



Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie, Nederlandse Zorgautoriteit

BR/REG-22105a

Vastgesteld op 26 oktober 2021

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Gelet op artikel 59, aanhef en onder a, van de Wmg, heeft de Minister van VWS met brief van 26 juni 2018, met kenmerk 1342565-176534-PZO, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI):

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.

Gewichtsgerelateerd risico (GGR):

Het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. Deze maat wordt bepaald door BMI in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren voor een bepaalde aandoening danwel van reeds gediagnosticeerde comorbide aandoeningen.

Kwartaal:

een periode van drie maanden welke kan ingaan op iedere willekeurige datum in het jaar.

NZa:

Nederlandse Zorgautoriteit.

Wmg:

Wet marktordening gezondheidszorg.

Zorgaanbieder:

natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg in de zin van de Wmg verleent als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder c, van de Wmg.

Zorgprogramma:

De gecombineerde leefstijlinterventie wordt in de vorm van een programma aangeboden (hetzij individueel, hetzij in een groep). Het zorgprogramma bestaat uit een behandelfase en een onderhoudsfase. De totale doorlooptijd van het zorgprogramma is 24 aaneengesloten maanden. De startdatum van het zorgprogramma is de datum waarop het eerste contact na de intake tussen de patiënt en zorgverlener plaatsvindt. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact.

Artikel 2 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van de gecombineerde leefstijlinterventie.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op de gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 4 Prestatiebeschrijvingen

De prestatiebeschrijvingen in deze beleidsregel betreffen een gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven bij of krachtens de Zvw. De NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas beschrijven de indicatiecriteria voor verwijzing naar de GLI.

Het zorgprogramma waarin de GLI wordt aangeboden is opgeknipt in meerdere prestaties waarvoor de volgende prestatiebeschrijvingen worden vastgesteld, te weten de intake, de behandelfase per kwartaal en de onderhoudsfase per kwartaal.



1. Intake gecombineerde leefstijlinterventie

Tijdens de intake bekijkt de zorgaanbieder of de patiënt deel kan nemen aan de GLI. Belangrijk onderdeel van de intake is een toelichting op de GLI en een toetsing van de motivatie voor deelname aan en afronding van het complete zorgprogramma. Door de hulpvraag en doelen van de patiënt in kaart te brengen, kan worden beoordeeld of de GLI hierop kan aansluiten.

2. Behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal

In het zorgprogramma is vastgelegd op welke wijze de zorgaanbieder invulling geeft aan de behandel-fase van de GLI. In de Zorgstandaard Obesitas staat beschreven dat een behandel-fase een duur heeft van 12 maanden. De looptijd van de prestatie is drie maanden. Derhalve kan de prestatie in totaal vier keer in rekening worden gebracht, in vier aaneengesloten kwartalen. De invulling van een zorgprogramma kan in de praktijk afwijken van deze voorgeschreven doorlooptijd.

3. Onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal

In het zorgprogramma is vastgelegd op welke wijze de zorgaanbieder invulling geeft aan de onder-houdsfase van de GLI. In de Zorgstandaard Obesitas staat beschreven dat een onderhoudsfase een duur heeft van 12 maanden. De looptijd van de prestatie is drie maanden. Derhalve kan de prestatie in totaal vier keer in rekening worden gebracht, in vier aaneengesloten kwartalen. De invulling van een zorgprogramma kan in de praktijk afwijken van deze voorgeschreven doorlooptijd.

4. Onderlinge dienstverlening gecombineerde leefstijlinterventie

Er is sprake van onderlinge dienstverlening als de zorg die door een zorgaanbieder wordt verleend onderdeel uitmaakt van de beschrijving van (een) door een andere zorgaanbieder te leveren presta-tie(s) op het gebied van de gecombineerde leefstijlinterventie. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. De opdrachtgevende zorgaan-bieder coördineert het zorgprogramma en fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt. De opdrachtgevende zorgaanbieder staat in voor de bevoegdheid en bekwaamheid van de uitvoerende zorgaanbieders. De uitvoerende zorgaanbieder brengt de prestatie onderlinge dienstverlening in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie aan de uitvoerende zorgaanbieder heeft uitbesteed.

Artikel 5 Tarieven

1. Tariefsoort

Voor alle prestaties in deze beleidsregel gelden maximumtarieven. De prestatie onderlinge dienstverlening kan met inachtneming van de geldende maximumtarieven voor de prestaties intake, behandel-fase per kwartaal en onderhoudsfase per kwartaal in rekening worden gebracht.

2. Totstandkoming tarieven

De maximumtarieven voor een gecombineerde leefstijlinterventie zijn opgebouwd uit twee elementen:

- De opbouw van de prestatie uitgedrukt in het aantal minuten (in)direct patiëntgebonden tijd;
- Een tarief per 60 minuten (in)direct patiëntgebonden tijd.

Het aantal uren (in)direct patiëntgebonden tijd van de prestatie vermenigvuldigd met het tarief per 60 minuten vormt het maximumtarief van de prestatie. De maximumtarieven van de verschillende prestaties tezamen vormen het maximumtarief van het gehele zorgprogramma.

Voor de onderbouwing van de maximumtarieven zijn de afspraken over een gecombineerde leefstijlinterventie, het Cool-programma (Pilot Coaching op Leefstijl), als uitgangspunt gehanteerd. Deze zijn:

- Een integrale kostprijs van € 58,23 per uur (prijspeil 2019);
- Een intake van 60 minuten;
- Een behandel-fase van 8 maanden die bestaat uit:
 - 2 individuele consulten van 45 minuten;
 - 8 groepsbijeenkomsten van 90 minuten plus 30 minuten indirect patiëntgebonden tijd voor voorbereiding en verslaglegging;
 - een gemiddelde groepsgrootte van 7 personen;
 - een eindevaluatie van 60 minuten;
 - 60 minuten tijd voor coördinatie en afstemming.
- Een onderhoudsfase van 16 maanden die bestaat uit:
 - dezelfde omvang in uren als de intake en de behandel-fase.

De tarieven voor de behandel-fase en de onderhoudsfase zijn omgerekend naar tijdsperiodes per



kwartaal. Voor de duur van het zorgprogramma is aangesloten bij de Zorgstandaard Obesitas: 12 maanden behandeling en 12 maanden onderhoud. Dit resulteert in een kostentoerekening van 62,5% aan de intake en de behandelingsfase en 37,5% aan de onderhoudsfase.

3. Verhoogde maximumtarieven

Voor de prestaties – andere dan onderlinge dienstverlening – geldt een verhoogd maximumtarief. De maximumtarieven berekend op basis van artikel 5, lid 2 kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan berekend op basis van artikel 5, lid 2 kan aan eenieder in rekening worden gebracht. Een tarief dat tot stand komt met toepassing van artikel 5, lid 2 en 3 kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief schriftelijk is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot de gecombineerde leefstijlinterventie is gesloten bij een ziektekostenverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.

4. Indexering

De maximumtarieven worden jaarlijks trendmatig aangepast met een index voor loonkosten en materiële kosten. De loonkosten worden geïndexeerd op basis van de door het Ministerie van VWS aangegeven Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling. Voor de materiële kosten wordt aangesloten bij het prijsindexcijfer particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan van het Centraal Planbureau.

Voor de voorlopige indexaties 2022 sluit de NZa incidenteel aan op de ramingen uit de Macro Economische Verkenning van het Centraal Planbureau. Dit geldt zowel voor de personele index als de materiële index.

De op de maximumtarieven toe te passen index is het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 70% loonkosten en een aandeel van 30% materiële kosten.

Artikel 6 Intrekken oude beleidsregels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de gepubliceerde maar nog niet in werking getreden Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie, met kenmerk BR/REG-22105, ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie, met kenmerk BR/REG-21137, ingetrokken.

Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie, met kenmerk BR/REG-21137, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Bekendmaking en inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2022.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst. De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie.



TOELICHTING

Algemeen

In 2009 heeft het Zorginstituut Nederland de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) geduid en geconcludeerd dat de GLI effectieve zorg is bij overgewicht en obesitas en tot de te verzekeren zorg van het basispakket behoort. Het Zorginstituut Nederland stelde vast dat de GLI voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, dat de verschillende componenten van de interventie tot de geneeskundige zorg behoren en concludeerde dat de gecombineerde interventie onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt, behoudens het begeleiden bij daadwerkelijk bewegen. Begeleiden bij bewegen kan immers alleen onder de geneeskundige zorg geschaard worden en daarmee onder de Zvw als er sprake is van een ernstige beweegbeperking of een andere medische relevante beperking waardoor begeleiden bij bewegen medisch noodzakelijk is. Ondanks deze duiding was er geen structureel aanbod van de GLI. Het ontbrak zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan voldoende duidelijkheid omtrent inhoud en omvang en aan een passende prestatieomschrijving om tot zorgaanbod te komen. Gevolg was dat de huisarts, als poortwachter tot de zorg, geen zorgaanbod had voor zijn patiënten met een GGR in de eerste lijn. De tweede lijn beschikte evenmin over een structureel, goed georganiseerd aanbod. Het Zorginstituut heeft in 2018 in een addendum een bijdrage geleverd aan het wegnemen van deze onduidelijkheid. Dat addendum is als basis gebruikt voor de totstandkoming van deze beleidsregel.

In het addendum gaat het Zorginstituut Nederland om verschillende redenen niet expliciet in op de GLI voor kinderen. Care for Obesity (C4O) faciliteert momenteel de implementatie van de ketenaanpak voor overgewicht en obesitas bij kinderen in proeftuinen. Het resultaat hiervan is een landelijk gedragen model. Dit model beslaat de volledige keten waar de GLI slechts een onderdeel van is. Conform de Zorgstandaard Obesitas is een brede anamnese nodig op basis waarvan ingeschat wordt welke behandeling en begeleiding nodig is. Bij een deel van de kinderen is de inzet van de GLI, conform omschreven in dit addendum, niet passend. De inzet is namelijk altijd gebonden aan een bepaalde volgordelijkheid, waarbij primair gekeken moet worden naar de thuissituatie, behoefte aan psychosociale ondersteuning en het vermogen tot zelfmanagement. Pas wanneer deze factoren geen belemmering vormen, kan aanvullend worden gekeken naar inzet van de GLI. Daar komt bij dat het financieringsstelsel bij kinderen anders is vormgegeven dan bij volwassenen met de Wpg, Jeugdwet en Zvw. Verder zijn kinderen in relatie tot volwassenen afhankelijk van ouders of opvoeders. Dat maakt dat met de GLI dus meerdere doelgroepen bereikt moeten worden met een complementaire en tegelijkertijd andere inhoudelijke boodschap. Gezien de bovengenoemde ontwikkelingen en uitgangsprincipes voor kinderen is het addendum voor volwassenen expliciet niet toepasbaar 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 de GLI die op de leest voor volwassenen is geschikt.

Minimale deskundigheid

Op basis van de functionele systematiek van de Zvw mag iedere zorgverlener die bevoegd en bekwaam is om bepaalde zorg te leveren, deze zorg leveren onder de Zvw (tenzij zorgverzekeraars in hun polis hierop beperkingen hebben aangebracht). Bij de GLI kunnen de vereiste competenties alleen afgeleid worden uit de interventie zelf.

Een goed beschreven, bewezen effectieve gecombineerde leefstijlinterventie vormt het uitgangspunt voor de vergoeding van de GLI onder de basisverzekering. Daarbij bepaalt de inhoud van de interventie de minimaal vereiste deskundigheid voor het verlenen van de interventie. Het is wenselijk dat het zorgprogramma voor de gecombineerde leefstijlinterventie functioneel omschrijft welke competenties vereist zijn om de interventie naar behoren uit te voeren. Dit is ook van belang voor een doelmatige inzet van de beschikbare zorgverleners. In de praktijk zijn er diverse functionarissen die in principe de kwalificaties hebben om een leefstijlinterventie, hetzij alleen hetzij in samenwerking met andere zorgverleners, te verlenen: POH-ers, diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, leefstijlcoaches.

Een aanbieder van de GLI moet aantoonbaar voldoen aan de benodigde competenties. Om te voorkomen dat de GLI aangeboden wordt door personen die niet bevoegd en bekwaam zijn, meent het Zorginstituut Nederland in het addendum dat het goed zou zijn als zorgverzekeraars eisen rond de kwaliteit opnemen in hun polis en dat deze eisen minimaal op het niveau van een gekwalificeerde leefstijlcoach zouden moeten liggen, dat wil zeggen dat de aanbieder minimaal moet voldoen aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach. Deze minimale eisen kunnen in één professional verenigd zijn of in een combinatie van professionals.

Dat de betrokken beroepsbeoefenaren beschikken over de benodigde competenties kan blijken uit hun



respectievelijke (BIG)-registers. Het is wenselijk dat betrokken beroepsgroepen een methode ontwikkelen waardoor het voor de zorgverzekeraars mogelijk is om na te gaan of de betrokken zorgverlener over de vereiste competenties beschikt. Een mogelijkheid is bijvoorbeeld een aantekening in het eigen register van de betrokken beroepsgroep. Het zou ook een register voor GLI-aanbieders kunnen zijn dat door de relevante beroepsgroepen gezamenlijk wordt beheerd. Een besluit hierover laten we graag over aan de beroepsgroepen. Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden opnemen dat de zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komt indien de zorgaanbieder ingeschreven staat in een door de zorgverzekeraars aangewezen register.

Artikelsgewijs

Artikel 1 Begripsbepalingen

Hieronder is een voorbeeld weergegeven van de wijze van declareren, volgend uit de definities van 'kwartaal' en 'zorgprogramma'.

Prestatie	Startdatum	Einddatum	Declareren vanaf
Intake gecombineerde leefstijlinterventie	4-okt-2021	4-okt-2021	4-okt-2021
Behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal 1	9-okt-2021 ¹	9-jan-2022	9-jan-2022
Behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal 2	9-jan-2022	9-apr-2022	9-apr-2022
Behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal 3	9-apr-2022	9-jul-2022	9-jul-2022
Behandelfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal 4	9-jul-2022	9-okt-2022	9-okt-2022
Onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal 1	9-okt-2022	9-jan-2023	9-jan-2023
Onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal 2	9-jan-2023	9-apr-2023	9-apr-2023
Onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal 3	9-apr-2023	9-jul-2023	9-jul-2023
Onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal 4	9-jul-2023	9-okt-2023	9-okt-2023

¹ de datum waarop het eerste contact na de intake plaatsvindt. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding indien de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met het fysiek face-to-face contact. De voorwaarde van contact via een beeldverbinding is dat het doel van de GLI nog steeds bereikt wordt en de zorg gelijk effectief is.

Artikel 3 Reikwijdte

De beleidsregel is van toepassing op de gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven bij of krachtens de Zvw. Het is hierbij niet van belang of de GLI voor de betreffende verzekerde voor vergoeding in aanmerking komt. Zowel de gecombineerde leefstijlinterventie die wordt vergoed uit de basisverzekering als de gecombineerde leefstijlinterventie die niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering, bijvoorbeeld omdat de patiënt niet voldoet aan de indicatiecriteria, valt onder de reikwijdte van de beleidsregel.

Artikel 4 Prestatiebeschrijvingen

De GLI wordt in de vorm van een programma aangeboden (hetzij individueel, hetzij in een groep). Daarbij geldt dat groepsbegeleiding tot meer gewichtsverlies leidt dan individuele consulten bij gelijke kosten. Het effect van de interventie blijkt daarnaast beter door terugvalpreventie te organiseren in het tweede jaar.

Een effectieve gecombineerde leefstijlinterventie vormt het uitgangspunt voor de vergoeding van de GLI onder de basisverzekering. Het Loket Gezond Leven biedt een duidelijk overzicht van bewezen effectieve GLI's. Een Erkenningscommissie van het Loket toetst interventies op kwaliteit en effectiviteit vóór publicatie. Het overzicht vormt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars een onafhankelijke informatiebron.

Bij patiënten met een matig of sterk verhoogd GGR komt vaak comorbiditeit voor die leidt tot additionele zorgvragen. De GLI sluit deze zorg niet uit, ook niet als het diëtetiek en/of fysiotherapie en/of oefentherapie en/of psychologische hulp betreft. Deze zorg wordt verleend naast en in aanvul-



ling op de GLI, conform de bestaande professionele richtlijnen en conform de geldende voorwaarden van de Zvw. Verwijzingen voor aanvullende zorg tijdens de GLI gebeuren door de huisarts. Het is de professionele verantwoordelijkheid van degene die de GLI aanbiedt om te bepalen wanneer de problematiek van zijn cliënt plaatsvindt op een gebied waarop hij niet bekwaam is en wiens zorgvraag zijn deskundigheid te boven gaat.

Artikel 4, eerste lid (intake GLI)

De huisarts is de poortwachter voor de zorg. Vóór het aanbieden of starten van de GLI vindt diagnostiek plaats bij de huisarts. Het is wenselijk dat dit uniform gebeurt, bijvoorbeeld aan de hand van een vragenlijst met in- en exclusiecriteria en contra-indicaties en dat dit kan worden uitgevoerd door de huisarts en/of de POH-er. Het is aan de beroepsgroepen om hierin te faciliteren. De NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas beschrijven de indicatiecriteria voor verwijzing naar de GLI. Patiënten kunnen worden verwezen vanaf een matig verhoogd GGR. Het is aan de huisarts om te beoordelen of een GLI passend is. Indien nodig zou ook een medisch specialist (bijvoorbeeld de internist) kunnen verwijzen naar de GLI. Bekeken zal moeten worden welke afspraken hiervoor gemaakt moeten worden, bijvoorbeeld over wie het aanspreekpunt is gedurende het traject.

De motivatie van de patiënt speelt ook een belangrijke rol bij de deelname aan en afronding van het programma. Deze bepaalt mede de effectiviteit van de interventie. Om die reden is het belangrijk de motivatie regelmatig te bespreken, zowel bij de intake als gedurende de behandelfase.

Artikel 4, tweede en derde lid (behandel- en onderhoudsfase gecombineerde leefstijlinterventie per kwartaal)

Patiënten die aangewezen zijn op de GLI moeten gezond beweeggedrag gaan realiseren in hun eigen woon-/leefomgeving, bijvoorbeeld in de natuur, bij sportverenigingen of bij beweegaanbod in het sociaal domein. Het is dan ook van belang dat de GLI aansluit bij de mogelijkheden die er lokaal zijn en die het sociaal domein biedt (mogelijk ook voor specifieke doelgroepen). Er moet een functionaris zijn met kennis van de sociale kaart van de gemeente en met connecties met het sociaal domein. Gemeenten organiseren vaak beweegaanbod voor hun burgers. Ook bij eventuele problemen van de patiënt die het maatschappelijk werk van de gemeente regarderend, kan de zorgaanbieder verwijzen naar gemeentelijke instanties. Denk hierbij bijvoorbeeld aan schuldsanering.

De aanbieder van de GLI moet regelmatig zorginhoudelijk afstemmen met en terugkoppelen aan de huisarts. De huisarts is immers voor volwassenen de medische behandelaar en/of de centrale zorgverlener bij eventuele comorbiditeit en heeft inzicht in bijvoorbeeld het medicatiegebruik. Indicatiestelling, verwijzing door en de terugkoppeling aan de huisarts geeft aan dat de betrokkenheid van huisartsen bij de leefstijlinterventie cruciaal is. Dit vraagt om goede samenwerkingsafspraken tussen aanbieders van de GLI en betrokken huisartsen.

Artikel 5, tweede lid (totstandkoming tarieven)

De prestatiebeschrijvingen van de GLI hebben zoveel als mogelijk een open karakter om veranderingen, verbeteringen en innovaties in het zorginhoudelijke programma niet te verhinderen. Hierdoor kan de zorg op veel verschillende manieren worden aangeboden. De prestaties kennen maximumtarieven. Voor de onderbouwing van de tarieven zijn de afspraken over een gecombineerde leefstijlinterventie, het Cool-programma (Pilot Coaching op Leefstijl), als uitgangspunt gehanteerd. Dit wil echter niet zeggen dat elk zorgprogramma dezelfde opbouw (evenveel individuele consulten, groepsbijeenkomsten etc.) kent als het Cool-programma.

Het Zorginstituut Nederland vraagt in het addendum expliciet aandacht voor voldoende indirect patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd. Om deze reden is in de opbouw van de tarieven extra tijd opgenomen voor coördinatie, individuele afstemmomenten met andere professionals en/of de patiënt en de voorbereiding en verslaglegging van groepsbijeenkomsten.

Patiënten met een matig verhoogd GGR hebben vaak comorbiditeit en derhalve met verschillende zorgverleners te maken. De aanbieder van de GLI moet contacten onderhouden met de huisarts, andere zorgverleners en in voorkomende gevallen met het sociaal domein. Dit is ten behoeve van een goede toeleiding naar de interventie én voor de zorginhoudelijke afstemming en terugkoppeling. De aanbieder van de GLI kan een belangrijke rol vervullen als verbindend element tussen zorgverleners en domeinen. Het Zorginstituut Nederland vindt de connectie met het sociaal domein zo belangrijk dat zij het als voorwaarde hebben gekwalificeerd voor vergoeding van de GLI onder de basisverzekering. Daarom is er ruimte in de tarieven om hier invulling aan te geven, zowel met betrekking tot de beschikbare tijd als infrastructurele zaken (ICT e.d.).



Coördinatie en organisatie zowel binnen als buiten de zorg, zijn inherent aan 'goede zorg' en aan multidisciplinaire zorg. In die zin zijn 'coördinatie en organisatie' onderdeel van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' binnen de Zvw. Deze te verzekeren prestatie vormt de basis voor de vergoeding van de kosten die hiermee samenhangen. Ook biedt de extra tijd in het tarief ruimte voor individuele afstemmomenten met de patiënt. Dit geeft de zorgverlener ruimte om naast de individuele consulten en groepsbijeenkomsten nog op een andere wijze (bijvoorbeeld telefonisch) contact te laten hebben met andere professionals en/of de patiënten.

Naast deze zorginhoudelijke afstemming en terugkoppeling vergt de voorbereiding en verslaglegging van de groepsbehandeling extra tijd. Een GLI bestaat voor een groot deel uit groepsbehandelingen. De beroepsgroepen gaan aan de slag met richtlijnen voor een goede verslaglegging. Bij de vaststelling van het tarief is uitgegaan van gemiddeld zeven deelnemers per groep. Dit gemiddelde sluit volgens de uitkomsten van het Cool-programma goed aan de bij de praktijk. Bij de start van een zorgprogramma wordt in de praktijk vaak een groepsgrootte van maximaal 12 a 13 deelnemers gehanteerd. Dit in verband met uitval gedurende het traject.

Eind 2018 hebben zorgaanbieders aangegeven dat de verplichte licentiekosten niet zijn meegenomen in het tarief zoals afgesproken in het Cool-programma. De kosten voor licenties waren ten tijde van het vaststellen van de tarieven niet bekend. Gelet op het feit dat GLI een nieuwe vorm van zorg is en ten tijde van het experiment geen rekening is gehouden met licentiekosten, heeft de NZa met ingang van 2020 voor deze kosten een correctie op de maximumtarieven doorgevoerd. Ten tijde van deze correctie kwamen drie programma's voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking.

Aangezien niet bekend is in welke mate de verschillende programma's worden ingekocht/geleverd, is ervoor gekozen uit te gaan van de maximale licentiekosten van € 250 (excl. BTW) per jaar. Deze licentiekosten leiden tot een aanpassing van € 0,23 per uur (€ 302,50 (incl. BTW) / 1.312 declarabele uren per jaar (70% productief, analoog aan de ggz)). Hierdoor bedraagt het uurtarief na correctie € 58,23 (prijsspeil 2019).

Artikel 5, derde lid (verhoogde maximumtarieven)

Er zijn geen harde randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan om tot een verhoging van de maximumtarieven over te gaan. De voorwaarde van een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar geeft een waarborg dat deze extra middelen enkel worden ingezet waar dit volgens de zorgverzekeraar noodzakelijk/wenselijk is vanuit het oogpunt van doelmatigheid, doeltreffendheid of vanuit de zorgplicht van de zorgverzekeraar.