

Vergaderjaar 2015–2016

**32 279**

## **Zorg rond zwangerschap en geboorte**

**Nr. 84**

Ontvangen ter Griffie op 31 mei 2016.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 1 juli 2016.

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 mei 2016

Ik informeer u (conform het verzoek in Commissiebrief van 19 mei 2016 over het gesprek dat ik op 25 mei 2016 met partijen in de geboortezorg heb gevoerd over de ontstane impasse en het door de KNOV (verloskundigen) opzeggen van het vertrouwen in het College Perinatale Zorg (CPZ). Verder geef ik in deze brief aan hoe ik de volwaardige optie van integrale bekostiging geboortezorg per 2017 wil invoeren. Het beleid voor de verbetering van zorg bij zwangerschap en geboorte is ingezet vanaf 2010 en betreft een samenhangend geheel van activiteiten. In deze brief ga ik vooral in op het onderdeel samenwerking in de regio's en hoe mijn beleid die samenwerking faciliteert. Ik kijk daarbij terug naar waar we vandaan kwamen en hoe ik het multidisciplinair werken met bekostiging wil stimuleren.

#### **Gesprek met geboortezorgpartijen**

Over de ontstane impasse en het opzeggen van het vertrouwen in CPZ door de KNOV heb ik op 25 mei een constructief gesprek gevoerd met Brancheorganisatie Geboortezorg (kraamzorg), CPZ, KNOV (verloskundigen), NPCF (patiënten), NVK (kinderartsen), NVOG (gynaecologen), NVZ (ziekenhuizen) en ZN (zorgverzekeraars). We hebben met elkaar geconstateerd dat de afgelopen jaren in de geboortezorg al veel is bereikt. Maar ook: dat verdere verbetering mogelijk en nodig is. Iedere vermijdbare sterfte of morbiditeit is er één teveel. Partijen zijn het er ook over eens dat er in de praktijk heel veel goede voorbeelden zijn van samenwerking tussen partijen in de geboortezorg en dat deze een bron van inspiratie zijn. Partijen hebben daarom besloten om (1) in te zetten op herstel van onderling vertrouwen tussen de beroepsverenigingen, onder andere door de organisatie van het gezamenlijke overleg in het CPZ te herijken; (2) ervoor te zorgen dat de goede regionale praktijkvoorbeelden vervolgstappen kunnen zetten ten behoeve van verdere verbetering van de zorg voor moeder en kind en (3) een hernieuwde gezamenlijke agenda op te stellen om de geboortezorg in Nederland verder te verbeteren.

## **Beleid en bekostiging zwangerschap en geboorte**

Begin 2010 is het advies van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte verschenen. Kern van dit advies is dat: »de kwaliteit van de geboortezorg moet verbeteren door een hechtere samenwerking en betere communicatie tussen alle betrokken professionals onderling, maar ook met de zwangere en haar naasten.

Het advies stelt dat zorgverleners pro-actiever moeten handelen en samenwerken, en dat daarbij moeder en kind meer centraal moeten worden gesteld. Het reactief behandelen van een zwangere als zij ziek is, moet worden omgebogen naar het tijdig werken aan de bevordering van gezondheid van moeder en kind. Preventie en gezondheidsbevorderende adviezen, in combinatie met meer aandacht voor vrouwen in achterstand-situaties, maakt onderdeel uit van de aanbevelingen. Dit betekent dus ook: beter voorlichten, communiceren én samenwerken gedurende de hele keten. En tenslotte zullen alle verloskundige zorgprofessionals moeten gaan werken volgens bindende, multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden: de bestaande vrijblijvendheid binnen de diverse betrokken beroepsgroepen moet ten einde komen. Dit advies is uitgebracht omdat de vermijdbare babysterfte in Nederland hoog was. Internationale vergelijkingen (onder andere in Europees verband via Peristat) lieten zien dat verbetering mogelijk was aangezien in ons omringende landen de babysterfte veel lager was».

Sinds 2010 wordt onder leiding van het CPZ door landelijke en regionale partijen gewerkt aan de uitvoering van dit advies. De afgelopen jaren zijn de nodige stappen gezet om te komen tot verbetering van de kwaliteit van de geboortezorg en is er een daling van babysterfte zichtbaar geworden. In veel regio's is de verbeterde samenwerking goed op gang gekomen, maar nog niet in alle regio's. Dit blijkt uit de onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Eén van de knelpunten om in alle regio's te komen tot integrale zorg is de huidige bekostiging. De huidige bekostiging faciliteert integrale zorg onvoldoende en zet aan om monodisciplinair te blijven werken.

### *Bekostiging mogelijk knelpunt*

In het advies over integrale bekostiging geboortezorg van de NZa uit 2012 is gekeken naar de knelpunten in de huidige bekostiging. Daarbij zijn de volgende knelpunten geconstateerd:

1. De bekostiging faciliteert de samenwerking onvoldoende (multidisciplinair overleg, bespreken zorgpaden, taakherschikking gynaecoloog-verloskundige-kraamverzorgende).
2. Dubbele bekostiging kraamzorg (deels via prestaties en deels als uurtarief en met name het leveren van partusassistentie in het ziekenhuis levert een probleem)
3. Eigen betaling poliklinisch bevallen geeft een prikkel om te sturen op medische indicatie en de eigen bijdrage kraamzorg is een drempel voor vrouwen met beperkte financiële mogelijkheden
4. Diverse andere knelpunten:
  - a. De zwangere wordt te laat overgedragen aan de 2<sup>e</sup> lijn
  - b. De zwangere wordt onnodig in de 2<sup>e</sup> lijn begeleid
  - c. Upcoding – het kiezen voor een duurder declarabel product dan medisch noodzakelijk
  - d. Dubbele bekostiging 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn

### *Er wordt veel multidisciplinair gewerkt*

De marktscan van de NZa uit december 2012 liet zien dat meer dan de helft van de zwangere vrouwen zowel gebruik maakten van eerstelijns als van tweedelijns verloskundige zorg. Uit de Perined cijfers van 2014<sup>1</sup> blijkt dat 86% van de zwangere vrouwen de zorg begint in de eerste lijn en dat 29% in de eerste lijn bevalt. Tijdens de zwangerschap wordt 35% van de vrouwen overgedragen en

tijdens de baring 22%. Het kan ook voorkomen dat vrouwen die in de eerste lijn starten en bevallen, tijdens de zwangerschap 2<sup>e</sup> lijns zorg hebben ontvangen. Kortom, veel zwangeren krijgen te maken met verschillende zorgverleners en verschillende lijnen gedurende hun zwangerschap en bevalling.

### *Bekostiging kan integrale geboortezorg faciliteren*

Sinds 2015 bestaat de mogelijkheid om gebruik te maken van de NZa-module integrale geboortezorg. Inmiddels maken circa 25 regio's van deze module gebruik; daarbij zijn circa 30 (van de 80) verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) betrokken. De module biedt regio's aanvullende financiële middelen om de kwaliteit van de verloskundige zorg te verbeteren inclusief het bevorderen van de samenwerking en de professionaliteit. Met de NZa-module «integrale geboortezorg» is in de regio's gewerkt aan de onderlinge samenwerking, de totstandkoming van gezamenlijke zorgpaden, gezamenlijke visie op geboortezorg en gezamenlijke trainingen. Zonder de (financiële middelen van deze) module zouden de regio's niet zo veel resultaten hebben bereikt. De module is een tussenstap naar verdere integratie van de verloskundige zorg. Alle regio's die de module hebben ingezet, hebben dit gedaan om zich voor te bereiden op de invoering van integrale bekostiging. Het gebruik van de module heeft de vraag aangewakkerd naar duidelijkheid over de definitieve invoering van integrale bekostiging. Regio's willen graag weten waar ze (nu en straks) aan toe zijn omdat er ingrijpende beslissingen aan verbonden zijn. Dat begrijp ik heel goed en daarom ben ik met die vraag aan de slag gegaan.

### *Advies over integrale bekostiging geboortezorg*

Ik heb bureau KPMG Plexus gevraagd om advies uit te brengen over de invoering van integrale bekostiging. KPMG Plexus heeft meerdere bijeenkomsten belegd waar met alle betrokken partijen is gesproken over de invoering van integrale bekostiging. Onder andere is daarbij gesproken over de reikwijdte van integrale bekostiging, de prestatiestructuur, de risico's, de kansen en de kostenbeheersing. Het advies heb ik u op 7 maart 2016<sup>2</sup> toegestuurd.

Kort gezegd komt het advies van KPMG Plexus neer op invoering van twee prestaties met vrij onderhandelbare tarieven. KPMG Plexus heeft meerdere varianten overwogen en is, mede op basis van de recente literatuur en consultatie van beroeps-, branche- en patiëntenverenigingen, tot de conclusie gekomen dat deze prestatiestructuur de samenwerking stimuleert en de kwaliteit van zorg optimaliseert. KPMG Plexus adviseert om preconceptiezorg door huisartsen en prenatale voorlichting door gemeenten buiten de integrale bekostiging te laten vallen, evenals derdelijns perinatale zorg. KPMG Plexus adviseert om integrale bekostiging per 2018 definitief in te voeren en 2017 als overgangsjaar te

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 82.

<sup>2</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 82.

benutten. KPMG Plexus signaleert diverse risico's en beschrijft randvoorwaarden die bij de invoering van belang zijn. Ik ga achtereenvolgens op de verschillende aspecten in.

#### *Gesprek met partijen over advies KPMG*

Partijen hebben mij aangegeven dat zij uitvoering van het advies van KPMG voor nu een te grote stap vinden om te maken. Zij vinden de indeling in slechts 2 prestaties te grof en de invoeringstermijn te kort. Ik heb met partijen daarover gesproken. Uitkomst van dat gesprek is dat wij ons gezamenlijk hebben gecommitteerd tot landelijke invoering van integrale bekostiging voor de geboortezorg op basis van een door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ontwikkeld model. Dat model beschrijf ik hieronder. Met de in deze brief voorgenoemde aanpassing faciliteer ik die regio's die gereed zijn voor de transitie naar integrale bekostiging. Zij kunnen deze stap per 2017 vrijwillig maken. De komende periode biedt de gelegenheid om ervaring op te doen met de gekozen prestatiestructuur, zich voordoende knelpunten op te lossen en de bestendigheid daarvan in de praktijk nauwlettend te monitoren en te toetsen. De optie voor een integraal tarief komt dus beschikbaar voor die verloskundig samenwerkingsverbanden die daarvoor zelf kiezen. Ik stel geen invoeringsdatum vast voor een integraal tarief voor iedereen maar laat de bestaande bekostiging in stand voor diegenen die daarvoor kiezen.

#### *Prestatiestructuur integrale geboortezorg*

Met het oog op de eigen betaling poliklinisch bevallen en de eigen bijdrage kraamzorg, de herkenbaarheid voor de zwangere/de patiënt, risico voor de zorgaanbieder en de keuzevrijheid van de zwangere is gekozen voor een structuur met negen prestaties. Deze negen prestaties zijn beroeps- en lijnoverstijgende prestaties, die integrale samenwerking stimuleren en het risico op te late, te vroege of onnodige doorverwijzing verkleinen. De prestatiestructuur maakt een onderscheid in de fases van de zwangerschap en geboorte en een onderscheid in zorgzwaarte. De scheidslijn tussen zwaarte van prestaties is met zorg gekozen ter voorkoming van perverse prikkels. Van complexe zwaarte is bijvoorbeeld pas sprake als het gaat om langdurige opnames of operaties. In verband met het kunnen heffen van een eigen bijdrage kraamzorg wordt kraamzorg als een aparte prestatie beschreven. Verder is de prenatale fase tot 16 weken (miskraam) als een apart product beschreven evenals de prestatie voor poliklinisch bevallen in verband met de eigen betaling bij poliklinisch bevallen waarop ik hierna verder inga. Het kiezen voor meer dan één prestatie voor de doorgaande (>16 wkn) zwangerschap heeft voordelen voor de herkenbaarheid van de prestaties voor de patiënt (declaratie informatie), de keuzevrijheid van de patiënt, de mogelijkheden om eigen bijdragen en betalingen te heffen en het risico op onderbehandeling. Om maximale keuzevrijheid voor de zwangere te behouden (en dubbele declaraties tegen te gaan) zal in de uitwerking de mogelijkheid van het wisselen van verloskundig samenwerkingsverband gedurende de zwangerschap duidelijk vormgegeven worden. Voor de bekostiging van integrale geboortezorg gelden vrije tarieven.

#### *Ondersteuning verloskundige samenwerkingsverbanden*

De verloskundige samenwerkingsverbanden worden door mij ondersteund via het gezamenlijke plan van het College Perinatale Zorg (CPZ) en Perined. Verloskundig samenwerkingsverbanden hebben laten weten behoefte te hebben aan specifieke expertise en ondersteuning. Een landelijke multidisciplinaire werkgroep is in de regio's nagegaan welke

behoefte er is en welke prioriteiten daarbij moeten worden gesteld. Het gaat dan onder andere om kwesties als organisatorische, juridische en fiscale zaken, mededinging, governance, aansprakelijkheid, het behoud van inkomen en positie en het borgen van keuzevrijheid van cliënten. De inventarisatie van de landelijke multidisciplinaire werkgroep ligt als basis onder het CPZ/Perined plan. Het CPZ/Perined plan van aanpak is erop gericht om met gevoel en inlevingsvermogen, met respect en begrip voor ieders rol, functie, belang en opvatting en zonder deze rollen en verantwoordelijkheden over te nemen, datgene te doen wat nodig is aan coördinerende en faciliterende activiteiten, die maximaal kunnen bijdragen aan een succesvolle en efficiënte invoering van integrale geboortezorg en integrale bekostiging. Dat betekent dat landelijk voor alle verloskundige samenwerkingsverbanden producten en adviezen beschikbaar komen die zij zelf lokaal kunnen toepassen en implementeren. Voor die lokale toepassing kunnen verloskundig samenwerkingsverbanden gebruik maken van de NZa module integrale geboortezorg.

#### *Eigen betaling bij poliklinisch bevallen*

Ik heb het Zorginstituut om advies gevraagd over de business case die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft opgesteld over de eigen betaling bij poliklinisch bevallen. Ik verwacht dat advies voor 1 augustus 2016 te ontvangen. Vooralsnog neem ik, vanwege die eigen betaling, dit als aparte prestatie in de nieuwe structuur op.

#### *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*

Nadat de leden van de NVOG (vereniging van gynaecologen) niet hadden ingestemd met een eerdere versie van de Zorgstandaard, hebben de leden van de vereniging van verloskundigen (KNOV) niet ingestemd met de voorliggende versie van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Ik vind het jammer dat het partijen niet is gelukt om zelf tot overeenstemming te komen over de Zorgstandaard. Het is echter nu wel realiteit en het Zorginstituut is aan zet om een vervolg hieraan te geven. Het Zorginstituut heeft aangegeven de standaard vóór 1 juli 2016 te zullen vaststellen. Mocht dit onverhoopt niet lukken dan betekent dit overigens geen beletsel voor het proces om te komen tot integrale bekostiging. Een zorgstandaard is daar niet voor nodig.

Op 8 juli 2015<sup>3</sup> heb ik u geïnformeerd over mijn voornemen om per 1 januari 2017 een volwaardige optie voor integrale bekostiging in de geboortezorg in te voeren. Hierbij informeer ik u over mijn voornemen om een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

#### **Aanwijzing aan de NZa**

Deze brief bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) aan de NZa, van plan ben te geven over de aanpassing van de beleidsregels voor de geboortezorg. Om per 2017 de optie voor die verloskundig samenwerkingsverbanden die daarvoor zelf kiezen, te creëren, zal ik de NZa met een aanwijzing opdragen om op grond van artikel 58 van de Wmg in haar beleidsregels de mogelijkheid op te nemen om af te wijken van de reguliere bekostiging voor geboortezorg en de hierboven beschreven integrale bekostigingsstructuur mogelijk te maken. De huidige bekostigingsstructuren zullen naast de nieuwe integrale bekostigingsstructuur (in een aparte beleidsregel) blijven bestaan.

<sup>3</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 69.

Ik ben voornemens in mijn aanwijzing de NZa het volgende op te dragen: De huidige prestatiestructuur voor zwangerschap en geboorte (verloskundige zorg, kraamzorg en medisch specialistische zorg voor zover obstetrische zorg, antenatale consultatieve kindergeneeskundige zorg en eerstelijnsdiagnostiek voor zover die samenhangen met de zorgvraag van de zwangere vrouw in de prenatale fase) om te vormen naar negen producten conform het zogenaamde ZN model. Het gaat in dit model om multidisciplinaire producten. Het gaat om op grond van de Zorgverzekeringswet verzekerde prestaties. Niet verzekerde prestaties zijn uitgesloten en blijven apart declarabel. Het gaat om een volwaardige optie per 2017. De huidige bekostigingsstructuren blijven eveneens bestaan. De NZa heeft de mogelijkheid om de prestatiestructuur in overleg met veldpartijen door te ontwikkelen, zodat voortschrijdend inzicht in de prestatiestructuur kan worden verwerkt. De tarieven voor de negen genoemde producten zijn vrij onderhandelbaar. De activiteiten zullen worden geregistreerd.

Overeenkomstig hetgeen bepaald in artikel 8 van de Wmg zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers