bewegen (zie : *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie*, pag. 25).

basisverzekering en voor een andere groep niet. De consequentie is ook dat de groepen met, over het algemeen, een hoog risico en een grote zorgbehoefte de interventie niet in haar volle omvang binnen de basisverzekering kunnen ontvangen. Er zijn twee mogelijkheden om deze situatie op te lossen :

- de *Chronische lijst* uitbreiden met de aandoeningen overgewicht en obesitas;
- de gecombineerde leefstijlinterventie als te verzekeren prestatie opnemen in het Bzv.

3.b. Uitbreiding Chronische lijst met overgewicht en obesitas ?

Chronische lijst

Zouden de aandoeningen overgewicht en obesitas een plaats kunnen krijgen op de *Chronische lijst* ? De lijst is ooit opgezet in een periode toen er sprake van was fysiotherapie uit te sluiten van de ziekenfondsverzekering (1995). Aanleiding was een gestage toename van de kosten die hand in hand ging met twijfel over de effectiviteit van fysiotherapeutische behandelingen in veel gevallen. Een lijst met chronische aandoeningen is toen opgesteld. Bij de vermelde aandoeningen ging het om langdurige fysiotherapie; de effectiviteit van de interventie werd bij deze aandoeningen verondersteld. Aangezien de effectiviteit van de GLI bij overgewicht en obesitas is vastgesteld, zouden er in die zin geen belemmeringen hoeven te zijn voor een vermelding op de lijst.

‘onder reconstructie’

De *Chronische lijst* is op het ogenblik echter ‘onder reconstructie’. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervoeren namelijk veel problemen met de lijst (de inhoud; de procedure; de financiering; de uitvoerbaarheid; de toetsbaarheid en de context). De kritiek op de samenstelling van de lijst betrof voornamelijk het langzamerhand enigszins willekeurige karakter hiervan. Het CVZ heeft nu een ontwikkelplan uitgestippeld voor een systematische doorlichting van de *Chronische lijst* wat de effectiviteit van de fysio-/oefentherapie betreft bij aandoeningen op de lijst en bij potentiële vermeldingen. In het verlengde van de uitkomsten zal het CVZ bezien of er überhaupt sprake moet zijn van een dergelijke lijst.

Het CVZ meent dat verschillende argumenten tegen vermelding van de GLI op deze lijst pleiten:

1.

geen geschikt instrument

Vooralsnog geldt dat de eerste negen behandelingen fysio- en oefentherapie uitgesloten zijn van vergoeding voor verzekerden boven de achttien jaar (artikel 2.6 lid 2 Bzv).¹⁵ Bij

¹⁵ We gaan nog uit van de wettelijke regeling zoals die in 2010 geldt. Het ministerie van VWS heeft voornemens geuit, om het aantal uitgesloten behandelingen te verhogen tot twaalf.

de GLI zou deze uitsluiting een ongewenste drempel kunnen vormen om de interventie te volgen. Daarnaast, zou het niet vergoeden van de eerste negen behandelingen paradoxaal zijn bij een preventieve interventie die een gelimiteerde inzet van fysio-/oefentherapeuten (of andere bevoegde, bekwame zorgaanbieder) omvat.¹⁶ Binnen de huidige systematiek van de *Chronische lijst* zou het lastig zijn om in het specifieke geval van overgewicht en obesitas hiervan af te wijken.

2.

Het CVZ meent dat vermelding van overgewicht en obesitas op de *Chronische lijst* afbreuk zou doen aan het samenhangende karakter van de GLI. Het is juist niet de bedoeling dat een overgewichtige of obese verzekerde als preventieve interventie louter ‘begeleiding bij bewegen’ krijgt aangeboden, wat de consequentie zou kunnen zijn van vermelding op de *Chronische lijst*.

3.

Daarnaast telt, dat er nu onduidelijkheid is over voortzetting en opzet van de *Chronische Lijst*. Dit kan een risico vormen voor de toekomstbestendigheid van de gecombineerde leefstijlinterventie onder de basisverzekering.

GLI structurele plek in Bzv

3.c. GLI als aparte prestatie in de regelgeving?

Het CVZ geeft de voorkeur aan een structurele plek binnen het Bzv voor de GLI die recht doet aan het samenhangende karakter van de interventie. Dit zou kunnen via de vermelding van de gecombineerde leefstijlinterventie als ‘totaalinterventie’ in de regelgeving, vergelijkbaar met de dyslexiezorg en het stoppen-met-roken-programma.¹⁷ Deze vermelding is mogelijk omdat de gecombineerde leefstijlinterventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en tot de geneeskundige zorg behoort. De gecombineerde leefstijlinterventie wordt dan vermeld als samenhangende prestatie, die als eenheid contracteerbaar en te beprijzen valt.

1.

Deze optie heeft meerdere voordelen. Het geeft de regelgever de mogelijkheid om, indien gewenst, beperkingen die gelden voor de afzonderlijke prestaties, buiten beschouwing te laten voor de totale interventie, zoals de genoemde uitsluiting die geldt voor de eerste negen behandelingen bij de prestatie fysio- en oefentherapie.

¹⁶ In de meest intensieve variant van De Beweegkuur, het begeleid-bewegenprogramma, wordt er, naast de leefstijladvies-consulten, 12 weken lang in groepsverband onder begeleiding van een fysiotherapeut aan beweging gedaan.

¹⁷ Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede dyslexiezorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6 (...) Het stoppen-met-roken-programma is overigens nog niet in werking getreden.

2.

Genoemde wettelijke vormgeving kan ook voordelen hebben die liggen op het vlak van het 'gepast gebruik'. De regelgever kan, bijvoorbeeld in het Besluit of in de Toelichting bij het Besluit, verwijzingen opnemen naar relevante zorgstandaarden en protocollen, zoals de *Zorgstandaard Obesitas*, wanneer deze definitief is, en relevante NHG-standaarden (Cardiovasculair Risicomanagement, Diabetes Mellitus, PreventieConsult, module cardiometabool). De koppeling met zorgstandaarden en protocollen moet de praktijk een handvat geven voor de organisatie en inrichting van de gecombineerde leefstijlinterventie (zoals het bepalen van de duur en intensiteit van de interventie bij specifieke indicaties; de organisatiestructuur; vereiste competenties van de zorgaanbieders bij de verschillende modules).

3.

Daarnaast geldt dat bij aparte vermelding van de interventie als te verzekeren prestatie, zorgverzekeraars de plicht hebben om de interventie als samenhangend geheel te aan te bieden in de polis. Uit oogpunt van 'goede zorg' is dit wenselijk.

4.

Het is ook onwenselijk dat de GLI los van de reguliere eerstelijnszorg aangeboden gaat worden. Contact met de primaire behandelaar (veelal de huisarts) om voortgang te monitoren en overzicht te houden over de gezondheidseffecten is noodzakelijk. Deze connectie is simpeler te construeren, als de GLI als één entiteit wordt aangeboden.

3.d. Aandachtspunten voor GLI in de regelgeving

wetstechnische aandachtspunten

Welke aandachtspunten zijn er uit wetstechnisch oogpunt bij de vermelding van de gecombineerde leefstijlinterventie als aparte prestatie?

Omschrijving

De GLI zou als volgt omschreven kunnen worden :

De gecombineerde leefstijlinterventie omvat een combinatie van advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten, beweging en gedragsverandering, gericht op het verwerven en behouden van gezond gedrag.

onderdeel 'totale zorgpad'

'Plegen te bieden'-criterium

Het 'plegen te bieden'-criterium is bij deze omschrijving niet meer van toepassing. Aan het 'plegen te bieden'-criterium hangen we, bij de gecombineerde leefstijlinterventie, voorwaarden op voor de plaats van de interventie binnen de eerste lijn (bijv. 'moet deel uitmaken van het totale zorgpad' en 'regie door primaire behandelaar'). De basis daarvoor gaat

ontbreken als de GLI als aparte te verzekeren prestatie in de regelgeving wordt opgenomen. Dit betekent dat de plek van de GLI binnen het totale zorgpad¹⁷ vermeld moet worden in de bepaling of in de Toelichting.

Toepasselijkheid protocollen en/of standaarden

Voor de afbakening en vormgeving van de interventie (de koppeling tussen risicogroep en duur en intensiteit van de interventie) is de uitwerking hiervan in protocollen en/of standaarden een belangrijke voorwaarde. De *Zorgstandaard Obesitas*, die nu in concept gereed is, en de relevante NHG-standaarden vormen hiervoor een belangrijk instrument. (De Toelichting bij) het Bzv kan hiernaar verwijzen.

beperking in duur 'Duur' van de interventie

Mochten er beperkingen in het gebruik van de prestatie wenselijk zijn, bijvoorbeeld een beperking tot eenmaal 'in het leven', eenmaal per kalenderjaar, gedurende maximaal 12 maanden enz., dan moet dat apart vermeld worden in het betreffende artikel.¹⁸

(In het volgende hoofdstuk gaan we onder andere in op de duur van de GLI, het belang van 'terugkom'-interventies/begeleiding. Daar gaan we ook verder in op het eventueel limiteren van de GLI binnen de basisverzekering tot eenmaal 'in het leven'.¹⁹)

eigen bijdrage ? Eigen bijdragen en eigen risico

Er zijn geluiden bij zorgverzekeraars om een eigen bijdrage te verbinden aan de inzet van de interventie of 'prestatiecontracten' in te voeren. Een dergelijk instrument zou de motivatie tot volhouden kunnen verhogen, menen zij. In zijn rapport van 2009 wees het CVZ er al op dat instrumenten als een eigen bijdrage en prestatiecontracten alleen ingezet kunnen worden, als hiervoor een basis in de wet te vinden is. Een dergelijke basis zou gelegd kunnen worden in de wettelijke bepalingen rond de GLI.²⁰

De meningen over de wenselijkheid van een eigen bijdrage lopen onder betrokkenen overigens uiteen (in een reactie op het rapport uit 2009 liet de *Nederlandse Obesitas Vereniging* (NOV) weten geen principiële bezwaren hiertegen te hebben, in tegenstelling echter tot de *Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie* (NPCF)). Het effect van een eigen

¹⁸ *vergelijk* : artikel 2.5b lid 2 : De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat slechts het volgen van het programma één keer per kalenderjaar.

¹⁹ Ook het iMTA is in zijn rekenmodel ervan uitgegaan dat de GLI eenmaal 'genoten' wordt. In hoofdstuk 5.c gaan we in op de wenselijkheid van een 'eenmalige GLI'.

²⁰ *vergelijk* : artikel 2.12 lid 2 Bzv, eigen bijdrage kraamzorg.

bijdrage kan immers tweeledig zijn : sommige groepen zet het aan om de interventie vol te houden, andere groepen ervaren het als een drempel om deel te nemen.

Het CVZ meent dat een eigen bijdrage bij deze zorg niet wenselijk is. In de eerste plaats speelt hierbij de zorginhoudelijke overweging dat je (een deel van de) risicogroepen niet wilt ontmoedigen, om aan deze interventie deel te nemen, wat het gevolg kan zijn van een eigen bijdrage. Beloningen werken nu eenmaal over het algemeen beter bij het bewerkstelligen van gedragsverandering. Deze mening is echter niet gebaseerd op specifiek onderzoek naar de werking van eigen bijdrages bij leefstijlinterventies. In de tweede plaats, en misschien meer op het terrein van het CVZ, de GLI is opgebouwd uit componenten uit de reguliere, te verzekeren zorg. Voor deze componenten wordt geen eigen bijdrage geheven. Het zou merkwaardig zijn een eigen bijdrage te introduceren, zodra deze componenten in samenhang worden aangeboden, terwijl juist de samenhang de effectiviteit bevordert.

Een ander instrument is het kwijtschelden van het verplichte eigen risico. Vanaf 2009 is het voor een zorgverzekeraar mogelijk om -kort gesteld- een verzekerde het eigen risico kwijt te schelden voor zorg in verband met een aandoening, als deze een programma volgt, dat door de zorgverzekeraar is aangewezen in verband met diezelfde aandoening.²¹ Deze optie gaat niet uit van een eigen bijdrage, maar van een beloning. Een dergelijke beloning kan aantrekkelijker zijn om doelgroepen te bewegen tot het volgen van een GLI dan een eigen bijdrage. In de praktijk kan deze beloning echter ook weer een lege huls blijken te zijn, omdat het eigen risico bij geïndiceerden met een hoge zorgconsumptie al betaald zal zijn in verband met andere zorg. Er zijn overigens zorgverzekeraars die deze groepen uit eigen middelen, dus niet ten laste van de Zorgverzekeringswet, een tegemoetkoming in de kosten doen.

Verwijzingen

Verwijzingen door een huisarts naar de GLI is wenselijk. Het CVZ gaf dat al aan in het rapport van 2009. Ook de Beweegkuur gaat ervan uit dat de toegang tot de interventie wordt bepaald door de huisarts. De voorwaarde van een

²¹ De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:

a. (...)

b. de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd;

c. (...)

verwijzing geldt wettelijk alleen voor de medisch-specialistische zorg (zie : artikel 14 lid 2 Zvw). Voor de overige zorg is het aan zorgverzekeraars om te bepalen of een verwijzing (door een huisarts) vereist is.

**'kapstok'-artikel
en Regeling
zorgverzekering**

3.e. 'Kapstok'-artikel

We willen in deze paragraaf nog ingaan op de regeltechnische consequenties van het vermelden van de GLI als afzonderlijke te verzekeren prestatie in het Bzv. De wenselijkheid hiervan staat volgens het CVZ buiten kijf. In de vorige paragraaf is het CVZ ingegaan op de inhoudelijk uitwerking hiervan. In deze paragraaf willen we de mogelijkheid van een 'kapstok'-artikel uitwerken, waaronder ook andere (toekomstige) programmatische aanspraken een plek zouden kunnen krijgen.

1.

Nadeel van een vermelding in artikel 2.4 Bzv kan zijn, dat aan dit artikel een onoverzichtelijke opsomming van allerhande programma's wordt toegevoegd (nu al : dyslexiezorg en stoppen-met-rokenprogramma). Dit komt de overzichtelijkheid van het artikel niet ten goede.

2.

Deze vermelding kan nieuwe interventies omvatten die niet onder bestaande noemers in het Bzv geschaard kunnen worden (zoals dyslexiezorg). Het kunnen ook combinaties van prestaties zijn, waarvan de componenten individueel al in het Bzv geregeld zijn (zoals de gecombineerde leefstijlinterventie en het stoppen-met-roken-programma). De vraag is of dit laatste regeltechnisch gewenst is.

3.

Tenslotte zijn er nog procedurele overwegingen. Het Bzv is een AMvB. Een AMvB dient via een wetgevingstraject gewijzigd te worden. Zodra er sprake is van een programmatische prestatie die uiteindelijk, formeel, niet meer is, dan de optelsom van prestaties die al in het pakket zitten, is dit wellicht een te zwaar instrument.

Om aan deze bezwaren tegemoet te komen, kan de regelgever besluiten programmatische interventies te vermelden in de Regeling zorgverzekering, als uitwerking van de geneeskundige zorg uit artikel 2.4 Bzv. De Regeling zorgverzekering is een ministeriële regeling die door de Minister zelf gewijzigd kan worden.²² Als dit een wenselijke weg is, zou het Bzv daarvoor wel de wettelijke basis moeten leveren, bijvoorbeeld in de vorm van een 'kapstok'-artikel voor programmatische aanspraken. De mogelijkheid voor een

²² De Regeling zorgverzekering geeft een uitwerking van verschillende prestaties (bijvoorbeeld hulpmiddelen en farmacie), specificeert eigen bijdragen en benoemt ook uitsluitingen op het gebied van de medisch-specialistische zorg.

dergelijk 'kapstok'-artikel is op haar beurt gelegd in artikel 11 lid 4 Zvw.²³

3.f. Conclusie

Samengevat, het CVZ adviseert de GLI als aparte te verzekeren prestatie op te nemen. Dit kan gebeuren via vermelding van de GLI in artikel 2.4 Bzv. Regeltechnisch zou het wenselijk zijn om, nu of in de toekomst, een 'kapstok'-artikel voor programmatische interventies te introduceren. Hieronder kan de GLI én bijvoorbeeld ook een stoppen-met-roken-programma een plaats krijgen.

²³ artikel 11 lid 4 Zvw : In de algemene maatregel van bestuur (dat is : *het Bzv*) kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10 onderdeel *a*, *c* en *d*, nader wordt geregeld;

4. Kosten en opbrengsten van de gecombineerde leefstijl-interventie

kosten en opbrengsten : korte en middellange termijn

4.a. De inhoud van het onderzoek

Het CVZ heeft het iMTA, Rotterdam een onderzoek laten uitvoeren naar de kostenconsequenties van een gestructureerd aanbod van de gecombineerde leefstijlinterventie binnen de basisverzekering : *Budgetimpactraming, gecombineerde leefstijlinterventie*.²⁴ Het onderzoeksrapport is als bijlage 2 bij dit rapport gevoegd. In de eerste plaats omvat dit onderzoek een raming van de effecten binnen het Budgettair Kader Zorg op de korte en middellange termijn. Het Budgettair Kader Zorg is voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kaderstellend voor de bekostiging van de zorg in Nederland.

De kostenraming omvat de volgende onderdelen :

1. *initiële budgetimpact* : de kosten van het geschat gebruik van de GLI;
2. *substitutie-effect* : in hoeverre vervangt de GLI zorg die nu al genoten wordt binnen de Zvw (bijvoorbeeld : voedingsadviezen en -begeleiding vallen nu al onder de 'dieetadvisering' binnen de Zvw). De hieraan verbonden kosten komen in mindering op de initiële kosten;
3. *gezondheidseffecten* : welke afname van zorg kan optreden door de inzet van de GLI (bijvoorbeeld : afname van geneesmiddelengebruik en artsenbezoek).

Naast deze ramingen binnen de zorg, heeft het iMTA een schatting gemaakt van de besparingen buiten de zorg door het volgen van de GLI, bijvoorbeeld door een afname van het ziekteverzuim. Kosten en opbrengsten zijn geraamd over een periode van 10 jaar.

De studie heeft betrekking op een volwassen populatie (> 18 jaar) en heeft als basisjaar 2010. De doelgroep van de GLI wordt gevormd door de hoogrisicogroepen die het CVZ heeft benoemd in zijn rapport van 2009²⁵ :

- personen met een BMI tussen 25 kg/m² en 30 kg/m² in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen);
- personen met een BMI van 25 tot 30 kg/m², met een

²⁴ *Budgetimpactraming, gecombineerde leefstijlinterventie*; iMTA, Rotterdam, 2009

²⁵ In hoofdstuk 2 gaven we aan dat de concept-Zorgstandaard *Obesitas* een wijziging heeft aangebracht in de koppeling tussen risico en interventie via de introductie van een categorie algemene leefstijladviezen. Dit betreft de groep met een licht verhoogd risico op gewichtsgerelateerde aandoeningen. Ten tijde van het onderzoek was hiervan nog geen sprake. Het iMTA is dan ook uitgegaan van de toentertijd bestaande risico-indeling. Overigens lijkt het voor de hand te liggen dat deze gewijzigde indeling vooral een positief effect op de kosten zal hebben. Het betreft namelijk een kostenverlaging voor een grote groep verzekerden (algemene adviezen in plaats van een individuele GLI). De zorgstandaard vindt dit een verantwoorde keuze voor deze groep, we mogen ervan uitgaan dat de effectiviteit dus minimaal gelijk zal blijven. Overigens, deze groep heeft een licht verhoogd risico en dus nog weinig zorgkosten gerelateerd aan het overgewicht. Hun invloed op de 'opbrengsten'kant is dus sowieso gering.

normale buikomvang, in combinatie met comorbiditeit (hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor DM 2, hetzij manifeste ziektes zoals DM 2);

- vanaf een BMI = 30 kg/m² (ook met 'normale' buikomvang). Voor de laatste groep geldt dat deze mate van overgewicht over het algemeen als 'obesitas' gekwalificeerd wordt.

4.b. Kosten, substitutie en gezondheidswinst vanuit BKZ-perspectief²⁶

de parameters van het model

In de volgende tabel staan de, modelmatig berekende, kosten en opbrengsten in jaar 1 tot en met 5 en de situatie in jaar 10. In paragraaf 4.4 geven we aan welke parameters het model omvat. Een groot deel van deze parameters zijn gebaseerd op veronderstellingen (bijvoorbeeld aantal deelnemers per jaar, effecten, prijzen).

saldo kosten en opbrengsten in jaar 1

De kosten in jaar 1 raamt het iMTA op ca. 85 miljoen euro. Het raamt vervolgens substitutie- en gezondheidseffecten op ca. 34 miljoen. Het saldo van kosten en opbrengsten bedraagt in jaar 1 daarmee ca. 51 miljoen euro. Een gestructureerd aanbod van de GLI leidt in de raming in jaar 1 tot en met 4 tot kosten (per saldo). Deze nemen langzaam af tot 9 miljoen euro in jaar 4 en vanaf jaar 5 is er sprake van een batig saldo, dat oploopt tot 50 miljoen euro in jaar 10. Kosten en opbrengsten over deze tien jaar leveren tezamen een batig saldo op van ca. 77 miljoen in jaar 10. (De kosten en opbrengsten zijn berekend op basis van tarieven).

over een periode van 10 jaar

Over een periode van 10 jaar worden de kostenbesparingen voor 96% gegenereerd door de bereikte gezondheidseffecten. De overige 4% zijn te herleiden tot substitutie van zorg door de GLI.

J A A R	KOSTEN INVOERING	BESPARING SUBSTITUTIE	BESPARING GEZONDHEIDS- EFFECT	TOTAAL KOSTEN
2011	85	-3,9	-30	51
2012	80	-4	-49	30
2013	77	-4	-57	19
2014	73	-4	-65	9
2015	70	-3	-73	-1
..
2020	56	-3	-103	-50
TOTAAL	689	-34	-732	-77

tabel 2 : kosten, substitutie en gezondheidseffecten (op basis van tarieven)

²⁶ Voor alle berekeningen is 2010 het basisjaar.

**raming vanuit
maatschappelijk
perspectief**

4.c. Kosten en opbrengsten vanuit maatschappelijk perspectief

Het iMTA heeft de berekening ook gemaakt vanuit maatschappelijk perspectief. Dit betekent dat ook de besparingen buiten de zorg berekend zijn, bijvoorbeeld door het vermijden van productieverlies. Bij een berekening vanuit het maatschappelijk perspectief worden kostprijzen in plaats van tarieven gehanteerd. Hierdoor verschillen de kosten en besparingen binnen de zorg ten opzichte van de berekening vanuit BKZ-perspectief.

In deze modelmatige berekening is er alleen in jaar 1 sprake van kosten (per saldo), namelijk 29 miljoen euro. In jaar 2 zouden de opbrengsten de kosten overtreffen en zou het batige saldo 15 miljoen euro bedragen. In jaar 10 zijn deze dan opgelopen tot 192 miljoen euro. In de BKZ-benadering bedragen de opbrengsten in jaar 10 : 50 miljoen euro. Twee factoren verklaren met name dit verschil, namelijk een verschil in de berekende gezondheidseffect-opbrengsten : 103 miljoen euro in de BKZ-benadering (tarieven) en 151 miljoen euro in het maatschappelijk perspectief (kostprijzen). Daarnaast leveren de vermeden productieverliezen in jaar 10 uiteindelijk 88 miljoen euro op.

J A A R	KOSTEN INVOERING	BESPARING SUBSTITUTIE	BESPARING GEZONDHEIDS- EFFECT	VERMEDEN PRODUCTIE- VERLIES	TOTALE KOSTEN
2011	85	-11	-44	0	29
2010	80	-11	-72	-13	-15
2011	77	-10	-85	-23	-40
2012	74	-10	-96	-30	-62
2013	70	-10	-107	-38	-84
..
2020	57	-9	-151	-88	-192
TOTAAL	695	-97	-1.078	-436	-916

tabel 3 : kosten en opbrengsten vanuit het maatschappelijk perspectief

**kerngetallen van
het model**

4.d. Het rekenmodel

De ramingen zijn opgesteld aan de hand van een rekenmodel. Voor de budgetimpactanalyse zijn zeven groepen kerngetallen gedefinieerd en berekend die de ruggesgraat vormen van de gehele kostenraming.²⁷ Het gaat om de volgende kerngetallen :

- *algemeen*
(bijvoorbeeld : jaarlijks inflatiepercentage; jaarlijkse groei zorggebruik);
- *doelgroepgrootte*
(bijvoorbeeld : omvang volwassen bevolking; % obesitas; %

²⁷ zie noot 24 : pagina 15 e.v.

- overgewicht);
- *aantallen gebruikers*
(bijvoorbeeld : prevalentie huisartsbezoek; verwijs% HA obesitas; verwijs% HA overgewicht; effect GLI, beklijven effect);
- *kosten invoering GLI*
(bijvoorbeeld : aantallen gebruikers per jaar; kosten van de GLI-programma's);
- *substitutie-effecten*
(bijvoorbeeld : substitutie vindt alleen plaats in jaar van deelname; afname zorg 'diëtisten');
- *effect zorgkosten door gewichtsverlies*
(bijvoorbeeld : %verschuiving van obesitas naar overgewicht+);
- *vermeden productiviteitsverlies*
(bijvoorbeeld : gemiddeld jaarloon; gemiddeld verzuim).

De kritische parameters binnen iedere groep kerngetallen zijn, waar mogelijk, gebaseerd op gegevens uit de wetenschappelijke literatuur en betrouwbare landelijke databases, zoals Statline van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Waar gegevens niet beschikbaar waren, is gebruik gemaakt van veronderstellingen. Hoofdstuk 3 van het onderzoeksrapport geeft een overzicht van de kritische parameters. We willen hier een aantal met name noemen omdat deze bij uitstek de kosten en opbrengsten bepalen die verbonden zijn aan de invoering van de GLI.

4.e. Het aantal : omvang doelgroep

De Nederlandse bevolking > 18 jaar bestaat in 2011 uit, naar schatting, 13.081.722 personen.²⁸ Van deze groep heeft 11,1% obesitas (vanaf BMI = 30) en 25,2% overgewicht+ (dat wil zeggen BMI tussen 25 en 30 én een additionele risicofactor voor gerelateerde aandoeningen HVZ en DM 2. Deze risicofactoren kunnen variëren van grote buikomvang tot hoge bloeddruk, dyslipidemie enz.). Dit betekent dat er uiteindelijk, in theorie, 4.748.665 Nederlanders in aanmerking komen voor een gecombineerde leefstijlinterventie.²⁹ Niet alle overgewichtige en obese personen zullen een GLI volgen. Het iMTA heeft een aantal factoren benoemd die uiteindelijk de deelname bepalen. Uitgangspunt binnen het model is dat een GLI gevolgd wordt op verwijzing van de huisarts. Dit betekent dat een verzekerde eerst het initiatief moet nemen om zijn huisarts te bezoeken en dat de huisarts vervolgens moet besluiten naar de GLI te verwijzen. Ook een verwijzing leidt niet automatisch tot deelname. Motivatie, mogelijkheden en

**daadwerkelijk
deelnemen aan de
GLI**

²⁸ *Gecombineerde leefstijlbegeleiding : om hoeveel mensen gaat het in Nederland?* RIVM. 2010 : deze factsheet gaat uit van een maximale doelgroep van 11.237.000 personen. Het verschil vloeit voort uit de leeftijdsgrens van 70 jaar die het RIVM hanteert (het RIVM hanteert deze grens omdat het niet beschikte over gegevens over comorbiditeit die gepaard gaat met overgewicht/obesitas boven die leeftijdsgrens). Het CVZ redeneert vanuit de basisverzekering : hierbinnen geldt geen maximale leeftijd. Het percentage overgewichtigen++ bedraagt bij het RIVM 24,5 en obesen 10,7.

²⁹ De verfijning van de risico-indeling leidt niet tot een wijziging in de omvang van de totale doelgroep in de concept-Zorgstandaard *Obesitas*.

bepalingen bepalen het uiteindelijke responspercentage. Het iMTA heeft berekend dat vanuit de 'maximale' doelgroep per jaar ca. 236.000 mensen zullen deelnemen aan een GLI.³⁰ Dit is 5% van de totale hoog-risicogroep (zie : hoofdstuk 2 en bijlage 1). Op basis van deze veronderstellingen zullen in 10 jaar tijd naar schatting 1,8 miljoen mensen deelnemen.

onderverdeling van de groep hoog risico

Het iMTA heeft geen onderverdeling gemaakt naar risicofactor binnen de hoog-risicogroep overgewichtigen+.³¹ Voor de totale kosten is dit ook niet per se van belang. Het RIVM heeft deze onderverdeling wel gemaakt en het becijfert de omvang van de groep met een BMI tussen 25 en 30 kg/m² en een grote buikomvang en *geen* andere risicofactor, op 573.000.³² Binnen het totaal van de hoog-risicogroepen van het CVZ is dit ca.12%.³³

4.f. P * Q: de prijzen en de aantallen

prijs van De Bewegkuur

De kosten worden bepaald door de omvang van de doelgroep en de prijs van de interventie. De gecombineerde leefstijlinterventie wordt echter nog niet gestructureerd aangeboden; de prijs van de interventie kan dus niet aan de praktijk ontleend worden. In Nederland lopen tal van experimenten die een vorm van een GLI bieden voor specifieke doelgroepen. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ontwikkelt het NISB nu *De Bewegkuur*. Dit programma was aanvankelijk 'louter' een bewegingsprogramma, bestemd voor mensen met een hoog risico op DM 2. Thans is een transformatie gaande naar een gecombineerde leefstijlinterventie : het programma omvat niet alleen advies en begeleiding bij bewegen, maar ook advies en begeleiding bij voeding. Dit programma onderscheidt drie varianten die oplopen in duur en intensiteit van het advies en de begeleiding :

drie programma-varianten

- het zelfstandig-bewegenprogramma;³⁴
- het opstartprogramma;

³⁰ Het iMTA heeft de 'maximale' doelgroep vermenigvuldigd met de volgende percentages :

- het percentage mensen dat een huisarts bezoekt : 73,3%;
- met het verwijsperscentage van de huisarts. Uitgangspunt is dat de huisarts verwijst voor de GLI. De percentages zijn 30 voor de obesitaspatiënten en 15 voor de overgewicht+-patiënten;
- het responspercentage van de patiënten, het percentage patiënten dat na een verwijzing inderdaad een GLI gaat volgen : 35%.

³¹ Ten tijde van het onderzoek was deze onderverdeling niet van belang, gezien de beschrijving van de hoog-risicogroep in de CBO-richtlijn. Nu de concept- Zorgstandaard Obesitas een categorie *licht verhoogd risico* heeft geïntroduceerd die algemene leefstijladviezen krijgt in plaats van de GLI telt deze onderverdeling wel. De groep met een BMI tussen 25 en 30 met alleen een grote buikomvang krijgt in de benadering van de Zorgstandaard dus *geen* GLI.

³² *Gecombineerde leefstijlbegeleiding : om hoeveel mensen gaat het in Nederland?* RIVM. 2010, bijlage 4. NB : het RIVM legt de leeftijdsgrens bij 70, in tegenstelling tot het CVZ (zie : noot 23).

³³ We brengen hier de omvang van de groep BMI 25-30 mét grote buikomvang volgens het RIVM (de bevolking tussen 18-70 jaar) in verband met de doelgroep van het CVZ (de bevolking > 18 jaar). Dit vertekent de uitkomst, maar het percentage geeft nog steeds een indicatie van het aandeel in de totale doelgroep.

³⁴ De categorie algemene leefstijladviezen, die de concept-Zorgstandaard Obesitas introduceert bij een licht verhoogd risico, verschilt in ieder geval van het zelfstandig-bewegenprogramma wat het vereiste van een individueel behandelplan betreft.

- het begeleid-bewegenprogramma.³⁵

De prijzen van de Beweegkuur vormen nu de beste, beschikbare informatie voor de kostenramingen. Dit programma zal immers een gecombineerde leefstijlinterventie aanbieden die zich richt op een breed spectrum van de hoog-risicogroepen, in tegenstelling tot andere voorbeelden van de GLI die zich meer op een specifieke doelgroep richten.

De prijzen van de Beweegkuur luiden, voorsnog, als volgt :

- het zelfstandig-bewegenprogramma : € 328
- het opstartprogramma : € 432
- het begeleid-bewegenprogramma : € 905

We willen bij deze prijzen een aantal opmerkingen maken die van invloed kunnen zijn op de uiteindelijke kosten.

toedeling over de programma-varianten

Ten eerste, er zijn nog vragen over de toedeling van de patiënten over de verschillende programma's. Hoe leg je de koppeling tussen indicatie van de patiënt en de duur en intensiteit van het programma ? De *Zorgstandaard Obesitas* geeft aan uit te gaan van een individueel zorgplan voor de patiënt. De inhoud wordt bepaald aan de hand van een analyse van de gezondheidstoestand van verzekerde, diens individuele beperkingen, wensen en mogelijkheden. Ook bij een individueel zorgplan is het stepped care-principe van belang : de behandeling begint met de minst ingrijpende en minst kostbare behandeling (gegeven de ernst van de aandoening). Als de eerst gekozen behandeling onvoldoende effect heeft, wordt vervolgens gekozen voor een ingrijpender of intensievere behandelvorm. De zorgstandaard geeft ook aan dat er geen evidence voorhanden is om de exacte frequentie van de contacten binnen de behandeling te bepalen. Het is aan zorgverleners binnen de verschillende disciplines om samen met de patiënt de juiste intensiteit van de behandeling (en het onderhoud dat daarop volgt) te bepalen en persoonlijke behandeldoelen te stellen.

vier criteria voor toedeling

De Beweegkuur hanteert vier criteria om een patiënt toe te wijzen aan een programmavariant : inspanningsbeperking,

³⁵ Bij het zelfstandig-bewegen programma krijgt men leefstijladvies van een voor deze taak opgeleide zorgprofessional: de leefstijladviseur. Het opstart programma is een combinatie van leefstijladvies en bewegen onder supervisie. In het begeleid-bewegenprogramma wordt er, naast de leefstijladviesconsulten 12 weken lang in groepsverband onder begeleiding van een fysiotherapeut aan beweging gedaan.

³⁶ Het ZonMw-monitoringonderzoek gaat na of deze criteria de juiste zijn.

³⁷ Zie onder andere : *Gecombineerde leefstijlbegeleiding bij overgewicht : om hoeveel mensen gaat het in Nederland?*. RIVM. 2010, bijlage 6.

³⁸ In de huidige concept-versie van de zorgstandaard is dit onderdeel nog niet uitgewerkt. Deze beschrijving zal naar verwachting in 2011 haar beslag krijgen.

³⁹ Voorsnog heeft de NZa een beleidsregel opgesteld voor de integrale bekostiging van de volgende aandoeningen: diabetes mellitus 2 en cardiovasculair risicomanagement. Zodra de zorgstandaard voor COPD definitief is vastgesteld, zal ook een beleidsregel opgesteld worden voor deze chronische aandoening.

⁴⁰ RIVM-schatting, bevolking tussen 18 en 70 jaar.

nevenpathologie, bewegingsgerelateerde klachten en startdrempel.³⁶ De praktijk moet uitwijzen of deze criteria inderdaad de juiste zijn voor de koppeling van de deelnemer aan het specifieke programma.

Het iMTA gaat in de kostenraming uit van de volgende verdeling qua deelnemers (afgerond en per jaar):³⁷

- het zelfstandig-bewegenprogramma : 200.000
- het opstartprogramma : 30.000
- het begeleid-bewegenprogramma : 5.000

functionele systematiek en de GLI

Ten tweede, uitgangspunt van de Zvw is de functionele systematiek: de wet geeft aan 'wat' er onder de basisverzekering valt, de zorgverzekeraar kan in overleg met zorgaanbieder en verzekerde bepalen 'wie' de zorg levert. In het algemeen geldt dat degene die de zorg levert 'bevoegd en bekwaam' hiertoe moet zijn. De vormgeving van de GLI kan wat de bemensing betreft verschillen, zolang de minimaal vereiste deskundigheid per onderdeel gewaarborgd is. Dit betekent in de praktijk van de GLI bijvoorbeeld, dat advisering over voeding en eetgewoonten deel zal uitmaken van de interventie, maar dat het niet per se noodzakelijk is dat deze (volledig) geleverd wordt door een diëtist(e). De interventie onderscheidt immers het adviseren en begeleiden bij gezonde voeding en eetgewoonten. Dit kan betekenen dat aan het begin van een GLI een specialistisch dieetadvies gegeven wordt door een diëtist(e) en dat de begeleiding in handen komt van een nurse practitioner of een leefstijladviseur. Algemene adviezen zouden ook door een leefstijladviseur of nurse practitioner geleverd kunnen worden.

vereiste minimale deskundigheid

Dit betekent dat idealiter de componenten van de GLI, dus het adviseren over en begeleiden bij voeding, beweging en gedragsverandering, in functionele termen beschreven worden en dat daarbij duidelijk is wat de vereiste minimale deskundigheid is om het onderdeel te leveren. Op basis van een dergelijke functionele beschrijving kan een reële prijs tot stand komen in het overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de zorginkoop. De *Zorgstandaard Obesitas* zal ingaan op de benodigde kennis, vaardigheden en bevoegdheden voor de verschillende onderdelen van de GLI. De zorgstandaard zal functioneel omschrijven over welke competenties zorgverleners per onderdeel en per fase van het zorgcontinuüm moeten beschikken en welke opleiding dit veronderstelt.³⁸

GLI en integrale zorg voor chronische aandoeningen

Tenslotte, voor de prijs kan ook nog van belang zijn of de GLI geleverd wordt binnen de integrale zorg voor een chronische aandoening of los daarvan.³⁹ Voor de aandoeningen diabetes mellitus 2 en cardiovasculair risicomanagement heeft de NZa een beleidsregel integrale bekostiging opgesteld. De integrale zorg richt zich op personen die gediagnosticeerd zijn voor de

betrokken aandoening. In de termen van de hoog-risicogroepen die het CVZ heeft omschreven betekent dit dat de verzekerden met een BMI tussen 25 en 30 kg/m² en een grote buikomvang buiten de integrale zorgprogramma's zullen vallen, de overige ontvangen hun zorg binnen een dergelijk programma (ervan uitgaande dat alle DM 2- en CVR-zorg als integrale zorg geleverd wordt). In aantallen vertaald betekent dit dat 573.000 personen van de hoog-risicogroepen buiten de integrale zorg blijven⁴⁰ en 3.000.000 daarbinnen (zie : bijlage 3).

4.g. Het effect

effectiviteit van de GLI op langere termijn

In het CVZ-rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie* heeft het CVZ aangegeven interventies als effectief te beschouwen die een gewichtsreductie weten te bewerkstelligen van $\geq 5\%$ na één jaar behandeling (bij hoog risico). Een dergelijke gewichtsreductie leidt tot klinisch relevante gezondheidswinst. Deze percentages stemmen overeen met de percentages die onder andere ook de CBO-richtlijnen hanteren (zowel die voor overgewicht en obesitas, als voor cardiovasculair risicomanagement) en de NICE. In het onderzoek is het iMTA uitgegaan van een gewichtsverlies van 5%. Het gemiddeld gewichtsverlies blijkt voor ongeveer 40% over een periode van 10 jaar.

Dit percentage is ontleend aan de bevindingen in het RIVM-rapport *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2*.⁴¹ De bevindingen in het RIVM-rapport differentiëren echter naar de mate van gewichtsverlies (bij $\geq 4\%$ gewichtsverlies blijkt 20 tot 60% en bij 2-4% gewichtsverlies ruim 90% in het tweede jaar. Deze vaststelling is gebaseerd op uitkomsten in dertig interventiearmen⁴². Deze uitkomsten beperken zich tot een periode van twee jaar.)

terugvalpreventie

Daarnaast constateerde het RIVM dat continuering van de interventie in het tweede jaar lijkt te garanderen dat bij obese mensen het gewichtsverlies ten minste voor 50% behouden blijft (De Beweegkuur gaat uit van een maximale duur van 12 maanden). Het RIVM verbindt aan deze 'terugkom'-interventie een prijs van 150 euro, maar specificiert de inhoud hiervan niet nader.

behandeling en onderhoud

De concept-Zorgstandaard *Obesitas* onderscheidt een behandeljaar en een onderhoudsfase om te controleren in hoeverre de gedragsverandering blijkt (beide duren 12 maanden). Grosso modo gaat de zorgstandaard ervan uit dat

⁴¹ *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2*; Bemelmans e.a., RIVM, 2008

⁴² idem, pagina 60

een driemaandelijks face tot face-consult zou moeten volstaan. Zij houdt wel de ruimte open voor een hogere frequentie, afhankelijk van de behoeften van de patiënt; ook houdt zij de mogelijkheid open van het herstarten van een intensievere fase.

Kortom, er bestaat eensgezindheid over het belang van een onderhoud- en/of begeleidingsfase. De praktijk moet uitwijzen wat de vorm en frequentie moeten zijn in het individuele geval.

Duidelijk is dat deze nazorg nodig is om de effectiviteit over een langere periode te kunnen vasthouden en de geraamde gezondheidseffecten niet te laten verdampen, sterker nog, begeleiding na beëindiging van de 'eigenlijke' interventie kan zelfs tot een vermeerdering van de gezondheidseffecten leiden.⁴³ Gegeven de onduidelijkheden rond de vormgeving en frequentie, kon het model hiervoor geen kosten meenemen. Deze zijn dan ook buiten beschouwing gebleven.

4.h. De gecombineerde leefstijlinterventie : nieuwe zorg ?

GLI : onderdelen uit de reguliere zorg

Het is goed om bij de gecombineerde leefstijlinterventie een onderscheid te maken tussen intensivering van zorg en nieuwe zorg. In hoofdstuk 2 hebben we de duiding van de GLI uit begin 2009 samengevat. Daar gaven we aan dat de GLI voor het grootste deel uit reguliere zorg bestaat die nu al onder de basisverzekering valt. Inhoudelijk is de zorg dus niet nieuw binnen de basisverzekering. Wat wél nieuw is, is het gestructureerde, samenhangende aanbod van advisering en begeleiding bij voeding en eetgewoonten, beweging en gedragsverandering. Als we deze noties vertalen naar het onderzoek van het iMTA en De Beweegkuur betekenen deze het volgende. Het zelfstandig-bewegen-programma van De Beweegkuur is te kwalificeren als intensivering van zorg. In het rekenmodel richt dit programma zich op 85% van de jaarlijkse instroom.

nieuw : begeleiden bij bewegen

Het element 'begeleiding bij bewegen' in de zin van 'het in levende lijve instrueren, motiveren en ondersteunen van de patiënt bij het bewegen' kwalificeert het CVZ als 'zorg zoals fysio-/oefentherapeuten die plegen te bieden'. De aandoeningen overgewicht en obesitas komen niet voor op de *Chronische lijst*. Programmavarianten die 'begeleiding bij bewegen' omvatten, leveren zorg die nieuw is onder de basisverzekering. In het model zal 15% van de jaarlijkse instroom enige vorm van 'begeleiding bij bewegen' krijgen (duur en intensiteit varieert per patiëntengroep). Het iMTA heeft geraamd wat deze nieuwe component zou kosten binnen

⁴³ *ibidem*

de basisverzekering (bij de geraamde omvang van de jaarlijkse instroom). Het schat dat de kosten van fysiotherapie in jaar 1 bijna 5 miljoen euro bedragen. Na 4 jaar bedragen deze kosten totaal 17 miljoen euro en na 10 jaar 38 miljoen euro. De kosten van fysiotherapie binnen de GLI zijn ongeveer gelijk aan 6% van de totale invoeringskosten.⁴⁴

4.i. Samenvattend

In de voorgaande paragrafen hebben we een aantal kerngetallen uit het rekenmodel besproken, namelijk :

- de totale omvang van de doelgroep;
- de deelnamegraad;
- de verdeling van de totale doelgroep over de verschillende GLI-varianten;
- de prijzen van GLI-varianten;
- het te behalen en te behouden effect.

scenario's voor kosten en opbrengsten

Omdat er nog geen landelijk, gestructureerd aanbod is van de gecombineerde leefstijlinterventie moest het rekenmodel uitgaan van veronderstellingen. Deze kunnen enerzijds beschouwd worden als conservatief (bijvoorbeeld een geraamde jaarlijkse instroom van 5% van de totale doelgroep), anderzijds zijn zij aan de hoge kant. Dit laatste geldt bijvoorbeeld voor de prijzen van de GLI, vooral ook als wij het PON-voorstel in aanmerking nemen om bepaalde risicogroepen een lichtere variant van de GLI aan te bieden.⁴⁵ Het iMTA heeft een aantal scenario's uitgewerkt waarin gevarieerd is met verwijspersentages, prijzen en effecten. Ook het iMTA geeft overigens een aantal punten voor discussie aan in het rapport (zie : hoofdstuk 6). Onder de gegeven omstandigheid en gezien de beschikbaarheid van gegevens, levert het rekenmodel, naar onze mening, de beste benadering van kosten en opbrengsten.

monitoren

Gezien deze nuanceringsen is het wel van belang om van meet af aan de praktijk te blijven volgen en de feitelijke cijfers naast de geraamde te leggen. In het volgende hoofdstuk gaan we hier verder op in, zie : de paragraaf *Monitoring van de GLI in de praktijk*.

⁴⁴ zie : iMTA, pagina 23

⁴⁵ Zie voor het scenario waarin het iMTA een lichtere variant van de GLI als uitgangspunt heeft genomen hoofdstuk 5 van het iMTA-rapport, *tabel 11*. Het betreft de GOAL-interventie : gestandaardiseerde digitale leefstijlinterventie aangeboden door een nurse practitioner. De kosten van de interventie bedragen circa € 200 per persoon. De kosten zijn lager, maar ook de effectiviteit van deze interventie is lager : zie eveneens hoofdstuk 5 van het iMTA-rapport.

5. De gecombineerde leefstijlinterventie in de praktijk

In hoofdstuk 3 werd duidelijk dat voor de GLI een grote doelgroep bestaat. Het zal de nodige voorbereidingen vergen, wil de GLI inderdaad structureel aangeboden kunnen worden aan overgewichtigen en obesen. Hierna zetten we een aantal aandachtspunten op een rijtje.

5.a. Effectiviteit en kosteneffectiviteit

RIVM over kosten-effectiviteit GLI

In discussies over de gecombineerde leefstijlinterventie binnen de basisverzekering komt vaak het criterium 'kosteneffectiviteit' naar voren, ook in samenhang met de bevindingen hierover van het RIVM in hun rapport van 2008. Het lijkt het CVZ goed om in dit rapport nog wat nader in te gaan op de plek van 'kosteneffectiviteit' binnen de Zvw. Hierbij zullen we ook ingaan op de constatering van het RIVM hierover in hun rapport.⁴⁶ In bijlage 1 hebben we schematisch aangegeven hoe het CVZ te werk gaat, als het nagaat of de gecombineerde leefstijlinterventie deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties. De volgende wettelijke criteria spelen een rol :

kosteneffectiviteit geen wettelijk criterium

1. stand van de wetenschap en praktijk, met andere woorden, de vraag naar de effectiviteit van de GLI (art. 2.1 lid 2 Bzv);
2. maakt de GLI deel uit van, in dit geval, de geneeskundige zorg, met andere woorden is het zorg zoals 'huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen, fysio- en oefentherapeuten en diëtisten die plegen te bieden' (artikel 2.4 en 2.6 Bzv);
3. overige wettelijke voorwaarden. Bij de GLI is ten aanzien van 'de begeleiding bij bewegen' de voorwaarde uit artikel 2.6 lid 2 Bzv van toepassing : vermelding van de aandoening op bijlage 1 bij het Besluit, de zogenaamde Chronische lijst).

In dit overzicht komt het criterium 'kosteneffectiviteit' niet voor. Het vormt dan ook geen wettelijk criterium om vast te stellen of een interventie deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties. Dit criterium is wel één van de pakketprincipes. Het CVZ toetst aan de pakketprincipes, zodra het heeft geconstateerd dat een interventie géén deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties en het zich bezint of een instroom van de interventie in de basisverzekering wenselijk is (of andersom: na geconstateerd te hebben dat een interventie deel uitmaakt van de basisverzekering, bezint het CVZ zich op uitstroom).

kosteneffectiviteit en contractering

Kosteneffectiviteit mag dan geen wettelijk criterium zijn om vast te stellen of een interventie deel uitmaakt van de basisverzekering, in de praktijk van de zorginkoop kunnen

⁴⁶ RIVM. 2008

gegevens hierover wel van belang zijn. De bevindingen van het RIVM over de kosteneffectiviteit van de beweeg- en dieetadviesing kunnen bijvoorbeeld richting geven aan prijsonderhandelingen over de GLI tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarbij is wel van belang om te bedenken dat de conclusies van het RIVM differentiëren naar risico-groep, mate van effectiviteit én van kosteneffectiviteit. In de volgende paragraaf gaan we nader in op de bevindingen van het RIVM.

5.b. Wat zegt het RIVM over de kosteneffectiviteit?

kosteneffectiviteit bij verschillende risicogroepen

Het RIVM heeft een grondige analyse gemaakt van de kosteneffectiviteit van voedings- en beweegprogramma's. Deze programma's heeft het ontleend aan de literatuur. Het RIVM heeft de kosteneffectiviteit berekend voor verschillende risicogroepen. (Zeer) kort samengevat, komen de constatering neer op het volgende. Bij de risicogroep overgewicht geldt dat de intensievere (en daardoor duurdere) leefstijlbegeleiding een gunstiger effect heeft op het gewicht na één jaar dan de minder intensieve (en goedkopere). Dit geldt voor de leefstijlbegeleiding tot ongeveer 500 euro. De effectiviteit van de leefstijlbegeleiding is geringer (qua gewichtsreductie) bij mensen met IGT of DM 2 dan bij mensen met overgewicht. Bij de risicogroepen IGT en DM 2 lijkt dure leefstijlbegeleiding (rond 1100 euro) meer effect te hebben op het gewicht dan leefstijlbegeleiding onder 400 euro, maar er zijn weinig goede trials voor de kostencategorie 400 – 800 euro. Voor patiënten met DM 2 ontbreekt ook goede informatie voor de kostencategorie > 800 euro.

conclusies verschillende pakketten

Conclusies rond de (kosten)effectiviteit van de verschillende pakketten bij verschillende risicogroepen⁴⁷ :

Het RIVM onderscheidt de volgende pakketten die oplopen in duur en intensiteit :

- pakket A : € 150; (≈ huidige basispakket)
- pakket B : € 300;
- pakket C : € 450;
- pakket D : € 1150.

en koppelt deze aan de volgende risicogroepen :

- overgewicht (+ hypertensie) ;
- obesitas (+ hypertensie);
(IGT in deze groep ≈ 15% bij matig overgewicht, ≈ 20% bij obesitas)
- IGT zonder overgewicht;
- DM 2.

De conclusies luiden als volgt :

- *risicogroep overgewicht - IGT* :
pakket B bereikt meer gezondheidswinst dan pakket A bij een

⁴⁷ zie : RIVM, hoofdstukken 3 en 4

- zelfde kosteneffectiviteitsratio;
- *risicogroep DM 2* :
pakket B is effectief, maar is voor deze groep minder effectief dan voor risicogroep overgewicht;
- *risicogroep overgewicht* :
pakket C bereikt meer gezondheidswinst dan pakket B; pakket C is kosteneffectief ten opzichte van B;
- *risicogroep IGT – DM 2* :
meerwaarde van pakket C ten opzichte van pakket B is niet aangetoond;
- *risicogroep DM 2* :
Uit trials blijkt dat pakket D effectief is in het voorkomen van DM 2 bij personen met IGT.⁴⁸ Voor patiënten met DM 2 is dit pakket waarschijnlijk niet kosteneffectief ten opzichte van leefstijlbegeleiding rond 400 € (pakket C), vanuit het oogpunt van voorkomen hart- en vaatziekten. De meerwaarde van dure leefstijlbegeleiding kan mogelijk wel liggen in verbetering van kwaliteit van leven of preventie van depressie. Dit dient nader onderzoek aan te tonen. Er is vrijwel geen informatie beschikbaar uit goede trials voor leefstijlbegeleiding rond 400 euro.

***effectiviteit
duurste ‘pakket’ en
DM 2-patiënten***

Voor de conclusies rond de effectiviteit van de verschillende varianten van de GLI (qua duur en intensiteit) is de laatste constatering ook belangrijk. Hiervoor gaven we al aan dat de koppeling tussen duur en intensiteit van de GLI en de specifieke indicatie van de patiënt nog aan nauwkeurigheid kan winnen. Dit is een belangrijke voorwaarde om een doelmatige zorginkoop te kunnen realiseren. In het algemeen geldt dat naarmate de begeleiding intensiever is, de effectiviteit van de GLI toeneemt. Hoe wenselijk dit ook moge zijn, het stepped care-principe stelt dat niet iedere patiënt direct de zwaarste variant van de interventie krijgt toebedeeld. Uit oogpunt van een doelmatige zorgverlening ligt dit ook voor de hand. Voor de beoordeling van het duurste variant van de GLI (zie hierboven) betekent dit, dat niet geconcludeerd kan worden dat deze niet-effectief is. Dit ligt aan de uitkomstmaten die gehanteerd worden en vervolgens de indicatie-interventie-combinatie. Wél kan gesteld worden, dat nog niet duidelijk is welke groep patiënten per se is aangewezen op het duurste programma en óf hetzelfde effect (bijvoorbeeld het voorkomen van DM 2 bij personen met IGT) niet ook bereikt kan worden met een lichtere variant.

5.c. GLI: eenmalige interventie ?

***interventie gericht
op gedragsverandering***

De kostenraming gaat ervan uit dat een verzekerde één keer in zijn leven gebruik maakt van de GLI. Als deze beperking gewenst is, moet zij in de regelgeving vastgelegd worden (zie ook : hoofdstuk 3). Een definitieve gedragsverandering is niet eenvoudig te bewerkstelligen. Zij vergt over het algemeen een

⁴⁸ idem, pagina 58

langdurige interventie. Binnen de gecombineerde leefstijlinterventie onderscheidt de *concept-Zorgstandaard Obesitas* dan ook een behandelingsfase-onderhoudsfase-begeleidingsfase. De begeleiding wordt in de laatste fase teruggebracht als het gezonde gedrag beklijft en het gewichtsverlies behouden blijft (te bepalen aan de hand van professioneel inzicht en de behoeften van de patiënt).

***beheersbaarheid
inzet GLI***

Argument voor een formele beperking van de GLI onder de basisverzekering, is het risico van een onbeheersbare inzet van de interventie. Het systeem van de verzekering is er niet bij gebaat als verzekerden, vruchteloos, tot in het oneindige de GLI kunnen herhalen. Anderzijds, ook bij andere aandoeningen kan gedragsverandering de remedie zijn. Voorbeelden zijn te vinden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Binnen dit domein ontnemt de basisverzekering niet iemand de vergoeding van een behandeling, mocht een eerdere interventie niet succesvol zijn gebleken. Het CVZ wil dan ook niet adviseren, om de inzet van de GLI onder de basisverzekering formeel tot eenmaal te beperken. Het is aan de beroepsgroep om op basis van het genoemde professionele inzicht te bezien of voortzetting van de behandeling of begeleiding aan de orde is, óf beëindiging van de interventie. Belangrijke criteria zijn daarbij de motivatie en mogelijkheden van de patiënt, om het effect vast te houden en/of te verbeteren. Ook overleg met de primaire behandelaar kan aan de orde zijn, om dit te bepalen.

***niet beperken tot
eenmaal***

***rol zorgverzeke-
raar***

Als de zorgverzekeraar wil voorkomen dat de inzet en duur van de GLI zich aan zijn oog onttrekken, kan hij voorwaarden opnemen in de polis om hier zicht op te houden. We noemden in hoofdstuk 3 al het instrument van de verwijzing. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld ook opnemen in de polis, dat na verloop van 12 maanden onderhoud of begeleiding de primaire behandelaar opnieuw een verwijzing moet geven. De zorgverzekeraar kan overigens niet zelf bepalen dat de GLI als eenmalige interventie wordt aangeboden, als de wet hiervoor geen basis geeft.

5.d. Functioneel inkopen

***functionele
beschrijving GLI***

In hoofdstuk 3 gaven we aan dat het voor een adequate zorginkoop nodig is om een functionele beschrijving te hebben van de gecombineerde leefstijlinterventie : een beschrijving van de minimaal benodigde deskundigheid voor de onderdelen adviseren en begeleiden bij voeding en gedrag. Deze beschrijving moet differentiëren naar de verschillende geïndiceerde groepen. Het voedingsadvies binnen een zelfstandig-bewegenprogramma kan immers minder gespecialiseerd zijn dan het voedingsadvies voor een verzekerde met DM 2 en cardiovasculaire risicofactoren. Hetzelfde geldt voor het beweegadvies en de begeleiding.

de leefstijladviseur In dit verband speelt ook de competentiebeschrijving van nieuwe disciplines als de leefstijladviseur. Dergelijke beroepsbeoefenaren kunnen zowel inhoudelijk als coördinerend een rol gaan spelen binnen het proces van de gecombineerde leefstijlinterventie. Van belang is dat duidelijk is over welke competenties de leefstijladviseur moet beschikken om een dergelijke rol te kunnen spelen. Vooralsnog zijn de competenties, opleidings- en deskundigheidsvereisten voor deze functionaris niet formeel vastgelegd.⁴⁹ Dit is natuurlijk wel nodig wil de kwaliteit van deze beroepsbeoefenaar gewaarborgd zijn. De functionele systematiek laat de zorgverzekeraar vrijheid om te bepalen welke functionaris hij wil inschakelen voor welke zorg. De zorgverzekeraar moet dan wel beschikken over een handvat om te bepalen of hij te maken heeft met een 'bevoegde en bekwame' functionaris wat de aan te beiden interventie betreft. De andere kant van het verhaal is natuurlijk wel dat de zorgverzekeraar door de functionele systematiek, veel vrijheid heeft om zelf invulling te geven aan de organisatie van de gecombineerde leefstijlinterventie. Hij hoeft zich niet te committeren aan het bestaande aanbod, maar kan via taakherschikkingen de organisatie optimaliseren.

**competenties,
deskundigheid,
opleiding**

Zoals we in hoofdstuk 3 aangaven, zal de *Zorgstandaard Obesitas* zich buigen over de benodigde kennis en kunde binnen de verschillende onderdelen van de GLI. Dit onderdeel is nog niet vervat in de huidige concept-versie. Dit onderdeel zal in 2011 zijn beslag krijgen.

**de leefstijladviseur
en de te verze-
keren prestaties** Het CVZ wil hiermee overigens niet zeggen dat 'de leefstijladviseur' onderdeel gaat uitmaken van de basisverzekering, zodra de competenties en deskundigheden van deze zorgaanbieder helder zijn. In het voorgaande gaven we aan dat de leefstijladviseur een functie of een rol kan vervullen binnen de gecombineerde leefstijlinterventie. De gecombineerde leefstijlinterventie is de te verzekeren prestatie die deel uitmaakt van de basisverzekering, *niet* de leefstijladviseur. Deze benadering volgt uit de functionele systematiek van de Zvw. De wet omschrijft 'wat' onder te verzekeren prestaties valt, de zorgverzekeraar mag bepalen 'wie' de te verzekeren zorg levert. Een zorgaanbieder die zich leefstijladviseur noemt, kan nog allerhande andere interventies leveren naast de GLI. Het CVZ moet dan omschrijven wat deze interventies precies inhouden en vervolgens bepalen of ook deze deel uitmaken van de te verzekeren prestaties onder de basisverzekering. Een dergelijke duiding kan pas aan de orde zijn, als 'leefstijladviseurs' daadwerkelijk actief zijn en we

⁴⁹ Het *Instituut voor Sportstudies van de Hanzehogeschool* te Groningen biedt een opleiding tot beweeg- en leefstijladviseur aan, een competentiegerichte beroepsopleiding. *De Beweegkuur* omvat ook een functieprofiel van de leefstijladviseur zoals die binnen *De Beweegkuur* gaat werken.

enigszins zicht hebben op de zorg die zij leveren.

**betrokkenheid
huisarts**

5.e. De verwijzing

De polis geeft uiteindelijk aan hoe de zorgverzekeraar de te verzekeren zorg heeft georganiseerd voor zijn verzekerden. In de polis kan de zorgverzekeraar ook aanvullende voorwaarden stellen, zoals verwijzingen. Het CVZ heeft al eerder uitgesproken, het wenselijk te vinden dat er een verwijzing is verbonden aan de toegang tot de GLI. Deze verwijzing kan ook een rol spelen bij het inbedden van de GLI binnen de 'reguliere' eerstelijnszorg. Afstemming over de voortgang van de interventie en de effecten hiervan, bijvoorbeeld voor de medicatie, is van belang voor het vaststellen en vasthouden van de gezondheidswinst hiervan.

**jaarlijkse instroom
en zorgaanbod**

5.f. Het zorgaanbod

Voor de zorginkoop is ook van belang dat er voldoende gekwalificeerd zorgaanbod is. In hoofdstuk 4 hebben we de ramingen van het iMTA beschreven over de omvang van de jaarlijkse instroom van GLI-deelnemers. De schatting is dat er zich jaarlijks 235.000 deelnemers melden voor een interventie in verband met overgewicht en obesitas. Dit is eigenlijk nog een conservatieve inschatting, want bedraagt 'slechts' 5% van de totale doelgroep overgewichtigen en obesen. Deze veronderstellingen zijn gebaseerd op bestaande percentages rond huisartsenbezoek, verwijzingsgedrag en respons. In de praktijk kunnen deze afwijken, zeker als er veel voorlichting komt rond de gecombineerde leefstijlinterventie.

**Centrum Gezond
Leven van het
RIVM**

De vraag is of er voldoende zorgaanbod is, om de totale jaarlijkse instroom op te vangen als de GLI gestructureerd aangeboden gaat worden én of het aanbod van voldoende kwaliteit is. Naast *De Beweging* zijn er natuurlijk nog tal van andere initiatieven in het land om gecombineerde leefstijlinterventies aan te bieden. Het *Centrum Gezond Leven* van het RIVM kan hierbij behulpzaam zijn.⁵⁰ Dit centrum houdt zich bezig met de certificering van interventies voor gezondheidsbevordering. Het geeft een overzicht van beschikbare leefstijlinterventies beoordeeld op effectiviteit, kwaliteit en samenhang. Het organiseert beoordelingen voor erkenning door een onafhankelijke erkenningscommissie. Daarbij moet wel aangetekend worden, dat op basis van de risico-indeling van de concept-*Zorgstandaard Obesitas* een deel van de overgewichtigen en obesen niet meer in aanmerking komt voor een GLI, maar voor een algemeen leefstijladvis.

Het ministerie van VWS zou tijdig moeten aangeven welk

⁵⁰ www.loketgezondleven.nl

**voorbereidings-
tijd voor zorg-
verzekeraars**

besluit de minister neemt rond de gecombineerde leefstijlinterventie, om zorgverzekeraars en zorgaanbieders tijd te geven zich voor te bereiden. Daarbij is wel van belang te bedenken dat, volgens de inschatting van het NISB, de grootste groep deelnemers het zelfstandig-bewegenprogramma gaat volgen. Dit betekent dat de deelnemer zelf zijn beweegactiviteiten moet 'organiseren' (eventueel met hulp vanuit de eerstelijnsbegeleiding) en dat deze voor eigen rekening moeten komen. Hier speelt ook de samenhang met de publieke gezondheidszorg een rol : het aanbod van lokale, gemeentelijke faciliteiten en ondersteuning. Aan het eind van dit hoofdstuk gaan we dieper op dit onderwerp.

Vanuit de zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan daarbij natuurlijk wel motiverend werken om de deelnemers op groepen van gelijkgezinden te wijzen. Uit alle studies komt naar voren dat de groepsaanpak bij de leefstijlprogramma's tot een hogere effectiviteit leidt dan de individuele aanpak.

5.g. Monitoring van de effecten van de GLI in de praktijk

**monitoren effecten
van de GLI**

In hoofdstuk 2 hebben we gesproken over de effectiviteit van de GLI. Deze is vastgesteld aan de hand van onderzoeksuitkomsten over een periode van twee jaar. Het doel is natuurlijk het bereiken van een levenslang effect. Een grootschalige introductie van de GLI zal hand in hand moeten gaan met het monitoren van de effecten, om na te gaan of de effectiviteit die behaald is in onderzoeken ook stand houdt in de alledaagse praktijk én of deze langdurig gecontinueerd kan worden. Belangrijk punt is ook de koppeling tussen de specifieke indicatie van een verzekerde en de duur en intensiteit van de GLI. In dit verband zijn ook praktijkgegevens van belang over de vormgeving en organisatie van onderhoud- en begeleidingsfase.

Kortom, het is zaak de GLI in de praktijk van meet af aan te monitoren rond bijvoorbeeld :

- aantal verwijzingen vanuit eerste lijn;
- responspercentage;
- verdeling deelnemers over verschillende programmavarianten;
- 'therapietrouw': aantal uitvallers.
- effectiviteit op korte en middellange termijn;
- duur en frequentie van onderhoud- en begeleidingsfase;
- prijzen van de programma's.

Het CVZ zal met ZonMW, NZa en VWS overleggen hoe deze monitoring kan plaatsvinden en wie deze kan uitvoeren.

5.h. Zorg : de schakel met de publieke gezondheidszorg

het Convenant Overgewicht

Uit de voorgaande paragrafen zou het beeld kunnen oprijzen dat de zorg het enige wapen is bij de preventie van aandoeningen die samenhangen met overgewicht en obesitas. Dat beeld is niet de bedoeling en zou ook niet terecht zijn. In het rapport van begin 2009 gaf het CVZ al aan dat de zorg (en de zorgverzekering) de laatste schakel zou moeten zijn in de preventieketen. Er zijn schakels in de preventieketen die aan de gezondheidszorg voorafgaan : lokaal, regionaal, particulier, collectief, beleidssectoren naast de volksgezondheid. Het *Convenant Overgewicht*⁵¹ noemt een breed scala van activiteiten die kunnen bijdragen aan het terugdringen van overgewicht en obesitas en daaraan gerelateerde aandoeningen : algemene voorlichtingcampagnes, openbare ruimte geschikt maken voor bewegen, sportvelden in de nabijheid van de woonomgeving, gezonde-keuze-informatie op voedingsmiddelen, ruim assortiment in gezonde producten in het bedrijfsrestaurant, het stimuleren van het gebruik van de fiets in het woon-werkverkeer. Het welslagen van deze activiteiten bepaalt uiteindelijk de belasting van de laatste schakel in de keten en daarmee ook de kosten voor de zorg en de zorgverzekering.

aansluiting met openbare gezondheidszorg

Voor een doelmatige aanpak van gezondheidsbevordering en preventie bij ongezonde leefstijl is de aansluiting tussen de openbare gezondheidszorg en de zorgverzekering belangrijk. Belangrijk daarbij is dat een doelgroepenbenadering niet spoort met de systematiek van de Zorgverzekeringswet. In het rapport *Van preventie verzekerd* heeft het CVZ uiteengezet hoe de scheidslijn loopt tussen preventie die wél en die niet onder de Zorgverzekeringswet valt.⁵² Omdat de Zorgverzekeringswet de basis biedt voor een individuele schadeverzekering, valt de preventie die op specifieke risicogroepen is gericht (selectieve preventie) niet onder deze wet. Onder de basisverzekering valt de zorg voor het individu bij wie een (hoog risico op) ziekte of aandoening is geconstateerd.

VTV 2010

Binnen de bevolking zijn er groepen aan te wijzen die speciale aandacht verdienen wat de bevordering van gezond gedrag betreft, bijvoorbeeld op basis van sociaal-economische status, inkomensniveau, etniciteit. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 signaleerde onlangs in dit verband een

⁵¹ Een balans tussen eten en bewegen is het uitgangspunt van de tien partijen die begin 2005 het Convenant overgewicht tekenden. Inmiddels heeft het nieuwe Convenant Gezond Gewicht 27 partners (zie : www.convenantgezondgewicht.nl : 'Het doel is de gezonde keuze gemakkelijk, aantrekkelijk en vanzelfsprekend te maken. Voor iedereen, op elk moment van de dag en op elke plek om uiteindelijk de stijgende trend van overgewicht een halt toe te roepen.'))

⁵² *Van preventie verzekerd*. CVZ. 2007. Publicatienummer 250.

aantal trends⁵³:

- het terugdringen van ongezonde leefgewoonten stagneert vooral onder laagopgeleiden.
- de gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleiden zijn niet afgenomen : ernstig overgewicht is toegenomen bij laagopgeleiden, maar al afgenomen onder hoogopgeleiden.

Wil deze trend gekeerd worden dan zijn er twee aspecten van belang die spelen op het snijvlak van publieke gezondheidszorg en Zorgverzekeringswet :

1. het opsporen en toeleiden naar de zorg;
2. voorlichting en collectief aanbod van preventieprogramma's in de eigen omgeving.

Het opsporen en toeleiden naar de zorg

Hierboven gaven we al aan dat het opsporen en toeleiden naar de zorg van risicogroepen buiten de Zorgverzekeringswet valt: deze vorm van preventie valt onder de noemer selectieve preventie. Binnen de eerstelijnszorg zien we echter steeds meer initiatieven die zich op het grensvlak van geïndiceerde en selectieve preventie bevinden. Het PreventieConsult cardiometabool risico (CMR) is hiervan een voorbeeld. Het PreventieConsult richt zich op het vroegtijdig opsporen, begeleiden en behandelen in de eerstelijns van mensen met een verhoogd cardiometabool risico.⁵⁴ Voor de begeleiding en behandeling van mensen met een verhoogd risico werkt de huisarts samen met bijvoorbeeld GGD, gemeenten, fysiotherapie, thuiszorg.

De eerste module van het PreventieConsult wordt gevormd door een risicoschatting. Hierin wordt een screeningsvragenlijst aangeboden, om het risiconiveau van de betrokkene in te schatten. Deze vragenlijst kan actief of passief aangeboden worden : hetzij via een persoonlijke uitnodiging, hetzij via een algemene bekendmaking van de mogelijkheid tot screening.

Het PreventieConsult verkeert nog in de ontwikkelfase. De uitkomsten van een pilot zijn voorzien in het najaar van 2010.

⁵³ RIVM, *Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*, Van gezond naar beter. RIVM. 2010

⁵⁴ Het PreventieConsult is een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidskunde (NVAB). Het consult wordt samen met de Hartstichting, Nierstichting en het Diabetes Fonds ontwikkeld. Het PreventieConsult CMR wordt als eerste ontwikkeld. De bedoeling is hierna nog te starten met de PreventieConsulten kanker resp. psychische aandoeningen.

⁵⁵ Artikel 1 *Wet Publieke Gezondheidszorg* draagt de gemeenten de volgende taken op: (...) gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten. Deze taken zijn in artikel 2 van de wet verder uitgewerkt in, onder andere, het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's. Daarnaast geeft artikel 13 van de wet aan dat de gemeenten de nationale preventiedoelen moeten vertalen in concrete doelen en maatregelen die zij neerleggen in hun nota's gezondheidsbeleid.

⁵⁶ *Staat van de Gezondheidszorg 2010*. IGZ. 2010

Duidelijk is dat met een instrument als het PreventieConsult binnen de eerstelijns de eerder gemarkeerde scheidslijn tussen geïndiceerde en selectieve preventie zou kunnen gaan opschuiven binnen de basisverzekering. Zodra de uitkomsten van de pilot bekend zijn en het prototype voor het PreventieConsult gereed is zal het CVZ een uitspraak doen over de mogelijke plaats van het consult (en in het verlengde daarvan, andere vormen van selectieve preventie) binnen de Zorgverzekeringswet.

***Wet Publieke
Gezondheid***

Collectief aanbod preventieprogramma's in de eigen omgeving
Naast de Zorgverzekeringswet is er nog andere regelgeving die zich bezig houdt met preventieve zorg. De *Wet Publieke Gezondheid* (WPG) draagt aan de gemeenten taken op, op het gebied van de publieke gezondheidszorg.⁵⁵

De IGZ onderzocht onlangs hoe effectief lokaal gezondheidsbeleid momenteel is en welke bijdrage deze schakel in de preventiecyclus levert om de volksgezondheid te bevorderen. De bevindingen zijn te lezen in *Staat van de Gezondheidszorg 2010*⁵⁶, dat als ondertitel heeft : 'meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg'. Het onderzoek concludeert onder andere dat het huidige gemeentelijke gezondheidsbeleid dat specifiek gericht is op de gezondheidsbevorderende aanpak van de speerpunten overgewicht, roken, schadelijk alcoholmisbruik en depressie, naar verwachting, geen substantiële bijdrage levert aan de vermindering van deze volksgezondheidsproblemen.

***Staat van de
Gezondheids-
zorg 2010***

De IGZ doet in het rapport aanbevelingen om de effectiviteit van het lokale gezondheidsbeleid te verhogen. Eén daarvan is het verder verspreiden van effectief gebleken preventieprojecten in gemeenten (ZonMw speelt hierin een belangrijke rol via het programma *Gezonde Slagkracht*). Daarnaast noemt de IGZ als belangrijk punt het beter op elkaar afstemmen van preventie en curatie. Hierbij komt de Zorgverzekeringswet in beeld en daarmee ook partijen als de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en lokale partijen binnen gemeenten ontwikkelen steeds meer initiatieven om tot een goede afstemming te komen tussen collectieve en individuele preventie. Via de lokale partijen kunnen achterstandsgroepen beter bereikt worden, is aandacht voor determinanten van ongezonde leefstijl mogelijk en kan aanbod van preventieprojecten in de eigen omgeving gerealiseerd worden. Duidelijk is dat de zorg (via de basisverzekering) en andere beleidsterreinen elkaar in hun preventieve activiteiten moeten aanvullen, waarbij de zorg zoveel mogelijk de laatste schakel zou moeten vormen. De rol van het CVZ hierbij is, om aan te geven hoe de grenzen (kunnen) lopen tussen Zvw en andere beleidsdomeinen, hindernissen die voortvloeien uit deze afbakening te signaleren en zo

***afbakening beleids-
domeinen***

mogelijk oplossingen (qua regelgeving) hiervoor aan te reiken.

6. De gecombineerde leefstijlinterventie bij kinderen

6.a. Gezinsaanpak

**adopteren gezond
gedrag**

rol van 'gezin'

Het CVZ heeft geconstateerd dat alle componenten van de gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden onder de achttien jaar onder te verzekeren prestaties binnen de Zvw vallen, dus ook 'begeleiding bij bewegen'. In principe is de GLI ook bij kinderen het meest geschikte instrument om overgewicht en obesitas en gerelateerde aandoeningen te bestrijden.⁵⁷ Dit ligt voor de hand. Ook voor kinderen gaat het uiteindelijk om het adopteren van gezond gedrag, zowel qua voeding als beweging. Bij kinderen vergt echter het onderdeel 'gedragsverandering' speciale aandacht, wil er effectiviteit op lange termijn bereikt worden. Hoe zorg je dat kinderen dergelijk gedrag zich eigen maken? Het is niet zinvol om de behandeling louter op het kind te richten, omdat het kind nu eenmaal functioneert binnen het systeem van een gezin. Dit systeem bepaalt in de jonge jaren grotendeels het voedings- en beweeggedrag. Het hele gezin moet zich bewust worden van de noodzaak (en mogelijkheden) van gezond gedrag, wil een GLI op langere termijn effectief zijn bij kinderen. Effectiviteit van de behandeling is dan ook afhankelijk van een intensieve begeleiding van het hele gezin. De literatuur en de praktijk laten verschillende voorbeelden zien van de effectiviteit van gezinsbegeleiding bij het adopteren van gezond gedrag en van de vormen die deze begeleiding kan aannemen.⁵⁸ Om doeltreffend te zijn moet dergelijke begeleiding immers aangepast worden aan de situatie en vereisten van het gezin.

6.b. Organisatie GLI bij kinderen

**obese kinderen in
eerste lijn**

Zorgverleners zijn het erover eens dat behandeling van overgewichtige, obese kinderen eigenlijk thuis hoort in de eerste lijn.⁵⁹ Het is belangrijk om de kinderen zoveel mogelijk buiten de muren van het ziekenhuis te houden. Kinderen komen nu veelal in de tweede lijn terecht voor een interventie. Deze behandeling is voornamelijk medisch en laat nog teveel de noodzakelijke gedragsverandering van de omgeving buiten beschouwing.⁶⁰ In de eerste lijn ontbreken echter nog veelal de kennis en de competenties om de behandeling goed vorm te geven. Ook landelijke protocollen voor diagnostiek en behandeling ontbreken nog grotendeels. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft overigens wel

⁵⁷ Richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. CBO, 2008

⁵⁸ Een voorbeeld hiervan geeft de landelijke werkgroep *De Dikke Vrienden Club* die midden 2009 is opgericht. Hierin werken acht zorginstellingen, verspreid over Nederland, samen om obesitas bij kinderen tegen te gaan. De werkgroep heeft een trainingsprogramma ontwikkeld dat inmiddels ook in boekvorm is uitgebracht.

⁵⁹ Informatie vanuit de *Werkgroep Obesitas bij kinderen* binnen de *Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde*.

⁶⁰ zie : *Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas*, pagina 20

***afstemming
kinderarts en
eerste lijn***

landelijke protocollen in voorbereiding. Kinderartsen gaan ervan uit dat voor een gedegen diagnosticering van het kind de betrokkenheid van de tweede lijn van belang is. Bij een kind moet een individuele diagnose worden gesteld om de relevante risicofactoren in beeld te brengen, zodat de behandeling een goede individuele vormgeving kan krijgen. Daarna is diens structurele inbreng niet meer noodzakelijk, maar kan de kinderarts betrokken worden bij de behandeling in de eerste lijn op consultbasis. Ook betrokkenheid van diëtist en fysiotherapeut kan aan de orde zijn, voorzover specialistisch voedings- en bewegingsadvies nodig zijn (stepped care principe). Op deze wijze kan een goede aansluiting plaats vinden tussen de eerste en tweede lijn rond het overgewichtige, obese kind.

***gezinsaanpak en
de te verzekeren
prestaties***

6.c. Gezinsaanpak in de Zvw

Vraag is nu of deze begeleiding van een gezin bij het adopteren van gezond gedrag in verband met het overgewicht of obesitas van het kind, tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw behoort. Gezins- of systeeminterventies zijn geen uitzonderlijk fenomeen, bijvoorbeeld binnen de geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en jeugdzorg. Behandeling van kinderen is nu eenmaal in het algemeen succesvoller als ook de ouders participeren in het zorgtraject. Alvorens we deze vraag kunnen beantwoorden, moet duidelijk zijn wat deze begeleiding inhoudt en wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de begeleider bij het overbrengen en laten beklijven van het gezonde gedrag in de gezinssituatie.

Vooralsnog beschikt het CVZ nog over te weinig informatie, om een uitspraak te kunnen doen over een plaats binnen de basisverzekering.

Daarnaast wil het CVZ geen uitspraken hierover doen, zonder tegelijkertijd aan te kunnen geven wat de financiële consequenties van een dergelijk standpunt zijn voor het Budgettair Kader Zorg (zeker niet in een rapport dat nadrukkelijk op de kosten van de GLI ingaat). Het CVZ is dan ook van plan om dit jaar, indien mogelijk, een onderzoek te laten doen naar de vormgeving van de 'gezinsaanpak' van overgewichtige en obese kinderen en naar de kosten die hieraan zijn verbonden.

6.d. Centra Jeugd en Gezin – lokale aanpak

In het vorige hoofdstuk gaven we aan dat de zorg (via de basisverzekering) de laatste schakel moet zijn in de preventieketen en dat veel inspanningen ook lokaal geleverd kunnen worden. Datzelfde geldt voor de preventie van overgewicht en obesitas bij kinderen. Op dit vlak vallen er ook

**samenwerking op
lokaal niveau**

verbeteringen te bereiken. Het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ) onderzocht in 2009 de volgende vraag⁶¹ :

In hoeverre slagen organisaties erin, in samenwerking op lokaal niveau, overgewicht bij jongeren tussen de nul en achttien jaar te voorkomen, te signaleren en te verminderen en welke verbeteringen zijn nodig?

Het ITJ constateerde in het rapport onder andere dat :

- veel jongeren met een hoog risico niet worden bereikt (vooral jongeren afkomstig uit een gezin met een lage sociaaleconomische status en jongeren van allochtone afkomst);
- continuïteit in de zorg ontbreekt (geen doorlopend proces van signaleren, verwijzen en begeleiden);
- regie en afstemming ontbreken, zowel op niveau van uitvoering als op beleidsniveau.

Deze constatering stemmen voor een groot deel overeen met die we in hoofdstuk 5 beschreven voor het lokale gezondheidsbeleid in het algemeen.

Gemeenten hebben op grond van de Wet Publieke Gezondheid specifieke taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg :

Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
(artikel 5 lid 1 WPG)

**gemeenten en
zorgverzekeraars**

Binnen de jeugdgezondheidszorg spelen de Centra voor Jeugd en Gezin een coördinerende rol. Zorgverzekeraars zoeken ook samenwerking met deze centra voor de afstemming tussen de collectieve en individuele preventie. Ook op dit punt geldt wat we in hoofdstuk 5 schreven over de rol van het CVZ : hoe loopt de afbakening tussen Zvw en aanpalende domeinen, vloeien er problemen voort uit deze afbakening, kan het CVZ, uit de Zvw bezien, oplossingen (op het gebied van de regelgeving) aanreiken hiervoor.

⁶¹ De lokale aanpak van overgewicht bij jongeren. Integraal Toezicht Jeugdzaken. 2009

7. Inhoudelijke consultatie

De definitieve versie van dit rapport is tot stand gekomen na consultatie van verschillende inhoudelijke deskundigen. In bijlage 6 vindt u een overzicht van de geraadpleegde organisaties. In dit hoofdstuk vatten we de reacties op hoofdlijnen samen en geven we globaal aan tot welke wijzigingen deze reacties hebben geleid. Belangrijk is te constateren dat vrijwel allegeconsulteerde partijen de voorgestelde plek van de GLI in de regelgeving ondersteunen.

- aanvullen***
1. *Onvolledigheden*
Dit betrof bijvoorbeeld de vraag wat de GLI betekent voor diabetes zonder overgewicht. Onvolledigheden hebben we zoveel als mogelijk aangevuld.
- tekstuele onduidelijkheden***
2. *Onduidelijkheden in de tekst*
Een aantal opmerkingen leidde tot de conclusie dat passages verhelderd of uitgebreid moesten worden. Het gaat bijvoorbeeld om punten als :
- de Beweegkuur is niet dé gecombineerde leefstijlinterventie, maar een gecombineerde leefstijlinterventie.
 - De fysiotherapeut hoeft niet per se de bewegingcomponent te leveren.
 - Onderscheid intensieve fase, onderhoudsfase, begeleidingsfase, terugkominterventie binnen de GLI.
- verhelderen***
3. *Aanvullingen op het rapport*
De reacties behelzen feitelijke vragen :
- Hoe wordt er omgegaan met de groep met extreem hoog risico waarvoor alleen de GLI niet volstaat?
 - Wat kan er nu eigenlijk voor kinderen met overgewicht of obesitas, nu de GLI wél in het pakket zit, maar die niet effectief is op lange termijn zonder aanpak van de leefomgeving van het kind;
 - dieetadvisering kan aangewezen zijn naast de advisering binnen de GLI. Er is geen sprake van substitutie bij alle patiëntengroepen.
- Sommige vragen vallen buiten het bestek van dit rapport, sommige zijn beantwoord in het rapport van het CVZ van begin 2009. We hebben zoveel als mogelijk deze punten wel geadresseerd in het rapport.
- toelichting op keuzes***
4. *Afwijkende meningen*
Niet alle partijen zijn het eens met de aanbevelingen in het concept-rapport weergegeven :
- advies om de huisarts te laten verwijzen wordt niet altijd onderschreven;
 - sommige partijen pleiten ervoor directe toegang via paramedici of via bedrijfsarts mogelijk te maken;
 - sommige partijen achten het (zorginhoudelijk) niet

aanvaardbaar dat de GLI een eenmalige interventie zou zijn ;

- sommige partijen vinden het heffen van een eigen bijdrage voor de GLI wel wenselijk (eventueel alleen als de interventie niet volledig gevolgd wordt).

Deze opmerkingen hebben geleid tot de conclusie dat de beperking van de GLI tot eenmalige interventie niet houdbaar is. We hebben dit dan ook gewijzigd in de definitieve versie.

Voor veel zaken geldt dat het uiteindelijk aan de zorgverzekeraar is om te besluiten wat wenselijk is. Dit geldt bijvoorbeeld voor de verwijzing door de huisarts en de mogelijkheid van toegang via andere zorgaanbieders dan de huisarts.

preventie vergt integrale aanpak

5. Samenhang preventie Zvw en andere beleidsdomeinen

Verschillende partijen benadrukten een integrale aanpak van overgewicht en obesitas, dat wil zeggen niet alleen via de zorg, maar ook via gemeentes, onderwijs, arbeid. Ook wordt er gepleit voor een doelgroepenbenadering : aandacht voor specifieke sociaal-economische klassen. In het rapport benadrukken we dat de zorg de laatste schakel hoort te zijn in de aanpak van overgewicht en obesitas. In onze duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie (begin 2009) hebben al we uiteengezet op welke wijze en voor welke groepen de aanpak van overgewicht en obesitas binnen de zorg plaatsvindt. Dit neemt niet weg dat we zijn ingaan op de plek van de zorgverzekering ten opzichte van andere regelingen, bijvoorbeeld de Wet Publieke Gezondheid. Ook de samenwerking tussen bijvoorbeeld gemeentes en zorgverzekeraars, om te zorgen voor een infrastructuur waarbinnen de GLI kan plaatsvinden, komt aan de orde.

Het CVZ onderschrijft het belang van een doelgroepenbenadering. De Zvw biedt echter vooralsnog geen handvat hiervoor. Toegeleiding naar de zorg valt immers buiten de grenzen van de Zvw (selectieve preventie). Daarnaast onderscheidt de Zvw alleen op basis van zorginhoudelijke criteria. We zijn wel nader ingegaan op het PreventieConsult cardio-metabool syndroom dat nu in ontwikkeling is. Zodra dit consult zijn definitieve vorm heeft gekregen, zal het CVZ aangeven wat de plek hiervan kan zijn binnen de basisverzekering. In het verlengde hiervan zal het CVZ nader ingaan op de grens tussen selectieve en geïndiceerde preventie in het licht van de basisverzekering.

de financiële ramingen

6. Het kostenonderzoek

Sommige partijen stelden onderdelen van het kostenonderzoek ter discussie. Gedeeltelijk zijn deze opmerkingen terecht. We hebben zelf al in ons rapport nuanceringen aangebracht op onderdelen van de ramingen. Feitelijke gegevens ontbreken echter nu eenmaal en het model

is uitgegaan van zo realistisch mogelijke veronderstellingen.
Dit benadrukt het belang van monitoring.

**voorwaarden voor
implementatie**

7. Vragen rond implementatie GLI

Veel vragen hadden betrekking op de onzekerheden die er nog bestaan rond de GLI. Weliswaar is duidelijk waaruit de GLI bestaat (de componenten advisering en begeleiding bij voeding/eetgewoontes, beweging en gedragsverandering) en dat de interventie effectief is, maar de functionele beschrijving van de interventie (minimale deskundigheden per component en bij verschillende risiconiveaus) en de koppeling duur en intensiteit GLI bij specifieke indicaties kan nog aan nauwkeurigheid winnen. Niettemin, de praktijk schrijdt voort. In dit verband zijn wij ingegaan op :

- De *Zorgstandaard Obesitas* die in concept gereed is. (De definitieve versie staat gepland voor eind november 2010.)
- Het *Centrum Gezond Leven* van het RIVM dat zich bezighoudt met het certificeren van interventies op het gebied van een gezonde leefstijl.
- Zon Mw die gemeentes ondersteunt bij het opzetten van preventieprojecten via het programma Gezonde Slagkracht.

8. Conclusies en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken zijn we ingegaan op de kosten, opbrengsten en uitvoeringsaspecten van een gestructureerd aanbod van de GLI binnen de basisverzekering.

GLI als te verzekeren prestatie in Bzv

Het CVZ beveelt aan de gecombineerde leefstijlinterventie als samenhangende prestatie op te nemen in het Besluit zorgverzekering. Het CVZ adviseert om in de regelgeving geen beperkingen op te nemen wat de duur van de GLI betreft (bijvoorbeeld beperken tot een eenmalige interventie). Een dergelijke beperking strookt niet met een interventie die uiteindelijk gericht is op een gedragsverandering. Beperkingen kunnen in het individuele geval aangewezen zijn, maar die hangen dan samen met de motivatie, mogelijkheden en onmogelijkheden van de betrokken verzekerde. Het is aan de betrokken zorgaanbieder(s) om te wegen in hoeverre de GLI een adequate interventie kan zijn.

niet beperken tot eenmaal

geen eigen bijdrage

Het CVZ adviseert evenmin om een eigen bijdrage in te voeren voor de gecombineerde leefstijlinterventie. Voor een dergelijke bijdrage zijn argumenten voor en tegen aan te voeren. Uiteindelijk gaf voor het CVZ de doorslag dat dergelijke bijdragen ook niet gelden voor de losse onderdelen van de interventie. Het zou merkwaardig zijn die nu wel te heffen voor de samenhangende prestatie, terwijl die juist als effectiever is beoordeeld dan de losse onderdelen.

kostenonderzoek

Het kostenonderzoek van het iMTA schetst een positief beeld van de opbrengsten van de GLI op langere termijn. Het CVZ heeft dit enigszins genuanceerd vanwege het grote aantal veronderstellingen in het model. De onzekerheden rond de kosten en opbrengsten onderstrepen het belang van het tijdig (en langdurig) monitoren van de praktijk.

belang monitoring

Het verwezenlijken van een gestructureerd aanbod zal nog de nodige voorbereidingen vergen. Zorgverzekeraars hebben voor hun contractering een aantal handvatten nodig die nog aan nauwkeurigheid kunnen winnen. Hierbij gaat het vooral om twee aspecten :

koppeling indicatie en duur/intensiteit GLI

- de koppeling tussen de specifieke indicatie van de verzekerde en de duur en intensiteit van de interventie;
- de functionele beschrijving van de GLI.

Beide aspecten zijn van belang voor een doelmatige inzet van de interventie. Het CVZ heeft immers de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie in haar algemeenheid vastgesteld. De doelgroep van de interventie is echter groot, met een grote variatie in ernst en complexiteit van de aandoening. Het is nodig om zicht te hebben op de koppeling tussen indicatie van de verzekerde en de duur en intensiteit van GLI, wil deze gepast ingezet kunnen worden. Hierover komen gaandeweg meer gegevens beschikbaar. De

Zorgstandaard Obesitas kan hierbij ook behulpzaam zijn

***functionele
beschrijving GLI***

Voor een doelmatige organisatie en inkoop van de GLI is het verder belangrijk dat per component van de interventie de minimaal vereiste deskundigheid aangegeven is (bij de verschillende niveaus van risico). De *Zorgstandaard Obesitas* zal zich over deze functionele beschrijving buigen in 2011.

***preventieketen :
integrale aanpak***

Tenslotte, afstemming tussen de zorg via de basisverzekering en het lokale gezondheidsbeleid is een belangrijke voorwaarde om de preventieketen doelmatig te laten functioneren. Het CVZ zal in dit verband een standpunt innemen over het *PreventieConsult Cardio-metaboolsyndroom*, zodra hiervan een definitieve beschrijving beschikbaar is.

***gestructureerd
aanbod per
1 januari 2012***

In verband met deze ontwikkelingen en om zorgverzekeraars een ruime voorbereidingstijd te gunnen, beveelt het CVZ aan de wettelijke verankering van de gecombineerde leefstijlinterventie als samenhangende prestatie, niet eerder dan 1 januari 2012 te realiseren.

9. Advies Adviescommissie Pakket

Aan de ACP is het conceptrapport *Gecombineerde leefstijlinterventie : kosten, opbrengsten en uitvoering* voorgelegd met de vraag te adviseren over het voorstel om de gecombineerde leefstijlinterventie in de regelgeving op te nemen als één, samenhangende prestatie.

Advies ACP over conceptrapport *Gecombineerde leefstijlinterventie : kosten, opbrengsten en uitvoering*

De ACP onderschrijft de constatering dat het zorgaanbod nog niet voorbereid is op een landelijk aanbod van de GLI. Daarbij tekent de commissie aan dat het kostenonderzoek van het iMTA een tamelijk rooskleurig beeld schetst van de opbrengsten van de interventie op lange termijn (maatschappelijke opbrengsten):

- De commissie zet vraagtekens bij sommige veronderstellingen in het rekenmodel, bijvoorbeeld rond de jaarlijkse instroom en effectiviteit. Wat zijn de consequenties van afwijkingen op deze veronderstellingen voor de kosten op korte termijn, het BKZ?
- kan een eenmalige inzet van de GLI, zoals het conceptrapport voorstelt, wel de gewenste gedragsverandering bewerkstelligen en is het redelijk en rechtmatig om verzekeren de interventie te onthouden als deze na een eenmalige inzet niet succesvol is gebleken?

Ondanks haar kanttekeningen kan de commissie zich voorstellen dat de gecombineerde leefstijlinterventie een plaats krijgt binnen de basisverzekering, ook al is het tijdstip van introductie ongunstig gezien de voorgenomen bezuinigingen in de zorg. Wél benadrukt zij dat deze zorg alleen succesvol kan zijn, als ook en vooral op andere beleidsterreinen aandacht is voor de bevordering van gezonde leefstijl en daarmee preventie van gerelateerde aandoeningen. Gezond gedrag vergt een integrale aanpak. Integraal wil zeggen dat gezond gewicht en bewegen niet los gezien kunnen worden van ander 'ongezond' gedrag, zoals roken en overmatig alcoholgebruik, én, dat de zorg niet los gezien kan worden van andere beleidsterreinen.

Gezien de onvermijdelijke onzekerheden rond de veronderstellingen in het kostenonderzoek, is het van belang de interventie van het begin af aan nauwgezet te monitoren.

Wat de uitvoering betreft, suggereert de commissie een kleinschalige introductie bijvoorbeeld via regionale experimenten. Op basis van lokale bevindingen kan vervolgens een landelijke aanpak geschetst worden.

10. Besluit CVZ

In zijn vergadering van 9 augustus 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ, gehoord de Adviescommissie Pakket, het rapport *De gecombineerde leefstijlinterventie : kosten, opbrengsten en de praktijk* vastgesteld.

Het CVZ is van oordeel dat de gecombineerde leefstijlinterventie als één samenhangende prestatie een plaats moet krijgen in het Besluit zorgverzekering.

Het CVZ adviseert de interventie per 1 januari 2012 op deze wijze in de regelgeving op te nemen. De doelgroep voor de interventie is groot en divers samengesteld. Voor een doelmatige en gepaste aanpak is het belangrijk dat richtinggevend documenten als een zorgstandaard beschikbaar zijn. Een *Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas* is nu verspreid; de definitieve versie is gepland eind november 2010. Het is belangrijk om zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruim tijd te gunnen om het aanbod onder de basisverzekering voor te bereiden.

Het CVZ adviseert het aanbod van de interventie onder de basisverzekering niet te beperken tot eenmaal. De gecombineerde leefstijlinterventie is gericht op een gedragsverandering. Ook andere interventies die hierop gericht zijn kennen geen wettelijke beperking qua aanbod onder de basisverzekering (vergelijk bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg). Beperkingen kunnen aangewezen zijn. Het is aan de behandelaar om hiertoe te besluiten (in overleg met de verzekerde) op basis van zorginhoudelijke overwegingen.

College voor zorgverzekeringen

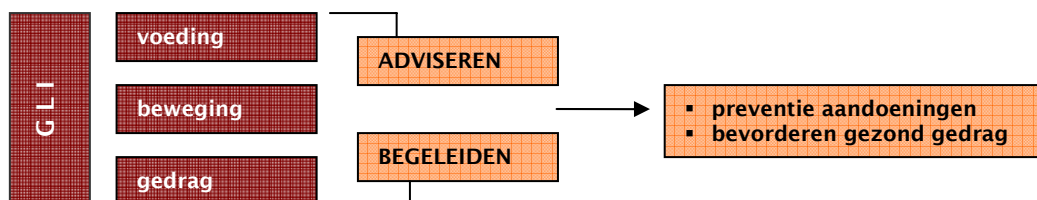
Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

BIJLAGE 1

TOETSING GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE

1



2

MAAKT DEZE ZORG DEEL UIT VAN DE PRESTATIES ONDER DE Zvw ?

1. stand wetenschap & praktijk : effectiviteit GLI is vastgesteld

2. het betreft zorg zoals 'beroepsbeoefenaren- die plegen te bieden' :

- geneeskundige zorg;
- zorg zoals diëtisten die plegen te bieden;
- zorg zoals fysio-/oefentherapeuten die plegen te bieden.

3. overige wettelijke voorwaarden

functionele systematiek :
zorg wordt geleverd door een ieder die 'bevoegd en bekwaam' is (afhankelijk van verzekeraar – polis) :

- poh;
- leefstijladviseur;
- sportinstructeur;
-

Chronische Lijst
'begeleiding bewegen' :
overgewicht/obesitas
komen niet voor op lijst
→
de begeleiding valt niet
onder Zvw (verzekerden
> 18 jaar)

3

De GLI is aangewezen voor patiënten met :

- een aandoening die samenhangt met overgewicht en obesitas;
- een hoog risico op een aandoening die daarmee samenhangt;
het CVZ volgt voor de omschrijving van de hoog-risicogroepen de (concept-)Zorgstandaard Obesitas



Budgetimpactraming

Gecombineerde leefstijlinterventie

Marieke Krol, MSc
Saskia Schawo, MSc
Leona Hakkaart, PhD

19/03/2010

Samenvatting

Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) zijn een manier om de stijgende incidentie en prevalentie van volwassenen met overgewicht en obesitas te verminderen. Deze studie doet onderzoek naar de kosten en baten van invoering van een GLI binnen het basispakket zorgverzekeringen (BKZ perspectief). Aanvullend is een schatting berekening gemaakt van de kosten en baten vanuit het maatschappelijk perspectief.

Voor de berekening is gebruik gemaakt van een modelmatige aanpak. De hoogrisicogroep is gedefinieerd als personen met een BMI tussen 25 kg/m² en 30 kg/m² met een grote buikomvang of met comorbiditeit en obesitas. Voor de kosten en baten analyse is onderscheid gemaakt naar de invoeringskosten, substitutie effecten en kostenbesparingen door gezondheidseffecten. De berekening betreft een periode van 10 jaar, met 2010 als het basis jaar. De analyses zijn gebaseerd op de beweegkuur, ter illustratie van de GLI.

In het eerste jaar van invoering van de GLI zullen 238.620 personen deelnemen, dit is 5% van de totale hoogrisicogroep. In tien jaar tijd zullen 1,8 miljoen mensen deelnemen. Vanuit het BKZ perspectief bedragen na 1 jaar de totale kosten 51 miljoen euro, na 4 jaar 98 miljoen euro. Over een periode van 10 jaar zijn de besparingen 77 miljoen euro. De opbrengsten worden voor 96% gegenereerd door kostenbesparingen als gevolg van gezondheidseffecten. Het overige deel van de besparingen zijn het gevolg van de effecten van substitutie van zorg door invoering van de GLI.

Doormiddel van scenario analyses is zichtbaar gemaakt wat de effecten zijn van verandering van verschillende parameters. Hieruit bleek dat verhoging van het verwijsperscentage een gunstig effect heeft op de besparingen op de lange termijn. Het scenario gebaseerd op een minder intensieve GLI leidt eveneens tot meer besparingen omdat de verlaging van de invoeringskosten opwegen tegen de vermindering van besparingen van de gezondheidseffecten. Vanuit het maatschappelijk perspectief slaan na 1 jaar de kosten om naar besparingen. Tien jaar na invoering zijn de besparingen totaal 916 miljoen euro.

1. Inleiding

De groeiende incidentie en prevalentie van volwassenen met overgewicht en obesitas is de laatste decennia steeds meer een punt van aandacht in de gezondheidszorg geworden. Hoewel er veel discussie is over de exacte relatie tussen overgewicht morbiditeit en sterfte (Bonneux & Reuser, 2007; Bonneux & Reuser, 2007; Seidell, 2009), wordt wereldwijd aangenomen dat overgewicht en obesitas in de nabije toekomst een van de belangrijkste doodsoorzaken zal zijn in de Westerse wereld (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004).

De overheid is dan ook in toenemende mate zoekend naar passende preventieve maatregelen om de groei in (ernstig) overgewicht te doen stagneren en de negatieve gevolgen te verminderen (Hoogervorst, 2006; Klink, Rouvoet, & Bussemaker, 2009). Onderzoek heeft aangetoond dat een gecombineerde leefstijlinterventie hiervoor het meest geschikt is. (Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group, 2002; Lindstrom et al., 2003; Mensink, Feskens, Saris, De Bruin, & Blaak, 2003). Het gaat hier dan om interventies die zich richten op de leefstijl van individuen en dan in het bijzonder het gedrag met betrekking tot voeding en beweging.

In februari 2009 heeft het CVZ¹ de gecombineerde leefstijlinterventie beschreven en aangegeven welke onderdelen onder de Zvw vallen. Deze interventie bestaat uit drie componenten: advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering. Het CVZ komt tot de conclusie dat deze gecombineerde interventie effectiever is dan de inzet van de afzonderlijke componenten en dus voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.

De hoogrisicogroepen die in aanmerking zouden komen voor deze interventie zijn volgens het CVZ als volgt:

¹ Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie, CVZ rapport 271 23 februari 2009 uitgebracht aan de minister van VWS.

- Personen met een BMI tussen 25 kg/m² en 30 kg/m² in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm mannen)
- Personen met een BMI van 25 tot 30 kg/m², met een normale buikomvang, in combinatie met comorbiditeit (hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor DM 2, hetzij manifeste ziektes zoals DM 2)
- Personen met een BMI vanaf 30 kg/m² (ook met 'normale' buikomvang). Deze groep valt onder de noemer obesitas.

Het CVZ concludeert ook dat een groot deel van de gecombineerde leefstijlinterventie al onder de basisverzekering valt. Slechts het onderdeel 'begeleiding bij beweging', in de zin van in levende lijve instrueren en begeleiden, valt niet onder de Zvw. Deze vorm van begeleiding moet namelijk gekwalificeerd worden als 'zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden'. Bij overgewicht en obesitas valt deze zorg nu niet onder de basisverzekering.

Het CVZ geeft in zijn rapport ook aan dat het onderzoek gaat (laten) verrichten naar de kosten die verbonden zouden zijn aan de invoering van de gecombineerde leefstijlinterventie in het basispakket. Het iMTA/BMG heeft dit onderzoek verricht waarvan het voorliggende rapport het resultaat is.

De opdracht van het CVZ betrof een uitgebreide kostenraming van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) primair gericht op de effecten voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor de korte en middellange termijn. Het BKZ betreft de kosten van zorg waar de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verantwoordelijk voor is.

De uitgebreide budgetimpactraming diende in ieder geval een kostenraming van de volgende componenten te bevatten:

1. Initiële budgetimpact, betreft de kosten van het geschatte gebruik van de GLI;
2. Substitutie-effect: in hoeverre vervangen de initiële kosten onder 1 zorg die nu al genuttigd wordt binnen de Zvw. De component 'dieetadvisering' valt nu bijvoorbeeld immers al onder de basisverzekering.

3. Gezondheidseffect: tot welke afname in het zorggebruik leidt het gebruik van de GLI.

Tot slot vraagt het CVZ ook een inschatting te maken van de besparingen die buiten de zorg kunnen optreden door het volgen van de GLI, bijvoorbeeld door een afname van het ziekteverzuim.

Door het land zijn de laatste jaren diverse leefstijlinterventie projecten/onderzoeken opgestart (o.a. GOAL, SLIM, Beweegkuur) (Helmink, Cox, & Kremers, 2009; Mensink, Feskens et al., 2003; ter Bogt et al., 2009). De projecten bestaan uit een samenwerking in de advisering en begeleiding van mensen met (ernstig) overgewicht tussen disciplines zoals, de huisarts, fysiotherapeut, diëtist (of een nieuwe beroepsbeoefenaar: een speciaal opgeleide 'leefstijladviseur'). Hoewel van enkele programma's reeds diverse resultaten bekend zijn en gerapporteerd (SLIM, Beweegkuur), is de effectiviteit van de verschillende programma's (bijvoorbeeld het lange termijn effect) nog volop in onderzoek.

Onlangs heeft het RIVM de kosteneffectiviteit bepaald van gecombineerde leefstijlprogramma's op basis van tientallen buitenlandse projecten en twee Nederlandse projecten (GOAL en SLIM). Op basis van dit onderzoek zijn aanbevelingen gedaan voor aanpassing van het prototype van de zogenoemde beweegkuur: aanvankelijk was dit een programma gericht op 'gezond bewegen', nu is dit ontwikkeld tot een programma om mensen te adviseren over en te begeleiden bij het veranderen van hun gedrag rondom voeding en beweging, met andere woorden een gecombineerde leefstijlinterventie. Binnen dit programma wordt leefstijladvies aangeboden en een beweegprogramma dat zelfstandig of begeleid (individueel of in een groep) wordt uitgevoerd. (Bemelmans et al., 2008)

De beweegkuur omvat 3 programma's die verschillen in intensiteit en die aangeboden worden al naar gelang de door de leefstijladviseur ingeschatte begeleidingbehoefte.

Uit de kosteneffectiviteitsanalyse kwam naar voren dat de programma's 1 en 2 van de Beweegkuur zeer waarschijnlijk kosteneffectief zijn (uitgaand van de te verwachten effecten op basis van voorgaand onderzoek) (Bemelmans et al., 2008). Naar de kosteneffectiviteit van het meest intensieve programma, bedoeld voor patiënten met ernstige inspanningsbeperkingen, is inmiddels door ZonMW nader onderzoek uitgezet.

Voor de kostenraming wordt gebruik gemaakt van een modelmatige aanpak. De studie heeft tot doel een berekening van kosten en opbrengsten te maken in jaar 0 tot 4 van invoering van de leefstijlinterventie (korte termijn). In dit tijdsbestek zullen de kosten van invoering op de voorgrond staan, maar zijn er ook al opbrengsten in de zin van minder medicatie/artsenbezoek e.d. te verwachten. Daarnaast zal een berekening van kosten en opbrengsten in jaar 0 tot 10 na invoering van de leefstijlinterventie (middellange termijn) worden gemaakt. In dit tijdsbestek zal duidelijk worden of gunstige effecten van leefstijlinterventies beklijven in de vorm van besparingen op zorgkosten. Bovendien kan dit leiden tot afname van ziekteverzuim, stijging maatschappelijke participatie, enz. De studie heeft betrekking op een volwassen populatie en heeft als basisjaar 2010.

Het budget impact onderzoek is opgedeeld in 4 fases (zie tabel 1). In fase 1 is in kaart gebracht wat de verwachte kosten zullen zijn van het invoeren van de gecombineerde leefstijlinterventie.

Tabel 1. Onderzoeksfases

<i>Fase 1 basis budgetimpact</i>	<i>Fase 2 besparingen huidige zorg</i>	<i>Fase 3 besparingen zorggebruik</i>	<i>Fase 4 besparingen buiten zorg</i>
--------------------------------------	--	---	---

De kosten van de invoering van de leefstijlinterventie zullen in eerste instantie de totale Nederlandse zorgkosten doen stijgen. De interventie zal echter ook effect hebben op het overige zorggebruik van de deelnemers; zowel in het jaar van deelname als in de daaropvolgende jaren, waardoor tegelijkertijd kostenbesparingen plaats zullen vinden. De zorg geleverd met de interventie zal voor een deel de zorg vervangen die nu door diëtist, huisarts of fysiotherapeut geleverd wordt. Dit wordt in dit rapport het 'substitutie effect' genoemd en beslaat fase 2 van het onderzoek. Daarnaast zal het toekomstig zorggebruik beïnvloed worden door het gezondheidseffect van deelname aan de interventie. Het gezondheidseffect werkt aan twee kanten door op de toekomstige zorgkosten. Niet alleen zal er een besparing optreden doordat voorkomen wordt dat de gezondheidstoestand van de deelnemers verslechtert (wat gepaard zou gaan met een stijging van zorggebruik), een gezondere leefstijl zal er voor zorgen dat de huidige gezondheidstoestand verbetert en ziekten voorkomen worden waardoor minder zorgkosten gemaakt worden. De kostenvermindering door een verbeterde of niet verslechterde gezondheid wordt beschreven in fase 3. In de laatste fase van het onderzoek is gekeken naar het effect van deelname van het invoeren van de gecombineerde leefstijlinterventie op arbeidsparticipatie en productiviteit.

De (netto) budgetimpact van de interventie is berekend op basis van de volgende kosten en effecten:

- 1) *Kosten van de invoering* van de interventie;
- 2) *Substitutie effecten* met betrekking tot het zorggebruik van een deelnemende patiënt;
- 3) *Kostenverandering door gezondheidseffecten* op patiënten die aan een interventie deelnemen;

Tenslotte wordt er een berekening gemaakt van de productiviteitswinsten door deelname aan de leefstijlinterventie. Deze maken geen deel uit van het BKZ perspectief.

Tabel 2 toont het tijdspad van de kosten en effecten. Het jaar 0 komt overeen met het jaar van deelname aan de interventie.

Tabel 2: Tijdspad kosten en effecten

jaar	Interventie	Zorgkosten
0	Kosten invoering	Eenmalig substitutie effect
1 t/m 9		Jaarlijks kostenverminderend effect

2. Methode

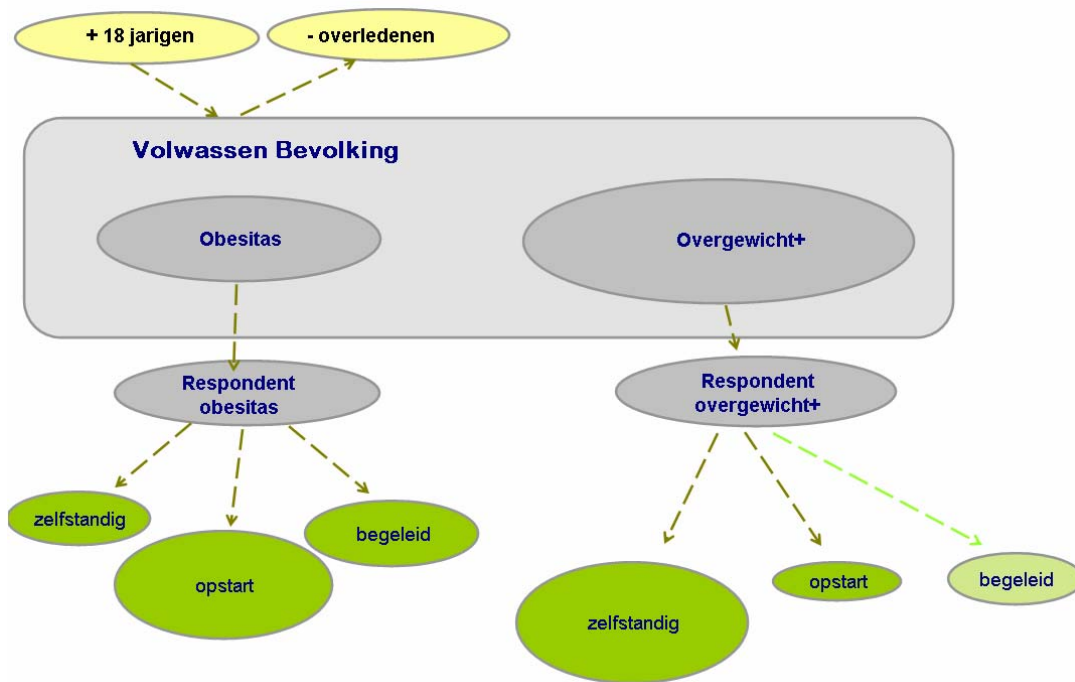
Voor de budgetimpact analyse (BIA) is gebruik worden gemaakt van een modelmatige aanpak.

Model

Om de kosten en de baten van de interventie in kaart te brengen is gebruik gemaakt van een modelmatige aanpak. Het model geeft een schatting van het aantal deelnemers aan de verschillende interventies over de korte en middellange termijn en levert een inschatting van de budget impact. Naast de kosten voor de invoering van de interventie is er rekening gehouden met de invloed van substitutie effecten van de interventie in het jaar van deelname en met gezondheidseffecten van de interventie in volgende jaren op het zorggebruik.

Het model is grafisch weergegeven in figuur 1.

Figuur 1: model opzet



De situatie in 2011: jaar 0

Startpunt is de Nederlandse volwassen bevolking. Een gedeelte van de bevolking heeft overgewicht met een risicofactor en een gedeelte heeft obesitas. Deze twee groepen vormen samen de hoogerisicogroep en daarmee de doelgroep voor de gecombineerde leefstijlinterventie. Wanneer een persoon uit de hoogerisicogroep besluit mee te doen zal hij of zij doormiddel van een verwijzing door de huisarts deel kunnen nemen aan een van de mogelijke gecombineerde leefstijl interventieprogramma's. In de analyse veronderstellen we dat een patiënt zich bij de huisarts meldt met klachten, dit kunnen mogelijk ook klachten zijn die niet gerelateerd zijn aan het overgewicht of obesitas. De huisarts adviseert de patiënt vervolgens een gecombineerde leefstijlinterventie. Dit betekent dus dat geen extra huisartsenconsult voor een verwijzing naar een gecombineerde leefstijlinterventie is berekend. Elke persoon uit de hoogerisicogroep kan slechts één keer mee doen aan een interventie.

De situatie van 2012 t/m 2020: jaar 1 tot en met 9

De volwassen bevolking stijgt met het verschil van *nieuwe* 18-jarigen en overledenen. In jaar 2 komen de 18-jarigen en de 19-plussers die in 2011 niet hebben deelgenomen aan een interventie in aanmerking voor de leefstijlinterventie. Dit proces herhaalt zich t/m 2020.

Kosten van invoering van de interventie (fase 1)

Ter illustratie voor de BIA zijn de interventies en de kosten gebruikt van “De Beweegkuur” (Bemelmans et al., 2008; Helmink et al., 2009). De beweegkuur² is slechts één vorm van een gecombineerde leefstijlinterventie. Andere voorbeelden van Nederlandse gecombineerde leefstijlinterventies zijn SLIM (Mensink et al., 2003; Mensink et al., 2003; Mensink, Feskens et al., 2003; Mensink, Blaak, Wagenmakers, & Saris, 2005) en GOAL (ter Bogt et al., 2009). De kosten van de gecombineerde leefstijlinterventie bestaan uit de kosten van advies en begeleiding bij voeding, beweging en gedragsverandering. Kenmerkend voor de beweegkuur is dat deze wordt geïndiceerd door de huisarts. Vervolgens is de leefstijladviseur de sleutelfiguur in de begeleiding. De beweegkuur bestaat uit 3 type programma’s te weten: het zelfstandigbeweegprogramma, het opstartprogramma en het begeleid bewegen programma, variërend van minder naar meer intensief. De programma’s bieden begeleiding op het gebied van voeding, gedrag en beweging. Na het volgen van één van de programma’s is het de bedoeling dat men zelf doorgaat met het toepassen van de verworven kennis en vaardigheden.

De kosten van de gecombineerde leefstijlinterventie bestaan uit de kosten van leefstijladvies, fysiotherapie en groepsbeweging. Deze treden op in het jaar dat een patiënt deelneemt aan de interventie en verschillen voor de verschillende types interventies.

Bij de tarieven en kostprijzen is uitgegaan van de prijzen van 2008 verhoogd met 2 jaar inflatie. Deze worden in de jaren na 2010 elk jaar met een inflatie

² De beweegkuur is qua inhoud en prijs nog in ontwikkeling.

percentage van 2% verhoogd. Bij een berekening vanuit het BKZ perspectief zijn de kosten berekend op basis van tarieven.

Tabel 3 laat de totale aantallen en de zorgconsumptie en bijbehorende tarieven volgens het BKZ van de verschillende programma's gedurende de looptijd van de interventies zien. Er wordt in het model onderscheid gemaakt tussen 3 varianten van gecombineerde leefstijlinterventies die oplopen qua intensiteit en mate/vorm van begeleiding (zie tabel 3). Bij het zelfstandig bewegen programma krijgt men leefstijladvies van een voor deze taak opgeleide zorgprofessional: de leefstijladviseur. Het opstart programma is een combinatie van leefstijladvies en bewegen onder supervisie. In het begeleid beweegprogramma wordt er, naast de leefstijladvies consulten 12 weken lang in groepsverband onder begeleiding van een fysiotherapeut aan beweging gedaan. (Bemelmans et al., 2008; Helmink et al., 2009)

Tabel 3 Gecombineerde leefstijlinterventies

Programma	fysiotherapeut	Consulent	Groepssessie	Tarief
1. Zelfstandig bewegen		8		€328
2. Opstart programma	5	6		€432
3. Begeleid beweegprogramma	2	5	31	€905

Substitutie effecten van zorggebruik (fase 2)

Een deel van de zorg die een patiënt binnen de leefstijl interventie ontvangt, (bijvoorbeeld adviesgesprekken over een gezonde leefstijl en voeding en bewegen) wordt ook al ontvangen voordat de patiënt deelneemt aan de interventie. Door de gedeeltelijke overlap van zorg zal een deel van de huidige ontvangen zorg van de deelnemende patiënt wegvallen. Er wordt vanuit gegaan dat er een eenmalig substitutie effect zal optreden in het jaar van deelname aan de gecombineerde leefstijlinterventie wat betreft kosten voor huisartsenzorg en diëtist.

Kostenverandering door gezondheidseffecten (fase 3)

Door de gecombineerde leefstijlinterventie zal de gezondheidstoestand van de deelnemersgroep veranderen. Het aanmeten van een andere leefstijl heeft een dubbel effect. De leefstijl zelf (zoals meer bewegen) zal een positieve uitwerking hebben op de gezondheid in zijn algemeen. Dit zal verder en langer doorwerken door de gezondheidswinst van het bijkomende gewichtsverlies. Deze twee effecten correleren en zijn moeilijk van elkaar te onderscheiden. Het RIVM heeft op basis van internationale studies berekend dat een GLI zal leiden tot een gemiddelde gewichtsreductie van 5,5% (Bemelmans et al., 2008). Het optredende gewichtsverlies zal zorgen voor verschuivingen in de deelnemersgroepen. Er zullen mensen verschuiven van de obesitasgroep naar de overgewichtgroep en er zullen mensen van de overgewichtgroep overgaan naar de categorie 'gezond gewicht' (en dus buiten de hoogrisico groep vallen). Maar ook voor de mensen die niet van categorie verschuiven zullen er gezondheidswinsten optreden. De besparingen van zorgkosten door de algemene gezondheidswinst en de gezondheidswinst direct gerelateerd aan gewichtsverlies zijn berekend doormiddel van een 'top-down'-benadering. De totale jaarlijkse zorgkosten van mensen met overgewicht+ en obesitas zijn als basis parameters gebruikt. Vervolgens is het effect op het aantal personen binnen de categorie overgewicht+ en obesitas berekend als gevolg van de leefstijlinterventie. Ter illustratie: In jaar 0 wordt er gestart met 200.000 deelnemers waarvan er 150.000 overgewicht+ hebben en 50.000 obesitas. Een jaar na de behandeling zijn 25.000 mensen van overgewicht overgegaan naar gezond gewicht en 10.000 van obesitas naar overgewicht+. Men houdt dan 135.000 mensen met overgewicht+ over en 40.000 mensen met obesitas. Het aantal personen per groep voor en na behandeling wordt gekoppeld aan de jaarlijkse aan overgewicht+ en obesitas gerelateerde kosten; het verschil in totale kosten tussen start en eind populatie is de kostenbesparing die is opgetreden door de gecombineerde leefstijl interventie.

Besparingen buiten de zorg (fase 4)

De basis analyse is gebaseerd op het BKZ perspectief. In fase 4 is een analyse gedaan vanuit het maatschappelijk perspectief. Hierbij hebben we voor de waardering gebruik gemaakt van kostprijzen in plaats van tarieven. De berekening van invoeringskosten, substitutie- en zorgkosten door gezondheidseffecten zullen daarom verschillen van die op grond van het BKZ perspectief. De berekening vanuit het BKZ perspectief is namelijk gebaseerd op tarieven.

Diverse studies hebben aangetoond dat overgewicht en vooral ernstig overgewicht een negatief effect hebben op de productiviteit van individuen. Deze besparingen vallen echter buiten het BKZ perspectief. Gemiddeld genomen melden mensen met (ernstig) overgewicht zich vaker ziek en de verzuimperioden duren langer. (Jans, van den Heuvel, Hildebrandt, & Bongers, 2007; Neovius, Johansson, Kark, & Neovius, 2009; Oster, Thompson, Edelsberg, Bird, & Colditz, 1999; Trogdon, Finkelstein, Hylands, Dellea, & Kamal-Bahl, 2008)

Na het volgen van de gecombineerde leefstijlinterventie zal een gedeelte van de groep deelnemers geen overgewicht meer hebben en een gedeelte van de mensen die voorheen obesitas hadden zullen in de overgewicht groep vallen. Het vermeden productiviteitsverlies wordt berekend door het verschil in verzuim (en de bijbehorende kosten) te berekenen van de deelnemersgroep indien zij de interventie niet zouden hebben gevolgd en wanneer zij deze wel volgen. De waardering is gebaseerd op het gemiddeld inkomen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009).

Scenario's

Om te onderzoeken wat het effect is wanneer enkele parameters van waarde zouden veranderen is er gebruik gemaakt van scenarioanalyses. Dit is om twee redenen van belang. Ten eerste is de betrouwbaarheid van enkele parameters in het realistische scenario op dit moment onzeker en ten tweede is het aannemelijk dat door diverse factoren de waarden van parameters in de loop der tijd kunnen veranderen. Scenarioanalyse geeft inzicht in de relatieve impact van individuele parameters en maakt inzichtelijk wat verschuivingen in waarden voor

effect op het budget impact van de gecombineerde leefstijlinterventie kunnen hebben.

In de scenario analyses in het budget impact onderzoek zijn de gezondheidseffecten van de gecombineerde leefstijlinterventie gevarieerd en de verwijspersentages van de huisarts naar de interventies. Ter illustratie van de invloed van de prijs op de totale kosten en besparingen is een scenario analyse uitgevoerd waarbij de tarieven van de programma's respectievelijk 10% hoger en lager zijn. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat de effectiviteit van de interventies gelijk blijft.

Tevens hebben we een scenario doorgerekend op basis van de resultaten van het GOAL project. De interventie is minder intensief dan de beweegkuur en bestaat uit 4 contacten met de praktijkondersteuner in het eerste jaar. De kosten voor de interventie zijn geschat op € 200. De interventie was voornamelijk bedoeld voor het tegengaan van gewichtsstijging, en niet zozeer gericht op 'afvallen', tenzij mensen daarvoor gemotiveerd bleken. Na een jaar waren de resultaten dat de deelnemers in de interventiegroep gemiddeld 2% afvielen. Bij mensen met obesitas was dat 3% en bij mensen met overgewicht 1% (ter Bogt et al., 2009). In de modelberekeningen is het langetermijn gewichtsbehoud op 70% gesteld (ter Bogt et al., 2009). Dit betekent dat gemiddeld 70% van het gewichtsverlies behaald in jaar 1 beklijft in jaar 2. Oftewel als personen in het eerste jaar 1 kg zijn afgevallen, daarvan in het 2^e jaar nog 700 gr over is. De verschuivingen van overgewicht+ naar gezond gewicht en obesitas naar overgewicht+ zijn respectievelijk 9% en 18% (conform daadwerkelijke verschuiving in de GOAL populatie na een jaar).

De kosteneffectiviteit van het programma begeleid bewegen wordt momenteel nog onderzocht. Er is daarom een scenario doorgerekend waarbij cliënten die aan het begeleid bewegen programma deelnemen buiten beschouwing zijn gelaten. Tenslotte is er een maximaal scenario uitgevoerd waarin elke Nederlander met overgewicht+ of obesitas de interventie ook daadwerkelijk gaat volgen.

3. Modelparameters en assumpties

Voor de budgetimpactanalyse zijn er een zestal groepen kerngetallen gedefinieerd en berekend. Deze kerngetallen vormen de ruggengraat van de gehele budgetimpact raming. Elke groep kerngetallen is berekend op basis van een aantal kritische parameters, zoals te zien is in tabel 4. De parameters zijn waar mogelijk gebaseerd op gegevens uit wetenschappelijke literatuur en betrouwbare landelijke databases zoals Statline van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009). Indien gegevens niet voorhanden waren is gebruik gemaakt van assumpties. We geven vooraf een beschrijving van het meest realistische scenario, zie paragraaf A tot en met G. De parameters en assumpties hiervan worden samengevat in Tabel 4.

A. Algemeen

Voor de kosten is er een inflatiepercentage van 2 % gehanteerd. Het inflatiepercentage is conform de handleiding kostenonderzoek (Oostenbrink, JB Bouwmans, CAM Koopmanschap, MA Rutten FFH, 2004). Daarnaast is er sprake van algemene volumegroei van zorg bijvoorbeeld als gevolg van een toename van de zorgvraag door patiënten. Op basis van gegevens van de kosten van ziekten studie is berekend dat de zorgkosten gemiddeld als gevolg hiervan 2,1% stijgen per jaar (RIVM, 2005).

B. Doelgroepgrootte

De omvang van de doelgroep is berekend op basis van CBS cijfers over de volwassen Nederlandse bevolking (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009). Van de volwassen bevolking heeft 11,1% obesitas en 25,2% overgewicht+. Elk nieuw jaar neemt de doelgroep toe met nieuwe achttienjarigen en neemt af met overledenen. Ook mensen die de interventie al in een eerder jaar hebben gevolgd behoren niet meer tot de doelgroep, omdat er vanuit wordt gegaan dat men slechts eenmaal een gecombineerde leefstijl interventie mag volgen.

C. Aantallen gebruikers

Indien men obesitas en overgewicht+ onbehandeld laat zal het gedeelte van de Nederlandse bevolking met (ernstig) overgewicht en de gerelateerde gezondheidsproblemen de komende jaren naar verwachting vrij constant blijven of licht stijgen. Na een forse groei in de jaren negentig van de vorige eeuw en de eerste jaren van de 21^e eeuw is de groei van het percentage mensen met (ernstig) overgewicht de laatste 5 jaar nagenoeg gestagneerd (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009). Er zijn recent geen valide gegevens gepubliceerd over de toekomstverwachtingen qua overgewichtgroei in Nederland. In het model wordt er vanuit gegaan dat de trend van de afgelopen vijf jaar zich doorzet en dat zonder invoering van de GLI het percentage mensen met (ernstig) overgewicht constant blijft.

Om de aantallen gebruikers te berekenen is de doelgroepgrootte vermenigvuldigd met het percentage mensen dat de huisarts bezoekt, met het verwijzpercentage van de huisarts en het responspercentage van de patiënten. Met respons wordt bedoeld dat een patiënt na een verwijzing ook daadwerkelijk de interventie gaat volgen. Hieruit volgt dat ruim 5% van de hoogrisicogroep gebruik zal maken van de GLI. Bij 25% van de respondenten zal de interventie effectief zijn. In totaal zal bij 1,25% van de hoogrisicogroep sprake zijn van afname in gewicht (Bemelmans et al., 2008). Het gemiddelde gewichtsverlies is 5,5%. Bij een gewichtsverlies van meer dan 4% beklijft dit resultaat gemiddeld bij 40% van de personen bij een follow up van 2 jaar (Bemelmans et al., 2008). Dit betekent dus dat bij 60% sprake zal zijn van een terugval. In het model hebben we verondersteld dat dit resultaat gehandhaafd blijft voor de gehele termijn (10 jaar).

De respons is in het model niet leeftijdsafhankelijk. Er is geen rekening gehouden met therapietrouw.

De verdeling van de deelnemers over de verschillende therapieprogramma's is momenteel nog niet bekend. Er is verondersteld dat bij de deelnemers van de overgewicht+ groep 88,5% het zelfstandig bewegen programma gaat volgen en 10% het opstartprogramma en 1,5% het intensievere begeleid bewegen programma. Van de mensen met obesitas is gesteld dat 80% het zelfstandig

bewegen programma gaat volgen en dat respectievelijk 17% en 3% van de cliënten het opstart- en begeleid bewegen programma zullen volgen.

D. Kosten invoering gecombineerde leefstijlinterventie

Om de invoeringskosten van de gecombineerde leefstijl interventie te berekenen zijn de aantallen gebruikers per jaar van de diverse programma's vermenigvuldigd met de tarieven/kosten van de programma's.

E. Substitutie effecten

Om de substitutie effecten van de deelnemers te bepalen is er gesteld dat het substitutie effect voor het gehele jaar van deelname geldt, en daarna stopt. Voor de substitutie is het verschil in zorggebruik in het jaar van deelname tussen wel of niet deelnemen aan een interventie berekend en het bijbehorende kostenverschil. Het substitutie effect is bij hantering van het BKZ perspectief van toepassing op het bezoek aan huisart en diëtist.

Nederlanders gaan gemiddeld 4,1 keer per jaar naar de huisarts (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009). Rekening houdend met een hoger gemiddeld zorggebruik van mensen met overgewicht+ van 10% en met 36% voor mensen met obesitas (Thompson & Wolf, 2001), zal de interventie doelgroep ongeveer 4,5 en 5,5 keer per jaar de huisarts bezoeken (zie tabel 4). Voor de huisartsenconsultatie is aangenomen dat het substitutie effect in het jaar van deelname aan een gecombineerde leefstijlinterventie 20% bedraagt. Dit percentage is overgenomen van de gemeten daling van het gebruik van huisartsenzorg in het jaar van deelname aan het BIG!MOVE project (Overgoor, Aalders, & Staius Muller, 2006).

F. Besparingen zorggebruik

Voor het berekenen van de kostenvermindering door gewichtsverlies is gebruik gemaakt van het verschil in zorgkosten van 0 tot 10 jaar van de gehele deelnamegroep tussen wel deelnemen en wanneer de groep niet zou hebben deelgenomen. Voor de zorgkosten van de deelnamegroep is gebruik gemaakt

van gemiddelde jaarlijkse zorgkosten (RIVM, 2005)(Thompson & Wolf, 2001) verhoogd met 10% voor de overgewichtgroep en 36% voor de obesitas groep (Thompson & Wolf, 2001). Er is vanuit gegaan dat 26% van de obese deelnemers het jaar na de therapie niet meer obees zal zijn, maar zal zijn verschoven naar de overgewicht+ groep. Van de mensen die bij start in de overgewicht+ groep zaten is uitgegaan van een afname van 21% (Bemelmans et al., 2008).

G. Vermeden productiviteitsverlies

Om de besparingen door het vermeden productiviteitsverlies door het deelnemen aan de GLI in kaart te brengen is het verschil in verzuimkosten van de deelnemersgroep met en zonder deelname aan de interventiegroep berekend. Voor de kostenberekening zijn gegevens van het CBS over het algemene gemiddelde verzuimpercentage en het gemiddelde jaarloon gebruikt (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009). De verzuimpercentages voor mensen met overgewicht zijn met 1,09 vermenigvuldigd en voor de overgewichtgroep met 1,70. Het verschil in verzuim tussen mensen met een gezond gewicht, overgewicht en obesitas zijn afkomstig uit Jans et al. 2007 (Jans et al., 2007).

Tabel 4 Modelparameters en assumpties

Kerngetallen	Parameters	Assumpties	Bron
A. Algemeen	Inflatie	Er wordt een jaarlijkse inflatie berekend van 2%	Oostenbrink, 2004
	Jaarlijkse stijging zorgkosten	Een stijging van de zorgkosten van 2,1% per jaar als gevolg van volumegroei	www.RIVM.nl
	Discount rate	Indien gedisconteerd, wordt er discount rate van 4% gehanteerd	Oostenbrink, 2004
B. Doelgroep grootte	Volwassen bevolking	Jaarlijks groei met nieuwe 18+ en afname sterfgevallen	CBS
	% obesitas + verloop over tijd	% constant over tijd, geen groei afgelopen 5 jr	CBS
	% overgewicht+ en verloop	% constant over tijd, overzicht RIVM d.d. 9/10.09 overgewicht+	RIVM + CBS
C. Aantallen gebruikers	Doelgroepgrootte	Uitkomsten berekeningen met bovenstaande parameters	
	Prevalentie huisartsbezoek	Wel/niet huisarts bezoek ad random	CBS
	Verwijs% HA Obesitas	Geen gegevens bekend, aanname 30% doorverwijzing (in scenario analyse 50%)	
	Verwijs% HA Overgewicht+	Geen gegevens bekend, aanname 15% doorverwijzing(in scenario analyse 25%)	
	Respons patiënt	Na verwijzing zal ongeveer 35% ook echt deelnemen	Bemelmans 2008
	Verdeling interventies obesitas	Zelfstandig bewegen (80%), opstart (17%) en begeleid bewegen (3%)	
	Verdeling interventies overgewicht+	Zelfstandig bewegen (88,5%), opstart (10%) en begeleid bewegen (1,5%)	Bemelmans 2008
	Effect GLI	5% gewichtsverlies	Bemelmans 2008
Effect	Effect	Bij 40% van de deelnemers beklift het effect, bij 60% niet. Verondersteld is dat dit op de lange termijn (10 jaar) gehandhaafd blijft.	Bemelmans 2008
D. Kosten invoering GLI	Aantallen gebruikers per jaar	Uitkomsten berekeningen met bovenstaande parameters	
	Kosten van de 3 programma's	Voor de kosten zijn de 'Beweegkuur' tarieven gehanteerd	Bemelmans 2008, Helmink 2009
E. Substitutie effecten	Deelname jaar	Substitutie vindt alleen plaats in jaar van deelname	
	Aantallen gebruikers per jaar	Zie boven	

	Gebruik diëtistzorg	1 intake, 3 consulten. Elke deelnemer van de GLI** had zonder deelname gebruik gemaakt van diëtistzorg.	NIVEL
	Afname diëtistzorg	Geen gegevens. Afname dieetzorg m.b.t. overgewicht op 100% verondersteld. Dieetzorg DMII patiënten blijft ongewijzigd	
	Gebruik huisartsconsulten	Gemiddeld 4,1 consulten per jaar plus 10% voor overgewicht en 13,6% voor obesitas	CBS, Thompson 2001
	Afname huisartsconsulten	20% afname, afkomstig uit BiGMOVE project	Overgoor, 2006
	Gebruik Fysiotherapie	Gemiddeld 3,1 consulten per jaar * 110% voor overgewicht en 136% voor obesitas (maatschappelijk perspectief)	CBS, Thompson 2001
	Afname fysiotherapie	Nu is fysiotherapie meestal niet gericht op overgewicht, afname gering: 5%. (maatschappelijk perspectief)	
F. Effecten zorgkosten door gewichtsverlies	Aantallen gebruikers per jaar	Zoals boven	
	Jaarlijkse zorgkosten	€ 2849 volgens BKZ, maatschappelijk perspectief €4196	RIVM KvZ***
	Jaarlijks zorgkosten overgewicht+	€ 2849 of €4196 * 110% voor overgewicht en 136% voor obesitas	RIVM KvZ***, Thompson 2001
	Jaarlijkse zorgkosten obesitas	€ 2849 of €4196 * 110% voor overgewicht en 136% voor obesitas	RIVM KvZ***, Thompson 2001
	Verschuiving van obesitas naar overgewicht+	21% van de deelnemers met obesitas verschuift naar de overgewicht+ groep (in scenario analyse 9%)	Effecten pakket B Bemelmans 2008
	Verschuiving van overgewicht+ naar gezond gewicht	26% van de deelnemers met overgewicht + verschuift naar gezond gewicht (in scenario analyse 18%)	Effecten pakket B Bemelmans 2008
	G. Vermeden productiviteitsverlies (alleen van belang bij maatschappelijk perspectief)	Aantallen gebruiker per jaar	Zoals Boven
Gemiddeld jaarloon		Gemiddeld persoonlijk inkomen	CBS
Gemiddeld verzuim		CBS verzuim 4,3 verminderd naar 4 om te corrigeren voor mensen met overgewicht	CBS
Verzuim overgewicht en obesitas		Gemiddeld verzuim * 109% voor overgewicht en 170% voor obesitas	Jans, 2007
Verschil verzuim		Verzuim overgewicht – gemiddeld verzuim en verzuim obesitas – verzuim overgewicht	

4. Resultaten

Deze paragraaf geeft de resultaten van het basis scenario van fase 1 tot met 4. De resultaten hebben betrekking op het basis scenario gebaseerd op de input en assumpties zoals beschreven in tabel 4. De fase 1 tot en met 3 zijn berekend vanuit het BKZ perspectief.

Kosten van invoering van de interventie (fase 1)

In totaal zijn er in 2011 13.081.722 volwassenen in Nederland waarvan er 25,2% overgewicht hebben in combinatie met een manifeste HVZ of DM2 of een risicofactor voor een van deze aandoeningen. Verder hebben 11,1% van de volwassenen in Nederland obesitas. In totaal komen er 4.748.665 Nederlanders in aanmerking voor een gecombineerde leefstijlinterventie. De prevalentie van het huisarts bezoek in Nederland is 73,3% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009).

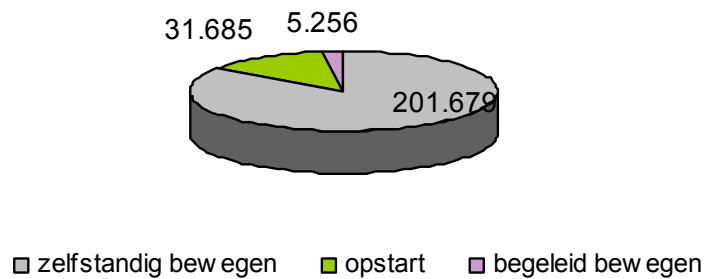
In het meest realistische scenario (basis scenario) is verondersteld dat de huisarts 30% van de obesitas patiënten zal verwijzen naar de GLI. Voor overgewicht+ ligt dit percentage op 15%, zie tabel 4. Van deze personen zal 35% uiteindelijk ook echt deelnemen aan de GLI, dit is ongeveer gelijk aan 5% van de totale hoogrisicogroep. De totale hoogrisicogroep is gelijk aan $(0.252 * 13.081.722) + (0.111 * 13.081.722) = 4.748.665$ (zie tabel 5). Het vewachte aantal gebruikers is als volgt berekend: het percentage van de mensen die de huisarts bezoeken (73,3%) * het percentage overgewicht+ dan wel obesitas (25,2% of 11,1%) * het percentage dat verwezen wordt door de huisarts (resp. 15% bij overgewicht + en 30% bij obesitas) * het percentage dat deelneemt na een verwijzing (35%)*. Het aantal deelnemers voor overgewicht + en obesitas in jaar het eerste jaar komt dan uit op: $(0,733 * 0.252 * 0,15 * 0,35 * 13.081.722) + (0,733 * 0,111 * 0,30 * 0,35 * 13.081.722)$. Dit zijn 238.620 mensen, dit is gelijk aan 5% van 4.748.665 (zie tabel 5). In 10 jaar tijd zullen dit in totaal 1.797.020 personen zijn.

Tabel 5 Verwacht aantal hoogrisico personen en gebruikers GLI in 2011

2011	Percentage		Aantallen		totaal
	overgewicht+	obesitas	overgewicht+	obesitas	
Volwassenen in Nederland					13.081.722
Hoogrisicogroep	25,20%	11,10%	3.296.594	1.452.071	4.748.665
% gebruikers van de hoogrisicogroep	3,85%	7,70%	126.861	111.759	238.620

De verwachting is dat in het eerste jaar iets meer dan 200.000 mensen het zelfstandig bewegen programma gaan volgen, ruim 30.000 mensen het opstart programma en iets meer dan 5.000 mensen het intensievere programma (zie figuur 2).

Figuur 2 Verwacht aantal gebruikers per behandelcategorie in het eerste jaar



In het basis scenario zullen de totale interventiekosten in het eerste jaar uitkomen op € 85 miljoen (zie tabel 6). Na 10 jaar bedragen de invoeringskosten € 689 miljoen. Bij deze berekeningen is de verwachte bevolkingsgroei, de verwachte stijging van de prevalentie van overgewicht+ en obesitas, de verwachte prijsstijgingen (op basis van de consumentenprijsindex) en de stijging van zorgkosten als gevolg van volumegroei meegenomen. Er is daarbij vanuit gegaan dat iedereen slechts eenmaal in aanmerking komt voor de gecombineerde leefstijlinterventie.

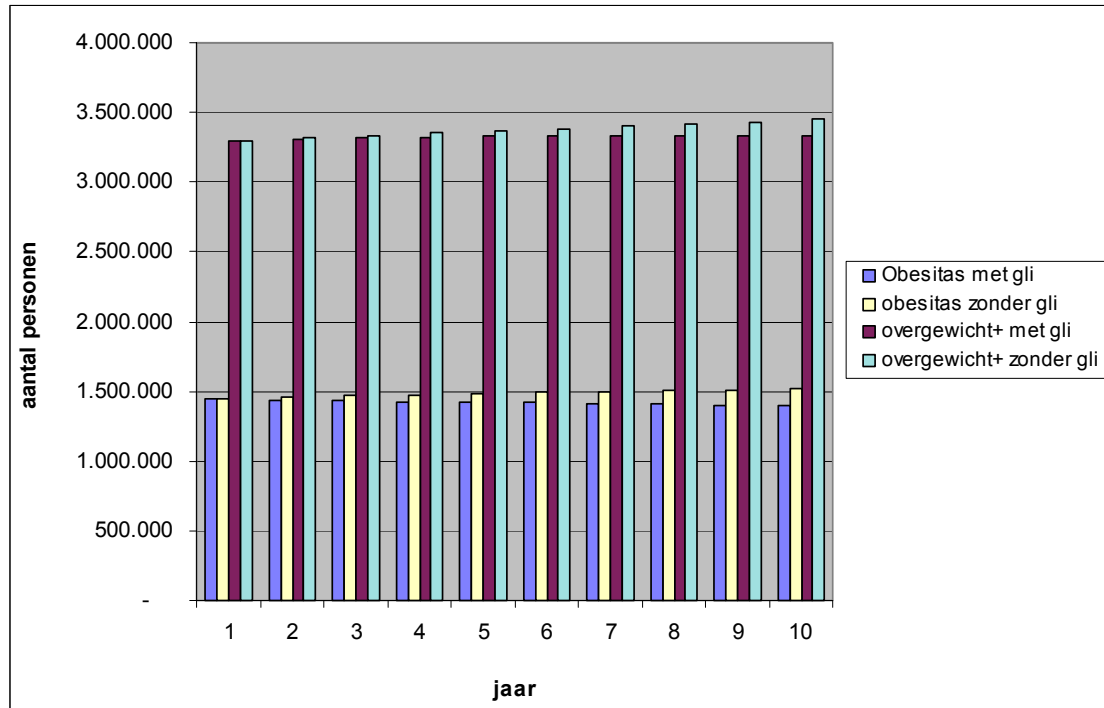
Het grootste deel van de zorg vanuit de GLI bestaat uit reeds verzekerde zorg. Een ander deel (fysiotherapie) is momenteel nog geen verzekerde zorg. De kosten van fysiotherapie in de invoeringsfase zijn in jaar 1 totaal bijna € 5 miljoen. Na 4 jaar bedragen deze kosten totaal € 17 miljoen en na 10 jaar € 38 miljoen euro. De kosten van fysiotherapie binnen de GLI zijn ongeveer gelijk aan 6% van de totale invoeringskosten.

Tabel 6 Cumulatieve kosten invoering GLI naar type programma jaar 1 tot met 10 jaar (in miljoenen EUR)

Kosten per categorie	zelfstandig bewegen	opstart	begeleid bewegen	total
1 jaar	66	14	5	85
2 jaar	63	13	4	80
3 jaar	60	12	4	77
4 jaar	57	12	4	73
5 jaar	55	11	4	70
6 jaar	52	10	4	66
7 jaar	50	10	4	64
8 jaar	48	10	3	61
9 jaar	46	9	3	58
10 jaar	44	9	3	56
Totaal	541	109	38	689

Figuur 2 laat het beloop zien van het totaal aantal personen in de overgewicht+ en obesitas groep met en zonder GLI. Hieruit is te zien dat het aantal personen in beide groepen afneemt in de tijd met een GLI ten opzichte van de situatie waarin de GLI niet wordt ingevoerd.

Figuur 2 Aantal personen obesitas en overgewicht+ met en zonder een gecombineerde leefstijl interventie over een periode van 10 jaar



Substitutie effecten van zorggebruik (fase 2)

Door substitutie effecten zal de huidige zorg geleverd door de huisarts en diëtist gedeeltelijk verschuiven naar de gecombineerde leefstijlinterventie. Het aantal contacten per jaar met de huisarts zal ongeveer met 1 contact afnemen. Contacten met de diëtist zullen voor de overgewicht+ groep vervallen. Het aantal contacten was gemiddeld 0,11 contact per jaar. Voor de obesitas groep daalt het aantal contacten met de diëtist van 0,32 naar 0,02.

De substitutie effecten voor de diëtist bij de deelnemers is beperkt doordat de doelgroep van de GLI relatief beperkt gebruikt maakt van diëtistenzorg.

De vermindering van zorggebruik van de huisarts en diëtist zal in 1 jaar tijd 3,9 miljoen euro aan besparingen opleveren en in 10 jaar tijd 34 miljoen euro, zie tabel 7.

Tabel 7 Invoeringskosten van de GLI en besparingen van substitutie effecten na 1 tot en met 10 jaar na invoering (in miljoenen EUR)

	Kosten invoering	Besparing substitutie
2011	85	-4
2012	80	-4
2013	77	-4
2014	73	-4
2015	70	-3
2016	66	-3
2017	64	-3
2018	61	-3
2019	58	-3
2020	56	-3
Totaal	689	-34

Kostenverandering door gezondheidseffecten (fase 3)

De gecombineerde leefstijlinterventie zal er voor zorgen dat de gezondheid van de deelnemersgroep zal verbeteren. Dit betekent dat hun zorggebruik zal verminderen. Naar verwachting zullen 21% van de deelnemers verschuiven van de obesitas naar overgewicht groep en 26% naar de groep mensen met gezond gewicht.

Het verschil in zorgkosten (de besparingen) van de deelnemersgroep indien zij de interventie wel of niet zouden volgen bedraagt in 1 jaar tijd 30 miljoen euro. De besparingen nemen per jaar vervolgens toe. Na 10 jaar zijn de besparingen als gevolg van vermindering van zorgkosten totaal 732 miljoen euro³. Tabel 8 toont de zorgkosten van de hoogrisicogroep met en zonder GLI vanaf 1 jaar tot en met 10 jaar na de invoering.

Tabel 8 Zorgkosten van overgewicht+ en obesitas met en zonder GLI a.g.v. gezondheidseffecten na 1 tot en met 10 jaar (in miljoen euro)

³ Bij een veronderstelling dat 100% van het effect bij de deelnemers zou beklijven (in realistisch scenario 40%), zijn de besparingen van gezondheidseffecten 1.345 miljoen euro. Dit betekent dat 613 miljoen euro (1.345 - 732) aan mogelijke besparingen wordt misgelopen.

in mln euro	zonder behandeling		met behandeling		behandeleffect		Besparing totaal
	overgewicht+	obesitas	overgewicht+	Totaal	overgewicht+	obesitas	
Zorgkosten behandelpopulatie na							
1 jaar	448	488	437	468	-11	-20	-30
2 jaar	873	933	856	901	-17	-32	-49
3 jaar	1.277	1.339	1.257	1.302	-21	-37	-57
4 jaar	1.662	1.710	1.638	1.668	-24	-41	-65
5 jaar	2.028	2.049	2.001	2.004	-27	-46	-73
6 jaar	2.377	2.360	2.347	2.310	-30	-49	-79
7 jaar	2.710	2.644	2.677	2.591	-33	-53	-86
8 jaar	3.028	2.905	2.992	2.849	-35	-56	-92
9 jaar	3.331	3.144	3.293	3.085	-38	-59	-97
10 jaar	3.621	3.364	3.581	3.302	-40	-62	-103
Totaal	21.355	20.936	21.079	20.480	-277	-455	-732

Tabel 9 toont de kosten van invoering versus de besparingen door substitutie van zorg en besparingen door gezondheidseffecten vanaf jaar 1 tot en met 10 jaar na invoering. Na 10 jaar zijn de totale besparingen 77 miljoen euro.

Tabel 9 Totale kosten van de GLI na gezondheids- en substitutie effecten na 1 tot en met 10 jaar na invoering (in miljoenen EUR)

	Kosten invoering	Besparing substitutie	Besparing gezondheidseffect	Totaal kosten
2011	85	-3,9	-30	51
2012	80	-4	-49	28
2013	77	-4	-57	15
2014	73	-4	-65	4
2015	70	-3	-73	-6
2016	66	-3	-79	-16
2017	64	-3	-86	-26
2018	61	-3	-92	-34
2019	58	-3	-97	-42
2020	56	-3	-103	-50
Totaal	689	-34	-732	-77

Besparingen buiten de zorg (fase 4)

In de vierde fase van het onderzoek zijn de besparing meegenomen als gevolg van vermindering van werkverzuim welke buiten het BKZ perspectief vallen. De berekening van de invoeringskosten en besparingen als gevolg van substitutie en gezondheidseffecten zijn gebaseerd op kostprijzen in plaats van tarieven en wijkt dus af van de schatting vanuit het BKZ perspectief omdat bij deze berekening uit is gegaan van het maatschappelijk perspectief. Na vier jaar bedragen de besparingen als gevolg van vermeden productieverliezen 66 miljoen euro en na 10 jaar 436 miljoen euro. Hantering van kostprijzen zorgt ervoor dat de invoeringskosten hoger zijn dan op basis van tarieven. De Besparingen door substitutie en gezondheidseffecten vanuit het maatschappelijk perspectief zijn eveneens hoger dan vanuit het BKZ perspectief, zie tabel 10. De totale besparingen komen na 10 jaar uit op 916 miljoen euro.

Tabel 10 Totale kosten van de GLI na gezondheids- en substitutie effecten en vermeden productieverliezen vanuit maatschappelijk perspectief na 1 tot en met 10 jaar na invoering (in miljoenen EUR)

	Kosten invoering	Besparing substitutie	Besparing gezondheidseffect	Vermeden productie verl	Totaal kosten
2011	85	-11	-44	0	29
2012	80	-11	-72	-13	-15
2013	77	-10	-85	-23	-40
2014	74	-10	-96	-30	-62
2015	70	-10	-107	-38	-84
2016	67	-10	-117	-46	-106
2017	64	-9	-126	-56	-127
2018	62	-9	-135	-66	-149
2019	59	-9	-144	-77	-170
2020	57	-9	-151	-88	-192
Totaal	695	-97	-1.078	-436	-916

5. Scenarioanalyse

Om de gevoeligheid van het model te testen ten aanzien van het verwijzingspercentage van de huisarts hebben we verondersteld dat het verwijzingspercentage twee keer zo hoog was, namelijk 50% voor de groep met obesitas en 30% bij de overgewicht+ groep. De andere parameters worden gelijk gehouden in dit scenario. Voor de berekening zijn we wederom uitgegaan van het BKZ perspectief. De kosten in het eerste jaar bedragen dan bijna 95 miljoen euro, na 4 jaar 170 miljoen euro, en na 10 jaar zijn de besparingen bijna 138 miljoen euro.

Indien de tarieven voor de GLI met 10% zouden stijgen of dalen, onder de veronderstelling dat de effectiviteit gelijk blijft, nemen de invoeringskosten met 10% toe dan wel af. Bij een stijging van 10% bedragen de invoeringskosten na 10 jaar 758 miljoen euro. Bij een veronderstelling dat het tarief voor de GLI 10% lager is worden de invoeringskosten 620 miljoen euro over een periode van 10 jaar.

Bij GOAL is sprake van een minder intensief programma van gemiddeld 4 contacten (ter Bogt et al., 2009). Bovendien is er geen differentiatie naar verschillende risicogroepen. Na de interventie was bij matig overgewicht is sprake van 1% gewichtsverlies, voor de obesitas groep is dit 3% (ter Bogt et al., 2009). Uit follow-up bleek dat bij 70% van de deelnemers sprake was van gewichtsbehoud (ter Bogt et al., 2009). Dit betekent dat gemiddeld 70% van het gewichtsverlies in jaar 1 beklijft in jaar 2. Oftewel als personen in het eerste jaar 1 kg zijn afgevallen, daarvan in het 2^e jaar 700 gr over is. De verschuivingen van overgewicht+ naar gezond gewicht en obesitas naar overgewicht zijn respectievelijk 9% en 18% in het eerste jaar. De kosten na 10 jaar voor de invoering zijn lager dan in ons basis scenario, namelijk 405 miljoen euro. De besparingen als gevolg van gezondheidseffecten zijn hoger, 691 miljoen euro. De besparingen als gevolg van het substitutie effect zijn gelijk. Het GOAL scenario leidt per saldo tot hogere besparingen na 10 jaar dan het basis

scenario, doordat de besparingen op de invoeringskosten groter zijn (405 versus 689 miljoen euro) dan de afname van de besparingen door de minder grote gezondheidseffecten (691 versus 732 miljoen euro). De totale besparingen na 10 jaar zijn 319 miljoen euro, zie tabel 11.

Tabel 11 Kosten en besparingen bij invoering GLI op basis van resultaten GOAL na 1 tot en met 10 jaar (in miljoenen EUR)

	Kosten invoering	Besparing substitutie	Besparing gezondheidseffect	Totaal kosten
2011	50	-4	-20	25
2012	47	-4	-36	7
2013	45	-4	-48	-6
2014	43	-4	-58	-19
2015	41	-3	-68	-30
2016	39	-3	-77	-41
2017	37	-3	-85	-51
2018	36	-3	-93	-60
2019	34	-3	-100	-69
2020	33	-3	-106	-76
Totaal	405	-34	-691	-319

Het programma begeleid bewegen is nog niet bewezen kosteneffectief. Daarom is een scenario berekend waarbij deze groep niet is meegenomen. De invoeringskosten op grond van dit scenario zijn lager, namelijk 651 miljoen euro na 10 jaar. Voor de besparingen als gevolg van substitutie- en gezondheidseffecten geldt hetzelfde. Deze worden respectievelijk 33 en 714 miljoen euro na 10 jaar. Per saldo zijn de besparingen na 10 jaar gelijk aan 97 miljoen euro. Dit is 20 miljoen meer dan in het basis scenario.

6. Discussie

In de analyse zijn we uitgegaan van de beweegkuur, welke als illustratief gezien kan worden voor de GLI. De kosten en besparingen zijn gebaseerd op die van de

beweegkuur. De kosten en effecten van een andere GLI kunnen afwijken van die van de beweegkuur.

Bij het doorrekenen van de gezondheidseffecten hebben we, op basis van literatuur, verondersteld dat na twee jaar bij 40% van de deelnemers het effect beklijft, en dus bij de overige 60% van de deelnemers niet. We gaan ervan uit dat de 40% gehandhaafd blijft in de tijd, in onze studie 10 jaar. Echter over lange termijn effecten is relatief weinig bekend.

De gezondheidseffecten van personen die meer zijn gaan bewegen, al is hun BMI gelijk gebleven, worden nu niet meegenomen in het model. Dit leidt tot een onderschatting van de besparingen.

De huidige analyse is gebaseerd op de invoering van de GLI bij volwassenen. Kinderen zijn niet meegenomen in de analyse. Bij kinderen is op dit moment nog onduidelijkheid over de beste aanpak en de effecten op lange termijn. Een mogelijk effect in termen van kostenbesparingen als gevolg van GLI is daarom bij deze groep nog niet te bepalen. Bij kinderen is vaker sprake van systeeminterventies, waarbij niet alleen het kind maar ook familieleden worden betrokken. De kosten van deze interventie zullen daarom afwijken van de GLI voor volwassenen.

Doormiddel van scenario analyses is zichtbaar gemaakt wat de effecten zijn van verandering van verschillende parameters. Hieruit kwam naar voren dat verhoging van het verwijsperscentage een gunstig effect heeft op de besparingen op de lange termijn. Het scenario gebaseerd op de GOAL studie leidt eveneens tot meer besparingen omdat de verlaging van de invoeringskosten opwegen tegen de vermindering van besparingen van de gezondheidseffecten.

Momenteel worden veel studies uitgevoerd naar de kosten en effecten van verschillende GLI's. Wanneer de resultaten beschikbaar komen kunnen deze resultaten gemakkelijk worden meegenomen in de modelberekeningen.

Wij zijn er in de analyse vanuit gegaan dat het aantal huisartsencontacten zal afnemen, omdat geen extra contacten met de huisartsen i.v.m. invoering van de

GLI zullen ontstaan. Door bijvoorbeeld mond tot mond reclame kan dit in praktijk wel voorkomen.

De verdeling over de drie typen interventieprogramma's; zelfstandig bewegen, opstart en intensieve begeleiding is momenteel nog niet te onderbouwen door voldoende studie resultaten.

Personen met een BMI groter dan 35 zijn niet geëxcludeerd in de studie. In de klinische praktijk komt deze groep in aanmerking voor en maagbandoperatie, en zal daarom geen gebruikmaken van de GLI. Het relatief kleine aantal van deze groep binnen de totale risicogroep maakt dat de resultaten nauwelijks zullen veranderen als we hiervoor kunnen corrigeren.

Het model is niet leeftijd en/of geslachtsspecifiek. Mogelijk kunnen er verschillen zijn in kosten en opbrengsten tussen verschillende leeftijds-en/of geslachtscategorieën. Hierover is onvoldoende informatie bekend.

Therapietrouw is niet meegenomen in de analyse. Er is momenteel onvoldoende informatie beschikbaar. Wel is bekend dat er uitval is, echter niet precies wanneer gedurende de therapie. Voor de kosten van de individuele therapie zal dit van invloed zijn, voor de kosten van groepstherapie daarentegen niet.

We hebben verondersteld dat het aanbod aan GLI aan de vraag kan voldoen.

Het effect van een eigen bijdrage is niet meegenomen in deze analyse.

De kosten van onrechtmatig gebruik van de GLI zijn niet meegenomen in de analyse.

Nabehandelingen zijn in de huidige analyse niet meegenomen. Nabehandelingen kunnen een positief effect hebben op de budgetimpactraming daar de verwachting is dat ze de effectiviteit zullen verhogen.

7. Conclusie

Vanuit het BKZ perspectief zal invoering van de GLI op de korte- en middellange termijn (0-4 jaar) kosten genereren. Op de lange termijn (10 jaar) zullen er besparingen optreden, voornamelijk als gevolg van besparingen door gezondheidseffecten. Deze gezondheidseffecten zorgen voor een vermindering van de algemene zorgkosten.

Naar verwachting zal het aantal mensen dat in het eerste jaar aan een van de leefstijlinterventie programma's zal deelnemen zo rond de 238.620 liggen, dit is 5% van de totale hoogrisicogroep. In tien jaar tijd zouden ongeveer 1,8 miljoen mensen deelnemen. Vanuit het BKZ perspectief bedragen na 1 jaar de totale kosten 51 miljoen euro, na 4 jaar 98 miljoen euro. Over een periode van 10 jaar zijn de besparingen 77 miljoen euro. De opbrengsten worden voor 96% gegenereerd door kostenbesparingen als gevolg van gezondheidseffecten. Het overige deel van de besparingen zijn het gevolg van de effecten van substitutie van zorg door invoering van de GLI.

Vanuit een maatschappelijk perspectief is een berekening gemaakt op basis van kostprijzen en de besparingen als gevolg van vermindering van ziekteverzuim. Vanuit het maatschappelijk perspectief slaan na 1 jaar de kosten om naar besparingen. Tien jaar na invoering bedragen de besparingen 916 miljoen euro.

Lijst van afkortingen

BIA	Budget Impact Analyse
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMI	Body Mass Index
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DM2	Diabetes Mellitus type II
GLI	Gecombineerde leefstijlinterventie
HVZ	Hart en Vaatziekten
iMTA	institute for Medical Technology Assessment
NISB	Nederlands Instituut Sport en Bewegen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

References

- Bemelmans, W. J., Bogers, R. P., Milder, I. E. J., Hollander de, E. L., Barte, J. C. M., Tariq, L., et al. (2008). Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. *RIVM*,
- Bonneux, L., & Reuser, M. (2007). Overweight and mortality risk: No connection between overweight in middle and older age groups and increased mortality. [Overgewicht en sterfterisico: geen samenhang tussen overgewicht op middelbare en oudere leeftijd en verhoogde sterfte] *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 151(50), 2764-2769.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2009). *Statline.*, 2009, from <http://statline.cbs.nl/statweb/>
- Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. (2002). The diabetes prevention program (DPP): Description of lifestyle intervention. *Diabetes Care*, 25(12), 2165-2171.
- Helmink, J., Cox, V., & Kremers, S. (2009). Implementatie van de beweegkuur: Een pilot studie. *Maastricht University*,
- Hoogervorst, H. (2006). Preventienota: Kiezen voor gezond leven. *Ministerie Van Volksgezondheid, Welzijn En Sport*,
- Jans, M. P., van den Heuvel, S. G., Hildebrandt, V. H., & Bongers, P. M. (2007). Overweight and obesity as predictors of absenteeism in the working

population of the netherlands. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 49(9), 975-980.

Klink, A., Rouvoet, A., & Bussemaker, M. Nota overgewicht. uit balans:De last van overgewicht. *Tweede Kamer, Tweede Kamer Vergaderjaar 2008-2009*,

Lindstrom, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., et al. (2003). The finnish diabetes prevention study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*, 26(12), 3230-3236.

Mensink, M., Blaak, E. E., Corpeleijn, E., Saris, W. H., de Bruin, T. W., & Feskens, E. J. (2003). Lifestyle intervention according to general recommendations improves glucose tolerance. *Obesity Research*, 11(12), 1588-1596.

Mensink, M., Blaak, E. E., Wagenmakers, A. J., & Saris, W. H. (2005). Lifestyle intervention and fatty acid metabolism in glucose-intolerant subjects. *Obesity Research*, 13(8), 1354-1362.

Mensink, M., Corpeleijn, E., Feskens, E. J., Kruijshoop, M., Saris, W. H., de Bruin, T. W., et al. (2003). Study on lifestyle-intervention and impaired glucose tolerance maastricht (SLIM): Design and screening results. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 61(1), 49-58.

Mensink, M., Feskens, E. J., Saris, W. H., De Bruin, T. W., & Blaak, E. E. (2003).

Study on lifestyle intervention and impaired glucose tolerance maastricht (SLIM): Preliminary results after one year. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 27(3), 377-384.

Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the united states, 2000. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1238-1245.

Neovius, K., Johansson, K., Kark, M., & Neovius, M. (2009). Obesity status and sick leave: A systematic review. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 10(1), 17-27.

Oostenbrink, JB Bouwmans, CAM Koopmanschap, MA Rutten FFH. (2004). *Handleiding voor kostenonderzoek, methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg* College voor zorgverzekeringen.

Oster, G., Thompson, D., Edelsberg, J., Bird, A. P., & Colditz, G. A. (1999). Lifetime health and economic benefits of weight loss among obese persons. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1536-1542.

Overgoor, L., Aalders, M., & Stadius Muller, I. (2006). **Big!move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts.** *Huisarts En Wetenschap*, 49(1), 42-5.

RIVM. (2005). *Kosten van ziekten.*, 2009, from <http://kvz2005.rivm.nl>

Seidell, J. C. (2009). Verhoogde sterfte bij ondergewicht, overgewicht en obesitas. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, (153), A599.

ter Bogt, N. C., Bemelmans, W. J., Beltman, F. W., Broer, J., Smit, A. J., & van der Meer, K. (2009). Preventing weight gain: One-year results of a randomized lifestyle intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4), 270-277.

Thompson, D., & Wolf, A. M. (2001). The medical-care cost burden of obesity. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 2(3), 189-197.

Trogdon, J. G., Finkelstein, E. A., Hylands, T., Dellea, P. S., & Kamal-Bahl, S. J. (2008). Indirect costs of obesity: A review of the current literature. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 9(5), 489-500.

Bijlage 3

BMI 25 – 30 laag risico	BMI > 30 geen risicofactor	BMI > 25 + (risicofactor) - HVZ - DM 2
ALGEMENE LEEFSTIJLADVIEZEN	GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE	
		INTEGRALE ZORG
1.634.000	365.000	3.000.000

Inzet GLI en aantallen per categorie

bron : *Gecombineerde leefstijlbegeleiding : om hoeveel mensen gaat het in Nederland?* RIVM. 2010

Bijlage 4

VEELGESTELDE VRAGEN

1. VORMGEVING VAN DE GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE

Moet een GLI altijd uit drie pakketten bestaan (zoals bij De Bewegkuur de varianten *zelfstandig bewegen, opstart en begeleid*)?

Nee, de GLI omvat altijd de componenten adviseren over en begeleiden bij voeding/eetgewoontes, bewegen en gedragsverandering. De GLI wordt qua duur en intensiteit aangepast aan de behoeften en mogelijkheden van de verzekerde (de indicatie). Op welke manier de zorg georganiseerd wordt mag de zorgaanbieder zelf beslissen, zolang de aangeboden GLI uiteindelijk maar klinisch relevante gezondheidswinst oplevert.

Is er een standaardverdeling tussen de drie componenten voeding/eetgewoontes, beweging en gedragsverandering?

Nee, zie ook vorige vraag. De verdeling tussen de drie componenten is afhankelijk van de behoeften en mogelijkheden van de verzekerde. De GLI omvat altijd deze drie componenten, maar het profiel van de verzekerde kan ertoe leiden dat aan de ene component meer aandacht wordt geschonken dan aan de andere.

Welke rol vervult de leefstijladviseur?

De leefstijladviseur is een nieuwe zorgfunctionaris die een rol kan spelen binnen de organisatie van de gecombineerde leefstijlinterventie. Bij de vormgeving van de organisatie kan de zorgverzekeraar in overleg met zorgaanbieders gebruik maken van de vrijheid die de functionele systematiek biedt. Hij is niet meer gebonden aan het de bestaande domeinen, maar kan, desgewenst, rollen en functies combineren om tot een optimale organisatie te komen. Voorwaarde is dat de functionaris 'bevoegd en bekwaam' is om de rollen en functies te vervullen. Zorgstandaarden en beroepsprofielen kunnen handvatten geven om de competenties hiervoor in kaart te brengen.

Dit betekent niet dat het CVZ nu heeft geconcludeerd dat de 'leefstijladviseur' onder de Zvw valt. Het CVZ beoordeelt zorg. Voorzover de 'leefstijladviseur' de GLI levert, valt dit onder de Zvw.

2. DE GLI in de ZORGSTANDAARDEN

Kunnen naast de GLI ook de losse modules 'voeding' en 'bewegen' in een zorgstandaard voorkomen?

Ja.

De GLI is aangewezen als interventie bij overgewicht en obesitas om aandoeningen te voorkomen die hieraan gerelateerd zijn. Dit betekent niet dat voeding en beweging, als interventie, een onafscheidelijke combinatie vormen. Er zijn aandoeningen waarbij of alleen voeding of alleen bewegen als interventie aangewezen kan zijn. Een dieetadvies kan bij veel indicaties aan de orde zijn (allergieën; herstel na operatie; (a-specifieke) maag-/darmklachten). Voor 'bewegen' kan dit bijvoorbeeld gelden bij vormen van COPD.

Belangrijk is ook om een onderscheid te maken tussen bewegen als interventie en bewegen als onderdeel van 'normaal' gezond gedrag. Voor bewegen als interventie geldt dat het bewegen effectief moet zijn bij de specifieke aandoening, dat wil zeggen tot klinisch relevante gezondheidswinst moet leiden. De verzekerde moet

vervolgens 'redelijkerwijze aangewezen zijn op' de interventie, met andere woorden er moet een indicatie zijn, bijvoorbeeld door inspannings- of bewegingsbeperkingen.

Kan de GLI ook bij andere indicaties dan overgewicht en obesitas ingezet worden?

Nee, dit wacht nog op een beoordeling door het CVZ. Het CVZ heeft de GLI als effectief beoordeeld om aandoeningen te voorkomen/verminderen die aan overgewicht en obesitas zijn gerelateerd. De GLI zou ook een effectief wapen kunnen zijn bij andere aandoeningen, bijvoorbeeld artrose en slaapapneu. Het CVZ heeft die beoordeling echter (nog) niet gedaan.

Is de GLI alleen een preventieve interventie of ook een curatieve?

Bij overgewicht en obesitas en daaraan gerelateerde aandoeningen zijn preventie en curatie niet altijd scherp te onderscheiden. DM 2 wordt beschouwd als ziekte, maar is dit voornamelijk vanwege het daaruit voortvloeiende risico op hart- en vaatziekten. In die zin is het lastig om preventie en curatie te onderscheiden. Wat de Zvw betreft is het onderscheid preventie en curatie overigens ook niet relevant. De Zvw biedt dekking voor zorg in geval ziekte en voor zorg in geval van een hoog risico op ziekte.

3. De GLI als prestatie binnen de Zvw en binnen de WMG

Het CVZ wil de GLI als één, samenhangende interventie in de regelgeving opnemen. Wat betekent dit voor de prestatieomschrijving binnen de WMG?

Het CVZ omschrijft de te verzekeren prestaties op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) : welke zorg valt onder de dekking van de basisverzekering. De NZa omschrijft prestaties op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en kan daaraan een tarief verbinden. Dit geldt ook voor zorg die niet ten laste van de Zorgverzekeringswet kan komen. De basis voor de bekostiging binnen de Zvw is een prestatiebeschrijving door de NZa waarover met het CVZ overlegd wordt.

De GLI kan binnen de integrale zorg aangeboden worden (CVR bijvoorbeeld) en daarbuiten. Als de GLI als één samenhangende prestatie opgenomen wordt in de regelgeving, kan er binnen de bekostiging dan nog een onderscheid gemaakt worden voor de situatie binnen resp. buiten de integrale zorg.

De NZa heeft beleidsregels opgesteld voor de integrale zorg bij cardiovasculair risicomanagement en bij DM 2. De GLI kan onderdeel uitmaken van deze integrale zorg en loopt dan mee in deze beleidsregels. Voor de GLI die geen onderdeel uitmaakt van integrale zorg, kan de NZa een andere bekostigingsoptie kiezen.

Bijlage 5

FEITEN EN GETALLEN RONDOM OVERGEWICHT, OBESITAS EN LEEFSTIJL 2009

Overgewicht (20 jaar en ouder)⁶²

- *matig overgewicht* : $25 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kgm}^2$ 35,4%
- *ernstig overgewicht* : $\text{BMI} \geq 30 \text{ kgm}^2$ 11,8%
- *totaal overgewicht* : $\text{BMI} \geq 25 \text{ kgm}^2$ 47,2%

Voldoet aan de norm gezond bewegen⁶³

- *totaal 12+*
 - 2008 56%
 - 2009 56%
- *12 - 17 jaar*
 - 2008 26%
 - 2009 28%
- *18 - 54 jaar*
 - 2008 54%
 - 2009 53%
- *55+*
 - 2008 67%
 - 2009 65%

Kenmerken van de diabetespatiënt⁶⁴

De diabetespatiënt:

- was in de periode 2001 - 2009 gemiddeld 63 jaar. De gemiddelde leeftijd in Nederland is 38 jaar.
- was wat vaker dan gemiddeld man en doorgaans lager opgeleid dan gemiddeld.
- heeft vaker dan gemiddeld overgewicht : twee derde tegenover 45%;
- voldoet minder vaak aan de richtlijn gezond bewegen dan niet diabetici : 44 tegenover 55%.
- bezoekt de huisarts en specialist gemiddeld ongeveer twee keer zo vaak als niet diabetici.
- bezoekt ook vaker de fysiotherapeut. Wat het tandartsbezoek betreft zijn er geen verschillen.

Uit : Van Gezond naar Beter, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010⁶⁵

- Het terugdringen van ongezonde leefgewoonten stagneert vooral onder laagopgeleiden.

⁶² CBS, *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Publicatienummer C-156, 2010. Het percentage overgewicht wijkt af van het percentage genoemd in hoofdstuk 4

⁶³ idem

⁶⁴ CBS, webmagazine, 22 maart 2010

⁶⁵ RIVM, *Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*, Van gezond naar beter. RIVM, 2010

- De gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleiden zijn niet afgenomen : ernstig overgewicht is toegenomen bij laagopgeleiden, maar al afgenomen onder hoogopgeleiden.
- Laagopgeleide Nederlanders overlijden gemiddeld 6 tot 7 jaar jonger dan hoog geschoolde Nederlanders.
- Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen tussen hoog- en laagopgeleiden bedraagt 14 jaar.
- Gezonde levensverwachting :
eliminatie van overgewicht zou een winst van 0,9 jaar opleveren over de hele populatie, op individueel niveau 2,1 jaar.

Bijlage 6

Overzicht geconsulteerde partijen van wie een reactie is ontvangen en de bijbehorende reacties

1.	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
2.	Nationaal Actieprogramma Diabetes
3.	Nederlands Huisartsengenootschap
4.	Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB)
5.	Nederlandse Obesitas Vereniging
6.	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
7.	Nederlandse Zorgautoriteit
8.	Partnerschap Overgewicht Nederland
9.	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
10.	Zon Mw
11.	Zorgverzekeraar CZ
12.	Zorgverzekeraars Nederland (namens de zorgverzekeraars)