

Vergaderjaar 2019–2020

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 486

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Den Haag, 7 juli 2020

Samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventie bij risicogroepen is essentieel. Hoewel zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de medische zorg en gemeenten voor het sociale domein en publieke gezondheid, richten beide zorgfinanciers zich op dezelfde risicogroepen, zoals kwetsbare ouderen, mensen met overgewicht en chronische ziekten en mensen met psychische problemen. Goede samenwerking voorkomt dat bepaalde preventieve zorg voor risicogroepen niet wordt aangeboden, maar ook dat onnodig duurdere vormen van zorg worden ingezet. Bovendien kan de afstemming tussen zorgverleners in het medische en sociale domein worden bevorderd en kan betere aansluiting worden gevonden op de ondersteunings- en zorgbehoeften van mensen zelf.

We merken dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars geen vanzelfsprekende en eenvoudige opgave is. Daarom stimuleert VWS deze samenwerking vanuit het programma Preventie in het zorgstelsel. In opdracht van VWS evalueert het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) sinds 2016 jaarlijks hoe het ervoor staat met de ontwikkelingen rondom preventie bij risicogroepen en de samenwerking hierbij. Op 11 mei jl. hebt u de factsheet ontvangen met de uitkomsten van de evaluatie over 2019.¹

In deze brief geef ik mijn reactie op de bevindingen van het RIVM. Vervolgens geef ik een stand van zaken van de maatregelen die ik vorig jaar heb genomen om preventie bij risicogroepen te stimuleren en blik ik vooruit op nieuwe maatregelen. Met deze brief voldoe ik bovendien aan vier toezeggingen, namelijk:

- Mijn toezegging tijdens de begrotingsbehandeling op 31 oktober 2019 om u te informeren over de stand van zaken van de «interventierichte aanpak», waaronder de aanpak van overgewicht bij kinderen, en het effect van meer uren diëtetiek voor kinderen;

¹ Bijlage bij Kamerstuk 32 793, nr. 479

- Mijn toezegging tijdens het AO Leefstijlpreventie van 12 december 2019 om u de stand van zaken te geven van de implementatie van de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI), waaronder de contractering door zorgverzekeraars;
- De toezegging van de Minister voor Medische Zorg en Sport tijdens het AO pakketbeheer van 26 juni 2019 om u te informeren over de uitkomsten van de gesprekken met zorgverzekeraars over het inkopen van effectieve leefstijlinterventies bij diabetes;
- De toezegging in mijn brief van 9 december 2019 om uw Kamer te informeren over de rapportages van het RIVM op basis van de GLI-monitor.²

Samenvatting

De kern van deze brief is als volgt:

• *Factsheet RIVM*

Uit de factsheet van het RIVM blijkt dat het aantal netwerkinitiatieven dat zich bezighoudt met preventie bij risicogroepen en de mate van formalisering van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars gestaag toeneemt. Dit is een positieve ontwikkeling. Ik ben ook wel kritisch op de uitkomsten. Zo is slechts bij iets minder dan de helft van de initiatieven sprake van afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Bij een derde is de samenwerking ook daadwerkelijk formeel vastgelegd. Hier laten we kansen liggen. Daarom blijft VWS inzetten op uitvoering van de bestaande beleidsmaatregelen om preventie voor risicogroepen te stimuleren. Ook werken we aan nieuwe structurele maatregelen.

• *GLI bij overgewicht*

Sinds 1 januari 2019 wordt de GLI voor mensen met overgewicht vergoed vanuit het basispakket. Er zijn sindsdien tot en met 30 april 2020 7072 mensen die een GLI-programma volgen of hebben gevolgd. Dat is een forse toename sinds 31 oktober vorig jaar. Toen waren 1377 deelnemers bekend. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is van mening dat er in elke gemeente tenminste één GLI-aanbieder moet zijn gecontracteerd. Hieraan wordt op dit moment nog niet voldaan. De NZa gaat met zorgverzekeraars in gesprek over welke inspanning van hen wordt verwacht bij het creëren van extra GLI-aanbod. Overigens heeft de NZa geen signalen ontvangen over wachtlijsten of mensen die niet kunnen starten met een GLI-programma.

• *Subsidieregeling Preventiecoalities*

Sinds de start van de subsidieregeling is er in totaal aan 10 preventiecoalities subsidie verleend. Momenteel zijn daarnaast diverse concepten ingediend, die naar verwachting tot aanvragen gaan leiden. De vorig jaar aangestelde ambassadeur is bij het merendeel van deze potentiële coalities betrokken. Subsidieverzoeken kunnen nog tot 1 oktober 2021 worden ingediend.

² Kamerstuk 32 793, nr. 463

• *Interventiegerichte aanpak*

Uit de interventiegerichte aanpak is naar voren gekomen dat bij de opschaling van Welzijn op Recept, interventies bij diabetes, aanpak overgewicht bij kinderen en valpreventie de volgende knelpunten een rol spelen:

- a) verantwoordelijkheden ten aanzien van preventie zijn niet expliciet belegd waardoor het onduidelijk is wie initiatief moet nemen voor het aanbod en verantwoordelijk is voor de uitvoering en coördinatie hiervan,
- b) er is een gebrek aan structurele financiering voor deze interventies, en
- c) effectiviteit over de lokale uitvoering van deze interventies is (nog) niet voldoende wetenschappelijk bewezen en/of onafhankelijk vastgesteld. Passende oplossingen voor deze problemen worden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) besproken.

• *Onderzoeksprogramma leefstijlgeneskunde*

Het onderzoeksbudget voor leefstijlgeneskunde heb ik eind vorig jaar opgehoogd naar € 5 miljoen, bedoeld voor maximaal tien onderzoeksc consortia. De consortia starten per september 2020 voor de duur van vier jaar.

• *Vooruitblik: structurele aanpassingen*

Vanuit het Bestuurlijk Overleg tussen VNG, ZN en VWS over de regionale samenwerkingsstructuur van gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren op het gebied van preventie, ouderen en ggz, werken wij gezamenlijk een oplossingsrichting uit om de samenwerking ten aanzien van preventie structureel te kunnen borgen en financieren.

Factsheet RIVM: samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars in 2019

Om een antwoord te kunnen geven op de vraag of, en in welke mate, gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken op het gebied van preventie, heeft het RIVM bestaande netwerkinitiatieven als uitgangspunt genomen. Binnen een netwerkinitiatief werken tenminste drie partijen samen aan de verbinding tussen preventie, zorg en welzijn en worden meerdere interventies aangeboden. Het RIVM constateert een toename van het aantal netwerkinitiatieven (van 81 in 2018 naar 95 in 2019). Ook is de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten binnen deze netwerkinitiatieven verder geformaliseerd. Dat is goed nieuws. Daar is het VWS-beleid ook op gericht. We stimuleren met diverse maatregelen dat de samenwerking over de domeinen heen verstevigt, zodat risicogroepen goed worden bereikt en passende interventies krijgen aangeboden.

Driekwart van de netwerkinitiatieven biedt één of meerdere interventies aan die vallen binnen de interventiegerichte aanpak van het VWS programma Preventie in het zorgstelsel. Dit betreft de GLI, aanpak overgewicht bij kinderen, interventies bij diabetes, Welzijn op Recept en valpreventie. Dat laat zien dat er draagvlak is voor deze interventies. Goede voorbeelden die in de regio's worden ontwikkeld plaatsen we op loketgezondleven.nl, de website van het RIVM, zodat regio's van elkaar kunnen leren.³ Ook zijn goede voorbeelden te vinden op de website van de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP).⁴

³ <https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/Interventies-gemeente-en-zorgverzekeraar>.

⁴ <https://voorbeelden.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/>

Er gebeurt echter nog meer ten aanzien van samenwerking rondom preventie. Ook buiten netwerkinitiatieven zoeken gemeenten en zorgverzekeraars elkaar op en maken zij afspraken. Denk bijvoorbeeld aan samenwerkingsafspraken ten aanzien van de GLI of afspraken in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) en de eerdergenoemde regionale samenwerkingsstructuur van gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren. Het is goed om te zien dat de samenwerking op verschillende manieren vorm krijgt.

Tegelijkertijd ben ik ook kritisch op de uitkomsten van de evaluatie. Hoewel in 90% van de initiatieven de gemeente is aangehaakt en in 77% van de initiatieven de zorgverzekeraar, is slechts bij minder dan de helft van de initiatieven sprake van afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Bij slechts een derde (waaronder de preventiecoalities die vanuit VWS subsidie ontvangen) is de samenwerking ook daadwerkelijk formeel vastgelegd. Dat vind ik mager. Wat zegt het als gemeenten en verzekeraars wel zijn aangehaakt, maar geen of slechts informele afspraken met elkaar maken? Met een dergelijke vrijblijvendheid laten we kansen liggen in de samenwerking.

Formele afspraken zouden vanzelfsprekend moeten zijn. Het gebeurt wel steeds meer, maar wat mij betreft nog onvoldoende. Er is echt een omslag nodig als we meer resultaten willen bereiken met preventie bij risicogroepen. Vanuit het Bestuurlijk Overleg tussen VNG, ZN en VWS over regionale samenwerking werken wij daarom gezamenlijk uit welke infrastructuur nodig is om preventieve interventies voor risicogroepen over de domeinen heen goed te implementeren en welke verantwoordelijkheden zorgverzekeraars en gemeenten hierbij hebben. Daar ga ik later in deze brief op in.

Eerst informeer ik u over de stand van zaken van de aanvullende beleidsmaatregelen die VWS vanuit het programma Preventie in het zorgstelsel vorig jaar heeft genomen om preventie bij risicogroepen te stimuleren. Deze maatregelen heb ik in mijn brief van 5 juli 2019⁵ aangekondigd. Het betreft: versnelling van de GLI implementatie, betere benutting van de subsidieregeling preventiecoalities, de interventiegerichte aanpak en onderzoek naar leefstijlgeneskunde.

GLI bij overgewicht

Cijfers: Factsheet GLI Monitor

Het RIVM monitort de effectiviteit en de ontwikkelingen rondom de GLI voor mensen met overgewicht in opdracht van VWS. Dat is nodig in de wetenschap dat het bij de GLI gaat om een compleet nieuwe zorgvorm die in weinig andere landen structureel wordt aangeboden. Eind vorig jaar heeft het RIVM een factsheet uitgebracht met een stand van zaken, waarover ik uw Kamer heb geïnformeerd in mijn brief van 9 december 2019.⁶ Inmiddels is er een nieuwe factsheet met de stand van zaken tot en met 30 april beschikbaar. De factsheet bied ik u bij deze brief als bijlage aan⁷. Op basis van de nieuwe cijfers kunnen we het volgende concluderen:

- Van 1 januari 2019 tot en met 30 april zijn voor 7072 unieke deelnemers declaraties ingediend. Dat is een forse toename ten opzichte van eerdere cijfers (31 oktober 2019: 1377 deelnemers).

⁵ Kamerstuk 32 793, nr. 403

⁶ Kamerstuk 32 793, nr. 463

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

- De gedeclareerde kosten zijn tot nu toe € 1,6 miljoen (31 oktober 2019: € 250.000).
- Meer dan twee keer zo veel vrouwen als mannen zijn gestart met de GLI.
- Meer dan de helft van de deelnemers heeft 1 of meerdere chronische aandoeningen.
- De meeste deelnemers komen uit Gelderland (1593).

Daarnaast heb ik het RIVM om een update gevraagd van het GLI-aanbod. Daaruit blijkt het volgende:

- Op peildatum 15 maart 2020 zijn er 1.071 praktijken waar de GLI kan worden aangeboden (december 2019: 810). In totaal gaat het om 683 unieke zorgverleners met een AGB-registratie (december 2019: 544). Om de vindbaarheid van GLI-aanbieders voor verwijzers en patiënten te verbeteren heeft het RIVM deze informatie in opdracht van VWS opgenomen in een digitale kaart en tabel⁸. Deze zomer komt hierin ook informatie beschikbaar over welke zorgverzekeraars de betreffende aanbieders hebben gecontracteerd.
- De deelnemers tot dan toe wonen in 292 verschillende gemeenten. Er zijn 121 gemeenten met 10 of meer GLI deelnemers. De gemeente Arnhem heeft de meeste deelnemers (458).

De implementatie van de GLI komt dus steeds meer op gang. Ik verwacht dat het aantal deelnemers dit jaar blijft stijgen, hoewel de stijging in verband met Covid-19 waarschijnlijk minder snel zal gaan.

Contractering

Per 1 januari hanteren zorgverzekeraars een volgebeleid (op inhoud en tarief) bij contractering van zorggroepen die de GLI aanbieden. Dit is een mooie ontwikkeling, aangezien de verschillende contracteereisen hiermee grotendeels komen te vervallen, hetgeen het contracteerproces versimpelt. Voor individuele GLI-aanbieders geldt het volgebeleid niet. Individuele aanbieders worden door de meeste zorgverzekeraars alleen gecontracteerd indien het niet lukt om de zorggroep(en) in de regio te contracteren.

Overigens hebben zorgverzekeraars aangegeven dat ook GLI-programma's die worden aangeboden door niet-gecontracteerde individuele aanbieders, wél voor 100% worden vergoed indien het niet lukt om in een bepaalde regio voldoende zorg in te kopen. Heeft de zorgverzekeraar wel voldoende zorg ingekocht via de zorggroepen en voldoet hij dus aan zijn zorgplicht, dan krijgt de deelnemer in de meeste gevallen een vergoeding van ongeveer 70% als hij zich wendt tot een niet-gecontracteerde individuele aanbieder (als die wel aan de overige kwaliteitseisen voldoet).

Bij de NZa heb ik nagevraagd hoe het staat met de contractering van de GLI en in hoeverre zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. De NZa hanteert als maatstaf dat in elke gemeente tenminste één GLI-aanbieder moet zijn gecontracteerd (dan wel 100% moet worden vergoed). Uit beschikbare cijfers van Vektis weten we dat hier op dit moment nog niet aan wordt voldaan, bijvoorbeeld omdat in sommige gemeenten helemaal geen GLI-aanbieders zijn geregistreerd of geen GLI-declaraties zijn ingediend. Tegelijkertijd heeft de NZa (bijvoorbeeld van huisartsen of potentiële deelnemers) geen enkel signaal ontvangen dat er mensen zijn

⁸ Zie: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/regionaal-internationaal/regionaal#!node-praktijken-met-gecombineerde-leefstijlinterventie-gemeente> (kaartje) en <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/regionaal-internationaal/regionaal#!node-praktijken-met-gecombineerde-leefstijlinterventie-gemeente> (tabel).

die wel aan een GLI-programma willen deelnemen, maar nul op het rekest krijgen, omdat er in de gemeente geen aanbod is. Er zijn bovendien geen wachtlijsten.

De NZa gaat met zorgverzekeraars in gesprek over welke inspanning van hen wordt verwacht bij het creëren van extra zorgaanbod om aan de gestelde norm van één GLI-aanbieder per gemeente te kunnen voldoen.

Lokale ondersteuning

Tijdens het GLI symposium op 14 oktober 2019 is duidelijk geworden dat regie en initiatief in de regio bij de implementatie van de GLI van belang is. Zoals gezegd betreft het hier een nieuwe zorgvorm, waarbij de hulpvraag vanuit de patiënten niet vanzelf komt, omdat zij doorgaans hun overgewicht niet als ziekte beschouwen. Het aanbod (en de vraag) moet daarom gestimuleerd worden. In regio's waar een bepaalde partij (bijvoorbeeld de zorggroep, onafhankelijke stichting of sportschool) een regisserende rol op zich heeft genomen, loopt de implementatie van de GLI veel beter dan in de regio's waar dit niet het geval is. Het is dus wenselijk dat in de regio's waar nu nog onvoldoende GLI-aanbod van de grond is gekomen een partij opstaat die de GLI goed lokaal wil uitrollen. Ik ben met ZonMW in gesprek hoe we de lokale ondersteuning het beste kunnen vormgeven.

Overige acties

Samen met alle betrokken veldpartijen werk ik aan het oplossen van knelpunten. Denk aan problemen met contracteren, declareren, accreditatie-eisen, de hoogte van het tarief, het beschikbare GLI-aanbod en onbekendheid bij patiënten en huisartsen. Er lopen op dit moment meerdere acties. Zo heeft de NZa aangegeven dat zij een kostenonderzoek gaat uitvoeren, aan de hand waarvan mogelijk de tarieven worden aangepast (op zijn vroegst per 2022). Verder is VWS een communicatie-traject gestart om te achterhalen wat er nodig is qua communicatie om patiënten en huisartsen effectiever over de GLI te informeren. Tevens gaat VWS samen met veldpartijen verkennen of het haalbaar is dat POH'ers – met benodigde opleidingen tot leefstijlcoach – de GLI gaan aanbieden. Dit zou het GLI-aanbod enorm kunnen vergroten. POH'ers zien bovendien veel mensen met overgewicht, dus ik zie hier een enorme kans. Tot slot organiseert VWS in het najaar opnieuw een GLI-symposium waar goede voorbeelden kunnen worden uitgewisseld.

Subsidieregeling preventiecoalities

Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen met de subsidieregeling Preventiecoalities een derde van de kosten van de procescoördinatie van een gezamenlijke aanpak van effectieve preventieactiviteiten voor risicogroepen financieren. Het RIVM heeft twee preventiecoalities uitgelicht in de factsheet over de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Dit zijn mooie voorbeelden van samenwerking.

Tot en met 1 januari 2020 zijn er in totaal negen preventiecoalities gestart op basis van de subsidieregeling preventiecoalities. Dit voorjaar is een 10^e toegekend en daarnaast zijn er diverse concepten ingediend, die naar verwachting ook tot aanvragen gaan leiden. Subsidieverzoeken kunnen nog tot 1 oktober 2021 worden ingediend. Inmiddels worden ook meerdere preventie initiatieven ondersteund vanuit het programma Juiste Zorg op de Juiste Plek bij ZonMW.

De ambassadeur preventiecoalities die VWS vorig jaar heeft aangesteld, informeert partijen over de meerwaarde en mogelijkheden van een samenwerkingsverband, helpt partijen hun lokale en regionale knelpunten te vertalen naar concrete doelen en wijst zo nodig de weg naar relevante informatie en procedures rondom de subsidieverstrekking. Ook kan hij toelichten wat de relatie is met andere landelijke stimuleringsprogramma's die aan de subsidieregeling raken of hij verwijst hiernaar indien relevant. De ambassadeur is al bij diverse regio-initiatieven betrokken geweest en is momenteel ook met meerdere regio's in gesprek over de aanvraag van een subsidie. Ik ga ervan uit dat het aantal subsidieaanvragen hiermee gaat stijgen. De aanstelling van de ambassadeur duurt tot in elk geval tot eind van dit jaar.

Interventiegerichte aanpak

Voor een aantal concrete bewezen of plausibel (kosten)effectieve interventies – op het snijvlak van het curatieve en sociale domein – verkent VWS de haalbaarheid van opschaling. Dit doen we in samenwerking met veldpartijen. Het gaat om valpreventie, interventies bij diabetes, aanpak overgewicht kinderen en Welzijn op Recept. Centrale vraag is: waarom komen deze interventies niet voldoende van de grond? Per interventie hebben we een inventarisatie gemaakt van de knelpunten.

De volgende knelpunten komen naar voren:

- *Vrijblijvendheid*: verantwoordelijkheden ten aanzien van preventieve (leefstijl)interventies zijn niet expliciet in wet- en regelgeving vastgelegd, waardoor het onduidelijk is wie initiatief moet nemen voor het aanbod en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering en coördinatie hiervan;
- *Gebrek aan (structurele) financiering*: interventies worden niet structureel vanuit het gemeentefonds en/of de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierd, maar bijvoorbeeld via de beleidsregel innovatie van de NZa of tijdelijke middelen van de gemeenten en/of de zorgverzekeraar en/of fondsen;
- Effectiviteit is (nog) niet voldoende wetenschappelijk bewezen en/of «geautoriseerd», waardoor interventies niet breed gedragen worden.

Per interventie kijken we hoe we de knelpunten zoveel mogelijk kunnen wegnemen. Als dit gepaard gaat met budgettaire gevolgen zullen die worden voorzien van dekking. Hieronder volgt een korte stand van zaken per interventie.

Valpreventie

Op basis van literatuur en bijna 40 gesprekken met organisaties en professionals uit het werkveld is een knelpuntanalyse uitgevoerd. In maart jl. stond een grote stakeholdersbijeenkomst gepland die in verband met Covid-19 maatregelen is geannuleerd. VWS beziet in welke vorm de afstemming met stakeholders op korte termijn doorgang kan vinden. Met alle stakeholders wil ik bespreken wat er volgens hen nodig is om de belangrijkste gesignaleerde knelpunten op te lossen en wie daarbij welke rol kan spelen. Specifieke acties en maatregelen zullen naar aanleiding daarvan volgen. Ondertussen heb ik het Zorginstituut onlangs verzocht om te duiden welke onderdelen van effectieve valpreventie binnen het verzekerde pakket vallen en waarvoor de zorgverzekeraar dus verantwoordelijk is. Ik bezie ook welke mogelijkheden er zijn om de rol van de gemeente voor (het organiseren van de samenhang met) de overige onderdelen te expliciteren en vast te leggen, zodat voor beide partijen de verantwoordelijkheden ten aanzien van valpreventie helder zijn en de deelnemers ervan verzekerd zijn dat zij een volledige en effectieve

interventie krijgen aangeboden. De inspanningen op het gebied van valpreventie pak ik samen op met het programma Langer Thuis.

Aanpak overgewicht bij kinderen

Het Zorginstituut is op dit moment bezig met een addendum op de bestaande duiding van de GLI uit 2009, maar dan specifiek voor kinderen met overgewicht. De verwachting is dat dit addendum rond het najaar gereed is. In het addendum gaat het Zorginstituut in op de vraag in hoeverre de aanpak van overgewicht bij kinderen vergoed kan worden uit de Zvw, inclusief de functionaliteit van de centrale zorgverlener. Ik ben met alle betrokken partijen in gesprek over wat er straks nodig is om tot een landelijk dekkend aanbod te komen. Als het addendum gereed is en de NZa een prestatiebeschrijving en tarief heeft opgesteld, zal VWS een vergelijkbaar (implementatie)traject starten als bij de GLI voor volwassenen.

Zoals toegezegd aan het Kamerlid Van den Berg (CDA) bij de begrotingsbehandeling van 30 oktober 2019, is er bij bovenstaand traject expliciet aandacht gevraagd voor de omvang van het aantal uren kinderdieëtetiek. Conclusie hiervan is dat het gecombineerd aanbieden van adviezen over gezonde voeding, bewegen en gedrag de meest effectieve interventie is voor kinderen met overgewicht. Dieëtetiek in enge zin maakt hier geen onderdeel van uit. Bij het traject rondom de aanpak van overgewicht bij kinderen zal het aantal uren kinderdieëtetiek dat vergoed wordt onder de Zvw dus niet worden betrokken.

Welzijn op Recept

De quick scan⁹ Welzijn op Recept laat zien dat inmiddels in 83 gemeenten Welzijn op Recept wordt toegepast. Tegelijkertijd blijft het aantal verwijzingen door de huisarts beperkt. Ik ben voornemens om, in samenwerking met het programma Langer Thuis, praktijkonderzoek in een aantal pilotgemeenten te laten uitvoeren, om zo meer inzicht te krijgen in wat ervoor nodig is om Welzijn op Recept breder toegankelijk te maken. Ik wil bijvoorbeeld weten wat er moet gebeuren om het aantal verwijzingen verder te vergroten, zowel in de huisartsenpraktijk als bij gemeenten en welzijn. Ook wil ik graag inzicht in de (kosten)effectiviteit en eventuele verschuivingen in kosten van het medische naar het sociale domein. Het RIVM heeft eind juni een onderzoeksvoorstel opgeleverd. Na de zomer kan het starten met de voorbereidingen voor het onderzoek naar het verhogen van het aantal verwijzingen. Mogelijkheden voor het onderzoek naar de kosten(effectiviteit) zullen verder worden verkend. Daarnaast investeer ik in het kennisnetwerk rond Welzijn op Recept, om het gedachtengoed en ervaringen verder te brengen en het gesprek over Welzijn op Recept (landelijk) te stimuleren. Ook komt er een inkoopadvies voor Welzijn op Recept voor gemeenten en verzekeraars.

Leefstijlinterventies bij diabetes

De GLI voor mensen met overgewicht kan ook worden ingezet voor mensen die naast overgewicht diabetes type 2 hebben of een verhoogd risico hierop. Sterker nog, de GLI is op dit moment de enige bewezen (kosten)effectieve leefstijlinterventie voor mensen met diabetes. Zorgverzekeraars vergoeden deze interventie vanuit de Zvw. Andere leefstijlinterventies die meer zijn toegespitst op diabetici, zitten nu niet in het verzekerde pakket. De reden hiervoor is onder meer dat het harde bewijs voor (kosten)effectiviteit ontbreekt, ondanks de eerste positieve resultaten

⁹ Zie: <https://welzijnoprecept.nl/welzijn-op-recept-quickscan-2019/>.

die bepaalde programma's laten zien. In antwoord op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (Groenlinks) tijdens het AO pakketbeheer van 26 juni 2019 waarom niet alle verzekeraars effectieve leefstijlinterventies bij diabetes vergoeden, kan ik melden dat het ontbreken van hard bewijs voor (kosten)effectiviteit hiervoor de reden is. Bij vergoeding vanuit Zvw-middelen zouden verzekeraars bovendien het risico lopen dat achteraf door het Zorginstituut wordt geoordeeld dat er geen sprake is van Zvw-zorg en zij zorgaanbieders onrechtmatig hebben betaald. Ik kan mij dus vinden in de individuele afwegingen die zorgverzekeraars hierin maken. Echter, als de (kosten)effectiviteit wél is aangetoond en bevestigd door het Zorginstituut en de interventie minimaal de erkenning heeft «eerste aanwijzingen voor effectiviteit» vanuit het erkenningstraject van het RIVM (zoals dit nu bij de GLI voor mensen met overgewicht al het geval is), worden alle verzekeraars geacht deze leefstijlprogramma's voor diabetici in te kopen.

Overigens zal het «beweegdeel» van deze interventies – net als bij de GLI bij overgewicht – niet in het basispakket vallen. Hierbij is de gemeente in eerste instantie aan zet. VWS kijkt welke mogelijkheden er zijn om te bevorderen dat gemeenten sport- en beweegaanbod hebben voor bepaalde doelgroepen, zoals diabetespatiënten en mensen met overgewicht (beweegdeel GLI).

Onderzoeksprogramma leefstijlgeneskunde

De subsidieoproep leefstijlgeneskunde bij ZonMw (18 juni – 24 september 2019) richtte zich op het verder ontwikkelen van het potentieel van leefstijlgeneskunde. Voor de subsidieoproep was in eerste instantie € 1 miljoen ter beschikking gesteld. Dit bedrag heb ik eind vorig jaar opgehoogd naar € 5 miljoen, omdat er zeer veel goede onderzoeksvoorstellen ingediend waren. In totaal worden maximaal tien onderzoeksc consortia gefinancierd die betrekking hebben op verschillende aandoeningen en ziekten en bij verschillende doelgroepen en in verschillende settings zullen worden uitgevoerd. De consortia starten in september 2020 voor de duur van vier jaar. Voor het succes van de subsidieoproep vind ik het belangrijk om de projecten aan elkaar te verbinden en te zorgen dat kennis en resultaten tussen de projecten worden gedeeld. ZonMw heeft hierin een centrale rol en stimuleert en faciliteert de projecten hierin, en acteert als zodanig als een platform voor onderling leren tussen onderzoekers naar leefstijlgeneskunde.

Vooruitblik: structurele aanpassingen

Hierboven noemde ik de belangrijkste knelpunten die naar voren zijn gekomen uit onze interventiegerichte aanpak (verantwoordelijkheid, financiering en effectiviteit). Vanuit het Bestuurlijk Overleg over de regionale samenwerkingsstructuur van gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren op het gebied van preventie, ouderen en ggz, werken VWS, VNG en ZN in een gezamenlijke werkgroep aan oplossingsrichtingen. Zo brengen we op dit moment in kaart welke preventie infrastructuur nodig is om de samenwerking tussen de financiers en de diverse zorgverleners uit de verschillende domeinen structureel te borgen. Hierbij nemen we mee welke partij waarvoor verantwoordelijk is (of zou moeten zijn) en hoe we structureel kunnen borgen en financieren dat die verantwoordelijkheid wordt waargemaakt.

Deze voorstellen worden betrokken bij de contourennota die het kabinet voorbereidt over de toekomstige organisatie van de zorg. Preventie is hierin een belangrijk onderwerp. De contourennota zal naar verwachting dit najaar verschijnen.

Tot slot

De coronacrisis leert ons het belang van een gezonde leefstijl. Inzet van preventieve (leefstijl)interventies is belangrijk om de gezondheid van mensen te behouden, te bevorderen en/of weer op het juiste peil te krijgen. Dat geldt in het bijzonder voor mensen in een kwetsbare positie. Preventie voorkomt bovendien dat mensen duurdere en/of zwaardere zorg nodig hebben. Samenwerking tussen de financiers van zorg is nodig om de werkzaamheden van professionals uit de verschillende domeinen goed op elkaar af te stemmen en de overgang van zorg en ondersteuning van het ene naar het andere domein vlekkeloos te laten verlopen. Een omslag in denken over de nut en noodzaak van preventie zie ik steeds meer. Nu moeten we het vooral gaan doen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis