

Een verkenning  
naar financiering van de  
ketenaanpak van kinderen  
met overgewicht en obesitas

BIJLAGEN

Aldien Poll  
Niels van der Vlugt

[aldien.nl](http://aldien.nl)

Amsterdam augustus 2015



## Inhoudsopgave

Bijlage 1	Opgebrachte Knelpunten en Oplossingsrichtingen.....	1
Bijlage 2	Detail Analyse Knelpunten en Oplossingen.....	9
Bijlage 3	Interviewschema .....	25
Bijlage 4	Literatuurlijst .....	26
Bijlage 5	Lijst van gebruikte afkortingen.....	27

## Bijlage 1 Opgebrachte Knelpunten en Oplossingsrichtingen

Tijdens de interviews zijn 76 knelpunten geïnventariseerd die financiering van de zorgstandaard bemoeilijken en 55 oplossingsrichtingen. Deze zijn van verschillende grootte en hebben vaak verschillende oorzaken. Er wordt gewerkt met twee ordeningsprincipes.

Het eerste ordeningsprincipe betreft een clustering naar *dimensies*, het tweede ordeningsprincipe betreft een ordening naar *thema's*.

In deze bijlage staat een overzicht van de opgebrachte knelpunten en oplossingen met hun referenties.

### Knelpunten

#	Opgebrachte knelpunten	Thema	Dimensie
1	Vergoeding GGZ onduidelijk	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Ontwerp
2	Een programma als LEFF zou eigenlijk óók voor "licht verhoogd risico" categorie toegankelijk moeten zijn – maar daar is geen geld voor vanuit de Gemeente	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Ontwerp
3	Er bestaat geen prestatie in BV voor jeugdverpleegkundige screening en toeleiding	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Ontwerp
4	Coördinatietaken voor diëtiste zitten niet in Basisverzekering	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Ontwerp
5	Geen groepsbehandeling uit basisverzekering (tenzij in programma)	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Strategie
6	Gemeente is verantwoordelijk voor preventie, gezondheidsbevordering en gedragsverandering en niet de zorgverzekeraar	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Strategie
7	Mogelijkheden van vergoedingen via AV onvoldoende besproken in het land	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Tactiek
8	Verzekeraar heeft nog geen eenduidige visie op rol bij preventie activiteiten	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Strategie
9	Onduidelijk wie definieert wat de gemeente moet doen? Mogelijk antwoord: de lokale politiek. Evt. landelijke beleid via VNG en VWS	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Strategie
10	Er is sprake van aanbodgestuurde oplossingen, nog onvoldoende nieuwe programma's	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Strategie
11	Samenstelling PON is té medisch georiënteerd, evt. opnemen van andere marktpartijen (ook voor financiering)	Activiteit valt buiten Basisverzekering	Strategie
12	Er lijkt nogal een tariefverschil te bestaan tussen de GGD/JGZ verpleegkundige tarieven, en de door de basisverzekering gedekte tarieven (factor 2). De tarieven uit de basisverzekering worden soms door de NZa vastgesteld (via huisartsenbesteding of via 'overige geneeskundige zorg') soms zijn ze open (beleidsregel innovatie)	Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex	Uitvoering

#	Opgebrachte knelpunten	Thema	Dimensie
13	Ketenfinanciering overgewicht lost probleem van gezondheid niet op, het is een middel om de dialoog, samenwerking, professionaliteit te verbeteren.	Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex	Uitvoering
14	Lastig om samen met verschillende gemeenten met verzekeraar in gesprek te gaan over uitrol JOGG afspraken	Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex	Tactiek
15	Overleg met zorgverzekeraars kost heel veel tijd	Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex	Tactiek
16	Lukt niet om knelpunten financiering in kaart te brengen	Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex	Tactiek
17	Verzekeraars zien informatie rond aanbod en prijzen als "zeer confidentieel"	Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex	Tactiek
18	Tijdens "experimenten" zijn verzekerden van niet-aangesloten partijen uitgesloten van zorg	Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex	Uitvoering
19	In convenanten is vastgelegd om begeleiden van kinderen samen met de gemeente op te pakken, maar moeilijk om hier handen en voeten aan te geven	Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex	Tactiek
20	Samenwerken met beleidsregels innovatie is moeilijk te organiseren	Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex	Tactiek
21	Toegeleiding is tijdrovend en kan verkeerde uitkomst geven	Capaciteit en competentie van centrale zorgverlener complex	Ontwerp
22	Om de ketenzorg goed in te zetten en te coördineren wordt zwaar beroep gedaan op de (wijk/jeugd/POH/...)verpleegkundige, die behoorlijk gekwalificeerd moet zijn op kennis, maar vooral op kunde, met daarbij een behoorlijke levenservaring en invoelingsvermogen voor gezinnen met multiproblematiek. Eigenlijk ontbreekt hiervoor het budget. Er zou sprake moeten zijn van herschikking van budget bij GGD	Capaciteit en competentie van centrale zorgverlener complex	Uitvoering
23	Hebben leefstijlcoaches voldoende capaciteit om gezinnen te begeleiden?	Capaciteit en competentie van centrale zorgverlener complex	Ontwerp

#	Opgebrachte knelpunten	Thema	Dimensie
24	Coördineren kost veel tijd (centrale zorgverlener ) en vergt specifieke vaardigheden	Capaciteit en competentie van centrale zorgverlener complex	Ontwerp
25	Jeugdzorg kan geen bloedonderzoek aanvragen, dit moet via de huisarts	Declaratietitel ontbreekt	Uitvoering
26	Activiteiten onder huisartsenbesteding dan ook huisartsen makro kader	Declaratietitel ontbreekt	Tactiek
27	Activiteiten onder bestaande beleidsregel dan tarief bepaald door NZa en verzekeraars vrij om wel of niet in te kopen	Declaratietitel ontbreekt	Ontwerp
28	Als zorgverzekeraars zich aansluiten bij bestaande beleidsregel innovatie moet de oorspronkelijke aanvrager ook verantwoording afleggen voor andere verzekeraars	Declaratietitel ontbreekt	Uitvoering
29	Activiteiten jeugdzorg kunnen ook bij huisartsbesteding en uitbesteed aan jeugdzorg, maar dan geldt onderlinge dienstverlening , lastig met BTW	Declaratietitel ontbreekt	Uitvoering
30	Omschrijving GLI interventie ontbreekt	Definitie ontbreekt	Ontwerp
31	Gebrekkige uitwisseling van patiëntgegevens door de keten heen	Definitie ontbreekt	Ontwerp
32	Geen sluitende afspraken over het financieringsmodel, zowel voor initiële opstartkosten, als voor operationele kosten volgend uit de implementatie van goede ketenzorg	Definitie ontbreekt	Ontwerp
33	Jeugdverpleegkundigen registreren niet over inhoud en tijd. Daarom is moeilijk inzichtelijk te krijgen wat een budget per gezin zou moeten zijn	Definitie ontbreekt	Ontwerp
34	Wie doet en wat is screening, diagnostiek, casefinding	Definitie ontbreekt	Ontwerp
35	Wie doet toeleiding	Definitie ontbreekt	Ontwerp
36	Waar moet LEFF ingekocht worden, wanneer wel en niet vergoeden	Definitie ontbreekt	Ontwerp
37	Waar moet LEFF ingekocht worden, wanneer wel en niet vergoeden	Definitie ontbreekt	Ontwerp
38	PON heeft de wens één DBC te hebben voor de hele obesitas keten	Definitie ontbreekt	Ontwerp
39	Er is een richtlijn 'diagnostiek en verwijzing kinderen met overgewicht' die door kinderarts en GGD gehanteerd wordt. Dit gaat buiten huisarts om. Dit regelt onvoldoende de toeleiding	Definitie ontbreekt	Ontwerp
40	Niet alle verzekeraars willen experimenteren met verschillende beleidsregels	Definitie ontbreekt	Tactiek
41	Verzekeraars willen wel al per 1 april 2015 duurzaam inkopen maar weten niet hoe en wat	Definitie ontbreekt	Ontwerp
42	Op basis van duidelijke afkappunten en ieg voor kinderen met Morbide Obesitas	Definitie ontbreekt	Ontwerp
43	Screenen niet in Basisverzekering	Definitie ontbreekt	Ontwerp
44	Zorgverleners/professionals moet een "minimum" pakket van stepped care matchen aan diverse risicoprofielen/PON Pyramide	Definitie ontbreekt	Ontwerp

#	Opgebrachte knelpunten	Thema	Dimensie
45	Hoe te bepalen of activiteit uit zorg of uit welzijn wordt gefinancierd	Definitie ontbreekt	Tactiek
46	Verzekeraars willen "hapklare brokken" inkopen, op basis van eenduidige definities en specificaties	Definitie ontbreekt	Ontwerp
47	Angst voor wildgroei aan declaraties voor coördinatie	Definitie ontbreekt	Uitvoering
48	Indicatiestelling ZIN voor inzet Jeugdverpleegkundige onder Basisverzekering ontbreekt	Definitie ontbreekt	Ontwerp
49	Financiering GLI-kort door gemeente of beleidsregel - nog niet opgelost	Definitie ontbreekt	Ontwerp
50	Nog onvoldoende verkend wat in aanspraak huisartsenzorg kan (advies POH) en/of Wijkverpleegkundige zorg	Definitie ontbreekt	Uitvoering
51	Competenties LSC nog niet "beschermd"	Definitie ontbreekt	Ontwerp
52	Inhoudelijke verwarring over GLI-kort (LEFF en LSC)	Definitie ontbreekt	Ontwerp
53	Men wacht op nadere duiding door het ZIN	Definitie ontbreekt	Ontwerp
54	Het ontbreekt aan gedefinieerde inkoopproducten	Definitie ontbreekt	Ontwerp
55	In KIDOS wordt niet eenduidig en uniform geregistreerd	Definitie ontbreekt	Uitvoering
56	Uit GGD data blijkt correlatie tussen angst/depressie en overgewicht en obesitas, uit zorgstandaard niet	Definitie ontbreekt	Ontwerp
57	Verschillende organisaties en programma's binnen gemeente (Aanpak, OKT, MEE, Samen Doen)	Interne afstemming partners complex	Tactiek
58	Er is geen intern draagvlak voor ketenaanpak	Interne afstemming partners complex	Tactiek
59	Problematiek hangt samen met afspraken over vorm geven preventie en introductie wijknetwerken	Interne afstemming partners complex	Tactiek
60	Verbeteringen in de zorginfrastructuur (coördinatie zelfzorgondersteuning, wijknetwerkers, convenanten gemeente verzekeraars, monitoringsystemen, keukentafels) en implementatie van innovatieve zorg (preventie, zelfmanagement, gedeelde zorg met welzijn) loopt door elkaar	Interne afstemming partners complex	Tactiek
61	Er zijn geen heldere budgetkaders voor implementatie van innovatieve zorg bij verzekeraars (welk inkoopteam)	Interne afstemming partners complex	Tactiek
62	Concurrentie en Samenwerking verzekeraars lopen door elkaar heen	Interne afstemming partners complex	Tactiek
63	Gemeenten weten zelf ook niet goed wat en hoe ze begeleiding van kinderen met overgewicht of obesitas moeten inkopen	Interne afstemming partners complex	Tactiek
64	GGR bestaat uit BMI, risicofactoren, gezinssituatie, multimorbiditeit en bewegingsarmoede	Multiproblematiek is complex	Ontwerp
65	Gebrekkige uitwisseling van patiëntgegevens door de keten heen	Multiproblematiek is complex	Uitvoering
66	Voorlichting en interventies voor allochtone groepen zijn niet gedifferentieerd en daardoor minder effectief	Multiproblematiek is complex	Uitvoering

#	Opgebrachte knelpunten	Thema	Dimensie
67	Bij de signalering en de indicering betreft het vaak multiproblemen in een gezin, en is het niet altijd het gezondheidsrisico dat de aanjager is. Alleen wanneer het minimaal een "matig verhoogd risico" betreft zal een zorgverzekeraar dekking vanuit de basisverzekering toekennen	Multiproblematiek is complex	Uitvoering
68	Basisteam jeugd en gezin bestaat nu naast het sociale wijkteam.	Multiproblematiek is complex	Ontwerp
69	Hoe moet je omgaan met uitwisselen van gegevens over kind en gezin in relatie tot privacy	Multiproblematiek is complex	Uitvoering
70	Hoe worden gegevens uitgewisseld	Multiproblematiek is complex	Uitvoering
71	Vaststelling co-morbiditeit bij overgewicht onnodig medicaliserend	Multiproblematiek is complex	Uitvoering
72	Er zijn heel veel kinderen met overgewicht bij wie reguliere zorgverleners gezondheidsrisico niet benoemen	Te weinig aandacht voor overgewicht en obesitas	Strategie
73	Bestaande programma's vaak niet geschikt voor dikke kinderen	Te weinig aandacht voor overgewicht en obesitas	Strategie
74	Er is geen vergoeding sportaanbod van sport waar leefstijlcoach naar verwijst	Te weinig aandacht voor overgewicht en obesitas	ontwerp
75	Gemeente heeft onvoldoende geld en overgewicht is medisch probleem	Te weinig aandacht voor overgewicht en obesitas	Uitvoering
76	Jeugdzorg volgt alles bij ieder kind (zoals ogen, oren, heupen, maar zal ook overgewicht en obesitas veel nadrukkelijker moeten volgen	Te weinig aandacht voor overgewicht en obesitas	Strategie

## Oplossingen

#	Opgebrachte oplossingsrichting	Thema	Dimensie
1	Beginnen met kinderen met Morbide Obesitas	Aandacht voor overgewicht en obesitas	Strategie
2	Zorg voor kinderen met dreigend overgewicht of obesitas naar voren halen. Hoeft niet met BIG geregistreerde zorgverleners	Aandacht voor overgewicht en obesitas	Strategie
3	Beleidsregel innovatie voor komende drie jaar voor GLI	Declaratietitel Beleidsregel Innovatie	Ontwerp
4	Inzetten beleidsregel innovatie om open tarief te kunnen hanteren voor inzet jeugdverpleegkundige van GGD	Declaratietitel Beleidsregel Innovatie	Uitvoering
5	Casefinding in S1 wijkverpleging of jeugdzorg	Declaratietitel Beleidsregel Innovatie	Tactiek
6	Jeugdzorg kan onder beleidsregel innovatie declareren als prestatie is beschreven	Declaratietitel Beleidsregel Innovatie	Tactiek
7	Iedereen kan Beleidsregel Innovatie aanvragen; valt niet onder Budgetkader Zorg	Declaratietitel Beleidsregel Innovatie	Tactiek
8	Beleidsregel innovatie kan helpen om eerst duidelijkheid over ontwerp te krijgen voor vastgesteld kan worden of iets onder een reguliere regeling valt	Declaratietitel Beleidsregel Innovatie	Tactiek

#	Opgebrachte oplossingsrichting	Thema	Dimensie
9	Beleidsregel Innovatie toegepast voor LSC	Declaratietitel Beleidsregel Innovatie	Ontwerp
10	Patiëntenprofielen moeten ondersteunen bij welke zorg voor welke kind/gezin moet worden ingezet. Criteria betreffen GGR, Beperkingen in kwaliteit van Leven, mogelijkheden zelfmanagement kind en gezin	Definitie	Ontwerp
11	Leefstijlcoach van CZ wordt gezien als complementair op GLI's	Definitie	Ontwerp
12	Verstrekking van relevante metrics en rekenmodellen om inkoopfunctie te ondersteunen	Definitie	Ontwerp
13	Maak een vertaalslag van ZS Obesitas naar inkoopmogelijkheden	Definitie	Tactiek
14	Proeftuin Den Bosch levert beschrijvingen op van LEFF	Definitie	Tactiek
15	Risicobeperking door vastleggen van "aantallen kinderen"	Definitie	Uitvoering
16	Er kunnen afspraken gemaakt worden over het op uniforme wijze aanleveren van informatie aan inkopers van gemeente (JGZ, Welzijn of Jeugdhulp) en aan inkopers van zorgverzekeraars.	Definitie	Tactiek
17	GGD heeft een rekenmodel voor inschattingen van overgewicht en obesitas per leeftijdsgroep	Definitie	uitvoering
18	Voorschrift hoe Risicofactoren geregistreerd kunnen worden	Definitie	Tactiek
19	LEFF als voorlopige toelating in basisverzekering en daarna evalueren	Experimenteren	Ontwerp
20	Verzekeraars willen afstemmen met eigen innovatie mogelijkheden en willen samenwerken in dit traject.	Experimenteren	Ontwerp
21	Samen optrekken is akkoord, oefenen met matrix, waarschijnlijk is maar voor een beperkt deel van de activiteiten de financiering onduidelijk -> partijen willen hiermee aan de slag	Experimenteren	Ontwerp
22	Bestuurlijke convenanten Gemeenten en Verzekeraars	Experimenteren	Strategie
23	Ondersteuning vanuit C4O, PON, zowel op inhoud als op business case	Experimenteren	Tactiek
24	Trek gezamenlijk op in experimenteerfase, stel een "Leergang Kinderobesitas" in	Experimenteren	Tactiek
25	Beschikbaar budget per gezin, inclusief programma obesitas	Heralloceren van Budget	Tactiek
26	Herschikking bestaande middelen bij GGD	Heralloceren van Budget	Tactiek
27	Geen probleem om GLI en leefstijlcoach deels te financieren uit gemeentelijk budget daarna betalen mensen het zelf, dus in eerste instantie investeert leefstijlcoach ook zelf in GLI	Heralloceren van Budget	Ontwerp
28	Aanhaken VNG voor herallocatie gemeentelijke budgetten	Heralloceren van Budget	Tactiek
29	Jeugd verpleegkundige centrale zorgverlener: financiering Zorgverzekeringswet (mits AGB code), coördineert zorg, maatschappelijk werk, gezinsbegeleiding, GGZ. Deze diensten worden gefinancierd uit Wmo of Zorgverzekeringswet, of Jeugdwet.	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp



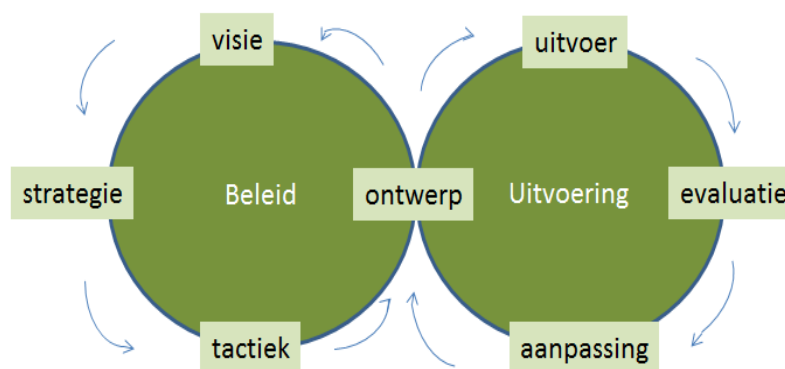
#	Opgebrachte oplossingsrichting	Thema	Dimensie
30	Combineren met consulten uit hoger niveau zonder dat meteen GLI+ noodzakelijk is.	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp
31	Iedereen die bevoegd of bekwaam is mag via beleidsregel innovatie declareren.	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp
32	Alle zorg keten zit functioneel in basisverzekering, GLI zit in Basisverzekering mits GGR voldoet	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp
33	ZIN doet nadere toelichting	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp
34	Iedereen bevoegd of bekwaam mag declareren; inspectie toets achteraf	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Tactiek
35	Éénmalig consult bij kinderarts, daarna terug naar Community en eenmalige controle per jaar door HA	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp
36	JGZ inkopen als huisartsenzorg	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Tactiek
37	Vergoeding opnemen in AV van collectiviteiten gemeenten of bedrijven	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Tactiek
38	LEFF en Leefstijlcoach als interventie in kunnen zetten uit Basisverzekering	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp
39	Bevoegd en bekwaam als enig criterium voor zorgverlener is geaccepteerd	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Strategie
40	Centrale zorgverlener is altijd gewenst bij overgewicht of obesitas (in alle gradaties en alle fases). Een mogelijke oplossingsrichting is dat het extra financieren van deze taken pas gebeurt bij matig verhoogd risico.	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp
41	Beleidsregel Coördinatie en Wondzorg - mogelijk analoog toepassen voor centrale zorgverlener	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp
42	Beleidsregel Overige Geneeskundige Zorg - mogelijk toepassen voor Individuele adviezen door jeugdverpleegkundige	Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering	Ontwerp
43	Geen prestatiebeschikking opstellen voor de keten, veel te ingewikkeld	Vereenvoudiging afstemming	Strategie
44	Geen ketenfinanciering nastreven: de zorgvragen zijn te verschillend, soms alleen gewichtsgelateerd, soms ook gezondheidsgelateerd, soms met gemeente, soms verzekeraars, meestal beiden.	Vereenvoudiging afstemming	Strategie

#	Opgebrachte oplossingsrichting	Thema	Dimensie
45	Ervaringen rond geïntegreerde aanpak kinderobesitas (ketenontwikkeling) ook toepassen op welzijnsproblematiek in het algemeen	Vereenvoudiging afstemming	Uitvoering
46	Overleg met meerdere gemeentes om te praten over provinciale aanpak JOGG. Uitkomsten worden besproken in bestuurscommissie GGD. Het betreft vooral de wens om samen te werken (lerend netwerk) en om gezamenlijk op te rekken naar verzekeraar met bijvoorbeeld Eén Aanpak Gezond Gewicht.	Vereenvoudiging afstemming	Tactiek
47	G4 bepalen zelf hoe ze in gaan kopen	Vereenvoudiging afstemming	Tactiek
48	Matrix biedt een goed kader om het ontwerp verder uit te werken/afspraken te maken	Vereenvoudiging afstemming	Ontwerp
49	Er kan gedeclareerd worden via een hoofdaannemer, dit gebeurt op nacalculatie basis - wel wordt op voorcalculatie basis ingekocht	Vereenvoudiging afstemming	Ontwerp
50	Integratie van diverse soorten verpleging tot één, gedekt door de basisverzekering	Vereenvoudiging zorgorganisatie	Tactiek
51	Ontvlechten van zorgverlening van institutionele organisaties (GGD/JGZ /HA> "Buurtgezondheid")	Vereenvoudiging zorgorganisatie	Tactiek
52	Beweegcoaches inzetten	Vereenvoudiging zorgorganisatie	Tactiek
53	Leefstijlcoaches goed opleiden	Vereenvoudiging zorgorganisatie	Tactiek
54	Integreren basisteam en sociale wijkteam	Vereenvoudiging zorgorganisatie	Tactiek
55	Samenwerking/afstemming JGZ en Jeugdhulp	Vereenvoudiging zorgorganisatie	Tactiek

## Bijlage 2 Detail Analyse Knelpunten en Oplossingen

Er zijn 76 knelpunten en 55 oplossingsrichtingen geïnventariseerd die financiering van de zorgstandaard bemoeilijken. Deze zijn van verschillende grootte en hebben vaak verschillende oorzaken. Er wordt in deze bijlage een detailanalyse gegeven van Knelpunten en Oplossingsrichtingen. Er wordt gewerkt met twee ordeningsprincipes. Het eerste ordeningsprincipe betreft een clustering naar *dimensies* (figuur 1), het tweede ordeningsprincipe betreft een ordening naar *thema's*.

De ordening naar oorzaken betreft 7 clusters. Vier clusters richten zich op beleidsvoorbereiding en drie cluster richten zich op de uitvoering. De beleidsvoorbereiding bestaat uit het invullen van de visie, de strategie, de tactiek en het ontwerp voor financiering van de Zorgstandaard Obesitas. De uitvoering bestaat uit het werkelijk doen van de inkoop, het monitoren van de afspraken en het bijstellen van de afspraken. De knelpunten en oplossingsrichtingen komen in alle clusters voor en hebben een sterke onderlinge relatie.



Figuur 1: Ordening van de knelpunten en oplossingen in verschillende dimensies

De ordening naar thema's betreft de verzameling van verschillende knelpunten en oplossingen met dezelfde strekking naar een gemeenschappelijk thema. Dit hebben we uitgevoerd voor zowel de knelpunten als de oplossingen.

De overkoepelende thema's voor de knelpunten blijken niet dezelfde te zijn als de overkoepelende thema's voor de oplossingen. Knelpunten en oplossingen kennen allebei 8 thema's die dan ook afzonderlijk worden toegelicht. In deze toelichting zijn alle knelpunten en oplossingen die zijn geïnventariseerd verwerkt.

## Knelpunten thema's

### **K-1. Activiteit valt buiten basisverzekering**

Knelpunten die onder dit thema vallen bevinden zich zowel in de clusters van ontwerp en tactiek als strategie.

#### *Ontwerp*

De gewichtsgelateerde gezondheidsrisico's (GGR's) zijn verdeeld in 5 categorieën: 'geen risico', 'licht verhoogd risico', 'matig verhoogd risico', 'sterk verhoogd risico' en 'extreem verhoogd risico'. De risico's worden bepaald door de Body Mass Index (overgewicht, obesitas graad 1, obesitas graad 2, obesitas graad 3) én de mate waarin overige risicofactoren een rol spelen voor het ontwikkelen van medische klachten.

De mate waarin het risico verhoogd is bepaalt of er sprake is van een risico op medische problemen en dus op geneeskundig handelen conform de basisverzekering. Of dat er geen sprake is van een risico op medische problemen. In dit laatste geval bestaat er geen recht op geneeskundig handelen maar is er een aanspraak op gezondheidsbevordering of preventie uit de Wpg of Jeugdwet.

In algemene zin kan bij het organiseren en uitvoeren van een leefstijlinterventie gesproken worden over een aantal activiteiten, die afzonderlijk of in combinatie volgens het matched- en stepped care principe kunnen worden aangeboden.

- Screenen
- Diagnostiek
- Toeleiden
- GLI
  - Gedrag
  - Bewegen
  - Voeding
- Begeleiding
- Coördinatie

De gesprekspartners geven in grote getalen aan dat het moeilijk is te bepalen welke activiteiten bij welke GGR's wel of niet binnen de basisverzekering vallen. Men geeft aan dat er geen gemeenschappelijk begrippenkader is en dat gezamenlijk inzicht in de verschillende wettelijke kaders ontbreekt

#### *Tactiek*

Eén van de gesprekspartners geeft aan dat de mogelijkheden om vergoedingen aan te beiden via aanvullende verzekeringen onvoldoende wordt verkend.

#### *Strategie*

Een aantal knelpunten in dit generieke thema zijn van strategische aard. Zo wordt aangemerkt dat de basisverzekering alleen een recht op individuele zorgprogramma's mogelijk maakt en geen groepsprogramma's of programma's voor gezinnen. Een steeds terugkeren punt is de wettelijke verantwoordelijkheid van gemeenten versus die van zorgverzekeraars. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor preventie, gezondheidsbevordering

en gedragsverandering. De verzekeraar is verantwoordelijk voor geneeskundige zorg bij medische problemen. Samen zijn ze verantwoordelijk voor het verminderen van GGR's, maar wat uit de basisverzekering vergoed mag worden is nog niet helder afgebakend.

In dit kader wordt opgemerkt dat de rechtmatigheid van het wel of niet vergoeden uit de basisverzekering wordt bepaald én vastgelegd door het Zorginstituut Nederland. Partijen vragen het ZIN om nadere toelichting te geven op de aanspraken in de basisverzekering. Als knelpunt wordt aangegeven dat het niet duidelijk is wie de rechtmatigheid bepaalt bij het vergoeden van activiteiten uit de Wpg of Jeugdwet. Welke verantwoordelijkheid heeft de regionale politiek, de landelijke politiek en/of de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Op dit moment zijn de gemeentelijke oplossingen voor begeleiding nog te aanbod gestuurd. De inzet van de zogeheten "sportimpulsen" wordt toegekend door de landelijke overheid en niet door de gemeente. Tot op heden is het beweegaanbod daardoor niet aangepast aan de lokale vraag van de gemeenten ten aanzien van overgewicht en obesitas bij kinderen.

In algemene zin geven sommige gesprekspartners aan dat de aansturing van het terugdringen van overgewicht en obesitas teveel medisch is georiënteerd en te weinig vanuit andere perspectieven, bijvoorbeeld vanuit het bedrijfsleven of specifieke industrieën. Met de nadruk op medische sturing wordt automatisch een beroep gedaan op de collectieve basisverzekering en minder op private geldstromen.

## **K-2. *Het afstemmingsproces tussen Zorgverzekeraar en Gemeenten is complex***

Knelpunten die onder dit thema vallen bevinden zich zowel in het cluster van de uitvoering als de tactiek.

### *Uitvoering*

De inzet van een jeugdverpleegkundige die betrokken is bij het programma kan zowel via de basisverzekering als via de jeugdgezondheidszorg vergoed worden. De tarieven voor de vergoeding kunnen aanmerkelijk verschillen en zijn soms onderhandelbaar en soms niet. Inzet vanuit de GGD kent een hoger tarief dan inzet vanuit de basisverzekering. In het laatste geval kan het een tarief zijn dat vastgesteld wordt door de NZa of kan het een open tarief zijn dat uit onderhandeld wordt tussen verzekeraar en contractant.

De afspraken tussen een gemeente en een verzekeraar gelden alleen de inwoners die verzekerd zijn bij de betreffende verzekeraar. Dat betekent dat inwoners die daar niet verzekerd zijn ook niet onder de afspraken vallen.

### *Tactiek*

Het blijkt lastig om de afspraken die in convenanten rond overgewicht en obesitas worden vastgelegd concreet te maken. De wil tot samenwerken is er wel, maar de wijze waarop samengewerkt kan worden is nog onontgonnen. De afspraken vereisen afstemming tussen verschillende personen van de gemeenten en verschillende personen van de verzekeraars. En ze vereisen kennis van elkaars verantwoordelijkheden en mogelijkheden. In grote steden brengt dat andere uitdagingen met zich mee dan in de regionale gebieden waar meerdere gemeentes onder één convenant vallen.

Het is voor verzekeraars een uitdaging om zowel concurrentieel als niet-concurrentieel actief te zijn in een stad of regio. Concurrentieel als het inkoop van zorg betreft voor de

verzekerden in het algemeen en niet-concurrentieel als het samenwerking met de gemeente betreft. In het eerste geval wordt een verzekeraar geacht niet samen te werken met andere verzekeraars, in het tweede geval worden de verzekeraars geacht gezamenlijk op te trekken binnen de grenzen van de Mededingingsautoriteit.

Het betreft tijd, lenigheid en deskundigheid van betrokken personen van gemeente en verzekeraars die niet altijd voorhanden is.

### **K-3. Capaciteit en competentie van centrale zorgverlener complex**

Knelpunten die onder dit thema vallen bevinden zich zowel in het cluster van de uitvoering als van het ontwerp.

#### *Uitvoering*

Wanneer het gezin of de gezinssituatie berokken moet worden bij het begeleiden van kinderen met een verhoogd GGR, doen zich vaak knelpunten voor. Het betrekken van een gezin kan tijdrovend zijn. Dit kan vanwege ingewikkelde multiproblematiek maar ook door een gebrek aan vertrouwen bij de start van een programma.

#### *Ontwerp*

Deze zogenaamde 'toegeleiding' vraagt in het geval van een GGR met complexe gezinssituatie meer dan enkele standaard adviesgesprekken die nu vergoed kunnen worden. Het vraagt extra capaciteit en deskundigheid op het gebied van multiproblematiek en invoelend vermogen. Wanneer de jeugdverpleegkundige deze rol oppakt wordt een tekort aan capaciteit ervaren. Het is de vraag of de 'leefstijlcoaches' die nu opgeleid worden deze coördinerende rol al aankunnen

Er is nog onvoldoende verkend onder welke aanspraken binnen de basisverzekering de verschillende onderdelen van de zorgketen ingekocht kunnen worden. Kan dit onder de aanspraak huisartsenzorg vergoed worden, uitgevoerd door POH verpleegkundige, door huisarts, door jeugdverpleegkundige, door jeugdarts. Kan dit onder aanspraak wijkverpleegkundige zorg vergoed worden, uitgevoerd door wijkverpleegkundige. In hoeverre kan de beleidsregel coördinatie en wondzorg, of de beleidsregel innovatie, of de beleidsregel overige geneeskundige zorg.

Gesprekspartners geven aan dat hiervoor een nadere toelichting noodzakelijk is van het Zorginstituut op de huidige omschrijvingen van het basispakket en een nadere toets op de bestaande beleidsregels van de NZa. Het ZIN zou hierbij ook de toepasbaarheid van het basistakenpakket van de Jeugdhulpzorgverlening uit het Besluit Publieke gezondheid in haar overwegingen mee moeten nemen.

### **K-4. Declaratietitel ontbreekt**

Knelpunten die onder dit thema vallen bevinden zich zowel in het cluster van de uitvoering, het ontwerp als de tactiek.

#### *Uitvoering*

Er zijn inhoudelijke activiteiten binnen de zorgstandaard die alleen uitgevoerd en gedeclareerd kunnen worden binnen bestaande beleidsregels van de basisverzekering. Het betreft bijvoorbeeld het aanvragen en/of uitvoeren van bloedonderzoek voor het bepalen van comorbiditeit. Binnen jeugdzorg kan dit niet aangevraagd worden, wel binnen de

huisartsenzorg. Voor het bepalen van comorbiditeit bij kinderen met overgewicht of obesitas moet daarom verwezen worden naar de huisarts. Dit geldt voor kinderen met een verhoogd BMI (Overgewicht en Obesitas Graad 1) met een verdenking op andere risicofactoren of comorbiditeit. Zonder vaststellen van deze andere risicofactoren of comorbiditeit kan het GGR (licht-, matig- of sterk verhoogd) niet vastgesteld worden.

De huisartsen kunnen activiteiten uitbesteden aan jeugdzorg. De jeugdarts kan huisartsgeneeskundige handelingen verrichten. Declaratie van die handelingen vallen onder het huisartsenkader en -budget. De jeugdarts kan bij de huisarts declareren, en de huisarts kan bij de zorgverzekeraar declareren, maar in dat geval is er sprake van 'onderlinge dienstverlening' tussen jeugdarts en huisarts en moet er een BTW toets uitgevoerd worden die bepaalt of de jeugdarts BTW plichtig is over de betalingen van de huisarts aan de jeugdarts.

Ook in de uitvoering van de inkoop door verzekeraars doen zich knelpunten voor. Verzekeraars mogen niet samenwerken in het maken van volume of tariefafspraken. Ze mogen wel samenwerken in het maken van innovatieve afspraken of in het maken van kwaliteitsafspraken, bv. onder de beleidsregel innovatie.

#### *Ontwerp*

Er kan voor gekozen worden om activiteiten uit de zorgstandaard onder een nieuwe of bestaande beleidsregel te plaatsen. Te denken valt aan beleidsregel innovatie, beleidsregel 'overige geneeskundige zorg' of beleidsregel coördinatie en wondzorg, beleidsregel huisartsgeneeskundige zorg, beleidsregel wijkverpleegkundige zorg. Partijen dienen kennis te hebben van deze mogelijkheden en gezamenlijk te analyseren wat de meerwaarde van een keuze is.

#### *Tactiek*

Wanneer activiteiten uitgevoerd worden door de huisarts of door een praktijkverpleegkundige, of wanneer de huisarts 'huisartsgeneeskundige' activiteiten uitbesteed aan jeugdzorg dan vallen deze activiteiten binnen het makrokader van de huisartsenzorg. Inkoopers en huisartsen zullen afspraken moeten maken of hier ruimte voor wordt ingeboekt binnen het bestaande kader. Huisartsen ervaren het als knelpunt wanneer zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas binnen het huisartsenkader gefinancierd moet worden.

### **K-5. Definitie ontbreekt**

Bij vergoeding van zorg door verzekeraar en/of door gemeente is het van belang dat de definitie van de vraag helder is: betreft het een GGR waarbij de multiproblemen in een gezin het eerste aanknopingspunt zijn, dan is de gemeente verantwoordelijk voor de begeleiding, betreft het een GGR waarbij multimorbiditeit het eerste aanknopingspunt betreft dan is de verzekeraar verantwoordelijk voor de begeleiding. Gaandeweg het traject kan dit veranderen waardoor ook de verantwoordelijkheden veranderen.

De activiteiten die ingezet worden moeten daarnaast voldoen aan de wettelijke eisen zoals voor de jeugdgezondheidszorg, jeugdhulp of voor de basisverzekering gelden. De definities moeten dus overeenkomen met de omschrijvingen in het basistakenpakket van de gemeente of in het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

Onder dit thema valt zowel het ontbreken van een definitie voor de financiering als voor de inhoud. Het betreft allemaal knelpunten in het ontwerp. Met andere woorden het ontwerp voor implementatie van de activiteiten is niet voor iedereen duidelijk.

#### *Ontwerp – financiering*

Onder 5 zijn al enkele knelpunten genoemd rond het ontbreken van een declaratietitel. Bij het thema 'definitie ontbreekt' betreft het vooral knelpunten over keuzes in de financiering.

Er bestaat een ideaal beeld om de gehele Zorgstandaard Obesitas met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) in te kunnen kopen. Gezien de complexiteit van de doelgroep en de complexiteit van het zorgaanbod over verschillende domeinen lijkt dit niet haalbaar.

Het is onduidelijk welke onderdelen van de zorgstandaard door wie en bij wie ingekocht kunnen worden. Het betreft afbakening van eigen verantwoordelijkheid van een kind/gezin, verantwoordelijkheid gemeente en verantwoordelijkheid verzekeraar. De onduidelijkheid is niet voor elke gesprekspartner hetzelfde; sommigen zien helemaal door de bomen het bos niet, anderen ervaren slechts op enkele onderdelen een knelpunt. Een gemeenschappelijk knelpunt voor alle gesprekspartners lijkt de angst voor instroom van grote aantallen kinderen met overgewicht of obesitas en het daaraan gekoppelde financiële risico. Dit risico is niet bekend of afgebakend.

Hoewel alle gesprekspartners van de verzekeraars aangeven de inkoop als zeer complex te ervaren, wil men het liefst vóór de zomer van 2015 een duurzaam inkoopbeleid voor kinderen met overgewicht of obesitas hebben waarmee voor 1 januari 2016 ingekocht kan worden. Dit is echter niet haalbaar gezien de veelheid aan knelpunten die worden ervaren. Een enkele verzekeraar wil geen tussentijdse experimentele inkoop ondersteunen voor de periode waarin nog niet ingekocht kan worden met een duurzame oplossing.

Om tot duurzame inkoop te komen hebben verzekeraars behoefte aan vast gedefinieerde inkoopproducten met vaste specificaties, met zoveel mogelijk wetenschappelijke onderbouwing. Het is de vraag of deze producten en specificaties al gedefinieerd kunnen worden én gekoppeld aan specifieke GGR's of dat er eerst meer ervaring moet worden opgedaan met concept specificaties en programma's om in de praktijk oplossingen uit te proberen die indien succesvol definitief gemaakt kunnen worden.

#### *Ontwerp-inhoud*

Er zijn veel vragen over de definities van de gehele keten van de zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas:

- Het betreft vragen over screening, casefinding, diagnostiek en 'toeleiding' tot programma's.
- Er is veel behoefte aan een omschrijving van het behandeltraject: wat zijn de afkapwaarden voor de verschillende GGR's, zijn er risicoprofielen, wat is de inhoud van een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI-kort, GLI, GLI+), hoe passen risicoprofielen bij een GLI, wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van een leefstijlcoach, hoe zijn deze geborgd, wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van een centrale zorgverlener, hoe zijn deze geborgd.
- En er zijn veel vragen over het 'onderhoud' van de leefstijl bij kinderen die een GLI hebben doorlopen. Wat houdt een dergelijke onderhoudsperiode in en wie voert het uit.

De vragen komen mede voort uit de huidige gebrekkige uitwisseling van patiëntengegevens



in de keten voor overgewicht en obesitas bij kinderen. In het Kinddossier (Kidos) wordt wel veel vastgelegd maar niet volgens vaste classificatiesystemen waardoor uitwisseling van gegevens met andere dossiers niet mogelijk is. Door het ontbreken van vaste classificaties kunnen nog geen definities van risicoprofielen gevonden worden uit de huidige praktijk. Er moeten good practices geformuleerd worden op basis waarvan de inhoud gedefinieerd kan worden.

Met betrekking tot de inzet van jeugdverpleegkundige uit de jeugdzorg worden knelpunten aangegeven ten aanzien van de richtlijn 'diagnostiek en verwijzen kinderen met overgewicht' en de Zorgstandaard Obesitas. De inzet en werkzaamheden uit de richtlijn en zorgstandaard alsmede de relatie tussen de twee zijn onvoldoende duidelijk. Dit is mede een gevolg van te weinig registratie door de huidige jeugdverpleegkundige waardoor geen inzicht bestaat in werkzaamheden en benodigde capaciteit. Er is bijvoorbeeld onvoldoende inzicht wat nodig is per kind of per gezin en of er profielen zijn te identificeren voor kinderen met bepaalde GGR's in relatie tot gezinsomstandigheden.

#### **K-6. Interne afstemming bij partners is complex**

Dit thema betreft de samenwerking en afstemming binnen de organisatie van de verzekeraars en binnen de gemeenten. De financiering van de keten betreft nieuwe afspraken met zorgverleners en hulpverleners. Binnen de organisatie van de verzekeraars vraagt dit afstemming tussen bestaande inkoop afspraken bij bestaande inkoopteams en innovatieve inkoopafspraken die vaak team-overstijgend zijn en daarmee specifieke aansturing vereisen. Binnen de gemeente betreft het nieuwe afspraken met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg, jeugdhulp en gezondheidsbevordering.

Het betreft allemaal knelpunten in het cluster tactiek.

##### *Tactiek*

De verzekeraars kennen intern verschillende inkoopteams voor verschillende soorten zorg. Bijvoorbeeld een team voor inkoop ziekenhuiszorg, een team voor huisartsenzorg of een team voor wijkverpleegkundige zorg. De teams hebben ieder een eigen jaarlijkse begroting waarbinnen ze ziekenhuiszorg, huisartsenzorg of wijkverpleegkundige zorg kunnen inkopen. Deze begrotingen zijn analoog opgesteld aan het makrokader voor de zorg van de minister van financiën. Een verzekeraar kan niet meer huisartsenzorg inkopen dan op landelijk niveau is afgesproken.

Wanneer verzekeraars innovatieve zorginkoopafspraken willen maken, bijvoorbeeld over de Zorgstandaard Obesitas, dan worden beleidsmedewerkers zorginnovatie betrokken bij de inkoop. Indien hiervoor de 'Beleidsregel Innovatie' wordt ingezet dan vallen de zorgkosten niet onder de begrotingen van de verschillende inkoopteams, indien de innovatie via de reguliere zorg wordt ingekocht dan vallen de zorgkosten wél onder de begrotingen van de inkoopteams. Er is hierover intensieve interne afstemming noodzakelijk, vaak aan de hand van een Business Case. De covenant afspraken die bestuurders op landelijk niveau hebben opgesteld zijn niet altijd intern doorgevoerd. Er zijn geen Business Cases beschikbaar voor de interne teams.

Binnen de gemeenten zijn verschillende teams en afdelingen actief. Het betreft uitvoerders van de jeugdgezondheidszorg, de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD), de Jeugdwet,

uitvoerders van de Sport en Welzijn<sup>1</sup>. Sommige grote gemeentes hebben programmateams die overkoepelend werken met speciale doelstellingen. Een voorbeeld van zo'n programma is de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht. Er is inhoudelijke afstemming noodzakelijk tussen de verschillende diensten, zowel over de inhoud en de relatie met bestaande activiteiten als over de inkoop door gemeenten (inzet van extra capaciteit en budgetten). Ook hier geldt dat de convenant afspraken van bestuurders op landelijke niveau niet altijd zijn doorgevoerd op het niveau van de uitvoering.

Verzekeraars en gemeenten zijn sinds 2014 ook intensief met elkaar in overleg over het vorm geven van preventie in algemene zin, over samenwerking bij zelfondersteuning, over de introductie van wijkzorgteams, keukentafelgesprekken en over gezamenlijke monitorsystemen. Er zijn afspraken gemaakt die vastgelegd zijn in convenanten tussen verzekeraars en gemeenten. De afspraken in deze convenanten lopen niet altijd parallel aan de afspraken over de aanpak Jongeren op Gezond Gewicht.

Binnen gemeenten en verzekeraars zijn daar verschillende mensen bij betrokken. Inzicht in, en afstemming tussen alle afspraken vergt verbetering binnen de organisaties.

Een heel ander aspect van de samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten is de mate waarin concurrentie en marktwerking een rol spelen. Bij gemeenten is daar geen sprake van, bij verzekeraars wel. In samenwerking met gemeenten en implementatie van innovatieve afspraken, zowel qua inhoud als qua structuur en financiering, willen verzekeraars aan de ene kant graag samenwerken, aan de andere kant willen ze zich graag onderscheiden.

Dit geeft verwarrende situaties en wordt als knelpunt opgemerkt door gemeenten en sommige verzekeraars.

#### **K-7. Multiproblematiek is complex**

Onder dit thema wordt nog eens expliciet aangegeven dat het verbeteren van overgewicht en obesitas bij de jeugd een complexe uitdaging is. Niet alleen inhoudelijk, maar ook qua organisatie.

Het betreft vooral knelpunten in de uitvoering.

##### *Uitvoering*

Het gewichtsgerelateerde gezondheids risico bestaat uit een optelsom van verschillende kenmerken van en kind. Het betreft het BMI, de gezinssituatie, aan- of afwezigheid van multimorbiditeit en aan- of afwezigheid van andere risicofactoren. Afhankelijk van het GGR worden activiteiten aangeboden. In de uitvoering is niet altijd duidelijk wat eerst aangepakt moet worden en hoe dit het beste georganiseerd kan worden.

Sommige gesprekspartners geven aan dat er verschil is in de aanpak voor groepen kinderen. De begeleiding moet op maat aangeboden worden en passen bij de problematiek van het individuele kind of gezin. Nu is de aanpak nog te veel aanbod georiënteerd en daarmee te algemeen.

---

<sup>1</sup> De zogeheten "sportimpulsen" worden door de landelijke overheid toegekend aan aanbieders, en niet door de lokale gemeenten.

Daarnaast is niet altijd duidelijk wie welke activiteit uit kan voeren. Dit kan ook weer per gemeente verschillen en is afhankelijk van de gezondheidsnota van de gemeente waarin doelstellingen en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd.

De grote veranderingen die in de zorg plaatsvinden hebben onder andere als gevolg dat in de regionale infrastructuur verschillende teams actief zijn die zich met (onderdelen van) dezelfde problematiek bezighouden. Het betreft de basisteams jeugd en gezin, sociale wijkteams en wijknetwerken. Daarnaast worden in steeds meer gemeenten vanuit de huisartsen Multidisciplinaire overleggen georganiseerd (MDO's) waarin multiproblematiek wordt besproken. Onderdeel van deze fragmentatie van zorg- en dienstverleners is de duplicatie/ontoegankelijkheid van diverse dossiers (incl IT).

**K-8. Er is te weinig aandacht voor overgewicht en obesitas bij kinderen**

Knelpunten die onder dit thema vallen bevinden zich zowel in het cluster van uitvoering als in de clusters ontwerp en strategie.

*Uitvoering*

Gesprekspartners geven aan dat de risico's van overgewicht en obesitas meer aandacht zouden moeten hebben tijdens bestaande behandel- en begeleidingstrajecten in zorg en welzijn. Wanneer kinderen contact hebben met jeugdgezondheidszorg, zorgverleners of hulpverleners om andere redenen dan problemen met leefstijl dan zouden deze professionals het onderwerp toch aan moeten snijden. Er moet een continue awareness ontwikkeld worden over de gezondheidsrisico's bij overgewicht en obesitas.

*Ontwerp*

Analoog aan dit knelpunt is het ontbreken van geschikt aanbod voor kinderen met overgewicht of obesitas of het ontbreken van financiering van de programma's. Er is bij aanbieders die door gemeente en zorgverzekeraars gecontracteerd worden nog onvoldoende aandacht voor het ontwikkelen van geschikt en passend aanbod en geschikt en passende inkoop-mogelijkheden.

Niet alleen in algemene zijn ervaart men een tekort, maar ook in specifieke zin, bijvoorbeeld een aanbod voor specifieke kinderen met overgewicht of obesitas.

*Strategie*

Hoewel er langzamerhand veel bestuurlijke convenanten gesloten zijn of worden over gezonde leefstijl in steden en regio's, geven enkele gesprekspartners aan dat het mogelijke financiële risico voor gemeenten en verzekeraars ten gevolge van de uitvoering van zo'n convenant onvoldoende wordt besproken. Bestuurders lijken onvoldoende aandacht te hebben voor de wijze waarop eventuele financiële risico's gedekt kunnen worden. Met name in grote steden waar meer kinderen met overgewicht en obesitas zijn dan in andere regio's is dit een belangrijk knelpunt.

## Oplossingen thema's

### **O-1. Meer aandacht voor overgewicht en obesitas bij kinderen**

Oplossingen betreffen zowel activiteiten op het niveau van de uitvoering als van het cluster strategie.

#### *Uitvoering*

Om de aandacht voor overgewicht en obesitas te vergroten kan gekozen worden om met vereende krachten te beginnen met programma's voor kinderen met morbide obesitas. De kinderen kunnen mogelijk snel opgespoord worden of zijn al bekend in het ziekenhuis of bij jeugdhulp. Het aanbieden van zorg conform de zorgstandaard kan makkelijker georganiseerd worden dan voor de kinderen met lagere GGR's.

Zorgverleners en hulpverleners bij wie kinderen met overgewicht of obesitas al bekend zijn voor andere zorg- of hulpvragen zouden zich ook kunnen richten op het overgewicht of de obesitas.

#### *Strategie*

Overgewicht en obesitas bij kinderen zou structureel op de agenda's van bestuurders moeten staan van de individuele organisaties die betrokken zijn bij de Aanpak van Overgewicht. Bestuurders moeten zich intern in hun eigen organisatie of gemeente als sponsors opstellen voor de uitvoering van de convenanten. Het betreft de bestuurders van de afzonderlijke gemeenten en van de VNG, van jeugdhulp, van jeugdgezondheidszorg, van huisartsengroepen, van scholen etc. Risico's kunnen beperkt worden door aantallen kinderen af te spreken die in de komende jaren instromen. Er zijn enkele goede voorbeelden waar deze afspraken ook vorm krijgen.

Ook wordt als oplossing gezien om obesitas als chronische ziekte op te nemen in de lijst van chronische aandoeningen die in de aanspraken voor paramedische zorg staat opgenomen.

### **O-2. Beleidsregel Innovatie als declaratietitel**

Het inzetten van een beleidsregel innovatie wordt vaak genoemd als mogelijke oplossing voor knelpunten bij de inkoop van onderdelen van de zorgstandaard. Het betreft een oplossing in de clusters uitvoering, ontwerp en tactiek.

#### *Uitvoering*

Het specifieke knelpunt van de hoogte van het tarief van de werkzaamheden van de jeugdverpleegkundige kan met een beleidsregel innovatie verholpen worden. In de beleidsregel zijn de tarieven vrij en kunnen ze bepaald worden door de partijen die de beleidsregel aanvragen. Het tarief is daarmee niet vanzelfsprekend hetzelfde als wanneer de jeugdverpleegkundige vanuit de jeugdgezondheidszorg ingezet wordt. De prestatie van de jeugdverpleegkundigen moeten wel omschreven worden in de beleidsregel en er moet een AGB code aangevraagd worden om te kunnen declareren bij de verzekeraars. Via nadere regels zal de wijze van declareren door de NZa aangegeven worden.

#### *Ontwerp*

De GLI kan als prestatie omschreven worden in een beleidsregel innovatie.

Het onderdeel bewegen in relatie tot *bewegingsarmoede* kan niet opgenomen worden in de beleidsregel innovatie omdat dit niet in het basispakket als aanspraak wordt erkend. De inzet van het geven van adviezen rond een gezonde leefstijl en het bereiken van gedragsverandering kan wel opgenomen worden.

Het onderdeel bewegen in relatie tot *bewegingsbeperking* kan vergoed worden uit de basisverzekering. Er is dan sprake van zorggerelateerde op basis van medische klachten.

Een psychologische interventie bij een GLI+ wordt vergoed uit de basisverzekering op het versterken en behouden van het resultaat. Hierover is in mei 2015 een nadere (concept)duiding van het ZIN verschenen.

De inzet van een centrale zorgverlener kan uit het gemeentelijk domein en uit de basisverzekering vergoed worden.

De beleidsregel innovatie is al operationeel voor de inzet van een leefstijlcoach. Deze is aangevraagd door CZ voor Den Bosch en Breda en wordt in Den Bosch gevolgd door VGZ en kan ook door andere verzekeraars gevolgd worden. Andere verzekeraars dienen zich dan aan te sluiten bij de bestaande prestatie of in overleg met CZ de prestatie nader definiëren.

Mogelijk kan de beleidsregel innovatie voor de leefstijlcoach complementair gezien worden aan GLI's. Wanneer een nieuwe beleidsregel voor GLI's zou worden gedefinieerd dan kan overwogen worden de inzet van leefstijlcoach daarin op te nemen.

#### *Tactiek*

De beleidsregel innovatie kan worden ingezet om duidelijkheid te krijgen of een activiteit al dan niet onder bestaande regelingen valt, zoals onder de beleidsregel huisartsgeneeskundige zorg of regelingen die voortvloeien uit het basistakenpakket van de gemeente.

De beleidsregel wordt in de meeste gevallen aangevraagd door een verzekeraar en door zorgverleners die al zorg uit de basisverzekering declareren.

Ook andere partijen kunnen echter een beleidsregel innovatie aanvragen en daarmee kunnen ook andere partijen dan de reguliere zorgverleners uit de basisverzekering onder zo'n beleidsregel declareren. Partijen moeten wel bevoegd of bekwaam zijn en onder de nadere regels van de NZa declareren. Te denken valt aan jeugdarts, jeugdverpleegkundige, leefstijlcoach of centrale zorgverlener.

Omdat zorgkosten die onder de beleidsregel innovatie gemaakt worden niet onder een budget van bestaande inkoopteams bij verzekeraars vallen, zal er mogelijk meer draagvlak bestaan bij deze inkoopteams. De betreffende inkoopteams hoeven de kosten niet op te nemen in hun begrotingen waarover zijn verantwoording af moeten leggen. De verantwoording betreft dan innovatiegelden.

### **O-3. Definitie**

In algemene zin zijn er veel knelpunten rondom de definitie van inhoud en financiering genoemd. Er worden ook enkele oplossingen genoemd. Deze hebben betrekking op de clusters uitvoering, ontwerp en tactiek.

#### *Uitvoering*

Een belangrijke oplossing voor alle gesprekspartners is het benoemen van aantallen kinderen

waarvoor in enig jaar activiteiten worden ingekocht. Daaraan gekoppeld kan het volume van activiteiten genoemd worden en wordt de angst weggenomen dat er te veel, mogelijk oneigenlijke, activiteiten worden ingekocht door gemeente of verzekeraars. Door aan de voorkant te definiëren wat het maximum volume is kan de angst gereduceerd worden.

Er wordt binnenkort een rekenmodel opgeleverd door de GGD waarmee in iedere regio een schatting gedaan kan worden van het aantal kinderen met overgewicht of obesitas in de verschillende BMI klassen. Inkoopers kunnen dit rekenmodel in overleg met GGD toepassen.

#### *Ontwerp*

De beschikbaarheid van beschrijvingen van GGR's met afkappunten, van activiteiten in de verschillende fases van de zorgstandaard en van de nadere toelichting daarvan door ZIN, wordt als een belangrijke oplossing gezien voor het uitblijven van reguliere inkoop door verzekeraars en gemeenten. De toelichting betreft dan een toelichting op de toepasbaarheid van de functionele omschrijvingen in de basisverzekering en de toepasbaarheid van de basistaken van de gemeente uit de Jeugdwet en/of Wet publieke gezondheid met de JGZ.

#### *Tactiek*

Gesprekspartners geven aan dat het aantrekkelijk zou zijn als er direct vanuit de zorgstandaard een vertaalslag naar inkoopmogelijkheden door gemeente en verzekeraar gemaakt zou kunnen worden. Er is behoefte aan een soort handleiding voor de inkoop.

Het platform van epidemiologen van GGD Nederland kunnen aangeven welke indicatoren vastgelegd moeten worden bij de Jeugdgezondheidszorg om de juiste informatie te verzamelen voor de risicofactoren. Ook kan worden overlegd of de GGD een uniforme handreiking kan maken over de aantallen en mogelijk met andere informatie voor de inkoopers

Een beschrijving van good practices met daaraan gekoppeld de inzet van uren en deskundigheden zou de inkoop kunnen versnellen.

In Den Bosch beschrijven de deelnemers aan de Proeftuin overgewicht in 2015 de activiteiten van een GLI-kort (LEFF). Deze beschrijving kan bijdragen aan een verdere definitie van GLI activiteiten. Deze beschrijving kan opgenomen worden in het document 'Good practices "Care for Obesity"', waarvan de eerste conceptversie is opgesteld in februari 2015.

### **0-4. Experimenteren**

Er wordt door de meeste gesprekspartners aangegeven dat er toch vooral geëxperimenteerd moet worden met de financiering binnen aanvaardbare risico's. Als experimentele oplossingen worden de volgende voorstellen gedaan.

#### *Ontwerp*

Er kan door het ZIN geëxperimenteerd worden met het *voorlopig* toelaten van een beloftevolle interventie in het basispakket. Het betreft interventies waarvan de bewijsvoering nog niet rond is, maar waarvan de stand van de wetenschap en de praktijk voorlopige opname rechtvaardigt ('zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruikmaken van het best beschikbare bewijsmateriaal'). Deze interventie wordt dan 5 jaar gemonitord. Bij een succesvolle uitkomst van de evaluatie wordt de opname in het basispakket definitief, bij

een niet succesvolle uitkomst verdwijnt de interventie uit het pakket. Overwogen kan worden om een nauwkeurig omschreven GLI op te nemen als voorlopige toelating.

Een verzekeraar heeft aangegeven dat verzekeraars ook kunnen besluiten uit eigen innovatiegelden de implementatie van (onderdelen van) de zorgstandaard te implementeren. Of dit ook de zorgkosten betreffen of alleen de implementatiekosten moet nog verder verkend worden.

De meeste gesprekspartners geven aan dat er voor de vergoeding van kosten slechts op beperkte schaal geëxperimenteerd hoeft te worden. De meeste kosten vallen onder bestaande regelingen bij gemeenten en verzekeraars. Het experimenteren betreft vooral de *gezamenlijke* inkoop door gemeente en verzekeraars van één programma, met ieder eigen verantwoordelijkheden

#### *Tactiek*

Als tijdelijke oplossing wordt voorgesteld dat C4O en/of PON partijen ondersteunen in de implementatie van de zorgstandaard, zowel op inhoudelijk organisatorisch gebied als op het terrein van financieringsmogelijkheden. Mogelijk kan samen met verzekeraars en gemeenten een Leeromgeving Kinderobesitas ingericht worden. Hiermee kan voortgeborduurd worden op de proeftuinen die rond de implementatie van LEFF zijn ingericht.

#### *Strategie*

In de bestuurlijke convenanten van gemeenten en verzekeraars kan meer nadruk gelegd worden op het uitvoeren van experimenten en het inrichten van leeromgevingen. Vanuit deze leeromgeving kunnen handreikingen opgesteld worden voor inkopers van gemeenten en verzekeraars.

### **O-5. Heralloceren budget**

Van veel knelpunten wordt aangenomen dat ze opgelost kunnen worden door budget te heralloceren tussen gemeentelijke diensten. De oplossingen kunnen geplaatst worden onder het cluster tactiek.

#### *Tactiek*

De belangrijkste oplossing die aangereikt wordt betreft de herschikking van bestaande middelen binnen de gemeente tussen jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp. Nu zowel de publieke gezondheidszorg, waaronder leefstijl, als de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen onder verantwoordelijkheid van de gemeente vallen, wordt intensieve samenwerking voorgesteld om continuïteit van zorg rond het kind te borgen. Budgetten voor screening en diagnostiek in de jeugdgezondheidszorg en budgetten voor het inzetten van programma's binnen jeugdhulp kunnen in het geval van kinderen met overgewicht of obesitas, beter op elkaar worden afgestemd. Het betreft dan met name de mogelijkheid om meer jeugdverpleegkundige zorg in te kunnen zetten bij kinderen met GGR's waar toeleiding tot de gezinnen meer tijd vraagt dan het beschikbaar aantal gesprekken.

Als voorwaarde voor deze oplossing wordt aangegeven dat de VNG zich daar op landelijk niveau intensiever mee zou moeten bemoeien of over moeten uitspreken.

Volgens enkele gesprekspartners is het geen probleem om onderdelen van GLI en de daarbij horende inzet van Leefstijlcoach vanuit het basistakenpakket van de gemeente in te kopen.

De activiteiten van de gemeente omvatten individueel of groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding, gericht op het ondersteunen van ouders en jeugdigen, op een groot aantal onderwerpen waaronder ook overgewicht, leefstijl, sport en bewegen. Een deel van de activiteiten kan door leefstijlcoach zelf geïnvesteerd worden vanuit de gedachte dat kinderen daarna gebruik blijven maken van leefstijlcoach of programma's met eigen betaling.

Als alternatief voor de inkoop van losse onderdelen van de zorgstandaard wordt voorgesteld om aan te sluiten bij de ontwikkeling van beschikbaarheid van gemeentelijke budgetten per kind. Omdat ernstige GGR's vaak in combinatie voorkomen met complexe gezinsproblematiek zou dat een oplossing kunnen zijn voor teveel gedifferentieerde aanspraken bij de gemeente.

#### **O-6. Verduidelijken toepasbaarheid basisverzekering**

De oplossingen onder dit generieke thema betreffen vooral de mogelijkheden om bepaalde activiteiten binnen de basisverzekering op te nemen. De mogelijkheden worden vooral in het cluster ontwerp aangegeven, en in mindere mate in het cluster tactiek.

##### *Ontwerp*

Alle zorg uit de zorgstandaard Obesitas is functioneel omschreven in het basispakket van de basisverzekering en is dus beschikbaar voor kinderen die daar recht op hebben. Het recht op deze zorg wordt bepaald door de GGR's. Wanneer het GGR een risico op het ontstaan van medische aandoeningen geeft, dan is zorg uit de basisverzekering geïndiceerd. ZIN schrijft een nadere toelichting en toetst de zorg daarbij aan de omschrijvingen in het basispakket en aan de basistaken uit de Jeugdwet en Wpg.

De toets zal helderheid geven of de inzet van een centrale zorgverlener en van hulpverleners die zich bezighouden met gedragsverandering binnen en GLI uit de BV dan wel uit de Jeugdwet gefinancierd kan worden.

GLI-korts kunnen gecombineerd worden met consulten uit de tweede of derde lijn, zonder dat meteen een GLI of een GLI+ noodzakelijk is. Consulten uit de tweede of derde lijn kunnen gedeclareerd worden.

Het coördineren van zorg, maatschappelijk werk, gezinsbegeleiding en ondersteuning bij gedragsverandering kan uitgevoerd worden door jeugdverpleegkundige en gefinancierd worden uit de basisverzekering. Coördineren van zorg is een functie die omschreven is in de basisverzekering en op verschillende manieren ingekocht kan worden. Als aparte prestatie of als activiteit van een bestaande prestatie.

De beleidsregel 'coördinatie wondzorg' kan ook ingezet worden voor de coördinatietaken van de centrale zorgverlener.

De beleidsregel 'Overige geneeskundige zorg' kan ingezet worden voor de individuele adviezen van de jeugdverpleegkundige.

Bij kinderen met een sterk of extreem verhoogd risico kan de kinderarts de diagnostiek uitvoeren. Indien een leefstijlinterventie noodzakelijk is kan dit buiten het ziekenhuis aangeboden worden. Het onderhoud of de controle kan door de huisarts uitgevoerd worden.

##### *Tactiek*

Iedereen die bevoegd of bekwaam is kan zorg declareren uit de basisverzekering. De



inspectie toetst achteraf of er sprake is van bevoegde en bekwame uitvoerders. Verzekeraars en gemeenten kunnen in onderling overleg afspreken wie bevoegd en bekwaam zijn voor het uitvoeren van de zorg uit de Zorgstandaard.

Bij ieder GGR is inzet van een centrale zorgverlener vereist gedurende alle fases in de keten. Wanneer ten gevolge hiervan extra financiering noodzakelijk is kan overwogen worden om de centrale zorgverlener pas in te zetten bij een matig verhoogd risico en niet bij een licht verhoogd risico.

Als alternatief voor eigen bijdragen voor zorg die niet in de basisverzekering gedekt is kan verkend worden in hoeverre vergoeding daarvan opgenomen kan worden in collectieve aanvullende verzekeringen voor bijvoorbeeld uitkeringsgerechtigde of sociale minima of voor werknemers van grote bedrijven.

#### **O-7. Vereenvoudiging afstemming tussen en binnen gemeente en verzekeraars**

Oplossingen in dit generieke thema worden in meerdere clusters gezien.

##### *Uitvoering*

Er worden op dit moment veel ervaringen opgedaan rond geïntegreerde aanpak bij kinderobesitas. Gespekspartners geven aan deze ervaringen ook in te zetten op andere deelterreinen waar intensief samengewerkt wordt tussen zorgverzekeraar en gemeente.

##### *Ontwerp*

Het opstellen van een matrix met inkoop mogelijkheden en een overzicht van de aantallen kinderen met GGR's in een regio biedt een goed handvat voor de inkoop door zorgverzekeraars. Het opstellen van een ijs met good practices en een overzicht van aanbod in een regio biedt goede handvatten voor inkopers van gemeente en verzekeraar.

##### *Tactiek*

In bepaalde regio's worden ervaringen uit verschillende gemeenten besproken in de bestuurscommissie van de GGD. De ervaringen worden gebundeld tot een gezamenlijke aanpak waarmee meerdere gemeentes en de regionale verzekeraar afspraken kunnen maken. Het betreft dan vooral de inkoop van specifieke onderdelen van de Zorgstandaard Obesitas, bijvoorbeeld vergoeding GLI-kort.

##### *Strategie*

Om de inkoop sterk te vereenvoudigen wordt als oplossing voorgesteld om geen ketenfinanciering met één prestatie na te streven. De zorgvragen zijn te verschillend, soms alleen gewichtsgelateerd, soms ook gezondheidsgelateerd en/of gezinsgelateerd. Het gezamenlijk inkopen van een prestatie met één prestatiebeschikking door gemeente en verzekeraar gezamenlijk is te ingewikkeld en geen oplossing om tot implementatie van de zorgstandaard te komen.

#### **O-8. Vereenvoudiging zorgorganisatie**

De oplossingen voor het vereenvoudigen van het organiseren van de zorg liggen allen in het tactische cluster.

##### *Tactiek*

De oplossingen lijken erg toekomstgericht en betreffen het afschaffen van de verschillende

domeinen die dezelfde functionaliteiten bieden. Bijvoorbeeld het samenvoegen van institutionele organisaties (huisarts, JGZ, jeugdhulp) tot één organisatie Buurtgezondheid. Of het samenvoegen van alle soorten verpleging tot één organisatie (jeugd-, wijk-, praktijk-, transferverpleegkundige etc.). Ook de integratie van sociale wijkteams en basisteams wordt als oplossing aangedragen.

Als laatste oplossing in dit thema worden de opleiding en inzet van beweegcoaches en leefstijlcoaches genoemd en de integratie van deze functies.

### Bijlage 3 Interviewschema

Organisatie	Gesprekspartners	Datum
ZIN (met Jeugdzaak)	Freerkje van der Meer, Jolanda Latta	17-dec-14
Den Bosch (met Jeugdzaak)	Marian Sijben	6-jan-15
NZa	Vincent Pelgröm	7-jan-15
Smallingerland	Anneke Meijer	12-jan-15
Zorg en Zekerheid	Annette Zwart	13-jan-15
Amsterdam en Achmea	Karen den Hartog en Barend van Dijk	14-jan-15
Den Bosch	Irene Koster	15-jan-15
PON (expertmeeting)	Jaap Seidell e.v.a. <sup>2</sup>	20-jan-15
Zorgverzekeraars Nederland	Mirjam Maasdam	3-feb-15
CZ (met Jeugdzaak)	Madelon Pijl, Geert van Hoof	5-feb-15
CZ/VGZ/Den Bosch (LEFF)	Pijls, Maes, Sijben, Koster	5-feb-15
VGZ	Maria Maes	6-feb-15
GGD Hagelanden	Carolien van Hooijdonk	4-mrt-15
GGD Amsterdam	Marcel van der Wal	5-mrt-15
ZIN	Freerkje van der Meer, Jolanda Latta	18-mrt-15

<sup>2</sup> Deelnemers: Edgar van Mil, Eveline Koks, Hanneke Noordam, Hanno Pijl, Irene Koster, Jaap Seidell, Jasper Lok, Judith Stroo, Jutka Halberstadt, Karen den Hertog, Marga Beckers, Maria Maas, Marian Sijben, Marian van Leeuwen, Mariëlle Bleeker, Maud Hemink, Salilah el Habri, Vincent Pelgrom, Aldien Poll, Niels van der Vlugt

**Bijlage 4    Literatuurlijst**

<b>Titel</b>	<b>Auteur(s)</b>	<b>Uitgave</b>	<b>Pub. Datum</b>
Gecombineerde leefstijlbegeleiding bij overgewicht	I.E.J. Milder e.a.	RIVM	2010
De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk	F.M. Van der Meer e.a.	CVZ	2010
Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie	F.M. Van der Meer e.a.	CVZ	2009
Zorgstandaard Obesitas		PON	2011
Business case - Zorg voor kinderen met obesitas	J. Seidell e.a.	PON	2014
Good practices: Care for Obesity, conceptversie 1 .1		PON	2015
Gezondheidsmonitor 2012		GGD'en, CBS en RIVM	2012

## Bijlage 5 Lijst van gebruikte afkortingen

AGB-code	Algemeen GegevensBeheer-code
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMI	Body Mass Index
C4O	Care for Obesity
CVZ	College voor Zorgverzekeringen (opgevolgd door ZIN)
DBC	Diagnose-Behandel Combinatie
G4	Grote vier steden in NL (A'dam, R'dam, Utrecht en Den Haag)
GGD	Gemeentelijke GezondheidsDienst
GGR	Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
GLI	Gecombineerde LeefstijlInterventie
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JOGG	Jongeren Op Gezond Gewicht
LEFF	Lifestyle, Energy, Fun & Friends
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
POH	Praktijkondersteuner Huisartsen
PON	Partnerschap Overgewicht Nederland
RIVM	RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieu
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet Marktordening Gezondheidszorg (NZa is verantwoordelijk voor uitvoering hiervan)
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Wpg	Wet Publieke Gezondheid (financiert oa Jeugdzorg)
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringwet