

Advies toekomst bekostiging integrale geboortezorg

1 september 2020

Nederlandse Zorgautoriteit

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 2
Management Samenvatting 3
1. Introductie 4
2. Welke bekostigingsvormen behoren tot de mogelijkheden? 7
2.1. Een monodisciplinaire bekostiging stimuleert monodisciplinair denken 7
2.2. Een vorm van integrale bekostiging faciliteert samenwerking en vraagt om gezamenlijke verantwoordelijkheid..... 9
3. Wat leren we van de praktijk van integrale geboortezorg bekostiging? 11
4. Wat is ons advies voor de toekomst?.....15
5. Uitvoeringsvraagstukken bij (integrale bekostiging van) integrale geboortezorg 19
5.1. Uitvoeringsvraagstukken bij het faciliteren van goede zorg voor de zwangere vrouw 19
5.2. Uitvoeringsvraagstukken bij de transitie naar een integrale bekostiging.....20
6. De roadmap waarmee we hier kunnen komen 23
Bijlage 1. Consultatie.....28
Bijlage 2. Afkortingen 33

Management Samenvatting

1. Centrale doelstelling in de geboortezorg is een (nog) betere samenwerking en een verhoogde kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de zwangere vrouw. De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg dient hierbij als landelijke kwaliteitsstandaard.
2. De monodisciplinaire bekostiging stimuleert monodisciplinair werken en versterkt organisatiebelangen. Het belemmert de samenwerking. Juist in de geboortezorg, waar vrijwel alle cliënten door verschillende professionals en organisaties worden geholpen, is dit onwenselijk.
3. Een integrale bekostiging zet de zwangere vrouw centraal en stimuleert samenwerking tussen aanbieders. Het legt financiële verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders voor een optimale en doelmatige inrichting van het integrale zorgtraject (Juiste Zorg op de Juiste Plek).
4. Uit de evaluatie van het experiment waarbij wordt gewerkt met een vorm van integrale bekostiging van de geboortezorg, leren we dat de samenwerking in deze regio's verder verbetert en een sterkere gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt ervaren. Tegelijkertijd levert de overstap naar integrale bekostiging grote administratieve lasten op, omdat alle administratieve systemen zijn ingericht op monodisciplinaire zorg. Desondanks willen de experimenteerregio's door met integrale bekostiging.
5. Een aanzienlijk deel van de VSV's geeft aan de overstap (nog) niet te willen maken omdat zij meer nadelen dan voordelen zien. Ook een gebrek aan toekomstperspectief speelt in sommige gevallen een rol.
6. Het RIVM concludeert op basis van de eerste inzichten dat er geen significante impact is op de zorguitkomsten en een licht positieve impact op de zorguitgaven is. De zorguitgaven van de IGO's stijgen significant minder hard dan die van de VSV's, al is het effect gering. De NZa ziet dit als een goed eerste resultaat, gezien de transitiefases waar de IGO's zich in bevinden.
7. Wij geloven dat met een vorm van integrale bekostiging de zorgvraag van de zwangere vrouw centraal wordt gesteld. Wij zien de monodisciplinaire bekostiging niet als een toekomstbestendige bekostiging die past bij het leveren van integrale geboortezorg.
8. Wij adviseren om het experiment onder de Beleidsregel integrale geboortezorg per 2022 onderdeel te maken van de reguliere bekostiging naast de monodisciplinaire bekostiging.
9. Wij hebben er vertrouwen in dat de geboortezorg uiterlijk 2028 volledig integraal bekostigd kan worden. Daarom adviseren wij per 2028 de monodisciplinaire bekostiging te beëindigen. Hiermee wordt een duidelijker toekomstperspectief gegeven aan partijen. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat integrale bekostiging niet leidt tot een vermindering van de kwaliteit van zorg.
10. Met het behouden van de monodisciplinaire bekostiging tot 2028 geven we de sector de tijd om de integrale bekostiging door te ontwikkelen, onder andere voor het minimaliseren van de administratieve lasten. Ook bestaat er ruimte voor regio's die met een andere vorm van integrale bekostiging willen werken.
11. Tot slot is een roadmap toegevoegd die de transitie naar het volledig integraal bekostigen van de geboortezorg in de tijd weergeeft.

1. Introductie

Aanleiding

Het doel van integrale geboortezorg is het verhogen van de kwaliteit en veiligheid van de geboortezorg en het verlagen van morbiditeit en mortaliteit. Dat is waar alle partijen zich voor inzetten. Zo hebben de afgelopen jaren diverse (landelijke) partijen, vooral de zorgaanbieders, zich ingezet op het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de geboortezorg. Meer stappen moeten gezet worden om de kwaliteit van de geboortezorg verder te verbeteren en om integrale geboortezorg te verlenen aan de zwangere vrouw. Als Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bekijken we hoe we de prikkels of stimulansen in de bekostiging in lijn kunnen krijgen met de doelstellingen rondom integrale geboortezorg. We adviseren in dit adviesrapport welke bekostiging volgens ons het beste past bij de integrale geboortezorg. Hieronder beschrijven we in het kort een aantal belangrijke ontwikkelingen in de geboortezorg en de rol van de bekostiging in relatie tot de doelstellingen in de geboortezorg.

Achtergrond

In 2009 constateerde de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (hierna: de Stuurgroep) dat de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders van geboortezorg in Nederland nog onvoldoende was.[1] In vergelijking met andere Europese landen had Nederland een hoog perinataal sterftecijfer.[2] De Stuurgroep heeft een aantal adviezen geformuleerd om de zorg voor de zwangere vrouw en haar ongeboren kind te optimaliseren en daarmee de (vermijdbare) perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen. Eén van de adviezen is dat zorgaanbieders samen verantwoordelijk zijn om de beste kwaliteit van zorg te bieden. Hiervoor is een gestructureerde en naadloze samenwerking nodig en een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid op regionaal en lokaal niveau. Vervolgens zijn meerdere initiatieven gestart, waaronder de oprichting van de verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's) en het College Perinatale Zorg (CPZ).[3] Na een tiental jaren waarin het perinatale sterftecijfer sterk is gedaald, vlakt deze daling de laatste jaren af. Het perinatale sterftecijfer in 2018 lag iets hoger dan in 2017. Daarmee staat Nederland nu op een middenpositie binnen Europa.[4] Voormalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Bruno Bruins heeft aangegeven dat dit een ongewenste ontwikkeling is. Een 'verdere versteviging van de integrale geboortezorg' is noodzakelijk. Dit betekent onder andere 'een model zonder schotten met gezamenlijke en continue verantwoordelijkheid en aandacht.'[5]

---

[1] Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. *Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.* 2009.
[2] EURO-PERISTAT Project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONEOSTAT. *European perinatal health report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004*. 2008.
[3] Het CPZ is een netwerkorganisatie, opgericht door Bo Geboortezorg, KNOV, NVOG, NVK, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Het CPZ zet zich in voor integrale zorg en preventie rond zwangerschap en geboorte en de best mogelijke start voor elke zwangere, elk kind en elk gezin.
[4] Perined. *Geboortezorg en perinatale sterfte (persbericht),* zie https://www.perined.nl/gegevensgebruik/publicaties/geboortezorg-en-perinatale-sterfte-persbericht-
[5] Rijksoverheid. *Kamerbrief over stand van zaken integrale geboortezorg en perinatale sterfte*. Kenmerk 1613411-198775-CZ. 2019.

We weten ook dat zorgprofessionals in hun werkomgeving steeds meer afhankelijk worden van elkaar. Met name in de geboortezorg, waar vrijwel alle cliënten zorg krijgen van meerdere professionals en organisaties. In het geval van kwetsbare zwangere vrouwen is bovendien nog meer samenwerking gewenst.[6] Het leveren van de zorg voor deze, al dan niet kwetsbare zwangere vrouwen kunnen zorgprofessionals niet alleen, dat kunnen ze ook niet vanuit één instelling. Dat moet worden nagestreefd vanuit verschillende disciplines. Dit zien we ook terug in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (hierna: de Zorgstandaard). Deze is opgesteld door de zorgprofessionals en in 2017 als landelijke kwaliteitsstandaard vastgesteld. In het onderstaande kader is meer informatie daarover te vinden.

De Zorgstandaard als landelijke kwaliteitsstandaard

In de Zorgstandaard staat de zorgvraag van de zwangere vrouw centraal. Door uit te gaan van de zorgvraag en het perspectief van de zwangere vrouw wordt aanbodgericht denken voorkomen en kan continue, gecoördineerde en kwalitatief goede zorg geleverd worden. Op basis van de zorgvraag van de cliënt wordt bepaald wie deze zorg het beste kan leveren: Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP). Juist in de geboortezorg, waar vrijwel alle cliënten zorg krijgen van meerdere professionals en organisaties, zowel in eerste als tweede lijn, zijn dit cruciale doelstellingen. In het kort is het doel van de Zorgstandaard, en specifieker de integrale geboortezorg 'het verbeteren van de zorg door een integrale, multidisciplinaire aanpak, waarbij door een constante evaluatie van de uitkomsten én cliëntervaringen de zorg kwalitatief beter, effectiever en doelmatiger kan worden.'[7] Uiteindelijk dienden alle elementen van de zorgstandaard per januari 2020 door alle VSV's geïmplementeerd te zijn.

Een bekostiging die de zwangere en haar ongeboren kind centraal stelt

Naast de talrijke initiatieven in het zorgveld, willen we als NZa ook via de bekostigingssystematiek de zwangere vrouw centraal stellen om de integrale geboortezorg verder te verbeteren. De Zorgstandaard beschrijft dat een nauwe samenwerking tussen zorgprofessionals vereist is om vanuit het perspectief van de zwangere vrouw te handelen. Een bekostiging moet dus financiële prikkels bevatten die deze samenwerking stimuleert of zelfs vereist. Het moet de beweging naar JZOJP verder brengen; zorg in de gespecialiseerde (tweede) lijn als het moet en binnen de eerste lijn als het kan. Daarnaast moet een bekostiging bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg en een doelmatige besteding van middelen. Dat betekent het doelmatig inrichten van de organisatie van de zorg en het voorkomen van zowel onnodige zorg als onderbehandeling. Hiervoor is het van belang om perverse prikkels zoveel als mogelijk te voorkomen. Verder moet de bekostiging zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden bieden voor sturing en toezicht op de geleverde zorg.

[6] Medisch contact. *Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk?* 27 mei 2020.
[7] Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. 2016.

Experiment beleidsregel integrale geboortezorg

Een eerste stap om de zorgvraag van de zwangere vrouw centraal te stellen en de samenwerking binnen de geboortezorg te stimuleren via de bekostiging is de experiment beleidsregel 'Beleidsregel integrale geboortezorg' (BR/REG-18150) (hierna: de Beleidsregel). Op basis van de Beleidsregel kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars sinds 2017 op een integrale manier afspraken maken over de geboortezorg. In de praktijk betekent dit dat de zorgverzekeraar met een contracterende zorgaanbieder een contract afsluit voor de geboortezorg op basis van integrale prestaties. Deze contracterende zorgaanbieder noemen wij een Integrale Geboortezorg Organisatie, een IGO. In de integrale prestaties is de zorg van verschillende disciplines (obstetrie/gynaecologie, verloskunde, echoscopie en kraamzorg) samengenomen. Inmiddels zijn er in acht regio's IGO's gevormd die werken met deze vorm van bekostiging. Het experiment integrale geboortezorg loopt tot 1 januari 2022.

Doel en aanpak

Ruim voor 1 januari 2022 is duidelijkheid nodig over de toekomst van het experiment. Daarom heeft het ministerie van VWS de NZa opdracht gegeven om uiterlijk 1 september 2020 een advies uit te brengen over de toekomst van de bekostiging voor de integrale geboortezorg in Nederland. Tegelijkertijd levert de NZa ook een evaluatie van het experiment integrale geboortezorg op. Ook levert het RIVM haar rapport op waarin zij de Beleidsregel op het vlak van kosten en kwaliteit evalueert. Beide rapporten dienen als input voor het advies voor de bekostiging voor de integrale geboortezorg. Op basis van de rapporten zal VWS in het najaar 2020 een besluit nemen over de toekomstige bekostiging van de geboortezorg.

We hebben ons voor dit advies gebaseerd op beleidsdocumenten over integrale bekostiging en de evaluatie van het experiment onder de Beleidsregel. Ten behoeve van de evaluatie en het advies hebben we onder andere gesprekken gevoerd met alle IGO's, zorgverzekeraars en met VSV's die niet zijn aangesloten bij een IGO. We hebben daarnaast gesprekken gevoerd met branchepartijen en andere ketenpartners.

Leeswijzer

Het advies is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 belichten we de mogelijke vormen van bekostiging. Hoofdstuk 3 bevat de belangrijkste leerpunten van het experiment bekostiging van integrale geboortezorg. In hoofdstuk 4 volgt ons advies en beschrijven we de stappen die de komende jaren moeten worden gezet. In hoofdstuk 5 gaan we in op de belangrijkste uitvoeringsvraagstukken. Hoofdstuk 6 bevat een *roadmap* ten behoeve van het volledig integraal bekostigen van de geboortezorg.

2. Welke bekostigingsvormen behoren tot de mogelijkheden?

2.1. Een monodisciplinaire bekostiging stimuleert monodisciplinair denken

In een eerder rapport in 2012 kwamen we, op basis van gesprekken met het veld, al tot de conclusie dat de monodisciplinaire bekostiging onvoldoende stimuleert tot samenwerking en taakherschikking (JZOJP).[8] De huidige monodisciplinaire bekostiging past niet goed bij het leveren van integrale geboortezorg, zoals vastgelegd in de Zorgstandaard.

De monodisciplinaire bekostiging heeft een productieprikkel. De bekostiging is gericht op het leveren van zorg (uren, behandelingen en consulten) per beroepsgroep. Het voordeel hiervan is dat het risico op onderbehandeling laag is en het reflecteert hoe de sector op het ogenblik georganiseerd is. Daartegenover staat dat het monodisciplinair werken en organiseren stimuleert en dat het individuele organisatiebelangen versterkt in plaats van de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zwangere vrouw. Cliënten moeten ervanuit kunnen gaan dat hun zorgaanbieders optimaal samenwerken om de best passende zorg te leveren aan de cliënt. De bekostiging kan nooit zorgen dat deze samenwerking in het veld goed tot stand komt, maar de bekostiging kan wel worden aangepast zodat deze hierin geen belemmering vormt.

De monodisciplinaire bekostiging mist financiële prikkels om gezamenlijke investeringen te doen die nodig zijn om beter samen te werken, zoals het invoeren van een integraal elektronisch patiëntdossier waardoor aanbieders te allen tijde beschikken over actuele cliëntgegevens. De benodigde investeringen zijn te hoog voor een verloskundige praktijk en ook VSV's krijgen hiervoor niet de financiële middelen georganiseerd. Wij kennen praktijkvoorbeelden waarin een zwangere vrouw de terugkoppeling vanuit de gynaecoloog zelf moet overbrengen aan de verloskundige of waarin de verloskundige het verslag van een kraamzorgverlener overschrijft.

Het monodisciplinair bekostigen en organiseren biedt vanuit financieel oogpunt minder stimulans voor taakherschikking of substitutie (JZOJP) dan gewenst. Aanbieders en professionals geven aan dat er veel mogelijkheden zijn om zorgtaken te verplaatsen, bijvoorbeeld van gynaecoloog naar verloskundige. Voorbeelden die worden genoemd zijn de inzet van de verloskundige bij een uitwendige versie of begeleiding door de verloskundige van zwangere vrouwen die ook zorg in de tweede lijn nodig hebben. Deze initiatieven komen vaak voort uit de samenwerking tussen aanbieders. Echter, een monodisciplinaire bekostiging stimuleert niet om hieraan gezamenlijk bij te dragen. Vaak zal het bij één van de partijen leiden tot een daling van inkomsten, omdat een verschuiving van zorg ook leidt tot een verschuiving van inkomsten. De zorgverzekeraar zou in de monodisciplinaire zorginkoop kunnen sturen op substitutie, maar dit is voor de zorgverzekeraar lastig vanwege een grote informatieachterstand op het gebied van de zorginhoud en de aparte inkoop van eerste- en tweedelijnszorg. Vanwege de aparte inkoop is wel meer financieel inzicht in de zorg, maar minder zicht en sturing mogelijk op de kwaliteit van de zorg.

[8] NZa. *Advies Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte*. 2012.

Daar waar taakherschikking en substitutie wel plaatsvinden, blijkt het soms lastig om deze via de monodisciplinaire bekostiging te financieren. Dit kan soms via onderaannemerschap. Een andere optie is om deze verschuiving van zorg qua bekostiging op te lossen via aanpassingen in de monodisciplinaire prestaties. Dit kan echter alleen wanneer dit landelijk en met borging van samenwerking en kwaliteit plaatsvindt. Onderstaand voorbeeld over de cardiotocogram (CTG) in het kader laat zien waarom het lastig kan zijn om substitutie van zorg in de praktijk landelijk te faciliteren.

CTG verricht door verloskundige in eerste lijn

Verschillende regio's experimenteren met het uitvoeren van de CTG door verloskundigen in de eerste lijn. Normaliter wordt de CTG uitgevoerd en gedeclareerd in de tweede lijn. Het doel van dit experiment is om in de prenatale fase onnodige doorverwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen. De zorgaanbieders die gebruik maken van deze innovatieve vorm van zorg werken goed met elkaar samen en maken duidelijke afspraken binnen het VSV over de samenwerking en kwaliteitsbewaking. De bekostiging verloopt tijdelijk via een speciale declaratietitel die is afgegeven onder de Beleidsregel innovaties voor kleinschalige experimenten. Na drie jaar experimenteren zijn de betrokken partijen tevreden over de substitutie. Daarnaast is er landelijk veel animo onder verloskundigen om dit ook in hun regio te doen, zodat zwangere vrouwen niet onnodig naar het ziekenhuis hoeven gaan.

Om deze vorm substitutie landelijk te kunnen doorvoeren, met een aparte declaratietitel voor de verloskundigen, moet dit zorg zijn zoals 'de verloskundige pleegt te bieden'. Hiervoor zijn onder andere op het landelijk niveau afspraken over samenwerking tussen de lijnen en gemeenschappelijke normen voor kwaliteitsborging nodig. Dit is tijdens het experiment nog onvoldoende gebeurt. Ondanks dat het experiment lokaal dus succesvol blijkt te zijn, betekent dit niet dat de substitutie direct landelijk kan worden doorgevoerd. Gezien het feit dat experimenten slechts tijdelijk van aard zijn is het van belang dat tijdig op landelijk niveau afspraken over kwaliteitsborging en samenwerking tussen de lijnen worden gemaakt. Bij het uitblijven hiervan, zal het niet mogelijk zijn voor verloskundigen om monodisciplinair de CTG te declareren. Lokaal kunnen eerstelijnsverloskundigen de CTG desondanks wel uitvoeren, mits er regionaal goede afspraken over de kwaliteit worden gemaakt. Bijvoorbeeld via een samenwerkingsverband en onderaannemerschap, waar het ziekenhuis de zorg declareert als onderdeel van de dbc.

In dit voorbeeld hebben zorgaanbieders door goed met elkaar samen te werken afspraken kunnen maken om de zorg rondom de CTG anders maar met dezelfde of betere kwaliteit te organiseren. Namelijk, dichtbij de patiënt. We verwachten dat zorgaanbieders vaker zullen komen tot dit soort innovatieve vormen van zorg bij een goede samenwerking. Een goede samenwerking vormt de basis om goede afspraken met elkaar te maken over onder andere de kwaliteit(seisen). Bij een integrale bekostiging wordt uitgegaan van gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de zwangere vrouw. Afspraken over samenwerking en kwaliteitseisen kunnen hier makkelijker gemaakt worden, omdat partijen al gezamenlijk met elkaar optrekken. Een vorm van integrale bekostiging kan hiermee JZOJP meer stimuleren; zorg in de tweede lijn als het moet en binnen de eerste lijn als het kan. Bij een monodisciplinaire bekostiging kost dit mogelijk meer tijd en werk, omdat de zorgaanbieders (nog) individueel van elkaar werken. Het levert ook

meer administratieve lasten op in de vorm van mogelijke afspraken over onderaannemerschap en het aanvragen van aparte prestaties voor de substitutievormen.

2.2. Een vorm van integrale bekostiging faciliteert samenwerking en vraagt om gezamenlijke verantwoordelijkheid

Bij integrale bekostiging zijn de financiële prikkels zo vormgegeven dat zorgaanbieders worden gestimuleerd om nauwer en doelmatiger samen te werken op zorginhoud.[9] Wat de kern van *een vorm van* integrale bekostiging is, is dat verschillende beroepsgroepen en organisaties gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de declaratie/financiën van het volledige zorgtraject. Bij deze gezamenlijke verantwoordelijkheid horen multidisciplinaire, sector overstijgende prestaties.

Wanneer je dit goed organiseert is er veel ruimte voor zorgprofessionals om dit regionaal zelf vorm te geven en hoeven de zorgprofessionals zich alleen maar te richten op de optimale zorg voor de zwangere vrouw en haar ongeboren kind. Het is hierbij belangrijk dat het geld intern verdeeld wordt op een manier waarbij de zorgvraag van de zwangere vrouw centraal staat.

Een integrale bekostiging faciliteert zorgaanbieders om gezamenlijk investeringen te doen die nodig zijn om nauw samen te werken binnen de zorgverlening voor de zwangere vrouw. Te denken valt aan het inrichten van een gezamenlijk elektronisch patiëntdossier, waarin cliëntgegevens op één plek beheerd worden en waardoor er sneller inzicht is in de zorgvraag van de cliënt.

Bij integrale bekostiging kunnen innovaties en substitutie – zoals de CTG in de eerste lijn – eenvoudiger worden bekostigd. De integrale prestaties zien immers op (een onderdeel van) het hele zorgtraject en niet op een enkele handeling, uitgevoerd door één van de betrokken disciplines. Er is geen aanpassing van de bekostiging meer nodig om dit te kunnen declareren, omdat de integrale prestatie de eerste- en tweedelijnszorg omvat. Vergeleken bij de monodisciplinaire bekostiging wordt er daarom minder geleund op de zorgverzekeraar om substitutie te organiseren via de zorginkoop. Daarnaast biedt het verzekeraars betere mogelijkheden voor sturing en toezicht op zorg, omdat de zorg per cliënt niet langer versnipperd ingekocht hoeft te worden.

Om de voordelen van integrale bekostiging te realiseren moet deze wel goed worden vormgegeven. Verschillende belangrijke uitwerkingsvraagstukken zijn het beperken van marktmacht, het behoud van keuzevrijheid en het blijven stimuleren van innovatie en kwaliteitsslagen binnen de IGO's. In hoofdstuk 5 gaan we verder in op deze uitwerkingsvraagstukken.

Er zijn verschillende vormen van integrale bekostiging mogelijk

De huidige Beleidsregel voor integrale bekostiging bevat negen prestaties verdeeld over drie fases van geboortezorg (prenataal, nataal, postnataal). Er zijn ook andere combinaties van prestaties denkbaar. Zo is één regio in het land van plan te experimenteren met één prestatie

[9] Struijs, J., De Vries, E. F., Baan, C. A., Van Gils, P. F., & Rosenthal, M. B. *Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been*. 2020.

voor het gehele geboortezorg traject. Een andere regio ziet liever veel meer prestaties per fase van de zwangerschap, vooral voor de natale fase.

Een veel voorkomende misvatting is dat de integrale bekostiging behalve een serie prestaties ook een specifieke organisatievorm voorschrijft. De acht regio's die tot nu toe met de Beleidsregel werken, organiseren zich via twee verschillende rechtsvormen. De meeste bekende is de coöperatie. Hierdoor is het beeld ontstaan dat een IGO altijd een coöperatie is, bestaande uit de gevestigde zorgaanbieders in die regio. Dit is echter een keuze en geen eis voor een integrale bekostiging. De bekostiging legt alleen de prestaties vast, niet de organisatie en inrichting van de zorg. Een aantal regio's wil bijvoorbeeld integrale bekostiging via een andere organisatievorm inrichten, zoals via onderaannemerschap of met zorgprofessionals in loondienst.

De IGO als ondersteuning voor de zorgprofessional

Wanneer de IGO eenmaal goed staat kan deze de zorgprofessionals optimaal ondersteunen. De discussie over de verdeling van het geld is contractueel geregeld voor al die situaties, waarin een professional elke dag, zeven dagen in de week, geconfronteerd wordt met vraagstukken bij een zwangere vrouw, kwetsbaar of niet. Een IGO kan de zorgprofessionals ondersteunen met het optimaal inrichten van de zorg voor de regio, dat gaat verder dan alleen geboortezorg. Denk bijvoorbeeld aan samenwerking met het sociale domein, zie het onderstaande kader voor een voorbeeld. Een IGO kan de professional helpen om het gesprek aan te gaan met gemeenten, zoals ter ondersteuning bij programma's zoals 'Kansrijke start'.[10] Binnen dit programma krijgen kwetsbare gezinnen zorg en ondersteuning in de eerste 1000 dagen van het geboren kind. Hiervoor wordt samengewerkt met zorgprofessionals, gemeentes, zorgverzekeraars en kennisinstituten. Ook kan de IGO ondersteunen bij het deelnemen aan onderzoeken en innovaties zoals SWING en ICHOM.[11] Een IGO heeft namelijk een bepaalde mate van 'overhead', die de zorgprofessional hierbij kan faciliteren.

Integrale geboortezorg en een kwetsbare zwangere vrouw: voorbeeld van vergaande samenwerking tussen organisaties
In een wijk met veel mensen met een lage sociaal economische status wil de gemeente extra aandacht voor (aanstaande) jonge gezinnen. De combinatie van armoede, laaggeletterdheid en slechte woonomstandigheden noopt tot intensievere samenwerking tussen het sociale domein, welzijn en zorg, inclusief de verloskundige zorg en kraamzorg. Preventie en het tijdig betrekken van professionals die een vertrouwenwekkende aanpak hebben is daarvoor belangrijk. Op deze manier hoopt de gemeente met bewezen effectieve interventies rondom de jeugdgezondheidszorg zijn burgers te ondersteunen bij het aanstaande ouderschap en de daarop volgende opvoedingstaken.

[10] Zie voor meer informatie: https://www.kansrijkestartnl.nl/
[11] Zie voor meer informatie: https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/project-detail/kwaliteit-van-zorg-ondersteuning-kwaliteitsinstituut/de-swing-studie-samen-naar-waardegedreven-integrale-geboortezorg/

3. Wat leren we van de praktijk van integrale geboortezorg bekostiging?

Na de vaststelling van de Beleidsregel in 2017 zijn er, zoals eerder vermeld, acht IGO's opgericht omdat zij geloven dat een integrale bekostiging zal bijdragen aan de kwaliteit van zorg voor de zwangere vrouw. De IGO's kunnen tot 1 januari 2022 experimenteren met de integrale bekostiging. Hieronder beschrijven we wat we tot op heden hebben geleerd van het experiment. Een uitgebreide uitwerking is te vinden in bijbehorend Evaluatierapport 'Experiment integrale bekostiging geboortezorg – Evaluatie over de periode 2017-2019' en in het RIVM rapport 'Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten'. In het kort laten beide onderzoeken licht positieve resultaten zien, ondanks de transitiefase. De IGO's willen verder met integrale bekostiging van de geboortezorg, vanwege de verbeterde samenwerking en de gegroeide gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gehele geboortezorg. Ook is er geen aantoonbaar (negatief) effect op de zorguitkomsten, risicoselectie en keuzevrijheid van cliënten. Daarnaast stijgen de zorgkosten binnen de IGO's minder hard, vergeleken met andere regio's.

Eerste kwantitatieve resultaten integrale bekostiging tonen kleine verschillen tussen IGO's en niet-IGO's

Het RIVM heeft in zijn kwantitatief onderzoek de IGO's en vergelijkbare VSV's (niet-IGO's) vergeleken op het gebied van het zorggebruik, de zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten.

Het RIVM ziet sinds de invoering van integrale bekostiging meer poliklinische bevallingen en minder ziekenhuisbevallingen bij de acht IGO's. Ook is er een lichte daling zichtbaar in het percentage inleidingen, al nam het aandeel secundaire keizersneden (hoger risico op complicaties) wel licht toe. Wat betreft de zorguitgaven, is de groei in de totale geboortezorguitgaven per zwangerschap bij de IGO gemiddeld lager dan bij niet-IGO's. Er is hier sprake van een lichte onderschatting van het effect, omdat de tijdelijke overheadkosten van de IGO's zijn meegenomen in de uitgaven. Het RIVM merkt op dat voor een goede evaluatie een langere onderzoeksperiode nodig is. Desondanks beschouwt de NZa de evaluatie licht positief ten aanzien van integrale bekostiging, mede gezien de transitiefase waarin de IGO's zich bevinden.

Naast het kwantitatief onderzoek heeft het RIVM, net als de NZa, ook interviews gehouden met bestuurders van IGO's, zorgprofessionals en zorgverzekeraars over hun ervaringen met integrale bekostiging. De evaluaties van het RIVM en de NZa laten soortgelijke bevindingen zien. Kort samengevat zitten IGO's nog in een transitiefase waarin de nodige veranderingen nog doorgevoerd moeten worden, en verbeterslagen in de kwaliteit van zorg nog gemaakt moeten worden. IGO's willen graag door met integrale bekostiging. Hieronder geven we de belangrijkste bevindingen van de NZa en het RIVM weer.

Positieve lessen op het vlak van samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid

Als eerste ervaren de IGO's en zorgverzekeraars dat, door het starten van de IGO en het werken met integrale bekostiging, de samenwerking tussen zorgaanbieders verder is geïntensiveerd, meer gestructureerd en minder vrijblijvend dan voorheen. Alhoewel de zorgverleners binnen de

IGO's reeds een goede samenwerking kenden, ervaren ze nu een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gehele geboortezorg. Op basis van de gesprekken met IGO's is ons beeld en het beeld bij het RIVM op dit moment dat alle IGO's om deze redenen door willen met integrale bekostiging. Zorgverzekeraars maken ook kenbaar dat ze in principe verwachten dat integrale bekostiging positieve effecten heeft op de kwaliteit van zorg. Vanwege de transitiefase waarin de IGO's zich nog bevinden geeft een aantal zorgverzekeraars wel aan dat voorzichtigheid geboden is bij het volledig integraal bekostigen van de geboortezorg.

Een tweede positief punt, dat de NZa heeft onderzocht, is dat in de acht IGO regio's de keuzevrijheid voor de cliënten niet beperkt lijkt te zijn door integrale bekostiging. Het beperken van de keuzevrijheid was een veelbesproken risico bij de start van het experiment. In het bijbehorende Evaluatierapport wordt dit nader toegelicht. Risicoselectie, een ander veelbesproken risico van integrale bekostiging, is in de praktijk ook niet gesignaleerd.

Ruime transitiefase nodig voor integrale bekostiging

We leren uit de evaluatie dat IGO's sinds 2017 een transitiefase doormaken, die meer tijd en energie heeft gekost voor IGO's en zorgverzekeraars dan van tevoren gedacht. Dit komt mede door de vele nieuwe uitdagingen bij IGO's, zoals het op orde krijgen van de nieuwe organisatie, de (integrale) administratie en ICT en het maken van financiële afspraken. Het RIVM spreekt van een start van een cultuuromslag met als verbindende factor de zorginhoud en het onderling vertrouwen. Een grote uitdaging vormen de administratieve lasten. De administratieve lasten worden door IGO's ook als risico genoemd voor het behoud van draagvlak voor integrale bekostiging. Grotendeels komen de administratieve lasten voort uit de bundelbrekers, de inrichting van de systemen op monodisciplinaire prestaties en het gebruik van monodisciplinaire prestaties ten behoeve van de interne en externe financiële afspraken (registratie en declaratie).[12] Ook vormen de uitwisseling van cliënt-/patiëntgegevens en een intern verdeelmodel op basis van integrale prestaties nog een uitdaging. Twee IGO's zetten stappen hierin en ontwikkelen momenteel een intern verdeelmodel op basis van de integrale prestaties. Over het algemeen komen de prikkels van integrale bekostiging hierdoor nog niet volledig tot uiting. De (administratieve) systemen zijn van oudsher niet primair ingericht voor het werken met integrale prestaties.

Hierdoor zijn transitiekosten gemaakt en zijn de IGO's onvoldoende toegekomen aan taakherschikking en substitutie. IGO's maken wel kenbaar dat ze hebben gewerkt aan kwaliteitsverbeteringen, maar de effecten hiervan zijn nog niet in beeld of aantoonbaar. Verder maken IGO's en zorgverzekeraars afspraken om de zorgkosten niet op te laten lopen (kostenneutraliteit). Ondanks deze afspraken verwachten enkele zorgverzekeraars dat integrale bekostiging meer kost dan monodisciplinaire bekostiging. De eerste resultaten van het RIVM over de ontwikkeling in zorguitgaven in de IGO's bevestigen dit beeld niet.

In het afgelopen jaar is verder veel gesproken over, en gewerkt aan, oplossingen voor de hoge administratieve lasten die de IGO's ervaren. Aanvullend hierop vinden IGO's dat volgbeleid bij zorgverzekeraars noodzakelijk is om de problemen te verhelpen, zeker in een experiment-

[12] Wanneer de declaratie van een integrale prestatie door een IGO wordt afgewezen spreken we van een bundelbreker. Een bundelbreker kan ontstaan wanneer een cliënt start bij een IGO en vervolgens zorg afneemt van een niet-IGO zorgaanbieder.

of transitiefase. Sommige zorgverzekeraars waarschuwen dat een volgbeleid ongewenst is binnen de marktwerking. Zij voorzien namelijk risico's op een kostentoename. Als oplossing noemen enkele verzekeraars de optie om in landelijk beleid uniform gedrag waar nodig vast te leggen.

Risico op marktmacht bij IGO's

Enkele zorgverzekeraars noemen het risico op marktmacht bij IGO's als een groot aandachtspunt (specifiek als gevolg van monopolievorming van IGO's). In de NZa regelgeving zien ze graag dat hiermee rekening wordt gehouden, bijvoorbeeld via tariefregulering. Nu zijn de tarieven namelijk vrij, en niet door de NZa gereguleerd. Daarnaast krijgen we signalen over toetredingsdrempels tot IGO's, maar ook breder tot VSV's, bijvoorbeeld voor echocentra. Partijen hebben nog weinig zicht op de specifieke toetredingsdrempels. In hoofdstuk 5 komen we hierop terug.

VSV's (niet-IGO regio's) geven een verdeeld signaal over de ruimte voor samenwerking in huidige bekostiging

Naast de IGO's heeft de NZa ook elf VSV's geïnterviewd die niet werken met integrale bekostiging. Uit de interviews maken we op dat zij een goede samenwerking ervaren tussen de verschillende beroepsgroepen. De helft van de VSV's benoemt daarbij dan ook dat de monodisciplinaire bekostiging voldoende ruimte biedt voor samenwerking. De andere helft van de VSV's geeft aan dat de monodisciplinaire bekostiging samenwerking, substitutie en/of JZOJP niet stimuleert. Zij staan open voor een vorm van integrale bekostiging. Algemeen vinden de elf VSV's het een beperking dat de effecten van het huidige experiment op de kwaliteit van zorg niet bekend zijn. Ook zien ze een aantal grote uitdagingen bij integrale bekostiging. Voorbeelden zijn de vraagstukken rondom het verlies van autonomie van relatief kleine zorgaanbieders en de spanningen en discussies bij de verdeling van gelden achter de voordeur. Dit laatste bevestigt naar ons idee het sterke karakter van organisatiebelangen in de monodisciplinaire bekostiging.

Toekomstperspectief nodig voor doorontwikkeling integrale bekostiging

Tot slot concludeert het RIVM dat onduidelijkheid over structurele invoering van integrale bekostiging belemmerend werkt voor de verdere ontwikkeling. Ook wij hebben veel signalen ontvangen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars dat het gebrek aan duidelijkheid over de toekomst verdere doorontwikkeling over organisatie en bekostiging tegenhoudt. Dit leidt ertoe dat aanbieders niet in alle gevallen willen deelnemen aan het experiment in de regio. Doordat individuele aanbieders afwachten ontstaan bijvoorbeeld uitvoeringsproblemen voor IGO's en komt het experiment onvoldoende van de grond. Integrale bekostiging is mede hierdoor nog niet in de kern volledig ingevoerd. Desalniettemin zien we als NZa licht positieve resultaten. We verwachten dat bij een *volledige* integrale bekostiging – met een passende interne verdeelsystematiek – de baten hiervan nog meer zichtbaar (en groter) zullen zijn.

Aanpakken van de grootste knelpunten experiment
De huidige IGO's ervaren veel administratieve lasten. Alle partijen erkennen dat hierin een verbeterslag gemaakt moet worden. Hieronder beschrijven wij een aantal oplossingsrichtingen voor de grootste

knelpunten. Wij doen hierbij een voorstel, maar benadrukken tegelijkertijd dat de verantwoordelijkheid bij de veldpartijen ligt om hiermee aan de slag te gaan.

Bundelbrekers
In het technisch overleg van de NZa met onder meer branchepartijen en verzekeraars van januari 2020 zijn verschillende oplossingsrichtingen voor het voorkomen van, of beter omgaan met, bundelbrekers besproken. In dit overleg kwam naar voren dat de meest wenselijke vervolgstap lijkt te zijn dat:
- IGO's en zorgverzekeraars de parallelliteitslijst uitbreiden in contracten; en
- IGO's en zorgverzekeraars de tarieven van integrale prestaties corrigeren voor zorg die door niet-IGO deelnemers wordt geleverd.

Hierbij merken we op dat de eerste oplossing slechts van tijdelijke aard kan zijn in verband met dubbele bekostiging. Daarnaast moet gewerkt worden aan een betere informatievoorziening. Deze richting wordt op dit moment verder uitgewerkt.

Interne verdeelsystematiek
Voor het inrichten van een goed intern verdeelmodel is het belangrijk dat partijen oplossingen bedenken voor het transparant maken van kosten en kwaliteit en het delen van de benodigde informatie. Tevens dienen zorgaanbieders te werken aan het (vergroten van het) onderling vertrouwen. Het CPZ ondersteunt de IGO's hierbij. Ook hebben wij aangeboden om hierbij te helpen. Met de kennis en ervaring die de NZa heeft met het doen van kostenonderzoeken verwachten we hier een waardevolle bijdrage aan te kunnen leveren.

Contractafspraken tussen IGO en zorgverzekeraar
In de contracten tussen IGO's en zorgverzekeraars (2017-2019) zien we dat afspraken worden gemaakt over vangnetregelingen ofwel transitieregelingen. In de eerste jaren geeft dit de IGO's en zorgverzekeraars financiële zekerheid (vergelijking met verleden mogelijk). Tegelijkertijd betekent dit dat productie en kosten zowel volgens de nieuwe als de oude prestaties worden gemonitord. Dit levert extra administratielast op (al is software beschikbaar die ondersteunt in het vertalen van monodisciplinair naar integraal en andersom).

We adviseren IGO's en zorgverzekeraars om in de contractafspraken af te gaan stappen van afspraken die dubbele registratie vragen. We verwachten dat dit na een aantal jaren experimenteren mogelijk is en dat partijen voldoende informatie hebben om passende financiële afspraken te maken op basis van integrale prestaties. Tegelijk betekent dit minder 'controle-informatie' voor de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld worden opgevangen door meer te sturen op uitkomstverantwoording.

4. Wat is ons advies voor de toekomst?

Wij zien een monodisciplinaire bekostiging niet als een toekomstbestendige bekostiging voor integrale geboortezorg

Het centraal stellen van de zwangere vrouw vereist een andere manier van denken. Een aanbod gedreven bekostiging die aanzet tot monodisciplinair denken past hier niet bij. Wij zien de monodisciplinaire bekostiging niet als een toekomstbestendige bekostiging. In 2009 stelde de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte al vast: 'de samenwerking moet niet langer afhankelijk zijn van de goede wil en inzet van individuele professionals of van hun onderlinge verstandhouding'.[13] In 2012 concludeerde de NZa dat de meeste initiatieven tot samenwerking nog in de beginfase waren en integrale bekostiging daarom nog niet aan te raden was.[14] In 2016 heeft Zorginstituut Nederland bij het ontwikkelen van de integrale Zorgstandaard zijn 'doorzettingsmacht' moeten gebruiken.[15] Tijdens de consultatie van de conceptversie van dit advies werd door partijen benoemd dat de samenwerking in veel regio's nog steeds niet goed tot stand is gekomen. Dit gegeven, samen met de terughoudendheid van aanbieders om vrijwillig deel te nemen aan integrale bekostiging, onder andere uit angst voor discussies over herverdeling van geld, bevestigt ons eerder genoemde standpunt dat de monodisciplinaire bekostiging organisatiebelangen versterkt en te weinig de zorgvraag van de zwangere vrouw binnen de geboortezorg centraal stelt.

Een vorm van integrale bekostiging stelt zorgvraag van de zwangere vrouw en haar ongeboren kind centraal

Wij geloven dat met een vorm van integrale bekostiging de zorgvraag van de zwangere vrouw centraal wordt gesteld. Zoals de Zorgstandaard stelt is een intensieve samenwerking tussen zorgprofessionals hiervoor een vereiste. Een integrale bekostiging faciliteert de samenwerking en behoudt veel ruimte voor zorgprofessionals om dit regionaal zelf vorm te geven. Wanneer je dit goed organiseert, en dus ook achter de voordeur het geld goed verdeelt, hoeven de zorgprofessionals zich alleen maar te richten op de optimale zorg voor de zwangere vrouw en haar ongeboren kind. Het is hierbij belangrijk dat het geld intern niet alsnog verdeeld wordt op basis van de monodisciplinaire prestaties. Met de integrale prestaties ontstaat daarnaast een sterkere gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het leveren van de kwalitatief beste zorg met een doelmatige besteding van middelen. Door de zorgvraag van de cliënt centraal te stellen wordt op basis van de zorgvraag bepaald wie deze zorg het beste kan leveren (JZOJP). Ook faciliteert een integrale bekostiging substitutie, taakherschikking en innovaties beter. Tot slot biedt het zorgverzekeraars betere mogelijkheden voor sturing en toezicht op de geleverde zorg, omdat het zorgtraject niet langer versnipperd is over meerdere aanbieders.

We hebben het hier bewust over *een vorm van* integrale bekostiging. Het uitgangspunt is dat de integrale bekostiging dezelfde zorg omvat als de

---

[13] Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. *Een goed begin. Veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte*. 2009.
[14] NZa. *Advies: Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte, het stimuleren van samenwerking*. 2012.
[15] ZIN. *Zorgvraag zwangere centraal in Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. 1 juli 2016, zie https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2016/07/01/zorgvraag-zwangere-centraal-in-zorgstandaard-integrale-geboortezorg

Zorgstandaard, namelijk de verloskundige zorg, kraamzorg en gynaecologische/obstetrische zorg. De verdere precieze invulling van onder andere het aantal prestaties, de afbakening van prestaties en de regelgeving kan nog aangepast worden. Mogelijk functioneert de huidige Beleidsregel voldoende, maar wij willen ook de ruimte voor een verdere doorontwikkeling bieden.

Tot slot, een IGO is opgericht voor het verbeteren van de integrale geboortezorg. Een IGO biedt ook een vorm van overhead om de zorgprofessionals te ondersteunen bij het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg in de regio. Te denken valt aan het faciliteren van zorgprofessionals bij het ontwikkelen en uitvoeren van programma's zoals 'Kansrijke start'.

Wij adviseren om de Beleidsregel integrale geboortezorg die eind 2021 afloopt, per 2022 om te zetten in reguliere bekostiging, náást de huidige monodisciplinaire bekostiging.

De NZa en RIVM evaluaties over de integrale bekostiging van de geboortezorg laten zien dat de aanbieders die experimenteren met integrale bekostiging – ondanks de opstartproblemen – positief zijn over het werken met de negen integrale prestaties. Ze willen hiermee ook verder. Het RIVM onderzoek toont verder kleine effecten op het zorggebruik en de zorguitgaven en geen (negatieve) effecten op een aantal gezondheidsuitkomsten. De zorguitgaven stijgen binnen de IGO's minder hard dan bij de niet-IGO's. Gezien de korte onderzoeksperiode en de transitiefase waarin de IGO's zich bevinden, zien wij dit als licht positieve eerste resultaten. Bij een grote transitie bestaat de kans op een negatief effect op de zorguitkomsten en kostenstijging. Dit wordt hier nu niet gezien.

Op basis van deze evaluaties adviseren wij om de integrale bekostiging zoals neergelegd in de Beleidsregel onderdeel te maken van de reguliere bekostiging. Wij zien dit als een eerste stap richting het meer centraal stellen van de zwangere vrouw in de bekostiging en het volledig integraal bekostigen van de geboortezorg. Het regulier maken van deze vorm van integrale bekostiging vormt een startpunt van de transitie naar het volledig integraal bekostigen van de geboortezorg.

Om de integrale bekostiging met ingang van 2022 regulier te maken, hebben we tot juni 2021 de tijd om in samenspraak met partijen de regelgeving vast te stellen. De regelgeving kan in de daarop volgende jaren in samenwerking met de sector verder worden doorontwikkeld

Wij geloven erin dat de geboortezorg uiterlijk 2028 volledig integraal bekostigd kan worden

Op termijn raden wij aan dat alle geboortezorg integraal wordt bekostigd en dat de monodisciplinaire bekostiging wordt afgeschaft. Wij zijn van mening dat dit per 2028 kan gebeuren. Wij stellen hierbij één belangrijke voorwaarde: integrale bekostiging mag níet leiden tot een vermindering van de kwaliteit van zorg. Wij adviseren daarom dat de monitoring van de impact van integrale bekostiging op de kwaliteit van de zorg wordt voortgezet.

Op dit moment is de geboortezorg sector niet klaar om volledig integraal bekostigd te worden. Wij signaleren nog teveel uitvoeringsvraagstukken die aangepakt moeten worden. Een aantal van deze vraagstukken heeft betrekking op het doorontwikkelen van de integrale bekostiging en hier

zien wij een (ondersteunende) rol weggelegd voor de NZa. Ook signaleren wij een aantal vraagstukken die gerelateerd zijn aan het organiseren van integrale zorg. Hier zien wij een belangrijke rol weggelegd voor de sector zelf, aangezien dit vraagstukken zijn die ongeacht de vorm van bekostiging door de sector moeten worden opgepakt. In hoofdstuk 5 gaan we dieper in op een aantal van de verschillende uitvoeringsvraagstukken. Wanneer deze uitvoeringsvraagstukken verder zijn uitgewerkt zal dit de transitie naar een integrale bekostiging vereenvoudigen. Daarom adviseren wij de komende jaren (tot 2028) stapsgewijs deze vraagstukken aan te pakken. Per 2028 kan de geboortezorg vervolgens volledig integraal bekostigd worden en kan de monodisciplinaire bekostiging worden beëindigd.

Gezien de diversiteit aan vraagstukken adviseren wij dat een sector brede *taskforce* de leiding neemt bij het oppakken van de verschillende vraagstukken in de integrale geboortezorg en de bekostiging van de integrale geboortezorg. De taskforce heeft het overzicht van alle vraagstukken en de voortgang hierop. De taskforce is in de vorm van een centraal coördinatiepunt verantwoordelijk voor het oppakken van de verschillende vraagstukken en kan waar nodig sturen op de processen rondom integrale geboortezorg en de bekostiging daarvan. Voorbeelden van onderwerpen zijn: het ontwikkelen van een landelijke set aan kwaliteitsindicatoren, het ontwikkelen van een intern verdeelmodel, het inrichten van een IGO en het organiseren van (financiële) transitieregelingen. Wij vinden het belangrijk dat de taskforce door de sector zelf wordt opgericht, dat de sector zich vertegenwoordigd voelt door de taskforce, dat de taskforce mandaat van de sector krijgt om beslissingen te nemen en middelen heeft om taken uit te voeren. De rol van de taskforce kan natuurlijk ook belegd worden bij reeds bestaande overlegstructuren of organisaties.

De beweging naar integrale bekostiging en afspraken worden ook in het buitenland gemaakt, en zijn niet exclusief voor de geboortezorg

Ook in het buitenland zijn stappen gezet naar het integraal bekostigen van geboortezorg.[16] Het RIVM liet in een recente rapportage zien dat ook in Engeland, de Verenigde Staten en Nieuw-Zeeland met een integrale bekostigingsvorm wordt gewerkt of geëxperimenteerd.[17] Tegelijkertijd zien we dat ook buiten de geboortezorg integrale bekostigingsvormen worden toegepast. Te denken valt bijvoorbeeld aan de invoering van de integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg in 2015 en de integrale prestaties voor de zorg voor diabetes mellitus type 2 of cardiovasculair risicomanagement in de eerste lijn.

We adviseerden onlangs ook al dat voor de medisch-specialistische zorg in brede zin gezocht moet worden naar andere manieren van bekostigen. We signaleerden dat de dbc-bekostiging, ook buiten de geboortezorg, geen stimulansen biedt voor samenwerking tussen zorgaanbieders of JZOJP. Dit vertaalt zich door in ongewenste prikkels voor zorgprofessionals, wanneer zij beloond worden op basis van de hoeveelheid geleverde zorg. In plaats van het belonen van verrichtingen

[16] Struijs, J., De Vries, E. F., Baan, C. A., Van Gils, P. F., & Rosenthal, M. B. *Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been.* 2020.
[17] RIVM. *Bekostigingshervormingen in de geboortezorg. Wat kunnen we leren van het buitenland?* 2017.

dienen dus stappen gezet te worden naar het belonen van waardegedreven en integrale zorg.[18] Integrale bekostiging van geboortezorg sluit aan bij deze lijn.

[18] NZa. *Belonen van zorg die waarde toevoegt. Advies bekostiging medisch-specialistische zorg*. 2018.

5. Uitvoeringsvraagstukken bij (integrale bekostiging van) integrale geboortezorg

Bij invoering van integrale bekostiging herkennen we een aantal uitvoeringsvraagstukken. Deels zijn de uitvoeringsvraagstukken niet specifiek voor de bekostiging. Het zijn vraagstukken die spelen ongeacht de vorm van bekostiging. De belangrijkste uitvoeringsvraagstukken die ook genoemd zijn door partijen beschrijven we hieronder.

5.1. Uitvoeringsvraagstukken bij het faciliteren van goede zorg voor de zwangere vrouw

Voor een goede zorgverlening aan de zwangere vrouw is samenwerking tussen zorgaanbieders essentieel. Om de samenwerking te faciliteren herkennen partijen een aantal uitvoeringsvraagstukken die niet gerelateerd zijn aan de wijze van bekostiging. Als NZa verwachten we wel dat integrale bekostiging hier een faciliterende rol in heeft. Integrale bekostiging vraagt van zorgaanbieders dat ze samenwerken en vanuit hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het gehele zorgtraject afspraken maken rondom de zorgvraag van de cliënt. Het zijn uitvoergingsvraagstukken waarmee de sector aan de slag zal moeten. Als NZa hebben we hier primair een beperkte rol in, maar we kunnen in samenspraak met partijen kijken waarbij wij kunnen ondersteunen.

Integraal patiëntdossier en digitale gegevensuitwisseling over patiënten

De belangrijkste voorwaarde voor samenwerking en daarmee integrale geboortezorg is het kunnen delen van patiëntinformatie tussen professionals en aanbieders. Het invoeren van een integraal patiëntdossier en digitale gegevensuitwisseling over patiënten zijn cruciaal voor een goede afstemming en samenwerking. Digitale uitwisseling van patiëntgegevens is nodig voor de samenwerking tussen zorgaanbieders, zoals voor het bespreken van behandelkeuzes en multidisciplinair overleg. Gedeelde informatie kan vervolgens ook op organisatieniveau worden gebruikt als spiegelinformatie voor kwaliteitsverbetering. Gegevensuitwisseling moet bovendien over de randen van samenwerkende organisaties heen mogelijk zijn en voor het verlenen van goede zorg bij spoedopnames buiten de eigen zorgaanbieder. Momenteel loopt het programma Babyconnect dat tot doel heeft de informatie uitwisseling in de geboortezorg te verbeteren en vergemakkelijken. Daar wordt hard aan gewerkt, maar is op dit moment nog niet breed uitgerold.

Kwaliteitstandaarden en informatie over cliënttevredenheid

Partijen hebben behoefte aan een landelijke minimale set kwaliteitsindicatoren. Dit is ook nodig voor het uitvoeren van de Zorgstandaard. Primair geeft dit aanbieders betere mogelijkheden om de kwaliteit van zorg voor de zwangere vrouw te volgen, te vergelijken met de kwaliteit geleverd door andere zorgaanbieders en verder te verbeteren. Daarnaast is dit van belang voor het meten van de cliënttevredenheid en bij de verantwoording van kwaliteit richting de zorgverzekeraar. Op dit moment zien we verschillende initiatieven op het gebied van kwaliteitsmeting in de geboortezorg, zoals de uitkomstenset van ICHOM.

Vertrouwen en gelijkwaardige samenwerking

De Zorgstandaard beschrijft: '*Alleen op basis van onderling vertrouwen zal integrale geboortezorg gerealiseerd kunnen worden. Daarom is werken aan vertrouwen in elkaar een essentiële randvoorwaarde om integrale geboortezorg te realiseren.*' Voor de naleving van de Zorgstandaard en afspraken over kwaliteit van zorg, substitutie of JZOJP vormt een goede en gelijkwaardige samenwerking tussen de beroepsgroepen de basis. Zorgaanbieders merken dat op dit vlak vaak nog stappen gezet moeten worden. Om meer kennis en inzicht te krijgen in wat nodig is om de zorg, zoals beschreven in de Zorgstandaard, te leveren gaat het Zorginstituut Nederland komend voorjaar een onderzoek naar samenwerking onder de VSV's uitzetten.

5.2. Uitvoeringsvraagstukken bij de transitie naar een integrale bekostiging

Voor een goede transitie naar integrale bekostiging en een beperking van administratieve lasten van partijen is het belangrijk om in ieder geval onderstaande punten aan te pakken. Dit zijn de belangrijkste punten die partijen noemen. Als NZa zullen we nog bekijken hoe wij partijen hierin kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld via het doen van aanvullende analyses of door partijen bij elkaar te brengen om processen te faciliteren.

Inzicht in kosten en declaraties (inclusief intern verdeelmodel)

Om als IGO goed te kunnen opereren is een inzicht in kosten en financiën belangrijk over de gehele zwangerschap, ook daar waar er zorg wordt genoten buiten de IGO. Specifiek voor de IGO's is inzicht in de kosten van alle zorgactiviteiten geleverd door de IGO nodig voor de financiële afspraken binnen de IGO. Voor IGO's waarbij afzonderlijke rechtspersonen zijn aangesloten bij de IGO (zoals het geval bij de huidige IGO's), is dit ook noodzakelijk voor het opstellen van een intern verdeelmodel. Belangrijk bij het interne verdeelmodel en ook afspraken met de zorgverzekeraars is dat de monodisciplinaire prestaties niet meer leidend zijn of gebruikt worden bij de afspraken. Integrale prestaties horen het uitgangspunt te vormen van afspraken.

Verbetering van de administratieve processen

De komende jaren moet worden gewerkt aan een verbetering van de administratieve processen. Het systeem rondom de administratie (registratie en declaratie) is volledig ingericht op de monodisciplinaire prestaties en niet functioneel voor het werken met integrale prestaties. Voor een goede overgang op integrale bekostiging moet de administratie goed zijn ingericht op de integrale prestaties en bovendien voldoende mogelijkheden bieden om samen te werken. Idealiter sluit (de informatie ten behoeve van) de declaratie aan op de registratie voor het primaire zorgproces ("registratie aan de bron") voor een zo min mogelijke administratielast voor zorgaanbieders. De investering in de administratieve processen leidt op de langere termijn tot lagere administratieve lasten bij zorgaanbieders.

Congruentie vanuit zorgverzekeraars in transitiefase

De administratieve lasten van IGO's en verzekeraars tijdens de transitiefase in het experiment is vooraf onderschat. Zorgaanbieders vinden het daarom belangrijk dat zorgverzekeraars op hoofdlijnen dezelfde afspraken maken (denk aan zorginhoud, bevoorschotting, afhandeling van bundelbrekers en afspraken over transitieregelingen). Als elk van de zorgverzekeraars met zorgaanbieders verschillende afspraken maakt, kan dit de administratieve lasten onnodig vergroten volgens de zorgaanbieders. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke opgave om deze transitie goed te laten verlopen en gelijktijdig goede zorg te leveren aan cliënten. We raden daarom verzekeraars aan om de transitie naar een IGO te helpen versoepelen door gedurende de transitiefase vrijwillig waar mogelijk congruent te handelen. Het opstellen van landelijke kwaliteitsindicatoren door de sector zal op termijn bovendien de noodzaak voor verschillende afspraken over en registratie van uitkomsten verminderen.

Waarborgen dat machtsmisbruik wordt voorkomen

Bij een integrale bekostiging is er een IGO waarin verschillende disciplines binnen de geboortezorgketen zijn vertegenwoordigd. Deze nauwe samenwerking kent grote voordelen maar brengt ook een risico op marktmacht met zich mee als gevolg van de concentratie van zorg. Er zouden monopolies kunnen ontstaan. Het hebben van een machtspositie betekent niet direct dat een partij deze positie ook uitbuit. Goede regulering en goed toezicht spelen een belangrijke rol om ongewenste gedragingen (machtsmisbruik) te voorkomen. Het is de eigen verantwoordelijkheid van een IGO om niet (onbewust) misbruik te maken van een eventuele machtspositie en zich te houden aan de mededingingsregels. De NZa zal IGO's actief wijzen op regelgeving en handreikingen hierover. Als een IGO haar marktmacht op een manier misbruikt zullen deze signalen door de NZa ofwel de ACM moeten worden onderzocht.

Specifiek geven partijen aan risico's te zien rondom het vragen van te hoge prijzen en uitsluiten van andere partijen tot de markt, en daarmee ook een beperking van de keuzevrijheid van de zwangere vrouw. Dit kan vooral een probleem vormen in niet-stedelijke gebieden, omdat de kans dat in deze regio's meerdere IGO's worden opgericht kleiner is. Een van de mogelijkheden om machtsmisbruik te voorkomen is toezicht op de prijsontwikkeling en toetredingsvoorwaarden bij IGO's. Daarnaast kunnen we op basis van toezicht alsnog adviseren om over te stappen van vrije tarieven naar gereguleerde tarieven. Toetredingsvoorwaarden dienen verder transparant, objectief en proportioneel te zijn en samen te hangen met zorg gerelateerde aspecten. Om de keuzevrijheid te waarborgen is het belangrijk dat we dit blijven monitoren. Daarbij is van belang dat cliënten ook weten dat ze zorg kunnen krijgen van mogelijk niet-aangesloten zorgaanbieders.

Overige uitwerkingsvraagstukken

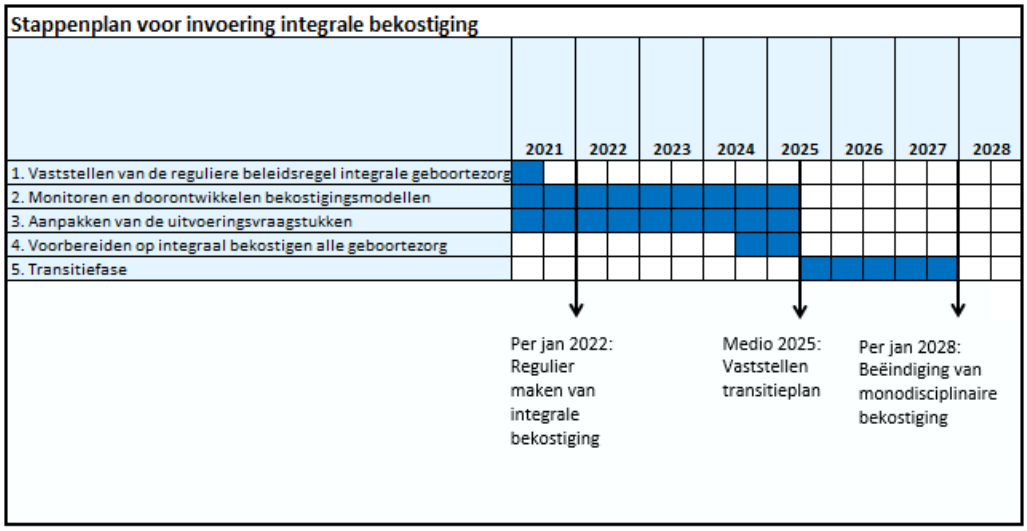
Voordat de monodisciplinaire bekostiging kan worden beëindigd, zijn er nog een aantal aanvullende uitvoeringsvraagstukken die moeten worden opgepakt. Hieronder valt onder andere het vraagstuk over hoe moet worden omgegaan met de Universitair Medische Centra (UMC's) en high care obstetrische zorg. Op dit moment is deze zorg van de Beleidsregel uitgezonderd. Verder adviseren wij per 2028 de monodisciplinaire

prestaties te beëindigen. Tegelijkertijd moet het wel mogelijk blijven dat cliënten zorg kunnen krijgen van mogelijk niet-aangesloten zorgaanbieders. Of deze zorg dan via onderlinge dienstverlening geleverd kan worden of hierbij ook nog andere vormen mogelijk moeten blijven zullen we nog onderzoeken. Ook zullen we onderzoeken of de berekeningsmethodiek voor de beschikbaarheidbijdrage acute verloskunde van de NZa aangepast moet worden. Op dit moment worden hiervoor de monodisciplinaire prestaties gebruikt. Daarnaast zullen we bekijken hoe integrale bekostiging zich verhoudt tot de eigen bijdrages en betalingen. Tot slot is zowel bij de evaluatie als tijdens de consultatie van het concept adviesrapport de organisatievorm vaak ter sprake gekomen. Wij willen nogmaals benadrukken dat de organisatievorm niet wordt opgelegd door de bekostiging. Partijen hebben de ruimte om zelf een passende organisatievorm te kiezen voor het leveren van goede zorg aan de zwangere vrouw. De taskforce lijkt ons een juiste plek om vraagstukken over organisatievormen op te pakken. Zo kan de taskforce onderzoek doen naar de verschillende organisatievormen en de wenselijkheid van een organisatievorm met het hele veld bespreken. Dit kan helpen bij het verder brengen van geprefereerde of passende organisatievormen, die anders onvoldoende van de grond komen vanwege verschillende belangen en machtsverhoudingen in de regio.

6. De roadmap waarmee we hier kunnen komen

In dit hoofdstuk lichten wij toe via welke weg we kunnen toewerken naar de vaststelling van een integrale bekostiging en de uiteindelijke beëindiging van de monodisciplinaire bekostiging. Als eerste zal het huidige experiment integrale geboortezorg omgezet moeten worden in een reguliere bekostiging. Vervolgens is er ruimte om de vorm van integrale bekostiging door te ontwikkelen, te blijven monitoren en te werken aan noodzakelijke randvoorwaarden. Medio 2025 zal het moment zijn waarop geëvalueerd wordt wat de impact van integrale bekostiging op de kwaliteit van zorg is. Ervan uitgaande dat de kwaliteit van zorg niet is verminderd, zal na de transitiefase de monodisciplinaire bekostiging vanaf 1 januari 2028 beëindigd kunnen worden.

Verder heeft VWS de NZa in de opdrachtbrief nog een aantal vragen gesteld over: ten laste van welke kaders de uitgaven moeten worden gebracht, wat de impact is op het budgettaire kader zorg en hoe een budgetneutrale overgang is te waarborgen. Daarnaast heeft VWS ons verzocht om een fraude en handhavingstoets uit te voeren. Wij delen met VWS dat deze vragen een passende plaats moeten krijgen in het proces de komende jaren. Echter, gezien de transitiefase waar de IGO's zich nog in bevinden, vinden wij dat het nu te vroeg is om een gedegen toets uit te voeren. We adviseren het experiment dan ook op te nemen in de reguliere bekostiging en de komende periode aan te wenden om te beoordelen wat hiervoor passende randvoorwaarden zijn. Zodoende stellen wij voor om de beantwoording van deze vragen op te pakken op het moment dat er een meer concrete uitwerking is van het bekostigingsmodel. Stap 4, zoals beschreven in de roadmap lijkt ons hiervoor een geschikt moment. De NZa zal hierover in overleg gaan met VWS.



Afbeelding 1. Stappenplan weergegeven in de tijd.

Stap 1. Regulier maken van de beleidsregel integrale geboortezorg

In samenspraak met partijen zullen we de beleidsregel ontwikkelen, uitgangspunt blijft de huidige experiment beleidsregel 'Beleidsregel integrale geboortezorg'. Wij zijn voornemens om hier zo min mogelijk aanpassingen in te doen, omdat partijen aangeven dat ze goed kunnen werken met de huidige integrale prestaties.

Toelichting Tariefsoort
De prestaties kennen nu vrije tarieven. Het is aan VWS om de tariefsoort vast te stellen. Wij zullen VWS adviseren om dit gelijk te houden aan de huidige situatie. Wij zien geen aanleiding om op dit moment over te gaan op tariefregulering. In het onderstaande kader lichten wij dit door middel van een marktanalyse nader toe.

De tariefsoort
Op dit moment worden vrije tarieven in het experiment gehanteerd. Om te kunnen adviseren over het vrijgeven ofwel reguleren van de tarieven doen wij onderzoek naar de markt. Wij onderzoeken een aantal criteria middels een kwalitatieve analyse, aangevuld met een kwantitatieve analyse. Recent hebben we gekeken naar het vrijgeven/reguleren van tarieven voor een aantal casussen in de medisch specialistische zorg (eerstelijnsdiagnostiek en transgenderzorg) en eerder ook al eens voor eerstelijns prestaties multidisciplinaire zorg.[19]

Belangrijke criteria die wij hierbij onderzoeken zijn:
1. Toetredingsmogelijkheden/-barrières;
2. Marktmacht/ concentratie van zorg;
3. Impact van een wijziging in het systeem, van vrij tarief naar maximumtarief, op de onderhandelingen.

Allereerst de toetredingsmogelijkheden van zorgaanbieders op de markt. Het experiment is per 2017 gestart met zes IGO's die een contract met verzekeraars hebben gesloten. Per 2019 zijn hier twee IGO's aan toegevoegd. Op dit moment lopen er gesprekken met nog een andere geïnteresseerde regio. Toetreding is op dit moment mogelijk en wordt geborgd door de mogelijkheid om ook monodisciplinair te declareren. Hiermee wordt de toetredingsdrempel verlaagd. Dit biedt partijen de ruimte om gedeeltelijk over te gaan op integrale bekostiging, wanneer een volledige overgang nog als een te grote stap wordt ervaren. In gesprekken met veldpartijen is het vrije tarief niet als belemmering naar voren gekomen voor toetreding tot de markt.

Ten tweede onderzoeken we het risico op marktmacht en de impact hiervan bij vrije of gereguleerde tarieven. Andere effecten van marktmacht komen terug in hoofdstuk 5. De vorming van IGO's leidt tot een sterkere onderhandelingspositie voor de IGO dan de individuele zorgaanbieders daarvoor hadden, het ziekenhuis buiten beschouwing gelaten. Dit is het gevolg van de concentratie van zorg. Op dit moment geven zorgverzekeraars aan zonder maximumtarieven prijsafspraken te kunnen maken. De NZa heeft daarnaast geen signalen ontvangen dat er risico's op prijsstijgingen voor de korte termijn worden voorzien. Een kwantitatieve analyse uitgevoerd door het RIVM toont aan dat de

[19] NZa. *Signalering tarieven medisch-specialistische zorg.* 2018, zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_261329_22/1/
NZa. *Visiedocument Functionele Bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen*. 2009, zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2501_22/1/

uitgaven van de IGO's minder hard stijgen dan buiten de IGO's.[20] Wij zien daarom geen noodzaak voor prijsregulering op de korte termijn. Wel zullen we deze ontwikkelingen blijven monitoren.
Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat zij zich zorgen maken over marktmacht van IGO's wanneer de volledige geboortezorg integraal bekostigd gaat worden. Zij voorzien dit risico met name in de niet-stedelijke gebieden waar er een grotere kans is dat slechts één IGO wordt opgericht. Zij ervaren dat sommige IGO's zich op dit moment al 'vrij dwingend' opstellen. Al moet worden gezegd dat in veel regio's, zeker wat betreft de ziekenhuizen, er überhaupt al weinig keuze is. Het risico op ongewenste prijsstijgingen zal toenemen wanneer de volledige geboortezorg integraal bekostigd zal worden. Voordat de geboortezorg volledig integraal wordt bekostigd en de monodisciplinaire bekostiging wordt beëindigd moet daarom nogmaals onderzocht worden of tariefregulering wenselijk is.

Ten derde de impact van een wijziging van de tariefsoort op de onderhandelingen. Op dit moment geldt in het experiment een vrij tarief. Het behouden van een vrij tarief zal geen impact hebben op de onderhandelingen. Overgang op een maximum tarief op dit moment zou de onderhandelingen mogelijk op een ongewenste manier kunnen beïnvloeden. Partijen zouden het maximum tarief kunnen gebruiken als contract tarief. Wij vinden dit onwenselijk vanwege de regionale verschillen. Deze verschillen maken het bovendien lastig om te duiden wat een passend landelijk tarief zou zijn. We willen dat partijen samen in overleg gaan om te komen tot een juist tarief dat prikkelt tot doelmatigheid en tegelijkertijd voldoende ruimte biedt voor kwaliteit en innovatie. Vrije tarieven bieden meer mogelijkheid om te onderhandelen over het extra inzetten op bepaalde fases. Bijvoorbeeld door in een bepaalde regio veel in te zetten op de prenatale zorg kan mogelijk complexe natale zorg worden voorkomen.

Concluderend vinden wij op dit moment tariefregulering niet noodzakelijk. Wel zullen wij de (prijs)ontwikkelingen binnen de integrale bekostiging blijven monitoren, zodat alsnog overgegaan kan worden op tariefregulering wanneer er te grote prijsstijgingen zijn. Ook zal voordat de volledige geboortezorg integraal wordt bekostigd, en de monodisciplinaire bekostiging wordt beëindigd, nogmaals worden onderzocht of tariefregulering gewenst is.

Stap 2. Doorontwikkelen en blijven monitoren

Na vaststelling van de beleidsregel volgens Stap 1 is er ruimte om de integrale bekostiging verder door te ontwikkelen. Zo dient er een oplossing gevonden te worden voor knelpunten waar IGO's de afgelopen jaren tegenaan zijn gelopen; zie hiervoor de evaluatie en het aanpakken van knelpunten in hoofdstuk 3. Daarnaast zullen we blijven evalueren of verdere aanpassingen in het beleid voor de integrale bekostiging van de geboortezorg (prestatiestructuur of regelgeving) wenselijk zijn. Hierbij zal altijd een afweging gemaakt worden tussen stabiliteit/reguleringszekerheid en de opbrengst van een eventuele aanpassing in de prestatiestructuur.

Uit de gesprekken met partijen vernemen we een aantal denkrichtingen of eerste gedachtes bij andere vormen van integrale bekostiging. Op dit

[20] RIVM. *Integrale bekostiging geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten.* 2020.

moment zijn het nog niet meer dan ideeën die we met zorgaanbieders en zorgverzekeraars nader kunnen gaan uitwerken. Voorbeelden zijn:

- het verder samenvoegen van de huidige negen prestaties, onder andere met als doel om de structuur eenvoudiger te maken;
- het beter aansluiten van de prestaties op kwaliteitsindicatoren om het gesprek over kwaliteit beter te faciliteren;
- het werken met vormen van hoofd- en onderaannemerschap;
- het financieren van VSV's, netwerkorganisaties of zorggroepen.

Om stabiliteit te behouden en tegelijk innovatie de kans te geven zullen we regio's, die met andere vormen van integrale bekostiging willen werken, zoveel mogelijk via andere routes ruimte bieden. Te denken valt aan de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. Mochten aanbieders hiermee aan de slag willen, is het – zo leren we uit de evaluatie – belangrijk dat zij ondersteuning hebben van zorgverzekeraars. Geslaagde innovaties kunnen dan worden meegenomen in de verdere doorontwikkeling van de reguliere integrale bekostiging.

In de periode van doorontwikkelen zullen we de ontwikkelingen rondom integrale bekostiging ook blijven monitoren. We vinden het belangrijk om te komen tot een integraal bekostigingsmodel waarin alle belangrijke lessen en ervaringen zijn uitgewerkt. Verdere monitoring is nodig om nog beter te onderzoeken wat de impact is van de vorm van integrale bekostiging waar nu mee wordt geëxperimenteerd. Regio's die de komende jaren nog aan de slag willen met alternatieve vormen zullen ook gemonitord worden. We adviseren om deze monitoring door een onafhankelijke partij te laten uitvoeren. Daarnaast benadrukken we het belang van een platform waar geleerde lessen (best practices) in een regio snel en makkelijk kunnen worden gedeeld met andere regio's. Dit verlaagt de transitiekosten die regio's nu nog steeds blijken te maken.

Indien uit de evaluatie blijkt dat integrale bekostiging leidt tot een vermindering van de kwaliteit van zorg, zullen we adviseren tot een heroverweging van dit advies. De roadmap zal dan ook worden herzien. We hebben nadrukkelijk gekozen voor de voorwaarde dat integrale bekostiging niet mag leiden tot een vermindering van de kwaliteit van zorg. Met een integrale bekostiging willen we bijvoorbeeld ook bijdragen aan de beweging rondom JZOJP en een doelmatige besteding van middelen. Als de kwaliteit van zorg gelijk blijft (niet vermindert), maar de zorg wel meer cliëntgericht kan worden, met minder middelen of kosten zien we dit ook als een mooi resultaat.

Stap 3. Aanpakken van de uitvoeringsvraagstukken

Deze stap bestaat uit het verzamelen van alle uitvoeringsvraagstukken en het aanpakken hiervan. Aangezien de vraagstukken bij verschillende partijen liggen, adviseren wij om een soort sector brede taskforce op te richten die alles overziet. Vervolgens kan per vraagstuk een actiehouder worden aangewezen. Deze stap loopt gelijk met stap 2, omdat een aantal uitvoeringsvraagstukken ook in stap 2 worden aangepakt. Beide stappen zullen in samenwerking met de taskforce worden uitgevoerd.

Stap 4. Voorbereiden op integraal bekostigen alle geboortezorg

In stap vier bereiden we ons voor op het beëindigen van de monodisciplinaire bekostiging en het integraal bekostigen van de volledige geboortezorg. We verwachten dat we met bovenstaande stappen medio 2025 de doorontwikkeling van de integrale bekostiging

zullen hebben afgerond en een bekostiging kunnen vaststellen die in de daaropvolgende jaren stabiel zal blijven. Uiteraard kunnen in de jaren die daarop volgen kleinere aanpassingen worden gemaakt op basis van de jaarlijkse beleidscyclus.

Om partijen in opmaat naar 2028 zoveel mogelijk te faciliteren en de transitiekosten laag te houden, lijkt het ons verstandig dat gedurende deze periode een transitieplan wordt opgesteld. Dit plan voorziet partijen in de stappen die zij als organisatie moeten zetten om zich voor te bereiden op de integrale bekostiging en legt ook vast welke ondersteuning hiervoor zal zijn vanuit verschillende partijen. Het is nog te vroeg om vast te stellen wat precies in het implementatieplan moet komen te staan. Dit is afhankelijk van de vorm van integrale bekostiging en de uitwerking van de uitvoeringsvraagstukken. Het lijkt ons wenselijk dat de taskforce verantwoordelijk wordt gesteld voor de ontwikkeling van het transitieplan. De sector zelf heeft bovendien de kennis en expertise hiervoor.

Onderdeel van deze stap is ook het evalueren of de kwaliteit van zorg niet is verminderd. Ook zal nogmaals worden onderzocht of tariefregulering wenselijk is.

Stap 5. De transitiefase begint

In een transitiefase van 2,5 jaar krijgen partijen de ruimte om hun organisatie en systemen – voor zover nodig – aan te passen aan het integraal bekostigingsmodel, en op basis hiervan afspraken te maken. Wij verwachten dat veel partijen al eerder dan het jaar 2028 zullen werken met de integrale bekostiging en dat het transitieplan hen hierbij assisteert. We zien immers uit de huidige evaluatie dat de overstap tijd vergt.

Uiteindelijk kan per 1 januari 2028 de monodisciplinaire bekostiging beëindigd worden en de geboortezorg volledig integraal bekostigd worden.

Bijlage 1. Consultatie

De NZa heeft het adviesrapport bekostiging integrale geboortezorg met zorgvuldigheid opgesteld. We achten het belangrijk dat veldpartijen betrokken zijn bij het adviesrapport en de mogelijkheid krijgen om te reageren op het adviesrapport. Verschillende veldpartijen en brancheorganisaties hebben wij geconsulteerd. Daarnaast hebben we met verschillende andere partijen contact gehad over ons concept advies, waaronder NOVEZ en EVAA. Hieronder hebben we in het kort de reactie per organisatie proberen samen te vatten en beschrijven we de belangrijkste thema's van veldpartijen die in veel reacties terugkomen.

Op 9 juli 2020 heeft vervolgens nog een bestuurlijk overleg met de sector plaatsgevonden. Daarin waren alle partijen het erover eens dat integrale geboortezorg het doel is, en niet integrale bekostiging. Alle partijen waren het ermee eens dat we gezamenlijk de schouders eronder moeten zetten om de kwaliteit en veiligheid van de geboortezorg te verbeteren. Om de zorgvraag van de zwangere vrouw in de bekostiging echt centraal te kunnen stellen is hiervoor de inzet van alle partijen noodzakelijk. Met vertrouwen en een oplossingsgerichte aanpak zal het lukken om met een integrale bekostiging de zwangere vrouw en haar ongeboren kind centraal te stellen.

Reactie per organisatie

Geconsulteerde veldpartijen en brancheorganisaties	
IGO's	De IGO's zijn blij met de stip op de horizon. Termijn van zes jaar om te ontdekken wat de beste vorm is, is reëel, mits in deze periode verbeteringen in de administratieve processen worden gerealiseerd. Aandachtspunten voor doorontwikkeling: administratieve lasten, bundelbrekers en organisatievorm van IGO's.
CPZ	Het CPZ is blij met de stip op de horizon, maar vindt het belangrijk dat de randvoorwaarden worden geregeld, voordat de integrale bekostiging de monodisciplinaire bekostiging vervangt. De regio's hebben begeleiding en ondersteuning nodig om de stap naar integrale bekostiging te kunnen maken.
Federatie van VSV's	De Federatie van VSV's benadrukt dat zij volledig staan voor integrale zorg. Ze zijn er echter niet van overtuigd dat een integrale bekostiging van de geboortezorg hieraan bijdraagt en zijn op basis van hun ervaringen kritisch op (genoemde voordelen van) integrale bekostiging, ten opzichte van de monodisciplinaire bekostiging. Als alternatief stelt de Federatie voor om de VSV's financieel te ondersteunen, zodat zij integrale zorg kunnen faciliteren.
Bo Geboortezorg	Bo Geboortezorg zegt tegen Integrale Bekostiging 'Nee tenzij' alle problemen zijn opgelost en bewijs is geleverd dat integrale bekostiging beter is dan monodisciplinaire bekostiging.
NVOG	De NVOG steunt de visie van de NZa dat het noodzakelijk is om op termijn af te stappen van de monodisciplinaire bekostiging. Uitdaging voor succesvolle implementatie: Hoe laten we

	zorgverleners zelf de voordelen inzien van integrale bekostiging? Voorstel: stel een roadmap op en richt een taskforce op.
KNOV	KNOV herkent zich niet in het conceptadvies. Volgens hen is er onvoldoende onderbouwing om aan te sturen op volledige integrale bekostiging per 2028. Er is sprake van onvoldoende draagvlak in het veld voor een "*eenzijdige*" beweging naar integrale bekostiging.
NVZ	NVZ herkent veel van de beschreven punten en kan zich op hoofdlijnen vinden in de aanbevelingen die de NZa doet. NVZ onderschrijft dat het bieden van zorg volgens de Zorgstandaard een vorm van integrale bekostiging vergt. Ook het afschaffen van de monodisciplinaire bekostiging kan de integrale organisatie van de geboortezorg bevorderen.
BEN	BEN neemt geen standpunt in over het advies, maar vraagt zich wel af wat de werking of effecten zijn van integrale bekostiging voor echocentra. Verder signaleren echoscopisten risico's op marktmacht van IGO's (niet alle centra krijgen toegang tot integrale geboortezorg organisaties, maar ook niet tot alle VSV's).
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Zorgverzekeraars reageren verdeeld op het advies. Een deel van de zorgverzekeraars kan zich vinden in de lijn van het advies en het voorgestelde proces. Een ander deel van de zorgverzekeraars stelt zich kritisch op. Zij geven hierbij aan niet tegen een integrale bekostiging te zijn, maar vragen zich af of de effecten al voldoende in beeld zijn.
Patiëntenfederatie Nederland (PF)	PF ziet in het conceptadvies geen aanwijzingen dat de veiligheid bij integrale bekostiging verbetert. Zij vindt de conclusies om integrale bekostiging in te voeren te voorbarig en dat terughoudendheid is geboden. PF is tegen het advies om per 2028 de geboortezorg volledig integraal te bekostigen.
NFU	De NFU vindt het belangrijk dat de kwaliteit van zorg optimaal is en ondersteunt initiatieven die de kwaliteit en veiligheid van zorg verbeteren. Dit wordt niet aangetoond in het concept advies (resultaten van het RIVM-onderzoek waren destijds niet bekend). Als integrale bekostiging de toekomst wordt, is het noodzakelijk dat de administratieve lasten verminderen en dat voldaan wordt aan de randvoorwaarden die partijen stellen. Er moet ook rekening gehouden worden met de derdelijnszorg (zorg die de umc's leveren) en met eventuele veranderingen in de medisch-specialistische zorg.
ZIN	Het Zorginstituut is er van overtuigd dat een goede samenwerking tussen professionals de kwaliteit van de zorg verbetert. Ze zijn wel van mening dat voor het succesvol invoeren van een integraal tarief de samenwerking eerst op gang moet zijn gekomen. Een goede samenwerking is volgens hen randvoorwaardelijk voor het doen slagen van integrale bekostiging.
LHV/VVAH/Perined	Het tijdpad geeft huisartsen en andere zorgverleners voldoende ruimte om zich aan te passen in de nieuwe integrale omgeving.

	Huisartsen herkennen voordelen en problemen van de integrale bekostiging. Het is duidelijk dat er op termijn alleen gewerkt kan worden in de geboortezorg vanuit een IGO.

Reactie op eigen initiatief van partij	
Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam Amstelland (EVAA)	Het huidige conceptadvies mist volgens EVAA beschrijving van de gewenste behaalde kwaliteitsresultaten en (evidence based) onderbouwing dat IB deze zal bereiken. Zij constateren dat de evaluatie van het experiment EI-367 Stedelijke integrale geboortezorg (SIG) onder 'Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten' niet is meegenomen in het concept evaluatierapport. Het niet starten van dit volledig uitgewerkte experiment toont aan dat niet vertrouwen, maar institutionele processen, de mogelijkheid voor innovatie en substitutie bepalen. EVAA ziet de waarde van preventieve zorg geenszins geborgd binnen dit ongelijke speelveld en binnen het conceptadvies van de NZa.
Nederlandse Organisatie Verloskundigen En Zwangeren (NOVEZ)	NOVEZ is van mening dat door invoering van integrale bekostiging de eerstelijns verloskunde zal verdwijnen, waardoor hospitalisering en medicalisering, en daarmee de kosten van de zorg, in fors tempo zal toenemen. Juist de financieel onafhankelijke eerste lijn van verloskundigen en huisartsen zorgen voor een hoog kwalitatieve, persoonlijke en zuinige zorg die complementair is aan de tweede lijn. NOVEZ en haar leden zijn mordicus tegen dit NZa advies en wij zullen er alles aan doen om deze plannen tegen te houden, dus het afbreukrisico van dit op Amerikaanse leest geënte tekentafelmodel is torenhoog.

Belangrijkste thema's die in veel reacties terugkomen

Tijdsbestek evaluatie experiment integrale geboortezorg is onvoldoende om effecten in kaart te brengen

Diverse partijen benadrukken dat het experiment onder de Beleidsregel integrale geboortezorg nog onvoldoende de positieve effecten van integrale bekostiging laat zien. Reden hiervoor is de opstart- of transitiefase waarin IGO's zich bevinden. Er is behoefte aan meer ervaring om de effecten van dit experiment goed in kaart te brengen. Als NZa delen we dat de evaluatie van het experiment alleen toeziet op de eerste opstartjaren. Sommige partijen stellen voor om het experiment te verlengen en zich eerst verder te laten bewijzen voordat integrale bekostiging structureel mogelijk wordt gemaakt. Het is echter niet mogelijk om het experiment te verlengen, aangezien wettelijk de tijd van een experiment is begrensd.

Bovendien willen de IGO's en zorgverzekeraars hiermee doorgaan, ze willen niet meer terug naar de oude situatie. De evaluaties bevestigen de eerste licht positieve ontwikkelingen. Ook is er behoefte aan een toekomstperspectief om de uitdagingen rondom integrale geboortezorg

en bekostiging op te lossen. Met de omzetting van experiment naar reguliere integrale geboortezorg wordt perspectief geboden om verder te werken aan de grote gesignaleerde uitvoeringsvraagstukken waarvoor structurele veranderingen nodig zijn.

Onderbouwing van invoering van een vorm van integrale bekostiging

Idealiter zou men bij de invoering van een vorm van integrale bekostiging een waterdichte onderbouwing wensen. Het experiment onder de Beleidsregel integrale geboortezorg is slechts door een beperkt aantal VSV's opgepakt. Tijdens de consultatie is door partijen vaak genoemd dat het experiment te weinig bewijs heeft opgeleverd voor de invoering van een vorm van integrale bekostiging en het afschaffen van de monodisciplinaire bekostiging per 2028.

Wij begrijpen deze zorgen en hebben daarom in het adviesrapport het belang van het monitoren en evalueren van vormen van integrale bekostiging sterker benadrukt. Voordat we de monodisciplinaire bekostiging beëindigen, nemen we nog een aantal jaren de tijd. Ook hebben we in het advies opgenomen dat het advies heroverwogen moet worden, mocht de integrale bekostiging leiden tot een verminderde kwaliteit van zorg. De suggestie om de roadmap van 'harde' mijlpalen te voorzien, die eerst gehaald moeten worden voordat een volgende stap gezet kan worden, hebben wij niet overgenomen. We verwachten dat dit construct onvoldoende beweging op gang brengt en veldpartijen weinig stimuleert om de zorg anders in te richten.

Vorm van bekostiging in relatie tot doelstellingen binnen geboortezorg

Enkele partijen zetten vraagtekens bij het idee om de bekostigingssystematiek te veranderen om de gewenste doelstellingen binnen geboortezorg te realiseren. Deze reactie hangt samen met het volgens hen ontbrekende bewijs voor de effecten van integrale bekostiging. Verder benadrukken partijen dat integrale bekostiging niet het doel, maar een middel is voor integrale geboortezorg. We begrijpen dat dit een lastig punt is en delen dat de bekostiging slechts een middel is om samenwerking, substitutie en de kwaliteit binnen geboortezorg te faciliteren en/of te stimuleren, in ieder geval niet te beperken. Het zijn uiteindelijk de zorgprofessionals zelf die verantwoordelijk zijn voor het succes van de samenwerking. De reikwijdte van de NZa beperkt zich tot de bekostigingssystematiek. Buiten de bekostiging om dienen partijen (ook) stappen te zetten om de doelstellingen binnen de geboortezorg te realiseren (oftewel integrale geboortezorg). Samengevat delen we dat een integrale bekostiging niet het doel is, maar één van de middelen om te komen tot integrale geboortezorg en daardoor tot een betere samenwerking binnen geboortezorg.

Ervaringen van zorgverzekeraars met het experiment integrale geboortezorg

Ondanks dat we zorgverzekeraars hebben betrokken in de evaluatie en het adviestraject, hadden we hun ervaringen niet overal voldoende besproken in het concept evaluatie- en adviesrapport. Zowel in het evaluatie- als adviesrapport zijn nu de ervaringen van zorgverzekeraars beschreven. Daarnaast hebben we de risico's op monopolievorming en de kritische noot bij congruent gedrag bij zorgverzekeraars ook toegevoegd.

Uitvoeringsvraagstukken van integrale bekostiging

Alle partijen benadrukken en benoemen in hun reacties verschillende uitvoeringsvraagstukken voor integrale bekostiging. Dit laat zien hoe

belangrijk het is om te werken aan vraagstukken voor het leveren van integrale geboortezorg en voor integrale bekostiging. Naar aanleiding van de reacties hebben we de uitvoeringsvraagstukken in het adviesrapport wat verder uitgewerkt. Belangrijke aanvullingen zijn gerelateerd aan het risico op monopolievorming en keuzebeperkingen bij zwangere vrouwen. Verder signaleren we dat een groot aantal uitvoeringsvraagstukken van integrale bekostiging eigenlijk primair van toepassing zijn op het leveren van integrale geboortezorg. Ook hebben we toegevoegd dat het ons van belang lijkt dat een sector brede *taskforce* veldpartijen ondersteunt bij de transitie naar integrale bekostiging.

Waarborgen dat machtsmisbruik wordt voorkomen

Een aantal zorgverzekeraars heeft hun zorgen geuit over het risico op monopolievorming bij IGO's. Ook specifiek de branchevereniging BEN ziet dat echocentra belemmerd worden om toe te treden tot IGO's (en VSV's). We hebben hier aandacht aan gegeven in het adviesrapport.

Congruentie vanuit zorgverzekeraars in transitiefase

IGO's, en VSV's die van plan waren om over te gaan naar een IGO, hebben aangegeven dat zij veel last hebben ondervonden door de verschillende contractvoorwaarden van zorgverzekeraars en specifiek de afspraken over bundelbrekers. Deze administratieve last was aanleiding voor het verzoek om congruentie aan de kant van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben ons verzocht kritisch te zijn op congruent gedrag bij zorgverzekeraars. Wegens specifieke redenen vinden zij congruent gedrag niet wenselijk, of alleen op onderdelen. Zij zien verder liever dat congruent gedrag zoveel mogelijk wordt opgenomen in landelijk beleid. We zijn het eens met zorgverzekeraars om hier specifieker in te zijn en hebben het stuk over congruent gedrag aangepast.

Overige uitvoeringsvraagstukken

Partijen noemen ook een aantal overige uitvoeringsvraagstukken bij integrale bekostiging. Voorbeelden zijn de in- of exclusie van derdelijnszorg, de mogelijkheid om in een andere organisatievorm (dan de huidige IGO's hebben) met integrale bekostiging te werken en de organisatie van de geboortezorg in relatie tot overige zorgvormen. We benoemen dat er juist ruimte bestaat om in een andere vorm dan een IGO te experimenteren met integrale bekostiging. De overige specifieke punten zijn nog niet uitgewerkt in dit adviesrapport, maar zullen in het vervolg nader worden bekeken.

Bijlage 2. Afkortingen

ACM	Autoriteit Consument en Markt
BEN	Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland
CPZ	College Perinatale Zorg
ctg	cardiotocogram
dbc	diagnose-behandelcombinatie
EVAA	Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam Amstelland
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IGO	integrale geboortezorgorganisatie
JZOJP	Juiste Zorg Op de Juiste Plek
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NOVEZ	Nederlandse Organisatie Verloskundigen En Zwangeren
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PF	Patiëntenfederatie Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Stuurgroep	Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte
SWING-studie	Samen leren van de dagelijkse praktijk op weg naar Waardegedreven Integrale Geboortezorg
UMC	Universitair Medische Centrum
VSV	verloskundig samenwerkingsverband
VVAH	Vereniging van verloskundig actieve huisartsen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIG	Zorgstandaard Integrale Geboortezorg
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland