

Duurzame financiering Ketenaanpak Kansrijke Start

Januari 2021

Aanleiding

Het programma Kansrijke Start werkt aan een goede ketenaanpak rondom de 1^e 1000 dagen (voor de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte) voor kinderen in een kwetsbare situatie.

P.m.: Koptekst (zelfde tekst voor alle thema's van werkagenda) over wat we met elkaar willen bereiken voor deze gezinnen inclusief onze uitgangspunten (VWS: vroegsignaleren van gezinnen in kwetsbare situatie (van preconceptie tot 2 jaar), zorgen voor juiste ondersteuning voor deze gezinnen; G4 noemt o.m. ouder-kind centraal, aansluiten bij de leefwereld, streven naar duurzame oplossingen ipv repareren achteraf, wat is daarvoor nodig of wat moet veranderen bij en voor de professionals). Zie ook 'kader' en 'verhaal' overbrengen

Het gaat in feite om een **Preventieketen** rondom de geboorte voor gezinnen in een kwetsbare situatie.

In de werkagenda voor de resterende periode van het actieprogramma Kansrijke start is onder het **thema Duurzame borging van de aanpak van Kansrijke start op lokaal, regionaal en landelijk niveau de doelstelling Duurzame financiering Kansrijke Start** opgenomen. Het afgelopen jaar zijn er diverse knelpunten gesignaleerd rondom (duurzame) financiering van deze ketenaanpak. Dit document bevat een eerste voorstel voor aanpak inclusief actielijst om te komen tot deze **duurzame financiering**.

Organisatie

In de stuurgroep Kansrijke Start is afgesproken dat eigenaarschap van onderdelen van deze werkagenda zoveel mogelijk bij de leden van de stuurgroep zal worden belegd, met ondersteuning van programmteam Kansrijke Start, aangevuld met betrokken partijen.

Trekker vanuit de stuurgroep van doelstelling *Duurzame financiering*:

- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e van Geboortezorg Eigenwijs/lid Landelijke coalitie

Overige te betrekken personen (na overleg) bij dit thema:

- [redacted] 5.1.2e van Menzis /lid Landelijke coalitie
- [redacted] 5.1.2e van CZ /lid Landelijke coalitie
- [redacted] 5.1.2e VWS/CZ
- [redacted] 5.1.2e VWS/Directie Z
- ZN
- NZA
-

Ondersteuning vanuit het programmteam:

- [redacted] 5.1.2e
- [redacted] 5.1.2e VWS/PG/ [redacted] 5.1.2e KS

Doel

De aanpak beschreven in dit voorstel heeft als doel om te **komen tot duurzame financiering van de ketenaanpak Kansrijke Start**. Dat is een belangrijke randvoorwaarde om de aanpak van Kansrijke Start te borgen op lokaal, regionaal en landelijk niveau.

Werkwijze

Op basis van een overzicht van veel gehoorde knelpunten (lokaal en landelijk) werken we gezamenlijk toe naar mogelijke (duurzame) oplossingen. Een mogelijke fasering kan er als volgt uit zien:

1. Inventarisatie knelpunten (september – december 2020)
2. Overzicht van mogelijke oplossingen (oktober 2020 – februari 2021)
3. Uitwerken oplossingen (november 2020 – mei 2021)
4. Realiseren van oplossingen (februari – december 2021)

Ad 1. Inventarisatie knelpunten

Om te komen tot duurzame financiering van de ketenaanpak is het belangrijk om eerst zicht te krijgen op de huidige knelpunten rondom de financiering van de preventieketen Kansrijke Start. De ervaren knelpunten zijn/worden via diverse kanalen opgehaald. Deze delen we in op basis van 4 thema's:

5. 1. drempels voor kwetsbare gezinnen;
6. 2. interventies;
7. 3. samenwerkingsverbanden;
8. 4. kwaliteit van zorg.

Bijlage 1 schetst een eerste overzicht. Dit overzicht is gebaseerd op signalen vanuit:

- De landelijke coalitie Kansrijke Start
- De stuurgroep Kansrijke Start
- De projectleiders Kansrijke Start vanuit de G4
- Het Harvard-traject
- Lokale coalities via Pharos

Ad 2. Overzicht van mogelijke oplossingen

Werkende weg wordt gezocht naar mogelijke oplossingen voor de ervaren knelpunten. Deze zijn en worden onder meer besproken met:

- Juiste Zorg op de Juiste Plek – april 2020
- Preventieteam Preventie in het Zorgstelsel – april, juli en september 2020
- PG/Contourennota - juli en september 2020
- Z/Cluster eigen bijdragen (nog doen)
- NZA (nog doen)

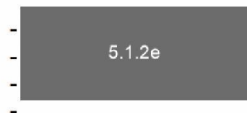


De ketenaanpak (zie klantroute Kansrijke Start) rondom de geboorte van kinderen in een kwetsbare situatie verloopt over verschillende domeinen (soms via volwassen GGZ (Zvw) via geboortezorg (Zvw) en kraamzorg (Zvw) naar jeugdgezondheidszorg (gemeente) en (soms) sociaal domein (gemeente). Informele ondersteuning (gemeente) kan in alle stadia van deze ketenaanpak aanvullend zijn op de formele zorg. Daarmee verloopt financiering van deze ketenaanpak altijd over meerdere kanalen met grijze gebieden. Het is dan ook belangrijk dat goede samenwerkingsafspraken gemaakt worden tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de juiste wijze van samenwerken, signaleren, verwijzen en goede hulpverlening/ondersteuning vanuit professionals en informeel netwerk.

Voorstel is daarom om het onderwerp Kansrijke Start landelijk/bestuurlijk te agenderen bij de:

- collectieve agenda van zorgverzekeraars via ZN
- landelijke samenwerkingsagenda van zorgverzekeraars en gemeenten.

Daarbij kan het handig zijn om in kaart te brengen (aan de hand van MKBA's) waar besparingen optreden als gevolg van Kansrijke Start.

Actielijst

Actie per fase	Wat	Wie	Wanneer
<i>Inventarisatie knelpunten</i>			
Bespreken knelpunten met G4		VWS	15/9/2020; 24/11/2020
Bespreken knelpunten in landelijke coalitie	Special duurzame financiering	VWS/AEF	1/10/2020
Bespreken knelpunten in stuurgroep		VWS	14/10/2020; januari 2021
<i>Overzicht mogelijke oplossingen</i>			
Gesprek met Z/Cluster pakketzorg -  5.1.2e - -	Bespreken: - Eigen bijdragen - Eigen risico - Minimapolissen - Meerwaarde MKBA's tbv Zvw - Overige punten	VWS/AU en LK	December 2020
NZA -  5.1.2e	Knelpunten en mogelijke oplossingen bespreken	VWS/AU en LK	December 2020
ZiN -  5.1.2e	Knelpunten en mogelijke oplossingen bespreken	VWS/AU en LK	December 2020
Gesprek met werkgroep Geboortezorg van ZN	Knelpunten en mogelijke oplossingen bespreken	VWS/AU en LK	15/12/2020
Preventieketen Kansrijke Start agenderen	Agenderen bij BO VWS-ZN-VNG		
Preventieketen Kansrijke Start agenderen	Agenderen bij ZN		
Besparingen Kansrijke Start in beeld brengen	Ahv MKBA's in kaart brengen waar besparingen optreden agv KS ¹		
<i>Identificeren van quick wins</i>			
<i>Uitwerken oplossingen</i>			
<i>Realiseren van oplossingen</i>			

- ¹ Er zijn enkele MKBA's beschikbaar rondom KS: voor NNZ, Voorzorg en Moeders van Rotterdam. Deel van de toekomstige besparingen ligt bij de zorgverzekeraar. Wat kan de bijdrage van deze MKBA's zijn om vanuit zowel de ZV als de gemeente te investeren in deze interventies? Gemeenten doen dit vaak al. Wat is er nodig om de ZV mee te laten investeren?

Bijlage 1: Overzicht van knelpunten

We hebben tot nu toe onderstaande knelpunten geïdentificeerd.

1. Drempels voor kwetsbare gezinnen

- 1.1. *Financiële belemmeringen rondom preconceptiezorg en prenatale voorlichting*
- 1.2. *Vroegsignalering*: gezinnen in kwetsbare situatie komen te laat in beeld
- 1.3. *Eigen bijdrage kraamzorg*: wettelijk verplichte eigen bijdrage (€ 4,20/uur) voor kraamzorg zijn voor minima een te grote drempel om kraamzorg aan te vragen. Zij kiezen dan voor 3 uurszorg in plaats van volledige kraamzorg, die deze groep vaak echt wel nodig heeft.
- 1.4. *Flexibele inzet kraamzorg*: sommige gezinnen hebben meer dan 8 dagen kraamzorg nodig om goed op de rit te komen en om gat tussen einde kraamzorg en eerste bezoek aan CB op te vullen. Deze doelgroep is vaak gebrekkig verzekerd en zelden aanvullend.
- 1.5. *Taalbarriere bij migranten*

2. Interventies

- 2.1. *Interventies op grensvlakken zorgwetten*: bewezen effectieve interventies als Nu Niet Zwanger, Voorzorg, Centering Pregnancy en Centering Parenting worden onvoldoende ingezet, omdat er onvoldoende middelen beschikbaar zijn of worden gesteld (vanuit zorgverzekeraars en/of gemeenten).
- 2.2. *Onvoldoende financiering CePr en CePa*

3. Kwaliteit van zorg

- 3.1. Verduurzamen aanpak KS vanuit perspectief professional
- 3.2. Verankeren in de zorgstandaard (betaaltitel)
- 3.3. Faciliteren (tijd en geld) van professionals (in geboortezorg)
- 3.4. Ruimte bieden aan zorgverzekeraar om dit te mogen financieren
- 3.5. Capaciteitsproblematiek kraamzorg
- 3.6. Aandacht in opleiding voor gezinnen in kwetsbare situatie

4. Samenwerkingsverbanden

- 4.1. Zorgverzekeraars werken op andere schaal dan lokale coalities. Geldt vaak ook voor ziekenhuizen, medisch professionals en VSV's. Hoe kunnen dan toch werkbare afspraken gemaakt worden (regionaal?)?
- 4.2. Zorgverzekeraars hanteren allemaal eigen polisvoorwaarden. Dit werkt niet goed voor professionals. Zijn hier op regioniveau afspraken over te maken?
- 4.3. Financiering van niet-toewijsbare samenwerking
- 4.4. Samenwerking ziekenhuiszorg, geboortezorg en gemeenten
- 4.5. Goede overdracht van geboortezorg/kraamzorg naar JGZ en andersom

Toelichting per knelpunt

1. Drempels voor kwetsbare gezinnen

- 1.1. *Financiële belemmeringen rondom preconceptiezorg en prenatale voorlichting*

Probleem:

Er zijn vormen van preconceptiezorg – zoals kinderwensspreekuren – die vooral zelfredzame gezinnen weten te vinden. Gezinnen in kwetsbare situaties maken hier weinig of geen gebruik van. In Limburg 5.1.2e leggen ze dit standaard op tafel. De bekendheid, het bereik en gebruik van anticonceptie, preconceptiezorg (vanuit huisarts, verloskundige en/of ziekenhuis) en interconceptiezorg (veelal vanuit de JGZ) blijft beperkt. Preconceptiezorg is een vrijblijvende standaard voor de huisarts. Daarbij gaat gebruik maken van anticonceptie en preconceptiezorg vaak ten koste van eigen risico. Voor preconceptiezorg en prenatale voorlichting is onder meer de PIL ([Preconceptieindicatielijst](#)) ontwikkeld. Diverse elementen uit de PIL worden niet vergoed (signaal CPZ) en/of is er onduidelijkheid over de vraag wie dit financiert (ZV bij geïndiceerde en zorggerelateerde preventie; gemeente bij universele en selectieve preventie). Andere drempels zijn eigen bijdrage voor kraamzorg en eigen risico voor POP-poli met psychiater die beiden vaak goed zicht hebben op de meest kwetsbare gezinnen. Zie ook punt 1.3 en 1.4.

Er zijn vormen van preconceptiezorg – zoals kinderwensspreekuren – die vooral zelfredzame gezinnen weten te vinden. Gezinnen in kwetsbare situaties maken hier weinig of geen gebruik van. De bekendheid, het bereik en gebruik van preconceptie ondersteuning blijft beperkt. Daarbij gaat gebruik maken van preconceptiemogelijkheden vaak ten koste van eigen risico.

Voor preconceptiezorg en prenatale voorlichting is onder meer de PIL (Preconceptieindicatielijst) ontwikkeld. Diverse elementen uit de PIL worden niet vergoed (signaal CPZ) en/of is er onduidelijkheid over de vraag wie dit financiert (zorgverzekeraar bij geïndiceerde en zorggerelateerde preventie; gemeente bij universele en selectieve preventie).

5. Oplossing:

6. Wegnemen van financiële belemmeringen rondom preconceptiezorg en prenatale voorlichting voor gezinnen in kwetsbare situaties.

7.

8. Actie:

- Bespreken eigen bijdrage (of eigen risico) bij gebruik van preconceptiezorg en prenatale voorlichting
- Nagaan welke rol zorgverzekeraar hierbij kan/wil spelen
- Nagaan welke rol gemeente hierbij kan/wil spelen
- Bij CPZ nagaan welke elementen uit de PIL niet worden vergoed of waar onduidelijkheid bestaat.

1.2. Vroegsignalering: gezinnen in kwetsbare situatie komen te laat in beeld

9.

10. Probleem:

11. Op dit moment komen mensen in kwetsbare situaties te laat in beeld. Vroegsignalering wordt onvoldoende gefinancierd (Signaal 5.1.2e navragen wat er onvoldoende gefinancierd wordt; 5.1.2e te weinig tijd en geld, aanschaf/inrichting systeem, training en tijdsinvestering gebruik van systeem). Daarnaast ontbreken gevalideerde screeningsinstrumenten bij de verloskundigen en kraamzorg. Deze zijn er wel (Mind2Care, R4U, Alpha NL en GIZ), maar worden bij de kraamzorg niet gefinancierd (signaal 5.1.2e). De basis lijkt niet goed op orde (zie rapport Beter signaleren). Pm: resultaten BS opnemen.

12.

13. Oplossing:

Als je tijdig de juiste mensen in beeld hebt, kan je eerder werken aan een kansrijke start. Hiervoor is nodig dat er breed commitment is om vroegsignalering te verbeteren en daarvoor instrumenten te gebruiken. Hierbij zouden alleen gevalideerde instrumenten moeten worden gebruikt en genoemd. Binnen een multidisciplinair overleg (MDO) kan gesignaleerde kwetsbaarheid en hoe verder besproken worden. Dit dient dan wel bekostigd te zijn voor alle betrokken professionals. Daarnaast is ook van belang te werken aan kennisverhoging rondom specifieke doelgroepen, communicatietools (motiverende gespreksvoering) en omgaan met weerstand (zie kwaliteit van zorg). Pm: aanbevelingen BS opnemen.

14.

15. Actie:

- Hoe kunnen zorgverzekeraars/gemeenten VSV's/lokale coalities hier meer in faciliteren?
- Onderzoeken hoe professionals gezinnen in een kwetsbare situatie beter kunnen signaleren. Welke brede vroegsignaleringsinstrumenten zijn er? Waar zitten drempels om deze te gebruiken en hoe kunnen we deze wegnemen?
- Zorgverzekeraar kan stimuleren dat zorgverleners een dergelijk instrument standaard gebruiken.
- Zorgverzekeraar kan onderzoek faciliteren naar succesvolle implementatie van een dergelijk instrument.
- Samen met zorgverzekeraars, VSV's onderzoeken wat er nodig is om een MDO hiervoor te organiseren
- Onderzoeken of/dat ketenaanpak met gebruik van vroegsignaleringsinstrument kosteneffectief is.
- Goed monitoren om te komen tot een goede businesscase.

- 1.3. *Eigen bijdrage kraamzorg*: wettelijk verplichte eigen bijdrage (€ 4,20/uur) voor kraamzorg zijn voor minima een te grote drempel om kraamzorg aan te vragen. Zij kiezen dan voor 3 uurszorg in plaats van volledige kraamzorg, die deze groep vaak echt wel nodig heeft.

16.

17. **Probleem:**

Voor minima zijn de kosten voor de wettelijk verplichte eigen bijdrage (€ 4,20/uur) voor kraamzorg een te grote drempel om kraamzorg aan te vragen. In de praktijk wordt dan voor 3 uurszorg gekozen in plaats van volledige kraamzorg, die deze groep echt wel nodig heeft.

18.

19. **Oplossing:**

20. **Zorg dat minima eigen bijdrage niet hoeven te betalen.**

21. Dit kan nu adhoc bijvoorbeeld via:

- o bijzondere bijstand (kunnen gemeenten dit zelf regelen? Is dit in te zetten voor zorgkosten?)
- o minimapolis (is dit nog een reële optie nu steeds meer zorgverzekeraars deze polis niet meer aanbieden?)

Actie:

- 1.4. *Flexibele inzet kraamzorg*: sommige gezinnen hebben meer dan 8-10 dagen kraamzorg nodig om goed op de rit te komen en om gat tussen einde kraamzorg en eerste bezoek aan CB op te vullen. Deze doelgroep is vaak gebrekkig verzekerd en zelden aanvullend.

22.

23. **Probleem:**

- Bij sommige gezinnen is het nodig om het gat tussen einde kraamzorg en eerste bezoek aan CB op te vullen. (8^e dag – week 5).
- Volgens de LIP kraamzorg kan er maximaal 80 uur zorg worden ingezet verdeeld over maximaal 10 dagen gerekend vanaf de geboorte. Echter als een cliënt in het ZH bevalt dan gaan de dagen opname er van af terwijl in het ZH alleen medische zorg geboden wordt. Als er sprake is van een opname baby (bijvoorbeeld prematuriteit) dan dienen ouders aanvullend verzekerd te zijn anders vervalt de kraamzorg volledig (als baby thuiskomt na 10e dag). Er zijn ZH die de moeder uiterlijk 3e dag ontslaat. Zij moet dan naar huis terwijl de baby in het ZH blijft. Dit komt niet ten goede van de hechting ouders-kind en herstel lichamelijk/psychisch van moeder. Zij gaat dan heen en weer reizen tussen ZH en thuis, wordt extra belast en kan vaak geen kraamzorg meer ingeregeld krijgen.
- Doelmatige zorg is wens. Aansluiten op de ondersteuningsvraag cliënt en deze leidend laten zijn ipv LIP en het aanbod.
- Sommige gezinnen hebben regelmatig meer dan 8-10 dagen kraamzorg nodig om goed op de rit te komen. Deze doelgroep is vaak gebrekkig verzekerd en zelden aanvullend. Verzekeraar kan dit vergoeden (LK: Klopt dit?), verloskundige is echter de schakel (LK: wat moet deze doen?). Dit loopt nog niet goed genoeg.
- 5.1.2e ZV verschuilt zich achter de NZA beleidsregel. Tot en met dag 10 is maximaal. Daarnaast moet je niet alleen na afloop van de kraamweek denken maar ook prenataal. De kraamverzorgende kunnen aanstaande ouders al vroegtijdig voorlichting geven over aanstaand ouderschap, het geven van borstvoeding, hechting. Preventie ten top!

24. **Oplossingen:**

- **Utrecht experimenteert** met prenatale kraamzorg en kraamzorg over een langere uren, binnen hetzelfde budget maar over langere tijdspanne. 5.1.2e partijen die dit doen, doen dit op eigen kosten.
- **Nazorgpotje lokaal** regelen waaruit follow-up betaald kan worden voor die gezinnen waar dit absoluut nodig is.
- 5.1.2e BabythuisZorg is hier een mooi voorbeeld van. Momenteel in Groningen, Drenthe, Friesland via maatwerkconstructie vis indicatie. WMO BG/jeugdwet (preventie) of voorliggende voorziening (preventie) kunnen manieren zijn voor bekostiging echter welke is passend.
- Ander idee is een lumpsum financiering Kraamzorg waarbij je werkt met een indicatiesteller aanstaande ouder. Afhankelijk van de ondersteuningsvraag van de cliënt

wordt de zorgbehoefte vastgesteld (resultaat/waardegerichte zorg). De reguliere cliënt krijgt dan minder uren dan de kwetsbare cliënt.

- **Wetsvoorstel vanuit PihZ:** *taken in wet PG vastleggen welke rollen gemeenten moeten oppakken rondom preventie, preventiestructuur regionaal opzetten daar waar zorgverzekeraars ook een rol hebben rondom selectieve en geïndiceerde preventie. Dan zou er ook geld bij moeten voor het (extra) deel wat gemeenten moeten oppakken. Dit wordt in contourennota ook opgeschreven. Vraag is hoe dwingend we zaken kunnen opnemen, omdat gemeenten ook beleidsvrijheid willen houden.*

Actie:

- Nagaan of er criteria zijn voor kwetsbaarheid op basis waarvan langere kraamzorg mogelijk is bovenop de standaard van 45 of 49 uur. In overleg met collega's van pakketzorg.
- Er zijn pilots geweest van het leveren van kraamzorg in het ZH.

1.5. Taalbarriere bij migranten

- **Probleem:**
- Juist in migrantenpopulaties is de perinatale sterfte het hoogst. Veel vrouwen zijn bang om naar het ziekenhuis te gaan. Voorbeeld: het schrijnende recente geval van een Eritrese moeder die 2 weken na haar bevalling dood in haar flat gevonden is.
- **Oplossingen:**
- Door met beëdigde tolken de taalbarriere te slechten kun je belangrijke winst maken. Zeker nu in de corona-tijd waarbij er een beperking is voor het aantal begeleiders is deze zorg meer dan nijpend. Vergoeding van tolkentelefoon voor alle verloskundige en kraamzorg cliënten en gezinnen waar er een taalbarriere is tussen de zorgverleners en de cliënten. Dit wordt nu niet bekostigd voor de kraamzorg, terwijl zij de meeste uren in het gezin zijn en voorlichting en advies geven. Zou mooi zijn als we dit via sociale domein in de wijken geregeld krijgen middels bijvoorbeeld vrijwilligers in eigen taal (moeders helpen moeders).
-
- **Actie:**
- **Nagaan bij ZV of zij dit wel/niet vergoeden.**

2. Interventies

2.1. **Interventies op grensvlakken zorgwetten** zoals Nu Niet Zwanger, Voorzorg, Centering Pregnancy en Centering Parenting

Probleem:

2.1.1. Er is onvoldoende bekendheid/onzekerheid welke mogelijkheden er landelijk zijn om preventieve maatregelen te financieren.

Oplossing:

Meer inzicht geven in de mogelijkheden die er landelijk zijn om preventieve maatregelen te financieren.

Er zijn diverse plekken met informatie over de financiering van preventie:

- > de [klantroutes](#) op www.kansrijkstartnl.nl
- > de [informatie over financiering van samenwerking op preventie in het zorgstelsel](#)
- > de [informatiekaart](#) van de NZA.

Actie:

- Bieden de overzichten van financiering van preventie niet genoeg info? En is er iets aanvullends nodig?

Probleem:

2.1.2. Er zijn diverse interventies die specifiek geschikt en nodig zijn voor gezinnen in kwetsbare situaties zijn. Het zijn vaak bewezen effectieve interventies die onvoldoende worden ingezet, omdat er onvoldoende middelen beschikbaar zijn of worden gesteld (vanuit zorgverzekeraars en/of gemeenten). Het gaat om interventies waarbij professionals uit meerdere domeinen (deels) met elkaar samenwerken en die op het grensvlak zitten tussen financiering op basis van de Zvw en de Wpg, de Jeugdwet en/of de Wmo. Voorbeelden: Nu Niet Zwanger, Voorzorg, Stevig

Ouderschap, Centering Pregnancy, Centering Parenting, maar ook ehealth interventies.

Oplossing:

- Zorgverzekeraar en gemeente maken sluitende afspraken over de keten rondom de geboorte van kinderen, inclusief afspraken over kosten/baten verdeling.
- ZV financieren de benodigde zorg vanuit de Zvw. Gemeenten financieren de benodigde aanvullende interventies vanuit het gemeentefonds. Voor de extra activiteiten die nodig zijn voor gezinnen in een kwetsbare situatie maken gemeenten gebruik van lokaal budget (nu (deels) via de impuls Kansrijke Start (decentralisatie-uitkering).
- Langdurig partnerschap helpt om dit minder belangrijk te maken (niet erg als ander profiteert, zolang we het kunnen bekostigen).
- Naast deze tijdelijke middelen zullen we op zoek moeten gaan naar structurele financiering van deze manier van werken. De financiering van het prenataal huisbezoek is in ieder geval structureel.
- Er zijn enkele Maatschappelijke Kosten Baten Analyses (MKBA's) beschikbaar rondom KS: voor NNZ, Voorzorg en Moeders van Rotterdam. Deel van de toekomstige besparingen ligt bij de zorgverzekeraar. Wat kan de bijdrage van deze MKBA's zijn om vanuit zowel de ZV als de gemeente te investeren in deze interventies? Gemeenten doen dit vaak al. Wat is er nodig om de ZV mee te laten investeren?

Actie:

- Zorgen voor een duurzame oplossing voor de periode na de KS-impuls (via preventie in de contourennota: deels uit Zvw, deels uit Wpg?).
- Nagaan welke rol zorgverzekeraar en welke rol gemeente hierbij kan/wil spelen (in gezamenlijkheid).
- Nagaan wat hiervoor nodig is.
- Zorgen voor een duurzame oplossing voor de periode post-impuls.
- Nagaan of het mogelijk/wenselijk is om een centraal achterstandsondersteuningsfonds voor verloskundigen - zoals huisartsen hebben - te organiseren en plus voor gezinnen in kwetsbare omstandigheden daaruit te halen. In plaats van de 120% voor individuele VK.

2.2. Onvoldoende financiering CePr en CePa

Probleem:

Bij kwetsbare groepen is bewezen dat het groepsgewijs aanbieden van verloskundige hulp (Centering pregnancy (CePr)) en het groepsgewijs ondersteunen tijdens de opvoeding bij consultatiebureaus (Centering parenting (CePa)) toegevoegde waarde heeft voor een kansrijke start. Financiering (vooral structureel) van CePr wordt vaak als lastig ervaren.

Bij deze interventies speelt een aantal knelpunten:

- Opstart van deze methodiek kost tijd en voor de professional nu dus ook geld omdat groepen meestal niet direct groot genoeg zijn. Hierdoor komt het niet altijd van de grond terwijl het wel van toegevoegde waarde is.
- De huidige financiering is op individu en dat betekent dat er een zekere groepsgrootte moet zijn wil de financiering dekkend zijn voor de zorgprofessional.
- De huidige beleidsregel zou onvoldoende zijn voor de benodigde inzet van twee verloskundigen/professionals bij CP-vormen, evenals financiering van groepsruimten tbv de CP-bijeenkomsten.
- Om CP in de toekomst te borgen is structureel geregelde financiële vergoeding noodzakelijk!

Voorbeeld in Utrecht:

In Utrecht zijn verloskundigen enthousiast aan de slag gegaan met Centering pregnancy. Omdat ze CP niet kostendekkend kunnen uitvoeren, hebben ze in 2019 subsidie gevraagd bij de gemeente Utrecht. De subsidie is voor één jaar gegeven met als doel dat verloskundigen zouden toewerken naar structurele financiering. Omdat dit nog niet van de grond is gekomen, hebben we de financiering met een jaar verlengd tot en met 2021. We hebben inmiddels informatie vanuit verloskundigen, Zilveren Kruis, NZA, ZIN, gemeente, JGZ en de KNOV over de financiering van CePr gedeeld. Knelpunten die Utrecht daarbij signaleert:

- Verloskundigen ontvangen de maximale vergoeding vanuit de beleidsregel integrale geboortezorg.

- Het budget voor CP zou niet toereikend zijn voor de rol van de tweede begeleider en voor huisvesting.
 - Gaat het nou om reguliere zorg of is het toch iets extra's of anders?
 - Kunnen verloskundigen aantonen dat de kosten van CP hoger zijn dan reguliere zorg en dat CP leidt tot betere zorguitkomsten?
 - CP wordt uitgevoerd in de eerstelijns, maar de effecten landen (ook) in de tweedelijns (bijvoorbeeld minder pijnbestrijding, diabetes kan afnemen en vroeggeboortes dalen bij deelname kwetsbare groepen) en in het sociaal domein/ maatschappelijke effecten (zoals betere voorbereiding op de bevalling, sociale steun, toename netwerk, zelfvertrouwen).
- Op 26 november 2020 heeft 5.1.2e (ROS) een brede werkbijeenkomst georganiseerd om samen verder te zoeken naar oplossingen. 5.1.2e vragen naar resultaten!

Oplissing:

- Zorgverzekeraars kunnen vanuit hun inkooprol nagaan hoe ze dit kunnen faciliteren.
- CP benoemen als bewezen effectieve interventie ikv Zvw
- CP financieren als gecombineerde leefstijlinterventie
- Opnemen als interventie voor de regionale preventieve infrastructuur (vormgeven als Health impact bonds)
- De kraamzorg ziet een rol voor zichzelf als 3^e begeleider bij CP, echter wel gefinancierd conform NZA Kraamzorg tarief. Dit tarief is lager dan een 2e VK en een jeugd VPK. Daarnaast werk je toe naar een goede samenwerking kraam-verloskunde. JGZ zou bijvoorbeeld 1 of 2 sessies kunnen doen waardoor je de driehoek kraam-VK-JGZ meer verstevigd. Het trainen van co-trainers kost ook geld...

Actie:

- Onderzoek als gemeente, ZV en VK samen wat de knelpunten zijn rondom financiering van CePr. Wat is mogelijk binnen de huidige afspraken en waarvoor zijn veranderingen of extra financiering nodig? Mogelijk in een MKBA constructie. Hier zouden landelijk en lokaal samen moeten optrekken.
- In gesprek met de NZa over bestaande beleidsregel.
- Nagaan welke rol zorgverzekeraar, VSV en gemeente hierbij kan/wil hebben.
- Nagaan wat hiervoor nodig is.

3. Kwaliteit van zorg

3.1. Verduurzamen aanpak KS vanuit perspectief professional

Probleem:

Duurzame financiering: regelen dat professionals kunnen doen wat nodig is op het gebied van preventie. Dus professionals moeten daarvoor betaald worden (zowel in zorgland als in gemeenteland). Het gaat bij borging vooral ook om de kwaliteit van professionals. Dat wordt in de zorgstandaard geregeld, waarin staat dat er ook aan preventie gewerkt moet worden. Maar dit is rondom kansrijke start nog geheel niet uitgewerkt.

Oplissing:

Zorgverzekeraars (ZV) moeten goed contracteren. Daarbij is de zorgstandaard de basis/het uitgangspunt. Dus het moet landen in de zorgstandaard hoe we de ketenaanpak KS doen. Als de zorgstandaard op dit punt goed is uitgewerkt (zie 3.2), dan dienen ZV op basis hiervan professionals te contracteren. Er moet ook een uitloofinanciering zijn voor het programma KS, want nu nog maar 5 maanden. Hierdoor creëren we meer ruimte om de zorgstandaard aan te passen (gaat veel tijd overheen) en in de financiering. Er is echt tijd voor nodig om dit allemaal goed te regelen.

Actie:

- In gesprek gaan met ZN over ketenaanpak KS.
- Vanuit VWS werken aan transitiejaar KS.

3.2. Verankeren in de zorgstandaard (betaaltitel)

Probleem:

In de zorgstandaard staat wel dat aan preventie gewerkt moet worden, maar dit is nog geheel niet uitgewerkt rondom kansrijke start. Daardoor wordt bv vroegsignalering (incl sociale

risicofactoren) onvoldoende gefinancierd vanuit de ZV. Kunnen zorgverzekeraars/gemeenten VSV's/lokale coalities hierin faciliteren?

Oplossing:

Professionals moeten dit zelf uitwerken in de zorgstandaard. Wat kunnen mensen van de eerstelijnszorg verwachten rondom een kansrijke start? Voorbeelden:

- brede vroegsignalering (incl sociale risicofactoren);
- samenwerkingsafspraken maken rondom de 1^e 1000 dagen;
- deelnemen aan de lokale coalitie KS;
- meer kraamzorg voor mensen die in kwetsbare situatie zitten.

Inspectie ziet toe op handhaving van zorgstandaard. De VSV's zijn een belangrijk structureel gremium waarin dit opgepakt moet worden.

Actie:

- In gesprek gaan met beroepsgroepen over ketenaanpak KS irt zorgstandaard.
- In gesprek gaan met VSV's over ketenaanpak KS irt zorgstandaard.

3.3. Faciliteren (tijd en geld) van professionals (in geboortezorg)

Probleem:

- Er is meer ruimte voor professionals nodig rondom uitoefening van hun vak bij gezinnen in kwetsbare situatie. Professionals moeten bekostigd worden op het werk dat zij doen rondom dit punt, inclusief deelname aan lokale coalitie. Dat geldt ook voor VSV's. Soms financiert een ZV dat. Daar staat tegenover dat in de tariefstelling van professionals al gerekend wordt met 10% voor multidisciplinair overleg en samenwerking. Check! Simone: Uit recent kostenonderzoek kraamzorg blijkt dat tarieven tot 2020 niet passend waren.
- Daarnaast is het vanuit zorgprofessionals en het ziekenhuis lastig om door de bomen het bos te zien in het sociaal domein omdat er sprake is van veel partijen.

Oplossing:

- Zorgen dat professionals voldoende tijd hebben en geld krijgen om gezinnen in een kwetsbare situatie te ondersteunen.
- Organiseren dat 1 of paar professionals gespecialiseerd in deze doelgroep vast aanspreekpunt zijn en kennis en mandaat hebben om anderen in sociaal domein in te zetten.
- Er is ook grote behoefte aan een actuele lokale/regionale digitale sociale kaart die onderhouden wordt. Bij voorkeur gekoppeld aan bestaande middelen bijvoorbeeld mind2Care (mijnkindonline).
- Daarnaast grote behoefte aan inzicht rol van de wijk/ buurt/ sociale team. Wie voert regie, wie levert ondersteuning, wie verwijst door. In iedere gemeente is dit anders ingeregeld. Hiermee gaat tijd verloren.
- Ook duidelijkheid in rol van buurtteam-SAVE-VT als het gaat om onveiligheid. Wat kunnen wij van wie verwachten. Vaak zijn contactpersonen ma-vrij tussen 9-17 bereikbaar en niet in de weekenden.

Actie:

- Nagaan wat in de tariefstelling op dit punt precies geregeld is en in hoeverre dit al dan niet voldoet aan wat er nodig is om goed invulling te geven aan kansrijke start.
- In lokale coalities samenwerkingsafspraken maken rondom centraal aanspreekpunt professionals, zowel in MD als in SD.

3.4. Ruimte bieden aan zorgverzekeraar om dit te mogen financieren

Probleem:

Er is meer ruimte voor professionals nodig rondom uitoefening van hun vak bij kwetsbare gezinnen. Professionals moeten bekostigd worden op het werk dat zij doen rondom dit punt, inclusief deelname aan lokale coalitie. Dat geldt ook voor VSV's. Niet alle ZV's financieren dat. Daar staat tegenover dat in de tariefstelling van professionals gerekend wordt met 10% voor multidisciplinair overleg en samenwerking. Check!

Oplossing:

Actie:

- Nagaan wat in de tariefstelling op dit punt precies geregeld is en in hoeverre dit al dan niet voldoet aan wat er nodig is om goed invulling te geven aan kansrijke start.
- Nagaan welke ruimte ZV's hebben.

3.5. Capaciteitsproblematiek kraamzorg

- **Probleem:**
- Het is van belang om ervoor te zorgen dat er voldoende kraamverzorgenden blijven om de juiste ondersteuning te kunnen bieden. Nu heeft de branche te maken met een capaciteitsproblematiek. Opleiden is hiervoor een mogelijke oplossing echter het is kostbaar. Per leerling ben je gemiddeld 15.000 euro kwijt. In dit bedrag zitten de opleidingskosten, salariskosten en kosten begeleidingsuren. De leerling kraamverzorgenden kunnen het eerste half jaar nog niet zelfstandig in zorg. Zij moeten volledige begeleiding ontvangen. Dit betekent dubbele loonkosten. De overheid kent subsidie trajecten echter de meest snelle en ook meest gangbare opleidingsvariant is de branche erkende opleiding (versneld 15 maanden). Deze opleiding is, ondanks het feit dat het al jaren een erkende variant voor de branche is, nog steeds niet CREBO erkend. Hier wordt door onder andere de geboortezorg academie hard voor gestreden. Zonder CREBO kom je niet in aanmerking voor subsidie praktijkleren en stagefonds. Daarnaast ontvang je vanuit het sectorplanplus subsidie maar een heel klein deel van de opleidingskosten. Je snapt dat dit een enorme investering vraagt van de branche.

Oplossing:

Actie:

•

3.6. Aandacht in opleiding voor gezinnen in kwetsbare situaties

- **Probleem:**
- In de huidige opleidingsvarianten wordt beperkt aandacht besteed aan het "afwijkend kraambed", ketensamenwerking (waaronder warme overdracht) en het belang van methodisch werken. Het is ook van belang dat er in de huidige opleidingen voor (kraam)verzorgenden aandacht is voor het leveren van zorg aan cliënten in een kwetsbare situaties.

Oplossing:

Actie:

4. Samenwerkingsverbanden

- 4.1. Zorgverzekeraars werken op andere schaal dan lokale coalities. Geldt vaak ook voor ziekenhuizen, medisch professionals en VSV's. Hoe kunnen dan toch werkbare afspraken gemaakt worden (regionaal?)?

Probleem:

Zorgverzekeraars sluiten niet altijd aan bij lokale coalities omdat dit voor een zorgverzekeraar een te beperkt werkgebied is. Het is voor verzekeraars ook onmogelijk om bij alle 275 lokale coalities aan tafel te zitten. Voor kleinere gemeenten is dit lastig. Medisch professionals hebben vaak een zorgverleningsgebied dat verder reikt dan een gemeente of zich uitstrekt over meerdere gemeenten, waardoor zij door meerdere coalities benaderd worden om aan te sluiten. Dit geldt ook voor de regio's van ziekenhuizen, verloskundige samenwerkingsverbanden en grotere samenwerkingsverbanden. Het thema kansrijke start wordt daarmee ook wel opgepakt binnen regionale samenwerkingsverbanden, maar zicht op waardevolle elementen en knelpunten daarbij is (nog) beperkt.

Oplossing:

Vormen van een regionale coalitie waar een zorgverzekeraar wel bij aansluit of op sommige onderdelen van een lokale coalitie gezamenlijk regioafspraken maken tussen meerdere gemeenten samen met de zorgverzekeraar. Ditzelfde kan dan ook gelden voor ziekenhuizen, medisch professionals en/of VSV's. Stimuleren om stevige regionale infrastructuur tussen medisch en sociaal domein te vormen en borgen rond preventie (incl vroegsignalering) te borgen. Daarbij ook aandacht voor langdurig partnerschap.

Actie:

- 4.2. Zorgverzekeraars hanteren allemaal eigen polisvoorwaarden. Dit werkt niet goed voor professionals.

Probleem:

Zorgverzekeraars sluiten niet altijd aan bij lokale coalities omdat dit voor een zorgverzekeraar een te beperkt werkgebied is. Het is voor verzekeraars ook onmogelijk om bij alle 275 lokale coalities aan tafel te zitten. Voor kleinere gemeenten is dit lastig. Medisch professionals hebben vaak een zorgverleningsgebied dat verder reikt dan een gemeente of zich uitstrekt over meerdere gemeenten, waardoor zij door meerdere coalities benaderd worden om aan te sluiten. Dit geldt ook voor de regio's van ziekenhuizen, verloskundige samenwerkingsverbanden en grotere samenwerkingsverbanden. Het thema kansrijke start wordt daarmee ook wel opgepakt binnen regionale samenwerkingsverbanden, maar zicht op waardevolle elementen en knelpunten daarbij is (nog) beperkt.

Oplossing:

- Het zou al enorm helpen als gemeenten binnen de regio zoveel mogelijk zorgen voor uniforme afspraken met de preferente ZV. Wat houdt gemeenten en ZV tegen?
- Vormen van een regionale coalitie waar een zorgverzekeraar wel bij aansluit of op sommige onderdelen van een lokale coalitie gezamenlijk regioafspraken maken tussen meerdere gemeenten samen met de zorgverzekeraar. Ditzelfde kan dan ook gelden voor ziekenhuizen, medisch professionals en/of VSV's.
- Stimuleren om stevige regionale infrastructuur tussen medisch en sociaal domein te vormen en borgen rond preventie (incl vroegsignalering) te borgen. Daarbij ook aandacht voor langdurig partnerschap.

Actie:

- Is het voldoende en mogelijk om hier op regioniveau afspraken over te maken? (Gemeenten en ZV).
- Inbrengen KS-aanpak in discussie rondom preventie in de contourennota (VWS).

4.3. Financiering van niet-toewijsbare samenwerking

Probleem:

Samenwerking tussen meerdere disciplines is belangrijk om optimale zorg aan individuele patiënten te kunnen leveren en vindt plaats op meerdere vlakken: binnen lokale coalities, integrale poli's met ziekenhuizen, samenwerking met sociaal domein (bv MDO). Het gaat daarbij ook om overheadkosten, zoals ICT.

Oplossing:

Zelfde punt als 3.3 en 3.4. Zie aldaar.

Mogelijke aanvullende opties: voorfinancieren, landelijke stimuleringsgelden, zoals ROS-gelden. Zijn dit voldoende duurzame oplossingen?

Actie:

- Nagaan welke rol zorgverzekeraar hierbij kan/wil hebben.
- Nagaan wat hiervoor nodig is.

4.4. Samenwerking ziekenhuiszorg, geboortezorg en gemeenten

Probleem:

De financiering van een ziekenhuisbevalling door een eerstelijns verloskundige is nu ingewikkeld. Of gaat dit over samenwerking tussen de domeinen, duiding van financieringsstromen in andere samenwerking, wat kan er binnen het bestaande en wat moet aangepast

Het is voor partijen in de zorg niet altijd helder hoe het sociale domein werkt en welke infrastructuur daarbij hoort. En omgekeerd voor partijen buiten de zorg geldt ook dat niet altijd helder is hoe het zorgsysteem en de zorginfrastructuur werkt. Dat nekt zich vooral op momenten dat deze partijen meer met elkaar moeten samenwerken zoals rond de zorg voor gezinnen in een kwetsbare situatie. Zo zijn de VSV's ingericht op de integrale geboorte zorg (niet perse financieel) te verbeteren.

Oplossing:

Deze structuur zou veel beter versterkt kunnen worden.

Lokale sociale kaart maken en onderhouden (5.1.2e regio Oosterhout). Een linking pin vanuit het sociale domein. Vergt veel tijd om dit te doen.

Voorbeelden: Delft/Reinier de Graaf ziekenhuis; Tilburg/Elisabeth Twee Steden ziekenhuis

- Kansrijke Start als vliegwiel voor Juiste Zorg op de juiste plek?
- Rol zorgverzekeraars hierbij?

Actie:

- Nagaan welke rol de zorgverzekeraar hierin kan spelen.
- Nagaan welke rol de gemeente hierin kan spelen.
- Zijn er voorwaarden die veranderd kunnen worden om dat te doen?

4.5. Goede overdracht van geboortezorg/kraamzorg naar JGZ en huisarts en andersom

Probleem:

Idem. Niet in alle gevallen zit iedereen voldoende aan tafel. JGZ is veelal helemaal niet aangesloten. Dit gaat ook over gedeelde visie, elkaars expertise vertrouwen, duidelijkheid wie waarvoor is, wantrouwen over regievraagstuk overwinnen. Verder is het de vraag of goede overdracht in principe wel kan plaatsvinden en waarom dit niet lukt. De warme overdracht is voor een JGZ een extra huisbezoek, en dus niet bekostigd.

JGZ is voor kraamzorg vaak lastig bereikbaar. Heel begrijpelijk omdat zij ook werkzaamheden verrichten CB's/huisbezoeken enz. Het regelen van een warme overdracht kost hierdoor veel tijd voor de kraamverzorgende/VK. Het is van belang dat de cliënt en krzv bij de warme overdracht aanwezig is. Tijdsbestek om te regelen is dus kort. Daarnaast is er vaak geen standaard werkwijze. Wat wil de JGZ overgedragen krijgen en op welke manier. De GIZ methodiek (Gezamenlijk inschatten Zorgbehoefte) kan hierin een heel mooi hulpmiddel zijn. Deze methodiek is door NCJ ontwikkeld en wordt reeds gebruikt in de JGZ. Door kraamzorg de GIZ bij start en einde zorg te gebruiken heb je direct een mooi taxatie instrument. Bijkomend voordeel is dat professionals in de geboortezorg dezelfde taal leren spreken (kraam-JGZ) Implementatie kost geld (trainen) maar zeker de moeite waard

Is dit een kwestie van gebrek aan tijd, of onvoldoende belang hieraan hechten, of gebrek aan financiering?

Oplossing:

Is een onderdeel van de oplossing Baby Connect?

Actie:

- Nagaan welke rol zorgverzekeraar hierbij kan/wil hebben.
- Nagaan wat hiervoor nodig is.

Nog verwerken:

- overzicht Pharos

Kijken wat we van onderstaand punt van G4 opnemen:

Vroegsignalering en zorgtoeleiding van bedreigde ouderkind-relatie vanaf tijdens de zwangerschap; noodzaak², barrières en kansen

De relatie met ouder(s)/verzorger(s) is bepalend voor het reguleren van het stress-systeem en het bieden van een veilige basis voor de ontwikkeling van het kind. Risicofactoren voor een bedreigde ouder-kindrelatie zijn veelal al tijdens de zwangerschap aanwezig. Deze risicofactoren beperken ook het reflecterend en hulpvragend vermogen van ouder(s). Er zijn goede interventies en strategieën voorhanden, die nu niet of te laat ingezet worden door de barrières.

Al tijdens de zwangerschap zou er ingezet moeten kunnen worden op systematische vroegsignalering, monitoring en zo nodig interventie bij een bedreigde ouder-kindrelatie.

Huidige barrières:

1. In het huidige bekostigingssysteem kan geen gezinsgerichte aanpak ingezet worden voor een ongeboren kind. Zorg gericht op het toekomstige kind kan niet uit ZVV en niet uit gemeentelijke middelen, want er is nog geen kind.
2. Splitsing van zorg leidend tot onvoldoende samenhang in zorg:

2

- Toxische (= overmatige) stress in de baarmoeder en in de eerste maanden na de geboorte:
 1. verandert de basisarchitectuur van de hersenen en beperkt daarmee levenslang de ontwikkeling op fysiek en mentaal gebied
 2. maakt het stress-systeem te gevoelig, waardoor er levenslang overmatige stress ervaren wordt. Dit verhoogt onder andere de kans op angst, depressie, schizofrenie, hart- en vaatziekten, stofwisselingsziekten, astma, suikerziekte en kanker

- a. voor de geboorte (geboortezorg) en na de geboorte (jeugdgezondheidszorg, GGZ);
 - b. tussen het sociale en medische domein
 - c. tussen ouders (bv volwassenen GGZ) en kind met onvoldoende samenhang
 - 3. Hiaat tussen wetenschappelijke kennis en maatschappelijk bewustzijn rond het cruciale belang van de zeer vroege ouder-kindrelatie
 - 4. Gebrek aan disseminatie van de bestaande wetenschappelijke kennis naar geboortezorg en jeugdgezondheidszorg
 - 5. De geboortezorg is traditioneel gericht op het welzijn van de vrouw. (Aanstaande) vaders/partners worden onvoldoende betrokken, terwijl zij ook een cruciale rol spelen in de vroege ontwikkeling van het kind
- Kansen:
 1. Inrichten van een bekostigingswijze voor gezinsgerichte monitoring en interventie bij een bedreigde ouder-kindrelatie tijdens de eerste 1000 dagen
 2. Inrichten van een gezinsgerichte zorgstructuur waarbij de zorg voor ouders en zorg voor het kind binnen het sociale en medische domein afgestemd wordt
 3. Disseminatie van bestaande wetenschappelijke kennis naar maatschappij, geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en volwassenen GGZ

GGZ

Brede beschikbaarheid interventies, voorbeeld responsiviteit. AW/Rotterdam: de inzet die gemeenten nu doen is veel te klein. Kan dat wel groter vanuit gemeentelijk budget? Bovendien ontbreken er generieke interventies op basis van werkzame bestanddelen. Landelijk faciliteren dat deze ontwikkeld worden?