Samenwerking organiseren voor preventie.

Leren van de beleidsvorming voor de Gecombineerde Leefstijl Interventie

Publicatiedatum

19 februari 2021

Auteurs

Dr. Marleen Bekker, Dr. Ir. Annemarie Wagemakers

Met medewerking van Auke Rothoff MSc en Anne Kooijman MSc

Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij

Social Sciences Group

Wageningen University & Research

Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS.

WAGENINGEN
UNIVERSITY & RESEARCH

H&
SO

Voorwoord

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft Wageningen Universiteit, leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij, een bestuurskundig onderzoek uitgevoerd naar het 12-jarige beleidsproces waarin de betaaltitel GLI tot stand is gekomen, en die in werking trad op 1 januari 2019. Het onderzoek werd uitgevoerd van augustus tot en met december 2020. Op verzoek van het ministerie hebben we behalve een managementsamenvatting ook een uitgebreide samenvatting toegevoegd.

In het rapport geven we een gedetailleerde procesreconstructie en analyse van de totstandkoming van het landelijke beleidskader voor de GLI als coördinatie instrument. Om te kunnen duiden wat de betekenis is van de GLI ten opzichte van het staande preventie en zorgbeleid hebben de GLI geanalyseerd in relatie tot het institutionele kader van de Zvw. De lessen uit deze analyse reiken veel verder dan een aanpassing van het GLI-beleid. Een effectieve en passende leefstijlbegeleiding met de zorg hangt mede samen met institutionele ingrepen om beleidsstelsels niet vrijblijvend met elkaar te verbinden. Voorstellen van het ministerie van VWS daartoe maken ook deel uit van de consultatie over het Discussiestuk 'Zorg voor de Toekomst', die 31 januari j.l. afliep. Wij hebben dit stuk niet expliciet meegenomen in dit rapport, maar een aantal van de genoemde opties in het Discussiestuk wordt echter met de analyse in dit rapport verder onderbouwd. In dit rapport komen we uit op een gezaghebbende verbinding in plaats van het verschuiven van onderdelen tussen stelsels. Een tweede bijdrage is een explicietere focus op het belang van het includeren van actieve burgers en ondernemende innovatoren in aanvulling op de geïnstitutionaliseerde belangen in de beleidsvorming en -bijstelling in alle fasen en op alle niveaus. In de huidige context bieden de eerste lessen uit de Coronamaatregelen, de staat van de preventie infrastructuur, de bewezen samenhang met leefstijlrisico's, en de feedback vanuit de samenleving een impuls om het preventiebeleid middels een beleidscoördinatie door 'New public health governance' grondig te herzien.

Wij bedanken de 22 sleutelpersonen die wij geïnterviewd hebben over het beleidsproces GLI. Het waren inspirerende leuke gesprekken, die belangrijke inzichten hebben opgeleverd die niet in (de vele) documenten te vinden zijn. Ook danken we Auke Rothoff en Anne Kooijman die uitstekende assistentie hebben verleend bij de documentenstudie en hand- en spandiensten. Tot slot bedanken wij onze opdrachtgevers voor het meedenken in mogelijkheden, de accurate feedback en de prettige digitale gesprekken.

19 februari 2021, Marleen Bekker en Annemarie Wagemakers

Inhoudsopgave

Afkortingen 5

Managementsamenvatting 6

Uitgebreide samenvatting 9

1. Introductie 22

2. De uitkomsten: een landelijk en decentraal beleidskader GLI 23

2.1 De duiding van de GLI in het kader van de Zvw in 2009 23

2.2 Het addendum in 2018 bij de duiding van 2009 24

2.3 Beleidsregel GLI Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) 26

2.4 Erkenning door CGL van drie GLIs: De BeweegKuur, CooL en SLIMMER 27

2.5 Beroepsregels: preventie bij de huisarts 28

2.6 Beroepsregels: competenties van de leefstijlcoach 28

2.7 Aanvullende voorwaarden van (individuele) zorgverzekeraars 29

2.8 Samenvatting: 15 ontwerpkeuzes in het beleidskader voor de GLI 29

3. Beleidsreconstructie GLI: Fasering, momenten, actoren en factoren 31

3.1 Eerste fase: Agendering en besluitvorming over de GLI 31

3.2 Tweede fase: Beleidsimplementatie in impasse, veld blijft actief. 34

3.3 Derde fase: Voorbereiding implementatie GLI 36

3.3.1 Motie van Kamerlid Wolbert 36

3.3.2 Hernieuwde aandacht voor preventie bij VWS 37

3.3.3 Technische overleggen: gevechtsarena voor een nieuwe norm voor preventie in de zorg 38

3.3.4 Interventie-eigenaren 40

3.3.5 Een nieuwe beroepsgroep: de leefstijlcoach 41

3.3.6 De rol van de huisarts: poortwachter in de GLI? 42

3.3.7 Belangen, contracten en tarieven zorgverzekeraars 42

3.4 Huidige stand van zaken GLI 43

3.5 Samenvatting 44

4. Institutionele beleidsanalyse: over legitimiteit en knellende kaders 48

4.1 Beleidslegitimiteit als verklaring voor procesvertraging en uiteindelijk succes 48

4.1.1 Inputlegitimiteit onder druk: geen actieve vraag en wisselende politieke steun 48

4.1.2 Throughput legitimiteit onder druk: kwaliteit van de dialoog in de consultatie overleggen 49

4.1.3 Outputlegitimiteit onder druk: Consequenties voor huidige stand van zaken 50

4.1.4 Innovatie- en implementatiecoalitie als doorslaggevende succesfactor 50

4.2 GLI in de Zvw: Samenwerking binnen het kader van de gereguleerde concurrentie? 51

4.2.1 GLI als governance *van* verandering, behoeft ook verandering *in* governance 52

4.2.2 'New public health governance': Lerende netwerken voor coproductie van gezondheid 53

4.2.3 Pragmatische coördinatie voor preventie en gezondheid 55

5. Conclusie 56

Referenties 58

Bijlage I. Onderzoeksopzet, methoden en theorie 64
I.1 Archief en documentenonderzoek 64
I.2 Interviews 65
I.3 Analyse 66
I. 4 Governance theorieën 67
Bijlage II. Onderwerpen interview totstandkoming GLI 70
Bijlage III. Beweegkuur, CooL en SLIMMER 71
Bijlage IV. Chronologische documentenstudie totstandkoming GLI 2007 − 2019 73

Afkortingen

BLCN: Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland
CGL: Centrum Gezond Leven
C4O: Care for Obesity
CBO: Centraal Beleids Orgaan
CooL: Coaching op Leefstijl
CVZ: College Voor Zorgverzekeringen
DG: Directeur-Generaal
GLI: Gecombineerde Leefstijl Interventie
GRR: gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico's
IBO: Interdepartementaal beleidsonderzoek
iMTA: institute for Medical Technology Assessment
KCS: Kenniscentrum Sport & Bewegen
KNGF: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging
NISB: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap
NVD: Nederlandse Vereniging voor Diëtisten
NVG: Nederlandse Vereniging van Gemeenten
NZa: Nederlandse Zorgautoriteit
POH: Praktijkondersteuner Huisartsen
PON: Partnerschap Overgewicht Nederland
NPG: New Public Governance
NPM: New Public Management
RIVM: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
VTV: Volksgezondheid Toekomst Verkenning
Wmg: Wet marktordening gezondheid
ZIN: Zorginstituut Nederland
Zvw: Zorgverzekeringswet
Wmg: Wet marktordening gezondheidszorg

Managementsamenvatting

Aanleiding voor dit onderzoek is de totstandkoming van de Gecombineerde leefstijl interventie (GLI) in het basispakket, die tot de activering van de betaaltitel per 1 januari 2019 twaalf jaar in beslag heeft genomen. Het doel van deze institutionele beleidsanalyse is om de lessen van het GLI-beleidsproces inzichtelijk te maken voor toekomstig beleid om preventie met zorg te verbinden. We hebben de chronologische tijdlijn van het beleidsproces waarin het beleidskader voor de GLI tot stand is gekomen ingedeeld in drie beleidsfasen. Zie figuur 1 op blz. 20.

In de eerste fase (‘Agendering en besluitvorming over de GLI’, januari 2007 – mei 2011) geeft een Tweede Kamermotie Van der Veen aanleiding experimenten op te starten met leefstijlinterventies om deze onder te kunnen brengen in het basispakket van de Zvw. Verschillende rapporten leveren wetenschappelijke onderbouwing van de kosteneffectiviteit, waarmee het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, tegenwoordig Zorginstituut Nederland) een duiding publiceert (College voor Zorgverzekeringen, 2009). Echter, fysiotherapie bij overgewicht staat niet op de Chronische lijst voor vergoeding, en de eerste twaalf fysiotherapiebehandelingen worden standaard niet vergoed. Om de GLI op te kunnen nemen in het basispakket adviseert het CVZ de minister om fysiotherapie voor de GLI in de Chronische lijst voor vergoeding in het basispakket op te nemen en ook de eerste twaalf behandelsessies te vergoeden.

In de tweede fase (‘Beleidsimplementatie in impasse, veld blijft actief’, juni 2011- oktober 2014) wordt de aanspraak op fysiotherapie en dieetadvisering in juni 2011 in het basispakket beperkt. Na een wisseling van ministerschap in 2010 wordt leefstijl terugverwezen naar het domein van de eigen verantwoordelijkheid. Het advies van CVZ wordt niet overgenomen (Ministerie van VWS, 2011b). Hiermee verdwijnt de basis voor de BeweegKuur als GLI-interventie, en komt de implementatie bij gebrek aan prestatiebeschrijving stil te liggen. Ondertussen lopen, gefinancierd door subsidies, de experimenten met leefstijlinterventies in het veld door en gaat er een nieuw experiment van start onder de beleidsregel innovatie van de NZa. Zembla vraagt aandacht voor de marketing van maagverkleiningsoperaties.

In de derde fase (‘Voorbereiding implementatie GLI’, november 2014 - januari 2019) komt leefstijl opnieuw op de VWS agenda vanwege de Tweede Kamer motie Wolbert (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2014) die verzoekt om selectieve preventie in het basispakket op te nemen. Een betaaltitel blijkt niet haalbaar maar in plaats daarvan start het programma Preventie in de Zorg. Door het denken over selectieve preventie krijgt de GLI, die op een virtuele plank ligt te verstoffen, een hernieuwde impuls. De koppeling van de GLI aan geïndiceerde preventie maakt het namelijk wel mogelijk leefstijlbegeleiding in de Zvw te verankeren. De Handreiking Zorgaanspraken kinderen met overgewicht (2015), de buurtsportcoach en het experiment CooL versterken deze impuls. Ondanks een moeizaam verloop van een serie ‘technische overleggen’ door de NZa en het ZIN met het zorgveld wordt in juni 2018 de beleidsregel GLI van de NZa gepubliceerd (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018a), die na een overgang van zes maanden per 1 januari 2019 in werking treedt (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019a).

Dit proces resulteert in een beleidskader voor de GLI met een landelijk generiek pakket van verzekerde basiszorg, met een prestatiebeschrijving, declaratieregel, en kwaliteitseisen aan aanbieders in de vorm van het (Competentie)Profiel van de hbo-leefstijlcoach, (bij)scholing, registratie; en erkenning van de interventie door het RIVM Loket Gezond Leven; in combinatie met een decentraal pakket aan regionaal verschillende aanvullende voorwaarden van zorgverzekeraars en zorggroepen. Uit deze beleidskeuzes blijkt dat de GLI meer behelst dan alleen een nieuwe interventie. De GLI stelt een nieuwe norm voor preventie in de zorg op het grensvlak van geïndiceerde en selectieve preventie door leefstijlbegeleiding toe te voegen aan het basispakket van de zorgverzekering. De GLI is een uitbreiding van het kader voor de huisartsenzorg onder de Zvw die van bestaande zorgprofessionals, waaronder dus de huisarts, een samenwerking vereist met een leefstijlcoach, die als een verbindend element fungeert tussen het medische en het sociale domein. De GLI beoogt dus als het ware samenwerking tussen de zorg en gemeenten (en de markt van het beweegaanbod) te institutionaliseren.

De uitvoering loopt vooralsnog, twee jaar na invoering, achter bij de verwachtingen. Er zijn grote verschillen tussen regio's in contractering, inkoop, indicatiestelling en verwijzing. Verklaringen daarvoor zijn terug te herleiden naar de beleidscoördinatie en de sturende werking van beide Tweede Kamermoties, die de beleidsverankering beperken tot de institutionele omgeving van de Zvw en waarbij het sociale domein dus on(der)belicht blijft. Hieruit zijn drie lessen af te leiden voor de toekomstige beleidscoördinatie van leefstijlgerelateerde preventie.

Met de inwerkingtreding van de betaaltitel GLI is een eerste basis gelegd voor een nieuwe norm onder de Zvw voor leefstijlbegeleiding op het grensvlak van selectieve en geïndiceerde preventie in de zorg, maar hiermee is de *combinatie* van interventies in de GLI nog niet gewaarborgd. Ten eerste wordt de ambitie van de GLI met een indicatiestelling onder de Zorgverzekeringswet slechts gedeeltelijk waargemaakt, omdat de verankering en handhaving van het beweegdeel in het sociale domein ontbreekt. Ten tweede schieten de technisch-financiële instrumenten van de Zvw tekort om de gewenste en benodigde stelsel-overstijgende samenwerking tussen huisarts, leefstijlcoach, beweegaanbod en het sociale domein te organiseren. **De les uit de analyse van dit GLI beleidskader is dat samenwerking tussen uitvoerders van verschillende beleidsstelsels niet tot stand komt, omdat er op regionaal en landelijk niveau wel faciliterende maar geen verantwoordingsprikkels zijn voor de organisatie van die samenwerking.** Er is een aanvullend instrumentarium nodig op de financiële compensatie van kosten om de zorgen, onzekerheden en bezwaren ten aanzien van deze samenwerking adequaat te adresseren en, waar mogelijk, weg te nemen.

Deze inhoudelijke conclusie raakt aan de verklaring waarom de totstandkoming van de GLI 12 jaar heeft geduurd. De legitimiteit van dit beleid stond in de tweede en derde fase en na inwerkingtreding van de betaaltitel onder druk. Doordat in de inputfase geen noemenswaardige consultatie plaatsvond met de belangen in het zorgveld en met doelgroepen burgers bleef een evenwichtige afweging van belangen achterwege en werd het besluit tot opname in het basispakket voornamelijk genomen op basis van wetenschappelijk bewijs. In de vervolgfasen konden de belangenvertegenwoordigers door de prestatiesturing in de Zvw alleen nog meepraten over de vormgeving van een reeds vastgesteld besluit, waardoor alsnog een belangenstrijd ontstond die niet werd getemperd door inbreng van positieve ervaringen met GLI experimenten. Hierdoor werd de

implementatiebereidheid en -capaciteit voor het beleid belemmerd, waardoor de leefstijlcoach in verschillende regio's nog weinig voet aan de grond krijgt. De technische coördinatie prikkel van de Zvw kon de politiek-democratische afweging van belangen slechts beperkt 'corrigeren'. **De les voor de beleidscoördinatie van toekomstig preventiebeleid is een besluit evenzeer te legitimeren met een evenwichtige participatie van het oude en het nieuwe speelveld en actieve burgers, als met wetenschappelijk bewijs.** Dit versterkt het vertrouwen in de overheid en de implementatiebereidheid door het veld en zijn noodzakelijke voorwaarden voor doelbereiking en succes.

De institutionele analyse laat ten slotte zien dat voor de beoogde samenwerking tussen huisartsen, leefstijlcoaches, burgers en beweegaanbieders ook een samenhang nodig is tussen de Zvw en gemeentelijke stelsels zoals Wmo of andere kaders voor reguliere bekostiging van een toegankelijk en betaalbaar beweegaanbod. Dit is van belang omdat de gezondheidsrisico's van overgewicht zich concentreren in de groepen burgers met een laag inkomen, en omdat meerdere onderzoeksrapporten hebben aangetoond dat een relatief lichte investering aan de voorkant op termijn tot grote besparingen zullen leiden in de medische zorg. Om tegengestelde beleidsprikkels te voorkomen en samenhang te realiseren is voor de beleidscoördinatie van preventie een overgang gewenst van *concurrentie* en *controle* als dominante coördinatiemechanismen naar meer *coöperatieve arrangementen* die zorgen voor communicerende en complementaire stelsels. Deze samenwerking betreft dus ook de politiek-ambtelijke stelselverantwoordelijke departementen en directies met directe input vanuit het veld. Daarmee belichaamt het GLI beleid niet alleen een governance *van* verandering (in de uitvoering), maar ook een verandering *in* governance door het delen en herverdelen van verantwoordelijkheden voor de GLI tussen overheid, zorg en burger. Deze infrastructuur is te verstevigen door het faciliteren van lerende beleids- en uitvoeringsnetwerken met het nieuwe speelveld met interventie-ontwikkelaars en de actieve groep burgers op landelijk en regionaal niveau. Deze netwerken bieden input en feedback op de doelen en werkwijzen van de GLI, evenals op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de verschillende onderdelen. De netwerken bieden niet alleen een basis voor samenwerking tussen stelsels, maar ook een werk- en vindplaats voor een evenwichtige afweging van publieke waarden en belangen als input voor beleid, en als verantwoordingsprikkel over de uitkomsten van beleid. **In deze vorm van '*New public health governance*' kunnen goed functionerende netwerken voor preventie met de zorg zich onder transparante en opbouwende verantwoording door ontwikkelen tot gezondheids- en preventie-infrastructuren met een doorzettingsmandaat en geïntegreerde financiering.**

Uitgebreide samenvatting

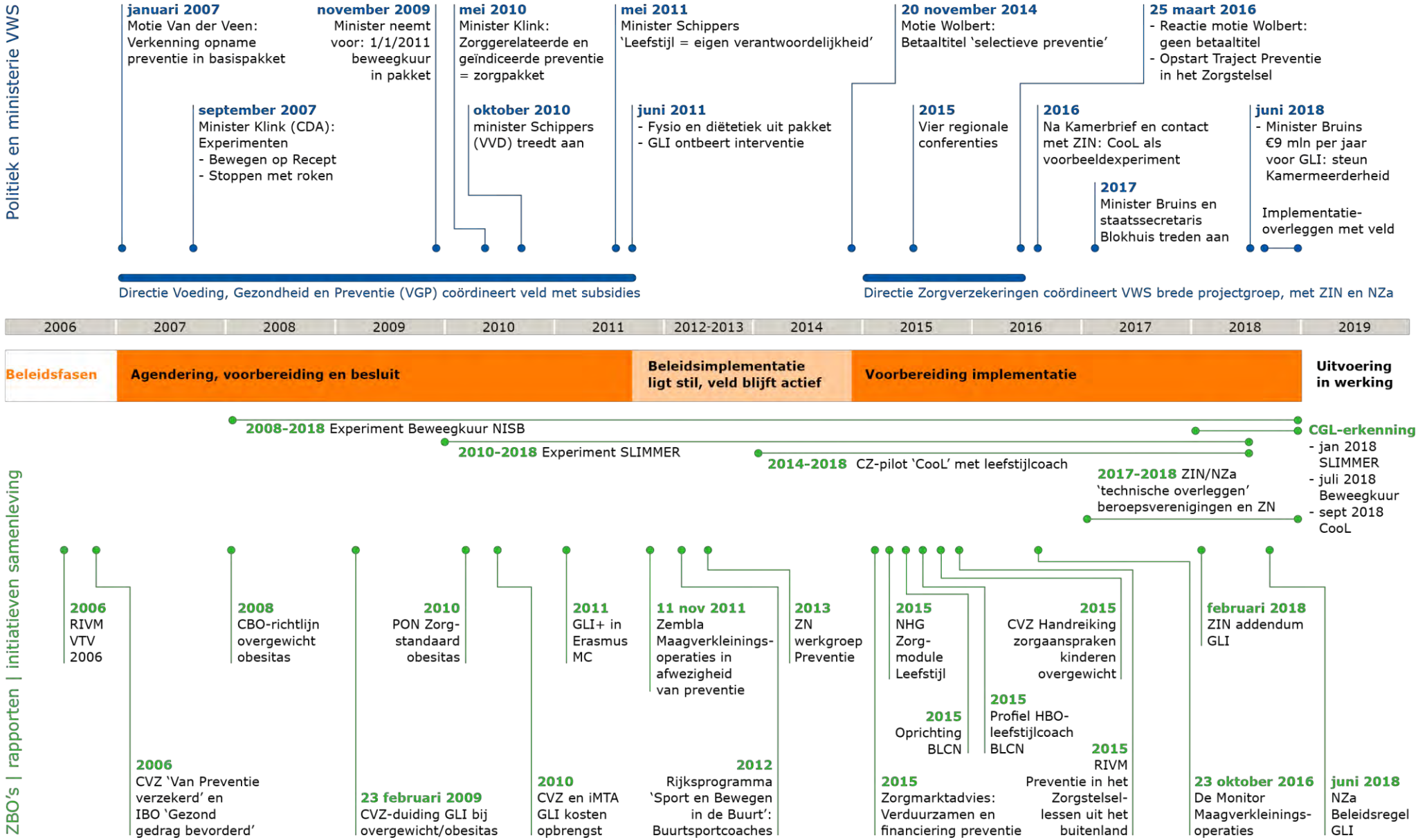
Aanleiding en doel onderzoek

Aanleiding voor dit onderzoek is de totstandkoming van de Gecombineerde leefstijl interventie (GLI) in het basispakket, die tot de activering van de betaaltitel per 1 januari 2019 twaalf jaar in beslag heeft genomen. Dit roept de vraag op waarom dit zo lang heeft moeten duren. In opdracht van het Ministerie van VWS presenteren wij de reconstructie van het beleidsproces van de GLI en welke condities hieruit naar voren komen voor beleidsverandering. Het doel van de beleidsanalyse was om de lessen van het GLI-beleidsproces inzichtelijk te maken voor toekomstig beleid om preventie met zorg te verbinden. Het gaat hierbij om de bevorderende en belemmerende factoren als om de werkzame condities voor de organisatie en aanpak van dergelijk beleid. Om de lessen te trekken zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat zijn de uitkomsten van het GLI-beleidsproces met betrekking tot het beleidskader voor de GLI?
2. Welke fasen, momenten, actoren en factoren waren van doorslaggevend belang voor de totstandkoming van dit beleidskader voor de GLI?
3. Hoe verhoudt de GLI zich tot het beleidsmechanisme van de Zorgverzekeringswet, en hoe kan de beleidscoördinatie van de GLI, en preventie in de zorg, verder worden versterkt?

Met behulp van documentenstudie hebben we de chronologische ontwikkeling van het beleidsproces in een tijdslijn uitgewerkt (Figuur 1, pagina 9) en de beleidsontwerpkeuzes op een rij gezet (onderzoeksvraag 1). Vervolgens hebben we middels *backward mapping* het beleidsproces van de GLI in detail beschreven (onderzoeksvraag 2). In totaal zijn 18 interviews afgenomen met 22 sleutelpersonen in de verschillende fases van het GLI-proces, en zijn openbare en archiefdocumenten geanalyseerd. De geïnterviewden vertegenwoordigen de meest betrokken partijen: de beleidsvormende instituties (de Tweede Kamer, het Ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland (ZiN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)); de zorgberoepen (fysiotherapeuten, diëtisten, huisartsen en leefstijlcoaches); de zorgverzekeraars; en de GLI interventie-eigenaren. De data hebben we vervolgens geïnterpreteerd aan de hand van *public governance* theorieën, om meer algemeen inzicht te krijgen in de gebruikte en potentiele vormen van beleidscoördinatie (onderzoeksvraag 3). Een nadere toelichting op de onderzoeksaanpak is opgenomen in bijlage I, de interviewleidraad is terug te vinden in bijlage II. In bijlage III geven we een overzicht van de kenmerken van de drie GLIs die per 1 januari 2019 in aanmerking kwamen voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Tot slot, in bijlage IV bevat een uitgebreide weergave van de documentenanalyse. In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen en trekken we lessen voor toekomstig beleid voor preventie in, en met de zorg.

Beleidsproces Gecombineerde Leefstijl Interventie 2006 – 1 januari 2019 (Betaaltitel GLI actief)



Beleidskader van de GLI: een combinatie van landelijke en decentrale afspraken

Op 1 januari 2019 is de uitvoering van de Beleidsregel GLI van de NZa van start gegaan, dit vormt het eindpunt van de analyse in dit rapport.

Samengevat wordt het beleidskader van de GLI gevormd door een landelijk generiek pakket van verzekerde basiszorg, met een prestatiebeschrijving, declaratieregel, en kwaliteitseisen aan aanbieders in de vorm van het (Competentie)Profiel van de hbo-leefstijlcoach, (bij)scholing, registratie; en erkenning van de interventie door het RIVM Loket Gezond Leven; in combinatie met een decentraal pakket aan regionaal verschillende aanvullende voorwaarden van zorgverzekeraars en zorggroepen. Mogelijk bestaan er aanvullend lokale beleidsregels voor de inzet van een buurtsportcoach, maar in dit onderzoek is geen overzicht verkregen van de koppeling van gemeentelijk beleid voor het beweegaanbod aan de GLI. In tabel 1.1 hebben we een overzicht gegeven van vijftien beleidsontwerpkeuzes voor de GLI die op verschillende momenten zijn gemaakt en die bijdragen aan het beleidskader voor de GLI op dit moment. Hierin wordt ook naar de decentrale invulling van vrije beleidsruimte van zorgverzekeraars verwezen.

Tabel 2.1 Vijftien centrale en decentrale ontwerpkeuzes in het beleidskader voor de GLI[1]

	Wie	Voorwaarden	Beleidskeuzes en instrumenten
1	CVZ duiding 2009	Kwaliteit	'Advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering'; herformulering 2018: 'verminderen van de energie-inname, verhogen van de lichamelijke activiteit, en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering'.
2	CVZ duiding 2009	Toegang	GGR bepalingen indicatiestelling: ook groepen zonder medische diagnose (selectief-geïndiceerd).
3	CVZ duiding 2009	Toegang	Niet-medisch noodzakelijk beweegdeel valt niet onder Zvw. Is taak voor de burger/markt/gemeenten (niet opgepakt).
4	CVZ duiding 2009	Kwaliteit	'Zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, fysio-/oefentherapeuten en diëtisten plegen te bieden' vgl 7-8.
5	ZIN addendum 2018	Kwaliteit	Duur van de interventie, aantal contactmomenten afgezet tegen kosten en klinisch relevante uitkomsten.
6	ZIN addendum 2018 RIVM CGL	Kwaliteit aanbod	Erkenningencommissie van RIVM CGL toetst kwaliteit en effectiviteit. RIVM GLI heeft aanvullende voorwaarden.
7	ZIN addendum 2018	Kwaliteit aanbod	Competenties voor de zorgverleners worden afgeleid uit de inhoud van de GLI: punt 4 wordt losgelaten.
8	ZIN addendum 2018	Kwaliteit indicatie	Ingebed in de huisartsenzorg.
9	ZIN addendum 2018	Financiering	Het verplichte eigen risico niet van toepassing voor de GLI.
10	Beleidsregel NZa 2018	Interventie inhoud	Prestaties: 1) intake, 2) behandelfase per kwartaal (eerste jaar), 3) onderhoudsfase per kwartaal (tweede jaar) en 4) onderlinge dienstverlening.
11	Beleidsregel NZa 2018	Financiering	Een tarief per 60 minuten (in)direct patiëntgebonden tijd: in 2019 €58,00 (conform markttarief voor paramedische zorg; jaarlijks aangepast).
12	BLCN 2016/ ZIN addendum 2018	Kwaliteit	Competenties profiel hbo Leefstijlcoach als kwaliteitskeurmerk; ZIN advies: Zvz in aanvullende voorwaarden opnemen.
13	ZIN addendum 2018/ Zorgverzekeraars 2018	Kwaliteit	ZIN advies aan Zvz: Registratie eis voor leefstijlcoaches.
14	Zorgverzekeraars 2018	Toegang	Variëteit in inkoopcriteria.
15	Zorgverzekeraars 2018	Toegang	Variëteit in contracteringsregels.

[1] Exclusief decentrale gemeentelijke beleidsregels

Uit de hierboven beschreven beleidskeuzes blijkt dat de GLI meer behelst dan alleen een nieuwe interventie. De GLI stelt een nieuwe norm voor preventie in de zorg op het grensvlak van geïndiceerde en selectieve preventie. Een nieuwe norm kan alleen aanvaardbaar worden door deze in gezamenlijkheid met het veld te formuleren en specificeren. De nieuwe norm beoogt een uitbreiding van het kader voor de Zvw en van gemeenten die van bestaande zorgprofessionals, waaronder dus de huisarts, een samenwerking vereist met een leefstijlcoach, die als een verbindend element fungeert tussen het medische en het sociale domein. De GLI beoogt dus als het ware samenwerking tussen de zorg en gemeenten (en de markt van het beweegaanbod) te institutionaliseren. Dit beleidskader is tot stand gekomen op basis van een collectief besluitvormingsproces waarin de overheid, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, interventie-eigenaren betrokken zijn geweest. In de volgende paragraaf beschrijven we dit proces in detail.

Reconstructie van het beleidsproces: 12 jaar in drie fasen

We hebben de chronologische tijdlijn van het beleidsproces waarin het beleidskader voor de GLI tot stand is gekomen ingedeeld in drie beleidsfasen. Voor iedere fase beschrijven we wat de verschillende momenten, actoren en belemmerende en faciliterende factoren waren.

Eerste fase: Agendering en besluitvorming over de GLI (januari 2007 – mei 2011)

Een Tweede Kamer motie Van der Veen (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2007b) geeft aanleiding experimenten op te starten met leefstijlinterventies om deze onder te kunnen brengen in het basispakket van de Zvw. Verschillende rapporten leveren wetenschappelijke onderbouwing van de kosteneffectiviteit, waarmee het CVZ een duiding publiceert (College voor Zorgverzekeringen, 2009). Echter, fysiotherapie bij overgewicht staat niet op de Chronische lijst voor vergoeding, en de eerste twaalf fysiotherapiebehandelingen worden standaard niet vergoed. Om de GLI op te kunnen nemen in het basispakket adviseert het CVZ de minister om fysiotherapie voor de GLI in de Chronische lijst voor vergoeding in het basispakket op te nemen en ook de eerste twaalf behandelsessies te vergoeden.

Tweede fase: Beleidsimplementatie in impasse, veld blijft actief (juni 2011- oktober 2014)

Na een wisseling van ministerschap in 2010 wordt leefstijl terugverwezen naar het domein van de eigen verantwoordelijkheid. Het advies van CVZ wordt niet overgenomen (Ministerie van VWS, 2011b). In juni 2011 worden de aanspraken op fysiotherapie in het basispakket sterk beperkt. Hiermee verdwijnt de basis voor de BeweegKuur als GLI-interventie, en komt de implementatie bij gebrek aan prestatiebeschrijving stil te liggen. Ondertussen lopen, gefinancierd door subsidies, de experimenten met leefstijlinterventies in het veld door en gaat er een nieuw experiment van start onder de beleidsregel innovatie van de NZa. Zembla vraagt aandacht voor de marketing van maagverkleiningsoperaties.

Derde fase: Voorbereiding implementatie GLI (november 2014 - januari 2019)

Eind 2014 komt leefstijl opnieuw op de VWS agenda vanwege de Tweede Kamer motie Wolbert (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2014) die verzoekt om selectieve preventie in het basispakket op te nemen. Na onderzoek en regioconsultaties geeft het ministerie in reactie op de motie aan dat een betaaltitel voor selectieve preventie in de Zvw niet haalbaar is. In plaats daarvan start het programma Preventie in de Zorg met cofinanciering van regionale Preventiecoalities tussen gemeenten en zorgverzekeraars om regionale afspraken te maken over het aanbod en financiering van preventie bij risicogroepen, met (tijdelijke) beleidsondersteuning vanuit een landelijk Preventieteam. Door het denken over selectieve preventie krijgt de GLI, die op een virtuele plank ligt te verstoffen, een hernieuwde impuls. De koppeling van de GLI aan geïndiceerde preventie maakt het namelijk wel mogelijk leefstijlbegeleiding in de Zvw te verankeren. Ook het ZIN krijgt door het opstellen van een Handreiking Zorgaanspraken kinderen met overgewicht (2015) hernieuwde aandacht voor de GLI. De komst van de buurtsportcoach, met als taak om verschillende sectoren met elkaar te verbinden en het stimuleren van inwoners om meer te gaan en blijven bewegen in de buurt, laat zien dat beweegactiviteiten ook door andere aanbieders dan fysiotherapeuten kan worden georganiseerd. In het addendum (Zorginstituut Nederland, 2018) maakt het ZIN vervolgens binnen het concept GLI een knip tussen het gedragsmatig aanzetten tot bewegen binnen de Zvw en het begeleiden bij het daadwerkelijk bewegen, bijvoorbeeld via de gemeente. Het experiment CooL met de inzet van een leefstijlcoach, gefinancierd uit de beleidsinnovatieregel van de NZa, wordt als voorbeeldproject genomen voor de prestatiebeschrijving en tariefbepaling, in een serie ‘technische overleggen’ met branche- en beroepsorganisaties van beoogde uitvoerders. Ondanks een moeizaam verloop van dit overleg wordt in juni 2018 de beleidsregel GLI van de NZa gepubliceerd (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018a), die na een overgang van zes maanden per 1 januari 2019 in werking treedt (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019a) .

Beleidslegitimiteit als verklaring voor procesvertraging en uiteindelijk succes

In de derde fase zijn er verschillende verklaringen te vinden die inzichten opleveren voor een passende wijze van de beleidscoördinatie. Terugkijkend hangen deze verklaringen samen met de beleidslegitimiteit van het GLI beleid, waarbinnen we onderscheid maken tussen de *input*, *throughput* en *output*legitimiteit (Scharpf, 1994). De inputlegitimiteit bestaat uit de kwaliteit van de besluitvorming over beleidsdoelen voor de GLI; de throughput legitimiteit gaat over de vertaalslag van beleidsdoelen naar regels, instrumenten en toetsingskaders. Algemene vereisten hierbij zijn een democratische vertegenwoordiging en gelijkwaardige participatie van relevante belangen om de besluitvorming te kunnen beïnvloeden, en een evenwichtige weging van argumenten om willekeur te voorkomen en minderheidsbelangen te beschermen tegen de dominantie van de meerderheid. De outputlegitimiteit gaat over de kwaliteit van de uitkomsten van het beleid, oftewel de effectiviteit, de responsiviteit en de verantwoording van het beleid.

Inputlegitimiteit onder druk: geen actieve vraag en wisselende politieke steun

Bij preventie ontbreekt vaak een actieve vraag vanuit de samenleving om overheidsingrijpen. Een belangrijke bron voor beleidslegitimiteit, steun van het electoraat, ontbreekt daardoor. Echter, het ontbreken van een krachtig tegengeluid door de oppositie of een protestbeweging uit de samenleving kan in sommige gevallen ook worden opgevat als voldoende basis voor besluitvorming (Engelen & Sie Dhian Ho, 2004). De motie Van der Veen gaf politieke steun aan het opstarten van dit traject. Bij gebrek aan electorale steun werd een andere bron voor legitimiteit geactiveerd: de wetenschap. Wetenschappelijk onderzoek door o.a. de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (de vierjaarlijkse RIVM) monitor) had in voorgaande jaren reeds meermaals onderbouwing gegeven aan de omvang en ernst van de risico's van overgewicht voor de individuele en de volksgezondheid. De vereiste voor een overgewichtsrisicobeleid in de Zvw is de aanwezigheid van bewezen kosteneffectieve interventies. In de eerste en tweede fase van het GLI-beleidsproces werden experimenten en onderzoeken gesubsidieerd over de haalbaarheid en kosteneffectiviteit van een GLI-interventie. Het besluit van minister Klink om de GLI op basis hiervan op te nemen in het basispakket werd echter door zijn opvolger 'on hold' gezet met de afwijzing van het advies van CVZ, om fysiotherapie bij overgewicht in het kader van de GLI op de Chronische lijst op te nemen (Ministerie van VWS, 2011b). Argumenten waren de eigen verantwoordelijkheid, beperkte bewezen effectiviteit van fysiotherapie, en afspraken over kostenbesparingen in het kader van de financieel-economische crisis.

Throughput legitimiteit onder druk: kwaliteit van de dialoog in de consultatie overleggen

Eén verklaring waarom het beleidsproces in de derde fase (de gesprekstafels rondom de prestatiebeschrijving, tariefstelling, en de implementatie-overleggen die volgden op de inwerkingtreding van de beleidsregel GLI van de NZa) zo moeizaam is verlopen is de 'technisch-bureaucratische' focus op de voorwaarden voor de invoering in de Zorgverzekeringswet, waar het zorgveld nog niet klaar voor was. Door het -op zichzelf terecht- consulteren van de overwegend gebruikelijke gesprekspartners, die niet betrokken waren bij concrete ontwikkelexperimenten met GLI-interventies, kregen op zichzelf oprechte twijfels, zorgen en onzekerheden steeds meer het karakter van een belangenstrijd, waardoor er weinig oplossingsruimte werd gecreëerd voor de GLI. De interventie-ontwikkelaars ontbraken aanvankelijk aan tafel, waardoor er onvoldoende zicht kwam op de potentie van de bijdrage van het zorgveld aan preventie, gezondheid en activering van de doelgroepen burgers middels de GLI. De vertegenwoordiging van het oude speelveld van de zorg en het nieuwe speelveld voor de GLI aan de gesprekstafel leek hierdoor uit balans. Daardoor ontbrak een opbouwende dialoog, waarin de implicaties van deze experimenten door de verschillende beoogde uitvoerders verder konden worden onderzocht om de randvoorwaarden in het veld voor het succesvol op grotere schaal invoeren van deze GLI-interventies te verhelderen, en daarmee ook te werken aan een groter draagvlak in het veld.

Een tweede verklaring voor het moeizame proces was de interne verdeeldheid bij meerdere van deze consultatiepartners. Uit meerdere interviews bleek dat tussen het bestuur en de directie van deze

organisaties, en binnen de achterban onenigheid bestond over de GLI in het basispakket. Terwijl een deel van de beroepsgroepen en zorgverzekeraars de GLI omarmden als een innovatie waarmee zij graag bijdragen aan het beperken van leefstijlgebonden gezondheidsproblemen, bezag een ander deel de GLI vooral als een onnodige medicalisering van leefstijlproblematiek of als een bedreiging van de bestaande orde. Zonder eenduidig mandaat was het voor individuele vertegenwoordigers in de technische overleggen ingewikkeld om in onderhandeling met meerdere belangen aan tafel toezeggingen te doen. Dit resulteerde er in dat verschillende veldpartijen (los van individuele personen) niet of nauwelijks te engageren waren tot deelname dan wel voortgang in deze besprekingen. De voortgang werd afhankelijk van de belangenstrijd en dreigde in een impasse te geraken. Om dat te voorkomen, en te waarborgen dat zorgverzekeraars voldoende tijd hadden om de invoering van de betaaltitel goed voor te bereiden in hun inkoop, contractering, en polis aanbod aan verzekerden, besloten de minister en staatssecretaris vast te houden aan de invoeringstermijn voor de GLI op 1 januari 2019. Daarmee werd de voortgang gewaarborgd, maar bleef het draagvlak in het veld onveranderd beperkt. De uitvoering van de GLI heeft nu nog steeds last van de gebrekkige input in deze overleggen.

Outputlegitimiteit onder druk: Consequenties voor huidige stand van zaken

Inmiddels is de GLI nu twee jaar in uitvoering. Een belangrijke constatering uit de interviews met betrokken partijen bij het GLI-beleidsproces is dat geen van de geïnterviewden uit het zorgveld de nieuwe norm voor preventie in de zorg afwijst. Sterker nog, iedereen onderschrijft het belang van preventie in de zorg zoals bedoeld met de GLI om gemotiveerde mensen met obesitas en matig overgewicht een integrale begeleiding bij leefstijlverandering aan te bieden. Echter, de erfenis van het hierboven beschreven proces betreft de zorgen en onzekerheden in het veld over de organisatie en coördinatie van de GLI door de uitvoerders, en de verhouding tussen de zorgplicht en de beleidsvrijheid voor zorgverzekeraars. Ten aanzien van het eerste punt geeft de vertegenwoordiging van huisartsen en leefstijlcoaches in interviews aan niet, of slechts gedeeltelijk te kunnen voldoen aan de verwachtingen over de organisatie en coördinatie van de uitvoering van de GLI, die uit de prestatiebeschrijving voortkomen. Hoewel uit de monitor door het RIVM blijkt dat dit in toenemende mate in verschillende regio's steeds beter lijkt te lukken, is dit toch een belangrijk signaal. Ten aanzien van het tweede punt wordt uit de RIVM-monitor zichtbaar dat er grote verschillen zijn tussen regio's in het aanbod van de GLI, die voor een deel zijn te herleiden naar verschillen in aanvullende voorwaarden, contractering en inkoop tussen zorgverzekeraars, en verschillen in lokale of regionale zorg coördinatie tussen zorggroepen.

Inmiddels is hierop actie ondernomen door het instellen van een task force waarin de verschillende betrokkenen, inclusief een vertegenwoordiging van interventie-ontwikkelaars, meedenken over het wegnemen van praktische belemmeringen en versterken van de voorwaarden om een goede toegang en uitvoering van de GLI voor alle verzekerden in Nederland mogelijk te maken. De task force geeft betrokkenen hernieuwd vertrouwen dat hun signalen serieus worden genomen. Tevens blijkt uit de voorbereiding van nieuwe interventies voor de GLI in de Zvw dat de beleidsinstanties de

stakeholders, waaronder interventie-eigenaren, veel vroegtijdiger in het voorbereidingsproces betrekken, waardoor praktische kennis eerder beschikbaar komt en er in een vroeger stadium aan draagvlak kan worden gewerkt. Dit komt de responsiviteit en de effectiviteit van het GLI-beleid ten goede, waarmee de outputlegitimiteit naar verwachting zal toenemen.

Innovatie- en implementatiecoalitie als doorslaggevende succesfactor

Gegeven het weerbarstige proces in de derde fase is het de vraag hoe het uiteindelijk toch gelukt is om de GLI na meer dan tien jaar beleidsvorming in de Zorgverzekeringswet te verankeren. Een cruciale voorwaarde om in ieder geval binnen de overheid alle neuzen dezelfde kant op te krijgen en de benodigde dossierkennis te verzamelen was het toewijzen van de interne coördinatie binnen het ministerie van VWS aan de directie Zorgverzekeringen, die een projectgroep heeft samengesteld waarin alle directies op directeursniveau waren vertegenwoordigd. Hierdoor kwam specialistische kennis beschikbaar en werd tegelijkertijd gewerkt aan bewustwording en draagvlak bij alle directies voor het belang van preventie in de zorg. Uit de procesreconstructie blijkt vervolgens dat het doorzettingsvermogen van een coalitie van interventie-ontwikkelaars (innovatoren uit het veld) en de landelijke beleidsvormende instanties (ZIN, ministerie, en NZa) ook bij zware tegenwind van doorslaggevend belang is geweest. Hiermee werd het mogelijk om ondanks de tegenstand van een deel van de veldpartijen vast te houden aan de invoeringstermijn op 1 januari 2019. Met de invoering van de GLI betaaltitel wordt het veld van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerstelijn middels de zorgplicht, met enige tijdsruimte voor een soepele overgang, langzaam maar zeker in beweging gebracht om de nieuwe norm voor preventie in de zorg op het grensvlak van geïndiceerde en selectieve preventie te organiseren en uit te voeren.

Uit de analyse van de procesreconstructie en de verklaringen voor het proces kan het gezien de knelpunten en (dreigende) impasses een prestatie genoemd worden dat de GLI er toch gekomen is. Zo levert deze analyse een stevige onderbouwing aan het belang van een goed procesontwerp en procesmanagement van de beleidsontwikkeling in interactie met een gebalanceerde vertegenwoordiging van beoogde uitvoerders en betrokkenen, om hun implementatiebereidheid en -capaciteit optimaal voor te bereiden. Tegelijkertijd roept deze reconstructie, waarin de Tweede Kamermoties de aanleiding vormden tot blikvernauwing op de Zvw, ook een grotere vraag op over hoe de norm van samenwerking voor preventie tussen stelsels zich verhoudt tot de dominante sturing door de Zvw.

GLI in de Zvw: Samenwerking binnen het kader van de gereguleerde concurrentie?

De GLI is de uitkomst van een aantal reeds langer lopende ontwikkelingen (Bekker, 2006b, 2006a; Bekker & Putters, 2005; Bekker, Wallenburg, & Helderman, 2006) (Box 4.2).

Box 4.2 De GLI komt voort uit constateringen dat:

- De kosten van de gezondheidszorg buitenproportioneel groeien met het BNP;
- Leefstijl gerelateerde gezondheidsproblemen zonder, en soms ook met een duidelijke medische diagnose vaak samenhangen met sociale en financiële problemen;
- Een adequate aanpak van deze samenhang in problemen wordt gehinderd door de versnippering in financieringsstromen en voorzieningen in zorg, welzijn en inkomensondersteuning;
- Burgers deze problemen mede daardoor vaak niet zelf kunnen oplossen;
- De collectieve preventie en publieke gezondheid in Nederland gescheiden is georganiseerd van de zorg, in een publiek systeem van collectieve voorzieningen en diensten die de risicogroepen onvoldoende in beeld krijgen;
- De zorgverzekeringsmarkt, anders dan een vrijwillig individueel preventieaanbod in aanvullende verzekeringen, geen oplossing biedt voor preventie bij risicogroepen die (nog) niet ziek zijn.

Het vernieuwende van de GLI is dat het *de leefstijlbegeleiding onderbrengt bij de medische zorg* met het oog op het bevorderen van de gezondheid *in* de zorg. Tegelijkertijd fungeren de GLI en de leefstijlcoach als *verbindende instrumenten* met het beweegaanbod in het gemeentelijke domein en de markt. In het beleidsproces heeft de overheid met de introductie van de GLI het initiatief genomen om dit type leefstijlinterventies in het basispakket aan te bieden omdat het bewezen effectief is, bovengenoemde problemen gedeeltelijk tegemoetkomt, en de markt dit niet uit zichzelf oppakt. Belangrijke voorwaarden hierbij zijn dat gemeenten, zorgverzekeraars en zorgprofessionals het belang van samenwerking voldoende delen, dat zij daartoe voldoende toegerust zijn qua competenties en organisatiecapaciteit, en dat de kosten van samenwerking voor iedere partij in verhouding staan tot de baten.

*GLI als governance **van** verandering, behoeft ook verandering **in** governance*

De constatering dat de GLI een manifestatie is van een verandering van de grenzen tussen het medische, het individuele en het sociale domein heeft ons doen besluiten het beleidsproces van de GLI te benaderen als een *veranderproces.* De governance van verandering bestaat uit de coördinatie door de (het beleidskader van de) GLI van de samenwerking tussen medisch, sociaal en individueel domein door de GLI, dus de eigenschappen van de GLI als instrument. Uit de analyse van het beleidskader voor de GLI blijkt dat de GLI wel indicatiestelling en verwijzing mogelijk maakt door een huisarts naar een niet-medische leefstijlcoach, maar de coördinatie en samenwerking met een beweegaanbod grotendeels ongeregeld laat. Weliswaar is in het tarief voor de GLI een component niet-patiëntgebonden zorg voor coördinatie en afstemming opgenomen om de prestatie ‘onderlinge dienstverlening’ te vergoeden. Echter, uit interviews blijkt dat het van het eigen initiatief van zorggroepen, huisartsen en leefstijlcoaches afhangt of, en hoe zij elkaar, en het sociale domein, leren kennen. De praktijk wijst uit dat deze elkaar in sommige regio’s slecht weten te vinden omdat dit in die regio’s door zorgverzekeraars, zorggroepen noch gemeenten wordt gefaciliteerd en afslagen op het tarief dit verder belemmeren. De beoogde verandering worden dus in slechts een deel van de regio’s gerealiseerd.

Het veranderproces begint echter al eerder met de ontwikkeling van het beleidskader voor de GLI. In de *inputfase* voor het GLI-beleidsproces (eerste fase van agendering en besluitvorming) was geen sprake van een duidelijk gearticuleerde vraag vanuit burgers, patiënten en/of verzekerden. Daarom draaide het bij de GLI in deze fase, zoals bij preventie in het algemeen, vooral om wetenschappelijke onderbouwing van het probleem van overgewicht en obesitas, en experimenten met gecombineerde interventies door toonaangevende instituten binnen de publieke gezondheidssector. De input voor de totstandkoming van de duiding van de GLI door het CVZ werd gecoördineerd door de VWS-directie Voeding, Gezondheid en Preventie en de directie Sport met externe subsidies voor experimenten zoals de BeweegKuur. In dat stadium was er weinig zicht op hoe de GLI zich verhoudt tot de gereguleerde marktwerking in de Zvw. De beleidscoördinatie kenmerkte zich eerder door een klassiek eenzijdige overheidssturing ('government').

De *'throughput'* fase (Easton, 1965) in het beleidsproces van de GLI, in de derde fase van de implementatievoorbereidingen van de GLI, werd gekenmerkt door de langs elkaar schurende coördinatie mechanismen van de GLI en de Zvw. Door de inbedding van de GLI in de Zvw werd het sturingskader van de gereguleerde zelfsturing door de zorgmarkt dominant. Hier gaat marktsturing gepaard met een stevige macroregulering van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg door de staat, met een gedetailleerd instrumentarium voor toezicht en controle door prestatiemanagement, verantwoording en controle op afstand (zelfsturing onder controle en toezicht door 'new public management' (Hood, 1991)). In het GLI-proces zien we dan dat de overheid in de gereguleerde marktomgeving van de Zvw door het voorschrijven van prestaties een samenwerkingsprikkel tracht te introduceren. Bij de prestatieformulering lijkt de innovatie uitontwikkeld en direct uitrolbaar, opschaalbaar en lokaal uitvoerbaar. Samenwerking is echter een inspanningsverplichting en niet goed te vangen in een resultaatsverplichting. Samenwerking tussen huisartsen en leefstijlcoaches 'met connecties in het sociale domein' (Zorginstituut Nederland, 2018) ontstaat alleen als deze elkaar kennen, vertrouwen, en uit de samenwerking wederzijds voordeel halen (Ostrom, 1990). Dat vraagt om een langere termijn dan het korte termijn gebaseerde prestatiemanagement door de Zvw toestaat.

Bovendien suggereert het beleidskader voor de GLI een samenwerking met het sociale domein, de doelgroepen en het beweegaanbod op de markt. De technische overleggen ontaarden zoals beschreven echter in een belangenstrijd die het zicht op hoe de organisatie van de gemeentelijke afstemming en de doelgroepenparticipatie kan worden gefaciliteerd ontneemt. Hierdoor blijft de beschreven prestatie voor de GLI beperkt tot de grenzen van het zorgdomein.

De vertaalslag daarvan in regels en instrumenten, ook die van zorgverzekeraars en zorggroepen, zou gericht moeten zijn op een maximale facilitering van de *implementatiebereidheid en -capaciteit van beoogde uitvoerders* om overgewicht daadwerkelijk terug te dringen en ziekten te voorkomen. De synthese tussen regels en uitvoering is een noodzakelijke maar zeker geen vanzelfsprekende voorwaarde om de doelen en wenselijke uitkomsten van beleid te realiseren, en wordt verder gecompliceerd als het gaat om leefstijlverandering door de burger. Bij de beoogde uitvoerders hoort ook de burger die geen passieve ontvanger is van de GLI maar een actieve coproducent van de beoogde gedragsverandering. De beperkte beleidsfocus op door de overheid gereguleerde

prestatiesturing in de Zvw schiet tekort om de beoogde verandering door de GLI tot stand te brengen. Dit betekent dat de governance van verandering door de GLI óók een verandering *in* governance behoeft.

De analyse van het beleidsproces laat hiermee zien dat de GLI een manifestatie is van een veel grotere beweging, waarin de coördinatie door de overheid van beleidsoplossingen voor maatschappelijke problemen verschuift '*van government naar governance'* (Rhodes, 1997). Dat houdt in dat behalve de inzet van beleidsinstrumenten om problemen bij te sturen, ook de ordening van verantwoordelijkheden tussen staat, markt en samenleving verschuift van een eenzijdige naar een gedeelde verantwoordelijkheid met de gemeenschap van burgers (Levi-Faur, 2012). Hoe kan deze vorm van zelfsturing door samenwerking voor preventie in praktijk worden gebracht?

'New public health governance': Lerende netwerken voor coproductie van gezondheid

De nieuwe norm voor preventie en de domein overstijgende samenwerking kunnen door de nadruk in het beleidskader op coördinatie van preventie en samenwerking, en actieve participatie van de risicogroepen bij het uitvoeren van de leefstijlinterventie, worden beschouwd als exponenten van een corrigerende beweging op 'new public management'. Om de legitimiteit en flexibiliteit van het beleid te vergroten wordt zelfsturing door de markt hier aangevuld met zelfsturing door samenwerking in netwerken tussen overheid, markt en samenleving. Deze beweging onder de naam van *'new public governance'* (Osborne, 2006) legt de nadruk op coöperatieve netwerkarrangementen tussen staat, markt *en gemeenschap* (burgerinitiatieven, verenigingen, ngo's, maatschappelijke organisaties, sociale ondernemingen en andere onafhankelijke collectieve organisatievormen). Het streven is gericht op de coproductie van publieke waarden zoals gezondheid, en publieke diensten, zoals zorg, begeleiding en ondersteuning (Brandsen & Pestoff, 2006; Howlett, Kekez, & Poocharoen, 2017). Omdat zelfsturing door effectieve netwerken slechts ontstaat waar partners in een gelijkwaardige(r) verhouding tot elkaar staan, richt de coördinatie zich op het creëren van vrijwillige overeenstemming (Scharpf, 1994). De kracht van een gezamenlijke aanpak komt dus voort uit de overtuigingskracht waarmee een gemeenschappelijke ambitie tot stand komt en de erkenning dat de partners van elkaar afhankelijk zijn om die te realiseren (Koppenjan & Klijn, 2004). Om deze reden draait 'new public governance' dus ook om het organiseren van goede processen voor besluitvorming ('good governance') (Meuleman, 2011) **.**

Instrumenten voor 'new public health governance' zijn niet alleen de bekende adviescommissies, stakeholder consultaties of andere vormen van publieke participatie. Dit soort coöperatieve arrangementen werken alleen als de deelnemers zich gezamenlijke verantwoordelijk voelen, de overheid zich opstelt in de rol van facilitator en ruimte schept voor zelfbeschikking. Alternatieve instrumenten of arrangementen bieden mogelijkheden tot het signaleren en positief stimuleren van bottom-up initiatieven door groepen burgers of sociale ondernemers. Met de nodige aanmoediging en facilitering kunnen deze initiatieven uitgroeien tot zelfsturende netwerken die belangrijke functies op zich nemen. De inzet van onafhankelijke intermediaire adviseurs is daarbij een belangrijk hulpmiddel om kennis, ervaring deelbaar te maken (Ansell & Gash, 2008, 2018). Voorbeelden zijn de

initiatieven die samenkomen in het platform Alles is Gezondheid (Bekker et al., 2018). Het succes van dergelijke initiatieven is mede afhankelijk van de mate waarin het lukt burgers en betrokkenen te mobiliseren en emanciperen, en een overheid die bereid is te participeren, te acteren op signalen en behoeften en beleidsfeedback te verwerken in adaptief beleid. De overheid is bij coproductie van beleid dusverre van afwezig maar neemt een faciliterende rol aan en bewaakt een gelijke vertegenwoordiging en een passende publieke verantwoording.

Deze netwerken vormen niet alleen een verbindend arrangement om stelsel overstijgende samenwerking mogelijk te maken, maar leggen in een gevorderde ontwikkelingsfase een bodem voor institutionele aanpassingen die de Zvw en gemeentelijke stelsels duurzaam aan elkaar koppelen en integreren. Op de langere termijn werkt dit instrumentarium voor samenwerking uiteindelijk alleen als de institutionele verantwoordingskaders mee veranderen, variërend van planning en control cycli binnen organisaties tot meedenkend toezicht binnen de stelsels en op uitkomsten gerichte politieke verantwoording (Bovens, Goodin, Schillemans, & Gailmard, 2014; Rico, Saltman, & Boerma, 2003). Om verantwoordingsvereisten over sectoren heen mogelijk te maken zijn ook stelsel overstijgende coördinatie arrangementen nodig (McQueen, Wismar, Lin, Jones, & Davies, 2012). Een passende vorm van evaluatie en verantwoording draait eerder om het reflecteren op, en leren van beleidsuitkomsten met een vooruitblik ter verbetering van beleid (‘feed forward’ en ‘forward-looking accountability’), dan om het met een terugblik eenzijdig beoordelen van een prestatie op basis van de output.

Pragmatische coördinatie voor preventie en gezondheid

Een laatste les die we kunnen trekken voor de beleidscoördinatie van preventie in de toekomst is dat er in de beleidspraktijk altijd sprake is van combinaties van deze coördinatiemechanismen. De vraag is dus welke combinatie een passende balans geeft waarbij nadelen van het ene mechanisme kunnen worden gecompenseerd door de voordelen van het andere mechanisme. Deze vorm van hybride of metagovernance leunt sterk op het (filosofisch) pragmatisme (Sabel, 2012) van wat werkt in de beleidscontext gegeven plaats en tijd. Een cruciaal instrument daarbij is een reflexief instrumentarium voor het genereren van feedback van verschillende betrokkenen op innovaties en vernieuwingen in de praktijk, en een adaptieve cyclus om het beleid èn de governance aan te passen of te verbeteren.

Conclusie

De titel van dit rapport, *‘Organiseren van samenwerking voor preventie’*, verwijst naar de hoofdconclusie van dit rapport. Ten eerste wordt de ambitie van de GLI om selectieve en geïndiceerde preventie samen te brengen in een nieuwe norm voor preventie in de zorg slechts gedeeltelijk waargemaakt met een indicatiestelling onder de Zorgverzekeringswet: het beweegaanbod als een cruciaal onderdeel van de GLI kan niet worden vergoed vanuit de Zvw en er is geen aanvullend beleidsinstrumentarium voorhanden. De lokale Preventie akkoorden en

preventiecoalities bieden in dit opzicht geen garantie dat een gemeentelijk beweegaanbod ten behoeve van de GLI tot stand komt. Het begrip ‘preventie *in* de zorg’ dekt dan ook niet de lading van de nieuwe norm, het lijkt eerder te gaan om ‘preventie *met* de zorg’. Ten tweede schieten de technisch-financiële instrumenten van de Zvw tekort om de gewenste en benodigde samenwerking tussen huisarts, leefstijlcoach, beweegaanbod en het sociale domein te organiseren. Er is een aanvullend instrumentarium nodig op de financiële compensatie van kosten om de zorgen en onzekerheden ten aanzien van deze samenwerking adequaat te adresseren en de mindset voor preventie *met* de zorg, dus inclusief het sociaal domein, te laten veranderen.

Voor preventie en de daarvoor benodigde samenwerking is een overgang gewenst van *concurrentie* en *controle* als dominante coördinatiemechanismen naar meer complementaire beleidssystemen die sturen op *coöperatie*: maatschappelijke samenwerking tussen gemotiveerde burgers, huisartsen, leefstijlcoaches en beweegaanbod in de uitvoering; tussen zorgverzekeraars en gemeenten in de rand voorwaardelijke infrastructuur rond deze uitvoering; maar ook tussen de politiek-ambtelijke stelselverantwoordelijke departementen en directies. De beleidscoördinatie van coöperatie voor gezondheid en preventie met de zorg veronderstelt zowel een governance *van* verandering als een verandering *in* governance door het faciliteren van lerende beleidsnetwerken, waarin het nieuwe speelveld inclusief de doelgroepen burgers evenwichtig vertegenwoordigd is. Daarbij is een langere termijn perspectief noodzakelijk om het nieuwe aanbod in te bedden geschreven en ongeschreven regels en structuren in de uitvoering. Goed functionerende netwerken kunnen zich dan door ontwikkelen tot integrale gezondheids- en preventie-infrastructuren met een doorzettingsmandaat, integrale financiering en een opbouwende verantwoordingssystematiek.

1. Introductie

Aanleiding voor dit onderzoek is de totstandkoming van de Gecombineerde leefstijl interventie (GLI) in het basispakket, die tot de activering van de betaaltitel per 1 januari 2019 twaalf jaar in beslag heeft genomen. Dit roept de vraag op waarom dit zo lang heeft moeten duren. In opdracht van het Ministerie van VWS presenteren wij de reconstructie van het beleidsproces van de GLI en welke condities hieruit naar voren komen voor beleidsverandering. Het doel van de beleidsanalyse was om de lessen van het GLI-beleidsproces inzichtelijk te maken voor toekomstig beleid om preventie met zorg te verbinden. Het gaat hierbij om de bevorderende en belemmerende factoren als om de werkzame condities voor de organisatie en aanpak van dergelijk beleid. Om de lessen te trekken zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat zijn de uitkomsten van het GLI-beleidsproces met betrekking tot het beleidskader voor de GLI?
2. Welke fasen, momenten, actoren en factoren waren van doorslaggevend belang voor de totstandkoming van dit beleidskader voor de GLI?
3. Hoe verhoudt de GLI zich tot het beleidsmechanisme van de Zorgverzekeringswet, en hoe kan de beleidscoördinatie van de GLI, en preventie in de zorg, verder worden versterkt?

Met behulp van documentenstudie hebben we de chronologische ontwikkeling van het beleidsproces in een tijdslijn uitgewerkt (Figuur 1, pagina 9) en de beleidsontwerpkeuzes op een rij gezet (onderzoeksvraag 1). Vervolgens hebben we middels *backward mapping* het beleidsproces van de GLI in detail beschreven (onderzoeksvraag 2). In totaal zijn 18 interviews afgenomen met 22 sleutelpersonen in de verschillende fases van het GLI-proces, en zijn openbare en archiefdocumenten geanalyseerd. De geïnterviewden vertegenwoordigen de meest betrokken partijen: de beleidsvormende instituties (de Tweede Kamer, het Ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland (ZiN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)); de zorgberoepen (fysiotherapeuten, diëtisten, huisartsen en leefstijlcoaches); de zorgverzekeraars; en de GLI interventie-eigenaren. De data hebben we vervolgens geïnterpreteerd aan de hand van *public governance* theorieën, om meer algemeen inzicht te krijgen in de gebruikte en potentiele vormen van beleidscoördinatie (onderzoeksvraag 3). Een nadere toelichting op de onderzoeksaanpak is opgenomen in bijlage I, de interviewleidraad is terug te vinden in bijlage II. In bijlage III geven we een overzicht van de kenmerken van de drie GLIs die per 1 januari 2019 in aanmerking kwamen voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Tot slot bevat bijlage IV een uitgebreide weergave van de documentenanalyse.

2. De uitkomsten: een landelijk en decentraal beleidskader GLI

In dit hoofdstuk brengen we de uitkomsten van het beleidsproces van de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) in detail in beeld. We geven de gemaakte ontwerpkeuzes in het beleidsproces weer: het pakket aan duiding van de prestatie, beleidsregels, beroepsregels, aanvullende voorwaarden van individuele zorgverzekeraars en de erkenning voor eerste/goede aanwijzingen voor effectiviteit van drie GLI's in 2018.

Het landelijke, generieke beleidskader is tot stand gekomen in de procedures van de zelfstandige agentschappen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)[2], later Zorginstituut Nederland (ZIN); de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het RIVM Centrum Gezond Leven (RIVM CGL). Door de beroepsgroepen, de huisartsen en de leefstijlcoaches, en de zorgverzekeraars zijn ook decentrale beleidsregels geformuleerd voor de uitvoering van de GLI. Het decentrale beleidskader voor gemeenten wordt in deze uitkomsten niet meegenomen. Wij hebben geen informatie gekregen over gemeentelijke beleidsregels en hebben deze ook niet gevonden in documenten en archiefstukken. Vanwege de decentrale beleidsvrijheid van gemeenten moet dit per gemeente worden geïnventariseerd, hetgeen buiten het kader van dit rapport valt.

2.1 De duiding van de GLI in het kader van de Zvw in 2009

In 2009 geeft het CVZ in het rapport 'Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie' (College voor Zorgverzekeringen, 2009) een duiding van de GLI voor het basispakket van de zorgverzekering. Hiermee wordt de GLI formeel erkend als bewezen effectief (effectiever dan de inzet van de afzonderlijke componenten), en valt onder de dekking van de basisverzekering. De GLI wordt gezien als 'het belangrijkste wapen om aandoeningen te bestrijden die samenhangen met overgewicht en obesitas' (College voor Zorgverzekeringen, 2009) (p. 7) en als de meest effectieve zorg bij gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico's (GRR). De GLI bestaat uit drie componenten: advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering. Deze componenten behoren tot de geneeskundige zorg (ontwerpkeuze 1) en bestaan uit zowel 'geïndiceerde preventie' als 'zorggerelateerde preventie' (Box 2.1) (ontwerpkeuze 2).

[2] Op 1 april 2014 is de naam CVZ veranderd in ZIN vanwege nieuwe taken in het verbeteren van de kwaliteit van zorg in het algemeen en het bevorderen van vernieuwing en verbetering van beroepen en opleidingen in de zorg.

Box 2.1 Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie
Onder de noemer 'geïndiceerde preventie' bestaat de hoog risicogroep uit personen met een BMI tussen 25 kg/m2 en 30 kg/m2 in combinatie met een grote buikomvang (> 88 cm voor vrouwen; > 102 cm voor mannen). Onder de noemer 'zorg gerelateerde preventie' is de interventie aangewezen bij personen met een BMI van 25-30 kg/m2, met een normale buikomvang, in combinatie met co-morbiditeit (risicofactor voor hart- en vaatziekten, DM2) en vanaf een BMI = 30 kg/m2 met normale buikomvang.

De duiding van het CVZ beveelt aan dat wanneer de GLI deel uitmaakt van het te verzekeren pakket, zorgverzekeraars de voorwaarden van een verwijzing voor de GLI in de zorgpolis opnemen, zodat deze ingebed wordt in het totale zorgpad van een patiënt. De functionele systematiek van de Zvw heeft als consequentie dat de zorgverzekeraar vrijheid heeft in de keuze van zorgaanbieders en dus kan bepalen 'wie' de zorg levert en 'waar' de zorg geleverd wordt.

De GLI valt onder de Zvw met uitzondering van het bewegen onder supervisie (ontwerpkeuze 3); dit kan alleen als er sprake is van een ernstige beweegbeperking of een andere medisch relevante beperking waardoor begeleiden bij bewegen medisch noodzakelijk is. Advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering behoren tot zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, fysio-/oefentherapeuten en diëtisten plegen te bieden (College voor Zorgverzekeringen, 2009) (p. 7) (ontwerpkeuze 4). In het rapport doet het CVZ geen kostenramingen, maar verwacht wel dat deze kosten hoog zullen zijn. Ook zullen er substitutieopbrengsten zijn omdat als gevolg van de interventie bijvoorbeeld het medicijngebruik zal afnemen (College voor Zorgverzekeringen, 2009) (p.8).

2.2 Het addendum in 2018 bij de duiding van 2009

Op 21 februari 2018 verschijnt een addendum (Zorginstituut Nederland, 2018) bij de duiding uit 2009 (College voor Zorgverzekeringen, 2009). Doel van het addendum was het bieden van duidelijkheid aan zorgaanbieders en zorgverleners over de inhoud en omvang van de GLI: de duur, het benodigde aantal contactmomenten en de competenties benodigd voor het verlenen van de GLI. Bovendien ontbrak het aan een passende Wmg-prestatieomschrijving[3]. Het gevolg is dat de huisarts als poortwachter geen zorgaanbod heeft voor patiënten bij wie een GLI is geïndiceerd, hetgeen ook geldt voor de tweede lijn.

De GLI wordt afgebakend op de zorg voor volwassenen die binnen het domein van de Zvw valt[4]. Het addendum baseert zich op onder andere de Zorgstandaard Obesitas (Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010), de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG)-standaard Obesitas (Van

[3] De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) regelt de prestaties van zorgaanbieders en de tarieven die zij mogen rekenen.
[4] Expliciet is gekozen voor volwassenen. Een belangrijke reden is dat een ketenaanpak voor overgewicht en obesitas bij kinderen gefaciliteerd wordt door Care for Obesity (C4O). Een andere reden is dat financieringsstelsel bij kinderen anders is vormgegeven (Zorginstituut Nederland, 2018).

Binsbergen et al., 2010), het RIVM-rapport over de kosteneffectiviteit van beweeg- en dieetadvisering bij mensen (met hoog risico op) diabetes mellitus 2 (Bemelmans et al., 2008) en resultaten van implementatieonderzoek van de GLI CooL (Coaching op Leefstijl) (Van Rinsum, Gerards, Rutten, Van De Goor, & Kremers, 2018) en 'Een jaar BeweegKuur' (Helmink, Meis, & Kremers, 2009). Een GLI wordt volgens de Zorgstandaard Obesitas (Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010) (p. 20) omschreven als: 'interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering'.

Het bepalen van de duur en intensiteit van de GLI wordt gebaseerd op de CVZ duiding uit 2009 (College voor Zorgverzekeringen, 2009) en het RIVM-rapport (Bemelmans et al., 2008), waarin berekend is dat interventies van circa €400 in het eerste jaar met aanvullende terugvalpreventie in het tweede jaar klinisch relevante uitkomsten kunnen bewerkstelligen (ontwerpkeuze 5). Dit bedrag kan een leidraad vormen bij de keuze voor een effectieve leefstijlinterventie binnen de eerste lijn. Hiertoe is het van belang dat er duidelijkheid is over welke GLIs bewezen effectief zijn. Het ZIN meent dat het Centrum Gezond Leven bij het RIVM hierin een rol kan spelen: een erkenningencommissie van het CGL toetst interventies op kwaliteit, effectiviteit en uitvoerbaarheid en biedt daarmee een onafhankelijke informatiebron (ontwerpkeuze 6). Het Loket Gezond Leven biedt een overzicht van interventies en vermeldt daarbij het niveau van de beoordeling.

In het addendum doet de leefstijlcoach intrede. Daarnaast laten experimenten met de buurtsportcoach, met als taak om verschillende sectoren met elkaar te verbinden en het stimuleren van inwoners om meer te gaan en blijven bewegen in de buurt, zien dat beweegactiviteiten ook door andere aanbieders dan fysiotherapeuten kunnen worden georganiseerd. Vervolgens maakt het ZIN binnen het concept GLI een knip tussen het gedragsmatig aanzetten tot bewegen binnen de Zvw en het begeleiden bij het daadwerkelijk bewegen, bijvoorbeeld via de gemeente.

Op basis van de functionele systematiek van de Zvw mag iedere zorgverlener die bevoegd en bekwaam is de zorg leveren (ontwerpkeuze 7): de inhoud van een interventie bepaalt de vereiste competenties (Box 2.2).

Box 2.2 Competenties worden bepaald door de inhoud van de GLI

Een effectieve GLI is het uitgangspunt voor vergoeding vanuit de Zvw. De competenties voor het uitvoeren van de GLI kunnen daarom afgeleid worden uit de inhoud van de effectief beoordeelde interventies. Om deze reden is het wenselijk dat een programma voor een GLI functioneel omschrijft welke competenties vereist zijn. Professionals die de GLI kunnen uitvoeren zijn leefstijlcoaches, diëtisten en fysio-/ oefentherapeuten en POH-ers, mits zij de competenties beschikken vereist voor de GLI. De zorgaanbieder moet minimaal voldoen aan de competenties van de hbo-leefstijlcoach. De GLI kan ook worden geleverd door een samenwerkingsverband van meerdere professionals. Het ZIN geeft later in het overleg met het veld aan dat het Beroepscompetentieprofiel van de leefstijlcoach leidend is voor de opleiding en registratie van leefstijlcoaches. In de praktijk leidt dat ertoe dat de bestaande zorgberoepen (diëtist, fysiotherapeut, en oefentherapeut) een aanvullende cursus volgen op het gebied van o.a. coaching om erkend te kunnen worden als leefstijlcoach.

In het addendum wordt bij de cruciale rol van de huisarts verwezen naar de NHG-standaard Obesitas (Van Binsbergen et al., 2010). De huisarts kan voor bewegen verwijzen naar '... een lokaal of via het werk georganiseerd beweegprogramma...' en voor voeding naar een diëtist. De huisarts is de poortwachter voor de zorg. Het indicatiecriterium voor verwijzing door de huisarts naar een GLI is een matig verhoogd GRR. Ook stelt de huisarts vast of er indicaties zijn voor aanvullende zorg op de GLI. De GLI is 'ingebed in de huisartsenzorg', wat betekent dat de GLI-aanbieder met de huisarts afstemt en de voortgang ook weer terugkoppelt. Het argument daarvoor is: 'De huisarts is immers voor volwassenen het eerste medische aanspreekpunt-behandelaar en heeft kennis van de medische geschiedenis van de betrokkene, van eventuele co-morbiditeiten en medicatiegebruik.' (Zorginstituut Nederland, 2018) (p.15) (ontwerpkeuze 8). De GLI verwordt daarmee tot een medische èn niet-medische interventie. Gerelateerd hieraan is het verplichte eigen risico niet van toepassing voor de GLI (ontwerpkeuze 9): het ZIN duidt GLI onder andere als 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' (Zorginstituut Nederland, 2018) (p. 19) (ontwerpkeuze 8). Dit geldt voor de zorg van de huisarts zelf en voor zorgverleners binnen de praktijk, zoals een POH-er.

Het addendum onderstreept in lijn met de duiding uit 2009 dat het begeleiden van bewegen niet onder de Zvw valt omdat begeleiden van bewegen alleen onder geneeskundige zorg geschaard kan worden als er sprake is van een ernstige beweegbeperking of anderszins relevante beperking waardoor bewegen medisch noodzakelijk is. 'Dit betekent dat begeleiden bij het alledaags bewegen, bijvoorbeeld sporten, buitenactiviteiten en sociaal aanbod *buiten de GLI vallen*.' (Zorginstituut Nederland, 2018) (p. 16). Het beweegdeel is daarmee de verantwoordelijkheid van de verzekerde. Wel wordt in het addendum voor het beweegdeel naar de gemeente gewezen (Box 2.3).

Box 2.3 Bewegen en de rol van de gemeente
Gemeenten hebben een rol in de GLI. In het addendum wordt verwezen naar de lokale mogelijkheden en het sociale domein: 'Mensen die aangewezen zijn op een GLI moeten een gezond beweeggedrag gaan realiseren in hun eigen woon-/leefomgeving, bijvoorbeeld in de natuur, bij sportverenigingen of bij een beweegaanbod in het sociale domein' (Zorginstituut Nederland, 2018) (p. 16). Dit betekent dus dat er voor het uitvoeren van een GLI (een functionaris met) kennis zijn van de sociale kaart van de gemeente en connecties met het sociale domein. Ook bij eventuele problemen van de patiënt kan de zorgverlener verwijzen naar gemeentelijke instanties, bijvoorbeeld in het geval van schuldsanering.

2.3 Beleidsregel GLI Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Het Addendum van ZIN vormt de basis voor de bijbehorende documenten van het NZa. Het gaat hierbij om de 'Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie BR/REG-19137a' (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019a), 'Prestatie- en tariefbeschikking gecombineerde leefstijlinterventie 2019 TB/REG-19623-02 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019b) en de 'Regeling gecombineerde leefstijlinterventie NR/REG-1910a' (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019c). De eerste versies van de Beleidsregel (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018a), de Prestatie en tariefschikking (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018b) en de Regeling (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018c) waren gepubliceerd op 4 juni 2018 en vervangen door de drie documenten op 6 juni 2019. Deze drie documenten golden met terugwerkende kracht van 1 januari 2019 tot 1 januari 2020.

In de Beleidsregel staan de verschillende begrippen en prestaties beschreven en wordt uitgelegd hoe de tarieven tot stand zijn gekomen. In de Prestatie- en tariefbeschikking staan de maximumtarieven voor de GLI. In de Regeling staat welke administratie, declaratie- en transparantievoorschriften er gelden voor de GLI en die zorgverzekeraars en zorgaanbieders in acht moeten nemen.

De prestaties betreffen 1) intake van de patiënt voor deelname aan de GLI, 2) behandelfase per kwartaal (eerste jaar), 3) de onderhoudsfase per kwartaal (tweede jaar) en 4) de onderlinge dienstverlening – coördinatie en afstemming (ontwerpkeuze 10). Onderlinge dienstverlening betekent dat de zorg die door een (uitvoerende) zorgaanbieder wordt verleend onderdeel uitmaakt van de beschrijving van een door een andere zorgaanbieder (opdrachtgevende zorgaanbieder) uit te voeren prestatie(s) op het gebied van de GLI (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019c).

De tarieven voor een GLI zijn opgebouwd uit twee elementen, en gebaseerd op de gemaakte afspraken over een GLI en het CooL programma (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018a) (p.9):

1) De opbouw van de prestatie uitgedrukt in aantal minuten (in) direct patiëntgebonden tijd. Dit omvat de intake, de behandelfase bestaande uit individuele en groepsbijeenkomsten, de eindevaluatie en ruimte voor coördinatie en afstemming (een uur in de behandelfase en een uur in de onderhoudsfase.
2) Een tarief per 60 minuten (in)direct patiëntgebonden tijd: in 2019 was dit €58,00 (conform markttarief voor paramedische zorg) (ontwerpkeuze 11). Voor de prestaties – andere dan onderlinge dienstverlening - geldt een verhoogd maximumtarief van 10%. Met dit aanvullende maximumtarief kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders extra afspraken maken op het gebied van innovatie en kwaliteit. Jaarlijks worden nieuwe tarieven vastgesteld.

Opvallend is de expliciete aandacht in de beleidsregel voor voldoende indirect patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd. In het tarief is ruimte opgenomen voor coördinatie en afstemming, zoals het voorbereiden van groepsbijeenkomsten en individuele afstemmomenten met patiënten en met andere professionals: bijvoorbeeld de huisarts en met professionals uit het sociale domein. Immers, in het addendum van het ZIN zijn de connecties met het sociale domein genoemd als voorwaarde voor een vergoeding van de GLI onder de basisverzekering.

2.4 Erkenning door CGL van drie GLIs: De BeweegKuur, CooL en SLIMMER

Een belangrijk onderdeel van het beleidskader en tegelijkertijd ook een voorwaarde voor de betaaltitel GLI is de erkenning door het CGL. In 2018 zijn de GLIs BeweegKuur en CooL erkend op het niveau van ‘Eerste aanwijzingen effectiviteit’ en SLIMMER op het niveau ‘Goede aanwijzingen voor effectiviteit’ (Bijlage III) (RIVM, n.d.). Het erkenningentraject van een GLI voor de basisverzekering verloopt hetzelfde als voor andere interventies (www.loketgezondleven.nl). Wel gelden er meer voorwaarden op basis van de duiding van CVZ uit 2009 (College voor Zorgverzekeringen, 2009): de interventie dient leefstijl, voeding en gedrag te combineren. Daarnaast is een erkenning van de interventie nodig op minimaal het niveau Effectief (Eerste aanwijzingen voor effectiviteit) (Ontwerpkeuze 6). Voor deze erkenning is voor de drie genoemde GLIs onderzoek gedaan naar zowel de processen als de (kosten-) effectiviteit e.g. (Berendsen, Kremers, Savelberg, Schaper, & Hendriks, 2015; Den Hartog, Wagemakers, Vaandrager, van Dijk, & Koelen, 2014; Duijzer et al., 2017; Helmink

et al., 2009; Raaijmakers, Helmink, Hamers, & Kremers, 2011; Teuscher et al., 2018; Van Rinsum, Gerards, Rutten, Van De Goor, et al., 2018; Van Rinsum, Gerards, Rutten, Philippens, et al., 2018). De BeweegKuur was in 2015 al beoordeeld op effectiviteit door een erkenningencommissie van het CGL, maar moest aangepast worden en opnieuw dit traject doorlopen om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit de Zvw. In 2020 heeft een vierde GLI gericht op bestrijding van overgewicht en obesitas de vereiste minimale erkenning gekregen voor de vergoeding vanuit de basisverzekering: 'Samen Sportief in Beweging'. Ook heeft 'Keer Diabetes 2 Om', een intensieve leefstijlbehandeling voor mensen met diabetes type 2, de vereiste erkenning gekregen in 2020 (RIVM, n.d.).

2.5 Beroepsregels: preventie bij de huisarts

In 2010 was al de NHG-Standaard Obesitas (Van Binsbergen et al., 2010) verschenen. Deze beschrijft onder andere de richtlijnen voor diagnostiek, de classificaties voor de mate van overgewicht/obesitas en co-morbiditeit op basis van BMI, de inbreng van de patiënt en de afweging van de huisarts. In de NHG-standaard staat: 'de voorkeursbehandeling is een gecombineerde leefstijlinterventie: aanpassing van de voeding, lichamelijke activiteit en psychologische ondersteuning (Van Binsbergen et al., 2010), (p. 609).

In 2015 publiceert het NHG de 'Zorgmodules Leefstijl' (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015), welke ingaat op onder andere alcohol, bewegen, roken en voeding. In deze Zorgmodules zijn per leefstijlonderwerp zorgprofielen vastgesteld. De modules geven een beschrijving van het zorgpad van de patiënt en de taakverdeling van de verschillende zorgverleners in de eerste lijn. Ook is er aandacht voor de kennis en vaardigheden waarover de zorgverlener moet beschikken, zoals communicatievaardigheden bij de leefstijladvisering en kennis van de sociale kaart van de eigen gemeente of wijk. In de Zorgmodules is er aandacht voor het maken van samenwerkingsafspraken over taakverdeling, (terug)verwijzen, informatieoverdracht en de coördinatie van de zorg met andere beroepsgroepen en organisaties die in de eerste lijn betrokken zijn bij de leefstijladvisering.

2.6 Beroepsregels: competenties van de leefstijlcoach

Het hbo-leefstijlcoach profiel, opgesteld door de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) in 2016 (BLCN, 2016) definieert de hbo-leefstijlcoach als een professional die mensen begeleidt bij het nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. Doel is dat de mensen die zij begeleiden een leven kunnen leiden waar ze zich goed bij voelen, met alle mogelijkheden en beperkingen die ze hebben. Uitgangspunten van het profiel zijn dat de hbo-leefstijlcoach zich onderscheidt van verwante en reeds bestaande beroepen en het een kwaliteitskeurmerk biedt voor de eisen waaraan leden moeten voldoen. De competenties van de hbo-leefstijlcoach zijn uitgewerkt voor gezond leven en gezonde gewoontes, coaching en gedragscompetenties van de hbo-leefstijlcoach.

Volgens de respondenten heeft het ZIN in het overleg met het veld aangegeven dat het Beroepscompetentieprofiel van de leefstijlcoach leidend is voor de opleiding en registratie van

leefstijlcoaches (ontwerpkeuze 12). In de praktijk leidt dat ertoe dat de zorgberoepen (diëtist, fysiotherapeut, en oefentherapeut) een aanvullende cursus volgen om erkend te kunnen worden als leefstijlcoach. Mede op advies van het ZIN zet de BLCN in 2018 een registratie op voor leefstijlcoaches die aan de opleidingseisen hebben voldaan (BLCN, n.d.) (ontwerpkeuze 13).

2.7 Aanvullende voorwaarden van (individuele) zorgverzekeraars

De algemene voorwaarden, de opbouw van de prestatie en het tarief voor de GLI staan in de NZa Beleidsregel GLI (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018a), de Prestatie- en tariefbeschikking (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019b) en de bijbehorende Regeling GLI (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019c). Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden opnemen dat de zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komt indien een zorgaanbieder staat ingeschreven in een door de verzekeraar aangewezen register. Ook kunnen zorgverzekeraars bepalen welke GLIs zij inkopen (ontwerpkeuze 14), onder welke aanvullende voorwaarden zij contracten sluiten met (alleen) zorggroepen en/of individuele aanbieders van zorg (ontwerpkeuze 15) en wat de contractduur is. Het kan bijvoorbeeld zijn dat bij de ene zorgverzekeraar alleen leefstijlcoaches die BLCN gecertificeerd de GLI vergoed kunnen krijgen uit de Zvw, hetgeen fysiotherapeuten en diëtisten uitsluit. Een andere zorgverzekeraar kan als voorwaarde hebben dat een zorgaanbieder BIG-geregistreerd is, hetgeen veel leefstijlcoaches uitsluit. En weer een andere zorgverzekeraar kan besluiten om alleen zorggroepen als contractpartners te accepteren. Indien een zorgaanbieder geen contract heeft met de zorgverzekeraar, heeft de verzekerde op basis van de restitutiepolis recht op 100 procent vergoeding van het marktconforme tarief voor zorg uit de basisverzekering; bij een naturapolis is dat minimaal 70%.

2.8 Samenvatting: 15 ontwerpkeuzes in het beleidskader voor de GLI

Het landelijke beleidskader is in twee stappen opgebouwd: de duiding van CVZ uit 2009 en het addendum van het ZIN en de Beleidsregel, Prestatie en tariefschikking en Regeling GLI van de NZa uit 2018. Tussendoor krijgt het decentrale beleid ook vorm in de beroepsregels en aanvullende voorwaarden van zorgverzekeraars. De definitie van de GLI verandert door de jaren heen. In de duiding van het CVZ uit 2009 wordt gesproken over advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering (College voor Zorgverzekeringen, 2009), in het addendum, dat zich baseert op de NHG-Zorgstandaard Obesitas (Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010) zijn de gebruikte termen: ‘verminderen van de energie-inname’, ‘verhogen van de lichamelijke activiteit’ en ‘eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering’. In het addendum wordt, net als in de duiding van het CVZ, de centrale rol voor de huisarts bekrachtigd; ‘de GLI is ingebed in de huisartsenzorg’ (Zorginstituut Nederland, 2018). Dit is in lijn met de NHG-Standaard Obesitas (Van Binsbergen et al., 2010) en de Zorgmodules Leefstijl (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015), die aangeven dat er binnen de huisartsenzorg behoefte is aan richtlijnen rondom leefstijl(-interventies). Een belangrijke verandering in het addendum ten opzichte van de duiding is dat in het addendum expliciet vermeld wordt dat de zorgaanbieder

minimaal moet voldoen aan de competenties van de hbo-leefstijlcoach. Dit is mogelijk gemaakt doordat de BLCN een hbo-leefstijlcoach profiel heeft opgesteld (BLCN, 2016). De vijftien belangrijkste ontwerpkeuzes staan samengevat in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Vijftien centrale en decentrale ontwerpkeuzes in het beleidskader voor de GLI[5]

	Wie	Voorwaarden	Beleidskeuzes en instrumenten
1	CVZ duiding 2009	Kwaliteit	'Advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering'; herformulering 2018: 'verminderen van de energie-inname, verhogen van de lichamelijke activiteit, en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering'.
2	CVZ duiding 2009	Toegang	GGR bepalingen indicatiestelling: ook groepen zonder medische diagnose (selectief-geïndiceerd).
3	CVZ duiding 2009	Toegang	Niet-medisch noodzakelijk beweegdeel valt niet onder Zvw. Is taak voor de burger/markt/gemeenten (niet opgepakt).
4	CVZ duiding 2009	Kwaliteit	'Zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, fysio-/oefentherapeuten en diëtisten plegen te bieden' vgl 7-8.
5	ZIN addendum 2018	Kwaliteit	Duur van de interventie, aantal contactmomenten afgezet tegen kosten en klinisch relevante uitkomsten.
6	ZIN addendum 2018 RIVM CGL	Kwaliteit aanbod	Erkenningencommissie van RIVM CGL toetst kwaliteit en effectiviteit. RIVM GLI heeft aanvullende voorwaarden.
7	ZIN addendum 2018	Kwaliteit aanbod	Competenties voor de zorgverleners worden afgeleid uit de inhoud van de GLI: punt 4 wordt losgelaten.
8	ZIN addendum 2018	Kwaliteit indicatie	Ingebed in de huisartsenzorg.
9	ZIN addendum 2018	Financiering	Het verplichte eigen risico niet van toepassing voor de GLI.
10	Beleidsregel NZa 2018	Interventie inhoud	Prestaties: 1) intake, 2) behandelfase per kwartaal (eerste jaar), 3) onderhoudsfase per kwartaal (tweede jaar) en 4) onderlinge dienstverlening.
11	Beleidsregel NZa 2018	Financiering	Een tarief per 60 minuten (in)direct patiëntgebonden tijd: in 2019 €58,00 (conform markttarief paramedische zorg, jaarlijks aangepast).
12	BLCN 2016/ ZIN addendum 2018	Kwaliteit	Competenties profiel hbo Leefstijlcoach als kwaliteitskeurmerk; ZIN advies: Zvz in aanvullende voorwaarden opnemen.
13	ZIN addendum 2018/ Zorgverzekeraars 2018	Kwaliteit	ZIN advies aan Zvz: Registratie eis voor leefstijlcoaches.
14	Zorgverzekeraars 2018	Toegang	Variëteit in inkoopcriteria.
15	Zorgverzekeraars 2018	Toegang	Variëteit in contractering.

Uit de hierboven beschreven beleidskeuzes blijkt dat de GLI meer behelst dan alleen een nieuwe interventie. De GLI stelt een nieuwe norm voor preventie in de zorg in de vorm van een indicatie voor leefstijlinterventies (ook) zonder medische diagnose. De GLI is een uitbreiding van het arsenaal van de Zvw die van bestaande zorgprofessionals, waaronder dus de huisarts, een samenwerking vereist met een nieuwe beroepsgroep, de leefstijlcoach, en gemeenten. De GLI 'institutionaliseert' als het ware samenwerking. Belangrijke voorwaarden hierbij zijn dat gemeenten, zorgverzekeraars en zorgprofessionals het belang van samenwerking voldoende delen, dat zij daartoe voldoende toegerust zijn qua competenties en organisatiecapaciteit, en dat de kosten van samenwerking voor ieder partij in verhouding staan tot de baten. De beleidsvorming is tot stand gekomen op basis van een collectief besluitvormingsproces dat in het volgende hoofdstuk in detail wordt beschreven.

[5] Exclusief decentrale gemeentelijke beleidsregels

3. Beleidsreconstructie GLI: Fasering, momenten, actoren en factoren

In het vorig hoofdstuk zijn de uitkomsten van het beleidsproces beschreven. In deze paragraaf redeneren we vanuit die uitkomsten door middel van *backward-mapping* terug, welke fasen te onderscheiden zijn in het beleidsproces en welke momenten, argumenten, actoren en factoren van doorslaggevend belang lijken te zijn geweest in de beleids- en implementatievoorbereiding. De ontwikkeling van het beleidsproces van de GLI hebben we schematisch weergegeven in figuur 1. Het beleidsproces, dat liep van 2007 tot 2019 kan opgesplitst worden in drie fasen:

Eerste fase: Agendering en besluitvorming over de GLI (januari 2007 – mei 2011)
Tweede fase: Beleidsimplementatie in impasse, veld blijft actief (juni 2011 - oktober 2014)
Derde fase: Voorbereiding implementatie GLI (november 2014 - januari. 2019)

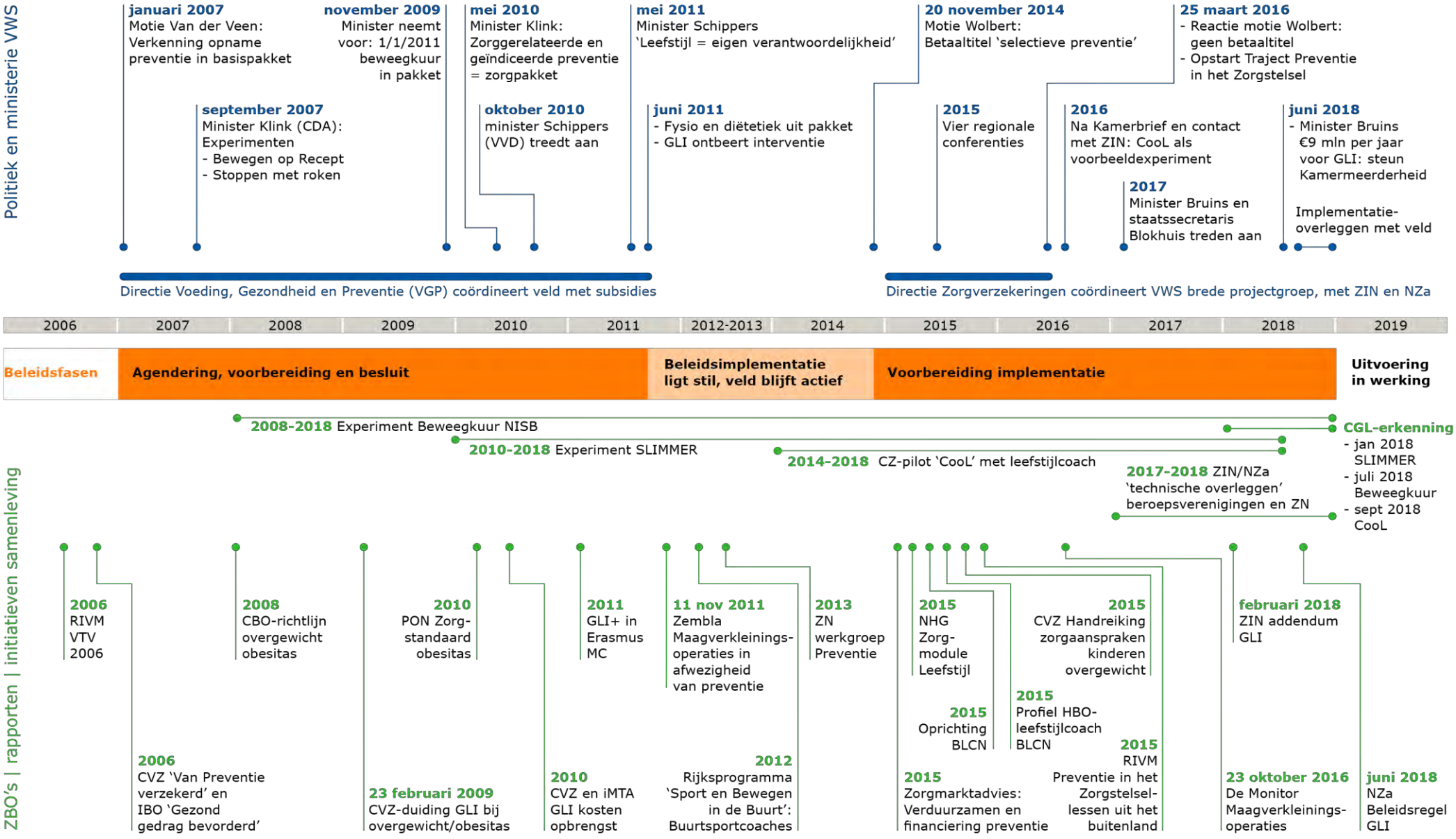
Ook geven we een overzicht van de huidige stand van zaken in de uitvoering (najaar 2020). In de laatste paragraaf, vatten we de belangrijkste momenten met bijbehorende actoren, belemmerende en bevorderende factoren samen.

3.1 Eerste fase: Agendering en besluitvorming over de GLI

Het proces begint met een motie van Kamerlid Van Der Veen in 2007 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2007b), waarin de regering wordt verzocht in overleg met het veld na te gaan, of en hoe preventie in het basispakket opgenomen kan worden. De motie volgt na het verschijnen van het RIVM rapport 'Zorg voor Gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenningen' (De Hollander, Hoeymans, Melse, Van Oers, & Polder, 2006) en de daaruit voortvloeiende preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (Ministerie van VWS, 2006). Het rapport en de preventienota benadrukken het belang van preventie en dat preventieve en curatieve zorg beter op elkaar afgestemd moeten worden. In antwoord op de motie van Van der Veen kondigt toenmalig minister van VWS, Ab Klink, in een kamerbrief (Ministerie van VWS, 2007) aan dat met concrete experimenten om preventie en curatie met elkaar te verbinden, zoals de BeweegKuur, meer samenhang in de zorg kan worden bevorderd. De Minister schrijft dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor hun gedrag ten aanzien van gezondheid en dat de rol van de overheid is om de juiste randvoorwaarden te creëren. In zijn antwoord verwijst de Minister naar het rapport 'Gezond gedrag bevorderd' van de werkgroep IBO preventie (Werkgroep IBO Preventie, 2007), waarin wordt gesteld dat de kennis over kosteneffectiviteit van gezondheidsbevordering nog te beperkt is en dat deze kan worden vergroot door het doen van goed ingerichte experimenten. Daarnaast haalt hij rapport 'Van preventie verzekerd' van het CVZ (College voor Zorgverzekeringen, 2007) aan, waarin wordt geadviseerd om preventie op te nemen in de basisverzekering.

Figuur 1.

Beleidsproces Gecombineerde Leefstijl Interventie 2006 – 1 januari 2019 (Betaaltitel GLI actief)



In 2007 wordt de opdracht voor het ontwikkelen en uitvoeren van de pilot BeweegKuur (Bewegen op Recept) door de Minister van VWS Klink verstrekt aan het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)[6] (Ministerie van VWS, 2008a; Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2007a) (Box 3.1).

Box 3.1 De BeweegKuur, eerste pilotfase

De BeweegKuur wordt beschreven als een GLI die zich richt op het duurzaam veranderen van fysieke activiteit en eetgedrag van patiënten met overgewicht en obesitas, vanuit de Eerstelijnsgezondheidszorg. Aanvankelijk, in 2008 en 2009 richtte de BeweegKuur zich op de preventie en behandeling van diabetes mellitus type 2. Vanaf 2009 is de BeweegKuur doorontwikkeld voor patiënten met overgewicht en obesitas (Raaijmakers et al., 2011). Voor het piloten van de BeweegKuur was ruim gebudgetteerd, hetgeen bevestigd wordt door het veld: 'het ontbrak financieel aan niets'. In het VWS-archief staat dat in 2011 ruim 20 miljoen euro voor de BeweegKuur was uitgetrokken.

Door het piloten van de BeweegKuur werd de samenwerking met en tussen professionals geïnstitutionaliseerd. Hiertoe werden protocollen opgesteld over wie wat doet en wanneer, werden competentieprofielen voor beroepsgroepen gemaakt en werd onderzoek uitgevoerd naar de (kosten-) effectiviteit. Samenwerking tussen de zorg- en sportsector was niet vanzelfsprekend vanwege de verschillen. Bijvoorbeeld was de zorg gewend om met protocollen en kwaliteitscriteria te werken en de sport- en beweegsector was dit niet.

De ambitie van de Minister van VWS is om zorg en preventie met elkaar te verbinden en de BeweegKuur per januari 2012 in het basispakket (Zvw) op te nemen, getuige verschillende kamerdocumenten (Ministerie van VWS, 2008c, 2008d, 2008a, 2008b; Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2008, 2009c, 2010). Een belangrijke drijfveer hiertoe is het verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Ministerie van VWS, 2008d). Vooruitlopend op de ambitie om de GLI in het basispakket op te nemen, krijgen zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2009 de ruimte om hun verzekerden te stimuleren tot het volgen van gezondheid bevorderende programma's (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2010).

Voor de Zvw is (kosten-)effectiviteit een belangrijk criterium, hetgeen in de verschillende kamerdocumenten uit die tijd wordt genoemd (Ministerie van VWS, 2009a, 2009b; Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2009c, 2009a). Voor de onderbouwing wordt verwezen naar het RIVM rapport naar de kosteneffectiviteit rondom de BeweegKuur uit 2008 (Bemelmans et al., 2008). Een discussiepunt is welke uitkomstmaat gebruikt moet worden om de effectiviteit van de GLI vast te stellen: bijvoorbeeld 'gezondheidswinst' of 'gewichtsreductie'.

In 2009 geeft CVZ (Van der Meer et al., 2009) een duiding van de GLI voor het basispakket, waarmee de GLI formeel wordt erkend als bewezen effectief. Met het daaropvolgende positieve besluit van minister Klink is de GLI in de Zvw een onomkeerbaar feit. Vervolgens wordt de opname van leefstijlinterventies en de BeweegKuur in het basispakket verder voorbereid hetgeen terug te vinden is in verschillende kamerstukken (Ministerie van VWS, 2009a), (Ministerie van VWS, 2009b), (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2009a). In mei 2011 verschijnt de Nota Gezondheid Dichtbij (Ministerie van VWS, 2011c), waarin de context rond de GLIs worden geschetst. Tevens verschijnt er een CVZ

[6] In Januari 2016 zijn het NISB en de stichting Onbeperkt Sportief opgegaan in het Kenniscentrum Sport, tegenwoordig Kenniscentrum Sport & Bewegen (KCS).

rapport met het advies om de GLI integraal op te nemen in de regelgeving als ondersteunende maatregel (College voor Zorgverzekeringen, 2010). De voorbereidingen voor het vergoeden van de GLI vanuit het basispakket lijken relatief zonder grote problemen te verlopen, totdat het kabinet valt en in 2010 minister Schippers van VWS aantreedt. Daarmee start de tweede fase in het beleidsproces.

3.2 Tweede fase: Beleidsimplementatie in impasse, veld blijft actief.

Onder het nieuwe bewind van Minister Schippers komt het proces van de GLI stil te liggen na een negatief besluit over het CVZ advies om de component begeleiding van bewegen bij overgewicht in de GLI in de Chronische lijst voor fysiotherapie in het basispakket op te nemen. Het advies van CVZ wordt niet overgenomen (Ministerie van VWS, 2011b). De argumenten die genoemd worden zijn de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de hoge aanloopkosten voor de GLI. Bovendien kondigt de Minister in 2011 aan dat 'niet-bewezen' interventies behorende tot de fysiotherapie en dieetadvisering slechts beperkt vergoed kunnen worden uit het basispakket van de Zvw (Ministerie van VWS, 2011e). Omdat de belangrijkste proefinterventie voor de GLI, de BeweegKuur, gebaseerd is op fysiotherapeutische inzet, vervalt hiermee ook de voorgenomen vergoeding voor de GLI. Bovendien wordt de BeweegKuur vanwege de fysiotherapeutische inzet te duur bevonden. Hierbij wordt ook weer verwezen naar het RIVM rapport uit 2008 (Bemelmans et al., 2008). De BeweegKuur komt dus niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de Zwv, hetgeen betekent dat er wel een CVZ duiding (College voor Zorgverzekeringen, 2009) is maar geen erkende GLI interventie.

De beslissing om de GLI niet op te nemen in de Zwv beargumenteert de Minister later dat jaar opnieuw (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2011a). Zij stelt dat men indien er sprake is van een hoog gezondheidsrisico recht heeft op reeds verzekerde geïndiceerde preventieve interventie en bovendien, dat een groot deel van de volwassenen een aanvullende verzekering voor fysiotherapie heeft. Dat het te duur wordt voor mensen is volgens haar dus niet aan de orde. In een ander kamerstuk (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2011b) onderbouwt de Minister dit met dat er 'nog steeds een omvangrijk arsenaal aan preventieve inspanning door zorgverleners via de basisverzekering verzekerd is. Het is aan verzekeraars om hieraan samen met de zorgverleners een kwalitatief goede invulling te geven' (p. 21).

Voor het kosten-argument baseert de Minister zich op het Pakketadvies van CVZ (College voor Zorgverzekeringen, 2011) over de kosteneffectiviteit van de GLI: in de eerste vier jaren zijn er afnemende kosten (51 miljoen in jaar 1 tot 9 miljoen in jaar 4). Na deze eerste vier jaren is er een batig saldo van kosten en opbrengsten in de zorg, in het tiende jaar is dit circa 50 miljoen. Het politieke debat (Smeets & Teunissen, 2012), waarin de ChristenUnie en de SP pleiten voor het behouden van de GLI in het basispakket, brengt de Minister niet op andere gedachten.

Het besluit van de Minister (Ministerie van VWS, 2011e) is onderdeel van een grotere bezuinigingsronde in het kader van een 'aanvullende subsidietaakstelling' van 10 miljoen euro in 2011 tot 100 miljoen euro in 2014 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2011c). Dit betekent onder andere dat niet alleen programma's gericht op het veranderen van leefstijl uit het basispakket

worden gehaald, maar ook mediacampagnes voor gezond leven. In de woorden van een geïnterviewde betekent dit in de praktijk dat 'in de basisverzekering alleen dat kon, wat curatief was'.

Hoewel de voorbereidingen voor de implementatie van de GLI in de basisverzekering vanaf juni 2011 bij het Ministerie van VWS en ook het ZIN en de NZa 'stil' komen te liggen, lopen de initiatieven en experimenten in het veld door. Dit betekent overigens niet dat er in deze periode geen aandacht is voor preventie bij het Ministerie. Op kleinere schaal ontvangen GGD'en en gemeenten subsidies voor (experimenten met) preventie, met steun van topambtenaren en bewindslieden van VWS.

Box 3.2 Experimenten met preventie in het veld.
In de praktijk zijn er verschillende experimenten op het gebied van preventie die bijdragen aan meer ruimte voor preventie en de GLI:

- Fysiotherapeuten starten commerciële oefengroepen, bijvoorbeeld 'knie-fit' in 2011.
- Het Erasmus UMC draait de GLI+ in 2011, pilot BeweegKuur, later ook CooL en SLIMMER.
- Een enkele zorgverzekeraar ondersteunt gemeenten met het uitvoeren van GLIs met een 'preventiepotje'.
- Proeftuinen populatiemanagement
- Programma Alles is Gezondheid

In het veld gaan de activiteiten intussen door (Box 3.2). De GLI+ van het Erasmus UMC wordt opgezet en uitgevoerd vanaf 2011. In 2011, als reactie op het besluit in 2011 om fysiotherapie en diëtetiek slechts beperkt te vergoeden vanuit het basispakket van de Zvw (Ministerie van VWS, 2011e) starten fysiotherapeuten commerciële beweeggroepen. Vanaf 2011 wordt de BeweegKuur voortgezet (tweede pilotfase) onder de Sportimpuls regeling en in mei 2013 wordt het Huis voor Bewegen opgericht: zij nemen de BeweegKuur van NISB over. De BeweegKuur is dan in 155 locaties uitgevoerd. In 2015, wordt een eerste versie van de Beweegkuur door de erkenningencommissie van CGL beoordeeld met 'Eerste aanwijzingen voor effectiviteit' (RIVM, n.d.). De pilot Coaching op Leefstijl (CooL) loopt van 2014 tot 2017 vanuit de Universiteit van Maastricht, ondersteund door zorgverzekeraar CZ. Later, in 2018 wordt CooL ondergebracht bij het Expertisecentrum Leefstijlinterventies. De GLI SLIMMER, waarvan de GGD-NOG eigenaar is, wordt tussen 2010 en 2018 vijf keer gepilot in gemeenten in de Achterhoek, door de Wageningen Universiteit & Research, met ondersteuning van zorgverzekeraar Menzis en van gemeenten. Echter, deze gelden zijn vaak niet structureel. Mede om deze reden overleggen in deze periode stakeholders met elkaar met het doel om preventie en zorg met elkaar te verbinden; interventie-eigenaren overleggen met zorgverzekeraars over de vergoeding van de GLI. Ook richt ZN een werkgroep op rondom preventie in de zorg. Echter, deze gaat weer ten onder vanwege te weinig animo. Ook zijn er contextuele ontwikkelingen die later van groot belang zijn voor de doorontwikkeling van de GLI. Zo is er aandacht in de media voor preventie, in 2011 is er een uitzending van Zembla over maagverkleiningsoperaties. De strekking is dat maagverkleiningsoperaties de enige optie zijn omdat het ontbreekt aan preventie. Een andere ontwikkeling is het Programma Sport en Bewegen in de Buurt (Ministerie van VWS, 2011f), die onder anderen de combinatiefunctionaris Buurtsportcoach subsidieert.

3.3 Derde fase: Voorbereiding implementatie GLI

De voorbereiding voor de implementatie van de GLI krijgt een nieuwe impuls als verschillende initiatieven – die niet van elkaars bestaan weten – bij elkaar komen. De processen vinden gelijktijdig plaats. We beschrijven eerst het beleidsproces bezien vanuit het nationaal beleid en beschrijven daarna de processen en perspectieven van belangrijke actoren in het veld: interventie-eigenaren, leefstijlcoaches, huisartsen en zorgverzekeraars.

3.3.1 Motie van Kamerlid Wolbert

Een belangrijk moment is in november 2014, wanneer Kamerlid Wolbert, gedreven door het streven om sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan te pakken, een motie indient (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2014). In deze motie 'Betaaltitel selectieve preventie' verzoekt zij de regering een overzicht van de (on)mogelijkheden en voor- en nadelen van een betaaltitel voor selectieve preventie in de Zvw op te stellen. De vraag daarbij is om ook de ervaringen van andere landen mee te nemen. De voorbereiding van de beantwoording van de motie wordt bij het ministerie intern belegd bij de directie Zorgverzekeringen. Op basis van regioconferenties en een invloedrijk rapport van het RIVM over preventie in de zorg in het buitenland (Heijink & Truijs, 2016) wordt na 1,5 jaar een uitgebreide reactie gegeven op de motie (Ministerie van VWS, 2016a) met een bijlage met een reactie op het rapport van Heijink & Truis (2016) (Ministerie van VWS, 2016b). Ook worden twee andere rapporten aangehaald. Het rapport 'Analyse van belemmeringen bij het verduurzamen van preventie' (Soeters & Verhoeks, 2015a) beschrijft de belemmeringen en obstakels rondom preventie in de samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars. Het rapport 'Financiering van preventie: analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen' van Zorgmarktadvies (Soeters & Verhoeks, 2015b), noemt drie belemmeringen rondom het financieren van preventie: problemen rond verantwoordelijkheidsverdeling; negatieve verhouding eigen kosten en eigen baten voor de partij die investeert in preventie en verkeerde prikkels in verevenings- en/of bekostigingssystemen. De conclusie luidt dat selectieve preventie onverenigbaar is met het karakter van de individuele zorgverzekering in de Zvw (Box 3.3).

Box 3.3 Geen betaaltitel selectieve preventie in Zvw

Als er een betaaltitel voor selectieve preventie ingesteld zou worden, dan zou selectieve preventie in het basispakket moeten worden opgenomen. Dat levert echter fundamentele problemen op: 1) het pakket wordt uitgebreid, wat financiële consequenties heeft van een onduidelijke omvang, 2) het is onduidelijk wat er precies onder selectieve preventie valt, dus is het lastig te formuleren, 3) selectieve preventie past niet bij het karakter van de Zvw (risicogroepen vs. elke Nederlander), 4) lastig vast te stellen of preventieactiviteiten voor risicogroepen wel kosteneffectief zijn en een bewezen therapeutische meerwaarde hebben, 5) risico dat selectieve preventie gemedicaliseerd wordt, want interventies moeten bewezen effectief zijn, 6) de verbinding van zorg, welzijn, sport, onderwijs en buurt komt op achterstand in plaats van in het middelpunt.

3.3.2 Hernieuwde aandacht voor preventie bij VWS

In reactie op de motie Wolbert geeft het ministerie van VWS aan dat een betaaltitel voor selectieve preventie in de Zvw niet haalbaar is. Wel heeft de politieke steun voor selectieve preventie bij risicogroepen een flinke impuls gegeven aan de hernieuwde aandacht van het ministerie van VWS voor preventie in het zorgstelsel. In plaats van een betaaltitel start het ministerie het programma Preventie in het Zorgstelsel, dat bestaat uit het stimuleren van de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars in bestuurlijke overleggen; een digitaal loket met praktische info over het opzetten van preventieactiviteiten voor risicogroepen en een preventieteam; subsidie voor preventiecoalities en evaluatie: het RIVM monitort jaarlijks hoeveel samenwerkingsverbanden er tussen zorgverzekeraars en gemeenten zijn (Hagenaars & Potting, 2018). In het preventieteam zijn ambtenaren vanuit diverse directies van VWS en andere deskundigen vertegenwoordigd. Een aanleiding voor het oprichten van het preventieteam is dat – alhoewel de GLI op zichzelf in principe goed belegd was binnen de stelselwetten - de benodigde coördinatie tussen zorgverzekeraars en gemeenten nog geen vorm heeft gekregen.

Tegelijkertijd komt er meer maatschappelijke aandacht voor preventie. Zo wordt de pilot CooL door stakeholders naar voren geschoven als ‘voorbeeld’ GLI. Een nieuwe beroepsgroep krijgt hierdoor vastere voet aan de grond en richt in 2015 de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) op. In dezelfde periode bereidt het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) ‘een blauwdruk’ voor getiteld ‘Gecombineerde groepsbehandeling van obesitas voor volwassenen met een sterk of extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico’ (Partnerschap Overgewicht Nederland, 2016). Volgens geïnterviewden is de televisie-uitzending van De Monitor over de marketing van maagverkleiningsoperaties, op 23 oktober 2016, een reden dat VWS actie onderneemt en met partijen aan tafel gaat. Volgens andere geïnterviewden is het de pilot CooL die VWS aanzet tot hernieuwde actie. Mede door de vele experimenten en de media-aandacht verandert de opvatting van de Minister over preventie in de zorg geleidelijk ‘ten gunste van een meer ondersteunende houding van preventie in de zorg’. Naar aanleiding van het schrijven van de Handreiking Zorgaanspraken kinderen met overgewicht (2015), en de constatering dat de gemeentelijke inzet van buurtsportcoaches een alternatief kan zijn voor fysiotherapeutische inzet, is ook het ZIN (voorheen CVZ) ondertussen opnieuw aan de slag met de GLI.

3.3.3 Technische overleggen: gevechtsarena voor een nieuwe norm voor preventie in de zorg

In 2017 wordt vanuit de NZa een projectgroep opgezet die de 'technische overleggen' organiseert over een declaratietitel voor de GLI in de reguliere bekostiging door de Zvw die per 1 januari 2018 zou moeten in gaan (Projectgroep GLI NZa, 2017b) (Box 3.4). Dit is uiteindelijk een jaar later, januari

Box 3.4 Technische overleggen

Op 30 maart 2017 is het eerste technisch overleg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017) over de implementatie van de GLI, waarin wordt aangekondigd dat er een addendum zal verschijnen op de duiding (Van der Meer et al., 2009). Verder wordt onder meer besproken dat begeleiding bij beweegactiviteiten in beginsel geen verzekerde zorg is; dat de huisarts het uitgangspunt blijft aangezien deze zijn patiënten het beste kent en dat de competenties omschreven moeten worden. Op 19 april 2017 volgt een memo die de eerste aanzet vormt voor een prestatieomschrijving voor de GLI (Projectgroep GLI NZa, 2017c). De inhoud van de GLI wordt volgens het CooL programma beschreven. Op 23 november 2017 is het derde technische overleg wordt toegelicht dat kinderen niet actief uitgesloten worden van de GLI (Projectgroep GLI NZa, 2017d). Op 22 februari 2018 vindt het vijfde technisch overleg plaats (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018d), waarin de Beleidsregel wordt besproken, waarin onder andere de tarieven per prestatie zijn vastgelegd.

2019 gelukt. Deze technische overleggen, leidend naar het addendum (Zorginstituut Nederland, 2018) de Beleidsregel GLI (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019a), Prestatie- en tariefbeschikking GLI (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019b) en de Regeling GLI (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019c) vinden plaats in consultatie met verschillende beroepsgroepen en zorgverzekeraars.

Deze 'technische overleggen' zijn intensief vanwege de verschillende belangen van stakeholders. De geïnterviewden noemen het een complex proces: een 'oerwoud van stakeholders' met ieder hun eigen belangen en (bureaucratische) regels. Zo staan de belangen van de bestaande zorgberoepsgroepen lijnrecht tegenover die van de nieuwe beroepsgroep leefstijlcoaches. In meerdere interviews tekent zich, hieraan gerelateerd, een coalitie af tussen enerzijds de 'grondleggers' van de GLI CooL, BLCN gesteund door CZ en later ook de NZa, en anderzijds de bestaande zorgberoepen: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Dit alles gaat gepaard met 'ongelofelijk veel voetangels en klemmen', 'gesteggel en geworstel' en 'Poolse landdagen'. Ook is er onzekerheid over het proces: 'we wisten niet waar we naar toegingen en of we het wel wilden' en de uitkomst: 'het was een dubbeltje op zijn kant'. Ook keren bepaalde discussies steeds terug, bijvoorbeeld dat bewegen een belangrijk onderdeel is van de GLI, maar het niet mogelijk is om dit vanuit de Zwv te vergoeden (Box 3.5).

Box 3.5 Zorg in ZvW, bewegen niet
Geïnterviewden onderschrijven dat zorg en preventie uit elkaar gehouden moeten worden: 'we moeten oppassen dat je preventie ook niet te veel medicaliseert'. Tegelijkertijd wordt onderkend dat het beweegdeel 'essentieel is voor het bereiken van de doelen van de GLI', en sommigen vinden dat bewegen de eigen verantwoordelijkheid is van mensen. Gemeenten, zorgroepen en GLI-aanbieders geven aan dat er wel een financieringsstroom voor het beweegdeel zou moeten zijn maar zij hebben hiertoe geen 'zorgplicht'. Een geïnterviewde vatte dit samen met 'de GLI is gevangen is in de Zvw'. Mogelijkheden om de GLI meer integraal in te bedden in een gemeente zijn de inzet van buurtsportcoaches, en de GLI opnemen in de lokale preventieakkoorden en sportakkoorden.

Tegelijkertijd is er binnen de coalitie van voorstanders een sterke motivatie om het gezamenlijk voor elkaar te krijgen dat preventie met zorg verbonden wordt: er werd zelfs gesproken over een missie voor 'een generatie zonder overgewicht'. Dit is een belangrijke succesfactor voor het realiseren van de beleidsregel GLI. Daarnaast treedt in juli 2017 Paul Blokhuis, Staatssecretaris voor Preventie aan. In 2018 komt hij met het Nationaal Preventie Akkoord (Ministerie van VWS, 2018a), waarin de GLI als één van de maatregelen wordt genoemd in het kader van de samenwerking tussen zorg en preventie. Daarnaast faciliteert het Ministerie van VWS dat bezorgde stakeholders individueel te woord worden gestaan door Directeuren-Generaal, directeuren en ambtenaren van VWS. Een geïnterviewde geeft aan dat deze uitleg heeft bijgedragen aan een formulering (van de beleidsregel GLI) waarin iedereen zich kan vinden. Het Ministerie van VWS werkt hierin nauw samen met het ZIN en NZa. Verschillende respondenten hebben dit als positief ervaren en geven hierover aan dat er regelmatig overleg was, de lijntjes kort waren en dat er 'één gezicht naar buiten' was. Dit alles wordt belangrijk gevonden omdat 'er zoveel onrust is in het veld' is. Echter, er zijn ook belemmerende factoren. Een belangrijke is dat verschillende geïnterviewden 'eigenaarschap' van preventie of de GLI en daardoor ook 'slagkracht' hebben gemist. Een voorbeeld is de klacht uit het veld dat in de overleggen met VWS, NZa en ZIN afspraken worden gemaakt, maar dat 'in de praktijk zorgverzekeraars hier een andere invulling aan geven'.

In 2018 komt het ZIN met het addendum (Zorginstituut Nederland, 2018) om daarmee tot een heldere declaratieregel te kunnen komen. In juni 2018 beantwoordt de Minister van Medische Zorg en Sport Bruins vele Kamervragen over de GLI (Ministerie van VWS, 2018b) (Box 3.7). Ook in deze laatste fase loopt het overleg niet soepel: geïnterviewden ervaren dat dezelfde discussies opnieuw worden gevoerd omdat stakeholders 'hun belang willen veiligstellen'.

Box 3.7 Kamervragen over de invoering van maximumtarieven GLI (juni 2018)
Kamervragen zijn door de verschillende politieke fracties gesteld over 1) wat een GLI is; 2) de effectiviteit van de GLI en de beoordelingssystematiek; 3) de financiële kant van de GLI en de monitoring daarvan en 4) wie is bevoegd en bekwaam. Opvallend is dat veel opheldering wordt gevraagd over het beweegdeel en over de effectiviteit van de GLI. Bijvoorbeeld wordt gevraagd waarom gekozen is om de GLI niet onder het eigen risico te laten vallen (GLI wordt geschaard onder geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden) en of dit geen oneerlijke concurrentie bevordert met bijvoorbeeld zorg voor diëtisten waarvoor wel het eigen risico betaald moet worden. Het antwoord op dit laatste punt is dat dit 'niet ter zake is omdat de zorg van diëtisten niet te vergelijken is met een tweejarig GLI-programma dat aangrijpt op meer dan alleen voeding, maar ook op bewegen, gedragsaanpassing, stressreductie, bevorderen van goede nachtrust en de verbinding met het sociale domein' (Bruins 2018) (p. 3).

3.3.4 Interventie-eigenaren

Voor interventie eigenaren is het beleidsproces om meerdere redenen een uitdaging. Allereerst is het vinden van financiering van de GLI voor 2019 lastig omdat deze niet structureel is en met individuele zorgverzekeraars en gemeenten geregeld moet worden. Soms leidt dit tot de overweging om 'de stekker eruit te trekken'. Een tweede punt is dat CooL, op dit punt in het proces nog niet bewezen effectief, als voorbeeld van een laagdrempelige GLI naar voren geschoven wordt. Door het ZIN worden in 2018 op basis hiervan generieke afspraken afgeleid (Zorginstituut Nederland, 2018) 'die als concrete handvatten kunnen dienen voor het zorgaanbod en zorginkoop', aldus de Minister in zijn antwoord op Kamervragen (Ministerie van VWS, 2018b)p. 7) (Box 3.8).

Box 3.8 CooL als voorbeeld GLI en het erkenningstraject
In de beleidsvorming rondom de GLI is CooL naar voren geschoven, met ondersteuning van een pro-actieve zorgverzekeraar die contact heeft gelegd met VWS. CooL wordt gezien als een laagdrempelige GLI, die bovendien voldeed aan de randvoorwaarden van de duiding door het CVZ in 2009: bewegen was geen onderdeel van CooL (in tegenstelling tot de BeweegKuur en SLIMMER). Om deze reden, maar ook omdat CooL uitgevoerd wordt door de leefstijlcoach, en de tarieven afgestemd werden op CooL, voelden de andere interventie-eigenaren (Beweegkuur, SLIMMER) dat zij 'in een keurslijf' gedwongen werden. Het erkenningstraject RIVM CGL was nog niet ingericht voor GLIs en voor CooL in het bijzonder. CooL is een 'open' interventie met een programma op maat, hetgeen niet paste in de behandelprotocollen die RIVM vereiste voor het verkrijgen van erkenning. Bovendien moesten de interventie-eigenaren opnieuw en/of extra onderzoek (laten) uitvoeren voor het onderbouwen van de effectiviteit van de GLI. Interventie-eigenaren hebben dit traject 'als een draak' en/of als 'stroperig' ervaren.

De interventie-eigenaren schuiven pas laat aan bij de overleggen, waardoor zij zich aanvankelijk niet serieus genomen voelen. Bovendien worden zij gezien als een commerciële partij, 'maar dat zijn we niet'. Gedurende het proces zijn de interventie-eigenaren steeds meer gezamenlijk opgetrokken en hebben zij in 2018 een brandbrief aan het Ministerie van VWS geschreven dat zij niet commercieel zijn en veel vrije tijd steken in het proces. Op basis van de brandbrief hebben de NZa en het Ministerie van VWS een taskforce opgericht en zijn interventie-eigenaren eenmalig gecompenseerd

voor hun bijdrage in het beleidsvormingsproces, hetgeen het vertrouwen bij interventie-eigenaren dat de problemen worden aangepakt heeft versterkt.

3.3.5 Een nieuwe beroepsgroep: de leefstijlcoach

De Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) wordt in 2015 opgericht en ontwikkelt een beroepsprofiel voor de leefstijlcoach dat in 2016 verschijnt (BLCN, 2016). De 'plotselinge verschijning' van de leefstijlcoach leidt tot 'veel gedoe' en ook negatieve beeldvorming (Box 3.9).

Box 3.9 Negatieve beeldvorming rondom de leefstijlcoach en de BLCN

Uit het veld komen negatieve reacties op de introductie van de nieuwe beroepsgroep leefstijlcoaches. Bestaande beroepsgroepen, zoals fysiotherapeuten en diëtisten zien de leefstijlcoach als concurrentie. De NZa heeft, naar aanleiding van de negatieve beeldvorming over de leefstijlcoach, een dag met hen meegelopen.

De BLCN heeft hun plek bevochten door hun beroepsprofiel en de verschillen ten opzichte van de andere beroepsgroepen toe te lichten: bijvoorbeeld dat zij geen ziekte behandelen maar gezondheidsvaardigheden vergroten en dat zij gelijkwaardige aandacht hebben voor de thema's voeding, beweging, slaap, stress, ontspanning en timemanagement. Inmiddels heeft de BLCN meer dan 600 leden. Hoewel sommige actoren nog steeds de competenties van leefstijlcoaches ter discussie stellen, is de ervaring dat het vak van leefstijlcoach breder omarmd wordt.

Inhoudelijk heeft dit er mee te maken dat er in het begin (nog) geen kwaliteitsregister is voor deze nieuwe beroepsgroep en niet helder is 'wanneer je nu precies een leefstijlcoach bent' en of daarvoor een BLCN-registratie nodig is. Bovendien ontstaat er een 'concurrentiestrijd' met de traditionele beroepsgroepen, immers voor hen betekent de komst van de leefstijlcoach (en ook meer algemeen de GLI) dat zij zich moeten bezinnen op hun eigen rol. Dit betekent dat er overleg en consensus nodig is binnen het eigen bestuur en bij de achterban, over waar de beroepsgroep voor staat en of de GLI daar wel onderdeel van kan zijn. Een discussie is bijvoorbeeld of de GLI wel (fysio)therapie is: 'de GLI is geen pie'. Procesmatig heeft de komst van de leefstijlcoaches tot gevolg dat er coalitievorming optreedt: de BLCN wordt gesteund wordt door CooL en CZ, anderzijds trekken de fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten en ook de huisartsen herhaaldelijk met elkaar op. Voor de BLCN is het een bevorderende factor dat ZIN heeft opgenomen dat de GLI-uitvoerder minimaal moet voldoen aan de competenties van de hbo-leefstijlcoach. De bestaande beroepsgroepen ervaren dit juist als een belemmering, omdat zij een bijscholing voor leefstijlcoach moeten volgen om de GLI te mogen uitvoeren. Deze verschillen leidden tot vele brieven. Bijvoorbeeld hebben de LHV, NHG, KNGF en NVD op 20 november 2017 en ook op 11 januari 2018 een brief geschreven aan het ZIN met bezwaren tegen de 'generalistische GLI', waaronder dat zij 'geen heil zien in de introductie van de leefstijlcoach binnen de eerste lijn als aanbieder van de GLI', 'het onwenselijk vinden dat de gemeente of burger zelf de beweegbegeleiding betaalt' en 'een en ander past niet binnen de taken van de huisarts' (Zorginstituut Nederland, 2018). Verschillende actoren hebben aangegeven 'niet blij' te zijn met deze brieven, omdat partijen hun belangen telkens opnieuw op tafel leggen, hetgeen de voortgang van de overleggen belemmert.

3.3.6 De rol van de huisarts: poortwachter in de GLI?

Het algemene beeld geschetst door geïnterviewden over de huisarts is samen te vatten met 'de huisartsenclub staat toch wat ambivalent tegenover preventie in het algemeen en de GLI in het bijzonder'. Het veld ervaart – gedurende alle jaren - dat 'huisartsen waanzinnig overbelast zijn'. De huisartsen geven dit zelf ook zo aan: zorg is hun primaire taak en preventie komt 'erbij'. Een deel van de huisartsen erkent dat de GLI geen prioriteit heeft bij hen, waarin meespeelt dat zij de effectiviteit van de GLI ter discussie stellen en dat zij zich afvragen of de leefstijlcoaches 'wel voldoen aan een keurmerk'. Zij prefereren om de samenwerkingsverbanden met bestaande beroepsgroepen, zoals fysiotherapeuten en diëtisten voort te zetten. Deze opvattingen leidden ertoe dat zij de GLI niet willen onderbrengen onder het huisartsen of multidisciplinaire kader omdat deze kaders hiermee 'vervuild' zouden raken. Zij voorzagen problemen ten aanzien van verantwoordelijkheden, het maken van afspraken binnen de huisartsenzorg en met zorgverzekeraars over de groeiruimte en het oplossen van knelpunten in de eerstelijns zorg. Dit alles leidt tot een terughoudende opstelling, de LHV is vaak niet aanwezig bij de technische overleggen, 'ook niet als agenda lid' en niet op de hoogte van de ontwikkelingen. Omdat in de duiding van het ZIN in 2018 (Zorginstituut Nederland, 2018) huisartsen wel een belangrijke positie krijgen voelt het voor dat deel van de huisartsen als dat zij 'een positie opgedrongen krijgen die ze niet willen'. Een ander deel van de huisartsen, vertegenwoordigd door de Vereniging Arts en Leefstijl, omarmt de leefstijlgeneeskunde en de GLI, en draagt sinds 2019 bij aan de verdere plan- en beleidsvorming (Arts en Leefstijl, n.d.).

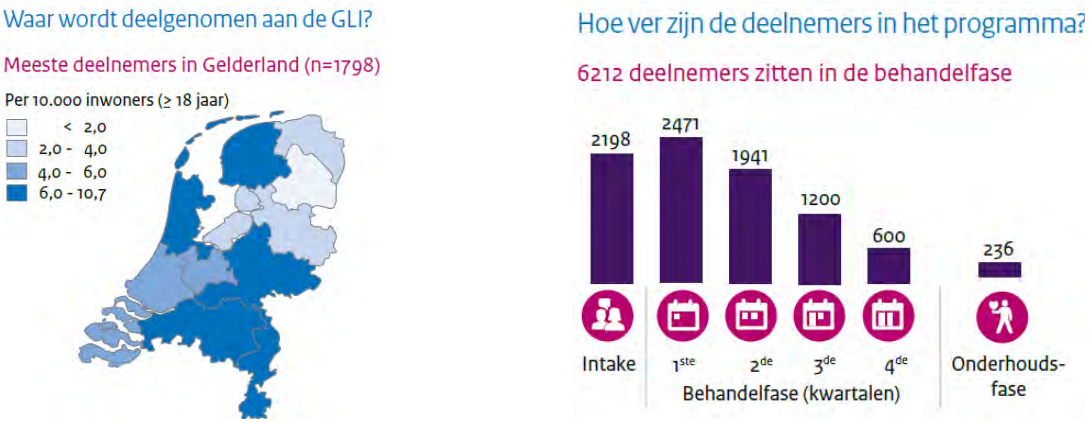
3.3.7 Belangen, contracten en tarieven zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars gaan verschillend om met de GLI en meer algemeen, preventie. Redenen dat zorgverzekeraars 'er niet om zitten te springen' zijn dat zij niet gewend zijn om multidisciplinaire samenwerking zoals in de GLI vereist is te stimuleren, de baten vaak elders terecht komen en zij zoals van hen verwacht wordt, de concurrentie met elkaar aangaan. Enkele zorgverzekeraars zien wel het belang van preventie in en zijn 'volle bak aan de slag gegaan zijn met preventie'. Zij zijn bewust afgestapt van de 'businesscase' omdat gezondheid belangrijker wordt beschouwd dan kostenbesparing. Deze zorgverzekeraars hebben experimenten uitgevoerd in het veld, betaald uit een 'preventiepotje' om het beweeg- en sportaanbod voor sociale minima en de ondersteuning van de GLIs CooL en SLIMMER te vergoeden. Breder gezien is de animo voor preventie pas de laatste jaren gegroeid. Zo is het in 2013 niet gelukt om een werkgroep preventie te vormen vanuit de ZN, inmiddels is een dergelijke werkgroep er wel vanuit ZIN, sinds 2019. Voorlopers van preventie onder zorgverzekeraars geven aan dat om de belemmeringen bij de implementatie van de GLI te adresseren, zorgverzekeraars meer gezamenlijk moeten optrekken in plaats van op dit gebied de concurrentie aan te gaan. Belemmeringen die door het veld ervaren worden zijn onder meer de keuzen die zorgverzekeraars in hun aanvullende voorwaarden maken met betrekking tot welke GLIs wel en niet vergoed worden, met welke zorgaanbieders (zorggroepen, individuele aanbieders) wel of niet een contract afgesloten wordt, de duur van het contract en of er een afslag wordt gedaan van het door het NZa vastgestelde tarief (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018a).

3.4 Huidige stand van zaken GLI

Sinds 1 januari 2019 worden de zorg gerelateerde kosten van de GLI vergoed door de basisverzekering. Hoewel de bevindingen met het uitvoeren van de GLI niet tot de doelstelling van dit rapport behoren noemen we deze kort, ook omdat deze knelpunten in de interviews veelvuldig aan bod zijn gekomen en te herleiden zijn naar de keuzes die zijn gemaakt in het beleidsproces. Het aantal mensen dat gebruik maakt van de GLI valt tegen ten opzichte van de verwachtingen. In de laatste update van het RIVM over deelnemers aan de GLI (Mohnen, Deuning, Feenstra, Wendel-Vos, & De Wit, 2020) staat dat op 31 augustus 2020 zorgverzekeraars 2,2 miljoen euro hebben vergoed voor de GLI en dat in totaal 8646 mensen deelnemen aan de GLI. Van hen doet 53% mee aan CooL, 17% aan de BeweegKuur en 5% aan SLIMMER. Van 25% is niet bekend aan welk programma zij deelnemen. Declaraties worden in de overgrote meerderheid ingediend door zorggroepen. Door COVID-19 is in 2020 de toestroom van nieuwe GLI-deelnemers afgeremd.

Figuur 3.4 GLI Monitor (Mohnen, Deuning, et al., 2020)



Nog steeds ervaren de verschillende stakeholders knelpunten in de huidige implementatie van de GLI en hebben zij het gevoel dat zij bezig zijn ‘met het blussen van brandjes’ in plaats van het verbeteren van de kwaliteit (Box 3.10).

Box 3.10 Implementatie en logistieke knelpunten na 1 januari 2019

De belangrijkste knelpunten die worden ervaren door geïnterviewden en breder, de praktijk zijn:

- Onbekendheid met de GLI uit zich variërend van potentiele cliënten die niet afweten van het bestaan van de GLI, huisartsen die niet doorverwijzen vanwege tijdgebrek en/of omdat zij het GLI-aanbod en/of de leefstijlcoach niet kennen of steunen.
- Het inkoopbeleid en de randvoorwaarden van Zorgverzekeraars verschillen: niet alle GLIs zijn overal beschikbaar; contracten worden alleen met zorggroepen en niet met individuele huisartsen of leefstijlcoaches gesloten; verwijzingen van een internist worden afgekeurd.
- De vergoedingen zijn niet kostendekkend wanneer de zorgverzekeraar een afslagtarief hanteert (tot soms 15%). Ook sommige (individuele) huisartsen romen het tarief af omdat 'zij hiervoor niet worden betaald'.
- Eisen van zorgverzekeraars sluiten GLI-aanbieders uit: wanneer een BLCN-registratie vereist worden fysiotherapeuten en diëtisten (met een andere leefstijlcoachopleiding) uitgesloten en wanneer een BIG-registratie vereist is worden veel leefstijlcoaches uitgesloten.
- Softwarepakketten voor declaraties van verschillende zorgaanbieders (huisartsen versus paramedici) communiceren niet (goed) met elkaar en zijn niet AVG-proof.
- Het verkrijgen van erkenning van het Loketgezondleven.nl voor een nieuwe GLI brengt hoge kosten voor onderzoek met zich mee en duurt enkele jaren.
- De investeringskosten (opstartkosten, scholing, licenties) voor GLI-aanbieders zijn hoog en de risico's zijn groot, bijvoorbeeld omdat voor deelnemers die voortijdig uitvallen een deel van de kosten niet gedeclareerd kan worden.
- Het beweegdeel van de GLI wordt niet vergoed. Sommige gemeenten vergoeden het beweegdeel, bijvoorbeeld in samenwerking met een zorgverzekeraar, maar dit is niet structureel.
- Coördinatie, centraal loket, overall regisseur/eigenaar GLI met zeggenschap over alle domeinen heen ontbreekt. Dit leidt er onder andere toe dat GLI-uitvoerders geen steun krijgen en het wiel opnieuw moeten uitvinden.
- Initiatiefnemers en interventie eigenaren missen de ruimte voor doorontwikkeling en kwaliteitsverbetering vanwege deze knelpunten.

Deze ervaren knelpunten, die ook naar voren kwamen tijdens een bijeenkomst[7] en symposium[8] over de GLI hangen nauw samen met de wijze waarop de beleidsprocessen gelopen zijn.

3.5 Samenvatting

Het beleidsproces omvat een traject van 10 jaar waarin drie perioden te onderscheiden zijn. In tabel 3.1 worden deze perioden en de belangrijkste momenten, actoren en factoren samengevat.

Het beleidsproces is complex geweest omdat er vele actoren met hun belangen een rol hebben gehad. Het meest complex lijkt de derde fase te zijn, in de aanloop naar het addendum (Zorginstituut Nederland, 2018) en de bijbehorende documenten. De politiek heeft een grote stempel gehad in het beleidsproces: in Fase I een initiërende rol, in fase II een belemmerende rol en in Fase III een

[7] Bijeenkomst op 14 oktober 2019 over de GLI op initiatief van staatsecretaris Blokhuis met huisartsen, zorgverzekeraars, beroepsorganisaties en GLI-aanbieders. RIVM.

[8] Symposium over de GLI op 23 november 2020, door het Ministerie van VWS, online.

ondersteunende rol. De wisseling van Ministers, de bredere initiatieven en ontwikkelingen hebben daarin een belangrijke rol gehad. In de laatste fase is het de verschillende partijen – met elkaar en ook vaak ondanks elkaar – gelukt om preventie en zorg voor wat betreft de GLI met elkaar te verbinden. In alle fasen zien we bevlogen actoren waardoor preventie op de agenda komt: in 2007 het Kamerlid Van der Veen, in 2014 het Kamerlid Wolbert en in de laatste fase zijn het er vele: interventie-ontwikkelaars, de preventie minnende delen van de achterban van beroepsgroepen en zorgverzekeraars. Een constant aanwezig argument is (kosten)effectiviteit getuige het feit dat er in 2009 wel een duiding was maar geen als kosteneffectieve beoordeelde GLI, de aanpassing van het erkenningstraject van CGL, het opzetten van een monitoringssysteem om de lange termijneffecten te kunnen evalueren en de vele geraadpleegde rapporten over (kosten-)effectiviteit.

Concluderend kan gezegd worden dat er gedeeltelijk een nieuwe norm voor preventie in de zorg is vastgesteld; leefstijlzorg werd niet eerder vanuit de Zvw vergoed, noch enige andere wet. Dit is winst, alhoewel het '*weerbarstige*' proces met zoveel spelers ernaartoe en de uitkomst er van – nog steeds – omgeven zijn met verschillende voetangels: er zijn grote belemmeringen in de uitvoering omdat, bijvoorbeeld weinig huisartsen doorverwijzen naar een GLI en zorgverzekeraars ieder hun eigen regels hanteren voor contractering en inkoop.

Tabel 3.1 Fasen, momenten, actoren en fasen in het beleidsproces[9]

Fase en jaar	Moment en actoren	Factoren
I. Jan 2007- mei 2011: Eerste fase: experimenten en duiding prestatie Zvw		
2007	Antwoord Minister VWS op de motie van Kamerlid van der Veen (2007) en antwoord van de Minister van VWS is start voor het piloten van de BeweegKuur door NISB.	+ Rapporten over preventie (VTV RIVM 2006, Preventienota 2006, Werkgroep IBO preventie, CVZ rapport van preventie verzekerd'. + Burgers verantwoordelijk voor gezond gedrag, overheid voor de randvoorwaarden. + Verminderen sociaaleconomische gezondheidsverschillen
2008	Ambitie van de Minister van VWS om de BeweegKuur in het basispakket Zwv op te nemen.	+ Steun Minister (Kamerstukken) + Pilot BeweegKuur + RIVM rapport kosteneffectiviteit
II. Juni 2011 – okt 2014: beleidsimplementatie in impasse, veld blijft actief		
2011	De Minister van VWS neemt het beleidsvoornemen om de GLI in het basispakket op te nemen *niet* over.	- Nieuwe minister van VWS + kabinet - Eigen verantwoordelijkheid van de burger - Hoge aanloopkosten van de GLI - Kosteneffectiviteit fysiotherapie in BeweegKuur - Bezuinigen kabinet
2011 - 2014	Experimenten met preventie: o.a. interventie-eigenaren, universiteiten, gemeenten, zorgverzekeraars en VWS-beleidsambtenaren.	+ Bevlogen actoren en organisaties + Aandacht in de media (b.v. Zembla in 2011)
III. Nov 2014 – jan 2019: nadere duiding, erkenningen, betaaltitel, implementatiecondities		
Vanaf 2014	Constructieve houding van toenmalig Minister van VWS, voortgezet door latere Minister van VWS.	+ Successen van experimenten in het veld + Aandacht voor preventie bij gemeenten + Motie Wolbert 'Betaaltitel selectieve preventie' + Rapporten en nota's over preventie - kosteneffecviteit lastig aan te tonen
Maart 2016	Reactie op de Motie Wolbert in een Kamerbrief door de Minister, en gecoördineerd door directie Zorgverzekeringen van VWS.	+ Projectgroep met DGs Ministerie van VWS + Regio-conferenties in het veld + RIVM rapport over preventie in het buitenland + Rapporten over preventie en financiering ervan
Vanaf maart 2016	Hernieuwde aandacht voor preventie in de zorg bij het Ministerie, Preventieteam met DGs van VWS.	+ Alle voorgaande punten + Uitzending 'De Monitor' over gebrek aan preventie + Nieuwe Staatssecretaris VWS + kabinet
Maart 2017 – dec 2018	Technische overleggen over een declaratietitel GLI gecoördineerd door VWS, NZa en ZiN en deelname van partijen uit het veld; addenum verschijnt in 2018	- complex proces, belangen, bureaucratie - coalitievorming rondom CooL en beroepsgroepen - concurrentiestrijd tussen beroepsgroepen - ontbreken van 'eigenaarschap' van preventie - machtige rol van de zorgverzekeraars - terughoudende opstelling huisartsen - negatieve beeldvorming over leefstijlcoach - actoren laat (interventie-eigenaren) of nauwelijks betrokken (LHV, VNG). +/- naar vorenschuiven GLI CooL als voorbeeld +/- Beroepsprofiel hbo-leefstijlcoach 2016 van BLCN +/- (Aanpassen) erkenningstraject GLI + Samenwerking VWS, NZa en ZIN + Faciliterende en constructieve rol van VWS + (vrijwillige) en bevlogen inzet van actoren + opzet kwaliteitsregister BLCN-registratie + ZIN en NZa onderschrijven beroepsprofiel BLCN

Voor de samenwerking geldt ook dat deze ten dele systeem doorbrekend is en ten dele ook zeker niet. Een aantal effectieve uitvoeringsnetwerken zijn van de grond gekomen, bijvoorbeeld de

[9] In de tabel zijn alleen de belangrijkste momenten in het proces opgenomen.

interventie-eigenaren die met elkaar samenwerken. Echter, aan de kant van de beroepsgroepen is er nog winst te behalen. (Nieuwe) Leefstijlcoaches worden niet ondersteund om wegwijs te raken in de eerstelijnszorg noch binnen de gemeenten in hun werkgebied. Huisartsen en zorggroepen hebben weinig tijd of prioriteit om zich erin te verdiepen. Bovendien lijkt een deel van de huisartsen maar (zeer) langzaam mee te bewegen: preventie zien zij van oudsher niet als (primaire) taak of zij worden daarin onvoldoende ondersteund door de zorggroep. Er is geen duidelijke koppeling met het beweegaanbod in gemeenten, uitzonderingen daargelaten. De GLI wordt in schriftelijke stukken weliswaar genoemd in de context van zowel de preventiecoalities tussen zorgverzekeraars en gemeenten, als sommige lokale Preventie en Sportakkoorden, maar in het kader van dit onderzoek wordt niet duidelijk in hoeverre de GLI via deze netwerkinstrumenten ook daadwerkelijk wordt gefaciliteerd en in praktijk gebracht.

4. Institutionele beleidsanalyse: over legitimiteit en knellende kaders

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten beschreven van de reconstructie van het beleidsproces van de GLI. Onderdeel hiervan was de duiding van de beleidsopgave van de GLI. In dit hoofdstuk analyseren we deze normstellende en systeemdoorbrekende beleidsopgave aan de hand van de derde onderzoeksvraag: 'Hoe verhoudt de GLI zich tot het beleidsmechanisme van de Zorgverzekeringswet, en hoe kan de beleidscoördinatie van de GLI, en preventie in de zorg, verder worden versterkt?' Hierbij plaatsen we de beleidscoördinatie in de theoretische invalshoek van *public governance,* in het bijzonder *New Public Governance* (zie bijlage I).

4.1 Beleidslegitimiteit als verklaring voor procesvertraging en uiteindelijk succes

In de derde fase zijn er verschillende verklaringen te vinden die inzichten opleveren voor een passende wijze van de beleidscoördinatie. Terugkijkend hangen deze verklaringen samen met de beleidslegitimiteit van het GLI beleid, waarbinnen we onderscheid maken tussen de *input*, *throughput* en *output*legitimiteit (Scharpf, 1994). De inputlegitimiteit bestaat uit de kwaliteit van de besluitvorming over beleidsdoelen voor de GLI; de throughput legitmiteit gaat over de vertaalslag van beleidsdoelen naar regels, instrumenten en toetskaders. Algemene vereisten hierbij zijn een democratische vertegenwoordiging en gelijkwaardige participatie van relevante belangen om de besluitvorming te kunnen beïnvloeden, en een evenwichtige weging van argumenten om willekeur te voorkomen en minderheidsbelangen te beschermen tegen de dominantie van de meerderheid. De outputlegitimiteit gaat over de kwaliteit van de uitkomsten van het beleid, oftewel de effectiviteit, de responsiviteit en de verantwoording van het beleid.

4.1.1 Inputlegitimiteit onder druk: geen actieve vraag en wisselende politieke steun

Bij preventie ontbreekt vaak een actieve vraag vanuit de samenleving om overheidsingrijpen. Een belangrijke bron voor beleidslegitimiteit, steun van het electoraat, ontbreekt daardoor. Echter, het ontbreken van een krachtig tegengeluid door de oppositie of een protestbeweging uit de samenleving kan in sommige gevallen ook worden opgevat als voldoende basis voor besluitvorming (Engelen & Sie Dhian Ho, 2004). De motie Van der Veen gaf politieke steun aan het op opstarten van dit traject. Bij gebrek aan electorale steun werd een andere bron voor legitimiteit geactiveerd: de wetenschap. Wetenschappelijk onderzoek door o.a. de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (de vierjaarlijkse RIVM) monitor) had in voorgaande jaren reeds meermaals onderbouwing gegeven aan de omvang en ernst van de risico's van overgewicht voor de individuele en de volksgezondheid. De vereiste voor een overgewichtsrisicobeleid in de Zvw is de aanwezigheid van bewezen kosteneffectieve interventies. In de eerste en tweede fase van het GLI-beleidsproces werden experimenten en onderzoeken gesubsidieerd over de haalbaarheid en kosteneffectiviteit van een GLI-interventie. Het besluit van minister Klink om de GLI op basis hiervan op te nemen in het basispakket werd echter door zijn opvolger 'on hold' gezet door het advies van CVZ, om fysiotherapie

bij overgewicht in het kader van de GLI op de Chronische lijst op te nemen, af te wijzen. Argumenten waren de eigen verantwoordelijkheid, beperkte bewezen effectiviteit van fysiotherapie, en afspraken over kostenbesparingen in het kader van de financieel-economische crisis.

4.1.2 Throughput legitimiteit onder druk: kwaliteit van de dialoog in de consultatie overleggen

Eén verklaring waarom het beleidsproces in de derde fase (de gesprekstafels rondom de prestatiebeschrijving, tariefstelling, en de implementatie-overleggen die volgden op de inwerkingtreding van de beleidsregel GLI van de NZa) zo moeizaam is verlopen is de 'technisch-bureaucratische' focus op de voorwaarden voor de invoering in de Zorgverzekeringswet, waar het zorgveld nog niet klaar voor was. Door het -op zichzelf terecht- consulteren van de overwegend gebruikelijke gesprekspartners, die niet betrokken waren bij concrete ontwikkelexperimenten met GLI-interventies, kregen op zichzelf oprechte twijfels, zorgen en onzekerheden steeds meer het karakter van een belangenstrijd, waardoor er weinig oplossingsruimte werd gecreëerd voor de GLI. De interventie-ontwikkelaars ontbraken aanvankelijk aan tafel, waardoor er onvoldoende zicht kwam op de potentie van de bijdrage van het zorgveld aan preventie, gezondheid en activering van de doelgroepen burgers middels de GLI. De vertegenwoordiging van het oude speelveld van de zorg en het nieuwe speelveld voor de GLI aan de gesprekstafel leek hierdoor uit balans. Daardoor ontbrak een opbouwende dialoog, waarin de implicaties van deze experimenten door de verschillende beoogde uitvoerders verder konden worden onderzocht om de randvoorwaarden in het veld voor het succesvol op grotere schaal invoeren van deze GLI-interventies te verhelderen, en daarmee ook te werken aan een groter draagvlak in het veld.

Een tweede verklaring voor het moeizame proces was de interne verdeeldheid bij meerdere van deze consultatiepartners. Uit meerdere interviews bleek dat tussen het bestuur en de directie van deze organisaties, en binnen de achterban onenigheid bestond over de GLI in het basispakket. Terwijl een deel van de beroepsgroepen en zorgverzekeraars de GLI omarmden als een innovatie waarmee zij graag bijdragen aan het beperken van leefstijlgebonden gezondheidsproblemen, bezag een ander deel de GLI vooral als een onnodige medicalisering van leefstijlproblematiek of als een bedreiging van de bestaande orde. Zonder eenduidig mandaat was het voor individuele vertegenwoordigers in de technische overleggen ingewikkeld om in onderhandeling met meerdere belangen aan tafel toezeggingen te doen. Dit resulteerde er in dat verschillende veldpartijen (los van individuele personen) niet of nauwelijks te engageren waren tot deelname dan wel voortgang in deze besprekingen. De voortgang werd afhankelijk van de belangenstrijd en dreigde in een impasse te geraken. Om dat te voorkomen, en te waarborgen dat zorgverzekeraars voldoende tijd hadden om de invoering van de betaaltitel goed voor te bereiden in hun inkoop, contractering, en polis aanbod aan verzekerden, besloten de minister en staatssecretaris vast te houden aan de invoeringstermijn voor de GLI op 1 januari 2019. Daarmee werd de voortgang gewaarborgd, maar bleef het draagvlak in het veld onveranderd beperkt. De uitvoering van de GLI heeft nu nog steeds last van de gebrekkige input in deze overleggen.

4.1.3 Outputlegitimiteit onder druk: Consequenties voor huidige stand van zaken

Inmiddels is de GLI nu twee jaar in uitvoering. Een belangrijke constatering uit de interviews met betrokken partijen bij het GLI-beleidsproces is dat geen van de geïnterviewden uit het zorgveld de nieuwe norm voor preventie in de zorg afwijst. Sterker nog, iedereen onderschrijft het belang van preventie in de zorg zoals bedoeld met de GLI om gemotiveerde mensen met obesitas en matig overgewicht een integrale begeleiding bij leefstijlverandering aan te bieden. Echter, de erfenis van het hierboven beschreven proces betreft de zorgen en onzekerheden in het veld over de organisatie en coördinatie van de GLI door de uitvoerders, en de verhouding tussen de zorgplicht en de beleidsvrijheid voor zorgverzekeraars. Ten aanzien van het eerste punt geeft de vertegenwoordiging van huisartsen en leefstijlcoaches in interviews aan niet, of slechts gedeeltelijk te kunnen voldoen aan de verwachtingen over de organisatie en coördinatie van de uitvoering van de GLI, die uit de prestatiebeschrijving voortkomen. Hoewel uit de monitor door het RIVM blijkt dat dit in toenemende mate in verschillende regio's steeds beter lijkt te lukken, is dit toch een belangrijk signaal. Ten aanzien van het tweede punt wordt uit de RIVM-monitor zichtbaar dat er grote verschillen zijn tussen regio's in het aanbod van de GLI, die voor een deel zijn te herleiden naar verschillen in aanvullende voorwaarden, contractering en inkoop tussen zorgverzekeraars.

Inmiddels is hierop actie ondernomen door het instellen van een task force waarin de verschillende betrokkenen, inclusief een vertegenwoordiging van interventie-ontwikkelaars, meedenken over het wegnemen van praktische belemmeringen en versterken van de voorwaarden om een goede toegang en uitvoering van de GLI voor alle verzekerden in Nederland mogelijk te maken. De task force geeft betrokkenen hernieuwd vertrouwen dat hun signalen serieus worden genomen. Tevens blijkt uit de voorbereiding van nieuwe interventies voor de GLI in de Zvw dat de beleidsinstanties de stakeholders, waaronder interventie-eigenaren, veel vroegtijdiger in het voorbereidingsproces betrekken, waardoor praktische kennis eerder beschikbaar komt en er in een vroeger stadium aan draagvlak kan worden gewerkt. Dit komt de responsiviteit en de effectiviteit van het GLI-beleid ten goede, waarmee de outputlegitimiteit naar verwachting zal toenemen.

4.1.4 Innovatie- en implementatiecoalitie als doorslaggevende succesfactor

Gegeven het weerbarstige proces in de derde fase is het de vraag hoe het uiteindelijk toch gelukt is om de GLI na meer dan tien jaar beleidsvorming in de Zorgverzekeringswet te verankeren. Een cruciale voorwaarde om in ieder geval binnen de overheid alle neuzen dezelfde kant op te krijgen en de benodigde dossierkennis te verzamelen was het toewijzen van de interne coördinatie binnen het ministerie van VWS aan de directie Zorgverzekeringen, die een projectgroep heeft samengesteld waarin alle directies op directeursniveau waren vertegenwoordigd. Hierdoor kwam specialistische kennis beschikbaar en werd tegelijkertijd gewerkt aan bewustwording en draagvlak bij alle directies voor het belang van preventie in de zorg. Uit de procesreconstructie blijkt vervolgens dat het doorzettingsvermogen van een coalitie van interventie-ontwikkelaars (innovatoren uit het veld) en de landelijke beleidsvormende instanties (ZIN, ministerie, en NZa) ook bij zware tegenwind van doorslaggevend belang is geweest. Hiermee werd het mogelijk om ondanks de tegenstand van een deel van de veldpartijen vast te houden aan de invoeringstermijn op 1 januari 2019. Met de invoering

van de GLI betaaltitel wordt het veld van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerstelijn middels de zorgplicht, met enige tijdsruimte voor een soepele overgang, langzaam maar zeker in beweging gebracht om de nieuwe norm voor preventie in de zorg op het grensvlak van geïndiceerde en selectieve preventie te organiseren en uit te voeren.

Uit de analyse van de procesreconstructie en de verklaringen voor het proces kan het gezien de knelpunten en (dreigende) impasses een prestatie genoemd worden dat de GLI er toch gekomen is. Zo levert deze analyse een stevige onderbouwing aan het belang van een goed procesontwerp en procesmanagement van de beleidsontwikkeling in interactie met een gebalanceerde vertegenwoordiging van beoogde uitvoerders en betrokkenen, om hun implementatiebereidheid en -capaciteit optimaal voor te bereiden. Tegelijkertijd roept deze reconstructie ook een grotere vraag op over hoe de norm van samenwerking voor preventie tussen stelsels zich verhoudt tot de dominante sturing door de Zvw.

4.2 GLI in de Zvw: Samenwerking binnen het kader van de gereguleerde concurrentie?

De GLI is de uitkomst van een aantal reeds langer lopende ontwikkelingen (Bekker, 2006b, 2006a; Bekker & Putters, 2005; Bekker et al., 2006) (Box 4.2).

Box 4.2 De GLI komt voort uit constateringen dat:

- De kosten van de gezondheidszorg buitenproportioneel groeien met het BNP;
- Leefstijl gerelateerde gezondheidsproblemen zonder, en soms ook met een duidelijke medische diagnose vaak samenhangen met sociale en financiële problemen;
- Een adequate aanpak van deze samenhang in problemen wordt gehinderd door de versnippering in financieringsstromen en voorzieningen in zorg, welzijn en inkomensondersteuning;
- Burgers deze problemen mede daardoor vaak niet zelf kunnen oplossen;
- De collectieve preventie en publieke gezondheid in Nederland gescheiden is georganiseerd van de zorg, in een publiek systeem van collectieve voorzieningen en diensten die de risicogroepen onvoldoende in beeld krijgen;
- De zorgverzekeringsmarkt, anders dan een vrijwillig individueel preventieaanbod in aanvullende verzekeringen, geen oplossing biedt voor preventie bij risicogroepen die (nog) niet ziek zijn.

Het vernieuwende van de GLI is dat het *de leefstijlbegeleiding onderbrengt bij de medische zorg* met het oog op het bevorderen van de gezondheid *in* de zorg. Tegelijkertijd fungeren de GLI en de leefstijlcoach als *verbindende instrumenten* met het beweegaanbod in het gemeentelijke domein en de markt. In het beleidsproces heeft de overheid met de introductie van de GLI het initiatief genomen om dit type leefstijlinterventies in het basispakket aan te bieden omdat het bewezen effectief is, bovengenoemde problemen gedeeltelijk tegemoetkomt, en de markt dit niet uit zichzelf oppakt. Belangrijke voorwaarden hierbij zijn dat gemeenten, zorgverzekeraars en zorgprofessionals het belang van samenwerking voldoende delen, dat zij daartoe voldoende toegerust zijn qua competenties en organisatiecapaciteit, en dat de kosten van samenwerking voor iedere partij in

verhouding staan tot de baten. In de volgende paragraaf belichten we in hoeverre dat lukt en waarom (niet).

4.2.1 GLI als governance *van* verandering, behoeft ook verandering *in* governance

De constatering dat de GLI een manifestatie is van een verandering van de grenzen tussen het medische, het individuele en het sociale domein heeft ons doen besluiten het beleidsproces van de GLI te benaderen als een *veranderproces.* De governance van verandering bestaat uit de coördinatie door de (het beleidskader van de) GLI van de samenwerking tussen medisch, sociaal en individueel domein door de GLI, dus de eigenschappen van de GLI als instrument. Uit de analyse van het beleidskader voor de GLI blijkt dat de GLI wel indicatiestelling en verwijzing mogelijk maakt door een huisarts naar een leefstijlcoach, maar de coördinatie en samenwerking met een beweegaanbod grotendeels ongeregeld laat. Weliswaar is in het tarief voor de GLI een component niet-patiëntgebonden zorg voor coördinatie en afstemming opgenomen om de prestatie 'onderlinge dienstverlening' te vergoeden. Echter, uit interviews blijkt dat het van het eigen initiatief van huisartsen en leefstijlcoaches afhangt of, en hoe zij elkaar, en het sociale domein, leren kennen. De praktijk wijst uit dat deze elkaar in sommige regio's slecht weten te vinden omdat dit in die regio's door zorgverzekeraars noch gemeenten wordt gefaciliteerd. De beoogde verandering worden dus in slechts een deel van de regio's gerealiseerd.

Het veranderproces begint echter al eerder met de ontwikkeling van het beleidskader voor de GLI. In de *inputfase* voor het GLI-beleidsproces (eerste fase van agendering en besluitvorming) was geen sprake van een duidelijk gearticuleerde vraag vanuit burgers, patiënten en/of verzekerden. Daarom draaide het bij de GLI in deze fase, zoals bij preventie in het algemeen, vooral om wetenschappelijke onderbouwing van het probleem van overgewicht en obesitas, en experimenten met gecombineerde interventies door toonaangevende instituten binnen de publieke gezondheidssector. De input voor de totstandkoming van de duiding van de GLI door het CVZ werd gecoördineerd door de VWS-directie Voeding, Gezondheid en Preventie en de directie Sport met externe subsidies voor experimenten zoals de BeweegKuur. In dat stadium was er weinig zicht op hoe de GLI zich verhoudt tot de gereguleerde marktwerking in de Zvw. De beleidscoördinatie kenmerkte zich eerder door een klassiek eenzijdige overheidssturing ('government').

De *'throughput'* fase (Easton, 1965) in het beleidsproces van de GLI, in de derde fase van de implementatievoorbereidingen van de GLI, werd gekenmerkt door de langs elkaar schurende coördinatie mechanismen van de GLI en de Zvw. Door de inbedding van de GLI in de Zvw werd het sturingskader van de gereguleerde zelfsturing door de zorgmarkt dominant. Hier gaat marktsturing gepaard met een stevige macroregulering van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg door de staat, met een gedetailleerd instrumentarium voor toezicht en controle door prestatiemanagement, verantwoording en controle op afstand (zelfsturing onder controle en toezicht door 'new public management' (Hood, 1991)). In het GLI-proces zien we dan dat de overheid in de gereguleerde marktomgeving van de Zvw door het voorschrijven van prestaties een samenwerkingsprikkel tracht te introduceren. Bij de prestatieformulering lijkt de innovatie uitontwikkeld en direct uitrolbaar, opschaalbaar en lokaal uitvoerbaar. Samenwerking is echter een

inspanningsverplichting en niet goed te vangen in een resultaatsverplichting. Samenwerking tussen huisartsen en leefstijlcoaches 'met connecties in het sociale domein' (Zorginstituut Nederland, 2018) ontstaat alleen als deze elkaar kennen, vertrouwen, en uit de samenwerking wederzijds voordeel halen (Ostrom, 1990). Dat vraagt om een langere termijn dan het korte termijn gebaseerde prestatiemanagement door de Zvw toestaat.

Bovendien suggereert het beleidskader voor de GLI een samenwerking met het sociale domein, de doelgroepen en het beweegaanbod op de markt. De technische overleggen ontaarden zoals beschreven echter in een belangenstrijd die het zicht op hoe de organisatie van de gemeentelijke afstemming en de doelgroepenparticipatie kan worden gefaciliteerd ontneemt. Hierdoor blijft de beschreven prestatie voor de GLI beperkt tot de grenzen van het zorgdomein.

De vertaalslag daarvan in regels en instrumenten zou gericht moeten zijn op een maximale facilitering van de *implementatiebereidheid en -capaciteit van beoogde uitvoerders* om overgewicht daadwerkelijk terug te dringen en ziekten te voorkomen. Bij de beoogde uitvoerders hoort ook de burger die geen passieve ontvanger is van de GLI maar een actieve coproducent van de beoogde gedragsverandering. De synthese tussen regels en uitvoering is een noodzakelijke maar zeker geen vanzelfsprekende voorwaarde om de doelen en wenselijke uitkomsten van beleid te realiseren, en wordt verder gecompliceerd als het gaat om leefstijlverandering door de burger. De door de overheid gereguleerde prestatiesturing in de Zvw, en het bieden van financiële coördinatieruimte met het sociale domein en het beweegaanbod op de markt, schieten tekort om de beoogde verandering door de GLI tot stand te brengen. Dit betekent dat de governance van verandering door de GLI óók een verandering *in* governance behoeft.

De analyse van het beleidsproces laat hiermee zien dat de GLI een manifestatie is van een veel grotere beweging, waarin de coördinatie door de overheid van beleidsoplossingen voor maatschappelijke problemen verschuift '*van government naar governance'* (Rhodes, 1997). Dat houdt in dat behalve de inzet van beleidsinstrumenten om problemen bij te sturen, ook de ordening van verantwoordelijkheden tussen staat, markt en samenleving verschuift van een eenzijdige naar een gedeelde verantwoordelijkheid met de gemeenschap van burgers (Levi-Faur, 2012). Hoe kan deze vorm van zelfsturing door samenwerking voor preventie in praktijk worden gebracht?

4.2.2 'New public health governance': Lerende netwerken voor coproductie van gezondheid

De nieuwe norm voor preventie en de domein overstijgende samenwerking kunnen door de nadruk in het beleidskader op coördinatie van preventie en samenwerking, en actieve participatie van de risicogroepen bij het uitvoeren van de leefstijlinterventie, worden beschouwd als exponenten van een corrigerende beweging op 'new public management'. Om de legitimiteit en flexibiliteit van het beleid te vergroten wordt zelfsturing door de markt hier aangevuld met zelfsturing door samenwerking in netwerken tussen overheid, markt en samenleving. Deze beweging onder de naam van *'new public governance'* (Osborne, 2006) legt de nadruk op coöperatieve netwerkarrangementen tussen staat, markt *en gemeenschap* (burgerinitiatieven, verenigingen, ngo's, maatschappelijke organisaties, sociale ondernemingen en andere onafhankelijke collectieve organisatievormen). Het

streven is gericht op de coproductie van publieke waarden zoals gezondheid, en publieke diensten, zoals zorg, begeleiding en ondersteuning (Brandsen & Pestoff, 2006; Howlett et al., 2017) . Omdat zelfsturing door effectieve netwerken slechts ontstaat waar partners in een gelijkwaardige(r) verhouding tot elkaar staan, richt de coördinatie zich op het creëren van vrijwillige overeenstemming (Scharpf, 1994). De kracht van een gezamenlijke aanpak komt dus voort uit de overtuigingskracht waarmee een gemeenschappelijke ambitie tot stand komt en de erkenning dat de partners van elkaar afhankelijk zijn om die te realiseren (Koppenjan & Klijn, 2004). Om deze reden draait 'new public governance' dus ook om het organiseren van goede processen voor besluitvorming ('good governance') (Meuleman, 2011) .

Instrumenten zijn niet alleen de bekende adviescommissies, stakeholder consultaties of andere vormen van publieke participatie. Dit soort coöperatieve arrangementen werken alleen als de deelnemers zich gezamenlijke verantwoordelijk voelen, de overheid zich opstelt in de rol van facilitator en ruimte schept voor zelfbeschikking. Alternatieve instrumenten of arrangementen bieden mogelijkheden tot het signaleren van, en het bieden van een positieve prikkel voor bottom-up initiatieven door groepen burgers of sociale ondernemers. Met de nodige aanmoediging en facilitering kunnen deze initiatieven uitgroeien tot zelfsturende netwerken die belangrijke functies op zich nemen. De inzet van onafhankelijke intermediaire adviseurs is daarbij een belangrijk hulpmiddel om kennis, ervaring deelbaar te maken (Ansell & Gash, 2008, 2018). Voorbeelden zijn de initiatieven die samenkomen in het platform Alles is gezondheid (Bekker et al., 2018). Het succes van dergelijke initiatieven is mede afhankelijk van de mate waarin het lukt burgers en betrokkenen te mobiliseren en emanciperen en een overheid die bereid is te participeren, te acteren op signalen en behoeften en beleidsfeedback te verwerken in adaptief beleid. De overheid is bij coproductie van beleid dusverre van afwezig maar neemt een faciliterende rol aan en bewaakt een gelijke vertegenwoordiging en een passende publieke verantwoording.

Deze netwerken vormen niet alleen een verbindend arrangement om stelsel overstijgende samenwerking mogelijk te maken, maar leggen in een gevorderde ontwikkelingsfase een bodem voor institutionele aanpassingen die de Zvw en gemeentelijke stelsels duurzaam aan elkaar koppelen en integreren. Op de langere termijn werkt dit instrumentarium voor samenwerking uiteindelijk alleen als de institutionele verantwoordingskaders mee veranderen, variërend van planning en control cycli binnen organisaties tot meedenkend toezicht binnen de stelsels en op uitkomsten gerichte politieke verantwoording (Bovens et al., 2014; Rico et al., 2003). Om verantwoordingsvereisten over sectoren heen mogelijk te maken zijn ook stelsel overstijgende coördinatie arrangementen nodig (McQueen et al., 2012). Een passende vorm van evaluatie en verantwoording draait eerder om het reflecteren op, en leren van beleidsuitkomsten met een vooruitblik ter verbetering van beleid ('feed forward' en 'forward-looking accountability'), dan om het met een terugblik eenzijdig beoordelen van een prestatie op basis van de output.

4.2.3 Pragmatische coördinatie voor preventie en gezondheid

Een laatste les die we kunnen trekken voor de beleidscoördinatie van preventie in de toekomst is dat er in de beleidspraktijk altijd sprake is van combinaties van deze coördinatiemechanismen. De vraag is dus welke combinatie een passende balans geeft waarbij nadelen van het ene mechanisme kunnen worden gecompenseerd door de voordelen van het andere mechanisme. Deze vorm van hybride of metagovernance leunt sterk op het (filosofisch) pragmatisme (Sabel, 2012) van wat werkt in de beleidscontext gegeven plaats en tijd. Een cruciaal instrument daarbij is een reflexief instrumentarium voor het genereren van feedback van verschillende betrokkenen op innovaties en vernieuwingen in de praktijk, en een adaptieve cyclus om het beleid èn de governance aan te passen of te verbeteren.

5. Conclusie

De titel van dit rapport, *'Organiseren van samenwerking voor preventie'*, verwijst naar de hoofdconclusie van dit rapport. Met de inwerkingtreding van de betaaltitel GLI is een eerste basis gelegd voor een nieuwe norm onder de Zvw voor leefstijlbegeleiding op het grensvlak van selectieve en geïndiceerde preventie in de zorg, maar hiermee is de *combinatie* van interventies in de GLI nog niet gewaarborgd. Ten eerste wordt de ambitie van de GLI slechts gedeeltelijk waargemaakt met een indicatiestelling onder de Zorgverzekeringswet: het beweegaanbod als een cruciaal onderdeel van de GLI kan niet worden vergoed vanuit de Zvw en er is behalve een verwijzing naar het gemeentelijke domein geen aanvullend beleid voorhanden om de toegang en de betaalbaarheid van het beweegdeel te garanderen. Het begrip 'preventie in de zorg' dekt dan ook niet de lading van de nieuwe norm, het lijkt eerder te gaan om 'preventie *met* de zorg'. De lokale Preventie akkoorden en preventiecoalities bieden in dit opzicht geen garantie dat een regulier gemeentelijk beweegaanbod ten behoeve van de GLI tot stand komt. Ten tweede schieten de technisch-financiële instrumenten van de Zvw tekort om de gewenste en benodigde stelsel-overstijgende samenwerking tussen huisarts, leefstijlcoach, beweegaanbod en het sociale domein te organiseren. **De les uit de analyse van dit GLI beleidskader is dat samenwerking tussen uitvoerders van verschillende beleidsstelsels niet tot stand komt, omdat er op regionaal en landelijk niveau wel faciliterende maar geen verantwoordingsprikkels zijn voor de organisatie van die samenwerking.** Er is een aanvullend instrumentarium nodig op de financiële compensatie van kosten om de zorgen, onzekerheden en bezwaren ten aanzien van deze samenwerking adequaat te adresseren en, waar mogelijk, weg te nemen.

Deze inhoudelijke conclusie raakt aan de verklaring waarom de totstandkoming van de GLI 12 jaar heeft geduurd. De legitimiteit van dit beleid stond in de tweede en derde fase en na inwerkingtreding van de betaaltitel onder druk. Doordat in de inputfase geen noemenswaardige consultatie plaatsvond met de belangen in het zorgveld en met doelgroepen burgers bleef een evenwichtige afweging van belangen achterwege en werd het besluit tot opname in het basispakket voornamelijk genomen op basis van wetenschappelijk bewijs. In de vervolgfasen konden de belangenvertegenwoordigers door de prestatiesturing in de Zvw alleen nog meepraten over de vormgeving van een reeds vastgesteld besluit, waardoor alsnog een belangenstrijd ontstond die niet werd getemperd door inbreng van positieve ervaringen met GLI experimenten. Hierdoor werd de implementatiebereidheid en -capaciteit voor het beleid belemmerd, waardoor de leefstijlcoach in verschillende regio's nog weinig voet aan de grond krijgt. De technische coördinatie prikkel van de Zvw kon de politiek-democratische afweging van belangen slechts beperkt 'inhalen'. **De les voor de beleidscoördinatie van toekomstig preventiebeleid is een besluit evenzeer te legitimeren met een evenwichtige participatie van het oude en het nieuwe speelveld en actieve burgers, als met wetenschappelijk bewijs.** Dit versterkt het vertrouwen in de overheid en de implementatiebereidheid door het veld en zijn noodzakelijke voorwaarden voor doelbereiking en succes.

De institutionele analyse laat ten slotte zien dat voor de beoogde samenwerking tussen huisartsen, leefstijlcoaches, burgers en beweegaanbieders ook een samenhang is nodig tussen de Zvw en gemeentelijke stelsels zoals Wmo of andere kaders voor reguliere bekostiging van een toegankelijk en betaalbaar beweegaanbod. Dit is van belang omdat de gezondheidsrisico's van overgewicht zich concentreren in de groepen burgers met een laag inkomen, en omdat meerdere onderzoeksrapporten hebben aangetoond dat een relatief lichte investering aan de voorkant op termijn tot grote besparingen zullen leiden in de medische zorg. Om tegengestelde beleidsprikkels te voorkomen en samenhang te realiseren is voor de beleidscoördinatie van preventie een overgang gewenst van *concurrentie* en *controle* als dominante coördinatiemechanismen naar meer *coöperatieve arrangementen* die zorgen voor communicerende en complementaire stelsels. Deze samenwerking betreft dus ook de politiek-ambtelijke stelselverantwoordelijke departementen en directies met directe input vanuit het veld. Daarmee belichaamt het GLI beleid niet alleen een governance *van* verandering (in de uitvoering), maar ook een verandering *in* governance door het delen en herverdelen van verantwoordelijkheden voor beleidsformulering en verantwoording in de driehoek van overheid, markt en meer gemeenschap. Deze infrastructuur is te verstevigen door het faciliteren van lerende beleids- en uitvoeringsnetwerken met het nieuwe speelveld met interventie-ontwikkelaars en de actieve groep burgers op landelijk en regionaal niveau. Deze netwerken bieden input en feedback op de doelen en werkwijzen van de GLI, evenals op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de verschillende onderdelen. De netwerken bieden niet alleen een basis voor samenwerking tussen stelsels maar ook een werk- en vindplaats voor een evenwichtige afweging van publieke waarden en belangen als input voor beleid en als verantwoordingsprikkel over de uitkomsten van beleid. **In deze vorm van '*New public health governance*' kunnen goed functionerende netwerken voor preventie met de zorg zich onder transparante en opbouwende verantwoording door ontwikkelen tot gezondheids- en preventie-infrastructuren met een doorzettingsmandaat en geïntegreerde financiering.**

Referenties

Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *18*(4), 543–571. https://doi.org/10.1093/jopart/mum032

Ansell, C., & Gash, A. (2018). Collaborative platforms as a governance strategy. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *28*(1), 16–23. https://doi.org/10.1093/jopart/mux030

Arts en Leefstijl. (n.d.). Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI).

Bekker, M. (2006a). Demarcatie en coördinatie: public health governance tussen ratio en rede. In J. Helderman, P. Meurs, & K. Putters (Eds.), *Orkestratie van gezondheidszorgbeleid, besturen met rationaliteit en redelijkheid.* Assen: Van Gorcum.

Bekker, M. (2006b). *Werk als medicijn. Publiek-private preventie van psychische klachten via de werkplek. Achtergrondstudie bij RVZ advies 'Publieke Gezondheid'.* Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Bekker, M., Mays, N., Helderman, K., Petticrew, M., Jansen, M., Knai, C., & Ruwaard, D. (2018). Comparative institutional analysis for public health: Governing voluntary collaborative agreements for public health in England and the Netherlands. *European Journal of Public Health*, *28*(3), Suppl 19-25. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky158

Bekker, M., & Putters, K. (2005). Sturing van lokaal gezondheidsbeleid: de verknoping van gescheiden netwerken. In P. Prins, V. Beckers, A. Bogaart, MT Maas, A. Van der Pennen, K. Putters, & I. Zaat (Eds.), *Handboek Sturing in de Sociale Sector*. Den Haag: Elsevier.

Bekker, M., Wallenburg, I., & Helderman, J. (2006). Verschuivende verhoudingen: de marges van overheidsbeleid bij overgewicht. In G. Munnichs & H. Dagevos (Eds.), *De obesogene samenleving. Maatschappeijke perspectieven op overgewicht.* (pp. 155–164). Amsterdam: University Press.

Bemelmans, W., Wendel-Vos, G., Bogers, R., Milder, I., De Hollander, E., Barte, J., … Jacobs-Van Der Bruggen, M. (2008). *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieet-advisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de BeweegKuur.* Billthoven: RIVM.

Berendsen, B. A. J., Kremers, S. P. J., Savelberg, H. H. C. M., Schaper, N. C., & Hendriks, M. R. C. (2015). The implementation and sustainability of a combined lifestyle intervention in primary care: Mixed method process evaluation. *BMC Family Practice*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s12875-015-0254-5

BLCN. (n.d.). Voorwaarden lidmaatschap Beroepsverening Leefstijlcoaches Nederland. Retrieved 18 December 2020, from https://blcn.nl

BLCN. (2016). *Het profiel van de hbo leefstijlcoach Vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van de Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) op 18 maart 2016.* Retrieved 18 December 2020, from https://blcn.nl

Bovens, M., Goodin, R. E., Schillemans, T., & Gailmard, S. (2014). *Accountability and Principal–Agent Theory*. *The Oxford Handbook of Public Accountability*. Oxford: Oxford University Press.

Brandsen, T., & Pestoff, V. (2006). Co-production, the third sector and the delivery of public services. An introduction. *Public Management Review*, *8*, 493–501. https://doi.org/10.1080/14719030601022874

College voor Zorgverzekeringen. (2007). *Van preventie verzekerd*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

College voor Zorgverzekeringen. (2009). *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

College voor Zorgverzekeringen. (2010). *De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk. Rapport. Publicatienummer 289.* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

College voor Zorgverzekeringen. (2011). *Pakketadvies 2011. Publicatienummer 296*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

De Hollander, A., Hoeymans, N., Melse, J., Van Oers, J., & Polder, J. (2006). *Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Rapportnummer 270061003*. Bilthoven: RIVM.

Den Hartog, F., Wagemakers, A., Vaandrager, L., van Dijk, M., & Koelen, M. A. (2014). Alliances in the Dutch BeweegKuur lifestyle intervention. *Health Education Journal*, *73*(5), 576–587. https://doi.org/10.1177/0017896913508547

Duijzer, G., Haveman-Nies, A., Jansen, S. C., Ter Beek, J., Van Bruggen, R., Willink, M. G. J., … Feskens, E. J. M. (2017). Effect and maintenance of the SLIMMER diabetes prevention lifestyle intervention in Dutch primary healthcare: A randomised controlled trial. *Nutrition and Diabetes*, *7*(5). https://doi.org/10.1038/nutd.2017.21

Easton, D. (1965). *A Systems Analysis of Political Life.* New York: Wiley.

Engelen, E., & Sie Dhian Ho, M. (2004). Democratische vernieuwing: luxe of noodzaak? In E. Engelen & M. Sie Dhian Ho (Eds.), *De staat van de democratie: democratie voorbij de staat.* Amsterdam: Amsterdam University Press.

Fractie ChristenUnie Tweede Kamer. (2011). Samen Gezond. Een reactie op het 'preventiebeleid' van een VVD-minister [Preventienotitie, november 2011]. Retrieved 28 September 2020, from https://issuu.com/christenunie/docs/20111109-preventienotitie-samengezond-webversie

Hagenaars, L., & Potting, S. (2018). Meer preventie in de zorg: een narratief en uitnodiging vanuit de beleidspraktijk. *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, *96*(8), 314–317. https://doi.org/10.1007/s12508-018-0190-6

Hajer, M., Van Tatenhove, J., & Laurent, C. (2004). *Nieuwe vormen van governance, een essay over nieuwe vormen van bestuur met een empirische uitwerking naar de domeinen van voedselveiligheid en gebiedsgericht beleid [RIVM rapport 500013004]*. Amsterdam: Onderzoeksteam Perform/ASSR, Universiteit van Amsterdam.

Heijink, R., & Truijs, J. (2016). *Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland? Een eerste inventarisatie op basis van interviews met buitenlandse experts en literatuur. Rapportnummer 2015-0182*. Bilthoven: RIVM.

Helmink, J., Meis, J., & Kremers, S. P. J. (2009). *Een jaar BeweegKuur, en dan? Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende contextuele factoren*. Maastricht: Maastricht University.

Hemerijck, A. (2003). The resurgence of Dutch corporatist policy coordination in an age of globalization. In G. Lehmbruch & F. van Waarden (Eds.), *Renegotiating the Welfare State* (1st ed., p. 37). London: Routledge.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, *69*(1), 3–19. https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x

Howlett, M., Kekez, A., & Poocharoen, O. O. (2017). Understanding Co-Production as a Policy Tool: Integrating New Public Governance and Comparative Policy Theory. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, *19*(5), 487–501. https://doi.org/10.1080/13876988.2017.1287445

Huber, M., Vliet, M. Van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health : a mixed methods study. *BMJ Open*, *6*(1), 1–12. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091

Kemper, P. (2020). *Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel. Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie in 2019*. Bilthoven: RIVM.

Koppenjan, J., & Klijn, E.-H. (2004). *Managing uncertainties in networks : a network approach to problem solving and decision making*. *Routledge*. London: Routledge.

Levi-Faur, D. (2012). *The Oxford handbook of governance*. Oxford: Oxford University Press.

McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C., & Davies, M. (2012). *Intersectoral governance for Health in All Policies. European Oservatory for health systems and policies. Eurohealth*. Copenhagen: World Health Organization.

Meuleman, L. (2011). Metagoverning governance styles - broadening the public manager's action perspective. In J Torfing & P. Triantafillou (Eds.), *Interactive Policy Making, Metagovernance and Democracy* (pp. 95–104). Colchester: ECPR Press.

Ministerie van Financiën. (2016). Nota over de toestand van 's Rijks financiën [Brief regering 34550, 20 september 2016]. Retrieved 28 January 2021, from https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vk7nn366bsz9

Ministerie van VWS. (2006). *Kiezen voor een gezond leven 2007 - 2010. Preventienota 2006.* Den Haag.

Ministerie van VWS. (2007). Preventiebeleid voor de volksgezondheid [Kamerbrief 22894, nr 134, 24 september 2007]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-22894-134.html

Ministerie van VWS. (2008a). Acute zorg; Brief minister met visie op de eerstelijnsgezondheidszorg [Kamerbrief 29 247, nr. 56 , 25 januari 2008]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vi3k9hyhd9zs

Ministerie van VWS. (2008b). Acute zorg [Kamerbrief 29247, nr. 76, 3 juli 2008]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29247-76.html

Ministerie van VWS. (2008c). Korte beschrijving van activiteiten en programma's. [Bijlage 1 bij brief van de

minister van VWS, 31200-XVI nr. 155b1]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31200-XVI-155.html#related_documentsAnchor

Ministerie van VWS. (2008d). Preventiebeleid voor de volksgezondheid [Kamerbrief 22894, nr. 176, 8 juli 2008]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-22894-176.html

Ministerie van VWS. (2009a). Nota overgewicht [Kamerbrief, 31899 nr. 1, 19 maart 2009]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31899-1.html

Ministerie van VWS. (2009b). Tabel overzicht maatregelen nota's. [Bijlage 1. 2009D24849, 20 mei 2009]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j4nvgs5kjg27kof_j9vvij5epmj1ey0/vi5riykn1ryp/f=/blg20071.pdf

Ministerie van VWS. (2011a). Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Kamerbrief, 32620 nr. 27, 14 oktober 2011]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32620-27.html

Ministerie van VWS. (2011b). Besluit van 30 september 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet per 2012 en de eigen bijdragen daarvoor en wijziging van dat besluit en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met stringent pakketbeheer en wijziging van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. *Staatsblad van Het Koninkrijk Der Nederlanden*, *467*.

Ministerie van VWS. (2011c). *Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. [Nota, 32793 nr. 2]*. Den Haag. Retrieved from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32793-2.html

Ministerie van VWS. (2011d). Herziening Zorgstelsel [Kamerbrief, 29689 nr. 326, 10 juni 2011]. Retrieved 18 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-326.html

Ministerie van VWS. (2011e). Herziening zorgstelsel [Kamerbrief 4 juli 2011]. Retrieved 4 December 2020, from https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20110704/brief_van_de_minister_van/document3/f=/viqxa456yico.pdf

Ministerie van VWS. (2011f). Programma Sport en Bewegen in de Buurt. [Aanbiedingsbrief 14 november 2011]. Retrieved from https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=1858&m=1422882958&action=file.download

Ministerie van VWS. (2016a). Preventief gezondheidsbeleid [Kamerbrief minister en staatssecretaris VWS, 32793 nr. 213, 30 maart 2016]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32793-213.html

Ministerie van VWS. (2016b). Reactie op het rapport "Financiering van preventie: analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen" van Zorgmarktadvies, 2015. [Bijlage Kamerbrief 25 maart 2016]. https://doi.org/10.1145/3132847.3132886

Ministerie van VWS. (2018a). *Nationaal Sportakkoord. Sport verenigt Nederland*. Den Haag.

Ministerie van VWS. (2018b). Schriftelijk overleg (VSO) inzake VSO Voorhang invoering maximumtarieven Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) [Beantwoording kamervragen over invoering maximumtarieven gecombineerde leefstijlinterventie]. Retrieved 18 December 2020, from https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/20/beantwoording-kamervragen-over-invoering-maximumtarieven-gecombineerde-leefstijlinterventie

Ministerie van VWS. (2019a). Preventief gezondheidsbeleid [Kamerbrief Staatssecretaris VWS, 32793 nr. 463, 11 december 2019]. Retrieved 18 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32793-463.html

Ministerie van VWS. (2019b). Tussenevaluatie maatregelen preventie in het zorgstelsel [Kamerbrief staatssecretaris VWS, 5 juli 2019]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/05/kamerbrief-bij-de-tussenevaluatie-maatregelen-preventie-in-het-zorgstelsel

Ministerie van VWS. (2020). Stand van zaken Preventie in het zorgstelsel en de gecombineerde leefstijl interventie bij overgewicht [Brief Staatssecretaris VWS, 32793, nr. 486, 7 juli 2020]. Retrieved 20 December 2020, from https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2020Z13668&did=2020D28911

Mohnen, S., Deuning, C., Feenstra, T., Wendel-Vos, W., & De Wit, A. (2020). *Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie 2020: ontwikkeling geremd door COVID-19?* Bilthoven.

Mohnen, S., Feenstra, T., Wendel-Vos, W., & De Wit, A. (2019). *Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI-Monitor).* Bilthoven.

Mohnen, S., Feenstra, T., Wendel-Vos, W., & De Wit, A. (2020). *Gecombineerde Leefstijlinterventie 2020: ontwikkeling in volle gang*. Bilthoven: RIVM.

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2015). *NHG-Zorgmodules Leefstijl. Versie 2015*. Utrecht: NHG.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). *Technisch Overleg 1. Gecombineerde Leefstijlinterventie [Verslag 30 maart 2017]*.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2018a). Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie BR/REG-19137. Retrieved 4 December 2020, from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_236692_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2018b). Prestatie- en tariefbeschikking gecombineerde leefstijlinterventie 2019 TB/REG-19623-01. Retrieved 4 December 2020, from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_236300_22/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2018c). Regeling gecombineerde leefstijlinterventie NR/REG-1910. Retrieved 4 December 2020, from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_236292_22/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2018d). *Technisch Overleg Geïntegreerde Leefstijlinterventie [Verslag 22 februari 2018]*.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2019a). Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie BR/REG-19137a. Retrieved 4 December 2020, from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_272891_22/%0A%0A

Nederlandse Zorgautoriteit. (2019b). Prestatie- en tariefbeschikking gecombineerde leefstijlinterventie 2019 TB/REG-19623-02. Retrieved 4 December 2020, from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_272902_22/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2019c). Regeling gecombineerde leefstijlinterventie NR / REG-2012. Retrieved 4 December 2020, from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_264715_22/

Osborne, S. (2006). The new public governance? *Public Management Review*, *8*(3), 377–387. https://doi.org/doi:10.1080/ 14719030600853022

Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action.* Cambridge: Cambridge University Press.

Partnerschap Overgewicht Nederland. (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Amsterdam: PON.

Partnerschap Overgewicht Nederland. (2016). *Gecombineerde groepsbehandeling van obesitas voor volwassenen met een sterk of extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico*. Amsterdam: PON.

Preventieteam Ministerie van VWS. (2019). *Bijeenkomst Gecombineerde Leefstijlinterventie 14 oktober 2019 [Verslag]*. Retrieved from https://www.loketgezondleven.nl/documenten/verslag-bijeenkomt-gecombineerde-leeftstijlinterventie-14-oktober-2019

Projectgroep GLI NZa. (2017a). *Aanzet prestatieomschrijvingen GLI. Technisch Overleg GLI. [Memo 19 april 2017]*.

Projectgroep GLI NZa. (2017b). *Kaders voor implementatie bekostiging geïntegreerde leefstijlinterventie [Memo aan Technisch Overleg Geïntegreerde Leefstijlinterventie, 23 maart 2017]*.

Projectgroep GLI NZa. (2017c). *Technisch Overleg 2. Geïntegreerde Leefstijlinterventie [Memo 19 april 2017]*.

Projectgroep GLI NZa. (2017d). *Technisch Overleg Geïntegreerde Leefstijlinterventie [Memo 12 december 2017]*.

Raaijmakers, L. G. M., Helmink, J. H. M., Hamers, F. J. M., & Kremers, S. P. J. (2011). *Implementatie en continuering van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners Najaar 2011*. Maastricht.

Rhodes, R. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University Press.

Rico, A., Saltman, R. B., & Boerma, W. G. W. (2003). Organizational restructuring in European health systems: The role of primary care. *Social Policy and Administration*, *37*(6), 592–608. https://doi.org/10.1111/1467-9515.00360

RIVM. (n.d.). Loket Gezond Leven. Retrieved 4 December 2020, from https://www.loketgezondleven.nl/

RIVM. (2020). *Bijlage: GLI-monitor update maart 2020. Aantal deelnemers en totale uitgaven aan de GLI*. Bilthoven: RIVM.

Sabel, C. (2012). Dewey, democracy, and democratic experimentalism. *Contemporary Pragmatism*, *9*(2), 33–55. https://doi.org/10.1163/18758185-90000229

Scharpf, F. (1994). Games real actors could play: positive and negative coordination in embedded negotiations. *Journal of Theoretical Politics*, *6*(1), 27–53. https://doi.org/10.1177/0951692894006001002

Schurink-Van 't Klooster, T. M., Loyen, A., & Proper, K. I. (2019). *Meer bewegen: doorverwijzing naar beweegactiviteiten door eerstelijnszorgverleners. [RIVM rapport Nr. 2019-0034]*. Bilthoven. https://doi.org/10.1007/s12508-020-00247-x

Soeters, M., & Verhoeks, G. (2015a). *Analyse van belemmeringen bij het verduurzamen van preventie.* Amsterdam: ZorgmarktAdvies.

Soeters, M., & Verhoeks, G. (2015b). *Financiering van preventie. Analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen*. Amsterdam: ZorgmarktAdvies.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., … Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948

Teuscher, D., Bukman, A., Van Baak, M., Feskens, J., Renes, R., & Meershoek, A. (2018). A lifestyle intervention study targeting individuals with low socioeconomic status of different ethnic origins: important aspects for succesful implementation. *BMC Public Health*, *18*(1), 54. http://doi.org/10.1080/12294659.2013.10805250

Torfing, J., & Triantafillou, P. (2013). What's in a name? grasping new public governance as a political-administrative system. *International Review of Public Administration*, *18*(2), 9–25. https://doi.org/10.1080/12294659.2013.10805250

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2006). Bijlage 6 Visie op preventie en gezondheid; reactie van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de Motie Van der Veen c.s. (Tweede Kamer, 2006/07, 30800 XVI, nr.74). Retrieved 30 December 2020, from https://www.rijksbegroting.nl/algemeen/gerefereerd/1/1/0/kst110363.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2007a). Annex 1. Uitwerking maatregelen en toezeggingen kaderbrief 2007-2011 visie gezondheid en preventie [Bijlage bij Kamerstuk 22894 nr. 156]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-22894-110.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2007b). Vaststelling begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007. [30800 XVI 74 Motie van het lid Van der Veen c.s. Nr. 74 18 januari 2007]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.rijksbegroting.nl/2007/kamerstukken,2007/1/24/kst104578.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2008). Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008. [Kamerbrief 31200 XVI, nr. 155, 13 juni 2008. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31200-XVI-155.html#related_documentsAnchor

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2009a). Lijst van vragen en antwoorden [Nota overgewicht, 31899 nr. 2, 24 juni 2009]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31899-2.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2009b). Nota Overgewicht [Verslag van een notaoverleg, 31899 nr. 12, 11 september 2009]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2009Z05172&did=2009D43112

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2009c). Schriftelijke antwoorden van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van de begroting van VWS voor het jaar 2010 (32 123-XVI). [Noot 1 en 2, 11 november 2011]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.rijksbegroting.nl/2010/kamerstukken,2009/11/11/han8515n.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2009d). Voedingsbeleid [Verslag van een notaoverleg, 31532 nr. 13, 1 april 2009]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2008Z00976&did=2009D15860

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2010). Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010 [Kamerbrief 32123 XVI nr. 136, 17 mei 2010]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2010Z08238&did=2010D22451

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2011a). Antwoorden eerste termijn behandeling Begroting VWS 2012 [Brief regering, 2011Z22503, 10 november 2011]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details/activiteit?id=2011A04658

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2011b). Preventief gezondheidsbeleid. Lijst van vragen en antwoorden. [Kamerstuk 32793 nr. 7, 29 september 2011]. Retrieved 18 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32793-7.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2011c). Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2011. 32 500 XVI, Nr. 143, 1 juni 2011. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32500-XVI-143.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2012). Preventief gezondheidsbeleid. Verslag van een notaoverleg. [Kamerstuk 32793 nr. 43, 13 maart 2012]. Retrieved 18 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32793-43.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2014). Motie van het lid Wolbert. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2015 [Kamerstuk 34000-XVI nr. 65, 21 november 2014]. Retrieved 18 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34000-XVI-65.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2017a). Motie van het lid Ellemeet c.s. over samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. [Motie 34775-XVI-72, 14 december 2017]. Retrieved 30 December 2020, from https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2017Z18024&did=2017D37229

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2017b). Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2018 [Kamerstuk 34775-XVI nr. 12114, 3 januari 2017]. Retrieved 18 December 2020, from https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2018Z14522&did=2018D59384

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2018). Preventief gezondheidsbeleid; Verslag van een schriftelijk overleg over het bevolkingsonderzoek darmkanker - uitslagen. [Kamerstuk 32793, nr. 311, 20 juni 2018]. Retrieved 20 December 2018, from https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vkq6levp4czk

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2019a). Eerstelijnszorg. Verslag van een algemeen overleg. [Kamerstuk 33578 nr. 76, 30 augustus 2019]. Retrieved 18 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33578-76.html

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2019b). Herziening Zorgstelsel. Verslag van een algemeen overleg. [Kamerstuk 29689, nr. 1018, 30 juli 2019]. Retrieved 30 December 2020, from https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-1018.html

Van Binsbergen, J., Langens, F., Dapper, A., Van Halteren, M., Glijsteen, R., Cleyndert, G., … Van Avendonk, M. (2010). Obesitas. NGH-standaard. M95. Versie 1.1. Retrieved 4 December 2020, from https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas

van Giessen, A., De Wit, G. ., Wendel-Vos, W., & Feenstra, T. . (2018). *Budget impact analyse van gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Raming van het benodigde budget bij opname van de GLI in de basisverzekering. [RIVM Briefrapport 2018-0092]*. Billthoven: RIVM.

Van Rinsum, C., Gerards, S. M. P. L., Rutten, G.-J. M., Van De Goor, I., & Kremers, S. P. J. (2018). *Coaching op Leefstijl (CooL): Eindrapportage van een implementatie- en monitoringstudie*. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Van Rinsum, C., Gerards, S., Rutten, G., Philippens, N., Janssen, E., Winkens, B., … Kremers, S. (2018). The coaching on lifestyle (CooL) intervention for overweight and obesity: A longitudinal study into participants' lifestyle changes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(4). https://doi.org/10.3390/ijerph15040680

Werkgroep IBO Preventie. (2007). *Gezond gedrag bevorderd. Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie.* Retrieved from https://edepot.wur.nl/117646

Williamson, O. (1979). Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *The Journal of Law and Economics*, *22*(2), 233–261. https://doi.org/10.1086/466942

Zorginstituut Nederland. (2018). *De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken. Addendum bij de duiding van het Zorginstituut van 2009*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Bijlage I. Onderzoeksopzet, methoden en theorie

De beleidvorming rondom de totstandkoming van de GLI in het basispakket tot de activering van de betaaltitel rondom deze betaaltitel heeft twaalf jaar geduurd. Om dit proces te kunnen reconstrueren en hebben wij drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat zijn de uitkomsten van het GLI-beleidsproces met betrekking tot het beleidskader voor de GLI?
2. Welke fasen, momenten, actoren en factoren waren van doorslaggevend belang voor de totstandkoming van dit beleidskader voor de GLI?
3. Hoe verhoudt de GLI zich tot het beleidsmechanisme van de Zorgverzekeringswet, en hoe kan de beleidscoördinatie van de GLI, en preventie in de zorg, verder worden versterkt?

We zijn gestart met het verzamelen van de empirie op basis van archief- en documentenonderzoek en interviews met sleutelfiguren in het GLI-beleidsproces. Op basis van deze data is een historische-institutionele beleidsanalyse uitgevoerd om inzicht te krijgen in de uitkomsten van het GLI-beleidsproces (onderzoeksvraag 1) en de fasen, momenten, actoren en factoren van doorslaggevend belang in het beleidsproces GLI (onderzoeksvraag 2). Vervolgens is de empirie leidend geweest voor het gekozen theoretisch kader, *New Public Governance.* Dit kader is gebruikt om een diepere duiding te geven van de processen die hebben plaats gehad. Het gaat daarbij om inzicht in de input, throughput en output van het beleidsproces en wat dit betekent voor de beleidscoördinatie van de GLI en meer algemeen, hoe op basis hiervan preventie in en/of met de zorg kan worden versterkt (onderzoeksvraag 3).

I.1 Archief en documentenonderzoek

Om inzicht te krijgen in de bestaande informatie over het beleid rondom de GLI zijn beleidsdocumenten van de overheid zoals kamerbrieven, nota's, begrotingen en notulen en verslagen van bijeenkomsten geraadpleegd. Daarnaast zijn rapporten van CVZ, ZIN en NZa bestudeerd, en verschillende wetenschappelijke rapporten over GLIs, bijvoorbeeld van het RIVM, maar ook over de evaluatie van individuele GLIs. Voor het inzicht krijgen in de GLIs BeweegKuur, CooL en SLIMMER is het Loketgezondleven.nl van het RIVM in 2018 (RIVM, n.d.) geraadpleegd (Bijlage III). Tot slot zijn interne documenten van het ministerie van VWS ingezien. Dit betreft onder andere notulen van bijeenkomsten over de GLI en brieven en mails van de beroepsgroepen en interventie-eigenaren aan elkaar en aan NZa, ZiN en VWS.

Overheidsdocumenten, zoals kamerbrieven, nota's, begrotingen, Kamervragen en antwoorden hebben we verzameld met de zoektermen 'GLI' en 'Gecombineerde Leefstijl Interventie' via de websites https://www.rijksoverheid.nl/documenten en www.tweedekamer.nl. Met de sneeuwbalmethode zijn aanvullende documenten verzameld. In dit archief- en documenten onderzoek zijn in totaal 2 moties en zo'n 40 Tweede Kamerstukken en documenten van het Ministerie van VWS meegenomen. Deze lijst is niet uitputtend, omdat alleen documenten zijn

meegenomen waarin substantiële informatie over de GLI en/of preventie meer in het algemeen vermeld is. Documenten waarin alleen de GLI wordt genoemd zonder verdere toelichting zijn niet meegenomen.

I.2 Interviews

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van betrokken sleutelfiguren bij de beleidsvorming van de GLI hebben we 18 interviews gehouden met in totaal 22 personen: bij vier organisaties hebben we twee personen geïnterviewd.

Voor de start van de interviews is in samenwerking met het ministerie van VWS een eerste lijst samengesteld met actoren vanuit zoveel mogelijk verschillende organisaties betrokken in de beleidsvorming van de GLI. Deze lijst werd tijdens de interviews aangevuld met nieuwe namen en organisaties, voortkomend uit de eerste interviews: in totaal 16 interviews met 20 personen. Omdat er weinig informatie was over de eerste fasen (periode 2006-2014) zijn in een later stadium twee sleutelfiguren benaderd, waarmee het totaal aantal interviews uitkomt op 18 (Tabel I.1). We hebben de sleutelfiguren uitgenodigd voor het interview met een mail, met daarin uitleg over het onderzoek en het interview. Bij geen reactie hebben wij gebeld. Alle benaderde personen hebben meegedaan aan het onderzoek, of hebben doorverwezen naar een collega omdat deze meer expertise over het beleidsproces zou hebben. We hebben voorafgaand aan het interview de vragen toegestuurd. Alle geïnterviewden hebben informed consent formulier getekend.

Tabel I.1 Overzicht van vertegenwoordigde organisaties, betrokkenheid en datum van interview

	Organisatie	Betrokkenheid	Datum interview
1	ZIN*	ZIN, Duiding en Addendum	3/9
2	Ministerie VWS, Directie ZV	Voorheen verantwoordelijk beleidsambtenaar	3/9
3	KNGF	Beroepsgroep Fysiotherapeuten	10/9
4	ZN	Zorgverzekeraar Nederland	11/9
5	Huis voor Bewegen*	Interventie eigenaar Beweegkuur	16/9
6	CZ	Zorgverzekeraar, ondersteuning CooL	17/9
7	BLCN	Beroeps Leefstijlcoaches	19/9
8	Menzis	Zorgverzekeraar	23/9
9	Tweede Kamer	PvdA motie	25/9
10	Expertisecentrum Leefstijlinterventies	Interventie eigenaar CooL,	25/9
11	GGD NOG	Interventie eigenaar SLIMMER,	25/9
12	VNG*	Vereniging Nederlandse Gemeenten	1/10
13	NZa*	Nederlandse Zorgautoriteit	2/10
14	NVD	Beroepsgroep Diëtisten	8/10
15	Partnership Overgewicht Nederland	Koepelorganisatie overgewicht en obesitas	13/10
16	LHV	Beroepsgroep Huisartsen	20/10
17	NISB	NISB, pilot Beweegkuur	5/11
18	Directie PG VWS	2007-2011	14/12

* Interview vond met twee personen plaats

Om een zo natuurlijk mogelijk gesprek te hebben is gekozen voor een semigestructureerd interview aan de hand van een topic list met open vragen (Bijlage II). Deze topic lijst werd telkens aangepast voor de interviewen persoon. We hebben de respondenten gevraagd om hun betrokkenheid bij de beleidsvorming GLI verhalend te vertellen, en hebben vervolgens het verhaal op details verder uitgediept aan de hand van de topic lijst. Voorbeelden van vragen zijn: Hoe bent u betrokken geweest bij de beleidsvorming GLI? In welke context speelde zich dit af? Welke zorgen, onzekerheden of twijfels had u? En welke momenten of argumenten waren van doorslaggevend belang in het proces?

De interviews vonden plaats in de periode september – december 2020, online met Teams of een ander programma naar keuze van de geïnterviewden. Zeven interviews zijn gehouden door twee onderzoekers en de overige interviews door één onderzoeker. Bij de eerste interviews waren twee onderzoekers aanwezig om goed met elkaar af te stemmen en voort te kunnen bouwen op deze informatie. De duur van de interviews was gemiddeld 62 minuten (30 - 87 minuten).

De interviews werden opgenomen, getranscribeerd en door de geïnterviewde gecontroleerd op onjuistheden. In drie transcripten zijn enkele tekstuele aanpassingen gemaakt.

I.3 Analyse

De documenten zijn in volgorde van tijd samengevat met daarin weergegeven de belangrijke momenten, actoren en factoren (Bijlage IV). De interviews zijn handmatig gecodeerd waarbij de van tevoren opgestelde hoofdcodes waren: 1) historische tijdlijn, 2) onzekerheden en twijfels over de GLI en hoe deze al dan niet geadresseerd zijn, 3) de belemmerende en bevorderende factoren, 4) contextuele ontwikkelingen preventie en 5) lessen toekomst. Binnen deze hoofdcodes is de informatie verder ingevuld naar onderwerp. Vervolgens is de informatie uit de documenten en interviews gebruikt om een tijdlijn te maken die schematisch weergeeft wat de belangrijke momenten zijn geweest in het beleidsproces (Figuur 1) en om de eerste twee onderzoeksvragen te beantwoorden. Met behulp van ‘backward mapping’ hebben we achterhaald in hoeverre en hoe de huidige stand van zaken de uitkomst vormt van het ontwikkelproces in de jaren 2007-2019. De resultaten hebben we geïnterpreteerd aan de hand van *governance* theorieën. Gedurende het onderzoek hebben we hiervoor gekozen omdat we constateerden dat de GLI meer omvat dan een nieuwe interventie voor de Zvw. Het normstellende en het Zvw overstijgende karakter van de GLI heeft ons doen besluiten de casus GLI, te benaderen als een *veranderproces*: het genereren van een nieuwe norm voor preventie in de zorg en de vertaalslag daarvan binnen de bestaande structuren en regels die de implementatiebereidheid en -capaciteit van beoogde uitvoerders faciliteert om obesitas en overgewicht daadwerkelijk terug te dringen. Het veranderproces bestaat uit de beleidscoördinatie (*governance)* in verschillende fasen van de totstandkoming van de GLI.

I. 4 Governance theorieën

Governance is een passende duiding van de coördinatie van de GLI in de context van de Zvw, omdat hier, in tegenstelling tot hiërarchische, top down overheidssturing, sprake is van gereguleerde marktwerking. Hierbij nemen overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en burgers deel aan een *collectief besluitvormingsproces* over de regels, wetten en structuren voor het aanbod van collectieve zorgvoorzieningen, en hebben zij allen *discretionaire ruimte voor deelbeslissingen* binnen dat kader. Dit sluit aan bij de wetenschappelijke definitie: 'governance entails the process of coordination among public, social and corporate actors in society whereby decision-making power is transferred from the state towards non-state actors' (Levi-Faur, 2012). Governance wordt tevens gedefinieerd als een indicator van verandering: 'Governance signifies a change in the meaning of government, referring to *new* processes of governing; or *changed* conditions of ordered rule; or *new* methods by which is society is governed (Rhodes, 1996). In de theorie van public governance wordt doorgaans onderscheid gemaakt tussen drie ordeningsmechanismen voor de relatie tussen overheid en samenleving: eenzijdige overheidssturing (Box I.1), zelfregulering door de markt (Box I.2) en Zelfregulering door samenwerking (Box I.3).

Box I.1 1e orde: eenzijdige overheidssturing door wet- en regelgeving
De 1e orde wordt in de theorie 'unilateral government'; 'hierarchical governance' of 'governance by command and control' genoemd (Scharpf, 1994). In eenzijdige overheidssturing staan de constitutie en formele instituties voor het machtsmonopolie van de overheid centraal. De overheid wordt gekenmerkt door de bevoegdheid om besluiten te nemen en de capaciteit om deze van kracht te laten gaan. Vaak wordt hierbij verwezen naar de landelijke overheid om de staatsveiligheid te bewaken en gezamenlijk actie te faciliteren (Stoker, 1998). Dit systeem is zeer resistent tegen verandering doordat het goed georganiseerde belangen bekrachtigt en nieuwe opkomende belangen uit de samenleving buitensluit. Eind jaren 1970 werd voor het eerst de doelmatigheid en het innovatievermogen van deze vorm van overheidssturing ter discussie gesteld (Williamson, 1979).

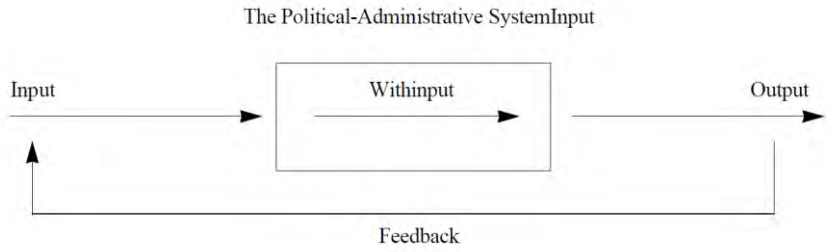
In de laatste veertig jaar is er, eerst in de bestuurskundige en sociale wetenschappen, later ook in de beleidspraktijk, een geleidelijke verandering te zien van hiërarchische overheidsregulering naar combinaties met meer zelfsturing door marktwerking en decentralisering zoals New Public Management (1980-2000) en recente combinaties met New Public Governance (vanaf 2010). Dit wordt ook wel de beweging *'van government naar governance'* genoemd (Hajer, Van Tatenhove, & Laurent, 2004). Dit paradigma gaat ervan uit dat de overheid niet langer een machtsmonopolie heeft, maar op meer gelijkwaardige basis samenwerkt aan beleid met andere krachten uit de samenleving, waaronder burgers en publieke en private organisaties. Hierdoor worden schaalvoordelen en synergie benut en kostenbesparingen bereikt. Trendwoorden zoals 'doe-democatie', 'coproductie' en 'participatiesamenleving' passen bij NPG. De beleidsinstrumenten van deze drie ordeningsmechanismen verschillen fundamenteel van elkaar. Het voordeel daarvan is dat deze instrumenten deels tekortkomingen van instrumenten van andere ordeningskaders kunnen aanvullen, compenseren, of versterken.

Box I.2 2e orde: zelfregulering door de markt via contractering
De 2e orde wordt ook aangeduid met 'New Public Management' (NPM) (Hood, 1991; Pollitt & Bouckaert, 2011) en is de belangrijkste reactie op de tekortkomingen van 'government' (1e orde). NPM wordt gekenmerkt door privatisering, uitbesteding en interne contractering, competitie en keuzevrijheid, systematisch prestatiemanagement en benchmarking in de (semi-)publieke sector, en strategisch publiek management. NPM wordt vaak getypeerd als 'technocratisch bestuur'. Voordelen ervan zijn het ontstaan van decentrale beleidsruimte om problemen adequater, sneller, en in grotere nabijheid aan te pakken; de focus op feitelijke onderbouwing van decentrale of geprivatiseerde beleidskeuzes om de verantwoording aan het overheidsbestuur op afstand vorm te geven. Een nadeel is dat de technische bewijsvoering de onderliggende waarden en normen als onderbouwing voor -voorheen politieke- besluitvorming vervangt. De democratische procedures voor de legitimering van beleidsprioriteiten en oplossingen verdwijnen naar de achtergrond, of soms helemaal. De traditionele belangenvertegenwoordigers krijgen daardoor een kennisachterstand ten opzichte van de gecontracteerde en op afstand geplaatste bestuurders. Bij gebrek aan procedures voor inspraak en invloed ontstaat hierdoor bij belanghebbende partijen, enigszins paradoxaal, meer weerstand tegen wat zij soms ervaren als een afstandelijke bureaucratie, waarin de systeemwereld ten koste gaat van de inleving en oplossing van problemen in de leefwereld van de burger

Box I.3 3e orde: zelfregulering door samenwerking in netwerken tussen overheid, markt en samenleving.
Deze orde, ook wel 'Network governance' (Powell 1990) of 'New public governance' (NPG) (Osborne 2006) genoemd is een reactie op NPM. In NPG komt de nadruk in de ordening tussen staat, markt en samenleving te liggen bij coördinatie, participatie, en co-productie van goede processen voor besluitvorming ('good governance') en beleidsuitkomsten (Sørensen & Torfing, 2007). Met een focus op beleidsuitkomsten neemt ook de aandacht voor implementatieprocessen toe. Want waarom leidt van tevoren gedetailleerd uitgedacht beleid niet (overal) tot de verwachte uitkomsten? Contextuele verschillen blijken cruciaal, en beleidsnetwerken met niet-overheidsactoren bieden zicht en informatie op deze cruciale implementatievoorwaarden. Daarom wordt NPG ook vaak geassocieerd met 'meta-governance', (governance van governance) het ontwikkelen van netwerkprocedures en arrangementen, waarmee het directe democratische gehalte van beleidsnetwerken kan worden gewaarborgd. Metagovernance omvat niet alleen het faciliteren en managen van beleidsnetwerken en samenwerkingsverbanden tot governance networks maar ook het maken van pragmatische en context-specifieke keuzen om publiek problemen op te pakken (Meuleman, 2011).

Ieder systeem wordt reeds gekenmerkt door een combinatie van deze drie hoofdcategorieën van governance. Er is dus sprake van '*hybride governance'*. De vraag is welke combinatie van instrumenten tussen deze ordeningsmechanismen de grootste impact heeft op het functioneren van het politiek-bestuurlijke systeem zoals voorgesteld door Easton (Torfing & Triantafillou, 2013) (zie Figure).

Figure 1. David Easton's model of the political-administrative system



De onderdelen van dit model vormen niet zozeer van elkaar te onderscheiden fasen maar eerder verschillende functies van het politiek-bestuurlijke systeem voor het creëren van bronnen voor legitiem beleid (Hemerijck, 2003; Scharpf, 1994). De figuur laat zien op welke wijze de drie ordeningsmechanismen de functies vervullen van het beleidsproces: het organiseren en structureren van de beleidsinput, de throughput ('withinput'), de beleidsoutput en de beleidsfeedback voor bijsturing of heroverweging van beleid (Torfing & Triantafillou, 2013) (p. 14). De input bestaat uit de collectieve vraag of opgave voor het beleid; het draagvlak en de mobilisering van bronnen. De 'throughput' bestaat uit het politieke systeem: de institutionele regels voor besluitvorming.

Bijlage II. Onderwerpen interview totstandkoming GLI

Voorgeschiedenis: reconstructie totstandkoming

1. **Aanleiding:** Hoe raakte uw organisatie erbij betrokken? (Twee periodes: 2007-2011 rond Beweegkuur, en 2015-2019 betaaltitel)
2. In welke **context** speelde de betrokkenheid van uw organisatie bij de processen rondom de GLI zich af?
3. Welke **zorgen, onzekerheden of twijfels** had uw organisatie/ achterban bij de GLI? Wat beoogde ur organisatie te bereiken in de diverse bijeenkomsten voorafgaand aan implementatie?
4. Hoe heeft u/ uw organisatie dit aangepakt? Wat was uw **strategie**?
5. Waar zag u **coalities** ontstaan, en met wie? Denk hierbij aan: visies, belangen, posities, span of control (van welk stukje van het proces zijn zij eigenaar, capaciteit, kennis), invloedssfeer (wie was dominant aanwezig en invloedrijk, waarom).
6. Welke rol ziet uw organisatie weggelegd voor uw leden als het gaat om preventie in de zorg en wat hebben zij daarvoor nodig?
7. Welke momenten en argumenten waren in uw ogen van doorslaggevend belang voor de ontwikkeling van het proces? Hoe werden uw zorgen, onzekerheden of twijfel gaandeweg weggenomen of opgelost?

Huidige tijdperk: uitvoering, evaluatie, bijstelling

8. Welke **signalen** ontvangt u uit het veld over hoe de uitvoering van de GLI in de praktijk verloopt?
9. Wat zijn **bevorderende en belemmerende factoren** bij de financiering en uitvoering van:
    a) innovatie en experiment en erkenningentraject CGL
    b) inkoop bij zorgverzekeraars
    c) beweegdeel bij gemeenten
    d) uitvoering bij aanbieders; zoals
        a. lokale netwerkvorming tbv uitvoering GLI
        b. bewustwording en motivatie doelgroepen (duurzaam)
        c. regionale/landelijke netwerkvorming tbv kennis en ervaringsdelen?
10. Met de kennis van nu: welke **lessen** trekt u uit de ervaringen in het proces van de totstandkoming van de GLI? Hoe zou het voorbereidingsproces anders of beter kunnen verlopen als het gaat om toekomstige ontwikkelingen om preventie in de zorg verder vorm te geven?

Specifieke vragen:

11. **Inhoudelijke keuzes en formulering**: In hoeverre en hoe hebben de consultaties bijgedragen aan de formulering van de beleidsregel GLI? Wat was de onderbouwing van de keuzes die uiteindelijk tot deze inrichting/inbedding/afbakening van de GLI hebben geleid? (ZIN/NZa)
12. Wat was het standpunt van de minister hierin? Waren er nog verschuivingen, bijvoorbeeld met de wisseling van opeenvolgende kabinetten en Ministers van VWS? (VWS, ZIN)

Bijlage III. Beweegkuur, CooL en SLIMMER

De GLIs BeweegKuur, CooL en SLIMMER zijn opgenomen in de Interventiedatabank Loketgezondleven.nl van het RIVM in 2018 (RIVM, n.d.). De belangrijkste overeenkomsten zijn: duur van de trajecten (twee jaar), opdeling in verschilde fasen en aandacht voor het behalen van persoonlijke doelen en het voorkomen van terugval. Alle GLIS richten zich op doelgroep verhoogde BMI en/of DM2. De belangrijkste verschillen betreffen de uitvoerende professionals. Bij de Beweegkuur ligt de focus op een integrale aanpak en de samenwerking tussen diëtisten, fysiotherapeuten, beweegprofessionals en leefstijlcoaches. Bij CooL wordt de gehele interventie door de leefstijlcoach uitgevoerd, en bij SLIMMER is er een strikte scheiding: voeding wordt gedaan door diëtist en beweging wordt gedaan door fysiotherapeut. In SLIMMER komt de leefstijlcoach komt pas in beeld wanneer beweeg- en voedingsplannen zijn opgesteld, en de deelnemer in de uitstroomfase zit.

Kenrmerken	**BeweegKuur***	**Cool****	**SLIMMER*****
Erkenningsstatus	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
Doel	Het realiseren van gezondheidswinst d.m.v. meer bewegen, gezonde voeding en gezonde leefstijl door gedragsverandering	Realiseren van gewichtsvermindering en het verbeteren van co-morbiditeiten, en een duurzame verandering in leefstijl te bereiken	Het duurzaam verbeteren van de leefstijl (voedings- en beweegpatroon) van deelnemers, om zo obesitas te verminderen
Doelgroep	Mensen vanaf matig gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en mensen met ernstig verhoogd GGR (BMI tussen 25 – 40 kg /m2, grote buikomvang en/ of co-morbiditeit. Voor mensen tussen de 18 – 99 jaar oud.	Volwassenen met overgewicht met daarbij een verhoogd risico op diabetes type 2 of cardiovasculaire aandoeningen	Volwassenen (18 – 70 jaar) met overgewicht en een verhoogd risico op type 2 diabetes en/ of mensen met obesitas (BMI 30 -40) die in staat zijn een leefstijlprogramma te volgen. Specifiek voor chronisch zieken, lage SES, patiënten.
Duur	2 jaar	2 jaar	2 jaar
Uitvoering	2 fasen **Fase 1: begeleidingsfase (12 mnd)** Vergroten van kennis en aanleren van vaardigheden op de drie domeinen, coaching en ondersteuning gericht op gedragsverandering en behoud daarvan. Motivatie van deelnemer van groot belang, er wordt gestuurd op zelf ontdekken discrepantie tussen eigen gedrag en gewenst gedrag. Coaching omvat ook spreken over hoe sociale omgeving gedragsverandering kan ondersteunen. Deelnemer houdt zelf regie over traject, gestelde doelen als leidraad hiervoor **Fase 2: Onderhoudsfase / nazorg** Focus op behoud gewenste beweging en voeding, voorkomen van terugval	2 fasen **Fase 1: basisprogramma (6- 8 mnd)** **fase 2: onderhoudsprogramma (16 - 18 mnd)** Regie ligt bij deelnemer zelf, leefstijl coach ondersteunt. Deelnemer formuleert doelen en koppelt hieraan bijbehorende acties m.b.t. gedragsverandering. Gedurende het programma worden acties bijgestuurd. Op moment dat doelstelling wordt behaald, worden er nieuwe acties geformuleerd. Daarnaast leren deelnemers terugval herkennen. Fasen richten zich op gedragsverandering op het gebied van voeding, beweging, slaap, stress, energiemanagement, vitaliteit en ontspanning.	2 fasen **Fase 1: Voedings- en beweegprogramma (6 mnd)** Ontwikkeling specifiek programma, betreft voedings- en bewegingsadvies door diëtisten en fysiotherapeuten **Fase 2: Uitstroomprogramma (18 mnd)** Begeleiding en monitoring door lokaal sport- en beweegaanbod en ondersteunende terugkom- en monitoringsmomenten. Dit wordt gedaan a.d.h.v. geformuleerde gedragsdoelen. Centraal staat advies over gezond eten en bewegen op maat

Begeleiding	Fase 1: 3 individuele consulten, 1 intake bij voedingsprofessional bij aanvang beweegkuur Fase 2: driemaandelijkse controle bij leefstijlcoach, 3 bijeenkomsten voedingsprofessional, en indien nodig nog 3 individuele consulten binnen reguliere gezondheidszorg	Beide fasen omvatten 8 groepssessies van 90 min, 10 -12 deelnemers. Gericht op bespreken knelpunten relevant voor de groep 2 individuele gesprekken van 45 min. Gericht op persoonsgebonden invulling, aandacht voor evalueren persoonlijke doelstellingen. Als laatste een eindgesprek van 60 min, waarin wordt gekeken in hoeverre de gestelde doelen behaald zijn.	Uitvoerders voedingsprogramma steunen deelnemers om het ontwikkelde patroon in stand te houden, en sporen zelf initiatief nemen aan. Uitvoerders beweegprogramma steunen deelnemers om het ontwikkelde beweegpatroon in stand te houden In fase 1 ,3-5 individuele consulten en 1 groepsbijeenkomst voor voeding. Hiervoor is 3 uur per deelnemer beschikbaar. Daarnaast 24 beweeglessen, in totaal 24 uur. In fase 2, 2 groepsbijeenkomsten van 1 uur, 4 individuele consulten van 30 min, en 1 eindgesprek van 30 min.
Organisatie	Multidisciplinair team: huisarts, leefstijl coach, beweeg professional, voedingsprofessional, lokale sport- en beweegbegeleiders, buurtsportcoach. Leefstijlcoach kan tevens beweegprofessional of voedingsprofessional zijn.	Verwijzing door huisarts	Uitgevoerd door huisartsenpraktijk, diëtisten, fysiotherapeuten, leefstijlcoaches en lokale sport- en beweegclubs. Uitvoering bij de uitvoerende zorgverleners. Wanneer binnen gemeente en buurtsportcoach beschikbaar is, fungeert deze als beweegmakelaar.
Rol leefstijlcoach	Gedragsverandering op leefstijl gemonitord door leefstijlcoach, die tevens ook coacht op generieke en persoonlijke doelen, en helpt bij het zoeken naar een passende bewegingsactiviteit. Leefstijlcoach wordt ondersteunt door beweegprofessional en voedingsprofessional. Leefstijlcoach is persoonlijk en begeleidt deelnemer bij het omgaan met belemmerende factoren, volhouden van beweegactiviteiten en voedingspatroon.	Leefstijlcoach neemt alle uitvoering op zich om zo stapsgewijs een verbetering van het leefpatroon te bewerkstelligen, evenals een duurzame verandering te realiseren. Leefstijlcoach ondersteunt deelnemer in het proces	Leefstijlcoach coacht deelnemer in uitstroomprogramma
Technieken	Motivational Interviewing (coöperatie, evocatie en autonomie)	Motivational Interviewing, Positieve psychologie, GROW=model	Intervention mapping (actoranalyse, focusgroepen en literatuuronderzoek) Healthy Communities stimuleren deelnemers zelf verantwoordelijkheid te nemen
Scholing	1 dagdeel, voor leefstijlcoach, beweegprofessional, voedingsprofessional, en lokale-sport en beweegaanbieders.	HBO-opgeleide professional, professional geregistreerd in register van het expertisecentrum leefstijlinterventies. CooL kan pas door professional uitgevoerd worden na startinstructie. Daarna doorlopende accreditatie eisen (relevante bijscholingen en minimale jaarlijkse uren praktijkervaring)	HBO-opleiding fysiotherapeut, HBO-opleiding diëtist, HBO opleiding leefstijlcoach

* https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1800158
** https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1800053
*** https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401417

Bijlage IV. Chronologische documentenstudie totstandkoming GLI 2007 – 2019

In 2006 verschijnt het rapport 'Zorg voor Gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV)' (De Hollander et al., 2006). In dit rapport wordt gezondheid gezien als een individuele verantwoordelijkheid van de burger. De rijksoverheid hoort wel de kwaliteit van zorg als publiek belang te waarborgen en hiertoe de randvoorwaarden creëren, en de resultaten te toetsen. De zorgverzekeraars hebben de taak om een regierol op zich te nemen. Het rapport licht toe dat er op dat moment voldoende kansen waren om preventie in te bedden in het Nederlandse zorgsysteem, maar dat zorgverzekeraars en zorgverleners voldoende geprikkeld moeten worden om preventieactiviteiten buiten de zorg te ontwikkelen. Preventie is nodig om de ziektelast veroorzaakt door ongezonde leefgewoonten te verminderen en een intensieve en integrale aanpak van gezondheidsbevordering is veelbelovend. Echter is het van belang om de programmatische inbedding, de duurzame organisatie en financiering van preventie te verbeteren. Dit omdat de zorgsetting aanknopingspunten biedt voor preventie, maar geen duidelijk rol en concrete handvaten heeft. Ook ontbreken er samenwerkingsstructuren. Tot slot geeft het rapport aan dat het noodzakelijk is om meer inzicht te verkrijgen van de effecten van zorg en preventie op gezondheid, en hoe preventieve maatregelen doeltreffend kunnen worden geïmplementeerd.

Op 6 oktober 2006 verschijnt de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (Ministerie van VWS, 2006). In deze nota worden, voortvloeiend uit de VTV, preventielijnen voor het preventiebeleid 2007 – 2010 gepresenteerd. Deze preventielijnen zijn opgedeeld in vijf kernthema's: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. De overheid legt de nadruk op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Preventieve en curatieve zorg moet intensiever gaan samenwerken, en beleid moet beter op elkaar worden afgestemd. Het rapport stelt vervolgens dat betere gezondheid langs de weg van preventie het beste werkt langs korte lijnen met burgers, en dat dit daarom in gemeenten georganiseerd moet worden. De overheid moet daarbij zorgen voor een landelijke infrastructuur die gemeenten kunnen vertalen naar de lokale situatie.

Op 18 januari 2007 dient kamerlid van der Veen een motie in (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2007b), waarin de regering wordt verzocht in overleg met het veld na te gaan, of en hoe preventie in het basispakket opgenomen kan worden. De motie stelt dat meer preventie leidt tot een betere volksgezondheid, dat er te weinig aandacht is voor preventiebeleid en dat zorgverzekeraars een belangrijke rol spelen in het preventiebeleid, maar dat er nog onvoldoende prikkels zijn om preventieve activiteiten te ontwikkelen. Deze motie wordt aangenomen en op 24 september 2007 schrijft Ab Klink, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, als reactie een kamerbrief (Ministerie van VWS, 2007) waarin het preventiebeleid voor de volksgezondheid wordt gepresenteerd. In deze brief stelt Klink dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor hun gedrag ten aanzien van gezondheid. De rol van de overheid is om de juiste randvoorwaarden te creëren zodat de burger die verantwoordelijkheid ook kan nemen. Hij doelt hierbij op een aanpassing van regelgeving of subsidiëring en geeft als voorbeeld pilots op het terrein van bewegen op recept. Hij verwijst hierbij naar het rapport 'Gezond gedrag bevorderd' van de werkgroep IBO preventie (Werkgroep IBO Preventie, 2007), waarin wordt gesteld dat de kennis over kosteneffectiviteit van gezondheidsbevordering nog te beperkt is en dat deze kan worden vergroot door het doen van goed ingerichte experimenten. Daarnaast haalt hij rapport 'Van preventie verzekerd' van het CVZ (College voor Zorgverzekeringen, 2007) aan, waarin wordt geadviseerd om preventie op te nemen in de basisverzekering. Dit is volgens hem een belangrijke bouwsteen voor verdere politieke discussie. Hij kondigt aan dat in 2008 zal worden gestart met een pilot op het terrein van bewegen op recept en zegt hier het volgende over: *"Ik wil meer preventie in het basispakket opnemen. Aan de hand van de*

vervolgrapportages van het CVZ en de ervaringen met de pilots bewegen op recept en stoppen met roken, zal ik de kamer in het kader van de besluitvorming rond de begroting 2009 informeren of en onder welke voorwaarde meer preventieve zorg onder de dekking van de zorgverzekering kan worden gebracht. Naast de budgettaire mogelijkheden acht ik het van belang dat er heldere indicatieprotocollen zijn en dat preventieve interventies kosteneffectief zijn." In Bijlage 6 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2006) van deze kamerbrief wordt specifiek ingegaan op de motie van het lid van der Veen (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2007b). In deze bijlage wordt vermeld dat voor het daadwerkelijk integreren van meer preventie in de reguliere zorgverlening, simultaan aan twee kanten dient te worden gewerkt: de zorgverzekeringskant en de zorgaanbodkant. Aan beide kanten blijkt dan ook nog een derde, financiële kant te zitten. De bijlage gaat in op deze kanten.

Zoals te lezen is in de uitwerking van de kaderbrief 2007-2011 visie gezondheid en preventie (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2007a) heeft het Nederlands Instituut Sport en Bewegen (NISB) de opdracht gekregen de interventie Bewegen op Recept (BeweegKuur) uit te werken. Dit wordt verder toegelicht in de kamerbrief van minister Klink van 25 januari 2008 (Ministerie van VWS, 2008a): *"Het NISB ontwikkelt, op basis van bestaande concepten, een prototype beweegkuur voor inactieve mensen met diabetes type II of met een verhoogd risico daarop. In zeven proef-regio's wordt onderzocht hoe die kan worden toegepast en of de beweegkuur kosteneffectief is (…) Op basis van de resultaten wordt bekeken of dergelijke leefstijlinterventies kunnen worden opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw)."* Het doel is om een interventie te ontwikkelen om medisch noodzakelijke beweging te stimuleren, met als ambitie om de BeweegKuur per januari 2012 in het basispakket op te nemen. Er wordt gestart met pilots bij mensen met (een hoog risico op) diabetes en de (kosten)effectiviteit wordt onderzocht (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2008).

Op 3 juli 2008 (Ministerie van VWS, 2008b) benoemt minister Klink dat door concrete experimenten om preventie en curatie met elkaar te verbinden, zoals de BeweegKuur, meer samenhang in de zorg kan worden bevorderd. Op 8 juli (Ministerie van VWS, 2008d) vult hij aan dat hij de beschikbaarheid en verspreiding van toegesneden leefstijlinterventies wil blijven bevorderen. Deze interventies dragen volgens hem in beginsel relatief veel bij aan de gezondheid van groepen mensen bij wie een ongezonde leefstijl het meest voorkomt. Deze interventies moeten wel effectief zijn. Om dit te bereiken bevordert hij de ontwikkeling en verspreiding van interventies die (kosten)effectief zijn voor mensen die met ongunstige gezondheidsdeterminanten te maken hebben en streeft hij ernaar om de eerstelijnszorg zodanig te ondersteunen dat deze interventies ook daadwerkelijk worden toegepast waar ze het meest nodig zijn: *"Onze intentie is om preventieve interventies – binnen de daarvoor beschikbare budgettaire ruimte – op te nemen in het verzekerde pakket. Alleen doeltreffende en kosteneffectieve interventies komen daarvoor eventueel in aanmerking. Dit vergt een strenge afbakening en zorgvuldige implementatie".*

In december 2008 verschijnt op verzoek van minister Klink een rapport van het RIVM getiteld 'Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2' (Bemelmans et al., 2008) waarin op basis van literatuuronderzoek en kostenberekeningen wordt beschreven dat kwalitatief goede leefstijlbegeleiding op maat (met persoonlijke adviezen over bewegen en voeding) een aanzienlijke gezondheidswinst oplevert bij mensen met diabetes of mensen die door verstoorde glucoseintoleratie en/of overgewicht een hoog risico lopen de ziekte te krijgen. Kwalitatief goed betekent in deze zin dat de leefstijlbegeleiding advisering rondom gezonde voeding en gezond bewegen combineert en begeleiding uit de gedragstherapie toepast om de gezonde leefstijl te beklijven. Groepsbegeleiding leidt daarbij tot meer gewichtsverlies dan individuele consulten bij gelijke kosten. Door terugvalpreventie in het tweede jaar te organiseren beklijft het effect beter. Dit geldt overigens alleen voor gemotiveerde mensen. Begeleiding tot €400 pp. zou meer gezondheidswinst opleveren dan het toenmalige basispakket en werd beschreven als

kosteneffectief.

Het RIVM-rapport vormt een belangrijke bron voor de onderbouwing van de Duiding van 23 februari 2009: 'Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie' van het Zorginstituut (toen nog CVZ) (College voor Zorgverzekeringen, 2009) waarin wordt gesproken over de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI); een interventie bestaande uit 3 onderdelen: advisering over en begeleiding bij 1) dieet, 2) beweging en 3) gedragsverandering. De GLI wordt gezien als het belangrijkste middel om aandoeningen samenhangend met overgewicht en obesitas te bestrijden. Geconcludeerd wordt dat de GLI effectiever is dan de inzet van de afzonderlijke componenten en daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De verschillende componenten behoren tot geneeskundige zorg, maar de GLI behoort nog niet volledig tot de te verzekeren prestaties omdat overgewicht en obesitas niet op de "chronische lijst" staan. Onder de noemer "geïndiceerde preventie" bestaat de hoogrisicogroep uit personen met een BMI tussen 25 kg/m^2 en 30 kg/m^2 i.c.m. een grote buikomvang ($\geq$ 88 cm voor vrouwen; $\geq$ 102 cm voor mannen). Onder de noemer "zorggerelateerde preventie" is de interventie aangewezen bij personen met een BMI van 25-30 kg/m^2, met een normale buikomvang, i.c.m. comorbiditeit (risicofactor voor hart- en vaatziekten, DM2) en vanaf een BMI = 30 kg/m^2 met normale buikomvang. De Duiding beveelt aan dat wanneer de GLI deel uitmaakt van het te verzekeren pakket, zorgverzekeraars in de zorgpolis de voorwaarde van een verwijzing voor de GLI opnemen, zodat deze ingebed wordt in het totale zorgpad van een patiënt. De GLI valt onder de Zvw, behoudens het bewegen onder supervisie; dit kan alleen als er sprake is van een ernstige beweegbeperking of een andere medisch relevante beperking waardoor begeleiden bij bewegen medisch noodzakelijk is. Er zijn (hoge) kosten verbonden aan het inzetten van een GLI, maar leveren ook substitutieopbrengsten op, bijvoorbeeld door een afname in het medicijngebruik.

Op 11 november van dat jaar geven bewindslieden van het Ministerie VWS (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2009c) aan dat de GLI BeweegKuur gepland staat om vanaf 1 januari 2011 in het verzekerde pakket te worden opgenomen*: "Mijn voornemen is om, daar waar het CVZ daar positief over adviseert en het budgettair verantwoord is, zo veel mogelijk te streven naar overeenstemming tussen de (evidence-based) inhoud van de zorgstandaard, en de samenstelling van het basispakket."*

In een kamerbrief van de minister en staatssecretaris van VWS en de minister van Jeugd en Gezin rondom de Nota Overgewicht van 19 maart 2009 (Ministerie van VWS, 2009a) komt de BeweegKuur ook ter sprake. Ten eerste wordt er gesteld dat *"mensen kiezen zelf voor wat ze eten en drinken en hoe ze bewegen. In het beleid van de overheid staat het respect voor deze vrijheid voorop. Wel is het belangrijk mensen zodanig te informeren dat zij in staat zijn om bewust en geïnformeerd te kiezen."* Preventie wordt gezien als een belangrijk doel voor de gezondheidszorg omtrent overgewicht en de BeweegKuur is een concreet voorbeeld van het verbinden van preventie en zorg. Het ministerie VWS onderzoekt of en hoe vergoeding van de BeweegKuur in het basispakket kan worden gebracht. De BeweegKuur is een effectieve, uitvoerbare interventie, waarmee mensen met (een hoog risico op) diabetes vanuit de eerste lijn begeleid worden naar een actievere leefstijl met een gezond voedingspatroon en voldoende beweging. Het doel is dat mensen na een jaar begeleiding zelfstandig blijven bewegen in de eigen omgeving. De centrale spil is de leefstijladviseur (vaak een POH): hij/zij stelt een begeleidingsplan op voor voeding en bewegen en verwijst naar bijv. de diëtist, fysiotherapeut en/of het lokaal beweegaanbod. De BeweegKuur bestaat uit 3 programma's (zelfstandig beweegprogramma, opstartprogramma, begeleid beweegprogramma). Tussen 2008 en 2012 bekijkt het Kabinet of er in de Zvw adequate dekking geboden kan worden voor o.a. begeleiding van mensen om meer te bewegen. Vooruitlopend hierop krijgen zorgverzekeraars m.i.v. 1 januari 2009 al de ruimte om hun verzekerden te stimuleren tot het

volgen van preventie- of gezondheidsbevorderende programma's. Het rapport van het RIVM uit 2008 wordt aangehaald (Bemelmans et al., 2008): op basis hiervan en de pakketreportages over overgewicht en diabetes van CVZ wordt gekeken of snellere opname van de BeweegKuur in het basispakket mogelijk is.

In het notaoverleg over het voedingsbeleid op 25 maart 2009 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2009d) wordt door Van der Vlies (SGP) aan minister Klink gevraagd in hoeverre de overheid mensen kan sturen in hun gedrag, aangezien het gaat om de persoonlijke levenssfeer van mensen. Hij antwoordt door te zeggen dat de overheid terughoudend moet zijn met dwingende regelgeving en dat preventie vooral zit in de sfeer van het aanbieden, bijvoorbeeld middels de BeweegKuur. Met het dringend ingrijpen in de leefstijl van mensen dient een heel zwaar publiek belang gediend te zijn.

Op 8 juni 2009 wordt een tabel gepubliceerd (Ministerie van VWS, 2009b) met daarin de maatregelen uit de nota's Voeding en Gezondheid, Overgewicht en SEGV. Onder beleidsthema 3 (preventie in de zorg) komt uit de nota SEGV *"de verkenning en voorbereiding van een eventuele opname van leefstijlinterventies in het basispakket"* (onder de voorwaarde van geïndiceerde preventie, bewezen kosteneffectiviteit en budgettaire inpasbaarheid). Onder de nota Overgewicht valt *"de ontwikkeling van aantoonbaar effectieve preventieprogramma's als de BeweegKuur"* en *"de ondersteuning van de bij de BeweegKuur betrokken disciplines door competentieontwikkeling, een handleiding en scholing*". Over de BeweegKuur in de nota Overgewicht worden in een overleg op 24 juni (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2009a) meerdere zaken besproken. De BeweegKuur wordt vooralsnog overwogen voor verzekerden voor wie de interventie een gunstige kosten-batenverhouding oplevert: mensen met overgewicht i.c.m. diabetes type II of een hart-vaatziekte, of een hoog risico hierop. Hoewel in de VWS-begroting van 2009 nog wordt gesproken over de BeweegKuur als een proefproject, noemt minister Klink de BeweegKuur een effectieve, uitvoerbare interventie. Dit omdat uit het RIVM rapport (Bemelmans et al., 2008) en het CVZ rapport (College voor Zorgverzekeringen, 2009) naar voren komt dat voldoende lang volgehouden GLi's met een inzet van menskracht tot een tegenwaarde van ongeveer €400 per persoon kosteneffectief zijn. Het CVZ-rapport is de eerste stap in de procedure voor opname in het basispakket. Hierna wordt uitgebreid getest in de praktijk middels een proefproject (meerdere pilot-projecten die voorbereiden op brede landelijke implementatie van een GLI). Het resultaat van de procedure is het wel of niet opnemen van de BeweegKuur in het basispakket. Tot dat moment maakt de BeweegKuur geen deel uit van het verzekerde pakket en wordt deze nog als een proefproject bestempeld. Er zijn nog geen exacte voorwaarden vastgesteld voor het inzetten van de BeweegKuur. Terugkomend op het versneld opnemen van de BeweegKuur stelt Klink dat dit nog niet eerder mogelijk is dan 1 januari 2011 vanwege de procedure van het CVZ. Men vraagt zich af hoe het financieren van de BeweegKuur uit te leggen is aan mensen die zelf lid zijn van een sportclub en jarenlang "gezonder" zijn geweest. Het argument hiervoor is dat overgewicht een bedreiging voor de volksgezondheid is en daarmee voor het maatschappelijk functioneren. Het sporten en bewegen zelf wordt overigens niet vergoed, alleen de weg ernaar toe en de ondersteuning vanuit de zorg. Na afloop is het de bedoeling dat de deelnemers zelf doorgaan, dit laatste wordt niet meer vergoed. Bovendien wordt een eigen bijdrage van de deelnemers gevraagd.

In het notaoverleg over de Nota Overgewicht van 11 september 2009 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2009b) vraagt Zijlstra (VVD) zich af of preventie geen ideaal middel is voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden van hun concurrenten, bijv. door de BeweegKuur aan te bieden als "unique selling point". Klink geeft aan dat er nog een afweging gemaakt moet worden of de BeweegKuur wordt opgenomen of niet. Het is mogelijk dat deze alleen in beeld komt wanneer het gaat om een gericht onderdeel van een totaalprogramma voor het bestrijden van bijvoorbeeld diabetes. Er moet nader gespecificeerd worden elke onderdelen van het basispakket effectief zijn in termen van gezondheid en kosteneffectiviteit.

Op 17 mei 2010 schrijft minister Klink in een kamerbrief (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2010) dat geïndiceerde en zorggerelateerde preventie integraal onderdeel is van de zorgstandaard. Voor de patiënten op wie dit van toepassing is, dienen activiteiten binnen deze vormen van preventie onderdeel te zijn van het basispakket. Dit geldt nog niet voor bepaalde onderdelen van de actieve begeleiding in het kader van gecombineerde leefstijlinterventies gericht op beweging en voeding. Hij stelt: *"Mijn ambitie is om dergelijke gecombineerde leefstijlinterventies zoals de BeweegKuur per 1 januari (…) wel volledig onderdeel te laten zijn van het basispakket van de Zvw. Of dit lukt hangt af van de begrotingsbesprekingen 2011 en 2012."*

In november 2010 verschijnt de Zorgstandaard Obesitas (Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010), waarin GLIs worden omschreven als *"interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering."* Uitkomstmaten die als effect van de behandeling in kaart kunnen worden gebracht zijn: lichaamsgewicht; co-morbiditeit en risicofactoren; gedragsverandering m.b.t. lichamelijke activiteit, voedingspatroon en slaap; kwaliteit van leven; psychisch en lichamelijk welbevinden; en overige in de diagnostische fase naar voren gekomen aandachtspunten.

Vanaf 14 oktober 2010 is Edith Schippers de minister van VWS. In een kamerbrief op 10 juni 2011 (Ministerie van VWS, 2011d) haalt zij het CVZ-rapport van 2007 (College voor Zorgverzekeringen, 2007) aan, waarin wordt gesteld dat preventieve zorg in principe ten laste van de Zvw komt als er sprake is van een persoonlijke indicatie van een hoog gezondheidsrisico en als de interventie om het risico te verlagen voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Geïndiceerde preventie voldoet hieraan en één van de speerpunten is de combinatie van te weinig beweging en ongezonde voeding. In het licht hiervan heeft het CVZ in augustus 2010 (College voor Zorgverzekeringen, 2010) geadviseerd de GLI integraal in de regelgeving op te nemen als extra ondersteunende maatregel. In het Pakketadvies 2011 (College voor Zorgverzekeringen, 2011) wijst het CVZ op het saldo van de kosten en opbrengsten van de GLI op korte en middellange termijn. Opname in het pakket levert in de eerste vier jaren afnemende kosten op (€51 miljoen in jaar 1, €9 miljoen in jaar 4) en na deze eerste vier jaren is er sprake van een batig saldo. In het tiende jaar is er sprake van een positief saldo van kosten en opbrengsten binnen de zorg (ca. €50 miljoen). De eerste vier jaren zijn er echter aanzienlijke kosten, waardoor er volgens Schippers binnen het BKZ geen ruimte is om de GLI als verzekerde aanspraak op te nemen. Ze is tevens van mening dat het in de eerste plaats de eigen verantwoordelijkheid van het individu is om gezond met zijn lichaam om te gaan. *"Hij heeft daar immers ook als eerste profijt van in de vorm van een aanmerkelijk grotere kans op een betere gezondheid en op een hogere kwaliteit van leven. Naar mijn oordeel moet de overheid deze primaire individuele verantwoordelijkheid niet van het individu overnemen door de GLI in het Zvw-pakket op te nemen".* Volgens haar zijn al de nodige preventiemaatregelen als onderdeel van de reguliere zorg deel van het Zvw-pakket. Ze neemt het voorstel van het CVZ om de GLI als aanspraak in het Zvw-pakket op te nemen dan ook niet over (Ministerie van VWS, 2011b).

Voorafgaand hieraan, op 25 mei 2011, verschijnt de Nota Gezondheid Dichtbij (Ministerie van VWS, 2011c), waarin de context rondom de GLI's wordt geschetst. De vijf speerpunten uit de preventienota 2006 (o.a. overgewicht) blijven belangrijk. Het kabinet legt het accent op bewegen, want dat is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid en is verbonden met de andere speerpunten. Zorg en preventie moeten meer worden afgestemd, waarbij gekeken wordt naar behoeften en wensen van de mensen en niet de stelsels of zorgsectoren. Mensen maken zelf keuzes wat betreft hun leefstijl, in een omgeving waarin de gezonde keuze makkelijk is. [Op 14 oktober (Ministerie van VWS, 2011a) vult Schippers dit verder aan: *"De kracht ligt bij het individu en zijn directe woon-, werk- en leefomgeving. Betrokkenheid van het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, het onderwijs en zorgverleners is belangrijk bij het stimuleren van gezond gedrag."* Publiek-private

samenwerking is de basis van dit beleid. Essentieel is betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie, plus een toegankelijk en kwalitatief hoogstaand zorgaanbod.] De overheid schrijft mensen zo min mogelijk voor wat ze wel of niet mogen.

Op basis van de Nota Gezondheid Dichtbij schrijft minister Schippers een brief aan de Eerste Kamer (Ministerie van VWS, 2011d) waarin ze aangeeft dat de BeweegKuur niet verder in het basispakket wordt opgenomen. Dit vanwege de visie dat het in de eerste plaats een eigen verantwoordelijkheid van het individu is om gezond met zijn eigen lichaam om te gaan, waarbij ze ook verwijst naar een ander kamerstuk (Ministerie van VWS, 2011d). Daarnaast speelt de budgettaire situatie een rol. Het kabinet investeert wel in de verdere opbouw van de infrastructuur van de BeweegKuur, opdat mensen die vanuit de gezondheidszorg worden verwezen naar de BeweegKuur ook daadwerkelijk aanbod krijgen. Het feit dat de BeweegKuur niet wordt opgenomen komt ook terug in de Nota toestand 's Rijks Financiën van 20 september (Ministerie van Financiën, 2016) en het Financieel Beeld Zorg in de Begroting (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2011c).

Op 29 september (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2011b) zegt Schippers hier nog het volgende over: *"Ondanks het niet opnemen van de gecombineerde leefstijlinterventie en het schrappen van de dieetadvisering in de niet-keten-context ben ik van mening dat nog steeds een omvangrijk arsenaal aan preventieve inspanning door zorgverleners via de basisverzekering verzekerd is. Het is aan verzekeraars om hieraan samen met de zorgverleners een kwalitatief goede invulling te geven. Voor zover zaken niet onder de zorgverzekering vallen zal preventie voor een deel ook gefinancierd kunnen worden uit de aanvullende verzekering. Ik verwijs naar een recente publicatie van Zorgverzekeraars Nederland die aan dit onderwerp is gewijd (ZN dossier nr. 3, juli 2011 . Zo noemt ZN directeur Hasekamp zowel de maatschappelijke taak, de onlosmakelijke taal van preventie binnen de zorgketen en het kostenaspect als de belangrijkste beweegredenen van verzekeraars om aan preventie te doen:* "De huidige opvatting luidt: het hóórt gewoon bij goede zorg." *(...) Het kabinet gaat er vanuit dat gezondheid in de eerste plaats iets van mensen zelf is en de zorg kan mensen daarbij helpen."*

Het besluit van de Minister wordt gepubliceerd op 30 september 2011 in de Staatscourant (Ministerie van VWS, 2011b). Paragraaf 1.2 geeft een toelichting op de beperking van fysiotherapie en dieetadvisering in het basispakket. De letterlijke tekst luidt: "*De bezuinigingen op het terrein van de fysiotherapie en oefentherapie zijn tweeledig. Ten eerste is het aantal behandelingen dat verzekerden van 18 jaar en ouder voor eigen rekening moeten nemen, verhoogd van twaalf naar twintig. In het Regeer- en Gedoogakkoord was al afgesproken per 2012 het aantal behandelingen fysiotherapie voor eigen rekening te verhogen van twaalf naar vijftien. De extra vijf behandelingen voor eigen rekening zijn nodig ter dekking van de uitgaven voor fysiotherapie en oefentherapie, die aanzienlijk hoger blijken dan voorzien. Het kabinet vindt deze maatregel verantwoord. Ten tweede is een aantal aandoeningen van de chronische lijst geschrapt omdat het CVZ heeft geconstateerd dat fysiotherapie en oefentherapie ingeval van deze aandoeningen niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. De tot nu toe geldende aanspraak op dieetadvisering was beperkt tot vier uren op jaarbasis. Met het schrappen van deze te verzekeren prestatie zullen de kosten hiervan voor eigen rekening komen of eventueel ten laste van een aanvullende verzekering. Omdat de te verzekerde prestatie al beperkt was, acht het kabinet deze maatregel acceptabel. Overigens blijft dieetadvisering onderdeel van de te verzekeren prestaties als het onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg ingeval van een chronische obstructieve longziekte, diabetes of een cardiovasculair risico. Verder is het zo dat als onderdeel van de behandeling van een patiënt met een bepaalde aandoening de behandelaar advies kan geven over het bij de aandoening gewenste eetpatroon, met bijvoorbeeld het advies bepaalde voeding te vermijden, niet te vet te eten, enzovoort. Dan is er geen sprake van dieetadvisering zoals diëtisten plegen te bieden, maar van meer algemene advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten. Die valt onder zorg zoals huisartsen, verloskundigen en medisch-specialisten plegen te bieden en blijft ook vanaf 1 januari 2012 verzekerde zorg*."

Op 10 november (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2011a) beargumenteert Schippers opnieuw haar keuze, waarbij ze stelt dat een groot deel van de volwassenen een aanvullende verzekering heeft met fysiotherapie; stoppen omdat het te duur wordt is volgens haar dus niet aan de orde. Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid: als sprake is van een hoog gezondheidsrisico heeft men recht op vanuit de Zvw verzekerde preventieve interventie. Mensen moeten wel ook zelf inzet tonen en moeten zelf beslissen of ze de zorg voor eigen rekening willen nemen of dat ze een aanvullende verzekering afsluiten (wat vaak gebeurt).

Als reactie op het beleid van minister Schippers komt de ChristenUnie in november 2011 met een preventienotitie (Fractie ChristenUnie Tweede Kamer, 2011), waarin wordt aangegeven dat er veel wetenschappelijk bewijs is voor de noodzaak dat de overheid af en toe moet ingrijpen om tot gedragsverandering te komen. *"We kunnen mensen het beste op hun verantwoordelijkheid aanspreken als overheid, bedrijfsleven en wetenschap deze verantwoordelijkheid ook nemen. Alleen dan is succes verzekerd en kunnen gezondheidswinst en kostenbesparingen worden behaald."* De ChristenUnie staat dus positief tegenover het behouden van de BeweegKuur in het basispakket. Deze notitie wordt besproken in het overleg van de Tweede Kamer op maart 2012 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2012), waarbij wordt gesteld dat het beleid van Schippers past bij het achterhaalde idee van een sociale hervormingsbeweging. De PVV is het eens met Schippers: mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun leefstijl en gezondheid en er is heel veel informatie te vinden op TV en online. Het basispakket is bedoeld voor basiszorg en daar past de BeweegKuur niet bij. De SP pleit vóór de BeweegKuur: niet iedereen kan zelf opdraaien voor de kosten van de BeweegKuur en de grootste gezondheidswinst is juist te behalen bij mensen die het minder getroffen hebben qua opleidingsniveau, en inkomen en leefomgeving. De minister houdt voet bij stuk, de GLI wordt niet vanuit de Zvw vergoed.

Op 20 november 2014 dient Agnes Wolbert een motie in bij de Tweede Kamer (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2014) waarin ze de Kamer verzoekt om een overzicht van de (on)mogelijkheden en voor- en nadelen van een betaaltitel voor selectieve preventie in de Zvw op te stellen, met daarbij ook de ervaringen van andere landen hiermee. Reden hiervoor is volgens Wolbert dat zorgverzekeraars primair een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben, ze financieel weinig bijdragen aan preventieprogramma's terwijl de gunstige effecten evident zijn en de Zvw alleen een betaaltitel kent voor preventie die toe te schrijven is aan individuele verzekerden. Deze motie vormde het begin van het beleidsprogramma 'Preventie in het Zorgstelsel' (Hagenaars & Potting, 2018).

In 2015 publiceert het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de Zorgmodules Leefstijl (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015), welke ingaan op o.a. alcohol, bewegen, roken en voeding. Uit de modules komt naar voren dat er behoefte is aan ondersteuning vanuit de eerste lijn om een gezonde leefstijl te verwerven en behouden. In 2010 was al de NHG-Standaard Obesitas verschenen (Van Binsbergen et al., 2010): deze geeft aan bij welke mate van overgewicht/obesitas en co-morbiditeit een GLI is geïndiceerd. Binnen de eerstelijnszorg is er dus duidelijk behoefte aan een leefstijlinterventie.

Op 18 maart 2016 wordt het profiel van de HBO leefstijlcoach Vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van de Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) (BLCN, 2016). In dit profiel worden de volgende drie onderdelen vastgelegd:
1) De uitgangspunten van het profiel van de HBO-leefstijlcoach. Dit houdt onder meer in dat het profiel de toegevoegde waarde van het werk van een HBO-leefstijlcoach aantoont, dat de HBO-leefstijlcoach zich daarmee onderscheidt van verwante en reeds bestaande beroepen, een kwaliteitskeurmerk biedt en duidelijk maakt aan welke eisen leden moeten voldoen voor accreditatie.

2) Het werk van de HBO-leefstijlcoach. De HBO-leefstijlcoach is een professional die mensen begeleidt bij het nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. Doel is dat ze een leven kunnen leiden waar ze zich goed bij voelen, met alle mogelijkheden en beperkingen die ze hebben. De HBO leefstijlcoach gaat expliciet uit van de definitie van positieve gezondheid van Huber (Huber et al., 2016), het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.
3) De competenties van de HBO-leefstijlcoach. Deze zijn uitgewerkt in:
A. Competenties gezond leven en gezonde gewoontes
B. Competenties coaching
C. De gedragscompetenties van de HBO-leefstijlcoach

Op 25 maart 2016 verschijnt een kamerbrief van de bewindslieden van VWS (Ministerie van VWS, 2016a, 2016b) waarin ze onder andere reageren op de motie van Agnes Wolbert (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2014). Hierin wordt ook het rapport 'Analyse van belemmeringen bij het verduurzamen van preventie' (Soeters & Verhoeks, 2015a) aangehaald, dat verschillende belemmeringen en obstakels bij het samenwerken van gemeenten en zorgverzekeraars beschrijft. Zo hebben gemeenten en aanbieders onvoldoende oog voor het feit dat zorgverzekeraars zich primair richten op hetgeen waartoe ze verplicht zijn. Ze zijn dan ook terughoudend wat betreft preventie. Dit mag ook niet van zorgverzekeraars worden verwacht, al is dat in de praktijk vaak wel zo. Zorgverzekeraars zijn wel vrij om zelf te investeren in preventieprojecten, dit komt voor hun eigen rekening, waarbij ze een kosten-baten afweging maken. Na afloop van de projectsubsidies is het bovendien vaak erg moeilijk om reguliere financiering te regelen. Gemeenten en zorgverzekeraars wegen dan kritisch af of het structureel implementeren van nieuwe preventieve interventies voldoende meerwaarde biedt. Daarnaast worden zorgverleners beloond voor het behandelen van ziekte, maar niet voor het gezond houden van de populatie en ligt er te veel nadruk op curatie in plaats van op preventie. Wanneer een preventieve activiteit verduurzaamd wordt, moeten gemeenten en zorgverzekeraars samen afspraken maken over de afbakening van de verantwoordelijkheden, maar het is lastig om de overgang van selectieve preventie (gemeenten) naar geïndiceerde preventie (zorgverzekeraar) scherp af te bakenen. Ook is er vaak discussie over de financiering van de kosten van regie, coördinatie en casemanagement. Als laatste is er vaak een relatief lange periode van onzekerheid over het voortbestaan van een preventieve interventie: stakeholders moeten dan vaak meerdere hindernissen nemen, waarbij het lang duurt voordat er sprake is van definitief uitstel (Soeters & Verhoeks, 2015a). Als er een betaaltitel voor selectieve preventie ingesteld zou worden, dan zou selectieve preventie in het basispakket moeten worden opgenomen. Dat levert echter fundamentele problemen op: 1) het pakket wordt uitgebreid, wat financiële consequenties heeft van een onduidelijke omvang, 2) het is onduidelijk wat er precies onder selectieve preventie valt, dus is het lastig te formuleren, 3) selectieve preventie past niet bij het karakter van de Zvw (risicogroepen vs. elke Nederlander), 4) lastig vast te stellen of preventieactiviteiten voor risicogroepen wel kosteneffectief zijn en een bewezen therapeutische meerwaarde hebben, 5) risico dat selectieve preventie gemedicaliseerd wordt, want interventies moeten bewezen effectief zijn, 6) de verbinding van zorg, welzijn, sport, onderwijs en buurt komt op achterstand in plaats van in het middelpunt.

In de brief wordt ook het rapport 'Financiering van preventie: analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen' van Zorgmarktadvies besproken (Soeters & Verhoeks, 2015b). In dit rapport worden drie belemmeringen rondom het financieren van preventie besproken (problemen rond verantwoordelijkheidsverdeling; negatieve verhouding eigen kosten en eigen baten voor de partij die investeert in preventie; verkeerde prikkels in verevenings- en/of bekostigingssystemen). Daarnaast worden negen innovatieve financieringsmodellen behandeld die de financiering kunnen verbeteren. Het rapport is meegenomen in het traject 'Preventie in het Zorgstelsel', waarbij de conclusie is dat het niet eenvoudig is om te beoordelen of de financieringsmodellen een oplossingen zouden bieden voor de belemmeringen en dat er

geen universele oplossing bestaat, maar er gezocht moet worden naar lokale maatwerkoplossingen. Verder wordt er benoemd dat de zorg slechts één van de betrokken partijen is in preventie en dat een integrale aanpak nodig is, zowel vanuit het onderwijs, het werk, de buurt als vanuit de zorg. Ook wordt in de kamerbrief onderzoek van het RIVM besproken waarin is gekeken of de Nederlandse knelpunten ook herkend worden in het buitenland (Heijink & Truijs, 2016). In andere landen is er ook discussie over de inbedding van preventie voor risicogroepen in het zorgstelsel, waarbij dezelfde knelpunten naar voren komen (met name de mogelijk negatieve gevolgen van lokale beleidsvrijheid, dat de baten elders terecht komen, weinig afstemming tussen opdrachtgevers en een gebrek aan structurele financiering). De knelpunten hangen dus niet per se samen met stelselkenmerken als rolverdeling en financiering. Gemeenten en zorgverzekeraars moeten elkaar meer opzoeken; zij hebben een gezamenlijke agenda, zeker wat betreft preventie.

Op 23 maart 2017 verschijnt er een memo over het op te starten technisch overleg van VWS, NZa, ZIN en veldpartijen (Projectgroep GLI NZa, 2017b) over de introductie van een declaratietitel voor de GLI in de reguliere bekostiging van de Zvw. De ambitie is om de regelgeving per 1-7-2017 vast te stellen en per 1-1-2018 van kracht te laten worden. Hiervoor is een implementatietraject opgestart. In de memo worden de kaders waarbinnen de regelgeving moet worden ingevuld besproken. Uitgangspunt is dat de prestaties van de GLI alleen de zorg omvat die binnen het domein van de Zvw valt en niet in andere al bestaande prestaties zijn omschreven: begeleiding bij beweging en psychische/psychosociale problematiek voor patiënten jonger dan 18 jaar vallen buiten het Zvw domein. Buiten de prestatieomschrijvingen voor de GLI maar binnen het Zvw domein valt zorg bij psychische/psychosociale problematiek voor patiënten ouder dan 18. Binnen de prestatieomschrijvingen van de GLI valt de combinatie van advies en begeleiding bij voeding en eetgewoontes, gezond bewegen en gedragsverandering die gericht is op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl door de leefstijlcoach (niet gekoppeld aan een bepaalde beroepsgroep). Organisatie en coördinatie van de zorg is ook onderdeel hiervan. De GLI is in verschillende vormen uitgewerkt: 1) GLI basis (integrale advisering en begeleiding bij voeding, beweging en (leefstijl)gedrag), 2) GLI multidisiciplinair (meerdere aanbieders betrokken, nog niet voldoende duidelijk of dit effectief is), 3) GLI+ (medisch specialistische zorg). Alleen GLI basis wordt in het implementatietraject meegenomen. Er zijn meerdere tariefsoorten mogelijk voor een prestatie voor de GLI, zoals een maximumtarief (kan bescherming bieden tegen niet-gecontracteerde aanbieders en te grote verkoopmacht van aanbieders) en een vrij tarief (mits aan een aantal criteria wordt gehouden; daarom waarschijnlijker dat maximumtarief beter past). Wat betreft de prestatieomschrijving zouden de volgende grondslagen mogelijk zijn: tarief per zorgtraject (voordeel = flexibel om zorgaanbod in te vullen, nadeel = geen zicht op geleverde zorg) en tarief per verrichting (voordeel = zichtbaar welke zorg geleverd, nadeel = volume prikkel, minder flexibel). De toegang tot GLI kan worden geregeld in de polisvoorwaarden van verzekeraars.

Op 30 maart 2017 is het eerste technisch overleg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017) over de implementatie van de GLI, waarin wordt aangekondigd dat er een Addendum zal verschijnen op de Duiding van Zorginstituut (College voor Zorgverzekeringen, 2009). Er zal een prestatie en tarief worden vastgesteld voor de GLI voor zover er sprake is van verzekerde zorg uit de Zvw. Op dit moment wordt alleen gekeken naar GLI basis, waarbij er sprake is van monodisciplinaire zorgverlening middels een groepsbehandeling. De 3 vormen van GLI beschreven in de eerste memo (Projectgroep GLI NZa, 2017b) dekken volgens het Zorginstituut de zorgvraag. Het moet duidelijk zijn dat de begeleiding bij beweegactiviteiten in beginsel geen verzekerde zorg is. Bij de GLI basis is sprake van integrale advisering en begeleiding m.b.t. voeding, bewegen en gedrag. Indien het noodzakelijk is dat hiernaast ook nog een specialist (bijv. diëtist) wordt ingezet, is dat mogelijk o.b.v. de bestaande prestaties en tarieven. In plaats van GLI + wordt er in het vervolg gesproken van GLI intensief. In het verdere proces zal worden uitgegaan van een maximumtarief, waarbij er mogelijk een max-max tarief wordt

geïntroduceerd. Vanuit veldpartijen is begrepen dat er zo spoedig mogelijk een prestatie voor GLI basis moet worden ingesteld, aangezien de zorg al in 2009 is geduid als verzekerde zorg. Er wordt voorgesteld een algemene prestatiebeschrijving op te stellen waarbij in eerste instantie het experiment van CZ met de GLI CooL als uitgangspunt wordt genomen. De vraag wordt gesteld of een bedrijfsarts ook zou moeten kunnen verwijzen, maar de huisarts blijft het uitgangspunt aangezien deze zijn patiënten het beste kent. NZa wil graag kwaliteitswaarborgen in haar regels opnemen, waartoe ze wil inventariseren welke richtlijnen of kwaliteitsindicatoren er zijn. De competenties kunnen (nauwkeurig) worden omschreven en/of er moet een gedetailleerde prestatiebeschrijving voor GLI basis komen.

Op 19 april 2017 is er een volgende memo die de eerste aanzet voor een prestatieomschrijving voor de GLI uitwerkt (Projectgroep GLI NZa, 2017c). De prestatieomschrijving in hoofdlijnen is: *"GLI omvat een combinatie van advies en begeleiding bij voeding en eetgewoontes, gezond bewegen en gedragsverandering die gericht is op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. De begeleiding bij bewegen beperkt zich tot het aanzetten en motiveren tot bewegen, en het monitoren van de voortgang maar niet het in levenden lijve begeleiden bij bewegen."* Het is belangrijk om de competentie van de zorgaanbieder te borgen. Echter is de opleiding tot leefstijlcoach niet opgenomen in de Wet BIG. Mogelijke oplossingen zijn: 1) een harde verwijzing naar opleidingsregisters in de beleidsregel, 2) inschrijving in register opnemen als voorwaarde voor vergoeding in polisvoorwaarden verzekeraar en 3) opnemen en verwijzen naar competenties. De projectgroep stelt optie 2 voor. De inhoud van de GLI volgens het CooL programma wordt beschreven in de memo. Bij het vertalen van het zorgprogramma naar declarabele prestaties moet een aantal uitgangspunten in overweging worden genomen: vormgeving van prestatie op het niveau van een traject heeft de voorkeur, declaratie van de prestatie kan pas na afronding van de prestatie, en in de prestatiestructuur moet rekening worden gehouden met uitval. In de memo worden bovendien voorstellen gegeven voor de prestatiestructuur van de verschillende fasen van de GLI. Het tarief wordt opgebouwd uit twee elementen: 1) de opbouw van de prestatie in onderdelen uitgedrukt in aantal minuten direct patiëntgebonden tijd en 2) een tarief per 60 minuten direct patiëntgebonden tijd.

Op 23 november 2017 is het derde technische overleg. Op basis van het nog te verschijnen Addendum (Zorginstituut Nederland, 2018) stelt de NZa voor om geen aparte prestatie voor GLI voor kinderen op te nemen, maar de prestatie GLI voor volwassenen ook niet uit te sluiten voor kinderen. Wanneer er een effectief programma voor kinderen is, zal beoordeeld worden of een specifieke prestatie voor kinderen moet worden vastgesteld. Verder wordt voorgesteld om als inclusiecriterium voor de GLI op te nemen dat de verzekerde een matig verhoogd GGR heeft. Deze waardes worden niet letterlijk overgenomen uit de Zorgstandaard Obesitas; hier wordt slechts naar verwezen. Verzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden opnemen dat de zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komt indien een zorgaanbieder staat ingeschreven in een door de verzekeraar aangewezen register. Op basis van de prestatiestructuur zoals beschreven in het vorige overleg (Projectgroep GLI NZa, 2017a) worden enkele opmerkingen gemaakt: er is aangesloten bij CooL, maar de prestatie is redelijk vormvrij; t.b.v. de tariefopbouw wordt er aangesloten bij de bouwstenen van CooL. Volgens BLCN kan er in plaats van het terugvalprogramma beter verwezen worden naar een basisprogramma waarna een onderhoudsprogramma gevolgd wordt en PON pleit voor de term 'fase' in plaats van 'programma'. Dit wordt aangepast. De onderhoudsfase zal ook als een traject vormgegeven worden en aandacht besteden aan het declaratiemoment. De groepsgrootte zal ook in de prestatie worden opgenomen, aangezien deze van belang is voor de effectiviteit.

In de volgende memo van 12 december 2017 (Projectgroep GLI NZa, 2017d) wordt een toelichting gegeven op enkele zaken uit het voorgaande overleg. Kinderen worden niet actief uitgesloten van de GLI om cliënten (net)

onder de 18 ook de mogelijkheid te geven om gebruik te maken van de GLI. Aan de beleidsregel wordt toegevoegd dat de zorgaanbieder de cliënt brengt tot bewegen en daarbij verwijst naar het beweegaanbod in de gemeente. Omdat het Zorginstituut nog onvoldoende informatie heeft om de (kosten)effectiviteit van de specialistische GLI te kunnen beoordelen, wordt er vooralsnog geen aparte prestatie hiervoor ontwikkeld. In de memo wordt bovendien de regelgeving voor 2019 verder uitgewerkt. Binnen een zorgprogramma is er een behandelfase (3 prestaties: intake, behandelfase 1, behandelfase 2) en een onderhoudsfase (prestaties per tijdsperiode: 3 maanden), de totale doorlooptijd is 24 maanden. De invulling is vormvrij. Alle kosteneffectieve programma's met deze prestaties moten bekostigd kunnen worden. Daarnaast worden declaratiebepalingen beschreven. Er bestaat een risico op een dubbele bekostiging van de zorg indien de verzekerde naast de GLI ook één van de prestaties multidisciplinaire zorg uit de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ontvangt. De zorgverzekeraar kan dit vrij eenvoudig in het contract met de zorgaanbieder uitsluiten. Zoals genoemd in de memo van 19 april (Projectgroep GLI NZa, 2017a) bestaan de tarieven uit twee fasen. Het uurtarief zal €58,00 zijn (conform markttarief voor paramedische zorg). Er wordt uitgegaan van gemiddeld 7 deelnemers per groep. Om ruimte te bieden voor niet-patiëntgebonden activiteiten heeft de NZa in de behandelfase en onderhoudsfase 60 minuten per deelnemer extra opgenomen. Per groepsbehandeling worden daarnaast 30 minuten extra indirecte tijd opgenomen. De volgende maximumtarieven worden gehanteerd: intake €58,00; behandelfase 1 €122,21; behandelfase 2 € 213,36; onderhoudsfase €98,39. De NZa is ook voornemens een mogelijkheid voor een opslag op te nemen, bijvoorbeeld voor verzekerden met een hogere zorgzwaarte. De prestatiestructuur heeft een open karakter, maar wil in ieder geval de volgende gegevens laten registreren: geleverde zorgactiviteiten per verzekerde; datum uitvoeren zorgactiviteiten per verzekerde; welke zorgverlener de activiteit levert; duur zorgactiviteit; start- en einddatum prestatie per verzekerde; geboortedatum verzekerde; aantal deelnemers per groepsconsult. Daarnaast is er de wens om administratievoorschriften in de regelgeving op te nemen om de ontwikkelingen van de GLI te kunnen volgen, toetsen en evalueren. Hiervoor is in Nederland nog geen indicatorenset ontwikkeld.

Op 14 december 2017 wordt een motie van Kamerlid Ellemeet c.s. (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2017a) aangenomen over de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Het gaat over de gemeentepolissen die een belangrijke bijdrage leveren aan goede en betaalbare zorg voor mensen met een kleine beurs, dat de dat samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars in het bieden van zorg en ondersteuning van grote meerwaarde is en dat zorgverzekeraars een maatschappelijke verantwoordelijkheid dragen in het bieden van goede en toegankelijke zorg. Het verzoek aan de regering is dat gemeenten en zorgverzekeraars in overleg te treden, met als doel een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het raakvlak van het medisch en sociale domein, waarbij gemeentepolissen een waardevolle bijdrage kunnen leveren,

In het artikel van Hagenaars en Potting uit 2018 (Hagenaars & Potting, 2018) worden de verschillende maatregelen beschreven behorende bij 'Preventie in het Zorgstelsel': 1) stimuleren van de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars in bestuurlijke overleggen, 2) een digitaal loket met praktische info over het opzetten van preventieactiviteiten voor risicogroepen en een preventieteam voor verdere vragen en ondersteuning, 3) preventiecoalities: subsidie voor 1/3 van de kosten van procescoördinatie bij het opstarten of uitvoeren van een preventiecoalitie en 4) evaluatie: het RIVM monitort jaarlijks hoeveel samenwerkingsverbanden er tussen zorgverzekeraars en gemeenten zijn. Het artikel vermeldt ook dat per 1 januari 2019 de GLI (weer) in het basispakket zit. Verzekeraars hebben dan een zorgplicht om het leefstijlprogramma in te kopen. De GLI-aanbieder moet nauw contact onderhouden met de huisarts en de sociale kaart goed kennen, om de verzekerde desgewenst te kunnen attenderen op mogelijke ondersteuning

door sociaal-maatschappelijke instanties. Begeleiding bij het bewegen kan niet worden vergoed: daarvoor is samenwerking met gemeentes nodig. De GLI institutionaliseert dus als het ware samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

Op 21 februari 2018 verschijnt het Addendum (Zorginstituut Nederland, 2018) bij de Duiding van het Zorginstituut uit 2009 (College voor Zorgverzekeringen, 2009), gerealiseerd in consultatie met verschillende beroepsgroepen en zorgverzekeraars, waarin wordt beschreven dat er in de praktijk nog onduidelijkheid heerst over de duur en het benodigde aantal contactmomenten, over de vereiste competenties en dat er nog geen passende Wmg-prestatieomschrijving bestaat voor de GLI. Hierdoor heeft de huisarts geen zorgaanbod in de eerste lijn voor een indicatie voor een GLI en heeft de tweede lijn geen structureel, goed georganiseerd aanbod. Het Addendum tracht deze onduidelijkheden weg te nemen, gebaseerd op verschillende standaarden (Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010; Van Binsbergen et al., 2010) en rapporten (Bemelmans et al., 2008; College voor Zorgverzekeringen, 2009; Helmink et al., 2009; Partnerschap Overgewicht Nederland, 2016; Van Rinsum, Gerards, Rutten, Van De Goor, et al., 2018). In het Addendum wordt om verschillende redenen nog niet expliciet ingegaan op GLI's voor kinderen. Jeugdigen vanaf 16 jaar kunnen een uitzondering vormen als er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLi voor volwassenen. Wat betreft de duur en intensiteit van de GLI wordt teruggegrepen naar de Duiding uit 2009 (College voor Zorgverzekeringen, 2009) en het RIVM-rapport uit 2008 (Bemelmans et al., 2008) waarin is berekend dat interventies van ca. €400 in het eerste jaar met aanvullende terugvalpreventie in het tweede jaar klinisch relevante uitkomsten kunnen bewerkstelligen. Dit kan een leidraad vormen bij de keuze voor een effectieve leefstijlinterventie binnen de eerste lijn. Ten aanzien van de vereiste competenties kan er vanuit de Zvw geen antwoord worden gegeven: iedere zorgverlener die bekwaam en bevoegd is om bepaalde zorg te leveren, mag dit doen. De competenties kunnen alleen worden afgeleid uit de inhoud van de interventie zelf. Het is dan ook wenselijk dat een programma voor een GLI functioneel omschrijft welke competenties vereist zijn, of dit moet af te leiden zijn uit de beschrijving. In de praktijk zijn er verschillende professionals die in principe de kwalificaties hebben (POH-ers, diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, leefstijlcoaches). De zorgaanbieder moet minimaal voldoen aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach. De GLI kan ook worden geleverd door een samenwerkingsverband van meerdere professionals. De competentie van de zorgverleners bepaalt dus niet de inhoud van de interventie, maar de inhoud van de interventie bepaalt de vereiste competenties. Dit sluit aan bij de Zorgstandaard Obesitas (Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010). Op basis van een aantal implementatiestudies rond het aanbod van GLIs kwam naar voren dat er 1) binnen de interventie kennis moet zijn van de sociale kaart van de gemeente en connecties met het sociale domein, 2) geringe betrokkenheid van huisartsen de implementatie van de interventie belemmert en 3) dat er aandacht moet zijn voor voldoende ruimte voor niet-patiëntgebonden activiteiten en indirecte tijd. Verder beschrijft het Addendum dat vóór het starten van een GLI er (uniform, bijvoorbeeld via een vragenlijst) diagnostiek plaatsvindt via de huisarts. Patiënten vanaf een matig verhoogd GGR komen in aanmerking, waarbij het belangrijk is de oorzaak van het overgewicht te achterhalen en/of contra-indicaties vast te stellen en hier in de GLI aandacht aan te besteden. De huisarts stelt ook vast over indicaties zijn voor aanvullende zorg op de GLI (bijv. specialistisch dieetadvies), welke naast en in aanvulling op een GLI kan worden verleend conform de geldende voorwaarden van de Zvw. De GLI is ingebed in de huisartsenzorg, wat niet betekent dat de GLI in de huisartsenpraktijk moet plaatsvinden, maar dat de zorgaanbieder regelmatig zorginhoudelijk moet afstemmen met en terugkoppelen naar de huisarts. De betrokkenheid van de huisarts is dus cruciaal. Het begeleiden bij bewegen valt buiten de GLI: mensen moeten een gezond beweeggedrag gaan realiseren in hun eigen omgeving. Binnen de GLI moet een zorgaanbieder in ieder geval de contacten onderhouden met de huisarts en het sociale domein: dat is een voorwaarde voor vergoeding van GLI onder de basisverzekering. Hiervoor ('coördinatie en organisatie') moet binnen de GLI dan ook ruimte zijn. Het zou behulpzaam zijn als er een

overzicht van bewezen effectieve GLI's wordt samengesteld bij een onafhankelijke partij, bijvoorbeeld bij het Loket Gezond Leven van het RIVM. De GLI valt buiten het verplicht eigen risico.

Op 22 februari 2018 vindt het vijfde technisch overleg plaats (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018d), waarin met name wordt gesproken over de Beleidsregel GLI. In de Beleidsregel wordt in het algemeen bepaald op welke wijze de NZa het tarief berekent; in de tariefbeschikkingen worden vervolgens de tarieven per prestatie vastgelegd. Indexatie van tarieven is gebruikelijk binnen de eerste lijn. In de Beleidsregel zal worden toegevoegd dat begeleiden bij bewegen wel onder geneeskundige zorg kan worden geschaard als er sprake is van een ernstige beweegbeperking of andere medisch relevante beperking. Er wordt opgemerkt dat het cruciaal is voor verzekeraars om inzicht te hebben in welke interventies effectief zijn en dat er een raadpleegbare database moet komen voor 1 juli 2018. VWS zal dit op zich nemen. De NZa stelt geen regels vast wat betreft de inspanning die een zorgaanbieder moet leveren om een patiënt in de groep te houden.

Op 25 mei 2018 verzoekt de Tweede Kamercommissie om schriftelijke vragen over de invoer van de maximumtarieven GLI (Ministerie van VWS, 2018b). De Minister van Medische Zorg en Sport beantwoordt op 20 juni 2018 de vele vragen van de verschillende politieke fracties gerangschikt naar de onderwerpen: 1) wat een GLI is; 2) de effectiviteit van de GLI en de beoordelingssystematiek; 3) de financiële kant van de GI en de monitoring daarvan; 4) wie is bevoegd en bekwaam en 5) overig door. Onderwerpen waar uitgebreid bij stil gestaan wordt zijn 'begeleiden bij bewegen' en 'het eigen risico'. Wat betreft de effectiviteit van de GLI wordt gevraagd borging dat enkel bewezen effectieve interventies en interventies die passen binnen de NZa prestatie ten laste komen van de Zvw. De Minister verwijst naar het RIVM CGL: een erkenningencommissie van het CGL beoordeelt de kwaliteit, de effectiviteit en de uitvoerbaarheid van een interventie en het Loket Gezond Leven biedt een overzicht van interventies en vermeldt daarbij het niveau van de beoordeling. Voor wat betreft de financiële kant gaan enkele vragen over het monitoren en terugverdienen van de GLI op andere vormen van zorg of maatschappelijke kosten. Ook wordt ingegaan op de kwaliteiten van de opleiding tot leefstijlcoach, en geeft de Minister hiervan twee voorbeelden van opleidingen die gevolgd moeten worden, en gaat daarbij in op de omvang van de post-hbo-opleiding tot leefstijlcoach (500 uur in totaal) en de versnelde opleiding voor beroepsgroepen zoals fysiotherapeuten en diëtisten (in totaal 320 uur). Een andere vraag was of het inderdaad klopt dat de interventie CooL, die nog niet bewezen effectief is verklaard, als voorbeeld is gebruikt. Het antwoord van de Minister (Bruins, 2018) (p. 7) luidde dat CooL gebruikt is omdat het een voorbeeld van een laagdrempelige GLI binnen de eerste lijn is. 'Het programma vormde de aanleiding voor ZIN om te komen tot generieke uitspraken die als concrete handvatten kunnen dienen voor her zorgaanbod en zorginkoop.

Op 6 juni 2018 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018a) publiceert de NZa de 'Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie'. Hierin worden de (maximum)tarieven en prestatiebeschrijvingen rondom de GLI (zoals omschreven bij de Zvw) voor het jaar 2020 uitgewerkt en toegelicht. De beleidsregel geldt ook in het geval dat de GLI niet vergoed wordt door de basisverzekering (bijv. omdat de patiënt niet voldoet aan de indicatiecriteria). Verder wordt het volgende gesteld: *"een goed beschreven, bewezen effectieve gecombineerde leefstijlinterventie vormt dan ook het uitgangspunt voor de vergoeding van de GLI onder de basisverzekering"*. Dit is belangrijk voor een doelmatige inzet van beschikbare zorgverleners bij leefstijlinterventies. De benodigde competenties voor het uitvoeren van de GLI moeten afgeleid worden uit de interventie zelf, maar er moet minimaal worden voldaan aan de competenties van de hbo-leefstijlcoach (dit mag ook middels een combinatie van professionals bereikt worden, bijv. POH'ers, diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten). In principe verwijst de huisarts (zo uniform mogelijk) naar de GLI, maar een medisch specialist zou ook kunnen verwijzen. De zorgaanbieder moet regelmatig zorginhoudelijk afstemmen met en terugkoppelen naar de huisarts. Ook is het belangrijk dat de motivatie van een patiënt regelmatig besproken wordt en dat de GLI aansluit bij lokale (beweeg)mogelijkheden en het sociale domein. In de opbouw van het tarief is bovendien extra tijd opgenomen voor coördinatie, afstemming en voorbereiding van

groepsbijeenkomsten, zoals aanbevolen in het Addendum van het Zorginstituut (Zorginstituut Nederland, 2018). De zorgverlener kan namelijk een belangrijke rol vervullen als verbindend element tussen zorgverleners en domeinen, wat ook als voorwaarde is gekwalificeerd

Op 4 juni 2018 is de bijbehorende 'Prestatie- en tariefbeschikking gecombineerde leefstijlinterventie' (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018b) en 'De Regeling gecombineerde leefstijlinterventie' (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018c). Deze zijn niet in werking getreden, en op 6 juni 2019 vervangen met nieuwe documenten (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019b, 2019c), die met terugwerkende kracht van 1 januari 2019 tot 1 januari 2020 gelden. De documenten beschrijven de administratie-, declaratie- en transparantievoorschriften die een zorgaanbieder in acht moet nemen bij het leveren van een GLI. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de administratie en declaratie en informeert de consument over de tarieven. De zorgaanbieder is ook verantwoordelijk voor de goede opvolging van de bepalingen uit de regeling. Indien de zorgaanbieder in loondienst is, draagt de werkgever zorg voor uitvoering van de bepalingen.

Op 21 juni 2018 is er een schriftelijk overleg over het Preventief gezondheidsbeleid (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2018), waarin verschillende politieke partijen vragen stellen over het al dan niet vergoeden van GLI's. De VVD is een voorstander van het vergoeden, mits het gaat om effectief bewezen methoden en een combinatie van behandelingen. De PVV is tegen: zij zijn van mening dat leefstijl primair de verantwoordelijkheid is van het individu en zijn bang dat het invoeren van GLI's stigmatiserend zal uitpakken. Het CDA is voorstander, maar vraagt zich af hoe achterliggende (sociale) oorzaken van overgewicht worden meegenomen. D66 is ook voor: het in combinatie aanpakken van voeding, bewegen en gedragsverandering zijn van grote waarde bij het tegengaan van overgewicht en obesitas. De SP ziet dat het invoeren van de GLI's wel extra kosten met zich meebrengt, maar is ook voor. Minister Bruins noemt in zijn antwoorden onder andere het feit dat de GLI onder de Zvw valt, behoudens bewegen onder supervisie en sindsdien feitelijk deel uitmaakt van het basispakket.

Op 25 juni 2018 komt een Budget Impact Analyse (van Giessen, De Wit, Wendel-Vos, & Feenstra, 2018) van de GLI uit. Volgens deze analyse komen ca. 3,5 miljoen Nederlanders tussen de 18-75 jaar (28% van de bevolking) in aanmerking voor de GLI. Wanneer 1,023% van de doelgroep wordt doorverwezen door de huisarts zullen de kosten oplopen van €5 miljoen in het 1^{e} jaar naar bijna €15 miljoen in het 5^{e} jaar. In de eerste twee jaar zal dit nog minder zijn omdat de interventie bekendheid moet krijgen bij de patiënten en de huisarts.

Op 23 november 2018 presenteert Staatssecretaris Blokhuis van het ministerie van VWS het Nationaal Preventie Akkoord (Ministerie van VWS, 2018a), waarin de GLI als één van de maatregelen werd genoemd in het kader van samenwerking zorg en preventie. In de nota wordt genoemd dat de GLI-volwassenen kan helpen bij een gedragsverandering op leefstijl. In de nota wordt onder andere genoemd dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) samen met de VNG een toolkit zal ontwikkelen, met daarin best practices voor de implementatie van de GLI; de resultaten van de GLI nauwlettend gevolgd worden, zodat duidelijk wordt of deze (kosten)effectief is; dat de database van het Loket Gezond Leven vanaf 2019 inzicht geeft in welk effectief aanbod van onder andere GLI's er beschikbaar is en dat buurtsportcoaches nog beter ondersteund worden om de verbinding tussen de zorg- en sport- en bewegen te maken.

Op 3 juli 2019 wordt er door Léonie Sazias (50PLUS) in het Algemeen Overleg Eerstelijnszorg (vastgelegd op 28 augustus) (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2019a) aangekaart dat er best weinig aandacht is voor preventie, waarbij ze verwijst naar het RIVM briefrapport 'Meer bewegen: doorverwijzing naar activiteiten door eerstelijnszorgverleners' (Schurink-Van 't Klooster, Loyen, & Proper, 2019). Hierin wordt gesteld dat huisartsen nog onvoldoende zicht hebben op alle mogelijkheden die er zijn om patiënten door te verwijzen. Ze verwijzen vooral door wanneer het de klacht kan verhelpen waarvoor mensen op het spreekuur komen. Bewegen lijkt echter niet in alle richtlijnen voor leefstijlgerelateerde aandoeningen te zijn opgenomen. Redenen dat er niet wordt doorverwezen zijn 1) beperkte motivatie van patiënten om meer te bewegen, 2)

financiële situatie van de patiënt, 3) gebrek aan tijd tijdens het consult en 4) voorrang grotere/belangrijke problemen. Huisartsen geven daarnaast zelfden preventief advies om meer te bewegen. Sazias vraagt zich af of de minister zicht heeft op hoe doorverwijzen naar GLIs in de praktijk door huisartsen wordt opgepakt. Ze vraagt naar een duidelijk overzicht per regio van het lokale beweegaanbod en de mogelijkheden van GLIs (en dat huisartsen hiervan op de hoogte zijn). Volgens Sazias lijkt het alsof er ruim is ingekocht bij GLIs, maar heeft ze signalen uit het veld ontvangen dat er te weinig is ingekocht. Minister Bruins reageert dat er medio mei 382 unieke GLI-zorgverleners waren; het komt dus langzaam op gang, maar begint aardig te vlotten. Hij heeft het RIVM gevraagd een interactieve kaart op te stellen waarop de GLI-aanbieders staan vermeld en welke zorgverzekeraars hen hebben gecontracteerd. In de volgende preventiemonitor zal aandacht worden besteed aan de ontwikkeling van de GLI.

Op 5 juli 2019 verschijnt een kamerbrief van Paul Blokhuis, staatssecretaris van VWS (Ministerie van VWS, 2019b), waarin hij de tussenevaluatie van het programma 'Preventie in het Zorgstelsel' aanbiedt. Deze evaluatie is tevens een reactie op de motie Ellemeet c.s. van 14 december 2017 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2017b) over de samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars. Sinds de maatregelen in 2016 zijn er 8 preventiecoalities ontstaan en wordt de GLI sinds 1 januari 2019 vergoed. Blokhuis geeft aan het programma te willen intensiveren en verbreden, om meer (leefstijl)interventies verder te brengen en de implementatie van de GLI te versnellen. Uit de implementatie-overleggen met stakeholders is gebleken dat er behoefte is aan 1) een dynamische kaart waarop inzichtelijk is welk GLI aanbod er in de regio beschikbaar is en welke GLI programma's door de zorgverzekeraar van de patiënt worden vergoed, 2) een landelijk implementatiemodel voor de GLI, en 3) een bijeenkomst over de GLI. Hij stelt daarnaast budget beschikbaar voor onderzoek naar leefstijlgeneeskunde en voor onderzoek naar werkzame elementen in de aanpak van overgewicht en obesitas.

Op 14 oktober 2019 vindt een bijeenkomst rondom GLI's plaats op initiatief van Blokhuis met huisartsen, zorgverzekeraars, beroepsorganisaties, aanbieders van de GLI en landelijke partijen (Preventieteam Ministerie van VWS, 2019). Tijdens deze bijeenkomst wordt besproken wat er goed gaat, wat knelpunten zijn en mogelijke oplossingen hiervoor. Regie en initiatief in de regio zijn van belang bij de implementatie. De hulpvraag komt niet vanzelf vanuit de patiënt omdat zij doorgaans hun overgewicht niet als ziekte beschouwen; het aanbod moet dus gestimuleerd worden. Het is 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.

In december 2019 verschijnt de GLI-Monitor van het RIVM (Mohnen, Feenstra, Wendel-Vos, & De Wit, 2019) (het RIVM rapporteert 2x per jaar over de (kosten)effectiviteit van de GLI en of het aanbod moet worden aangevuld voor specifieke doelgroepen). Op peildatum 31 oktober zijn bijna 1400 mensen een GLI gestart (waarvan 37% met een lage SES, 23% met een hoge SES; 2x meer vrouwen dan mannen; gemiddeld 52 jaar oud; meer dan de helft heeft 1 of meer chronische aandoeningen). Het aantal declaraties (2.693) is hoger dan het aantal deelnemers: er wordt per kwartaal gedeclareerd. Dit aantal steeg in de loop van 2019: de meeste zijn ingediend door zorggroepen, daarna fysiotherapeuten en leefstijlcoaches. Er is voor €250.000 gedeclareerd, wat erop wijst dat het een nieuwe interventie is en de uitvoering ervan nog in ontwikkeling is. Aangezien voor 69% van de verzekerden gegevens bekend zijn, zal het werkelijke aantal deelnemers en declaraties waarschijnlijk hoger zijn. CooL had 613 deelnemers, BeweegKuur 278 en SLIMMER 24 (462 onbekend). In Gelderland en Limburg zijn de meeste deelnemers. De staatssecretaris geeft in een Kamerbrief (Ministerie van VWS, 2019a) aan dat middels deze GLI-Monitor is voldaan aan de toezegging aan Sazias (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2019a).

In maart 2020 publiceert het RIVM een update van de GLI-Monitor (RIVM, 2020). In 2019 is de implementatie van de GLI langzamer op gang gekomen dan was gehoopt. Op peildatum 31 januari zijn de gegevens van 93% van de verzekerden ingediend. Er waren toen 12,303 GLI-declaraties van 5.768 deelnemers. Er is €1,2 miljoen vergoed. 121 gemeenten hadden 10 of meer GLI-deelnemers, met het grootste aantal deelnemers in Arnhem

(458). Er waren 761 zorgverleners met een GLI-kwalificatie, waarvan 16 oefentherapeut leefstijlcoach, 171 fysiotherapeut leefstijlcoach, 260 diëtist leefstijlcoach en 269 overige therapeuten leefstijlcoach. Daarnaast verschijnt vanuit het RIVM op 31 maart 2020 een evaluatie van 'Preventie in het Zorgstelsel' (Kemper, 2020) waarin staat beschreven dat 77% van de netwerkinitiatieven één of meer interventies aanbiedt die benoemd worden binnen de interventiegerichte aanpak van VWS in het kader van 'Preventie in het Zorgstelsel'. 25% hiervan is een GLI (waarvan 19% BeweegKuur, 43% Cool, 10% SLIMMER en in andere gevallen een andere naam of leefstijlinterventie).

Op 7 juli 2020 verschijnt een Kamerbrief over de stand van zaken rondom 'Preventie in het Zorgstelsel' en de GLI bij overgewicht (Ministerie van VWS, 2020). Hierin beschrijft Blokhuis 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. Echter is slechts bij iets minder dan de helft van de initiatieven sprake van afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Bij een derde is samenwerking formeel vastgelegd. De NZa is van mening dat er in elke gemeente ten minste één GLI-aanbieder moet zijn gecontracteerd, daar wordt nog niet aan voldaan. De NZa gaat met zorgverzekeraars in gesprek over welke inspanning van hen wordt verwacht bij het creëren van extra GLI-aanbod. Er zijn geen berichten dat er mensen zijn die wel willen deelnemen, maar dit niet kan omdat er geen aanbod is in de gemeente of er een wachtlijst is. Op 15 maart 2020 zijn er 1.071 praktijken waar de GLI kan worden aangeboden (in december 2019 waren dit er 810). In totaal zijn er 638 unieke zorgverleners met een AGD-registratie (tegenover 544 in december 2019). Per 1 januari hanteren zorgverzekeraars op verzoek van zorgaanbieders een 'congruent zorginkoopbeleid' (op inhoud en tarief) bij contractering van zorggroepen die de GLI aanbieden, wat het contracteerproces versimpelt. Dit geldt niet voor individuele GLI-aanbieders. Ook GLI's die worden aangeboden door niet-gecontracteerde individuele aanbieders 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). Knelpunten van de GLI zijn de vrijblijvendheid, het gebrek aan (structurele) financiering en onvoldoende wetenschappelijk bewezen effectiviteit. Acties om deze knelpunten op te lossen zijn een kostenonderzoek door de NZa, een communicatietraject vanuit VWS om te achterhalen wat nodig is om patiënten en huisartsen effectiever te informeren, een verkenning of het haalbaar is dat POH'ers de GLI gaan aanbieden en een GLI-symposium. Blokhuis komt terug op de vraag van Ellemeet tijdens het AO Pakketbeheer op 26 juni 2019 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2019b) waarom niet alle verzekeraars effectieve leefstijlinterventies bij diabetes vergoeden: omdat er geen hard bewijs is voor de (kosten)effectiviteit. Hij sluit af met: *"De coronacrisis leert ons het belang van een gezonde leefstijl (...) Een omslag in denken over de nut en noodzaak van preventie zie ik steeds meer."*

Op 7 juli komt het RIVM tevens met het rapport 'Gecombineerde leefstijlinterventie 2020: ontwikkeling in volle gang' (Mohnen, Feenstra, Wendel-Vos, & De Wit, 2020). Op de peildatum 30 april zijn er 16.705 GLI-declaraties ingediend, waarvan de meeste bij zorggroepen (9.803 door 31 van de 110 zorggroepen), dan leefstijlcoaches (3.121 door 69 van 297), dan fysiotherapeuten (2.973 door 27 van 222). Tot 30 april is €1,6 miljoen vergoed: dit is lager dan verwacht, maar na een aarzelende start in 2019 is de GLI nu volop in ontwikkeling. Er zijn 7.072 deelnemers (70% vrouw; 33% lage SES en 26% hoge SES; gemiddeld 52 jaar; meer dan de helft heeft 1 of meer chronische aandoeningen). 3.834 deelnemers doen mee aan CooL (76%), 1.001 aan de BeweegKuur, 214 aan SLIMMER, 2.023 onbekend. 2.023 deelnemers zitten in de intakefase, 4.992 in de behandelfase en 52 in de onderhoudsfase. De meeste deelnemers zijn er in Gelderland (1.593) en Noord-Brabant (1.234), de minste in Drenthe (13).

In de laatste update van het RIVM over deelnemers aan de GLI (Mohnen, Deuning, et al., 2020) staat dat op 31 augustus 2020 zorgverzekeraars 2,2 miljoen euro hebben vergoed voor de GLI en dat in totaal 8646 mensen deelnemen aan de GLI. Van hen doet 53% mee aan CooL, 17% aan de BeweegKuur en 5% aan SLIMMER. Van

25% is niet bekend aan welk programma zij deelnemen. Declaraties worden in de overgrote meerderheid ingediend door zorggroepen. Door COVID-19 is in 2020 de toestroom van nieuwe GLI-deelnemers afgeremd.