



Zorginstituut Nederland

# Verzekerd van een Kansrijke Start

Een eerste verduidelijking van de zorg rondom Kansrijke Start

Definitief | 22 januari 2024

| Van goede zorg verzekerd |

	<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Rol Zorginstituut</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Het preconceptieconsult</b>	<b>11</b>
2.1	Wat is het preconceptieconsult?	11
2.2	Verzekerd onder Zvw?	11
2.3	Welke zorg valt onder het preconceptieconsult?	11
2.4	Aanbieden preconceptieconsult	12
2.5	Agemeen vs. individueel preconceptieconsult	12
<b>3</b>	<b>Nu Niet Zwanger en anticonceptie</b>	<b>14</b>
3.1	Anticonceptie	14
3.1.1	Het spiraaltje en eigen risico	14
<b>4</b>	<b>Vroegsignalering</b>	<b>15</b>
4.1	Wat is vroegsignalering?	15
4.2	Verzekerd onder de Zvw?	15
4.3	Voor wie is een rol weggelegd in de vroegsignalering?	15
4.3.1	Verloskundige	15
4.3.2	Kraamverzorgende	15
4.3.3	Huisarts	15
4.3.4	Jeugdarts en jeugdverpleegkundige	16
4.3.5	Overige zorgverleners	16
4.4	Bekostiging extra werk	16
<b>5</b>	<b>Deelname aan een multidisciplinair overleg</b>	<b>17</b>
5.1	Wat is een MDO?	17
5.2	Verzekerd onder de Zvw?	17
5.3	Micro-, meso-, macroniveau	17
5.4	MDO op domeinoverstijgend niveau	19
5.4.1	MDO voor generieke afspraken in een VSV	19
5.4.2	MDO voor het opzetten van Kansrijke Start-keten	19
<b>6</b>	<b>Interactieve prenatale groepszorg</b>	<b>20</b>
6.1	Wat is interactieve prenatale groepszorg?	20
6.2	Is IPG verzekerd onder de Zvw?	20
<b>7</b>	<b>Kraamzorg</b>	<b>21</b>
7.1	Wat is kraamzorg?	21
7.2	Verzekerd onder de Zvw?	21
7.3	Actualiteit kraamzorg	22
7.3.1	Duur kraamzorg	22
7.3.2	Aantal uren kraamzorg	22
7.3.3	Uitgestelde kraamzorg	22
7.3.4	Digitale kraamzorg	22
<b>8</b>	<b>Welke relevante interventies, zorg of ondersteuning zijn rondom of na de bevalling nog beschikbaar vanuit de Zvw?</b>	<b>24</b>
8.1	Tolkenvergoeding	24
8.2	Wijkverpleging/kindzorg	24
8.3	BabythuisZorg	24
8.4	Integrale gezinspoli	25

8.5	Zorg voor onverzekerden en asielzoekers die zwanger worden of zijn	25
8.5.1	Onverzekerden	25
8.5.2	Asielzoekers	25
<b>9</b>	<b>Vooruitblik</b>	<b>26</b>
	<b>Colofon</b>	<b>28</b>
	<b>Bijlage 1</b>	<b>29</b>

# Samenvatting

## Aanleiding

Deze rapportage is opgesteld op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vanwege de opdracht in het Integraal Zorgakkoord (IZA) om te komen tot een goede start voor ieder kind. ZN heeft Zorginstituut Nederland gevraagd te verduidelijken of een aantal interventies die vermeld staan in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) wel of niet verzekerd zijn op grond van de *Zorgverzekeringswet* (Zvw). Het betreft de volgende onderwerpen:

- preconceptieconsult;
- vroegsignalering;
- multidisciplinair overleg;
- kraamzorg; en
- interactieve prenatale groepszorg.

Vervolgens heeft ZN verzocht of van een aantal onderwerpen uit het landelijke actieprogramma 'Kansrijke Start' kan worden verduidelijkt of deze zorg verzekerd is op grond van de Zvw. Het gaat daarbij om het programma 'Nu Niet Zwanger', zorg aan asielzoekers en onverzekerden, tolkenvergoeding, BabythuisZorg en de integrale gezinspoli.

Kansrijke Start beoogt ieder kind een gezonde en kansrijke start te bieden. Het actieprogramma richt zich op de eerste 1000 dagen van een kind: die beginnen al vóór de conceptie en lopen tot en met het tweede levensjaar. Kansrijke Start is erop gericht om het Rijk, de gemeentes en zorgverleners in het medisch en sociaal domein te versterken, zodat (aanstaande) gezinnen in een kwetsbare situatie tijdig de juiste hulp kunnen krijgen. Dat draagt bij aan gelijke kansen en gezondheid voor ieder kind. In deze rapportage verduidelijkt het Zorginstituut daarom of deze interventies in het kader van het actieprogramma Kansrijke Start onder verzekerde aanspraken van de Zvw vallen.

## Verzekerde zorg

Een aantal van de gevraagde interventies is (onder voorwaarden) op grond van de Zvw verzekerd. Dit is het geval bij het preconceptieconsult, vroegsignalering, kraamzorg, tolkenvergoeding en interactieve prenatale groepszorg.

### *Voor een deel verzekerd*

Een aantal interventies is voor een deel verzekerd op grond van de Zvw, en voor een deel ook niet. Voor het deel dat niet ten laste van de Zvw kan worden gebracht, ligt veelal (ook) een verantwoordelijkheid bij professionals in het sociaal domein en daarom kan vergoeding mogelijk deels vanuit het sociaal domein worden gerealiseerd. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de integrale gezinspoli.

### *Niet verzekerd*

Er is ook nog een aantal interventies dat niet ten laste van de Zvw kan worden gebracht. Dit heeft te maken met het feit dat de Zvw een individuele schadeverzekering is, of dat niet aan een van de voorwaarden wordt voldaan die de Zvw aan verzekerde zorg stelt. Dit is het geval bij algemene (niet-individuele) preconceptiezorg en bepaalde multidisciplinaire overleggen, bij Nu Niet Zwanger en bij BabythuisZorg.

## Hoe nu verder?

Voor een deel van zorg die past binnen Kansrijke Start, maar niet onder de Zvw valt, zal zorg en ondersteuning vanuit andere gelden dan de Zvw bekostigd moeten worden. Het doel van deze rapportage is een basis te leggen voor verdere ontwikkeling, zodat het Zorginstituut samen met zowel overheidspartijen als het sociaal domein en andere betrokkenen kan komen tot een kansrijke start voor iedereen. Het Zorginstituut werkt in de fase die volgt op het publiceren van deze rapportage 'Verzekerd van een Kansrijke Start' nauw samen met in ieder geval ZN, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en

partijen in het sociaal domein om zoveel mogelijk slagvaardigheid te bewerkstelligen in het vastleggen van de fundamenten van zorg rondom Kansrijke Start.

# Inleiding

## Aanleiding

Deze rapportage is opgesteld op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vanwege de opdracht in het Integraal Zorgakkoord (IZA) om te komen tot een goede start voor ieder kind. ZN heeft Zorginstituut Nederland gevraagd te verduidelijken of een aantal interventies die vermeld staan in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) wel of niet verzekerd zijn op grond van de *Zorgverzekeringswet* (Zvw). Het betreft de volgende onderwerpen:

- preconceptieconsult;
- vroegsignalering;
- multidisciplinair overleg;
- kraamzorg; *en*
- interactieve prenatale groepszorg.

## Kansrijke Start

Vervolgens heeft ZN verzocht of van een aantal onderwerpen uit het landelijke actieprogramma 'Kansrijke Start' kan worden verduidelijkt of deze zorg verzekerd is op grond van de Zvw. Het gaat daarbij om het programma 'Nu Niet Zwanger', zorg aan asielzoekers en onverzekerden, tolkenvergoeding, BabythuisZorg en de integrale gezinspoli.

Kansrijke Start beoogt ieder kind een gezonde en kansrijke start te bieden. Het actieprogramma richt zich op de eerste 1000 dagen van een kind: die beginnen al vóór de conceptie en lopen tot en met het tweede levensjaar. Kansrijke Start is erop gericht om het Rijk, de gemeentes en zorgverleners in het medisch en sociaal domein te versterken, zodat (aanstaande) gezinnen in een kwetsbare situatie tijdig de juiste hulp kunnen krijgen. Dat draagt bij aan gelijke kansen en gezondheid voor ieder kind. In deze rapportage verduidelijkt het Zorginstituut daarom ook of deze interventies in het kader van het actieprogramma Kansrijke Start onder verzekerde aanspraken van de Zvw vallen.

## Doel rapportage

Deze verduidelijking geeft een antwoord op de door ZN gestelde vragen. Alle vragen zijn beoordeeld in het licht van het actieprogramma Kansrijke Start. Het geeft een overzicht van welke zorg onder welke voorwaarden verzekerd kan is op grond van de Zvw.

Omdat niet alle standpunten en duidingen over deze onderwerpen goed vindbaar waren, maar ook omdat gebleken is dat deze standpunten en duidingen niet voldoende duidelijk zijn voor het veld, geven we in deze rapportage een extra uitleg over bepaalde interventies. Belangrijk om hierbij te noemen is dat deze rapportage een startdocument is en dat nog niet alle zorg die onder Kansrijke Start valt of past in deze rapportage aan de orde komt.

Dit overzicht kan onder meer worden gebruikt door zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij het beoordelen of bepaalde zorgactiviteiten rondom Kansrijke Start kunnen vallen onder de verzekerde aanspraken en daarmee vergoed kunnen worden vanuit de Zvw. Ook gemeentes kunnen het gebruiken om een beeld te krijgen welke zorg vanuit de Zvw bekostigd kan worden en waar mogelijk het sociaal domein aan zet is.

## Samen met het publieke domein

Een deel van de zorg rondom Kansrijke Start is zorg die niet vanuit de Zvw vergoed kan worden. Dit komt enerzijds door het karakter van de Zvw (een individuele schadeverzekering). Anderzijds komt het door de indicatievereisten die aan zorg worden gesteld, zoals het aangewezen moeten zijn op de zorg. Een deel van de benodigde zorg van Kansrijke Start zal daarom door het publieke domein moeten worden bekostigd. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het GALA aan gemeentes en zorgverzekeraars samen de opdracht heeft gegeven om te komen tot een passende bekostiging voor deze zorg. Deze rapportage geeft de grenzen aan van de verzekerde zorg en kan voor gemeentes een stimulans zijn om verder te onderzoeken in hoeverre zij hun verantwoordelijkheid kunnen nemen.

### **Vooruitblik**

Deze rapportage pretendeert niet een antwoord te geven op alle kwesties die spelen rondom Kansrijke Start. Ook verwachten wij niet klaar te zijn. Deze rapportage is slechts een eerste inventarisatie van reeds ingenomen standpunten en duidingen die het Zorginstituut in de afgelopen jaren heeft uitgebracht en geeft weer hoe de gevraagde interventies op dit moment vergoed kunnen worden. Voor een deel is dit vanuit de Zvw, voor een deel zal zorg en ondersteuning vanuit andere gelden bekostigd moeten worden.

In het volgende stadium zullen wij over andere interventies verduidelijking geven of een (nieuwe) duiding doen, als daar voor bepaalde interventies behoefte aan is. De interventies die dit betreffen moeten nog aan het Zorginstituut worden voorgelegd, maar de verwachting is dat het Zorginstituut hierna aan de slag gaat met interventies als de psychiatrie – obstetrie – pediatrie (POP) poli en zorg na traumatisch ervaren bevallingen. De interventies waarover het Zorginstituut in het volgende stadium duidelijkheid zal geven, worden naar verwachting aangedragen door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in overleg met ZN.

### **Aanspreekvormen**

Wij zijn ons ervan bewust dat de persoon die een kind heeft gedragen niet altijd de verzorger is van het kind. Daarnaast realiseren wij ons dat de woorden 'zwangere', 'moeder' of 'ouder(s)' niet altijd de lading dekken en in sommige gevallen zorgen voor verwarring, onduidelijkheid of misvatting. Wij hebben gekozen voor omschrijvingen die zo veel mogelijk aansluiten bij de meest voorkomende situaties, zonder daarbij iemand tekort te willen doen of te willen uitsluiten. Waar 'moeder' staat, kan ook 'draagmoeder' worden gelezen, of 'adoptiemoeder', 'adoptievader' of een non-binaire variant. Mocht er desondanks ergens een benaming of omschrijving staan die onjuist gekozen is of aanstootgevend blijkt te zijn, dan bieden wij hiervoor onze welgemeende excuses aan. Deze rapportage is geschreven om te verduidelijken welke zorg vanuit de basisverzekering kan worden vergoed. Het maakt bij de onderwerpen die in deze rapportage worden behandeld in principe niet uit hoe de persoon die de zorg ontvangt zich identificeert of uit welke relatievorm de zwangerschap(swens) is ontstaan.

### **Leeswijzer**

Deze rapportage begint bij zorg vóór de zwangerschap (zoals preconceptiezorg), gaat daarna in op zorg tijdens de zwangerschap (verloskundige zorg) en vervolgens op zorg na de bevalling (zoals kraamzorg).

# 1 Rol Zorginstituut

In dit hoofdstuk leggen we kort uit wat de rol van het Zorginstituut is en op basis van welke criteria het Zorginstituut uitspraken doet. Daarnaast beschrijven we kort in hoeverre andere partijen zoals zorgverleners en zorgverzekeraars bepalen wat goede zorg is. Ook geven we een korte uitleg over het eigen risico en de eigen bijdrage.

## Welke zorg is verzekerd

In eerste instantie bepaalt de zorgverzekeraar of gedeclareerde zorg daadwerkelijk binnen de Zvw valt en dus vergoed mag worden. Maar als onduidelijk is of een bepaalde behandeling uit het basispakket vergoed moet worden, dan kan het Zorginstituut daarover een uitspraak doen. Het Zorginstituut kan dan besluiten om deze zorg te beoordelen. We noemen dit een duiding en de uitkomst ervan heet een standpunt. Duiden wil zeggen dat wordt getoetst of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In deze rapportage geven wij weer wat het Zorginstituut in eerdere duidingen of communicatie aan partijen heeft geschreven over het wel of niet verzekerd zijn van bepaalde zorgvormen op grond van de Zvw.

## Stand wetenschap en praktijk

In de Zvw en in de daarop gebaseerde lagere regelgeving – het *Besluit zorgverzekering* (Bzv) en de *Regeling zorgverzekering* (Rzv) – is het basispakket omschreven. Als algemeen criterium geldt dat alleen zorg waarover zorgpartijen het eens zijn dat deze bewezen effectief is, onderdeel is van het basispakket. Dat betekent dat kan worden aangenomen dat de zorg werkt en dat duidelijk is voor wie de zorg werkt. Zowel in de Zvw als in de *Wet langdurige zorg* (Wlz) is dit criterium vastgelegd met de juridische term 'stand van de wetenschap en praktijk' (SWP).<sup>1</sup>

## De Zorgverzekeringswet

De in de Zvw te verzekeren zorg is functioneel omschreven. Dit houdt in dat de uitvoering van de zorg niet is voorbehouden aan een beroepsgroep. Met inhoudelijk omschreven zorgcomponenten kan iedere zorgprofessional – mits bevoegd en bekwaam – die zorg leveren. Bevoegd en bekwaam vallen buiten de reikwijdte van de Zvw en daarmee ook buiten de autoriteit van het Zorginstituut. Of een zorgprofessional bevoegd en bekwaam is bepaalde zorg te leveren hangt onder andere af van de eisen die de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (BIG) daaraan stelt, aan de eisen van de beroepsgroep en de eigen beoordeling van de individuele beroepsbeoefenaar.

## Plegen te bieden

Bij geneeskundige zorg geldt daarnaast dat het moet gaan om zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden.<sup>2</sup> Dit betreft – kort gesteld – zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Genoemde documenten kunnen ook dienen om na te gaan wanneer/of sprake is van zorgverlening op 'professioneel juiste wijze'.<sup>3</sup> In enkele gevallen kan het Zorginstituut in zijn duiding meenemen welke groep professionals de zorg pleegt te bieden.

<sup>1</sup> Zorginstituut Nederland, *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*, Diemen, 2023.

<sup>2</sup> Artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv.

<sup>3</sup> Zie meer hierover in: *Plegen te bieden* (2008) van een rechtsvoorganger van Zorginstituut Nederland.



### Ruimte zorgverzekeraars

Het criterium 'plegen te bieden' laat ruimte voor de zorgverzekeraar om zelf (in de polis) te bepalen tot wie (welke soort zorgverlener) een verzekerde zich voor de betreffende zorg moet wenden. Een zorgverzekeraar moet bij het maken van een keuze de door de wetgever gestelde grenzen in acht nemen. De wettelijke grenzen kunnen worden ontleend aan de wet BIG. Die wet brengt – met name als het gaat om voorbehouden handelingen – beperkingen met zich mee. Bij niet-voorbehouden handelingen heeft een zorgverzekeraar meer ruimte. Voor het verlenen van zorg kan de zorgverzekeraar (via bepaling in de polis) allerlei (categorieën) professionals inschakelen. De professionals moeten wel bekwaam zijn om de zorg op het vereiste niveau – dus op het kwaliteitsniveau van de beroepsgroep die de zorg pleegt te bieden – te verlenen.

### Verhouding 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'

De systematiek van de Zvw en de onderliggende regelgeving brengen met zich mee dat, pas nadat is vastgesteld dat er sprake is van 'zorg zoals een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep pleegt te bieden', wordt toegekomen aan de beoordeling van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Anders gezegd: zorg die niet 'pleegt te worden geboden' behoort (reeds om die reden) niet tot de te verzekeren prestaties, ook al zou het gaan om zorg die wel voldoet aan SWP.<sup>4</sup>

### Geneeskundige context

Artikel 2.4 van het Bzv omschrijft geneeskundige zorg als volgt:

*"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten (..) en verloskundigen die plegen te bieden, (...)."*

Geneeskundige zorg is niet strikt medisch. Ook het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen kan onder geneeskundige zorg vallen. Er hoeft niet per se al sprake te zijn van een aandoening of een beperking; ook zorg gericht op het voorkomen van (verergering van) een aandoening of beperking valt onder geneeskundige zorg. Daarnaast richt geneeskundige zorg zich niet uitsluitend op de patiënt, maar ook op zijn omgeving. Er moet wel sprake zijn van een concreet behandeldoel. Tot slot is het belangrijk om ook de grenzen van geneeskundige zorg te benoemen. Zorg of ondersteuning die meer gericht is op het oefenen van geleerde vaardigheden valt niet onder geneeskundige zorg in het kader van de Zvw. Ook activiteiten en maatschappelijk participeren zijn geen verzekerde zorg. Het ontmoeten van lotgenoten en begeleiding vallen in principe ook niet onder de Zvw. Begeleiding en ondersteuning is vaak wel mogelijk onder de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo). Ten slotte valt ook zorg die geregeld is in de *Wet publieke gezondheidszorg* (Wpg) niet onder de Zvw.

### Wat is goede zorg?

De beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars bepalen samen wat goede zorg is. Dit leggen ze vast in richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.

<sup>4</sup> Zorg die een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep 'pleegt te bieden', maar waarvan wordt vastgesteld dat deze niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', behoort ook niet tot de te verzekeren prestaties. In dat geval is het laatstgenoemde criterium het doorslaggevende criterium.

## Eigen bijdrage en eigen risico

### Eigen risico

Als een verzekerde zorgkosten maakt, betaalt die persoon de eerste € 385 per jaar zelf.<sup>5</sup> Dit is het verplicht eigen risico<sup>6,7</sup> en kan vrijwillig met € 500 worden verhoogd om de premie lager te houden. Veel zorg rond zwangerschap en bevalling is vrijgesteld van het verplicht eigen risico, omdat er geen financiële belemmeringen mogen zijn om verloskundige zorg te krijgen.<sup>8</sup> Dit geldt ook voor behandelingen bij de huisarts en voor kraamzorg. Het doel is dat aanstaande gezinnen geen financiële drempel ervaren om tijdig medische zorg in te schakelen.

Hoewel dit geldt voor veruit de meeste zorg tijdens de zwangerschap en bevalling, is niet álle zorg die een verloskundige, huisarts of medisch specialist (bijvoorbeeld een gynaecoloog) levert of aanvraagt, vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

### Eigen bijdrage

Daarnaast geldt voor sommige zorg een eigen bijdrage. Dit is bijvoorbeeld het geval bij bepaalde geneesmiddelen, de poliklinische bevalling en bij kraamzorg.

### Drempel eigen risico en eigen bijdrage

Wij beseffen dat het verplicht eigen risico en de eigen bijdrage een drempel kunnen opwerpen om zorg te vragen, en dat mensen in een (financieel) kwetsbare situatie deze drempel hoger kunnen ervaren. Het ligt echter buiten de bevoegdheid van het Zorginstituut om het verplicht eigen risico te wijzigen of op te heffen. Dit is een politieke afweging. Hetzelfde geldt voor de eigen bijdrage van bepaalde zorg of geneesmiddelen. Wel kan het Zorginstituut de minister van VWS adviseren over de eigen bijdrage, zoals dit eerder is gedaan voor de eigen bijdrage voor poliklinische bevallingen.<sup>9</sup> De minister van VWS beslist vervolgens of hij het advies wel of niet overneemt. Uitgebreide informatie over het eigen risico en de eigen bijdrage staat op de website van het Zorginstituut.<sup>10,11,12</sup>

<sup>5</sup> Sinds 2016 bedraagt het jaarlijkse eigen risico € 385.

<sup>6</sup> Artikel 19 van de Zvw.

<sup>7</sup> Voor meer informatie: [website Rijksoverheid](#).

<sup>8</sup> Hiermee wordt aangesloten bij het IAO-verdrag, waaraan Nederland zich heeft gecommitteerd.

<sup>9</sup> CVZ, advies *Afschaffen eigen betaling bij poliklinische bevalling zonder indicatie*. Diemen, 2016.

<sup>10</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet>.

<sup>11</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/eigen-risico-zvw>.

<sup>12</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/eigen-bijdrage-zvw>.

## 2 Het preconceptieconsult

### 2.1 Wat is het preconceptieconsult?

Preconceptiezorg is het geheel aan maatregelen ter bevordering van de gezondheid van de (aanstaande) ouders(s) en het kind. Het doel van preconceptiezorg is de verbetering van de gezondheid van de (aanstaande) ouder(s) en het kind. Het maatschappelijk belang is de gezondheidswinst voor de volksgezondheid en daarmee zorgkostenbesparing op de langere termijn. Sommige maatregelen voor preconceptionele gezondheid zijn collectief en gericht op iedereen in de vruchtbare leeftijd, bijvoorbeeld landelijke voorlichtingscampagnes over het belang van foliumzuur of over de gevolgen van alcohol of roken op het ongeboren kind.

Andere maatregelen zijn op individuele (aanstaande) ouders gericht, zoals het preconceptieconsult.<sup>13</sup> Hieronder gaan wij in op een deel van de preconceptiezorg, namelijk het preconceptieconsult.

### 2.2 Verzekerd onder Zvw?

Ja, het preconceptieconsult als onderdeel van preconceptiezorg en preconceptionele gezondheid is verzekerde zorg. Het moet dan een individuele (algemene of specifieke) zorgvraag betreffen van iemand met een zwangerschapswens. Het preconceptieconsult moet dus aansluiten op een zorgvraag.

Een *algemeen* aanbod van preconceptiezorg aan een *groep* is geen verzekerde zorg. Het aanbieden van zorg zonder dat er een zorgvraag is, past niet in het wettelijk kader van de Zvw en is daarom geen verzekerde zorg.

### 2.3 Welke zorg valt onder het preconceptieconsult?

In 2007 heeft de Gezondheidsraad een rapport uitgebracht waarin het pleit voor een algemeen programma voor preconceptiezorg.<sup>14</sup> In 2008 heeft een rechtsvoorganger van het Zorginstituut, het CVZ, op verzoek van de toenmalige minister van VWS, uiteengezet welke zorg van het preconceptieconsult verzekerd kan zijn onder de Zvw.<sup>15</sup> Het CVZ heeft het preconceptieconsult geduid als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Uit de duiding blijkt dat een verloskundige deze zorg kan leveren in samenwerking en na afstemming met de huisarts. De verloskundige ondersteunt en volgt hierbij de NHG-Standaard *Preconceptionele zorg*. Preconceptionele zorg kan dus niet onder de verloskundige zorg worden geschaard, maar kan functioneel als huisartsenzorg geboden worden door een verloskundige.

De onderdelen die verzekerde zorg kunnen zijn, betreffen in ieder geval:

- adviezen over gezonde voeding;
- advies over foliumzuursuppletie;
- advies over inname vitamine D.

De volgende onderdelen vereisen soms aanvullende specialisatie en vallen daarmee niet (direct) binnen het deskundigheidsgebied van de verloskundige of huisarts:

- adviezen en zo nodig actieve begeleiding om roken, alcohol- en drugsgebruik te staken;
- adviezen over aanpassing geneesmiddelengebruik;
- adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekte en vaccinaties;
- opsporen van risico's aan de hand van ziektegeschiedenis en aanbieden van genetische counseling.

Als de zorg buiten het bekwaamheids- of deskundigheidsgebied van een huisarts of verloskundige valt, dan kan een verwijzing naar een medisch specialist nodig zijn, bijvoorbeeld naar een gynaecoloog of klinisch geneticus. Omdat het consult dan medisch-specialistische zorg betreft, is het eigen risico van toepassing.

<sup>13</sup> Voorheen ook wel het 'kinderwensconsult' genoemd.

<sup>14</sup> Gezondheidsraad, *Dossier Preconceptionele zorg: voor een goed begin*. 20 september 2007.

<sup>15</sup> Zie *Preconceptionele zorg als verzekerde prestatie Zvw*, bijlage 1 bij brief CVZ aan VWS. 8 april 2008.

## 2.4 Aanbieden preconceptieconsult

Er wordt weinig gebruikgemaakt van het preconceptieconsult, met name door ouders die (potentieel) in een kwetsbare situatie zitten. Enerzijds komt dit doordat niet altijd iedereen stilstaat bij de acties die mogelijk zijn voorafgaand aan zwanger zijn of onverwacht zwanger raken. Anderzijds is niet iedere (toekomstige) ouder op de hoogte van het bestaan van het preconceptieconsult.

Een verloskundige mag kenbaar maken dat deze zorg geboden wordt. Het is belangrijk dat mensen in kwetsbare situaties de juiste informatie krijgen voordat ze zwanger worden. Denk aan stoppen met de inname van bepaalde middelen en starten met de inname van foliumzuur. Als mensen niet weten dat deze zorg en ondersteuning beschikbaar zijn, kunnen ze er ook niet voor kiezen om die te gebruiken. Zeker in het kader van een kansrijke start is dit een belangrijke zaak.

## 2.5 Algemeen vs. individueel preconceptieconsult

### *Algemeen preconceptieconsult*

Een programmatische aanpak waarbij personen in de vruchtbare leeftijd, al dan niet met een zwangerschapswens, op algemene wijze worden geïnformeerd over gezond zwanger worden past niet binnen het karakter van de Zvw (een individuele schadeverzekering) en is daarom geen verzekerde zorg op grond van de Zvw. Bovendien moet de behoefte aan geneeskundige zorg het te verzekeren risico zijn.<sup>16</sup> Deze selectieve preventie in de vorm van voorlichtingscampagnes gericht op iedereen met een zwangerschapswens is belangrijk, maar is een taak van de overheid en kan niet worden bekostigd vanuit de Zvw.

### *Het individuele preconceptieconsult*

Het individuele preconceptieconsult is verzekerde zorg op grond van de Zvw. Het moet dan gaan om iemand met een zwangerschapswens en een individuele, specifieke of algemene zorgvraag. De persoon neemt hiertoe zelf het initiatief en formuleert een zorgvraag. Het consult moet dus aansluiten op een zorgvraag. De zorg valt onder de te verzekeren zorg als iemand naar inhoud en omvang redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen, waarbij het hebben van een zwangerschapswens een indicatie geeft voor deze zorg vanuit de Zvw.

### *Het individuele preconceptieconsult in groepsverband*

Dit betekent overigens niet per se dat een zorgverlener slechts aan één verzekerde per keer een antwoord op een vraag mag geven. Als meerdere verzekerden dezelfde vraag of vragen hebben en de zorgverlener aan hen tegelijkertijd, dus 'in groepsverband', dezelfde antwoorden geeft, valt dit nog steeds binnen de aanspraak.

---

<sup>16</sup> Artikel 10 Zvw.

### *Eigen risico*

Het Zorginstituut heeft de preconceptiezorg primair geduid als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De huisartsenzorg valt buiten het verplicht eigen risico en daarom valt ook het preconceptieconsult bij de huisarts buiten het verplicht eigen risico.

Een verloskundige kan het preconceptieconsult ook leveren (mits bevoegd en bekwaam). Dit gebeurt in samenwerking en afstemming met de huisarts. Omdat preconceptiezorg primair is geduid zoals huisartsen plegen te bieden, kan het preconceptieconsult niet onder verloskundige zorg worden geschaard en buiten het verplicht eigen risico vallen. Een verloskundige kan dus wel een preconceptieconsult leveren, maar hierbij is dan het verplicht eigen risico van toepassing.

Het preconceptieconsult bij een gynaecoloog valt ook onder de Zvw en is dan medisch-specialistische zorg. Een preconceptieconsult bij een gynaecoloog volgt na verwijzing door een huisarts of verloskundige, of is onderdeel van een eerder begonnen groter en/of specifiekere individueel medisch traject. Ook hierbij is het verplicht eigen risico van toepassing.

## 3 Nu Niet Zwanger en anticonceptie

Het programma 'Nu Niet Zwanger' (NNZ) is beschikbaar is voor hulpverleners die vaak werken met mensen in kwetsbare situaties. Het programma biedt ondersteuning om het gesprek aan te gaan over het wel of niet bestaan van een zwangerschapswens. Het programma valt niet onder de Zvw, maar wordt gefinancierd door het ministerie van VWS en is ondergebracht bij de GGD GHOR. Als iemand vanuit NNZ voor een individueel preconceptieconsult wordt doorverwezen naar een huisarts, verloskundige of een medisch specialist, dan kan dat consult ten laste van de Zvw worden gebracht.

### 3.1 Anticonceptie

Als tijdens het consult blijkt dat er geen zwangerschapswens is en iemand gebruik wil maken van anticonceptie, dan geldt het volgende. Het consult over anticonceptie en het eventueel voorschrijven van een hulp- of geneesmiddel is verzekerde zorg. De terhandstelling door de apotheker is ook verzekerd op grond van de Zvw. Voor wat betreft het anticonceptiemiddel zelf, wordt onderscheid gemaakt tussen verzekerden tot 21 jaar en verzekerden vanaf 21 jaar. Tot 21 jaar kan anticonceptie (onder voorwaarden) vanuit de basisverzekering worden vergoed.<sup>17</sup> Dit betreft zowel hulpmiddelen<sup>18</sup> als geneesmiddelen<sup>19</sup>. Vanaf 21 jaar wordt anticonceptie alleen uit de Zvw vergoed als die is voorgeschreven ter behandeling van endometriose of menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede.<sup>20</sup>

#### 3.1.1 Het spiraaltje en eigen risico

Over de vergoeding van het (plaatsen van) een spiraal<sup>21</sup> bestaat bij verzekerden vaak onduidelijkheid. Daarom geven wij hierover kort uitleg. Het spiraal zelf is niet verzekerd onder de Zvw. Dat betekent dat de kosten van het spiraal niet ten laste van de basisverzekering kunnen worden gebracht. Deze zijn dus voor rekening van de verzekerde zelf. Het plaatsen van het spiraal is wel verzekerde zorg, maar de kosten hiervoor zijn niet uitgesloten van het eigen risico.<sup>22</sup> Verschillende zorgverleners kunnen het spiraal plaatsen, te weten de huisarts, de gynaecoloog en de verloskundige.

##### 3.1.1.1 De huisarts

Het plaatsen van een spiraal behoort niet tot het basisaanbod van huisartsen. Dit betekent dat bij het plaatsen van een spiraal door de huisarts het verplicht eigen risico geldt.

##### 3.1.1.2 De verloskundige

Verloskundige zorg en kraamzorg zijn uitgezonderd van het verplicht eigen risico op grond van artikel 2.17, eerste lid van het Bzv. Het Zorginstituut heeft verloskundige zorg en kraamzorg echter geduid als alleen zorg tijdens de zwangerschap en tijdens en na de bevalling. Het plaatsen van een spiraal is geen zorg tijdens of na de bevalling, en is dus geen verloskundige zorg. Als een verloskundige het spiraal plaatst, is dus het verplicht eigen risico van toepassing.

##### 3.1.1.3 De gynaecoloog

Als een spiraaltje wordt geplaatst door de gynaecoloog, dan is dit verzekerde zorg geleverd door een medisch specialist. Bij medisch-specialistische zorg geldt altijd het verplicht eigen risico. De kosten van het spiraal zijn geïntegreerd in het tarief van de medisch specialist.

<sup>17</sup> Artikel 2.9 Bzv, artikel 2.6, onder i, van de *Regeling Zorgverzekering*, en artikel 2.16 van de *Regeling Zorgverzekering* en artikel 64 van de *Regeling Zorgverzekering*.

<sup>18</sup> Hieronder vallen: pessaria en koperhoudende spiraaltjes.

<sup>19</sup> Dit zijn: de anticonceptiepil, de pleisterpil, het anticonceptiestaafje, het hormoonhoudend spiraal, de anticonceptiering en de prikpil.

<sup>20</sup> Bovendien moet voldaan zijn aan de voorwaarden die de desbetreffende beroepsgroepen daarvoor hebben opgesteld, artikel 64 van de *Regeling Zorgverzekering*.

<sup>21</sup> Hormoonhoudend spiraal of koperspiraal.

<sup>22</sup> Zorginstituut Nederland, *Verduidelijking over de inhoud en omvang van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet*, §5.3. Diemen, 9 april 2021.

## 4 Vroegsignalering

### 4.1 Wat is vroegsignalering?

Vroegsignalering is het in een vroeg stadium signaleren van een kwetsbare situatie. Het is belangrijk om te signaleren of bij de (aanstaande) zwangere en/of de partner bepaalde medische risicofactoren aanwezig zijn die van invloed kunnen zijn op de eigen gezondheid of die van de baby. Maar ook zaken als financiële stress, huisvestingsonzekerheid, verslavingsproblematiek, huiselijk geweld of andere (psycho-)sociale problematiek kunnen een risico vormen voor de gezondheid van de zwangere en het (ongeboren) kind.

Bij Kansrijke Start is het belangrijk om breed te signaleren, zodat ook de niet-medische risicofactoren worden gesignaleerd, zoals (psycho-)sociale risicofactoren. Als problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en ondersteuning wordt geboden aan (aanstaande) gezinnen die een risico lopen, kunnen gezondheids- en opvoedingsproblemen op latere leeftijd worden voorkomen en overige problemen eerder worden opgepakt.

In principe kan elke zorgverlener een bijdrage leveren aan vroegsignalering. Een zorgverlener kan gebruikmaken van vragenlijsten of andere signaleringsinstrumenten om kwetsbaarheden in beeld te brengen en waar nodig doorverwijzen naar een andere hulp- of zorgverlener (binnen of buiten het zorgdomein). Per beroepsgroep en regio kan verschillen welk instrument de voorkeur heeft.

### 4.2 Verzekerd onder de Zvw?

Ja, vroegsignalering kan verzekerd zijn onder de Zvw. Maar het is afhankelijk van wie signaleert of de zorg vanuit de Zvw (of een ander domein) kan worden vergoed.

### 4.3 Voor wie is een rol weggelegd in de vroegsignalering?

#### 4.3.1 Verloskundige

Het tijdig signaleren van een kwetsbare situatie van (aanstaande) ouders is onderdeel van het professioneel arsenaal van een geboortezorgprofessional.<sup>23</sup> Het is zorg zoals een verloskundige pleegt te bieden en daarom zorg die onder het bereik van de Zvw valt.

#### 4.3.2 Kraamverzorgende

Tijdens de intake en direct na (of al tijdens) de bevalling is vaak een kraamverzorgende in het huis van de ouder(s) en het kind. Ook voor de kraamverzorgende is een rol in de (vroeg)signalering weggelegd. Zie daarover meer in hoofdstuk 5: Kraamzorg.

#### 4.3.3 Huisarts

Ook de huisarts, die zorg levert in alle levensfasen en continuïteit kan bieden, heeft een sleutelrol in vroegsignalering. Kwetsbaarheden van het gezin en mogelijk ook van de hele familie zijn soms al voor de conceptie bij een huisarts bekend. (Psycho-)sociale hulp is soms al ingezet, waarop het geboortezorgnetwerk waar nodig kan aansluiten.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Verloskundige/huisarts/gynaecoloog/O&G verpleegkundige/kraamverzorgende.

<sup>24</sup> Artikel 2.4, eerste lid, Bzv.

#### 4.3.4 Jeugdarts en jeugdverpleegkundige

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) bevordert, beschermt en beveiligt de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van alle kinderen van 0 tot en met 18 jaar. De JGZ doet vanuit de consultatiebureaus preventieve screening bij alle kinderen en heeft een rol in de vroegsignalering van problemen. Vanaf 1 juli 2022 verplicht de *Wet publieke gezondheid*<sup>25</sup> alle gemeentes om een prenataal huisbezoek aan te bieden aan een gezin in een kwetsbare situatie. De JGZ is een verantwoordelijkheid van de gemeente<sup>26</sup> en is geen Zvw-zorg. Het prenataal huisbezoek en verdere JGZ-zorg vallen dus niet onder de basisverzekering, maar zijn elders (via de gemeente) geregeld. Maar huisartsen, verloskundigen of andere zorgverleners bij wie een consult wel onder de Zvw valt en waar vroegsignalering plaatsvindt, kunnen hun patiënten wel attenderen op het bestaan van het prenataal huisbezoek.

#### 4.3.5 Overige zorgverleners

Soms wordt een zwangere medisch of (psycho-)sociaal begeleid door een andere zorgverlener, zoals een *physician assistant* (PA), praktijkondersteuner huisarts (POH), maatschappelijk werker, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist, etc. Zoals eerder beschreven kan in feite elke zorgverlener een bijdrage leveren aan vroegsignalering van kwetsbaarheden, omdat het valt onder het professioneel arsenaal van een zorg- of hulpverlener. Afhankelijk van wie signaleert kan de zorg vanuit de Zvw (of een ander domein) worden vergoed.

### 4.4 Bekostiging extra werk

Wanneer bij een zwangere een situatie wordt gesignaleerd die risico's met zich meebrengt, heeft dit als gevolg dat deze individuele zorg voor de ouder(s) in een kwetsbare situatie en het doorverwijzen en terugkoppelen meer tijd kost dan een regulier consult. Dit is een bekostigingsvraagstuk. Het ligt buiten de reikwijdte van de bevoegdheden van het Zorginstituut om hierover een uitspraak te doen. Dit is een taak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

---

<sup>25</sup> Artikel 2, tweede lid, onder i, *Wet publieke gezondheid*.

<sup>26</sup> Artikel 14 *Wet publieke gezondheid*.



## 5 Deelname aan een multidisciplinair overleg

### 5.1 Wat is een MDO?

Samenwerking en onderlinge afstemming tussen verschillende zorgverleners is belangrijk om goede zorg te kunnen leveren. Een zorgverlener kan het nodig achten om meerdere disciplines te betrekken bij de zorg van de patiënt. Dit kan bijvoorbeeld via een multidisciplinair overleg (MDO). Er zijn verschillende vormen van een MDO. In dit hoofdstuk zetten we uiteen wat de mogelijkheden zijn en hoe die zich verhouden tot de aanspraak binnen de Zvw.

### 5.2 Verzekerd onder de Zvw?

Ja, deelname aan een MDO kan verzekerde zorg zijn op grond van de Zvw. Over het algemeen geldt dat het MDO onder het bereik van de Zvw valt en vanuit de Zvw kan worden vergoed als het herleidbaar is tot een individuele verzekerde.

### 5.3 Micro-, meso-, macroniveau

Het Zorginstituut heeft in september 2023 een handreiking gepubliceerd<sup>27</sup> die voor een groot deel aansluit op de (domeinoverstijgende) samenwerking rondom Kansrijke Start. Wij verwijzen hier dan ook graag naar. In het groene kader hieronder is een passage opgenomen die is gekopieerd uit deze handreiking. De passage raakt in de kern aan de vraagstukken rondom het MDO.

Bij samenwerking binnen de zorg of tussen zorg en andere domeinen kunnen verschillende soorten vragen spelen rond de toerekening van de kosten. Het kan de vraag zijn onder welk domein een bepaalde functionaliteit valt. Het kan ook gaan om de toerekening van de kosten die voortvloeien uit de samenwerking, hetzij qua mensen (tijd) hetzij qua middelen (organisatie). De toerekening van organisatiekosten kan ook spelen los van samenwerking tussen domeinen. Het Zorginstituut doet uitspraken welke zorg ten laste kan komen van de Zvw.

Als kosten van coördinatie en regie onder de Zvw vergoed kunnen worden, dan is nog niet per se duidelijk welke kosten dit precies zijn. Zoals eerder gesteld kan het gaan om uiteenlopende zaken: mensen (tijd) en middelen (organisatie). En ook daarbinnen kan weer onderscheid gemaakt worden. Bij de inzet van tijd kan onderscheid worden gemaakt tussen patiënt- en niet-patiëntgebonden tijd en binnen patiëntgebonden tijd tussen directe en indirecte tijd. Bij kosten voor organisatie is er onderscheid te maken tussen organisatie van de zorg en organisatie van de ondersteuning. Om te bepalen welke organisatorische entiteiten vergoed kunnen worden onder de Zvw onderscheidt het Zorginstituut verschillende niveaus, te weten micro-, meso- en macroniveau.

<sup>27</sup> Zorginstituut Nederland, [Handreiking domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zvw](#). Diemen, 2023.

### **Micro- en mesoniveau**

Bij micro- of mesoniveau gaat het om coördinatie en organisatie die gericht is op of samenhangt met individuele zorgverlening. Het kan gaan om zorg volgens het plegen te bieden criterium, als ze onderdeel uitmaken van 'professioneel juiste zorg'. De standpunten van het Zorginstituut over de vraag of sprake is van zorg zoals [...] plegen te bieden, gaan altijd over het micro- en/of mesoniveau.

#### *Microniveau*

Op het niveau van de patiënt is coördinatie van de uitvoering van het individuele zorgplan nodig. Voor samenhangende multidisciplinaire zorg voor een individuele patiënt kan het voor zorgaanbieders nodig zijn om de samenwerking te zoeken met aanbieders in andere (sectoren en/of) domeinen. Deze coördinatie is patiëntgebonden en goed toe te rekenen aan een gemiddelde patiënt. Het gaat hierbij om direct patiëntgebonden tijd en indirect patiëntgebonden tijd.

Zorgverlening vergt altijd ook organisatie van deze zorg. Een huisarts heeft een praktijkruimte, een praktijkassistente, instrumentarium, ICT. Dit geldt voor alle zorgverleners en afhankelijk van de soort zorg is die organisatie en ondersteunende infrastructuur meer of minder uitgebreid. Het is aan de NZa om te bepalen welke organisatiekosten redelijk zijn voor de vergoeding van de zorg die volgens het Zorginstituut onder de Zvw valt.

#### *Mesoniveau*

Het mesoniveau staat verder af van de individuele zorgverlening, maar de koppeling naar de individuele zorgverlening valt te beredeneren. Voor het eerstelijnsverblijf zijn er bijvoorbeeld regionale loketten die overzicht hebben over de beschikbaarheid aan bedden in de verschillende regio's. Dit inzicht is nodig als een verzekerde opgenomen moet worden in het eerstelijnsverblijf en daarmee komt dit inzicht uiteindelijk wel weer direct ten goede aan de individuele zorgverlening. Een dergelijk loket levert zelf geen zorg, maar maakt het direct mogelijk dat de verzekerde terecht kan op een bed in een eerstelijnsverblijf. In die zin zien we dit wel als een functionaliteit die samenhangt met individuele zorgverlening.

Een groepsgewijze aanpak van overleg voor individuele verzekerden is in principe patiëntgebonden vorm te geven. Afhankelijk van de schaalgrootte is het echter voorstelbaar dat men knelpunten in de bekostiging ervaart, omdat het toerekenen aan individuele verzekerden niet efficiënt of moeilijk uitvoerbaar is. Dit geldt ook als de ondersteunende activiteiten niet altijd door de zorgaanbieder zelf worden uitgevoerd, maar betrokken wordt van een derde, die – door specifieke expertise of competenties en goed inzicht in het zorgnetwerk – deze activiteiten beter en efficiënter kan uitvoeren.

#### *Macroniveau*

Naast of boven coördinatie op micro- en mesoniveau kan ook een vorm van coördinatie noodzakelijk zijn op adherent niveau (lokaal of regionaal). Over het macroniveau kan het Zorginstituut echter weinig zeggen. Dan gaat het om ondersteuning die (te) ver afstaat van de individuele zorgverlening en daarmee heeft het Zorginstituut ook geen duidingsinstrumentarium meer. Dit instrumentarium ( [...] behoefte aan geneeskundige zorg; zorg zoals [...] die plegen te bieden; stand wetenschap en praktijk) richt zich nu eenmaal op zorg aan een individuele verzekerde.

Het MDO is dus verzekerde zorg op grond van de Zvw en kan ook vanuit de Zvw bekostigd worden. Zoals in bovenstaand kader beschreven betreft een MDO dat ten laste kan komen van de Zvw altijd het micro- of mesoniveau. Deelname van een zorgverlener aan een MDO wordt niet als losse prestatie per verzekerde gedeclareerd, maar het werk wordt wel financieel beloond. In het kostenonderzoek van de NZa – dat gedaan wordt voordat tarieven worden vastgesteld – worden namelijk alle directe en indirecte kosten van zorg meegenomen. Hieronder valt ook deelname aan het MDO. Niet elke verzekerde wordt besproken in een MDO, maar wel is voor elke verzekerde het MDO meegenomen in het tarief. Het wel of niet bespreken van een verzekerde in een MDO middelt zich dan ook uit.

Zoals in het groene kader aangegeven: het Zorginstituut kan verduidelijken welke zorg onder de Zvw kan vallen. Het aanpassen van de bekostiging valt echter buiten de bevoegdheid van het Zorginstituut. Dat is een taak van de NZa.<sup>28</sup>

## 5.4 MDO op domeinoverstijgend niveau

Coördinatie kan ook noodzakelijk zijn op lokaal of regionaal niveau. De zorgverzekering als individuele schadeverzekering is hierbij maar voor een gedeelte een aangewezen bron voor bekostiging, want er zijn meerdere domeinen waaruit middelen zijn aan te wenden. Het Zorginstituut heeft de *Handreiking domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zvw* gepubliceerd, waaraan we eerder in dit hoofdstuk refereerden. Voor domeinoverstijgende samenwerking bij Kansrijke Start verwijzen we naar deze handreiking.

### 5.4.1 MDO voor generieke afspraken in een VSV

Voor overlegstructuren van een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) die niet zijn te herleiden naar een individuele verzekerde bestaat nu nog geen bekostigingsmodel. Momenteel werkt VWS samen met het veld aan de bekostiging van algemene taken van VSV's. ZonMW start in 2024 met een stimuleringsprogramma voor tijdelijke financiering en ondersteuning van de verdere professionalisering van VSV's.<sup>29</sup> Het doel is dat er voor VSV's na 2026 structurele bekostiging mogelijk is. Parallel aan het subsidieprogramma zullen het ministerie van VWS, de NZa<sup>30</sup> en het Zorginstituut samen met geboortezorgpartijen werken aan structurele bekostiging voor VSV's.

### 5.4.2 MDO voor het opzetten van Kansrijke Start-keten

Het opzetten van een lokale Kansrijke Start-keten en de daarbij behorende overlegstructuren is een onderdeel van de uitwerking van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Het IZA pleit voor regionale ondersteuningsstructuren om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. In het GALA is afgesproken dat de overheid (regionale) samenwerking faciliteert door het inventariseren, toetsen en oplossen van knelpunten bij de organisatie van (domeinoverstijgende) regionale samenwerkingsverbanden. De overheid neemt het initiatief om samen met zorgpartijen uit te werken welke interventies kunnen bijdragen om dit te stimuleren. Het IZA stelt per 2024 transformatiemiddelen beschikbaar voor het maken van generieke afspraken en opzetten van een overlegstructuur of voor organisatie van zorg in een samenwerkingsverband. Vanuit het GALA kunnen gemeentes subsidies aanvragen op de website [dejuistezorgopdejuisteplek.nl](https://dejuistezorgopdejuisteplek.nl).

<sup>28</sup> Zo start de NZa in 2024 bijvoorbeeld voor de verloskundigenzorg en kraamzorg met een nieuw kostenonderzoek. Dit gebeurt op basis van de gemaakte kosten in 2023 en zal nieuwe tarieven opleveren per 2026.

<sup>29</sup> Hierbij zijn ook de Federatie van VSV's, het CPZ, en het NRCG betrokken. Het [VSV-basiskader](#) is het uitgangspunt voor dit stimuleringsprogramma dat loopt van 2024 tot en met 2026. Parallel wordt gekeken naar een structurele bekostiging voor de taken en verantwoordelijkheden van een VSV, zoals beschreven in het basiskader.

<sup>30</sup> Nederlandse Zorgautoriteit.

## 6 Interactieve prenatale groepszorg

### 6.1 Wat is interactieve prenatale groepszorg?

Interactieve prenatale groepszorg (IPG) is het groepsgewijs aanbieden van verloskundige zorg. Een bekende vorm van IPG is *Centering Pregnancy/CenteringZwangerschap*. Bij IPG is het medische onderdeel van de verloskundige zorg, zoals het lichamelijk onderzoek van de zwangere en het controleren van de conditie van de baby, hetzelfde als bij individuele verloskundige zorg. Het verschil tussen individuele verloskundige zorg en IPG is dat bij IPG de informatievoorziening plaatsvindt in groepsverband. Er is meer tijd ingericht voor zwangerschaps- en ouderschapsgerelateerde thema's en deze vorm van zorg verlangt een meer actieve bijdrage van de zwangere. Bovendien wordt ook stilgestaan bij de periode ná de bevalling en biedt IPG de mogelijkheid tot het vormen van een netwerk met andere groepsdeelnemers, omdat er tijd en ruimte is voor sociaal contact.

### 6.2 Is IPG verzekerd onder de Zvw?

Ja, het groepsgewijs aanbieden van verloskundige zorg is verzekerde zorg. Het maakt voor het wel of niet vanuit de Zvw kunnen bekostigen geen verschil of de zorg in groepsverband plaatsvindt of in een individuele setting wordt geleverd.

# 7 Kraamzorg

## 7.1 Wat is kraamzorg?

Kraamzorg is de zorg die een kraamverzorgende levert aan de pas bevallen moeder en de baby. Kraamzorg is gericht op het bieden van zorg, ondersteuning, instructie en voorlichting aan de ouder(s) en het pasgeboren kind *tot maximaal tien dagen*<sup>31</sup> na de bevalling. Volgens het *Landelijk indicatieprotocol kraamzorg* (LIP) heeft kraamzorg het doel om rust te creëren, wat het geestelijke en fysieke herstel van de kraamvrouw en de integratie van het kind in het gezin bevordert. Daarnaast biedt een kraamverzorgende assistentie bij een thuisbevalling of poliklinische bevalling.

De kraamverzorgende besteedt aandacht aan:

- de verzorging en controle van de kraamvrouw en het kind;
- voorlichting, instructie en integratie van het kind in het gezin;
- observeren, signaleren en rapporteren;
- waarborgen hygiëne;
- de verzorging en/of opvang van huisgenoten;
- huishoudelijke taken.<sup>32</sup>

Een afgeleid doel van kraamzorg is de vroege signalering en preventie van problemen bij moeder en kind en binnen hun omgeving, om hen een zo goed mogelijke start te kunnen geven. Ook het observeren, signaleren en rapporteren horen hierbij. Kraamverzorgenden zijn vaak bij een eerste intake en in de eerste dagen na de geboorte bij het gezin thuis. Zij horen en zien daardoor veel. Wanneer een kraamverzorgende betekenis weet te geven aan signalen die op problemen duiden, kan zij samen met de eigen leidinggevende en met de verloskundige een rol spelen bij vroegsignalering. Het signaleren maakt deel uit van de taken die de kraamverzorgende uitvoert.<sup>33</sup>

In het LIP<sup>34</sup> staan de resultaten van kraamzorg. Dit zijn onder andere:

- vroegtijdige signalering van (potentiële) problemen bij het kind is doorgegeven aan de verloskundige/huisarts/JGZ;
- vroegtijdige signalering van risicogezinnen is – met in achtname van de richtlijnen voor overdracht – doorgegeven aan de verloskundige/huisarts/JGZ;
- het leggen van een basis voor een gezonde start van het kind;
- het creëren van een doorlopende lijn in activiteiten tussen kraamzorg en JGZ, gericht op de (preventieve) zorg en opvoedingsondersteuning van het kind en diens ouder(s).<sup>35</sup>

## 7.2 Verzekerd onder de Zvw?

Kraamzorg is verzekerde zorg op grond van de Zvw.<sup>36</sup> Er moet een eigen bijdrage worden betaald van € 5,10 per uur.<sup>37,38</sup>

<sup>31</sup> Peildatum: 2023, voortsnog is dit de grens van de aanspraak. Dit verandert m.u.v. 2024, zie hoofdstuk 7.3.1.

<sup>32</sup> Landelijk indicatieprotocol (LIP) (versie 3). Maart 2008, pag. 8 e.v.

<sup>33</sup> Landelijk indicatieprotocol (LIP) (versie 3). Maart 2008, pag. 7.

<sup>34</sup> Kraamverzorgenden indiceren op basis van het Landelijk indicatieprotocol (LIP, versie 3, maart 2008).

<sup>35</sup> De NZa heeft geen maximumtarieven vastgesteld voor kraamzorg in een opslagwijk. Kraamzorgorganisaties kunnen met zorgverzekeraars afspreken om, waar nodig, de tarieven met maximaal 10 procent te verhogen. Dit wordt een max-max-tarief genoemd.

<sup>36</sup> Artikel 2.11 van het Bzv stelt: kraamzorg omvat zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.

<sup>37</sup> Peildatum 2024.

<sup>38</sup> Weliswaar mogen volgens het IAO-verdrag geen (financiële) belemmeringen worden opgeworpen bij het verkrijgen van verloskundige zorg. De rechtvaardiging voor de eigen bijdrage voor kraamzorg is dat de kraamzorg ook huishoudelijke werkzaamheden omvat. We beseffen dat de eigen bijdrage voor de kraamzorg in sommige gezinnen (in een kwetsbare situatie) een reden is om af te zien van kraamzorg. Het Zorginstituut heeft echter geen invloed op eigen bijdragen. Dit is een politieke beslissing (geweest).

## 7.3 Actualiteit kraamzorg

### 7.3.1 Duur kraamzorg

Het Zorginstituut heeft in 2022 een advies uitgebracht aan het ministerie van VWS om de grens uit te breiden tot wanneer kraamzorg mag worden geleverd (tot en met tien dagen na de geboorte).<sup>39</sup> De minister heeft dit advies overgenomen, waardoor per 2024 ook na de tiende dag na de bevalling kraamzorg kan worden geleverd, met een maximum tot zes weken na de bevalling.<sup>40</sup> Het doel van het opheffen van de grens om tot maximaal tien dagen na de bevalling kraamzorg te ontvangen, is dat gezinnen in kwetsbare situaties nog steeds kraamzorg kunnen ontvangen. Dit ondanks dat de bevalling tien dagen of meer geleden is. Bijvoorbeeld als gevolg van opname in het ziekenhuis. Of als in het ziekenhuis onvoldoende mogelijkheid was tot het leren van bepaalde vaardigheden, zoals borstvoeding geven, luiers verschonen en het kind in bad doen. Kraamverzorgenden indiceren vanaf 2024 nog steeds op basis van het *Landelijk indicatieprotocol* (LIP 2008), dat uitgaat van kraamzorg tot tien dagen na de bevalling. In uitzonderingsgevallen kan de verloskundige in samenspraak met de kraamverzorgende besluiten om na de tiende dag nog kraamzorg te indiceren. Deze ontwikkeling maakt het mogelijk om meer passende kraamzorg te leveren voor gezinnen waarin na tien dagen na de geboorte van het kind nog behoefte is aan ondersteuning.

### 7.3.2 Aantal uren kraamzorg

Momenteel werkt de brancheorganisatie van de kraamzorg (Bo Geboortezorg) aan een nieuwe manier van indiceren in de kraamzorg. In dit nieuwe indicatieprotocol (de KLIM) wordt gewerkt met maatwerkpakketten, waarbij de invulling van kraamzorg wordt aangepast aan de behoefte van het gezin en de pasgeborene.<sup>41</sup>

Een voorganger van de minister van VWS heeft het Zorginstituut om advies gevraagd over de aftrek van uren kraamzorg na opname in het ziekenhuis verband houdend met de bevalling. Het Zorginstituut heeft daarover geconcludeerd dat het op dit moment niet zinvol is om daarover een uitspraak te doen, onder andere vanwege de op hand zijnde nieuwe manier van indiceren op basis van maatwerkpakketten. Daarbij wordt ook rekening gehouden met opname in een ziekenhuis. Bovendien strookt de aftrek van een standaard aantal uren per ligdag in het ziekenhuis niet met een zorg-op-maat-benadering.<sup>42</sup>

### 7.3.3 Uitgestelde kraamzorg

Uitgestelde kraamzorg is kraamzorg die wordt geleverd nadat aanspraak op kraamzorg is verstreken. Dit komt voor als een baby langere tijd in het ziekenhuis moest blijven, bijvoorbeeld vanwege prematuriteit, ziekte of complicaties die ontstaan zijn in de zwangerschap of rondom de bevalling. Uitgestelde kraamzorg wordt vaak vanuit coulance of een aanvullende zorgverzekering vergoed. Vanuit de Zvw bestaat geen aanspraak op uitgestelde kraamzorg.

Voor een deel kan dit overigens wel worden opgevangen door de gewijzigde aanspraak van kraamzorg. Daardoor kan kraamzorg vanaf 2024 ook na de tiende dag worden geleverd. Zie hiervoor ook de uitleg bij paragraaf 7.3.1.

### 7.3.4 Digitale kraamzorg

#### *Uitgangspunt digitale zorg*

Als zorg digitaal geleverd wordt en de inhoud van de zorg blijft ongewijzigd ten opzichte van de oorspronkelijke leveringsvorm, dan kan de zorg in digitale vorm onder de Zvw vallen. Voor zorg in digitale vorm aangeboden, blijven dezelfde inhoudelijke voorwaarden gelden als voor andere leveringsvormen: de zorg moet onder de omschrijving van de te verzekeren prestatie vallen. Het moet dus zijn 'zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden' en de zorg moet effectief zijn. De digitale voorlichting en instructie moeten dus de doelen die kraamzorg beoogt te behalen, kunnen verwezenlijken en voldoen aan de individuele zorgbehoefte.

<sup>39</sup> Zorginstituut Nederland, *advies Aanspraak Kraamzorg*, 2 april 2022.

<sup>40</sup> Website Rijksoverheid, *Kamerbrief over wijziging basispakket Zorgverzekeringswet (Zvw) 2024*. 30 mei 2023.

<sup>41</sup> Website BO Geboortezorg, *Indiceren in de kraamzorg - De KLIM*.

<sup>42</sup> Zorginstituut Nederland, *Advies Kraamzorg deel 2; aftrek ligdagen*. Januari 2023.

Kraamzorg dient voor een deel fysiek geleverd te worden, omdat bepaalde handelingen niet digitaal kunnen plaatsvinden. Echter, er zijn enkele specifieke onderdelen van de kraamzorg, zoals de intake (vanaf een tweede kind/zwangerschap) of bepaalde voorlichting zoals uitleg geven over het opmaken van een bedje of het vullen van een kruik, kan ook digitaal.

## 8 Welke relevante interventies, zorg of ondersteuning zijn rondom of na de bevalling nog beschikbaar vanuit de Zvw?

Er bestaan nog enkele zorgvormen die raken aan zorg na de geboorte en die wellicht gewenst zijn voor kwetsbare gezinnen na afloop van de kraamzorg periode. Per zorgvorm is aangegeven in hoeverre dit Zvw-zorg kan zijn. In een volgende rapportage zullen wij ingaan op overige aangevraagde zorgvormen waarvoor verduidelijking gewenst is, zoals de POP-poli en zorg na traumatisch ervaren bevallingen.

### 8.1 Tolkenvergoeding

Een taalbarrière kan een gezin kwetsbaar maken, enerzijds omdat de zorgverlener niet de relevante informatie kan verkrijgen en anderzijds omdat de persoon belangrijke (medische) informatie onvoldoende zou kunnen begrijpen en minder gepast gebruik zou kunnen maken van zorg en ondersteuning. Het oplossen van deze barrière levert daarom gezondheidswinst op. In geval van verzekerden die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn, bepaalt de zorgprofessional (met name verloskundigen en kraamverzorgenden) in overleg met de verzekerde of de inzet van een tolk noodzakelijk is. Die inzet wordt per consult bepaald.<sup>43</sup> Een tolk kan vanuit de Zvw worden vergoed, als het consult waaraan de tolk deelneemt ook Zvw-verzekerd is.<sup>44</sup> Het is van belang dat er gebruik gemaakt wordt van deze mogelijkheden, zodat het gezin belangrijke informatie tot zich kan nemen en op een juiste manier gebruik kan maken van zorg en ondersteuning.

### 8.2 Wijkverpleging/kindzorg

Wijkverpleging is zorg in de eigen omgeving van een patiënt door een (wijk)verpleegkundige en betreft volwassenen vanaf 18 jaar. Onder de 18 jaar wordt gesproken over kindzorg. Kindzorg is zorg voor het zieke kind in het gezin in de eigen omgeving, wordt geleverd door een kinderverpleegkundige en wordt vergoed vanuit de Zvw als er sprake is van een geneeskundige context.<sup>45</sup> Er hoeft voor kindzorg geen eigen bijdrage te worden betaald en kindzorg is ook uitgesloten van het eigen risico. Is er geen geneeskundige context, dan kan de zorg ook niet vanuit de Zvw worden betaald. De zorg kan in dat geval worden vergoed vanuit de Jeugdwet.

### 8.3 BabythuisZorg

BabythuisZorg biedt ondersteuning aan gezinnen in een kwetsbare situatie in het eerste levensjaar van het kind.<sup>46</sup> De zorg en begeleiding van BabythuisZorg richt zich op de pasgeborene én op de ouder(s)/verzorgers die vanwege medische, psychische en/of sociale problematiek niet zelfstandig voor hun kind kunnen zorgen. In dergelijke gevallen kan het sociaal domein een maatwerkvoorziening leveren die ouder(s)/verzorger(s) helpt om zo snel mogelijk wel weer zelfstandig voor de baby te zorgen.<sup>47</sup>

<sup>43</sup> Zie het document *Inhoudelijk kader inzet tolken anderstaligen verloskundigen en kraamzorg versie NZA*. Te downloaden via <https://www.knov.nl/zoeken/document?documentRegistrationId=204570624>.

<sup>44</sup> De NZa heeft partijen gevraagd om een inhoudelijk kader op te stellen voor het inschakelen van tolken wegens de invoering van een declaratiemogelijkheid voor tolkenkosten voor de geboortezorg vanaf 1 januari 2023. In dit inhoudelijke kader wordt beschreven op welke wijze de tolk kan worden ingezet en gedeclareerd kan worden. De KNOV en Bo Geboortezorg hebben kwalitatieve normen opgesteld die een verloskundige of kraamverzorgende kan gebruiken bij de afweging om wel of geen professionele tolk in te schakelen. De uiteindelijke keuze hiervoor ligt, conform de 'Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg' uit 2014, bij de verloskundig professional of de kraamverzorgende en behoeft maatwerk. De KNOV en Bo Geboortezorg starten in 2023 met het ontwikkelen van een professionele richtlijn voor het omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein, maar die zal pas in 2024 klaar zijn. Tot die tijd is de 'Kwaliteitsnorm tolkgebruik' van toepassing.

<sup>45</sup> Artikel 2.10 van het Bzv.

<sup>46</sup> Website [BabythuisZorg](#), pagina 'over ons'.

<sup>47</sup> Zorginstituut Nederland, *advies Aanspraak Kraamzorg*, 2 april 2022.



BabythuisZorg is geen kraamzorg of kindzorg, maar bestaat naast kraamzorg en jeugdzorg. BabythuisZorg is bedoeld voor gezinnen waarvoor ondersteuning van de reguliere geboortezorg ontoereikend is. BabythuisZorg is gelieerd aan een kraamzorgorganisatie. Voor zover een onderdeel van de BabythuisZorg daadwerkelijk kraamzorg is zoals die onder de aanspraak kraamzorg valt, kan deze zorg wel verzekerde zorg onder de Zvw zijn. Voor zover de geleverde zorg en ondersteuning geen geneeskundige context heeft die valt onder de aanspraak van de Zvw, valt BabythuisZorg niet onder het bereik van de Zvw.

BabythuisZorg is bij uitstek een voorbeeld dat aansluit bij Kansrijke Start en maatschappelijk een toegevoegde waarde kan hebben. BabythuisZorg wordt gefinancierd via de Jeugdwet en/of de Wmo. Zodra BabythuisZorg is aangevraagd, neemt de organisatie contact op met de betreffende gemeente van de aangemelde persoon om de mogelijkheden voor financiering binnen het sociaal domein te bespreken.

## 8.4 Integrale gezinspoli

De integrale gezinspoli is een stevige verbinding tussen het medisch en sociaal domein met als doel kwetsbare zwangeren en (jonge) gezinnen te bieden wat zij nodig hebben. De indicatie voor verwijzing naar de integrale gezinspoli is medisch, maar vanaf de verwijzing en intake is de aanpak integraal vanuit het medisch en sociaal domein. Er wordt gebruikgemaakt van formele (zorgprofessionals) en informele hulp (netwerk, ervaringsdeskundigen, vrijwilligers), waarbij het bekrachtigen van ouders en hun ouderrol als onmisbaar wordt gezien.<sup>48</sup>

De integrale gezinspoli is een voorbeeld van samenwerking tussen verschillende (zorg en sociale) domeinen en is een voorbeeld dat aansluit bij de gedachte van Kansrijke Start. Een deel van de zorg die de integrale gezinspoli levert betreft medisch-specialistische zorg vanuit een medische zorgvraag en kan op grond van de Zvw verzekerde zorg zijn als het individuele medische zorg betreft. Een ander deel valt onder het sociaal domein en is daarmee geen verzekerde zorg onder de Zvw. Ingeval een integrale gezinspoli een MDO betreft, verwijzen wij naar hoofdstuk 4: Het MDO.

## 8.5 Zorg voor onverzekerden en asielzoekers die zwanger worden of zijn

### 8.5.1 Onverzekerden

Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht een zorgverzekering te hebben.<sup>49,50</sup> Als er zorgkosten zijn gemaakt in de periode dat iemand niet verzekerd was, zijn die zorgkosten voor eigen rekening. De zorgverzekering werkt terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond, als dit niet langer dan vier maanden geleden is.<sup>51</sup>

Verloskundige zorg aan een onverzekerde of ongedocumenteerde zwangere kan volledig gedeclareerd worden via het Centraal Administratie Kantoor (CAK).<sup>52</sup>

### 8.5.2 Asielzoekers

Het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) organiseert en financiert de zorg aan asielzoekers. Het COA heeft voor de medische zorg een contract afgesloten met een zorgverzekeraar voor de vergoeding van de kosten voor asielzoekers. Asielzoekers betalen geen eigen bijdrage of eigen risico. De zorg voor asielzoekers staat los van de gewone zorgverzekering. In de *Regeling Medische zorg Asielzoekers* (RMA) is de zorg omschreven waar asielzoekers aanspraak op kunnen maken. Voor alle zorg geldt dat aanspraak bestaat op zorg zoals zorgaanbieders die plegen te bieden en die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het grootste deel van de aanspraken onder de RMA komt overeen met de aanspraken in het basispakket van de Zvw. Daarnaast valt een deel van de zorg die onder de Wmo en de Wlz valt, ook onder de RMA.

<sup>48</sup> Artikel op website Kansrijke Start, te raadplegen via: <https://www.kansrijkstartnl.nl/actueel/nieuws/2021/01/27/de-integrale-gezinspoli-tussen-medisch-en-sociaal-domein-gezin-gezond-samen-sterker>.

<sup>49</sup> Artikel 2 Zvw.

<sup>50</sup> Hierop is een aantal uitzonderingen.

<sup>51</sup> Artikel 5, vijfde lid, aanhef en onder a, Zvw.

<sup>52</sup> [Website CAK](#).

Deze rapportage geeft antwoord op de door ZN gestelde vragen. Het is een eerste verduidelijking van reeds beschreven vormen van verzekerde zorg, die passen binnen het actieprogramma 'Kansrijke Start'. Deze rapportage vormt slechts deel van een reeks activiteiten die nodig zijn om te komen tot structureel beschikbare en toegankelijke zorg voor gezinnen in een kwetsbare situatie, gedurende de eerste 1000 dagen van het kind. Wij beseffen dat deze verduidelijking slechts een klein deel is van wat ons te doen staat (en met ons andere (overheids)partijen).

### **Intensieve samenwerking nodig om toegankelijke zorg te organiseren**

Het komen tot toegankelijke zorg voor gezinnen in een kwetsbare situatie is een taak die een (overheids)brede aanpak verdient. Het is hierbij onmisbaar intensief samen te werken met systeempartijen, zoals:

- de NZa voor bekostigingsvraagstukken;
- VWS voor politieke afwegingen;
- beroepsverenigingen voor zorginhoudelijke inbreng;
- zorgverzekeraars om te investeren in innovatie en preventie; en
- de VNG voor vertegenwoordiging van het sociaal domein en jeugdzorg.

Initiatieven zoals BabythuisZorg en de integrale gezinspoli zijn prachtige voorbeelden die overeenkomen met de doelstellingen van Kansrijke Start. Het Zorginstituut ziet graag dat het veld, zorgverzekeraars, gemeentes en overheidspartijen zich blijvend positief en open opstellen voor deze initiatieven. Zo wordt de zorg en ondersteuning voor een kansrijke start steeds meer passend en breder beschikbaar.

### **Strategische Koers: extra aandacht naar de eerste 1000 dagen**

Het Zorginstituut heeft in zijn nieuwe Strategische Koers opgenomen welke doelgroepen (focusgebieden) de komende jaren prioriteit hebben. Een van deze doelgroepen is "Kinderen in de eerste 1000 dagen". Het Zorginstituut heeft door het benoemen van deze doelgroep bepaald dat de eerste 1000 dagen extra aandacht en inspanning vragen. Daarmee legt het de focus onder andere op minder gezondheidsachterstanden, gezonde leefstijl en hogere overleving in goede gezondheid.

### **Doel: meer gebruik maken van zorg die al beschikbaar is**

Het is belangrijk om de zorg te optimaliseren die reeds beschikbaar is. Deze rapportage geeft een overzicht van welke gevraagde interventies vergoed worden op grond van de Zvw en óók bijdragen aan een kansrijke start. Omdat deze zorgvormen al beschikbaar zijn, moeten we ervoor zorgen dat we deze zo goed en breed mogelijk kunnen inzetten. Het gaat hier bijvoorbeeld over meer gebruik te maken van de zorg rond preconceptie en daarmee gezond en bewust (zowel fysiek als sociaal) zwanger worden. Het op landelijk niveau aandacht geven aan preconceptiezorg en gezond zwanger worden, eventueel met behulp van voorlichtingscampagnes, kan een goed middel zijn om een kwetsbare doelgroep te bereiken. Maar ook meer aandacht voor anticonceptie, en dus voor het bewust kiezen om nu *niet* zwanger te worden of deze wens uit te stellen, kan bijdragen aan een kansrijke start. We roepen de partijen op die een bijdrage kunnen leveren aan brede informatievoorziening hun rol te pakken, dit kan bijvoorbeeld met landelijke voorlichtingscampagnes maar ook informatievoorziening in de spreekkamer.

### **Structurele financiering Kansrijke Start**

Een belangrijke vraag die in de komende periode beantwoord zal moeten worden, is hoe de zorg in de Kansrijke Start-keten structureel gefinancierd wordt. De verantwoordelijkheid voor het beantwoorden van deze vraag ligt niet alleen bij het Zorginstituut, maar ook bij andere overheidspartijen en het sociaal domein.

Voor het structureel inbedden van de zorg- en hulpverlening rondom Kansrijke Start, is het nodig dat er een gremium komt dat zich bezig gaat houden met wat er nodig is om dit te realiseren. Sommige onderdelen van het structureel aanbieden van zorg- en hulpverlening zijn

mogelijk al beschikbaar, zoals dat sommige zorg- en hulpverlening al zou kunnen vallen onder de aanspraak op de Zvw. Maar ook door het definiëren van nieuwe onderdelen is voor het structureel inbedden van Kansrijke Start is van belang en vervolgens dit de agenderen bij de daartoe aangewezen partijen.

### **Tot slot**

Een kansrijke start voor ieder kind is preventie in de ultieme vorm. Preventie van psychisch-sociale problemen, maar ook preventie van gezondheidsproblemen. Investeren in een kansrijke start voor ieder kind kent maatschappelijke winst, gezondheidswinst en financiële winst. Daarnaast draagt het bij aan het verlagen van de bekende gezondheidsverschillen. Er wordt op zowel nationaal als lokaal niveau hard gewerkt aan de fundamenten van het actieprogramma Kansrijke Start, zodat dit voor iedereen die daar behoefte aan heeft beschikbaar is. Maatschappelijk gezien kan iedereen (van burger tot zorg- of hulpverlener), bijdragen aan een kansrijke start van een kind maar het is aan de overheid, zorgverzekeraars, zorgverleners en de gemeentes om te zorgen dat de zorg die hierbij past beschikbaar en toegankelijk is. Het Zorginstituut zal zich door het beantwoorden van duidings- of verduidelijkingsverzoeken blijven inspanssen om te komen tot een kansrijke start voor iedereen.

# Colofon

Uitgave	Zorginstituut Nederland
Contactpersonen	Mw. mr. M.C. Brugmans de Koster +31622960483 Mw. A.S. Wolterink, MSc +31634644471
Afdeling Team	Zorg Eerstelijnszorg
Uitgebracht aan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Zorgverzekeraars Nederland

# Bijlage 1

Kopie

CVZ

College voor zorgverzekeringen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Directie Zorgverzekeringen  
t.a.v. de heer drs. G.G.J. Klein Ikkink  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

ADRES

Eekholt 4  
1112 XH Diemen

POSTADRES

Postbus 320  
1110 AH Diemen

: (020) 797 85 55

: (020) 797 85 00

: info@cvz.nl

: www.cvz.nl

Uw brief van  
21 maart 2008

Uw kenmerk  
Z/VU-2838172

Datum  
8 april 2008

Ons kenmerk  
PAK/28026726

Behandeld door  
mw. J.M. Latta

Doorkiesnummer  
(020) 797 86 41

Onderwerp  
Preconceptiezorg als verzekerde prestatie Zvw

Geachte heer Klein Ikkink,

## 1. Inleiding

Hiermee reageer ik op uw brief van 21 maart 2008 waarin u mij vraagt u informatie te geven die u kunt betrekken bij uw beleidsbrief aan de Tweede Kamer over de integrale keten rondom zwangerschap en geboorte, die u uiterlijk 15 april wilt versturen. U vraagt het CVZ met name aan te geven welke preconceptiezorg tot de verzekerde prestaties behoort.

Eind 2006 heeft de NZa een verzoek van de KNOV aan het CVZ voorgelegd. Het verzoek betrof vaststelling van een tarief voor het preconceptieconsult. Omdat bij het preconceptieconsult geen sprake is van een specifieke zorgvraag, heeft het CVZ het standpunt ingenomen dat de integrale preconceptiezorg niet tot de te verzekeren zorg behoort. Het CVZ heeft dit standpunt op 7 mei 2007 met de NZa gecommuniceerd.

## 2. Advies Gezondheidsraad

In september 2007 heeft de Gezondheidsraad het rapport *Preconceptiezorg: voor een goed begin* aan de minister van VWS uitgebracht. De Gezondheidsraad stelt dat het doel van de preconceptiezorg verbetering van de gezondheid van moeder en kind is. Op het niveau van de volksgezondheid is daarmee gezondheidswinst te behalen. Het rapport bevat een beschrijving van diverse elementen van preconceptiezorg die voldoen aan de stand van de wetenschap.

Preconceptiezorg is het geheel aan maatregelen ter bevordering van de gezondheid van de aanstaande moeder en haar kind. Sommige maatregelen zijn op individuele ouders in spe gericht (bijvoorbeeld het preconceptieconsult), andere zijn collectief en gericht op alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd (bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes over foliumzuur).

De Gezondheidsraad adviseert een centraal gecoördineerd programma voor preconceptiezorg op te zetten. Het individuele preconceptieconsult moet actief worden aangeboden aan alle paren met een kinderwens.

Aansluitend bij de terminologie in de brief van de minister aan de Tweede Kamer van 11 januari 2008: de Gezondheidsraad beschrijft het **wat**, maar laat vragen over het **hoe** en **wie** open.

Het rapport van de Gezondheidsraad was voor het CVZ aanleiding te bezien of het zijn standpunt dat het preconceptieconsult, zoals door de KNOV omschreven, niet tot de te verzekeren zorg behoort, moet heroverwegen. Op 20 december 2007 heeft het CVZ in een e-mail aan VWS aangegeven dat de meeste afzonderlijke onderdelen van de door de Gezondheidsraad voorgestelde preconceptiezorg onder de te verzekeren zorg kunnen vallen, mits de verzekerde op deze zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit zijn:

- Adviezen voor gezonde voeding
- Advies inzake foliumzuursuppletie
- Advies inzake Inname van vitamine D
- Adviezen en zonodig actieve begeleiding teneinde roken, alcohol- en druggebruik te staken
- Adviezen met betrekking tot aanpassing geneesmiddelengebruik
- Adviezen voor behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties
- Adviezen over infectieziekten en vaccinaties
- Opsporen van risico's aan de hand van ziektegeschiedenis en aanbieden genetische counseling.

### **3. Reactie CVZ op advies Gezondheidsraad**

Het CVZ merkt op dat een programmatische aanpak waarbij een doelgroep wordt opgespoord en benaderd, niet past binnen de Zorgverzekeringswet. De Zorgverzekeringswet regelt de voorwaarden voor de individuele ziektekostenverzekering. Binnen deze individuele schadeverzekering past geen centraal gecoördineerd programma voor preconceptiezorg.

De collectieve maatregelen op het terrein van de preconceptie vallen dus ook niet onder de Zorgverzekeringswet. Het gaat hier om het (ongevraagd) aanbieden van voorlichting aan een specifieke (hoog)risicogroep in de bevolking. Het CVZ rekent dit tot selectieve preventie. Deze selectieve preventie valt niet onder de Zorgverzekeringswet, maar behoort tot de publieke gezondheidszorg. Het systematisch benaderen van een specifieke groep en ze naar de zorg toeleiden beschouwt het CVZ als een taak van de overheid (**wie**).

### **4. KNOV Standpunt Preconceptiezorg**

In het KNOV Standpunt Preconceptiezorg<sup>1</sup> wordt naast de inhoud ook de opzet van een preconceptioneel consult beschreven: het KNOV Standpunt Preconceptiezorg beschrijft voor de verloskundige (**wie**) de voorbereiding op het consult, de anamnese, het lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek, de voorlichting, de afronding van het consult en de vervolgacties (**hoe**).

Gelijk het advies van de Gezondheidsraad, bestaat volgens het KNOV-standpunt een preconceptieconsult uit een integraal aanbod van verschillende elementen aan alle vrouwen (en hun partners) met een kinderwens. Het preconceptieconsult heeft in beginsel een algemeen karakter en wordt standaard aangeboden aan de hand van een checklist. Aan de hand van deze checklist onderzoekt de verloskundige of er bij de betrokken vrouw en haar partner sprake is van risicofactoren die de zwangerschap negatief kunnen beïnvloeden. De acht onder 2. genoemde elementen uit het rapport van de Gezondheidsraad maken onderdeel uit van het KNOV Standpunt Preconceptiezorg, maar het KNOV preconceptieconsult omvat meer onderdelen. Een deel van het consult bestaat uit het aanbieden van individuele voorlichting.

De KNOV stelt voor het preconceptieconsult structureel aan te bieden en hiervoor vrouwen in de vruchtbare leeftijd uit te nodigen.

---

<sup>1</sup> KNOV, Preconceptiezorg, Bilthoven, augustus 2005

## 5. Reactie CVZ op standpunt KNOV

Zoals onder 3. al is aangegeven past een programmatische aanpak waarbij alle paren met een kindwens met een kindwens actief worden opgespoord en benaderd om hen een preconceptieconsult aan te bieden, niet binnen de Zorgverzekeringswet.

## 6. Beschikbaarheid preconceptiezorg

Hoewel het actief aanbieden van het preconceptieconsult aan opgespoorde paren met een kindwens niet past binnen de Zorgverzekeringswet, maken onderdelen van het voorgestelde preconceptieconsult van Gezondheidsraad wel onderdeel uit van de zorg zoals huisartsen en of verloskundigen die in de huidige praktijk plegen te bieden. Het preconceptieconsult op individueel niveau, bestaat voor een groot deel uit zorg die onderdeel uitmaakt van het pakket van de Zorgverzekeringswet. Hiermee is deze zorg voor een groot deel beschikbaar op individueel niveau voor de vrouw (en haar partner) die een individuele, specifieke of algemene, zorgvraag heeft. Inherent aan de zorg die deel uitmaakt van het basispakket van de Zorgverzekeringswet wordt deze zorg dus niet programmatisch en collectief *aangeboden*, maar moet een verzekerde het initiatief nemen en zijn *zorgvraag* formuleren. De zorg valt onder de te verzekeren zorg, indien een vrouw naar inhoud en omvang redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen. Het hebben van een kindwens is een indicatie om bovengenoemde adviezen te kunnen krijgen.

## 7. Richtlijn preconceptiezorg

De Gezondheidsraad dringt in zijn advies aan op protocollering van preconceptiezorg in medische richtlijnen. Voor wat betreft de inhoud van een preconceptieconsult is op dit moment het Standpunt Preconceptiezorg van de KNOV de enige beschikbare richtlijn.

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) bereidt een Nota Preconceptiezorg voor, waarin de inhoud, structuur en organisatie van preconceptiezorg worden beschreven, alsmede de indicaties voor verwijzing binnen de ketenzorg. Binnen de Stichting Preconceptiezorg Nederland is een multidisciplinaire werkgroep van deskundigen bezig inhoudelijke richtlijnen voor de preconceptiezorg op te stellen.

Het CVZ vervult in het kader van de Zorgverzekeringswet de functie van pakketbeheerder. Een taak van het CVZ is de duiding van het te verzekeren pakket aan de hand van de geldende wet- en regelgeving. In dat verband wil het CVZ de (verwachte) richtlijnen preconceptiezorg van de verschillende beroepsgroepen duiden en aan de hand van de stand van de wetenschap en praktijk een standpunt innemen. Dit standpunt betreft de inhoud en omvang van het preconceptieconsult in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Zodra deze richtlijnen zijn gepubliceerd, kan het CVZ beginnen met deze beoordeling en op basis daarvan u nader informeren over de inhoud van de onderdelen van preconceptiezorg die tot de te verzekeren prestaties kunnen behoren.

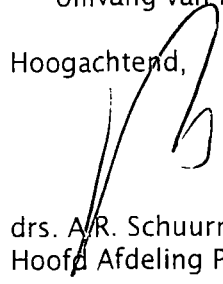
## 8. Samengevat

- Een programmatische aanpak waarbij paren met een kindwens actief worden opgespoord en benaderd om hen een individueel preconceptieconsult aan te bieden past niet binnen de Zorgverzekeringswet.
- Collectieve maatregelen gericht op alle vrouwen met een kindwens passen niet binnen de Zorgverzekeringswet.
- Deze selectieve preventie in de vorm van voorlichtingscampagnes gericht op alle vrouwen met een kindwens is een taak van de overheid.
- Onderdelen van het individuele preconceptieconsult kunnen tot de te verzekeren zorg behoren, mits een vrouw hier om vraagt en er naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen.



- Het CVZ deelt de opvatting van de Gezondheidsraad dat protocollering van preconceptiezorg in medische richtlijnen noodzakelijk is. In het kader van zijn taak als pakketbeheerder zal het CVZ deze richtlijnen preconceptiezorg van de betrokken beroepsgroepen beoordelen teneinde een standpunt in te nemen over de inhoud en omvang van het preconceptieconsult in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Hoogachtend,



drs. A.R. Schuurman MBA  
Hoofd Afdeling Pakket