

Convenant

Gemeente Den Haag en zorgverzekeraar Menzis



Den Haag



Inhoud

1. Inleiding.....	2
2. Evaluatieperiode 2015-2017.....	2
2.1 Projecten.....	3
2.2 Conclusie.....	4
3. Uitgangspunten samenwerking convenanten	4
3.1 Inleiding	4
3.2 Uitgangspunten.....	4
3.3 Werkwijze	5
3.4 Focus 2018-2019	7
4. Overleg- en sturingsstructuur	7
5. Projecten Menzis	8
5.1 Lopende projecten	8
5.2 Ideeën voor nieuwe projecten	9
6. Gezamenlijke preventieprojecten.....	9
6.1 Preventieprojecten	9
6.2 Overgang jeugdhulp naar Wmo, Zvw en Wlz voor jongeren (project Van 18- naar 18+)	10
6.3 Leefstijlcoach; uitbreiden naar andere Haagse wijken en/of stadsdelen en het vormen van een gezinsaanpak	10
Bijlage 1 Project Van 18- naar 18+	12
Bijlage 2 Leefstijlcoach.....	15

1. Inleiding

In januari 2015 hebben zorgverzekeraars CZ, Menzis en VGZ en de gemeente Den Haag een convenant¹ gesloten. Het doel van dit convenant was om de samenwerking te versterken teneinde de gezondheid en het welbevinden van de Haagse burgers te verbeteren en de zorgkosten beheersbaar te houden. De convenant-partijen hebben zich gecommitteerd aan 'het gezamenlijk waarborgen van een efficiënt, effectief en duurzaam stelsel van gezondheid, welzijn, ondersteuning en zorg'. Het uitgangspunt daarbij was (en is) de eigen kracht en het oplossingsvermogen van (kwetsbare) burgers te stimuleren en de burgers de ondersteuning en zorg te bieden die zij nodig hebben.

De samenwerking is in de periode 2015-2017 vormgegeven door middel van een werkagenda en een werkplan met een programmatische aanpak uitgevoerd onder de leiding van een regiegroep. De afspraken betroffen eveneens afspraken over monitoring, regelmatige evaluatie, informatie-uitwisseling en financiering.

Vorbereiding: In de laatste maanden van 2017 hebben de zorgverzekeraars en de gemeente een nieuw convenant voorbereid. Ter voorbereiding op dit convenant zijn gesprekken gevoerd met de zorgverzekeraars en de betrokkenen bij de gemeente en de GGD. Op 2 oktober 2017 is een gezamenlijke workshop georganiseerd. In deze workshop is de afgelopen convenantperiode geëvalueerd en zijn ideeën geïnventariseerd voor de volgende fase in de samenwerking. Deze vormen de basis voor de nieuwe convenanten.

Preventie: Gaande dit proces is geconcludeerd dat preventie een integraal onderdeel moet zijn van de convenanten. Om dit te borgen worden de gezamenlijke preventieprojecten meegenomen in de convenanten. Dit zijn de projecten die naar aanleiding van de motie 'Effectieve en gebundelde inzet preventiemiddelen (BOW/2016.114; RIS292563) in de commissie Samenleving van 6 april 2017 zijn uitgewerkt.

Structuur convenant: In hoofdstuk twee zijn de belangrijkste inzichten uit de evaluatie geformuleerd. Hoofdstuk drie bevat de gezamenlijke uitgangspunten en de projecten voor de samenwerking in volgende fase. Hoofdstuk vier geeft de overleg- en sturingsstructuur weer en in hoofdstuk vijf worden de plannen met Menzis toegelicht. De gezamenlijke preventieprojecten worden nader toegelicht in hoofdstuk zes (uitwerking in bijlage 1 en 2).

2. Evaluatieperiode 2015-2017

In de evaluatie van de periode 2015-2017 is geconstateerd dat veel tijd en aandacht is besteed aan 'elkaar leren kennen en leren samenwerken'. Daarmee is de basis gelegd voor structurele samenwerking. In de projecten hebben de gemeente en de zorgverzekeraars vooral ook veel meer begrip gekregen van elkaars opgave, werkwijzen en mogelijkheden. Ook in de andere grote steden is gebleken dat men veel moet investeren in de samenwerking. Er is in het algemeen veel tijd geïnvesteerd in 'elkaar te leren kennen en elkaars werkelijkheid te begrijpen en te respecteren'.

Dat betekent overigens niet dat er geen projecten zijn gestart. In tegendeel; een aantal van de initiatieven heeft zich ontwikkeld tot succesvolle projecten. Hieronder geven wij eerst een korte samenvatting van deze projecten. Daarna volgen de inzichten die de zorgverzekeraars

¹ Convenant 2015-2017: Hoofddocument met drie deelconvenanten; een convenant per zorgverzekeraar

en de gemeente hebben opgedaan in de samenwerking.

2.1 Projecten

In de afgelopen periode hebben de zorgverzekeraars ieder eigen projecten uitgevoerd met de gemeente. Iedere zorgverzekeraar heeft zijn eigen identiteit en heeft derhalve eigen projecten en innovaties ontwikkeld met de gemeente. In de workshop is afgesproken deze projecten door te zetten in de komende periode. Hieronder zijn per zorgverzekeraar de succesvolle/kansrijke projecten in de periode 2015-2017 weergegeven:

- CZ werkt samen met de gemeente in het Schuldenlab070 (SOHOS) en het Gestructureerd Patiënten Overleg in Scheveningen (GPO).
- Menzis werkt samen met de gemeente aan het project OldStars en de aanpak psychiatrische problematiek in de wijk (project GGZ-pilot). In hoofdstuk vijf wordt een toelichting op deze projecten gegeven.
- VGZ heeft goede ervaringen opgedaan in de aanpak die samen met het Instituut voor Publieke Waarden (IPW) is ingezet voor cliënten met complexe GGZ-problematiek. In dit project zijn vijf cliëntprofielen ontwikkeld voor de aanpak van deze problemen.

Inzichten in succesfactoren

- *Focus*: De projecten die succesvol zijn gebleken, zijn allen gekenmerkt door een scherpe focus, een duidelijke geografische afbakening (leefstijlcoach) en een scherpe definiëring van de doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn het SOHOS-project en de aanpak van VGZ met het IPW.
- *Aanpak*: Projecten waarbij vooraf een bewezen of kansrijke aanpak/interventie bekend is, zijn doorgaans succesvoller dan projecten waarbij uitsluitend de problematiek van een doelgroep de start van het project was. Soms is er echter geen aanpak bekend en dan moet de aanpak in nauwe samenwerking met alle betrokken ontworpen worden. Dit vraagt uiteraard meer tijd en stelt hogere eisen aan de samenwerking en het wederzijds vertrouwen.
- *Lerend proces*: Gezien de complexiteit van de vraagstukken, van het zorgveld en van de 'werelden' van zowel de gemeente als van de zorgverzekeraars is tijd nodig om een aanpak succesvol te implementeren.
- *Aansturing*: goede aansturing en gezamenlijk eigenaarschap in de uitvoering van het project en betrokkenheid van de zorgaanbieders zijn cruciaal voor een goed lerend proces.

Inzichten in verbeterpunten

- *Een stevige basis voor de selectie van projecten leggen*: één van de belangrijkste inzichten uit de workshop is dat een goede analyse vooraf van groot belang is voor succes. In de workshop werd duidelijk dat de selectie van projecten een betere voorbereiding vereist.
 - Een goede selectie vereist een vergelijking van de relevante beleidsplannen van zowel de gemeente als de verzekeraars.
 - Een analyse van de verzekerden (populatie-analyse) van iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, in termen van omvang en zorgbehoefte.
 - Een analyse van de knelpunten in de zorgverlening (gemeentelijk domein en domein zorgverzekeraar/zorgkantoor).

- *Verder investeren in de samenwerking:* Bekendheid met elkaars wereld in termen van instrumentarium en (on)mogelijkheden om gezondheid en welbevinden te beïnvloeden. In de afgelopen periode is hier al veel aandacht aan besteed, maar dit blijft een punt van aandacht.

2.2 Conclusie

De convenantperiode 2015-2017 heeft waardevolle inzichten en een aantal succesvolle projecten opgeleverd. Deze projecten worden voortgezet in de volgende fase van de samenwerking. Voor de selectie van nieuwe projecten is het belangrijk een goede analyse van de wederzijdse beleidsplannen uit te voeren. In het volgende hoofdstuk wordt dit uitgewerkt.

3. Uitgangspunten samenwerking convenanten

3.1 Inleiding

Op basis van de voornoemde inzichten uit de evaluatie van de periode 2015-2017 willen de zorgverzekeraars en de gemeente hun samenwerking concreter invullen en een meer structureel en doorlopend karakter geven. De ambitie in de convenanten 2015-2017 blijft echter onverminderd valide:

Meer gezonde en vitale Haagse burgers en minder zorgafhankelijkheid en inefficiënt zorggebruik door:

- Het versterken van de samenhang tussen ondersteuning en zorg in de wijken met een gezamenlijke visie op de uitvoering door organisaties en professionals. Dit is gericht op het stimuleren en ondersteunen van eigen kracht en het zelf oplossend vermogen van burgers en het bevorderen van de gezondheid en kwaliteit van leven.
- Het zo efficiënt en effectief mogelijk organiseren van ondersteuning en zorg waardoor de kwaliteit hoog is en de kosten beheersbaar blijven.
- Het gezamenlijk ontwikkelen van business cases als onderbouwing van het rendement van de gezamenlijke inzet.

3.2 Uitgangspunten

Het doel voor de volgende fase is dus meer focus in de samenwerking te brengen, de samenwerking in te richten rond concrete projecten en te kiezen voor een structurele samenwerking.

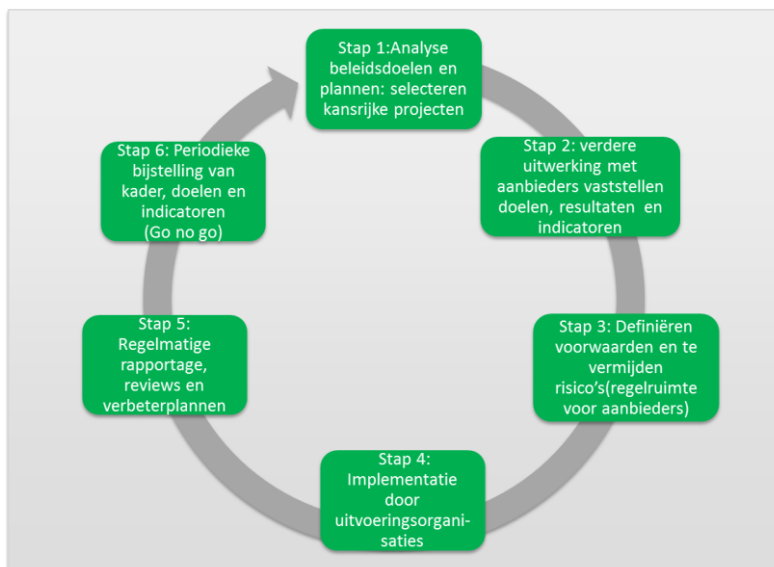
1. Jaarlijks een onderbouwde gerichte selectie maken van nieuw te starten projecten. Dit op basis van beleidsplannen en populatie-analyses.
2. Jaarlijks de lopende projecten en afspraken evalueren. Er zijn dan drie opties:
 - a. Opschalen project als er voldoende mate van bewijs van effectiviteit (practice based) onder ligt.
 - b. Bijstellen van de aanpak van het project.
 - c. Stoppen project.
3. Jaarlijks de samenwerking evalueren en verbeteren.

Het streven is om het systeem van convenanten voor een bepaalde periode los te laten en doorlopende afspraken te maken in convenanten. Dit betekent concreet dat partijen, op basis van de jaarlijkse inventarisatie van gezamenlijke beleidsdoelen, afspraken maken over nieuwe projecten en initiatieven. Dit waarborgt dat iedere zorgverzekeraar en de gemeente Den Haag in een continu proces van groeiende samenwerking werken aan de verbetering van de gezondheid en het welzijn van de burgers en verzekerden in de gemeente Den Haag. Door een proces te starten van structurele samenwerking met jaarlijkse kritische evaluaties zijn alle partijen verzekerd van het lange termijn commitment aan de samenwerking.

Ook in andere gemeenten blijkt dat samenwerken aan gezondheid en welzijn/welbevinden lange termijn inzet vereist. Dat geldt ook voor de betrokkenheid en afspraken met de aanbieders van zorg.

3.3 Werkwijze

In lijn met de inzichten uit de evaluatie van de eerste convenantperiode kiezen gemeente en zorgverzekeraars voor de volgende werkwijze:



Figuur 1: Experimentalist Governance methode Oxford handbook of Governance 2012. J.T. Zeitlin UVA.

Deze werkwijze lijkt weliswaar veel op de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act), maar de aanpak volgens Experimentalist Governance² laat meer ruimte voor experimenteren, leren en ontwikkelen. Partijen maken geen gedetailleerde afspraken, maar spreken doelen op hoofdlijnen (framework goals) af voor een project. Het is aan de uitvoerders van het project om samen te kijken wat de beste manier is om de doelen te realiseren. De betrokkenen krijgen zo meer regelruimte om naar eigen inzicht oplossingen te ontwerpen. Regelmatige gezamenlijke evaluaties waarin men elkaar evalueert, gezamenlijk leert en de aanpak waar nodig bijstelt. Betrokkenheid van aanbieders van zorg en ondersteuning en burgers is daarbij noodzakelijk. Wat betekent dit concreet voor de wijze waarop de zorgverzekeraars en de gemeenten gaan samenwerken?

² Experimentalist Governance methode Oxford handbook of Governance 2012. Prof. dr. J.T. Zeitlin UVA.

Stap 1: Goede voorbereiding: analyse beleid en identificeren kansen

- Op basis van beleidsdoelen (doelen en belangen) en een analyse van de aard en omvang van de vragen van de burgers/verzekerden identificeren de gemeente en de iedere zorgverzekeraar gezamenlijke kansen, knelpunten en signalen van niet effectief beleid.
- Op basis van dit gedeeld beeld van kansen en knelpunten ontwikkelen partijen een gedeeld beeld van elkaars beleidsinstrumentarium (mogelijkheden om te beïnvloeden, bijvoorbeeld inkoop) en de uitvoerbaarheid van verbeteringen.

Op basis van deze analyse kan de gemeente en een lijst met kansrijke interventies opstellen.

Voor de selectie van projecten worden de volgende criteria gehanteerd:

1. Gemeente en zorgverzekeraar(s) hebben een gedeeld beleidsdoel (impact op gezondheid of zelfregie burgers en verzekerden, stapeling van kosten, innovatiekans).
 2. Gemeente en/of zorgverzekeraar ervaart een knelpunt bij het realiseren van zijn beleidsdoelstelling waarbij samenwerking met de convenantpartner kan bijdragen aan de oplossing.
 3. De problematiek is beïnvloedbaar door gemeente en/of verzekeraar.
 4. Als zorgverzekeraars en gemeenten aanbieders nodig hebben voor succesvolle uitvoering van het project moet zo veel mogelijk duidelijk zijn dat de problematiek wordt gedeeld door de aanbieders en dat aanbieders bereid zijn de interventie/het project uit te voeren.
 5. De interventie of aanpak is elders al in een experiment getoetst of wordt door alle betrokkenen als kansrijk beoordeeld.
 6. De interventie of aanpak biedt een kans om het rendement of de investering te delen.
- De criteria 1-4 zijn voorwaardelijk, criterium 5 en 6 zijn 'nice to have'

Stap 2 en 3: Uitwerking met aanbieders definitieve selectie, doelen en grenzen

- Op basis van deze kansrijke projecten gaan gemeente en verzekeraars gezamenlijk in gesprek met uitvoerders (vaak de zorgaanbieders, ambtenaren/medewerkers) om te komen tot de definitieve selectie en de beoogde resultaten van de interventies en projecten.
- Tevens bepalen beleidsmakers en uitvoerenden de grenzen aan de regelruimte die de uitvoerders kunnen nemen. Dit type overleg dwingt aanbieders om openheid van zaken te geven en zich te committeren aan resultaten.
- Hierna start de uitvoering (stap 4).

Stap 4, 5 en 6: Uitvoering en opzetten continu evalueer- en leerproces

In stap 4 start de uitvoering en richten zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders een gezamenlijk leerproces in dat kort cyclisch wordt bijgesteld. Dit betekent dat de gemeente met de betrokken zorgverzekeraar en aanbieders projecten evalueert, waar nodig bijstelt, opschaaft naar andere wijken en andere doelgroepen of een project stopt.

VGZ werkt al volgens deze aanpak in het IPW-project. De aanpak in het IPW-project wordt voortgezet en zal ook worden uitgebreid naar andere interventies en doelgroepen.

3.4 Focus 2018-2019

Vanuit de hierboven beschreven werkwijze hebben de zorgverzekeraars en de gemeente in de gezamenlijke workshop voor de komende periode gekozen voor de volgende focus:

1. Verder ontwikkelen en opschalen van de kansrijke lopende projecten uit de vorige convenantperiode.
2. Bij nieuwe projecten focus op de samenwerking rond:
 - a. GGZ-vraagstukken (inclusief jeugd en jongvolwassenen).
 - b. Vraagstukken rond ouderen.
3. De reeds geselecteerde gezamenlijke preventieprojecten. Deze projecten zijn geselecteerd op basis van hiervoor genoemde criteria (zie bijlage 1 en 2).

4. Overleg- en sturingsstructuur

Om deze werkwijze goed uit te voeren, is een beperkt aantal gerichte overleggen nodig. Het is de bedoeling het zwaartepunt bij de uitvoering te leggen. De stuurgroep heeft vooral de taak om te monitoring en waar nodig knelpunten weg te nemen.

Tafel per project (draagvlak en executiekracht)

- Per project werkt vanuit de zorgverzekeraar(s) en de gemeente een contactpersoon met zorgverleners en waar nodig ambtenaren in de uitvoering samen aan het project.
- De contactpersonen bewaken het proces van regelmatige evaluatie en terugkoppeling. Zij zijn het aanspreekpunt voor de uitvoerenden als de zorgverzekeraar of de gemeente het project onvoldoende faciliteren.
- Het projectleiderschap ligt bij de daadwerkelijk uitvoerenden. Dit is een cruciaal en kwetsbaar punt gebleken dat forse eisen stelt regierol van gemeente en zorgverzekeraars.

Stuurgroep

- De stuurgroep acteert op tactisch niveau, bewaakt het overzicht over de projecten en beoordeelt/denkt mee over de voortgangsrapportages van de projecten.
- De stuurgroep bestaat uit beslissers uit de vier convenantpartners. Indien een project concurrentie gevoelig is voor een van de zorgverzekeraars splitst de stuurgroep zich op.
- De stuurgroep vergadert driemaal per jaar.

Strategisch bestuurlijk overleg

Jaarlijks moet een voorbereidend/analyse proces worden ingericht voor de volgende fase. Dit wordt gedaan door de stuurgroep. In dit jaarlijks overleg worden:

- De beleidsdoelen in de jaarplannen van zorgverzekeraars en gemeente vergeleken en de analyses van de ontwikkeling van de zorgbehoefte en de knelpunten besproken.
- De lopende projecten geëvalueerd (go no go).
- Besluiten genomen om succesvolle projecten op te schalen of structureel in te bedden in de organisatie van de gemeente en de zorgverzekeraars.
- Eventuele nieuwe projecten geïdentificeerd (op basis van de analyses en de beleidsdoelen).
- Per project afgesproken wat de inzet van de zorgverzekeraar is en waar de gemeente zich aan committeert. Hier worden dan ook de kaders voor de uitvoerenden (aanbieders en ambtenaren/medewerkers) geformuleerd.

5. Projecten Menzis

5.1 Lopende projecten

Menzis werkt samen met de gemeente in twee projecten:

- Eenzaamheid bij ouderen (project OldStars).
- Aanpak psychiatrische problematiek in de wijk (project GGZ-pilot).

Deze projecten hebben in de afgelopen periode al aangetoond succesvol of kansrijk te zijn. Conform de afspraak worden deze projecten doorgezet in 2018/2019.

Thema: eenzaamheid bij ouderen (project OldStars)

Aanleiding: Uit onderzoek is naar voren gekomen dat eenzaamheid onder ouderen als probleem wordt ervaren in de regio Den Haag. Dat terwijl sociaal actief zijn cruciaal is voor het gezond en gelukkig ouder worden. Daarom zetten Menzis en Gemeente Den Haag zich in om de gezondheid van deze doelgroep te versterken door hen met elkaar in contact te brengen en samen in beweging te brengen.

Aanpak: OldStars is een landelijk initiatief van walking football voor 60-plussers. In Den Haag trapt het OldStars team van ADO Den Haag al jaren met veel plezier een balletje met elkaar. Het is een bewezen succesvol programma om ouderen (weer) aan het bewegen te krijgen. Er wordt wekelijks getraind en achteraf een kopje koffiegedronken. Een sociale activiteit inclusief een beweegcomponent, die effectief bijdraagt aan de sportiviteit van de doelgroep en het vergroten van de sociale activiteit.

Betrokken partijen: Gemeente Den Haag, Menzis, ADO Den Haag in de Maatschappij en Ouderenfonds willen samen het succesvolle initiatief OldStars groter maken in Den Haag om eenzaamheid onder ouderen te voorkomen en de leefkracht van ouderen te versterken. Dit wordt gedaan door in eerste instantie onder de vlag van ADO Den Haag en meer Haagse amateurclubs een walking football team op te laten zetten.

Planning voor de volgende fase: Het vergroten van het aantal deelnemende verenigingen die Old Stars/Walking football aanbieden in gemeente Den Haag met vier nieuwe verenigingen. Het streven is dat dit eind 2018 is gerealiseerd. Daarnaast wordt extra ingezet op deelname van migranten ouderen. Mogelijk is het project ook interessant voor jongeren met eenzaamheidsproblematiek.

Thema: aanpak psychiatrische problematiek in de wijk (project GGZ-pilot).

Aanleiding: Het aantal mensen met psychische problematiek dat zelfstandig in de wijk woont, neemt toe³. Als gevolg van psychische kwetsbaarheid kunnen mensen sociaal geïsoleerd raken en resteert soms nog slechts een klein persoonlijk netwerk. De mensen in dat netwerk weten vaak niet goed hoe men iemand kan helpen. En dat terwijl men hen juist in deze tijden misschien wel het meest nodig heeft. Voor steun en begrip wenden veel inwoners met een psychische kwetsbaarheid zich tot de formele voorzieningen die in de wijk aanwezig zijn. Tal van organisaties en initiatieven dragen op hun manier een steentje bij aan het herstel van inwoners. Maar het aanbod is nog onvoldoende gecoördineerd en sluit onvoldoende aan op wat deze inwoners nodig hebben en belangrijk vinden. Hoe wordt ervoor gezorgd netwerk

³ Zie ook Rapport Dannenberg

van organisaties in de wijk optimaal is uitgerust om herstel te bevorderen en uitval te voorkomen?

Aanpak: Deze pilot beoogt de stad Den Haag inclusiever te maken voor inwoners/verzekerden met een psychische kwetsbaarheid, door:

1. Vaker te voorkomen dat zij (meermalen) een crisis meemaken/ anderszins uitvallen.
2. Het vergroten van hun maatschappelijk participatie, op de manier die zijzelf willen.

De primaire doelgroep van deze pilot zijn inwoners van Den Haag (Bouwlust, Vrederust, Escamp) met een psychische kwetsbaarheid, in het bijzonder mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA). Omdat de doelen van de pilot ook *preventief* van aard zijn (namelijk het voorkomen van uitval), zijn de activiteiten ook gericht op inwoners die nog geen EPA hebben, maar daar een risico op lopen. Mogelijk kan dit project ook bijdragen aan een meer positieve beeldvorming over mensen met psychische problemen

Betrokken partijen: De partijen die betrokken zijn bij deze pilot zijn de gemeente Den Haag, Menzis, (een GGZ-team van) Parnassia, Het Haags Steunsysteem (HSS), de Landelijke Stichting Familie Vertrouwenspersonen (LSFVP), Indigo Preventie.

Planning: In 2018 wordt de nieuwe werkwijze uitgevoerd en aangescherpt. Eindevaluatie vindt plaats eind 2018.

5.2 Ideeën voor nieuwe projecten

Zoals beschreven in hoofdstuk drie van het hoofddocument spreken partijen uit om eerst de genoemde analyses uit te voeren voordat nieuwe projecten geselecteerd kunnen worden. Uit deze opties moet dus op basis van de analyse zoals beschreven in dit hoofdstuk een selectie worden gemaakt. De lijst hieronder is dus niet meer dan een aantal mogelijkheden die in de workshop op 2 oktober 2017 is genoemd.

Thema: efficiënte inzet van zorg vanuit Wmo en Zvw (project Effectief ontschotten)

Een deel van de kwetsbare (oudere) inwoners van gemeenten heeft recht op en maakt gebruik van zorg en ondersteuning uit verschillende wettelijke kaders. In sommige gevallen is de (combinatie van) zorg en ondersteuning die bij een persoon ingezet wordt, niet zo effectief als mogelijk. Door gerichte analyse vanuit de verschillende perspectieven kunnen knelpunten geïdentificeerd en oplost worden.

6. Gezamenlijke preventieprojecten

6.1 Preventieprojecten

In het kader van de afdoening van de motie Effectieve en gebundelde inzet preventiemiddelen (BOW/2016.114; RIS292563) in de commissie Samenleving van 6 april 2017 zijn twee projecten geïdentificeerd. Het gaat om:

1. Overgang jeugdhulp naar Wmo, Zvw en Wlz voor jongeren (project Van 18- naar 18+) (zie bijlage 1).
2. Leefstijlcoach; uitbreiden naar andere Haagse wijken en/of stadsdelen en het vormen van een gezinsaanpak (zie bijlage 2).

Project 1 is een initiatief van Menzis. CZ en VGZ nemen deel aan dit project.
Project 2 is een initiatief van CZ.

6.2 Overgang jeugdhulp naar Wmo, Zvw en Wlz voor jongeren (project Van 18- naar 18+)

Algemene beschrijving project

Aanleiding: De convenantpartners willen dat jongeren geen last hebben van de twee verschillende inkoopstelsels. Daarom willen wij samen zorgen voor een sluitend aanbod rond de leeftijdsgrens van 18 om de continuïteit van de zorg te borgen en mogelijke uitval te voorkomen. Onderlinge afstemming en zo mogelijk gezamenlijke (inkoop)afspraken bij gecombineerde behandeling ouder(s) - kind(eren) kunnen daarbij helpen. Vroegsignalering kan escalatie van problemen voorkomen. De overgang van 18- naar 18+ verloopt momenteel nog niet altijd even soepel voor jeugdigen. Ze kunnen vanaf hun 18e jaar te maken krijgen met verschillende wettelijke kaders, welke niet altijd goed op elkaar aansluiten. Hierdoor kunnen hun problemen verergeren, terwijl eerder anticiperen en samenwerken dit had kunnen voorkomen. Daarom implementeren gemeente Den Haag, Menzis en aanbieders een integrale werkwijze waarbij buiten de gebaande paden naar oplossingen wordt gezocht voor jeugdigen die tussen wal en schip dreigen te vallen.

Aanpak: De integrale aanpak Van 18- naar 18+ van Menzis, gemeenten en aanbieders ziet er als volgt uit. Aanbieders brengen met behulp van een checklist in kaart of er risico's zijn dat de jeugdige rond 18+ jaar tussen wal en schip valt. Indien dit het geval is, zoekt de aanbieder contact met de coördinator van de gemeente. De coördinator heeft korte lijnen met verschillende experts bij de gemeente (o.a. op het gebied van wonen, schulden, werk en inkomen, ondersteuning) en Menzis (met name GGZ vanaf 18+ jaar). De coördinator zoekt samen met de aanbieder en de experts naar een passende oplossing. Coördinator: is aangewezen persoon vanuit de gemeente die de coördinatie voert over de binnengekomen vragen en antwoorden, en de aanbieder verbindt aan de aanspreekpunten met de relevante expertise binnen gemeente en Menzis. De coördinator kan per gemeente/regio verschillen. Zo is de coördinator in Groningen de voorzitter van de Taskforce Jongerenaanpak en in Arnhem een lid van het lokale team. Betrokken partijen: Implementatie van de werkwijze is een samenwerking tussen gemeente Den Haag, Menzis en aanbieders. CZ en VGZ sluiten zich aan bij deze aanpak.

6.3 Leefstijlcoach; uitbreiden naar andere Haagse wijken en/of stadsdelen en het vormen van een gezinsaanpak

Algemene beschrijving project

Aanleiding: Verbetering van leefstijl is een preventiemaatregel die veel aandoeningen kan voorkomen. Zowel bij volwassenen als ook bij kinderen. Tegelijkertijd is het een van de meest weerbarstige onderwerpen op het gebied van preventie. Tot nu toe heeft het ontbroken aan kansrijke interventies die blijvend effect op leveren. Op veel plaatsen hebben GGD'en projecten gestart en ook zorgverzekeraars hebben getracht experimenten te implementeren (bewegen op recept). Deze pogingen zijn veelal afgebroken door gebrek aan structurele financiering. Een tweede probleem was dat de zorgverzekeraars geen mogelijkheid hadden om zorgverlening gericht op verbetering van leefstijl te bekostigen.

Daar is enige tijd geleden verandering in gekomen. CZ heeft een tijdelijke betaaltitel voor drie jaar toegewezen gekregen van de NZa voor de leefstijlcoach volwassenen. Het lijkt er op dat deze verstrekking in 2019 een onderdeel wordt van de basisverzekering. Hierdoor krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om deze zorg in te kopen. Zij kunnen afspraken met zorgverleners maken over verbetering van leefstijl voor volwassenen. Voor kinderen is een dergelijke regeling er vooralsnog niet. In het afgelopen jaar is zorggroep ELZHA al gestart met de leefstijlcoach voor volwassenen. ELZHA heeft inmiddels 10 leefstijlcoaches in dienst. Er zijn groepen gestart in Wassenaar, Leidschendam, Ypenburg, Moerwijk, Bouwlust. De doelgroep bestaat uit mensen met risicofactoren als overgewicht, gebrek aan beweging en roken. De huisarts kan ook patiënten met diabetes verwijzen naar deze groepen. Binnen het LUMC wordt dit project gevolgd in een onderzoekslijn.

Aanpak: De leefstijlcoach kan worden ingezet op verwijzing van de huisarts of de praktijkondersteuner van de huisarts. Op deze manier maakt de leefstijlcoach de verbinding tussen de curatieve zorg en de (collectieve) preventieve zorg:

1. In de intake wordt de problematiek van de patiënt/cliënt in kaart gebracht evenals de motivatie om de leefstijl aan te (kunnen) passen.
2. Aan de hand van de intake wordt een individueel leefstijlzorgplan en een leefstijlprogramma opgesteld. Dit bestaat uit individuele en/of groepsbegeleiding door de leefstijlcoach, gebaseerd op de Zorgstandaard Obesitas.
3. Zowel het individueel als het groepsprogramma worden afgesloten met een eindgesprek.

De leefstijlcoach zoekt samen met de patiënt naar de passende sport- en bewegingsprogramma's die al worden aangeboden in de wijk. De inzet van de leefstijlcoach is dus gericht op de toeleiding en gedragsmatige ondersteuning. Een buurtsportcoach of gezondheidsmakelaar kan in dit proces begeleiden en/of ondersteunen.

Het voorstel is om het aanbod voor volwassenen aanbod verder uit te breiden naar andere wijken in Den Haag. Er is nu immers een structurele mogelijkheid voor verzekeraars om deze dienstverlening in te kopen en te betalen. Hierbij is het idee om vorm te geven aan een gezinsaanpak waarbij de ouders (via de zorgverzekering) en de kinderen (via de GGD projecten) gezamenlijk werken aan leefstijlverbetering. De GGD kan hierin het voortouw nemen en de verbinding met reeds lopende projecten waarborgen. Er is nog beraad over de (nieuwe) wijken/stadsdelen waar gestart gaat worden met leefstijl trajecten en de wijken waarin de systeem aanpak ingericht kan worden. Vooralsnog wordt gesproken stadsdeel Escamp en Centrum.

Bijlage 1 Project Van 18- naar 18+

In deze bijlage wordt het project Van 18- naar 18+ van Menzis vertaald naar de Haagse situatie.

Probleemschets

Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 is de gemeente onder meer verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen tot 18 jaar. De gemeente biedt zorg- en hulpverlening voor kinderen en jongeren met problemen op verscheidende leefgebieden (wonen, inkomen, leren en werken, zorg en veiligheid). De zorg en hulpverlening voor deze jongeren wordt bekostigd uit de Jeugdwet, de Wmo en andere regelingen (onderwijs, werk et cetera). De gemeente levert de zorg en ondersteuning deels zelf en koopt deze hulp in bij aanbieders van jeugd-GGZ. De geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen valt onder de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van de volwassenen-GGZ. De gemeente en de zorgverzekeraars willen zich in 2018 gezamenlijk inzetten voor een soepele overgang van de Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet. Op het moment dat de jongere 18 jaar wordt, verandert er namelijk het nodige:

- De jongere kan in principe geen aanspraak meer maken op jeugd-GGZ.
- De jongere moet zich bij de zorgverzekeraar melden voor de volwassenen-GGZ. Daarvoor is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk. De zorgverlener moet een nieuwe DBC openen.
- De jongere moet een zorgverzekering hebben (hetzij op eigen naam afsluiten, hetzij op de polis van zijn ouders blijven).
- De jongere krijgt te maken met het wettelijk verplichte eigen risico (in 2018 is dit € 385.- per jaar).

Deze overgang is risicovol voor kwetsbare jongeren met problemen op verschillende leefgebieden en een zwak sociaal netwerk. Een deel van deze jongeren raakt uit beeld bij de GGZ en de Wmo-voorzieningen voor volwassenen. Zij duiken pas weer op als de problemen zich verder hebben opgestapeld. Dit kan leiden tot een breed scala van problemen als verslaving, dakloosheid en criminaliteit.

De gemeente signaleert de volgende knelpunten:

1. In geval van een doorlopende behandeling (na de 18^{de} verjaardag) moeten jongeren nu dikwijls wisselen van aanbieder omdat de zorgverzekeraar een ander gecontracteerd aanbod heeft.
2. Jongeren moeten een zorgverzekering hebben. Dekking van de zorgverzekering is belangrijk; anders komen er veel eigen kosten bij, nog buiten het eigen risico wat sowieso al een drempel is.
3. Sommige vormen van speciale zorgverlening die de gemeente aanbiedt in het jeugddomein, kunnen niet bekostigd worden uit de zorgverzekering.

Voor wie is de aanpak bedoeld?

De aanpak is in principe bedoeld voor alle jongeren die jeugdhulp of jeugd GGZ ontvangen in de leeftijd van 16-18 jaar en specifiek voor de meest kwetsbare jongeren uit deze groep:

- Jongeren met problemen op meerdere leefgebieden en/of een slecht of afwezig steunsysteem.
- Jongeren met een lichte verstandelijke beperking.

- Jonge statushouders.
- Jongeren met ernstige en/of meervoudige psychische of psychiatrische problemen.

Het is onbekend hoe groot de doelgroep is. Dit project moet ook inzicht geven in de exacte aard en omvang van de doelgroep.

De aanpak van de overgang 18- naar 18+⁴

Menzis heeft met de gemeente Groningen en aanbieders van jeugd-GGZ een preventieve aanpak ontwikkeld, waarmee voor jongeren met psychische problemen een soepele overgang van de Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet en de volwassenen Wmo wordt gerealiseerd. Om de continuïteit van de behandeling te garanderen, is toegang tot de Zvw noodzakelijk. Daarvoor moet de jongere een Zvw-polis hebben (hetzij zelf, hetzij via de ouders) en een verwijzing naar de volwassene GGZ.

De preventieve aanpak Van 18- naar 18+ kenmerkt zich door de volgende elementen:

1. Er is een checklist Van 18- naar 18+ die jeugdhulpaanbieders kunnen gebruiken om te achterhalen of er risico's zijn voor jongeren rond de overgang naar 18 jaar.
2. *De zorgverzekeraars* stellen ieder:
 - Een coördinator (met mandaat) aan die aanspreekpunt is voor de aanbieders en de gemeente als de overdracht naar het volwassenen domein niet goed dreigt te verlopen.
 - Een expert aan die aanspreekpunt is voor de coördinator van de gemeente. Deze expert kan zorgen voor de borging van de overdracht naar de Zvw⁵ of de Wlz, wachtlijstbemiddeling en het oplossen van het eigen risico. Daarvoor moet de desbetreffende jongere uiteraard wel een keuze gemaakt hebben voor een zorgverzekeraar. Deze experts zijn inmiddels bij CZ en Menzis aangesteld.
3. Bij de gemeente zijn:
 - Eén coördinator bekend die dé contactpersoon is voor jeugdhulpaanbieders. Professionals kunnen contact opnemen met de coördinator wanneer men risico's ziet voor een jongere rond de overgang van 18- naar 18+ waar specifieke expertise van de gemeente en/of de zorgverzekeraar voor nodig is.
 - Op alle relevante leefgebieden contactpersonen bekend, waar de coördinator contact mee op kan nemen, indien nodig.
4. Een tips & tricks overzicht wordt bijgehouden met alle oplossingen die worden gevonden voor knelpunten rond de overgang van 18- naar 18+. Dit document is openbaar beschikbaar en voor gemeenten om ter informatie en inspiratie te gebruiken. Dit overzicht kan worden vertaald naar beleid en inkoopvoorwaarden.
5. Er is een contactpersoon binnen het Rijk die kan worden benaderd wanneer geen goede oplossingen kunnen worden gevonden door beperkingen in de wetgeving.

Bij de uitvoering wordt zoveel mogelijk aangesloten op de gemeentelijke agenda kwetsbare jongeren 16-23 (RIS296202/RIS298569) en de bestaande werkwijze met jeugdregisseurs die met andere gemeentelijke experts (zoals de veldregisseurs van het CCP voor het leefgebied wonen) schakelen om een doorbraak te forceren als dat in het belang van de jongere nodig is. Het preventieproject moet worden beschouwd als een versterking van deze bestaande werkwijze omdat hiermee de verbinding met de zorgverzekeraars wordt gelegd. Ook sluit het

⁴ De Gemeente spreekt over de overgang van jeugd naar volwassenheid en van de leeftijd 16-23 jaar

⁵ Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige Zorg)

project goed aan op de checklist van 18- naar 18+ die alle Haagse jongeren ontvangen voordat ze 18 jaar worden. In deze checklist is onder meer opgenomen dat jongeren zelf een zorgverzekering af dienen te sluiten.

Samenwerkingspartners

- Gemeente Den Haag.
- Menzis, CZ en VGZ.
- Twee grote aanbieders van jeugd-GGZ.

Monitoring van de voortgang

Over de voortgang van het project Van 18- naar 18+ wordt gerapporteerd in de halfjaarrapportages en de jaarrapportages Wmo. De convenanten met de zorgverzekeraars vallen namelijk onder de portefeuille van de wethouder SEZH.

Bijlage 2 Leefstijlcoach

In deze bijlage wordt het project Leefstijlcoach van CZ vertaald naar de Haagse situatie.

Inleiding van het project

Verbetering van leefstijl is een preventiemaatregel die veel aandoeningen kan voorkomen bij volwassenen en kinderen. Tegelijkertijd is het een van de meest weerbarstige onderwerpen op het gebied van preventie. Tot nu toe heeft het ontbroken aan kansrijke interventies die blijvend effect opleveren. Op veel plaatsen hebben GGD'en projecten gestart, en ook zorgverzekeraars hebben getracht experimenten te implementeren (bijvoorbeeld bewegen op recept). Deze pogingen zijn veelal afgebroken door gebrek aan structurele financiering. Een tweede probleem was dat de zorgverzekeraars geen mogelijkheid hadden om zorgverlening gericht op verbetering van leefstijl te bekostigen. Daar is enige tijd geleden verandering in gekomen. CZ heeft een tijdelijke betaaltitel voor drie jaar toegewezen gekregen van de NZa voor de leefstijlcoach volwassenen. Het lijkt er op dat deze verstrekking in 2019 een onderdeel wordt van de basisverzekering. Hiermee kunnen zorgverzekeraars deze zorg inkopen en bekostigen. Zij kunnen dus structurele afspraken met zorgverleners maken over verbetering van leefstijl voor volwassenen. Voor kinderen is een dergelijke regeling er vooralsnog niet.

Projectsamenwerking

CZ, Gemeente Den Haag Sociale wijkteams, CJG en GGD-gezondheidsbevordering (De Haagse Aanpak Gezond Gewicht van de afdeling gezondheidsbevordering van de GGD).

Welk vraagstuk pakt dit project aan?

Met de inzet van de leefstijlcoach wordt het mogelijk voor zorgverzekeraars en gemeenten om een integrale benadering te organiseren voor verbetering van de leefstijl van de Haagse burgers. Een gezonde leefstijl (goede voeding en voldoende bewegen) voorkomt een groot aantal chronische aandoeningen; zoals overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten en COPD. Vooral bij burgers uit de lage inkomensgroepen zijn dit belangrijke oorzaken van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het starten op jonge leeftijd en een gezinsaanpak zijn cruciaal voor lange termijn succes.

Voor wie is deze aanpak bedoeld?

Het al lopende programma voor volwassenen wordt verder uitgebreid naar andere wijken en/of stadsdelen. Daarnaast is het plan om het programma voor volwassenen beter te verbinden met het aanbod van de GGD voor kinderen. Het doel is daarmee een gezinsaanpak te kunnen realiseren. In Den Haag heeft 19,4% van de kinderen in de leeftijd van 2 tot 15 jaar overgewicht (inclusief obesitas), dat zijn ongeveer 16.000 kinderen in Den Haag⁶. Het aantal kinderen in de leeftijd van 2-15 jaar is 6,0%.

Wat doet de zorgverzekeraar al?

- De leefstijlcoach CZ: In het afgelopen jaar is zorggroep ELZHA al gestart met de leefstijlcoach voor volwassenen. ELZHA heeft inmiddels 10 leefstijlcoaches in dienst. Er zijn groepen gestart in Wassenaar, Leidschendam, Ypenburg, Moerwijk, Bouwlust. De doelgroep bestaat uit mensen met risicofactoren als overgewicht, gebrek aan beweging

⁶ <http://www.ggdhaaglanden.nl/artikel/Percentage-overgewicht-Haagse-jeugd-20072015.htm>

en roken. De huisarts kan ook patiënten met diabetes verwijzen naar deze groepen. Binnen het LUMC wordt dit project gevolgd in een onderzoekslijn.

Wat doet de gemeente al?

- Door de gemeenten wordt al op diverse manieren gewerkt aan de zorg voor kinderen. Kinderen van 8-12 jaar met overgewicht worden begeleid door middel van het programma WOWIJS. Dit programma wordt betaald door de zorgverzekeraar (diëtetiek) en gemeente (coördinatie, intake en sport- en bewegingslessen en begeleiding door een coach). Jaarlijks worden 200-250 kinderen begeleid met dit programma.
- Voor het jonge kind (2-6 jaar) met overgewicht is, met een subsidie van de gemeente en een subsidie vanuit ZonMW, het begeleidingsaanbod F.C. Mini's (gebaseerd op de interventie Mini-Gewichtige Gezinnen) opgezet. Dit is vanaf oktober gestart. Hiermee kunnen jaarlijks 30-50 kinderen en hun gezinnen begeleid worden.
- Met het programma Haagse Maatjes (GGZ-preventie in samenwerking met het Juliana Kinderziekenhuis (HAGA ziekenhuis)) kunnen kinderen (inclusief de gezinnen) van 18-jaar met overgewicht en obesitas met lichte psychische problematiek begeleid worden. Ook in dit programma werken gemeente (GGZ-psycholoog en gezinsbegeleiding) en zorgverzekeraar (diëtetiek) samen.
- Daarnaast investeert gemeente Den Haag in het programma Haagse Aanpak Gezond Gewicht. Dit programma versterkt de collectieve preventie ten aanzien van gezonde leefstijl op de plekken waar kinderen komen. Daarnaast voeren zij de regie op de keten van signalering tot zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas in Den Haag. Samen met de diverse (zorg)professionals werkt men in Den Haag aan het sluitend maken van deze keten.

Hoe werkt de leefstijlcoach?

De leefstijlcoach is een nieuw beroep. Het is een (post-)hbo-opleiding (zoals bijvoorbeeld aangeboden door de Academie voor leefstijl en gezondheid), aangesloten bij de Nederlandse Beroepsvereniging voor Leefstijlprofessionals (NBLP). De waarde van de inzet van de leefstijlcoach is weliswaar nog niet wetenschappelijk bewezen, maar er is voldoende practice based evidence. Recent hebben alle zorgverzekeraars formeel de mogelijkheid gekregen om gedurende drie jaar de inzet van de leefstijlcoach te vergoeden uit het budget dat zij hebben voor de basiszorg. Zorgverzekeraars krijgen daar geen extra middelen voor.

De leefstijlcoach kan worden ingezet op verwijzing van de huisarts, de medisch specialist en de publieke/preventieve gezondheidszorg. Op deze manier maakt de leefstijlcoach de verbinding tussen de curatieve zorg en de (collectieve) preventieve zorg:

1. In de intake wordt de problematiek van de patiënt in kaart gebracht evenals de motivatie om de leefstijl aan te (kunnen) passen.
2. Aan de hand van de intake wordt een individueel leefstijlzorgplan en een leefstijlprogramma opgesteld. Dit bestaat uit individuele en/of groepsbegeleiding door de leefstijlcoach, gebaseerd op de Zorgstandaard Obesitas.
3. Zowel het individuele als het groepsprogramma worden afgesloten met een eindgesprek.

De leefstijlcoach zoekt samen met de patiënt naar de passende sport- en bewegingsprogramma's die al worden aangeboden in de wijk. De inzet van de leefstijlcoach is dus gericht op de toeleiding en gedragsmatige ondersteuning. Een buurtsportcoach of gezondheidsmakelaar kan in dit proces begeleiden en/of ondersteunen.

Rol van de gemeente Den Haag in het project

Voor de gemeente is het belangrijk een systeemaanpak te maken met een leefstijlinterventie voor volwassenen en een leefstijlinterventie voor kinderen. De basale aanpak kan hetzelfde blijven, maar toesnijden op de vraagstukken die specifiek bij kinderen spelen (bijvoorbeeld schoolprestaties) is belangrijk. Voor de gemeente is een gezinsaanpak relevant.

Rol van de gemeente als het gaat om leefstijlverbetering bij kinderen; de meeste verwijzingen zullen vanuit de jeugdarts en de huisarts komen, kinderen met overgewicht en obesitas worden gesignaleerd op het consultatiebureau of tijdens de periodieke gezondheidsonderzoeken op de scholen. Daarnaast investeert de Jeugdgezondheidszorg in het motiveren van de deelnemers door de consulten voorafgaand aan de verwijzing. Bij verbetering van de leefstijl van kinderen is nauwe samenwerking met de professionals van het CJG noodzakelijk. Te denken valt aan de gezinscoaches en opvoedcoaches en de psychologen vanuit de GGZ-preventie. Al deze disciplines zijn het gemeentelijk domein (dit is een groot verschil met de andere disciplines die bij de volwassen leefstijlcoaches kunnen worden ingezet/geconsulteerd).

Voor de gemeente betekent dit dat er voldoende mogelijkheden voor sport- en beweegprogramma's in de wijk moeten zijn. De gemeente Den Haag heeft veel aanbod voor kinderen om te bewegen en te sporten. In bijna alle stadsdelen zijn jeugdsport coördinatoren en buurtsportcoaches werkzaam, waarbij de buurtsportcoaches verbonden zijn aan veel sportverenigingen. Daarnaast zijn op veel scholen schoolsport coördinatoren werkzaam. Met elkaar verzorgen deze mensen sportactiviteiten (zoals sporten in de buurt, naschools-sportaanbod en kennismakingslessen met de sportverenigingen) met als doel de kinderen structureel aan het sporten en bewegen te krijgen. Voor een leefstijlverbetering bij kinderen ideale partners om mee samen te werken.

Rol van de zorgverzekeraar

In dit project treedt de zorgverzekeraar op als financier. De wetenschappelijke evaluatie wordt verzorgd in samenwerkingsverband tussen de Universiteit Maastricht (prof. S. Kremers) en Tranzo (Prof I. van de Goor). De effecten van de inzet van de leefstijlcoach worden gevolgd in een project van de Universiteit van Maastricht en Tranzo⁷.

Zichtbaar maken effecten

Het doel van dit project is om de resultaten op de gezondheid daadwerkelijk zichtbaar en meetbaar te maken. In het evaluatieonderzoek wordt niet alleen gekeken naar lichamelijke gezondheid zoals bloeddruk, bloedsuiker en BMI, maar ook naar effect op schoolprestaties en duurzaamheid van de leefstijlverbetering. Daarbij wordt het proces steeds geëvalueerd.

Waar in Den Haag?

De pilot leefstijlcoach zou verder kunnen worden uitgebreid naar het stadsdeel Centrum (Rivierenbuurt, Schilderswijk en Transvaal vormen het zwaartepunt) alsook naar de stadsdelen Laak en Escamp. In deze stadsdelen is vaker sprake van een lage sociaal-economische status, denk aan werkloosheid, armoede, schulden, huisvesting en verwaarlozing. Een gezinsaanpak in deze wijken is extra relevant, want het is nodig breder te kijken naar de leefstijl en hierbij de verschillende componenten mee te nemen.

⁷ **Tranzo is het wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University. Tranzo verbindt wetenschap en praktijk in zorg en welzijn.**

Doel: kennisontwikkeling en kennisuitwisseling en bevordering evidence based zorg.

Bekostiging

Voor de volledigheid is het goed hier te vermelden dat de zorgverzekeraar voor deze prestatie geen extra middelen ontvangen. De looptijd is 1 jaar, daarna vindt evaluatie plaats. De verwachting is dat deze verstrekking per 1 januari 2019 deel zal uitmaken van het basispakket.