



**Nederlandse
Zorgautoriteit**

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Geadresseerden:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland, InEen, KNGF,
Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars
Nederland, Nederlands Instituut van Psychologen,
Nederlandse Vereniging van Dietisten, Overgewicht
Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Partnerschap
Overgewicht Nederland, NvOCM, Zorginstituut Nederland,
Slimmer, Huis voor Beweging, Expertisecentrum Leefstijl
interventies

Behandeld door

Directie Toezicht & Handhaving

Telefoonnummer

088 - 070 87 70

E-mailadres

info@nza.nl

Kenmerk

371028/596924

Onderwerp

Voortgang Gecombineerde Leefstijlinterventie

Datum

11 juni 2020

Geachte heer/mevrouw,

Graag willen wij u langs deze weg informeren over de voortgang van de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de prestaties, tarieven en transparantievoorschriften vastgesteld voor de GLI. Ook houden wij toezicht op de naleving hiervan en op de invulling van de zorgplicht en informatieverstrekking door zorgverzekeraars. Wij zien dat de GLI inmiddels op gang is gekomen. Tegelijkertijd constateren wij dat op een aantal punten nog vooruitgang kan worden geboekt. Wij hebben in december 2019 op onze website¹ een informatiekaart gepubliceerd over de ontwikkelingen.

Wij hechten veel waarde aan deze nieuwe zorgvorm. Wij denken dat zij kan bijdragen aan de gezondheid en het welzijn van veel burgers, en dat zij hiermee vroegtijdig zwaardere vormen van zorg kan voorkomen. Kortom, de juiste zorg op de juiste plek. Wij zien al mooie voorbeelden waarin de leefstijlcoach het welzijn van zijn cliënten bevordert, in samenwerking met de eerste lijn, sportscholen, gemeentelijke instanties en andere partijen in het sociale domein.

Wij zien dat de coronacrisis de verlening van GLI ernstig bemoeilijkt. De latente vraag naar GLI lijkt echter nog toe te nemen, en wordt op enig moment weer manifest. We kunnen nu de tijd gebruiken om onnodige belemmeringen weg te nemen. Wij vragen partijen dan ook, vanuit hun specifieke positie, al het mogelijke te doen om van de GLI een succes te maken. Vanuit ons toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars en hun informatieverstrekking richting verzekerden, hebben wij dit uitgebreid

¹ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/12/03/gecombineerde-leefstijlinterventie-komt-op-gang>

met verzekeraars besproken, ook onze vervolgcacties. Maar ook voor de andere partijen zien wij een rol.

Kenmerk
371028/596924

Eerst gaan wij in op de contractering door zorgverzekeraars. Daarna bespreken wij de informatie die zorgverzekeraars over de GLI aan hun verzekerden verstrekken. Wij geven daarbij aan, wat partijen zelf nog kunnen doen om dit te verbeteren. Wij zien daar zeker nog ruimte. Tot slot lichten we het vervolgtraject toe.

Pagina
2 van 7

Contractering van GLI-aanbieders

De zorgverzekeraars hanteren in 2020 en 2021 voor de GLI een volgbeleid voor de contractering van zorggroepen. Zorgverzekeraars willen hiermee een landelijk dekkend GLI-aanbod bereiken. Zorggroepen moeten dan wel in hun regio voldoende aanbieders van GLI, zoals leefstijlcoaches, vastleggen. Zorgverzekeraars contracteren daarnaast soms individuele zorgverleners, vooral in gebieden waar zij geen zorggroep gecontracteerd hebben.

Volgens het RIVM zijn er begin maart 2020 ca. 700 oefen- en fysiotherapeuten, diëtisten en BLCN-leefstijlcoaches met een AGB-code met GLI-registratie. Zij zijn gelieerd aan ca. 1.100 verschillende praktijken: gezondheidscentrum, zelfstandige praktijk, sportschool, ziekenhuis of zorggroep.

Medio januari 2020 hadden 166 praktijken met tenminste één zorgverzekeraar een contract. Hierbij zaten 38 van de 115 zorggroepen die er in Nederland zijn. Volgens het RIVM heeft in maart inmiddels een kleine 400 van de 1.100 praktijken een contract met minstens één zorgverzekeraar. Nauwelijks meer dan één-derde van de praktijken blijkt dus gecontracteerd, en dan nog slechts door een deel van de zorgverzekeraars, terwijl het jaar al in volle gang is. Wij vinden dat teleurstellend.

Een goed dekkend netwerk van gecontracteerd aanbod moet wat ons betreft de hoogste prioriteit zijn, waarin – gezien het volgbeleid van zorgverzekeraars – de zorggroepen een belangrijke rol vervullen.

Wat verwachten wij hier van welke partijen?

De Zorgverzekeraar moet afspraken trachten te maken met alle zorggroepen over de GLI. Voor de zorggroepen buiten zijn kernregio kan de zorgverzekeraar andere zorgverzekeraars volgen. Idealiter moeten verzekerden bij GLI-verleners terecht kunnen in elke gemeente in het werkgebied van de zorggroep. Eventueel helpt hij de zorggroep bij opstartproblemen, binnen de ruimte van de (max-max)tarieven. Hij contracteert individuele GLI-verleners, in die regio's waar hij geen zorggroep voor de GLI vastgelegd heeft. Als hij naturaverzekeraar is, is dit ook zijn (zorg)plicht.

De Zorggroep lijkt GLI niet altijd als haar taak te zien. Toch kan de GLI de druk op haar ketenzorg rond diabetes, COPD en vaatlijden op termijn verlagen. Wij vinden dan ook, dat de GLI juist wél op haar weg ligt. Zij kan, via onder-aanneming, GLI-aanbod organiseren in de gemeenten van haar werkgebied en met gemeenten een geschikt beweegaanbod creëren. Wij verwachten dat zij met zorgverzekeraars afspraken maakt over de vergoeding van de GLI en een eventuele inzet van O&I gelden.

Regionale spreiding van het GLI-aanbod

In maart jl. zag het RIVM dat de ca. 1.100 praktijken ongelijk verdeeld zijn over het land. Per gemeente zijn gemiddeld 3 praktijken, maar ca. 25% van de gemeenten huisvest nog geen enkele praktijk. Het aantal praktijken per gemeente zegt niet alles. Van belang zijn zeker ook de omvang en samenstelling van de bevolking en regionale factoren. We weten ook niet of alle praktijken actief zijn, en in welke mate.

Kenmerk

371028/596924

Pagina

3 van 7

Gecombineerde leefstijlinterventie

Per gemeente, peildatum 15 maart 2020



De zorggroepen, voor zover daaraan geregistreerde GLI-zorgverleners gelieerd zijn, maken ook deel uit van de 1.100 praktijken. Ook zij zijn dus opgenomen in dit kaartje, overigens alleen hun vestigingsplaats, terwijl een zorggroep meestal meerdere gemeenten bestrijkt. Het RIVM maar ook zorgverzekeraars, patiënten en artsen weten niet in welke gemeenten de lokale zorggroep al GLI-aanbod beschikbaar heeft, en in welke niet. Duidelijk is echter dat er lokaal nauwelijks of geen aanbod is.

Het Zorginstituut stelt dat de GLI, om effectief te zijn, moet zijn ingebed in de omgeving van de verzekerde. Een vuistregel van ten minste één gecontracteerde aanbieder per gemeente vinden wij op zijn plaats. Wij zien in goed lopende afspraken van zorgverleners met zorgverzekeraars en zorggroepen een belangrijke prikkel voor (nieuwe) zorgverleners om zich voor GLI te kwalificeren, een licentie voor een programma te verkrijgen en daadwerkelijk te starten. Wij vinden dat partijen nog een aantal belemmeringen kunnen wegnemen.

Wat verwachten wij hier van welke partijen?

De zorgverzekeraar is in principe vrij in zijn contractvoorwaarden. Wij verwachten echter dat hij belemmerende contracteisen zo mogelijk vermijdt en voldoende ruimte biedt. Zo kan hij in deze opstartfase zijn zorgplicht zo goed mogelijk vervullen.

Kenmerk
371028/596924

Pagina
4 van 7

Goede voorbeelden zien wij bij zorgverzekeraars, die GLI-aanbieders het gehele jaar de mogelijkheid geven om in te stappen, of scholings- en instapprogramma's bieden aan aspirant-aanbieders. Of niet (of nauwelijks) korten op het tarief van individuele zorgverleners, dat als gemiddeld kostendekkend bedoeld is.

Wij dringen er bij de zorgverzekeraar op aan om alle erkende GLI-programma's te vergoeden en ook geregistreerde zorgverleners te accepteren die niet onder de wet BIG vallen. Wij vragen hem om een voldoende aanvangsgrootte te accepteren van de GLI-groep, zoals toegelicht in onze beleidsregel, en dat een nieuwe groep pas start, als hij vol zit. Zo behaalt de aanbieder een redelijke omzet. Ook vragen wij de zorgverzekeraar om niet nu al contractvoorwaarden te stellen die grotere investeringen vergen dan de beroepsgroep zelf al verlangt. De gemiddelde praktijkomzet van de GLI is nog gering.

De zorggroep die afspraken heeft gemaakt met de zorgverzekeraar over de GLI zet het contracttarief meestal door naar GLI-zorgverleners die in onder-aanneming voor haar werken. Zij houdt hierop een percentage in voor facturatie, incassorisico en compliance. Wij begrijpen dat, maar we hebben óók signalen dat zij hierbij soms de helft van het tarief rekent. Wij verwachten dat zij naar redelijkheid inhoudt, zodat het voor GLI-zorgverleners loont om (ook) in onder-aanneming te werken.

De beroepsgroepen kunnen hun leden nog meer ondersteunen bij de contractering. GLI-verleners worstelen met de verschillende inkoopregels per zorgverzekeraar, met de formulieren, de declaraties, en met de consequenties als zij geen contract krijgen. Ook kunnen zij hun leden ondersteunen met informatie over de zorginkoop en de verschillen tussen de zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld op hun website, via (online) seminars en in bijeenkomsten.

Verder vragen wij de beroepsgroepen (en/of hun kwaliteitsregisters) om met Vektis te overleggen over een koppeling van de programmalicentie aan hun AGB code, en hun individuele gegevens in het AGB register actueel te houden. Dit is relevante informatie voor de contractering.

De overheid wordt gevraagd om de BTW plicht op GLI te heroverwegen. GLI is als enige zorgvorm BTW-plichtig. Dit zorgt voor administratieve lasten inclusief de afweging om van de kleine ondernemersregeling gebruik te maken. Dit kan de voortgang van GLI belemmeren. Wij hopen dat deze Zvw-vergoede dienst onder de BTW- vrijstelling kan worden gebracht, ook al zien wij dat dit juridisch mogelijk lastig is.

Er wordt spaarzaam gebruik gemaakt van de GLI

In de periode van 1 januari 2019 tot 31 januari 2020 namen ca. 5.700 cliënten aan een GLI-programma deel (of hadden dit inmiddels afgebroken). Dit betekent dat slechts 1,5 promille van de doelgroep deelneemt (of nam), geen vliegende start dus.

Dit betekent dat de gemiddelde praktijk 5 GLI-(ex-)deelnemers kent en veel praktijken (nog) geen GLI leveren. Voor de goede orde: ook het aantal praktijken van 1.100 vinden we al laag, omdat het RIVM heeft vastgesteld dat er 3,5 miljoen potentiële cliënten zijn die voldoen aan de indicatievereisten voor de GLI, waarvan naar verwachting jaarlijks ca. 1 procent zou starten.

Kenmerk
371028/596924

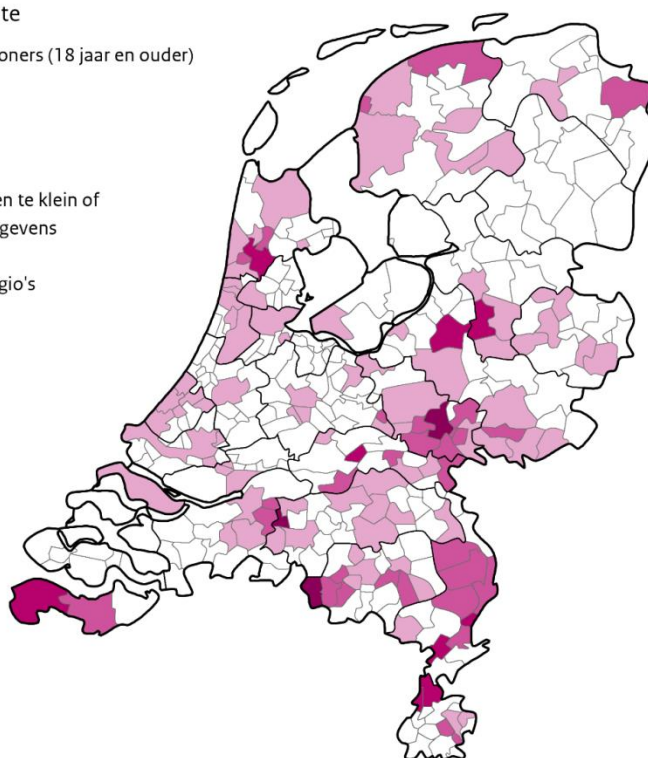
Pagina
5 van 7

Uit onderstaand kaartje van het RIVM blijkt dat in sommige gemeenten nauwelijks GLI-deelnemers wonen, terwijl er wél praktijken aanwezig zijn. In de overige gemeenten wonen iets meer GLI-deelnemers.

GLI-deelnemers

Per gemeente

Per 1.000 inwoners (18 jaar en ouder)



Wij krijgen nog steeds signalen dat burgers niet of onvoldoende op de hoogte zijn van de GLI. Mensen die kwalificeren voor de GLI hebben mogelijk een lage SES (sociaal economische status). Zij zijn niet zonder meer in staat om de vaak complexe website-informatie over de GLI over keuzemogelijkheden, prijs(voorwaarden) en vergoeding tot zich te nemen. Ook zijn er nog steeds signalen dat burgers niet worden doorverwezen. Dan moet het initiatief van henzelf komen, om aan een GLI-programma deel te nemen.

Wat verwachten wij hier van welke partijen?

De zorgverzekeraar moet op zijn website duidelijk aan de verzekerde uitleggen wat GLI inhoudt, de doelgroep, en de basiseisen die hij aan de GLI-aanbieder stelt. Hij geeft aan dat de eigen bijdrage en het eigen risico niet van toepassing zijn en dat de vergoeding geldt voor de gehele duur van het programma. Ook informeert hij de verzekerde over de mogelijke consequenties van ongecontracteerde zorg: machtiging, voorschieten van de rekening, vergoedingsbeperkingen, kwaliteit. Hij heeft een goed beeld van de verzoeken om informatie en bemiddeling.

De zorgverzekeraar heeft een zorgzoeker op zijn website over het GLI-aanbod met een goede zoekfunctie, bijvoorbeeld op toenemende afstand van de zoekplaats. Ook noemt de zorgzoeker idealiter per gecontracteerde zorggroep de gemeenten die vallen onder haar werkgebied. De zorgverzekeraar actualiseert de zorgzoeker minimaal één keer per week. De zorgzoeker toont, in regio's waar hij nauwelijks of niet gecontracteerd heeft, voldoende ongecontracteerde aanbieders die in principe aan zijn eisen voldoen. Bij de zorgzoeker staat een duidelijke link naar de klantenservice, voor als de verzekerde er niet uitkomt.

Kenmerk
371028/596924

Pagina
6 van 7

De zorgverzekeraar vragen wij om verwijzingen van de medisch specialist (in plaats van de huisarts) niet zondermeer af te wijzen voor vergoeding van de GLI. Hij kan ze accepteren, als er goede afspraken zijn gemaakt over de opvolging van het GLI-traject en een eventuele overname hiervan door de huisarts. De duiding van het Zorginstituut belemmert dit niet.

De zorggroep is vaak betrokken bij ketenzorg rond diabetes, vaatlijden en COPD. De GLI kan die voorkomen of uitstellen. Ook van haar verwachten we, dat zij op haar website duidelijk uitlegt wat de GLI is, wie ervoor in aanmerking komen en dat deelname voor de cliënt geen extra kosten met zich meebrengt. Ook moet de zorggroep op haar website en in direct contact aan burgers kunnen uitleggen in welke gemeenten in haar werkgebied GLI-aanbod beschikbaar is. Bij voorkeur overlegt zij over de GLI met de dominante zorgverzekeraar in haar werkgebied. Deze is leidend in het volgsbeleid voor de zorginkoop door alle zorgverzekeraars.

De zorggroep mag geen cliënten voor GLI weigeren die zijn doorverwezen door een huisarts die niet bij de zorggroep is aangesloten. Ook deze verwijzingen voldoen aan de indicatievereiste van de Zvw.

De individuele aanbieders vragen wij om duidelijk op hun websites aan te geven dat zij GLI aanbieden. De aanduiding 'leefstijlcoaching' voldoet niet, omdat hieronder ook diensten kunnen vallen die niet door de Zvw worden vergoed. Ook vragen wij hen, om op hun websites aan te geven voor welk GLI-programma zij een licentie hebben.

De huisartsen ten slotte vragen wij om burgers die kwalificeren voor de GLI en voldoende gemotiveerd zijn om hun levensstijl te veranderen, attent te maken op de mogelijkheid van GLI. Wij hebben geen signalen dat zorgverzekeraars de huisarts negatief beoordelen, als hij vaker verwijst naar de GLI. Dat is ook niet in hun belang. Als alle partijen hun verantwoordelijkheid nemen voor een goede informatievoorziening over het beschikbare GLI-aanbod in de buurt, wordt het voor de huisarts ook geen zoekplaatje.

Vervolgtraject

Wij hebben onze bevindingen in detail aangeboden aan de zorgverzekeraars en hierover op 14 mei jl. met hen in ZN-verband gesproken. Wij verwachten dat de zorgverzekeraars hiervan werk maken in het kader van hun zorgplicht. Het betreft de contractering voor 2021 en de informatie aan verzekerden in 2020. Rond september dit jaar sturen wij hierover de zorgverzekeraars een nieuw informatieverzoek.

Voor het einde van dit jaar willen wij een kader/richtsnoer formuleren met daarin onze verdere verwachtingen voor de inkoop en de informatieverstrekking aan verzekerden. Wij stemmen dit kader tevoren met zorgverzekeraars af.

Kenmerk
371028/596924
Pagina
7 van 7

Ook voor de andere partijen is werk aan de winkel, zoals in deze brief aangegeven. Dat bedoelen wij niet vrijblijvend. Indien de situatie daartoe aanleiding geeft, zullen wij met hen in overleg gaan. Voor nu verwachten wij dat zij hun achterban hierover zo spoedig mogelijk informeren. Gezien het belang dat wij zien in deze vorm van preventie, zullen wij dit blijven volgen en hierover naar buiten treden.

Zelf past de NZa de GLI-regelgeving voor 2021 aan, om waar mogelijk, onduidelijkheden en knelpunten weg te nemen:

- Wij verduidelijken dat de verhoogde maximumtarieven (max-max) breed ingezet kunnen worden, niet alleen voor innovatie en kwaliteit maar bijvoorbeeld ook voor opstartkosten. Aanbieders en zorgverzekeraars kunnen hierover dus bredere afspraken maken dan zij op basis van de huidige regelgeving aannamen.
- Wij verduidelijken hoe omgegaan moet worden met de termen kwartaal en zorgprogramma. Dit moet ertoe leiden dat alle zorgverzekeraars dezelfde definities hanteren. Zo verlagen we administratieve lasten: het voorkomt dat in één GLI-groep, de zorgkosten van verschillende deelnemers op verschillende momenten gedeclareerd moeten worden.
- Wij schrappen de regel dat de verwijzer op de declaratie moet worden opgenomen. Deze regel was overbodig (verzekeraars kunnen en mogen een dergelijke eis zelf wel/niet opnemen) en ontnam verzekeraars de ruimte om, indien gewenst en indien mogelijk, een andere declaratiestandaard te kiezen voor zorggroepen.

Wij hopen op de medewerking van alle partijen, en vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. mr. drs. K. Raaijmakers
directeur Toezicht en Handhaving