



Zorginstituut Nederland

LEEFSTIJLINTERVENTIES: VAN INITIATIEF NAAR BASISVERZEKERING

EEN WEGWIJZER

Datum 15 augustus 2022
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2022032764
Contactpersoon	mw. F.M. van der Meer +31 (0)6 206 367 77
Auteur(s)	Jolanda Latta, Freerkje van der Meer
Afdeling	Sector Zorg – Team Eerstelijnszorg & Preventie

Inhoud

Colofon—1

Inleiding—7

- 1.1 Aanleiding—7
- 1.2 Doel—7
- 1.3 Van initiatief tot gecontracteerde zorg: mijlpalen—7
- 1.4 Beoordelvragen voor een plek in de basisverzekering—8
- 1.5 Terminologie—9
- 1.6 Gebruiksaanwijzing van de wegwijzer—10

2 Wat is een kansrijke leefstijlinterventie?—11

- 2.1 Welke initiatieven kunnen 'kansrijk' zijn?—11
- 2.2 (Waarschijnlijke) effectiviteit—11
- 2.3 De interventie als te verzekeren prestatie—11

3 Preventie binnen de basisverzekering—13

- 3.1 Het begrip preventie—13
- 3.2 Collectieve preventie—13
 - 3.2.1 Universele preventie—13
 - 3.2.2 Selectieve preventie—13
 - 3.2.3 Collectieve preventie valt niet binnen de Zvw—13
- 3.3 Individuele preventie—14
 - 3.3.1 Het begrip hoog risico—14
 - 3.3.2 Past 'casefinding' binnen de Zvw?—16
- 3.4 Uitbreiding mogelijk van preventie binnen de Zvw?—17

4 Indicatie-interventiecombinatie als basis voor de beoordeling—19

- 4.1 Het domein van de Zvw—19
- 4.2 Geneeskundige zorg en leefstijl, -interventie, -geneeskunde—19
- 4.3 Preventief - curatief—20
- 4.4 Niet iedere interventie met leefstijlelementen is een leefstijlinterventie—20

5 Elementen van een goede interventiebeschrijving—23

- 5.1 Belang van een goede interventiebeschrijving—23
- 5.2 Meerdere domeinen aan zet—23
 - 5.2.1 Eerste of tweede lijn?—23
 - 5.2.2 Zorg of organisatie?—24
- 5.3 Functionele beschrijving, competenties en kwaliteit—24
- 5.4 Onderzoek en onderbouwing—25
 - 5.4.1 Interventies die meerdere componenten omvatten—25

6 Stand van de wetenschap & praktijk, onderbouwing—27

- 6.1 Effectiviteit, uitkomstmaten, vormen van onderzoek—27
- 6.2 Technische varianten—28
 - 6.2.1 Technische varianten en duur en intensiteit van de interventie—29
 - 6.2.1.1 Voorbeelden van wel of geen technische variant—29
 - 6.2.2 Variatie op indicatiecriteria—31

- 7 Advies en begeleiden bij bewegen en bij voeding- en eetgewoontes binnen de basisverzekering—33**
 - 7.1 Inzet paramedische disciplines—33
 - 7.2 Advies en begeleiding bij voeding- en eetgewoontes—34
 - 7.3 Advies en begeleiden bij bewegen binnen een (G)LI: gedragsmatige inzet—34
 - 7.4 Advies en begeleiden bij bewegen buiten een (G)LI: geneeskundige inzet—35

- 8 Afstemming, coördinatie en regie en samenwerking tussen domeinen—37**
 - 8.1 Kosten van coördinatie en regie—37
 - 8.2 Koppeling met geneeskundige zorg als voorwaarde voor vergoeding onder de Zvw—37
 - 8.3 Coördinatie en regie in verband met individuele zorgverlening—38
 - 8.4 (Niet)patiëntgebonden – (in)direct—38

- 9 Van Zvw-beoordeling naar Wmg-prestatiebeschrijving—39**
 - 9.1 Van beoordeling naar vergoeding/levering: welke stappen?—39
 - 9.2 De bekostiging—39
 - 9.3 Innovatie, bekostiging en Zvw—40

- 10 Zorgadviestraject GLI-programma’s bij overgewicht en obesitas—41**

- 11 Zorgplicht en zorginkoop van de zorgverzekeraar—43**

Inleiding

1.1

Aanleiding

Preventie, een gezonde leefstijl, leefstijlinterventies, het zijn actuele onderwerpen die ook in relatie tot de basisverzekering (Zorgverzekeringswet; verder: Zvw) aandacht vragen. Er is vaak onduidelijkheid over wat we binnen de Zvw moeten verstaan onder 'preventie' en onder daarmee samenhangende begrippen als leefstijl, leefstijlgeneeskunde of leefstijlinterventie. Daarnaast speelt nogal eens de vraag of deze preventieve zorg onder de basisverzekering kan vallen of dat er een ander domein aan zet is. Preventie en ondersteuning bij een gezonde leefstijl zijn immers niet voorbehouden aan de zorg; ook, of juist, andere domeinen kunnen een rol spelen bij tijdige preventie en leefstijlinterventies, denk aan het sociale en publieke domein, nog daargelaten dat preventie de samenwerking kan vragen tussen zorg en gemeente.

1.2

Doel

De wet- en regelgeving rond preventie en ondersteuning binnen de zorgverzekering en andere domeinen kan een woud worden waarin men makkelijk verdwaalt. In deze wegwijzer proberen we verhelderingen te geven rond belangrijke begrippen en processen om dit woud doordringbaarder te maken. De wegwijzer bevat geen nieuwe standpunten of adviezen, maar brengt informatie over werkwijzen en processen rond de vergoeding, bekostiging en contractering van zorg binnen de basisverzekering bij elkaar. Daarnaast gaan we in op de samenwerking tussen zorg(verzekering) en andere domeinen. We illustreren deze informatie met reeds uitgebrachte standpunten en adviezen van het Zorginstituut. We hopen dat met deze informatie kansrijke initiatieven op het gebied van leefstijl sneller tot structureel zorgaanbod kunnen komen, omdat de initiatiefnemers eerder en makkelijker de weg in de regelgeving weten te vinden.

1.3

Van initiatief tot gecontracteerde zorg: mijlpalen

Om te komen tot vergoeding van een interventie onder de Zvw is een positieve beoordeling door het Zorginstituut (en/of zorgverzekeraars) nodig. Daarnaast spelen in het proces om van initiatief tot gecontracteerde zorg te komen ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de zorgverzekeraars een belangrijke rol. In schema 1 zijn de mijlpalen aangegeven om van project tot gecontracteerde zorg onder de Zvw te komen. De eerste mijlpaal – beoordeling nieuwe interventies – is nader gespecificeerd in schema 2. De mijlpalen II en III vinden plaats ná de beoordeling door het Zorginstituut (en/of zorgverzekeraars). In het schema staan verwijzingen naar de hoofdstukken waar de stappen inhoudelijk worden beschreven.

MIJLPALEN:**VAN INITIATIEF TOT (GECONTRACTEERDE) ZORG IN DE BASISVERZEKERING**

ZIE

Beoordeling zorgvormen op het gebied van preventie en leefstijl

WIE	Zorginstituut/zorgverzekeraars	
WAT	Beoordeling of zorg onder de basisverzekering valt/kan vallen	schema 2
HOE	Aan de hand van wet- en regelgeving (Zvw; Bzv; Rzv)	
VORM	Een standpunt	

Toepassen/opstellen van een passende bekostiging voor de zorg

WIE	De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	
WAT	Past een bestaande prestatiebeschrijving toe (eventueel met maximumtarief) of stelt een passende prestatiebeschrijving op (eventueel met maximumtarief)	hoofdstuk 9
HOE	Aan de hand van de wet en regelgeving: Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	
VORM	Beleidsregel en tariefbeschikking	

Vergoeden/leveren van zorg onder de basisverzekering

WIE	De zorgverzekeraars	
WAT	Vergoeden (restitutiepolis) of leveren (naturapolis) van de verzekerde zorg aan hun verzekerden	hoofdstuk 11
HOE	Via het vergoeden van de zorg (restitutie) of het contracteren van geselecteerde zorgverleners (natura)	
VORM	De polis vormt de basis voor de vergoeding of de levering	

SCHEMA 1: *Mijlpalen: van initiatief tot (gecontracteerde) zorg in de basisverzekering***1.4****Beoordelvingsvragen voor een plek in de basisverzekering**

In het volgende schema leggen we uit welke vragen voor het Zorginstituut relevant zijn bij de beoordeling van een nieuwe interventie. Wij onderscheiden hiervoor vijf aspecten die aan de orde komen bij een beoordeling:

- is er sprake van preventieve zorg die qua indicatie onder de Zvw kan vallen;
- valt de interventie inhoudelijk onder het domein van de Zvw;
- onder welke te verzekeren prestatie kan de interventie worden geschaard;
- voldoet de interventie aan de stand van de wetenschap en praktijk; en, voor zover van toepassing,
- vraagt de zorg specifieke vormen van coördinatie (bijvoorbeeld bij samenwerking tussen zorg en gemeente).

Deze vijf aspecten zijn hierna weergegeven met daarbij vermeld de vragen die het Zorginstituut hanteert bij een beoordeling. Per vraag is aangegeven in welk hoofdstuk dit onderwerp aan de orde komt.

Beoordeling van nieuwe interventies op het gebied van preventie en leefstijl

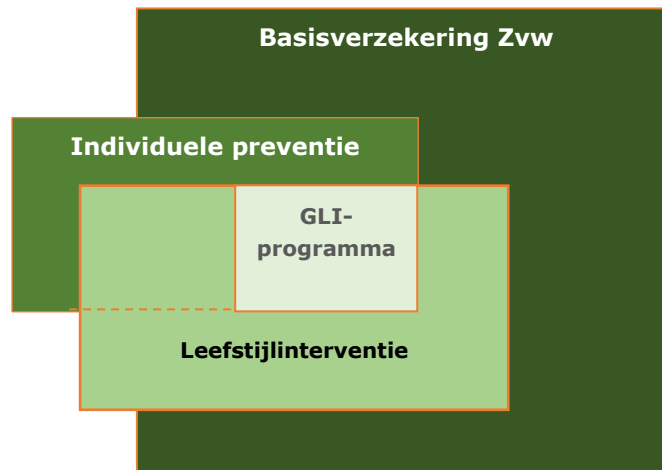
VRAGEN DIE HET ZORGINSTITUUT STELT BIJ EEN BEOORDELING		ZIE HOOFDSTUK
I. PREVENTIE - indicatie		3.3 e.v.
▪ Is er sprake van een aandoening? - Zo ja, de aandoening is de indicatie voor de zorg.		
▪ Zo nee, is er sprake van een <i>hoog risico</i> op een aandoening? - Zo ja, is het een <i>individueel</i> vastgesteld hoog risico? - Zo ja, hoe wordt dat risico gemeten en uitgedrukt?		
II. DOMEIN Zvw		4.1 e.v.
▪ Valt de indicatie onder de Zvw (zie onder I.)?		
▪ Is er sprake van geneeskundige zorg in de zin van de Zvw?		
III. ONDER WELKE TE VERZEKEREN PRESTATIE VALT DE IN TE ZETTEN ZORG?		
▪ Welke competenties zijn nodig om de interventie uit te voeren?		5.3
▪ Verwijzen de competenties naar een deskundigheidsgebied dat genoemd wordt in de Zvw?		5.3
▪ Bevat de interventie een beweegcomponent? - Zo ja, is er sprake van een geneeskundig relevante beperking rond bewegen?		7.3 & 7.4
IV. STAND WETENSCHAP EN PRAKTIJK & TECHNISCHE VARIANTEN		6
▪ Bestaat de interventie uit één component of uit verschillende componenten die samen de behandeling vormen?		5.4.1
▪ Is de interventie een gecombineerde leefstijlinterventie gericht op overgewicht/obesitas?		6.2
▪ Welk onderzoek ligt ten grondslag aan de interventie in termen van patiëntengroep, opbouw interventie, vergelijking, uitkomsten etc?		6.1
V. SAMENWERKING & COÖRDINATIE		8
▪ Vergt de interventie samenwerking met/tussen verschillende domeinen? - Zo ja, vergt die samenwerking specifieke vormen van coördinatie?		

SCHEMA 2: *Vragen die het Zorginstituut stelt bij de beoordeling van een (leefstijl)interventie***1.5****Terminologie**

De inzichten en voorbeelden die we noemen, ontleen we vaak aan de introductie van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bij overgewicht en obesitas binnen de basisverzekering (2019). Leefstijl gaat natuurlijk over meer onderwerpen dan overgewicht en obesitas. Het programma gericht op stoppen met roken is bijvoorbeeld al in 2008 in de basisverzekering opgenomen. Preventie is verder een breder begrip dan leefstijl. Ook een wijkverpleegkundige doet vaak aan preventie als zij bij een patiënt thuis komt, variërend van het zo vroeg mogelijk signaleren van gezondheidsrisico's tot het weghalen van valgevaarlijke kledjes. Daarnaast hoeft een leefstijlinterventie niet altijd gevat te zijn in een GLI en is de term GLI (dat wil zeggen *gecombineerde* leefstijlinterventie) niet voorbehouden aan de GLI-programma's bij overgewicht en obesitas die in 2019 in de basisverzekering zijn opgenomen. Een gecombineerde leefstijlinterventie zou ook andere componenten kunnen combineren dan advies en begeleiden bij voeding, beweging en gedragsverandering en/of zou ook ingezet kunnen worden bij andere indicaties dan overgewicht en obesitas. Via de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas kunnen wij echter veel vraagstukken illustreren die spelen bij het proces om van kansrijk initiatief naar structureel aanbod te komen. Vandaar dat deze

interventie vaak terugkomt in deze wegwijzer; dit in het besef dat preventie én leefstijl breder zijn dan de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas en dat de term GLI ook op andere interventies van toepassing kan zijn.

Onderstaand schema geeft aan hoe de begrippen basisverzekering, preventie, leefstijlinterventie en GLI-programma zich tot elkaar verhouden.



SCHEMA 3:

Relatie (individuele) preventie, leefstijlinterventie, GLI-programma en de basisverzekering

1.6

Gebruiksaanwijzing van de wegwijzer

Deze wegwijzer verheldert de werkwijzen, processen en begrippen die het Zorginstituut hanteert bij de beoordeling van een interventie. De wegwijzer adresseert zo veel mogelijk relevante onderwerpen om te komen van kansrijk initiatief tot structureel aanbod. Voor de individuele lezer of gebruiker van deze wegwijzer hoeven niet alle onderwerpen even relevant te zijn. De hoofdstukken kunnen dan ook afzonderlijk worden gelezen of geraadpleegd. Aan de hand van schema 2 kan de lezer of gebruiker van deze wegwijzer zien in welk hoofdstuk welke vragen worden behandeld. Om geen informatie te missen, zijn vervolgens in die tekst verwijzingen opgenomen naar andere relevante hoofdstukken.

Ten slotte

Wij gaan in deze wegwijzer uit van de vigerende richtlijnen en zorgstandaarden omdat ook de standpunten en andere documenten waarnaar we verwijzen de vigerende richtlijnen en zorgstandaarden als basis hadden. Deze documenten worden nu herzien en deze herziene versies zouden in de toekomst tot bepaalde nuanceringen kunnen leiden. Deze nuanceringen kunnen dan tot uiting komen in toekomstige uitspraken en uitleg van het Zorginstituut, maar raken de lijn van de beschreven werkwijze(n) en processen niet.

2 Wat is een kansrijke leefstijlinterventie?

Een leefstijlinterventie draait veelal rond (een combinatie van) de gezondheidsaspecten voeding, bewegen, stress en slaap of richt zich op het gebruik van middelen als tabak of alcohol. De gedragsverandering is altijd een essentiële component. Een leefstijlinterventie is kansrijk om in de Zvw opgenomen te worden als de interventie (waarschijnlijk) effectief is en bouwstenen bevat die onder de Zorgverzekeringswet kunnen vallen. Een kansrijk initiatief hoeft zich niet per se te richten op gezondheidswinst; het kan ook gaan om kostenbesparing of verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg.

2.1 Welke initiatieven kunnen 'kansrijk' zijn?

Leefstijlinterventies cirkelen veelal om dezelfde gezondheidsaspecten: voeding, beweging, roken, alcohol, tabak, slaap, stress. Daarbij is de component gedragsverandering essentieel. Een leefstijlinterventie wil immers voor langere duur, liever nog blijvend, de individuele leefstijl op één of meerdere aspecten ten goede veranderen om gezondheidswinst te behalen. Op dit moment zijn er veel projecten die zich richten op een leefstijlverandering ten goede. Kansrijke interventies verdienen stimulans en begeleiding met het oog op een toekomstig structureel aanbod, maar welke projecten zijn kansrijk? Kansrijkheid kun je vanuit verschillende oogpunten bekijken en die beperken zich niet tot gezondheidswinst. Het kan ook gaan om een initiatief dat de zorgkosten verlaagt, dat de zorg organisatorisch verbetert, bijvoorbeeld door substitutie van zorg, of dat een grotere toegankelijkheid van de zorg realiseert.

Voor toekomstig structureel aanbod onder de Zvw is het in ieder geval belangrijk om twee aspecten te betrekken in de toets:

- (waarschijnlijke) effectiviteit;
- de bouwstenen van de interventie kunnen onder de Zvw vallen (omschrijving van de te verzekeren prestaties).

2.2 (Waarschijnlijke) effectiviteit

Kansrijke leefstijlinterventies zijn in ieder geval aantoonbaar veilig en de werkzaamheid is aannemelijk gemaakt bij de betreffende patiëntenpopulatie. Werkzaamheid slaat in eerste instantie op te behalen gezondheidswinst. De (waarschijnlijke) effectiviteit kan worden onderbouwd door een vergelijking met een interventie waarvan de effectiviteit vaststaat of niet ter discussie staat, bijvoorbeeld op basis van hetzelfde werkingsmechanisme. De toetsing als mogelijke technische variant speelt hierbij een belangrijke rol¹. Een kansrijke interventie kan ook de organisatie van de zorg betreffen. Dan slaat de werkzaamheid bijvoorbeeld op mogelijke substitutie van zorg (zoals van de tweede naar de eerste lijn) of de toegankelijkheid van de zorg. In het verlengde hiervan spelen dan ook de zorgkosten een rol.

De kansrijkheid kan ook worden onderbouwd met resultaten uit (klinisch) onderzoek. Dit hoeft echter niet per se vergelijkend onderzoek te zijn. RCTs passen bijvoorbeeld niet goed bij onderzoek naar leefstijlinterventies omdat deze interventies over het algemeen multifactorieel van karakter zijn en de respondenten en actoren niet 'dubbelblind' deel kunnen nemen.

2.3 De interventie als te verzekeren prestatie

Verder is van belang dat helder is uit welke bouwstenen de interventie bestaat zodat

¹ Het begrip 'technische variant' komt uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 6.

vastgesteld kan worden of de verschillende onderdelen onder de Zvw kunnen vallen. Uitgangspunt hierbij is de omschrijving van de te verzekeren zorg in het Besluit zorgverzekering (Bzv), met name artikel 2.4 Bzv waarin de omschrijving valt te lezen van de te verzekeren 'geneeskundige zorg' binnen de basisverzekering². Als voorbeeld, het is mogelijk dat een lange vakantie naar het Caraïbisch gebied klinisch relevante gezondheidswinst oplevert die ook nog eens beklijft. Interessant voor de verzekerde, maar helaas valt de inhoud van deze interventie niet onder de omschrijving van de te verzekeren prestaties binnen de Zvw. Zelfs het meest gedegen onderzoek en de meest fraaie uitkomsten zullen dan niet tot een positieve beoordeling van de interventie kunnen leiden.

Als een interventie uit meerdere componenten bestaat die inhoudelijk deels onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid kunnen vallen (bijvoorbeeld op basis van Wmo, Wpg en Jeugdwet, denk aan begeleiden bij bewegen of interventies waarbij er samenwerking met het gemeentelijk maatschappelijk werk nodig is of met de Jeugdzorg), dan is het zaak van begin af aan deze gedeelde verantwoordelijkheid helder te hebben.

Een goede, heldere beschrijving van de interventie is altijd nodig om de kansrijkheid van het initiatief te kunnen wegen.

*Zie 4. Indicatie-interventiecombinatie als basis voor de beoordeling
5. Elementen van een goede interventiebeschrijving*

² Artikel 2.4 lid 1 Bzv omschrijft 'geneeskundige zorg' als volgt: Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg (...), zorg bij stoppen-met-rokenprogramma (...), geriatrische revalidatie (...) en paramedische zorg (...)

3 Preventie binnen de basisverzekering

Individuele preventie kan voor vergoeding onder de Zvw in aanmerking komen, in tegenstelling tot collectieve preventie die niet onder de Zvw valt. Een vastgesteld individueel hoog risico op een aandoening markeert, als indicatie, het beginpunt van de Zvw.

3.1 Het begrip preventie

Om het begrip preventie te kunnen plaatsen binnen de basisverzekering, onderscheiden we de volgende vormen van preventie³:

- *collectieve preventie*:
 - universele preventie;
 - selectieve preventie;
- *individuele preventie*:
 - geïndiceerde preventie;
 - zorggerelateerde preventie.

Hierna gaan we in op deze vormen van preventie en leggen uit welke vormen binnen de Zvw kunnen vallen.

3.2 Collectieve preventie

3.2.1 Universele preventie

Universele preventie richt zich op de algemene bevolking waarbinnen de individuen niet gekenmerkt worden door een hoog risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen. Bijvoorbeeld een landelijke voorlichtingscampagne die zich richt op het eten van twee stuks fruit per dag.

3.2.2 Selectieve preventie

Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen van individuen met een risico op ziekte en het toeleiden van deze personen naar de zorg kan onderdeel zijn van zo'n programma.

3.2.3 Collectieve preventie valt niet binnen de Zvw

De Zvw vormt de basis voor een individuele, private schadeverzekering (vergelijkbaar met een individuele, private inboedel- of aansprakelijkheidsverzekering). Hieruit volgt dat er sprake moet zijn van een individuele zorgvraag wil de zorg die ingezet wordt, vergoed kunnen worden via deze verzekering. Collectieve preventie valt niet onder de Zvw, omdat er bij deze vormen van preventie geen sprake is van zorg in verband met een individuele zorgvraag. In hoofdstuk 4 gaan we uitgebreid in op de reikwijdte van de individuele zorgvraag binnen de basisverzekering. In de volgende paragraaf gaan we verder in op vormen van individuele preventie. Deze kunnen wel onder de Zvw vallen.

³ Wij baseren ons in dit hoofdstuk op het rapport *Van preventie verzekerd*. Zorginstituut. 2007: [Van preventie verzekerd | Rapport | Zorginstituut Nederland](#). Voor de classificatie van preventieve zorg en hoe de verschillende indelingen zich tot elkaar verhouden zie ook: [NFU. White paper preventie. 2022: https://www.nfu.nl/sites/default/files/2022-06/22.01619_NFU_White_Paper-Preventie.pdf](#)

Voorbeeld

Diagnostiek, zoals een mammascreening, wordt aangeboden aan vrouwen tussen de 50 en 75 jaar in verband met het risico op borstkanker dat op populatieniveau bij deze groep bestaat. Het is vooraf niet duidelijk welke individuen binnen deze groep daadwerkelijk op deze diagnostiek zijn aangewezen; er is geen sprake van een individuele zorgvraag.

Screening kan weliswaar niet gefinancierd worden via de Zvw, de eventuele zorg waarvoor de noodzaak op basis van de screening is vastgesteld wél. Als er een (vermoeden van) afwijking is geconstateerd is er immers een zorgvraag ontstaan en is er sprake van een individuele indicatie. In het voorbeeld van mammascreening valt de verdere diagnostiek en behandeling van borstkanker onder de Zvw.

3.3 Individuele preventie

Onder individuele preventie scharen we

- geïndiceerde preventie;
- zorggerelateerde preventie.

Van geïndiceerde preventie spreken we als

- er een *hoog risico* op een aandoening of beperking is. Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/behandeling.

Van zorggerelateerde preventie spreken we als

- er al sprake is van een aandoening of beperking en de zorg gericht is op het voorkómen van complicaties, het voorkómen van het verergeren van de ziekte, het voorkómen van verdere beperkingen. Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen. Dit laatste betekent dat we onder zorggerelateerde preventie ook de zorg verstaan die gericht is op het voorkómen van complicaties, het voorkómen van het verergeren van de ziekte en het voorkómen van (verdere) beperkingen (bijvoorbeeld in de mobiliteit en in zintuiglijke functies). Zorggerelateerde preventie kun je ook kwalificeren als behandeling. Er is immers al sprake van een aandoening of beperking. In het kader hiervan wordt de 'goede zorg' omschreven in richtlijnen en standaarden en die zorg kan onder de Zvw vallen mits deze voldoet aan de voorwaarden die de Zvw hiervoor stelt. De kwalificatie zorggerelateerde preventie voegt op zich aan de beoordeling van de zorg voor de Zvw weinig toe.

In beide situaties is er sprake van een individuele zorgvraag (*indicatie*) die onder de Zvw kan vallen. De bijbehorende interventie moet ook voldoen aan de voorwaarden van de Zvw en deze wordt apart hierop beoordeeld.

Zie 4. Indicatie-interventiecombinatie als basis voor de beoordeling

3.3.1 Het begrip hoog risico

Een hoog risico lijkt een arbitrair begrip; bij een hoog risico zijn immers verschillende gradaties voorstelbaar. Dat zou het hanteren van dit begrip in de praktijk lastig, zo niet onmogelijk kunnen maken. Het hoog risico op een bepaalde aandoening of aandoening wordt niet bepaald door het Zorginstituut. Dit hoog risico

wordt bepaald door wetenschappelijk onderzoek (de determinanten voor de aandoening of beperking en de bijbehorende risicocurve zoals die uit epidemiologisch onderzoek blijkt) en de consensus hierover bij de relevante beroepsgroep(en) zoals neergelegd in richtlijnen en standaarden. Het hoog risico is alleen relevant voor de Zvw als in richtlijnen en/of standaarden ook een bijpassende effectieve interventie beschreven wordt die tot de te verzekeren zorg van het basispakket behoort, anders is het vaststellen van een hoog risico, uit oogpunt van de basisverzekering, slechts een lege dop.

Wat is het verschil tussen een individueel hoog risico (geïndiceerde preventie) en een risico op populatieniveau (selectieve preventie)? Bij geïndiceerde preventie is er sprake van een hoog risico op een aandoening of beperking dat individueel vastgesteld kan worden bij de betrokkene. Door de inzet van de preventieve interventie wordt de incidentie van de aandoening of beperking dan ook aanzienlijk verlaagd; bij alle betrokkenen is er immers sprake van een hoog risico. Bij selectieve preventie is er sprake van een risico op populatieniveau. Het is vooraf niet duidelijk welke leden van de populatie het grootste risico lopen om ziek te worden. Een preventieve interventie levert in dit geval gezondheidswinst op populatieniveau op; bij welke individuen binnen de populatie de preventieve interventie de ziekte precies vóórkomt, valt niet te zeggen. Een voorbeeld van dit verschil is een tetanusvaccinatie nà een hondenbeet tegenover een tetanusvaccinatie als onderdeel van het Rijksvaccinatieprogramma. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat etiologisch (determinant voor ziekte) en epidemiologisch (de verspreiding van de ziekte) het risico op het optreden van tetanus hoog is onder de populatie van mensen die gebeten zijn door een hond. Dit risico kan individueel vastgesteld worden nà het incident. Bij jeugdigen zijn er meerdere determinanten die tot het optreden van de aandoening kunnen leiden (hondenbeet; val op straat of uit het speelrek e.d.). Of ze zullen vallen of door een hond gebeten worden is vooraf niet individueel vast te stellen; zeker is wel dat dit voor een aantal betrokkenen uit de populatie zal gelden. De risicocurve geldt epidemiologisch op populatieniveau. Dit epidemiologische verschil leidt ertoe dat we bij een incident spreken van een individueel hoog risico en los van een incident van een risico op populatieniveau.

Voorbeeld

Gecombineerde leefstijlinterventie

Bij een GLI bij overgewicht en obesitas wordt het hoog risico bepaald door het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico (het GGR). Het GGR wordt vastgesteld op basis van BMI plus het risico op cardiovasculaire aandoeningen of het risico op DM2. Dit GGR als maatstaf voor het hoog risico is ontleend aan de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas⁴.

⁴ Zorgstandaard Obesitas [171.11.02_PON_Zorgstandaard Obesitas_v1.04_web.indd \(partnerschapovergewicht.nl\)](#)

Voorbeeld*Valpreventie*

De valpreventie richt zich op ouderen met een hoog risico om te vallen. Dat hoog risico kan worden vastgesteld aan de hand van de valrisicotest die bestaat uit twee hoofdvragen:

1. Bent u het afgelopen jaar gevallen?
2. Heeft u moeite met bewegen, lopen of balans houden?

Bij een positief antwoord op vraag 1, kan aan de hand van vijf vragen doorgevraagd worden. Bij vijf negatieve antwoorden, kan vraag 2 worden gesteld. De valrisicotest is beschreven in de richtlijn *Preventie van valincidenten bij ouderen* van de Federatie Medisch Specialisten⁵.

Het individuele hoge risico vormt dus het beginpunt van de basisverzekering. In de praktijk betekent deze voorwaarde dat de arts op grond van de individuele omstandigheden van de verzekerde en conform de geldende richtlijnen of zorgstandaarden vaststelt of er bij de verzekerde sprake is van een hoog risico op een ziekte of aandoening. Dit vastgestelde hoog risico is dan een individuele indicatie in de zin van de Zvw. Deze indicatie kan de basis zijn voor zorg die onder de Zvw wordt vergoed. Deze zorg moet dan wel zelf ook voldoen aan de voorwaarden voor vergoeding uit de regelgeving.

Voorbeeld

Bij de duiding van de valpreventie voor ouderen hebben wij de valpreventieve interventies vanuit de invalshoek van geïndiceerde preventie benaderd. Valpreventie bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk achtereenvolgens de valrisicotest, de valanalyse en een advies op maat. De valrisicotest geeft aan of sprake is van een hoog risico op vallen. Een vastgesteld hoog risico op vallen vormt een indicatie voor de valanalyse. De valanalyse geeft aan op welke interventies de betrokkene is aangewezen op basis van een advies op maat. Deze interventies hebben we vervolgens getoetst aan de voorwaarden van de Zvw.

3.3.2 *Past 'casefinding' binnen de Zvw?*

Van casefinding is sprake als een verzekerde al contact heeft met een zorgverlener in verband met een zorgvraag en binnen die relatie ook een (vermoeden van een) andere zorgvraag gedetecteerd wordt. Casefinding vormt een legitieme toegang tot zorg binnen de Zvw. Casefinding is in zekere zin opsporing, maar omdat dit plaatsvindt binnen de relatie van de verzekerde met de zorgverlener is er al sprake van een gemanifesteerde individuele zorgvraag.

⁵ Preventie van valincidenten [Startpagina - Preventie van valincidenten bij ouderen - Richtlijn - Richtlijndatabase](#)

Voorbeeld

Het eerste onderdeel van de valpreventie, de valrisicotest, beschouwen wij als casefinding en kan onder de te verzekeren zorg van de Zvw vallen als deze binnen de bestaande relatie met een zorgverlener plaatsvindt, bijvoorbeeld de huisarts of wijkverpleegkundige. (De valrisicotest kan ook in het gemeentelijk domein worden uitgevoerd, maar dan spreken we niet van casefinding). Op het moment dat de valrisicotest wordt afgenomen is nog niet bekend of er een hoog risico op ziekte aanwezig is bij betrokkene; er is op dat moment dan ook nog geen sprake van geïndiceerde preventie. De casefinding vormt wel een legitieme toegang tot geïndiceerde preventie. Als de valrisicotest een hoog risico op vallen aangeeft, betekent dit een indicatie voor de daaropvolgende valanalyse. Dat is het beginpunt van zorg die onder de Zvw valt, ook als de valrisicotest in het gemeentelijk domein is uitgevoerd.

3.4 Uitbreiding mogelijk van preventie binnen de Zvw?

Onder de Zvw kan veel preventieve zorg vallen en er valt ook al veel preventieve zorg onder de basisverzekering. De voorwaarden die gesteld worden voor vergoeding onder de basisverzekering zijn voor preventieve zorg niet anders dan voor andere vormen van zorg. De voorwaarden uit de regelgeving gelden generiek voor alle zorg die onder de Zvw valt (behoudens een aantal voorwaarden die specifiek gelden voor een bepaalde zorgvorm). Het Zorginstituut kan niet naar willekeur hierop variëren bijvoorbeeld om zorg voor specifieke risicogroepen (selectieve preventie) of specifieke zorgvormen onder de Zvw te brengen die inhoudelijk niet binnen de basisverzekering passen. Als het politiek, beleidsmatig wenselijk wordt geacht om die zorgvormen of zorg voor specifieke groepen toch te vergoeden via de basisverzekering, in afwijking van de geldende regelgeving, dan kan dat een politieke keuze zijn, maar dan moet die zorg ook expliciet in de regelgeving opgenomen worden op basis van een expliciet besluit van de regelgever.

Misvatting

Er wordt nog weleens gesuggereerd dat de Zvw meer selectieve preventie zou moeten omvatten. Het is niet altijd duidelijk wat dan precies bedoeld wordt. Gaat het om preventieve zorg waarbij geen sprake is van een individueel vastgesteld hoog risico, met andere woorden zorg gericht op een specifieke risicopopulatie? Of gaat het om preventieve zorg die niet als geneeskundig gekwalificeerd kan worden, met andere woorden zorg die niet voldoet aan de omschrijving van de te verzekeren prestaties binnen de Zvw, bijvoorbeeld begeleiden bij bewegen.

(Zie 7. Advies en begeleiden bij bewegen binnen de Zvw – de misvatting)

4 Indicatie-interventiecombinatie als basis voor de beoordeling

Het is altijd de combinatie van een indicatie en een bijbehorende interventie die onderwerp is van de beoordeling voor de toepasselijkheid van de Zvw. Voor de basisverzekering moet er minimaal sprake zijn van een individueel hoog risico op een 'behoefte aan geneeskundige zorg' (de indicatie) en moet de bijbehorende interventie qua inhoud ook onder de Zvw kunnen vallen. Of we de interventie onder leefstijlgeneeskunde scharen of een leefstijlinterventie noemen, is bij deze beoordeling niet relevant. Ook het onderscheid preventief – curatief wegen we niet mee bij een beoordeling.

4.1 Het domein van de Zvw

Volgens de considerans bij de Zvw biedt de basisverzekering dekking voor de kosten waarvoor de verzekerde zich gesteld kan zien als hij een 'behoefte aan geneeskundige zorg' heeft⁶. Het begrip geneeskundige zorg karakteriseert en begrenst het domein van de Zvw. De uitwerking van de 'behoefte aan geneeskundige zorg' is te vinden in de Zvw zelf en in de regelgeving die daaruit voortvloeit, zoals het Besluit zorgverzekering⁷. Bij de begrenzing van het domein spelen met name twee aspecten een rol, namelijk de zorgvraag van de verzekerde (de indicatie) en de interventie/zorgvorm die bij de zorgvraag van de verzekerde ingezet wordt. Zowel de indicatie als de interventie moet passen binnen het geneeskundig domein van de Zvw. In het vorige hoofdstuk hebben we al aangegeven dat het beginpunt van de Zvw bij een hoog risico op een aandoening of beperking ligt. Dit beginpunt geldt dus voor de indicatie voor de zorg. Daarnaast beoordelen we de inhoud van de interventie: valt deze inhoud onder de 'geneeskundige zorg' zoals de Zvw en het Bzv dit begrip verder uitwerken⁸. Zorgvormen kun je echter op vele manieren omschrijven. Je kunt zorg kwalificeren als 'geneeskundige zorg', maar je kunt ook nog specifiekere zijn en bijvoorbeeld spreken over leefstijlinterventie of leefstijlgeneeskunde. Je kunt ook geneeskundige zorg ook nader omschrijven, bijvoorbeeld als 'preventief' of 'curatief'. In discussies wordt nogal eens gesuggereerd dat deze verfijningen meegewogen zouden moeten worden bij een beoordeling voor de Zvw. Hebben deze omschrijvingen inderdaad consequenties voor hun (mogelijke) plek binnen de basisverzekering?

4.2 Geneeskundige zorg en leefstijl, -interventie, -geneeskunde

Het begrip leefstijl kent veel definities. Het kan gaan om gedrag op uiteenlopende vlakken, variërend van eetgewoontes tot huisinrichting tot recreatief gedrag. We zullen op deze omschrijvingen verder niet ingaan. Semantisch kun je ook discussiëren over de betekenis van geneeskunde: is dit altijd curatief of vallen hier ook preventieve interventies onder? Voor de toepasselijkheid van de Zvw kunnen we voorbijgaan aan deze semantische fijnslijperijen. Binnen deze wegwijzer vatten we 'leefstijl' op als gedrag en gewoontes die van invloed kunnen zijn op de gezondheid van de betrokkene. Deze wegwijzer gaat over de vraag wanneer leefstijlinterventies onder de basisverzekering kunnen vallen en dan gaat het altijd om de beoordeling van een interventie bij een indicatie. De indicatie en interventie bepalen in

⁶ Iedere wet heeft een considerans. Letterlijk betekent 'considerans': overwegende. De considerans formuleert de beweegredenen, opzet en andere factoren die een invloed hebben op de inhoud van een wet.

⁷ Zie bijvoorbeeld de artikelen 10 en 11 Zvw en art 2.4 e.v. Bzv.

⁸ Het Bzv kent ook nog een aantal specifieke bepalingen bijvoorbeeld voor farmaceutische zorg en hulpmiddelen (artikel 2.8 resp artikel 2.9 Bzv). Die zijn bij de beoordeling van preventieve (leefstijl)interventies weinig aan de orde.

combinatie of er sprake is van zorg die onder de Zvw kan vallen⁹. Of ook voldaan wordt aan een definitie van leefstijl(interventie) of leefstijlgeneeskunde is dan niet meer relevant.

Zie 3.3 Individuele preventie

4.3 Preventief – curatief

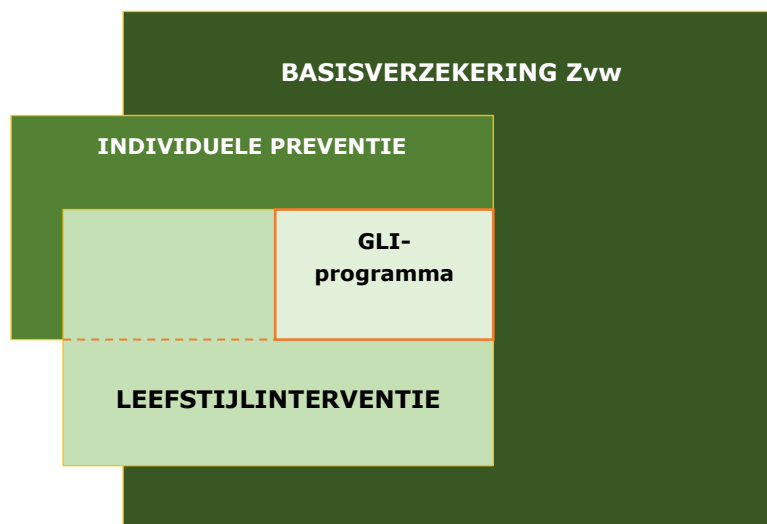
Ook het onderscheid 'preventief' – 'curatief' wegen we niet mee bij een beoordeling, althans als de zorgvraag (indicatie) inderdaad binnen het bereik van de basisverzekering ligt. Dat betekent dat er minimaal sprake moet zijn van een hoog risico op een aandoening of beperking. We hebben het beginpunt voor vergoeding van zorg onder de Zvw immers gelegd bij de zorg die een 'hoog risico' op een aandoening of beperking vermindert of wegneemt. Dan is er sprake van individuele, geïndiceerde preventie en dan kan een interventie onder de Zvw vergoed worden.

Zie 3.3.2 Hoog risico op een aandoening

Preventief of curatief is dus geen onderscheid dat binnen de beoordeling van de interventie een rol speelt. Bij leefstijl gerelateerde aandoeningen speelt daarbij ook nog dat de ziekte en het risico niet altijd goed uit elkaar te houden zijn. Obesitas is een ziekte, maar tegelijkertijd en vooral een risico op bijvoorbeeld DM 2 of cardiovasculaire aandoeningen. Ook DM 2 is een ziekte, maar tegelijkertijd een cardiovasculair risico.

4.4 Niet iedere interventie met leefstijlelementen is een leefstijlinterventie

In deze wegwijzer komen verschillende begrippen langs zoals verzekerde zorg, preventie, leefstijlinterventie en gecombineerde leefstijlinterventie voorbij. In onderstaand schema is aangegeven hoe deze begrippen zich tot elkaar verhouden.



SCHEMA 3:

Relatie individuele preventie, leefstijlinterventie, GLI-programma en de basisverzekering

⁹ We spreken van een zorgvraag om het beginpunt van de Zvw te markeren, hoewel het begrip zorgvraag misschien te veel medicaliseert. We gebruiken deze term omdat, in juridische-technische termen, de Zvw 'een behoefte aan geneeskundige zorg' verzekert. Bij een behoefte aan geneeskundige zorg is het begrip zorgvraag passend, ook al zou je 'beïnvloeding van leefstijl' zorginhoudelijk niet per se onder 'zorgvraag' hoeven te scharen.

In dit schema verhelderen we dat:

- preventie tot de basisverzekering kan behoren, namelijk als het om individuele preventie gaat en vanaf een hoog risico, maar
- dat niet iedere vorm van individuele preventie onder de basisverzekering valt;
- leefstijlinterventies onder de basisverzekering kunnen vallen en zowel curatief als preventief ingezet kunnen worden, maar
- dat niet alle leefstijlinterventies onder de basisverzekering vallen en
- dat een GLI een leefstijlinterventie is, maar dat niet iedere interventie die leefstijlelementen bevat ook een GLI is.

Niet iedere interventie die leefstijlelementen bevat, is een leefstijlinterventie en niet iedere leefstijlinterventie is een GLI bij overgewicht en obesitas. Dat hoeft ook niet per se. Een leefstijlinterventie kan op andere gezondheidsproblemen dan overgewicht en obesitas ingrijpen (zoals roken, alcohol) en kan andere componenten bevatten dan een GLI bij overgewicht en obesitas. Iedere leefstijlinterventie wordt op zichzelf beoordeeld volgens het 'reguliere' beoordelingsschema.

Interventies worden vaak een leefstijlinterventie genoemd omdat de interventie een of meerdere componenten bevat die op het terrein van leefstijl liggen, bijvoorbeeld gezonde voeding of gezond bewegen. Zo wordt prehabilitatie (het verbeteren van de conditie van een patiënt voorafgaand aan een, chirurgische, ingreep) ook weleens een leefstijlinterventie genoemd. Prehabilitatie kan namelijk advies en begeleiding bij voeding en bewegen omvatten. Of de kwalificatie leefstijlinterventie in dit geval terecht is, is een aparte discussie. Voor de beoordeling van de zorg onder de Zvw heeft die kwalificatie in ieder geval geen betekenis.

Zie 6.2 Technische varianten

5 Elementen van een goede interventiebeschrijving

Zorgverzekeraars en/of Zorginstituut toetsen of een interventie onder de basisverzekering kan vallen aan de hand van een beschrijving van de behandeling of interventie. Voor de beoordeling van een interventie is een goede interventiebeschrijving nodig waarin in ieder geval is beschreven wat de interventie inhoudt, voor wie de interventie is bedoeld en wat het beoogde resultaat van de interventie is.

5.1 Belang van een goede interventiebeschrijving

Een goede interventiebeschrijving speelt een cruciale rol binnen het proces om van beoordeling via bekostiging naar zorginkoop te komen. Alleen aan de hand van een goede, heldere interventiebeschrijving kunnen de betrokken organisaties bepalen of de zorg onder de Zvw kan vallen, of gebruik gemaakt kan worden van een bestaande Wmg-prestatie-beschrijving of een nieuwe (eventueel met maximumtarief) nodig is en kan de zorgverzekeraar bepalen of hij de zorg wil contracteren.

Een goede interventiebeschrijving adresseert in ieder geval de volgende punten:

- de inhoud van de interventie wordt helder beschreven;
- het is helder op welke patiëntengroep de interventie zich richt;
- de uitkomsten van de interventie zijn helder in termen van (klinische) gezondheidswinst;
- de organisatie van de zorg wordt zoveel mogelijk in functionele termen beschreven: benodigde competenties van zorgprofessionals; minimaal vereiste deskundigheid; organisatorische randvoorwaarden;
- de vorm van interventie bijvoorbeeld bij digitaal aanbod;
- als er onderzoek wordt gedaan is de studie-opzet duidelijk beschreven, zoals de omvang van de studiegroep en eventuele controlegroep; de termijn waarover de uitkomsten worden gemeten;
- bij vergelijkend onderzoek is duidelijk beschreven waarmee de interventie wordt vergeleken.

5.2 Meerdere domeinen aan zet

Aan de hand van de beschrijving moet het mogelijk zijn om vast te stellen of de zorg volledig binnen het domein van de Zvw valt of dat er samenwerking nodig is tussen verschillende domeinen, bijvoorbeeld de zorg en het gemeentelijk domein. Het kan ook gaan om samenwerking tussen verschillende zorgdomeinen, bijvoorbeeld eerste en tweede lijn. Het is handig als dit van meet af aan duidelijk is zodat ook de respectievelijke verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners en/of van zorgverzekeraar en gemeente(s) aan het begin van het project verhelderd kunnen worden en de benodigde afspraken gemaakt kunnen worden.

Zie 8. Afstemming, coördinatie/regie en samenwerking over domeinen heen

5.2.1 Eerste of tweede lijn?

In de praktijk zien we dat initiatieven voor interventies vaak gestart worden binnen de muren van een instelling in de tweede lijn. Dat betekent niet dat die zorg dan per se vanuit de tweede lijn geleverd moet worden. De verheldering van de competenties helpt, om de zorg daar te plaatsen waar deze het beste (en meest doelmatig) geleverd kan worden. Het uitgangspunt daarbij is dat de zorg vanuit de eerste lijn geboden wordt, tenzij er goede (zorginhoudelijke) argumenten zijn om deze binnen de tweede lijn te organiseren¹⁰. Dit uitgangspunt is in lijn met de

¹⁰ Als zorg onder de Zvw kan vallen, betekent dit dat zorg minimaal in of vanuit de eerste lijn geleverd wordt.

verwijzingsvoorwaarde die geldt voor zorg in de tweede lijn¹¹. Het is evenmin wenselijk dat er geredeneerd wordt vanuit de bekostiging, bijvoorbeeld de ruimte die er is binnen DBCs om bepaalde zorg te leveren. Zo is het soms mogelijk paramedische zorg als eerstelijnszorg te leveren, maar ook als onderdeel van een medisch-specialistische behandeling (en te bekostigen vanuit een DBC). In het laatste geval gelden de vergoedingsbeperkingen uit artikel 2.6 Bzv niet. Dit kan een stimulans zijn om zorg, onnodig, een plek te geven in de tweede lijn. Vandaar dat een plek binnen de tweede lijn altijd onderbouwd moet worden.

5.2.2 *Zorg of organisatie?*

Steeds vaker zien we initiatieven van de grond komen met omschrijvingen als 'leefstijl(zorg)loket' of 'leefstijlpoli'. Ook, of misschien wel juist, voor dergelijke initiatieven is een goede beschrijving van belang. Een loket of poli verwijst naar een organisatievorm of een toegangsvorm tot zorg. Om de basis voor vergoeding onder de Zvw te kunnen bepalen, zullen eerst organisatie en zorg ontrafeld moeten worden. Vervolgens kan blijken dat de organisatie zelf ook nog elementen van zorg in zich draagt. Achter het loket kan bijvoorbeeld een anamnese plaatsvinden om de zorgvraag te verhelderen of om de motivatie te bepalen van de betrokkene om de leefstijl te veranderen. Inzicht hierin is nodig om te kunnen vaststellen of vergoeding hiervoor onder de Zvw mogelijk is en, zo ja, of deze mogelijk al onderdeel is van een bestaande vergoeding of niet. En ook hier geldt dat een plek binnen de tweede lijn beargumenteerd moet worden.

5.3 **Functionele beschrijving, competenties en kwaliteit**

De Zorgverzekeringswet gaat bij de omschrijving van de te verzekeren prestaties uit van een functionele systematiek. Dat wil zeggen dat de wet alleen aangeeft welke zorg onder de basisverzekering valt, *niet* wie die zorg moet leveren. Uit oogpunt van de basisverzekering mag iedereen de zorg leveren, wie daartoe bekwaam (en bevoegd) is. Het is in eerste instantie aan de zorgverlener zelf om te wegen of hij de bekwaamheid heeft om bepaalde zorg te leveren¹². Uit dat oogpunt is het belangrijk dat een interventie niet in termen van disciplines wordt beschreven, maar in termen van competenties en minimaal vereiste deskundigheden. Welke competenties en/of opleidingseisen zijn er nodig om de beschreven zorg veilig, verantwoord en effectief te leveren? Het gaat dus niet per se om de vraag welke beroepsgroep de zorg tot zijn arsenaal of deskundigheidsgebied rekent. Natuurlijk is dit een aanwijzing voor de vereiste competenties, maar dit betekent niet per se dat die zorg is voorbehouden aan die beroepsgroep. Voor de zorgverzekeraar is dit belangrijk voor zijn zorginkoop. Een beschrijving op basis van competenties geeft immers organisatorische ruimte bij de uitvoering van de zorg, denk aan horizontale en verticale taakherschikkingen. Deze beschrijving biedt tegelijkertijd een handvat voor afspraken over de kwaliteit van de zorg die de zorgverzekeraar maakt bij contracteren. Ten slotte, het verhelderen van opleidingseisen kan van belang zijn als bij een nieuwe interventie zorgaanbod beschikbaar moet komen. Is er voldoende opleidingscapaciteit en hoe kan de kwaliteit hiervan geborgd worden?

Zie 7.1 Inzet paramedische disciplines

7.2 Advies-begeleiding bij voeding-/eetgewoontes

¹¹ Het is natuurlijk ook mogelijk dat de zorg vanuit de 0^e lijn geleverd kan worden. Als dit het geval is, dan gaat het echter niet meer om zorg die onder de Zvw kan vallen. Het Zorginstituut kan constateren dat zorg niet onder de Zvw valt, maar kan niet bepalen dat gemeentes die ondersteuning op zich moeten nemen.

¹² Overeenkomstig de uitgangspunten van de Wet BIG.

Voorbeeld

De gecombineerde leefstijlinterventie voor volwassenen met overgewicht en obesitas kan geboden worden door een zorgverlener die over competenties beschikt *op het niveau van* een hbo-geschoolde leefstijlcoach. Dat betekent dat de betrokken zorgverlener niet per se een hbo-geschoolde leefstijlcoach moet zijn om de interventie veilig, verantwoord en effectief te leveren, maar hiervoor wél over competenties op dat niveau moet beschikken. Een zorgverlener die deze competenties in de praktijk heeft vergaard, zou de interventie kunnen aanbieden. Dit betekent echter niet dat de zorgverzekeraar bij zijn zorginkoop alle zorgverleners moet contracteren die de interventie zouden moeten kunnen leveren. Het staat de zorgverzekeraar vrij, om te besluiten om louter hbo-geschoolde leefstijlcoaches te contracteren. Hij kan ook besluiten om heel specifiek alleen die leefstijlcoaches te contracteren die in een bepaald register voorkomen. Dit is de vrijheid die de zorgverzekeraar heeft. De Zvw geeft via de functionele systematiek ruimte voor de zorginkoop. De zorgverzekeraar kan binnen die ruimte zijn keuzes maken en besluiten om toch een specifieke discipline te contracteren. De polis van de verzekerde specificeert welke aanbieders de betreffende zorgverzekeraar heeft gecontracteerd.

5.4 Onderzoek en onderbouwing

Als er onderzoek is gedaan, is het van belang de studie-opzet duidelijk te beschrijven, zoals de omvang van de studiegroep, de eventuele controlegroep en de termijn waarover de uitkomsten zijn gemeten. Voor de onderdelen van de interventiebeschrijving die te maken hebben met indicatiecriteria, uitkomstmaten, opzet van onderzoek verwijzen we naar hoofdstuk 6 *Onderbouwing*.

5.4.1 Interventies die meerdere componenten omvatten

Leefstijl omvat uiteenlopende componenten, zoals voeding, beweging, omgaan met stress, slaappatroon, alcoholgebruik, roken. Leefstijlinterventies omvatten vaak meerdere componenten, terwijl niet altijd duidelijk is welke bijdrage iedere component op zich levert aan de uiteindelijke uitkomst (gezondheidswinst) van de interventie. Aan de samenstelling van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bij overgewicht en obesitas ligt een scala aan vergelijkend onderzoek ten grondslag waarbij de ene component of combinatie van componenten vergeleken is met andere (combinaties): voeding, bewegen en gedragsverandering ten opzichte van elkaar of in combinatie. Daarbij is aangetoond dat de combinatie van advies en begeleiding bij gezonde voeding, gezond bewegen en gedragsverandering het meest effectief is om de gewenste uitkomst te bereiken (gewichtshet instrument om klinische gezondheidswinst te realiseren). Bij samengestelde interventies is het dus altijd zaak om te onderbouwen hoe tot die specifieke samenstelling gekomen is: welk onderzoek ligt hieraan ten grondslag; met welke enkelvoudige of samengestelde zorg wordt vergeleken. Zie het voorbeeld hierna over het programma prehabilitatie.

Voorbeeld

Voorbeeld van een interventie waarbij verschillende (onderzoeks)vragen samenkomen is prehabilitatie-zorg zoals Fit for surgery. Fit for surgery beoogt patiënten met een oncologische indicatie voor een operatie, voorafgaand aan de interventie zo fit mogelijk te maken. Er is onderzoek waaruit blijkt dat bij 'fitted' patiënten het aantal complicaties na de operatie lager is dan bij minder fite patiënten, dat de ligduur gemiddeld korter is en het herstel sneller gaat. Fit for surgery combineert verschillende vormen van zorg:

- zorg in verband met de (bij)verschijnselen van de aandoening;
- mentale begeleiding bij het omgaan met de diagnose;
- advies en begeleiding bij gezonde voeding in het licht van de diagnose (eventueel voedingssupplementen);
- begeleiding bij stoppen met roken en/of (beperken) drinken van alcohol;
- fysieke training.

Prehabilitatie wordt soms omschreven als een leefstijlinterventie. Inderdaad wordt aandacht geschonken aan een aantal leefstijlelementen: gezonde voeding, bewegen, stoppen met roken, stoppen of beperken drinken van alcohol. Of we prehabilitatie nu wel of niet kwalificeren als leefstijlinterventie is voor de beoordeling echter niet van belang.

Zie 4. Indicatie-interventiecombinatie als basis voor de beoordeling

We kunnen bij de beoordeling van prehabilitatie in ieder geval niet meeliften op het standpunt rond de gecombineerde leefstijlinterventie, vanwege de andere indicatiecriteria en het verschil in de uitkomstmaten (beoogde klinisch relevante gezondheidswinst). Er is geen sprake van een technische variant.

Zie 6.2 Technische varianten

Er is dus sprake van een nieuwe zorgvorm, waarvan de effectiviteit vastgesteld moet worden. Bij een samengestelde interventie is dan de vraag wat precies de omschrijving van de interventie is en waarmee vergeleken wordt. De zorg onder de eerste vier bullets kunnen we nu immers al kenschetsen als goede zorg bij de genoemde diagnose en deze zorg zou nu ook al onder de Zvw vergoed kunnen worden. De fysieke training is binnen dit project de aanvullende component. Vergoeding van fysieke training (beweegprogramma's) is echter niet altijd mogelijk binnen de Zvw.

Voor een mogelijke vergoeding zou onderzoek duidelijk kunnen maken wat de toegevoegde waarde is van de fysieke training op de genoemde uitkomstmaten (complicaties, lig- en herstelduur) en wat bij een positieve uitkomst de optimale vorm en inhoud is van de fysieke training is bij welke patiënt. Het ligt immers voor de hand dat de uitgangspositie qua fitheid binnen de gediagnosticeerde groep uiteenloopt. Onderzoek kan ook een vergelijking maken, op dezelfde uitkomstmaten, tussen groepen die wel prehabilitatie-zorg krijgen (dus alle componenten gezamenlijk) en groepen die geen prehabilitatie-zorg krijgen. In dat geval is een uitspraak mogelijk over de toegevoegde waarde van prehabilitatie zorg, maar kun je geen uitspraak doen over de toegevoegde waarde van fysieke training binnen de prehabilitatiezorg.

Zie 7.3 en 7.4 Advies en begeleiden bij bewegen binnen en buiten een (G)LI

6 Stand van de wetenschap & praktijk, onderbouwing

Een interventie moet bij een bepaalde indicatie bewezen effectief zijn conform het criterium stand van de wetenschap en praktijk om voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking te komen.

Voor een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk wordt per indicatie-interventiecombinatie vastgesteld wat passend bewijs is, wat klinisch relevante uitkomsten zijn en wat de tijdsduur is om klinisch relevante effecten te kunnen meten.

6.1 Effectiviteit, uitkomstmaten, vormen van onderzoek

Voor het bepalen van 'de stand van de wetenschap en praktijk' voert het Zorginstituut een integrale beoordeling uit van de wetenschap en praktijk. Hierbij gaat het Zorginstituut na of het behandelbeleid (diagnostiek, behandeling), gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen ervan (bijwerkingen, veiligheid), leidt tot relevante (meer)waarde voor de patiënt in vergelijking met de standaard-behandeling of gebruikelijke behandeling. Anders gezegd: is de 'netto toevoeging' van de te beoordelen interventie in vergelijking met de al bestaande zorg een gewenste, relevante toevoeging en groot genoeg en is er voldoende vertrouwen in dat deze toevoeging ook daadwerkelijk optreedt? Het gaat ons dus om de zogenoemde relatieve effectiviteit van een interventie.

Het komt erop neer dat om een standpunt te kunnen innemen over de effectiviteit van een interventie een vergelijking wordt gemaakt. Om die vergelijking te kunnen maken, bepalen wij per te beoordelen interventie:

- met welke interventie vergelijken wij de te beoordelen interventie?
- op welke doelgroep richt de interventie zich?
- welke uitkomsten vinden wij cruciaal/belangrijk en betrekken wij in de vergelijking?
- vinden wij de uitkomst van de vergelijking (het relatieve effect) groot genoeg (m.a.w. is de uitkomst klinisch relevant)?

Op basis hiervan - en afhankelijk van de vraag of wij voldoende vertrouwen in de uitkomst van de vergelijking kunnen hebben - trekken wij een conclusie.

Vaste werkwijze is dat wij voor het beoordelen of zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' de principes van evidence-based medicine (EBM) volgen. EBM heeft als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit in de afweging het zwaarste weegt. Zo geeft een goed opgezet en uitgevoerd gerandomiseerd vergelijkend onderzoek (randomised controlled clinical trial – RCT) in principe de minste kans op vertekening van het effect en derhalve de hoogste mate van zekerheid over de causale relatie tussen de interventie en het waargenomen effect. Andere onderzoeksdesigns, zoals bijvoorbeeld observationeel onderzoek, hebben als nadeel dat er meer kans is op onder- of overschatting van de effectiviteit.

Onderkend moet echter worden dat een RCT ook nadelen heeft en beperkingen kent. Zo geeft een RCT niet altijd de dagelijkse praktijk weer, vanwege het soms zeer streng toepassen van in- en exclusiecriteria. Ook is een RCT niet altijd geschikt als onderzoeksdesign (denk bijvoorbeeld aan onderzoek naar bijwerkingen op de lange termijn), niet altijd nodig en ook niet altijd haalbaar. In verband hiermee heeft het Zorginstituut een kader ontwikkeld aan de hand waarvan op systematische wijze afgewogen en beargumenteerd kan worden, wat - gelet op de betreffende interventie - als 'passend bewijs' kan dienen.

Voor meer informatie verwijzen wij naar het document *Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk*¹³.

Vanuit de subsidieregeling *Veelbelovende Zorg*¹⁴ is een leidraad¹⁵ opgesteld voor het opzetten van pakketwaardig onderzoek. In dit document vindt u tips voor het opstellen van PICOTs en andere aanwijzingen voor het beantwoorden van de pakketvraag:

1. *Patient*: hoe de patiëntenpopulatie te omschrijven;
2. *Intervention*: welke omschrijving is nodig bij de interventie;
3. *Comparison*: wat is de juiste controle-behandeling;
4. *Outcome*: welke uitkomsten zijn cruciaal;
5. *Time*: welke follow up-periode is noodzakelijk;
en verder:
6. Het wenselijke study design;
7. Wanneer is er sprake van klinisch relevant verschil.

6.2 Technische varianten

Het uitgangspunt bij leefstijlinterventies is dat een positieve verandering op leefstijlfacetten gezondheidswinst kan genereren. Deze winst kan zich uiten als klinisch herstel (bijvoorbeeld DM 2 die in remissie wordt gebracht); het kan ook zijn dat risicofactoren in ernst verminderen, bijvoorbeeld het omlaag brengen van de bloeddruk of een verbetering van het lipidenprofiel. Aspecten van de leefstijl die relevant zijn voor de gezondheid draaien veelal om hetzelfde: gezonde voeding, gezond bewegen, ophouden met roken, ophouden of verminderen van alcoholgebruik, een gezond slaappatroon, leren omgaan met stress. Er zijn tal van interventies denkbaar die zich richten op deze leefstijlaspecten, maar hebben we het dan altijd over een nieuwe interventie? Kan het ook een bestaande interventie zijn die zich specifiek richt op een bepaalde patiëntenpopulatie, die in een andere vorm wordt aangeboden (bijv. digitalisering) of waarbij het louter om een andere organisatieopzet gaat. Deze vraag is belangrijk omdat een nieuwe interventie een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk vergt, terwijl dat mogelijk niet nodig is voor een interventie die voortborduurde op een bestaande interventie. De verzamelterm die we voor dit soort situaties kunnen gebruiken is 'technische variant'. In 2019 heeft het Zorginstituut een rapport uitgebracht *Beoordeling 'de stand van de wetenschap en praktijk': technische variant*¹⁶. In dit rapport geven we aan wat de kwalificatie technische variant betekent voor de vaststelling van de effectiviteit van een interventie. De conclusie dat er sprake is van een technische variant op een interventie waarvan de effectiviteit vaststaat of niet ter discussie staat, betekent niet dat er altijd zonder meer (automatisch) vanuit kan worden gegaan dat de effectiviteit van de technische variant ook vaststaat. Tegelijkertijd constateert het Zorginstituut overigens dat het lastig is een eenduidige, precieze definiëring van het begrip technische variant te geven. Van geval tot geval zal moeten worden gezien of sprake is van een technische variant en, zo ja, wat dat vervolgens voor de vaststelling van de effectiviteit betekent.

Om deze vragen te beantwoorden moeten de overeenkomsten en verschillen tussen de oorspronkelijke interventie en mogelijke variant in kaart gebracht worden, aldus het rapport. Het rapport geeft daarbij een checklist van kenmerken op basis waarvan tot een technische variant geconcludeerd kan worden. Bij

¹³ Zorginstituut. 2015. [Beoordeling 'stand van de wetenschap en praktijk' | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

¹⁴ De uitvoering van de subsidieregeling Veelbelovende Zorg ligt bij het Zorginstituut.

¹⁵ Veelbelovende Zorg. Versie 1. 2021. [Veelbelovende Zorg: Tips voor het opstellen van relevante PICOTs voor het beantwoorden van de pakketvraag | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

¹⁶ Zorginstituut Nederland. 2019. [Beoordeling 'stand van de wetenschap en praktijk': technische variant | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

leefstijlinterventies zijn de volgende facetten van de interventie van belang: indicatiegebied, behandeldoel, toepassingsgebied, interventie-opbouw, werkingsmechanisme, biologische parameters, complexiteit, overige aspecten. Als de uitkomst van deze analyse is dat er sprake is van een technische variant, dan is de volgende vraag of kan worden geconcludeerd dat er 'substantiële gelijkwaardigheid' is (aan de effectief bevonden interventie) en dat daarmee de effectiviteit van de technische variant ook vaststaat. De consequenties van de overeenkomsten respectievelijk verschillen ten opzichte van de oorspronkelijke interventie, moeten gewogen worden om te zien wat deze betekenen voor de effectiviteit van de technische variant.

6.2.1 *Technische varianten en duur en intensiteit van de interventie*

Onder complexiteit kunnen we ook de duur en intensiteit van de interventie en de benodigde competenties van de betrokken zorgverleners scharen. Bij een gedragsmatige interventie op het gebied van leefstijl geldt over het algemeen dat een verhoging van de intensiteit van de begeleiding ook een verhoging van de effectiviteit betekent. Dan speelt de vraag van kosteneffectiviteit binnen de basisverzekering: welke duur en intensiteit zijn nodig bij de betrokken patiëntengroep om de gewenste uitkomsten te behalen? Ook al is een interventie qua werkingsmechanisme een technische variant van een andere, reeds beoordeelde interventie, dan nog is het mogelijk dat die nieuwe interventie een nadere onderbouwing nodig heeft omdat de duur en intensiteit hoger is dan de oorspronkelijke interventie. De vraag is dan of de betrokken patiënt inderdaad aangewezen is op die hogere duur en intensiteit, met andere woorden of de betrokkene een indicatie daarvoor heeft. Hetzelfde geldt voor een keuze voor zorgverleners met andere competenties dan de binnen de oorspronkelijke interventie. Zonder nadere onderbouwing op deze punten kan die nieuwe interventie niet vergoed worden vanuit de basisverzekering zelfs al is de interventie op zich effectief. Variatie op duur en intensiteit respectievelijk competenties vraagt een onderbouwing los van de effectiviteit van die interventie.

6.2.1.1 Voorbeelden van wel of geen technische variant

Hierna volgen twee voorbeelden van een technische variant van de GLI bij overgewicht en obesitas.

Voorbeeld

Bij de beoordeling van GLI-programma's zoals Cool, De Beweegkuur, SLIMMER en Samen Sportief in Beweging zijn we uitgegaan van het technische varianten-procedé. In 2009 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) een effectieve interventie is bij mensen met overgewicht of obesitas om een gezonde leefstijl en gewichtsreductie te verwerven, waarmee vervolgens klinische gezondheidswinst gerealiseerd kan worden. De genoemde programma's beantwoorden aan de interventie-opbouw van een GLI. Zij includeren mensen met overgewicht of obesitas; zij richten zich op het verwerven van een gezonde leefstijl en op het bereiken van gewichtsreductie en zij streven daarmee klinische gezondheidswinst na. Vanuit die overeenkomsten geredeneerd, bestempelen wij deze programma's als GLI. Dit betekent dat niet per programma de stand van de wetenschap en praktijk bepaald hoeft te worden. Daarvoor vallen wij terug op het standpunt uit 2009. Wél moet nagegaan worden of het programma op zich een effectief programma is. Voor deze toets maken wij gebruik van de erkenningenprocedure van het RIVM. Deze toets is minder zwaar dan de beoordeling van de stand van de stand van de wetenschap en praktijk¹⁷.

Zie 10. Zorgadviestraject.

Voorbeeld

Eenzelfde analyse hebben we gemaakt van het programma Keer DM 2 om. Dit programma richt zich op DM 2-patiënten en streeft bij hen naar afbouw van de medicatie en zo mogelijk het in remissie brengen van DM 2. De vraag bij dit programma was of er sprake was van een nieuwe behandeling voor DM 2, waarvoor een toetsing van de stand van de wetenschap en praktijk nodig zou zijn, of dat hier toch voortgeborduurd werd op de interventie-opbouw en het werkingsmechanisme van de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas. Onze conclusie was dat Keer DM 2 om in de kern een gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas is, ook al richt het programma zich op een specifieke patiëntengroep en is het doel niet primair gewichtsreductie. Wij concludeerden dit vanwege de verwevenheid tussen overgewicht en DM 2; de inclusiecriteria die ook uitgaan van overgewicht; het werkingsmechanisme van het programma dat zich ook richt op voeding, beweging en gedragsverandering (zij het met een specifiek voedingspatroon voor DM 2-patiënten, namelijk koolhydraatarm) en het belang van gewichtsreductie (de secundaire uitkomstmaat) voor het realiseren van medicatie-afbouw en het in remissie brengen.

In het volgende voorbeeld, het programma Special Heroes, concludeerde het Zorginstituut dat er geen sprake was van een technische variant van de GLI bij overgewicht en obesitas, ook al ging het hier wel om advies en begeleiding bij voeding-/eetgewoontes en bewegen.

¹⁷ RIVM, Loket Gezond Leven, Erkenningenprocedure [Aanbod gecombineerde leefstijlinterventies in Nederland](https://www.rivm.nl/nieuws/2019/07/aanbod-gecombineerde-leefstijlinterventies-in-nederland) | [Loketgezondleven.nl](https://www.loketgezondleven.nl)

Voorbeeld

Stichting Special Heroes ontwikkelt een interventie bij een niet aangeboren lichamelijke beperking. De interventie is gericht op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl gegeven de lichamelijke beperking van de betrokkene. Bij een lichamelijke beperking die niet aangeboren is maar ontstaan ten gevolge van, bijvoorbeeld, een dwarslaesie of beroerte kan aanpassing van leefstijl van belang zijn, denk aan aanpassing van voedingsgewoonte en bewegen. Deze beperkingen veranderen immers de individuele mogelijkheden en behoeften tot bewegen en voedselinname. De revalidatie die plaatsvindt na het ontstaan van de beperking zal aandacht geven aan het leren leven met de beperkingen. Onderdeel daarvan kan zijn een aangepaste voedingsgewoonte en leren omgaan met de beweegbeperkingen, advies/begeleiding over de nieuwe fysieke (on)mogelijkheden en behoeften.

Het feit dat in dit voorbeeld aandacht wordt gegeven aan leefstijlelementen, maakt dit onderdeel van de revalidatie nog geen gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas. Het doel is immers geenreductie van het GGR, maar het voorkómen van een gewichtstoename. Bovendien zal bij het bewegen daadwerkelijke begeleiding op het niveau van de competenties van een fysiotherapeut nodig zijn gezien de aard van de beperking van de betrokkene. Deze begeleiding bij bewegen op dit niveau maakt geen onderdeel uit van een GLI (Zie 7. Advies en begeleiding bij bewegen)

Het Zorginstituut beschouwt de leefstijlelementen in dit voorbeeld dan ook als behorend tot de revalidatie na het ontstaan van een lichamelijke beperking en niet als een GLI bij overgewicht en obesitas.

6.2.2

Variatie op indicatiecriteria

Een GLI-programma kan zich richten op een specifieke patiëntengroep en dan nog steeds gekwalificeerd worden als GLI voor overgewicht en obesitas. Dit betekent dat er een variatie plaatsvindt op de oorspronkelijke indicatiecriteria voor deze GLI. Dat is binnen de Zvw mogelijk, zolang dit een zorginhoudelijke verfijning betreft en de noodzaak van de verfijning ook zorginhoudelijk onderbouwd kan worden¹⁸. Ook kan onder de Zvw een programma zich in de bejegening specifiek op bepaalde groepen richten, bijvoorbeeld een programma gericht op mensen met een bepaalde culturele achtergrond. De inhoud van de interventie is op zich gelijk aan andere programma's, maar wordt aangeboden door een aanbieder met kennis van die cultuur. Lastiger ligt het als een programma zich bijvoorbeeld richt op een groep die op basis van sociaaleconomische kenmerken is samengesteld en het programma bijvoorbeeld langer of intensiever is met het doel gezondheidsverschillen te verkleinen. Deze variatie ten opzichte van andere GLI-programma's vloeit dan niet voort uit zorginhoudelijke criteria en dat is niet mogelijk onder de Zvw.

¹⁸ Dit vloeit voort uit artikel 14 Zvw: De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

Voorbeeld

Het GLI-programma Samen Sportief in Beweging (SSiB) legt de nadruk op de component bewegen en richt zich op een specifieke(re) doelgroep. Het betreft mensen die voldoen aan de indicatiecriteria van een GLI. Onverlet dit doel van de GLI zet het programma extra in op de begeleiding naar laagdrempelig sport- en beweegaanbod. SSiB is specifiek gericht op mensen met een lagere sociaaleconomische status, die slecht scoren op gezondheidsbeleving en gezondheidsvaardigheden en voor wie de drempel naar het reguliere beweegaanbod te hoog is. Verhoudingsgewijs krijgt de component bewegen meer aandacht dan de andere twee componenten van een GLI en spitst het programma zich toe op een doelgroep die niet alleen een verhoogd GGR heeft, maar ook ruime bewegingsarmoede. Omdat in dit geval nog steeds wordt voldaan aan de zorginhoudelijke indicatiecriteria conform de Zorgstandaard Obesitas en SSiB ook de opbouw van een GLI kent, kwalificeren wij dit programma nog steeds als een GLI. Vergoeding is vervolgens mogelijk omdat het programma ook effectief is gebleken is.

7 Advies en begeleiden bij bewegen en bij voeding- en eetgewoontes binnen de basisverzekering

Voor de inzet van paramedische disciplines onder de Zvw gelden vergoedingsbeperkingen.

Dagelijks bewegen verkleint de kans op ziekte en aandoeningen. Bewegen is daarom vaak een onderdeel van een leefstijlinterventie. Het doel van het bewegen als onderdeel van de leefstijlinterventie is dat bewegen onderdeel wordt van het normale gedrag. Daarvoor is het nodig dat mensen gemotiveerd worden en aangezet worden tot bewegen en dit vol te houden: het nieuwe gedrag moet inslijten. Deze gedragsmatige begeleiding is onderdeel van een GLI bij overgewicht en obesitas. Het daadwerkelijk begeleiden bij bewegen valt hier echter niet onder.

7.1 Inzet paramedische disciplines

Bij leefstijlinterventies wordt in de beschrijving vaak verwezen naar de paramedische disciplines, vooral fysio- en oefentherapeut en diëtist. Gezien de deskundigheid van deze disciplines op leefstijlfacetten als bewegen en voeding is dit begrijpelijk. De mogelijkheden voor de inzet van paramedici onder de Zvw is echter beperkt door de vergoedingsbeperkingen in artikel 2.6 Bzv. Fysio- en oefentherapie kunnen alleen ingezet worden bij aandoeningen die vermeld staan op bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekeringen (de zgn. Chronische lijst) en voor verzekerden die ouder zijn dan 18 jaar worden dan de eerste 20 behandelingen niet vergoed. Diëtetiek kent een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar volgens artikel 2.6 lid 10 Bzv. Daarbij is expliciet vermeld dat de diëtetiek onder de Zvw een medisch doel moet hebben.

Een fysio- en oefentherapeut kan onder de Zvw alleen ingezet worden, als er sprake is van een geneeskundig relevante indicatie, dus een geneeskundig relevante aandoening of beperking aan het houding-/bewegingsapparaat respectievelijk inspanningsvermogen. Hetzelfde geldt voor de inzet van de diëtist. Is er sprake van een geneeskundig relevante aandoening qua voeding- en/of eetgewoontes? Met andere woorden, vergt de zorg de competentie van een fysio- of oefentherapeut respectievelijk diëtist? Als de minimaal vereiste deskundigheid niet per se op dit niveau ligt dan zou de inzet van de zorgverlening ook onder de omschrijving van een andere te verzekeren prestatie kunnen vallen die geen vergoedingsbeperkingen kent. Zo heeft het Zorginstituut de leefstijlbegeleiding binnen de huidige GLI-programma's, met andere woorden de gedragsmatige ondersteuning die moet leiden tot het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl, geschaard onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'¹⁹. Als de nadruk ligt op advies over gezonde voeding- en eetgewoontes of op gezond bewegen of als het gaat om de gedragsmatige begeleiding bij de gezonde leefstijl dan is er niet per se een indicatie voor paramedische zorg onder de Zvw zoals omschreven in artikel 2.6 Bzv. Dit betekent niet dat 'leefstijlbegeleiding' altijd te scharen valt onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Het is goed mogelijk dat er patiënten(groepen) en indicaties zijn waarbij de zorg om de specifieke competenties van een diëtist of fysio-/oefentherapeut vraagt. Dan moet wel omschreven worden wat deze geneeskundig relevante indicatie precies inhoudt waarvoor de competentie van fysio-/oefentherapeut respectievelijk diëtist nodig is.

¹⁹ Zorginstituut Nederland. *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*. 2009. [Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)

7.2 **Advies en begeleiding bij voeding- en eetgewoontes**

Zoals we hierboven al aangaven kent het Besluit zorgverzekering een prestatie diëtetiek in artikel 2.6 lid 10. Deze bepaling verzekert 'zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft'. Advies over voeding- en eetgewoontes in algemene zin is niet voorbehouden aan diëtisten. Ook binnen de huisartsenzorg kan hierover advies gegeven worden. Een diabetesverpleegkundige zal een DM 2-patiënt ook iets kunnen vertellen over voeding- eetgewoontes bij zijn aandoening. Dit is inherent aan de overlap die er kan bestaan tussen deskundigheidsgebieden van zorgverleners en daarmee tussen de verschillende prestaties binnen het Bzv. Dat geldt niet alleen bij de paramedische zorg en andere zorg; dat geldt ook voor huisartsen en medisch specialisten, verloskundigen en huisartsen etc. Voor de inzet van een zorgverlener rond voeding- en eetgewoontes is het belangrijk om steeds duidelijk voor ogen te hebben of het gaat om zorg waarvoor nadrukkelijk de competentie nodig is van een diëtist of om zorg die mogelijk ook door een zorgverlener gegeven kan worden en voor wie (ook) een andere prestatie binnen het Bzv de basis voor vergoeding kan zijn. Dit is belangrijk om te bepalen of het maximale aantal behandelingen uit artikel 2.6 lid 10 Bzv aan de orde is²⁰.

Ook in dit geval geldt weer dat louter het aspect van voeding- en eetgewoontes binnen een behandeling niet per se maakt dat we spreken over een leefstijlinterventie (en zeker niet over een GLI). Er zijn talloos veel zorgvormen en behandelingen waarbij deze aspecten aan de orde komen in de eerste en de tweede lijn. Ook al maakt de omschrijving leefstijlinterventie voor de beoordeling door het Zorginstituut niets uit, dan nog kan de terminologie verwarrend werken binnen de discussie.

7.3 **Advies en begeleiden bij bewegen binnen een (G)LI: gedragsmatige inzet**

De positieve gezondheidseffecten van (meer) bewegen staan buiten kijf. Fysieke fitheid draagt bij aan langer gezond leven. Dit betekent echter niet dat 'beweeginterventies' gericht op het verhogen van de fysieke fitheid altijd onder de Zvw vallen. Rond de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht/obesitas hebben we aangegeven dat advies en begeleiden bij bewegen onder de Zvw kunnen vallen. Begeleiden heeft hier een gedragsmatige betekenis: het stimuleren van mensen om bewegen te incorporeren in het dagelijks bestaan door eenvoudig te beginnen: wandelen, lopend boodschappen doen in plaats van met de auto, fietsend naar het werk, de trap nemen in plaats van de lift etc. Door deze gedragsmatige verandering kan de stap naar bijvoorbeeld een sportclub vervolgens makkelijker te maken zijn. Dit betekent dat de begeleiding inzet op het verhogen van de intrinsieke motivatie om te bewegen. In deze zin maakt de begeleiding deel uit van de gecombineerde leefstijlinterventie, omdat de interventie effectief is als een gezonde leefstijl op meerdere vlakken wordt bereikt: gezond eten, gezond bewegen, gezond slaappatroon, stressbeheersing. Vaak is sprake van bewegingsarmoede bij mensen die voor een leefstijlinterventie in aanmerking komen. Zoals gezegd heeft de interventie tot doel de verzekerde te stimuleren en aan te zetten tot bewegen. Het aanzetten en stimuleren tot bewegen betreft dus niet het daadwerkelijk begeleiden bij bewegen. Het gaat in deze gevallen immers om mensen die op zich wel kunnen bewegen, maar bij wie sprake is van een gedragsmatige bewegingsarmoede. Het daadwerkelijk bewegen, bijvoorbeeld door deelname aan wandel-, zwem-, gymclubjes, valt niet onder de Zvw. Om bewegen gedragsmatig te bevorderen is

²⁰ Bij de ketenzorg voor DM 2 heeft het Zorginstituut in het verleden geconcludeerd dat het advies en de begeleiding bij voeding- en eetgewoontes bij DM 2 ook geschaard kon worden onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en dat daarom het maximale aantal behandelingen diëtetiek nog beschikbaar was voor de inzet van deze zorg naast de keten.

niet per se een fysiotherapeutische competentie nodig. Het gaat immers niet om problemen met het houding-/bewegingsapparaat dat het bewegen belemmert.

Bij mensen met *ernstige* bewegingsarmoede of *angst* om te bewegen kunnen voor het daadwerkelijk gaan bewegen mentale drempels bestaan die aangepakt moeten worden, zoals bewegingsangst, en een laag vertrouwen in het eigen kunnen of de gevolgen van inspanning (verhoogde hartslag, zweten, kortademigheid, spierpijn etc.). Om deze mentale drempels aan te pakken, kan het nodig zijn dat de deelnemer binnen de GLI beweegoefeningen doet. Dit scharen we nog onder de gedragsmatige begeleiding, omdat in dit geval het bewegen niet een doel op zich is, maar drempels identificeert die belemmerend zijn voor de betrokkene om 'bewegen' als onderdeel van gewoon gedrag te gaan beschouwen

Deze gedragsmatige begeleiding bij bewegen is onderdeel van de GLI bij overgewicht en obesitas en valt onder de Zvw. De competenties van deze begeleiding liggen op het niveau van een hbo geschoolde leefstijlcoach. De begeleiding heeft tot doel dat de betrokkene zelfstandig gaat bewegen en dat het bewegen inslijt in het dagelijkse gedrag. De (eventuele) kosten van het zelfstandig bewegen bij bijvoorbeeld een sport-of wandelclub vallen niet onder de Zvw.

7.4

Advies en begeleiden bij bewegen buiten een (G)LI: geneeskundige inzet

Wanneer niet bewegingsarmoede, maar een fysieke beperking het veilig gaan bewegen belemmert, omvat het begeleiden bij bewegen méér dan aanzetten en motiveren tot bewegen zoals we dat kennen binnen een GLI. Begeleiding bij bewegen bij een fysieke beperking richt zich op ondersteuning bij het daadwerkelijk bewegen door oefening en training. Het gaat dan om mensen die niet (gezonder) *kunnen* bewegen. Voor advies en begeleiden bij bewegen binnen de basisverzekering moet er dan sprake zijn van een beperking in geneeskundige zin, waardoor de betrokkene belemmerd is in gezond bewegen.

Hierna onderscheiden we vier situaties.

1. *Een incidentele aandoening of beperking belemmert het bewegen. Bijvoorbeeld als gevolg van problemen met het houdings- en bewegingsapparaat of deconditionering als gevolg van bijvoorbeeld een cardiovasculair incident.*

De competenties voor het begeleiden bij het bewegen bij deze beperkingen liggen op het niveau van een fysio- of oefentherapeut. De zorg is gericht op het wegnemen van de beperking en valt onder de Zvw, met inachtneming van de voorwaarden uit artikel 2.6 lid 2 Bzv. De begeleiding bij bewegen door de fysio-/oefentherapeut richt zich op het wegnemen of verminderen van de beperking zodat betrokkene vervolgens zelf aan de slag kan met bewegen.

2. *Het bewegen op zich is de interventie om de aandoening te behandelen, te genezen of in ernst te verminderen. Bijvoorbeeld een beweegprogramma bij depressie of bij DM2²¹.*
3. *Beweeginterventies die ingezet worden als (onderdeel van een) behandeling, die gericht is op het verbeteren van fitheid, spierkracht, balans en mobiliteit, bijvoorbeeld als onderdeel van valpreventie of prehabilitatie.*

Ook in dit geval kan de beweeginterventie niet voor iedereen onder de Zvw vallen, ook al is er sprake van een effectief programma. Vergoeding voor de beweeginterventie kan alleen onder de basisverzekering plaatsvinden, als de

²¹ Als zou blijken dat 'bewegen' klinisch relevante gezondheidswinst oplevert bij deze indicaties.

betrokkene een geneeskundig relevante beperking qua bewegen heeft, waardoor de betrokkene is aangewezen op bewegen onder leiding van een zorgverlener met de competenties op het niveau van een fysio-/oefentherapeut. Ook in dit geval gelden dan nog de aanvullende voorwaarden uit artikel 2.6 lid 2 Bzv.

Voorbeeld

Bij de duiding van de valpreventie hebben we het hoog risico op ziekte benoemd, namelijk de verminderde spierkracht en balans, die een hoog risico vormt op vallen met mogelijk letsel als gevolg. Het hoog risico leidt tot een behoefte aan geneeskundige zorg; in dit geval een door een fysiotherapeut begeleid trainingsprogramma.

Een trainingsprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut is effectieve zorg voor ouderen met een hoog risico om te vallen als gevolg van verminderde spierkracht en balans, en die daarnaast onderliggende problemen hebben. Om die reden kan een trainingsprogramma voor deze ouderen tot de te verzekeren zorg worden gerekend. Met andere woorden het trainingsprogramma voor ouderen met verminderde spierkracht en balans en onderliggende problemen kan het risico op vallen verkleinen en daarmee de kans op letsel verminderen.

Misvatting

Bij ouderen die een hoog risico hebben om te vallen maar geen onderliggende problemen hebben, is het raadzaam om een trainingsprogramma te volgen. Omdat er geen onderliggende problemen zijn, is er geen indicatie voor begeleiding op het niveau van de competenties van een fysiotherapeut. Een trainingsprogramma onder begeleiding van een sportleraar volstaat. Is dit laatste trainingsprogramma aan te merken als geïndiceerde preventie? Bij geïndiceerde preventie die ten laste van de Zvw kan komen, moet er een hoog risico op ziekte zijn vastgesteld én de interventie die de ziekte kan voorkomen moet behoren tot de te verzekeren zorg. Een trainingsprogramma onder begeleiding van een sportleraar is geen te verzekeren zorg. Bovendien is er in dit voorbeeld weliswaar sprake van een risico, maar niet van een hoog risico zoals dat is geformuleerd voor de mogelijke aanspraak op een trainingsprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut; er is geen sprake van onderliggende problemen die begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut nodig maken. Omdat 1. de interventie geen te verzekeren zorg is en 2. er géén hoog risico is, valt deze preventieve indicatie-interventiecombinatie niet onder de Zvw.

4. Bewegen als onderdeel van zorg bij een lichamelijke beperking

Bij een aangeboren of bij een verworven, niet aangeboren fysieke beperking, kan de begeleiding bij het bewegen zich niet richten op het wegnemen of verminderen van de beperking zodat betrokkene vervolgens zelfstandig gaat bewegen. De begeleiding richt zich op het leren bewegen met inachtneming van de beperking. Ook al kan deze begeleiding bij bewegen onder andere gericht zijn op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl, dan nog zien we deze begeleiding niet als onderdeel van een GLI. De begeleiding bij het bewegen ziet het Zorginstituut in dit geval als onderdeel van een breder zorgprogramma rond het (leren) omgaan met de beperking, of als gerichte revalidatie na het ontstaan van een lichamelijke beperking. Beide zorgvormen kunnen, onder voorwaarden, onder de Zvw vallen.

8 Afstemming, coördinatie en regie en samenwerking tussen domeinen

Kosten van coördinatie en regie die tot de individuele zorgverlening zijn te herleiden, zijn onderdeel van de vergoeding voor de te verzekeren zorg. Coördinatie en regie kunnen over de domeinen heen gaan; per interventie moet bekeken worden of en tot hoever de kosten voor coördinatie en regie dan onder de Zvw kunnen vallen.

8.1 Kosten van coördinatie en regie

Goede multidisciplinaire zorg vergt coördinatie en regie²². Als deze zorg vanuit verschillende domeinen wordt geleverd (denk aan zorg respectievelijk sociaal respectievelijk publiek domein), dan zou die noodzaak nog weleens dwingender kunnen zijn. Om samenwerking te bevorderen is het altijd goed om te verhelderen wie wat moet betalen. Dat geldt binnen de zorg, maar ook over de domeinen heen. Binnen de Zvw is het uitgangspunt dat de kosten van coördinatie en regie die samenhangen met multidisciplinaire zorg onderdeel zijn van de vergoeding voor de te verzekeren zorg.

8.2 Koppeling met geneeskundige zorg als voorwaarde voor vergoeding onder de Zvw

Bij samenwerking tussen de domeinen is het belangrijk dat duidelijk is welke kosten neerslaan in welk domein. Dat geldt voor de kosten van de zorg en ondersteuning en voor de kosten van de coördinatie en regie. De kosten voor zorg en ondersteuning volgen de regels die generiek gelden voor de verschillende domeinen. Uitgangspunt voor kosten binnen de Zvw is dan dat het moet gaan om de kosten die verband houden met 'een behoefte aan geneeskundige zorg'. Dit geldt ook voor de kosten van coördinatie en regie.

²² Als bij zorg meerdere zorgverleners e/of domeinen betrokken zijn dan zal er het nodige overlegd worden. Wij gebruiken de term coördinatie en regie voor de activiteiten die erop gericht zijn om de inbreng van de verschillende deelnemers te initiëren en ervoor te zorgen dat die aan het gewenste resultaat bijdragen. In andere standpunten worden ook weer andere termen gebruikt, zoals 'afstemming'. Zie bijvoorbeeld de [Verduidelijking rond de Handreiking kwetsbare ouderen](#). Zorginstituut. 2021. [Verduidelijking Zorginstituut: zorg voor kwetsbare ouderen thuis in een complexe zorgsituatie | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

Voorbeeld

Bij leefstijlinterventies zijn vaak meerdere domeinen betrokken omdat leefstijl, en zeker een ongezonde leefstijl, te maken heeft met zoveel facetten van het dagelijks bestaan. Bij de zorg voor overgewicht en obesitas bij kinderen heeft het Zorginstituut een uitspraak gedaan in welke gevallen de coördinatie en regie hiervan binnen de Zvw valt. De coördinatie en regie is in dit geval verbonden aan de inzet van een 'centrale zorgverlener'²³ die het zorgproces begint met een brede anamnese en die kijkt welke factoren binnen het gezin/systeem van het kind van invloed zijn op de ongezonde leefstijl. De coördinatie en regie die samenhangen met de brede anamnese en met de zorg en ondersteuning die nodig zijn om de gezonde leefstijl van het kind te bevorderen, vallen onder de Zvw vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Vanaf dat punt is er namelijk, op basis van de Zorgstandaard Obesitas, sprake van de inzet van geneeskundige zorg ter bevordering van de gezonde leefstijl (in de vorm van een GLI bij overgewicht en obesitas). Vanwege de inzet van de geneeskundige zorg is het dan legitiem, om de kosten die verband houden met de coördinatie en regie van de samenhangende zorg en ondersteuning, te vergoeden via de Zvw.

8.3 Coördinatie en regie in verband met individuele zorgverlening

Coördinatie en regie zijn brede begrippen die op verschillende niveaus ingezet kunnen worden: binnen een organisatie, tussen organisaties, lokaal, regionaal. Voor een beoordeling als te verzekeren zorg gaat het erom dat de coördinatie en regie te herleiden valt tot de individuele zorgverlening van een verzekerde. Dat is immers de strekking van de basisverzekering, een verzekering voor de zorg die een individuele verzekerde nodig heeft²⁴.

8.4 (Niet)patiëntgebonden – (in)direct

De voorgaande paragraaf betekent niet dat alleen de coördinatie en regie van de directe individuele zorgverlening vergoed wordt onder de Zvw. Voor coördinatie en regie zijn ook indirecte activiteiten ten behoeve van de individuele verzekerde nodig, denk aan het leggen van contacten ten behoeve van de individuele patiënt, dossiervorming etc. Deze scharen we ook onder de te verzekeren prestaties. Ook niet-patiëntgebonden kosten kunnen meegenomen worden in de te verzekeren prestaties omdat deze randvoorwaardelijk kunnen zijn voor adequate coördinatie en regie. Denk aan het opbouwen van een netwerk en het leggen van contacten over domeinen heen. Voor een (positieve) beoordeling door het Zorginstituut is het nodig dat we wel altijd een koppeling kunnen leggen met de individuele zorgverlening. Het opzetten van regionale netwerken of organisaties kan heel nuttig zijn voor de coördinatie en regie in een bepaalde regio, maar het Zorginstituut zal daarover geen beoordeling doen omdat de afstand tot de individuele zorgverlening in die gevallen te groot is.

²³ Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas: de centrale zorgverlener. [Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)

²⁴ Rapport Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties. Zorginstituut. 2009. [Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)

9 Van Zvw-beoordeling naar Wmg-prestatiebeschrijving

Op basis van de beoordeling van de interventie door het Zorginstituut stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vast of zij een nieuwe Wmg-prestatie-beschrijving gaat opstellen (met, zo nodig, een maximumtarief) of dat er al een passende prestatiebeschrijving (eventueel met maximumtarief) is. De Wmg-prestatiebeschrijving is een voorwaarde voor de zorginkoop door de zorgverzekeraar.

9.1 Van beoordeling naar vergoeding/levering: welke stappen?

Voordat een (nieuwe) interventie vergoed kan worden via de basisverzekering, moeten er een aantal stappen doorlopen zijn:

- Er wordt vastgesteld dat de interventie inhoudelijk onder de basisverzekering kan vallen. Zorgverzekeraars en/of Zorginstituut toetsen aan de voorwaarden die de regelgeving stelt om tot dit oordeel te komen. Bij de regelgeving gaat het dan vooral om Zorgverzekeringswet (Zvw); Besluit zorgverzekering (Bzv); Regeling zorgverzekering (Rzv).
- Om zorg te kunnen vergoeden moet er een zorgverlener zijn die deze zorg heeft geboden en vervolgens gedeclareerd. Een declaratie is pas mogelijk als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een prestatiebeschrijving heeft opgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en waar nodig een maximumtarief heeft vastgesteld (tenzij er al prestatiebeschrijving respectievelijk maximaal tarief bestaat die gebruikt kan worden). Een zorgverlener mag geen zorg declareren als er geen declaratietitel is in de vorm van een Wmg-prestatiebeschrijving²⁵. Dit geldt zowel voor verzekerde als voor onverzekerde zorg. Zorg toch declareren vormt zelfs een wettelijke overtreding, namelijk een overtreding van artikel 35 Wmg.
- Een zorgverzekeraar koopt de zorg in voor zijn verzekerden. De zorginkoop en contracteren is alleen mogelijk als er een Wmg-prestatiebeschrijving beschikbaar is. Bij de contractering maakt een zorgverzekeraar met de zorgaanbieder afspraken over de inhoud en kwaliteit van de zorg en over de hoogte van de vergoeding.

9.2 De bekostiging

Het proces om tot vergoeding te komen begint met een beoordeling of de zorg onder de basisverzekering kan vallen, maar deze stap is dus niet voldoende. Hierna volgt de bekostigingsstap onder leiding van de NZa. De NZa gaat bij het opstellen van de prestatie-beschrijving uit van de beoordeling van de interventie door zorgverzekeraars en/of Zorginstituut. Zorgverzekeraars en Zorginstituut baseren zich op de beschrijving van de interventie die de zorgaanbieder heeft opgesteld. De NZa heeft echter vaak veel gedetailleerdere informatie voor een Wmg-prestatiebeschrijving nodig (en zeker voor een maximumtarief) dan de beoordeling van het Zorginstituut kan geven. De beoordeling kan volstaan met de conclusie dat zorg inhoudelijk onder de Zvw kan vallen als vorm van 'geneeskundige zorg' in het algemeen; de NZa moet voor de bekostiging precies weten onder welke te verzekeren prestatie de zorg valt binnen het Bzv en voor een maximumtarief is bijvoorbeeld ook inzicht in de omvang van de zorg nodig. In deze wegwijzer gaan we niet in op alle verschillende vormen van bekostiging. De NZa heeft daarover zelf meerdere wegwijzers en informatiekaarten opgesteld:

<https://www.nza.nl/passende-zorg/doorlinkpagina/wegwijzers>.

²⁵ Behoudens een aantal uitzonderingen die genoemd worden in het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg (Bubwmg)

9.3 **Innovatie, bekostiging en Zvw**

Bij bekostiging van nieuwe zorg/initiatieven moet er zoveel mogelijk worden uitgegaan van de bestaande prestaties en tarieven. Wanneer bestaande prestaties/tarieven niet voldoende mogelijkheden bieden, biedt de Wmg ook mogelijkheden tot experimenten, bijvoorbeeld via de facultatieve prestatie of de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten²⁶.

De zorg wordt gefinancierd via de Zvw en dat betekent dat de zorg al wel moet voldoen aan de voorwaarden die de regelgeving van de Zvw stelt. Is dat niet het geval dan kan de zorg via de aanvullende verzekering van de verzekerde vergoed worden of via de eigen middelen van de zorgverzekeraar. Het is in eerste instantie aan de betrokken zorgverzekeraar om te beoordelen of de zorg aan de voorwaarden van de Zvw voldoet; dit geldt bijvoorbeeld voor de stand van de wetenschap en praktijk rond de zorgvorm. De beleidsregel vormt dus geen financieringsbron. Als er nog onderzoek naar de effectiviteit moet plaatsvinden om vast te stellen of de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, dan is de subsidieregeling *Veelbelovende Zorg*²⁷ van het Zorginstituut misschien een mogelijkheid voor het initiatief.

²⁶ [Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten - BR/REG-19158 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

²⁷ [Subsidieregeling Veelbelovende Zorg, Veelbelovende zorg: subsidieregeling voor onderzoek naar potentieel veelbelovende zorg | Werkagenda | Zorginstituut Nederland](#)

10 Zorgadviestraject GLI-programma's bij overgewicht en obesitas

Bij de beoordeling van een nieuw GLI-programma dat als een technische variant kan worden aangemerkt, hebben ZN, RIVM en Zorginstituut een taakverdeling afgesproken

Zoals hiervoor al aangegeven heeft het toenmalige CVZ in het standpunt *Preventie bij overgewicht en obesitas – de gecombineerde leefstijlinterventie* geconcludeerd dat een GLI de effectieve interventie is bij overgewicht en obesitas. Wanneer de effectiviteit van een interventie op generiek niveau is vastgesteld kunnen we afgeleide programma's beschouwen als 'technische varianten' op een interventie die al tot het verzekerde pakket behoort. Het Zorginstituut heeft in 2009 de GLI op generiek niveau als effectieve interventie beoordeeld die in de Zvw kan worden opgenomen. Vervolgens zijn er verschillende GLI-programma's ontwikkeld, bijvoorbeeld met accentverschillen die ze geschikt maakt voor specifieke doelgroepen. Omdat de effectiviteit van de GLI reeds is vastgesteld, hoeven de afzonderlijke programma's niet meer op effectiviteit door het Zorginstituut te worden beoordeeld.

Zie 6.2 Technische variant

Bij de beoordeling van een nieuw programma is een taakverdeling tussen Zorgverzekeraars Nederland, RIVM en Zorginstituut afgesproken.

RIVM

Het RIVM beoordeelt interventies op verschillende gezondheidsthema's (bijvoorbeeld overgewicht, bewegen, alcohol, gezond en vitaal ouder worden). Een beoordeling van een interventie kan leiden tot een erkenning²⁸.

De beoordeling door het RIVM vindt plaats op verzoek van de interventie-eigenaren. De programma's worden beoordeeld op kwaliteit, uitvoerbaarheid en effectiviteit en op verschillende niveaus erkend in het erkenningstraject. Het RIVM onderscheidt vijf niveaus van erkenning:

- I Goed beschreven;
- II Goed onderbouwd;
- III Eerste aanwijzingen voor effectiviteit;
- IV Goede aanwijzingen voor effectiviteit;
- V Sterke aanwijzingen voor effectiviteit (= hoogste niveau).

Het eerste niveau is een instapniveau en de beoordeling vindt plaats in de vorm van peerreview (professionals en experts uit de praktijk). De volgende niveaus worden door de erkenningscommissie beoordeeld die bestaat uit vertegenwoordigers van wetenschap, praktijk en beleid. Erkenning door het RIVM vanaf het niveau 'eerste aanwijzingen voor effectiviteit' is voldoende voor de effectiviteitsbeoordeling van een technische variant van een gecombineerde leefstijlinterventie conform de voorwaarden van de Zvw. Voor dit niveau van erkenning zijn minimaal twee goed uitgevoerde evaluaties nodig, waarvan minimaal één in Nederland.²⁹

ZN

Het toetsen aan de overige eisen van de Zorgverzekeringswet, op basis van de regelgevingen de duidingen van het Zorginstituut, is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverzekeraars. Zij hebben ervoor gekozen om deze toetsing te laten plaatsvinden via een beoordelingstraject binnen

²⁸ RIVM. Erkenning voor leefstijlinterventies. [Werkwijze erkenning aanvragen | Loketgezondleven.nl](https://www.loketgezondleven.nl/werkwijze-erkenning-aanvragen)

²⁹ RIVM. [Aanbod gecombineerde leefstijlinterventies in Nederland | Loketgezondleven.nl](https://www.loketgezondleven.nl/aanbod-gecombineerde-leefstijlinterventies-in-nederland)

Zorgverzekeraars Nederland, die vervolgens een advies geeft aan haar leden.

Zorginstituut Nederland

Indien er vanuit ZN geen eensluidend advies kan worden gegeven over een nieuw programma, beoordeelt het Zorginstituut dit programma. Een interventie-eigenaar kan zich bij ZN melden met de vraag of een interventie beoordeeld kan worden.

Het bovenstaande impliceert dat een nieuw concreet programma moet voldoen aan de inhoudelijke criteria van een GLI om als technische variant aangemerkt te kunnen worden. Als het programma nog in een stadium daarvóór verkeert, wordt eerst gekeken naar de indicatiecriteria en uitkomstmaten om te bepalen of het om een effectieve indicatie-interventie combinatie gaat. Vervolgens moet worden getoetst aan de inhoudelijke criteria van een GLI.

11 Zorgplicht en zorginkoop van de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar heeft de plicht aan zijn verzekerden de zorg te leveren (natura) of te vergoeden (restitutie) die onder de basisverzekering valt. De polis vormt de basis om te bepalen op welke wijze de zorgverzekeraar zijn zorgplicht invult. De NZa houdt toezicht op het nakomen van de zorgplicht door de zorgverzekeraar.

Een zorgverzekeraar heeft een zorgplicht tegenover zijn verzekerde: artikel 11 van de Zorgverzekeringswet geeft dit aan. Dit betekent, in algemene termen, dat de zorgverzekeraar de zorg en diensten (laat) levert(en) en/of vergoedt waaraan de verzekerde behoefte heeft én die onder de basisverzekering vallen. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en daaronder valt ook toezicht op het nakomen van de zorgplicht door de zorgverzekeraar. In een beleidsregel³⁰ heeft de NZa een aantal concrete punten geformuleerd waaraan het nakomen van de zorgplicht wordt getoetst (denk aan kwaliteit, tijdigheid, beschikbaarheid, afstand). Vraag is tot hoever de zorgplicht reikt: welke zorg moet de zorgverzekeraar contracteren voor zijn verzekerden; kan de zorgverzekeraar volstaan met contracteren van de zorg op zich of gaat zijn verantwoordelijkheid verder, betreft dit bijvoorbeeld ook de regie over samenwerking bij complexere zorgvormen? De NZa heeft een document opgesteld *De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars*³¹; hierin licht de NZa de reikwijdte van de zorgplicht toe. Voor welke zorg expliciet de zorgplicht geldt, is een vraag die raakt aan de beoordelingen van het Zorginstituut. Het Besluit zorgverzekering omschrijft in hele generieke termen de zorg die onder de basisverzekering valt: geneeskundige zorg; farmacie; hulpmiddelen enz. Alleen die zorg waarover het Zorginstituut een standpunt heeft uitgebracht, is expliciet omschreven. Daarvoor is de zorgplicht dus duidelijk.

Voor interventies die vorm kunnen krijgen in uiteenlopende programma's (zoals de GLI) is het nog wel belangrijk om onderscheid te maken tussen interventie en concreet programma. Voor de gecombineerde leefstijlinterventie als interventie geldt de zorgplicht. Het Zorginstituut heeft immers over de GLI een standpunt uitgebracht en geconcludeerd dat deze interventie onder de Zvw valt. Dit betekent dat een zorgverzekeraar een GLI-programma moet contracteren om aan zijn zorgplicht te voldoen. Dit betekent echter niet dat de zorgverzekeraar alle programma's moet contracteren die nu als pakketwaardige GLI-programma's zijn gekwalificeerd. Dit zijn immers varianten van de interventie voor dezelfde patiëntengroep (indicatie), met hetzelfde doel (uitkomsten). Uitgangspunt is dat de zorgverzekeraar voldoende aanbod contracteert om ervoor te zorgen dat zijn verzekerden tijdig en op een redelijke afstand een programma kunnen volgen.

³⁰ Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars [wetten.nl - Regeling - Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw - BWBR0040215 \(overheid.nl\)](https://www.wetten.nl - Regeling - Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw - BWBR0040215 (overheid.nl))

³¹ NZa, Handvatten zorgplicht zorgverzekeraar: [De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://www.zorgautoriteit.nl - De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl))

LITERATUURLIJST

College voor zorgverzekeringen, Van preventie verzekerd, 16 juli 2007.

College voor zorgverzekeringen, Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie, februari 2009.

College voor zorgverzekeringen, Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw, september 2009.

NFU-paper. Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal? juni 2022.

Partnerschap Overgewicht Nederland, Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, november 2010.

Zorginstituut Nederland, Stand van de wetenschap en praktijk, januari 2015.

Zorginstituut Nederland, De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken, Addendum bij de duiding van het Zorginstituut van 2009, februari 2018.

Zorginstituut Nederland, Beoordeling 'de stand van de wetenschap en praktijk': technische variant. April 2019.

Zorginstituut Nederland, Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas, januari 2021.

Zorginstituut Nederland, Tips voor het opstellen van relevante PICOTs voor het beantwoorden van de pakketvraag, februari 2021.

Zorginstituut Nederland, Notitie kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie, juni 2021.

