

Experiment integrale bekostiging van de geboortezorg

Evaluatie over de periode 2017-2019

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Onderzoeksvragen en bronnen	5
3. Contracten tussen IGO's en zorgverzekeraars	6
4. RIVM evaluatie kosten en kwaliteit	10
5. Interviews met IGO's, zorgverzekeraars en VSV's	11
6. Cliëntvragenlijst keuzevrijheid	22
Bijlage 1 Vragenlijst IGO's	27
Bijlage 2 Vragenlijst zorgverzekeraars	28
Bijlage 3 Vragenlijst VSV's	29
Bijlage 4 Vragenlijst keuzevrijheid	30

1. Inleiding

Sinds 2017 kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over integrale bekostiging van geboortezorg, op basis van de Beleidsregel integrale geboortezorg [BR/REG-18150](#) (hierna: de beleidsregel). Dit houdt in dat de zorgverzekeraar met een integrale geboortezorgorganisatie (IGO) tarieven afspreekt voor integrale prestaties waarin de zorg van verschillende disciplines (onder andere de verloskundige, gynaecoloog en kraamhulp) is samengenomen. In de prestaties wordt onderscheid gemaakt tussen de fasen van de zwangerschap (prenatale, natale en postnatale fase) en tussen reguliere en complexe zwangerschappen. Onderstaande tekstbox geeft een korte beschrijving van de inhoud van de beleidsregel en de prestaties.

Tekstbox Beleidsregel integrale geboortezorg

De beleidsregel beschrijft de prestaties waarmee zorgaanbieders en zorgverzekeraars een experiment integrale bekostiging van de geboortezorg kunnen starten. Voornaamste doel is het bevorderen van de samenwerking tussen aanbieders.

De beleidsregel bevat de volgende prestaties:

1. Begeleiding eindigend voor 16 weken zwangerschap inclusief nazorg
2. Geboortezorg prenataal
3. Geboortezorg prenataal complex
4. Geboortezorg nataal
5. Geboortezorg nataal intramuraal op eigen verzoek
6. Geboortezorg nataal complex
7. Geboortezorg postnataal
8. Geboortezorg postnataal complex
9. Kraamzorg postnataal per uur

Voor deze prestaties gelden vrije tarieven. Deze kunnen alleen in rekening worden gebracht wanneer de zorgaanbieder en zorgverzekeraar een schriftelijke overeenkomst hebben afgesloten. De tarieven kunnen niet in rekening worden gebracht als voor dezelfde cliënt al een monodisciplinaire prestatie in rekening is gebracht (paralliteitverbod). Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen hier in het contract van afwijken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft deze bekostigingsvorm in 2016 mogelijk gemaakt met als doel de samenwerking in de geboortezorg verder te stimuleren.¹ De bekostigingsvorm is mogelijk gemaakt op grond van artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg en betreft daarmee een experiment, dat loopt van 2017 tot en met 2021. De NZa heeft een wettelijke verplichting om het experiment onder de beleidsregel te evalueren. In dit rapport beschrijven we de belangrijkste resultaten van deze evaluatie. We betrekken hierin ook de resultaten van het RIVM-onderzoek naar de effecten van de integrale bekostiging van de geboortezorg.

¹ Ministerie van VWS. Kamerbrief Voorhang integrale bekostiging geboortezorg. 31 mei 2016. Kenmerk 958232-149542-CZ.

Inmiddels wordt in acht regio's door middel van een IGO gewerkt en gedeclareerd volgens de beleidsregel. In alle andere regio's worden individuele aanbieders (ziekenhuizen, verloskundigenpraktijken, kraamzorgorganisaties en andere betrokken aanbieders) separaat betaald via de reguliere monodisciplinaire bekostigingen. In alle regio's bestaan wel zogeheten Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) waarin aanbieders afspraken maken over met name kwaliteit (bijvoorbeeld implementatie van protocollen) en samenwerking. Er zijn ongeveer 75 VSV's in Nederland. De VSV's zijn veelal geconcentreerd rondom een specifiek ziekenhuis.

De acht IGO 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 van deze zorgaanbieders. De beleidsregel legt alleen prestaties vast. Wat de organisatievorm is van de IGO die de geboortezorg aanbiedt is aan de IGO zelf. Het zou bijvoorbeeld ook een vorm kunnen zijn waarbij zorgprofessionals in loondienst zijn en/of waar wordt gewerkt met onderaannemerschap.

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 beschrijven we onze onderzoeksvragen met daarbij de gebruikte bronnen. In hoofdstuk 3 t/m 6 beschrijven we de belangrijkste resultaten per informatiebron; de contracten tussen zorgverzekeraars en IGO's (hoofdstuk 3); data analyses van het RIVM over kwaliteit en kosten (hoofdstuk 4); interviews met IGO's, zorgverzekeraars en VSV's (hoofdstuk 5); cliëntvragenlijst over keuzevrijheid (hoofdstuk 6).

2. Onderzoeksvragen en bronnen

We onderscheiden twee hoofddoelstellingen voor de evaluatie van het experiment:

1. Inzicht krijgen in de effecten van integrale bekostiging van de geboortezorg als input voor besluitvorming op landelijk niveau;
2. Inzicht krijgen in het functioneren van de integrale bekostigingssystematiek in de geboortezorg en de daarin beschreven productstructuur en regels.

Deze hoofddoelstellingen zijn omgezet in zes onderzoeksvragen:

1. Hoe wordt integrale bekostiging vormgegeven in contracten?
2. Wat is het effect van integrale bekostiging op de kwaliteit en kosten van de zorg?
3. Wat is het effect van integrale bekostiging op de mate van samenwerking?
4. Hoe ervaren betrokken partijen de productstructuur en regels zoals omschreven in de beleidsregel?
5. Wordt aan randvoorwaarden voldaan en/of treden risico's op in de praktijk?
6. Wat is het effect van de integrale bekostiging van de geboortezorg op de keuzevrijheid van zwangere vrouwen?

Onderstaande tabel geeft weer hoe deze onderzoeksvragen zijn verwerkt in de verschillende hoofdstukken van dit rapport en welke informatiebron daarvoor is gebruikt. Details over de methodiek zijn voor zover nodig opgenomen in genoemde bijlagen.

Onderzoeksvraag	Hoofdstuk	Informatiebron	Bijlage
1. Contracten	3	- Contracten IGO's- zorgverzekeraars 2017-2019 (analyse NZa)	n.v.t.
2. Kwaliteit en kosten	4	- Kwantitatieve analyse RIVM - Interviews met IGO's en zorgverzekeraars (NZa)	1
3. Samenwerking	5	- Interviews met IGO's, niet- IGO's en zorgverzekeraars (NZa)	1, 2 en 3
4. Productstructuur en regelgeving	5	- Interviews met IGO's en zorgverzekeraars (NZa) - Bundelbrekers analyse op basis van Vektis data (NZa)	1
5. Randvoorwaarden	5	- Interviews met IGO's, niet- IGO's en zorgverzekeraars (NZa)	1 en 2
6. Keuzevrijheid	6	- Vragenlijst over keuzevrijheid	4

3. Contracten tussen IGO's en zorgverzekeraars

Dit hoofdstuk bevat een analyse van de contracten tussen zorgverzekeraars en de IGO's die gebruik maken van de beleidsregel. We hebben gebruik gemaakt van contracten die in de jaren 2017 t/m 2019 van kracht waren. Voor de jaren 2017 en 2018 hebben we de contracten van drie grote zorgverzekeraars met IGO's geanalyseerd.² Voor 2019 hebben we daarnaast ook de contracten van een aantal kleine zorgverzekeraars met IGO's onderzocht. We kunnen hiermee een goed landelijk beeld schetsen van de opzet van contractafspraken over integrale geboortezorg in de periode 2017-2019.

In het eerste jaar (2017) werden contracten voor één of twee jaar afgesproken. Het merendeel van de zorgverzekeraars sloot in 2019 éénjarige contracten af. Eén zorgverzekeraar sloot meerjarencontracten af tot en met 2021. Veelal spreken zorgverzekeraar en IGO in de contracten de intentie uit om ook na de contractperiode door te gaan met integrale bekostiging. Hieronder lichten we voor een aantal thema's toe welke afspraken in de contracten zijn gemaakt.

Kwaliteit

Er worden in de contracten algemene kwaliteitsafspraken gemaakt, zoals afspraken over kwaliteitsstandaarden, bijscholing, continuïteit en tijdigheid van zorg, afspraken over waarneming, transparantie, richtlijnen, BIG registratie, deelname aan Perined registraties en een uniforme klachtenregeling. Daarnaast worden een goede gegevensuitwisseling (online dossier), de invoering van de [Zorgstandaard Integrale Geboortezorg](#) en afspraken over de patiënttevredenheid (te meten door middel van vragenlijsten) genoemd in de contracten.

Er worden ook specifiekere afspraken gemaakt, die sterk wisselen per contract. Te denken valt aan afspraken over integrale huisbezoeken (met onder andere aandacht voor preventie en samenwerking met diverse partijen), over voorlichting (folder, preconceptieconsulten), maar ook aan meer zorginhoudelijke afspraken zoals het verminderen van fluxus (bloedverlies), het verminderen van verwijzingen naar de tweede lijn, of het verhogen van het percentage vrouwen dat borstvoeding geeft. Soms is er een specifieke doelstelling geformuleerd, bijvoorbeeld in de vorm van een procentuele afname. We zien in de contracten geen beloningsafspraken (in de vorm van een hoger tarief of budget) voor het behalen van specifieke kwaliteitsdoelen.

Totale omzet

In alle contracten wordt er gestuurd op beheersing van totale omzetten en van financiële risico's. De contracten bieden de zorgaanbieders en zorgverzekeraars financiële zekerheid in de transitiefase. Zo wordt de schadelast van de integrale prestaties vergeleken met de schadelast op

² De belangrijkste resultaten van de contractanalyse over 2017 zijn verwerkt in de rapportage "Contractafspraken integrale bekostiging geboortezorg 2017". https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3662_22/1/

basis van de monodisciplinaire prestaties of met de totale schadelast uit voorgaande jaren. Naast enkel een vergelijking wordt er in nagenoeg alle contracten kostenneutraliteit afgesproken ("*vangnetregeling*"). Bij over- of onderschrijding van de verwachte schadelast (of de overeengekomen bandbreedte van de schadelast) overleggen de zorgverzekeraar en de IGO over de mogelijke redenen van de over- of onderschrijding. Een onderwerp van overleg kan bijvoorbeeld aanpassing in verwijsgedrag zijn. Partijen gaan er dus voor wat betreft vergoedingen bij gelijkblijvende patiënten aantallen niet significant op voor- of achteruit.

In een paar contracten worden andere afspraken gemaakt. Een voorbeeld: als de IGO met de integrale bekostiging meer inkomsten genereert dan zij volgens de bekostiging via monodisciplinaire prestaties zou hebben gehad, hoeft de IGO geen bedrag aan de verzekeraar terug te betalen. De IGO kan het verschil dan investeren in kwaliteit en/of exploitatie doeleinden.

Verhouding tussen reguliere en complexe prestaties

In een deel van de contracten tussen zorgverzekeraars en IGO's is een afspraak gemaakt over de verhouding tussen complexe en reguliere prestaties. Zo hebben IGO's met zorgverzekeraars specifieke percentages afgesproken over deze verhouding of wordt afgesproken deze verhouding te vergelijken met een eerder jaar. Bij afwijkingen van de afspraak gaan partijen in gesprek over verklaringen en oplossingen.

In een aantal gevallen berekenen de IGO en zorgverzekeraar de gemiddelde kosten per zwangerschap (voor een deelfase). Indien de gemiddelde kosten hoger zijn dan de afgesproken gemiddelde kosten, dan betaalt de zorgaanbieder een bedrag terug op verzoek van de zorgverzekeraar. Aangezien de tarieven van een reguliere prestatie lager zijn dan de tarieven van een complexe prestatie, is dit nog een alternatieve manier om de verhouding tussen reguliere en complexe prestaties te monitoren (en er ook financiële consequenties aan te verbinden). Enerzijds kan hiermee gestuurd worden op het voorkomen van onnodige zorg, anderzijds is er ook een risico op onderbehandeling.

(Tijdelijke) meerkosten

De start van een IGO gaat gepaard met meerkosten. In alle contracten tussen 2017 en 2019 staat dat de zorgverzekeraar meerkosten, al dan niet gedeeltelijk, vergoedt. Hierbij valt te denken aan kosten voor gezamenlijke dossiervorming, voor juridische vraagstukken, extra personeelsinzet en communicatie. In een aantal contracten staat dat de IGO een lagere vergoeding voor meerkosten krijgt als de IGO ook een vergoeding ontvangt van de taskforce geboortezorg, het College Perinatale Zorg (CPZ)³ of het ministerie van VWS.

De benaming voor deze meerkosten verschilt (transitiekosten, overheadkosten of opslag), waarbij veelal ook niet expliciet wordt gemaakt of het gaat om tijdelijke of structurele meerkosten. In de contracten is wel beschreven dat de vergoeding voor meerkosten tijdelijk van aard is. De vergoeding komt in meerdere varianten voor: een vast bedrag per zwangerschap of zwangere vrouw, een opslag op de tarieven per zwangerschap of zwangere vrouw of een vast totaal jaarbedrag. Er wordt in de contracten overeengekomen dat vanaf 2021 deze

³ Het CPZ is een netwerkorganisatie, opgericht door Bo Geboortezorg, KNOV, NVOG, NVK, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland, die de IGO's in het experiment integrale bekostiging van de geboortezorg – maar ook in brede zin integrale geboortezorg – ondersteunt.

vergoedingen (verder) worden afgebouwd. Een enkele IGO zou geen vergoeding meer krijgen.

Bundelbrekers

In de contracten van 2019 zijn er afspraken over (het voorkomen van) bundelbrekers opgenomen. Deze afspraken komen in een aantal varianten voor:

1. Interne bundelbrekers⁴: Afgesproken wordt dat de integrale prestatie voorrang heeft op een monodisciplinaire prestatie. De integrale prestatie wordt dus vergoed aan de IGO.
2. Externe bundelbrekers⁵: De IGO maakt waar mogelijk afspraken over onderlinge verrekening met de derde zorgaanbieder en bij voorkeur met zorgverleners waarmee veel wordt samengewerkt.
3. Externe bundelbreker: Bij een aantal (relatief goedkope) monodisciplinaire prestaties vormt de monodisciplinaire prestatie geen externe bundelbreker. De integrale prestatie en de monodisciplinaire prestatie worden beide vergoed. Soms wordt er een maximumbedrag per verzekerde gehanteerd. Bij de monodisciplinaire prestaties die niet zijn opgenomen in het contract, wordt de integrale prestatie afgewezen door de zorgverzekeraar en moet de IGO de monodisciplinaire prestaties declareren.
4. Externe bundelbreker: wanneer de IGO al weet dat er een parallelle (monodisciplinaire) prestatie van een zorgaanbieder buiten de IGO wordt gedeclareerd (bijvoorbeeld door verhuizing van een cliënt), dan moet de IGO gelijk de monodisciplinaire prestaties declareren.

Keuzevrijheid

In bijna alle contracten zijn afspraken gemaakt over de waarborging van de keuzevrijheid van de cliënt. Eén verzekeraar heeft hierover geen afspraken gemaakt in de contracten.

De keuzevrijheid wordt op meerdere manieren gewaarborgd in de contracten. Overeengekomen wordt:

1. dat een IGO zoveel mogelijk overeenkomsten of samenwerkingsafspraken met andere zorgaanbieders moet sluiten zodat de keuzevrijheid voor de cliënt geborgd wordt;
2. dat de zorgaanbieder zorgdraagt voor het behoud van de keuzevrijheid van de cliënt. Een zorgaanbieder moet bijvoorbeeld zorgen dat een cliënt naar een andere zorgaanbieder buiten de IGO kan, als de cliënt aangeeft dit te willen;
3. dat de IGO de verzekerde waar mogelijk en mits medisch verantwoord keuzevrijheid in het zorgproces biedt. De IGO informeert de verzekerde daarbij actief over haar mogelijkheden. Hieronder wordt ook verstaan de keuzevrijheid van verloskundige, kraamzorgaanbieder of ziekenhuis, zelfs als die keuze inhoudt dat een deel van de zorg buiten de IGO om wordt afgenomen.

In alle contracten staat dat andere zorgaanbieders tot de IGO mogen toetreden. IGO's moeten hierin een open en transparant beleid hanteren.

⁴ Interne bundelbrekers: bundelbrekers die ontstaan doordat de IGO (of een van de IGO-deelnemers) een monodisciplinaire prestatie declareert, terwijl voor dezelfde cliënt ook een integrale prestatie gedeclareerd wordt door de IGO.

⁵ Externe bundelbrekers: bundelbrekers die ontstaan doordat een niet-IGO-aanbieder een monodisciplinaire prestatie declareert, terwijl voor dezelfde cliënt ook een integrale prestatie gedeclareerd wordt door de IGO.

Evaluatie van de IGO

In een aantal contracten zijn evaluatie-afspraken gemaakt. De evaluatie kan toezien op afgesproken kwaliteits- of doelmatigheidsafspraken. Daarnaast wordt in contracten van twee zorgverzekeraars genoemd dat de IGO zelf wordt geëvalueerd op een aantal onderwerpen. Onderwerpen van evaluatie zijn dan bijvoorbeeld de vraag of de waarde van geboortezorg is toegenomen, de organisatievorm van de IGO en knelpunten die de IGO (of de deelnemers daarvan) ervaart (ervaren).

4. RIVM evaluatie kosten en kwaliteit

Het RIVM heeft op basis van kwantitatieve analyses IGO's en vergelijkbare VSV's (niet IGO's) vergeleken op het gebied van het zorggebruik, de zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten. Het RIVM ziet een aantal effecten op het zorggebruik en zorguitgaven en geen (negatieve) effecten op de gezondheidsuitkomsten sinds de invoering van integrale bekostiging. Zo zijn er meer poliklinische bevallingen en minder ziekenhuisbevallingen bij IGO's, vergeleken bij niet-IGO's. Ook is er een lichte daling zichtbaar in het percentage inleidingen, al nam het aandeel secundaire keizersneden (hoger risico op complicaties) wel toe ten opzichte van de primaire keizersneden. 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 zelfs sprake van een lichte onderschatting van het effect, omdat de tijdelijke overheadkosten van de IGO's zijn meegenomen in de uitgaven. Alhoewel het RIVM aangeeft dat voor een goede evaluatie een langere onderzoeksperiode nodig is, laat de evaluatie een licht positief beeld zien van de effecten van integrale bekostiging. Dit ondanks dat de IGO's zich in een transitiefase bevinden. De transitiefase heeft geen significante impact op de zorguitkomsten, en de zorg is ook nog geleverd tegen lagere kosten.

Naast het kwantitatieve onderzoek heeft het RIVM, net als de NZa, ook een aantal gesprekken gevoerd met IGO's en zorgverzekeraars over hun ervaringen met integrale bekostiging. In het volgende hoofdstuk presenteren we de bevindingen op basis van de gesprekken die we hebben gevoerd met partijen. 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 verbeterlagen in de kwaliteit van zorg nog gemaakt moeten worden. Er is sprake van een start van een cultuuromslag. IGO's willen graag door met integrale bekostiging, maar hebben ook behoefte aan een duidelijk toekomstperspectief. Een uitgebreide uitwerking van het RIVM onderzoek is te vinden in het RIVM rapport 'Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten'.

5. Interviews met IGO's, zorgverzekeraars en VSV's

Wij hebben gesprekken gevoerd met IGO's die deelnemen aan de Beleidsregel integrale geboortezorg, met zorgverzekeraars en met VSV's. In een aantal gevallen hebben deze VSV's deelname aan het experiment of een andere vorm van integrale bekostiging overwogen.

5.1 Ervaringen met de integrale bekostiging van de geboortezorg bij IGO's

Gedurende 2019 hebben we interviews gehouden met alle acht IGO's. Hierbij moet worden opgemerkt dat de ervaringen van deze IGO's sterk gerelateerd zijn aan de door hen vaakst gekozen organisatievorm: een vorm van coöperatie. Omdat de meeste huidige IGO's deze vorm hebben gekozen, kunnen we helaas geen beeld geven van een IGO die in een andere organisatievorm opereert. Wel is duidelijk dat een dergelijke IGO andere ervaringen en opstartproblemen zou ervaren. Zo is het bijvoorbeeld in een organisatie met zorgverleners in loondienst makkelijker om bepaalde ICT-problemen op te lossen. Tijdens de interviews met de IGO's is gesproken met een vertegenwoordiging van de verschillende betrokken aanbieders (verloskundigenpraktijken, ziekenhuizen en kraamzorgorganisaties) en eventuele betrokken adviseurs (zie Bijlage 1).

In deze paragraaf vatten we de belangrijkste uitkomsten van de gesprekken samen met betrekking tot de ervaringen van IGO's met:

- samenwerking;
- de beleidsregel (prestaties en regelgeving);
- randvoorwaarden.

Samenwerking: De integrale bekostiging van de geboortezorg versterkt de samenwerking

Zorgaanbieders zijn gestart met een IGO en integrale bekostiging om de samenwerking tussen geboortezorgaanbieders en -professionals nog verder te versterken. Bovenliggend doel is dat de zorg voor moeder en (ongeboren) kind(eren) centraal staat. We horen van de IGO's dat zij ook ervaren dat de samenwerking tussen de deelnemende aanbieders verder is versterkt na de start van het experiment. Ter toelichting geven ze aan dat ze, door dit hele traject samen te doorlopen, elkaar goed leren kennen en inzicht krijgen in elkaars manier van werken. Deelnemers aan een IGO ervaren een grotere gezamenlijke verantwoordelijkheid, mede doordat het oprichten van een IGO gezamenlijke inspanning en doorzettingsvermogen vereist. Aanbieders geven ook aan dat ze elkaar binnen de IGO makkelijker en sneller weten te vinden dan voorheen. In een aantal regio's zijn hier na de start van de IGO ook specifieke acties op ingezet.

Tegelijkertijd wordt benoemd dat voorafgaand aan het experiment al een goede onderlinge samenwerking aanwezig was (en moet zijn om een dergelijk grote verandering in organisatiestructuur en financiën door te zetten). Sommige IGO's benoemen dat de goede samenwerking te maken heeft met de beperkte schaal en het beperkt aantal aanbieders in

een regio. Een goede samenwerking en vertrouwen in elkaar vormen volgens de IGO's dus belangrijke randvoorwaarden voor het starten met integrale bekostiging.

IGO's geven verder aan dat de transitiefase van monodisciplinaire bekostiging naar integrale bekostiging langer heeft geduurd dan oorspronkelijk gedacht. Hierdoor kunnen ze nog onvoldoende de vruchten plukken van de verbeterde samenwerking, zoals het (her)inrichten van taken en verantwoordelijkheden in het integrale zorgproces (substitutie van zorg of Juiste Zorg op de Juiste Plek). Als voorbeelden van taakherschikking zijn genoemd: de overheveling van de intakes en waar mogelijk de CTG naar de eerste lijn.

De beleidsregel: IGO's zijn voor nu tevreden met de prestatiestructuur; betere afhandeling van bundelbrekers noodzakelijk

De IGO's geven aan dat ze gewend zijn aan de productstructuur met negen deelprestaties. Er zijn ideeën over mogelijke veranderingen in de structuur (minder deelprestaties door samenvoegen van fases of complexe en reguliere prestaties), maar hier is nog beperkt over nagedacht. Op dit moment is er geen eenduidig beeld over gewenste aanpassingen. Veelal wordt gezegd dat men voorlopig de huidige negen deelprestaties wil behouden, omdat de administraties daar nu op zijn ingericht. Een nieuwe aanpassing zou vooral ongewenste extra administratielast met zich meebrengen.

Wat betreft de tarieven hebben we geen signalen ontvangen dat het principe van vrije tarieven niet goed werkt. Dit komt waarschijnlijk mede voort uit het feit dat de historische omzetten als basis zijn gebruikt voor de tariefberekening. Daarnaast zijn additionele afspraken gemaakt om de financiële risico's voor aanbieder en verzekeraar te beheersen.

Bundelbrekers

In de praktijk ervaren IGO's en zorgverzekeraars moeilijkheden met zogenaamde bundelbrekers. Bundelbrekers ontstaan zodra voor één cliënt zowel een integrale als monodisciplinaire prestatie wordt gedeclareerd en hier geen aanvullende afspraken over zijn gemaakt. In die situaties moet alle zorg op basis van monodisciplinaire prestaties in rekening worden gebracht ('breekt de bundel'). In de praktijk zorgt deze regel voor veel discussie en, mede vanwege problemen met informatie uitwisseling, voor extra administratieve lasten. Aanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat oplossingen noodzakelijk en mogelijk zijn. In onderstaande tekstbox gaan we hier nader op in.

Tekstbox Bundelbrekers

De beleidsregel

In de beleidsregel is onder artikel 5.3 en 5.4 een verbod op paralleliteit opgenomen. Dit betekent dat binnen één fase niet gelijktijdig een monodisciplinaire prestatie en een integrale prestatie die (deels) dezelfde zorg omschrijven, in rekening kunnen worden gebracht (dubbele bekostiging). In bijlage I van de beleidsregel (bekend als de "kruisjestabel") wordt expliciet gemaakt welke combinaties van monodisciplinaire prestaties en integrale prestaties niet in rekening gebracht mogen worden. Indien dit toch in de praktijk voorkomt, wordt de integrale prestatie afgekeurd. We spreken in dit geval van een bundelbreker. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen afwijken van

het verbod op parallelliteit indien zij hierover op schrift andere afspraken maken. Deze afwijkingsmogelijkheid geeft partijen in de regio de ruimte om maatwerkafspraken te maken.

Praktijkervaringen van IGO's

Het fenomeen bundelbrekers komt in alle regio's voor en wordt door alle IGO's benoemd als knelpunt. Dit komt vooral doordat zorgverzekeraar en IGO niet over dezelfde informatie beschikken. De zorgverzekeraar heeft declaratiedata van de niet-IGO aanbieders. De IGO heeft deze informatie niet. De IGO heeft andersom data van cliënten van andere zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar bezit deze informatie niet. Dit maakt het lastig om de gegevens over bundelbrekers te verwerken, te interpreteren en tot oplossingen te komen. Het zorgt voor vertraging in de verwerking van declaraties, en in extreme gevallen ook tot liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders binnen de IGO (declaraties worden lang na het verlenen van de zorg afgekeurd).

Resultaten van analyses op basis van Vektis

Op basis van Vektis-data van vier IGO's (over 2017 en 2018) hebben we geanalyseerd hoe vaak en welke zorg door niet-IGO aanbieders wordt gedeclareerd binnen één fase waarin de IGO een groot deel van de zorg levert. Situaties waarin IGO aanbieders *zelf* voor één cliënt monodisciplinaire en integrale prestaties declareren ('interne bundelbreker') zijn niet meegenomen. Dit zien we namelijk als (onbewuste) registratiefouten.

In onze analyse zien we dat bundelbrekers voorkomen in de prenatale en natale fase en niet of nauwelijks in de postnatale fase. In de prenatale fase breekt de bundel het vaakst door echo's (algemene termijnen echo) en prenatale screeningen (SEO, prenatale counseling). Ook de dbc "dagbehandeling(en) en/of meer dan 2 polibezoeken bij begeleiding zwangerschap" wordt relatief vaak door een niet-IGO aanbieder gedeclareerd naast IGO-declaraties. In de natale fase wordt de prestatie partusassistentie (kraamzorg) relatief vaak door een niet-IGO aanbieder gedeclareerd naast IGO-declaraties.

Oplossingsrichtingen

In overleg met partijen zijn verschillende oplossingsrichtingen besproken. IGO's en andere partijen geven prioriteit aan het oplossen van bundelbrekers via aanvullende contractafspraken met de zorgverzekeraar. Zo kan op lokaal niveau worden bepaald welke monodisciplinaire prestaties naast een integrale prestatie voor mogen komen. Hierbij merken we op dat deze oplossing slechts van tijdelijke aard kan zijn. De voorkeur van partijen gaat ook uit naar het corrigeren van tarieven van integrale prestaties voor zorg die door niet-IGO deelnemers wordt geleverd. Voor beide oplossingen is een betere en snellere informatie uitwisseling nodig tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Langere doorlooptijd declaraties integrale geboortezorg voor de eerste lijn

Een belangrijk aandachtspunt bij de prestatiestructuur van de beleidsregel is dat de doorlooptijd van declaraties binnen de IGO langer is dan afzonderlijke aanbieders, met name verloskundigenpraktijken, gewend zijn. Volgens aanbieders in een aantal regio's zorgt dit ervoor dat de liquiditeit onder druk komt te staan. De financiële afspraken met de zorgverzekeraars en tussen de aanbieders bieden volgens de aanbieders (nog) onvoldoende waarborgen om liquiditeitsproblemen op

te vangen. Dit zorgt uiteraard ook voor onrust en het vraagt veel tijd en energie om de financiën op orde te houden/krijgen. In de contracten zien we dat met name één zorgverzekeraar specifieke afspraken over bevoorschotting maakt met IGO's.

Ervaren administratieve lasten door verschillende contractafspraken van zorgverzekeraars

Volgens IGO's is het zeker in een experimentfase, waarin veel veranderingen plaatsvinden, noodzakelijk dat zorgverzekeraars elkaar op hoofdlijnen volgen (denk aan onderwerpen als bevoorschotting, afhandeling van bundelbrekers, afspraken over vangnetten en transitiekosten). Zorgverzekeraars hebben een mate van vrijwillig congruent gedrag initieel onderschreven. In de praktijk ervaren IGO's echter grote administratieve lasten vanwege de verschillende afspraken van zorgverzekeraars.

Randvoorwaarden voor integrale geboortezorg en bekostiging nog niet volledig gerealiseerd

Informatie uitwisseling tussen aanbieders nog niet overal geïntegreerd

Een belangrijke randvoorwaarde voor goede samenwerking en voor een goed werkende integrale bekostiging is goede en tijdige gegevensuitwisseling tussen betrokken aanbieders. Alle IGO's benadrukken de noodzaak van een gezamenlijk/gedeeld ICT-systeem.

Dit is als eerste van belang voor een goede afstemming en samenwerking en voor de kwaliteit (patiëntveiligheid) van de zorg. Onderdeel hiervan is dat betrokken aanbieders en professionals, met name in de eerste en tweede lijn, cliëntgegevens tijdig kunnen inzien. Dit staat ook beschreven in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. De zorgstandaard adviseert daarbij het gebruik van het Perinataal Webbased Dossier (PWD). Aanbieders geven echter aan dat het PWD niet het gehele geboortezorgtraject afdekt en in deze vorm niet alle activiteiten van de IGO kan ondersteunen. Inmiddels bestaat ook het programma Babyconnect dat het PWD in haar project geïntegreerd heeft om te komen tot een uitwisselportaal voor de gehele geboortezorg. We horen tot nu toe wisselende ervaringen met (en ideeën over) Babyconnect.

Ten tweede is tijdige uitwisseling van financiële informatie noodzakelijk voor financiële afspraken (inzicht in kosten) en tijdige afrekening (declaratieverkeer). Dit is echter nog niet in alle regio's het geval. In sommige regio's zijn wel al vergaande stappen gezet op dit vlak, door alle aanbieders over te laten stappen op een nieuw systeem. Ook in de informatie uitwisseling met de zorgverzekeraars is nog onduidelijk welke cliënten wel/niet onderdeel zijn van de IGO en vallen binnen de integrale bekostiging (zie vorige paragraaf over bundelbrekers). Verder valt op dat IGO's op verschillende wijze registreren en de administratie nog efficiënter ingericht kan worden; sommige IGO's registreren nog monodisciplinair en daar worden vervolgens integrale prestaties uit 'afgeleid'. Andere IGO's registreren direct de integrale prestaties.

Volgende stap nodig in financiële afspraken tussen aanbieders en tussen IGO en zorgverzekeraar

In de financiële afspraken met verzekeraars zijn tot nu toe waarborgen ingebouwd om de financiële risico's te beperken. Dit geldt ook voor de financiële afspraken tussen IGO-deelnemers. Veelal wordt de

monodisciplinaire bekostiging nog als referentie gebruikt. Dit helpt mogelijk om een transitiefase door te komen, maar omdat de financiële prikkels daarbij hetzelfde blijven zorgt dit er ook voor dat de stap naar integrale zorg nog niet volledig wordt doorgezet. Daarbovenop moet de monodisciplinaire registratie hierdoor nog in de lucht worden gehouden. IGO's en zorgverzekeraars geven aan dat het noodzakelijk is om na de transitiefase de monodisciplinaire registratie los te laten en volledig over te gaan op een integrale registratie.

5.2 Ervaringen met de integrale bekostiging van de geboortezorg bij zorgverzekeraars

In 2019 hebben we een bijeenkomst georganiseerd met ZN en individuele zorgverzekeraars. Vrijwel alle betrokken zorgverzekeraars waren aanwezig om hun ervaringen met de integrale bekostiging van de geboortezorg te delen en evalueren. Deze ervaringen zijn aangevuld met de input van zorgverzekeraars naar aanleiding van onze consultatie van het concept adviesrapport van de NZa met betrekking tot de toekomstige bekostiging van de geboortezorg en onderhavig evaluatierapport.

In deze paragraaf vatten we de belangrijkste uitkomsten samen met betrekking tot:

- de algemene indruk van en ervaring met integrale bekostiging;
- de effecten van integrale bekostiging;
- toekomstperspectief op bekostiging van de (integrale) geboortezorg.

Zorgverzekeraars zijn in beginsel positief, maar benadrukken opstartfase van integrale bekostiging

Zorgverzekeraars spreken hun inhoudelijke steun uit voor de integrale bekostiging van de geboortezorg vanuit de gedachte dat integrale bekostiging naar verwachting positieve effecten heeft op de kwaliteit van de geboortezorg onder meer door substitutie van zorg en betere samenwerking. De monodisciplinaire bekostiging belemmert volgens een aantal zorgverzekeraars een verdere verbetering op deze aspecten en past niet bij de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Bovendien ervaren zorgverzekeraars reeds dat het vertrouwen tussen hen en de IGO's en binnen de IGO's is gegroeid gedurende het experiment. Tegelijkertijd wordt benadrukt dat de zorgaanbieders binnen IGO's reeds een goede samenwerking hadden. Ook noemen zorgverzekeraars dat de opstartfase van de integrale bekostiging een worsteling is geweest, voor zowel IGO's als zorgverzekeraars, en zien ze een aantal praktische knelpunten en risico's.

De positieve effecten van de integrale bekostiging van de geboortezorg zijn nog niet zichtbaar

Hoge (overhead)kosten door onvoldoende aansluiting van de organisatie op integrale prestaties

Vanwege de opstart- of transitiefase van IGO's kent de integrale bekostiging van geboortezorg (nog) hoge overhead- en transitiekosten bij IGO's. Zorgverzekeraars geven wel aan de transitiekosten op den duur te willen afbouwen. Enkele zorgverzekeraars verwachten wel dat de kosten hoger uitkomen in de huidige vorm van integrale bekostiging dan bij de monodisciplinaire bekostiging. De eerste resultaten van het RIVM over de ontwikkeling in zorguitgaven in de IGO's ten opzichte van de VSV's laten daarentegen een klein maar tegenovergesteld effect zien, ten gunste van de IGO.

Grotendeels zijn de hoge kosten gerelateerd aan de suboptimale aansluiting van de organisatie van IGO's op de integrale prestaties. Dit is ook gerelateerd aan de gekozen organisatievorm. Zo mist een gezamenlijk dossier en worden de monodisciplinaire prestaties nog gebruikt in de financiële administratie bij IGO's (de schaduwboekhouding). Dit doen zij voor de onderlinge verrekening tussen deelnemende zorgaanbieders, vanwege de afspraken tussen zorgverzekeraars en IGO's over de vangnet procedures en vanwege het

gebrek aan toekomstperspectief na het experiment. Verder zien zorgverzekeraars grote prijsverschillen in de prestaties. Dit ligt naar hun mening met name aan de kosten voor de obstetrie, vanwege de historische verschillen in de contractafspraken met de ziekenhuizen.

Effecten op kwaliteit en substitutie nog niet zichtbaar

Effecten op kwaliteitsuitkomsten zijn nog niet merkbaar bij zorgverzekeraars. IGO's signaleren wel een verschuiving in productmix, maar voor zorgverzekeraars is het lastig om hier zicht op te krijgen. Tegelijkertijd zien zorgverzekeraars positieve ontwikkelingen in sommige IGO regio's die nader onderzocht moeten worden, zoals een verschuiving van complexe naar minder complexe prestaties in de natale fase.

Bundelbrekers vormen een lastig punt bij IGO's en zorgverzekeraars

Een lastig punt bij het experiment zijn de bundelbrekers. In sommige regio's komen bundelbrekers vaak voor, wat het werken met integrale bekostiging belemmert. Voor zorgverzekeraars vormt dit een groot aandachtspunt, ook omdat in de monodisciplinaire bekostiging parallelle of dubbele declaraties wel mogelijk zijn. In samenwerking met het CPZ willen zorgverzekeraars hiervoor een structurele oplossing vinden.

Contractonderhandelingen: enerzijds vertrouwen in betere contractonderhandelingen met IGO's, anderzijds risico's op misbruik marktmacht

De contractonderhandelingen vragen om een grote tijdsinvestering en zijn ingewikkeld. Vanwege opstartproblemen kon het jaar 2017 pas afgesloten worden in 2019 en dit bemoeilijkte de onderhandelingen voor 2018 en 2019. Enerzijds verwacht een deel van de zorgverzekeraars dat na enige ervaring de contractonderhandelingen met de huidige en nieuwe IGO's soepeler zullen verlopen. Anderzijds ziet een ander deel van de zorgverzekeraars risico's bij de marktmacht van de IGO's. Ze ervaren dat de onderhandelingen sterk gestuurd worden door IGO's die graag volgebeleid zien tussen verzekeraars. De zorgverzekeraars hebben daarnaast het gevoel dat ze geen keuze hebben in het al dan niet contracteren van IGO's, vanwege hun zorgplicht. Ze zien daarom mededingingsrisico's, vooral als er binnen een regio maar één IGO zou bestaan. Tot slot hebben we in onze consultatie van het advies- en evaluatierapport nog signalen gekregen over toetredingsdrempels tot IGO's, maar ook breder tot VSV's, bijvoorbeeld voor echocentra. Partijen hebben nog weinig zicht op de specifieke toetredingsdrempels.

Stip op de horizon is nodig, maar zorgverzekeraars zijn verdeeld over volledige overstap naar integrale bekostiging

Zorgverzekeraars hadden eigenlijk verwacht dat meer zorgaanbieders zouden deelnemen aan het experiment. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars hebben behoefte aan een stip op de horizon voor de bekostiging van de (integrale) geboortezorg. Wel vindt een aantal zorgverzekeraars het nog te vroeg om te besluiten om volledig over te gaan op integrale bekostiging. Andere zorgverzekeraars geven aan dat een concreet toekomstperspectief zorgaanbieders en ook zorgverzekeraars juist zou stimuleren om zich (verder) in te zetten op integrale bekostiging, ondanks de hoge kosten in de opstartfase of de angst voor het verlies van autonomie bij vooral verloskundigen.

Aandacht nodig voor beleidsregel en organisatie zorgaanbieder bij vervolg integrale bekostiging

Verschillende zorgverzekeraars stellen voor om de prestatiestructuur in de toekomst aan te passen als de integrale bekostiging een reguliere

bekostiging zou worden. Alhoewel zorgverzekeraars het nog lastig vinden om de gewenste aanpassingen te specificeren, worden de volgende voorbeelden genoemd:

- het samenvoegen van prestaties zoals natale en postnatale prestaties, wat volgens hen de afspraken over ziekenhuistarieven makkelijker maakt;
- het afschaffen van het onderscheid tussen regulier en complex, in combinatie met een opslag.

Daarnaast noemen zorgverzekeraars dat in de toekomst zal moeten worden gekeken naar de bundelbrekers, kostenhomogeniteit, congruent gedag bij zorgverzekeraars, keuzevrijheid van de patiënt en de eigen betalingen van de patiënt. Wat betreft de organisatie van de zorgaanbieders menen zorgverzekeraars dat IGO's efficiënter ingericht kunnen worden door een andere organisatiestructuur. Zorgverzekeraars hebben een voorkeur voor een loondienstmodel, zonder schotten tussen de eerste en tweede lijn en met meer sturing op integrale zorg.

5.3 Visie op de integrale bekostiging van de geboortezorg bij VSV's

Aanvullend op de interviews met de IGO's en zorgverzekeraars hebben we interviews gehouden met 11 VSV's die niet deelnemen aan het experiment (zie Bijlage 2 voor de vragenlijst). We hebben in eerste instantie een willekeurige selectie gemaakt van VSV's. Aanvullend hebben we enkele VSV's benaderd die zich georiënteerd hadden op een vorm van integrale bekostiging, maar hiermee niet verder zijn gegaan. Daarnaast hebben we een regio gesproken die graag wil overstappen naar een vorm van integrale bekostiging voor de natale fase van de geboortezorg via de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten.

Net als bij de IGO's vatten we in deze paragraaf de belangrijkste uitkomsten van de gesprekken samen met betrekking tot:

- samenwerking;
- visie op de bekostiging;
- randvoorwaarden.

Samenwerking: Goede samenwerking ervaren op zorginhoud

Alle VSV's geven aan dat zij een goede samenwerking op zorginhoud ervaren, ook als het gaat om de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De inrichting van een VSV, de mate waarin dit geprofessionaliseerd is en mogelijk ook de financiële gezondheid van een VSV, lijken hiermee samen te hangen. Zo wordt in een aantal gevallen benadrukt dat de overlegstructuren en structurele contacten binnen het VSV, maar ook de gelijkwaardige samenwerking tussen de zorgaanbieders, de basis vormen voor de goede samenwerking.

Voor VSV's is het uitwisselen van patiëntgegevens echter een ingewikkelde klus. Voor de individuele VSV-deelnemer (met name de eerstelijns verloskundigenpraktijk) zijn de kosten voor deelname aan een uitwisselportaal te hoog. We zien wel dat partijen met de beschikbare middelen de uitwisseling van cliëntgegevens zo goed mogelijk proberen vorm te geven.

Nauwelijks financiële afspraken over (verschuiving van) zorg tussen aanbieders

Alhoewel VSV's een goede samenwerking op zorginhoud ervaren, zijn ze terughoudend bij het maken van financiële afspraken over de zorgverlening. Vooral als het gaat om afspraken over het verschuiven/verplaatsen van zorg (substitutie). Zorgaanbieders willen de discussie over inkomstenverdeling niet aangaan. Slechts enkele initiatieven hebben betrekking op substitutie van zorg of Juiste Zorg op de Juiste Plek. Voorbeelden zijn het houden van intakes in de eerste lijn in aanwezigheid van een gynaecoloog voor zwangere vrouwen die bij een eerdere zwangerschap in de tweede lijn zorg genoten, en het uitvoeren van prenatale controles door verloskundigen en huisartspraktijken. Verder noemt een VSV dat zorgverzekeraars de eerste- en tweedelijnszorg apart contracteren, waardoor binnen een zorgverzekeraar zelf de samenhang van de zorginkoop van beide typen zorg ontbreekt.

Visie op de bekostiging: Een deel van de VSV's wil monodisciplinair behouden, een deel is kritischer vanwege de nadelen

De VSV's geven aan goed te kunnen werken met de monodisciplinaire

bekostiging. De helft van de geïnterviewde VSV's ziet geen meerwaarde in integrale bekostiging. De grootste zorgen zitten in de tijd en kosten die met het oprichten van een nieuwe organisatie (juridische entiteit) gepaard gaan en de administratieve lasten als gevolg van bundelbrekers. Eén VSV licht toe dat het ook binnen de monodisciplinaire bekostiging de nodige investeringen moet doen voor de implementatie van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Een aantal VSV's ziet meer in netwerkvorming of andere samenwerkingsverbanden. Volgens deze VSV's bestaat er binnen de monodisciplinaire bekostiging voldoende ruimte voor zorgaanbieders om samen te werken op zorginhoud en om de kwaliteit van de geboortezorg (verder) te verbeteren.

Dat neemt niet weg dat de helft van de geïnterviewde VSV's wel open staat voor een vorm van integrale bekostiging, als blijkt dat dit positieve effecten heeft op de kwaliteit van zorg. Enkele VSV's geven aan dat de monodisciplinaire bekostiging niet een ideale of passende bekostiging is voor integrale geboortezorg. Een vorm van integrale bekostiging zou meer mogelijkheden scheppen voor afspraken over substitutie en/of Juiste Zorg op de Juiste Plek (zoals de CTG in de eerste lijn) en afspraken over 'shared savings'.

Zorgen rondom overstap naar integrale bekostiging

Angst voor verlies van autonomie en ongelijkwaardige samenwerking

Enkele VSV's noemen het verlies van autonomie van (met name) de verloskundigen als een groot knelpunt voor het overstappen naar integrale bekostiging. Verloskundigen hebben nu autonomie binnen hun eigen praktijk en zijn bang die kwijt te raken bij een overstap naar een integrale organisatie. Geïnterviewden geven bovendien aan dat er een risico op ongelijkwaardige samenwerking ontstaat wanneer verloskundigen samenwerken met een ziekenhuis, vanwege het verschil in financiële omvang en de hogere organisatiegraad van het ziekenhuis.

Het is opvallend dat er door de VSV's vanuit wordt gegaan dat een IGO een coöperatie is en dat elk van de bestaande aanbieders in een regio hierin vertegenwoordigd is. Dit is een keuze geweest van de IGO's tot nu toe en ligt ook voor de hand in deze experimenteerfase zonder een concreet toekomstperspectief. De VSV's lijken zich echter niet te realiseren dat andere organisatievormen ook mogelijk zijn. Ditzelfde geldt voor de andere regio die een overstap naar een alternatieve vorm van integrale bekostiging beoogt. De term IGO lijkt landelijk verweven te zijn met de acht huidige IGO's en de keuzes die zij hebben gemaakt, terwijl de beleidsregel meer opties mogelijk maakt.

Intern verdeelmodel maakt overstap moeilijk

De VSV's zien de financiële implicaties van integrale bekostiging als het grootste knelpunt. In de monodisciplinaire bekostiging krijgt elke zorgaanbieder zijn vergoeding van de zorgverzekeraar. Zorgaanbieders zijn huiverig voor de 'verdeling achter de voordeur' die nodig is in het geval van een IGO die in de vorm van bijvoorbeeld een coöperatie werkt of wanneer er wordt gewerkt met onderlinge dienstverlening. Bij integrale bekostiging rekent de zorgverzekeraar de zorg alleen af bij de IGO, en de IGO en de individuele zorgaanbieders moeten daarna nog onderhandelen over de verdeling van de inkomsten. De VSV's verwachten dat deze onderhandelingen zullen leiden tot veel spanningen en discussies onderling.

VSV's ervaren onvoldoende ondersteuning vanuit zorgverzekeraars

Een aantal VSV's heeft geprobeerd om te werken met integrale bekostiging maar ervoer hierbij onvoldoende ondersteuning van zorgverzekeraars. Zo lichten VSV's toe dat een aantal zorgverzekeraars in beginsel geen afspraken wilde maken over het werken met alleen een deel van de integrale prestaties, terwijl het experiment dit wel toelaat. Ook geven VSV's aan dat het ontbreken van vrijwillig volgbeleid bij zorgverzekeraars een belemmering vormt voor deelname aan het experiment, omdat het gebrek aan congruentie de overstap te groot maakt.

Overige plannen voor integrale bekostiging

Eén regio heeft concrete plannen om over te stappen op een vorm van integrale bekostiging voor de natale fase via een geboortecentrum, waarbij de gynaecologen in loondienst zijn en de verloskundigen en kraamverzorgenden via onderlinge dienstverlening worden gecontracteerd. Deze aanbieder wil met alleen de natale fase beginnen. Volgens de aanbieder is hiermee de meeste winst te halen in kwaliteit en substitutie van zorg en is een overstap voor de gehele geboortezorg te groot. Zij ervaren meerdere opstartproblemen. Een opstartprobleem is dat het in een regio met veel aanbieders lang duurt om een dergelijke vergaande vorm van samenwerking te organiseren. Daarnaast gingen de oorspronkelijke plannen om met een ziekenhuis samen te werken niet door. De ervaringen van deze regio tonen aan dat het lang kan duren om bestaande aanbieders in een regio allemaal op één lijn te krijgen en samen over te stappen op een vorm van integrale bekostiging.

Recent heeft een andere regio ons geïnformeerd interesse te hebben in het werken met integrale bekostiging. Een andere regio die op het ogenblik wel mee doet aan de Beleidsregel integrale geboortezorg wil overstappen op een integrale bekostiging met maar één prestatie voor de gehele perinatale zorg. Deze IGO denkt dat dit de administratie rondom de declaraties zal vergemakkelijken. Ook hier zien we dat het lang duurt om alle details uit te werken en te starten met een nieuw plan, mede vanwege de afspraken die met elk van de verzekeraars moeten worden gemaakt.

6. Cliëntvragenlijst keuzevrijheid

Voor het effect van integrale bekostiging op de keuzevrijheid is in februari 2019 t/m januari 2020 een vragenlijst uitgezet onder vrouwen die geboortezorg hebben ontvangen (zie Bijlage 3 voor de vragenlijst). De vragenlijst is zowel in IGO als niet-IGO regio's uitgezet. In de enquête is gevraagd naar een aantal kenmerken van de vrouwen die geboortezorg hebben ontvangen. Daarnaast zijn een aantal vragen gesteld over de ervaren keuzevrijheid van de vrouw. De thema's hierbij zijn: informatie over keuzemogelijkheden, de ervaren keuzevrijheid/-beperkingen en de algemene keuzevrijheid.

De vragenlijst is met behulp van Perined uitgezet bij 14 zorgaanbieders in acht niet-IGO en IGO regio's. Perined heeft op basis van beschikbare informatie niet-IGO regio's geselecteerd die vergelijkbaar zijn met de IGO regio's. De zorgaanbieders hebben zelf de vragenlijst gedurende 2019 afgenomen bij vrouwen die geboortezorg hebben ontvangen. De respons per zorgaanbieder varieert tussen de 38% en 53%. In totaal hebben 2.682 vrouwen de vragenlijst ingevuld. 76% van de respondenten heeft zorg ontvangen van een IGO en 24% van een niet-IGO. In de resultaten maken we een onderscheid tussen de twee groepen (IGO's en niet-IGO's) en zullen we de resultaten niet per regio beschrijven.

Vergelijkbare steekproeven in IGO en niet-IGO regio's

We hebben de kenmerken van respondenten in IGO en niet-IGO regio's vergeleken op de volgende beschikbare kenmerken: leeftijd, aantal zwangerschappen en medische indicatie. Puntsgewijs zijn dit de belangrijkste resultaten:

- **Leeftijd:** We zien dat de leeftijdsverdeling nauwelijks verschilt tussen beide steekproeven. Zowel in de IGO als niet-IGO regio's zijn de meeste respondenten 30 tot 35 jaar oud en ongeveer 20% van de vrouwen is 25 tot 30 jaar oud. Een klein aantal vrouwen is jonger dan 25 of ouder dan 40 jaar.
- **Aantal zwangerschappen:** Het aantal zwangerschappen per vrouw is nagenoeg gelijk voor respondenten in IGO en niet-IGO regio's. Bij ongeveer de helft van de vrouwen betreft het een eerste zwangerschap en bij de andere helft van de vrouwen betreft het een tweede of derde zwangerschap.
- **Medische indicatie:** Zowel bij de IGO's als niet-IGO's geeft ongeveer 60% van de respondenten aan een medische indicatie te hebben. Het moment van de medische indicatie (tijdens de bevalling, vroeg of laat in de zwangerschap) verschilt ook nauwelijks.

Op basis van deze kenmerken concluderen we dat de steekproeven in IGO's en niet-IGO regio's beperkt van elkaar verschillen. Uiteraard geldt dit alleen voor de gemeten kenmerken.

Interpretatie vragen over verloskundigenpraktijken

In alle vragen is onderscheid gemaakt naar type aanbieder: verloskundigenpraktijk, ziekenhuis of kraamzorgorganisatie. Uit de antwoorden op een aantal open vragen maken we op dat een aantal vrouwen de vraag over verloskundigenpraktijken anders heeft geïnterpreteerd, namelijk als vraag over de individuele verloskundige. De

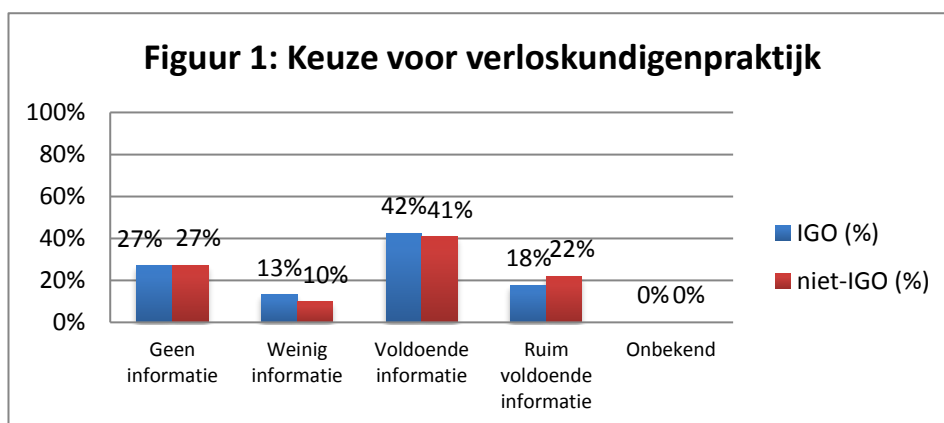
resultaten van de vragen over verloskundigenpraktijken moeten hierdoor met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Informatie over keuzemogelijkheden

Per type zorgaanbieder (verloskundigenpraktijk, ziekenhuis en kraamzorgorganisatie) beschrijven we hieronder in welke mate cliënten aangeven voldoende keuze-informatie te hebben ontvangen.

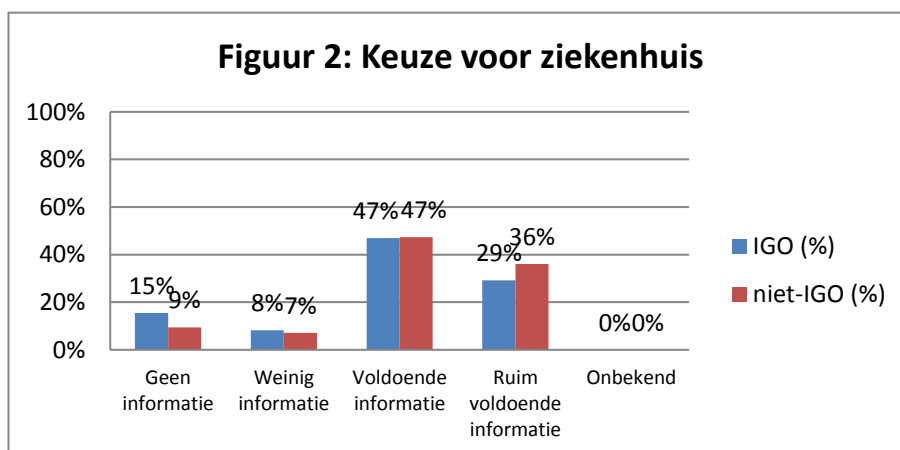
Verloskundigenpraktijk

Ongeveer 60% van de ondervraagde vrouwen heeft (ruim) voldoende informatie gekregen over keuzemogelijkheden voor een verloskundigenpraktijk (zie figuur 1). Vrouwen bij niet-IGO's hebben iets vaker (ruim) voldoende informatie gekregen: het gaat om een verschil van 3 procentpunt. In mindere mate krijgen vrouwen weinig of geen informatie over de keuzemogelijkheden. Ook hier zijn de verschillen tussen de IGO's en niet-IGO's minimaal.



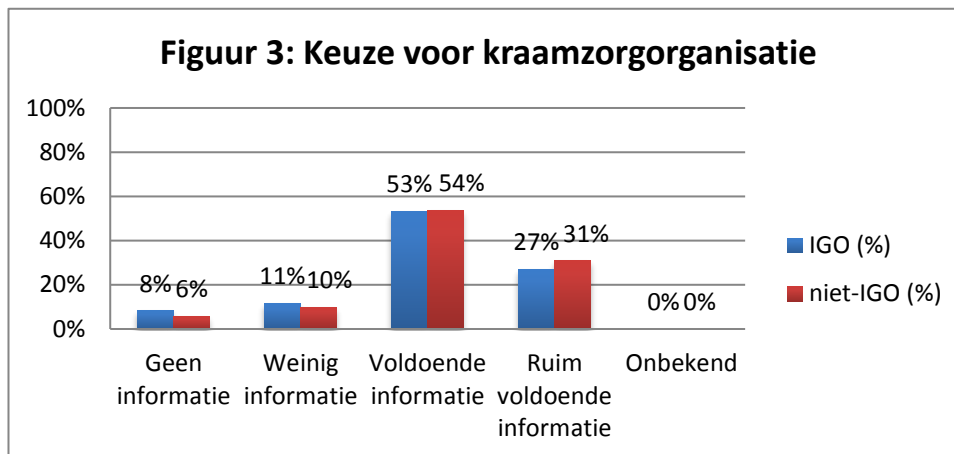
Ziekenhuis

Informatie over de keuzemogelijkheden voor een ziekenhuis voor het zwangerschapstraject of plaats van bevalling is bij 70 tot 80% van de vrouwen bij IGO's en niet-IGO's als (ruim) voldoende ervaren (zie figuur 2). Het aantal vrouwen dat (ruim) voldoende informatie heeft gehad, is met een verschil van 7 procent groter bij de respondenten van niet-IGO's (36%) dan bij de IGO's (29%). Het percentage vrouwen dat geen informatie heeft gehad over de keuze voor een ziekenhuis is dan ook hoger bij IGO's (15%) dan bij niet-IGO's (9%).



Kraamzorgorganisatie

Informatie over de keuze voor verschillende kraamzorgorganisaties wordt bij ongeveer 80% van de vrouwen als (ruim) voldoende ervaren (zie figuur 3). Dit geldt zowel voor IGO's als voor niet-IGO's. Dit aantal is met 4 procent wat groter bij niet-IGO's dan bij de IGO's. Ongeveer 20 procent van de vrouwen die zorg hebben gekregen, heeft weinig of geen informatie gehad.



Ervaren keuzenbeperkingen voor zorgaanbieders

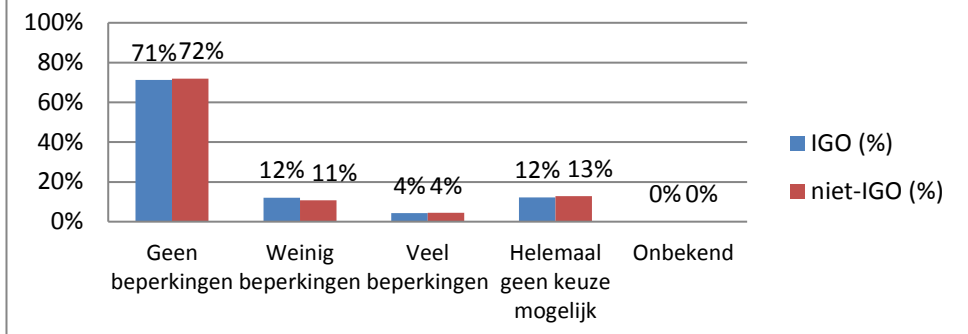
De ervaren beperkingen bij de keuze voor verloskundigenpraktijken, ziekenhuizen en kraamzorgorganisaties zijn afzonderlijk beschreven voor IGO's en niet-IGO's. In de verdere toelichting noemen we mogelijke redenen van de ervaren beperkingen.

Verloskundigenpraktijken

De mate van ervaren beperkingen bij het kiezen van een verloskundigenpraktijk verschilt nauwelijks tussen IGO's en niet-IGO's (zie figuur 4). Ongeveer 80% van de vrouwen heeft weinig of geen beperkingen ervaren bij het kiezen van een verloskundigenpraktijk. Een kleine 4% heeft veel beperkingen ervaren in het kiezen van een verloskundigenpraktijk en ongeveer 12% geeft aan zich volledig beperkt te voelen in de keuzemogelijkheden voor de verloskundigenpraktijk.

Redenen voor de ervaren beperkingen zijn divers. Vaak worden het aanbod van verloskundigenpraktijken, personeelwisselingen binnen een praktijk en de medische indicatie als reden genoemd voor de ervaren beperking. In minder dan 4 tot 9% (IGO's en niet-IGO's) van de gevallen ervaren vrouwen dat samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders een beperking in keuzevrijheid opleveren.

Figuur 4: Keuzebeperkingen verloskundigenpraktijk

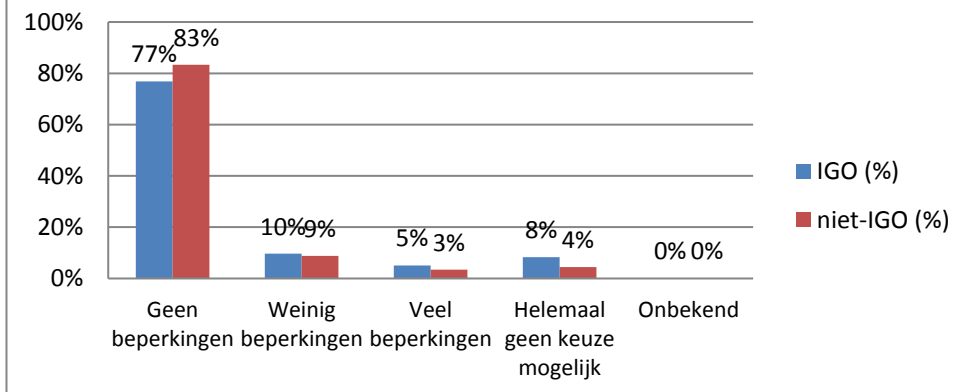


Ziekenhuis

Ongeveer 90% van de vrouwen heeft weinig of geen beperkingen ervaren in hun keuze voor een ziekenhuis voor het zwangerschapstraject of plaats van bevalling (zie figuur 5). Vrouwen die zorg hebben ontvangen van een niet-IGO geven iets vaker (91%) aan dat ze weinig of geen beperkingen hebben ervaren dan de respondenten bij een IGO (87%). Tussen de 7 en 13% van de respondenten ervaart veel beperkingen of helemaal geen keuze bij het kiezen van een ziekenhuis.

Vaak worden het aanbod van ziekenhuizen en medische indicatie als een reden voor de keuzebeperkingen genoemd. In mindere mate worden personeelwisselingen binnen een praktijk, de eigen bijdrage en de zorgverzekeringsvoorwaarden genoemd als reden. In 10 tot 15% (IGO's en niet-IGO's) van de gevallen worden samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders genoemd als beperking in de keuzevrijheid van het ziekenhuis.

Figuur 5: Keuzebeperkingen ziekenhuis

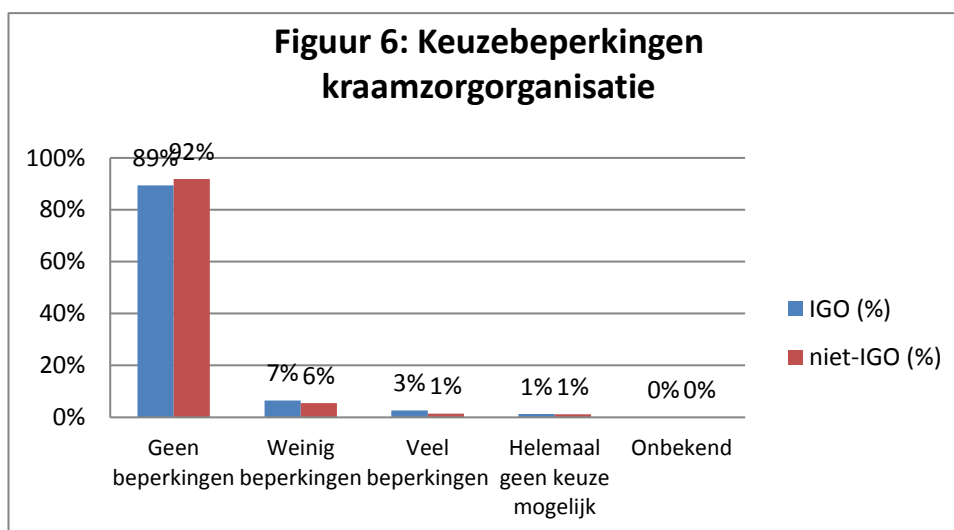


Kraamzorgorganisatie

Vrijwel alle vrouwen hebben weinig of geen beperkingen ervaren in de keuze voor een kraamzorgorganisatie (zie figuur 6). Bij de IGO's geldt dit voor 96% van de vrouwen en bij de niet-IGO's voor 98% van de vrouwen. Een relatief kleine groep vrouwen heeft veel beperkingen ervaren of zelfs helemaal geen keuze gehad. Dit betreft 4% van de vrouwen bij de IGO's en 2% bij de niet-IGO's.

Als beperkingen worden bij de IGO's en niet-IGO's vaak het aanbod van de kraamzorgorganisaties en de zorgverzekeringsvoorwaarden genoemd. In ongeveer 20% van de gevallen, zowel in IGO's als niet-IGO's, ervaren

vrouwen een beperking in keuzevrijheid voor een kraamzorgorganisatie vanwege samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders.



Conclusie: Weinig verschil tussen IGO en niet-IGO regio's in ervaren keuzebeperkingen

Het percentage vrouwen dat geen of weinig keuzebeperkingen ervaart ligt hoog; ruim 95% bij het kiezen voor een kraamzorgorganisatie, 90% bij ziekenhuizen en ruim 80% bij verloskundigenpraktijken. Het lagere percentage voor verloskundigenpraktijken wordt mede verklaard doordat een deel van de respondenten de vraag geïnterpreteerd heeft als keuzevrijheid voor verloskundigen in plaats van verloskundigenpraktijken.

Er is nauwelijks verschil in ervaren keuzebeperkingen tussen respondenten in IGO en niet-IGO regio's. Het percentage respondenten dat geen of weinig beperkingen ervaart is in IGO en niet-IGO regio's vrijwel gelijk bij verloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties. Het verschil is iets groter (4 procentpunt hoger in IGO regio's) bij de keuze voor ziekenhuizen.

Daarbij komt dat de oorzaak van ervaren beperkingen volgens respondenten vooral zit in het aanbod van zorg in de regio (als er één ziekenhuis in de regio aanwezig is, is er weinig te kiezen) of het al dan niet hebben van een medische indicatie. Samenwerkingsafspraken vormen in minder dan 20% van de gevallen een beperking voor de ervaren keuzevrijheid. Ook voor deze verklaring is geen duidelijk en consistent verschil tussen IGO's en niet IGO's waar te nemen.⁶

⁶ Bij de keuze voor kraamzorgorganisaties is er geen verschil, bij de keuze voor een ziekenhuis worden samenwerkingsafspraken vaker als oorzaak genoemd in niet-IGO regio's, en bij de keuze voor verloskundigenpraktijken worden samenwerkingsafspraken vaker als oorzaak genoemd in IGO regio's.

Bijlage 1 Vragenlijst IGO's

1. Opening
2. Voortgang algemeen: waar staat de IGO nu?
3. Hoe loopt het qua organisatie en samenwerking tussen de verschillende organisaties (beroepsgroepen)? Heeft integrale bekostiging gezorgd voor betere samenwerking?
4. Zijn er veranderingen/ verbeteringen in zorgprocessen merkbaar? Maakt integrale bekostiging substitutie en taakherschikking mogelijk (graag voorbeelden)?
5. Wat zijn de belangrijkste ervaringen bij het maken van financiële afspraken, zowel tussen verzekeraar en IGO als binnen de IGO? Waar wordt vooral op gestuurd (kwaliteit, kosten)?
6. Hoe ervaart u de huidige vormgeving van de prestaties en regelgeving? Heeft u aanbevelingen voor aanpassing?
7. Hoe ziet voor u de ideale bekostiging eruit vanaf 2022 voor het leveren van kwalitatief goede, integrale zorg?
8. Voor zover nog niet besproken, informatie opvragen over:
 - a. Volgbeleid verzekeraars
 - b. Administratieve lasten/ ICT
 - c. Kwaliteitstransparantie
 - d. Overige punten

Bijlage 2 Vragenlijst zorgverzekeraars

1. Algemeen: Hoe kijkt u na bijna 3 jaar experimenteren naar integrale bekostiging in de geboortezorg?
 - a. Merkt u dat integrale bekostiging bepaalde opbrengsten (kwalitatief of financieel) genereert?
2. Hoe ervaart u het proces van onderhandelen met de IGO's?
3. Hoe ervaart u de onderhandeling op onderstaande thema's? Lukt het om goede afspraken te maken, waarom wel/niet?
 - a. Prijzen en kwaliteit
 - b. Duur van het contract
 - c. Bevoorschotting en vangnetregelingen
 - d. Transitiekosten
4. Hoe ervaart u de vormgeving van de prestaties en de regelgeving?
 - a. Is het onderscheid tussen regulier en complex logisch, kunt u hierop monitoren?
 - b. Hoe kijkt u naar het verbod op paralleliteit en bundelbrekers?
5. Hoe ziet voor u de ideale bekostiging eruit na 2022?

Bijlage 3 Vragenlijst VSV's

1. Algemeen

- Hoeveel zorgaanbieders zijn aangesloten bij jullie VSV?
- Welke typen zorgaanbieders zijn aangesloten bij jullie VSV?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders binnen het VSV?
- Vindt u dat de huidige bekostiging samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders faciliteert of belemmert? Waarom?

2. Experiment integrale bekostiging geboortezorg

- In hoeverre bent u bekend met de beleidsregel integrale geboortezorg? (experiment integrale bekostiging van de geboortezorg)
- Wat vindt u van het experiment integrale bekostiging van de geboortezorg?
- Heeft u overwogen om deel te nemen aan het experiment integrale bekostiging van de geboortezorg? Waarom wel/niet?

3. Toekomstperspectief

- Zou u in de toekomst deel willen uitmaken van een IGO?
- Indien misschien, wat moet er volgens u eerst veranderen voordat u naar een IGO toe zou willen bewegen?

4. Overige

- Zijn er nog overige punten die u ons zou willen meegeven in het kader van dit onderzoek?

Bijlage 4 Vragenlijst keuzevrijheid

Vooraf:

We gebruiken bij de vragen [informatiewolkjes](#)⁰

[INFO 0](#) De informatie verschijnt wanneer je er met je muis over heen gaat, in dit concept moeten de nummers er bij

- één antwoord mogelijk
 meerdere antwoorden mogelijk

Algemene vragen

a) In welk jaar bent u geboren?

Kies een item.

b) Was dit uw [eerste bevalling](#)²?

- ja
 nee, ik ben [Kies een item.](#) keer eerder bevallen

[INFO 2](#) Miskraam of abortus bij een zwangerschapsduur van minder dan 16 weken niet meegerekend

c) Waar is uw kind geboren?

- thuis
 in een geboortecentrum of ziekenhuis met mijn eigen verloskundige of huisarts
 in het ziekenhuis met de klinisch verloskundige of gynaecoloog

d) Had u tijdens deze zwangerschap en/of bevalling een [medische indicatie](#)³?

- nee
 ja, vroeg in de zwangerschap
 ja, laat in de zwangerschap
 ja, tijdens de bevalling

[INFO 3](#) Complicaties of aandoeningen tijdens uw zwangerschap of tijdens uw bevalling waarvoor begeleiding van een gynaecoloog in het ziekenhuis nodig was

Vragen over keuze-informatie

1) Heeft u informatie gekregen over uw keuzemogelijkheden als het gaat om wie uw verloskundige werd?

- geen informatie
 weinig informatie
 voldoende informatie
 ruim voldoende informatie

2) Heeft u informatie gekregen over uw keuzemogelijkheden als het gaat om in welk ziekenhuis u terecht kon vòòr of tijdens de bevalling?

- geen informatie
 weinig informatie
 voldoende informatie
 ruim voldoende informatie

3) Heeft u informatie gekregen over uw keuzemogelijkheden als het gaat om welke kraamzorgorganisatie u kraamzorg bood?

- geen informatie
- weinig informatie
- voldoende informatie
- ruim voldoende informatie

Vragen over ervaren keuzevrijheid

4) Werden er [beperkingen](#)⁵ gesteld aan uw keuze als het gaat om wie uw verloskundige werd?

[INFO 5](#) U had het gevoel geen volledige eigen keuze te hebben

- geen beperkingen
- weinig beperkingen
- veel beperkingen
- helemaal geen keuze mogelijk

<zodra een van de antwoordopties 'weinig beperkingen, veel beperkingen, helemaal geen keuze mogelijk' wordt aangevinkt dan de volgende opties weergeven:>

Ik voelde mij beperkt door:

- het [aanbod](#)⁷ in de regio waar ik woon
- mijn medische indicatie
- mijn zorgverzekeraar / bijkomende eigen bijdrage
- wisselen van zorgverleners binnen één praktijk (afhankelijk van wie dienst / spreekuur had)
- [samenwerkingsafspraken, namelijk:](#)⁸ (vrije tekst ruimte voor toelichting)
- anders, namelijk: (vrije tekst ruimte voor toelichting)

[INFO 7](#) In mijn woonplaats zijn maar weinig verloskundigepraktijken om uit te kiezen of ik woon te ver weg van de praktijk die ik wilde kiezen

[INFO 8](#) Afspraken tussen verloskundige en ziekenhuis of tussen verloskundige en kraamzorg over samenwerking. Kunt u toelichten door wat voor samenwerkingsafspraken uw keuze beperkt werd?

5) Werden er [beperkingen](#)⁵ gesteld aan uw keuze als het gaat om in welk ziekenhuis u terecht kon vòòr of tijdens de bevalling?

[INFO 5](#) U had het gevoel geen volledige eigen keuze te hebben

- geen beperkingen
- weinig beperkingen
- veel beperkingen
- helemaal geen keuze mogelijk

<zodra een van de antwoordopties 'weinig beperkingen, veel beperkingen, helemaal geen keuze mogelijk' wordt aangevinkt dan de volgende opties weergeven:>

Ik voelde mij beperkt door:

- het [aanbod](#)⁷ in de regio waar ik woon
- mijn medische indicatie
- mijn zorgverzekeraar / bijkomende eigen bijdrage
- plaatsgebrek / sluiten van verloskunde afdeling van het ziekenhuis bij mij in de buurt
- [samenwerkingsafspraken, namelijk:](#)⁸ (vrije tekst ruimte voor toelichting)

[INFO 7](#) In mijn woonplaats zijn maar weinig ziekenhuizen om uit te kiezen of ik woon te ver weg van het ziekenhuis dat ik wilde kiezen.

[INFO 8](#) Afspraken tussen ziekenhuis en verloskundige of tussen ziekenhuis en kraamzorg over samenwerking. Kunt u toelichten door wat voor samenwerkingsafspraken uw keuze beperkt werd?

voor

toelichting)

anders, namelijk: *(vrije tekst ruimte voor toelichting)*

6) Werden er [beperkingen](#)⁵ gesteld aan uw keuze als het gaat om welke kraamzorgorganisatie u kraamzorg bood?

[INFO 5](#) U had het gevoel geen volledige eigen keuze te hebben

- geen beperkingen
- weinig beperkingen
- veel beperkingen
- helemaal geen keuze mogelijk

<zodra een van de antwoordopties 'weinig beperkingen, veel beperkingen, helemaal geen keuze mogelijk' wordt aangevinkt dan de volgende opties weergeven:>

Ik voelde mij beperkt door:

- het [aanbod](#)⁷ in de regio waar ik woon
- mijn zorgverzekeraar / bijkomende eigen bijdrage
- [samenwerkingsafspraken, namelijk:](#)⁸ *(vrije tekst ruimte voor toelichting)*
- anders, namelijk: *(vrije tekst ruimte voor toelichting)*

[INFO 7](#) In mijn woonplaats zijn maar weinig kraamzorgorganisaties of ik woon te ver weg van de kraamzorgorganisatie die ik wilde kiezen

[INFO 8](#) Afspraken tussen kraamzorgorganisatie en ziekenhuis of tussen kraamzorgorganisatie en verloskundige. Kunt u toelichten door wat voor afspraken uw keuze beperkt werd?

7) Hoe beoordeelt u (achteraf) uw keuzevrijheid in de geboortezorg?

Ik had helemaal geen keuze ○○○○○○○○○○○○ Ik had volledige keuzevrijheid