

Uitvoeringsadvies budgetbekostiging acute verloskunde

Deel 2



30 september 2025

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1 Aanleiding en opdracht	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Opdracht aan de NZa	10
1.3 Uitgangspunten	12
1.4 Leeswijzer en betrokkenheid sector	12
2 Context (acute) verloskunde en de geboortezorg keten	13
2.1 Definitie acute verloskunde	13
2.2 Probleemanalyse geboortezorg	15
3 Hoe kan een budgetbekostiging op korte termijn worden ingevoerd?	18
3.1 Wie komt in aanmerking voor een budget?	19
3.2 Vormgeving budget	19
3.2.1 Afbakening ten behoeve van het budget	19
3.2.2 Drie afbakeningsopties t.b.v. het budget	20
3.3 Vormgeving financiering	21
3.3.1 Lumpsum financiering	22
3.3.2 Financiering via zorgprestaties	22
4 Overwegingen bij invoering budgetbekostiging	24
4.1 Doelstellingen getoetst	24
4.1.1 Toegankelijke acute verloskundige zorg borgen	24
4.1.2 Betere samenwerking	25
4.1.3 Meer financiële zekerheid	27
4.1.4 Marktwerving verminderen	29
4.2 Conclusie: budgetbekostiging is niet passend voor acute verloskunde	29
5 Uitvoerings-vraagstukken	31
5.1 Zekerheid voortbestaan integrale geboortezorg organisaties	31
5.2 Kwaliteit en uitkomsten	32
5.3 Eigen betalingen	33
5.3.1 Risicoverevening	33
5.3.2 Budgettaire effecten	34
5.3.3 Zorgmarkten	35

5.3.4	Administratieve lasten	37
5.3.5	Arbeidsmarkt	38
5.3.6	Fraude- en handhavingstoets	38
5.3.7	Draagvlak en consultatie	39
5.4	Conclusie afweging opties budgetafbakening	39
6	Conclusie en aanbevelingen	40
Bijlage 1 – Overige verkende opties		44
1	Financieringsopties bij afbakening acute verloskunde	44
1.1	Opties voor financiering met acute zorgprestaties waarbij voor individuele patiënt wordt vastgelegd of er een acute situatie is	44
1.2	Optie voor financiering met zorgprestaties waarbij op ziekenhuis niveau een inschatting wordt gemaakt van het aandeel acute zorg	46
1.3	Risico's en administratieve lasten bij opties i t/m iii.	48
2	Opties bij budgetafbakening verloskunde	48
2.1	Budgetbekostiging bij een afbakening op basis van (een sub-set van) alle prestaties voor zwangerschap en geboorte	49
2.2	Consequenties en risico's	50
Bijlage 2 – Consultatiereacties		52

Samenvatting

Aanleiding en doel budgetbekostiging

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) november 2024 gevraagd naar de mogelijkheden om een budgetbekostiging met inkoop in representatie in te voeren voor de acute verloskunde. In februari 2025 hebben wij in reactie hierop het eerste deel van ons tweedelige advies uitgebracht. In dit advies schreven we dat voor de invoering van budgetbekostiging voor acute verloskunde dezelfde stappen gelden als voor de spoedeisende hulp, maar dat de tijdlijn voor acute verloskunde langer is. De consequenties van budgetbekostiging voor acute verloskunde zijn immers nog niet eerder onderzocht en de acute verloskunde is op verschillende punten complex. We adviseerden daarom om dit eerst te onderzoeken.

In dit tweede deel van het advies geven we antwoord op de vraag hoe een budgetbekostiging voor de acute verloskunde op de korte termijn geïntroduceerd kan worden, geven we antwoorden op uitvoeringsvraagstukken en toetsen we een budgetbekostiging voor acute verloskunde aan de doelstellingen. De beoogde doelstellingen van Kabinet-Schoof zijn als volgt:

- Te werken aan toegankelijke acute zorg in de regio;
- De samenwerking tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en andere schakels in de keten van acute zorg te versterken en;
- Ziekenhuizen meer financiële zekerheid te geven, waardoor financiële problemen geen reden kunnen zijn om de spoedeisende hulp of afdeling voor acute verloskunde te sluiten;
- De marktwerking in de zorg te verminderen.

Context acute verloskunde in relatie tot de geboortezorgketen

Belangrijke context is dat er geen eenduidig onderscheid is tussen acute en niet-acute verloskunde op basis van de zorginhoud. 'Acute verloskunde' is daarmee volledig gestoeld op de inschatting en verwachting van de zorgprofessional. De geboortezorg is een keten en de acute situaties zijn fluïde gedurende een periode van zwangerschap en baring. Een eenduidige definitie van acute verloskunde is dan ook niet te maken. We hanteren daarom in dit rapport als acute verloskunde: 24/7 beschikbaarheid van zorgprofessionals en faciliteiten voor een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte. En we beperken ons hierbij tot de medisch-specialistische zorg.

Op dit moment constateert de sector gemeenschappelijk een aantal problemen in de geboortezorg. In de probleemanalyse van de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg schetst zij dat het gaat om een tekort aan obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen, neonatologie-verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Dit wordt versterkt door een veranderende zorgvraag (meer vrouwen met hogere leeftijd, co morbiditeit en een veranderd verwachtingspatroon) en veranderd zorgaanbod (meer zorg door verandering richtlijnen en jurisdisering). Dit zet de gehele keten van geboortezorg onder druk. Daarbij zien wij dat de geboortezorgsector profijt kan hebben van een betere onderlinge samenwerking.

Invoeringsmogelijkheden voor een budgetbekostiging

De Minister vraagt ons naar de invoeringsmogelijkheden voor een budgetbekostiging voor de acute verloskunde in de medisch-specialistische zorg.

Wanneer, ondanks de risico's die we zien en hieronder toelichten, wordt gekozen voor een budgetbekostiging, zien we drie verschillende afbakeningsopties waarmee we het budget kunnen vormgeven en waarmee we de budgetbekostiging zouden kunnen invoeren.

- 1 Een afbakening op basis van dezelfde middelen als beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde;
- 2 Een afbakening op basis van minimale middelen die nodig zijn om 24/7 acute verloskunde aan te kunnen bieden, en;
- 3 Een afbakening op basis van middelen die nodig zijn om 24/7 acute verloskunde aan te kunnen bieden, gedifferentieerd per ziekenhuis.

We concluderen dat er weinig onderscheid tussen deze opties is wanneer we deze toetsen aan de vier doelstellingen. De optie met een gedifferentieerde afbakening (optie 3) onderscheidt zich nog het meest. Deze optie kent echt een later invoeringsmoment, maar zal wel meer ten goede komen aan de kostendekkendheid en financiële zekerheid voor het ziekenhuis.

De eerste twee opties zijn allebei per 2028 mogelijk. De bredere afbakening van optie 2 komt meer ten goede aan de doelstelling van financiële zekerheid voor het ziekenhuis dan optie 1. Daarom heeft optie 2 de voorkeur. Een lumpsum-financiering ter dekking van het budget is dan het meest passend.

Bij een eventuele introductie van budgetbekostiging voor acute verloskunde adviseren we om geen wijzigingen door te voeren in de bekostiging voor integrale geboortezorg organisaties (hierna: IGO's) en de ziekenhuizen binnen de IGO's daarom geen onderdeel te laten zijn van de budgetbekostiging.

Geen invoering van budgetbekostiging voor acute verloskunde

We zien dat een budgetbekostiging niet bijdraagt aan de vier doelstellingen in een mate die je zou mogen verwachten bij een dergelijke stelselmatige wijziging in de inkoop van zorg binnen de Zorgverzekeringswet. Acute verloskunde in de medisch-specialistische zorg is onderdeel van de integrale geboortezorgketen. Een budgetbekostiging voor alleen dit onderdeel invoeren zien wij niet als oplossing voor de problemen van de keten. We adviseren om geen budgetbekostiging te introduceren voor de acute verloskunde. Per doelstelling concluderen we het volgende:

Toegankelijke acute verloskundige zorg

De toegankelijkheid van de acute verloskunde kan verslechteren bij invoering van budgetbekostiging. In de geboortezorg is momenteel vanwege personeelstekorten sprake van tijdelijke volmeldingen van ziekenhuizen waardoor bevallingen moeten uitwijken naar andere ziekenhuizen. Wanneer ziekenhuizen vaste inkomsten hebben zonder dat hier expliciete afspraken aan verbonden zijn, kan invoering van een budgetbekostiging leiden tot meer volmeldingen en daarmee een beperking in de toegankelijkheid van acute verloskunde.

Een budgetbekostiging voor acute verloskunde borgt niet dat locaties voor acute verloskunde niet meer sluiten. Een budgetbekostiging wordt soms ten onrechte gezien als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel etc.) niet te hoeven maken. Dat is niet juist: een budgetbekostiging leidt niet tot een toename van beschikbare middelen. Daarmee is het geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen.

Samenwerking

We verwachten dat het effect op de samenwerking zeer beperkt is, of zelfs een negatieve impact kan hebben. Zolang er vanuit de interne verdeling binnen het ziekenhuis productieprikkelers uitgaan, kan een

budgetbekostiging niet op zichzelf de interne samenwerking en de samenwerking met andere ziekenhuizen stimuleren. Om de samenwerking te verbeteren vraagt dit vooral iets van de ziekenhuizen om de productieprikkel te verminderen.

We benadrukken daarnaast dat de geboortezorg keten andere ketenpartners heeft dan bijvoorbeeld de spoedeisende hulp. De spoedeisende hulp heeft ketenpartners die ook op basis van beschikbaarheid bekostigd worden. De geboortezorgpartners kennen allemaal hun eigen monodisciplinaire prestatiebekostiging en geen budgetbekostigingen. Daarmee wordt er bij introductie van budgetbekostiging voor de acute verloskunde geen gelijkgerichte inkoop tussen het ziekenhuis en de ketenpartners gerealiseerd. Het introduceren van budgetbekostiging voor één ketenpartner - die momenteel al de meeste kosten maakt in de keten en daarmee ook vaak de meeste zeggenschap heeft – kan leiden tot een (scheve) machtsverdeling. Dit is niet bevorderlijk voor de gelijkwaardigheid en daarmee voor de samenwerking. Bovendien vormt invoering van een budgetbekostiging een risico voor de samenwerking binnen de integraal bekostigde IGO's.

Financiële zekerheid

Acute verloskunde kan niet los gezien worden van verloskunde in het ziekenhuis. Daarmee is acute verloskunde geen opzichzelfstaande zorgvorm. Een budgetbekostiging voor acute verloskunde zal dan ook niet kostendekkend zijn voor de verloskunde afdeling, en daarmee niet de financiële zekerheid borgen die nodig is voor de gehele beschikbaarheid van verloskundige zorg in het ziekenhuis.

Marktwerving

Invoering van budgetbekostiging beoogt een beperking op de concurrentie van de inkoop van acute verloskunde. Het gaat om een inperking van de marktwerving voor een onderdeel van zorg welke niet goed af te bakenen is, omdat de acute verloskunde geen opzichzelfstaande zorgvorm is maar altijd verbonden is met de niet-acute verloskunde. Hierdoor ontstaan binnen het ziekenhuis twee verschillende inkoopssystemen waarvan eentje met minder marktwerving. Omdat het ongedefinieerde niet-acute verloskundige deel concurrentiële inkoop blijft kennen, terwijl de zorginhoud door elkaar loopt, verwachten we een niet wenselijke situatie met twee bekostigingssystemen binnen het ziekenhuis voor de gehele verloskunde.

Wat heeft de sector wél nodig?

De problemen in de geboortezorg vragen om een andere aanpak en oplossingen. Het vraagt om een op inhoud gedreven discussie over wat nodig is.

We verwachten dat dit de sector kan helpen om problemen verder uit te diepen en in kaart te brengen hoe de problemen opgelost kunnen worden. Bij het opstellen van de oplossingsrichtingen zou in die inhoudelijke discussie rekening gehouden moeten worden met de afwegingen tussen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Een dergelijk kader dat hier uit volgt, verschaft duidelijkheid over de inrichting van het geboortezorglandschap en de vereiste samenwerking. Het stelt vast welke kwaliteit er minimaal beschikbaar moet zijn en welke mate van toegankelijkheid van zorg hiermee moet worden geborgd. Hierin kan ook rekening gehouden worden met de optimale inzet van schaars personeel.

Standpunt veldpartijen en vervolg

Bij de totstandkoming van dit advies hebben wij nauwe afstemming gehad met de relevante sectorpartijen. Partijen bevestigen dat een budgetbekostiging voor de acute verloskunde geen passende bekostiging is.

De partijen en de NZa constateren dat de acute geboortezorg knelpunten ervaart. In de gesprekken met de sectorpartijen stelden zij dat het aanpassen van de bekostiging de problemen in de sector niet op kan lossen.

Elke partij voelt de urgentie en het momentum om de geschetste problemen in de keten van geboortezorg met elkaar aan te pakken. Partijen gaan dit gemeenschappelijk doen via de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg. Het gaat hierbij om het beantwoorden van vraagstukken in den brede: de visie op de organisatie van geboortezorg, maar ook de visie op de inhoud van zorg, en hoe samenwerking en netwerken hier aan bij kunnen dragen.

De NZa en verschillende partijen hebben daarnaast zorgen over het gebrek aan transparantie over de toegankelijkheid van de tweedelijns acute verloskunde. Zoals in dit rapport aangegeven is deze informatie nodig om in de regio afspraken te maken over de verdeling van zorg en is deze informatie belangrijk voor verzekeraars om te weten in hoeverre zij ook in de toekomst kunnen voldoen aan hun zorgplicht. Inzicht in de beschikbaarheid van (in dit geval) tweedelijns acute geboortezorg, is immers nodig om vraag en aanbod zo goed mogelijk op elkaar te kunnen afstemmen, zeker in acute situaties. Het hebben van inzicht is een expliciete verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, zoals door de NZa is vastgelegd in de Handvatten Zorgplicht. Het is goed dat middels gesprekken de betrokken partijen bij elkaar worden gebracht om samen te bepalen hoe dat inzicht kan worden georganiseerd. Hiervoor ligt de regierol uitdrukkelijk bij de zorgverzekeraars vanuit hun verantwoordelijkheid om tijdig voldoende zorg beschikbaar te hebben voor hun verzekerden. Partijen zullen ieder vanuit hun eigen kracht een constructieve bijdrage moeten leveren en de NZa kan partijen hierin stimuleren en faciliteren waar dat nodig is en wellicht ook verplichten, bijvoorbeeld als het gaat om het beschikbaar stellen van benodigde informatie.

De NZa zal daarom op korte termijn, vanuit haar toezicht op toegankelijke geboortezorg, de zorgverzekeraars aanspreken om in gezamenlijkheid gesprekken met partijen te voeren over hoe het nodige inzicht kan worden georganiseerd, bijvoorbeeld door bestaande registraties binnen ROAZ regio's breder beschikbaar te maken. Het feit dat het om acute zorg gaat onderschrijft dat er enige urgentie uitgaat naar het organiseren van dit inzicht. Wij verwachten dat zorgverzekeraars op korte termijn de beschreven regierol oppakken en daarmee werken we aan een toegankelijke geboortezorg sector. Uiteraard zal binnen die gesprekken ook oog moeten zijn voor de administratieve lasten.

We roepen partijen op om deze vraagstukken in de geboortezorg met urgentie en snelheid op te pakken.

1 Aanleiding en opdracht

1.1 Aanleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft eind november 2024 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een adviesaanvraag ontvangen. Deze aanvraag bestaat uit het verzoek om in kaart te brengen welke betekenisvolle stappen er gezet kunnen worden naar budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (seh) en acute verloskunde (av) in de ziekenhuiszorg. Tevens vraagt de Minister van VWS (hierna: de Minister) ons om een tijdpad voor gefaseerde invoering in 2026 en verder. De Minister vraagt ons hierbij antwoorden te geven op uitvoeringsvraagstukken.

De aanleiding voor deze vraag van het Ministerie van VWS is de volgende afspraak uit het regeerprogramma van kabinet-Schoof:

“We willen dat de acute spoedeisende hulp, acute verloskunde en de intensive care afdelingen gefinancierd worden op basis van een vast budget. De NZa wordt gevraagd gefaseerd en zo snel mogelijk budgetbekostiging mogelijk te maken. Dit geeft zekerheid voor kleinere ziekenhuizen en maakt samenwerking gemakkelijker. Zorgverzekeraars kopen deze zorg in op dezelfde manier als ambulancezorg. Op deze manier werkt het kabinet aan minder marktwerking in de zorg en toegankelijker zorg in de regio.”

Samengevat beoogt het kabinet hiermee:

- Te werken aan toegankelijke acute zorg in de regio;
- De samenwerking tussen ziekenhuizen en de overige partners in de keten makkelijker te maken;
- Meer financiële zekerheid te geven voor kleinere ziekenhuizen;
- Marktwerking in de zorg te verminderen.

Toelichting kernbegrippen

Toelichting bekostigingsbegrippen

Dit rapport richt zich op de beweging naar een budgetbekostiging voor acute verloskunde. We zien dat daarbij de verschillende begrippen en terminologie soms tot verwarring leiden. Daarom hier een omschrijving van drie kernbegrippen: beschikbaarheidsbekostiging, (a) budgetbekostiging met inkoop in representatie en (b) de beschikbaarheidsbijdrage.

Beschikbaarheidsbekostiging

Bekostiging op basis van beschikbaarheid, om een bepaalde zorgcapaciteit beschikbaar te houden ongeacht de hoeveelheid geleverde zorg. Er zijn twee vormen van beschikbaarheidsbekostiging:

Budgetbekostiging (inkoop via zorgverzekeraars)

Budgetbekostiging is een vorm van beschikbaarheidsbekostiging. Bij budgetbekostiging komen een zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraars een budget overeen, waarbij zij de hoogte van het budget afspreken op basis van NZa-budgetparameters. De NZa stelt de overeengekomen hoogte van het budget vervolgens vast. Het doel van een budget is het bekostigen van een bepaalde soort zorg en de daarbij behorende ondersteunende structuur en activiteiten. Om het afgesproken budget

te dekken, is er sprake van financiering van de zorgverzekeraars aan de zorgaanbieder door gedeclareerde zorgprestaties te vergoeden. Deze financiering vormt de opbrengsten van de zorgaanbieder.

We kennen al verschillende vormen van budgetbekostiging binnen de acute zorg. Zo hebben we op dit moment een budgetbekostiging voor de acute ggz, de regionale ambulancevoorzieningen en de huisartsenposten. Vaak is er bij een budgetbekostiging sprake van een beschikbaarheidsfunctie. Het gaat om zorg die beschikbaar moet zijn, ongeacht of er op dat moment vraag naar is. De zorgaanbieder moet ook haar kosten kunnen dekken wanneer zij beschikbaar is maar weinig zorg levert.

Inkoop in representatie

Bij zorginkoop in representatie kopen één of twee zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars de zorg in voor die betreffende regio of zorgaanbieder. Anders dan bij volgeleid moeten de andere zorgverzekeraars de gemaakte afspraken volgen. Dit beperkt de vrijheid van individuele zorgverzekeraars aanzienlijk en borgt de gelijk gerichtheid. Door de afwezigheid van verschillen in de contractafspraken tussen zorgverzekeraars kan de voorspelbaarheid en de continuïteit van de (financiële) bedrijfsvoering verbeteren.

Beschikbaarheidsbijdrage (overheidssubsidie)

De beschikbaarheidsbijdrage is slechts één specifieke vorm van beschikbaarheidsbekostiging; namelijk een overheidssubsidie voor bijzondere zorgfuncties. Deze vorm van bekostiging kan alleen worden ingevoerd voor vormen van zorg waarvan de kosten niet (geheel) zijn toe te rekenen naar individuele zorgverzekeraars of verzekeren, of waarvan die toerekening marktverstoring werkt, en die niet op andere manier bekostigd kan worden (art. 56a Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg)).

Toelichting geboortezorg begrippen

Naast bovenstaande stelsel- en bekostigingsbegrippen, leggen we hier onder ook een aantal begrippen uit geboortezorg toe.

Acute verloskunde en acute geboortezorg

In dit document bedoelen we met acute verloskunde de 24/7 beschikbaarheid en borging van zorgprofessionals en faciliteiten voor een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte. Zie ook sectie 2.1 waar we uitgebreider stil staan bij de definitie van acute verloskunde. Acute verloskunde is eigenlijk een te smalle term voor deze zorg. Zo is er bijvoorbeeld ook beschikbaarheid van een neonatoloog nodig. De sector spreekt daarom van acute geboortezorg in plaats van acute verloskunde. De NZa houdt in dit rapport grotendeels vast aan de term acute verloskunde zoals gebruikt in de opdrachtomschrijving aan de NZa. We bedoelen hiermee het bredere begrip acute geboortezorg, maar wel specifiek toegepast op de tweede lijn gezien de reikwijdte van de opdracht.

Integrale geboortezorg

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is een kwaliteitsstandaard die voor elke aanbieder binnen de geboortezorgketen geldt en hen verplicht om alle geboortezorg integraal te leveren waarbij de zorgvraag van de patiënt centraal staat. Onder integrale geboortezorg bedoelen we in dit rapport de volledige keten aan geboortezorg die integraal wordt geleverd. Dit staat los van hoe deze zorg wordt bekostigd en moet niet worden verward met integrale bekostiging van de geboortezorg (zie hieronder).

Verloskundig samenwerkingsverband (VSV)

De Zorgstandaard integrale geboortezorg schrijft voor dat alle aanbieders van geboortezorg deelnemen aan een VSV. Elk VSV bestaat tenminste uit de zorgaanbieders voor verloskunde, kraamzorg en gynaecologie. De VSV kan eventueel aangevuld zijn met neonatologie en sociaal domein (bijvoorbeeld Jeugdgezondheidszorg). Binnen de VSV werken zij samen om de zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd zo goed mogelijk te organiseren en te verbeteren. Er zijn rond de 70 VSV's in Nederland die ieder een eigen regio beslaan. Samen vormen zij een landelijk dekkend netwerk.

Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) en integrale bekostiging geboortezorg

De meeste aanbieders binnen de geboortezorg worden bekostigd via de monodisciplinaire bekostigingen voor verloskunde, kraamzorg en medisch specialistische zorg (msz). Ongeveer één op de tien regio's werkt met de recent ingevoerde integrale bekostiging waarbij binnen een regio één contractant bestaat van alle geboortezorg samen. Dit is de integrale geboortezorg organisatie (IGO). De IGO declareert integrale geboortezorg prestaties waar de inzet van de verloskundige, kraamzorg en msz samen zijn verwerkt. Binnen de IGO bespreken de betrokken aanbieders/zorgverleners hoe ze alle geboortezorg rondom de zwangere het beste kunnen organiseren. In deze regio's worden de monodisciplinaire bekostigingen niet gebruikt door zorgaanbieders binnen de IGO.

1.2 Opdracht aan de NZa

In de brief van 25 november 2024 (kenmerk 4008919-1075388-PZo) verzoekt de Minister van VWS de NZa om een uitvoerbaarheids- en handhavingstoets uit te brengen inzake een toekomstige budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde, met inkoop in representatie door zorgverzekeraars. Het verzoek bevat een scheiding tussen twee op te leveren adviezen:

- De Minister verzoekt ons om te adviseren welke betekenisvolle stappen per 1 januari 2026 gezet kunnen worden én te adviseren over een concreet tijdpad voor gefaseerde invoering van budgetbekostiging voor de seh en av. Dit advies ontvangt de Minister graag uiterlijk 1 februari 2025.
- De Minister verzoekt ons om uiterlijk 1 juli 2025 ons advies en antwoorden op de (in de brief) beschreven uitvoeringsvraagstukken voor een gefaseerde invoering per 2026, 2027 en 2028 van budgetbekostiging voor de seh en av op te leveren.
- Hierbij geldt dat we voor acute verloskunde een herziene deadline van 1 oktober hebben gekregen van de Minister voor het opleveren van ons tweede deel van het uitvoeringsadvies.

Daarbij stelt de Minister ons specifiek de volgende vragen:

Vragen opdracht VWS

- 1 Hoe kan budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de seh en av zo snel mogelijk worden ingevoerd?
 - a Kunt u aangeven wat nodig is om dit te realiseren, welke keuzes daarvoor gemaakt moeten worden en welke kansen en risico's hiermee gepaard gaan?
 - b Kunt u, als onderdeel daarvan, beschrijven wat het betekent als budgetbekostiging vooralsnog wordt ingevoerd op basis van de afbakening en berekening van de kosten zoals die gebruikt worden voor de beschikbaarheidsbijdrage seh en av?
- 2 Welke stappen zijn er in het kader van een gefaseerde invoering per 2026, 2027 en 2028 te zetten, als het gaat om de invoering van budgetbekostiging voor de seh en av met inkoop in representatie?

Hierbij geldt dat we in ons uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en AV deel 1 een eerste antwoord hebben gegeven op bovenstaande vragen. In dit tweede deel gaan we voor de acute verloskunde nader in op de beantwoording van met name vraag 1.

Voor de acute verloskunde heeft de NZa, los van het uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en AV, deel 1, niet eerder onderzoek gedaan of geadviseerd over een budgetbekostiging. Dit maakt dat we in deel 1 van de uitvoeringstoets aangegeven hebben dat voor de acute verloskunde meer de tijd genomen dient te worden. De consequenties van budgetbekostiging voor acute verloskunde zijn immers op verschillende punten complex vanwege de integrale keten van zorglevering die de medisch specialistische zorg en de afbakening van de beoogde budgetbekostiging overstijgt.

De Minister vraagt ons ook om antwoord te geven op een reeks met uitvoeringsvraagstukken. In dit voorliggende rapport (deel 2) zullen we waar mogelijk deze uitvoeringsvraagstukken uitwerken. Het betreft de volgende uitvoeringsvraagstukken:

- Bekostiging
- Kwaliteit
- Eigen risico en risicoverevening
- Schoning
- Gevolgen voor zorgmarkten
- Administratieve lasten
- Gevolgen voor beschikbaarheidsbijdrage av en mogelijk overgangsrecht
- Impact ziekenhuis
- Impact av
- Arbeidsmarkt
- Budgettaire effecten
- Draagvlak en consultatie

Voor de spoedeisende hulp geldt dat we het tweede deel van ons uitvoeringsadvies afgelopen juli hebben gepubliceerd. Voorliggend rapport betreft dan ook het uitvoeringsadvies deel 2 voor de acute verloskunde.

Naast de uitvoeringsvraagstukken vraagt de Minister om een fraude- en handhavingstoets. Voor de acute verloskunde geldt dat we nog onvoldoende kaders hebben, om deze vragen goed te kunnen beantwoorden. Daarom zijn deze vragen voor de acute verloskunde geen onderdeel van dit rapport.

Deze opdracht betreft een analyse van invoering van budgetbekostiging voor acute verloskunde geleverd in de msz. Dit betreft een deel van de acute verloskunde, omdat acute verloskunde ook in de eerstelijnszorg kan plaatsvinden. Alle verloskundige zorg wordt in de praktijk geleverd in een integrale keten van geboortezorg, dus ook door verschillende eerstelijns zorgaanbieders. Een multidisciplinaire of integrale benadering van een mogelijk budgetbekostiging valt buiten de scope van deze opdracht en hebben we dan ook niet onderzocht. Daarnaast hebben we binnen de scope van de opdracht geen uitgebreide probleemanalyse gedaan, maar deze overgelaten aan sectorpartijen. Bovendien hebben we in deze opdracht geen onderzoek gedaan naar welke bekostigingsvorm het meest passend is voor de acute zorg binnen de geboortezorg keten. De opdracht ziet op de mogelijkheden om budgetbekostiging in te voeren in de msz en de mogelijke gevolgen daarvan.

1.3 Uitgangspunten

De Minister geeft ons een aantal uitgangspunten mee met betrekking tot een budgetbekostiging voor de acute verloskunde:

- Budgetbekostiging geldt voor elke afdeling av in Nederland;
- We kunnen uitgaan van het begrip av zoals het RIVM dit hanteert in haar Bereikbaarheidsanalyse seh's en acute verloskunde;
- Voor de kwaliteit van de acute verloskunde, is het hoofdstuk 'Acute zorg' uit de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg leidend.
- Omdat budgetbekostiging voor alle ziekenhuizen gaat gelden, vervangt dit voor een deel van de ziekenhuizen de huidige beschikbaarheidsbijdrage av;
- Inkoop vindt plaats door zorgverzekeraars in representatie;
- De invoering van budgetbekostiging is budgetneutraal.

1.4 Leeswijzer en betrokkenheid sector

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we allereerst de context van budgetbekostiging in relatie tot de geboortezorg. We rapporteren over de door de sector aangeleverde definitie van acute verloskunde en de belangrijkste problemen die de sector zelf ziet voor de acute verloskunde.

Vervolgens bouwen we in hoofdstuk 0 voort op de stappen en roadmaps die we in deel 1 van het uitvoeringsadvies hebben geschetst. We werken uit welke bekostigingsmogelijkheden en financieringsopties we zien om op de korte termijn een budgetbekostiging in te voeren voor de acute verloskunde. De opties die niet uitvoerbaar zijn hebben we in bijlage 1 geplaatst.

In hoofdstuk 40 beoordelen we geschetste opties uit hoofdstuk 30. Dit doen we aan de hand van de doelstellingen uit het Regeerprogramma kabinet-Schoof. In hoofdstuk 5 beantwoorden we de verschillende uitvoeringsvraagstukken voor zover deze nog niet in de voorgaande hoofdstukken behandeld zijn.

In hoofdstuk 6 trekken wij onze conclusies op basis van het gehele rapport.

Betrokkenheid sectorpartijen

Bij de totstandkoming van dit rapport – specifiek voor het onderdeel acute verloskunde – geldt dat we naast de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ook Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Integrale Geboortezorg Organisaties (IGO's), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Federatie van Verloskundige Samenwerkingsverbanden (Federatie van VSV's), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), Ambulancezorg Nederland (AZN), Bo Geboortezorg en PFN (Patiënte Federatie Nederland) hebben geraadpleegd. Specifiek hebben we een tweetal werksessies georganiseerd en hiervoor de betrokkenen in de acute geboortezorg uitgenodigd. We hebben hierbij de kansen en risico's van budgetbekostiging met elkaar in kaart gebracht. Uiteraard hebben we ook gesproken met het Zorginstituut en het ministerie van VWS. Daarnaast hebben we een technische sessie met vooral de technische experts vanuit de ziekenhuizen en zorgverzekeraars georganiseerd om hoofdstukken 4 en 5 vorm te geven.

2 Context (acute) verloskunde en de geboortezorg keten

2.1 Definitie acute verloskunde

In het regeerprogramma kabinet-Schoof wordt geschreven over de wens tot invoering van een budgetbesteding voor de acute verloskunde. We starten dit rapport daarom met wat acute verloskunde precies inhoudt. Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig.

De Minister vraagt ons om uit te gaan van het begrip acute verloskunde zoals het RIVM dit hanteert in haar bereikbaarheidsanalyse. Dit is niet zozeer een definitie van acute verloskunde, maar meer een minimaal aantal middelen die in een ziekenhuis beschikbaar moeten zijn om acute verloskunde te kunnen leveren. Het RIVM hanteert hierbij:

Om vast te stellen of een ziekenhuislocatie de specialistische zorgfunctie acute verloskunde aanbiedt, zijn de volgende kenmerken gehanteerd:

- 1) acute verloskunde wordt 24/7 aangeboden;
- 2) er is altijd een klinisch verloskundige of A(N)IOS gynaecologie of gynaecoloog aanwezig, en
- 3) een gynaecoloog, kinderarts, anesthesioloog, anesthesiemedewerker en OK-ruimte zijn allemaal binnen 30 minuten beschikbaar. ¹

De sectorpartijen gaven in de werksessies aan dat er geen definitie is van acute verloskunde en dat deze definitie wel nodig is voordat de bekostiging wijzigt voor het acute gedeelte van de geboortezorg. Daarom is de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG) aan de slag gegaan met het formuleren van de definitie van acute verloskunde.

Hieronder schetsen we in het kader de definitie van acute verloskunde zoals we deze hebben ontvangen van de LTIG op 4 juli 2025.

¹ RIVM bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2025, 30 juni 2025

Definitie acute verloskunde

Als basis wordt aangesloten bij de reeds bestaande definitie uit de Zorgstandaard integrale geboortezorg, deze luidt:

Onder een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte wordt verstaan een situatie waarin snel zorg moet worden verleend aan moeder en/of kind om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen. Een dergelijke acute situatie kan zich voordoen tijdens de zwangerschap (bijv. dreigende eclampsie), tijdens de bevalling (bijv. foetale nood), na de bevalling (bijv. levensbedreigend bloedverlies) en tijdens de neonatale periode (bijv. asfyxie). Een en ander vereist een goede organisatie, een adequate samenwerking, afspraken, regie en helderheid over verantwoordelijkheden van zorgverleners op lokaal niveau (ook ambulancezorg). Daarbij gaat het niet alleen om afstemming binnen en tussen de verschillende echelons, maar ook om afstemming binnen bijvoorbeeld een ziekenhuis. Ook daar zijn immers verschillende professionals betrokken bij het verlenen van (acute) zorg rond zwangerschap en geboorte.

Hier voegt de LTIG nog aan toe dat planbare en acute verloskundige zorg niet los van elkaar gezien kunnen worden. Ze gaan medisch-inhoudelijk in elkaar over en kunnen bij voorbaat niet goed worden onderscheiden. In de geboortezorg is er sprake van een zorgpad met planbare en acute zorg. Als we bovenstaande definitie vertalen naar de opdracht van de minister en het op te leveren advies van de NZa over budgetbekostiging, dan gaat het erom dat de 24/7 beschikbaarheid van zorgprofessionals en faciliteiten voor een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte wordt geborgd.

De definitie van acute verloskunde uit de Zorgstandaard integrale geboortezorg en de aanvullingen van de LTIG geven weliswaar richting aan wat acute verloskunde inhoudt, maar geven geen criteria aan de hand waarvan eenduidig en controleerbaar kan worden besloten welke geboortezorg acuut is en welke niet. Het begrip is daarmee volledig gestoeld op de inschatting en verwachting van de zorgprofessional. Deze inschatting zal (bij een gebrek aan richtlijnen met eenduidige criteria) een grote mate van variatie kennen waardoor er ook sprake is van een groot grijs gebied. Hierbij zal de ene professional aangeven dat iets wel acuut is omdat er anders onomkeerbare gezondheidsschade ontstaat en de andere professional niet. De beschikbare definities leiden dan ook niet tot een afbakening van acute geboortezorg. Dit betekent dat we geen eenduidig onderscheid kunnen maken tussen acute verloskunde en niet-acute verloskunde op basis van zorginhoud.

De betrokken beroepsgroepen van de geboortezorg geven aan dat het inhoudelijk niet mogelijk is om onderscheid te maken tussen welke patiënten zorg hebben gekregen in een acute situatie en welke niet. Het is niet mogelijk om individuele zwangeren of handelingen te oormerken als acuut of niet acuut, want:

- Elke zwangere – ongeacht of zij door de eerste of tweede lijn wordt begeleid - kan op elk moment gedurende de zwangerschap een acute zorgvraag ontwikkelen.
- Voor zwangeren geldt dat de medisch-specialistische zorg die zij krijgen vaak maar voor een gedeelte bestaat uit zorg geleverd in een acute situatie.
- Er bestaan geen landelijke richtlijnen die bepaalde handelingen/diagnoses als acuut bestempelen en anderen niet.

Er is geen onderscheid tussen een acute handeling of een niet-acute handeling. Dat maakt ook dat in de huidige msz-bekostiging voor geboortezorg geen onderscheid is tussen acute verrichtingen en niet-acute verrichtingen. En – vooruitlopend op de techniek uit hoofdstuk 3 – kunnen we om dezelfde redenen ook geen acute prestatie afbakenen die ter dekking van het budget voor acute verloskunde zou zijn.

Arbitraire criteria, zoals bijvoorbeeld alle acute verloskundige ingrepen buiten kantoortijden of alle keizersneden categoriseren als acuut, achten we onwenselijk en bovendien onwerkbaar. Dergelijke criteria staan ver af van de zorginhoud (veel keizersneden zijn gepland), zorgen voor een toename van administratieve lasten (noteren van exacte tijdstippen van handelingen), en een groter risico op fraude (het uitstellen van een ingreep tot een bepaald tijdstip) met meer controle en verantwoording als gevolg. Hierdoor vormen acute verloskunde en niet-acute verloskunde één niet te onderscheiden geheel.

Voorbeeld

Een zwangere heeft medische indicatie voor bevalling in ziekenhuis en bevalt in ziekenhuis na electieve inleiding met 41+ weken. Na een start van de bevalling onder begeleiding van een klinisch verloskundige bevalt zij uiteindelijk twaalf uur later op de operatiekamer onder begeleiding van de gynaecoloog met een spoedkeizersnede. Hiervoor wordt ook een ruggenprik toegediend door een anesthesioloog. In de eerste paar minuten na de bevalling zijn er zorgen over de gezondheid van de baby en wordt de neonatoloog erbij geroepen. Er wordt besloten om de baby op te nemen ter observatie op de neonatologie afdeling.

- Worden alle kosten van deze zwangere en haar (pasgeboren) baby vergoed vanuit de budgetbekostiging? Of alleen de kosten voor de acute delen?
- Waar start het acute deel van de bevalling? Op het moment van de inleiding, of vanaf het moment dat de bevalling daarna startte, of op het moment dat werd geconstateerd dat een keizersnede nodig was?
- En valt de acute neonatologie zorg voor de pasgeboren baby ook onder de budgetbekostiging? Dit is geen verloskundige zorg, maar wel acute geboortezorg die altijd geleverd moet kunnen worden rondom de bevalling.

2.2 Probleemanalyse geboortezorg

De sectorpartijen stelden tijdens de werksessies dat er nog geen gemeenschappelijke analyse is van de problemen in de geboortezorg. Via de werktafel van de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG) is vervolgens een gedragen probleemanalyse voor de sector opgeleverd. In onderstaand kader schetsen we de probleemanalyse zoals wij die op 4 juli 2025 hebben ontvangen van de werktafel van de LTIG.

Bron: LTIG, ontvangen door de NZa op 4 juli 2025

Probleemanalyse geboortezorg

In algemene zin merkt de werktafel organisatie op dat binnen de geboortezorg grote verbondenheid is binnen de keten (thuis, eerstelijns, tweedelijns, derdelijns). Wijzigingen of knelpunten in de keten kunnen effect hebben op de hele keten en de zorg die een zwangere kan ontvangen. Binnen de geboortezorg wordt op verschillende manieren samengewerkt in (regionale) netwerken in zowel eerste als tweede lijn. Deze netwerksamenwerking is essentieel voor het waarborgen van acute geboortezorg. Om uitspraken te kunnen doen over bekostiging is het van belang zicht te hebben op de elementen die in het integraal samenwerken van belang zijn om de acute zorg te kunnen waarborgen. De variatie in netwerkvormen en bekostiging vraagt om verdere uitwerking en erkenning.

Specifiek in het kader van de bekostiging van de acute zorg ziet de werktafel organisatie de volgende problemen:

1. Zorgaanbod en -vraag niet in balans:

Ook in de geboortezorg is sprake van een toenemende zorgvraag in combinatie met een personeelstekort. De grootste knelpunten zitten bij obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen, neonatologie-verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Dit resulteert in een stijging van het aantal stops en/of tijdelijke sluitingen als gevolg van de capaciteitsproblematiek; dat betreft niet alleen de klinische verloskunde, maar vooral ook voor de beschikbaarheid van faciliteiten voor poliklinische bevallingen. Deze stops en tijdelijke sluitingen ziet de werktafel organisatie als zeer onwenselijk. Het leidt tot forse consequenties voor organisaties, zorgverleners en voor zwangeren. Zwangeren kiezen hierdoor vaker voor een klinische bevalling om zeker te zijn dat ze in het “eigen” ziekenhuis terecht kunnen. Belangrijke ontwikkeling hierbij is dat de hoeveelheid zorg per zwangere en pasgeboren toeneemt, onder andere door:

- Meer vrouwen met co morbiditeit en/of hogere leeftijd;
- Meer interventies door uitbreiding van richtlijnen (o.a. eerder en vaker inleiden);
- Veranderd verwachtingspatroon van de patiënt.
- Toenemende druk op de zorg vanuit juridisering in combinatie risicomijdend gedrag (vanwege kwaliteitsdruk).

Naast de druk op de Geboortezorg zien we ook steeds meer druk op de (acute) kindergeneeskunde zoals bij de golven van maag/darm klachten en het RS virus bij baby's etc. Als dit cumulatief plaats vindt dan ontstaan er grote problemen in de beschikbaarheid van zorg. Momenteel werkt de werktafel organisatie van de LTIG een bredere notitie met betrekking tot capaciteit uit. Hierin wordt gekeken naar mogelijke oplossingen, maar ook welke data en kwaliteit we vragen op dit gebied.

2. Sluiting tweedelijns verloskunde afdelingen:

Een relevant probleem is de ontwikkeling waarin de laatste decennia steeds meer locaties voor poliklinische en klinische verloskunde zijn gesloten, over het algemeen het gevolg van een fusie of een faillissement. Hierdoor is het aantal locaties de afgelopen jaren gedaald. De sluiting van locaties heeft gezorgd voor grotere druk op de overige bevallocaties waardoor in momenten van capaciteitstekort patiënten en eerstelijns verloskundigen vaker moeten uitwijken naar een andere locatie. Ook heeft het gezorgd voor meer druk op eerstelijns verloskundigen die verder moeten reizen naar het ziekenhuis en dus minder tijd beschikbaar hebben om andere zwangeren te begeleiden.

Bij sluiting van een locatie kunnen verschillende aspecten een rol spelen: beschikbaarheid personeel, voldoen aan kwaliteitseisen en/of financiële aspecten. Voor kleine ziekenhuizen is het niet altijd lonend om kostendekkend 24/7 verloskunde te organiseren als er weinig bevallingen plaatsvinden.

In dit kader is het belangrijk om op te merken dat er in Nederland geen ziekenhuis is zonder tweedelijns verloskunde afdeling en dat de afgelopen jaren alleen tweedelijns verloskunde afdelingen zijn gesloten in ziekenhuizen waar op meerdere locaties verloskunde werd geboden. Op dit moment zijn er twee ziekenhuizen waar dit het geval is (Haga Ziekenhuis en Noordwest Ziekenhuisgroep). Dit neemt niet weg dat verdere sluiting van locaties, bijvoorbeeld in geval van een fusie tussen ziekenhuizen, waar mogelijk dient te worden voorkomen.

De werktafel organisatie merkt op dat het sluiten van een locatie niet per definitie altijd een negatieve ontwikkeling is (bijvoorbeeld als de kwaliteit en veiligheid in het geding zijn), maar dat dit afhangt per geval.

Wij herkennen de problemen geschetst in deze analyse. Daarbij zouden we qua context nog willen aanvullen dat problemen in de geboortezorg zich afspelen in een keten van verschillende zorgaanbieders in zorgsectoren die ieder een eigen cultuur, organisatie en (veelal) monodisciplinaire bekostiging kennen. Problemen worden daarom niet door elke partij hetzelfde ervaren en kunnen daarom niet worden opgelost door het anders handelen van één aanbieder of één sector. De probleemanalyse van de LTIG is met consent van alle partijen die aangesloten zijn bij de LTIG tot stand gekomen. Individuele beroeps- of brancheorganisaties zullen naar verwachting nog andere problemen ervaren dan de problemen die genoemd worden.

Zorgaanbieders kunnen binnen het VSV of in het Regionaal overleg Acute Zorg (hierna: ROAZ) de problemen in de keten bespreken en oplossingen aandragen. Hier zijn de afgelopen jaren verbeteringen doorgevoerd doordat de ROAZ-regio's geboortezorg agenderen. Daarnaast helpt de professionaliseringsslag die nu wordt gemaakt via de ZonMW subsidies voor VSV's. We merken dat er veel verschillende zorgaanbieders en beroepsgroepen betrokken moeten zijn bij elke verbetering in de geboortezorg. Hierdoor is het oplossend vermogen binnen de keten beperkt. Zo liggen de kosten vaak bij één beroepsgroep en de baten bij een andere beroepsgroep. Dit is inherent aan de monodisciplinaire bekostiging en zorgaanbieders – waar de meeste regio's mee werken - van de verschillende zorgaanbieders. Bijvoorbeeld wanneer de eerstelijns verloskundige extra inzet op preventie tijdens de zwangerschap. Dit kost hen meer geld, maar bespaart kosten in de tweedelijns zorg in de vorm van minder complicaties tijdens of na bevallingen.

De noodzakelijke samenwerking in de keten komt in het merendeel van het land nog onvoldoende tot stand, waardoor de toegankelijkheid van de acute geboortezorg binnen de gehele keten in gevaar is. Dit wordt extra duidelijk nu zorgaanbod en zorgvraag niet langer in balans zijn.

3 Hoe kan een budgetbekostiging op korte termijn worden ingevoerd?

In deel 1 van het uitvoeringsadvies, hebben we het onderstaande stappenplan geschetst van de randvoorwaardelijke processen en verschillende keuzes die gemaakt moeten worden voordat een budgetbekostiging voor acute verloskunde kan worden ingevoerd. Een wenselijke eerste stap om budgetbekostiging in te voeren die zoveel mogelijk maatschappelijke meerwaarde geeft is een inhoudelijk en zorg gedreven discussie en vervolgens kader ('normenkader') over de inrichting van de geboortezorg gegeven de problemen die er in de sector zijn.



Figuur 1 - Stappen om budgetbekostiging in te voeren, afkomstig uit NZa-uitvoeringsadvies deel 1

Dit hoofdstuk gaat nader in op de technische inrichting van budgetbekostiging die 24/7 beschikbaarheid faciliteert van zorgprofessionals en faciliteiten voor een acute situatie in de msz-zorg rond zwangerschap en geboorte. Dit betreft stappen 2 en 4 uit het stappenplan.

We beschrijven eerst het belang van duidelijkheid over wie er in aanmerking komt voor het budget. Daarna gaan we in op een drietal opties voor budgetafbakening. Voor elk van de drie budgetafbakeningen geldt dat we zowel een optie zien voor lumpsum afrekeningen als een optie zien voor financiering van het budget met een zorgprestatie. Dit beschrijven we na de opties voor budgetafbakening.

3.1 Wie komt in aanmerking voor een budget?

Het is van belang dat duidelijk is voor wie de budgetbekostiging geldt. Net zoals we voor de spoedeisende hulp adviseerden, is voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en voor de NZa van belang dat voorafgaand aan het jaar duidelijk is wie aanspraak maakt op het budget.

De Minister heeft als uitgangspunt meegegeven dat de budgetbekostiging geldt voor elke afdeling acute verloskunde in Nederland en dat we voor het begrip 'acute verloskunde' uit kunnen gaan van de inventarisatie van het aanbod van de acute verloskunde zoals gehanteerd in de bereikbaarheidsanalyse seh's en acute verloskunde van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Voor zowel zorgaanbieders en zorgverzekeraars, als voor de NZa, is het van belang dat uiterlijk 1 juli van jaar t-1 bekend is welke locaties met acute verloskunde hier aan voldoen voor jaar t. Er zal dan ook een lijst moeten komen die jaarlijks tijdig wordt bijgewerkt zodat er geen discussies ontstaan over welke locatie in aanmerking komt voor een budget, en welke locatie niet. Het is ook van belang om te weten onder welke voorwaarden en door welke partij er locaties aan deze lijst kunnen worden toegevoegd en afgehaald.

We vragen hierbij specifieke aandacht voor de ziekenhuizen die momenteel samenwerken via de integrale geboortezorg organisaties (IGO's). Momenteel worden zeven regio's (met daarbinnen zeven ziekenhuizen) bekostigd via integrale bekostiging van de geboortezorg. Deze regio's hebben de afgelopen jaren veel tijd en energie geïnvesteerd in een integrale werkwijze en bekostiging. Het is essentieel dat de invoering van budgetbekostiging niet ten koste gaat van organisatie en samenwerking van de IGO's. Gegeven de passende, integrale bekostiging die geldt voor deze regio's, adviseert de NZa om een budgetbekostiging acute verloskunde niet te laten gelden voor ziekenhuizen die in een IGO zitten. We gaan hier in 5.1 nader op in.

3.2 Vormgeving budget

3.2.1 Afbakening ten behoeve van het budget

Voor uitvoering van de budgetbekostiging is een strakke en eenduidige afbakening noodzakelijk. Hiermee bedoelen wij dat er geen ruimte is voor interpretatie van de afbakening door partijen. Het moet helder zijn welke zorg of welke bemensing/middelen (en dus welke daarmee gepaard gaande kosten) binnen de budgetbekostiging valt. Op het moment dat de afbakening ruimte laat voor discussie bij partijen, kan dit leiden tot verschillen van inzicht die juridisch kunnen worden aangevochten. Hierbij kan de redelijkerwijs kostendekkendheid van het budget ter discussie worden gesteld en zal dit ook aangetoond moeten worden. Op die manier wordt het doel van de Minister met budgetbekostiging, namelijk zekerheid en samenwerking, niet behaald.

Met de afbakening zal de Minister bepalen welk gedeelte van de verloskundige zorg binnen de msz moet worden gedekt via de budgetbekostiging en welk gedeelte gedekt blijft door reguliere bekostiging. De budgetbekostiging kan bijvoorbeeld alle middelen dekken die nodig zijn om een (nog te bepalen) bezetting 24/7 open te houden. Of het kan beperkter worden vormgegeven door alleen een gedeelte van de hiervoor benodigde middelen te dekken, zoals nu het geval is bij de huidige beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde. Een eenduidige afbakening is echter een uitdaging vanwege de grote verwevenheid van acute zorghandelingen met niet acute zorghandelingen, de daaraan gerelateerde beperkte landelijke richtlijnen en kwaliteitsstandaarden specifiek voor de acute verloskunde en vanwege de verschillende specialismen die nodig zijn om deze acute zorg te leveren.

3.2.2 Drie afbakeningsopties t.b.v. het budget

Bij een afbakening van middelen die nodig zijn om 24/7 acute verloskunde aan te bieden zien we drie mogelijke afbakeningen waarmee de NZa vervolgens de budgetten kan bepalen. Optie 1 leidt tot de kleinste omvang van het budget en optie 3 tot de grootste. In hoofdstuk 4 vergelijken we in hoeverre elk van deze opties voldoet aan de verschillende doelstellingen. En in hoofdstuk 5 vergelijken we de opties aan de hand van de uitvoeringsvraagstukken.

Afbakeningsopties budget

Optie 1 - Dezelfde middelen als beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde

Optie 2 - Minimale middelen die nodig zijn om 24/7 acute zorg aan te kunnen bieden

Optie 3 - Middelen die nodig zijn om 24/7 acute zorg aan te kunnen bieden, gedifferentieerd naar zorg geleverd per ziekenhuis

Een budgetbekostiging voor acute verloskunde met de afbakening uit optie 1 en 2 zou per 2028 op z'n vroegst ingevoerd kunnen worden. We merken op dat optie 3 niet op de korte termijn mogelijk is, omdat hiervoor een uitwerking nodig is op wat nodig is qua faciliteiten. Deze visie vormen kost tijd waardoor invoering per 2028 niet mogelijk is.

De NZa bepaalt aan de hand van een gekozen afbakening een aantal variabelen waarmee zij het budget vormgeeft. Deze variabelen noemen we (budget)parameters. De NZa stelt voor elk individuele zorgaanbieder in beschikking de (individuele) budgetten vast.

We gaan hieronder in op de verschillende afbakeningsopties.

Optie 1 – (minimum) vergoeding 24/7 gynaecoloog of obstetrisch professional

De meest beperkte budgetafbakening, is om te kiezen voor de aanwezigheid van 24/7 een gynaecoloog of obstetrisch professional en een component voor middelen als faciliteiten. Deze budgetafbakening komt overeen met hoe de NZa de afbakening van de huidige beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde heeft geoperationaliseerd.

Deze afbakening is voor geen enkel ziekenhuis dekkend voor de zorg ten behoeve van acute zorgvragen rond de zwangerschap en geboorte. Met de hoogte van deze bedragen kunnen bijvoorbeeld geen keizersneden worden uitgevoerd. Hier is immers ook dekking nodig van een stukje OK-kosten en de anesthesiologie. De kosten van de neonatoloog vallen ook niet onder de huidige afbakening. Deze kosten zal het ziekenhuis in dit geval via de standaard msz-productie en declaraties moeten declareren en daarmee dekken.

Om de hoogte van het budget te bepalen, kan de NZa de parameters van de beschikbaarheidsbijdrage overnemen en de bijbehorende fte's en vergoedingsbedragen herijken. De parameters bestaan uit de benodigde personele bezetting en bijbehorende kosten voor het vergoeden van 24/7 beschikbaarheid van een gynaecoloog of obstetrisch professional inclusief kosten voor materieel, kapitaal en overhead. De budgetafbakening is hiermee beperkt tot het vergoeden van een deel van de kosten die nodig zijn om 24/7 een acute zorgvraag op te kunnen vangen.

Optie 2 – (minimum) vergoeding voor 24/7 beschikbaarheid van gynaecoloog aangevuld met andere functies en middelen

Een tweede optie voor een budgetafbakening is om te denken vanuit wat er minimaal nodig is om 24/7 acute verloskunde binnen een ziekenhuis aan te kunnen bieden. Dit kan bepaald worden in overleg met

de sectorpartijen. Vervolgens kan de NZa dit operationaliseren en hierbij passende parameters vaststellen.

Gedacht kan worden aan een gynaecoloog, beschikbaarheid van een ok, achterwacht van anesthesioloog en kinderarts en de kapitaalmiddelen voor het gebruik van de ruimte en faciliteiten van het ziekenhuis. Om dit vorm te geven kan gedacht worden aan eenzelfde proces als wat het ministerie van VWS met veldpartijen en aan de hand van de geldende kwaliteitsrichtlijnen heeft vormgegeven bij het toevoegen van de achterwacht voor de spoedeisende hulp. Via eenzelfde proces kan men ook afstemmen welke functies en middelen nodig zijn om 24/7 acute verloskunde aan te kunnen bieden in een ziekenhuis.

Voor deze optie zou ook aansluiting gezocht kunnen worden met de kenmerken die het RIVM heeft opgenomen voor haar bereikbaarheidsanalyse.

Om vast te stellen of een ziekenhuislocatie de specialistische zorgfunctie acute verloskunde aanbiedt, zijn de volgende kenmerken gehanteerd:

- 1) acute verloskunde wordt 24/7 aangeboden;
- 2) er is altijd een klinisch verloskundige of A(N)IOS gynaecologie of gynaecoloog aanwezig, en
- 3) een gynaecoloog, kinderarts, anesthesioloog, anesthesiemedewerker en OK-ruimte zijn allemaal binnen 30 minuten beschikbaar. ²

Optie 3 – Afbakening met gedifferentieerde budgetten per ziekenhuis

Een derde optie voor de budgetafbakening is het vergoeden van de middelen die nodig zijn om per locatie 24/7 acute verloskunde aan te kunnen bieden, rekening houdend met de hoeveelheid patiënten en de casemix van dat ziekenhuis. Bijvoorbeeld ziekenhuizen die groot zijn, academisch of met een neonatale intensive care (NICU) zullen meer acute en complexe verloskundige zorg leveren (een NICU zelf zou dan waarschijnlijk niet onder de afbakening vallen). Hiervoor is echter een invulling nodig van wat nodig is qua faciliteiten in verschillende ziekenhuizen. We verwachten daarom dat deze gedifferentieerde budgetafbakening op de korte termijn niet mogelijk is. Optie 3 is dus een optie voor de langere termijn.

3.3 Vormgeving financiering

Behalve het vaststellen van het budget, moet ook bepaald worden hoe de zorgaanbieder het budget ontvangt. Dit noemen we de financiering en gaat dus expliciet niet over de hoogte van het budget. Voor elk van de drie budgetafbakeningen geldt dat we twee financieringsopties zien:

Financieringsopties

Optie Lumpsumfinanciering

Optie Financiering o.b.v. een ozp

² RIVM bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2025, 30 juni 2025

De eerste optie is aan de hand van een lumpsum. De zorgverzekeraars betalen bij een lumpsum de zorgaanbieder periodiek een vast bedrag. Er is hiermee een constante geldstroom voor de zorgaanbieder. In dit hoofdstuk lichten we in 3.3.1 toe hoe een financiering met lumpsum er uit kan zien.

Een tweede wijze van financiering is naar rato van gebruik of per geleverde prestatie. In 3.3.2 lichten we toe dat financiering met zorgprestaties mogelijk is wanneer de prestatie gedeclareerd wordt bij elke patiënt die gebruik maakt van msz in het kader van zwangerschap en geboorte.

3.3.1 Lumpsum financiering

Bij lumpsum financiering kan het ziekenhuis per (nog te bepalen) periode een bedrag in rekening brengen bij de zorgverzekeraars. De NZa geeft hiervoor individuele beschikkingen af zodat de geldstroom tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieder kan plaatsvinden.

Naast de lumpsum financiering ten behoeve van het budget, declareert het ziekenhuis net zoals in de huidige situatie de reguliere dbc's ongeacht of er sprake is van acute of niet acute zorgleveringen.

Bij een lumpsum financiering zijn er voor zorgverzekeraars meer werkzaamheden voor het inbrengen van kosten in de risicoverevening in vergelijking met een financiering op basis van prestaties. In sectie 5.3.1 gaan we nader in op de gevolgen van een budgetbekostiging voor acute verloskunde voor de risicoverevening.

3.3.2 Financiering via zorgprestaties

We hebben ook financieringsopties overwogen waarbij niet wordt gewerkt met lumpsum, maar met prestaties. Voor een financiering op basis van zorgprestaties gaan we uit van financiering van het budget op basis van één of meerdere zorgprestaties met een (individueel) vast tarief. Een dergelijke zorgprestatie (zowel de betaaltitel als de hoogte van het bijbehorende vaste tarief) kan de NZa vaststellen ter dekking van het budget. Een zorgaanbieder kan de zorgprestatie in rekening brengen wanneer de zorgaanbieder de omschreven zorg heeft geleverd. Een eventueel verschil tussen gedeclareerde omzet en het vastgestelde budget wordt dan achteraf verrekend (opbrengstverrekening).

Er is maar één mogelijke optie voor financiering via zorgprestaties

We zien één vorm van financiering via zorgprestaties als uitvoerbaar voor budgetten in de acute verloskunde. Hiervoor zouden we één nieuw overig zorgproduct (ozp) prestatie maken die voor elke patiënt wordt gedeclareerd waarvoor ook een prestatie in de msz voor zwangerschap of geboorte wordt gedeclareerd. Voor deze patiënten zal dus zowel de nieuwe ozp als het bestaande dbc-zorgproduct gedeclareerd worden. Deze nieuwe ozp zal het ziekenhuis dus declareren ongeacht welke verloskundige zorg de patiënt heeft gekregen. Dit is nodig omdat er geen onderscheid mogelijk is tussen zwangeren die zorg hebben ontvangen in een acute situatie en zwangeren die zorg hebben ontvangen in een niet-acute situatie. We gaan in de volgende sectie hier nader op in.

Het voordeel van deze optie is dat financiering met prestaties in lijn is met de bekostiging en financiering binnen de Zvw en ook in lijn is met de werkwijze waarop andere gebudgetteerde sectoren gefinancierd worden. Het nadeel van een ozp is dat er een extra prestatie gedeclareerd wordt en dus zorgt voor extra financiële stromen en controles. Wel verwachten we dat via automatisering de ozp gemakkelijk gedeclareerd kan worden op basis van het openen van het dbc-zorgproduct.

We merken op dat het introduceren van een ozp ter financiering van het budget een grotere administratieve last oplevert voor de zorgaanbieders dan via een lumpsum financiering. De ozp wordt gedeclareerd voor elke zwangere die zorg ontvangt vanuit zwangerschap of geboorte in het ziekenhuis. Dit gebeurt naast de reguliere dbc. Het ozp dient immers alleen ter dekking van het budget; de reguliere dbc's dekken alle zorg die niet binnen de afbakening van het budget valt. Daardoor ontvangt een zorgverzekeraars geen extra informatie vanuit de ozp. Zorgverzekeraars hebben door de declaratie van een dbc-zorgproduct vanuit de zwangerschap of geboorte al de benodigde informatie om de kosten per patiënt goed te kunnen verdelen en daarmee in te brengen in de risicoverevening. Dit geeft voor de inbreng in de risicoverevening eenzelfde resultaat wanneer voor een ozp of een lumpsum-financiering wordt gekozen. Wel vergemakkelijkt een ozp de werkwijze voor zorgverzekeraars om kosten in te brengen in de risicoverevening. Met een ozp kunnen zij op een eenduidige en uniforme manier kosten opnemen ten behoeve van de risicoverevening.

Andere opties vallen af vanwege geen onderscheid tussen verloskundige zorg in een acute en een niet acute situatie

De sectoren met een bestaande budgetbekostiging waaronder de ambulancezorg, de huisartsenposten en de acute ggz, werken met financiering door middel van prestaties. Dit is ook wat we voorstellen voor de spoedeisende hulp. In elk van die sectoren wordt er een prestatie gedeclareerd wanneer een patiënt zorg ontvangt in een acute situatie.

De betrokken beroepsgroepen van de geboortezorg geven aan dat het inhoudelijk niet mogelijk is om onderscheid te maken tussen welke patiënten zorg hebben gekregen in een acute situatie en welke niet (zie ook sectie 2.1). De financieringsopties die samenhangen met onderscheid tussen acuut en niet-acuut zijn daarom in de praktijk niet uitvoerbaar. *In bijlage 1 geven we een overzicht van de financieringsopties op basis van acute prestaties die we wel onderzocht hebben, maar die niet goed uitvoerbaar zijn vanwege dit gebrek aan onderscheid tussen acute en niet acute situaties. Deze opties lichten we daar toe.*

4 Overwegingen bij invoering budgetbekostiging

In dit hoofdstuk toetsen we de opties voor invoering van budgetbekostiging voor acute verloskunde aan de doelstellingen uit het Regeerprogramma kabinet-Schoof zoals we genoemd hebben in 1.1, namelijk:

- Te werken aan toegankelijke acute zorg in de regio.
- De samenwerking tussen ziekenhuizen en de overige partners in de keten makkelijker te maken;
- Meer financiële zekerheid te geven voor kleinere ziekenhuizen;
- Marktwerving in de zorg te verminderen;

Hiervoor maken we gebruik van de input van sectorpartijen die zij in de werksessies hebben gedeeld met ons. Daar waar we onderscheid zien tussen de drie afbakenings-opties van het budget uit 3.2.2, maken we dit kenbaar via een tabel. Daar waar we geen onderscheid zien in implicaties tussen de opties, schetsen we het algemene beeld.

4.1 Doelstellingen getoetst

In onze werksessies met alle betrokken partijen in de geboortezorg hebben we stil gestaan bij de kansen en risico's die een budgetbekostiging kan hebben voor de acute verloskunde in de medisch-specialistische zorg. Maar ook hoe de kansen optimaal benut kunnen worden en hoe de risico's gemitigeerd kunnen worden. We schetsen hieronder de resultaten uit deze werksessies, we schetsen daarbij onze analyse en trekken een conclusie.

Het onderscheid tussen lumpsum financiering ten opzichte van financiering via prestaties heeft geen impact op de mate waarin de budgetbekostiging de doelstelling kan realiseren en hebben we daarom niet apart inzichtelijk gemaakt in deze paragraaf.

4.1.1 Toegankelijke acute verloskundige zorg borgen

De toegankelijkheid van de acute verloskunde kan verslechteren bij invoering van budgetbekostiging. In de geboortezorg is momenteel vanwege personeelstekorten sprake van tijdelijke volmeldingen van ziekenhuizen waardoor bevallingen moeten uitwijken naar andere ziekenhuizen. Wanneer ziekenhuizen vaste inkomsten hebben zonder dat hier expliciete afspraken zijn, kan invoering van een budgetbekostiging onderbehandeling met zich mee brengen. Dat betekent dat zonder afspraken of voorwaarden over volmeldingen budgetbekostiging ertoe kan leiden dat het aantal volmeldingen toeneemt en de toegankelijkheid verslechtert.

Partijen benadrukten dat bovenal een normenkader of kwaliteitskader nodig is dat duidelijk maakt welke kwaliteit minimaal moet worden geleverd. Zij zien dit als noodzakelijk vóórdat budgetbekostiging wordt ingevoerd, zodat er minder risico is op onderbehandeling in de vorm van bijvoorbeeld meer weigeringen van bevallingen. Het is belangrijk dat – als onderdeel van het budget - er concrete afspraken worden

gemaakt over de samenwerking en kwaliteit, inclusief kpi's. Dit geldt niet alleen in het ziekenhuis maar ook in de regio's.

Het is belangrijk dat er meer inzicht komt in onder andere de aantallen bevallingen in het ziekenhuis (poliklinisch en klinisch) en de beschikbaarheid van de acute verloskundige zorg. Op het ogenblik wordt informatie over weigeringen en volmeldingen weinig transparant bijgehouden. Hierin worden in veel regio's op ROAZ niveau verbeteringen doorgevoerd, maar de data is vaak alleen live beschikbaar, zonder dat het achteraf kan worden gebruikt voor afspraken binnen de keten om de toegankelijkheid te verbeteren. Daarnaast is de data ook niet inzichtelijk voor bijvoorbeeld de zorgverzekeraars. Op dit moment is er één ROAZ-regio die dergelijke indicatoren heeft opgesteld over de beschikbaarheid van de acute geboortezorg. Het is belangrijk dat dergelijke indicatoren landelijk worden afgesproken en toegepast.

Deze data moet transparant beschikbaar zijn om de toegankelijkheid van de acute verloskunde te verbeteren en gebruikt te kunnen worden in regionale afspraken binnen een ROAZ over de verdeling van zorg en in de contractering met zorgverzekeraars. Dit geldt ongeacht of budgetbekostiging wordt ingevoerd.

Binnen het ziekenhuis ontstaat bij de invoering van budgetbekostiging het risico dat het ziekenhuis betaald krijgt voor voorzieningen die het ziekenhuis eigenlijk niet in de lucht kan houden, omdat bijvoorbeeld het personeel er niet is: er is dan wel budget maar onvoldoende personeel om de zorg te leveren. Als het doel is om elke verloskunde afdeling binnen elk ziekenhuis open te houden, ondanks personeelstekorten, is het noodzakelijk om te accepteren dat dit doel ten koste zal gaan van de kwaliteit van de zorg. Hierbij ontstaat het risico op een vicieuze cirkel: als de kwaliteit en veiligheid onvoldoende kunnen worden geborgd en de werkdruk te hoog wordt, zal personeel vertrekken en worden deze effecten nog sterker. De vraag is tot wanneer alles open houden acceptabel blijft. Dit kan alleen tot op zekere hoogte gemitigeerd worden door kwaliteitsrichtlijnen aan te passen en te herzien wie welke zorg levert in de keten.

Er geldt ook dat een ziekenhuis omwille van de personele bezetting kan doen besluiten de afdeling te sluiten ondanks invoering van budgetbekostiging. Een budgetbekostiging is dan ook geen middel dat garandeert dat regionale ziekenhuizen acute verloskunde zullen blijven aanbieden. Een budgetbekostiging wordt soms ten onrechte gezien wordt als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel, etc.) niet te hoeven maken. Dat is niet juist: een budgetbekostiging op zichzelf leidt niet tot een toename van beschikbare middelen. Daarmee is een budgetbekostiging zoals we die in hoofdstuk 0 hebben geschetst voor de acute verloskunde dan ook geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen. Sectorpartijen geven ook aan dat personeelsproblemen niet opgelost worden door het invoeren van een budgetbekostiging.

4.1.2 Betere samenwerking

Het grootste probleem in de samenwerking binnen en tussen ziekenhuizen en met de rest van de zorgketen is onvoldoende capaciteit in ziekenhuizen samenhangend met een tekort aan personeel. Hoewel in theorie invoering van budgetbekostiging tot minder concurrentie leidt, blijft er vanuit de interne bedrijfsvoering van ziekenhuizen en het medisch specialistisch bedrijf (msb) een drempel om samen te werken binnen en buiten het ziekenhuis. Invoering van budgetbekostiging, waarmee de prikkel om meer capaciteit / productie te leveren verdwijnt, belemmert de samenwerking en de motivatie om meer capaciteit beschikbaar te stellen voor poliklinische bevallingen. Kortom, invoering van budgetbekostiging zal samenwerking eerder belemmeren dan bevorderen.

Binnen het ziekenhuis

Binnen het ziekenhuis zijn verschillende specialisten betrokken in de geboortezorg: de gynaecoloog, de kinderarts en anesthesioloog. Eventueel onder anderen ook een internist of een psychiater. Bij de samenwerking binnen het ziekenhuis plaatsen veldpartijen een belangrijke kanttekening. Binnen het ziekenhuis geldt dat – ook al valt de productieprikkel gedeeltelijk weg in het contract met de zorgverzekeraar – deze nog steeds productiegericht kan zijn in het contract tussen het msb en het ziekenhuis en in de interne verdeling binnen het msb. Dit soort tegengestelde (productie)prikkels kunnen een belemmerende factor zijn om passende zorg te leveren. Dit geldt niet alleen voor de msb's, maar ook tussen afdelingen onderling in het ziekenhuis. We verwachten daarom dat invoering van budgetbekostiging op zichzelf voor de acute verloskunde geen positief effect heeft op de samenwerking binnen het ziekenhuis.

Om de samenwerking binnen het ziekenhuis te verbeteren vraagt dit vooral iets van de interne bedrijfsvoering van de ziekenhuizen. Een belangrijk onderdeel daarvan is de onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's. In onze 'Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven', gepubliceerd in maart 2024, heeft de NZa acht verbeterpunten geformuleerd voor msb's om de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en de financiële gelijkgerichtheid met ziekenhuizen te verbeteren. Een van deze verbeterpunten luidt als volgt "maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken". Momenteel monitort de NZa de voortgang op deze acht verbeterpunten.

Daarnaast geldt dat hiermee een tweede bekostigingsvorm wordt ingevoerd voor de zorg in het ziekenhuis voor zwangeren en hun (ongeboren) kind. Dit kan belemmerend werken voor het centraal zetten van de zwangere in hun (ongeboren) kind in de organisatie van de zorg binnen het ziekenhuis.

Binnen het ziekenhuis en met andere ziekenhuizen

De productieprikkel wordt door verschillende partijen geopperd als reden waarom en weinig wordt samengewerkt tussen ziekenhuis om bijvoorbeeld bevalcapaciteit af te stemmen. Als men de productieprikkel van de interne bedrijfsvoering van ziekenhuizen zou kunnen verminderen, dan kan dit in combinatie met een budgetbekostiging de concurrentie tussen ziekenhuizen verminderen. Dit kan samenwerking stimuleren, er zijn dan immers minder financiële prikkels die een drempel kunnen vormen om samen te werken aan het borgen van regionale beschikbaarheid.

Door het loslaten van een prestatiebekostiging zouden ziekenhuizen bijvoorbeeld gezamenlijk regionale personeelspoules kunnen inrichten waar gebruik gemaakt wordt van elkaars capaciteit en kunnen zij gemakkelijker uitkomsten / kpi's met elkaar afspreken, bijvoorbeeld over het aantal geweigerde bevallingen. Dit geldt als er tegelijk voorwaarden en uitkomstmaten aan worden gehangen (om goed zicht te hebben op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg zodat deze gemonitord kan worden). Zonder deze voorwaarden is er anders juist een prikkel tot onderbehandeling in elk ziekenhuis.

Binnen de integrale geboortezorg keten: tussen het ziekenhuis en ketenpartners

Een budgetbekostiging verlaagt de productieprikkel. Als hier tegelijk voorwaarden en uitkomstmaten aan worden gehangen (om goed zicht te hebben op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg zodat deze gemonitord kan worden), ontstaat in de gehele geboortezorg keten (dus ook bij de ketenpartners) de kans om betere afspraken te maken over passende zorg. Zo kan er gesproken worden over innovaties binnen de geboortezorg en kan dit meer als gezamenlijke verantwoordelijkheid tussen de eerste en tweede lijn gaan voelen. Dit biedt mogelijkheden voor het gezamenlijk overeenkomen van kwaliteitsrichtlijnen en/of een normenkader passende acute zorg in de geboortezorg. Overigens kunnen

deze afspraken – net als afspraken tussen ziekenhuis - nu ook al worden gemaakt. Partijen geven aan dat de volume gedreven bekostiging één van vele factoren is die zorgt dat dit niet tot stand komt.

Daarentegen noemen de partijen dat alle schakels in de geboortezorgketen noodzakelijk zijn om doorlopend integrale zorg te kunnen leveren. Als alleen de msz budgetbekostiging krijgt voor de beschikbaarheid voor een deel van hun verloskundige zorg, terwijl de eerste lijn dit niet krijgt voor hun (acute) geboortezorg, dan ontstaat er een risico dat de tweede lijn beter beschikbaar is dan de eerste lijn en/of dat de eerste lijn juist onvoldoende beschikbaar is omdat de aandacht en middelen voor de beschikbaarheidsfunctie hiervoor naar de tweede lijn gaan. Dit is niet in lijn met de principes van integrale geboortezorg en ook niet met die van passende zorg: zorg dichtbij waar het kan, op afstand als het moet.

Ook wordt de financiële zekerheid van de acute verloskunde genoemd als belangrijke voorwaarde voor samenwerking. Wanneer de zekerheid goed is, zouden de ziekenhuizen de samenwerking met de andere ziekenhuizen en ketenpartners meer kunnen opzoeken. Dit geldt echter niet specifiek voor het ziekenhuis, maar dit geldt wanneer de financiële zekerheid van elke partij in de geboortezorg keten geborgd wordt. Samenwerking kan gestimuleerd worden bij gelijkgerichtheid tussen de ketenpartners met een zelfde bekostiging. Door invoering van budgetbekostiging voor de acute verloskunde ontstaat juist een andere bekostigingsvorm voor het ziekenhuis ten opzichte van de ketenpartners in de geboortezorgketen. Bovendien is het ziekenhuis doorgaans al de meest sterke verhouding binnen de keten. Dit kan juist de samenwerking ondermijnen.

We benadrukken hierbij dat dit een wezenlijk verschil is voor de geboortezorgsector ten opzichte van de spoedeisende hulp en ons advies beschikbaarheidsbekostiging acute zorg. Voor de spoedeisende hulp geldt immers dat de meeste ketenpartners al een budgetbekostiging en gelijkgerichtheid van inkoop van de zorg kennen. De geboortezorg kent andere ketenpartners met ieder hun eigen monodisciplinaire prestatiebekostiging – geen van allen budgetbekostiging – en ook geen gelijkgerichtheid van inkoop van de zorg.

Budgetbekostiging voor alleen de msz vormt bovendien een risico voor de integrale bekostiging van de geboortezorg. Met de integrale bekostiging ontvangen alle zorgaanbieders samen één integraal tarief voor de geboortezorg (eerstelijns verloskundige zorg, tweedelijns verloskunde en kraamzorg). Als het ziekenhuis budgetbekostiging ontvangt voor de acute msz geboortezorg, dan valt een belangrijk deel van de integrale bekostiging weg en bestaat er een reële kans dat de integrale geboortezorg organisaties uit elkaar vallen. Dit terwijl juist deze bekostiging en de samenwerkingen het mogelijk maken om zorg passend in te richten binnen de gehele keten. De integrale geboortezorg organisaties hebben de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in deze samenwerkingen en integraliteit van werken. We hebben in 3.1 geschetst hoe een budgetbekostiging zich verhoudt tot de IGO's.

4.1.3 Meer financiële zekerheid

Binnen de ziekenhuizen kan door budgetbekostiging voor acute verloskunde in theorie financiële stabiliteit ontstaan voor kleine(re) ziekenhuizen. Bijvoorbeeld voor de locaties die 's nachts kosten maken voor het beschikbaar stellen van de acute verloskunde, maar in de praktijk weinig zorg leveren in die tijd. Voor de zwangere heeft dit als voordeel dat een verloskunde afdeling in theorie minder makkelijk om financiële redenen sluit en de zorg relatief dichtbij huis beschikbaar is.

We merken hierbij wel op dat de NVZ, NFU en ZN eerder (in hun gemeenschappelijke reactie op het conceptadvies deel 1) al hebben aangegeven dat een sluiting van de acute verloskunde door een

gebrek aan financiële middelen ‘over het algemeen niet aan de orde is; daarvoor is acute verloskunde te fundamenteel voor het ziekenhuis als geheel.’ In de praktijk gaat dit waarschijnlijk dan ook niet op.

Optie 1: Dezelfde middelen als beschikbaarheidbijdrage acute verloskunde	Optie 2: Minimale middelen die nodig zijn om 24/7 acute zorg aan te kunnen bieden	Optie 3: Middelen die nodig zijn om 24/7 acute zorg aan te kunnen bieden, gedifferentieerd naar zorg geleverd per ziekenhuis
We verwachten een beperkt effect op financiële zekerheid, vanwege de beperkte omvang van het budget in relatie tot het totale ziekenhuisbudget.	We verwachten een beperkt effect op financiële zekerheid maar wel groter dan in optie 1, omdat de afbakening van optie 2 groter is dan de beperkte omvang van het budget in optie 1.	We verwachten dat hier de meeste financiële zekerheid voor de acute verloskunde wordt geboden, omdat hier uitgegaan wordt van een gedifferentieerd budget. We zien in optie 3 meer ruimte voor maatwerk, omdat de budgetafbakening meer recht doet aan de praktijkvariatie, dan in optie 1 en 2.

Volgens partijen valt door de invoering van budgetbekostiging met een uitgebreidere afbakening de productieprikkel vanuit de bekostiging weg. De ziekenhuizen hebben immers financiële zekerheid over het gedeelte dat bekostigd wordt vanuit het budget. Partijen benadrukken dat – om voldoende financiële zekerheid te krijgen - de budgetbekostiging kostendekkend moet zijn om 24/7 verloskunde te kunnen leveren, zowel in acute als niet-acute situaties. Wanneer dit niet het geval is, wijzigt er onvoldoende in de financiële zekerheid van kleinere ziekenhuizen. Daarbij geldt dat er voldoende rekening moet worden gehouden met differentiatie per ziekenhuis naar omvang, zorgzwaarte en de derde lijn (dit is dus niet conform optie 3, maar kent grotere afbakening). Partijen raden ook aan om wanneer sprake gaat zijn van een budgetbekostiging, deze te laten gelden per locatie die acute verloskunde aanbiedt en niet per instelling. Dit sluit dan ook aan bij het uitgangspunt van het ministerie van VWS dat de budgetbekostiging zal gaan gelden voor elke afdeling die acute verloskunde aanbiedt, wat overeenkomst met de locaties zoals opgenomen in de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM.

Financiële zekerheid kan – afhankelijk van aanvullende maatregelen – leiden tot meer passende zorg / minder niet zinnige zorg binnen het ziekenhuis zoals overbehandeling en -diagnostiek. Te denken valt aan investeren in laagdrempelige pijnbestrijding om de vraag naar ruggenprikken laag te houden. Of meer aandacht naar leefstijl en kwetsbaarheden tijdens de zwangerschap om het aantal vroeggeboortes te verminderen. Een vaak gehoorde klacht vanuit de eerste lijn is dat ziekenhuizen hier nu financieel geen baat bij hebben. Of dit waar wordt gemaakt, is afhankelijk van de aanvullende maatregelen die we bespreken in 4.1.1 en 4.1.2. Zonder deze maatregelen kan het als effect hebben dat er minder ruimte is voor passende en zinnige zorg.

Als kanttekening geldt dat de totale middelen waar zorgverzekeraars een ziekenhuis voor contracteren waarschijnlijk niet zullen veranderen. Op macroniveau komt er namelijk geen geld bij. In gesprekken met sectorpartijen werd meermaals aangegeven dat dit een ‘vestzak-broekzak’ verschuiving van geld zou betekenen binnen de contractering van een ziekenhuis. Dit, terwijl de hoogte van het totale contract of de zorg die wordt geleverd niet wijzigt.

Hoewel een budget financiële zekerheid kan geven over de middelen horende bij het budget, merken we op dat acute verloskunde niet los gezien kan worden van verloskunde in het ziekenhuis. Daarmee is acute verloskunde geen opzichzelfstaande zorgvorm. Een budgetbekostiging voor acute verloskunde zal dan ook niet kostendekkend zijn voor de hele verloskunde- of geboortezorg afdeling, en daarmee

niet de financiële zekerheid borgen die nodig is voor de gehele beschikbaarheid van verloskunde in het ziekenhuis.

4.1.4 Marktwerving verminderen

Invoering van budgetbekostiging beoogt een beperking op de concurrentie van de inkoop van acute verloskunde. Hoe groter de afbakening van het budget, des te meer vanuit de concurrentiële inkoop verschoven wordt naar de budgetbekostiging met inkoop in representatie.

Momenteel heeft de NZa geen signalen dat de concurrentiële inkoop van de acute geboortezorg voor zwangerschap en geboorte binnen de msz zou knellen. We hebben dit binnen dit uitvoeringsadvies verder ook niet onderzocht.

We verwachten dat wanneer de acute verloskunde uit de marktwerving wordt gehaald, dit een onwenselijke verhouding geeft met de niet-acute verloskunde die via de reguliere msz-bekostiging ingekocht zal blijven worden. Acute verloskundige zorg en niet-acute verloskundige zorg zijn immers onlosmakelijk verbonden en uitwisselbaar. Twee verschillende systemen lijkt ons daarom niet wenselijk.

4.2 Conclusie: budgetbekostiging is niet passend voor acute verloskunde

Op basis van de context van de geboortezorg en de toetsing aan de doelstellingen, concluderen we dat een budgetbekostiging introduceren voor acute verloskunde op basis van de geschetste budgetafbakening niet logisch is. We adviseren dan ook om geen budgetbekostiging te introduceren voor de acute verloskunde. We zien dat een budgetbekostiging niet bijdraagt aan de doelstellingen in een mate die je zou mogen verwachten bij een dergelijke stelselmatige wijziging in de inkoop van zorg binnen de Zorgverzekeringswet. Sterker nog, het kan zelfs negatieve effecten meebrengen die haaks staan op de doelstellingen:

Toegankelijke acute verloskundige zorg

De toegankelijkheid van de acute verloskunde kan verslechteren bij invoering van budgetbekostiging. In de geboortezorg is momenteel vanwege personeelstekorten sprake van tijdelijke volmeldingen van ziekenhuizen waardoor bevallingen moeten uitwijken naar andere ziekenhuizen. Wanneer ziekenhuizen vaste inkomsten hebben zonder dat hier expliciete afspraken aan verbonden zijn, kan invoering van een budgetbekostiging leiden tot meer volmeldingen en daarmee een beperking in de toegankelijkheid van acute verloskunde.

Een budgetbekostiging voor acute verloskunde borgt niet dat locaties voor acute verloskunde niet meer sluiten. Een budgetbekostiging wordt soms ten onrechte gezien als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel etc.) niet te hoeven maken. Dat is niet juist: een budgetbekostiging leidt niet tot een toename van beschikbare middelen. Daarmee is het geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen.

Samenwerking

We verwachten dat het effect op de samenwerking zeer beperkt is, of zelfs een negatieve impact kan hebben. Zolang er vanuit de interne verdeling binnen het ziekenhuis productieprikkelers uitgaan, kan een budgetbekostiging niet op zichzelf de interne samenwerking en de samenwerking met andere ziekenhuizen stimuleren. Om de samenwerking te verbeteren vraagt dit vooral iets van de ziekenhuizen om de productieprikkelers te verminderen.

We benadrukken daarnaast dat de geboortezorg keten andere ketenpartners heeft dan bijvoorbeeld de spoedeisende hulp. De spoedeisende hulp heeft ketenpartners die ook op basis van beschikbaarheid bekostigd worden. De geboortezorgpartners kennen allemaal hun eigen monodisciplinaire prestatiebekostiging en geen budgetbekostigingen. Daarmee wordt er bij introductie van budgetbekostiging voor de acute verloskunde geen gelijkgerichte inkoop tussen het ziekenhuis en de ketenpartners gerealiseerd. Het introduceren van budgetbekostiging voor één ketenpartner - die momenteel al de meeste kosten maakt in de keten en daarmee ook vaak de meeste zeggenschap heeft – kan leiden tot een (scheve) machtsverdeling. Dit is niet bevorderlijk voor de gelijkwaardigheid en daarmee voor de samenwerking. Bovendien vormt invoering van een budgetbekostiging een risico voor de samenwerking binnen de integraal bekostigde IGO's.

Financiële zekerheid

Acute verloskunde kan niet los gezien worden van verloskunde in het ziekenhuis. Daarmee is acute verloskunde geen opzichzelfstaande zorgvorm. Een budgetbekostiging voor acute verloskunde zal dan ook niet kostendekkend zijn voor de verloskunde afdeling, en daarmee niet de financiële zekerheid borgen die nodig is voor de gehele beschikbaarheid van verloskundige zorg in het ziekenhuis.

Marktwerving

Invoering van budgetbekostiging beoogt een beperking op de concurrentie van de inkoop van acute verloskunde. Het gaat om een inperking van de marktwerving voor een onderdeel van zorg welke niet goed af te bakenen is, omdat de acute verloskunde geen opzichzelfstaande zorgvorm is maar altijd verbonden is met de niet-acute verloskunde. Hierdoor ontstaan binnen het ziekenhuis twee verschillende inkoopssystemen waarvan eentje met minder marktwerving. Omdat het ongedefinieerde niet-acute verloskundige deel concurrentiële inkoop blijft kennen, terwijl de zorginhoud door elkaar loopt, verwachten we een niet wenselijke situatie met twee bekostigingssystemen binnen het ziekenhuis voor de gehele verloskunde.

5 Uitvoeringsvraagstukken

De NZa is ook gevraagd om antwoord te geven op enkele overige uitvoeringsvraagstukken. Hiervoor maken we gebruik van de input van sectorpartijen die zij in de werksessies hebben gedeeld met ons. We schetsen per uitvoeringsvraagstuk (zoals genoemd in 1.2) de impact van een budgetbekostiging voor zover we het vraagstuk nog niet in de voorgaande hoofdstukken beschouwd of beantwoord hebben. Daar waar we in de beantwoording onderscheid zien tussen de drie afbakenings-opties van het budget uit 3.2.2, maken we dit kenbaar via een tabel. Daar waar we geen onderscheid zien in implicaties tussen de opties, schetsen we het algemene beeld.

5.1 Zekerheid voortbestaan integrale geboortezorg organisaties

Momenteel worden zeven regio's (met daarbinnen zeven ziekenhuizen) bekostigd via integrale bekostiging van de geboortezorg. Deze regio's hebben de afgelopen jaren veel tijd en energie geïnvesteerd in een integrale werkwijze en bekostiging. Het is essentieel dat de invoering van budgetbekostiging niet ten koste gaat van organisatie en samenwerking van de IGO's.

De integrale bekostiging van de geboortezorg stelt deze regio's goed in staat om de zorg passend en integraal in te richten en in te kopen tussen de verschillende sectoren in de geboortezorg keten. De integrale gedachte maakt dat bij de integrale bekostiging het logischer zou zijn om bijvoorbeeld de beschikbaarheid van de gehele keten te bekostigen. Budgetbekostiging voor de beschikbaarheid van de medisch-specialistische acute verloskunde is ingegeven vanuit een monodisciplinair gedachtegoed en past niet goed samen met integrale bekostiging.

De acute verloskunde wordt voor de IGO's momenteel integraal als geboortezorg via de IGO gecontracteerd en verrekening tussen zorgaanbieders vindt binnen de IGO plaats op basis van het aandeel van de zorgverleners in de zorgkosten. Wanneer de ziekenhuizen die betrokken zijn bij een IGO in een nieuwe situatie voor de acute verloskunde die zij leveren direct bekostigd worden via een vast budget, wordt hiermee de integrale gedachte en bekostiging teniet gedaan. Het integrale karakter zou niet meer bestaan, omdat een substantieel deel van de zorgkosten niet meer in de integrale bundel zou zijn opgenomen.

In relatie tot invoering van budgetbekostiging voor acute verloskunde zien we voor de IGO's twee opties:

- 1 Budgetbekostiging niet laten gelden voor ziekenhuizen die in een IGO zitten.
- 2 De IGO de ontvanger van de budgetbekostiging maken in plaats van het ziekenhuis.

Bij de eerste optie blijft de bekostiging voor de IGO's zoals deze nu is: een integrale bekostiging. Inhoudelijk heeft dit de voorkeur, omdat dit het beste past bij het integrale gedachtengoed en die zorgordening.

De tweede optie is ook mogelijk, maar heeft als nadeel dat de onderlinge verrekening binnen de IGO onder spanning komt te staan. Tenslotte introduceert men hiermee een tweede bekostigingssysteem binnen de IGO. Hiermee ontstaan twee financieringsstromen binnen de IGO. De tweede

financieringsstroom is ten behoeve van de medisch specialistische acute verloskunde binnen de IGO en niet ten behoeve van alle zorgverlening in de IGO. Dit vermindert de mate waarin een IGO integrale afspraken kan maken over de zorgorganisatie en bijbehorende vergoeding van kosten.

Het zou ook mogelijk zijn om het ziekenhuis de ontvanger te laten zijn van de budgetbekostiging, net zoals momenteel geldt dat het ziekenhuis de ontvanger is van een eventuele beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde. Echter, zien we deze situatie als minst wenselijk, omdat dit niet prikkelt tot het leveren van integrale geboortezorg. Het geeft de IGO immers niet de mogelijkheid om de geboortezorg passend en integraal in te richten: een deel van de inkomsten ligt namelijk bij één zorgaanbieder binnen de IGO.

We kennen nog maar sinds 2023 een structurele integrale bekostiging en slechts zeven regio's (IGO's) werken via deze organisatie en bekostiging. Dit maakt hen ongeacht welke optie wordt gekozen kwetsbaar op het moment dat alle andere ziekenhuizen met een andere bekostiging te maken krijgen. Kortom, de NZa adviseert om, indien gekozen wordt voor invoering van budgetbekostiging acute verloskunde deze niet laten gelden voor ziekenhuizen die in een IGO zitten.

5.2 Kwaliteit en uitkomsten

In eerste instantie zouden we geen impact verwachten op de kwaliteit als gevolg van de invoering van budgetbekostiging voor acute verloskunde op basis van de afbakeningen zoals we die in hoofdstuk 0 hebben geschetst. De verloskundige zorg moet nu ook al voldoen aan de geldende kwaliteitseisen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt integraal toezicht op de kwaliteit. Dit staat los van de bekostiging. Ongeacht de bekostiging geldt immers dat een ziekenhuis altijd acute verloskunde moet kunnen leveren wanneer de verloskunde afdeling open is.

Echter, hebben we hiervoor al geschetst dat personeelstekorten en gebrek aan samenwerking binnen de keten druk leggen op de toegankelijkheid van de acute verloskunde. De invoering van budgetbekostiging lost dit niet op en houdt mogelijk afdelingen open waar onvoldoende kwaliteit kan worden geleverd. Het zou dus een negatieve impact kunnen hebben op de kwaliteit van zorg.

We constateren dat er op het ogenblik nog geen landelijk kwaliteitskader acute geboortezorg is, terwijl dit er wel is voor andere onderdelen van de spoedzorg. Een dergelijk kader verschaft duidelijkheid over de inrichting van het geboortezorglandschap en de vereiste samenwerking. Het stelt vast welke kwaliteit er minimaal beschikbaar moet zijn en welke mate van toegankelijkheid van zorg hiermee moet worden geborgd. Bijvoorbeeld, het vergroten van de toegankelijkheid door meer locaties open te houden waar relatief weinig gebruik van gemaakt wordt, heeft een negatieve impact op de betaalbaarheid en mogelijk ook op de kwaliteit. In dit kader kan ook rekening gehouden worden met de optimale inzet van schaars personeel.

Een kwaliteitskader helpt ook om te beslissen welke budgetafbakening het meest geschikt is. Het geeft daarnaast duidelijkheid voor alle partijen over welke zorg minimaal moet worden geleverd. Sectorpartijen geven aan dat een kwaliteitskader randvoorwaardelijk is voor het invoeren van een budgetbekostiging die waarde toevoegt aan de geboortezorgketen. En dat dit noodzakelijk is om de toegankelijkheidsrisico's zoals geschetst in 4.1.1 te mitigeren.

Daarnaast constateren we dat meer afspraken over uitkomsten een belangrijke bijdrage kunnen leveren in de geboortezorg. Het gaat dan om zowel uitkomsten die informatie geven over de (ervaring van de) patiënt, als uitkomsten over de beschikbaarheid van de acute zorg (bijvoorbeeld het aantal

volmeldingen). Dit inzicht kan voor meerdere doeleinden worden gebruikt. Zo kan het bijdragen aan een goed functionerend leer- en verbeterproces van zorgaanbieders en kan het gebruikt worden in de contractering.

Wij vinden dat informatie over uitkomsten ook voor andere belanghebbende partijen transparant en toegankelijk moet zijn. Hoewel patiënten niet altijd kunnen kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder, geven zwangeren wel een voorkeursziekenhuis aan. Zij hebben bij die keuze recht op informatie over de kwaliteit, en daarmee uitkomsten, van zorg die zij mogelijk (gaan) ontvangen. Daarnaast kan informatie over uitkomsten ook gebruikt worden door onderzoekers en beleidsmakers voor bijvoorbeeld (beleids)evaluaties.

Op dit moment zijn er al wel indicatoren voor integrale geboortezorg ontwikkeld die verplicht worden aangeleverd voor de transparantiekalender. Informatie over toegankelijkheid van de acute zorg wordt – zoals besproken in 4.1.1 nog te beperkt inzichtelijk gemaakt.

5.3 Eigen betalingen

Eigen risico

We voorzien geen gevolgen voor het eigen risico in de uitwerking van de budgetbekostiging. Verloskundige zorg is immers uitgesloten van het eigen risico.

Eigen bijdrage

We merken op dat voor geboorte in een ziekenhuis zonder medische indicatie een eigen bijdrage geldt. Dit zijn bevallingen onder begeleiding van de eerstelijns verloskundige die fysiek in het ziekenhuis plaatsvinden. Het is eerstelijns zorg waarbij er ook een declaratie wordt gedaan voor het gebruik maken van de verloskamer. Omdat de afbakening van een budgetbekostiging toegespitst is op acute verloskunde in de msz, gaan we er vanuit dat de declaratie voor de locatiehuur van het ziekenhuis buiten de afbakening valt. We verwachten hiermee dat er geen impact is op de eigen bijdrage betalingen bij invoering van een budgetbekostiging voor de acute verloskunde.

5.3.1 Risicoverevening

Beide financieringsopties bij een budgetbekostiging voor de acute verloskunde die we in paragraaf 3.3 hebben geschetst (lumpsum of ozp) gaan ten koste van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel. Dit is omdat we in het vorige hoofdstuk hebben geconcludeerd – en zoals de sectorpartijen ook gemeenschappelijk concluderen – het niet mogelijk is om te identificeren welke zwangere zorg heeft ontvangen in een acute situatie. Elke afbakeningsvorm ten behoeve van acute verloskunde zal daarom ten koste gaan van de verevende werking van het risicovereveningsmodel.

Er geldt dat hoe specifiekere kosten toegewezen kunnen worden aan de betreffende verzekerden, hoe beter de risico's verevend kunnen worden. Op het ogenblik worden zorgkosten voor zwangerschap en geboorte gedeclareerd per zwangere voor wie de kosten worden gemaakt. Bij een budgetbekostiging met lumpsum-financiering zouden de kosten via een onderbouwde verdeelsleutel moeten worden toegerekend aan elke individuele patiënt uit de doelgroep zwangerschap en geboorte. Het ligt het meeste voor de hand om de kosten te verdelen over iedereen voor wie een prestatie voor zwangerschap of geboorte wordt gedeclareerd. Voor een budgetbekostiging acute verloskunde maakt het voor de beperking op de verevenende werking van de risicoverevening niet uit of wordt gewerkt met lumpsum of met zorgprestaties. Vanwege de aard van acute verloskunde (en het onmogelijke

onderscheid tussen acute en niet-acute patiënten) geldt immers dat ook bij een financiering via zorgprestaties wordt gewerkt met prestaties die voor de volledige doelgroep zwangerschap en geboorte worden gedeclareerd.

Omdat de impact op de verevende werking van het risicovereveningsmodel in beide financieringsvormen hetzelfde is, gaat onze voorkeur uit naar de lumpsum-financiering. Dit zou minder administratieve lasten bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders op moeten leveren dan financiering met een ozp in het declaratieverkeer. Wel zullen zorgverzekeraars een extra handeling nodig hebben om de kosten per patiënt in de risicoverevening in te brengen.

De exacte impact op de risicoverevening moet nader uitgewerkt worden wanneer een afbakening is gekozen en de operationalisering van de financiering. Op dit moment zijn er nog te veel scenario's mogelijk om dit uitwerkingsvraagstuk nauwkeuriger uit te werken.

5.3.2 Budgettaire effecten

De Minister heeft aangegeven dat de invoering van de budgetbekostiging budgettair neutraal moet worden ingevoerd. Onder een budgettair neutrale invoering verstaan we dat de landelijk beschikbare financiële ruimte voor het totaal aan medisch specialistische zorg niet wijzigt als gevolg van de nieuwe budgetbekostigingen.

We zien hier twee aspecten: enerzijds het laten vervallen van de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde zoals het ministerie van VWS ook heeft aangegeven in de opdrachtbrief, en anderzijds het schonen van de contracten voor de hoogte van het budget.

Gevolgen voor beschikbaarheidsbijdrage en mogelijk overgangsrecht

De Minister heeft als uitgangspunt meegegeven dat de in te voeren budgetbekostiging voor de acute verloskunde de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde vervangt. We verwachten dat de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde komt te vervallen. De hoogte van de huidige beschikbaarheidsbijdragen zal vervolgens worden toegevoegd aan het macrokader msz. Hiermee kan een deel van de kosten van de budgetten voor acute verloskunde vergoed worden.

Zoals we in deel 1 van ons advies ook hebben aangegeven: de Minister zal het Besluit Beschikbaarheidsbijdrage Wmg hiervoor moeten wijzigen. In het kader van de planning zijn doorlooptijden horende bij een dergelijke wijziging belangrijk. We verwachten ten aanzien van de huidige beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde, dat een overgangsregime niet nodig is, zolang de nieuwe afbakening voor de budgetbekostiging maar gelijk aan- of ruimer is dan- die van de huidige beschikbaarheidsbijdrage.

Schoning vrije segment - contractering

Alle zwangerschap- en geboortezorg dbc's vallen momenteel in het vrije segment. De NZa stelt geen tarieven vast voor het vrije segment. De NZa zal daarom in het kader van een budgettair neutrale invoering geen schoning toepassen. Ten behoeve van een budgettair neutrale invoering van budgetbekostiging voor de acute verloskunde zal dus alleen sprake zijn van een schoning van het vrije segment door zorgverzekeraars.

Bij de door ons geschetste opties zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ten behoeve van een budgettair neutrale invoering, de hoogte van het budget moeten schonen uit de contractafspraken voor de reguliere dbc's voor zwangerschap en geboorte. Dit zorgt voor complexiteit binnen de contractering, vergelijkbaar met wat we eerder ook schreven in het uitvoeringsadvies voor de seh. In lijn met ons advies voor de seh verwachten we ook voor de verloskunde dat landelijke en bestuurlijke afspraken helpen bij de contractering tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars en daarmee met een budgettair neutrale invoering. De NZa kan de schoning in de contractering faciliteren door het verstrekken van informatie via bijvoorbeeld een informatieproduct, net zoals we ook geadviseerd hebben voor de budgetbekostiging van de spoedeisende hulp.

Het effect van de schoning uit de contracten en het effect hiervan op de individuele vrije tarieven kan verschillen per ziekenhuis voor hetzelfde product. Laten we als voorbeeld uitgaan van een budgetbekostiging waarbij elk ziekenhuis hetzelfde minimale bedrag krijgt voor het 24/7 beschikbaar stellen van bijvoorbeeld de gynaecoloog (optie 1). In dit geval zal bij een kleiner ziekenhuis met minder productie een relatief grotere schoning plaatsvinden op het afgesproken tarief per product dan bij een ziekenhuis met meer productie. Dat komt omdat de absolute hoogte van de schoning bij het grotere ziekenhuis over meer productie verdeeld kan worden. Het grotere ziekenhuis zal dus een kleinere impact op het tarief ervaren. We merken hierbij op dat dit niet op voorhand een negatief effect is voor de kleine ziekenhuizen. Lagere tarieven op de andere dbc-zorgproducten kunnen namelijk ook hun concurrentiepositie verbeteren.

Optie 1: Dezelfde middelen als beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde	Optie 2: Minimale middelen die nodig zijn om 24/7 acute zorg aan te kunnen bieden	Optie 3: Middelen die nodig zijn om 24/7 acute zorg aan te kunnen bieden, gedifferentieerd naar zorg geleverd per ziekenhuis
In deze optie zal een gering bedrag geschoond moeten worden ten behoeve van de budgettair neutrale invoering. Het risico op een niet budgettair neutrale schoning is in deze optie het kleinst.	In deze optie zal een groter bedrag dan in optie 1 geschoond moeten worden ten behoeve van de budgettair neutrale invoering.	In deze optie zal het budget het grootste zijn, en zal het grootste bedrag geschoond dienen te worden ten behoeve van de budgettair neutrale invoering. Het risico op een niet budgettair neutrale schoning is in deze optie het grootste, omdat er meer geschoond dient te worden.

Verder geldt dat alle afdelingen voor acute verloskunde openhouden met een budgetbekostiging geld kost. Dit belemmert eventuele doelmatigere organisatie of toekomstige besparingen. Dit effect staat los van de omvang van het budget.

5.3.3 Zorgmarkten

In 4.1.4 hebben we aangegeven in hoeverre budgetbekostiging de marktwerking zou verminderen voor acute verloskundige zorg. De Minister vraagt ons ook wat budgetbekostiging en inkoop in representatie zou betekenen voor de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Ook vraagt de Minister naar de gevolgen voor het contracteerproces van de zorgverzekeraars.

Zorgverleningsmarkt

Voor de zorgverleningsmarkt is met name het aanbod en daarmee het effect op de bereikbaarheid van de zorg die via het budget bekostigd gaat worden van belang. Vanuit dit opzicht zal budgetbekostiging maar in beperkte mate het risico op sluiting van de betreffende zorg verkleinen. In potentie sluit de afdeling minder gemakkelijk om financiële redenen, omdat er sprake gaat zijn van een vaste financiële

budgetafsprak. Een budgetbekostiging garandeert dus niet dat er geen afdelingen sluiten, maar het risico op sluiting is iets kleiner.

De LTIG geeft echter aan dat de meeste recente sluitingen geen financiële redenen hadden maar meestal kwamen door een tekort aan personeel.

Zoals we onder 'Samenwerking' ook al aangaven: Als men de productieprikkel van de interne bedrijfsvoering van ziekenhuizen zou kunnen verminderen, dan kan dit - in combinatie met een budgetbekostiging - de concurrentie tussen ziekenhuizen verminderen. Dit kan samenwerken stimuleren. Er zijn dan immers minder financiële prikkels die een drempel kunnen vormen om samen te werken aan het borgen van regionale beschikbaarheid. Dit zou een patiënt in een positieve manier kunnen ervaren bij het ontvangen van zorg. Zoals we eerder hebben geschetst, doen mogelijke positieve effecten zich vooral voor als er tegelijk ook kwaliteitsnormen gelden die onderbehandeling tegengaan en hierop gecontracteerd wordt. Eigenlijk staat dit effect dus los en is dit niet afkomstig van de introductie van een budgetbekostiging.

Zorgverzekeringsmarkt

We voorzien effecten op de zorgverzekeringsmarkt, omdat de zorgverzekeraar risicodragend zal zijn voor de budgetbekostiging van de acute verloskunde. Met effecten op de zorgverzekeraars bedoelen we dat een individuele zorgverzekeraar wijzigingen in haar inkomsten en uitgaven zal ervaren. Dit kan van invloed zijn op de premies van polissen.

Onderstaande factoren zijn van invloed op het totaal effect aan inkomsten en uitgaven voor individuele zorgverzekeraars. In hoeverre hier sprake is van effecten voor de individuele zorgverzekeraars, hangt af van onderstaande factoren:

- De verdeling van de kosten van het vervallen van de beschikbaarheidsbijdrage en overheveling van deze kosten naar de zorgverzekeraars;
 - Dit komt door de overheveling van de totale hoogte van de huidige beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde naar de middelen waarmee zorgverzekeraars zorg inkopen. Deze overheveling wordt verdeeld over de betreffende zorgverzekeraars van de ziekenhuizen die momenteel een beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde ontvangen.
 - Dit effect komt niet zozeer door de invoering van budgetbekostiging maar door het stopzetten van de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde en deze kosten in plaats daarvan te laten financieren door zorgverzekeraars. Dit effect komt doordat de huidige beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde een andere financieringsbron heeft (overheidssubsidie) dan de budgetbekostiging acute verloskunde wanneer deze wordt ingevoerd (zorgverzekeraars). Dit effect is onafhankelijk van verdere uitwerking van de budgetbekostiging.
- De wijze van schoning in het vrije segment;
- De wijze waarop zorgverzekeraars de kosten van verzekerden voor de acute verloskunde inbrengen in de risicoverevening en de werking van de risicoverevening;
- De nadere invulling van de financiering van het budget en de verdeling van het budget over zorgverzekeraars.

Zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt is de grootste verandering te verwachten. Zorgverzekeraars zullen immers de zorg op een andere manier inkopen vanaf het jaar van invoering, terwijl deze momenteel nog een

integraal onderdeel is van de ziekenhuis-contractering (uitgezonderd de huidige beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde).

Naast dat het concurrentieel inkopen wegvalt en vervangen wordt door (een deel van) de zorg in te kopen in representatie, zal ook aan de reguliere in- en verkoopkant van ziekenhuiszorg rekening gehouden moeten worden met het budget.

De hoogte van het budget werkt immers door in de tarieven van andere zorgproducten die voor het budget geschoond worden. Dit betekent dat de zorg buiten de afbakening van de budgetbekostiging nog steeds concurrentieel ingekocht wordt, en dat elke individuele zorgverzekeraar met elk individueel ziekenhuis afspraken dient te maken.

Als het gaat om doelmatigheid in de bekostiging dan verwachten we dat in optie 3 meer gestuurd kan worden op doelmatigheid van zorg dan in optie 1 en 2. Dit komt omdat optie 1 en 2 vooral gebaseerd zijn op de beschikbaarheid van een beperkt aantal middelen en in optie 3 verwachten we dat meer rekening gehouden kan worden met differentiatie en mogelijk ook met maatwerkafspraken.

5.3.4 Administratieve lasten

Elke vormgeving van de budgetbekostiging zal leiden tot een structurele toename van administratieve lasten. Er zullen immers na de invoering van budgetbekostiging twee bekostigingssystemen naast elkaar bestaan voor zorgmiddelen die tegelijkertijd worden ingezet voor het leveren van én acute én niet acute zorg.

Daarnaast zal de inkoop van de (acute) verloskundige of geboortezorg ten opzichte van de rest van het ziekenhuis anders verlopen: de (acute) verloskundige of geboortezorg via budgetbekostiging via inkoop in representatie en de zorg die niet binnen de afbakening valt via concurrentiële inkoop. In gesprekken met sectorpartijen werd meermaals aangegeven dat dit een ‘vestzak-broekzak’ verschuiving van geld zou betekenen binnen de contractering van een ziekenhuis terwijl de hoogte van het totale contract of die zorg die wordt geleverd niet wijzigt. Zij voorzien een grotere administratieve last in de contractering, zonder dat het contract inhoudelijk verandert.

Als een budgetbekostiging ingevoerd wordt voor de acute verloskunde afdeling zal dat effect hebben op de werkzaamheden op drie niveaus. We onderscheiden hierbij de toename in de werkzaamheden voor de zorgaanbieder, voor de zorgverlener en die voor de zorgverzekeraar. Daarnaast onderscheiden we werkzaamheden ten behoeve van de implementatie en de structurele werkzaamheden die meer zijn dan zonder budgetbekostiging.

	Implementatie-gerelateerde werkzaamheden	Structurele werkzaamheden
Zorgaanbieder	• Schonen van vrije segment met de zorgverzekeraar in tarieven en contract. • Informatie verstrekken in het kader van het kostprijsonderzoek • ICT-systeem wijzigen n.a.v. nieuwe bekostiging en invoering ozp.	• Uitvoeren budgetcyclus (aanvraag doen naast msz-contractering)

	Implementatie-gerelateerde werkzaamheden	Structurele werkzaamheden
	Aanpassen interne bedrijfsvoering en verrekeningen tussen afdelingen.	
Zorgverlener	Op voorhand zien we geen implementatie-gerelateerde werkzaamheden voor de zorgverleners.	Op voorhand zien we geen verandering in de structurele werkzaamheden voor de zorgverleners.
Zorgverzekeraar	- Schonen van vrije segment met de zorgaanbieder in tarieven en contract. - Mogelijk ICT-systeem wijzigen n.a.v. nieuwe declaratiestroom met ziekenhuizen t.b.v. av-budget. - Mogelijke werkzaamheden vanwege het verwerken van schadelast per verzekerde in het kader van de risicoverevening.	Uitvoeren budgetcyclus (aanvraag doen naast msz-contractering)

Bij financiering van het budget met een zorgprestatie is er een beperkte toename in administratieve lasten ten opzichte van financiering met lumpsum-betalingen, vanwege het declaratieverkeer wat daardoor toeneemt. De mate van de toename in werkzaamheden hangt af van de automatiseringsmogelijkheden bij financiering met een zorgprestatie.

5.3.5 Arbeidsmarkt

We verwachten dat de budgetbekostiging uit de drie opties geen impact hebben op de inzet van schaars personeel voor de acute verloskunde. Dit komt omdat de afbakeningsopties beperkt zijn en acute verloskunde onlosmakelijk verbonden is met het aanbieden en leveren van verloskundige zorg. Het mogelijk wegvallen van de productieprikkel als gevolg van de budgetbekostiging waarmee effect op de arbeidsmarkt kan ontstaan, lijkt gering in de afbakeningen uit sectie 3.2.2.

Zoals eerder aangegeven in hoofdstuk 4, biedt een budgetbekostiging geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen.

Het invoeren van budgetbekostiging met als doel om alle bestaande locaties voor acute verloskunde open te houden kan ook juist averechts werken op de inzet van schaars personeel. Wanneer de kwaliteit van de zorglevering onder druk staat vanwege schaars personeel, kan dat aanleiding zijn voor verdere uitstroom van personeel.

5.3.6 Fraude- en handhavingstoets

Een fraude- en handhavingstoets van de NZa ziet over het algemeen op voorgenomen (nationale) wetgeving (die door het ministerie van VWS is opgesteld). Het voorliggende uitvoeringsadvies voor acute verloskunde is nog onvoldoende concreet om hierop te toetsen. Ook staat nog niet vast of en in

welke mate het advies wordt opgevolgd en hoe dit precies zijn weerslag vindt in de regels. Een fraudetoets kan de NZa daarom, nu met enkel dit advies, niet uitvoeren.

5.3.7 Draagvlak en consultatie

We hebben de betrokken geboortezorg partijen in de gelegenheid gesteld om te reageren op de consultatieversie van dit rapport. Daarnaast hebben we de partijen via een bestuurlijk overleg gesproken. De schriftelijke reacties op de consultatieversie van het advies zijn integraal onderdeel van dit uitvoeringsadvies en hebben we opgenomen onder bijlage 2.

5.4 Conclusie afweging opties budgetafbakening

De Minister heeft gevraagd hoe budgetbekostiging zo snel mogelijk ingevoerd kan worden. We hebben drie verschillende afbakeningsopties geschetst in hoofdstuk 3:

- Optie 1 betreft een afbakening op basis van dezelfde middelen als beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde.
- Optie 2 betreft afbakening op basis van minimale middelen die nodig zijn om 24/7 acute zorg aan te kunnen bieden, en
- Optie 3 een afbakening op basis van middelen die nodig zijn om 24/7 acute zorg aan te kunnen bieden, gedifferentieerd naar zorg geleverd per ziekenhuis.

In hoofdstuk 4 hebben we deze getoetst aan de doelstellingen die het kabinet-Schoof heeft geformuleerd. We concluderen in hoofdstuk 4 dat een budgetbekostiging voor acute verloskunde niet passend is. In hoofdstuk 5 geven we antwoord op de verschillende uitvoeringsvraagstukken die de Minister ons ook voorlegt in haar opdrachtbrief aan de NZa.

We concluderen dat de drie opties weinig onderscheidend van elkaar zijn op basis van deze criteria. Optie 3 onderscheidt zich nog het meeste ten opzichte van optie 1 en 2. Optie 3 zal een later invoeringsmoment hebben, maar zal wel meer ten goede komen aan de kostendekkendheid en financiële zekerheid voor het ziekenhuis. Daarbij moet in deze optie een groter bedrag geschoond worden ten behoeve van de budgettaire neutrale invoering.

Wanneer voor een eerder invoeringsmoment wordt gekozen dan mogelijk zou zijn in de derde optie, gaat de voorkeur uit naar optie 2 boven optie 1. Optie 2 komt immers meer ten goede aan de doelstelling van financiële zekerheid voor het ziekenhuis. De eerste twee opties zijn allebei per 2028 mogelijk.

We adviseren hierbij om geen wijzigingen door te voeren in de bekostiging voor IGO's en hen daarom geen onderdeel te laten zijn van de budgetbekostiging. De veldpartijen geven echter nadrukkelijk aan dat invoering zonder inhoudelijke afspraken onwenselijk is en negatief uitpakt voor de toegankelijkheid en dat onderschrijven wij als NZa.

6 Conclusie en aanbevelingen

Invoering van budgetbekostiging op de korte termijn

Hoewel we negatief adviseren om een budgetbekostiging voor acute verloskunde in de medisch-specialistische zorg in te voeren, beantwoorden we in dit rapport de vragen die de Minister ons heeft gesteld in de opdrachtbrief over invoering van een budgetbekostiging.

We zien twee opties om op korte termijn een budgetbekostiging voor de acute verloskunde in te voeren: (1) via de budgetafbakening van 24/7 een gynaecoloog of (2) via de budgetafbakening van een minimale set aan middelen om acute verloskunde te kunnen leveren. Voor beide opties geldt dat we zowel mogelijkheden zien voor een lumpsum-financiering als financiering via zorgprestaties. Maar onze voorkeur gaat uit naar de lumpsum-financiering, waarin de administratieve lasten beperkter zullen zijn dan bij een financiering met een overig zorg product.

Mocht toch worden gekozen om budgetbekostiging in te voeren, adviseren we om optie 2 te hanteren en de budgetafbakening breder vorm te geven dan alleen de gynaecoloog die binnen 30 minuten beschikbaar dient te zijn (optie 1). Optie 2 komt immers het meest ten goede aan de doelstelling van financiële zekerheid voor het ziekenhuis. We adviseren hierbij om geen wijzigingen door te voeren in de bekostiging voor IGO's en hen daarom geen onderdeel te laten zijn van de budgetbekostiging.

Budgetbekostiging is geen passende bekostiging voor de acute verloskunde

De introductie van een alternatief bekostigingssysteem met een andere manier van inkoop van zorg vraagt veel van verschillende partijen en de maatschappelijke meerwaarde van de budgetbekostiging voor acute verloskunde op zichzelf zien we niet. We benadrukken daarbij dat invoering van zo'n stelselmatige wijziging niet proportioneel is in relatie tot de geringe bijdrage aan de doelstellingen. Sterker nog, het invoeren van een budgetbekostiging voor acute verloskunde kan maatschappelijk negatief uitpakken. Hieronder vatten we samen hoe een budgetbekostiging scoort op de vier doelstelling: financiële zekerheid, samenwerking, marktwerking en toegankelijke acute verloskundige zorg.

- **Toegankelijke acute verloskundige zorg**

De toegankelijkheid van de acute verloskunde kan verslechteren bij invoering van budgetbekostiging. In de geboortezorg is momenteel vanwege personeelstekorten sprake van tijdelijke volmeldingen van ziekenhuizen waardoor bevallingen moeten uitwijken naar andere ziekenhuizen. Wanneer ziekenhuizen vaste inkomsten hebben zonder dat hier expliciete afspraken aan verbonden zijn, kan invoering van een budgetbekostiging leiden tot meer volmeldingen en daarmee een beperking in de toegankelijkheid van acute verloskunde.

Een budgetbekostiging voor acute verloskunde borgt niet dat locaties voor acute verloskunde niet meer sluiten. Een budgetbekostiging wordt soms ten onrechte gezien als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel etc.) niet te hoeven maken. Dat is niet juist: een budgetbekostiging leidt niet tot een toename van beschikbare middelen. Daarmee is het geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen.

- **Samenwerking**

We verwachten dat het effect op de samenwerking zeer beperkt is, of zelfs een negatieve impact kan hebben. Zolang er vanuit de interne verdeling binnen het ziekenhuis productieprikkels uitgaan, kan een budgetbekostiging niet op zichzelf de interne samenwerking en de samenwerking met andere ziekenhuizen stimuleren. Om de samenwerking te verbeteren vraagt dit vooral iets van de ziekenhuizen om de productieprikkels te verminderen.

We benadrukken daarnaast dat de geboortezorg keten andere ketenpartners heeft dan bijvoorbeeld de spoedeisende hulp. De spoedeisende hulp heeft ketenpartners die ook op basis van beschikbaarheid bekostigd worden. De geboortezorgpartners kennen allemaal hun eigen monodisciplinaire prestatiebekostiging en geen budgetbekostigingen. Daarmee wordt er bij introductie van budgetbekostiging voor de acute verloskunde geen gelijkgerichte inkoop tussen het ziekenhuis en de ketenpartners gerealiseerd. Het introduceren van budgetbekostiging voor één ketenpartner - die momenteel al de meeste kosten maakt in de keten en daarmee ook vaak de meeste zeggenschap heeft – kan leiden tot een (scheve) machtsverdeling. Dit is niet bevorderlijk voor de gelijkwaardigheid en daarmee voor de samenwerking. Bovendien vormt invoering van een budgetbekostiging een risico voor de samenwerking binnen de integraal bekostigde IGO's.

- **Financiële zekerheid**

Acute verloskunde kan niet los gezien worden van verloskunde in het ziekenhuis. Daarmee is acute verloskunde geen opzichzelfstaande zorgvorm. Een budgetbekostiging voor acute verloskunde zal dan ook niet kostendekkend zijn voor de verloskunde afdeling, en daarmee niet de financiële zekerheid borgen die nodig is voor de gehele beschikbaarheid van verloskundige zorg in het ziekenhuis.

- **Marktwerving**

Invoering van budgetbekostiging beoogt een beperking op de concurrentie van de inkoop van acute verloskunde. Het gaat om een inperking van de marktwerving voor een onderdeel van zorg welke niet goed af te bakenen is, omdat de acute verloskunde geen opzichzelfstaande zorgvorm is maar altijd verbonden is met de niet-acute verloskunde. Hierdoor ontstaan binnen het ziekenhuis twee verschillende inkoopssystemen waarvan eentje met minder marktwerving. Omdat het ongedefinieerde niet-acute verloskundige deel concurrentiële inkoop blijft kennen, terwijl de zorginhoud door elkaar loopt, verwachten we een niet wenselijke situatie met twee bekostigingssystemen binnen het ziekenhuis voor de gehele verloskunde.

Oplossen problemen in de sector

In dit rapport hebben we geschetst wat de mogelijkheden en consequenties zijn als budgetbekostiging voor de acute verloskunde in de medisch-specialistische zorg wordt ingevoerd. Maar dit geeft nog geen antwoord op de vraag welke problemen een budgetbekostiging voor de geboortezorg kan oplossen. Op dit moment constateert de sector gemeenschappelijk een aantal problemen in de geboortezorg.

In de probleemanalyse van de LTIG schetst zij dat het gaat om een tekort aan obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen, neonatologie-verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Dit wordt versterkt door een veranderende zorgvraag (meer vrouwen met hogere leeftijd, co morbiditeit en een veranderd verwachtingspatroon) en veranderd zorgaanbod (meer zorg door verandering richtlijnen en juridisering). Dit zet de gehele keten van geboortezorg onder druk. Daarbij zien wij zelf dat de geboortezorgsector nog meer profijt kan hebben van een betere onderlinge samenwerking.

Gegeven de organisatie van de geboortezorg – waarvan acute verloskunde in de tweedelijnszorg belangrijk is, maar integraal onderdeel is en zou moeten zijn van de integrale geboortezorgketen – biedt een bekostigingsaanpassing voor alleen een deel van de msz zorg binnen de keten geen oplossing voor

de problemen van de keten als geheel. De problemen vragen om een andere aanpak en oplossingen. Het vraagt om een op inhoud gedreven discussie over wat nodig is:

- > Wat is passende (integrale) geboortezorg?
- > Hoe willen we dat het zorglandschap van de geboortezorg er uit ziet gegeven de problemen die leven in de sector?
- > Hoe borgen we toegankelijke (acute) verloskundige zorg?
- > Hoe kan er nauwer samen worden gewerkt tussen alle aanbieders in de keten?
- > Wat is hiervoor nodig?

We verwachten dat een op inhoud gedreven discussie de sector kan helpen om problemen verder uit te diepen en in kaart kan brengen hoe de problemen opgelost kunnen worden. Bij het opstellen van de oplossingsrichtingen zou in die inhoudelijke discussie rekening gehouden moeten worden met de afwegingen tussen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Een dergelijk kader dat hier uit volgt, verschaft duidelijkheid over de inrichting van het geboortezorglandschap en de vereiste samenwerking. Het stelt vast welke kwaliteit er minimaal beschikbaar moet zijn en welke mate van toegankelijkheid van zorg hiermee moet worden geborgd. Hierin kan ook rekening gehouden worden met de optimale inzet van schaars personeel. Vervolgens kan dan de vraag gesteld worden of er aanpassingen in de bekostiging nodig zijn om deze problemen aan te pakken. Als onderdeel van deze analyse kan de NZa afwegen of een alternatieve bekostiging in de geboortezorg of voor onderdelen van de geboortezorg meer passend is.

We denken dat de beantwoording van bovenstaande inhoudelijke vragen essentieel is om te bepalen in hoeverre de huidige bekostigingssystemen in de geboortezorg de meest passende zijn of dat er verbeteringen mogelijk zijn.

Consultatiereacties en vervolg

De sectorpartijen kunnen zich vinden in de conclusies die wij trekken in dit advies. Partijen bevestigen dat een budgetbekostiging voor de acute verloskunde geen passende bekostiging is. Zij benadrukken ook dat een afdeling acute verloskunde niet bestaat. Met andere woorden: de zorglevering is integraal in de geboortezorgketen, waarbij onderscheid tussen acute verloskunde en niet-acute geboortezorg niet te maken is. Daarbij geven zij ook aan dat een inhoudelijke discussie die leidt tot een gedragen normenkader randvoorwaardelijk is voor het invoeren van een budgetbekostiging die waarde toevoegt aan de geboortezorgketen.

De partijen en de NZa constateren dat de acute geboortezorg knelpunten ervaart. In de gesprekken met de sectorpartijen stelden zij dat het aanpassen van de bekostiging de problemen in de sector niet op kan lossen.

Elke partij voelt de urgentie en het momentum om de geschetste problemen in de keten van geboortezorg met elkaar aan te pakken. Partijen stellen voor om dit gemeenschappelijk op te pakken via de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg. Het gaat hierbij om het beantwoorden van de hiervoor genoemde vragen. We roepen partijen op om deze vraagstukken in de geboortezorg met urgentie en snelheid op te pakken.

De NZa en verschillende partijen hebben ook zorgen over het gebrek aan transparantie over de toegankelijkheid van de tweedelijns acute verloskunde. Zoals in dit rapport aangegeven is deze informatie nodig om in de regio afspraken te maken over de verdeling van zorg en is deze informatie

belangrijk voor verzekeraars om te weten in hoeverre zij ook in de toekomst kunnen voldoen aan hun zorgplicht. Inzicht in de beschikbaarheid van (in dit geval) tweedelijns acute geboortezorg, is immers nodig om vraag en aanbod zo goed mogelijk op elkaar te kunnen afstemmen, zeker in acute situaties. Het hebben van inzicht is een expliciete verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, zoals door de NZa is vastgelegd in de Handvatten Zorgplicht. Het is goed dat middels gesprekken de betrokken partijen bij elkaar worden gebracht om samen te bepalen hoe dat inzicht kan worden georganiseerd. Hiervoor ligt de regierol uitdrukkelijk bij de zorgverzekeraars vanuit hun verantwoordelijkheid om tijdig voldoende zorg beschikbaar te hebben voor hun verzekerden. Partijen zullen ieder vanuit hun eigen kracht een constructieve bijdrage moeten leveren en de NZa kan partijen hierin stimuleren en faciliteren waar dat nodig is en wellicht ook verplichten, bijvoorbeeld als het gaat om het beschikbaar stellen van benodigde informatie.

De NZa zal daarom op korte termijn, vanuit haar toezicht op toegankelijke geboortezorg, de zorgverzekeraars aanspreken om in gezamenlijkheid gesprekken met partijen te voeren over hoe het nodige inzicht kan worden georganiseerd, bijvoorbeeld door bestaande registraties binnen ROAZ regio's breder beschikbaar te maken. Het feit dat het om acute zorg gaat onderschrijft dat er enige urgentie uitgaat naar het organiseren van dit inzicht. Wij verwachten dat zorgverzekeraars op korte termijn de beschreven regierol oppakken en daarmee werken we aan een toegankelijke geboortezorg sector. Uiteraard zal binnen die gesprekken ook oog moeten zijn voor de administratieve lasten.

Bijlage 1 – Overige verkende opties

In deze bijlage schetsen we de overige opties die we hebben verkend. Het gaat om opties die we hebben afgewogen om antwoord te geven op de vraag (1a) van de Minister: *‘1. Hoe kan budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de acute verloskunde zo snel mogelijk worden ingevoerd? a. Kunt u aangeven wat nodig is om dit te realiseren, welke keuzes daarvoor gemaakt moeten worden en welke kansen en risico’s hiermee gepaard gaan?’*

Onderstaande opties bleken dusdanig lastig uit te voeren of onwenselijk dat we ze niet in de hoofdtekst hebben opgenomen en daarom ook niet verder hebben uitgewerkt. Dat lichten we hieronder verder toe. Aanvullend daarop gelden ook de algemene voor- en nadelen van budgetbekostiging zoals beschreven in het hoofddocument.

1 Financieringsopties bij afbakening acute verloskunde

1.1 Opties voor financiering met acute zorgprestaties waarbij voor individuele patiënt wordt vastgelegd of er een acute situatie is

We hebben twee opties verkend waarmee een acute zorgprestatie ter dekking van het budget zou kunnen komen. In theorie kan dit met de huidige dbc-zorgproducten of met nieuwe zorgproducten. Beide opties lijken niet uitvoerbaar. We missen tenslotte steeds informatie over het onderscheid op verrichtingen- en patiëntniveau tussen de acute en niet acute situatie waarin zorg geleverd wordt.

- **Optie i: huidige prestaties (dbc-zorgproducten) gebruiken maar labelen wanneer sprake is van acute zorg**

Zorgproducten voor verloskunde zijn vooralsnog gelijk in een acute en niet acute situatie. In deze optie zal er bij invoering van de budgetbekostiging voor een acute situatie een telcode worden vastgelegd binnen de reeds bestaande zorgproducten. Het meegeven van een telcode laat zien dat in dit geval het zorgproduct een acute situatie kent. Voor de acute context kan dan het zorgproduct gedeclareerd worden ter dekking van het budget. Het zorgproduct wat de zorgaanbieder declareert voor een niet-acute situatie bevat dan geen telcode en wordt op de reguliere wijze bekostigd.

Overigens merken we hierbij op dat het kan gaan om exact dezelfde zorgverrichtingen in beide gevallen, alleen in het eerste geval zijn die verricht in een acute situatie en in het laatste geval zijn dezelfde zorgverrichtingen gedaan in een niet-acute situatie.

Voor deze optie zouden we een nieuwe registratieve zorgactiviteit moeten introduceren die werkt als een soort label/telcode 'acuut'. Deze zal de zorgverlener dan registreren als er sprake is van een acute context waardoor er een acute zorgvraag is ontstaan. Dit vergt wel een duidelijke afspraak binnen de sector over welke situaties acuut zijn en welke niet, een onderscheid die, zoals eerder toegelicht moeilijk kan worden gemaakt.

Met dit label zouden we het hele zorgproduct dat voor die patiënt wordt gedeclareerd als acuut aanmerken zodat het ter dekking van de budgetbekostiging valt. Zoals eerder in het rapport ook aangegeven, zal bij veel patiënten ook zorg geleverd zijn in dit zorgproduct waarvoor geldt dat er geen sprake was van een acute situatie.

Het nadeel van deze benadering is dan ook dat omzet van het deel niet acute verloskundige zorg hiermee gebruikt wordt ter dekking van het budget van de acute voorziening(en). Dit betekent dat we enerzijds een budget vaststellen voor acute verloskundige zorg, maar dat er ook niet acute verloskundige zorg uit dit budget betaald moet worden. Tenslotte zitten er ook altijd niet-acute zorgactiviteiten in de dbc's die dan ter dekking zijn van het budget.

Een ziekenhuis komt hiermee niet uit de kosten die zij maken voor de acute en niet-acute verloskundige zorg. Dit lijkt ons niet wenselijk. Samenvattend is deze optie *niet uitvoerbaar*, vanwege het benodigde onderscheid tussen acuut en niet-acuut, en *onwenselijk*, vanwege de discrepantie tussen de vergoeding in het budget en de financiering die méér financiert dan het budget.

- **Optie ii: nieuwe acute zorgprestaties maken**

We kunnen ook nieuwe prestaties in de vorm van overige zorgproducten (ozp) maken voor alleen acute verrichtingen met vaste tarieven. In dit geval wordt de passende dbc voor de gehele verloskundige (of geboorte-) zorg geregistreerd (net als nu). Daarnaast wordt voor het acute deel de ozp(s) vastgelegd die als acuut aangemerkt zijn. Dat betekent dat er nieuwe ozp's moeten worden aangemaakt met een zelfde omschrijving en inhoud als reeds bestaande zorgactiviteiten maar dan met de toevoeging acuut. Bijvoorbeeld, een keizersnede kan voorkomen als een geplande behandeling en zal daarmee een zorgactiviteit zijn onder een zorgproduct, maar ook als een acute behandeling en zou dan via de nieuwe ozp gedeclareerd kunnen worden ter dekking van het budget. Er zijn dan twee verrichtingen voor een keizersnede nodig: keizersnede (bestaande zorgactiviteit) en keizersnede acuut (nieuwe ozp). En aanvullend bijvoorbeeld voor een acute verpleegdag die nodig is voor herstel na acute keizersnede.

In dit geval wordt hetzelfde dbc-zorgproduct gedeclareerd als nu ook zou worden gedeclareerd. Daarnaast wordt voor die patiënt een ozp voor acute zorg gedeclareerd. Er is dan dus sprake van een dubbelregistratie en declaratie. Dit is foutgevoelig in de registratie, waardoor onjuiste declaraties kunnen worden gedaan.

Deze optie vraagt om een zorginhoudelijke afbakening van verrichtingen die in een acute situatie plaatsvinden. Dit onderscheid is niet te maken, omdat een acute situatie niet precies overeenkomt met verrichtingen die bij een zwangere worden gedaan.

Deze optie zou een hoge implementatielast met zich meebrengen voor, ziekenhuizen en verzekeraars en ict-leveranciers. Bovendien zal de zorgaanbieder altijd de prikkel hebben om een verrichting aan te merken als niet-acuut, omdat deze dan niet ter dekking van het budget valt.

Samenvattend is deze optie *niet uitvoerbaar*, vanwege het benodigde onderscheid tussen acuut en niet-acuut, en *onwenselijk*, vanwege de verkeerde declaratieprikkel.

1.2 Optie voor financiering met zorgprestaties waarbij op ziekenhuis niveau een inschatting wordt gemaakt van het aandeel acute zorg

We hebben nog een derde optie onderzocht voor een financiering op basis van zorgprestaties, maar deze optie is ook slecht uitvoerbaar en heeft ongewenste consequenties.

- **Optie iii: Op basis van huidige dbc-zorgproducten bij benadering inschatten welk aandeel zorg acuut was**

In deze optie spreken zorgverzekeraars en zorgaanbieders een soort budget af, horend bij de afbakening van acute verloskundige zorg. De hoogte van de afspraak zal het ziekenhuis gegarandeerd ontvangen. De dekking van deze afspraak vindt echter niet plaats op basis van zorgproducten specifiek ter dekking van het budget of via een lumpsum-bedrag. De financiering vindt plaats met de reguliere zorgproducten voor geboorte en zwangerschap en deze kennen dus vrije tarieven.

Vervolgens kan de NZa, of de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar een inschatting maken van welk aandeel van de zorgomzet voor geboorte en zwangerschap in een acute situatie is geleverd. Het verschil tussen de 'budgetafspraken' en de som van de inschatting van het aandeel omzet van de acute situatie, leidt vervolgens tot een 'opbrengstverschil'. Dit opbrengstverschil zal dan nog onderling verrekend moeten worden, zoals in een budgetsystematiek zou gelden. Omdat er geen extra financiële middelen worden toegekend aan het makro-kader, betekent dit dat het 'opbrengstverschil' elders uit de gemaakte contracterings-afspraken gehaald moet worden. Dit betekent dat het bedrag van de contractering op de andere zorg (dan de zwangerschap en geboortezorg) neerwaarts bijgesteld dient te worden.

Voor de inschatting van het aandeel omzet van de acute situatie kan in de basis dezelfde rekenregel worden toegepast als bij de correctie voor dubbele opbrengsten in de huidige beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde. We werken deze optie in het onderstaand kader in meer detail uit.

Technische uitwerking financiering op basis van huidige dbc-zorgproducten en bij benadering op ziekenhuisniveau inschatten welk aandeel zorg acuut was

Ziekenhuizen declareren voor zwangeren in deze variant nog dezelfde prestaties voor zwangerschap en geboorte als nu, ongeacht acute zorglevering of niet. Daarbij werken we (vooraf op basis van inschatting en) achteraf (op basis van werkelijke productie) met een benadering van welk percentage van de zorg acuut was en welke niet acuut binnen dat ziekenhuis.

Het acute deel wordt gedekt (tot op zekere hoogte, afhankelijk van welke afbakening wordt gekozen) vanuit de budgetbesteding en het niet acute deel vanuit de reguliere besteding. We hebben in dat geval een rekenmethode nodig om redelijkerwijs te kunnen aannemen welk aandeel van de geleverde zorg acuut is geweest en welk deel niet. Hiervoor kan in de basis dezelfde rekenregel worden toegepast als bij de correctie voor dubbele opbrengsten in de huidige beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde.
--

We hebben voor die correctie een lijst met een gemiddeld genomen aandeel van in hoeverre elk dbc-zorgproduct voor zwangerschap en geboorte een acuut karakter heeft. Vervolgens kunnen we op basis van de totale productie van alle gedeclareerde zwangerschap en geboorte declaraties berekenen welk aandeel acuut was en welk aandeel niet acuut. En dus welke kosten moeten worden gedekt vanuit de budgetbekostiging.

We hebben dit gedaan door eerst te selecteren welke zorgactiviteiten acuut zouden kunnen zijn, vervolgens hebben we een aandeel bepaald van wanneer de activiteit acuut zou zijn (bijvoorbeeld in 50% van de situaties). Dit hebben we aan de hand van historische kostprijgegevens op zorgactiviteitsniveau gedaan.

Vervolgens hebben we op basis van declaratiegegevens gemiddelde tarieven voor de zorgproducten berekend. Het aandeel acuut maal het gemiddelde tarief, is wat elk zorgproduct vervolgens zou bijdragen aan de 'budgetafpraak'.

Het risico van deze methodiek is dat destijds voor de beschikbaarheidsbijdrage deze aandelen zijn berekend op basis van aannames over de zorg geleverd in kleinere ziekenhuizen. Het betreft de gevoelige ziekenhuizen voor acute verloskunde. De grotere ziekenhuizen zullen een zwaardere case mix hebben met meer acute verloskundige zorg, vooral als zij een derdelijns centrum zijn en/of een NICU hebben. Een landelijk gemiddelde is voor alle ziekenhuizen daarom mogelijk niet passend. Het alternatief op een landelijke aanname van gemiddelde aandelen acute zorg is om ziekenhuizen deze inschatting zelf te laten maken in een eigen budgetaanvraag.

Wanneer we ziekenhuizen zelf deze inschatting laten maken, geldt dat we hiermee extra administratieve lasten introduceren. We kunnen ons namelijk goed voorstellen dat hier een onderbouwing aan ten grondslag zou moeten liggen, die er momenteel niet is. Daarbij geldt dat aanbieders de prikkel hebben om zo min mogelijk als acute verloskundige zorg te bestempelen. Tenslotte ontvangt het ziekenhuis toch wel de hoogte van het budget, en alle zorg die daarbuiten gedeclareerd wordt, betekent extra inkomsten.

We merken op dat deze optie weinig weg heeft van een budgetsystematiek met inkoop in representatie. Allereerst is er geen specifieke financiering ten behoeve van de budgetten. Zorgverzekeraars financieren de budgetten met de reguliere dbc-bekostiging met concurrentiële inkoop. Daarbij geldt dat alle dbc's voor zwangerschap en geboorte vrije tarieven kennen. Een financiering van budgetten met vrije tarieven en concurrentiële inkoop is onwenselijk. Bij een vrij tarief betaalt immers de zorgverzekeraar met een minder goede onderhandelingspositie voor de verzekerden van zorgverzekeraars die een goede onderhandelingspositie hebben en lagere tarieven kunnen uitonderhandelen. Daarbij geldt dat waarschijnlijk de grootste zorgverzekeraars het grootste gedeelte van het opbrengstverschil voor hun rekening krijgen. Vrije tarieven met concurrentiële inkoop passen dan ook niet bij vaste budgetten met inkoop in representatie.

Bij deze optie zien we het risico dat er niets zal wijzigen in de contractering en in de afspraken die momenteel al worden gemaakt tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. We gaan er dan ook vanuit de Minister dit zo niet bedoeld heeft. Daarmee verwachten we dat deze optie geen reële optie is.

1.3 Risico's en administratieve lasten bij opties i t/m iii.

We merken op dat een financiering op basis van zorgprestaties waarbij de acute context wordt gesplitst van de niet-acute context, per definitie voor extra administratieve handelingen zal zorgen voor de zorgverleners. Tenslotte zullen zij extra werkzaamheden moeten verrichten om vervolgens juist te kunnen declareren.

Ongeacht of zorgverleners in staat zijn om onderscheid te maken tussen acute en niet-acute patiënten, zal het ziekenhuis altijd een prikkel hebben om zo veel mogelijk patiënten als niet acuut aan te merken. Het ziekenhuis draait dan meer productie op het niet acute gedeelte, en krijgt anderzijds gegarandeerd het budget voor de acute verloskundige zorg. Dit geeft het ziekenhuis meer inkomsten. Hierbij is dus een grotere kans op fouten in de registratie en declaratie. We zien hierbij een risico op een overschrijding van het macrokader.

Los van de financiële prikkel, geldt dat er een bepaalde mate van subjectiviteit van de betrokken zorgverleners zal zijn. Vanwege de aard van de verloskunde zal er altijd ruimte overblijven voor interpretatie van de individuele arts of van het ziekenhuis. Ook dit geeft risico op feiten in de registratie en declaratie.

Voor elk van de drie opties hierboven geschetst geldt dat er opbrengstverschillen ontstaan. Dat is het verschil tussen de hoogte van het budget en de opbrengsten ter dekking van het budget. Het ziekenhuis kan ten behoeve van het budget meer of minder dan het budget hebben omgezet. Bij een overschot zal het ziekenhuis het verschil moeten terugbetalen, bij een tekort moeten de zorgverzekeraars het gat aanvullen tot de hoogte van het budget. Dit introduceert een extra administratieve afrekening ten opzichte van de huidige situatie.

2 Opties bij budgetafbakening verloskunde

Wanneer bij de afbakening het onderscheid tussen de middelen die nodig zijn om 24/7 acute verloskunde te kunnen aanbieden wordt losgelaten, worden simpelere vormen van budgetbekostiging mogelijk die ziekenhuizen ook gedeeltelijk vaste inkomsten geven voor hun verloskundige zorg. Deze zijn op de korte termijn pragmatisch in te voeren.

Zo is het mogelijk om een budgetbekostiging te maken voor een deel van de verloskunde afdeling door een deel van de prestatie voor zwangerschap en geboorte om te zetten naar een budgetbekostiging. Het gaat hierbij om een duidelijk afgebakende subset aan prestaties, bijvoorbeeld alle prestaties voor bevallingen. Hierbij is nog een keuze te maken of alle kosten onder het budget vallen, of dat er uitgegaan wordt van een ondergrens (minimum) aan de voorziening welke we bekostigen via het budget.

We merken op dat dit een andere afbakening is dan de afbakening uit de opdracht om budgetbekostiging voor acute verloskunde in te voeren. We vergoeden een ziekenhuis dan niet expliciet voor de kosten van het 24/7 beschikbaar stellen van de acute verloskunde.

De voordelen van deze afbakening zijn dat het ziekenhuizen financiële zekerheid biedt voor hun verloskundige zorg door een deel hiervan als vaste inkomstenbron neer te zetten via een budgetbekostiging. Wanneer goed aangesloten wordt bij de bestaande prestatiestructuur in de msz, verwachten we dat de complexiteit van de discussies in de contractering over de schoningen in het kader van de budgettaire neutrale invoering van de budgetbekostiging, beperkt is.

Omdat we deze opties niet als reële opties beschouwen, hebben we ze in de bijlage geplaatst. We lichten dit in de laatste paragraaf toe.

2.1 Budgetbekostiging bij een afbakening op basis van (een sub-set van) alle prestaties voor zwangerschap en geboorte

Vaststellen budget

We zien grofweg twee budget-afbakeningsopties wanneer het onderscheid met de acute verloskunde wordt losgelaten. We beschrijven deze twee opties hieronder.

- **Optie A: alle kosten gedekt voor het leveren van zwangerschap en geboorte**

Hierbij zouden we budgetten kunnen vaststellen ter hoogte van wat per ziekenhuis nu aan kosten toegerekend wordt aan zwangerschap en geboorte. Tenslotte zijn dit gegevens die de NZa vanuit het reguliere kostprijsonderzoek in de msz al opvraagt.

Onder deze optie zal de omvang van het budget groter zijn dan bij een afbakening op basis van acute zorg. Het budget zal tevens kostendekkend zijn voor de zwangerschap en geboortezorg in het ziekenhuis. De invoering van deze optie is op de meest korte termijn mogelijk, omdat we niet tegen grote informatieproblemen aanlopen. We lopen bijvoorbeeld niet aan tegen dat we informatie nodig hebben over welke zorg acuut is en welke zorg niet acuut is.

- **Optie B: een gedeelte van de kosten gedekt voor het leveren van zwangerschap en geboorte**

In deze optie hebben we een nog nader te bepalen budgetafbakening nodig. We stellen de hoogte van een budget vervolgens vast op basis van deze budgetafbakening.

In dit geval zou men een beperkte groep zorgproducten kunnen aanmerken ter dekking van het budget. Bijvoorbeeld de zorgproductgroep voor bevallingen. Alle andere zorgproducten worden dan nog op de reguliere wijze bekostigd. De omvang van dit budget is lager dan wat nodig is om alle van kosten zwangerschap en geboorte te dekken (optie A).

Ook dit zijn kostengegevens die de NZa al ontvangt in het kader van het kostprijsonderzoek in de msz.

Vaststellen financiering

Vervolgens zien we bij bovenstaande afbakeningsopties voor het budget ook een aantal financieringsopties.

- **Optie X: financiering met prestaties**

Wanneer echt alle zorg rondom zwangerschap en geboorte tot de afbakening van het budget behoort (optie A hierboven), kunnen de huidige dbc's voor zwangerschap en geboorte dienen ter dekking van

het budget. Wanneer wordt gekozen voor een beperktere afbakening van het budget (optie B hierboven), kan dit ook, zolang deze afbakening precies overeenkomt met bestaande prestaties. Bijvoorbeeld de zorgproductgroep voor bevallingen. Alle andere zorgproducten worden dan nog op de reguliere wijze bekostigd. Als de afbakening niet overeenkomt met bestaande prestaties, dan gelden vergelijkbare uitvoeringsproblemen als eerder omschreven.

De huidige tarieven voor zwangerschap en geboorte vallen nu in het vrije segment en zouden (ongeacht de keuze voor de budgetafbakening) via een financiering met prestatie(s) landelijk vast moeten worden gesteld door de NZa.

- **Optie Y: financiering via lumpsum**

In deze optie ontvangen de ziekenhuizen de hoogte van hun budget via een lumpsum-betaling. De NZa geeft beschikkingen af zodat de geldstroom tussen zorgverzekeraars en aanbieder kan plaatsvinden.

Wanneer echt alle zorg rondom zwangerschap en geboorte tot de afbakening van het budget behoort (optie A hierboven), zijn met lumpsum betalingen de huidige dbc's voor zwangerschap en geboorte niet langer nodig voor de bekostiging, hoewel deze belangrijke management informatie bevatten, waardoor ook zou kunnen worden gekozen om ze te behouden. Het ziekenhuis krijgt via het de lumpsum-bedragen vervolgens de kosten voor alle zwangerschap- en geboortezorg gefinancierd.

Wanneer we te maken hebben met een budgetafbakening van optie B dan geldt dat het ziekenhuis zorg levert in het kader van zwangerschap en geboorte waarbij de ene zorgvorm via het budget en lumpsum-betalingen vergoed wordt. En voor alle zorg die buiten de afbakening valt, zal het ziekenhuis net zoals in de huidige situatie, de reguliere dbc's ongeacht of er sprake is van acute of niet acute zorgleveringen, declareren.

2.2 Consequenties en risico's

Bij deze optie is het – net als bij elke andere optie – van belang dat de invoering van de budgetbekostiging budgettair neutraal wordt ingevoerd. Doordat er wordt aangesloten bij de huidige msz-structuur, hoeven de dbc's in scope niet geschoond te worden voor de hoogte van het budget.

Hoewel deze opties uitvoerbaar zijn, achten we het een onwenselijke optie vanwege de onderstaande redenen en hebben we deze optie daarom niet opgenomen in de hoofdttekst.

Het voordeel van deze optie is dat het snel in te voeren is. Het budget van het jaar erop kan je baseren op de omvang van de kostprijzen voor die prestaties in het voorafgaande jaar. Dit is echter ook het grote nadeel van deze optie. Hiermee wordt in feite het landschap vastgezet zoals het nu is, zonder dat er parameters zijn waarmee het budget opgebouwd wordt en die herijkt kunnen worden. Het lijkt ons daarmee niet toekomstbestendig.

Wanneer wordt gekozen om alle prestaties voor zwangerschap en geboorte op te nemen in de budgetbekostiging geldt dit des te meer als nadeel. Het zet dan ook de verhouding vast tussen welke zorg in de eerste lijn wordt geleverd en welke zorg in de tweede lijn en beperkt de ervaren ruimte voor eventuele toekomstige zorgverschuiving tussen beide lijnen.

Deze optie biedt de mogelijkheid om een budgetbekostiging vast te stellen zonder dat specifieke keuzes hoeven te worden gemaakt over welke middelen nodig zijn om acute verloskunde 24/7 aan te kunnen bieden. Echter, er is geen inhoudelijke link met de beschikbaarheid van de acute verloskunde en dit zal

de contractering van het budget bemoeilijken. Maar het zal ook de afspraken over minimale uitkomsten met betrekking tot de toegankelijkheid van de acute verloskundige zorg bemoeilijken.

Daarnaast is het waarschijnlijk dat in de dagelijkse praktijk men een vanzelfsprekendheid creëert waarmee de budgetbekostiging bedoeld is om die subset van zwangerschap en geboorte prestaties te bekostigen, in plaats van het ware doel van deze techniek: een subset aan prestaties kiezen waarmee het ziekenhuis een vaste inkomstenbron heeft naast de flexibele inkomsten die het via de productie op de overige zwangerschap en geboortezorg prestaties krijgt.

Bijlage 2 – Consultatiereacties



NFU-reactie op concept uitvoeringsadvies bekostiging Acute Verloskunde deel II

Aan

Van

Betreft NFU reactie op concept uitvoeringsrapport budgetbekostiging Acute Verloskunde deel II

Datum 4-9-2025

Ons kenmerk 25.01236/

NFU-reactie op concept uitvoeringsadvies bekostiging Acute Verloskunde deel II

Algemeen

De NFU heeft met belangstelling kennisgenomen van het concept uitvoeringsadvies budgetbekostiging Acute Verloskunde deel II. Wij waarderen de zorgvuldige analyse van de NZa en kunnen ons vinden in de conclusie dat budgetbekostiging geen passende bekostiging is voor de acute verloskunde. Zoals in hoofdstuk 6 gemotiveerd, draagt budgetbekostiging niet bij aan de doelstellingen van beschikbaarheid, toegankelijkheid en samenwerking in de keten. Integendeel: het levert vooral extra lasten op voor zorgaanbieders en verzekeraars, zonder dat het structurele knelpunten in de geboortezorg oplost.

Procesmatig

De NFU waardeert dat de NZa helder heeft aangegeven dat budgetbekostiging in deze context niet de juiste weg is. Belangrijk is dat de discussie zich richt op de daadwerkelijke knelpunten in de geboortezorg. De afgelopen jaren zijn er geen ziekenhuizen zonder tweedelijns verloskunde ontstaan; de enige sluitingen betroffen nevenlocaties binnen ziekenhuizen met meerdere vestigingen. De kern van de problematiek ligt dan ook niet in grootschalige sluitingen, maar in het tekort aan personeel en het borgen van voldoende capaciteit, ook voor de toekomst. Het systeem is nu dan ook niet gebaat met een nieuw bekostigingsmodel.

Inhoudelijk

De NFU onderschrijft de conclusie dat budgetbekostiging niet bijdraagt aan de gestelde doelstellingen. De acute verloskunde is onlosmakelijk verweven met de overige verloskunde. Een aparte budgetlijn leidt tot knipvorming en verstoort integraliteit, terwijl juist samenwerking in de keten nodig is.

De budgetbekostiging dient neutraal plaats te vinden door middel van het schonen van contracten ter hoogte van het budget. Dit kan leiden tot verschuivingen tussen ziekenhuizen, waarbij een nieuwe bekostiging niet direct leidt tot een aanpassing van de kostenstructuur. Daarnaast zal het schonen complex zijn en doordat het gaat over individuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, niet volledig transparant verlopen. Dit is een groot risico.

De invoering van budgetbekostiging leidt voor alle betrokken partijen tot hogere administratieve lasten: ziekenhuizen, verzekeraars én toezichthouders. Naast bestaande afspraken over niet-acute zorg moeten aparte budgetafspraken worden gemaakt voor acute zorg. Dit is inefficiënt en staat haaks op de ambitie om regeldruk te verminderen.

In het uitvoeringsadvies is gekozen om niet integraal naar het bekostigingsvraagstuk te kijken. Dit is onwenselijk, omdat de geboortezorg een integrale keten is en een knip kan leiden tot niet-onderkende neveneffecten.

Een belangrijke complicerende factor die in het advies niet is benoemd, betreft de jaarlijkse grote verschuivingen in marktaandelen tussen verzekeraars in de verloskunde en samenhangende zorg (zoals NICU). Dit is het gevolg van het type polissen dat verzekeraars aanbieden en is versterkt door de wijziging in de risicoverevening voor zwangeren. Dit maakt schoning bij invoering van budgetbekostiging uiterst complex en creëert een risico op gaming-gedrag door verzekeraars.

Daarnaast creëert budgetbekostiging perverse prikkels: bij uitputting van budgetten ontstaat een prikkel om patiënten onnodig door te verwijzen, wat samenwerking onder druk zet. Ook kan dit leiden tot meer weigeringen van patiënten, waardoor toegankelijkheid juist wordt beperkt.

De korte termijn uitwerkingsopties (optie 1 en 2) zijn niet wenselijk en in de praktijk lastig af te bakenen. De lange termijn optie (optie 3, differentiatie naar type aanbieder) lijkt theoretisch logischer, maar lost de kernproblemen evenmin op.

Conclusie

De NFU kan zich vinden in de conclusie van de NZa dat budgetbekostiging geen passende bekostiging is voor de acute verloskunde. De maatregel draagt niet bij aan de oplossing van de kernproblemen en kan zelfs contraproductief uitpakken door samenwerking en integraliteit in de keten te ondermijnen. Het leidt kortom tot veel werk en extra administratieve lasten, zonder dat het een bijdrage levert aan betere zorg voor de patiënt. Het vervult enkel een beleidsmatige filosofie dat dergelijke zorg op basis van beschikbaarheid zou moeten worden bekostigd, terwijl die beschikbaarheid in de huidige praktijk al adequaat geborgd is.

De NFU gaat graag nader met u in gesprek over de vervolgstappen.



Van: Gezamenlijke integrale geboortezorgorganisaties

Datum: Dinsdag 9 september 2025

Onderwerp: Reactie van de IGO's op het Uitvoeringsadvies budgetbekostiging AV

Geachte mevrouw Engwirda, beste Geranne,

De IGO's hebben met waardering en instemming het uitvoeringsadvies budgetbekostiging AV gelezen. Wij zien onze input tijdens de consultatieronden helder verwoord in de analyse en conclusies.

Met betrekking tot de conclusies willen we aandacht vragen voor de consequenties van het advies om "geen wijzigingen door te voeren in de bekostiging voor IGO's en hen daarom geen onderdeel te laten zijn van de budgetbekostiging". Volledigheidshalve merken we op dat er een passende oplossing gezocht dient te worden voor de IGO waarbij het ziekenhuis op dit moment al een beschikbaarheidsbijdrage ontvangt. Dit kan naar onze mening prima buiten de integrale bekostiging om.

Vanuit deze plek willen wij nogmaals aandacht vragen voor het toekomstperspectief van de (acute) geboortezorg en het uitnutten van de mogelijkheden die er al zijn. In het toekomstperspectief komen contractering, bekostiging en inhoud bij elkaar samen. Naar onze mening wordt er te eenzijdig gekeken naar het instrument van de bekostiging, terwijl het zorglandschap inhoudelijk en organisatorisch gefragmenteerd blijft. Integrale bekostiging vanuit integrale geboortezorg is niet de heilige graal, maar wel een passend perspectief waarlangs de kwaliteit en beschikbaarheid van (acute) geboortezorg voor de toekomst geborgd kan worden.

Met vriendelijke groet, namens

IGO Qocon,
IGO Geboortezorg Salland
IGO IJmond Geboortezorg,
IGO Zuid aan Zee,
IGO Geboortehart,
IGO Annature,
IGO JIJWIJ,

Reactie NVZ op NZa-advies budgetbekostiging Acute Verloskunde

Onderstaand treft u de reactie van de NVZ op de Rapportage Uitvoeringsadvies deel 2 acute verloskunde van de NZa.

Algemeen

De NVZ is voorstander van het invoeren van budgetbekostiging voor de acute zorg. De acute zorg kent per definitie een belangrijke beschikbaarheidscomponent. Bekostiging op basis van beschikbaarheid is daarbij beter passend dan een bekostiging die op productie gebaseerd is. Bovendien sluit budgetbekostiging beter aan bij initiatieven om de acute zorg passend, integraal en domein overstijgend te organiseren.

Hoewel de NVZ in principe voorstander is van het invoeren van budgetbekostiging ziet de NVZ dat de meerwaarde van het invoeren van budgetbekostiging voor de acute verloskunde volgens de uitgangspunten van VWS op dit moment zeer beperkt is. De NVZ onderschrijft het negatieve advies van de NZa. Een belangrijke reden hiervoor is dat het uitgangspunt van VWS om de budgetbekostiging enkel voor de MSZ in te voeren geen prikkel geeft om de samenwerking tussen de 1^e en 2^e lijn verder vorm te geven. Bovendien is er (anders dan bij de SEH en IC) onvoldoende consensus over hoe de acute verloskunde optimaal (en waar nodig over de domeinen heen) georganiseerd kan worden. Er dient volgens de NVZ eerst geïnvesteerd te worden in het maken van afspraken over de kwaliteit en organisatie van acute verloskunde, zodat budgetbekostiging daarbij kan aansluiten. Onderstaand schetsen wij enkele kernpunten om ons standpunt nader toe te lichten.

Afbakening en scope

Zoals de NZa in haar rapport al concludeert, is de acute verloskunde geen opzichzelfstaande zorgvorm in het ziekenhuis. Er is geen eenduidig onderscheid te maken tussen acute en niet-acute verloskunde. Een budgetbekostiging voor alleen acute verloskunde zal dan ook niet kostendekkend zijn voor de hele afdeling, en daarmee niet de financiële zekerheid borgen die nodig is voor de gehele beschikbaarheid van verloskunde in het ziekenhuis. Hoewel budgetbekostiging in theorie bijdraagt aan de financiële zekerheid en daarmee aan het behoud van de acute "brandweerfunctie" is deze meerwaarde volgens de huidige afbakening en scope beperkt.

Beperkte impact op regionale samenwerking

Het invoeren van budgetbekostiging voor de acute verloskunde biedt op dit moment geen meerwaarde voor het verstevigen van de regionale samenwerking. Belangrijke reden hiervoor is het uitgangspunt van VWS om de budgetbekostiging enkel voor de MSZ in te voeren. De ketenpartners (o.a. verloskundigen uit de 1^e lijn) blijven daardoor nog steeds bekostigd op basis van productie. Dit staat een gelijkgerichte samenwerking in de weg.



Bovendien is in veel regio's nog niet duidelijk hoe de geboortezorg zo goed mogelijk over de domeinen heen georganiseerd moet worden. De NVZ is van mening dat de bekostiging moet aansluiten op de organisatie van zorg en niet andersom. Het is daarom noodzakelijk om eerst te komen tot duidelijke afspraken over de organisatie en kwaliteit van de geboortezorg, zodat de bekostiging hierbij kan aansluiten. Een domeinoverstijgende variant ligt daarbij het meeste voor de hand vanwege het integrale karakter van de geboortezorg.

2/2

Integrale geboortezorg organisaties

In een aantal regio's is de acute verloskunde binnen Integrale Geboortezorg Organisaties (IGO) georganiseerd. Deze IGO's kennen een vorm van integrale bekostiging. Deze regio's hebben de afgelopen jaren veel tijd en energie geïnvesteerd in het inrichten van een integrale organisatie van de geboortezorg. De NVZ deelt het standpunt van de NZa dat het essentieel is dat eventuele invoering van budgetbekostiging niet ten koste gaat van organisatie en samenwerking binnen de IGO's. Hoewel de NZa de mogelijkheid schetst om de IGO's uit te sluiten van de budgetbekostiging komen daarmee meerdere bekostigingsvormen voor de acute verloskunde naast elkaar te bestaan. Dit is onwenselijk.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Aan: Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Mercatorlaan 1200
Postbus 20057
3502 LB Utrecht
(088) 505 34 34

Datum: 8 september 2025

Onze referentie: KH/BvdL/zr/20250908

Uw referentie:

Onderwerp Reactie consultatie NZa Uitvoeringsadvies
budgetbekostiging acute verloskunde

www.demedischspecialist.nl
info@demedischspecialist.nl

KvK nummer 40483480

Geachte mevrouw

De Federatie Medisch Specialisten heeft het concept Uitvoeringsadvies budgetbekostiging acute verloskunde ter consultatie ontvangen. Vanuit de Federatie zijn de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van dit advies.

De Federatie deelt de zienswijze van de NVOG, NVK en NVA dat het invoeren van budgetbekostiging als bekostigingsvorm, niet bijdraagt aan de toegankelijkheid en beschikbaarheid van acute verloskundige zorg in de regio omdat het geen oplossing is voor het echte probleem; de personeelstekorten. In lijn met de Visie Acute zorg van de Federatie, richten wij ons bij voorkeur op de ontwikkeling van een kader voor toekomstbestendig acute zorgaanbod en een daarbij passende bekostiging.

De NVOG, de NVK en de NVA hebben ieder vanuit de wetenschappelijke vereniging bijgedragen in de totstandkoming van het advies en hierop inhoudelijk gereageerd met nuances op van elkaar verschillende punten. Om die reden sturen we u de inhoudelijke reacties van de NVOG en de NVK in de bijlage toe.

De NVA heeft aangegeven zich te kunnen vinden in de redenering en conclusie van de NZa:
“De toegankelijkheid van de 24/7 acute verloskunde staat onder druk door personeelstekorten; door concentratie van de acute verloskundige zorg verminder je dit probleem. Het bekostigen en aanbieden van acute verloskunde in elk ziekenhuis vergroot het probleem. Budgetbekostiging zullen deze problemen niet oplossen. Sluiting van ziekenhuislocaties met verloskunde, door een fusie of een faillissement, hoeft geen probleem te zijn wanneer binnen de regio deze zorg 24/7 met hoge kwaliteit en continuïteit en uiteindelijk tegen minder kosten geboden kan worden.”

De NVA attendeert de NZa daarnaast op een voorbeeld in hoofdstuk 4 dat aanpassing behoeft:
“Ten slotte, in hoofdstuk 4 (overwegingen bij invoering budgetbekostiging) worden de veronderstelde doelstellingen van de invoering van budgetbekostiging getoetst. Eén van deze doelstellingen was het geven van “meer financiële zekerheid kleinere ziekenhuizen” die ‘s nachts kosten maken voor het beschikbaar stellen van de acute verloskunde, maar in de praktijk weinig zorg leveren in die tijd. In het uitvoeringsadvies wordt gesteld dat financiële zekerheid kan leiden



tot meer passende zorg. Hier wordt als voorbeeld genoemd het investeren in laagdrempelige pijnbestrijding zoals lachgas en bevalbaden om de vraag naar ruggenprikken laag te houden. Hierbij willen we opmerken dat het wetenschappelijke bewijs voor lachgas zeer laag is en zeker voldoende pijnstilling door een epiduraal niet zal voorkomen. In die zin is het als voorbeeld slecht gekozen.”

Vanuit de Klankbordgroep acute zorg van de Federatie (waarin alle bij de acute zorgketen betrokken wetenschappelijke verenigingen zijn vertegenwoordigd) is eveneens meegelezen met het Uitvoeringsadvies Budgetbekostiging acute verloskunde.

De Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) heeft de volgende terugkoppeling op de definitie in paragraaf 2.1 en meer specifiek het begrip acute verloskunde op pagina 11, dat als uitgangspunt is genomen van wat er (moet) worden bekostigd in een ziekenhuis:

Om vast te stellen of een ziekenhuislocatie de specialistische zorgfunctie acute verloskunde aanbiedt, zijn de volgende kenmerken gehanteerd:

- 1) acute verloskunde wordt 24/7 aangeboden;
- 2) er is altijd een klinisch verloskundige of A(N)IOS gynaecologie of gynaecoloog aanwezig, en
- 3) een gynaecoloog, kinderarts, anesthesioloog, anesthesiemedewerker en OK-ruimte zijn allemaal binnen 30 minuten beschikbaar.¹

De NVvR mist een interventieradioloog bij de opsomming van het team onder punt 3). Deze is in de dagelijkse praktijk onderdeel van het team en in een groot verloskundig centrum is 24/7 beschikbaar van interventieradiologie essentieel. Voor fluxus embolisaties wordt de beschikbaarheid van een interventieradioloog binnen 30 minuten verwacht, en ook bij de voorbereiding van vrouwen met placenta praevia is de interventieradioloog betrokken. Het kan zijn dat in dit conceptadvies is gekeken naar een (oudere) landelijke zorgstandaard of richtlijn, waar dit (nog) niet goed in is terug te vinden. Maar in lokale protocollen of afspraken van een ziekenhuislocatie met 24/7 acute verloskunde zal interventieradiologie niet ontbreken.

De Federatie blijft graag nauw betrokken bij het ontwikkelen en uitwerken van toekomstige bekostigingsvormen voor de acute zorg en biedt daarbij graag de expertise vanuit de diverse betrokken specialismen.

We hopen dat de NZa met deze terugkoppeling het conceptadvies verder kan aanscherpen. We zien de definitieve versie van het Advies Uitvoeringsbekostiging acute verloskunde graag tegemoet.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Voorzitter Federatie Medisch Specialisten

Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Datum: 5 september 2025
Kenmerk: U25-058
Onderwerp: Uitvoeringsadvies Budgetbekostiging acute verloskunde

Geachte mevrouw ,

De NVK heeft met belangstelling kennisgenomen van uw uitvoeringsadvies over budgetbekostiging voor de acute verloskunde. Het doet goed te zien dat de NZa na gedegen raadpleging van alle betrokken partijen in de acute verloskunde - en breder de geboortezorg - tot de conclusie komt dat budgetbekostiging niet de sleutel is tot het oplossen van het meest prangende probleem dat ook deze zorg kenmerkt: een personeelstekort.

Een conclusie die wij delen. Het structurele tekort aan personeel, in het bijzonder aan neonatologieverpleegkundigen en kraamverzorgenden, wordt niet primair opgelost langs de lijn van een andere financieringssysteem. Ook de probleemanalyse die de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG) in gezamenlijkheid heeft opgesteld, maakt duidelijk dat een oplossing vooral moet worden gevonden in het daadwerkelijk anders organiseren van de geboortezorg. Waarbij het doel is om kwalitatieve zorg te bieden die bereikbaar is. De financiering dient hierop te volgen.

Hierbij is van belang dat wordt onderkend dat geboortezorg ketenzorg is, en dat de acute verloskunde daar een deel van is. De gehele keten moet op orde zijn om acute geboortezorg te kunnen bieden. Daar komt bij dat acute en planbare geboortezorg onlosmakelijk met elkaar zijn verweven. Waarbij het van belang is om te benoemen dat acute zorg voor kinderen echt anders is dan acute zorg voor volwassenen, onder meer omdat kinderen acuut kunnen verslechteren. Daarmee is acute kindergeneeskunde meer dan alleen een onderdeel van de acute verloskunde, of van de SEH- en de IC-zorg, waar ook budgetbekostigingstrajecten voor lopen.

De kinderarts is langs verschillende lijnen in de geboortezorg betrokken. Vaak, evenals de anesthesiologen, faciliterend en ondersteunend aan een elders opgestart zorgtraject. Daarnaast ook als primaire zorgverlener. Reden waarom wij denken dat voor de kindergeneeskunde een andere bekostiging nodig is, die de lijnen van zorgverlening volgt: in alle tarieven een deel kindergeneeskunde meenemen voor de rol van de kinderarts in acute situaties, en passende tarieven voor de neonatale/kindergeneeskundige zorg.

Over onze gedachten over een vast deel financiering voor de veiligheid van het kind (beschikbaarheid) en daarnaast financiering voor het voorkomen van een negatieve uitkomst (kwaliteit) en voor de geleverde zorg (behandeling) praten wij graag met u door. En ook over het feit dat we als kindergeneeskunde niet alleen zijn betrokken in het dossier budgetbekostiging acute verloskunde, maar ook in het dossier budgetbekostiging IC en in het dossier budgetbekostiging SEH. Dit vraagt om een integrale aanpak voor het organiseren van een passende bekostiging.

Graag willen wij deze brief eindigen met het uitspreken van onze waardering voor de manier waarop de NZa dit proces heeft vormgegeven en de gelegenheid die de NZa ook de NVK heeft geboden om mee te denken en input te leveren. Wij geven daaraan zoals gezegd graag vervolg.

Met vriendelijke groet,



voorzitter



portefeuillehouder
geboortezorg

Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v.

POSTADRES NVOG
POSTBUS 20075
3502 LB UTRECHT

BEZOEKADRES NVOG
MERCATORLAAN 1200
5E ETAGE, A-ZIJDE
3528 BL UTRECHT

Betreft: Reactie NVOG op uitvoeringsadvies budgetbekostiging acute verloskunde

Ref.: Bestuur NVOG 05092025/NZa

Datum: 5 september 2025

T +31 (0)88 13 44 700
E INFO@NVOG.NL
W WWW.NVOG.NL

KVK 40532508
IBAN NL70INGB0000312070
BIC INGBNL2A
BTW NL8065.06.647B01

Geachte mevrouw ,

De NVOG heeft kennisgenomen van het uitvoeringsadvies over budgetbekostiging van de acute verloskunde. Allereerst willen wij u complimenteren met de zorgvuldigheid waarmee de NZa tot dit uitvoeringsadvies is gekomen en bedanken voor de samenwerking.

Wij constateren dat het rapport onderkent dat budgetbekostiging op zichzelf geen oplossing biedt voor de kernproblemen in de geboortezorg, waaronder het tekort aan gespecialiseerd personeel en de toenemende zorgvraag. Die conclusie delen wij.

Tegen deze achtergrond stelt de NVOG vast dat budgetbekostiging geen passend instrument is om de continuïteit van de acute verloskunde duurzaam te borgen. Het grootste knelpunt ligt in het structurele tekort aan personeel, met name onder (gespecialiseerd) verpleegkundigen, maar ook ondersteunend personeel als OK assistenten en laboranten. Zolang dit niet wordt aangepakt, kan ook deze financieringsvorm de toegankelijkheid van de zorg niet garanderen. Daarnaast zijn voor de acute verloskunde naast geboortezorg professionals, ook OK faciliteiten en een kinderarts noodzakelijk. Daarnaast moet een IC en interventie radioloog beschikbaar zijn (in huis of middels afspraken). (<https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2022/08/Kwaliteitsnorm-normpraktijk-klinische-verloskunde-2.0-NVOG-12-5-2021.pdf>). Tevens zijn acute en planbare verloskunde onlosmakelijk verweven. Het kunstmatig scheiden van deze domeinen – zoals in enkele bekostigingsopties geschetst – leidt tot arbitraire keuzes en extra administratieve lasten, zonder aantoonbare winst voor kwaliteit of toegankelijkheid.

Het in stand houden van deels onvolledig bemande afdelingen brengt bovendien risico's mee voor patiëntveiligheid. De NVOG ziet daarom meer in financiering van integrale geboortezorg organisaties, een kritische beschouwing van de capaciteit in niet tijdskritische regio's en het borgen van goed bemande centra dan in het spreiden van middelen via een afzonderlijk budget.

Verder geldt dat een verschuiving binnen het bestaande macrobudget in essentie slechts een herverdeling van middelen is. Ziekenhuizen kunnen daarmee weliswaar financieel worden ondersteund, maar zonder structurele investeringen in personeel en kwaliteit verandert er fundamenteel niets aan de beschikbaarheid of veiligheid van de acute

geboortezorg. De NVOG pleit daarom voor een aanpak waarin eerst een inhoudelijk gedragen normenkader voor 24/7 acute zorg wordt vastgelegd en waarin regionale samenwerking en netwerkfinanciering de keten daadwerkelijk versterken. Op meerdere punten ligt de analyse van de NZa in het verlengde van het standpunt van de NVOG. Zowel de NZa als de NVOG erkennen dat budgetbekostiging het personeelstekort niet wegneemt, terwijl juist dit tekort de continuïteit van de acute verloskunde onder druk zet. Beide partijen benadrukken het belang van tijdige toegang tot zorg van hoge kwaliteit, binnen redelijke reistijd. Eveneens wordt onderkend dat budgetbekostiging risico's met zich kan meebrengen voor toegankelijkheid en samenwerking in de keten, onder meer door het risico op meer volmeldingen en door extra administratieve lasten. In lijn met het rapport stelt de NVOG dat het scheiden van acute en planbare zorg in de praktijk niet werkbaar is; de verwevenheid van beide maakt een aparte bekostiging ondoelmatig.

De NVOG constateert daarmee dat de analyse van de NZa op wezenlijke onderdelen aansluit bij onze visie. Wij vragen om de gezamenlijke focus te leggen op de structurele aanpak van personeelstekorten, het ontwikkelen en borgen van een normenkader dat kwaliteit, veiligheid en bereikbaarheid centraal stelt en het versterken van regionale samenwerking en integrale netwerkfinanciering.

Wij zijn graag bereid hierover verder met u in gesprek te gaan en onze inhoudelijke expertise in te brengen bij de noodzakelijke vervolgstappen.

Met vriendelijke groet,



, directeur NVOG



, voorzitter NVOG

Consultatiereactie KNOV – Uitvoeringsadvies budgetbekostiging acute verloskunde deel 2 – consultatieversie 12 augustus 2025

1. Inleiding

Bedankt voor een gedegen onderzoek en advies over budgetbekostiging voor de acute verloskunde. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) komt de conclusie dat budgetbekostiging niet de oplossing is voor de onbalans tussen zorgaanbod en –vraag of de sluiting van tweedelijns verloskunde afdelingen. Daarmee blijven deze problemen bestaan. Hoe kunnen we als sector, samen met het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en andere partijen dan zorgen dat deze problemen worden opgelost/aangepakt?

Vanuit de KNOV geven we in de consultatie graag de volgende punten mee.

2. Inhoudelijke hoofdpunten

Paragraaf 1.2 (p. 8)

We waarderen dat er duidelijk aangegeven wordt dat de multidisciplinaire of integrale benadering van een mogelijke budgetbekostiging buiten de scope van de opdracht valt. Dit is een valkuil waarin gemakkelijk kan worden gestapt, gezien de multidisciplinaire aard van acute verloskunde. Het behoorde echter niet tot de oorspronkelijke opdracht en volgens de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG) ook niet tot het kernprobleem. Tegelijkertijd sluit dit aan bij de aanbeveling van het RIVM bij de evaluatie van integrale bekostiging geboortezorg: *Creëer beleidsrust rondom de bekostiging van de geboortezorg*.¹

Paragraaf 4.1.1 p. 22–23

Fijn dat de aanbeveling om budgetbekostiging te laten gelden per locatie en niet per instelling is opgenomen in het stuk. Dit lijkt ons essentieel om de sluiting van individuele locaties tegen te gaan, als al voor budgetbekostiging wordt gekozen.

Paragraaf 4.1.2 Betere samenwerking

Het rapport bespreekt bij de samenwerking *Binnen de integrale geboortezorg keten* dat als alleen de msz budgetbekostiging krijgt voor de beschikbaarheid van hun acute deel en de eerste lijn niet, het risico ontstaat dat de acute zorg in de eerste lijn onvoldoende beschikbaar is. Dit risico zien wij niet zo sterk als hier door NZa geschetst wordt. Zeker niet als de budgetbekostiging budgetneutraal is, zoals de minister voor ogen had. Het wijzigen van enkel de msz bekostiging zou dan geen effect moeten hebben op de eerste lijn.

Los daarvan, sluiten we ons wel aan bij de uitspraak die hierop volgt: als de aandacht en middelen naar de tweede lijn gaan, is dat niet in lijn met de principes van passende zorg. Bij het verschuiven van financiën uit de reguliere zorg naar de acute zorg, snijden we onszelf als maatschappij in de vingers. Het is van belang om te investeren in de gehele keten, en niet uitsluitend in de acute zorg. We moeten voorkomen dat nu (te) veel middelen naar acute zorg verschuiven. Juist gezondheidsbevorderende zorg kan ertoe bijdragen dat acute zorg minder vaak nodig is. Dit kwam ook naar voren tijdens de Invitational Conference van Ank de Jonge en Arie Franx in maart 2024.²

¹ [Vijf jaar integrale bekostiging van de geboortezorg: effecten op zorggebruik, gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven | RIVM p.26](#)

² [Verslag Invitational conference duurzame innovaties – 8 maart 2024.pdf](#)

In de conclusie in paragraaf 4.3 worden bij samenwerking drie van de in paragraaf 4.1.2 besproken nadelen aangehaald: 1) weinig effect op samenwerking in de keten, omdat de budgetbekostiging zich richt op één ketenpartner, 2) de kans op een scheve machtsverhouding, en 3) het effect op de integraal bekostigde IGO's. Daarbij missen wij de andere twee argumenten uit paragraaf 4.1.2, waarmee de nuance van de conclusie duidelijker naar voren kan komen in paragraaf 4.3. Paragraaf 4.1.2 noemt dat budgetbekostiging de productieprikkel in de msz kan verminderen, maar dat bij de interne verdeling bij het msb deze productieprikkel kan blijven bestaan. Ook een positief effect van budgetbekostiging wordt besproken: wanneer er voorwaarden gesteld worden aan budgetbekostiging, is er een grotere kans op ketenafspraken over passende zorg. Door deze aspecten toe te voegen bij de conclusie, ontstaat een vollediger en meer gebalanceerd beeld van de voor- en nadelen van budgetbekostiging op de samenwerking.

Hoofdstuk 6

Pagina 37 wijst terecht aan dat de budgetbekostiging voor acute verloskunde in de msz geen oplossing biedt voor de keten in het geheel. Een inhoud gedreven discussie is daarbij terecht. Bij de vragen die daaronder worden gesteld, missen we echter de vraag over de kwaliteit van zorg. **Wat is passende (integrale) geboortezorg?** Pas daarna volgen de vragen hoe de organisatie van zorg daar, gegeven de bekende problematiek en capaciteit, bij aansluit en hoe we daarbij de toegankelijkheid kunnen borgen. Samenwerking is daarbij een middel en geen doel op zich.

3. Afsluiting

De landelijke tafel integrale geboortezorg (LTIG) beschrijft twee problemen. Zorgaanbod en zorgvraag zijn niet in balans, en tweedelijns verloskunde afdelingen sluiten. NZa licht in dit rapport toe dat budgetbekostiging deze problemen niet of onvoldoende zal oplossen.

Over het eerste probleem geeft de LTIG aan dat de hoeveelheid zorg per zwangere en pasgeborene toeneemt. Genoemde oorzaken zijn onder andere meer interventies door uitbreiding van richtlijnen en de toenemende druk op de zorg vanuit juridisering in combinatie met risicomijdend gedrag. Dat staat haaks op het nationale streven naar passende zorg.

Hierbij ligt onzes inziens een deel van de oplossing ook bij onszelf als zorgprofessionals en als geboortezorgsector. Het ontwikkelen en toepassen van verschillende richtlijnen mag meer met de blik van passende zorg. Doen we wel de juiste dingen? Heeft elke interventie die we toepassen wel toegevoegde waarde? Wij vinden het van groot belang om steeds te starten vanuit kwaliteit en inhoud; de organisatievorm is daarbij ondersteunend en niet leidend.

Daarnaast zien we ook een rol voor de overheid bij het verschuiven van het perspectief op toezicht in de zorg. Waarbij toezicht en verantwoording niet alleen focust op het achteraf bestraffen van niet-handelen, maar juist meer ruimte laat voor de professionele afweging tussen wél of níet ingrijpen. Zoals ook het RVS-rapport over diagnose-expansie³ laat zien, kan een sterke nadruk op opsporen en behandelen onbedoeld leiden tot steeds méér ingrepen, terwijl niets doen soms even verantwoord kan zijn.

³ [Iedereen bijna ziek – Over de keerzijden van diagnose-expansie | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving](#)



FEDERATIE VSV

REACTIE UITVOERINGSADVIES BUDGETBEKOSTIGING ACUTE VERLOSKUNDE (DEEL 2)

Gouda, 5-9-2025

Geachte mevrouw en meneer ,

Hartelijk dank voor het toesturen van het uitvoeringsadvies en het betrekken van de Federatie van VSV's in dit traject.

Wij kunnen ons grotendeels vinden in het opgestelde rapport. De noodzaak voor verdere gezamenlijke bespreking van inhoudelijke vragen onderschrijven wij dan ook. Essentieel voor ons is dat landelijke partijen uitspreken met elkaar de verantwoordelijkheid te voelen om acute geboortezorg op alle lagen beschikbaar te houden. Accenten kunnen verschillen, hierover moet je in gesprek, maar alles start met een gezamenlijke verantwoordelijkheid en het gezamenlijk vaststellen van de kaders daarbij. Van daaruit worden organisatie en passende bekostiging duidelijk.

Voor de volledigheid verwijzen we nogmaals naar het visie document [Acute Geboortezorg](#) dat wij in 2024 hebben opgesteld. Hierin hebben we getracht een aanzet te maken voor een gemeenschappelijke zienswijze.

Met vriendelijke groet,

Voorzitter



FEDERATIE VSV

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. mevrouw G. Engwirda, voorzitter RvB
via mail:

cc.

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 89 11
info@zn.nl
www.zn.nl

Datum 8 september 2025
Contactpersoon
Ons kenmerk ZN-25-021784
Onderwerp Reactie ZN op NZa uitvoeringsadvies budgetbekostiging acute verloskunde

Beste mevrouw Engwirda,

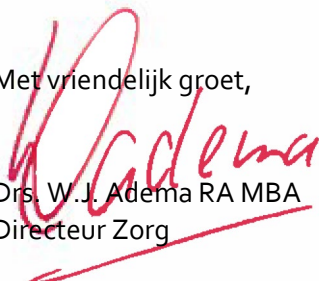
Hierbij ontvangt u de reactie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op het NZa uitvoeringsadvies budgetbekostiging acute verloskunde.

ZN kan zich vinden in de conclusie van de NZa dat budgetbekostiging niet de oplossing is voor de knelpunten in de geboortezorg. De oplossing moet vooral worden gezocht in bindende inhoudelijke afspraken over toegankelijkheid en capaciteit binnen de regio's. Hieraan wordt reeds gewerkt door de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG). ZN vindt het belangrijk dat de LTIG op korte termijn met concrete voorstellen komt.

In de bijlage treft u een uitgebreidere toelichting.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en wachten uw definitief advies af.

Met vriendelijk groet,



Drs. W.J. Adema RA MBA
Directeur Zorg

Bijlage: toelichting reactie ZN op NZa-advies budgetbekostiging acute verloskunde

Achtergrond

In lijn met het hoofdlijnenakkoord van Schoof 1 heeft de Minister van VWS in haar brief van 25 november 2024 de NZa opdracht gegeven om een uitvoerbaarheids- en handhavingstoets uit te brengen inzake een toekomstige budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde.

De NZa heeft de afgelopen periode, in nauwe afstemming met de veldpartijen, gewerkt aan het advies over budgetbekostiging voor de acute verloskunde met als deadline 1 oktober as. Het conceptadvies ligt thans voor ter consultatie.

ZN is het eens met negatief NZa-advies t.a.v. budgetbekostiging voor de acute verloskunde

ZN vindt het borgen van de toegankelijkheid en kwaliteit van geboortezorg van groot belang. Daarom heeft ZN ook constructief bijgedragen aan de totstandkoming van het NZa-advies. Het is een uitgebreid traject geweest, waar, in tegenstelling tot het traject over budgetbekostiging voor de SEH, niet alleen is gekeken naar de technische haalbaarheid van een tussenstap, maar meer ruimte is genomen om met de veldpartijen van gedachten te wisselen over de effecten en meerwaarde van budgetbekostiging. Dit heeft een breder advies opgeleverd, met een heldere conclusie.

ZN deelt de conclusie van de NZa dat budgetbekostiging voor de acute verloskunde geen passende oplossing is voor de knelpunten in de geboortezorg. Hiervoor heeft ZN meerdere redenen:

- Het belangrijkste knelpunt in de geboortezorg is onvoldoende capaciteit in ziekenhuizen voor poliklinische bevallingen als gevolg van personele schaarste. Budgetbekostiging voor de acute verloskunde zou betekenen dat er een systeem wordt ingevoerd waarmee de prikkel om meer capaciteit / productie te leveren verdwijnt. Oftewel, in tijden van zorgschaarste zou een bekostigingssystematiek worden ingevoerd die extra productie afstraft. Voor ziekenhuizen die groeien in aantal bevalling (en dat is de trend) ontstaat er zo juist minder financiële zekerheid. Dit vermindert de toegankelijkheid en ondermijnt de samenwerking tussen eerste- en tweedelij.
- Verkeerde verwachtingen van budgetbekostiging moeten worden voorkomen, anders leidt dit onherroepelijk tot teleurstelling. Budgetbekostiging lost het grootste knelpunt in de acute zorg – het tekort aan personeel – niet op en kan afschaling of sluiting dus niet voorkomen. Wij vinden het belangrijk om te benadrukken dat er in Nederland geen ziekenhuizen zijn zonder verloskunde-afdeling en dat de afgelopen jaren alleen verloskunde-afdelingen zijn gesloten in ziekenhuizen waar op meerdere locaties verloskunde werd geboden. Op dit moment zijn er twee ziekenhuizen waar verloskunde op twee locaties plaatsvindt (Haga Ziekenhuis en Noordwest Ziekenhuisgroep) en in beide gevallen is er geen sprake van plannen tot sluiting. Sluiting van verloskunde-afdelingen vanwege financiële redenen is over het algemeen niet aan de orde.
- In de praktijk kan geen onderscheid worden gemaakt tussen acute verloskunde en niet-acute verloskunde, waardoor afbakening niet goed mogelijk is. De afbakening van verloskunde is bovendien complex, omdat bijvoorbeeld de anesthesie en kindergeneeskunde niet uitsluitend werken voor de verloskunde; zo ontstaat er al snel een glijdende schaal waarbij de afbakening steeds verder kan worden opgerekt.

- Invoering van budgetbekostiging is complex en leidt tot extra administratieve lasten. Een lumpsum ziet ZN niet zitten i.v.m. de risicoverevening. De risico-verevening is bovendien nog onvoldoende uitgewerkt in het NZa-advies.
- Aangezien invoering van budgetbekostiging macrobudgettair neutraal moet, vergroot dit de financiële druk op de rest van de ziekenhuiszorg. Anders kan de macrobudgettaire neutraliteit niet worden gehandhaafd.
- Invoering van budgetbekostiging ondermijnt de samenwerking binnen de Integrale Geboortezorg Organisaties (IGO). Indien toch wordt gekozen voor invoering van budgetbekostiging voor de acute verloskunde, dan delen we het advies van de NZa om deze niet te laten gelden voor ziekenhuizen die onderdeel uitmaken van een IGO.

ZN wil bindende inhoudelijke afspraken over toegankelijkheid en capaciteit binnen de regio's

De sleutel tot het borgen van toegankelijkheid en voldoende capaciteit in de geboortezorg ligt wat ZN betreft niet in budgetbekostiging, maar in het maken van bindende inhoudelijke afspraken over capaciteit en samenwerking in de regio en binnen de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's). Dit is onderdeel van het groeipad zoals beschreven in het NZa-advies. Binnen de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG) werken de betrokken zorgpartijen hieraan. Een breder langetermijnperspectief op een toekomstbestendige organisatie van de geboortezorg in Nederland en samenwerking binnen de keten is daarbij noodzakelijk. Beschikbare capaciteit kan namelijk beter worden benut. ZN vindt het belangrijk dat de LTIG op korte termijn met concrete voorstellen komt; VWS mag wat ZN betreft de LTIG hier een gerichte opdracht voor geven met een duidelijke deadline. Een belangrijke voorwaarde om tot afspraken te komen, is meer transparantie over bevalcapaciteit (onder andere het aantallen bevallingen thuis, poliklinisch en klinisch per ziekenhuis en het aantal patiëntenstops en weigeringen). Wij denken dat dit zonder extra administratieve lasten mogelijk is, omdat deze informatie reeds beschikbaar is, maar alleen nog niet overal transparant wordt gemaakt. Regionale zorgcoördinatie voorzieningen kunnen hier mogelijk een rol in spelen.

Hoewel sluiting van acute zorg om enkel financiële redenen over het algemeen niet aan de orde is, kan meer financiële zekerheid bijdragen aan toekomstbestendige organisatie van geboortezorg en voorzien in een behoefte van met name de kleinere ziekenhuizen. Aansluitend op inhoudelijke afspraken zijn zorgverzekeraars dan ook bereid om mee te denken over welke mogelijkheden daartoe zijn. Het is daarbij belangrijk dat de afspraken over de capaciteit en beschikbaarheid van bevalzorg landen in de ROAZ-plannen. In het AZWA is afgesproken dat nadat de twee marktleiders zorgverzekeraars akkoord zijn met het ROAZ- en regioplan, de andere zorgverzekeraars die inhoudelijke lijn volgen om zorgaanbieders meerjarige zekerheid te bieden om deze afspraken te realiseren.

ZN pleit voor nieuwe reflectie op budgetbekostiging voor de SEH

In het adviestraject over budgetbekostiging acute verloskunde is meer ruimte genomen om met de veldpartijen van gedachten te wisselen over de effecten en meerwaarde van budgetbekostiging dan in het SEH-traject en is de NZa tot een ander advies gekomen. In het SEH-traject heeft de nadruk vooral gelegen op de technische haalbaarheid van een tussenstep. ZN is van mening dat de argumentatie in het NZa-advies over budgetbekostiging acute verloskunde grotendeels ook van toepassing is op budgetbekostiging voor de SEH. Dit geldt ook voor het NZa-advies over budgetbekostiging voor de IC, dat binnenkort ook wordt opgeleverd. Daarom vindt ZN het belangrijk om met VWS, de NZa en de betrokken veldpartijen vanuit de argumentatie van beide adviezen opnieuw te reflecteren op budgetbekostiging voor de SEH.



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl