



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

**Budget impact analyse van
gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)**

Raming van het benodigde budget bij opname van de
GLI in de basisverzekering

RIVM Briefrapport 2018-0092
A van Giessen et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Budget impact analyse van gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Raming van het benodigde budget bij opname van
de GLI in de basisverzekering

RIVM Briefrapport 2018-0092
A van Giessen et al.

Colofon

© RIVM 2018

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2018-0092

A. van Giessen (auteur), RIVM
G.A. De Wit (auteur), RIVM
W. Wendel-Vos (auteur), RIVM
T.L. Feenstra (auteur), RIVM

Contact:

T: Feenstra
VPZ

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Het Ministerie van VWS, in het kader van een additionele opdracht in programma 2.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Budget impact analyse van gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Raming van het benodigde budget bij opname van de GLI in de basisverzekering

Een Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een behandeling voor mensen met obesitas (BMI 30-35), voor mensen met overgewicht (BMI 25-30) én een verhoogd risico op hart- en vaatziekten of diabetes, en voor mensen met overgewicht in combinatie met artrose of slaapapneu. De GLI is een gecombineerde aanpak om mensen te leren gezonder te eten en meer te bewegen. De behandeling duurt in totaal 2 jaar. Per 1 januari 2019 wordt een gecombineerde leefstijlinterventie vergoed uit de basisverzekering. Circa 3,5 miljoen Nederlanders tussen 18 en 75 jaar (28 procent van de bevolking) komen hiervoor in aanmerking. In opdracht van het ministerie van VWS heeft het RIVM geschat welke kosten dit de eerste vijf jaar voor de zorgverzekeraars met zich meebrengt.

De kosten zullen oplopen van 5 miljoen euro in het eerste jaar naar bijna 15 miljoen euro in het vijfde jaar. Dat is het geval als per jaar 1,03 procent van de doelgroep wordt doorverwezen door de huisarts. Als meer mensen worden doorverwezen (2,5 procent per jaar), lopen de kosten op van 12 miljoen euro in het eerste jaar tot maximaal 35 miljoen euro na vijf jaar. Als er meer mensen uitvallen dan nu is geschat, zullen de kosten lager zijn; met een maximum van 24 miljoen euro in het vijfde jaar bij het hoogste verwijzingspercentage van 2,5 procent per jaar.

De kosten zijn geschat met een Budget Impact Analyse (BIA). Hiervoor is bepaald hoeveel mensen in Nederland onder de doelgroep vallen. Vervolgens is stapsgewijs geschat hoeveel mensen door de huisarts worden doorverwezen, een intakegesprek houden, aan de behandeling beginnen en deze volledig afmaken. De cijfers van dit onderzoek zijn ontleend aan drie Nederlandse studies naar de effectiviteit van de GLI.

Kernwoorden: BudgetImpact Analyse, Gecombineerde leefstijlinterventie, overgewicht, bewegen, diabetes preventie.

Synopsis

Budget impact analysis of a combined lifestyle intervention

Estimate of budget impact for health insurers

A combined lifestyle intervention (Dutch abbreviation GLI) is a treatment for people with (a) obesity (BMI 30-35), (b) for people who are overweight (BMI 25-30) and are also at risk of cardiovascular disease or diabetes, (c) and for people who are overweight and suffer from arthrosis or sleep apnea. GLI takes a combined approach with the aim of teaching people how to have a healthy diet and how to increase physical activity levels. The entire treatment programme takes two years. As of January 1st, 2019, the combined lifestyle intervention will be covered and reimbursed by the basic healthcare package, as provided by the Dutch Health Insurance Act. An estimated 3.5 million Dutch people aged between 18-75 years of age (28 percent of the population) will qualify for this treatment. The Dutch Ministry of Health commissioned the Dutch National Institute of Public health and the Environment (RIVM) to estimate the associated cost for health insurance companies in the first five years following introduction of GLI.

Total costs would increase from 5 million euro in 2019 to almost 15 million euro by 2023, assuming that each year, 1.03 percent of the target population will be referred for the treatment by their general practitioners. In the event that more people are referred (2.5 percent per year), associated costs would increase from 12 million euro in the first year to a maximum of 35 million by the fifth year. However, if dropout rates turn out to be higher than is currently expected, the costs would be lower, with a maximum of 24 million euro by the fifth year at the highest expected referral rate of 2.5 percent annually.

These estimated costs have been based on a Budget Impact Analysis (BIA). For this analysis, researchers first estimated the number of Dutch people who are likely to fall under the GLI terms of reimbursement. Then, a stepped approach was taken to estimate how many people would be referred by their general practitioner, how many people would then have an intake assessment, how many people would start treatment, and how many people would finish the entire treatment programme. These figures are based on three different Dutch studies regarding the effectiveness of GLI treatment.

Keywords: Budget impact analysis, Combined lifestyle intervention, overweight, activity, diabetes prevention.

Inhoudsopgave

Samenvatting – 9

1 Introductie en achtergrond – 11

1.1 Wat is een BIA? – 11

1.2 Basis voor BIA berekeningen: observationele studies over de GLI – 12

2 Methode – 15

2.1 Bepalen van de omvang van de doelgroep en deelname aan de GLI – 15

2.2 Tariefstelling NZa: basis voor budget impact berekeningen – 18

2.3 Restricties vanwege beperkte capaciteit GLI aanbieders – 19

2.4 Substitutie: meer of minder zorguitgaven voor deelnemers aan de GLI? – 20

2.5 Aannames voor de berekening van de budget impact van gecombineerde leefstijlinterventie – 21

3 Resultaten – 25

3.1 Budget impact realistisch scenario – 25

3.2 Resultaten van scenario- en sensitiviteitsanalyses – 25

4 Kanttekeningen bij de berekening – 29

5 Conclusies – 31

6 Literatuur – 33

7 Dankwoord – 35

8 Bijlages – 37

8.1 Bijlage 1. Aanvullende informatie analyses Doetinchem data. – 37

8.2 Bijlage 2. Beperking in de instroom door suboptimale beschikbaarheid van gecertificeerde aanbieders van GLI – 38

Samenvatting

Per 1 januari 2019 zal een gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) vergoed worden uit de Zorgverzekeringswet ("basisverzekering"). In aanmerking komen Nederlanders met overgewicht (BMI 25-30) en een extra risicofactor of mensen met obesitas (BMI 30-35). In totaal gaat het om circa 3,5 miljoen Nederlanders tussen 18 en 75 jaar (28% van de bevolking). Om de benodigde budgetten voor de eerste vijf jaar te schatten werd een Budget Impact Analyse (BIA) uitgevoerd vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars.

Om de budget impact te schatten moet een aantal stappen gezet worden. Allereerst gaat het om het vaststellen welk deel van de bovengenoemde doelgroep verwezen wordt door de huisarts. Vervolgens is informatie nodig over het deel van de mensen dat daadwerkelijk een intakegesprek krijgt, dat start met de GLI en dat deelname aan de GLI volhoudt tot het einde van de interventie. Hiervoor werden gegevens uit drie Nederlandse studies gebruikt, waarvan de COOL studie qua indicatiestelling en uitvoering het meeste lijkt op de GLI zoals die per 2019 in Nederland in het basispakket zit.

Verwacht wordt dat jaarlijks 1,03% van de doelgroep een verwijzing van de huisarts krijgt naar een aanbieder van de GLI interventie. In de eerste twee jaren zal dit nog minder zijn omdat de interventie bekendheid moet krijgen, zowel onder potentiële deelnemers als onder huisartsen. Er werden ook twee varianten doorgerekend met een lager (0,5%) en een hoger (2,5%) verwijzingspercentage. Van degenen met een verwijzing voor het intakegesprek zal 84% daadwerkelijk de intake krijgen en 90% daarvan start met deelname aan de GLI. Na start zullen er ook uitvallers zijn, meestal meteen in het eerste kwartaal van deelname. Deelnemers die starten met de GLI zullen in 81,5% van de gevallen de interventie ook afmaken, zo blijkt uit gegevens van de COOL studie.

Wanneer we rekening houden met uitvalpercentages over de verschillende kwartalen en het NZA tarief dat voor de GLI zal gaan gelden (te declareren per kwartaal) zal de budget impact oplopen van 5 miljoen euro in het eerste jaar naar 15 miljoen euro in het vijfde jaar, bij een verwijzingspercentage van 1,03%. In een situatie met een hoger verwijzingspercentage van 2,5% per jaar loopt de budget impact op van 12 miljoen euro in het eerste jaar tot maximaal 35 miljoen euro in jaar vijf. In sensitiviteitsanalyses waarin rekening gehouden wordt met de hogere uitval zoals waargenomen in de SLIMMER en Beweegkuur studies is de budget impact vanzelfsprekend wat lager, tot maximaal 13 miljoen (SLIMMER) of 24 miljoen (Beweegkuur) in jaar vijf bij het hoogste verwijzingspercentage van 2,5% per jaar.

1 Introductie en achtergrond

Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) beogen een belangrijk onderdeel te zijn van de behandeling van overgewicht en obesitas, en een aantal chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus type 2 en hart- en vaatziekten.

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een combinatie van behandelingen gericht op gezondere voeding en eetgewoontes, meer bewegen en zo nodig individuele psychologische behandeling om verandering van gedrag te ondersteunen (Zorginstituut Nederland [1]).

In 2008 verscheen een RIVM rapport waarin op basis van literatuuronderzoek en modelsimulaties uitspraken werden gedaan over de kosteneffectiviteit van een gecombineerde leefstijlinterventie. Daarin werd geconcludeerd dat begeleiding tot 400 euro per persoon per interventie kosteneffectief is (d.w.z. met een ICER lager dan 20.000 euro per QALY) en meer gezondheidswinst oplevert dan zorg volgens het basispakket ten tijde van deze doorrekening.[2]

De aanvankelijke plannen om de GLI te vergoeden vanuit het basispakket werden in 2010 opgeschort, maar staan na het aantreden van een nieuw kabinet in 2017 weer in de aandacht. Als alles volgens planning verloopt zal de GLI vanaf 1 januari 2019 opgenomen worden in de Zorgverzekeringswet ("basispakket"). Om de besluitvorming te ondersteunen is naast inzicht in de effecten van een leefstijlinterventie ook een schatting nodig van de te verwachten kosten en opbrengsten binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) op de korte tot middellange termijn. Een budget impact analyse (BIA) is daartoe een geschikt instrument.

Deze factsheet geeft inzicht in de BIA die het RIVM heeft uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS. De opdracht was als volgt geformuleerd: Voer een budget impact analyse uit van de Gecombineerde Leefstijl Interventie, vanuit het perspectief van de Zorgverzekeringswet. Geef hiermee inzicht in de te verwachten kosten en opbrengsten na 1, 3 en 5 jaar. Met specifieke aandacht voor de omvang van het verwachte gebruik van de interventie, en de mogelijke positieve effecten door een vermindering van medicatiegebruik, huisartsenzorg en verwijzingen naar de tweede lijn.

1.1 Wat is een BIA?

Een Budget Impact Analyse (BIA) heeft als doel om voor een periode van (meestal) drie tot vijf jaren te schatten welk bedrag nodig is om een bepaalde interventie aan te bieden aan een goed omschreven doelgroep. Met een BIA uitkomst in handen weet de budgetbeheerder, in dit geval het Ministerie van VWS die als budgetbeheerder verantwoordelijk is voor makro-ramingen, welk extra budget benodigd is in de nabije toekomst. In een BIA wordt in eerste instantie puur gekeken naar de benodigde investeringsbudgetten, de bedragen die nodig zijn om de interventie aan

de doelgroep aan te bieden. Wanneer er voldoende gegevens zijn kan ook rekening gehouden worden met substitutie-effecten, bijvoorbeeld omdat door het aanbieden van de interventie op andere typen zorg bespaard kan worden.

Het opstellen van een BIA is een rekenexercitie waarbij veel gegevens nodig zijn, bijvoorbeeld over de omvang van de doelgroep, het verwijsperscentage, de deelnamebereidheid en het percentage deelnemers dat een behandeltraject ook helemaal afrondt. Vanzelfsprekend moet ook bekend zijn wat de interventie kost per deelnemer, onderscheiden naar de kosten per behandelfase. Een BIA waarin ook substitutie-effecten meegenomen worden moet gebaseerd worden op solide data over zorggebruik, zowel voor, tijdens als na afloop van de interventie.

Deze BIA voor het aanbieden van een GLI werd uitgevoerd vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars die de GLI gaan vergoeden, over een tijdshorizon van 5 jaar.

1.2 Basis voor BIA berekeningen: observationele studies over de GLI

Hierboven gaven we al aan dat voor het maken van een raming van de budget impact van een interventie veel gegevens nodig zijn. Belangrijker nog is dat de gegevens voor een BIA zo realistisch mogelijk zijn. Om de budget impact van GLI's te kunnen schatten hebben we gebruik gemaakt van drie verschillende observationele studies die in Nederland recent zijn uitgevoerd. Het gaat om de COOL studie, de SLIMMER studie en de Beweegkuur. In tabel 1 worden de belangrijkste kenmerken van deze drie studies samengevat.

Uit het overzicht van studiekekenmerken in tabel 1 wordt duidelijk dat de drie GLI voorbeelden nogal verschillend zijn. Zo is de COOL interventie vooral gericht op het inzetten van een leefstijlcoach met als doel de deelnemer te motiveren tot leefstijlverandering. Bij de SLIMMER en Beweegkuur interventies wordt ook daadwerkelijk aan de slag gegaan met beweging (lessen met een fysiotherapeut) en voeding (consulten met diëtist), waarbij de Beweegkuur aanvullend een leefstijlcoach inzet.

Omdat de COOL studie zowel in opzet als indicatiecriteria het meest overeenstemt met de huidige beleidsplannen tot vergoeding van een GLI interventie per 1 januari 2019, is deze studie als basis gebruikt voor onze berekeningen. Gegevens uit de SLIMMER en Beweegkuur studies zijn gebruikt in gevoeligheidsanalyses. Beide studies gebruikten in tegenstelling tot de COOL studie een controle groep, en daarom hebben we ervoor gekozen ook de resultaten van deze studies te analyseren. Vooral de informatie over drop-out tijdens de interventie was relevant en hebben we in gevoeligheidsanalyses gebruikt. De reden om bij overige schattingen informatie uit deze studies vrij beperkt in te zetten was vooral een te groot verschil in de opzet van en indicatie voor de studie-interventie ten opzichte van de voorgenomen GLI-interventie.

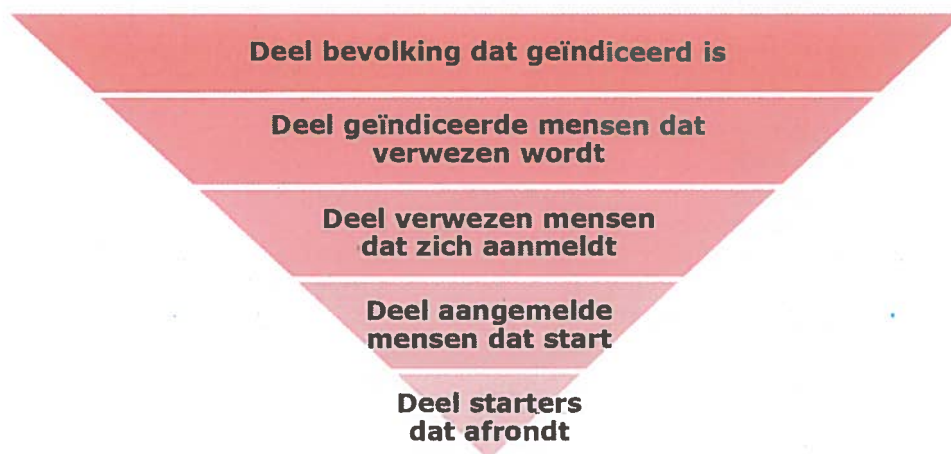
Tabel 1: Belangrijkste kenmerken van drie Nederlandse studies naar de GLI vergeleken met de planning voor de GLI

	GLI (zoals gepland)[1,10]	COOL [3]	SLIMMER[4-6]	Beweegkuur[7-9]
Doelgroep	Personen met een verhoogd BMI, alleen of in combinatie met risicofactoren	Personen met een verhoogd BMI, alleen of in combinatie met risicofactoren	40-70 jarigen die een verhoogd risico op diabetes hebben	Mensen die niet norm-actief zijn en gemotiveerd zijn om hun beweeg- en eetgedrag te wijzigen
Omschrijving interventie	1 intake sessie met GLI-aanbieder Groepssessies en individuele sessies verdeeld over: Behandelfase van 12 maanden Onderhoudsfase van 12 maanden	1 intake sessie met lifestyle coach 8 groepssessies met lifestyle coach 2 individuele sessies met lifestyle coach 1 outtake sessie met lifestyle coach	5-8 individuele sessies en 1 groepssessies met diëtist 1 groepssessie met diëtist wekelijkse groepssessies met fysiotherapeut	8 sessies met lifestyle coach (7 in start-up & supervised pakket) 11 sessies met diëtist (7 groeps, 4 individueel) 5 vs 24-51 sessies met fysiotherapeut (in start-up vs supervised pakket)
Duur interventie	Maximaal 12 maanden, gevolgd door onderhoudsbehan deling van 12 maanden.	8-10 maanden, onderhoudsbehan deling maximaal 16 maanden	10 maanden + 3 maanden onderhoudsprogr amma na afloop	12 maanden
Opzet van studie en follow-up periode voor het onderzoek	NVT	Observationele studie (zonder controlegroep), voor en na vergelijking, eindmeting 24 maanden na intake	Randomized trial met controlegroep (standaard zorg), vergelijking tussen groepen na 15 maanden follow-up	<i>Beweegkuur 2 studie:</i> Observationele studie (zonder controlegroep), voor en na vergelijking na 12 maanden bij personen met matig risico <i>Beweegkuur 1 studie:</i> gerandomiseerde trial, basispakket versus intensief pakket bij personen met hoog risico. Metingen na 12 en 24 maanden.
Inclusiecriteria	BMI \geq 30 BMI \geq 25 in combinatie met: 10-jaars risico op sterfte \geq 5% of Diabetes type 2 of HVZ of Slaapapneu of Artrose	BMI \geq 30 BMI \geq 25 in combinatie met: 10-jaars risico op sterfte \geq 5% of Diabetes type 2 of HVZ of Slaapapneu of Artrose	Gestoord nuchter glucose (IFG 6.1-6.9 mmol/l) of Dutch Diabetes Risk Test \geq 7	BMI 35-40 BMI 25-35 in combinatie met: Slaapapneu of Artrose of HVZ of Diabetes type 2
Studie afgerond?	NVT	Nee	Ja	Nee

2 Methode

2.1 Bepalen van de omvang van de doelgroep en deelname aan de GLI

Het benodigde budget voor het aanbieden van de GLI vanuit de basisverzekering hangt volledig af van het aantal gebruikers van deze interventie. Benodigde budgetten zullen vrijwel lineair meegroeien met het aantal gebruikers. Daarom is een belangrijk element in een BIA het zo realistisch mogelijk schatten van het aantal toekomstige gebruikers. Daarvoor moeten een aantal stappen gezet worden, die in figuur 1 worden verbeeld. Hieronder zullen we elk van deze stappen toelichten en de omvang van de groep bepalen.



Figuur 1: Stapsgewijs bepalen van de omvang van de doelgroep

Stap 1: Hoeveel Nederlanders komen in aanmerking voor de GLI?

Allereerst bepalen we het aantal mensen dat een indicatie voor de GLI heeft: het aantal mensen dat geïndiceerd kan worden voor de GLI op basis van de omschrijving van de doelgroep in de concept-beleidsregels die de NZa heeft opgesteld.[10] Deze concept beleidsregels zijn gebaseerd op het addendum dat het Zorginstituut heeft uitgebracht in aanvulling op de eerder door hen uitgebrachte duiding uit 2009.[1] Het ZIN heeft zich hierbij gebaseerd op onder andere de Zorgstandaard Obesitas. Hieruit blijkt dat de groep die in aanmerking komt voor een GLI de groep mensen is met een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico. Deze doelgroep komt overeen met de doelgroep van de COOL interventie (zie tabel 1).

Om te bepalen welk deel van de Nederlanders in aanmerking voor de GLI komt is een stapsgewijze aanpak gevolgd. Het gaat hierbij om Nederlanders tussen 18 en 75 jaar die een BMI ≥ 30 hebben (zonder bijkomende criteria) of een BMI ≥ 25 met één of meer bijkomende criteria. Voor BMI werden gegevens van het CBS gebruikt (BMI naar leeftijd en geslacht). Gegevens over het voldoen aan de overige criteria werden berekend uit het (samen en afzonderlijk) voorkomen van die criteria in het Doetinchem cohort.¹² Dit is een langjarige

dataverzameling onder inwoners van Doetinchem, waarbij het voorkomen van risicofactoren en gezondheidsproblemen regelmatig gemonitord wordt. In de gebruikte meetronde van deze studie waren de deelnemers 40 jaar en ouder. Voor mensen tussen de 18 en 40 jaar zijn gegevens van het CBS over het voorkomen van chronische aandoeningen gebruikt. In tabel 2 wordt daarom afzonderlijk voor de Nederlandse populatie tussen 18 en 40 jaar en tussen 40 en 75 jaar weergegeven welk deel van de bevolking aan de diverse indicatiecriteria voldoet. Hierbij moet aangetekend worden dat binnen het Doetinchem cohort geen gegevens aanwezig zijn over het voorkomen van slaapapneu, waardoor deze aantallen mogelijk een kleine onderschatting van de werkelijke omvang van de doelgroep weergeeft. Ook is het percentage personen tussen 18 en 40 jaar met afwijkend glucose op nul gesteld, bij gebrek aan informatie over dit percentage.

Tabel 2: Berekening van het deel van de bevolking dat een indicatie voor de GLI heeft

	18-40 jaar (CBS)	40-75 jaar (Doetinchem)	Totaal
1. Prevalentie obesitas (BMI \geq 30)	419.873	1.370.877	1.790.749
2. Prevalentie overgewicht (BMI \geq 25-30)	1.142.843	3.198.597	4.341.439
3. Prevalentie overgewicht + HVZ SCORE $>$ 5%	0	1.151.039	1.151.039
4. Prevalentie overgewicht + SCORE \leq 5% + comorbiditeiten	34.450	529.934	564.384
5. Prevalentie overgewicht + alleen verstoorde glucose tolerantie ¹	0	18.994	18.994
6. TOTAAL REALISTISCH SCENARIO (1+3+4+5) (% van populatie in betreffende leeftijdsklasse)	454.323 (10%)	3.070.843 (39%)	3.525.166 (28%)

Stap 1: Uit tabel 2 blijkt dat in totaal 28% van de bevolking tussen 18 en 75 jaar in aanmerking komt om verwezen te worden voor deelname aan de GLI interventie. Het gaat om een groep van rond de 3,5 miljoen Nederlanders.

¹ Dit kon in Doetinchem worden bepaald op basis glucosetest, er was geen informatie over nuchter glucose (IFG). Zie verder bijlage 1.

Stap 2: Wie wordt verwezen door de huisarts?

Vervolgens moeten we bepalen welk deel van de mensen met een indicatie ook daadwerkelijk verwezen wordt door de huisarts. De huisarts zal lang niet alle Nederlanders met een indicatie voor de GLI (Tabel 2) verwijzen.

Huisartsen kunnen er voor kiezen om de mogelijkheid tot leefstijlverandering niet te bespreken met hun geïndiceerde patiënten, of, wanneer ze dit wel doen, stuiten op patiënten die (nog) niet open staan voor een verwijzing naar de leefstijlcoach. In de regio's waar de COOL interventiestudie werd uitgevoerd is 1,03% van de doelgroep die in aanmerking komt voor de GLI door de huisarts verwezen voor een intakegesprek. Aan de COOL interventie was ook een wetenschappelijke studie gekoppeld en niet iedereen is bereid om aan zo'n studie mee te doen. Daarom werd ook een budget impact berekening gemaakt op basis van een hoger en op basis van een lager verwijspercentage dan 1,03%. Voor beide situaties kan argumentatie aangedragen worden. Een hoger verwijspercentage in de dagelijkse praktijk (nadat de GLI onder de basisverzekering is gaan vallen) zou reëel kunnen zijn wanneer de GLI bekendheid krijgt en mensen actief gaan vragen om een verwijzing. Een lager verwijspercentage zou echter ook realistisch kunnen zijn wanneer de gemiddelde huisarts anders is, dan de huisartsen die mee doen aan de COOL studie, d.w.z. minder gespist op leefstijlverandering van hun patiënten. In een hoge variant van de budget impact berekeningen is met een verwijspercentage van 2,5% rekening gehouden, in de lage variant met een verwijspercentage van 0,5%. Beide percentages berusten op aannames. Bij het berekenen van het deel van de populatie dat verwezen wordt door de huisarts is nog één voorwaarde ingebouwd: om verwezen te worden moeten mensen met een indicatie wel eerst een huisarts bezoeken. Uit gegevens van het CBS berekenden we dat in de leeftijdsgroep 18 tot 75 jaar 77% jaarlijks minimaal één keer contact heeft met de huisarts. Alleen deze mensen kunnen een verwijzing krijgen voor een intake bij een GLI-aanbieder.

Stap 2: Uit de doelgroep van 18 tot 75 jaar heeft jaarlijks 77% van de Nederlanders minimaal één keer contact met de huisarts. Van deze groep wordt per jaar 1,03% door de huisarts verwezen voor een intakegesprek voor de GLI. In een minimumscenario is dit verwijspercentage 0,5% en in een maximumscenario is het verwijspercentage 2,5%.

Stap 3: Welk deel van verwezen patiënten krijgt een intake?

Na verwijzing zal niet elke patiënt daadwerkelijk contact zoeken met een aanbieder van de GLI. In de COOL-studie bleek dat 84% van de verwezen personen zich ook daadwerkelijk aanmeldt voor een intakegesprek. Met dit percentage werd in de BIA gerekend. Als een van de belangrijke redenen voor uitval werd het niet beschikbaar zijn van een GLI-aanbieder genoemd. Bij landelijke uitrol van de GLI vanaf 2019 kan dit mogelijk ook een beperkende factor zijn voor de intake, afhankelijk van de beschikbare capaciteit van aanbieders van de GLI. In de BIA berekeningen werd daarom gekeken of beperkingen in de capaciteit daadwerkelijk zouden optreden. Dit wordt verderop in deze factsheet uiteengezet onder "Restricties vanwege beperkte capaciteit GLI-aanbieders".

Stap 3: Van de patiënten die de huisarts verwijst voor een intakegesprek meldt 84% zich daadwerkelijk voor een intakegesprek.

Stap 4: Welk deel gaat daadwerkelijk starten met GLI na intake gesprek?

In de COOL studie is 90% van de mensen die een intake gesprek kregen ook daadwerkelijk begonnen met deelname aan de GLI. Voor deze groep mensen mag de aanbieder een eerste kwartaal direct declareren volgens het verwachte NZa tariefbesluit. Op de korte termijn (2019 e.v.) kan het nog beperkte aanbod aan geregistreerde GLI aanbieders betekenen dat niet elke patiënt die wil en kan deelnemen onmiddellijk kan beginnen met de GLI interventie. Hoe dit meegenomen is in de berekening van de budget impact wordt verderop besproken.

Stap 4: Na het intakegesprek start 90% van de mensen met de gecombineerde leefstijlinterventie.

Stap 5: Welk deel van de starters maakt de interventie af? Deelname behandelfase (jaar 1)

In COOL heeft 81,5% van de starters de interventie afgemaakt. We hebben voor de budget impact berekeningen rekening gehouden met uitvalpercentages per kwartaal, omdat de declaraties ook geschieden per kwartaal. Voor elke persoon die start met een nieuw kwartaal mag, ongeacht eventuele uitval in dat kwartaal, een declaratie ingediend worden. De meeste mensen die uitvallen (75%) vallen meteen in het eerste kwartaal uit, een kleiner deel (20% van de uitvallers) valt uit in het tweede kwartaal en een nog kleiner deel (5%) valt uit in het derde kwartaal. Omdat de COOL interventie korter duurde (8-10 maanden) dan de GLI zoals vanaf 2019 waarschijnlijk vergoed zal worden (12 maanden behandelfase) hebben we aangenomen dat in het vierde en laatste kwartaal van de behandelfase geen uitval meer plaatsvindt.

Deelname onderhoudsfase (jaar 2)

Hoeveel mensen na de GLI, welke in totaal 12 maanden duurt, nog blijven deelnemen tijdens de onderhoudsfase (maand 13-24) is onbekend. Voor de budget impact berekeningen is aangenomen dat 100% van de volhouders ook mee blijft doen tijdens de onderhoudsfase en dat daarvoor dus ook gedeclareerd zal worden door de aanbieders van de GLI. Dit lijkt de meest logische aanname, omdat de uitval al naar 0% was gezakt aan het eind van de behandelfase.

Stap 5: Deelnemers die starten met de GLI zullen in 81,5% van de gevallen de interventie ook afmaken. Van de 18,5% die stopt met de GLI vallen de meesten (14%punt, 75%) uit in het eerste kwartaal. In het tweede kwartaal valt 3,5%punt (20%) uit en 1%punt (5%) valt in het derde kwartaal uit. In het laatste kwartaal van de behandelfase zal geen uitval meer plaatsvinden. Alle deelnemers die jaar 1 voltooid hebben zullen deelnemen aan de onderhoudsfase van de GLI. Er is geen uitval meer in jaar 2.

2.2 **Tariefstelling NZa: basis voor budget impact berekeningen**

In een concept Beleidsregel die door de NZa in de loop van 2018 vastgesteld zal worden, worden de separaat te vergoeden onderdelen van de GLI beschreven. Het gaat om een individuele intake, een

behandelfase (12 maanden) en een onderhoudsfase (12 maanden), die beiden per kwartaal gedeclareerd mogen worden. Het integrale tarief voor de aanbieder van de GLI is 58 euro per uur voor de intake, hierin is tijd opgenomen voor coördinatie, afstemming en voorbereiding van bijeenkomsten. In het tarief van de behandel- en onderhoudsfase wordt uitgegaan van een gemiddelde omvang van de groep van 7 deelnemers die het programma afmaken, waarbij de omvang van de groep bij start van het programma dus wat groter kan zijn in verband met uitval van deelnemers gedurende het programma.

In de concept Beleidsregel wordt aangegeven wat het maximale tarief is voor de intake, voor het eerste jaar en voor het tweede jaar van de GLI interventie. In totaal gaat het om een tarief van maximaal € 787,14 per deelnemer. Als we rekening houden met uitval zoals waargenomen binnen de COOL studie (voor uitvallers kan immers niet meer gedeclareerd worden in het kwartaal na uitval) dan is het gecorrigeerde bedrag per deelnemer gemiddeld € 614,53. In tabel 3 worden de bedragen uit het concept NZa tariefbesluit en de voor uitval gecorrigeerde bedragen weergegeven. Met deze gecorrigeerde bedragen is in de BIA gerekend voor elke deelnemer in jaar 1 en jaar 2.

Tabel 3: Tarief voor de BIA, naar kwartaal. Integrale tarief en tarief gecorrigeerd voor uitval.

	Bedragen volgens concept NZa besluit	Bedragen na correctie voor uitval (basisschatting)
Intake gesprek	€ 58,00	€ 58,00
Jaar 1: 4 kwartalen GLI	€ 455,71	€ 356,93
Jaar 2: 4 kwartalen onderhoudsfase	€ 273,43	€ 199,60
Totaal: maximaal tarief voor 2 jaren	€ 787,14	€ 614,53

2.3 Restricties vanwege beperkte capaciteit GLI aanbieders

Het addendum van ZIN beveelt aan dat aanbieders van de GLI gecertificeerd moeten zijn als leefstijlcoach (een HBO+ opleiding).[1] Momenteel zijn er in Nederland circa 100 gecertificeerde leefstijlcoaches, maar dit aantal zal naar verwachting snel groeien in de komende jaren, zeker nadat de GLI onder de Zorgverzekeringswet gaat vallen.[11] Hoe snel het aanbod van gecertificeerde GLI aanbieders de komende jaren groeit is onzeker, maar op basis van informatie van de beroepsvereniging van leefstijlcoaches wordt verwacht dat dit aantal groeit tot maximaal 1350 gecertificeerde aanbieders van de GLI in de komende 5 jaren. Dit aantal wordt naar verwachting bereikt via:

- 100 coaches die al geaccrediteerd zijn
- 150 coaches die momenteel in opleiding zijn
- 300 coaches die wel opgeleid maar nog niet geaccrediteerd zijn
- 500 paramedici (schatting beroepsvereniging van leefstijlcoaches) die een aanvraag voor een individuele accreditatie zullen indienen op basis van opleiding en ervaring met leefstijlbegeleiding.
- 100 extra coaches die er vanaf jaar 3 elk jaar extra bij zullen komen omdat ze nieuw aan de opleiding zijn begonnen.

Wanneer er een mismatch is tussen de vraag naar leefstijlbegeleiding en het aanbod aan leefstijlcoaches die de GLI kunnen aanbieden zal de daadwerkelijke instroom beperkter zijn dan de vraag naar de interventie. De budget impact is dan dus minder groot dan wanneer er een voldoende aanbod aan leefstijlcoaches zou zijn. Wanneer de GLI vanaf 2019 vergoed wordt is er waarschijnlijk nog een tekort aan capaciteit, die echter naar verwachting in de loop van dat jaar snel ingelopen kan worden door accreditatie van coaches die de opleiding tot leefstijlcoach afgerond hebben. Bij het berekenen van de budget impact in het eerste jaar is in een scenario rekening gehouden met een beperkte instroom vanwege de suboptimale beschikbaarheid van gecertificeerde coaches. In de jaren 2 tot 5 zal de capaciteit van leefstijlcoaches op 1050-1350 coaches liggen. Bij een hoge vraag naar de GLI, bijvoorbeeld als het verwijspercentage van huisartsen veel hoger komt te liggen dan 1,03%, zal het aanbod aan leefstijlcoaches ook in de jaren 2 tot en met 5 een beperking kunnen vormen voor de uitrol van de GLI. De details van de berekening staan in bijlage 1.

Vanaf 2019 zijn er 400 gecertificeerde leefstijlcoaches beschikbaar die in totaal circa 24.000 deelnemers kunnen begeleiden. Vanaf 2020 is het aanbod aan leefstijlcoaches naar verwachting gestegen tot 1050 coaches die samen aan circa 63.000 mensen de GLI kunnen aanbieden. In jaar 5 is de capaciteit gestegen tot jaarlijks circa 80.000 nieuwe deelnemers. Als de vraag naar GLI veel hoger ligt dan 24.000 (jaar 1) tot 80.000 (jaar 5) deelnemers per jaar wordt de capaciteit van leefstijlcoaches een factor die snelle uitrol van de GLI beperkt.

2.4 **Substitutie: meer of minder zorguitgaven voor deelnemers aan de GLI?**

De GLI wordt aangeboden aan personen met een verhoogd gezondheidsrisico vanwege obesitas of vanwege een verhoogd BMI in combinatie met een of meer bijkomende ziekten. Het doel van de interventie is om deze gezondheidsrisico's door middel van leefstijlverandering te verminderen. Dat zou idealiter ook met minder zorgconsumptie (in latere jaren) gepaard kunnen gaan. Fittere en gezonde mensen hebben immers minder vaak een arts of andere zorgverlener nodig. Naast de gezondheidswinst draagt dit verminderde zorggebruik op termijn bij aan de kosteneffectiviteit van de GLI.[2] De vraag is of er ook over een korte tijdshorizon van maximaal 5 jaar al aantoonbare vermindering in zorgconsumptie is. Op dit moment zijn nog onvoldoende solide data beschikbaar waaruit kan worden geconcludeerd met hoeveel de zorgconsumptie op korte termijn afneemt. In de COOL studie kon voor 190 van de 358 deelnemers de zorgconsumptie uit de registraties van zorgverzekeraar CZ worden bepaald, terwijl voor 233 van de 358 deelnemers informatie uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) beschikbaar was. Andere deelnemers waren niet bij CZ verzekerd, hebben geen toestemming gegeven hun zorggebruik uit te vragen en/of de gegevens uit het HIS van hun huisarts waren niet beschikbaar. Wanneer op basis van deze informatie de zorgconsumptie in het jaar voorafgaand aan deelname aan COOL vergeleken wordt met het jaar na afloop van deelname aan COOL, lijkt de zorgconsumptie iets toegenomen te zijn. De verwachting dat leefstijlverandering meteen tot minder zorgconsumptie leidt werd in de

COOL studie dus niet bevestigd. Mogelijk speelt hier een rol dat deelnemers door deelname aan de GLI ook een verhoogd bewustzijn over hun gezondheidsrisico's krijgen en daarom vaker een zorgverlener bezoeken. Ook zou het zo kunnen zijn dat deelnemers gaan deelnemen aan programmatische preventie binnen de huisartspraktijk, zoals gericht op hart- en vaatziekten (CVRM) of diabetes. Zulke programmatische preventie brengt vaak een standaard aantal contacten met de huisartspraktijk met zich mee, waardoor de zorgconsumptie in eerste instantie kan toenemen. Een derde hypothese voor het verhoogde zorggebruik zou kunnen zijn dat meer beweging ook meer blessures op kan leveren. De data in de COOL studie geven geen inzicht in de achtergrond van de zorgconsumptie in het jaar na afloop van de interventie.

Ook in de SLIMMER studie werd het zorggebruik bijgehouden, maar hier zijn geen gegevens over de periode voor- en na de interventie beschikbaar. Omdat het een gerandomiseerde studie betrof gaat het om een vergelijking tussen deelnemers aan de interventie en de controlegroep van personen die standaard zorg ontvingen. In een periode van 15 maanden waren de kosten van zorggebruik ongeveer 400 euro lager voor deelnemers aan SLIMMER dan voor mensen die standaardzorg kregen. Dit kwam vooral door minder kosten voor ziekenhuisopnames en medicatie, het overige zorggebruik was vergelijkbaar of iets verhoogd bij de SLIMMER deelnemers. Voor de beweegkuur studie is een vergelijking gemaakt tussen een basisinterventie en een intensievere interventie voor een hoog risico groep. Deze vergelijking levert niet direct informatie op over mogelijke effecten op zorggebruik ten opzichte van de huidige zorg.

Omdat de gegevens van COOL niet op minder zorggebruik wijzen en de SLIMMER interventie een andere doelgroep en iets andere interventie betreft (zie tabel 1) hebben we vooralsnog in de berekening van budget impact geen rekening gehouden met substitutie-effecten. Dit betekent dat wel de investering in de GLI wordt geschat, maar vooralsnog geen rekening gehouden is met de eventuele besparingen die mogelijk zijn als verbeterde fitheid en afname van gezondheidsrisico's zich daadwerkelijk vertalen in minder zorggebruik.

Vanwege het ontbreken van goede gegevens over effecten van de GLI op zorggebruik na afloop van de GLI is er in de BIA geen rekening gehouden met substitutie van zorggebruik. Er wordt dus vooralsnog van uit gegaan dat de GLI in de eerste 5 jaren na 2019 niet zal resulteren in besparingen op zorggebruik.

2.5 Aannames voor de berekening van de budget impact van gecombineerde leefstijlinterventie

De BIA vergt enkele aannames die we hieronder toelichten:

1. De BIA betreft de periode van 2019-2023 (5 kalenderjaren). De BIA wordt bepaald op basis van de huidige (2018) omvang van de Nederlandse bevolking. De populatie van 18-75 jarigen die in principe in aanmerking komt voor de GLI zal in de vijf jaren die doorgerekend worden (2019-2023) niet substantieel van omvang veranderen.

2. In het eerste jaar (2019) stroomt een groep deelnemers in die logischerwijs alleen het eerste jaar van de interventie kan ontvangen, er zijn in het eerste jaar nog geen deelnemers die in de onderhoudsfase zitten. Vanaf jaar 2 wordt de budget impact bepaald door een groep deelnemers die de GLI ontvangt en een groep deelnemers die in de onderhoudsfase zit.
3. Er is in het BIA model geen rekening gehouden met herhaalde deelname of, in andere woorden, er is niet gecorrigeerd voor eventuele eerdere deelname. Gezien het feit dat per jaar enkele tienduizenden deelnemers geplaatst kunnen worden (op een doelgroep van enige miljoenen) zal deze aanname in de vijf jaren waarvoor we de budget impact doorrekenen geen grote impact hebben op de resultaten.

Scenario's en sensitiviteitsanalyses

In de primaire analyse (het realistische scenario) gaan we uit van een realistische omvang van de doelgroep, zoals hierboven weergegeven in regel 6 van Tabel 2. Dit zijn de mensen die of een BMI van 30 of hoger hebben, of een BMI boven de 25 in combinatie met een tweede risicofactor. In totaal gaat het om 3,5 miljoen Nederlanders tussen 18 en 75 jaar en in percentage uitgedrukt om 28% van de volwassen bevolking tot 75 jaar. We houden rekening met een sub-optimale uitrol van de interventie in de eerste twee jaren omdat de GLI eerst meer bekend moet raken onder zowel verwijzende huisartsen als potentiële deelnemers. We nemen dus aan dat de instroom na 1 januari 2019 geleidelijk op gang komt. Het aantal deelnemers in jaar 1 is slechts 50% van het aantal mogelijke deelnemers, en in jaar 2 is dit 75% van het aantal mogelijke deelnemers. Pas vanaf jaar 3 is er sprake van volledige uitrol van de interventie.

In gevoeligheidsanalyses hebben we de schattingen van de budgetimpact verder onderzocht.

Ten eerste zijn steeds drie varianten geanalyseerd voor wat betreft de verwijzing door huisartsen. De "beste schatter" komt overeen met een verwijzingspercentage van 1,03%, zoals waargenomen in de COOL studie. Daarnaast zijn een minimum en een maximum schatting met een verwijzingspercentage van respectievelijk 0,5% en 2,5% opgesteld.

Verder zijn ook een aantal aanvullende sensitiviteitsanalyses uitgevoerd:

- Sensitiviteitsanalyse 1 is een variant waarin de instroom in de GLI beperkt wordt door onvoldoende aanbod aan gecertificeerde leefstijlcoaches, zie hierboven onder "Restricties vanwege beperkte capaciteit leefstijlcoaches" en ook bijlage 1. Hierbij zijn 3 varianten doorgerekend, afhankelijk van de gemiddelde werktijd van een GLI-aanbieder.
- Sensitiviteitsanalyse 2 betreft de uitval tussen intake en onderhoudsbehandeling. Hiervoor zijn gegevens uit SLIMMER en de BEWEEGKUUR studies gebruikt. Deze laten gemiddeld iets hogere uitval zien dan de COOL studie. In de BEWEEGKUUR studie is ook na 24 maanden gemeten zodat een schatting mogelijk is van de uitval in jaar 2.
- Sensitiviteitsanalyse 3 is een referentiescenario, dat een raming geeft voor de bovengrens aan elke budgetimpact analyse. Daartoe werd een extreem scenario doorgerekend, waarin we uitgaan van een doelgroep die bestaat uit alle Nederlanders tussen 18 en 75 jaar met een BMI > 25. Dit betreft 49% van de

bevolking van 18-75 jaar, in totaal 6,1 miljoen mensen. Omdat deze groep niet aan de indicatiecriteria van de GLI voldoet moet deze extreme variant gezien worden als een theoretisch maximum, waarmee vergeleken andere scenario's op hun realiteitswaarde beoordeeld kunnen worden.

In tabel 4 hieronder wordt samengevat welke scenario's doorgerekend zijn.

Tabel 4: Toelichting op de verschillende scenario's die doorgerekend zijn

SCENARIO'S

Basisberekening: aanname	Langzame uitrol in jaar 1 en jaar 2: 50% van vraag in jaar 1 en 75% van vraag in jaar 2
Verwacht verwijsperscentage huisartsen (1,03%)	Realistisch scenario
Laag verwijsperscentage huisartsen (0,5%)	Realistisch scenario met lage verwijzing
Hoog verwijsperscentage huisartsen (2,5%)	Realistisch scenario met hoge verwijzing

SENSITIVITEITSANALYSES

Sensitiviteitsanalyse 1	Beperkt aanbod aan gecertificeerde coaches (volgens aantallen zoals in bijlage 2)
Sensitiviteitsanalyse 2	A. Uitval als in SLIMMER B. Uitval als in BEWEEGKUUR
Sensitiviteitsanalyse 3	Extreem scenario: iedereen met overgewicht of obesitas van 18-75 jaar GLI aanbieden.

3 Resultaten

3.1 Budget impact realistisch scenario

In tabel 5 staat de budget impact (in miljoenen euro's) weergegeven van het realistische scenario, d.w.z. het scenario waarin 28% van de bevolking van 18-75 jaar een indicatie voor de GLI heeft. In de eerste twee jaren is sprake van geleidelijke uitrol van de interventie, te weten huisartsen verwijzen maar 50% (jaar 1) en 75% (jaar 2) van het jaarlijkse aantal patiënten dat ze in de jaren 3 tot en met 5 verwijzen. Uitval van de deelnemers is overgenomen uit de geobserveerde patronen van de COOL studie. In de 3 kolommen staan achtereenvolgens de jaarlijkse budgetten die nodig zijn om aan de vraag naar GLI te voldoen:

- Kolom 1: minimum raming, corresponderend met een minimaal verwijzingspercentage van 0,50% van de doelgroep per jaar;
- Kolom 2: realistische raming, corresponderend met een verwijzingspercentage van 1,03%, zoals waargenomen in de COOL studie;
- Kolom 3: maximale raming, corresponderend met een verwijzingspercentage van 2,5%.

Tabel 5: Budget impact (maal duizend euro) in 3 varianten van het realistische scenario, varianten verschillen in het percentage van de doelgroep dat door de huisarts doorverwezen wordt; sub-optimale uptake van de interventie in jaar 1 (50%) en jaar 2 (75%)

	Minimaal verwijzingspercentage van 0,50%	Realistisch verwijzingspercentage van 1,03%	Maximaal verwijzingspercentage van 2,5%
Jaar 1	2.378	4.908	11.892
Jaar 2	5.284	10.903	26.420
Jaar 3	7.045	14.538	35.227
Jaar 4	7.045	14.538	35.227
Jaar 5	7.045	14.538	35.227

Uit tabel 5 blijkt dat de budget impact gedurende 5 jaar in het meest realistische scenario oploopt van 5 miljoen euro in jaar 1 naar 14,5 miljoen euro in jaar 5. Bij een hoog verwijzingspercentage door huisartsen zou dit benodigde budget kunnen oplopen tot maximaal 35 miljoen euro vanaf jaar 3.

3.2 Resultaten van scenario- en sensitiviteitsanalyses

In tabel 6 wordt de budget impact weergegeven zoals blijkend uit de sensitiviteitsanalyses voor het realistische scenario. Er werden drie sensitiviteitsanalyses uitgevoerd (zie tabel 4).

Uit sensitiviteitsanalyse 1 blijkt dat de beperkte capaciteit aan aanbieders van de GLI zeker de eerste drie jaar geen grote problemen geeft; de budget impact is vergelijkbaar met de budget impact in de basisberekeningen. Alleen bij een hoger dan verwacht verwijzingspercentage (2,5% i.p.v. 1,03%) zal de budget impact in deze eerste twee jaren

ongeveer 2 respectievelijk 0,5 miljoen lager zijn dan in een situatie van voldoende beschikbaarheid van GLI aanbieders. In de laatste 2 jaren (jaar 4 en 5) worden de verschillen tussen beide scenario's groter, maar is het aanbod van GLI-aanbieders voldoende. De schatting van sensitiviteitsanalyse 1 die geen rekening houdt met de COOL uitval van 16% resulteert dan in een budgetimpact van 8,3 miljoen, 17,2 miljoen en 41,7 miljoen tegenover 7,0 14,5 of 35,2 miljoen in het basisscenario. Als we zowel rekening zouden houden met een uitval van 16% als een beperkte capaciteit kan dat een dubbeltelling betekenen, omdat de uitval van 16% grotendeels kan worden verklaard door wachttijd die te maken heeft met de capaciteit van GLI-aanbieders. Daardoor is in latere jaren de geraamde budgetimpact in sensitiviteitsanalyse 1 hoger dan het basisscenario.

In sensitiviteitsanalyse 2 werd rekening gehouden met uitvalpercentages op basis van gegevens uit de andere twee Nederlandse GLI studies. Het uiteindelijke aantal deelnemers in de SLIMMER studie (sensitiviteitsanalyse 2A) lag rond de 50%. Dat is flink lager dan in de COOL studie. Het was bij de SLIMMER studie niet duidelijk of deze uitval voor of na de intake plaatsvond, in de sensitiviteitsanalyse is aangenomen dat dit voor de intake gebeurde. De uitval tijdens de studie lag vervolgens niet erg hoog. In totaal betekent dat een lagere budget impact, doordat er minder personen zijn die daadwerkelijk deelnemen en kosten maken. Bij een realistisch verwijsperscentage zou de budget impact oplopen van 1,9 miljoen euro in jaar 1 naar 5,5 miljoen euro in jaar 5. Het is belangrijk om op te merken dat de SLIMMER studie een RCT was en afwijkende selectiecriteria gebruikte.

Het uiteindelijke aantal deelnemers in de BEWEEGKUUR studie (sensitiviteitsanalyse 2B) lag dicht bij de COOL studie, met uitval van ongeveer 10% voor de intake en nogmaals rond de 10% voor de start van de interventie, zodat ongeveer 81% uiteindelijk deelnam, versus 76% in het basisscenario. De budget impact voor het realistische verwijsperscentage liep dan van 3,4 miljoen euro in jaar 1 tot 9,9 miljoen euro in jaar 5. Dit is nog steeds lager dan in het basisscenario, mede omdat er nu ook uitval in het tweede jaar kon worden meegerekend. De BEWEEGKUUR studie focuste op een hoog risico groep en was een RCT.

Tenslotte geven we in sensitiviteitsanalyse 3 de resultaten voor een extreem scenario weer, waarin alle Nederlanders van 18-75 jaar met een BMI > 25 in aanmerking komen voor de GLI. Vanzelfsprekend is de budget impact in zo'n extreem scenario veel groter dan in het realistische scenario. Bij een verwijsperscentage van 1,03% is met het aanbieden van de GLI in het eerste jaar circa 8,5 miljoen euro gemoeid. Vanaf jaar 3 is dat ruim 25 miljoen per jaar. Bij een maximaal jaarlijks verwijsperscentage van 2,5% van de doelgroep kan de budget impact oplopen tot 61 miljoen euro per jaar.

De eerste twee gevoeligheidsanalyses maken duidelijk dat het aantal deelnemers, en daarmee informatie over verwijsperscentages en uitvalpercentages, de meeste invloed heeft op de uiteindelijke budget impact. Analyse nummer 3 toont aan dat het uit oogpunt van budgetimpact zinvol is om de GLI gericht in te zetten en daarbij

indicatiecriteria te gebruiken die selecteren op verhoogd risico voor leefstijl gerelateerde aandoeningen.

Tabel 6: Sensitiviteitsanalyses: Budget impact (* duizend euro) van realistisch scenario en realistisch verwijsperscentage (1,03%). Steeds ook suboptimale uptake van 50% en 75% in jaar 1 en jaar 2.

	Minimaal verwijsperscentage van 0,50%	Realistisch verwijsperscentage van 1,03%	Maximaal verwijsperscentage van 2,5%
sensitiviteitsanalyse 1: ipv 84% uitval voor intake, rekening houden met minder instroom door een beperkt aanbod aan gli aanbieders			
Jaar 1	2.818	5.814	9.897
Jaar 2	5.582	11.518	25.894
Jaar 3	7.669	15.824	38.343
Jaar 4	8.346	17.222	41.732
Jaar 5	8.346	17.222	41.732
sensitiviteitsanalyse 2a: met uitvalpercentages als in de slimmer studie, aannahme iedereen die start doet ook de intake (alle uitval al voor de intake)			
Jaar 1	918	1.893	4.588
Jaar 2	1.995	4.116	9.973
Jaar 3	2.659	5.488	13.297
Jaar 4	2.659	5.488	13.297
Jaar 5	2.659	5.488	13.297
sensitiviteitsanalyse 2b: met uitvalpercentages als in de beweegkuur studie			
Jaar 1	1.653	3.411	8.265
Jaar 2	3.593	7.415	17.967
Jaar 3	4.791	9.887	23.956
Jaar 4	4.791	9.887	23.956
Jaar 5	4.791	9.887	23.956
sensitiviteitsanalyse 3: extreem scenario (iedereen met overgewicht gli aanbieden)			
Jaar 1	4.137	8.537	20.687
Jaar 2	9.192	18.967	45.959
Jaar 3	12.256	25.289	61.279
Jaar 4	12.256	25.289	61.279
Jaar 5	12.256	25.289	61.279

4 Kanttekeningen bij de berekening

Uiteraard zijn bij elk van de genomen stappen kanttekeningen te plaatsen. De meeste schattingen waarop de berekeningen zijn gebaseerd komen uit de COOL studie. Deze vond plaats in Zuid Nederland, in een regio met ongeveer 430.000 duizend inwoners. Een belangrijke aanname bij de extrapolatie van gegevens uit deze COOL studie is natuurlijk dat zowel personen uit de doelgroep als huisartsen vergelijkbaar zijn met de inwoners en huisartsen uit deze regio. Omdat hierover onzekerheid bestaat hebben we naast een meest realistische variant ook varianten doorgerekend met een lager en hoger verwijzingspercentage naar de GLI interventie.

Daarnaast zijn voor het bepalen van de omvang van de doelgroep gegevens uit de Doetinchem cohortstudie, ronde 5, gebruikt. De metingen daarvoor vonden plaats in 2012. Hoewel het niet om enorme wijzigingen zal gaan is het natuurlijk niet uit te sluiten dat de prevalentie van sommige typen comorbiditeit, vooral diabetes, sinds 2012 is gestegen. Dat zou tot een lichte onderschatting van de budget impact kunnen leiden.

Voor de berekening van de budget impact van de GLI moesten veel aannames worden gemaakt en gegevens uit observationele en gerandomiseerde klinische studies geëxtrapolerd worden naar heel Nederland. Belangrijker nog is dat waarnemingen uit een wetenschappelijk onderzoek niet zonder meer vergelijkbaar zijn met een situatie waarin een interventie standaard beschikbaar is. In een wetenschappelijk onderzoek wordt vaak veel effort gestoken in het betrokken houden van de deelnemers. In een normale situatie, zonder intensieve monitoring van de deelnemers, kunnen deelnemers mogelijk dus sneller uitvallen. Om de budget impact van de GLI voor VWS en anderen goed te monitoren zouden een aantal belangrijke determinanten in de komende jaren goed gemonitord moeten worden, zoals het verwijzingspercentage, de uitval voor en na de intake en de uitval nadat een deelnemer gestart is met de interventie.

Ten slotte een opmerking over het perspectief van deze studie, het verzekeringsperspectief. In dit perspectief namen we alleen de kosten mee die ten laste van de Zorgverzekeringswet zullen vallen. Vanzelfsprekend zijn er vanuit een maatschappelijk perspectief meer kosten rondom de introductie van de GLI. Te denken valt aan de opleidings- en accreditatiekosten voor nieuwe aanbieders van de GLI en aan kosten die deelnemers aan de GLI zelf moeten maken, zoals lidmaatschapsgelden van een sportschool, reiskosten en sportkleding. Deze kosten namen we niet mee omdat deze niet binnen het verzekeringsperspectief vallen.

5 Conclusies

In het realistische scenario loopt de budget impact in de komende vijf jaar op van 5 miljoen euro in jaar 1 (2019) naar 14,5 miljoen euro in jaar 5 (2023). Bij een hoog verwijspercentage door huisartsen zou dit benodigde budget kunnen oplopen tot maximaal 35 miljoen euro vanaf jaar 3. In dit scenario is het in eerste instantie beperkte aanbod aan aanbieders van de GLI geen groot probleem; we verwachten dat de vraag naar GLI in de eerste jaren geleidelijk zal groeien en dat er in principe voldoende GLI aanbieders beschikbaar zijn. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat er regionaal fricties kunnen ontstaan tussen vraag naar en aanbod van GLI interventies. Vanwege het ontbreken van goede gegevens over effecten van de GLI op zorggebruik voor en na afloop van de GLI kunnen we in deze BIA geen substitutie van zorggebruik berekenen. De beschikbare gegevens zijn onvoldoende om te kunnen concluderen of de GLI in de eerste 5 jaren na 2019 al dan niet zal resulteren in besparingen op zorggebruik.

6 Literatuur

1. Latta, 2018, De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken, Addendum bij de duiding van het Zorginstituut van 2009. Zorginstituut Nederland (www.zinl.nl)
2. RIVM Rapport Kosteneffectiviteit Beweegkuur. RIVM. Rapport no 260401005/2008
3. Rinsum van, 2018, The coaching on lifestyle (Cool) intervention for obesity, a study protocol for an action-oriented mixed-methods study.
4. Duijzer, 2014, SLIMMER: a randomised controlled trial of diabetes prevention in Dutch primary health care: design and methods for process, effect, and economic evaluation.
5. Duijzer, 2017, Effect and maintenance of the SLIMMER diabetes prevention lifestyle intervention in Dutch primary healthcare: a randomised controlled trial.
6. Duijzer, 2018 (niet gepubliceerd), Cost-effectiveness of the SLIMMER diabetes prevention intervention in Dutch primary health care: economic evaluation from a randomised controlled trial.
7. Schutte, 2015, One-Year Results of the BeweegKuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings.
8. Berendsen, 2011, Effectiveness and cost-effectiveness of 'BeweegKuur', a combined lifestyle intervention in the Netherlands: Rationale, design and methods of a randomized controlled trial.
9. Hendriks, 2018 (niet gepubliceerd), Cost-effectiveness and cost-utility of a combined lifestyle intervention in primary care.
10. NZA, 2018, Concept van beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie (niet gepubliceerd).
11. Communicatie Beroepsvereniging LeefstijlCoaches Nederland.
12. WMM Verschuren, A Blokstra, HSJ Picavet, HA Smit. Cohort Profile: The Doetinchem Cohort Study. International Journal of Epidemiology 2008, 37(6): 1236–1241.

7 Dankwoord

De bijdrage van de onderzoekers betrokken bij de SLIMMER, Beweegkuur, en COOL studie was zeer waardevol voor het uitvoeren van deze budget impact analyses. We willen dan ook onze hartelijke dank uitspreken aan (in willekeurige volgorde): Geerke Duijzer (SLIMMER), Annemien Haveman-Nies (SLIMMER), Marike Hendriks (Beweegkuur), Stef Kremers (COOL, Beweegkuur), Celeste van Rinsum (COOL), en Hans Savelberg (Beweegkuur), zonder wiens eerdere onderzoek, analyses en snelle en adequate reacties deze budget impact analyses niet mogelijk waren geweest. Ook willen we Anneke Blokstra bedanken voor haar bijdrage aan de aanvullende analyses op de Doetinchem data.

8 Bijlages

8.1 **Bijlage 1. Aanvullende informatie analyses Doetinchem data.**

De analyses voor het bepalen van de omvang van de geïndiceerde populatie tussen 40 en 75 jaar zijn gedaan op basis van het Doetinchem cohort, 5^e ronde (2008-2012).[12]

Hierbij zijn de volgende definities gehanteerd:

- Comorbiditeit HVZ: vragenlijst (ooit hartinfarct of ooit beroerte);
- Comorbiditeit diabetes: vragenlijst (diabetes j/n) ja, en/of niet-nuchter glucose ≥ 11.1
- Comorbiditeit artrose, op basis artrose afgelopen 12 maanden (al dan niet door arts vastgesteld) ja.
- SCORE $>5\%$ is bepaald door het 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ voor patiënten zonder hvz te berekenen met het risico nomogram uit NHG standaard voor CVRM.
- Benadering IFG: niet-nuchter glucose tussen 7,8 - 11,1 mmol/l; geen diabetesdiagnose en geen medicatie voor diabetes;

8.2 Bijlage 2. Beperking in de instroom door suboptimale beschikbaarheid van gecertificeerde aanbieders van GLI

Alleen gecertificeerde leefstijlcoaches mogen de GLI aanbieden. Anno 2018 is het aanbod nog beperkt tot circa 100 gecertificeerde coaches. Naar verwachting groeit dit aanbod de komende jaren sterk, maar mogelijk is in de eerste jaren na 2019 nog sprake van een beperking in het aantal Nederlanders dat kan deelnemen aan de GLI, vanwege de nog beperkte beschikbaarheid van coaches. Er is daarom een schatting gemaakt van het aantal deelnemers dat één coach op jaarbasis kan aannemen. Dat hangt allereerst af van de groepsgrootte. Volgens de concept Beleidsregel is de gemiddelde groepsgrootte 7 personen. De inhoud van het leefstijlprogramma is exact omschreven in termen van aantal sessies en duur van deze sessies. De totale tijd per deelnemer is 694 minuten bij een volledige doorloop van het programma gedurende 24 maanden (tabel B1).

Tabel B1: Berekening totale tijd in minuten per deelnemer aan de GLI, op basis van 7 deelnemers per groep

	aantal	tijd in min	totale tijd / deelnemer*
1. Intake	1	60	60
2. Basisprogramma (8 mnd)			
Groepssessies	8	120	137
Individuele sessies	2	45	90
Extra contacttijd 60 min per dlnr	12	5	60
Outtake	1	60	60
3. Onderhoudsprogramma (16 mnd)			
Groepssessies	8	120	137
Individuele sessies	2	45	90
Extra contacttijd 60 min per dlnr	12	5	60
Outtake	1	60	60
Totaal			694

Voor de berekening werd verondersteld dat een leefstijlcoach gemiddeld 0,6 fte werkt gedurende 46 weken per jaar. Volgens de beroepsvereniging zal een fulltime werkende coach 25 directe contacturen per week hebben en is de rest van de tijd nodig voor voorbereiding, overleg en verslaglegging. Op jaarbasis zijn er $25 \times 46 = 1150$ contacturen (69000 minuten), waarin, bij 694 minuten per deelnemer, gemiddeld 99 deelnemers kunnen deelnemen. Bij een groepsgrootte van 7 kan één fulltime werkende coach dus gemiddeld 14,2 groepen op jaarbasis starten. In de tabel hieronder staat de berekening weergegeven waaruit blijkt dat in het eerste jaar circa 24000 deelnemers kunnen instromen, onder de aanname dat de coaches die de opleiding afgerond hebben ook allemaal de accreditatie zullen aanvragen en in 2019 kunnen starten met het aanbieden van de GLI. In de berekening is dus aangenomen dat vanaf 2019 400 coaches beschikbaar zijn, en dat vanaf 2020 een aantal van in totaal 1050 leefstijlcoaches de GLI gaat aanbieden. Vanaf 2021 komen jaarlijks nog 100 extra coaches beschikbaar die later starten met de opleiding tot aanbieder van de GLI.

Wanneer het aanbod toeneemt tot ruim 1350 gecertificeerde coaches zal de capaciteit om deelnemers te laten instromen toenemen tot circa 80.000 deelnemers per jaar. In de berekening van de budget impact is voor het eerste jaar (2019) rekening gehouden met het nog beperkte aanbod aan gecertificeerde leefstijlcoaches en is de instroom aan deelnemers beperkt tot circa 24000 deelnemers per jaar.

Tabel B2: Berekening aantal deelnemers per jaar bij beperkte en maximale beschikbaarheid van leefstijlcoaches

	Reeds geaccrediteerd	Opleiding afgerond in 2019	Afgeronde opleiding, accreditatie voor 2019	Potentieel: individuele accreditatie	Extra instroom uit opleiding in latere jaren	
N coaches	100	150	300	500	300	1.350
Totaal nieuwe deelnemers per jaar bij 1,0 fte pp	9.938	14.907	29.815	49.691		
Fte	0,60	0,60	0,60	0,60		
Totaal nieuwe deelnemers per jaar	5.963	8.944	17.889	29.815		
Max. aantal deelnemers jaar 1	5.963		17.889			23.852
Max. aantal deelnemers jaar 2	5.963	8.944	17.889	29.815		62.611
Max. aantal deelnemers jaar 3	5.963	8.944	17.889	29.815	5.963	68.574
Max. aantal deelnemers jaar 4	5.963	8.944	17.889	29.815	11.926	74.537
Max. aantal deelnemers jaar 5	5.963	8.944	17.889	29.815	17.889	80.500

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag

