

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



## Inhoudsopgave

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Algemeen .....  | 1  |
| 1.1   | Aanleiding .....  | 1  |
| 1.2   | Opdracht .....  | 2  |
| 1.3   | Aanpak .....  | 2  |
| 1.4   | Leeswijzer.....   | 3  |
| 1.4.1 | Hoofdstukken .....  | 3  |
| 1.4.2 | Bijlagen.....   | 4  |
| 2     | Samenvatting .....  | 5  |
| 3     | Context.....  | 7  |
| 3.1   | Inhoud Zorgstandaard Obesitas.....  | 7  |
| 3.2   | Inhoud financiering.....  | 10 |
| 3.2.1 | Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en Zorgverzekeringswet (Zvw) .....  | 11 |
| 3.2.2 | Wet publieke gezondheidszorg (Wpg), Jeugdwet, 'Sport en Bewegen in de Buurt',<br>Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ..... | 16 |
| 4     | Knelpunten en oplossingen .....   | 22 |
| 4.1   | Analyse knelpunten .....  | 26 |
| 4.2   | Analyse oplossingen.....  | 30 |
| 5     | Conclusie en Advies .....   | 33 |
| 5.1   | Mogelijke experimenten.....   | 36 |
| 5.2   | Hulpmiddelen voor toolbox.....  | 38 |
| 5.2.1 | Beleidsregel innovatie.....   | 38 |
| 5.2.2 | Rekenmodel .....  | 39 |

## 1 Algemeen

### 1.1 Aanleiding

'Jongeren Op Gezond Gewicht' (JOGG) is de aanpak waarbij iedereen in de stad, dorp of wijk zich inzet om gezond eten en bewegen voor jongeren van 0-19 jaar gemakkelijk en aantrekkelijk te maken. In een JOGG-gemeente signaleren zorgprofessionals overgewicht idealiter in een vroeg stadium, waardoor kinderen die advies of zorg nodig hebben direct op de juiste plek komen. De JOGG pijler 'verbinding preventie en zorg' heeft als doel een ketenaanpak op lokaal niveau te stimuleren, waarbinnen preventie, vroegsignalering, behandeling en begeleiding gecoördineerd en in samenhang worden uitgevoerd.

In Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) werken zorgverleners en patiëntenorganisaties samen aan het verbeteren van de zorg voor mensen met overgewicht en obesitas. Het PON heeft afgelopen jaren een aantal producten, zoals de Zorgstandaard Obesitas<sup>1</sup>, ontwikkeld.

Ter verbetering van de verbinding tussen preventie en zorg, heeft het ministerie van VWS het PON de opdracht gegeven om gemeenten te ondersteunen bij het lokaal realiseren van een passende, toegankelijke en een effectieve ketenaanpak voor kinderen (0-19 jaar) met overgewicht en obesitas en hun ouders. Het uiteindelijke doel is het versterken van de ketenaanpak voor deze doelgroep. Het PON voert dit traject onder de naam Care for Obesity (C4O) in de periode van 2013 – 2015 uit in nauwe samenwerking met Jongeren Op Gezond Gewicht.

De implementatie van de Zorgstandaard Obesitas vraagt om een eenduidige interpretatie van de inhoud, organisatie en financiering van de keten. Op basis van deze interpretatie kunnen gemeenten en verzekeraars afspraken maken.

Afspraken over de inhoud van de zorg in de keten, betreffen de vertaling van de Zorgstandaard Obesitas naar uit te voeren activiteiten, competenties van bevoegd en bekwame zorg- en hulpverleners en naar indicaties voor vergoeding.

Afspraken over financiering betreffen de koppeling van de activiteiten uit de Zorgstandaard Obesitas aan de aanspraken of rechten uit de Wet publieke gezondheid, Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning, Zorgverzekeringswet of aan eigen verantwoordelijkheid van het kind of gezin.

Deze notitie beschrijft een verkenning naar knelpunten en dilemma's in financiering van de activiteiten uit de Zorgstandaard Obesitas, bij gemeenten en verzekeraars en het formuleren van modellen voor oplossingen.

Het Zorginstituut heeft een handreiking opgesteld waarin wordt uitgelegd welke (onderdelen van de) zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas onder de basisverzekering vallen (zie voetnoot 3). Bevindingen zijn in de verkenning meegenomen.

Parallel aan deze verkenning is een verkenning uitgevoerd naar de verantwoordelijkheden van een centrale zorgverlener in de keten van zorgactiviteiten bij kinderobesitas. Er is nauw samengewerkt in beide verkenningen<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> De Zorgstandaard Obesitas is in 2010 uitgegeven door het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) en is tot stand gekomen in opdracht van en met financiële steun van het ministerie van VWS.

## **Doelgroep**

In deze notitie wordt gesproken over kinderen met overgewicht en obesitas. Wanneer uitdrukkelijk alleen de groep kinderen met overgewicht, of alleen de groep kinderen met obesitas aan de orde is wordt dat expliciet vermeld.

## **1.2 Opdracht**

Op dit moment zijn er nog geen duidelijke landelijke afspraken tussen gemeenten, (zorg)professionals en zorgverzekeraars over wie welke zorg aan kinderen met overgewicht en obesitas biedt. Daarbij is de afbakening tussen basisverzekering en gemeentelijk domein van belang. De opdracht bestaat uit het inventariseren van knelpunten die leven bij gemeenten en zorgverzekeraars en het formuleren van oplossingsrichtingen die als handvat kunnen dienen bij het komen tot lokale financieringsafspraken.

Activiteiten die hiertoe behoren zijn:

1. Doel en reikwijdte afstemmen met het Zorginstituut Nederland (ZIN)
  - a. Wat is het standpunt van het ZIN op de afbakening van de financiering van de zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas tussen de basisverzekering of het gemeentelijke domein
  - b. Wat is ontbrekende informatie die Care for Obesity (C4O) kan aanleveren
  - c. Wat zijn vervolgstappen in het kader van de opdracht van VWS
2. Het door middel van gesprekken met verzekeraars en gemeenten in kaart brengen van ervaren knelpunten in lokale financiering en van de mogelijke oplossingsrichtingen
3. Duiden van de ervaren knelpunten, gevoeligheden, wijze van communiceren en dilemma's tot objectieve kernproblemen en onderliggende thema's
4. Opstellen conceptrapportage met bevindingen en oplossingsrichtingen
5. Initiëren van bijeenkomst met relevante partijen

## **1.3 Aanpak**

In het kader van de opdracht zijn de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

1. Er is met C4O/PON voortdurend en intensief gesproken over de Zorgstandaard Obesitas en de Business Case (PON, 2014). Daarnaast zijn relevante e-mails en discussies tussen ZIN, verzekeraars en gemeenten verzameld en bestudeerd.
2. Er zijn 14 interviews gehouden. De geïnterviewden betroffen allen medewerkers van instanties, gemeenten of verzekeraars die zich intensief met de financiering van de activiteiten voor kinderen met overgewicht of obesitas bezighouden (voor de lijst met interviews zie Bijlage 3).
3. In de interviews opgebrachte knelpunten en oplossingen zijn geanalyseerd om de onderliggende thematiek te identificeren die aan de probleemstelling ten grondslag liggen
4. Er is een expertmeeting met genodigden geweest, waar de eerste bevindingen, zijn getoetst
5. Er zijn hulpmiddelen geïdentificeerd waarmee praktische ondersteuning kan worden geboden aan mogelijke oplossingsrichtingen
6. Er is een gesprek gevoerd met vertegenwoordigers van verschillende teams van een zorgverzekeraar ter ondersteuning van het definiëren van het inkoopbeleid.

---

<sup>2</sup> Bevindingen zijn gerapporteerd in de notitie 'Positionering rol centrale zorgverlener bij kinderobesitas', van De Jeugdzaak, juli 2015

7. Er is gesproken met vertegenwoordiging Aanpak Overgewicht van de van de vier grote steden (G4)
8. Rapportage

#### **1.4 Leeswijzer**

Het tot stand komen van een zorgaanbod voor kinderen met overgewicht en obesitas vraagt op verschillende terreinen om duidelijkheid. Deze zijn:

- Welke (onderdelen van de) zorg uit de Zorgstandaard Obesitas behoren tot het domein van de zorgverzekering en welke (onderdelen van de) zorg behoren tot het domein van de publieke gezondheidszorg.
- wat zijn vervolgens de mogelijkheden voor financiering van de (onderdelen van de) zorg in het domein van de zorgverzekering en in het domein van de publieke gezondheidszorg
- op welke wijze kunnen de zorgaanspraken gecontracteerd worden binnen het domein van de zorgverzekering en binnen het domein van de publieke gezondheidszorg

Voor het eerste punt is een handreiking opgesteld door het ZIN<sup>3</sup>. Uitgangspunten in die handreiking zijn meegenomen in deze notitie.

Voorliggende notitie betreft een verkenning naar mogelijkheden voor financiering en de contractering van de zorg bij verschillende stakeholders. Er is hen gevraagd naar knelpunten en oplossingen. Bij de verkenning is gebruik gemaakt van de handreiking van het Zorginstituut. Deze was eerst in concept beschikbaar en later in definitieve vorm. De laatste wijzigingen in de handreiking zijn meegenomen in deze verkenning.

De notitie bestaat uit 5 hoofdstukken. Om de knelpunten en oplossingen uit hoofdstuk 4 te begrijpen staat in hoofdstuk 3 de achtergrond van de landelijke en lokale financiering beschreven. Zonder deze beschrijvingen kunnen de knelpunten en oplossingsrichtingen niet begrepen worden.

##### **1.4.1 Hoofdstukken**

In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding van de opdracht en de opdracht zelf beschreven. Duidelijk wordt dat de verkenning naar de knelpunten en oplossingsrichtingen in financiering van de Zorgstandaard Obesitas bij moet dragen aan een beter implementatie traject van deze zorgstandaard. De aanpak van de verkenning beschrijft de wijze hoe wij te werk zijn gegaan en hoe we tussentijdse bevindingen meegenomen hebben in de verkenning.

In hoofdstuk 2 is een samenvatting van deze notitie opgenomen.

Hoofdstuk 3 beschrijft de context van de verkenning. Het betreft een toelichting op de inhoud van de Zorgstandaard Obesitas en op de wettelijke verantwoordelijkheden van partijen zoals die zijn vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), in de Wet publieke gezondheidszorg (Wpg) en de Jeugdwet.

Er wordt een toelichting gegeven op de belangrijkste verantwoordelijkheden en spelregels waar zorgverzekeraars en gemeente rekening mee moeten houden bij de inkoop van de zorgstandaard en op de instrumenten die zij kunnen toepassen.

---

<sup>3</sup> Zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas: een handreiking; 4 augustus 2015

Hoofdstuk 4 gaat in op de knelpunten en de oplossingsrichtingen die uit de verkenning naar voren zijn gekomen.

Er zijn 76 knelpunten geïnventariseerd die financiering bemoeilijken, en 55 oplossingsrichtingen. Deze zijn van verschillende grootte en hebben vaak verschillende oorzaken. Er wordt in dit hoofdstuk daarom gewerkt met twee ordeningsprincipes.

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

De ordening naar dimensies betreft 7 clusters. Vier clusters richten zich op beleidsontwikkeling en drie clusters richten zich op de uitvoering. De beleidsontwikkeling 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 ordening naar thema's betreft de verzameling van verschillende knelpunten 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 de nadere analyse van de thema's en de onderliggende knelpunten wordt gebruik gemaakt van het ordeningsprincipe naar de mogelijke oorzaken (beleid en uitvoering).

Voor de geïnteresseerden zijn alle knelpunten met gedetailleerde analyses opgenomen in Bijlagen 1 en 2.

Hoofdstuk 5 beschrijft de conclusies en het advies. Ook hier is weer gebruik gemaakt van het ordeningsprincipe naar oorzaken van knelpunten. In dit hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op hulpmiddelen die kunnen worden ingezet bij het uitvoeren van experimenten. Tevens worden 6 mogelijke experimenteerrichtingen genoemd. Vier experimenten met een beleidsregel innovatie en twee vanuit het basispakket van de gemeente. Alle experimenten worden gezamenlijk door gemeente en zorgverzekeraar ingevuld.

#### **1.4.2 Bijlagen**

Bijlage 1 geeft een overzicht van de in de interviews opgebrachte knelpunten en oplossingen en hoe die thematisch zijn geclusterd.

Bijlage 2 bevat de detailanalyse van de thema's.

In de Bijlagen 3, 4 en 5 ten slotte zijn het interviewschema, de literatuurlijst en de gebruikte afkortingen opgenomen.

## 2 Samenvatting

Deze notitie betreft een weergave van de verkenning naar de knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen in de financiering van de Zorgstandaard Obesitas bij kinderen. Daartoe zijn interviews gehouden met experts en is veel informatie bestudeerd over al opgedane ervaringen met gecombineerde leefstijlinterventies (GLI's).

Om de verkenning te kunnen duiden is een toelichting opgenomen op de inhoud van de Zorgstandaard Obesitas en op het financieringssysteem. Wat betreft de financiering zijn de wettelijke kaders, de wettelijke verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars en gemeente in relatie tot preventie en zorg toegelicht en zijn de financieringsinstrumenten beschreven. De verantwoordelijkheden betreffen rollen en taken van het Zorginstituut Nederland (ZIN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de zorgverzekeraars. De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zijn daartoe de relevante wetten. Wat betreft de financiering door de gemeente zijn de taken uit de Wet publieke gezondheidszorg en Jeugdwet toegelicht.

Het overzicht maakt duidelijk dat een aantal elementen uit de Zorgstandaard Obesitas uit de basisverzekering vergoed kunnen worden. Het moet daarbij gaan om (medisch) noodzakelijke zorg zoals professionals die 'plegen te bieden' (richtlijnen en standaarden) en om zorg die voldoet aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk' (zorg die, kortweg 'effectief' is). Wat medisch noodzakelijk is - en wat niet - wordt mede bepaald door het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico's (GGR): het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. Deze maat wordt bepaald door BMI in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren of comorbiditeit. Hieronder worden de aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren of (een verhoogd risico op) Diabetes Mellitus type 2 verstaan. Het GGR betreft de indicatie op grond waarvan een interventie noodzakelijk is. De indicatie, de bijbehorende interventie en de vaststelling of (onderdelen van de) zorg tot het domein van de Zvw behoort, leiden tot zogenaamde zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas op grond van de Zorgverzekeringswet. Wanneer er sprake is van een zorgaanspraak worden verzekeraars geacht passende zorg in te kopen.

Andere zorg(onderdelen) uit de Zorgstandaard Obesitas kunnen aangeboden worden via de gemeente op basis van de Wpg (Jeugdgezondheidszorg) of Jeugdwet (jeugd GGZ). Wat vergoed wordt via de basisverzekering en wat aangeboden wordt via de gemeente, is afhankelijk van de indicaties (basisverzekering) of criteria (publieke gezondheidszorg, jeugdhulp), van de financierings-mogelijkheden en van de afspraken tussen gemeente en verzekeraars daarover.

Het basistakenpakket van de JGZ omvat onder andere de signalering en doorgeleiding van kinderen met verhoogde gezondheidsrisico's ten gevolge van overgewicht of obesitas. De doorgeleiding betreft de overgang naar de basisverzekering of naar voorzieningen van Jeugdhulp voor ondersteuning van en hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen, stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of van een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders en adoptiegerelateerde problemen.

Voor vergoeding uit de basisverzekering dienen de aanspraken uit de basisverzekering en de spelregels van de NZa nageleefd te worden bij het inkopen van zorg uit de Zorgstandaard Obesitas. De spelregels zijn vastgelegd in tal van beleidsregels, prestaties en tariefbeschikkingen met behulp waarvan betaaltitels voor de zorg gedefinieerd worden. Voor de meeste afzonderlijke elementen uit de Zorgstandaard Obesitas bestaan zorgprestaties. Er is echter geen samenhangende prestatie voor de gehele zorgstandaard (diagnostiek, behandeling en begeleiding) of voor samenhangende onderdelen



van de zorgstandaard (bijvoorbeeld voor een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) waardoor de inkoop van een geïntegreerd (deel)programma wordt belemmerd.

Er is een handreiking opgesteld door het ZIN om te verhelderen bij welke indicaties (onderdelen van de) zorg onder de basisverzekering valt en bij welke indicaties niet<sup>4</sup>. De bevindingen uit deze handreiking zijn opgenomen in deze verkenning.

Er zijn 76 knelpunten geïventariseerd en 55 mogelijke oplossingsrichtingen, die allemaal van een zeer verschillende dimensie zijn. De ordening naar dimensies betreft 7 clusters. Vier clusters richten zich op beleidsontwikkeling en drie clusters richten zich op de uitvoering. De beleidsontwikkeling bestaat uit het invullen van de visie, de strategie, de tactiek en het ontwerp voor financiering van de zorgstandaard. De uitvoering bestaat uit het werkelijk bekostigen, het monitoren van de afspraken en het bijstellen van de afspraken. De knelpunten en oplossingsrichtingen komen in vier van de zeven clusters voor en hebben een sterke onderlinge relatie.

Bijna de helft van de knelpunten doen zich voor in het ontwerpen van contractafspraken. Daar liggen veel knelpunten aan ten grondslag uit het cluster tactiek. Men kent elkaars verantwoordelijkheden onvoldoende en er zijn onvoldoende hulpmiddelen om inzicht te krijgen in wat er ingekocht moet worden voor hoeveel mensen en welke financieringsinstrumenten daar voor beschikbaar zijn. Met andere woorden, er is onvoldoende inzicht in de volledige keten van (1) formuleren van *aanspraken*, (2) formuleren van *financieringsmogelijkheden* en (3) het *contracteren* van de afspraken.

De oplossingen doen zich ook vooral voor in het ontwerp en in de tactiek. Het samenwerken en experimenteren met behulp van informatie over aantallen, financiële risico's, de specificaties, rekenmodellen en de beleidsregel innovatie biedt veel gesprekspartners het vertrouwen om een stap verder te komen. Als belangrijke strategische oplossingen wordt gevraagd om:

- een expliciet bestuurlijke uitspraak van zorgverzekeraars en gemeenten over de financierings-bron (bij zorgverzekeraars) en het takenpakket/budget (bij gemeenten) van waaruit ingekocht en bekostigd kan worden, en
- de uitspraak dat gemeente en zorgverzekeraar gezamenlijk optrekken in het contracteren van de Zorgstandaard Obesitas. Omdat de zorg uit de Zorgstandaard uit zowel het domein van de basisverzekering (private schadeverzekering met publieke randvoorwaarden) van de zorgverzekeraars als het publieke domein van de gemeente ingekocht moet worden, is het gezamenlijk optrekken in de contractering belangrijk. Wanneer gestreefd wordt naar transparante risico's voor gemeente en verzekeraar, binnen de wettelijke kaders, zal het contracteringsproces mogelijk gemakkelijker verlopen dan wanneer er gevoelens van 'afschuiven' van verantwoordelijkheden ontstaan.

De analyse van de knelpunten en oplossingen leidt tot het advies om regionale leeromgevingen in te richten met inkopers van gemeente en zorgverzekeraars. In de leeromgevingen kunnen 7 overzichtelijke experimenten ontworpen en uitgevoerd worden, waarvan vier met een beleidsregel innovatie, twee vanuit JGZ en jeugdhulp en één vanuit de bestaande standaardmogelijkheden bij gemeente en verzekeraar. De experimenten worden gezamenlijk ontworpen en aangevraagd. Alle zorgverzekeraars of gemeenten die dat willen kunnen aansluiten bij één van de experimenten. De experimenten hebben een duur van drie jaar en leiden tot definitieve prestaties in de basisverzekering en/of basistaken voor de gemeente. Voor de overgang naar definitieve prestatiebeschikkingen is een aanvraag nodig bij de NZa. Deze aanvraag vereist zorgvuldige planning. Ter ondersteuning van de leeromgeving kan een toolbox met hulpmiddelen nuttig zijn. Enkele hiervan zijn opgenomen in dit document.

---

<sup>4</sup> Zie voetnoot 3

### 3 Context

Er is een keten van preventie en zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas. Voor het begrijpen van de knelpunten en oplossingsrichtingen in deze keten is enige kennis van de inhoud van zowel de Zorgstandaard Obesitas als van de financieringssystemen van zorg en preventie noodzakelijk. In dit hoofdstuk staat een korte toelichting op inhoud, organisatie en financiering.

#### 3.1 Inhoud Zorgstandaard Obesitas

De Zorgstandaard Obesitas beschrijft de norm waaraan goede zorg voor kinderen en volwassenen met overgewicht en obesitas moet voldoen, zowel qua inhoud als qua organisatie. Deze zorgstandaard is gebaseerd op de multidisciplinaire wetenschappelijke CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen uit 2008'.

De Zorgstandaard Obesitas gaat uit van 3 zorgfasen:

1) Diagnostiek

Vaststellen van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico, overige co- en multimorbiditeit en aanvullende analyse persoonsgegevens

2) Behandeling

Bestaande uit een intensieve behandelfase van 1 jaar, gevolgd door een onderhoudsfase gericht op terugvalpreventie van 1 jaar.

3) Begeleiding

Indien nodig voor onbepaalde tijd.

*Uitgangspunten fase diagnostiek:*

- Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) bepalen  
In de zorgstandaard wordt het begrip 'gewichtsgelateerd gezondheidsrisico' beschreven (het GGR). Het GGR wordt bij kinderen vastgesteld op basis van BMI en mogelijke aanwezigheid van risicofactoren of comorbiditeit. Hieronder worden de aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren of (een hoog risico op) Diabetes mellitus type 2 verstaan. Er zijn vier niveaus van GGR's: 'licht verhoogd risico', 'matig verhoogd risico', 'sterk verhoogd risico' en 'extreem verhoogd risico' (zie figuur 1).
- Overige co- en multimorbiditeit  
Het in kaart brengen van psychische of somatische co- en multimorbiditeit die mogelijk een indicatie voor een intensievere of aangepaste vorm van behandeling zijn.
- Aanvullende analyse persoonsgegevens  
Het in kaart brengen van aanvullende persoonsgegevens die een rol spelen in de gezondheid van de patiënt en richtinggevend zijn voor de inhoud en vormgeving van de interventie.

| BMI kg/m <sup>2</sup> | Geen risicofactoren of comorbiditeit | Risicofactoren of comorbiditeit |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Overgewicht           | Licht verhoogd                       | Matig verhoogd                  |
| Obesitas graad I      | Matig verhoogd                       | Sterk verhoogd                  |
| Obesitas graad II     | Sterk verhoogd                       | Extreem verhoogd                |
| Obesitas graad III    | Extreem verhoogd                     | Extreem verhoogd                |

Figuur 1. Niveaus van gewichtsgelateerde gezondheidsrisico's bij kinderen (PON, 2010).<sup>5</sup>

Daarnaast wordt in de fase van diagnostiek bepaald of er sprake is van:

- **Zorggerelateerde preventie**  
Vanaf een matig verhoogd GGR is er sprake van zorggerelateerde preventie
- **Inzet andere behandelingen**  
Uit de diagnostiekfase kan blijken dat het raadzaam is naast een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) ook andere hulp in te zetten, omdat er meerdere problemen spelen bij het kind of diens gezin. Het kan dan gaan om zaken zoals een depressie van het kind of schuldproblematiek van het gezin. Er kan ook gekozen worden een dergelijk probleem eerst aan te pakken en pas daarna te starten met een GLI, afhankelijk van de inschatting van de professional en de wensen, behoeftes en mogelijkheden van het gezin. De financiering van dergelijke hulpverlening voorafgaand aan of aanvullend op de GLI, valt buiten de financiering van de obesitasbehandeling.

Voor de behandelfase gelden de volgende uitgangspunten:

- **Gecombineerde leefstijlinterventie**  
De aangewezen behandeling bij obesitas, is een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) met daarin de componenten voeding, bewegen en gedrag.
- **Individueel zorgplan**  
Op basis van de uitkomsten van de diagnostiekfase wordt een individueel zorgplan opgesteld dat centraal staat binnen de behandeling en de patiënt en diens ouders optimaal ondersteunt bij zelfmanagement. In dit zorgplan kunnen naast de GLI ook individuele of groepsbehandelingen opgenomen worden bij de diëtist, fysiotherapeut, psycholoog of jeugdhulp.
- **Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR)**  
Het GGR bepaalt de maximale zwaarte van de in te zetten gecombineerde leefstijlinterventie: GLI-kort, GLI of GLI+. Naarmate het GGR hoger is volgt een intensievere interventie. Grofweg kan gesproken worden over drie niveaus: een kortdurende GLI, een gewone GLI en een zwaardere GLI. Met andere woorden een GLI-kort, een GLI en een GLI+. Er wordt uitgegaan van een GLI-kort als eerste stap/inzet, indien nodig worden extra modules ingezet (ook bij GLI en GLI+).

<sup>5</sup> De afkappunten in de tabel aangeduid met overgewicht dan wel obesitas graad I, zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassenen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 resp. 30 kg/m<sup>2</sup>. De afkappunten aangeduid met obesitas graad II en III zijn gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 resp. 40 kg/m<sup>2</sup>. Deze tabel betreft een verduidelijking van de tabel met niveaus van GGR voor kinderen zoals deze in de gedrukte versie van de Zorgstandaard Obesitas (2010) op pagina 25 gepubliceerd is.

De GLI-kort (korte gecombineerde leefstijlinterventie) is een kortdurende interventie gericht op voeding, bewegen en gedragsverandering.

De GLI (gecombineerde leefstijlinterventie) bestaat uit interventies gericht op voeding en bewegen met eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering. De zorg bestaat uit een behandelfase van één jaar, een onderhoudsfase van één jaar en begeleiding voor onbepaalde tijd.

De GLI+ (intensieve gecombineerde leefstijlinterventie) heeft een hogere intensiteit met andere accenten dan de GLI. Opname kan onderdeel van de GLI+ zijn. Voor een opname is verwijzing nodig van een door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde daartoe aangewezen expertisecentrum (handreiking ZIN, augustus 2015).

- Gezinsaanpak  
Bij kinderen betreft het altijd een gezinsaanpak.
- Stepped en matched care  
De zorg begint altijd met de minst ingrijpende en de minst kostbare interventie, gegeven de ernst van de aandoening en er is sprake van een individuele aanpak die past bij het kind en zijn/haar context.

Kinderen met ernstige obesitas (obesitas graad 2 en 3) en medische problemen zijn vaak al in behandeling bij de kinderarts of de huisarts. De GLI maakt het mogelijk om kinderen niet alleen in het ziekenhuis of bij de huisarts te behandelen, maar indien gewenst ook in een vast omschreven programma dicht bij huis en met noodzakelijke expertise. Indien noodzakelijk kunnen pedagogen, psychologen, medisch specialisten of huisartsen altijd op consult-basis voor de GLI betrokken worden.

*Voor de fase van begeleiding geldt het volgende:*

Na de GLI volgt een fase van nazorg en daarna begeleiding, indien nodig voor onbepaalde tijd. Begeleiding voorkomt terugval na behandeling.

#### *Organisatie*

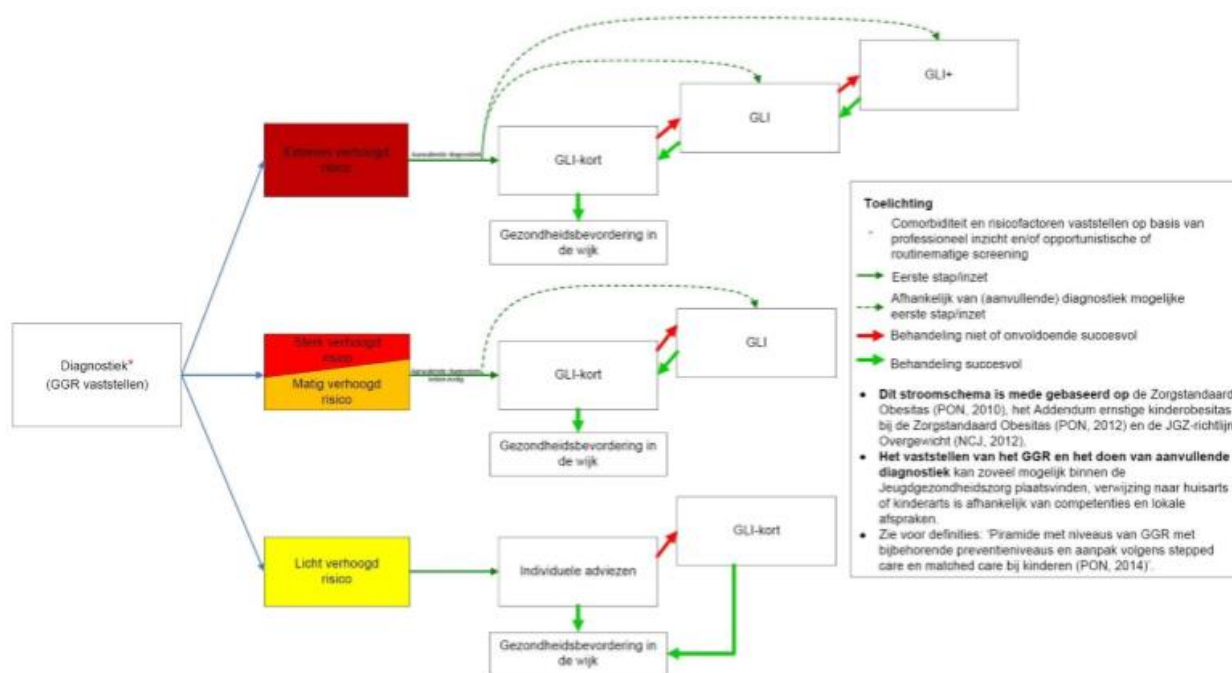
Mensen met obesitas hebben baat bij een integrale aanpak van de zorg, waarbij verschillende typen expertise en domeinen op structurele wijze bij elkaar gebracht worden met één aanspreekpunt: een centrale zorgverlener<sup>6</sup>.

#### *Stroomschema ketenaanpak kinderen overgewicht en obesitas*

De uitgangspunten van de Zorgstandaard Obesitas bezien over de gehele keten van signalering, diagnostiek, behandeling (inclusief onderhoud) en begeleiding, zijn door het PON gevisualiseerd in onderstaand stroomschema (figuur 2):

---

<sup>6</sup> Rapport 'Positionering centrale zorgverlener bij kinderobesitas', van De Jeugdzaak, juli 2015



Figuur 2. Stroomschema stepped care en matched care kinderen (0-19 jaar) met overgewicht en obesitas (PON, 2014)

Voor al de genoemde activiteiten uit de Zorgstandaard Obesitas geldt dat gemeente en zorgverzekeraar ieder afzonderlijk contractuele afspraken met uitvoerders maken over de financiering en kwaliteit van de activiteiten, over de bekwaamheid en bevoegdheid van de uitvoerders en over de aantallen kinderen die het betreft. Een aantal van de activiteiten (onderdelen van de zorg) zit al in de basisfinanciering van de Zorgverzekeringswet en in de financiering van taken uit de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke opvang (Wmo), impulsen ten behoeve van Sport en Bewegen in de Buurt, of Wet publieke gezondheid (Wpg). Voor andere activiteiten moet specifiek gezocht worden naar een duurzame financieringsbron. In de komende hoofdstukken wordt hier een nadere analyse van gegeven en in hoofdstuk 5 worden voorstellen tot oplossingen gedaan. Samenhangende financiering van één programma voor hetzelfde kind door gemeente en verzekeraar vergt eenduidige kaders van de overheid waarin financiering door gemeente en door verzekeraar aan elkaar gekoppeld zijn. Dit rapport hoopt bij te dragen aan deze samenhangende financiering.

### 3.2 Inhoud financiering

Om de zorg in Nederland te kunnen declareren (zorg-/hulpverlener) en te kunnen betalen (zorgverzekeraar/gemeente) zijn afspraken gemaakt en instrumenten ontwikkeld. Deze afspraken en instrumenten worden uitgevoerd of vastgesteld door verschillende organisaties met verschillende verantwoordelijkheden.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste afspraken en instrumenten met betrekking tot het maken van afspraken over financiering van de zorg uit Zorgstandaard Obesitas, kort toegelicht. De kennis kan gebruikt worden in het overleg tussen gemeente, verzekeraar en professionals wanneer zij in de gemeente preventie en zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas willen organiseren. Dat hoeft niet in iedere gemeente op dezelfde wijze en is afhankelijk van de lokale problematiek en het lokale gezondheidsbeleid. Het organiseren en contracteren kent in de grote steden heel andere uitdagingen dan in minder druk bevolkte en niet Randstedelijke gebieden. Vooral in aantallen kinderen met

overgewicht en obesitas zijn grote verschillen zichtbaar. Het moet in iedere gemeente wél conform de wettelijke afspraken en de geëigende financieringsinstrumenten.

### **3.2.1 Wet marktordering gezondheidszorg (Wmg) en Zorgverzekeringswet (Zvw)**

De Wmg regelt de ontwikkeling en ordening van, en het toezicht op de markten voor de gezondheidszorg. De wet is onder andere van toepassing op het domein van de te verzekeren zorg. Taken en verantwoordelijkheden rond de financiering van die zorg zijn verschillend belegd. De belangrijkste partijen zijn het ministerie van VWS dat het beleid bepaalt, het Zorginstituut Nederland (ZIN), de Nederlandse Zorg-autoriteit (NZa) en de zorgverzekeraars. Het ZIN voert pakketbeheer uit en adviseert de minister van Volksgezondheid over de samenstelling van het basispakket in de zorgverzekering, de zogenaamde basisverzekering. Zorg die in het pakket is opgenomen wordt vergoed door verzekeraars. Verzekeraars mogen deze zorg niet inperken. Wel hebben ze zelf de keuze wie wel en wie niet gecontracteerd wordt, zolang aan de zorgplicht wordt voldaan. Zorg die niet in het pakket is opgenomen kan niet vergoed worden uit de basisverzekering.

De zorg wordt in het pakket in algemene functionele termen omschreven (zgn. aanspraken) en door de NZa vertaald in specifieke Wmg prestaties. De NZA bepaalt tevens de transparantie- en registratieverplichtingen waaraan verzekeraars bij hun inkoop van de prestaties moeten voldoen.

Zolang er geen reguliere prestatiebeschrijving is kan een beleidsregel innovatie worden ingezet. Met de beleidsregel kunnen nieuwe prestaties worden ontwikkeld en uitgetoetst. Uit oogpunt van organisatie, contractering en bekostiging is het raadzaam om in dat geval het geheel van zorg op te nemen. Het ZIN en de NZa bepalen op basis van de Wmg wat rechtmatig vergoed wordt binnen de Zvw en wat niet. De verzekeraar kan de prestaties, producten of activiteiten inkopen. Daarnaast kan een verzekeraar zorg die niet in het basispakket is opgenomen via aanvullende verzekeringen vergoeden. Te denken valt aan vergoeding van beweegprogramma's in een GLI.

Naast het ZIN, de NZa en de verzekeraars spelen de ministeries van VWS en van Financiën een belangrijke rol. Zij stellen het gezondheidsbeleid en de financiële kaders van de basisverzekerde gezondheidszorg (en van de publieke gezondheidszorg bij de gemeente) in Nederland vast.

En last but not least bepalen de professionals en de zorgorganisaties uiteindelijk welke zorg op welke wijze, conform de richtlijnen van de beroepsgroepen, geboden wordt. Zij bepalen bijvoorbeeld (al of niet in overleg met de gemeente) het aanbod van de GLI's.

In de volgende paragraaf worden enkele relevante taken en verantwoordelijkheden uit de Zvw en uit Wmg genoemd, die een rol spelen bij de implementatie van de Zorgstandaard.

#### **3.2.1.1 Het Zorginstituut Nederland (ZIN)**

Iedere inwoner in Nederland heeft conform de Zorgverzekeringswet (Zvw) recht op noodzakelijke medische zorg conform de aanspraken in het basispakket. De aanspraken zijn functioneel omschreven en worden zo nodig nader toegelicht<sup>7</sup>. Het ZIN vervult de rol van pakketbeheerder: uitleg over de Zvw en adviseren over de inhoud van de basisverzekering aan de minister van Volksgezondheid. Voor opname van geneeskundige zorg in het pakket gelden twee basisregels:

- 1) het moet gaan om zorg zoals professionals die 'plegen te bieden' (richtlijnen en standaarden, zoals de Zorgstandaard Obesitas) en

---

<sup>7</sup> Zie voetnoot 3

- 2) de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk' (zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruikmaken van het best beschikbare bewijsmateriaal, zoals Good Practices van gecombineerde leefstijlinterventies en bestaande 'verstrekkingen' als fysiotherapie, diëtetiek, psychologie, medisch specialistische zorg etc.).

Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie zijn geen algemene aanspraken op zichzelf binnen de Zvw. Zij geven echter aan dat de basisverzekering niet alleen de zorg dekt die nodig is in verband met een behoefte aan geneeskundige zorg, m.a.w. een aandoening, maar óók de zorg in verband met een hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg, m.a.w. zorg gericht op het voorkomen van een aandoening. Zorggerelateerde preventie betekent niet 'genezen' of 'herstellen', maar 'voorkomen van verergering'. Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie specificeren géén te verzekeren prestaties maar omschrijven het domein van de verzekering. Wanneer vormen van geïndiceerde preventie of zorggerelateerde preventie ingekocht worden door een verzekeraar betreft het dus altijd een specifieke interventie bij een specifieke indicatie. De NZa (zie 3.2.1.4) heeft hiervoor een prestatieomschrijving opgesteld op basis van de Wmg.

Veel activiteiten (onderdelen van de zorg) uit de Zorgstandaard Obesitas kunnen vergoed worden uit de basisverzekering, mits er sprake is van medisch noodzakelijke zorg en mits er sprake is van een indicatie met een omschreven prestatie (3.2.1.4). Bij mensen met medische aandoeningen of hoog risico op verergering van de aandoening is sprake van een recht op medische noodzakelijke zorg.

De intensieve GLI valt voor kinderen met een extreem verhoogd GGR onder het domein van de basisverzekering, maar kent (nog) geen prestatie-omschrijving in termen van de indicatie en interventie. De interventie moet beschreven zijn/worden in een Wmg prestatie van de NZa. Er is een DBC/DOT in voorbereiding (mogelijk al beschikbaar) voor vergoeding van de GLI+ als medisch specialistische zorg.

Voor de sterk en matig verhoogde GGR's geeft de ZIN handreiking aan dat adviezen en coaching ten aanzien van voeding, gedrag en bewegen uit de basisverzekering vergoed kunnen worden. Beweegaanbod kan door de gemeente aangeboden worden, tenzij er sprake is van een medische beweegbeperking. In dat kan geval kan de Zvw aan de orde zijn. Voor de licht verhoogde GGR's kunnen individuele adviezen over een gezonde leefstijl aangeboden worden uit de basisverzekering.

Daarnaast geeft het ZIN aan dat voor specifieke indicaties, zoals voedselintolerantie, bewegingsbeperking aan bewegingsapparaat, psychologische stoornissen en gezinsproblematiek, de behandeling door respectievelijk diëtist, fysiotherapeut, jeugd-GGZ of maatschappelijke ondersteuning vergoed kan worden.

Bij het verlenen van adequate zorg aan kinderen met overgewicht en obesitas, is samenwerking tussen verschillende disciplines cruciaal. De ZIN handreiking geeft het volgende aan over de financiering van organisatie en coördinatie van zorg: 'de kosten verbonden aan de functie van centrale zorgverlener kunnen onder de basisverzekering vallen (ook als deze functie door een JGZ-arts of jeugdverpleegkundige wordt vervuld). Vanaf een matig verhoogd GGR valt de coördinatie door de CZV onder de Zvw'.

### 3.2.1.2 Ministerie van financiën (Budgettair Kader Zorg)

De minister is verantwoordelijk voor de kaderstelling rond het begrotingsbeleid, de structuur en de regels rond het *Budgettair Kader Zorg* (BKZ).

In overleg met het ministerie van VWS alloceert het ministerie beschikbare zorgbudgetten (op basis van ramingen en convenanten) in dekkaders, zoals een kader voor Medisch Specialistische Zorg, voor

GGZ, voor de eerste lijn (verder onderverdeeld in enkele subkaders, bijvoorbeeld huisarts-geneeskundige zorg) etc.

Er is geen subkader benoemd van waaruit de activiteiten uit de Zorgstandaard Obesitas begroot kunnen worden. In tegenstelling tot bijvoorbeeld andere zorgstandaarden voor chronische ziekten zoals Diabetes, COPD of CVRM, die onder huisartsenzorg zijn begroot.

De begroting van verzekeraars voor hun zorginkoop kunnen de kaders niet overschrijden.

Ook voor de gemeenten stelt de Minister van Financiën een budgettair kader voor maatschappelijke zorg op.

### 3.2.1.3 Ministerie van VWS

Het ministerie is verantwoordelijk voor beleid op het terrein van gezondheidszorg, de maatschappelijke zorg en de sport, en stelt op advies van het ZIN het basispakket vast (zie 3.2.1.1). VWS stimuleert mensen tot gezond gedrag, zoals meer bewegen en gezonder eten. Het ministerie kan bijvoorbeeld stimuleringsprogramma's opzetten, beleidsafspraken maken met vertegenwoordigers in het zorgveld en dit bijvoorbeeld vastleggen in convenanten en daar financiële middelen voor beschikbaar stellen. Het Convenant Gezond Gewicht (CGG) was een voorbeeld van een uniek samenwerkingsverband van 26 partijen afkomstig van (rijks- en lokale) overheden, het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. Binnen het CGG hebben deze partijen zich ingezet om de stijgende trend van overgewicht en obesitas om te buigen in een daling. Het Convenant Gezond Gewicht is vanaf 1 januari 2015 overgegaan in de stichting Jongeren Op Gezond Gewicht. Met alle partners, waaronder Zorgverzekeraars Nederland, worden op dit moment afspraken gemaakt over hun bijdrage aan het behalen van de doelstellingen van de stichting.

### 3.2.1.4 Nederlandse Zorgautoriteit

De NZa is marktmeester. In haar rol als regelgever stelt de NZa tarieven, prestaties en budgetten<sup>8</sup> vast waar dat moet en adviseert de minister van VWS over spelregels die nodig zijn in de zorg. Waar het kan laat de NZa de regelgeving los en kunnen verzekeraars en zorgaanbieders zelf onderhandelen over inhoud, prijs, kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Uitkomsten van die onderhandelingen moeten wel ter goedkeuring worden voorgelegd aan de NZa.

De volgende spelregels worden vastgelegd:

- In *prestaties* staat het zorgaanbod beschreven. Het betreft de indicaties, zorgactiviteit of activiteiten die gedeclareerd kunnen worden en daarmee tot 'rechtmatige zorg' zijn bestempeld. Inhoud van de zorgstandaard kan worden vastgelegd in een prestatie, zolang de indicatie en de inhoud van de interventie binnen de aanspraken in het basispakket van het ZIN vallen.
- In *tariefbeschikkingen* staan de (maximum) tarieven én de bijbehorende prestaties (activiteiten en verrichtingen) die een zorgverlener in rekening kan brengen.
- In *prestatiebeschikkingen* staan alleen de prestaties vast, geen tarieven. De tarieven zijn vrije prijzen.
- In *beleidsregels* kunnen de volgende zaken beschreven worden: normen, rekenkundige waarden, procedures, feiten en omstandigheden, voorschriften, voorwaarden en beperkingen,

---

<sup>8</sup> Componenten voor bijvoorbeeld kapitaalslasten, huisvesting, inkomensberekeningen van instellingen en zorgverleners worden benoemd en berekend door de NZa. Deze worden doorberekend in de budgetten aan zorgverzekeraars waarmee zorg ingekocht kan worden.



tariefsoorten en prestatiebeschrijvingen. Met een beleidsregel kan afgeweken worden van gangbare tariefbeschikkingen en prestatiebeschikkingen, bijvoorbeeld in een beleidsregel innovatie. Deze kan ingezet worden voor een GLI of onderdelen van de GLI.

- *De beleidsregel innovatie* is een overeenkomst ten behoeve van een nieuwe zorgprestatie tussen één of meerdere verzekeraars en één of meerdere aanbieders. Partijen kunnen deze prestatie zelf opstellen en voorleggen aan de NZa.
- *Nadere regels* beschrijven de inrichting van administratie, bekendmaking van tarieven en de inrichting van declaraties. Deze regels verplichten de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders hun administratie conform de eisen van de NZa in te richten.

In overleg met de NZa kan bepaald worden welke spelregels van toepassing zijn bij het declareren van zorgactiviteiten. Er zijn meerdere mogelijkheden: bestaande prestaties en beleidsregels, of nieuwe beleidsregels. Het voordeel van de laatste is dat met de invulling van de prestatie gedurende drie jaar geëxperimenteerd kan worden, dat kan met bestaande prestaties en beleidsregels niet. Ten tijde van het experimenteren kan het proces gestart worden voor het aanvragen van een definitieve prestatiebeschikking.

### 3.2.1.5 Zorgverzekeraars

Een zorgverzekeraar heeft de taak om de kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de zorg binnen de Zorgverzekeringswet te borgen. Hiertoe sluiten zij contracten met zorgverleners en zorgaanbieders (zorginkoop).

Iedere burger in Nederland heeft de plicht zich te verzekeren bij een verzekeraar naar keuze. De zorgverzekeraar is vervolgens verplicht iedereen die zich aanmeldt te accepteren tegen dezelfde premie; er mag geen onderscheid gemaakt worden tussen verzekerden in één verzekering.

#### *Commercieel proces*

De polis is een contract tussen verzekerde en verzekeraar waarmee het risico voor de verzekerde op onverwachte zorgkosten worden afgedekt. De polis van een zorgverzekeraar dekt alle kosten die onder de basisverzekering worden gemaakt. *Tevens* geeft deze polis de verzekeraar de legitimiteit om zorgcontracten af te sluiten met zorgaanbieders en zorgverleners. Polisvoorwaarden (bijvoorbeeld welke zorg waar vergoed wordt) gelden voor alle verzekerden met dezelfde polis. Er kan op individuele basis niet van worden afgeweken, tenzij er specifiek toestemming voor wordt gegeven. Dit laatste valt onder *coulance* regelingen, maar komt niet veel voor vanwege administratieve beperkingen.

Zorgverzekeraars bieden ook aanvullende verzekeringen aan. In deze verzekeringen kunnen ze vergoeding van kosten voor zorg opnemen die niet in uit de basisverzekering vergoed wordt. Deze aanvullende verzekeringen kunnen ook op maat gemaakt worden voor grote werkgevers, bijvoorbeeld voor de gemeente die aanvullende verzekeringen afsluit voor specifieke groepen inwoners, zoals sociale minima of al haar ambtenaren. Deze afspraken vragen om onderhandelingen tussen specifieke personen binnen de gemeente en specifieke personen binnen de verzekeraar. Niet alle verzekeraars of gemeenten kiezen ervoor om dit soort afspraken te maken.

#### *Zorginkoopproces*

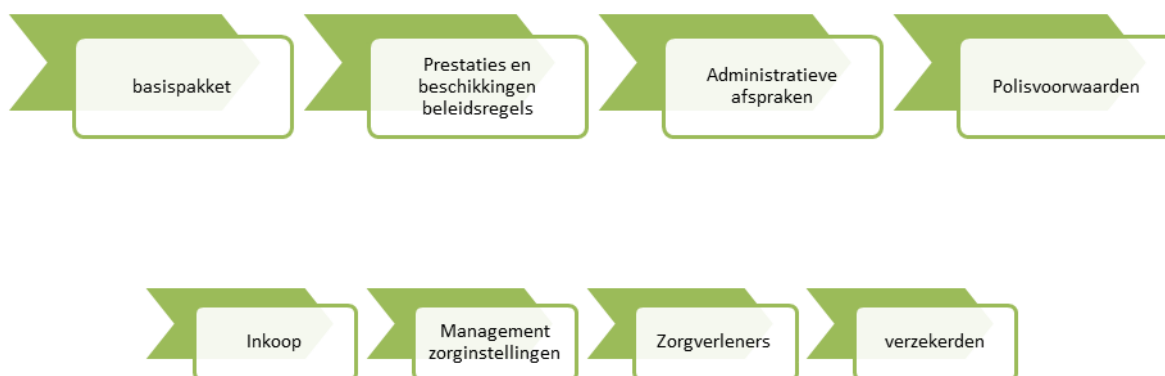
De verzekeraar heeft als taak jaarlijks contracten te sluiten met zorgverleners (individueel) en met zorgaanbieders (instellingen). Deze contracten gaan over prijzen en volumes van prestaties zoals die door de NZa zijn gedefinieerd (prestatiebeschikkingen, soms ook tariefbeschikkingen) en over de wijze van declareren (beleidsregels en nadere regels). De contracten worden gesloten door verschillende

inkoopteams (ziekenhuisteam, huisartsenteam, farmacieteam etc.) binnen één verzekeraar en worden beheerd in verschillende administraties (ziekenhuisadministratie, GGZ administratie, paramedie, farmacie, huisartsen etc.). Ieder inkoopteam heeft zijn eigen begroting die jaarlijks wordt opgesteld en geëvalueerd. Deze begrotingen zijn afgestemd op het Budget Kader Zorg (BKZ) van het ministerie van financiën.

De basisverzekering heeft het karakter van een private schadeverzekering, waarvan de inhoud dus door de overheid wordt vastgesteld. De zorgverzekeraars voeren de basisverzekering uit. Zij doen dit door polissen uit te geven en door zorg in te kopen/te contracteren. De polis geeft de rechten en plichten tussen zorgverzekeraar en verzekerde weer. Zorginkoop door middel van contractering en bekostiging van zorg mogen de rechten van de verzekerde niet inperken of verruimen. Deze voorwaarde geldt ook voor alle afspraken (bijvoorbeeld over prestaties in termen van indicaties en interventies) tussen zorgverzekeraar en gemeente.

### 3.2.1.6 Discussie

Er zijn meerdere partijen en meerdere spelregels die zich bezighouden met de bekostiging van de zorg. Als er sprake is van een keten van financieringsinstrumenten en verantwoordelijkheden dan kan er een volgtijdelijke keten zichtbaar worden gemaakt: Ministeries van Financiën en VWS (Budget Kader Zorg en beleid) – ZIN (basispakket) – NZa (prestaties en beschikkingen) – NZa administratieve richtlijnen – verzekeraars (polisvoorwaarden en inkoop) –management zorginstelling– zorgverleners (toepassen richtlijnen/standaarden/zorg op maat) – verzekerden (preventie en zorg op maat), zie figuur 3. De vraag is of er onafhankelijk van elkaar activiteiten of instrumenten ingezet kunnen worden, of dat de implementatie van een zorgstandaard aandacht voor alle instrumenten uit deze keten vraagt.



*Figuur 3. Te zien is hoe een keten van financieringsinstrumenten in samenhang de financiering van de gezondheidszorg in Nederland mogelijk maakt. Bij het implementeren van nieuwe zorg kan bekeken worden welke instrumenten betrokken moeten worden. In de meeste gevallen betreft het meerdere instrumenten (toegelicht in hoofdstuk 3.2 1.)*

#### **NB**

Op basis van de aanspraken in de basisverzekering en op basis van bestaande prestatiebeschikkingen en beleidsregels kunnen zorgverzekeraars de meeste activiteiten uit de zorgstandaard als losse

onderdelen in kopen. Er is echter op dit moment geen prestatiebeschikking waarmee de activiteiten in samenhang ingekocht kunnen worden. Zo is er geen beschikking voor het contracteren van een GLI.<sup>9</sup>

### **3.2.2 Wet publieke gezondheidszorg (Wpg), Jeugdwet, 'Sport en Bewegen in de Buurt', Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**

Bij de implementatie van de Zorgstandaard Obesitas spelen naast de afspraken over de private gezondheidszorg de bestuurlijke afspraken (3.2.1.3) en taken van de gemeente over de publieke gezondheidszorg een belangrijke rol. Deze zijn vastgelegd in onderstaande wetgeving.

#### **3.2.2.1 Wpg**

De Wet publieke gezondheid (Wpg) beschrijft de taak van de gemeente om de gezondheid van de inwoners te beschermen en bevorderen: publieke gezondheidszorg. Bij publieke gezondheidszorg gaat het om een vraag uit de maatschappij, om groepen mensen, of om risicogroepen. De publieke gezondheidszorg vult de gewone gezondheidszorg aan, die zich vooral richt op individuele patiënten. De Wpg verplicht gemeenten tot het opstellen van een lokale gezondheidsnota. In de gezondheidsnota dient te staan wat de gemeentelijke doelstellingen zijn ter uitvoering van de in de Wpg genoemde taken, waaronder jeugdgezondheidszorg. Daarnaast is de gemeente verplicht aan te geven welke acties de gemeente zal ondernemen om de doelstellingen te bereiken en welke resultaten de gemeente in die periode wil bereiken.

In deze lokale nota kunnen doelstellingen en acties opgenomen zijn of worden ten aanzien van het verminderen van overgewicht en obesitas bij kinderen en ten aanzien van het stimuleren van bewegen in algemene zin. Er zijn gemeenten bekend waar dit ook al het geval is.

#### **3.2.2.2 GGD en JGZ**

De gemeente heeft tot taak ter uitvoering van de gezondheidstaken een Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden. De JGZ is in veel gevallen belegd bij de GGD. Elke zorgorganisatie mag de JGZ uitvoeren, met als voorwaarde dat aan het aanbod van zorgorganisaties dezelfde kwaliteitseisen worden gesteld als aan de GGD. De Wpg stelt dus geen beperking aan de kring van zorgorganisaties die de JGZ mogen uitvoeren<sup>10</sup>.

#### **JGZ**

Het JGZ-aanbod is vastgelegd in het Basistakenpakket (BTP) en bestaat uit:

- Het preventieve gezondheidspakket bestaat uit programma's en activiteiten die vanuit volksgezondheidsbelang aan alle kinderen op identieke wijze wordt aangeboden via de jeugdgezondheidszorg. Dit basisaanbod blijft gehandhaafd in de Wpg.
- De activiteiten van de jeugdgezondheidszorg die niet uniform aan alle kinderen worden aangeboden, maar naar gelang de lokale situatie worden aangeboden, vallen met de nieuwe Jeugdwet niet langer onder de Wpg, maar onder jeugdhulp. De JGZ-professionals kunnen deze jeugdhulp blijven uitvoeren in overleg met gemeenten.

---

<sup>9</sup> Zorgverzekeraar CZ heeft een beleidsregel innovatie ontwikkeld voor leefstijlcoaching van kinderen met overgewicht of obesitas. Indicatie en interventie komen overeen met de aanspraken binnen de basisverzekering.

<sup>10</sup> <http://www.vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdgezondheidszorg/wet-en-regelgeving>

Artikel 6 van de Wpg, van belang voor de implementatie van de Zorgstandaard Obesitas, beschrijft dat de gemeente verantwoordelijk is voor werkzaamheden met betrekking tot het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding aan jeugdigen tot 14 jaar (lid 1) en vanaf 14 jaar (lid 2). De werkzaamheden 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.

Het uitvoeren van activiteiten die aangeboden dienen te worden na signalering van een (risico)situatie of probleem behoort niet meer tot het basispakket JGZ en valt onder preventie op basis van de Jeugdwet, of onder geïndiceerde preventie of zorggerelateerde preventie van de basisverzekering (mits vastgelegd in omschreven prestaties met indicaties en interventies, zie 3.2.1.1).

Het is de verantwoordelijkheid van de gemeente dat de activiteiten uit het basispakket JGZ voor iedere jeugdige beschikbaar moeten zijn. De gemeente is ook verantwoordelijk voor de keuze van de uitvoerder en het maken van afspraken met betrekking tot het geven van extra aandacht aan risicogroepen en over afstemming met andere hulpverleners in het lokale jeugdveld.

Het daadwerkelijk uitvoeren van het basistakenpakket is een professionele verantwoordelijkheid, waarbij artsen en verpleegkundigen in overleg met jeugdigen en ouders of verzorgers bepalen wat wel en wat niet gedaan moet worden. Ter waarborging van de kwaliteit van zorg worden de activiteiten uitgevoerd volgens professionele richtlijnen, bijvoorbeeld de matched en stepped care afspraken uit de Zorgstandaard Obesitas of de JGZ-richtlijn overgewicht<sup>11</sup>.

Activiteiten van de jeugdarts en jeugdverpleegkundige bij het uitvoeren van de Zorgstandaard Obesitas kunnen als JGZ uit de Wpg bekostigd worden. Indien meer programmatische zorg vereist is kunnen de jeugdarts en jeugdverpleegkundige betrokken blijven, maar de bekostiging van de activiteiten komt dan uit de Jeugdhulp of de basisverzekering. Hiervoor is dan eventueel een beschikking van de gemeente noodzakelijk (Jeugdwet) of een prestatiebeschikking van de NZa (basisverzekering).

### 3.2.2.3 Jeugdwet

In het nieuwe jeugdstelsel dat per 1 januari 2015 is ingevoerd, valt alle jeugdhulp onder de gemeente: de jeugdgezondheidszorg is een taak van de gemeente op basis van de Wpg en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen is vanuit de Zvw, de AWBZ en de Wmo overgeheveld naar de Jeugdwet. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Jeugdwet. Indien problemen worden gesignaleerd die in het kader van de JGZ niet zelf kunnen worden verholpen, moet tijdig zorg of passende hulp worden ingeschakeld. Het doorverwijzen en -geleiden kan naar de private gezondheidszorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of naar de jeugdhulp, bedoeld in de Jeugdwet. Vanaf 1-1-2014 worden behandelingen al vergoed die plaatsvinden na rechtstreekse doorverwijzing door een jeugdarts. Hiermee vervalt de noodzaak van tussenkomst van een huisarts. Op basis van de Jeugdwet dienen gemeenten er voor te zorgen dat jeugdhulp toegankelijk is na verwijzing door een (jeugd)arts.

De stelselwijziging voor de jeugd heeft geleid tot vragen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over welke behandelingen voor jeugdigen onder de Zvw vallen en welke behandelingen onder de Jeugdwet.

---

<sup>11</sup> JGZ-richtlijn overgewicht. Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg (2012), Utrecht.

Het Zorginstituut heeft een duiding opgesteld<sup>12</sup> voor wat betreft de afbakening Jeugdwet en Zvw voor aandoeningen waar onduidelijkheid over bestaat. Het gaat bijvoorbeeld over de zorg die door kinderartsen wordt verleend op het grensvlak somatiek en psyche.

Het domein van Zorgverzekeringswet of Jeugdwet wordt bepaald door het GGR uit de Zorgstandaard en of er sprake is van een specifieke indicatie voor beweeg- of voedingsproblemen of psychische stoornissen. De behandeling in het kader van de somatische problematiek valt onder de Zorgverzekeringswet en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. De behandeling van de psychische problematiek valt onder de Jeugdwet en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Voor een integrale behandeling van jeugdigen kan samenwerking tussen behandelaars die uit de verschillende domeinen bekostigd worden, aangewezen zijn. Als er sprake is van psychische problemen bij eetstoornissen wordt de geestelijke gezondheidszorg voor deze problemen, mits geboden als onderdeel van de integrale behandeling van een medisch specialist en de psychofarmaca voor jeugdigen die extramuraal verblijven, gehandhaafd onder de Zorgverzekeringswet. Begeleiding van kinderen met een psychische stoornis of begeleiding van gezinsproblematiek wordt aangeboden vanuit de Jeugdwet<sup>13</sup>. Het aanbieden van ondersteunende technieken (bijvoorbeeld motivational interviewing) ter begeleiding van gedragsverandering als onderdeel van een GLI, valt echter onder de Zvw (ZIN handreiking, 2015) .

De gemeente is verantwoordelijk voor screening en een goede doorgeleiding van kinderen met gezondheidsrisico's ten gevolge van overgewicht en obesitas (3.2.2). De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om noodzakelijke zorg in te kopen voor deze kinderen zodra het GGR tot een indicatie voor vergoeding uit de basisverzekering leidt (3.2.1 en 3.2.1.5).

De<sup>14</sup> decentralisatie van de jeugdzorg biedt daarmee een kansrijke situatie voor de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. Waren er tot 2015 nog veel verschillende financieringsstromen voor jeugd, sinds 1 januari 2015 zijn er nog maar twee financiers in het spel: de gemeente en de zorgverzekeraars. Elk met hun eigen opdracht, wettelijke kaders en spelregels. In diverse gemeenten wordt de aanpak van overgewicht en obesitas al gekoppeld aan de nieuwe jeugdinstellingen, zoals in Amsterdam aan het Ouder-Kind-Team en in Rotterdam Ieder Kind Wint.

De wetgever maakt in de Jeugdwet onderscheid tussen preventie en jeugdhulp. De definitie van preventie is:

“Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen of jeugdigen met een risico op psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking of van ouders met een risico op opvoedingsproblemen.”

Jeugdhulp wordt omschreven als:

“Ondersteuning van en hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen, stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of van een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders en adoptiegerelateerde problemen.”

---

<sup>12</sup><http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2015/1504-kindergeneeskunde-afbakening-Jeugdwet-en-zorgverzekeringswet/Kindergeneeskunde>

<sup>13</sup> zie voetnoot 3

<sup>14</sup> deze tekst is in overleg overgenomen uit het rapport 'Positionering centrale zorgverlener bij kinderobesitas', van De Jeugdzaak, juli 2015

De wettelijke verplichtingen voor gemeenten opgenomen in de Jeugdwet zijn te onderscheiden in

1. een beleidsplicht voor versterking opvoedkundig klimaat en preventie
2. een voorzieningenplicht voor jeugdhulp
3. een uitvoeringsplicht jeugdbescherming en jeugdreclassering
4. een organisatieplicht advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling
5. een overlegplicht met onderwijs
6. het bieden van een keuzemogelijkheid voor zorg in natura of een persoonsgebonden budget

Het onder 2 genoemde voorzieningenplicht Jeugdhulp nader bekeken: “Indien naar het oordeel van het college een jeugdige of een ouder jeugdhulp nodig heeft in verband met opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen en voor zover de eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen ontoereikend zijn, treft het college voorzieningen op het gebied van jeugdhulp en waarborgt het college een deskundige toeleiding naar, advisering over en bepaling van en het inzetten van de aangewezen voorziening, waardoor de jeugdige in staat wordt gesteld om veilig en gezond op te groeien naar zelfstandigheid en voldoende zelfredzaam te zijn en maatschappelijk te participeren”.

#### *Samenhang GGR en criteria voor individuele voorzieningen Jeugdwet*

In het geval dat een kind kampt met overgewicht of obesitas, en dit probleem voortkomt uit/ of versterkt wordt door opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen of stoornissen, zou hulp aan dit kind vanuit de Jeugdwet moeten kunnen plaats vinden. Criteria voor individuele voorzieningen zijn:

- a. een individuele voorziening is aangewezen gezien de aard en ernst van de hulpvraag;
- b. de jeugdige kan op eigen kracht of met zijn ouders of andere personen uit zijn naaste omgeving geen oplossing voor zijn hulpvraag vinden;
- c. een overige vrij toegankelijke voorziening is niet adequaat voor de oplossing van de hulpvraag;
- d. de jeugdige of de ouders kunnen geen aanspraak maken op een andere voorziening om de hulpvraag te beantwoorden.

Bovengenoemde criteria voor de individuele voorzieningen uit de Jeugdwet kunnen in samenhang geanalyseerd worden met het in kaart brengen van het GGR, overige co- en multimorbiditeit en de aanvullende analyse persoonsgegevens die gezamenlijk de inhoud van de zorgfase diagnostiek van de Zorgstandaard Obesitas vormen.

Wanneer hulp geboden wordt moet wel onderscheid gemaakt worden tussen zorg uit de Zorgstandaard Obesitas óf jeugdhulp ten behoeve van de gezinsproblematiek. De mogelijkheid die hier wordt verkend betreft het verlenen van hulp uit de Zorgstandaard Obesitas via een voorziening van de gemeente, in een gezin waar opvoed- en opgroei problemen mede oorzaak zijn van een GGR conform de Zorgstandaard Obesitas

#### *3.2.2.4 Sport en Bewegen in de Buurt*

Het kabinet wil dat iedereen veilig kan spelen, bewegen en sporten in de buurt. Die moet daar dan wel toe uitnodigen en geschikt zijn. Voor sommige groepen is sport- en beweegaanbod op dit moment nog geen vanzelfsprekendheid, bijvoorbeeld voor mensen met een beperking, ouderen, jongeren met gedragsproblematiek, mensen in een sociaal isolement, jongeren en volwassenen met overgewicht en chronisch zieken. Het kabinet streeft ernaar dat er voor iedere Nederlander een passend sport- en beweegaanbod in de buurt aanwezig is dat bovendien veilig en toegankelijk is. Om in te kunnen spelen

op de vraag van bewoners, zowel in de stad als op het platteland, is het van belang dat de sportsector en gemeenten lokaal samenwerken met het onderwijs, kinderopvang, welzijn, zorg, woningcorporaties en het bedrijfsleven (uit landelijke nota gezondheidsbeleid 2011-2015 'Gezondheid Dichtbij', 4.2 blz. 19). In 'Bestuurlijke afspraken Sport en bewegen in de buurt, beleidsbrief 2012- 2016 (VWS, VNG, NOC/NSF, VNO-NCW)' wordt de bestuurlijke afspraak van de VNG nader toegelicht: 'Op basis van maatschappelijke betrokkenheid ontwikkelt de gemeente sport- en beweegbeleid om diverse doelstellingen te bereiken, zoals vergroting van leefbaarheid en gezondheid'.

Belangrijke maatregelen zijn:

- *Buurtsportcoaches*  
Zij moeten zowel jong als oud stimuleren om meer te gaan sporten of bewegen. Ze werken niet alleen in de sport (bijvoorbeeld bij een sportvereniging), maar ook in een andere sector. Zoals in het onderwijs, zorg of de kinderopvang. Om de buurtsportcoaches en combinatiefunctionarissen aan te stellen, kunnen gemeenten extra geld krijgen van het Rijk. Gemeenten betalen zelf ook mee.
- Sportimpuls: subsidie voor sportactiviteiten  
Deze landelijke subsidie is bedoeld om activiteiten op te zetten voor mensen die niet of nauwelijks sporten en wordt toegekend aan de aanvragende partij en niet aan de gemeente. Sportverenigingen, fitnesscentra en andere sportaanbieders kunnen subsidie aanvragen. Voorwaarde is dat ze samenwerken met partijen in de buurt. Bijvoorbeeld met scholen, zorginstellingen, de kinderopvang of het bedrijfsleven. Er zijn 3 verschillende Sportimpulsen: voor iedereen die nog onvoldoende sport en beweegt, voor kinderen met overgewicht en voor jeugd in lage inkomensbuurten. De subsidie wordt maximaal 2 jaar verstrekt. Daarna is het de bedoeling dat de sportactiviteiten doorgaan zonder subsidie.  
De gemeente heeft geen toezicht op of zeggenschap over de programma's. De programma's hoeven dan ook niet aan te sluiten bij de doelgroep van gemeenten, bijvoorbeeld kinderen met overgewicht en obesitas. Ook de inhoud of de kwaliteit wordt niet bepaald door gemeenten. Er is geen relatie tussen de inhoud van de Zorgstandaard Obesitas en de programma's die een impuls subsidie ontvangen.
- Jeugdfonds voor gezinnen met lage inkomens  
Iedereen moet kunnen kiezen voor een actieve en gezonde leefstijl. Ook kinderen die opgroeien in een gezin met een laag inkomen. Om hiervoor te zorgen, ondersteunt de overheid het Jeugdsportfonds. Dit fonds ondersteunt kinderen die graag lid willen worden van een sportvereniging, maar waarvan de ouders het lidmaatschap niet kunnen betalen. De gemeente heeft geen zeggenschap over het fonds.

### 3.2.2.5 Wmo

Het doel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en kunnen meedoen in de samenleving. Al dan niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Als dat niet lukt, biedt de gemeente ondersteuning. De gemeente weet beter dan de landelijke overheid wat de eigen inwoners nodig hebben. Daarom is de Wmo een taak van de gemeente. Voluit gaat de Wmo over het 'bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en over het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem'. Door het gebruik van het woord 'bevorderen' geeft dit beleidsterrein de gemeente een grote mate van beleidsvrijheid. Zij kan daardoor invulling aan dit beleidsterrein geven met behulp van het bestuurlijk instrumentarium waarover zij zelf beschikt. De

Wmo bepaalt dat gemeenten hun beleid voor de prestatievelden van de Wmo vastleggen in een beleidsplan. Dit plan stelt de gemeente één keer in de vier jaar op. In dit beleidsplan kunnen afspraken gemaakt worden over de inzet op het gebied van sport, en specifiek voor kinderen met ongezond gewicht. De inzet verschilt dus per gemeente.

### 3.2.2.6 *Discussie*

Het aanbieden van sport of beweegprogramma's is geen directe wettelijke taak van gemeenten. Wel heeft de gemeente een zorgplicht: het scheppen van voorwaarden voor maatschappelijke, culturele ontplooiing en vrijetijdsbesteding door de overheid is één van de sociale grondrechten uit de Grondwet (hoofdstuk 1 artikel 22). De Wet publieke gezondheid verplicht gemeenten tot het opstellen van een lokale gezondheidsnota. In deze nota dient te staan wat de gemeentelijke doelstellingen zijn ter uitvoering van in de Wpg genoemde taken, waaronder jeugdgezondheidszorg (zie 3.2.2.1). In het besluit publieke gezondheid artikel b zijn de taken van de jeugdgezondheidszorg uitgewerkt in een basistakenpakket. Dat betreft onder andere taken ten aanzien van leefstijl, bewegen en over gewicht (zie 3.2.2.2).

In de ZIN handreiking wordt het 'in levende lijve' begeleiden bij bewegen, niet geduid als zorg uit de basisverzekering. Er wordt verwezen naar aanbod van de gemeente. Er zijn immers voor de gemeente wettelijke- of beleidsmogelijkheden om een kind of een gezin te begeleiden bij het terugdringen van overgewicht en obesitas. Er zal landelijk bepaald moeten worden op welke wijze de gemeente deze begeleiding vorm kan geven, vooral in de grote steden vraagt dit om duidelijke budgetten.

Bij het contracteren van de zorg is het vervolgens de vraag of er de juiste wettelijke betaaltitels zijn om het geheel van een leefstijlinterventie in te kopen. Dit geldt voor de gemeente in gelijke mate als voor de verzekeraars.

Als derde belangrijk discussiepunt geldt dat wanneer de wettelijke mogelijkheden verkend zijn en betaaltitels gedefinieerd, er voldoende budget binnen de gemeente moet zijn om de zorg in te kunnen kopen. Met de huidige transitie en de bezuinigingen door het rijk lijkt er vooral in de steden waar veel kinderen met overgewicht en obesitas zijn, een probleem te ontstaan.



## 4 Knelpunten en oplossingen

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten uit de verkenning naar de knelpunten, dilemma's en oplossingsrichtingen in financiering van de Zorgstandaard Obesitas toegelicht.

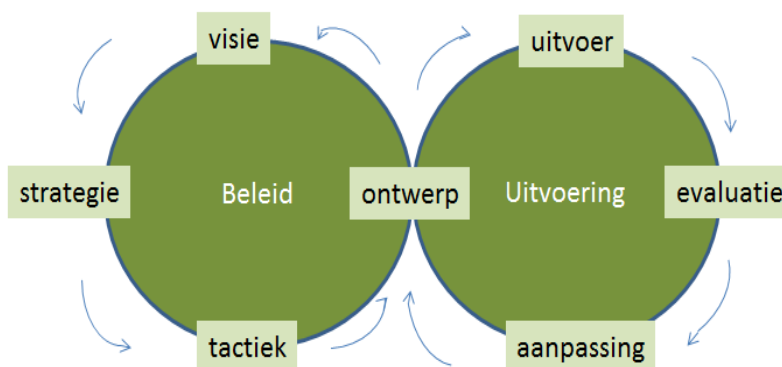
Er zijn 76 knelpunten geïnventariseerd die financiering bemoeilijken, en 55 oplossingsrichtingen. Deze zijn van verschillende grootte en hebben vaak verschillende oorzaken. Er wordt in dit hoofdstuk daarom gewerkt met twee ordeningsprincipes.

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

De ordening naar dimensies betreft 7 clusters. Vier clusters richten zich op dimensies in beleidsontwikkeling en drie clusters richten zich op dimensies in de uitvoering. De beleidsontwikkeling bestaat uit het invullen van de visie, de strategie, de tactiek en het ontwerp voor financiering van de zorgstandaard. De uitvoering bestaat uit het werkelijk sluiten van contracten, het monitoren van de afspraken en het bijstellen van de afspraken.

### *Ordeningsprincipe naar Dimensies*

Voor de ordening van alle knelpunten, dilemma's en oplossingen maken we in deze notitie gebruik van een zogenaamde beleids- en uitvoeringscirkel. De beide cirkels in figuur 4 laten de stappen zien waarlangs een visie tot uitvoering gebracht kan worden en hoe de uitvoering steeds verbeterd kan worden. De beleids- en uitvoeringscirkel is tevens uitermate geschikt voor de analyse van complexe processen. Wanneer zich stelselmatig problemen lijken voor te doen in de uitvoering van een activiteit kan met behulp van de beide cirkels geanalyseerd worden welke knelpunten ten grondslag liggen aan de problemen en welke besluiten er dus genomen moeten worden om tot een oplossing te komen.



*Figuur 4. Beleids- en uitvoeringscirkel als ordeningsprincipe voor de gevonden knelpunten*

### **Visie**

Op basis van het landelijk beleid van VWS om meer mensen tot gezond gedrag te bewegen is een landelijk Convenant Gezond Gewicht getekend<sup>15</sup>. Op basis van dit convenant worden op regionaal niveau convenanten gesloten tussen alle regionale partners. Ook de landelijke en regionale

<sup>15</sup> Het Convenant Gezond Gewicht is per 1 januari 2015 overgegaan in de stichting Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG)

gezondheidsnota's van VWS spelen een belangrijke rol bij het formuleren van een visie en doelstellingen ten aanzien van een gezond gewicht voor kinderen.

### **Strategie**

In de convenanten, de regionale gezondheidsnota's en gezondheidsprogramma's van gemeenten, staat de *strategie* beschreven om in publiek- private samenwerking de regionale visie uit te voeren. Dat wil zeggen dat de landelijke overheid, gemeenten, verzekeraars en zo mogelijk andere partijen gezamenlijk de visie willen waarmaken.

### **Tactiek en ontwerp**

Deze strategische afspraken kennen *tactische componenten* over bijvoorbeeld verantwoordelijkheden en samenwerking, en technische componenten (ontwerp) over de feitelijke afspraken. De tactiek bepaalt welke inkopers met elkaar om de tafel gaan zitten en welke financiële kaders en basistaken worden ingezet. Het ontwerp betreft de contracten van gemeenten en zorgverzekeraars met aanbieders van programma's voor behandeling en begeleiding van kinderen met overgewicht en obesitas.

### **Uitwerking**

In de cirkel voor de uitvoering herkennen we de zogenaamde plan, do, check en act activiteiten waarmee het beleid geïmplementeerd kan worden. Het *ontwerp* zoals door alle partijen is gedefinieerd in contracten wordt *uitgevoerd*, voortdurend *geëvalueerd* en *aangepast* indien noodzakelijk. Wanneer blijkt dat het ontwerp te vaak moet worden aangepast kunnen partners afspreken om de stappen in de linker beleidscirkel nog eens te doorlopen en te evalueren of de strategie en de tactiek de juiste zijn geweest of dat daar veranderingen of verhelderingen noodzakelijk zijn. Een veel voorkomend probleem kan een budgettekort zijn waardoor contracten niet uitgevoerd kunnen worden. In de beleidscirkel zullen dan opnieuw afspraken gemaakt moeten worden tussen landelijke overheid, regionale overheid en verzekeraars.

In de verkenning naar knelpunten, dilemma's en oplossingen voor financiering van de aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas komen in meerdere dimensies knelpunten voor. We hebben de knelpunten en oplossingen daarom ingedeeld in de 7 dimensies uit de beide cirkels (4.1).

### *Orderingsprincipe naar Thema's*

Behalve de ordening in dimensies hebben we een tweede ordening gemaakt. Het betreft de verzameling van verschillende knelpunten 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 volledig hetzelfde te zijn als de overkoepelende thema's voor de oplossingen. Knelpunten en oplossingen kennen allebei 8 thema's die dan ook afzonderlijk worden toegelicht.

Een volledige lijst van opgebrachte knelpunten en oplossingen, en de ordening naar dimensies en thema's, is opgenomen in Bijlage 1.

In dit hoofdstuk worden de thema's op hoofdlijnen toegelicht en wordt een analyse gegeven aan de hand van de verschillende dimensies. In Bijlage 2 zijn de gedetailleerde analyses per thema opgenomen. Het is een scala aan bevindingen.

### *Thema's voor knelpunten*

De gevonden knelpunten die door de geïnterviewden zijn genoemd hebben in veel gevallen een overlap of zijn nauw verwant aan elkaar. We hebben ze daarom verzameld onder wat algemenere

thema's. Het betreft 8 thema's. Voor de goede orde: het betreft hier een inventarisatie van knelpunten zoals die door gesprekspartners zijn verwoord, en geen limitatieve lijst van de verkeners. In 4.1 wordt een nadere analyse gegeven van de geïnventariseerde knelpunten.

1. Activiteit valt buiten basisverzekering  
De in de Zorgstandaard Obesitas opgevoerde behandelings- en begeleidingsprogramma's zijn niet eenduidig als verzekerde zorg aan te merken. Partijen die met elkaar overleggen weten niet precies wat wel en wat niet uit de basisverzekering vergoed kan worden. Er wordt om een nadere toelichting van het Zorg Instituut Nederland gevraagd.
2. Afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar is complex  
Partijen zijn nog niet lang gewend samen op te trekken en hebben te weinig inzicht in elkaars mogelijkheden en beperkingen. Het gezamenlijk sluiten van contracten voor kinderen met overgewicht en obesitas vraagt om vertrouwen, kennis en kunde
3. Capaciteit en competentie van centrale zorgverlener complex  
Hoewel in veel gevallen de noodzaak voor coördinatie en begeleiding erkend wordt, zijn de keuzes hoe dit te organiseren en te bekostigen niet eenduidig.
4. Declaratietitel voor GLI ontbreekt  
Hoewel de kwalificatie van wie bepaalde zorg kan en mag verlenen breed is gedefinieerd op basis van "bevoegd en bekwaam" in de BIG wet en over veel activiteiten van de zorgstandaard geen discussie bestaat over mogelijkheden om te declareren, ontbreekt in veel gevallen de mogelijkheid om samenhangende activiteiten te declareren
5. Definitie ontbreekt  
Omdat het bij de implementatie van de Zorgstandaard Obesitas veelal om nieuwe zorgprogramma's gaat is er nog een grote onbekendheid, en daarmee onzekerheid gemeenten en verzekeraars zoeken naar het juiste aanbod voor de juiste groep kinderen op de juiste plaats.
6. Interne afstemming partners complex  
Ook intern kampen de gemeente en de verzekeraars als gevolg van de veranderingen in het stelsel met de nodige uitdagingen. Inkoopbevoegdheden en budgetverantwoordelijkheden komen niet altijd overeen met de wens om samenhangende programma's te kunnen contracteren.
7. Multiproblematiek complex  
Het verbeteren van overgewicht en obesitas bij de jeugd is een complexe uitdaging, niet alleen inhoudelijk, maar ook qua organisatie.
8. Te weinig aandacht voor overgewicht en obesitas  
Er moet een continue awareness ontwikkeld worden over de gezondheidsrisico's bij overgewicht en obesitas, en geschikte behandel- en begeleidingsprogramma's moet worden aangeboden en gefinancierd

De thema's zijn opgebouwd uit meerdere knelpunten die zich voordoen in de verschillende dimensies van de beleids- en uitvoeringscirkel. Zo kan het thema 'aandacht voor overgewicht' knelpunten laten zien die zich voordoen in het cluster strategie maar ook in het cluster uitvoering. En waarbij de thema's 'afstemming tussen gemeente en zorgverzekeraar' en 'interne afstemming partners' alleen knelpunten in de cluster 'tactiek' laten zien (zie figuur 5).

| Knelpunten Thema's   | Strategie | Tactiek   | Ontwerp   | Uitvoering | Totaal    |
|--|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 1 Activiteit valt buiten Basisverzekering                    | 6         | 1         | 4         |            | 11        |
| 2 Afstemmingsproces zorgverzekeraar en gemeente complex      |           | 6         |           | 3          | 9         |
| 3 Capaciteit en competentie centrale zorgverlener is complex |           |           | 3         | 1          | 4         |
| 4 Declaratietitel voor GLI ontbreekt                         |           | 1         | 1         | 3          | 5         |
| 5 Definitie ontbreekt  |           | 2         | 22        | 3          | 27        |
| 6 Interne afstemming partners complex                        |           | 7         |           |            | 7         |
| 7 Multiproblematiek complex                                  |           |           | 2         | 6          | 8         |
| 8 Te weinig aandacht voor overgewicht en obesitas            | 3         |           | 1         | 1          | 5         |
| <b>Totaal specifiek</b>                                      | <b>9</b>  | <b>17</b> | <b>33</b> | <b>17</b>  | <b>76</b> |
| <b>Totaal thema's</b>  | <b>2</b>  | <b>5</b>  | <b>6</b>  | <b>6</b>   | <b>8</b>  |

Figuur 5. Tabel van knelpunten thema's en de vier belangrijkste dimensies (strategie, tactiek, ontwerp en uitvoering) voor beleidsontwikkeling en implementatie. Zie ook Bijlage 1.

### Thema's voor oplossingen

De oplossingen die door de geïnterviewden worden voorgesteld voor hun eigen knelpunten hebben in veel gevallen een overlap of zijn nauw verwant aan elkaar. We hebben ze daarom verzameld onder wat algemenere thema's. Voor de oplossingen betreft dit 8 thema's. Voor de goede orde: het betreft hier een inventarisatie van oplossingen zoals die door gesprekspartners zijn verwoord, en geen limitatieve lijst van oplossingen voor de knelpunten uit figuur 5. In 4.2 wordt een nadere analyse gegeven van de geïnterviewde oplossingen.

1. Meer aandacht voor overgewicht en obesitas bij kinderen  
Bij alle gesprekspartners leeft het idee dat overgewicht en obesitas onvoldoende op het netvlies staan. Breng het thema naar "top-of-mind" bij zowel bestuurders als bij zorgprofessionals, maak een begin met het aanpakken van ernstige obesitas. Dit geldt niet alleen voor organisatie van zorg, of contractering, maar ook voor het beschikbaar stellen van budgetten door de overheid.
2. Beleidsregel innovatie als betaaltitel  
Er worden al lokaal initiatieven genomen om innovatieve oplossingen vergoed te krijgen uit speciale betaaltitels - dit lijkt te werken. De lokale initiatieven kunnen tot een duurzame prestatiebeschikking leiden.
3. Definitie  
Naarmate partijen meer samenwerken om ervaring op te doen met nieuwe initiatieven neemt de inhoudelijke en procesmatige kennis toe en nemen onzekerheid en onduidelijkheid af
4. Experimenteren  
Om momentum op te bouwen c.q. te behouden, zijn partijen bereid om gelimiteerde experimenten op te zetten
5. Heralloceren budget  
Van veel knelpunten wordt aangenomen dat ze opgelost kunnen worden door budget te heralloceren tussen gemeentelijke diensten en door verruimen van het budget door het ministerie
6. Verduidelijken toepasbaarheid basisverzekering

Deze oplossingsrichting betreft vooral de mogelijkheden om bepaalde activiteiten binnen de basisverzekering op te nemen

7. Vereenvoudigen afstemming tussen en binnen gemeenten en zorgverzekeraars  
Mogelijkheden zijn verkend voor zowel verdieping van de bestuurlijke samenwerking binnen de regio's, als wel de toepasbaarheid van een aantal proces-instrumenten om de onderlinge afstemming te ondersteunen
8. Vereenvoudigen organisatie  
Dit betreft het samenbrengen van dezelfde functionaliteiten die nu nog organisatorisch gescheiden zijn

De oplossingen bevinden zich ook weer op verschillende niveaus van beleid, organisatie en implementatie. Zie figuur 6.

| Oplossingen Thema's                               | Strategie | Tactiek   | Ontwerp   | Uitvoering | Totaal    |
|---|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 1 Aandacht voor overgewicht en obesitas           | 2         |           |           |            | 2         |
| 2 Declaratietitel Beleidsregel Innovatie          |           | 4         | 2         | 1          | 7         |
| 3 Definitie                                       |           | 3         | 4         | 2          | 9         |
| 4 Experimenteren                                  | 1         | 2         | 3         |            | 6         |
| 5 Heralloceren van Budget                         |           | 3         | 1         |            | 4         |
| 6 Verduidelijking toepasbaarheid Basisverzekering | 1         | 3         | 10        |            | 14        |
| 7 Vereenvoudiging afstemming                      | 2         | 2         | 2         | 1          | 7         |
| 8 Vereenvoudiging zorgorganisatie                 |           | 6         |           |            | 6         |
| <b>Totaal specifiek</b>                           | <b>6</b>  | <b>23</b> | <b>22</b> | <b>4</b>   | <b>55</b> |
| <b>Totaal thema's</b>                             | <b>4</b>  | <b>7</b>  | <b>6</b>  | <b>3</b>   | <b>8</b>  |

Figuur 6. Tabel van oplossingen thema's en de vier belangrijkste dimensies (strategie, tactiek, ontwerp en uitvoering) voor beleidsontwikkeling en implementatie. Zie ook Bijlage 1.

#### 4.1 Analyse knelpunten

Er zijn 76 knelpunten geïnventariseerd. Deze knelpunten zoals verwoord door de geïnterviewden staan in Bijlage 1. Knelpunten komen voort uit regio's waar al geëxperimenteerd wordt en uit de vele overleggen waarin afspraken gemaakt worden over inkoop van activiteiten uit de Zorgstandaard Obesitas. In figuur 5 is te zien dat de knelpunten over verschillende dimensies verdeeld zijn, met twee keer zo veel knelpunten in het cluster ontwerp. Daarna volgen de clusters tactiek, uitvoering en strategie.

Veel knelpunten zijn symptomatisch en komen voort uit dieper liggende oorzaken. Een knelpunt in het ontwerp kan heel goed voortkomen uit een strategisch of tactisch thema.

We beginnen de analyse met het cluster uitvoering. Daarna gaan we naar de clusters ontwerp, tactiek en strategie. Er is voor deze volgorde gekozen om recht te doen aan de ervaringen van de gesprekspartners; de uitvoering frustriert het meest!

##### *Uitvoering*

In de uitvoering loopt men er tegen aan dat er nog te weinig aandacht is voor de gezondheidsrisico's van overgewicht en obesitas bij kinderen en dat het begeleiden van een kind en gezin naar een leefstijlinterventie veel meer tijd vraagt dan gedacht. Het verschilt ook erg per kind, niet alleen in tijdsduur, maar ook het type programma dat aangeboden zou moeten worden kan heel verschillend zijn. Er is nog te weinig zorgaanbod op maat. De start van het programma is afhankelijk van de overige

risicofactoren, comorbiditeit en opgroei-, opvoed- en/of psychische factoren. Soms moet eerst diagnostiek georganiseerd worden via de huisarts voordat begonnen kan worden en soms moeten eerst hele andere problemen in een gezin besproken worden voordat aan een leefstijlinterventie begonnen kan worden. De instroom van de juiste kinderen op het juiste moment bij de juiste programma's blijkt tijdrovend en ingewikkeld.

Bij de financiering loopt men er in de uitvoering tegen aan dat de experimentele afspraken met verzekeraars alleen gelden voor de verzekerden van de betreffende verzekeraar en niet voor alle kinderen in de gemeente. De context van de marktwerking frustreert de publieke uitdaging in de dagelijkse praktijk.

De jeugdarts en jeugdverpleegkundigen voeren werkzaamheden uit die onder de basisverzekering kunnen vallen, maar ook onder Jeugdgezondheidszorg of Jeugdhulp. Het declareren van deze werkzaamheden via de basisverzekering moet via een prestatiebeschikking aangevraagd worden onder huisartsgeneeskundige zorg of moet als onderaannemer namens de huisarts uitgevoerd worden. In het laatste geval is sprake van onderlinge dienstverlening en moet mogelijk BTW betaald worden. Het declareren van de werkzaamheden van de jeugdarts en jeugdverpleegkundigen via Jeugdhulp moet in onderling overleg binnen de gemeente geregeld worden. Het advies van JGZ is beperkt tot een intake en drie adviesgesprekken en daarmee in veel gevallen te beperkt voor het toeleiden naar de gewenste zorg. Een bijkomend probleem is dat declareren van de inzet vanuit de JGZ of jeugdhulp een veel hoger tarief kent dan bijvoorbeeld declaratie vanuit een nieuw op te stellen prestatiebeschikking met een vrij tarief.

Onder andere als gevolg van de overheveling van taken uit de AWBZ naar de gemeente en naar de zorgverzekeraar worden allerlei aanpassingen aan de regionale infrastructuur toegepast. Zo zijn er in de meeste gemeenten sociale wijkteams ingericht, basisteams jeugd en gezin en multidisciplinaire inhoudelijke overleggen (MDO's). Het is nog erg zoeken naar verantwoordelijkheden, en de rol van een centrale zorgverlener voor kinderen met overgewicht en obesitas is hier nog onvoldoende helder in gedefinieerd.

### *Ontwerp*

Wanneer men nog niet aan het experimenteren is maar met elkaar in overleg is om afspraken te maken wie wat waar inkoopt, stukt de voortgang regelmatig. Het betreft onduidelijkheid over het aantal kinderen dat in aanmerking komt voor een leefstijlinterventie, over de inhoud van zorg, de aanbieders en onduidelijkheid over de financieringsmogelijkheden.

Met betrekking tot het aantal kinderen rouleren verschillende aannames en aantallen. De toegang tot publieke gezondheidsmonitor van de GGD is niet altijd bekend of goed toe te passen. Als het gaat om de inhoud van zorg, doen zich voortdurend vragen voor over de activiteiten die vallen onder screenen, diagnostiek, toeleiding, het geven van adviezen en begeleiding (adviesgesprekken JGZ). Ook zijn er onduidelijkheden over de coördinatie van zorg en vragen over de opbouw en afkappunten van de GGR's die bepalen welke zorg een kind het beste kan ontvangen. Daarnaast worden vragen gesteld over de kwaliteit van het aanbod en over de bevoegd- en bekwaamheid van uitvoerders.

Met betrekking tot de financieringsmogelijkheden bestaan veel verschillende opvattingen. Het is een zeer complex panorama met veel wettelijke mogelijkheden. Het ontbreekt regelmatig aan kennis of aan gedeelde kennis over de verschillende basistaken/aanspraken en declaratiemogelijkheden in het publieke domein van de gemeente of in het private verzekeringsdomein van de verzekeraars (binnen de publieke randvoorwaarden) of in een combinatie daarvan.

Wettelijke aanspraken die ingezet kunnen worden voor financiering van overgewicht en obesitas komen uit de basisverzekering, de aanvullende verzekering, de Wet publieke gezondheid, de Wmo en uit de Jeugdwet. Dit brengt een hoge complexiteit met zich mee (zie figuur 7). Behalve keuzes voor een bepaalde aanspraak moeten vervolgens ook keuzes gemaakt worden voor een declaratietitel en voor een tarief.

|                            | Basisverzekering   |                        |         |                        |                                      |                  | AV <sup>1</sup> | Jeugdwet | Wpg/JGZ | Wmo/ Sport |
|----------------------------|--------------------|------------------------|---------|------------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------|----------|---------|------------|
|                            | huisartsen/1e lijn | medisch specialistisch | wijkvpk | beleidsregel innovatie | beleidsregel wondzorg en coördinatie | collectiviteiten |                 |          |         |            |
| screenen                   | •                  | •                      |         |                        |                                      |                  |                 |          | •       |            |
| diagnostiek                | •                  | •                      |         |                        |                                      |                  |                 | •        | •       |            |
| toeleiden                  | •                  |                        | •       | •                      |                                      |                  |                 | •        | •       |            |
| ind adviezen               | •                  |                        | •       | •                      |                                      |                  |                 | •        | •       | •          |
| coördineren                | •                  | •                      | •       | •                      | •                                    |                  |                 | •        | •       | •          |
| GLI bij licht GGR          |                    |                        |         | •                      |                                      |                  |                 | •        |         |            |
| gedrag                     | (•)                |                        |         | •                      |                                      |                  |                 | •        |         |            |
| voeding                    | •                  |                        |         | •                      |                                      |                  |                 |          |         |            |
| bewegen                    |                    |                        |         |                        |                                      | •                |                 |          |         | •          |
| GLI bij matig en sterk GGR |                    |                        |         | •                      |                                      |                  |                 | •        |         |            |
| gedrag                     | •                  | (•)                    |         | •                      |                                      |                  |                 | •        |         |            |
| voeding                    | •                  | •                      |         | •                      |                                      |                  |                 |          |         |            |
| bewegen                    | •                  | •                      |         | •                      |                                      | •                |                 |          |         | •          |
| GLI bij extreem GGR        | •                  | •                      |         | •                      |                                      |                  |                 |          |         |            |
| begeleiding                | •                  | •                      |         |                        |                                      |                  |                 |          | •       |            |

<sup>1</sup> Aanvullende verzekering

Figuur 7. Inkoopmatrix (zie kader hieronder en rechts)

### Inkoopmatrix

In deze matrix is te zien welke activiteiten uit welke financieringsbronnen gefinancierd zouden kunnen worden. De verschillende bronnen hebben ieder hun eigen voorwaarden, zoals vastgelegd in het basispakket van de basisverzekering of in het basistakenpakket van de gemeenten. Regionale partijen kiezen in overleg op welke wijze ze de zorgstandaard bekostigen, mits de afspraken voldoen aan de wettelijke voorwaarden.

Op de verticale as staan de verschillende activiteiten uit de Zorgstandaard Obesitas benoemd.

Op de horizontale as staan de financiële kaders en bronnen. Vanuit de basisverzekering is een kolom voor de eerste lijn, voor medisch specialistische zorg, voor wijkverpleegkundige zorg en voor twee heel specifieke bronnen, te weten de beleidsregel innovatie en de beleidsregel 'regiefunctie van complexe wondzorg'. Binnen het kader voor de eerste lijn kan ingekocht worden voor huisartsen, diëtisten en fysiotherapeuten. Ook de aanvullende verzekering kan als financieringsbron gezien worden. Naast de basisverzekering en aanvullende verzekering staan op de horizontale as de gemeentelijke financieringskaders, te weten de Jeugdwet, de Wpg (JGZ) en Wmo/'Sport en Bewegen in de Buurt'.

Afzonderlijke activiteiten uit de Zorgstandaard kunnen in een aantal gevallen uit verschillende bronnen gefinancierd worden, zowel apart als in samenhang. Dit is afhankelijk van het contracteerbeleid van verzekeraar en gemeente.

### Inkoopmatrix

1. Screenen betreft het vaststellen van het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico en wordt in de meeste gevallen onder de Wpg uitgevoerd. Het kan ook door huisartsen of medische specialisten worden uitgevoerd.
2. Diagnostiek betreft het bepalen van de gewichtsgelateerde gezondheidsschade aan de hand van de GGR. Het betreft zo nodig de medische diagnostiek en het analyseren van overig niet medische risicofactoren, bijvoorbeeld zoals die onder de JGZ toegepast worden.  
  
De diagnostiek kan onder de basisverzekering en de JGZ toegepast worden.
3. Toeleiden betreft het begeleiden van kind en gezin naar leefstijlinterventies als enkelvoudige adviezen niet voldoen. Dit kan via een kortdurend adviestraject uit de JGZ, door gespecialiseerde jeugd wijkverpleegkundige uit de basisverzekering of vanuit de jeugdhulp georganiseerd worden. Er kan geëxperimenteerd worden met opname in een beleidsregel innovatie waarin ook de GLI staat omschreven
4. Individuele adviezen betreffen de adviezen die nu door de jeugdverpleegkundige of jeugdhulpverlener geboden kunnen worden. Deze adviezen kunnen ook door bevoegd en bekwame zorgverleners onder de basisverzekering geboden worden, zoals bijv. , de praktijkverpleegkundige in een huisartspraktijk, of door wijkverpleegkundige, paramedicus, of door het wijkteam of kunnen worden opgenomen in een beleidsregel innovatie waarin ook de GLI staat omschreven
5. Het coördineren van de activiteiten door een centrale zorgverlener kan vergoed worden uit de basisverzekering via de beleidsregel 'huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' en via de beleidsregel 'medisch specialistische zorg'. De vergoeding van de coördinerende taken zouden ook onderdeel kunnen van een aan te vragen beleidsregel innovatie. Eventueel zouden ook mogelijkheden tot vergoeding geëxploreerd kunnen worden door aansluiting bij de beleidsregel 'wijkverpleegkundige zorg', de beleidsregel 'regiefunctie van complexe wondzorg'. De coördinatie op bepaalde elementen van een GLI kan ook vergoed worden uit het basistakenpakket van de jeugdhulp of, bij een niet complexe zorgvraag, via het wijkteam.
6. Een GLI-kort kan gedeeltelijk ingezet worden vanuit de jeugdhulp. Er dient dan toeleiding te zijn vanuit de JGZ. Onderdelen van de GLI-kort kunnen ingezet worden vanuit de basisverzekering uit de aanspraken in de eerste lijn, waarbij het ZIN toelichting heeft gegeven op de mogelijkheid om technieken uit de gedragstherapie vanuit de eerste lijn of ziekenhuis in te kunnen zetten (zie voetnoot 3). De GLI-kort kan ingezet worden vanuit een beleidsregel innovatie. Begeleiding bij bewegingsarmoede in een GLI-kort kan niet uit de basisverzekering vergoed worden, wel uit de aanvullende verzekering of uit 'Sport en Bewegen in de Buurt'. Indien er sprake is van een GGR + kunnen alle elementen uit de GLI-kort vergoed worden uit de basisverzekering (zie ook punt 7).
7. Een GLI en GLI + kunnen per onderdeel vergoed worden uit de basisverzekering via de beleidsregel 'huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg', via de beleidsregel 'medisch specialistische zorg' en via de beleidsregel innovatie. Bij de beleidsregel innovatie kan de GLI in zijn geheel vergoed worden, mits daar een prestatie en indicatie aan ten grondslag ligt. Het bewegingsonderdeel kan echter alleen vergoed worden indien er sprake is van bewegingsbeperking, bij bewegingsarmoede kan vergoeding plaatsvinden vanuit de Aanvullende verzekeringen of via gemeente. Voor de vergoeding van gedragstherapie uit de basisverzekering heeft het ZIN een handreiking opgesteld (zie voetnoot 3).
8. Consulten in de begeleidingsfase kunnen vergoed worden uit de basisverzekering via de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, beleidsregel medisch specialistische zorg en jeugdgezondheidszorg (zie ook punt 7).



### *Tactisch*

Behalve over aantallen, inhoud en financieringsmogelijkheden doen zich ook vragen voor over de wijze van samenwerken. De overheveling per 1 januari 2015 van wettelijke aanspraken uit de AWBZ naar het basistakenpakket van de gemeente heeft daarbij voor meer vragen gezorgd ten aanzien van organiseren en inkopen van zorg. Het begint vaak al met onduidelijkheid over het draagvlak voor een convenant of convenanten. Er zijn landelijke afspraken maar ook regionale afspraken. De regionale convenanten kunnen betrekking hebben op overgewicht en obesitas maar ook op samenwerking tussen gemeente en verzekeraars in het algemeen. Bestuurders die getekend hebben voor de afspraken in een convenant kunnen alweer vertrokken zijn met alle gevolgen van dien. Inkoopers die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering kampen vaak, zeker niet altijd, met onzekerheid over dat draagvlak. Dat openbaart zich niet alleen bij het maken van gezamenlijke afspraken, maar ook bij het maken van afspraken in de eigen organisatie. Zo is het voor gemeentelijke inkoopers niet altijd gemakkelijk om afspraken te maken over de inzet van jeugdhulp, gezondheidsbevordering en jeugdgezondheidszorg. En is het voor inkoopers van zorg niet altijd gemakkelijk om gezamenlijke afspraken te maken tussen de verschillende inkoopteams of innovatieteams.

### *Strategisch*

Er is dan ook behoefte aan bestuurlijke keuzes over inzet van extra financiële middelen of herallocatie van budgetten/middelen waarmee de inkoopers uit de voeten kunnen. Ook de ambities van bestuurders van verzekeraars en gemeente op het grensvlak van private- en publieke aanspraken zijn niet altijd helder gedefinieerd. De financiële risico's die beide organisaties willen lopen bij het verminderen van overgewicht en obesitas bij kinderen zijn onbekend.

## **4.2 Analyse oplossingen**

Er zijn 55 oplossingen geïnterviewd. Voorgestelde oplossingen komen voort uit de praktijk waar al geëxperimenteerd wordt en uit eigen inzichten en kennis van de geïnterviewden.

In figuur 6 is te zien dat de oplossingen over verschillende clusters verdeeld zijn, met vooral voorstellen voor het cluster tactiek en ontwerp.

### *Uitvoering*

De meest praktische oplossing in de uitvoering van de contractering, betreft de keuze om te beginnen met de groep kinderen met een extreem verhoogd GGR die waarschijnlijk al in zorg zijn of al in het vizier bij jeugdhulp. Het GGR laat bij deze groep geen twijfel bestaan over de risico's op verdere medische aandoeningen. Alle activiteiten van de GLI vallen onder de basisverzekering, ook als gestart wordt met een GLI-kort, *inclusief* het aanbieden van technieken ter ondersteuning van de gedragsverandering (bijvoorbeeld motivational interviewing)<sup>16</sup>.

Ook de beweegcomponent kan voor deze groep vergoed worden indien obesitas op de paramedische lijst van chronische aandoeningen wordt opgenomen in het basispakket.

Deze kinderen kunnen gediagnosticeerd worden door de kinderarts en dan verwezen worden naar een GLI. Zo nodig kan een consult van de kinderarts ingezet worden ten tijde van de GLI of in de begeleidingsfase. De centrale zorgverlener kan volgens de huidige financieringsstructuur ingezet worden vanuit de zorgverzekeraar of vanuit de gemeente. Financiering van de activiteiten voor deze

---

<sup>16</sup> zie voetnoot 3.

groep kan uit de basisverzekering en uit de Jeugdwet. De aantallen zijn bekend bij de GGD en daarmee kan ook het financiële risico vastgesteld worden. Mogelijk zijn deze kinderen al in zorg of bij jeugdhulp en kan die zorg/hulp geoptimaliseerd worden met doelmatigheidswinst als gevolg.

#### *Ontwerp*

Tegelijkertijd kan aan andere oplossingsrichtingen gewerkt worden. Dit betreft dan vooral het inventariseren van geschikt aanbod, van de vraag van patiënten c.q. patiëntprofielen en van financieringstechnieken.

Wat geschikt aanbod en geschikte uitvoerders zijn moet bepaald worden door de gemeente wat betreft de gemeentelijke aanspraken en door de verzekeraar wat betreft aanspraken uit de basisverzekering. Gezamenlijk bepalen zij wie bevoegd en bekwaam zijn. Het betreft inventarisatie van screening, diagnostiek, toeleiding, advies, programma's maar ook van beweegcoaches, gedragscoaches voedingscoaches, leefstijlcoaches en centrale zorgverleners. Bij de inventarisatie kan gebruik worden gemaakt van de Good Practices die geïnventariseerd zijn door Care for Obesity<sup>17</sup>.

Het inventariseren van de GGR's, risicofactoren, multimorbiditeit, afkappunten en aantallen kan samen met deskundigen van het PON en/ of met deskundigen van de regionale GGD uitgevoerd worden. Er is heel veel informatie beschikbaar, het is alleen nog niet gemakkelijk toegankelijk of eenduidig. Er is een rekenmodel door de GGD ontwikkeld waarmee voor iedere regio informatie over prevalentiecijfers van overgewicht en obesitas aangeleverd kan worden en waarmee schattingen gemaakt kunnen worden over aantallen. Toepassen van dit model kan samen met de GGD opgepakt worden.

Er kunnen verschillende financieringsinstrumenten ingezet worden. Voor vergoeding van zorg uit het basispakket betreft het *bestaande prestaties met bestaande regelingen*, zoals de regeling huisartsgeneeskundige zorg, regeling fysiotherapie, regeling diëtetiek, regeling wijkverpleging, regeling medisch specialistische zorg, het exploreren van aansluiten bij de beleidsregel regiefunctie complexe wondzorg, de beleidsregel overige geneeskundige zorg, of *bestaande aanspraken zonder bestaande prestaties met nieuwe regelingen*, zoals de beleidsregel innovatie. Wanneer het om een nog niet bestaande aanspraak gaat kan er ook nog geëxperimenteerd worden met een voorlopige toelating in het basispakket<sup>18</sup>.

Vanuit de gemeente is financiering mogelijk vanuit de Wet publieke gezondheid, waaronder jeugdgezondheidszorg, vanuit de Jeugdwet en vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (sport en bewegen).

Er kan ook overwogen worden om in overleg tussen gemeente en zorgverzekeraar activiteiten uit de collectieve aanvullende verzekering te betalen. Mogelijk hebben gemeentes aanvullende collectieve verzekeringsafspraken gemaakt voor mensen die onder het sociale minimabeleid vallen en kunnen daarin vergoedingen worden afgesproken voor GLI – programma's. Ook voor de ambtenaren van de gemeente kunnen vaak aanvullende afspraken worden gemaakt.

Er is behoefte aan een overzicht van de verschillende financieringsbronnen en –instrumenten aan de hand waarvan regionaal keuzes gemaakt kunnen worden die vastgelegd worden in inkoopbeleid.

---

<sup>17</sup> Voor het verbeteren van de ketenaanpak in de uitvoering van de zorgstandaard heeft C4O Good Practices voor onderdelen van de ketenzorg in kaart gebracht. In samenwerking met het ZIN is een format ontwikkeld om de Good Practices op een structurele manier te beschrijven. De eerste conceptversie is van 3 februari 2015

<sup>18</sup> Dit vergt een specifieke procedure en wordt alleen toegepast wanneer sprake is van een 'evidence-gap'

Keuzes betreffen bijvoorbeeld vergoeding van de centrale zorgverlener uit het basistakenpakket van de gemeente of het basispakket basisverzekering. Of vergoeding door de uitbreiding van een kindbudget wanneer een kind met een ernstige vorm van overgewicht al onder jeugdhulp valt in plaats van aparte financiering van een GLI. Of de vergoeding van GLI's uit basispakket basisverzekering of basistakenpakket gemeente of uit allebei.

#### *Tactisch*

Als oplossing op het niveau van knelpunten in de samenwerking wordt voorgesteld om gezamenlijk te experimenteren met de beleidsregel innovatie. Activiteiten die in een gezamenlijke beleidsregel worden opgenomen worden getoetst door de NZa op dubbelingen in andere regelingen. De toets zoekt naar dubbelingen in andere vergoedingsregelingen in de basisverzekering, maar ook in regelingen onder de Jeugdwet of jeugdgezondheidszorg.

De beleidsregel kan ingezet worden voor een GLI-kort, voor GLI en GLI+, voor de centrale zorgverlener, voor een leefstijlcoach. Regionale partijen kunnen zelf kiezen wat de voorkeur heeft. Ook kan gekozen worden om aan te sluiten bij andere verzekeraars die al met een beleidsregel innovatie werken. In de beleidsregel kan ook opgenomen worden wie bevoegd en bekwaam is om activiteiten uit te voeren. Het voordeel van deze beleidsregel is dat de omschrijvingen nog niet zo specifiek hoeven als in een definitieve prestatiebeschikking van de NZa.

Naast het experimenteren met een beleidsregel innovatie kan ook geëxperimenteerd worden met het inkopen van onderdelen van de zorgstandaard met zoveel mogelijk bestaande prestaties. Te denken valt aan contractering onder de prestatie 'fysiotherapie' en 'diëtetiek' en beweegprogramma's uit aanvullende verzekeringen.

Het experimenteren met financieringsinstrumenten kan ondersteund worden door een leeromgeving, die al of niet tijdelijk ondersteund wordt door experts. Die kan regionaal opgezet worden met verschillende partners, maar ook landelijk binnen bijvoorbeeld de VNG en binnen ZN. Voordeel van een dergelijke leeromgeving is dat ervaringen ook toegepast kunnen worden bij andere zorg- of gezondheidsvragen dan bij overgewicht en obesitas. In de leeromgeving kan tevens geoefend worden met handreikingen, bekostigingstechnieken, rekenmodellen van de GGD.

#### *Strategisch*

Er is een Convenant Gezond Gewicht<sup>19</sup>. Dit convenant is mede ondertekend door VNG en verzekeraars. In overleg met deze partijen en VWS kan een keuze gemaakt worden in welke budgetkaders bij gemeente en verzekeraars zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas begroot zouden moeten worden. Het lijkt voor de hand te liggen om deze kosten te delen. Hiermee wordt een flinke strategische sturing en steun gegeven aan de mensen van gemeente en zorgverzekeraar die de afspraken moeten maken over de bekostiging van de activiteiten uit de Zorgstandaard Obesitas.

Ook op bestuursniveau kan de GGD betrokken worden bij verdere implementatie van de zorgstandaard. Door gezamenlijk op te trekken in een regio van verschillende gemeentes kunnen gemakkelijker afspraken gemaakt worden met de regionale verzekeraar.

---

<sup>19</sup> Het Convenant Gezond Gewicht is per 1 januari 2015 overgegaan in de stichting Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG)

## 5 Conclusie en Advies

Op basis van de context, de verkenning en de analyse van knelpunten en oplossingsrichtingen komen wij tot een aantal conclusies. De conclusies rapporteren wij wederom in relevante clusters van het ordeningsschema, te weten langs de dimensies strategie, tactiek en ontwerp/uitvoering. De conclusies laten wij telkens volgen door een advies. Ook de adviezen zijn daarmee geclusterd in drie relevante clusters. Wij beginnen de ordening met het cluster strategie, dan volgt het cluster tactiek en we eindigen met ontwerp/uitvoering.

### *Strategie*

Uit de analyse wordt bevestigd dat overgewicht en obesitas bij kinderen een groot, erkend probleem is voor volksgezondheid en dat er nog meer aandacht aan besteed kan worden. De Zorgstandaard Obesitas kent nieuwe inzichten en een geïntegreerde aanpak voor (geïndiceerde- en of zorggerelateerde) preventie en zorg. Implementatie hiervan is een ingrijpend veranderingsproces in zowel het organiseren als het contracteren van de zorg. Het is goed om daarbij te experimenteren. Betrokkenheid van bestuurders en van koepels is daarbij belangrijk, vooral in termen van ambities en het aangaan van financiële risico's of heralloceren dan wel uitbreiden van budgetten. In overleg met partners van de stichting Jongeren Op Gezond Gewicht en VWS kan een keuze gemaakt worden in welke budgetkaders bij gemeente en verzekeraars zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas begroot zouden moeten worden.

Met het verschijnen van de conceptversie van handreiking voor de uitleg van zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas, is er veel vertrouwen onder verzekeraars dat er ook een betaaltitel zal komen voor de verschillende soorten GLI's. In dat geval zou vanuit verzekeraars perspectief mogelijk geen experiment noodzakelijk zijn. Het tot stand komen van een dergelijke betaaltitel is echter geen sinecure, zolang gemeente en verzekeraars onderling geen integrale afspraken maken over wat er in de GLI vergoed wordt door de gemeente en wat door de verzekeraar. Het doel van experimenteren kan dus zijn om betaaltitels te definiëren voor zowel gemeente als verzekeraar in onderlinge samenhang.

Voor grote steden geldt daarnaast dat het grote aantal kinderen met overgewicht en obesitas een belemmering kan vormen voor contractering van de Zorgstandaard. Het financiële risico op basis van aanspraken uit de Zorgverzekeringswet of uit de publieke gezondheidszorg of Jeugdwet lijkt in de grote steden de begrootte risico's te overschrijden.

### **Advies**

Bevestig een concrete ambitie op landelijk en regionaal niveau van gemeente en zorgverzekeraar met daaraan gekoppeld een algemene afspraak/keuze over de in te zetten budgetten of kaders. Dit kan de hoogte van de budgetten betreffen, maar ook wélke wettelijke budgetten of wettelijke kaders binnen gemeente en zorgverzekeraars ingezet kunnen worden voor de contractering.

### *Tactiek*

Financiering van de Zorgstandaard Obesitas vraagt om het maken van afspraken over verschillende onderwerpen. Het betreft het doorlopen van een aantal stappen dat daarvoor nader uitgewerkt moet worden.

- Het proces van zorg- en hulpverlening: wat is de keten, wie doet wat, waar begint of eindigt de keten, waar is de gemeente actief, waar de zorgverzekeraar

- De inhoud van de keten: hoe zijn de activiteiten gedefinieerd
- Welke financiële kaders zijn mogelijk: als de activiteiten in de keten bekend zijn kan getoetst worden uit welke financiële kaders de activiteiten bekostigd kunnen worden
- Bekostiging/contractering: welke keuzes maken de inkopers in onderling overleg voor het inkopen van de activiteiten. Met andere woorden, van welke financiële kaders wensen zij daadwerkelijk gebruik te maken.

Inkopers van de gemeente en van de zorgverzekeraars kunnen deze stappen in gezamenlijkheid doorlopen.

Financiering en implementatie van de Zorgstandaard Obesitas lopen hand in hand met wijzigingen in wetgeving en organisatie van gemeentelijke verantwoordelijkheden. Organisatie van sociale wijkteams, basisteams en multidisciplinair overleg lopen parallel met het vormgeven van een netwerk van zorg- en hulpverleners voor begeleiding van kinderen met overgewicht en obesitas. Door multiproblematiek en complexiteit moet er, met vallen en opstaan, samengewerkt worden in deze nieuwe structuren en doen zich veel leereffecten voor. Er is behoefte aan verminderen van de onzekerheid, ondersteuning met hulpmiddelen bij het maken van inkoopafspraken en inzicht in een praktische werkwijze om tot efficiënte samenwerking te komen tussen gemeente en zorgverzekeraar, gekoppeld aan een regionaal leerproces.

In een leeromgeving kan geëxperimenteerd worden met het doorlopen van de stappen in een complexe omgeving met de volgende hulpmiddelen. De hulpmiddelen kunnen opgenomen worden in een praktische toolbox die beschikbaar is voor alle inkopers.

- *Procesbeschrijving*  
Een beschrijving van activiteiten die voor alle vier de stappen doorlopen moeten worden en van de gewenste uitkomsten.
- *Kwalitatieve omschrijvingen*  
Er is al heel veel goede informatie aanwezig, maar deze is vaak niet in samenhang bekend bij de mensen die de inkoop verzorgen. Het betreft informatie en definities uit de Zorgstandaard Obesitas, uit de Business Case, uit de notitie over Good Practices, uit de factsheet van het LEFF programma, maar ook uit de rapportage over de centrale zorgverlener van de Jeugdzaak. In de toolbox zouden deze kwalitatieve omschrijvingen in samenhang opgenomen kunnen worden.
- *Beleidsregel innovatie (zie 5.2.1)*  
De beleidsregel innovatie is een overeenkomst ten behoeve van een nieuwe zorgprestatie tussen één of meerdere verzekeraars en één of meerdere aanbieders.  
De beleidsregel is van toepassing op de zorg uit de zorgverzekeringswet. Deze zorg is verwoord in het basispakket (aanspraken). De beleidsregel innovatie kan ingezet worden om prestaties te formuleren waarvoor wél een aanspraak, maar nog geen betaaltitel bestaat én om de activiteiten uit de zorgstandaard in samenhang te bekostigen. De inkopers van de gemeente en van de verzekeraar kunnen de beleidsregel gezamenlijk invullen en aanvragen. De beleidsregel is voor drie jaar geldig en bedoeld om te experimenteren met nieuwe afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. Deze experimenten moeten leiden tot duurzame afspraken en een definitieve prestatiebeschikking van de NZa.
- *Lokale informatie van GGD's voor het vaststellen aantallen kinderen met obesitas*  
In de "Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012" staan gegevens over kwaliteit van leven (ervaren gezondheid), lichamelijke gezondheid (chronische aandoeningen, beperkingen in horen,

zien en mobiliteit), psychische gezondheid (angst en depressie), sociale situatie (mantelzorg geven, eenzaamheid, huiselijk geweld), lengte en gewicht, leefstijl (alcoholgebruik, bewegen, roken) en achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd, herkomst, huishoudsamenstelling, inkomen, opleiding en werksituatie). Deze informatie kan ingezet worden bij het bepalen van aantallen kinderen dat in aanmerking komt voor een leefstijlinterventie. De lokale GGD kan ondersteunen met het ontsluiten van de informatie tot geschikte gegevens voor toepassing in het rekenmodel.

- *Rekenmodel voor vaststellen aantallen leefstijlinterventies in een stad of regio (zie 5.2.2)*

Het PON heeft in 2014 een business case geschreven voor de toepassing van de nieuwe Zorgstandaard Obesitas voor kinderen met obesitas. Hierin staat opgenomen de mix van activiteiten die een populatie van kinderen met obesitas volgens de Zorgstandaard Obesitas zou moeten krijgen. Voor de elementen van deze activiteiten - de GLI's en opnames- zijn richtprijzen vermeld. Hiermee kan dus, op basis van populatiegegevens zoals beschikbaar in de lokale informatie van de GGD, voor een bepaalde regio de bovengrens van de jaarlijkse zorgvraag - in termen van aantallen en kosten - bepaald worden. Op basis van inschattingen van toeleidingsratio's (die evenredig zijn met de ernst van de mate van overgewicht) kan een realistische inschatting gemaakt worden van de te verwachten zorgvraag. Van het PON is ook informatie beschikbaar over de prevalentie van co-morbiditeit, waarmee een inschatting gemaakt kan worden van de GGR verdeling over de populatie.

- *Matrix met inkoopmogelijkheden (zie fig. 7)*

In deze matrix staan alle financieringsbronnen die van toepassing kunnen zijn bij onderdelen van de Zorgstandaard Obesitas overzichtelijk weergegeven. De matrix kan een hulpmiddel zijn in het overleg tussen inkopers van gemeenten en zorgverzekeraars. De matrix kan ook in de toolbox worden opgenomen.

#### **Advies**

Organiseer ondersteuning bij het inrichten van een lokale leeromgeving waarin met behulp van bovenstaande hulpmiddelen inkoopafspraken gemaakt kunnen worden. Ontwikkel hiervoor een Toolbox met daarin onder andere de uitgewerkte hulpmiddelen uit paragraaf 5.2.1 en 5.2.2 en met daarin de matrix uit figuur 7. Deze toolbox kan door C4O/PON onderhouden worden ten behoeve van de leeromgeving.

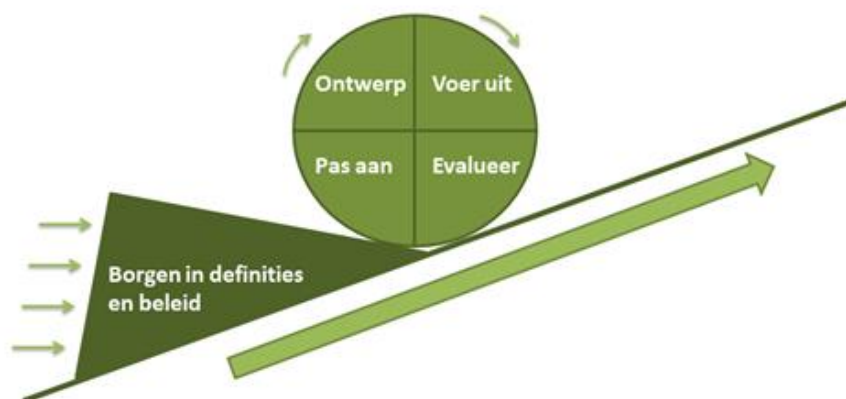
In de leeromgeving zou kennis en competentie van *inhoud* van zorg en preventie aanwezig moeten zijn samen met kennis en competenties van *inkoop* van zorg en preventie. Deze notitie met zijn bijlagen kunnen daarbij als achtergrondinformatie dienen. Ook de GGD zou nadrukkelijk moeten deelnemen aan de leeromgeving.

#### *Ontwerp en uitvoering*

We zitten al in een rijdende trein, er wordt hier en daar al geëxperimenteerd. De experimenten worden in de meeste gevallen gefinancierd uit projectgelden. Het is nu belangrijk om in meerdere regio's te starten met duurzame contractafspraken. Daartoe moeten de huidige uitkomsten en voorgestelde oplossingen van het tactisch proces (experimenteren, overleggen, samenwerken) vastgelegd worden en toegankelijk gemaakt worden. Het betreft definitie, borging en communicatie van ervaringen. Het gaat bij de uitvoering om het definiëren van regionale experimenten die door andere regio's overgenomen worden. Ervaringen kunnen gedeeld worden met collegae binnen de eigen organisaties die betrokken zijn bij andere samenwerkingsprojecten op het scheidsvlak van zorg

en preventie. Na een periode van drie jaar kan door monitoring van de contractafspraken bepaald worden welke afspraken definitief overgenomen kunnen worden in een prestatiebeschikking.

De cultuur van samenwerking is er één van vertrouwen en continu verbeteren (zie figuur 8). Voor het vastleggen van ervaringen kan in ieder geval gebruik worden gemaakt van de beleids- en uitvoeringscirkel. Zorgverzekeraars Nederland, PON/C4O en het landelijke platform van GGD epidemiologen kunnen hier bij ondersteunen.



Figuur 8. Continue verbeteren met borging van ervaringen opgedaan in de leeromgeving

#### Advies

Gezien de grote mate van complexiteit adviseren wij om vooral met eenvoudige experimenten te beginnen. Ga gezamenlijk met beleidsregels innovatie aan de slag en maak hierbij afspraken over aantallen kinderen en aantallen in te kopen GLI's. Kies ervoor om gezamenlijk te financieren In paragraaf 5.1 staan 6 voorstellen om verder uit te werken tot een experiment: vier met de beleidsregel innovatie, twee vanuit het basistakenpakket van de gemeenten en één met standaard inkoop van bestaande prestaties. Daar waar gewenst kan begonnen worden met het aanvragen van een gezamenlijke betaaltitel.

### 5.1 Mogelijke experimenten

In deze paragraaf staan 7 mogelijke experimenteerrichtingen beschreven. Het betreft 4 experimenten met de beleidsregel innovatie, 2 experimenten vanuit het basistakenpakket van de gemeente en één met standaard zorginkoop van bestaande prestaties bij gemeente en verzekeraars. De experimenten kunnen in een leeromgeving en met behulp van een toolbox uitgewerkt worden. Zorgverzekeraars Nederland, GGD Nederland en PON/C4O kunnen de voortgang en de afstemming tussen de verschillende experimenten ondersteunen.

Niet alle regio's zullen experimenteren met al deze mogelijkheden. Het lijkt voor de hand te liggen om de experimenten gezamenlijk uit te werken en af te spreken waar welk experiment als eerste ontwikkeld kan worden. Het zou mooi zijn wanneer in een regio telkens één verzekeraar en één gemeente hoofdaannemer zijn van een experiment met de beleidsregel en de overige verzekeraars en gemeenten in de betreffende regio deze hoofdverzekeraar volgen.

1. Beleidsregel innovatie met als prestatie GLI-kort. Het beweegprogramma wordt vanuit de Aanvullende Verzekering (collectiviteit gemeente sociale minima) vergoed óf uit 'Sport en bewegen in de Buurt'. Voor de definitie van de 'prestatie' GLI-kort kan gebruik worden gemaakt van de Good Practices uit de conceptnotitie 'Good Practices Care For Obesity', waaronder

omschrijvingen van het LEFF programma. Voor de definitie van aantallen kan gebruik worden gemaakt van het rekenmodel en voor de definitie van patiëntprofielen, afkappunten GGR's en risicofactoren kan gebruik worden gemaakt van de kwalitatieve omschrijvingen die C4O en PON opleveren voor de toolbox).

In deze beleidsregel wordt geen centrale zorgverlener opgenomen, conform het advies uit het rapport 'Positionering centrale zorgverlener bij kinderobesitas' (De Jeugdzaak, juli 2015).

De toeleiding kan met behulp van adviesgesprekken van de Jeugdverpleegkundige uit de Wpg óf toegevoegd worden aan de GLI-kort. Het betreft dan het intakegesprek en de drie adviesgesprekken, die wettelijk ook uit de basisverzekering vergoed mogen worden. Alle verzekeraars kunnen zich aansluiten bij deze beleidsregel en zelf het aantal te vergoeden GLI-kort programma's bepalen.

2. Aansluiten bij bestaande beleidsregel Leefstijlcoach van zorgverzekeraar CZ.

In deze beleidsregel staat de inzet van een leefstijl Coach omschreven. Hij wordt toegepast in Den Bosch. Andere zorgverzekeraars en andere gemeenten kunnen aansluiten bij deze beleidsregel. Dit moet wel in overleg met CZ en er moet een aansluitingsovereenkomst getekend worden

3. Beleidsregel innovatie met GLI en centrale zorgverlener uit Basisverzekering waarbinnen óók GLI-kort kan worden aangeboden inclusief bewegen, als er sprake is van bewegingsbeperking.

In deze beleidsregel wordt de prestatie GLI beschreven en de inzet van de centrale zorgverlener. Voor de definitie kan gebruik worden gemaakt van de conceptnotitie Good Practices 'Care for Obesity' en van het rapport 'Positionering centrale zorgverlener bij kinderobesitas' (De Jeugdzaak, juli 2015). Voor de definitie van aantallen kan gebruik worden gemaakt van de tabel en het rekenmodel en voor de definitie van afkappunten GGR's kan gebruik worden gemaakt van de kwalitatieve omschrijving die het C4O en PON opleveren.

Alle verzekeraars kunnen zich aansluiten bij deze beleidsregel en zelf het aantal te vergoeden GLI's bepalen.

4. Beleidsregel innovatie met GLI+ en centrale zorgverlener uit Basisverzekering waarbinnen ook GLI-kort (stepped care) kan worden aangeboden, inclusief bewegen als er sprake is van bewegingsbeperking. In deze beleidsregel wordt de prestatie GLI+ beschreven en de inzet van de centrale zorgverlener. In deze beleidsregel wordt ook de vergoeding van cognitieve therapie opgenomen, voor zover de nader toelichting van het ZIN dit toelaat. Voor de definitie kan gebruik worden gemaakt van de conceptnotitie Good Practices 'Care for Obesity' en van het rapport 'Positionering centrale zorgverlener bij kinderobesitas' (De Jeugdzaak, juli 2015). Voor de definitie van aantallen kan gebruik worden gemaakt van de tabel en het rekenmodel en voor de definitie van afkappunten GGR's kan gebruik worden gemaakt van de kwalitatieve omschrijving die C4O en PON opleveren.

Alle verzekeraars kunnen zich aansluiten bij deze beleidsregel en zelf het aantal te vergoeden GLI+ 's bepalen.

5. Experiment met GLI-kort uit Jeugdwet en 'Sport en Bewegen in de Buurt'

Het is ook mogelijk om de GLI-kort als programma te vergoeden onder de Jeugdwet. Het betreft dan bijvoorbeeld het LEFF programma. Er moet dan voldaan zijn aan de risicofactoren zoals omschreven zijn voor een individuele voorziening. De beweegcomponent kan vanuit 'Sport en bewegen in de Buurt' gefinancierd worden. Voor de definitie van aantallen kan gebruik worden gemaakt van het rekenmodel en voor de definitie van afkappunten GGR's kan gebruik worden gemaakt van de kwalitatieve omschrijving die C4O en PON opleveren. In overleg met Wmo kan



bepaald worden op welk budget voor de bewegingscomponent een beroep wordt gedaan: budget van jeugdhulp of van Wmo.

6. Experiment met GLI en centrale zorgverlener uit Jeugdwet.

Het is ook mogelijk om onderdelen van de GLI als programma en de inzet van de centrale zorgverlener te vergoeden onder de Jeugdwet. Er moet dan voldaan zijn aan de risicofactoren zoals die omschreven zijn voor een individuele voorziening. De beweegcomponent kan vanuit 'Sport en Bewegen in de Buurt' gefinancierd worden. Voor de definitie van de centrale zorgverlener kan gebruik worden gemaakt van het rapport 'Positionering centrale zorgverlener in aanpak kindrobesitas' (De Jeugdzaak, juli 2015). Voor de definitie van aantallen kan gebruik worden gemaakt van het rekenmodel en voor de definitie van afkappunten GGR's kan gebruik worden gemaakt van de kwalitatieve omschrijving die C4O en PON opleveren.

In overleg met 'Sport en Bewegen in de Buurt' kan bepaald worden op welk budget voor de bewegingscomponent een beroep wordt gedaan: budget van jeugdhulp of van 'Sport en Bewegen in de Buurt'.

7. Experiment met standaard inkoop van losse onderdelen van de zorgstandaard

Onderzocht kan worden of het mogelijk is om met inkoop van reguliere en afzonderlijke prestaties bij gemeente en bij zorgverzekeraar een samenhangend aanbod te financieren zonder dat de zorg en preventie versnipperd wordt. Uitgangspunt blijven de aanspraken zoals het ZIN die heeft geformuleerd. De nadruk in dit experiment ligt op toepassen van reguliere inkoopprestaties

Wij adviseren voorsnog niet met de volgende oplossingen te experimenteren:

1. Toepassen beleidsregel regiefunctie complexe wondzorg

De inzet van de centrale zorgverlener zou mogelijk via deze beleidsregel gedeclareerd kunnen worden. Wij stellen echter voor om de inkoop in samenhang met de GLI's in te kopen en die ook in samenhang als prestatie te omschrijven. Het toepassen van deze beleidsregel voor een enkel onderdeel van de Zorgstandaard brengt administratieve complexiteit mee.

2. Toepassen beleidsregel overige geneeskundige zorg

Deze beleidsregel biedt een mogelijke declaratietitel voor de inzet van de individuele adviezen door jeugdverpleegkundige. Analoog aan punt 1 adviseren wij echter om deze inzet in samenhang met GLI's op te nemen in de beleidsregel innovatie of vanuit de Jeugdwet te financieren

## 5.2 Hulpmiddelen voor toolbox

### 5.2.1 Beleidsregel innovatie

De beleidsregel innovatie is een overeenkomst ten behoeve van een nieuwe zorgprestatie tussen één of meerdere verzekeraars en één of meerdere aanbieders. In de beleidsregel dienen te volgende zaken te worden omschreven:

1. De prestatie

Bijvoorbeeld de GLI interventie, de Leefstijl coach, de centrale zorgverlener. Bij de omschrijving van de prestatie worden ook de groep patiënten die het betreft, de aantallen patiënten en de gewenste uitkomsten beschreven

2. Het experiment

De duur, het vernieuwingsaspect (bijvoorbeeld substitutie of verbeteren van zorg), de specifieke prestatie in de regio (wat met wie) en de controleerbare resultaten.

3. Business case  
Omschrijving van de kwaliteit prijsverhouding, bijvoorbeeld de landelijke BC van het PON, de BC van een gemeente of een BC op basis van de informatie van de regionale GGD.
4. Tarief  
Het tarief is vrij. Verzekeraars moeten elk hun eigen tarief bepalen. Hierover mogen onderling geen afspraken gemaakt worden.
5. Aanmelding NZa  
De beleidsregel en het tarief moeten aangemeld worden bij het NZa voor het verkrijgen van een beschikking.
6. De beleidsregel is van toepassing op Wmg art. 1 sub b
  - a. Zorg of dienst omschreven of krachtens zorgverzekeringswet
  - b. Handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als bedoeld in art. 1, eerste lid van de Wet beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, voor zover uitgevoerd, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid, door personen ingeschreven in een register als bedoeld in art. 3 van de wet óf door personen als bedoeld in art. 34 en voor zover de handelingen niet zijn begrepen onder a. (art 34: opleiding tot een beroep van bij AMvB worden aangewezen ter bevordering van individuele gezondheidszorg)
  - c. Indien een zorgaanbieder of een verzekeraar achteraf wil aansluiten bij een bestaande overeenkomst over een beleidsregel innovatie, dan volstaat het overleggen van een ondertekend addendum

### 5.2.2 Rekenmodel

Met het rekenmodel kan de verwachte zorgvraag per GGR voor een regio geschat worden, welke als input kan dienen voor de afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de aantallen in te kopen behandelprogramma's, en het benodigde budget.

Het rekenmodel is beschikbaar als MS Excel document. In het model wordt, evenals de business case, uitgegaan van een al geïmplementeerd stelsel van stepped en matched care, en dat er gemiddeld één behandeling per cliënt per jaar plaats vindt.

#### Stappenplan voor toepassing van het rekenmodel

1. Bepaal de scope van de (deel) populatie waarvoor het rekenmodel wordt gebruikt
2. Kwantificeer met de GGD de populatieaantallen, inclusief de aantallen overgewicht en ernstig overgewicht (verdeeld over obesitas graad 1, 2 of 3)

| Populatie:   | Totaal |
|--------------|--------|
| Overgewicht  |        |
| Obesitas I   |        |
| Obesitas II  |        |
| Obesitas III |        |

3. Maak inschattingen over co-morbiditeit zodat GGR's gekwantificeerd zijn

| Co-Morbiditeit: |  |
|-----------------|--|
| Overgewicht     |  |
| Obesitas I      |  |
| Obesitas II     |  |
| Obesitas III    |  |

4. Maak inschattingen over toeleiding – per GGR, welk % van geclassificeerden zal inderdaad deelnemen aan een programma

| GGR Niveau       | Toeleiding % |
|------------------|--------------|
| Extreem verhoogd |              |
| Sterk verhoogd   |              |
| Matig verhoogd   |              |
| Licht verhoogd   |              |

5. Bekijk het aanbod en stel vast welke programma's in welke hoeveelheid tegen welke eenheidskosten aangeboden worden in de regio

| Aanbod | Ind. advies | GLI kort | GLI    | GLI +  | GLI+ opname |
|--------|-------------|----------|--------|--------|-------------|
| Aantal | -           | -        | -      | -      | -           |
| Kosten | € 0,00      | € 0,00   | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00      |

6. Verken de budgettaire ruimte voor het aanbod

| Financieringsruimte | Gemeente | Verzekeraars |
|---------------------|----------|--------------|
| Extreem verhoogd    |          |              |
| Sterk verhoogd      |          |              |
| Matig verhoogd      |          |              |
| Licht verhoogd      |          |              |

7. Vul het rekenmodel in en beoordeel de uitkomsten

| Behandeltrajecten | Aantal | Ind. advies | GLI kort | GLI | GLI + | GLI+ opn. | Gem. Kost |
|-------------------|--------|-------------|----------|-----|-------|-----------|-----------|
| Kosten indicatie  |        | € -         | € -      | € - | € -   | € -       | € -       |
| Extreem verhoogd  | -      | 0           | 0        | 0   | 0     | 0         | € -       |
| Sterk verhoogd    | -      | 0           | 0        | 0   | 0     | 0         | € -       |
| Matig verhoogd    | -      | 0           | 0        | 0   | 0     | 0         | € -       |
| Licht verhoogd    | -      | 0           | 0        | 0   | 0     | 0         | € -       |

8. Voer een aantal "what-if" analyses uit om de robuustheid van de uitkomsten en mogelijke bandbreedtes te beoordelen

| Lokaal, 0-19 jr  | Populatie | Ind. advies | GLI kort | GLI    | GLI +  | GLI+ opn. |
|------------------|-----------|-------------|----------|--------|--------|-----------|
| Overgewicht      | 0         | 0           | 0        | 0      | 0      | 0         |
| Obesitas I       | 0         | 0           | 0        | 0      | 0      | 0         |
| Obesitas II      | 0         | 0           | 0        | 0      | 0      | 0         |
| Obesitas III     | 0         | 0           | 0        | 0      | 0      | 0         |
| Aantallen        | 0         | 0           | 0        | 0      | 0      | 0         |
| Kosten indicatie | € 0,00    | € 0,00      | € 0,00   | € 0,00 | € 0,00 | € 0,00    |

9. Leg gezamenlijk vast welke inkoopbehoefte verwacht wordt, en hoe daaraan voldaan kan worden.