

## De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) in de collectieve verzekering van een gemeente

Het financieringsmodel waarbij een GLI wordt ondergebracht in de collectieve zorgverzekering voor de minima (CZM) is in feite een *verbreding* van deze verzekering.

### Kort samengevat:

- de zorgverzekeraar en de gemeente kiezen samen voor opname in de collectieve zorgverzekering voor minima (CZM) van een bewezen effectieve GLI vanuit het gezamenlijke belang om de gezondheid van inwoners te verbeteren;
- de zorgverzekeraar financiert die kosten van de GLI die in de basis- en aanvullende verzekering zijn ondergebracht (huisarts, POH, fysiotherapie, diëtist);
- de gemeente financiert die kosten die niet worden vergoed door de zorgverzekeraar (aanvullende begeleiding door bijv. leefstijladviseur, beweegaanbod bij lokale sportvoorzieningen);
- als er niet alleen een verbreding is van de *inhoud* van de CZM, maar ook van de *doelgroep* dan spreken we van een zogenaamde GemeentePolis: dit is een maatwerkverzekering voor kwetsbaren. Voor de GLI een relevant gegeven omdat de doelgroep van de GLI groter is dan de groep mensen met een minimuminkomen.

Maarten Broekema - adviseur bij bureau BS&F met veel ervaring in de gezondheidszorg en gespecialiseerd in samenwerkingsvraagstukken- geeft tekst en uitleg over het financieringsmodel waarbij een (gecombineerde) leefstijlinterventie in de collectieve zorgverzekering van een gemeente wordt ondergebracht.

Daarbij schetst hij de interessante discussie met gemeenten en zorgverzekeraars over de noodzaak van een bewezen effectieve interventie en toch ook een beetje geloof, hoop en liefde.

***“Om een integraal programma à la de BeweegKuur te financieren moet je financiers bij elkaar brengen. Iedereen is wel met elkaar eens dat preventie de manier is om de zorgkosten te beteugelen. Maar preventie is van iedereen en als je niet oppast dus van niemand.”***

#### **Zorgverzekeraar en gemeente samen verantwoordelijk voor lokale zorg**

De zorgverzekeraar en de gemeente zijn samen in de kern financier van de “lokale verzorgingsstaat”. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg (Wpg) en voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de curatieve gezondheidszorg. Hun gezamenlijke belang is het verbeteren van de gezondheid voor zoveel mogelijk burgers/verzekerden tegen een zo effectief mogelijke inzet van middelen. Beide partijen verbinden die belangen via de Collectieve Zorgverzekering voor de Minima (CZM), die nu 15 jaar bestaat in inmiddels 400 gemeenten.

#### **De GLI in de collectieve zorgverzekering**

Deze collectieve verzekering is opgebouwd uit drie elementen: basisverzekering, aanvullende verzekering en het zogeheten gemeentepakket. In dit laatste onderdeel van de verzekering bieden gemeenten een aanvullende dekking voor medische kosten die mensen niet kunnen betalen en die niet vergoed worden door de zorgverzekeraar. “Dit is het interessante onderdeel: door dit gemeentepakket uit te breiden met die kosten van een leefstijlprogramma die niet vergoed worden binnen de basis- en aanvullende verzekering, wordt het voor een gemeente aantrekkelijker om aan preventie te doen. Gemeenten betalen dan immers alleen die kosten van de GLI die de zorgverzekeraar niet betaalt.”

#### **Meerdere financiers noodzakelijk**

Zorgverzekeraars doen het nodige aan zorggerelateerde preventie (voor mensen die al aan ziekte hebben). Selectieve preventie -preventie die zich richt op groepen met een verhoogd risico op het ontstaan van ziektes, zoals het geval is bij de doelgroep van de GLI- is een lastig dilemma. “Om een integraal beweegprogramma zoals de BeweegKuur te financieren, moet je dan ook meerdere financiers bij elkaar brengen. Daarbij is het absoluut voorwaarde voor zorgverzekeraars dat het gaat om bewezen (kosten)effectieve interventies. Dat is een boeiende discussie waarin de BeweegKuur een voorsprong heeft.”

#### **Cruciale randvoorwaarden**

- Commitment zorgverzekeraars en gemeenten

“De financiers moeten het willen. De inhoud en de structuur van leefstijlprogramma’s zijn er. Maar in een tijd waar alles onder druk staat, heb je vertrouwen nodig. Dat betekent dat gemeente en

zorgverzekeraar met elkaar het commitment moeten afspreken om de sprong te wagen, ook al zijn ze nog niet helemaal overtuigd van de effectiviteit. In zo'n geval is het een mooie oplossing om een bepaalde periode af te spreken en te gaan monitoren wat het oplevert.“

- Bewezen kosteneffectieve interventies

Bij veel interventies is de benefit voor zorgverzekeraars niet geëxpliciteerd. “Het boeiende aan de BeweegKuur is dat er een helder onderzoeksresultaat ligt: de interventie is bewezen kosteneffectief, ook voor zorgverzekeraars. Daarnaast is een basisstructuur opgezet in inmiddels 140 gemeenten. Dat laatste is een krachtig argument. Huisartsen kennen het en er zijn samenwerkingsverbanden met fysiotherapeuten, leefstijladviseurs, diëtisten en het lokale sportaanbod. Dat zijn twee belangrijk plussen.”

- Kosten én baten bij de financiers

“Gemeente en zorgverzekeraar investeren allebei in gezondheidswinst van hun inwoners/verzekerden en hebben daar ook allebei voordeel van, dat is nooit precies 50/50, maar dat kan wel het vertrekpunt zijn.”

### **Rol van de zorgaanbieders**

De inhoud en de organisatie van het zorg- en beweegaanbod is aan de aanbieder. Wat gemeente en zorgverzekeraar samen inkopen, is hun eigen keuze. “Je kunt daar als adviseur natuurlijk wel wat in sturen, maar het is hun keuze en hoe ze het organiseren moeten ze zelf invullen. Waar het mij om gaat is dat ze met elkaar kunnen uitvinden wie het stukje ontbrekende financiering pakt in het traject. De gemeente is hierbij primair aan zet. Bij voorkeur trekken gemeente en zorgverzekeraar samen op bij selectie, financiering en organisatie van de interventie.

### **Aantal gemeenten in voorbereidende fase**

Naar verwachting zal in een aantal gemeenten en/of regio's de opname van een (gecombineerde) leefstijlinterventie volgens dit financieringsmodel daadwerkelijk ingevoerd worden. In een aantal gemeenten zijn daartoe nu al afspraken vastgelegd in een convenant (zie ook onder 'goede voorbeelden'). “buiten de financiering, ligt de echte kracht natuurlijk in de uitvoering. In regio's waar al bestaande samenwerkingsverbanden en structuren zijn, is dit een heel duidelijk voordeel.”

### **Tips voor gesprekken met gemeenten en zorgverzekeraars**

- Een veel voorkomende situatie is dat gemeenten en zorgverzekeraars wel geloof hebben in bewezen (kosten)effectieve interventies en de conclusies van het iMTA<sup>1</sup> delen, maar elkaar gevangen houden in een cirkelredenering en er niet uit komen. Stel dan voor te starten met een klein budget en een beperkte periode en de resultaten te gaan monitoren. Het opnemen van een interventie in de CZM is een veel overzichtelijkere investering dan voor alle burgers of alle verzekerden.
- Gemeenten focussen op wijken/gebiedsaanpak en zorgverzekeraars op deelnemers aan de collectieve zorgverzekering. Dit kan uit elkaar lopen. De oplossing daarin kan zijn dat de

---

<sup>1</sup> Institute for Medical Technology Assessment

zorgverzekeraar wel betaalt voor het opzetten en beheren van de 'infrastructuur' voor alle inwoners in een bepaalde wijk, maar dat individuele facturen, de patiëntgebonden kosten feitelijk, alleen betaald worden voor haar eigen verzekerden.

- Je ingang in eerste instantie is de gemeente: ga in gesprek met de beleidsmedewerker of wethouder zorg bij een gemeente. Als een gemeente mogelijkheden ziet en enthousiast is, is de volgende stap de zorgverzekeraar. Daarbij kan bureau BS&F in veel gevallen ondersteunen omdat dit bureau bij 300 gemeenten adviseert over de collectieve zorgverzekering. BS&F kan dan de mogelijkheden onderzoeken voor regionale inbedding.
- Want in het geval van kleinere gemeenten, is het raadzaam om in een bepaalde regio samen afspraken te maken met een zorgverzekeraar. Het voordeel van de aantallen voor een zorgverzekeraar wordt zo georganiseerd.
- Het is belangrijk om niet alleen afspraken te maken over patiëntgebonden kosten, maar ook over 'infrastructuurkosten', zoals opleidingskosten en andere investerings- en onderhoudskosten.
- Een argument dat niemand hardop zal gebruiken, maar dat niemand zal ontkennen is dat het zowel voor gemeenten als zorgverzekeraars positieve publiciteit kan genereren om aan preventie te doen en al helemaal om dit op de 'moderne preventieve manier' aan te bieden in de vorm van (gecombineerde) leefstijlprogramma's.

#### **Goede voorbeelden:**

- Convenant Menzis - gemeente Enschede
- Convenant gemeente Amersfoort- Agis "Een gezond en vitaal Amersfoort"
- Den Haag & UVIT

#### **Links**

- [www.bsenf.nl](http://www.bsenf.nl)
- [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl): minitoolkit 'Samenwerken aan gezondheidsbevordering voor gemeenten en zorgkantoren
- [www.gezondverzekerd.nl](http://www.gezondverzekerd.nl)

#### **Meer weten?**

Maarten Broekema, BS&F, [maarten.broekema@bsenf.nl](mailto:maarten.broekema@bsenf.nl)

