

⁴Uitvoeringsadvies bekostiging van activiteiten en diensten van een verloskundig samenwerkingsverband (vsv)



Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Aanleiding: opdracht aan de NZa	4
1.2	Invulling NZa van de opdracht	5
1.3	Leeswijzer	5
1.4	Betrokkenheid sectorpartijen	5
2	Achtergrond	6
2.1	Verloskundig samenwerkingsverband	6
2.2	Bekostiging vsv's	6
2.3	Proces: algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg	7
3	Vormgeving bekostiging	10
3.1	Mogelijke bekostigingsvormen	10
3.2	Tariefsoort	13
3.2.1	Contractvereiste	14
3.3	Marktomstandigheden	15
3.4	Soortgelijke prestaties in andere sectoren	16
3.5	Conclusie	16
4	Uitvoeringsconsequenties met betrekking tot het huidige tweesporenbeleid	17
4.1.1	Verhouding vsv-prestatie en de integrale prestatie	17
4.1.2	Effecten vsv-prestatie op de geboortezorg	18
5	Uitvoeringsconsequenties, overige risico's en implementatietermijn	19
5.1	Risico op dubbele bekostiging	19
5.2	Randvoorwaarden voor succesvolle contractering	20
5.3	Uitvoeringsconsequenties voor zorgverzekeraars	20
5.4	Uitvoeringsconsequenties voor zorgaanbieders	21
5.5	Randvoorwaarden op orde & implementatietermijn	22
6	Toezicht	24
6.1	Toezicht op zorgnetwerken en samenwerkingsverbanden	24
6.2	Toezicht op zorgaanbieders	25
6.3	Uitvoerbaarheid	25
6.4	Toezicht op zorgverzekeraars	27
6.5	Verduidelijking wettelijk kader	28

7	Conclusie	30
	Bijlage 1: soortgelijke prestaties in andere sectoren	34
	Bijlage 2 Consultatiereacties	36

1 Inleiding

1.1 Aanleiding: opdracht aan de NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in september 2025 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een verzoek ontvangen voor het doen van een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets naar de toekomstige bekostiging van activiteiten of diensten uitgevoerd door een verloskundig samenwerkingsverband (vsv). De minister stelt in dit verzoek de volgende vragen:

Prestatiebeschrijving

- Is één algemene prestatiebeschrijving mogelijk met daarin alle activiteiten van het vsv?

Tariefsoort en contracteren

- Welke voor- en nadelen zijn verbonden aan verschillende tariefsoorten (o.a. vrij tarief, maximumtarief) voor vsv's?
- Welke tariefsoort is het meest passend bij de prestatiebeschrijving en waarom?
- Wilt u hierbij de marktomstandigheden op de zorginkoopmarkt betrekken?
- Ligt lumpsum-bekostiging voor de hand? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?
- Is het te verwachten dat, afhankelijk van de tariefsoort, een reëel en aanvaardbaar tarief zal worden overeengekomen?

Uitvoeringsconsequenties met betrekking tot het huidige tweesporenbeleid¹

- Hoe verhoudt de voorgestelde prestatiebeschrijving zich tot de bestaande integrale prestaties?
- Kunnen de Integrale geboortezorg organisaties (igo) deze nieuwe prestatie ook leveren en declareren? En zo ja, wat betekent dit voor de integrale prestaties?
- Welke effecten zijn te verwachten in de geboortezorg na introductie van de prestatie en hoe zullen deze effecten het huidige tweesporenbeleid en geboortezorglandschap in de praktijk beïnvloeden?

Uitvoeringsconsequenties en overige risico's

- Wat zijn de (uitvoerings)consequenties voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders, en vsv's bijvoorbeeld ten aanzien van administratieve lasten, inkoop en verantwoording?
- Bestaan er risico's voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders, vsv's (en patiënten); en zo ja, welke? Welke maatregelen kunnen getroffen worden? Kunt u bij deze risicoanalyse onder andere de volgende onderwerpen betrekken: lumpsum-bekostiging, inkoop (mededinging), contractvereiste (vrije artsenkeuze) en verantwoording.
- Is er een risico op dubbele bekostiging en hoe kan dit voorkomen worden?

Implementatietermijn

- Implementatie is voorzien per 2027. Is dat haalbaar volgens de NZa? Rekening houdend met onder andere implementatietermijnen voor ICT, administratieve processen en het contracteerproces.

¹ Het tweesporenbeleid is het in 2022 door de minister aangekondigde beleid om twee vormen van bekostiging parallel naast elkaar te laten bestaan in de geboortezorg: de monodisciplinaire bekostigingen van de kraamzorg, verloskunde en medisch specialistische zorg als één spoor en de integrale bekostiging van de geboortezorg als het tweede spoor.

Frauderisico en handhaving

Ik vraag u tevens om een fraude-en handhavingstoets uit te voeren om de frauderisico's bij de introductie van de bekostigingssystematiek bij vsv's voldoende te kunnen afwegen.

1. Zijn de gehanteerde definities voor de onder toezichtstaanden en handhavende organisaties eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee, welke niet?
2. Welke mogelijkheden op fouten en fraude biedt de voorliggende ontwerpregelgeving?
3. Hoe groot schat u de kans in dat de mogelijkheden op fouten en fraude zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact? (risico = laag/middel/hoog)
4. Welke beheersmaatregelen zijn volgens u mogelijk ten aanzien van het voorkomen en bestrijden van de geïdentificeerde mogelijkheden op fouten en fraude?
5. Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van, het toezicht op en de handhaving van de ontwerpregelgeving voldoende controle- en handavingsmogelijkheden zoals sancties en maatregelen? Zijn er lacunes zoals gegevensuitwisseling die niet mogelijk is op grond van (privacy)wetgeving? Zo ja, welke?

1.2 Invulling NZa van de opdracht

VWS heeft de NZa verzocht om een uitvoerbaarheids- en handhavingstoets. Het uitgangspunt van een dergelijke toets is dat gekeken wordt naar de effecten van nieuwe of gewijzigde regelgeving voor de uitvoerende en handhavende instantie. Een verzoek om een uitvoeringstoets heeft vrijwel altijd betrekking op een ontwerpvoorstel voor nieuwe nationale wet- of regelgeving, of op een wijzigingsvoorstel daarvan. Een uitvoeringstoets is in de regel dan ook gericht op de uitvoerbaarheid van regels die niet door de NZa zelf worden opgesteld.

Onderliggende uitvraag ziet echter op een bekostigingsadvies van de NZa en wijzigt daarmee niets in nationale wet- en regelgeving. Het bekostigingsadvies heeft dan ook geen invloed op de bestaande formele toezicht- en handavingsbevoegdheden van de NZa zoals deze zijn opgenomen in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

1.3 Leeswijzer

In dit rapport geven we in hoofdstuk 2 een toelichting op de ontwikkeling van vsv's en de behoefte aan een aparte bekostiging voor deze taken. In hoofdstuk 3 lichten we toe welke bekostiging het meest passend zou zijn, gevolgd door hoofdstuk 4 waar we de mogelijke consequenties voor het tweesporenbeleid in de geboortezorg benoemen. In hoofdstuk 5 bespreken we overige uitvoeringsconsequenties en risico's, gevolgd door de impact voor toezicht in hoofdstuk 6.

1.4 Betrokkenheid sectorpartijen

Bij de totstandkoming van dit rapport heeft de NZa samengewerkt in een werkgroep bestaande uit Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Federatie van Verloskundige Samenwerkingsverbanden (Federatie van vsv's), het Netwerk voor Regionale Consortia in de Geboortezorg (NRCG), het Zorginstituut Nederland en het Ministerie van VWS. Het voorwerk van de werkgroep is geconsulteerd in het Technisch Overleg Geboortezorg waarin ook de volgende partijen zijn vertegenwoordigd: Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN), Bo Geboortezorg, Integrale Geboortezorg Organisaties (igo's), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), UMCNL, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH) en Patiëntenfederatie Nederland (PFN).

2 Achtergrond

In dit hoofdstuk gaan we in op de (ontwikkeling van de) vsv's en lichten we de behoefte aan een aparte bekostigingsmogelijkheid toe voor de taken van de vsv. Vervolgens geven we een korte toelichting op de bekostiging van 'Algemene Diensten ten Behoeve van Verzekerde Zorg (adz)'. Tot slot bevat dit hoofdstuk een toelichting op de kernbegrippen in dit rapport.

2.1 Verloskundig samenwerkingsverband

Een verloskundig samenwerkingsverband (vsv) is een regionaal samenwerkingsverband in de geboortezorg. Deze verbanden zijn verantwoordelijk voor het organiseren en beheren van de regionale samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders, waaronder in ieder geval (eerstelijns) verloskundigenpraktijken, ziekenhuizen en kraamzorgaanbieders, eventueel aangevuld met het sociaal domein (bijvoorbeeld GGD). Het doel van een vsv is om zorgaanbieders te ondersteunen bij het bieden van integrale geboortezorg, waarbij de zorg rondom zwangerschap en geboorte zo goed mogelijk in een keten op elkaar is afgestemd.

Momenteel zijn er rond de 70 vsv's in Nederland die ieder een eigen regio beslaan. Samen is er een landelijk dekkend netwerk. Sommige zorgaanbieders zijn werkzaam in meerdere vsv-regio's en kunnen lid zijn van meerdere vsv's, bijvoorbeeld een landelijke kraamzorgaanbieder of een verloskundige praktijk die op de grens tussen twee vsv-regio's ligt. vsv's kunnen van elkaar verschillen in samenstelling, complexiteit, omvang en organisatiekracht. Zo heeft de ene vsv bijvoorbeeld te maken met grootstedelijke problemen en een andere vsv met de aanwezigheid van een universitair medisch centrum (umc) of een neonatale intensive care unit (nicu).

Ontwikkeling vsv's

In 2016 is de Zorgstandaard integrale geboortezorg vastgesteld. Deze zorgstandaard beschrijft primair de basiszorg die elke (aanstaande) zwangere en haar (ongeboren) kind aangeboden behoort te krijgen. De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg schrijft voor dat alle aanbieders van geboortezorg deelnemen aan een vsv. In de zorgstandaard zijn ook de verantwoordelijkheden van een vsv beschreven. In 2022 is vervolgens een basiskader vastgesteld waarin de taken en verantwoordelijkheden van de vsv beschreven staan. De taken beschreven in het basiskader bestaan uit:

- Organiseren en beheren van het regionaal samenwerkingsverband inclusief de gezamenlijke besluitvorming op basis van gelijkwaardigheid;
- Organiseren van de coördinatie van multidisciplinaire gezamenlijke zorg en samenwerking op meerdere gebieden uitgaande van de zorgstandaard als minimum;
- Organiseren van informatievoorziening en communicatie vanuit regionale vsv organisatie; en
- Structureren van gezamenlijke kwaliteitsfocus/cyclus en uitvoering hiervan binnen het vsv.

ZonMW heeft op dit moment een stimuleringsprogramma Versterking Verloskundige Samenwerkingsverbanden opengesteld. Dit programma heeft als doel om in te zetten op de (verdere) implementatie van het basiskader en daarmee de verdere professionalisering van vsv's. Het programma is in april 2024 van start gegaan en loopt tot eind 2026.

2.2 Bekostiging vsv's

In het streven naar meer integrale geboortezorg is het huidige tweesporenbeleid voor de bekostiging ontstaan, waarin integrale bekostiging naast monodisciplinaire bekostiging bestaat. Integrale zorg vormt ook het uitgangspunt voor de verdere ontwikkeling van een passende bekostiging binnen het

monodisciplinaire spoor. Met het veld wordt daarom onder meer ingezet op het versterken van de rol en positie van vsv's.

Sinds 2026 bestaan de vsv's waarin elke geboortezorgaanbieder hoort deel te nemen. Op dit moment bestaat geen aparte bekostiging voor de taken van een vsv. Onderliggende aanbieders leveren in natura diensten aan het vsv of dragen middelen af aan het vsv.

Berenschot heeft in 2020 geconcludeerd dat de samenwerking binnen de vsv's op basis van het kwaliteitskader achterblijft bij de afspraken die hierover zijn gemaakt, en dat dit deels buiten de invloedssfeer van de vsv's zelf ligt. In 2022 is een basiskader vastgesteld dat de verantwoordelijkheden en bijbehorende taken beschrijft die bij de vsv's zijn belegd. Toch is een subsidieregeling via ZonMw noodzakelijk gebleken om de vsv's verder te professionaliseren, omdat het geboortezorgaanbieders tot nu toe onvoldoende lukt om binnen de huidige bekostigingsmogelijkheden de taken van de vsv's goed neer te zetten. De minister van VWS heeft daarop in 2024 aangekondigd een structurele bekostiging voor vsv's te willen verkennen. Met de invoering van de vsv-prestatie kan structurele bekostiging worden geregeld, kunnen de resultaten van het ZonMw-programma worden bestendigd en kan worden bijgedragen aan de Integrale Zorgakkoord (Iza)-doelen om regionale samenwerking te versterken.

De prestatie zal zien op de coördinatie en samenwerking binnen een geboortezorg regio waarbij in ieder geval moet worden voldaan aan de taken uit het basiskader voor vsv's. Bij kosten voor organisatie en samenwerking kan ook gedacht worden aan ict-kosten.

2.3 Proces: algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg

De bekostiging van de activiteiten van vsv's als 'Algemene Dienst ten Behoeve van Verzekerde Zorg (adz)' lijkt de meest passende en praktische oplossing te zijn voor de bekostiging van de taken van het vsv. Het gaat immers om ondersteunende activiteiten ten behoeve van zorg, niet om zorglevering aan individuele patiënten. Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (adz) is een categorie ondersteunende (zorg)activiteiten die, indien zij aan een aantal voorwaarden voldoet, in aanmerking kan komen voor een zelfstandige prestatie, vergoed binnen de Zorgverzekeringswet. Het gaat dus om ondersteunende activiteiten, niet om patiëntenzorg. Een uitgebreide toelichting op adz-zorg is te vinden in de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer op 29 juni 2020 waarin ook globaal wordt beschreven hoe rechtstreekse bekostiging van adz onder voorwaarden kan worden gerealiseerd.

Via deze adz-route bestaat ruimte om rechtstreekse bekostiging ook open te stellen voor derden die de adz op verzoek van zorgaanbieders uitvoeren. In geval de activiteiten van vsv's worden aangemerkt als adz-activiteiten, is het mogelijk dat de vsv's ook zelfstandig en rechtstreeks kunnen declareren bij zorgverzekeraars.

Het afgeven van een aanwijzing door VWS voor het ontwikkelen van bekostiging voor een Algemene Dienst ten Behoeve van Verzekerde Zorg (adz), betekent dat VWS voldoende zekerheid heeft dat een vsv aan te merken is als zorgaanbieder in de zin van de Wmg. De bevoegdheden van de NZa op grond van de Wmg zien namelijk op het ontwikkelen en vaststellen van prestaties voor zorgaanbieders. Als gevolg daarvan is er sprake van een zorgaanbieder in de zin van de Wmg wanneer een aanbieder een prestatie declareert.

Om een prestatie voor de taken van een vsv vast te kunnen stellen moet voor de NZa duidelijk zijn of de activiteiten die een vsv uitvoert randvoorwaardelijk zijn voor zorg en daarmee ten laste van de Zvw

kunnen worden gebracht. Als de betreffende activiteiten kwalificeren als (onderdeel van) verzekerde zorg binnen de Zvw, is de uitvoerder daarvan aan te merken als zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Sectorpartijen geven wel aan zorgen te hebben over dat en vsv wordt aangemerkt als zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Daarnaast maken sectorpartijen zich zorgen over de mogelijke verplichtingen uit andere wetten dan de Wmg die het aanmerken als zorgaanbieder met zich mee brengt. We adviseren VWS daarom om uit te zoeken hoe aanbieders van randvoorwaardelijke activiteiten met dit soort verplichtingen uit andere wetten om moeten gaan.

In hoofdstuk 6 gaan we verder in op de uitvoeringsconsequenties voor het toezicht op deze prestatie.

Toelichting kernbegrippen geboortezorg

Integrale geboortezorg

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).

Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is een kwaliteitsstandaard die voor elke aanbieder binnen de geboortezorgketen geldt en integrale zorg rondom de zorgbehoefte van de zwangere en haar (ongeboren) kind centraal stelt.

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 medisch specialistische zorg. De vsv kan eventueel aangevuld zijn met sociaal domein (bijvoorbeeld Jeugdgezondheidszorg). Binnen de vsv werken zorgaanbieders uit verschillende sectoren 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.

Basiskader vsv's

In het basiskader vsv's is beschreven welke verantwoordelijkheden en taken bij de vsv's zijn belegd. Het kader beschrijft de minimale eisen waaraan de vsv's moeten voldoen. Dit komt voort uit de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Het basiskader is opgebouwd uit vier categorieën verantwoordelijkheden waaruit taken voortkomen die bij een vsv zijn belegd (en niet bij de individuele zorgaanbieder). Het kader heeft als doel richting te geven aan vsv's om gestructureerd hun taken uit te voeren. Tegelijkertijd bevat het vsv-basiskader ook normatieve verwachtingen over de ontwikkeling en professionalisering van vsv.

Integrale Geboortezorg Organisatie (igo) en integrale bekostiging geboortezorg

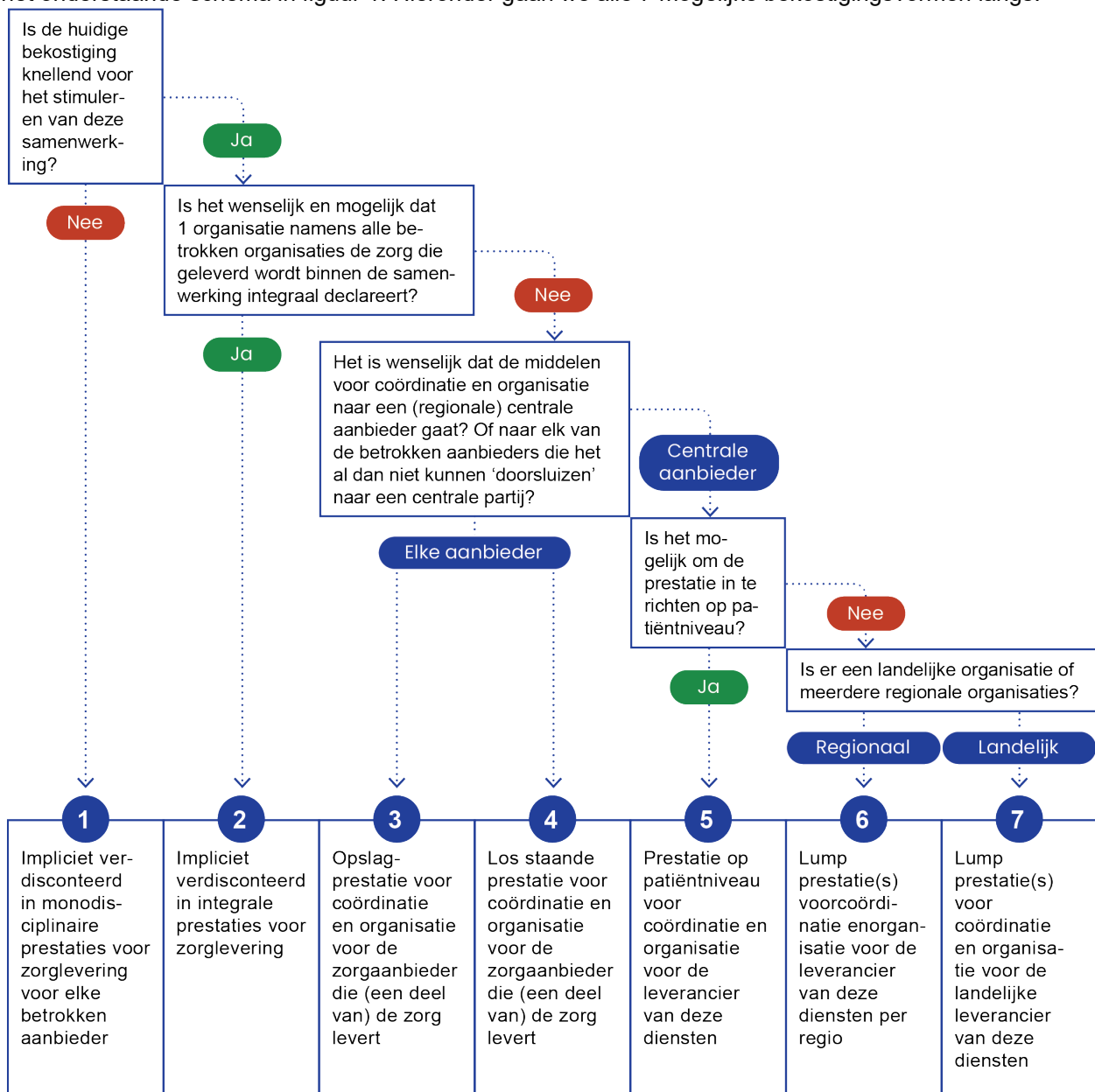
De meeste aanbieders binnen de geboortezorg worden bekostigd via de monodisciplinaire bekostigingen voor verloskunde, kraamzorg en medisch specialistische zorg (msz). Ongeveer één op de tien regio's werkt met de recent ingevoerde integrale bekostiging waarbij binnen een regio één contractant bestaat voor alle geboortezorg. 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 en haar (ongeboren) kind het beste kunnen organiseren. In deze regio's worden de monodisciplinaire bekostigingen niet gebruikt door zorgaanbieders binnen de igo.

3 Vormgeving bekostiging

Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende mogelijke bekostigingsvormen voor de vsv's en de daarbij behorende voor- en nadelen. Hoofdstuk 3.1 gaat in op zeven verschillende bekostigingsvormen voor de taken van het vsv en komt tot de conclusie dat lumpsum-bekostiging het meest passend is. Hoofdstuk 3.2 licht toe waarom een vrij tarief de meest passende tariefsoort is. Hoofdstuk 3.3 gaat vervolgens in op marktomstandigheden. Hoofdstuk 3.4 beschrijft soortgelijke prestaties in andere sectoren. Hoofdstuk 3.5 bevat tenslotte de conclusie.

3.1 Mogelijke bekostigingsvormen

De NZa heeft samen met de werkgroep verschillende mogelijke bekostigingsvormen overwogen. De toepasbaarheid van deze bekostigingsvormen voor de taken van het vsv is besproken aan de hand van het onderstaande schema in figuur 1. Hieronder gaan we alle 7 mogelijke bekostigingsvormen langs.



Figuur 1. Mogelijke bekostigingsvormen voor taken van het vsv

Er bestaat op het ogenblik geen aparte bekostiging voor de taken van een vsv. De verwachting is dat elk lid bijdraagt aan het vsv, bijvoorbeeld door een contributie af te dragen of diensten te verlenen voor het vsv (optie 1 in het schema). Het voordeel is dat de kosten dan alleen worden gemaakt als individuele aanbieders ook de meerwaarde ervaren van hun vsv. Een voordeel voor verzekeraars is dat zij geen contracten hoeven af te sluiten met vsv's. Dit loopt via hun contracten met individuele aanbieders. Dit is tegelijk ook het nadeel van deze constructie. Het biedt verzekeraars geen grip op het vsv en dus ook geen aanspreekpunt voor de kwaliteit van de zorg in een regio als geheel. Bovendien komt het vsv via deze bekostigingsvorm tot nu toe moeilijk van de grond, mede vanwege het grote aantal aanbieders binnen elk vsv (vanuit drie verschillende sectoren) en aanbieders die op de rand van meerdere regio's in meerdere vsv's zitten. Ook als er aanvullende landelijke afspraken zouden komen over vsv deelname en afdracht, uitte de werkgroep zorgen dat deze route onvoldoende van de grond zou komen. Er zijn bijna 1000 zorgaanbieders actief binnen de geboortezorg die ieder lid zijn van ten minste 1 vsv. Dit betekent ten minste 1000 geldstromen tussen zorgaanbieders en vsv's. Het vsv moet daarnaast toezien op het innen van dit geld bij elke aangesloten aanbieder. Deze bekostigingsoptie heeft als extra risico dat als aanbieders onderling niet tot overeenstemming komen, het werk van het vsv niet goed wordt uitgevoerd en het vsv zich niet goed doorontwikkelt.

Optie 2 uit figuur 1 is de optie voor integrale bekostiging van de zorg. Wanneer een volledige regio integraal wordt bekostigd (er zijn geen aanbieders buiten de igo) is een aparte geldstroom voor de taken van het vsv niet nodig in die regio. Dit zit immers per definitie verdisconteerd in de integrale tarieven voor de integraal geleverde zorg. Aangezien dit niet de praktijk is binnen het tweesporenbeleid, is dit geen realistische bekostigingsroute voor de vsv's waarvoor een monodisciplinaire bekostigingsoplossing moet worden gezocht. We gaan nader in op het tweesporenbeleid en de relatie tussen vsv's en igo's in hoofdstuk 4.

Opties 3 en 4 hebben vergelijkbare voor- en nadelen als optie 1. De administratieve lasten van deze opties zijn bovendien hoger dan in optie 1. Bij opties 3 en 4 moeten de bijna 1000 zorgaanbieders in hun contractafspraken met elk van de 10 verzekeraars een afspraak opnemen over de bekostiging van de vsv-taken. De bijna 1000 zorgaanbieders moeten dit geld daarna afdragen aan hun vsv. Als zij lid zijn van meerdere vsv's moeten zij bovendien afdragen aan meerdere vsv's. Hoewel in de contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars dan duidelijker is welk bedrag wordt afgedragen aan het vsv, is het voor verzekeraars een grote last om te toetsen of deze afdracht echt gebeurt. Zij hebben bovendien weinig zicht op wat het vsv hiermee doet, omdat ze het vsv niet zelf contracteren. Hierdoor kunnen ze in hun contractering moeilijker de behoeften van de zwangere en haar (ongeboren) kind binnen een regio centraal stellen.

Optie 5 komt overeen met de bekostiging voor organisatie en infrastructuur in de huisartsenzorg. Dit biedt het voordeel dat verzekeraars contractafspraken kunnen maken met het vsv waardoor zij een aanspreekpunt hebben in de regio om regionale maatwerk afspraken mee te maken. Het nadeel hiervan is dat elk vsv moet worden gecontracteerd, wat een grotere uitvoeringslast is voor verzekeraars.

Het grootste nadeel van optie 5 is dat het lastig uitvoerbaar is. Een vsv heeft immers geen behandelrelatie met individuele patiënten terwijl het in deze optie wel namens deze patiënten moet declareren. Het vsv beschikt echter niet over individuele patiëntgegevens en kan dus niet op naam van individuele patiënten declareren. In de huisartsenzorg is dit ook een van de grootste knelpunten van deze bekostiging.

De Federatie vsv's en ZN geven aan dat de kosten per vsv grotendeels uit vaste lasten bestaan voor het laten functioneren van een vsv. De kosten van een groter vsv worden weliswaar hoger ingeschat dan de

kosten van een kleiner vsv, maar de werkgroep was het erover eens dat de kosten grotendeels vast zijn en slechts in mindere mate variabel en afhankelijk van het aantal zwangeren binnen het vsv. Een ander nadeel van de eerder genoemde bekostigingsvormen met een bedrag per zwangere is dan ook dat een prestatie per patiënt zorgt voor lineaire opbrengsten terwijl de kostenopbouw van een vsv niet lineair is, maar sterk schaalvoordelen kent. Bij een prestatie per zwangere waarbij er zou worden gewerkt met een landelijk maximumtarief, zou een groot vsv meer middelen kunnen krijgen dan nodig en een klein vsv minder middelen dan nodig. Dit is eventueel op te lossen met gestaffelde prestaties met een hoger tarief per zwangere in een kleiner vsv en een lager tarief per zwangere in vsv's die op basis van openbare betrouwbare informatie meer zwangeren begeleiden dan een bepaalde grenswaarde. Een voorstel van de werkgroep was om hiervoor Perined informatie te gebruiken over het aantal partussen binnen een vsv. Dit vergt echter dat er – enigszins arbitrair – wordt bepaald vanaf welk aantal partussen een vsv klein, middel of groot is. Een dergelijke grens houdt ook geen rekening met andere redenen voor verschil in kosten tussen vsv's, zoals een verschil in complexiteit. Een vrij tarief lost dit probleem van de kostenhomogeniteit tussen vsv's ook op, maar is alleen logisch wanneer er door het vsv zelf wordt gecontracteerd, en niet door elk van de onderliggende aanbieders binnen een vsv (optie 5). Onderliggende aanbieders mogen immers niet onderling afspraken maken over welk tarief ze zullen contracteren met verzekeraars zodat ze gezamenlijk uitkomen op het totaal bedrag dat nodig is om het vsv het komende jaar te laten opereren.

Ongeacht welk tariefsoort wordt gekozen, geldt bij optie 5 het eerdergenoemde probleem dat een vsv niet beschikt over de individuele patiëntgegevens die nodig zijn voor een declaratie op patiëntniveau. Optie 5 is hierdoor lastig uitvoerbaar.

Als laatste overwoog de werkgroep optie 6 waarbij er een lumpsum-afpraak wordt gemaakt met het vsv. Bij een lumpsum-prestatie komt het vsv met iedere verzekeraar een tarief overeen voor een bepaalde periode dat het zal ontvangen voor de prestatie. De optelsom van deze afspraken is het totaalbedrag dat het vsv gecontracteerd heeft om dat jaar te functioneren. Het tarief zal per verzekeraar verschillen, mede afhankelijk van het aandeel verzekerden/zwangeren van die verzekeraar in die regio. Dit biedt de voordelen van optie 5 zonder de meeste uitvoeringsnadelen van die optie. Zo hoeft het vsv in deze optie niet op patiëntniveau te declareren en is het dus geen probleem dat ze niet over individuele patiëntgegevens beschikken. De werkgroep ziet dit als de meest passende optie voor de taken van een vsv. Zo is er meer regionale sturingsmogelijkheid voor verzekeraars omdat zij een contract relatie hebben met het vsv. De partijen verwachten dat het sterkere vsv dat ontstaat vanuit de mogelijkheid van directe bekostiging ook beter kan bijdragen aan optimale zorgcoördinatie binnen de regio in afstemming met de ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen) en regionale coalities zoals Kansrijke Start. Een lumpsum-bekostiging doet ook meer recht aan de coördinerende taken van een vsv dan een bekostiging per patiënt, omdat het vsv geen directe relatie heeft met patiënten en geen zorg biedt aan individuele patiënten. Ook deze optie kent administratieve lasten. 10 verzekeraars moeten immers contracten afsluiten met ongeveer 70 vsv's. De vsv's zijn vaak kleine organisaties die nog werken aan een professionaliseringsslag en nog geen ervaring hebben met contractering. We gaan in hoofdstuk 5 nader in op de uitvoeringsconsequenties.

Een landelijke lumpsum-bekostiging (optie 7) is niet van toepassing, omdat er geen sprake is van één landelijk vsv.

Wij stellen voor om te werken met één prestatie voor de bekostiging van de taken van het vsv. Deze extra prestatie nemen we op binnen de Beleidsregel integrale bekostiging geboortezorg. Deze regelgeving kent een 'onderlinge dienstverlening'-prestatie die ook op de vsv-prestatie van toepassing zal zijn. Via onderlinge dienstverlening kan een deel van de zorgprestatie worden uitbesteed aan een andere zorgaanbieder. Het gaat hierbij om het leveren van een prestatie door twee of meer

zorgaanbieders, waarbij de ene zorgaanbieder, zijnde de opdrachtgever, een deel van de prestatie laat uitvoeren door één of meer andere zorgaanbieder(s), zijnde de opdrachtnemer(s).

3.2 Tariefsoort

Gegeven de keuze voor een lumpsum-bekostiging voor de taken van het vsv, adviseren wij een vrij tarief. Hieronder lichten we toe waarom andere tariefsoorten niet goed toepasbaar zijn en een vrij tarief de meest passende optie is.

Vaste, minimum- en bandbreedte tarieven achten we niet toepasbaar in deze context

In de praktijk wordt een individueel vast tarief alleen toegepast in combinatie met een budgetbekostiging. De echte onderhandelingen zitten dan rondom de vaststelling van het budget, het (individuele vaste) tarief is een vehikel om te zorgen dat het budget ook gevuld wordt met inkomsten. Dergelijke modellen zijn van toepassing in bijvoorbeeld de ambulancezorg en de acute ggz, met expliciete politieke keuze om deze zorg uit de marktwerking te trekken. Buiten de techniek van een budgetbekostiging om, heeft een vast tarief als nadeel dat het niet flexibel is en geen ruimte biedt voor maatwerk. Elk vsv zou hetzelfde tarief kennen ongeacht verschillen in omvang of complexiteit. Het tarief zou te laag zijn voor een groot en complex vsv, maar te hoog voor een klein vsv.

Minimumtarieven kunnen nuttig zijn als er veel marktmacht ligt bij de zorginkoper (de verzekeraar), want het zorgt dat de prijs niet te laag kan komen te liggen. In deze situatie ligt relatief veel marktmacht bij het vsv dat lokaal de enige aanbieder is, wat juist het tegenovergestelde risico met zich meebrengt van te hoge tarieven. Een minimumtarief is dan ook niet de juiste vorm van regulering om dit risico in deze markt te reguleren. Hetzelfde concluderen wij over bandbreedte tarieven, omdat hier ook het minimumtarief in zit.

Maximumtarief niet effectief in combinatie met lumpsum

In de zorgaanbiedersmarkt leeft de wens om zekerheid te hebben over de inkomsten van een vsv, vooral na jaren waarin vsv's met weinig middelen hebben moeten functioneren. De sector heeft het gevoel dat een maximumtarief hier het meeste aan bijdraagt. Zij zien een maximum als een richtbedrag voor de contractering, omdat dit overeenkomt met de praktijk in de geboortezorgmarkt waarbij de kraamzorg en verloskunde allebei dicht tegen het maximumtarief aan worden gecontracteerd. Een maximumtarief biedt echter schijnzekerheid aan aanbieders voor hoge(re) prijs. Het staat verzekeraars vrij om onder het maximumtarief te contracteren. Een maximumtarief is immers vooral bedoeld als beperking op mogelijk machtsmisbruik door aanbieders.

Zorgverzekeraars zien het liefst ook een begrenzing op het tarief. Zij zijn bang voor hoge onderhandelingskosten voor zorg in- en verkopers in combinatie met de onervarenheid van vsv's met contractering. Zij hopen dat hiermee het contracteringsgesprek meer op de inhoud komt te liggen en minder op de prijs.

Een maximumtarief is echter niet effectief toe te passen in combinatie met lumpsum. Een prestatie reguleert de declaratie die een zorgaanbieder doet bij een individuele zorgverzekeraar. Een prestatie reguleert dus niet de totale kosten van de taken van een zorgaanbieder. In het geval van een maximumtarief in combinatie met lumpsum zou er één maximumtarief hangen aan de vsv-prestatie. Dit maximumtarief moet zo hoog zijn, dat ook een verzekeraar met 100% marktmacht de kosten voor de prestatie kan dekken. Bijvoorbeeld, in een vsv regio wordt afgesproken dat elke verzekeraar bijdraagt aan het totale lumpsum-bedrag naar rato van hun marktaandeel binnen de regio. Stel dat in deze voorbeeld regio verzekeraar A 2% van de markt in handen heeft en verzekeraar B 70%. In dat geval

declareert de zorgaanbieder 2% van het totale lumpsum-bedrag aan verzekeraar A en 70% aan verzekeraar B. Indien er een maximumtarief zou gelden, contracteren beide verzekeraars ver onder het maximumtarief. Omdat een verzekeraar potentieel 100% van de markt in handen kan hebben binnen één regio, zou een maximumtarief namelijk even hoog moeten zijn als het totale lumpsum-bedrag dat wordt afgesproken in de vsv regio. De meeste declaraties zouden hier in de praktijk ver onder zitten, omdat elke individuele verzekeraar vaak maar een deel van de markt in handen heeft. Een maximumtarief beperkt in theorie de macht van individuele aanbieders om hoge tarieven te contracteren. Een maximumtarief toegepast op een lumpsum-prestatie beperkt dit risico echter maar in geringe mate, omdat de meeste declaraties ver onder het maximumtarief zouden liggen. Een maximumtarief in combinatie met lumpsum is in de praktijk daarom niet effectief als bovengrens op de tarieven. Ook een gestaffeld maximumtarief voor kleine, middel en grote vsv's is daarom niet een effectieve vorm van tariefregulering in combinatie met een lumpsum.

Vsv's verschillen bovendien van elkaar. Zij verschillen niet alleen in omvang, maar ook in complexiteit. Een vsv met grootstedelijke problemen zal andere kosten hebben dan een vsv met een umc of nicu die veel patiënten van buiten de regio op moet kunnen vangen. Daarnaast verwachten we dat vsv's zich de komende jaren verder zullen ontwikkelen, waarschijnlijk met regionale verschillen in organisatiekracht. Een maximumtarief houdt onvoldoende rekening met de verschillen tussen vsv's en biedt weinig ruimte voor regionale doorontwikkeling.

Vrij tarief het beste van toepassing

Een vrij tarief wordt toegepast wanneer er voldoende dynamiek is op de zorginkoop en zorgaanbieders markt waardoor regulering niet nodig is. Een vrij tarief is ook toepasbaar wanneer een prestatie breed is omschreven en zorgaanbieders uiteenlopende kosten maken om de zorg binnen de prestatie te leveren. Het is dan minder goed mogelijk om een tarief te reguleren dat passend is voor alle aanbieders. Gezien de grote verschillen in organisatiekracht per vsv achten we het niet waarschijnlijk dat de huidige kostenhomogeniteit tussen vsv's zich voortzet na de subsidieperiode. Daarnaast vinden we het belangrijk dat er in integrale zorglevering wordt geïnvesteerd. We vinden het niet wenselijk om dit te maximeren. Juist een vrij tarief kan nuttig zijn om in de toekomst meer gezamenlijk op te trekken binnen het vsv voor onderwerpen zoals gezamenlijke ICT of personeelspoules. Een vrij tarief geeft ruimte voor maatwerk waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van een vsv.

3.2.1 Contractvereiste

De NZa is van mening dat er een contractvereiste moet worden gekoppeld aan het vrije tarief. Een contractvereiste is om meerdere redenen gewenst. Ten eerste is het gewenst dat maatwerkafspraken tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de prestatie-inhoud worden gemaakt, wat bijdraagt aan de kwaliteit van het vsv. Daarnaast bestaat het risico dat bij een vrij tarief zonder contractvereiste de betaalbaarheid van deze zorg in gevaar komt. Tenslotte is het uitvoeringstechnisch noodzakelijk dat een vsv een contract heeft gesloten met de zorgverzekeraar, omdat de zorgverzekeraar deze zorg uiteindelijk voor het systeem van risicoverevening moet toerekenen aan de individuele verzekerde zwangere.

Een zwangere vrouw heeft de keuze zich te wenden tot de zorgverleners van haar keuze voor de zorg voor haarzelf en haar (ongeboren) kind. Deze zorgverleners kunnen hun zorg in rekening brengen zonder dat zij daarvoor een contract met de zorgverzekeraar hebben gesloten. Een zwangere neemt niet zelf vsv-ondersteuning af. Hiermee blijven de zwangere en haar (ongeboren) kind dus dezelfde toegang tot verzekerde zorg houden als zonder contractvereiste.

De minister vraagt ook naar het risico van contractvereiste op de vrije artskenkeuze. De vrije artskenkeuze ziet op de relatie tussen patiënt en de zorgverlener. Een vsv heeft geen directe patiëntrelatie. De introductie van deze prestatie met contractvereiste heeft dan ook geen invloed op de vrije artskenkeuze.

3.3 Marktomstandigheden

Bij een vrij tarief wordt het tarief niet gereguleerd en is het dus belangrijker dat op de zorginkoopmarkt de verkopers (vsv's) en inkopers (zorgverzekeraars) elkaar voldoende in evenwicht kunnen houden. Hieronder volgt daarom een korte analyse van de zorgaanbieders en zorginkopers voor de taken van een vsv.

Zorgaanbieders

Een vsv is tot op zekere hoogte per definitie een lokale monopolist. Inherent aan het begrip van een vsv is dat het coördinatie regelt tussen alle geboortezorgaanbieders in de regio. Dit vergt dat er maar één partij is waar alle zorgaanbieders aan zijn verbonden.

Er zijn ook belangrijke toetredingsdrempels waardoor het minder waarschijnlijk is dat een nieuw vsv opstart die zegt de coördinatie voor die regio over te nemen, of dat een bestaand vsv haar regio uitbreidt. Door de aard van de geboortezorgketen komen de randen van een vsv-regio meestal overeen met het adherentiegebied van één of meerdere ziekenhuizen. Het is daarom onwaarschijnlijk dat een vsv zomaar een grotere regio kan vertegenwoordigen door bijvoorbeeld de zorg in de helft van het nabijgelegen vsv ook te gaan coördineren. Zonder het ziekenhuis waar de zwangeren en hun (ongeboren) kinderen in dat gebied het meeste gebruik van maken, heeft het vsv immers niet de integrale keten van zorg compleet. In de praktijk zien we dan ook dat er een stabiele landelijke dekking bestaat van vsv's. Hoewel vsv's soms besluiten intensief samen te werken of te fuseren, is er zeer beperkt sprake van concurrentie tussen vsv's op delen van hun adherentiegebied.

Vsv's zijn kleine organisaties. Op het ogenblik wordt veel werk bijvoorbeeld verricht door de onderliggende zorgaanbieders. Alle organisaties zijn nog in ontwikkeling met behulp van het huidige ZonMw-subsidieprogramma en de verschillen per regio zijn groot. De vsv's hebben ook niet eerder ervaring opgedaan met contracteren binnen de Zvw.

Zorgverzekeraars

De vraag is in hoeverre de zorgverzekeraars tegenwicht kunnen bieden aan de marktmacht van het vsv in een regio. We zien dat ook de verzekeraar een mate van marktmacht heeft.

Landelijk zijn er op het ogenblik ongeveer 70 vsv's waardoor verzekeraars inzicht hebben in de begrotingen van een groot aantal vsv's. De vsv's hebben dit inzicht niet van elkaar. Dit biedt verzekeraars een informatievoorsprong ten opzichte van de vsv's.

Het is wenselijk voor het functioneren van de geboortezorgketen dat het vsv wordt gecontracteerd. Het is met de huidige wetgeving echter niet mogelijk om verzekeraars te verplichten om het vsv te contracteren. Verzekerden hebben een aanspraak op zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd, zoals opgenomen in het basispakket. Daarop ziet de verplichting bij de zorgverzekeraar. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen hoe hij dat organiseert. Een zorgverzekeraar is niet gehouden een vsv te contracteren. Het organiseren van zorg mag hij ook op andere wijze doen, dat is aan de verzekeraar. De relatie tussen vsv's en de zorgplicht lichten we nader toe in hoofdstuk 6.4.

Het is dus niet zo dat zorgverzekeraars niet om (de diensten van) vsv's heen kunnen. Het is mogelijk dat sommige zorgverzekeraars in de toekomst menen dat de diensten van een specifiek vsv voor hen onvoldoende kosteneffectief zijn. Zij kunnen dan besluiten geen overeenkomst meer te sluiten met dat vsv. Dit scenario is echter niet aantrekkelijk voor zorgverzekeraars en zorgverleners aangezien dit voor hen extra lasten oplevert die naar verwachting niet opwegen tegen de kosten. Daarnaast is dit scenario uiteraard ook onaantrekkelijk voor het vsv, hetgeen hen stimuleert om zorgverzekeraars tevreden te houden over de kosteneffectiviteit van hun activiteiten. Wij zien daarom op dit moment dat er sprake is van tegenwicht voor zorginkopers.

3.4 Soortgelijke prestaties in andere sectoren

Er bestaan verschillende sectoren waar een soortgelijke coördinatie-prestatie is ingevoerd of wordt ingevoerd. Deze zijn nader toegelicht in bijlage 1. Er wordt gewerkt met lumpsum-prestaties met vrij tarief voor de ondersteuningsactiviteiten van ParkinsonNet, de centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging en straks ook de experimentbekostiging van regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (resv's). Alleen voor de organisatie en infrastructuur (o&i) prestaties in de huisartsenzorg is de bekostigingsvorm anders, maar ook hier is gekozen voor een vrij tarief. Een bekostiging met lumpsum en vrij tarief komt dus overeen met soortgelijke prestaties in andere sectoren.

3.5 Conclusie

We hebben alle mogelijke bekostigingsvormen zorgvuldig verkend met de werkgroep. Partijen erkennen de voor- en nadelen van de verschillende bekostigingsopties. Hoewel er bij een vrij tarief bedenkingen zijn, blijken de alternatieven voor de werkgroep partijen nog minder wenselijk vanwege hun grotere nadelen. Uit de situatie op de zorginkoopmarkt en uit een vergelijking met soortgelijke prestaties in andere sectoren is de NZa van mening dat een lumpsum-prestatie met vrij tarief het meest werkbaar zal zijn.

Juist in de eerste jaren na implementatie zullen vsv's en verzekeraars nog samen moeten leren contracteren en kan een handreiking erg nuttig zijn in de contractering. Via monitoring van de prestatie in de eerste jaren na invoering kan het beleid worden bijgestuurd waar nodig.

4 Uitvoeringsconsequenties met betrekking tot het huidige tweesporenbeleid

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de consequenties die invoering van een prestatie voor vsv's heeft op het huidige tweesporenbeleid, waarin integrale bekostiging naast monodisciplinaire bekostiging staat.

Hoofdstuk 4.1.1 beschrijft hoe de prestatie voor de activiteiten van het vsv zich verhoudt tot de bestaande, integrale prestaties en wat de invoering van de vsv-prestatie betekent voor de igo's.

Hoofdstuk 4.1.2 geeft weer of en zo ja, welke effecten de invoering van de prestatie op de geboortezorg heeft.

4.1.1 Verhouding vsv-prestatie en de integrale prestatie

Momenteel zijn er zo'n 70 vsv's actief in Nederland. Alle geboortezorgaanbieders nemen deel aan een vsv. Zeven van deze vsv's zijn een integrale geboortezorgorganisaties (igo). In deze regio's vervult de igo de rol van het vsv. De igo's maken gebruik van integrale bekostiging van de geboortezorg. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar met een igo tarieven afsprekt voor integrale prestaties waarin de zorg van verschillende disciplines (onder andere de verloskundige, medisch specialistische zorg en kraamverzorgende) is samengenomen. In alle andere gevallen bekostigen individuele aanbieders (ziekenhuizen, verloskundigenpraktijken, kraamzorgorganisaties en andere betrokken geboortezorgaanbieders) de geleverde geboortezorg separaat via de monodisciplinaire bekostiging.

Integrale bekostiging zet de zwangere vrouw en haar (ongeboren) kind centraal en stimuleert samenwerking tussen aanbieders. Het legt financiële verantwoordelijkheid bij één zorgaanbieder voor een optimale en doelmatige inrichting van het integrale zorgtraject. De kosten voor coördinatie en samenwerking binnen de keten van geboortezorg in de igo zitten impliciet verdisconteerd in de tarieven van de zorglevering door de igo. De kosten voor het uitvoeren van de vsv-taken zijn hierdoor onderdeel van de integrale zorgprestaties. In regio's met een igo waarin alle zorgaanbieders vertegenwoordigd zijn in de igo, is een apart vsv dan niet langer nodig. Het ligt daarom ook niet voor de hand dat de vsv-prestatie wordt gecontracteerd. De basisgedachte bij de integrale bekostiging is immers dat alles uit de bundelprestaties wordt bekostigd.

In de toekomst is het mogelijk dat er igo's zullen ontstaan die onderdeel zijn van een groter vsv, bijvoorbeeld omdat er nieuwe igo's ontstaan of omdat vsv's fuseren. In dit geval vervult het vsv de vsv-taken voor het bredere vsv en zou het wel logisch zijn om de vsv-taken apart te contracteren bij het vsv. Zoals toegelicht in hoofdstuk 3, adviseren we een bekostiging waarbij de vsv-prestatie zelfstandig en rechtstreeks kan worden gedeclareerd bij zorgverzekeraars als hierover afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar via een contract. Per regio kan verschillen hoe een groot vsv met een igo erin besluit te contracteren en declareren. Zij kunnen dit bijvoorbeeld via een vsv rechtspersoon doen of via één van de zorgaanbieders binnen het vsv. Zo zou het ook mogelijk kunnen zijn voor de igo om de nieuwe prestatie te leveren en declareren namens het grotere vsv. Dit zou ook juist voor de hand kunnen liggen, omdat de igo een grote zorgaanbieder is binnen een vsv en de volledige keten van zorg binnen de igo vertegenwoordigd is. In vsv's waar weinig aanbieders buiten de igo bestaan zou er gekozen kunnen worden om de vsv-prestatie in het bestaande contract van de igo en de zorgverzekeraar op te nemen zonder deze prestatie apart te contracteren. We stellen voor om hierin ruimte te laten voor regionaal maatwerk.

Op het moment dat een vsv-prestatie wordt gecontracteerd door een grotere vsv waar een igo een onderdeel van is, kunnen de kosten van de igo iets lager worden. Een deel van de vsv-taken wordt nu immers door het grotere vsv gedaan. De igo's en de zorgverzekeraars kunnen hier tijdens de contractering van de integrale prestaties afspraken over maken. In hoofdstuk 5.1 gaan we nader in op het risico van dubbele bekostiging als gevolg van invoering van deze prestatie.

4.1.2 Effecten vsv-prestatie op de geboortezorg

In 2020 hebben we geadviseerd om de bekostiging van de geboortezorg integraal vorm te geven, omdat het de zwangere vrouw en haar (ongeboren) kind centraal stelt en samenwerking stimuleert tussen aanbieders. Het legt financiële verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders voor een optimale en doelmatige inrichting van het integrale zorgtraject. Tegelijkertijd hebben we gezien dat de transitie naar integrale bekostiging meerdere drempels kent, onder andere omdat de meeste administratieve systemen zijn ingericht op monodisciplinaire zorg. We zien dat de 'transitiekosten' hoog zijn waardoor er weinig beweging is op de geboortezorgmarkt om nieuwe igo's te vormen.

We verwachten dat de invoering van de aparte vsv-prestatie tot meer afstemming zal leiden binnen de regio en daarmee de kwaliteit van de geboortezorg verder zal verbeteren. Hierdoor vermindert naar onze verwachting wel de urgentie om binnen een regio verregaand samen te werken binnen een igo-verband. Het doel van de vsv-prestatie is het bevorderen van de samenwerking en afstemming binnen een regio. Door verregaande samenwerking in de regio kan de noodzaak ontstaan om de zorg anders in te richten en meer integraal te leveren. Dan worden de randen van de monodisciplinaire bekostiging steeds zichtbaarder en wordt integrale bekostiging aantrekkelijker.

Via monitoring en evaluatie in de eerste jaren na invoering zal blijken in hoeverre de integrale geboortezorg voor alle zwangeren en (ongeboren) kinderen verbetert en in hoeverre er aanpassing van het beleid nodig is.

5 Uitvoeringsconsequenties, overige risico's en implementatietermijn

De NZa is gevraagd wat de (uitvoerings)consequenties voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en vsv's zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van administratieve lasten, inkoop en verantwoording. Daarnaast wordt gevraagd of er risico's bestaan voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders, vsv's (en cliënten) en zo ja, welke dat zijn. Ook is ons gevraagd aan te geven welk implementatietermijn realistisch is.

5.1 Risico op dubbele bekostiging

De kosten voor de werkzaamheden van het vsv zijn tot nu toe tot op zekere hoogte impliciet verdisconteerd in de vier verschillende bekostigingen van aanbieders die vertegenwoordigd zijn in het vsv, namelijk de kraamzorg, de verloskunde, de medisch specialistische zorg en de igo's. In dit hoofdstuk gaan we in op het risico van dubbele bekostiging bij invoering van een nieuwe prestatie.

Kraamzorg en verloskunde: gereguleerd tarief

We hebben onderzocht in hoeverre de kostprijzen voor de sectoren met een gereguleerd tarief (verloskunde en kraamzorg) moeten worden geschoond voor de kosten voor het vsv als per 2027 de vsv-prestatie wordt ingevoerd. In het kostenonderzoek naar de kraamzorg is uitgevraagd hoeveel uren een aanbieder in 2023 gezamenlijk in kraamzorg samenwerkingsverbanden (ksv's) en vsv's heeft geïnvesteerd. ksv's zijn verbanden van kraamzorgorganisaties binnen een regio en staan los van investeringen in vsv's. We hebben alleen gegevens over de investeringen in ksv's en vsv's samen. De investering in de ksv's en de vsv's samen lijkt niet substantieel.²

In het kostenonderzoek verloskunde is geen concrete uitvraag gedaan naar de investeringen in vsv's. We hebben onderzocht of het mogelijk is om de investeringen in de vsv's uit te vragen, maar er bleek geen manier mogelijk om deze data betrouwbaar op te halen. Het vergt een grote administratieve last om een nieuwe uitvraag bij aanbieders te doen. Bovendien verwachten we dat een uitvraag onvoldoende betrouwbare data op zal leveren, omdat de investering niet apart werd bijgehouden door zorgaanbieders in 2023, het peiljaar van het kostenonderzoek.

We hebben uitgebreid overwogen in hoeverre het proportioneel is om in dit geval de tarieven te schonen. We komen tot de conclusie dat we niet actief kunnen schonen uit de kostprijzen uit peiljaar 2023. De belangrijkste reden hiervoor is dat wij onvoldoende informatie hebben of kunnen krijgen voor elk van deze twee sectoren over de mate waarin er in 2023 werd geïnvesteerd in de kosten voor het organiseren van een vsv. We verwachten daarnaast dat schoning niet proportioneel is. Uitgaande van de beperkte data die we voor de kraamzorg wel hebben en de aanname dat de verloskunde een soortgelijke inzet heeft, lijkt het om een geringe investering te gaan. We verwachten dat de vrijgekomen

² Het aantal uren dat in 2023 besteed werd aan de ksv's en vsv's afgezet tegen het totaal aantal gedeclareerde uren kraamzorg en partusassistentie, geeft een beeld van de grootte van de kostenpost van het vsv. Het aantal uren investering in de ksv's en vsv's samen is 0,34% van het totaal aantal gedeclareerde uren van de kraamzorg en partusassistentie. Als we aannemen dat evenveel tijd in het ksv als het vsv is geïnvesteerd, gaat het om 0,17%. We weten op basis van deze data niet hoeveel een uur investering kost in een ksv of vsv ten opzichte van een geleverd uur partusassistentie of kraamzorg. We kunnen daarom deze uren niet omzetten in kosten en dit afzetten tegen de kosten van kraamzorgaanbieders.

tijd in de praktijk dan ook niet zal worden ingezet om meer productie te draaien. Wanneer we zouden schonen op basis van een grove inschatting of een normatieve waarde, zouden we daarna onvoldoende kunnen onderbouwen dat de tarieven gemiddeld genomen kostendekkend zijn.

De schoning zal automatisch plaatsvinden tijdens het volgende kostenonderzoek voor beide sectoren, omdat deze kosten op dat moment niet meer zullen worden gemaakt door de individuele aanbieders en dus niet meer terug te vinden zullen zijn in hun kostprijzen.

Medisch specialistische zorg en igo's: vrij tarief

De medische specialistische zorg kent vrije tarieven voor gynaecologie/obstetrie. Hetzelfde geldt voor de igo's. De NZa stelt voor deze sectoren geen maximumtarieven vast. Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraars om deze kosten niet dubbel te contracteren per 2027.

5.2 Randvoorwaarden voor succesvolle contractering

Het succesvol implementeren van een bekostiging voor de taken van een vsv is niet alleen afhankelijk van de vormgeving van de bekostiging, maar ook hoe deze wordt gecontracteerd. Juist bij coördinatie van zorg is de kwaliteit van de contractering belangrijk. In deze paragraaf gaan we in op aspecten in de contractering die een succesvolle implementatie kunnen bevorderen.

Een bekostiging voor deze taken werkt alleen indien alle zorgverzekeraars afspraken maken met de zorgaanbieder(s). De begroting van het vsv als geheel moet gedekt zijn voor het vsv om voldoende te kunnen ondersteunen. Het vsv kan niet de coördinatie van zorg leveren voor alleen de verzekerden van de verzekeraars die het vsv inkopen. Dit omdat het vsv geen informatie heeft over individuele zwangeren en taken uitvoert die randvoorwaardelijk zijn voor het leveren van zorg.

Deze bekostiging werkt het beste als verzekeraars een intentie hebben om congruent te handelen. In de contractering maken verzekeraars en vsv's namelijk nadere afspraken over de focus van het vsv in het aankomende jaar. Het is voor iedereen wenselijk dat een vsv één focus heeft en hier niet evenveel afzonderlijke afspraken over hoeft te maken als dat er zorgverzekeraars zijn. Hoewel de NZa hoopt dat verzekeraars congruent handelen om een succesvolle inkoop van de vsv-taken te bevorderen, heeft de NZa geen expliciete bevoegdheid om dit te verplichten.

Uitvoeringsconsequenties voor verzekeraars en zorgaanbieders om dit goed te contracteren worden ondervangen door het voornemen van ZN en de FVSV's om samen een handreiking contractering op te stellen. Zo wordt er zoveel mogelijk gezamenlijk opgepakt om tot een zo effectief mogelijk contract te komen en blijft de administratieve last voor individuele partijen beperkt. Dit vergroot ook de kans om tot contracten te komen tussen elke regio en verzekeraar en zo samen te werken aan samenhangende, integrale geboortezorg in de regio.

5.3 Uitvoeringsconsequenties voor zorgverzekeraars

Doordat er nu nog geen bekostiging voor de taken van het vsv bestaat is het lastig om op voorhand alle uitvoeringsconsequenties en risico's in kaart te brengen en kwantificeren. Hieronder gaan we op enkelen in.

Toename administratieve lasten voor zorgverzekeraars

Wanneer deze prestatie wordt vastgesteld zullen de verzekeraars met alle vsv's een overeenkomst moeten sluiten. Bovendien gaat het om een prestatie met een redelijk hoog abstractieniveau en een vrij

tarief, waardoor er meer maatwerk nodig is in de contracten. Dit brengt extra administratieve lasten met zich mee. Bij congruent handelen tussen zorgverzekeraars, hetgeen het voornemen van verzekeraars lijkt te zijn, is er sprake van een geringere toename aan administratieve lasten. Daarnaast zullen zorgverzekeraars de kosten van de ondersteuning van de vsv's moeten toerekenen aan individuele verzekerden.

Verantwoording inbreng risicoverevening

Voor de risicoverevening moet er in eerste instantie aan twee voorwaarden worden voldaan. Er moet een declaratietitel zijn en de betreffende prestatie moet geormerkt zijn als verzekerde zorg. Indien de prestatie met een lumpsum in rekening wordt gebracht, kunnen de kosten niet direct in de risicoverevening ten laste van specifieke verzekerden worden gebracht. Hiervoor is een verdeelsleutel nodig.

Na vaststelling van de NZa-regelgeving omtrent onder meer prestatie en tariefsoort, zal ZIN moeten bepalen hoe een en ander door zorgverzekeraars zal moeten worden verantwoord en ingebracht in de risicoverevening. Dit wordt vastgelegd in het Handboek Informatie zorgverzekering.

In hoofdstuk 6.4 gaan we nader in op de uitvoeringsconsequenties van lumpsum voor de rechtmatige verantwoording van kosten door zorgverzekeraars.

5.4 Uitvoeringsconsequenties voor zorgaanbieders

De administratieve last voor het vsv zal toenemen, omdat er een nieuwe administratie gevoerd zal worden. Binnen een vsv moeten er afspraken worden gemaakt over de ondernemingsvorm die gebruikt wordt om deze zorg te contracteren en declareren. Zij zullen als zorgaanbieders moeten beschikken over een AGB-code.

We verwachten dat de ondernemingsvorm die deze taken contracteert minder ervaring zal hebben in het contracteren van een prestatie met een redelijk hoog abstractieniveau, dan een zorgverzekeraar heeft. Hier zullen zij in de eerste jaren ervaring mee opdoen. Ondanks dat ZN en de FVSV's het voornemen hebben uitgesproken om een handreiking contractering op te stellen, verwacht de sector dat de contractering een aanzienlijke tijdinspanning zal vergen van individuele vsv's.

Daarnaast zullen vsv's verantwoording af moeten leggen aan verzekeraars over dat wat is gecontracteerd ook daadwerkelijk is geleverd. Dit is des te belangrijker bij een lumpsum-bekostiging van coördinatie van zorg. Het is namelijk minder zichtbaar dat is voldaan aan het contract dan dat dit het geval is bij directe zorglevering, terwijl dit juist zeer belangrijk is om de inbreng van de verzekeraars in de risicoverevening te kunnen verantwoorden.

Bij een overgang naar rechtstreekse financiering van ondersteuning kan mogelijk spanning ontstaan tussen de eigen verantwoordelijkheid van de primaire aanbieder om samenhangende zorg rondom patiënt op basis van richtlijnen zelf te organiseren, en het neerleggen van de organisatie van deze samenhang bij een derde partij. Hoewel de vsv's al langer bestaan en al bekend zijn met deze spanning, zal de verhouding tussen het vsv en de onderliggende aanbieders wel veranderen wanneer de taken voor het vsv rechtstreeks worden bekostigd en niet meer via de individuele aanbieders. De KNOV heeft haar zorg hierover uitgesproken.

5.5 Randvoorwaarden op orde & implementatietermijn

Randvoorwaarden vanuit veldpartijen

In de adviesaanvraag wordt gevraagd op welke termijn de voorgestelde wijziging in de bekostiging realiseerbaar kan zijn, rekening houdend met implementatietermijnen voor ICT en administratieve processen. Sectorpartijen hebben aangegeven dat er tijdig aan verschillende randvoorwaarden moet worden voldaan voordat deze bekostiging kan worden ingevoerd. Met de huidige onzekerheid geeft een aantal partijen aan dat zij niet over kunnen gaan op het voorbereiden van de implementatie. Het gaat om de volgende voorwaarden:

- **Randvoorwaardelijkheid voor zorg** - Meerdere partijen geven aan dat zij op het ogenblik onvoldoende zekerheid hebben over of de taken van een vsv randvoorwaardelijk zijn voor zorg en daarmee ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht. ZN geeft aan een uitspraak van het Zorginstituut noodzakelijk te vinden.
- **Verantwoording** - Er moet een verantwoordingskader worden opgesteld voor de controle en daarmee de rechtmatigheid van de bekostiging van deze taken via lumpsum. Dit is een taak van het veld, waarbij zorgverzekeraars hebben toegezegd om hierin de lead te nemen. ZN geeft in hun consultatiereactie op dit advies aan uiterlijk februari 2026 duidelijkheid nodig te hebben.
- **Plichten als zorgaanbieder in verschillende wetten** - Sectorpartijen geven aan zorgen te hebben over dat een vsv wordt aangemerkt als zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Daarnaast maken sectorpartijen zich zorgen over de mogelijke verplichtingen uit andere wetten die het aanmerken als zorgaanbieder met zich mee brengen. VWS moet duidelijkheid geven hoe aanbieders van randvoorwaardelijke activiteiten met dit soort verplichtingen om moeten gaan.
- **Dekking en keuze macrokader** - Partijen hebben hun zorg geuit over de dekking van de kosten van deze bekostiging. VWS moet ook nog beslissen aan welk macrokader deze kosten toe te rekenen zijn. Partijen maken zich zorgen over de dekking van de hogere kosten en de impact op macrokaders met macrobeheersinstrumenten. Dit hindert hun inzet in de implementatie. VWS moet tijdig duidelijkheid over de dekking en de macrokader(s) geven.

Gezien deze onzekerheden en de tijd die het kost om deze weg te nemen, geven ZN en de KNOV aan dat een verlenging van de huidige ZonMW subsidie gericht op de professionalisering van de vsv's voor hen beter werkt dan implementatie van deze structurele bekostiging.

Randvoorwaarden voor de NZa

Voor de NZa geldt dat de prestaties alleen vastgesteld kunnen worden als verschillende randvoorwaarden op orde zijn. De randvoorwaarden komen gedeeltelijk overeen met de gestelde voorwaarden vanuit de veldpartijen. We vragen VWS de regie te pakken op deze onderdelen en samen met de benodigde partners, waaronder de NZa, tijdig duidelijkheid te verschaffen.

- **Activiteiten zijn randvoorwaardelijk voor zorg** - Het moet voor de NZa duidelijk zijn dat de activiteiten van VSV's randvoorwaardelijk zijn voor zorg en daarmee onder de Zvw vallen. Hierover zijn bestuurlijke afspraken gemaakt met VWS, het Zorginstituut en de NZa. Dit zal ook opgenomen moeten worden in de aanwijzing die de NZa ontvangt van VWS.
- **Verantwoording** - Het verantwoordingskader dat nu in ontwikkeling is, moet duidelijkheid geven voor de controle en daarmee de rechtmatigheid van de bekostiging van deze taken via lumpsum.
- **Dekking en keuze macrokader** - Het moet duidelijk zijn hoe de kosten voor VSV's worden gedekt en in welk macrokader deze kosten vallen. Zoals omschreven in het uitvoeringsadvies zijn niet alle opties hierbij uitvoerbaar.

- **Draagvlak binnen sector** - De NZa zal een inschatting maken van het bestaande draagvlak binnen de sector aan de hand van de randvoorwaarden die sectorpartijen in dit uitvoeringsadvies stellen. In dit uitvoeringsadvies wordt geadviseerd om een prestatie vast te stellen met een contractvereiste. Als er geen draagvlak is in het veld voor de contractering van de prestatie, voegt het vaststellen van een prestatie door de NZa geen waarde toe en zal de NZa daar niet tot overgaan.

Het vaststellen van de prestatie kan uiterlijk voor 1 juli 2026 plaatsvinden. De uiterlijke deadline voor het op orde hebben van de randvoorwaarden is voor deze stap daarom 1 juni 2026. De NZa benadrukt dat het veld aangeeft eerder duidelijkheid nodig te hebben om de implementatie te kunnen voorbereiden. Deze voorbereiding is cruciaal voor het draagvlak binnen het veld, en daarmee dus ook voor het vaststellen van de prestatie voor VSV bekostiging door de NZa.

Implementatietermijn NZa regelgeving

Enkel kijkend naar de taken voor de NZa, verwachten wij dat implementatie per 1 januari 2027 haalbaar is. Daarbij gaan wij uit van de volgende tijdlijn:

- Een tijdige aanwijzing van de minister aan de NZa om deze taken die randvoorwaardelijk zijn aan zorg te bekostigen; uiterlijk 1 juni 2026. Om de bekostiging tijdig voor te bereiden heeft de NZa al in het eerste kwartaal van 2026 zekerheid nodig dat VWS voornemens is om een aanwijzing af te geven voor deze bekostiging en dat deze taken ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht.
- In principe streefde de werkgroep naar publicatie van de prestatie ruimschoots vóór de 1 april-deadline van zorgverzekeraars voor de publicatie van hun inkoopbeleid. Gezien de noodzakelijke termijnen voor het verstrekken van een aanwijzing aan de NZa is dit inmiddels niet meer haalbaar. Om de prestatie goed te implementeren per 2027 moet deze uiterlijk 30 juni 2026 zijn gepubliceerd, tegelijk met de jaarlijkse informele publicatiedeadline voor de bekostiging voor eerstelijns geboortezorg. Dit geeft partijen nog voldoende tijd om de contractering samen in te richten. Verzekeraars moeten dan wel een addendum op hun al gepubliceerde inkoopbeleid publiceren. Publicatie van de nieuwe prestatie later dan 1 juli 2026 raden wij af. Dan is er weinig tijd voor het inregelen van het declaratieverkeer en voor de contractering die half november afgerond moet zijn.

6 Toezicht

Het onderliggende advies is een bekostigingsadvies van de NZa en wijzigt daarmee niets in nationale wet- en regelgeving. Het bekostigingsadvies heeft dan ook geen invloed op de bestaande formele toezicht- en handhavingsbevoegdheden van de NZa zoals deze zijn opgenomen in de Wet marktordening gezondheidszorg. In dit hoofdstuk zetten wij uiteen wat deze bevoegdheden zijn en hoe de NZa deze toezichtbevoegdheden toepast in het toezicht op een verloskundig samenwerkingsverband. De toezichtaspecten die voortvloeien uit de Zvw en de Wmg worden namelijk 'automatisch' van toepassing zodra een vsv bekostigd wordt via de in dit advies voorgestelde NZa prestatie. Zoals eerder in dit bekostigingsadvies (hoofdstuk 1) toegelicht gaat de NZa in dit advies ervan uit dat deze activiteiten worden aangemerkt als randvoorwaardelijk voor zorg en daarmee ook ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht. Deze duidelijkheid is vereist om enerzijds de bekostiging te reguleren en anderzijds ook om toezicht te houden. Alleen wanneer kosten ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht, is de Zvw van toepassing en dus ook de toezichtaspecten die daarmee samenhangen. Naast het toezicht op de vsv gaan wij ook in op de gevolgen voor het toezicht op de zorgverzekeraars.

6.1 Toezicht op zorgnetwerken en samenwerkingsverbanden

Het zorglandschap staat niet stil, en het toezicht van de NZa past zich aan op dit veranderende zorglandschap. Een van de veranderingen is dat er steeds meer sprake is van bepaalde organisatievormen van samenwerking, waarbij 'netwerken' of 'samenwerkingsverbanden', regionaal en landelijk in verschillende verschijningsvormen de organisatievorm zijn voor die samenwerking. Vanuit het toezicht van de NZa zal daarom ook aandacht uitgaan naar de netwerken en samenwerkingsverbanden waar deze samenwerking plaatsvindt.

Een vsv is een samenwerkingsverband waarin wordt samengewerkt om de zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd zo goed mogelijk te organiseren en te verbeteren. Het bijzondere is dat het niet gaat om directe patiëntenzorg of een combinatie van directe patiëntenzorg en ondersteuning. Een vsv is immers een organisatie die niet is ingericht op het leveren van patiëntenzorg en de processen die daarbij horen. Het gaat niet om activiteiten die zien op een individuele verzekerde en een vsv ziet ook niet direct op een individuele aanspraak. Dat brengt met zich mee dat de aanbieder van dit type zorg anders is dan organisaties waar de NZa normaliter op toeziet. Met dergelijke bekostiging van adz komt een vorm van aanbieder waarbij géén sprake is van een zorgverlener-patiënt relatie, te vallen onder het zorgaanbiedersbegrip in de Wmg en daarmee de reikwijdte van de Wmg.

Dit brengt tevens met zich mee dat in een het geval van een vsv door de NZa moeilijker is toe te zien op enkele waarborgen in het zorgstelsel – zoals de zorgplicht, de zorginkoop en de risicoverevening – simpelweg omdat er geen directe relatie is met een individuele patiënt of verzekerde.

Desondanks zijn het wettelijk kader van de Wmg en de daaruit volgende wettelijke (toezicht) taken van de NZa, bij vsv's niet anders dan bij reguliere zorg. Door voor declaratie gebruik te maken van de prestatie zijn vsv's wettelijk gezien een zorgaanbieder in de zin van de Wmg die net als alle andere zorgaanbieders onder hetzelfde toezicht van de NZa staan, met alle gebruikelijke thematiek die daarbij hoort. Kijkend naar dit bekostigingsadvies zien wij ook dat het bekostigen van de vsv's gevolgen heeft voor de uitoefening van toezichtbevoegdheden van de NZa. De vsv is geen aanbieder met direct patiëntcontact, terwijl wet- en regelgeving daar tot op heden wel op is gericht. Het gevolg is dat regelgeving in het toezicht schuurt en extra uitdagingen meebrengt. Hieronder zetten wij uiteen welke

toezichttaken van toepassing zijn en vervolgens op welke onderdelen het schuurt in de uitvoering van het toezicht op zowel de vsv als het toezicht op de zorgverzekeraar.

6.2 Toezicht op zorgaanbieders

De NZa focust zich in haar toezicht op zorgaanbieders op twee verschillende thema's:

- Professionele bedrijfsvoering zorgaanbieders;
- Transparante informatieverstrekking.

Professionele bedrijfsvoering zorgaanbieders

Met ons toezicht willen we bevorderen dat aanbieders en zorgverzekeraars zich maximaal inzetten op het leveren van de juiste, kwalitatief goede en passende zorg. Daarvoor is een professionele bedrijfsvoering van essentieel belang. Bij een professionele bedrijfsvoering zijn de processen op orde en kunnen we erop vertrouwen dat de zorgaanbieder passende zorg levert én deze correct declareert. Naast een professionele bedrijfsvoering is ook een goed en integer bestuur een randvoorwaarde.

De NZa kijkt hierbij naar:

1. Correct registreren en declareren op grond van artikel 35, 36, 37 en 38 Wmg;
2. De transparantie van de financiële bedrijfsvoering op grond van artikel 40a Wmg;
3. Het tijdig, volledig en juist openbaar maken van de jaarverantwoording op grond van artikel 40b Wmg.

Transparante informatieverstrekking door zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Om als consument een weloverwogen zorgkeuze te kunnen maken, is informatie van zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder onmisbaar. In onze transparantieregeling voor zorgaanbieders, gebaseerd op artikel 38 en 39 Wmg, hebben wij vastgelegd dat zorgaanbieders actief informatie moeten delen met consumenten over bijvoorbeeld prestaties, tarieven en eventuele eigen betalingen, maar bijvoorbeeld ook met welke zorgverzekeraars de zorgaanbieder een contract heeft. Gelijktijdig hebben zorgverzekeraars de verplichting om consumenten tijdig informatie te verstrekken over hun producten (zorgverzekeringen) zodat de consument daarin een weloverwogen keuze kan maken. Dit op grond van artikel 40 Wmg en onze Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Hier komen we op terug in hoofdstuk 6.3.

Marktontwikkeling

Tot slot zal de vsv als zorgaanbieder, net als andere zorgaanbieders, gebonden zijn aan regels en verplichtingen op het gebied van aanmerkelijke marktmacht (artikel 47 t/m 49 Wmg), de zorgspecifieke concentratietoets (artikel 49a t/m 49d Wmg).

6.3 Uitvoerbaarheid

De NZa verwacht dat de hiervoor genoemde verplichtingen uit de Wmg grotendeels uitvoerbaar zijn voor een vsv. De NZa verwacht van vsv's dat zij voldoen aan de gestelde eisen ten aanzien van het correct declareren, de transparante bedrijfsvoering en het openbaar maken van de jaarverantwoording. Desondanks zien wij verschillende uitdagingen in de bijbehorende toezichtbevoegdheden van de NZa.

Toezicht op het correct registreren en declareren (artikel 35 en 36 Wmg)

De NZa acht de kans klein dat de bekostiging van vsv's tot problemen leidt rondom het toezicht op de artikelen 35 en 36 Wmg. Declaraties van een vsv lopen bij gecontracteerde zorg immers niet via de individuele verzekerde, maar worden rechtstreeks ingediend bij de zorgverzekeraar. Dit geldt enkel

wanneer daarvoor een contract is gesloten tussen de vsv en de zorgverzekeraar en niet voor ongecontracteerde zorg. Om te bewerkstelligen dat enkel gecontracteerde vsv's worden bekostigd via de prestaties en tarieven, wordt in de regeling voor tarieven en prestaties daarvoor een contractvereiste voorgesteld, als voorwaarde voor vergoeding door de verzekeraar (dit is eerder toegelicht in hoofdstuk 3.2.1).

De wettelijke verplichting ten aanzien van het correct declareren geldt tevens voor een zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar mag immers een foutieve declaratie ook niet betalen of vergoeden (artikel 35 lid 3 Wmg). Het is daarom ook aan de zorgverzekeraar om te controleren of de declaratie volgens de declaratieregels wordt ingediend. En met het oog op de correcte uitvoering van de Zvw, ook of het zorg betreft die valt onder de dekking van de zorgverzekering. De NZa ziet erop toe dat de partijen die declareren daadwerkelijk partijen zijn die vallen onder de definitie van een vsv en voldoen aan het voorgestelde contractvereiste.

Toezicht op de transparante informatieverstrekking (artikel 38 t/m 40 Wmg)

Zoals eerder toegelicht zijn zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar gehouden transparante informatie te verstrekken aan de consument. De vraag is wat een consument heeft aan deze informatieverstrekking in het geval van een vsv, nu een vsv geen direct patiëntencontact heeft. Een individuele verzekerde kan zich immers niet wenden tot een vsv of zelf voor diensten van een vsv kiezen. Bovendien worden de gemaakte kosten niet afgewenteld op niveau van de individuele verzekerde en dus zal een verzekerde geen vergoedingen terugzien in zijn vergoedingenoverzicht. Het is echter wel zo dat wanneer een zorgverzekeraar ervoor kiest ondersteuning niet via een vsv in de te kopen, maar enkel via individuele zorgaanbieders, dit relevante keuze informatie kan zijn voor de verzekerde. Als verzekerde is het relevant om ook de voor- en nadelen van de verschillende situaties te kennen, zodat de verzekerde voor zichzelf kan nagaan wat belangrijk is bij het kiezen van een zorgaanbieder en/of een zorgpolis. Afgezien daarvan lijkt het doel van deze wettelijke bepalingen niet op alle onderdelen van toepassing in een situatie van een vsv. De NZa kan gemotiveerd een uitzondering maken in haar eigen transparantieregeling (TH/NR-035). De NZa kan echter geen uitzonderingen maken voor Wmg bepalingen. Dat maakt dat de wettelijke basisbepalingen in de Wmg formeel van toepassing blijven.

Toezicht op de transparante bedrijfsvoering en de openbare jaarverantwoording

Voor samenwerkingsverbanden als een vsv zal het toezicht op de transparante bedrijfsvoering (artikel 40a Wmg) en de plicht tot openbaarmaking van de jaarverantwoording (artikel 40b Wmg) nieuw zijn. Vsv's zullen jaarlijks uiterlijk 31 mei volgend op het te verantwoorden boekjaar een jaarverantwoording moeten aanleveren. Deze verantwoordingsplicht geldt immers voor alle zorgaanbieders die vanuit de Zvw of Wlz verzekerde zorg leveren. De NZa controleert of de jaarverantwoording tijdig, volledig en juist is aangeleverd. In de Beleidsregel handhaving en invordering jaarverantwoording (TH/BR-040) is beschreven hoe wij handhavend kunnen optreden als zorgaanbieders niet aan de jaarverantwoordingsplicht voldoen. Zoals eerder omschreven komt met de vsv een ongebruikelijke vorm van aanbieders te vallen onder het zorgaanbiedersbegrip in de Wmg. Dat maakt dat het aanleveren van de jaarverantwoording in de uitvoering mogelijk op onderdelen knelt. De jaarverantwoording is immers (nog) niet ingericht op deze nieuwe vorm zorgaanbieders, hetgeen op de korte termijn extra vragen kan oproepen en mogelijk tot weerstand kan leiden.

Wel heeft de NZa als insteek om zorgaanbieders die voor het eerst moeten aanleveren de ruimte te geven om te wennen aan de verplichting. Dit wordt onder andere gerealiseerd door een soepel uitstelbeleid voor zorgaanbieders die voor het eerst moeten aanleveren (TH BR-039), waarbij op aanvraag het maximale uitstel tot 31 december toegekend wordt. Voor zorgaanbieders die voor het eerst moeten aanleveren, en die toch in overtreding geraken, worden ook vaker informele instrumenten

ingezet (bijvoorbeeld een waarschuwingsbrief of een gesprek).

Verder gaat de NZa in dit soort gevallen, wanneer de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg knelt voor een specifieke (vorm van) zorgaanbieder, graag in gesprek met de betreffende aanbieder(s), branchepartij of vertegenwoordiger om te bepalen waar het knelpunt precies zit, en om vervolgens samen tot een afspraak te komen hoe invulling gegeven kan worden aan de (geest van de) regelgeving als deze niet op de letter kan worden nageleefd. De NZa handhaaft dan afhankelijk van de naleving van de afspraak. De NZa neemt het knelpunt vervolgens mee in haar signalering naar VWS om te kijken of dit structureel kan worden opgelost in de toekomst. Hierbij wordt wel een beroep gedaan op (een vertegenwoordiger van) de vsv's om tijdig en proactief contact op te nemen met de NZa wanneer zij beknelling aan zien komen, en om ook bij VWS aan te geven waar exact de knelpunten zitten.

Met de bovenstaande maatregelen verwacht de NZa voldoende maatwerk te kunnen bieden voor de vsv's.

6.4 Toezicht op zorgverzekeraars

De zorgplicht

Op grond van artikel 16, aanhef en onder b, Wmg houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars, waaronder ook de zorgplicht.

Op grond van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) geldt voor zorgverzekeraars een wettelijke zorgplicht ten opzichte van hun individuele verzekerden. In geval van een naturapolis betekent dit dat zij ervoor moeten zorgen dat hun verzekerden de zorg krijgen die zij behoeven en waarop zij wettelijk aanspraak hebben. In geval van een restitutiepolis ziet de zorgplicht op vergoeding van de kosten van die zorg, en desgevraagd ook op zorgbemiddeling. Het gaat daarbij zowel om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) verzekerde zorg, als om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid daarvan. Het doel van zorgplicht is dat verzekerden tijdig toegang hebben tot basisverzekerde zorg, en dat die zorg bovendien van goede kwaliteit en goed bereikbaar is. De zorgplicht is een open norm. Het toezicht erop wordt door de NZa nader ingevuld aan de hand van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw – TH/BR-025'.

Ten aanzien van zorgplicht in relatie tot de vsv's geldt het volgende:

Verzekerden hebben een aanspraak op zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd, zoals opgenomen in het basispakket. Daarop ziet de verplichting bij de zorgverzekeraar. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen hoe hij dat organiseert. Een zorgverzekeraar is niet gehouden een vsv te contracteren. Het organiseren van zorg mag hij ook op andere wijze doen, dat is aan de verzekeraar.

Kortom: indien de zorgverzekeraar tijdige en goede zorg kan realiseren zonder gebruik te maken van een vsv, dan wordt voldaan aan de zorgplicht. Dit wordt alleen anders als de patiëntenzorg alleen kwalitatief goed wordt geacht als de zorgaanbieder gebruik maakt van een vsv. In dat geval is het gebruik van een vsv noodzakelijk om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Deze situatie is niet aan de orde.

Via monitoring in de eerste jaren zal blijken of alle vsv's worden gecontracteerd of niet.

Toezicht op de rechtmatige verantwoording van kosten door zorgverzekeraars

Bekostiging van vsv's zal plaatsvinden in de vorm van zogenoemde een lumpsum-betalingen: ze worden beschouwd als bekostiging van organisatie van zorg, maar zijn niet als zodanig in een tarief van een zorgprestatie op individueel patiëntniveau verdisconteerd.

Om de rechtmatigheid van dergelijke lumpsum-betalingen vast te stellen zijn 2 zaken van belang:

- 1 Kwalificeren de activiteiten als activiteiten randvoorwaardelijk voor Zvw zorg?
- 2 Aantoonbare onderbouwing van de rechtmatigheid van de lumpsum-betalingen (helder verantwoordingskader).

Een betalings- en verantwoordingswijze van lumpsummen heeft momenteel bijzondere aandacht in het rechtmatigheidstoezicht van de NZa. Dat komt doordat voor het aantoonbaar onderbouwen van de rechtmatigheid er niet gesteund kan worden op belangrijke randvoorwaarden, die er wél zijn bij op patiëntniveau geleverde zorgprestaties (tarieven); als: voorafgaand kostenonderzoek, tariefconcurrentie, formele en materiële controleprocessen van zorgverzekeraars.

Dit risico wordt breed onderkend door de gehele verantwoordingsketen: zorgaanbieders, accountants van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, accountants van zorgverzekeraars, NZa, Zorginstituut (uitvoering risicoverevening en Fondsbeheer), accountant van Zvw-fonds en ten slotte VWS als stelselverantwoordelijke.

Momenteel wordt er in algemene zin - voor alle bestaande en nieuwe lumpsum-bekostigingsvormen - gewerkt aan een uitvoerbaar en toereikend verantwoordingskader voor aantoonbare rechtmatigheid. Uitvoerbaar met oog op administratieve lasten voor zorgaanbieders en toereikend met betrekking van het hoge zekerheidsniveau dat geldt voor de verantwoording van zorgkosten door zorgverzekeraars (met 95% betrouwbaarheid; 97% nauwkeurig rechtmatig).

Dat verantwoordingskader is er momenteel nog niet en zal de nodige doorlooptijd vragen vanwege de noodzakelijk brede consensus binnen de gehele verantwoordingsketen. Zonder consensus over veldnormen is het voor NZa niet mogelijk het toezicht vorm te geven. Het ontbreken van een verantwoordingskader verklaart óók de terughoudendheid van zorgverzekeraars ten aanzien van het inkopen/contracteren en vergoeden van dergelijke lumpsum-betalingen op dit moment.

6.5 Verduidelijking wettelijk kader

De afgelopen jaren is een beweging ingezet om meer ondersteunende diensten en infrastructuur collectief (populatiebreed) te willen financieren via de Zvw. Dit geldt voor specifieke diensten met een landelijke scope zoals ParkinsonNet en Thuisarts, en voor meer regionale organisaties zoals de resv's en vsv's en de ondersteuning rond de acute spoedketen.

De Zvw is opgezet vanuit het principe dat de individuele verzekerde de kosten in rekening krijgt gebracht voor ontvangen zorg. De hierboven genoemde voorbeelden laten zich echter niet goed op deze wijze bekostigen. De verzekerde vraagt niet expliciet om deze samenwerkingsverbanden of ondersteunende diensten, deze zijn er vooral om de zorgaanbieders te ondersteunen. De bijbehorende kosten die (voornamelijk) in lumpsum worden afgesproken laten zich moeilijk vertalen in een declaratie aan een individuele verzekerde, zeker als de ondersteunende dienst zich richt op het bij elkaar brengen van zorg uit meerdere disciplines, sectoren of domeinen en de verzekerde soms nog niet eens in beeld is.

Vanuit het Iza en het daarop volgende Aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (Azwa) wordt steeds meer gekoerst op versteviging van dergelijke multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en bijbehorende afspraken met zorgverzekeraars of andere financiers. Daar volgt dan uit dat voor een steeds groter deel van de Zvw-kosten de route van bekostiging over de band van de individuele verzekerde wordt verlaten en wordt vervangen door een meer collectieve bekostiging, bijvoorbeeld via lumpsum.

De bekostigingsroute via lumpsumafspraken zorgt met de huidige wet- en regelgeving voor steeds meer uitvoeringsproblematiek en spanning met het wettelijk kader. Denk hierbij aan:

- de bepaling van individuele aanspraak op dergelijke zorg,
- de vraag of er een eigen risico van toepassing is,
- de wijze waarop dergelijke structuren als zorgaanbieder worden gezien in de zin van de Wmg met bijbehorende verplichtingen,
- de wijze waarop onderling concurrerende zorgverzekeraars tot een collectieve afspraak komen,
- de wijze waarop de collectieve middelen vervolgens in een vereveningssysteem worden gebracht die gebaseerd is op individuele zorgzwaarte van verzekerden.

Het bekostigen van randvoorwaardelijke activiteiten middels een NZa-prestatie, brengt een vorm van aanbieder onder het zorgaanbiedersbegrip in de Wmg, die daar voorheen niet onder begrepen werd. Deze vorm aanbieder roept vragen op. Deze vragen zijn in de kern te herleiden tot de vraag naar hoe randvoorwaardelijke activiteiten zich verhouden tot geldende wet- en regelgeving. Steeds vaker zal sprake zijn van nieuwe organisatievormen van samenwerking in de zorg. Dat roept de vraag op hoe randvoorwaardelijke activiteiten zijn af te bakenen. Zonder expliciete afbakening en zonder expliciete inbedding in regelgeving, impliceren we dat dergelijke samenwerkingsverbanden op zichzelf een zorgaanbieder zijn. Dit biedt mogelijk onbedoeld ruimte voor (ongewenste) bekostiging van allerlei samenwerkingsverbanden die binnen hetzelfde (wringend) wettelijke kader voordelen en mogelijkheden zien. Naar analogie van een vsv kunnen partijen wellicht een gelijk speelveld afdwingen bij overheidspartijen of zelfs bij de rechtspraak.

Een duidelijke afbakening is nodig om ook toekomstige partijen met soortgelijke samenwerkingsverbanden te beoordelen en te voorkomen dat ruimte wordt gecreëerd voor partijen die te ver af staan van zorg. Inmiddels bereidt VWS een wetsvoorstel voor om deze vragen zoveel mogelijk te beantwoorden.

Desondanks vragen wij VWS om tot er een nieuw wetsvoorstel is, duidelijkheid te geven over de (tijdelijke) mogelijkheden. Zoals in dit hoofdstuk uiteengezet, schuren verschillende verplichtingen uit de Wmg met de vsv als zorgaanbieder. Sectorpartijen geven aan dat duidelijkheid hierover randvoorwaardelijk is voor een goede implementatie van deze bekostiging. Daarom adviseren wij VWS uit te zoeken hoe deze uitdagingen die voortvloeien vanuit de Wmg weggenomen kunnen worden, bijvoorbeeld middels het formuleren van een of meerdere uitsluitingen in nadere regelgeving, zoals het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (BUB Wmg). In hoofdstuk 2.3 en 5.5 geven we aan dat het zijn van zorgaanbieder ook in andere wetten consequenties heeft en vragen we VWS uit te zoeken hoe aanbieders van randvoorwaardelijke activiteiten met dit soort verplichtingen uit andere wetten om moeten gaan.

7 Conclusie

Samenvattend

VWS heeft de NZa gevraagd advies te geven over de bekostiging van vsv's. In dit rapport hebben we uiteengezet welke bekostiging mogelijk en wenselijk is voor de taken van een vsv, wat de consequenties hiervan zijn voor de uitvoering door zorgaanbieders en verzekeraars, voor het tweesporenbeleid en voor het toezicht. Voor de totstandkoming van het rapport hebben we samengewerkt in een werkgroep waarin onder andere de verzekeraars en de vsv's betrokken waren. De voorstellen van de werkgroep zijn ook besproken met de andere landelijke partijen in de geboortezorg.

Meerdere vormen van bekostiging zijn mogelijk. Er is geen optimale vorm van bekostiging, elke optie heeft voor- en nadelen. Wij komen tot de conclusie dat een lumpsum-bekostiging met vrij tarief het meest passend is. Dit komt ook overeenkomt met bekostiging van soortgelijke coördinerende activiteiten in andere sectoren, waaronder de ondersteuningsactiviteiten van Parkinsonnet, de centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging en de bekostiging voor resv's.

Een directe bekostiging van het vsv heeft de voorkeur, omdat dit verzekeraars een regionaal aanspreekpunt geeft. Een lumpsum-prestatie met contractvereiste heeft daarbij de voorkeur boven een prestatie op patiëntniveau, omdat een vsv geen behandelrelatie heeft met individuele patiënten en niet over individuele patiëntgegevens beschikt waarmee het op patiëntniveau zou kunnen declareren. Daarnaast past een lumpsum-prestatie het beste bij de aard van het vsv, waarbij de kosten vooral bestaan uit het coördineren van zorg in de regio. De kosten liggen voor een groot deel vast en zijn in mindere mate afhankelijk van het aantal zwangeren onder aanbieders van het vsv.

Voor de geboortezorgbekostiging is door de Minister gekozen om te werken met een tweesporenbeleid waarbij aanbieders ervoor kunnen kiezen om te werken via de integrale bekostiging van de geboortezorg of te werken via de monodisciplinaire bekostiging. Zeven igo's werken op het ogenblik met de integrale bekostiging. Deze igo's vervullen de rol van een vsv en de bekostiging van deze taken loopt via hun integrale bekostiging. Zij zullen geen gebruik hoeven maken van de losse vsv-prestatie die op gebruikers van de monodisciplinaire bekostiging is gericht. Het is op dit moment moeilijk in te schatten welke impact een prestatie voor de taken van een vsv zal hebben op het tweesporenbeleid in de geboortezorg. Aan de ene kant stimuleert het multidisciplinaire samenwerking. Het kan zijn dat meer regio's hierdoor de zorg meer integraal willen organiseren in de regio en daarom de knelpunten ervaren van een monodisciplinaire bekostiging en overstappen op de integrale bekostiging. Aan de andere kant bestaan er veel drempels voor het overstappen naar de integrale bekostiging en kan de ondersteuning door het vsv door de monodisciplinaire aanbieders als voldoende worden ervaren voor het leveren van integrale zorg voor elke zwangere en (ongeboren) kind.

In dit rapport zijn we ingegaan op verschillende risico's en uitvoeringsconsequenties waaronder het geringe risico op dubbele bekostiging en de uitvoeringsconsequenties voor zorgaanbieders en voor zorgverzekeraars. Voor zorgaanbieders liggen deze vooral in het zijn van zorgaanbieder volgens de verschillende wetten die van toepassing kunnen zijn op zorgaanbieders en het opdoen van ervaring met contractering. Voor zorgverzekeraars liggen de uitvoeringsconsequenties vooral in het uitvoeren van een lumpsum-bekostiging en het contracteren van regionale coördinerende organisaties. Voor beiden geldt een extra administratieve last om deze taken effectief en doelmatig te contracteren.

Als laatste hebben we uiteengezet wat onze bevoegdheden zijn en hoe de NZa deze toezichtbevoegdheden toepast in het toezicht op een vsv. De toezichtaspecten die voortvloeien uit de

Zvw en de Wmg worden namelijk ‘automatisch’ van toepassing zodra een vsv bekostigd wordt via de in dit advies voorgestelde NZa prestatie. Naast het toezicht op de vsv gaan wij ook in op de gevolgen voor het toezicht op de zorgverzekeraars.

Consultatiereacties

Op één partij na kunnen alle geconsulteerde partijen zich vinden in directe bekostiging voor taken van een vsv via lumpsum met vrij tarief. Wel geven zij allen aan dat er op het ogenblik nog veel onduidelijk is, waardoor een succesvolle implementatie nog niet mogelijk is. De reacties van partijen zijn integraal opgenomen in bijlage 2 van dit rapport.

De KNOV heeft aangegeven niet achter ons advies te staan. Zij benadrukt dat de Zvw is ingericht op zorglevering aan individuele cliënten op basis van een individuele zorgbehoefte en dat de Zvw geen ruimte biedt voor het los bekostigen van taken die randvoorwaardelijk zijn voor zorg. De KNOV onderschrijft het belang van goede netwerkzorg, maar vindt het nog voldoende duidelijk hoe dit eruit moet komen te zien en of de manier waarop dit nu is georganiseerd via de verschillende vsv's met verschillende werkwijzen en organisatievormen, de juiste oplossing is voor netwerkzorg. De KNOV pleit er daarnaast voor om de bekostiging toe te wijzen aan de zorgaanbieder die de directe patiëntenzorg levert. De KNOV stelt voor om eerst de evaluatie van de subsidieregeling af te wachten en in de tussentijd de subsidieregeling te verlengen of te contracteren via reeds bestaande toeslagen binnen de geboortezorgbekostiging. Uit de reactie van de KNOV blijkt dat zij vinden dat er niet zozeer sprake is van een bekostigingsvraag als wel van een bredere zorgorganisatievraag. Het is aan de KNOV om dit punt te agenderen op de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg zodat deze daar kan worden opgepakt.

Randvoorwaarden vanuit veldpartijen

In de adviesaanvraag wordt gevraagd op welke termijn de voorgestelde wijziging in de bekostiging realiseerbaar kan zijn, rekening houdend met implementatietermijnen voor ICT en administratieve processen. Sectorpartijen hebben aangegeven dat er tijdig aan verschillende randvoorwaarden moet worden voldaan voordat deze bekostiging kan worden ingevoerd. Met de huidige onzekerheid geeft een aantal partijen aan dat zij niet over kunnen gaan op het voorbereiden van de implementatie. Het gaat om de volgende voorwaarden:

- **Randvoorwaardelijkheid voor zorg** - Meerdere partijen geven aan dat zij op het ogenblik onvoldoende zekerheid hebben over of de taken van een vsv randvoorwaardelijk zijn voor zorg en daarmee ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht. ZN geeft aan een uitspraak van het Zorginstituut noodzakelijk te vinden.
- **Verantwoording** - Er moet een verantwoordingskader worden opgesteld voor de controle en daarmee de rechtmatigheid van de bekostiging van deze taken via lumpsum. Dit is een taak van het veld, waarbij zorgverzekeraars hebben toegezegd om hierin de lead te nemen. ZN geeft in hun consultatiereactie op dit advies aan uiterlijk februari 2026 duidelijkheid nodig te hebben.
- **Plichten als zorgaanbieder in verschillende wetten** - Sectorpartijen geven aan zorgen te hebben over dat een vsv wordt aangemerkt als zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Daarnaast maken sectorpartijen zich zorgen over de mogelijke verplichtingen uit andere wetten die het aanmerken als zorgaanbieder met zich mee brengen. VWS moet duidelijkheid geven hoe aanbieders van randvoorwaardelijke activiteiten met dit soort verplichtingen om moeten gaan.
- **Dekking en keuzemacrokader** - Partijen hebben hun zorg geuit over de dekking van de kosten van deze bekostiging. VWS moet ook nog beslissen aan welk macrokader deze kosten toe te rekenen zijn. Partijen maken zich zorgen over de dekking van de hogere kosten en de impact op macrokaders met macrobeheersinstrumenten. Dit hindert hun inzet in de implementatie. VWS moet tijdig duidelijkheid over de dekking en de macrokader(s) geven.

Gezien deze onzekerheden en de tijd die het kost om deze weg te nemen, geven ZN en de KNOV aan dat een verlenging van de huidige ZonMW-subsidie gericht op de professionalisering van de vsv's voor hen beter werkt dan implementatie van deze structurele bekostiging.

Randvoorwaarden voor de NZa

Voor de NZa geldt dat de prestaties alleen vastgesteld kunnen worden als verschillende randvoorwaarden op orde zijn. De randvoorwaarden komen gedeeltelijk overeen met de gestelde voorwaarden vanuit de veldpartijen. We vragen VWS de regie te pakken op deze onderdelen en samen met de benodigde partners, waaronder de NZa, tijdig duidelijkheid te verschaffen.

- **Activiteiten zijn randvoorwaardelijk voor zorg** - Het moet voor de NZa duidelijk zijn dat de activiteiten van VSV's randvoorwaardelijk zijn voor zorg en daarmee onder de Zvw vallen. Hierover zijn bestuurlijke afspraken gemaakt met VWS, het Zorginstituut en de NZa. Dit zal ook opgenomen moeten worden in de aanwijzing die de NZa ontvangt van VWS.
- **Verantwoording** - Het verantwoordingskader dat nu in ontwikkeling is, moet duidelijkheid geven voor de controle en daarmee de rechtmatigheid van de bekostiging van deze taken via lumpsum.
- **Dekking en keuze macrokader** - Het moet duidelijk zijn hoe de kosten voor VSV's worden gedekt en in welk macrokader deze kosten vallen. Zoals omschreven in het uitvoeringsadvies zijn niet alle opties hierbij uitvoerbaar.
- **Draagvlak binnen sector** - De NZa zal een inschatting maken van het bestaande draagvlak binnen de sector aan de hand van de randvoorwaarden die sectorpartijen in dit uitvoeringsadvies stellen. In dit uitvoeringsadvies wordt geadviseerd om een prestatie vast te stellen met een contractvereiste. Als er geen draagvlak is in het veld voor de contractering van de prestatie, voegt het vaststellen van een prestatie door de NZa geen waarde toe en zal de NZa daar niet tot overgaan.

Het vaststellen van de prestatie kan uiterlijk voor 1 juli 2026 plaatsvinden. De uiterlijke deadline voor het op orde hebben van de randvoorwaarden is voor deze stap daarom 1 juni 2026. De NZa benadrukt dat het veld aangeeft eerder duidelijkheid nodig te hebben om de implementatie te kunnen voorbereiden. Deze voorbereiding is cruciaal voor het draagvlak binnen het veld, en daarmee dus ook voor het vaststellen van de prestatie voor vsv-bekostiging door de NZa.

Verduidelijking wettelijke kader

Het bekostigen van de vsv's middels een NZa prestatie, brengt een vorm van aanbieder onder het zorgaanbiedersbegrip in de Wmg, die daar tot op heden niet onder begrepen wordt. Deze vorm aanbieder roept vragen op. Deze vragen zijn in de kern te herleiden tot de vraag naar hoe randvoorwaardelijke activiteiten zich verhouden tot geldende wet- en regelgeving. Gelijke vragen zien wij terug in de dossiers van andere samenwerkingsverbanden waaronder o.a. de resv en Thuisarts.nl. Steeds vaker zal sprake zijn van nieuwe organisatievormen van samenwerking in de zorg. Dat roept de vraag op hoe randvoorwaardelijke activiteiten zijn af te bakenen. Zonder expliciete afbakening en zonder expliciete inbedding in regelgeving, impliceren we dat dergelijke samenwerkingsverbanden op zichzelf een zorgaanbieder zijn. Dit biedt mogelijk onbedoeld ruimte voor allerlei (ongewenste) samenwerkingsverbanden die binnen hetzelfde (wringend) wettelijke kader voordelen en mogelijkheden zien in samenwerkingsverbanden. Naar analogie van een vsv kunnen partijen wellicht een gelijk speelveld afdwingen bij overheidspartijen of zelfs bij de rechtspraak. Een duidelijke afbakening is nodig om ook toekomstige partijen met soortgelijke samenwerkingsverbanden te beoordelen en te voorkomen dat ruimte wordt gecreëerd voor partijen die te ver af staan van zorg. Inmiddels bereidt VWS een wetsvoorstel voor om deze vragen zoveel mogelijk te beantwoorden.

Desondanks vragen wij VWS om tot er een nieuw wetsvoorstel is, ook andere (tijdelijke) mogelijkheden te verkennen. Zoals in dit hoofdstuk uiteengezet, schuren verschillende verplichtingen uit de Wmg met

de vsv als zorgaanbieder. Het is het verkennen waard of deze uitdagingen weggenomen kunnen worden, bijvoorbeeld middels het formuleren van een of meerdere uitsluitingen nadere regelgeving zoals het BUB Wmg.

Bijlage 1: soortgelijke prestaties in andere sectoren

Tariefsoort Organisatie en Infrastructuur (o&i) huisartsenzorg: vrij

De prestaties voor organisatie en infrastructuur in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zijn vergelijkbaar met een bekostiging voor vsv's. Het zijn prestaties om tussen sectoren in, de eerstelijnszorg te coördineren. Ook hier geldt dat er in de praktijk maar één contractant is per regio van de prestaties omdat het doel juist is om de coördineren tussen alle aanbieders in de regio.

In 2015 is het 3-segmenten model in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ingevoerd. In segment 2 van dat model zijn later de prestaties toegevoegd voor o&i. In het NZa advies uit 2014 over de tariefstelling voor segment 2 adviseren we een vrij tarief. Een vrij tarief vergroot volgens het advies de sturingskracht van de zorgverzekeraar. Een belangrijk probleem met een gereguleerd tarief dat in dit rapport wordt gesignaleerd, is dat er veel regionale variatie is, waardoor een gemiddeld tarief moeilijk vast te stellen is en onvoldoende vrijheid geeft. Ook toen waren er pleidooien, vooral vanuit zorgverzekeraars voor een gereguleerd tarief. Zij wezen op hun informatieachterstand ten opzichte van de zorgaanbieders, waardoor zij kostenclaims lastig op waarde konden schatten. Hierdoor kon er moeilijker een sfeer van wederzijds vertrouwen worden opgebouwd, die nodig is voor constructieve toekomst gerichte afspraken. In 2016 adviseerde een rapport van een extern bureau daarna om o&i toe te voegen aan segment twee, ook met een vrij tarief. Tegelijk werden in dat rapport bandbreedtes meegegeven voor de kosten per betaaltitel (bijlage b van dit rapport). Dit kon als houvast worden gebruikt voor de contractering op moment van implementatie.

Uit de Monitors contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg uit 2020, 2021 en 2022 ontstaat een beeld dat dit tariefsoort naar behoren werkt. De meeste zorgverzekeraars en regionale samenwerkingsverbanden maken meerjarenafspraken met elkaar over o&i op basis van een regioplan en een begroting. De vrij ruimte wordt dus gebruikt om met maatwerk regionaal in te kopen op basis van wat er lokaal nodig is. Verder worden er grote regionale verschillen gezien in de afspraken die binnen o&i worden gemaakt per regio, mede door de verschillen in organisatiekracht en daarmee gepaard gaande investeringen per regio.

Tariefsoort centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging: vrij

Dit is een prestatie om wijkverpleging binnen een regio te coördineren. Ook dit kent een lumpsum-bekostiging met vrij tarief. Er geldt een contractvereiste zodat er maar één contractant is per regio en er nadere afspraken kunnen worden gemaakt in de contractering over bijvoorbeeld samenwerking binnen de regio en met ketenpartners, of over een regioplan.

Tariefsoort Adz-ondersteuning van parkinsonzorg (ParkinsonNet): vrij

De ondersteuningsactiviteiten van ParkinsonNet vormen de eerste zorgvorm waarvoor een ADZ-route is doorlopen. In de uitvoeringstoets naar deze bekostiging uit 2022 wordt geadviseerd om een vrij tarief in te voeren. Een vrij tarief geeft de ruimte voor maatwerk waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van een aanbieder. Wel is de NZa van mening dat er een contractvereiste moet worden gekoppeld aan het vrije tarief. Een maximumtarief zou niet passend zijn, aldus dit advies, omdat de kosten voor ondersteuning per aanbieder die deze zorg kan bieden, kan verschillen en de mogelijke vormen van ondersteuning een hoog abstractieniveau kennen.

Hoewel er tot nu toe maar één aanbieder is van ondersteuning rondom parkinsonzorg werd de markt voldoende dynamisch geacht voor een vrij tarief, omdat zorgverzekeraars deze ondersteuning niet in hoeven te kopen om aan hun zorgplicht te voldoen. Zij kunnen ook op een andere manier zorgen voor voldoende parkinsonzorg voor hun verzekerden.

Tariefsoort regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (resv's): vrij

Op het ogenblik verkent de NZa samen met andere partijen de mogelijkheden voor de bekostiging van regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden zoals vastgelegd in het Integraal Zorgakkoord. Hiervoor zijn wij voornemens een vrij tarief te adviseren. De redenen hiervoor zijn dat resv's nog in oprichting zijn en de investeringen die zij doen en ondersteuning die zij binnen de regio bieden de komende jaren sterk kunnen verschillen tussen resv's.

Bijlage 2 Consultatiereacties



BESTUURLIJKE REACTIE UITVOERINGSADVIES NZA

Algemene indruk

De Federatie van VSV's waardeert het uitvoeringsadvies van de NZa en herkent de uitgewerkte elementen in hoofdstukken 1 t/m 3. Deze onderdelen sluiten aan bij de eerdere gesprekken met de NZa en het veld. Wij onderschrijven met name de correcte duiding dat VSV's ondersteunende activiteiten uitvoeren en geen patiëntrelatie hebben. Deze uitgangspunten zijn en blijven essentieel voor een toekomstbestendige structurele bekostiging.

1. Rode draad en bestuurlijke uitgangspunten

De Federatie ondersteunt het advies van de NZa richting een lumpsum-bekostiging met een vrij tarief, uitsluitend onder de voorwaarde dat dit leidt tot **per 1 januari 2027** een werkbaar tariefkader voor alle VSV's.

Bij enkele veldpartijen lijkt de neiging te bestaan om het proces te vertragen of de scope te verbreden richting andere modellen of aanvullende monodisciplinaire toeslagen. De Federatie kan – namens haar leden – niet instemmen met trajecten die leiden tot langdurige onzekerheid of nieuwe complexiteit.

2. Contractering – noodzaak tot nuancering

De opmerkingen in hoofdstuk 5 over de contractering vragen om aanpassing.

- De NZa heeft in het proces zelf herhaaldelijk benadrukt dat **zij geen rol heeft in de contractering**. Die lijn moet ook nu worden doorgetrokken.
- Het advies presenteert de totstandkoming van een landelijke handreiking tussen ZN en de Federatie alsof deze reeds vaststaat in aard en omvang. Dit is feitelijk niet juist.
- Vanuit het perspectief van mededinging is nog volstrekt onduidelijk **hoe ver standaardisatie überhaupt kan gaan**.
- Zelfs met een vergaande handreiking blijft de contractering voor zowel zorgverzekeraars als VSV's een intensief proces met belangrijke administratieve implicaties.

Verzoek: nuanceer deze passages, en voorkom dat een te optimistisch beeld ontstaat van administratieve lasten of procesmatige eenvoud. Hiervoor is aanvullend overleg nodig.

3. Zorgaanbiederbegrip – randvoorwaardelijk voor voortgang

In hoofdstuk 5.4. en 6 gaat de NZa in op het begrip zorgaanbieder in andere wetgeving (WTZa, Wkkgz). Daarmee wordt buiten het formele werkgebied van de NZa getreden.

De implicaties van een mogelijke kwalificatie als zorgaanbieder – in de zin van andere wettelijke kaders – zijn juridisch zwaar, diepgaand en mogelijk **niet passend bij het type organisatie dat een VSV is**. Dit leidt in het veld tot verwarring en ruis.

Verzoek: de betreffende passages te verwijderen of aan te passen door:

- expliciet te benoemen dat deze duiding niet binnen het formele domein van de NZa ligt;
- vast te leggen dat verdere beoordeling moet plaatsvinden door VWS, CIBG en betrokken toezichthouders;
- te erkennen dat **duidelijke kaders over rechtmatigheid en zorgaanbiederstatus randvoorwaardelijk zijn** voor structurele bekostiging per 2027.

De Federatie kan – en wil – niet verder in het implementatieproces zonder deze duidelijkheid. Dit geldt ook voor het signaal dat ZN afgeeft door op dit moment niet aan te sluiten bij het bestuurlijk overleg.



Hoewel wij begrip hebben voor hun formele positie, is rechtmatigheid een gezamenlijk vraagstuk dat voor de sector uitgewerkt moet worden – niet een formele impasse.

4. Administratieve lasten en jaarverantwoording – behoefte aan concreetheid

Het uitvoeringsadvies noemt terecht dat wetgeving schuurt en knelt. De NZa signaleert dat ook de eisen rondom transparante bedrijfsvoering en openbare jaarverantwoording mogelijk op VSV's van toepassing worden.

Voor VSV's – als nieuw, klein en atypisch type samenwerkingsorganisatie – is onduidelijk wat dit betekent in omvang, kosten en uitvoerbaarheid. Tot op heden biedt het advies hierover onvoldoende diepgang.

Verzoek:

- een **concrete uitwerking** van de verwachte verplichtingen (inclusief financiële en administratieve impact);
- aandacht voor proportionele lasten, passend bij aard en omvang van VSV's;
- duidelijkheid over mogelijke uitzonderingsposities of alternatieve invulling.

Dit is een essentieel onderdeel van rechtmatige invoering. De Federatie van VSV's meldt hierbij ook schriftelijk dat ze hierbij graag direct bij wordt betrokken en hieraan graag haar bijdrage levert.

5. Uitzonderingen in wetgeving – van 'verkenning' naar 'opdracht'

In hoofdstuk 6.5 en 7 stelt de NZa terecht dat knellende verplichtingen in de WMG mogelijk moeten worden weggenomen door het formuleren van (tijdelijke) uitzonderingen.

De Federatie onderschrijft het belang hiervan volledig, maar dit zou niet als vrijblijvende *verkenning* moeten worden gepositioneerd. Voor implementatie in 2027 is dit een noodzakelijke randvoorwaarde.

Verzoek: de NZa te vragen dit onderdeel steviger te positioneren, met aandacht voor planning en procesafpraak richting VWS.



Concluderend

De Federatie van VSV's waardeert de stappen die zijn gezet, maar constateert dat het uitvoeringsadvies op een aantal cruciale punten nog onvoldoende concreet is om tijdig richting implementatie te kunnen bewegen.

Met name rondom:

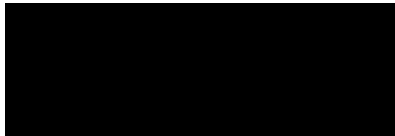
- rechtmatigheid,
- zorgaanbiederstatus,
- jaarverantwoording,
- administratieve lasten,
- rolverdeling NZa–VWS–CIBG,
- en de realistische uitvoerbaarheid van contractering.

Verder vindt u in de bijlage nog enkele belangrijke specifieke opmerkingen t.a.v. hoofdstukken 4 t/m 7.

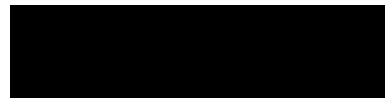
Wij verzoeken de NZa om op korte termijn deze punten verder te concretiseren, in samenspraak met de Federatie, VWS en relevante uitvoeringsorganisaties.

De Federatie wil en zal actief bijdragen om deze duidelijkheid te creëren, zodat de sector gezamenlijk kan zorgen voor een robuust, proportioneel en uitvoerbaar bekostigingsmodel per 2027.

Namens de Federatie van VSV's



K.M. Droogendijk, voorzitter



M. Kroeze, bestuurslid Bekostiging



Bijlage: enkele belangrijke specifieke opmerkingen t.a.v. hoofdstukken 4 t/m 7 uitvoeringsadvies

- In hoofdstuk 4 wordt gesteld dat naast een IGO ook nog een VSV bestaat, dat is niet passend bij de werkelijkheid. Ook de opmerkingen over wie uiteindelijk contracteert het VSV of namens het VSV vragen nog een vervolgesprek.

De Federatie van VSV verzoekt aanpassingen en stemt graag op korte termijn hier over af.

- De NZa schrijft in hoofdstuk 5 over de contractering. Allereerst een procesmatige reactie; De NZa concludeerde afgelopen maanden terecht dat zij geen rol heeft in de contractering. Daarnaast een inhoudelijke reactie; de NZa schetst het nut van het opstellen van een landelijke handreiking tussen ZN en de Federatie van VSV's. Het is inderdaad ook de intentie van deze twee partijen om tot een eenvoudig contracteringsproces te komen en een handreiking te maken. Het is echter de vraag in hoeverre vanuit de mededinging deze handreiking mag gaan en hoeveel standaardisatie in het contracteringsproces er mogelijk is. De uitvoeringstoets kan gelezen worden als dat de handreiking een gegeven feit is, dat is echter op dit moment nog niet duidelijk. De uitvoeringstoets schetst ook een zeer positief beeld, alsof de lasten van de contractering en de administratieve lasten beperkt zullen zijn. Zelfs als er een vergaande handreiking mogelijk zou zijn en ZN en de Federatie van VSV's overeenstemming hierover kunnen bereiken, blijft de contractering een bewerkelijk proces wat enerzijds veel van zorgverzekeraars en VSV's gaat vragen en anderzijds naar verwachting (en op basis van recente ervaringen in het veld) zéér veel inspanningen vraagt om te komen tot volledige en tijdige overeenkomsten.

De Federatie van VSV's verzoekt deze passages scherp te nuanceren.

- Daarnaast gaat de NZa in hoofdstuk 5.4 in op het begrip zorgaanbieder in andere wetgeving dan alleen de WMG. Het begrip zorgaanbieder heeft in elke wet een iets andere lading. De NZa treedt in deze paragraaf buiten haar werkterrein. De NZa heeft een gedeelde rol samen met het CIBG over de WTZa en geen enkele rol in de Wkkgz. De implicaties van het zijn van een zorgaanbieder in deze wetten heeft verstreckende gevolgen en gaan qua impact ook buiten wat veldpartijen in het basiskader als taken voor het VSV hebben benoemd. Het veroorzaakt ruis in het gesprek met de veldpartijen.

De Federatie van VSV's verzoekt dan ook deze passages te verwijderen en/of te benoemen dat deze thema's verder aandacht behoeven in gesprek met het ministerie van VWS en relevante toezichthouders/uitvoeringsorganisaties. Voor de VSV's is volstreekte helderheid over het begrip zorgaanbieder zijn en oplossingen voor eventuele knelpunten randvoorwaardelijk voor invoering van structurele bekostiging.

- In hoofdstuk 6 wordt ook door de NZa nadrukkelijk ingebracht dat de wetgeving schuurt en knelt en uitvoeringsproblemen met zich meebrengt. Een voorbeeld daarvan is in hoofdstuk 6.3. het toezicht op de transparante bedrijfsvoering en de openbare jaarverantwoording. VSV's zijn een ongebruikelijke nieuwe vorm van aanbieders (conform wetgeving van de WMG). Op basis de uitvoeringstoets is nog onvoldoende duidelijk wat de impact daarvan is voor de VSV's.

De Federatie van VSV's vraagt voor de NZa extra toelichting en concretisering met een nadrukkelijk verzoek om rekening te houden met de administratieve lasten en het type organisatie.

- In hoofdstuk 6.5. en hoofdstuk 7 wordt door de NZa geschetst dat het de verkenning waard is om de verschillende schurende verplichtingen uit de WMG met het VSV als zorgaanbieder weg te nemen door het formuleren van een of meerdere uitsluitingen nadere wetgeving.

De Federatie van VSV's benadrukt het belang hiervan en suggereert dat het niet alleen zou moeten gaan om een verkenning, maar gezien ook de breed gedragen wens tot structurele bekostiging van VSV's, hier voortvarend invulling aan te geven.



Notitie

Aan

NZa en het Bestuurlijk Overleg Geboortezorg

Datum

27 november 2025

Van

De IGO's: Salland, Annature, IJmond, Geboortehart, JIJWIJ, Qocon en Zuid aan Zee

Onderwerp

IGO's i.r.t. de voorgenomen vaste bekostiging VSV's + reactie op het uitvoeringsadvies van de NZA (bijlage)

Aanleiding

Met het opstellen van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG) in 2016 is er beschreven aan welke zaken een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV's) moet werken om de zorg te verbeteren. De regio's zijn hiermee ook aan de slag gegaan en een aantal van deze VSV's besloot in 2017 de stap te zetten naar een Integrale Geboortezorgorganisatie (IGO). In deze regio's zijn de VSV's opgegaan in de IGO's.

Doel van deze IGO's is om gezamenlijk in een regio vorm te geven aan integrale geboortezorg met integrale bekostiging. Deze IGO's zijn aan de slag gegaan met de taken en verantwoordelijkheden uit de Zorgstandaard en daarmee ook de taken die later zijn beschreven in het Basiskader met hulp van integrale bekostiging.

De Federatie van VSV's werkt aan een vertaling in taken en verantwoordelijkheden van VSV's op basis van de Zorgstandaard. In 2023 is landelijk het Basiskader voor VSV's bestuurlijk door de partijen geaccordeerd. Dit beschrijft een concretisering in verantwoordelijkheden en taken zoals deze in de ZIG zijn beschreven. Een vervolgstap hierbij is dat er een route tot financiering, bekostiging en contractering van deze taken voor alle VSV's in gang is gezet. Naar verwachting is deze financiering er per januari 2027.

Hoe verhoudt de bedoeling van het basiskader en zich tot (het functioneren van) de IGO's?

- Er komen organisatietaken kijken bij de uitvoering van de zorgstandaard waar aanvullende faciliteiten en middelen voor nodig zijn.
- Er is een integrale verantwoordelijkheid voor het leveren van goede geboortezorg, integrale bekostiging kan hiervoor een middel zijn.
- IGO's en VSV's zijn verantwoordelijk voor coördinatie van zorg door de leden. Met hierin gezamenlijke verantwoording voor de taken in het basiskader.



- IGO's voldoen aan inspanning op de taken uit het basiskader en leggen hier ook verantwoording over af in inhoudelijke jaarverslagen en rapportages naar de zorgverzekeraars.
- Het integrale tarief is voldoende onderbouwd in de afgelopen jaren.
- De IGO's hebben in hun gebied duidelijk groei laten zien op taken en verantwoordelijkheden van het basiskader t.o.v. de situatie voordat zij een IGO werden. Zij hebben hiermee aangetoond dat hun doel, namelijk betere samenwerking leidt tot betere resultaten, behaald is. Integrale bekostiging is hierbij een hulpmiddel geweest.

Wat betekent de voorgenomen vaste bekostiging van VSV's voor de IGO's?

De IGO's worden vertegenwoordigd door de Federatie van VSV's. In nauw overleg met de Federatie hebben de IGO's aantal uitgangspunten met betrekking tot vaste bekostiging van VSV's opgesteld:

1. Een IGO vervult de rol en taken van een VSV, uitgebreid met integrale bekostiging.
2. Een IGO dient te voldoen aan het basiskader VSV.
3. Er is geen verschil in de werkzaamheden en daarmee de kosten voor de netwerksamenwerking van IGO of VSV. Uitgezonderd de extra werkzaamheden en kosten in het kader van de integrale bekostiging.
4. Een IGO heeft recht op de aanspraak van VSV-bekostiging, echter:
 - a. De bestaande IGO's hebben een passende bekostiging, met integrale tarieven waarin impliciet de kosten zijn verdisconteerd.
 - b. Naast het basiskader wordt de bekostiging nu aangevuld met extra taken, zoals Blinkz en contributie Federatie VSV's. Dit kan in de loop van de jaren verder uitgebreid worden. Voor deze activiteiten zullen de integrale tarieven aangepast moeten worden.
5. De IGO's contracteren en declareren namens de leden op basis van een integraal tarief. Een separate contractering en declaratie voor een deel van de werkzaamheden sluit daar niet op aan en geeft onnodige extra administratieve lasten. De keuze voor vrije tarieven in de integrale bekostiging en het ontbreken van volgrebeleid maakt de bestaande contractering al tot een tijdrovend proces.
6. De IGO's leggen jaarlijks verantwoording af in hun (kwaliteits)jaarverslag



Conclusie

De IGO's vinden het vanzelfsprekend dat ook zij, net als VSV's, moeten voldoen aan de verantwoordelijkheden en taken van het basiskader. Zij zetten zich hier ook al jaren voor in en leggen hier ook jaarlijks verantwoording over af. De IGO's realiseren dit met hulp van integrale bekostiging.

De IGO's zijn van mening dat zij inhoudelijk grotendeels voldoen aan het basiskader, uitgezonderd enkele nieuwe elementen.

Het is niet voor de hand liggend dat bestaande IGO's aanspraak maken op een VSV-bekostiging vanuit de ZvW, zoals die nu voor VSV's wordt georganiseerd voor uitvoering van het basiskader. Als er uitbreiding van taken plaatsvindt of andere zaken worden toegevoegd aan het basiskader moet hierover wel het gesprek met zorgverzekeraars gevoerd worden om dit ook te kunnen borgen binnen de integrale bekostiging. De wens is om dit bij de start en in de toekomst eenduidig voor alle IGO's te doen, op welke manier dit kan, vraagt om nadere verkenning.

Deze lijn van de IGO's draagt bij aan de beheersing van de totale zorgkosten. Uit de laatste RIVM-evaluatie van integrale bekostiging bleek dat de zorgkosten bij een IGO minder hard stijgen dan bij vergelijkbare VSV-regio's. In de wetenschap dat de kosten voor een professionele netwerksamenwerking ook daarin zijn verdisconteerd, ondersteund dit de relevantie van integrale bekostiging.

Tot slot, in lijn met het traject voor de VSV's is het van groot belang dat onderzoek gedaan wordt naar en beleid opgesteld wordt voor de IGO's inzake de wet WMG en de daar op volgende wetten. Net als VSV's zijn IGO's geen directe zorgaanbieder, maar een orgaan dat de samenwerking in de regio bevordert en een 'administratiekantoor' voor de integrale bekostiging op basis van via contracteren en via declareren.



Bijlage

Reactie op het voorliggende uitvoeringsverzoek van de NZa, "Hoe verhoudt de bedoeling van het basiskader en zich tot (het functioneren van) de IGO's?" van 14 november 2025

De IGO's hebben kennisgenomen van het uitvoeringsverzoek. Wij staan achter het initiatief om de organisatie van netwerksamenwerking in de geboortezorg te bekostigen en de daarbij voorgestelde financiering voor de IGO's. In het functioneren van de IGO's blijkt duidelijk de meerwaarde en noodzaak voor een professionele netwerksamenwerking in de geboortezorg.

De IGO's zien nog wel een aantal grote knelpunten voor overgegaan kan worden tot het opstellen van een beleidsregel. Vanuit ons perspectief is het grootste knelpunt de zorgaanbiederstatus van de VSV's. Wij zijn het niet eens met het uitgangspunt van de NZa zoals beschreven in het uitvoeringsadvies, dit maakt wat ons betreft bekostiging van VSV's onuitvoerbaar.

Met betrekking tot de inhoud van het advies vragen wij de NZa de paragrafen m.b.t. de IGO's te herzien op basis van onze uitgangspunten, zoals geformuleerd in de notitie.

Daarnaast hebben wij enkele opmerkingen naar aanleiding van de tekst in het uitvoeringsadvies.

- M.b.t. de toelichting op de kernbegrippen, blz. 9, de zin "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" willen graag aanpassen in:
 - o Ongeveer één op de tien regio's werkt met de recent ingevoerde integrale bekostiging waarbij binnen een regio één contractant bestaat die namens de leden de integrale zorg inkoopt en namens de leden de integrale zorgprestaties declareert. In de integrale geboortezorg prestaties is de inzet van de verloskundige, kraamzorg en msz samen zijn verwerkt"
- M.b.t. de zin op blz. 11: "Optie 2 uit figuur 1 is de optie voor integrale bekostiging van de zorg":
 - o Hier sluiten wij ons op aan, met de opmerking dat ook voor IGO's bekostiging voor het organiseren van de samenwerking noodzakelijk is.
- N.a.v. paragraaf 3.2 Tariefsoort
 - o De keuze voor een vrij tarief impliceert ook dat verzekeraars (nagenoeg) niet verplicht zijn om mee te gaan in deze ontwikkeling. De kans van slagen wordt hierdoor verkleind. In de derde alinea wordt de macht van het VSV benoemd, maar wij herkennen dit niet als zodanig uit de werkelijke onderhandelingen met verzekeraars.
 - o De keuze voor vrije tarieven brengt een proces met zich mee waarin een VSV met iedere zorgverzekeraar afzonderlijk zal moeten onderhandelen om tot passende afspraken te

komen en de ervaring van IGO's is dat dat proces jaarlijks veel tijd kost en een lange doorlooptijd kan hebben. De bijbehorende tijdsinvestering zal ook moeten worden bekostigd voor alle 70 VSV's, terwijl het een activiteit is die feitelijk niet bijdraagt aan integrale zorg.

- M.b.t de tekst over optie 5 op blz. 11 en de zinsnede op blz. 12 "het tarief zou te laag zijn voor een groot en complex VSV, maar te hoog voor een klein VSV":
 - o Omgekeerd geldt dit ook bij IGO's: De huidige integrale tarieven zijn gebaseerd op een tarief per zwangere (per fase). Dit betekent dat de bekostiging voor de samenwerking afhankelijk is van de aantallen. Als de aantallen volatiel zijn, of de omvang van een (nieuwe) IGO erg klein is kunnen hier knelpunten ontstaan, omdat een groot deel van de basisactiviteiten gelijk blijven. Een overweging zou kunnen zijn om te werken met tariefgroepen of een bandbreedte.
- N.a.v. de alinea over het maximumtarief in combinatie met lumpsum, blz. 13:
 - o Deze paragraaf is ons onduidelijk. Wij begrijpen wel dat een maximumtarief impliceert dat je ook veel lager kan contracteren, maar we begrijpen niet waarom dit bij een lumpsum anders zou zijn dan bij tarieven per cliënt.
- N.a.v. de paragraaf over zorgverzekeraars, blz. 15:
 - o Wij vinden het opvallend dat we hier concluderen dat de verzekeraar niet mee hoeft te doen in deze ontwikkeling en dat we daar overheen stappen op basis van de "zorgplicht". We voorzien zeker meerdere verzekeraars die op grond van deze escape niet gaan contracteren met VSV's.
- N.a.v. de opmerking over een handvat op blz. 16:
 - o We zijn benieuwd wat dit "handvat" gaat omvatten, dat lezen we hier niet terug.
- N.a.v. hoofdstuk 4:
 - o Dit hoofdstuk moet herschreven worden vanuit het uitgangspunt dat er of een VSV of een IGO actief is in een regio. Ook de zinsnede over Berenschot 2020.
- N.a.v. paragraaf 4.1.2, zin: Hierdoor vermindert naar onze verwachting wel de urgentie om binnen een regio verregaand samen te werken binnen een IGO-verband.
 - o Dit veronderstelt dat de enige reden om een IGO te worden is dat integrale tarieven samenwerking mogelijk maakt. Dat is veel te kort door de bocht. De IGO's zijn opgericht om integrale zorg te leveren, met verregaande zorgverschuivingen. Daarvoor is een professioneel samenwerkingsverband en met financiële middelen randvoorwaardelijk.
- N.a.v. paragraaf 5.2, zin: "de intentie van verzekeraars om congruent te handelen":
 - o Onze praktijkervaring in de integrale bekostiging is helaas anders. Er zijn substantiële verschillen in de contactering en verantwoording die het proces onnodig tijdrovend maken en soms onterecht negatieve consequenties heeft in de uitkomst van afspraken.

Nederlandse Zorgautoriteit

Postadres
Postbus 2001
3500 GA Utrecht

Utrecht, 28 november 2025

Bezoekadres
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Betreft: Reactie KNOV op Uitvoeringsadvies bekostiging van activiteiten
en diensten van een verloskundig samenwerkingsverband (VSV)

T 088 – 888 39 99
knov.nl

Geachte mevrouw Engwirda,

De KNOV heeft het concept Uitvoeringsadvies bekostiging van activiteiten en diensten van een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) ter consultatie ontvangen. Bedankt voor de mogelijkheid om hierop te reageren.

We herkennen de wens om te werken naar een passende bekostiging als er coördinerende taken worden uitgevoerd voor zorgverleners ten behoeve van de kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd uiten we onze grote zorgen over het advies dat de NZa voornemens is te geven aan het ministerie van VWS. We realiseren ons dat er veel werk zit in het advies en dat partijen zoekende zijn naar een goede passende oplossing. Ook wij dragen daar graag aan bij. Het is belangrijk voor onze leden en daarom moet het ook goed en juist zijn. Helaas zien we dat we daar nog niet zijn. Wij kunnen daarom niet achter dit advies staan en vragen de NZa het advies aan te passen.

Om ervoor zorg te dragen dat de VSV's geen hinder ondervinden, pleiten we, net als Zorgverzekeraars Nederland, voor een verlenging van de subsidieregeling. Zodat we met elkaar de ruimte en tijd hebben om goed te evalueren en te komen tot een financiering die passend is bij de brede vraagstukken die spelen rondom netwerken, samenwerking en governance in de geboortezorg. Tijdens het bestuurlijk overleg van 28 november 2025 hebben we dit toegelicht en met deze brief geven we een nadere toelichting.

Prematuur advies – wacht evaluatie subsidieregeling af, niet onverdeeld positief

Op dit moment loopt er een subsidieregeling voor VSV's vanuit ZonMW. Het is goed om te zien hoe daar oog is voor zorgverleners die al jaren zonder (of met beperkte) vergoeding taken uitvoeren binnen een samenwerkingsverband.

Tegelijkertijd zijn onze leden niet onverdeeld positief over de subsidieregeling. Zij ervaren dat deze vooral het organisatorische construct financiert, terwijl onduidelijk blijft welke taken het VSV precies uitvoert en waar verantwoordelijkheden liggen. Ze signaleren extra taken, hogere administratieve lasten en meer verantwoording, zonder dat de samenwerking of kwaliteit van zorg aantoonbaar verbetert – en in sommige gevallen zelfs verslechtert.

Prematuur advies – er liggen bredere vraagstukken over netwerkzorg dan alleen bekostiging

Iedereen onderschrijft het belang van goede netwerkzorg, maar over wat een netwerk precies is verschillen de meningen en zien we grote verschillen in de praktijk. In de praktijk merken we ook dat er knelpunten zijn die in de regio's worden ervaren, die met de geadviseerde bekostiging verder kunnen worden bestendigd.

Zo is er sprake van ongelijkwaardigheid tussen de deelnemende partijen in onder andere omvang, ondersteuning en aansturing. Echte samenwerking en het naleven van afspraken komen hierdoor moeilijk van de grond. Hier is de governance ook niet naar, omdat het VSV een netwerkorganisatie is waar partijen aan deelnemen die zelf autonome taken, rollen en bevoegdheden hebben.

Verder is van oudsher elk VSV gecentreerd rondom één ziekenhuis, waardoor samenwerking of spiegelen tussen ziekenhuizen (en dus over de hele keten) binnen een VSV beperkt is. Voor verloskundigen die in meerdere VSV's actief zijn, leidt het verschil in werkwijze daarbinnen tot extra werkdruk (overleggen, administratieve lasten) en tuchtrechtelijke vraagstukken (verschillen in regionale protocollen). Ook voor de client leidt het tot onverklaarbare regionale verschillen. Bepaalde taken – zoals dataverwerking, digitale gegevensuitwisseling en kwaliteitsontwikkeling – vragen vaak om een schaal die groter is dan de huidige schaal rondom één ziekenhuis. Hier is bijvoorbeeld ook voor gekozen bij het versnellingsprogramma Babyconnect, waar met grotere regio's is gewerkt. Structurele bekostiging zou hier rekening mee moeten houden en niet de huidige organisatievorm van VSV's moeten bestendigen.

Er is forse overlap in regio's tussen VSV's omdat de cliënten niet te vangen zijn in een adherentiegebied van een praktijk, kraamzorgaanbieder of ziekenhuis. Nog los van het gegeven dat cliënten niet toewijsbaar zijn aan een VSV en gedurende de zwangerschap in meerdere vsv's kunnen vallen. Er is geen sprake van een landelijk dekkend netwerk zoals in het advies staat, maar van een overlap van allerlei verschillende netwerken en zorgaanbieders en cliënten die daar doorheen 'bewegen'.

De huidige VSV's zijn sterk gericht op samenwerking op het curatieve vlak binnen de keten van eerste en tweede lijn. De samenwerking met het sociale domein, meer publieke gezondheid en gezondheidsbevordering voor (regionale) populatie landt op dit moment niet goed in VSV's. Terwijl dit wel een belangrijk onderdeel is van de zorg die we hebben te leveren aan de jaarlijks 170.000 zwangeren. Ook het advies van de NZa kent een sterk curatieve inslag en versterkt de eenzijdigheid van de keten in plaats van het opzetten van een breed netwerk.

Als laatste merken we op dat er niet 'één VSV' is. De manier waarop het netwerksamenwerkingsverband wordt vormgegeven, verschilt sterk per regio. Zo zijn sommige wel een juridische entiteit, andere niet. De jaarplannen en activiteiten per vsv verschillen, evenals de manier waarop ze zijn georganiseerd en wie er deelnemen. Als er een entiteit is, lopen de statuten, taken en verantwoordelijkheden sterk uiteen. Op het construct VSV kan je dan ook geen bekostiging bouwen, zelfs als dat de gewenste route zou zijn.

Door de bekostiging los te koppelen van bredere vraagstukken zal de bekostiging huidige structuren en patronen versterken evenals alle negatieve patronen die daarin zitten. Het biedt daarmee geen oplossing voor goede netwerkzorg, maar zal juist averechts werken. Het biedt partijen tevens minder ruimte om bepaalde keuzes te maken in de toekomst, omdat de bekostigingskeuze reeds is gemaakt.

Bekostiging van zorg of van organisatie – en wie is dan verantwoordelijk?

We zijn van mening dat een goede bekostiging vanuit de Zorgverzekeringswet (zvw) start met de vergoeding van goede zorg. Als het geen goede zorg is, dan horen we het niet te vergoeden vanuit de zvw. Het advies van de NZa bespreekt niet duidelijk of er sprake is van zorg. Zo stelt het advies dat zorgverzekeraars niet verplicht zijn om in te kopen, omdat het organisatie betreft. Echter, als er sprake is van zvw-zorg dan geldt er volgens ons een zorgplicht voor de zorgverzekeraar. De NZa stelt echter dat inkoop niet verplicht is en er dus geen zorgplicht geldt. Het volgens ons aan Zorginstituut Nederland om deze vraag goed te beantwoorden.

Als er sprake is van verzekerde zorg, dan richt de bekostiging zich op de vergoeding van deze zorg voor de cliënt en niet op de vergoeding van de zorgverlener of van de organisatie. De

kosten voor een zorgverlener of organisatie zal uiteraard wel verdisconteerd zitten in het tarief, maar is niet de basis voor het tarief. De bekostiging zou zich dus niet moeten richten op een VSV bekostiging, maar op het mogelijk maken voor partijen om multidisciplinair met elkaar te leren van data (taak vier van het VSV-basiskader). In het advies lijkt vooral de bekostiging van het VSV als gremium centraal te staan, in plaats van de kwaliteit van zorg.

Verder stelt de zvw eisen aan vergoede zorg. Er moet sprake zijn van een zorginhoudelijke indicatie, waarop de zorgverlener zorg biedt aan een individuele cliënt. Het vaststellen van deze indicatie, en het leveren van de zorg, ligt bij de zorgverlener en niet bij een VSV. Er kunnen voor de zorgverlener wel randvoorwaarden zijn om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden. Zo moet de zorgverlener zijn eigen bekwaamheid op orde houden, om goede zorg te leveren. Dit kan bijvoorbeeld door middel van scholing, maar ook door middel van kwaliteitsregistraties zoals dataverzameling.

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg richting de cliënt ligt dan bij de zorgverlener. Ook de verantwoordelijkheid voor het borgen van haar randvoorwaarde ligt bij de zorgverlener. Deze verantwoordelijkheid kan een zorgverlener (ten dele) delegeren. Bijvoorbeeld wanneer een andere zorgverlener de zorg uitvoert (taakdelegatie) of als een andere partij (vaak de beroepsgroep) de kwaliteitsregistratie op zich neemt. Maar deze taken kunnen niet zomaar van bovenaf worden toegewezen aan een andere partij. Dan ontstaat de situatie dat zowel de zorgverlener als een andere aangewezen organisatie verantwoordelijkheid lijken te dragen.

Dit gaat leiden tot veel verwarring in de regio, juridische onduidelijkheid en potentieel tuchtrechtelijke consequenties voor de zorgverlener die achteraf toch een bepaalde verantwoordelijkheid draagt.

Bekostiging voor die mensen die het werk doen

We pleiten er sterk voor om de bekostiging, als deze is gekoppeld aan taken, toe te wijzen aan de professionals die deze taken uitvoeren. Het VSV doet zelf geen taken. Het zijn mensen, vaak de zorgprofessionals die de taken uitvoeren. Bekostiging via het VSV impliceert werkgeverschap of opdrachtgeverschap (dit laatste lijkt, gegeven de vaste taak, niet binnen de huidige wet dba te passen). Het leidt tot complexiteit, hogere kosten en vooral ook verminderde eigenaarschap bij uitvoerende professionals en de deelnemende partijen van het vsv. Dit achten wij onwenselijk. We zouden juist het eigenaarschap en verantwoordelijkheid van zorgprofessionals willen versterken binnen de samenwerking.

Overige punten

Wij kunnen ons niet vinden in het standpunt dat een VSV als zorgaanbieder moet worden beschouwd. Een VSV is een samenwerkingsverband van individuele zorgaanbieders en geen zelfstandige organisatie die patiëntenzorg levert. Toch wekken passages in het rapport de indruk dat het VSV zorginhoudelijke of organisatorische verantwoordelijkheid draagt. De consequenties hiervan voor wet- en regelgeving, rollen en verantwoordelijkheden zijn aanzienlijk en vragen om een bredere discussie dan uitsluitend vanuit het perspectief van bekostiging.

Daarnaast plaatsen wij juridische vraagtekens bij de gekozen route, nu deze niet eenduidig is toe te wijzen aan individuele zorg en een individuele cliënt, terwijl dit naar onze kennis noodzakelijk is voor vergoeding. Toewijzing via een VSV is niet mogelijk, aangezien cliënten zich niet aan een VSV verbinden en vrij gebruikmaken van zorg bij verschillende aanbieders binnen en buiten het VSV.

Wij achten de route via de ADZ sterk zww-gericht en mogelijk belemmerend voor toekomstige samenwerking met het sociaal domein en inzet op publieke gezondheid. We twijfelen bovendien aan de juridische houdbaarheid van deze route.

In het rapport wordt geconstateerd dat, ongeacht de omvang van het vsv, de kosten nagenoeg gelijk zijn en grotendeels uit vaste kosten bestaan. Dit wekt de suggestie dat de organisatie vooral wordt bekostigd in plaats van de zorg voor de cliënt. Immers, als de zorg wordt bekostigd, zullen de kosten omhoog of omlaag gaan afhankelijk van de hoeveelheid zorg dat binnen het vsv wordt geleverd. De kosten zijn daarmee niet zorggericht, maar organisatiegericht. Deze constatering pleit overigens ook voor een bepaalde schaalgrootte van VSV's om financiële middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten.

Ten aanzien van de gestelde dubbele bekostiging binnen het monodisciplinaire tarief signaleren wij dat deze conclusie niet wordt onderbouwd door het kostenonderzoek. Wij verzoeken de NZa deze stelling nader te onderbouwen of expliciet te maken dat hierover geen uitspraken kunnen worden gedaan en dat het potentiële effect beperkt is.

Tot slot missen wij een analyse van de effecten op de individuele zorgverlener en praktijken. Het advies gaat alleen in op het effect voor een vsv en op andere vormen van bekostiging. Hoewel deze deels positief kunnen zijn, zien wij in de praktijk ook reële risico's op negatieve gevolgen, zoals eerder toegelicht bij de subsidieregeling.

Worsteling met systemen, regels, rollen en verantwoordelijkheden

Wij constateren dat in het rapport wordt geworsteld met een consistente onderbouwing. Op onderdelen lijken de standpunten van de NZa elkaar zelfs tegen te spreken, waarbij de gekozen argumentatie wordt aangepast al naar gelang deze passend is om tot de gewenste conclusie te komen. Hierdoor ontstaat de indruk van een doelredenering, in plaats van een transparante analyse waarin wordt erkend dat huidige systemen en regels mogelijk met elkaar wringen.

Tegelijkertijd zijn wij van mening dat binnen de bestaande kaders wel degelijk een heldere en verdedigbare redenering te ontwikkelen is voor een passende bekostiging. Daarbij achten wij het wenselijk om de evaluatie van de subsidieregeling af te wachten en in te zetten op een tijdelijke verlenging hiervan. Mocht dit niet haalbaar blijken, dan bieden de toeslag integrale geboortezorg en/of de max-max systematiek en/of de vrije prestatie voor ziekenhuizen naar onze mening een reël tijdelijk alternatief om continuïteit voor de VSV's te waarborgen.

We denken richting de toekomst graag mee, omdat we met elkaar de samenwerking, het netwerk, goed willen ondersteunen. En daar hoort ook een passende vergoeding bij voor professionals die hierin regionaal in VSV's taken uitoefenen.

Met vriendelijke groet,

Job Paulus
Directeur KNOV

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

Datum: 28 november 2025
Kenmerk: U25-080
Onderwerp: Uitvoeringsadvies bekostiging VSV taken

Geachte mevrouw [REDACTED],

De NVK heeft met belangstelling kennisgenomen van uw uitvoeringsadvies over de bekostiging van VSV-taken. Het doet goed te zien dat de NZa tot de conclusie komt dat bekostiging voor de organisatie van de geboortezorg door VSV's wenselijk en mogelijk is en zo de professionalisering van de VSV's verder door te zetten.

Ook kan de NVK zich vinden in de geschetste afwegingen van de NZa over de juiste bekostigingsvorm. Met als conclusie dat de lumpsum-prestatie met vrij tarief voor de VSV's het meest werkbaar zal zijn, ondanks dat hier ook nadelen voor zijn te noemen. Wel hebben wij daarbij de vraag wat dit concreet voor VSV's gaat betekenen. Ondanks het feit dat gewerkt wordt aan een handreiking zal de contractering naar verwachting een aanzienlijke tijdsinspanning van alle individuele VSV's vergen.

Vragen bestaan er ook over hoe de verplichting van de geboortezorgaanbieder om zich aan te sluiten bij een VSV zich verhoudt tot het ontbreken van een verplichting voor de zorgverzekeraar om een VSV te contracteren voor de beschreven organisatorische taken in het basiskader VSV's. Het lijkt ons wenselijk de komende jaren te monitoren of alle VSV's daadwerkelijk gecontracteerd worden.

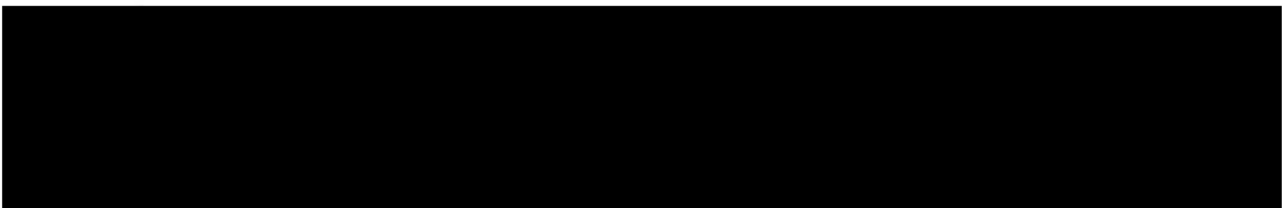
Uw uitvoeringstoets beschrijft een grotere sturingsmogelijkheid van de zorgverzekeraar op het VSV. Gelijkwaardigheid tussen VSV en zorgverzekeraar met het basiskader VSV's als kwaliteitsleidraad lijkt ons essentieel voor de afspraken tussen zorgverzekeraars en individuele VSV's.

Tot slot willen wij wijzen op de rol van de kinderarts binnen de geboortezorg en derhalve het belang van betrokkenheid van de kindergeneeskunde bij de inhoudelijke inrichting van de verloskundige samenwerkingsafspraken in een VSV.

We hebben op het uitvoeringsadvies gereageerd vanuit inhoudelijke perspectief. Hierbij is de aanname gedaan dat de NZa en VWS zorgdragen voor een juiste en tijdige invulling van de randvoorwaarden rondom rechtmatigheid.

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.

Met vriendelijke groet,



Lissy de Ridder
voorzitter

Daniel Vijlbrief
portefeuillehouder geboortezorg

NVOG-reactie op consultatie 'Uitvoeringsadvies bekostiging VSV-taken'

Het voorliggende document bevat waardevolle voorstellen om de coördinatie binnen de geboortezorg structureel te ondersteunen. Tegelijkertijd zijn er op meerdere onderdelen onduidelijkheden en risico's die moeten worden aangescherpt om tot een uitvoerbare, realistische en gedragen bekostigingssystematiek te komen. Hieronder worden de belangrijkste opmerkingen gedeeld, die betrekking hebben op de positionering van VSV's, de gekozen bekostigingsvorm, de impact op bestaande tarieven, de uitvoerbaarheid en de samenhang met het bredere beleid voor integrale geboortezorg.

1. Samenstelling VSV's

De beschrijving op p.7 is onvolledig: naast verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg horen ook ziekenhuizen (incl. OK-assistentie), neonatologie/obstetrie verpleegkundigen, anesthesiologie, cardiologie, interne geneeskunde en andere relevante specialismen expliciet genoemd te worden.

2. Classificatie 'zorgaanbieder'

De term zorgaanbieder past niet bij de aard van VSV-taken. VSV's leveren geen patiëntenzorg, maar vervullen een coördinerende rol. Het standpunt dat een VSV niet als zorgaanbieder moet worden geclassificeerd, wordt ondersteund; 'organisatie van zorgaanbod in VSV-verband' past beter. Indien classificatie als zorgaanbieder noodzakelijk is voor financiering, is er een expliciete toelichting nodig waarom dit de enige optie is.

3. Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

De passage op p.9 is te stellig: de standaard verplicht niet dat alle zorg integraal wordt geleverd. Monodisciplinaire zorg volgens richtlijnen blijft passend. De tekst dient genuanceerd te worden.

4. Toegankelijkheid van zorg

Het VSV is niet verantwoordelijk voor toegankelijkheid. Deze verantwoordelijkheid ligt bij individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit moet worden verduidelijkt.

5. Tweesporenbeleid

Het document gaat uit van het tweesporenbeleid als gegeven (monodisciplinair en integraal). Er wordt opnieuw benadrukt dat de NVOG voorstander is van integrale bekostiging als eindbeeld.

6. Lumpsum en contractering

Het lumpsummodel en met name het contracteerproces met vrij onderhandelbare tarieven legt een zware nieuwe taak bij VSV-besturen. Beter hanteerbaar is een vast tarief met kleine variabele component afhankelijk van de grootte van het VSV. Een volgbeleid van verzekeraars, zoals eerder toegezegd, hoort in dit document te worden vastgelegd.

7. Impliciete bekostiging

Herhaaldelijk wordt gesteld dat VSV-taken 'tot op zekere hoogte' zijn verdisconteerd. Voor de medisch-specialistische zorg is dit onjuist. Schoningsvoorstellen mogen niet leiden tot verlaging van MSZ-tarieven.

8. Relatie en oorzaken uitblijven IGO-vorming

De genoemde reden (administratieve lasten) is niet volledig; onzekerheid in de eerstelijns speelt een grotere rol. Tekstverduidelijking gewenst.

De stelling dat in elke regio naast de IGO ook een VSV bestaat, klopt niet overal. In sommige regio's is de structuur anders ingericht. Dit verdient aanpassing.

9. Juridische en organisatorische risico's

De verhouding tussen VSV en individuele zorgaanbieders moet helder worden uitgewerkt, zodat geen onbedoelde aansprakelijkheid of rolverschuiving ontstaat. De jaarverantwoordingsplicht brengt extra lasten met zich mee. Indien VSV's niet als zorgaanbieder worden geclassificeerd, vervalt deze plicht. Indien wel, dient de financiering deze taken af te dekken.

10. Ontbrekende onderdelen

Het advies moet verduidelijken:

- dat het VSV-basiskader leidend is voor de te leveren prestaties;
- hoe kosten voor o.a. Babyconnect en ICT worden gedekt;
- welke concrete prestatie-onderdelen voor bekostiging gelden.

Samenvattend

De structurele bekostiging van VSV-taken wordt gesteund, mits deze realistisch, uitvoerbaar en kostendekkend wordt vormgegeven, aansluit bij het basiskader en geen extra lasten of onduidelijkheden creëert voor aangesloten zorgprofessionals.

Inbreng NVZ

Inmiddels zijn de verloskundige samenwerkingsverbanden ingeburgerd in de integrale geboortezorg. De NVZ is daarom blij met de ontwikkeling dat er gezocht wordt naar een manier om de VSV's structureel te financieren. Het is voor deze coördinatiefunctie van belang dat er een 'eenvoudige' manier gevonden wordt om dit te financieren. De kosten zijn niet per patiënt te herleiden en daarom lijkt de ADZ-regeling de meest voor de hand liggende wijze van financieren. Voor de VSV's bestaat eenvoudig uit het feit dat er een manier moet zijn om met één partij te kunnen komen tot een afspraak over de financiering.

Daarbij heeft de NVZ nog wel een aantal vragen ook met betrekking tot de organisatie van de verloskundige samenwerkingsverbanden en verduidelijking daarvan:

1. Is te verwachten dat VSV's door deze nieuwe manier van financiering voor andere uitdagingen komen te staan die samenhangen met toetreding tot de WTZa én daarnaast fiscaliteit in verband met ingehuurd personeel? Bij het voortzetten van de huidige samenwerkingsvorm (personeel in dienst van de verschillende samenwerkingspartners en niet in dienst van het VSV) ontstaat mogelijk een BTW-risico op de door te belasten personeelskosten. Om het risico hiervoor in te schatten willen we de NZa verzoeken om te onderzoeken welke activiteiten worden doorbelast en of er sprake is van mogelijke zorgvrijstelling.
2. In het uitvoeringsadvies wordt beschreven dat de ADZ-prestatie gebaseerd wordt op de taken en verantwoordelijkheden die beschreven staan in het basiskader uit de zorgstandaard integrale geboortezorg. Is het daarmee voor IGO's ook werkbaar om die kosten (dus alleen de kosten t.b.v. de VSV taken) te declareren via de ADZ-regeling?
3. Graag aandacht voor de administratieve lasten die de nieuwe bekostiging met zich meebrengt. Zonder aanvullende afspraken is het risico dat de administratieve lasten die samenhangen met de status van een zorgaanbieder zo groot zijn dat de voordelen van de bekostiging grotendeels teniet worden gedaan.
4. Ontvangen alle 70 VSV's op dit moment subsidie uit het stimuleringsprogramma Versterking Verloskundige Samenwerkingsverbanden van ZONMW? Wat is het totaalbedrag van de huidige subsidie?
5. Vanuit welk kader zal de ADZ-regeling bekostigd worden, indien dit vanuit het macrokader MSZ is, hoe worden die kosten dan verwerkt in het macrokader?

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. mevrouw G. Engwirda, voorzitter RvB

Via mail: [redacted]@nza.nl

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

Datum	28 november 2025
Contactpersoon	[redacted]@zn.nl
Ons kenmerk	ZN-25-026867
Uw kenmerk	-
Onderwerp	Reactie ZN op NZa Uitvoeringsadvies bekostiging van activiteiten en diensten van een verloskundig samenwerkingsverband (VSV)

Geachte mevrouw Engwirda,

Hierbij ontvangt u de reactie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op het NZa uitvoeringsadvies *“bekostiging van activiteiten en diensten van een verloskundig samenwerkingsverband (VSV)”*.

Alhoewel ZN bekostiging van VSV's vanuit de Zvw via ADZ steunt, kan ZN zich niet vinden in de conclusies van de NZa. ZN onderkent de maatschappelijke meerwaarde van VSV's, maar stelt dat op dit moment niet wordt voldaan aan de randvoorwaarden voor bekostiging vanuit de Zvw.

Voor bekostiging vanuit de Zvw is ten eerste een helder onderbouwd, positief standpunt van het Zorginstituut Nederland (ZiNL) over aanspraak in de Zvw vereist. Deze duiding is reeds in september door het ZiNL toegezegd, maar blijft vooralsnog uit. Om er voor te zorgen dat wij VSV's vanaf 2027 kunnen contracteren hebben wij uiterlijk 31 december 2025 deze duiding nodig¹. De tweede randvoorwaarde voor bekostiging vanuit de Zvw is een duidelijk normenkader voor de controle en daarmee rechtmatigheid van de bekostiging via ADZ van VSV's. Deze garanties moeten uiterlijk februari 2026 zijn afgegeven, om dezelfde reden als hierboven genoemd.

De inhoud van het uitvoeringsadvies en de hierin geschetste planning geven ZN geen vertrouwen in de gewenste, tijdige uitkomsten. De gezamenlijke brief van NZa, VWS en ZiNL d.d. 18 november biedt onvoldoende comfort op het VSV-dossier; zowel t.a.v. de duiding (of alternatief via Wkkgz) als op een

¹ VWS heeft op 24 november jl. bij ZN aangegeven dat zij overwegen de Wkkgz te benutten voor de kosten van 'organisatie van zorg' (zoals de VSV's). ZN ziet dit niet als een passende oplossing; o.a. omdat het rechtmatigheidsvraagstuk blijft bestaan.

normenkader t.b.v. de rechtmatigheid. Voor ZN is het NZa uitvoeringsadvies VSV onlosmakelijk verbonden aan de brede discussie rondom de rechtmatigheid van lumpsum bekostigde 'organisatie van zorg'. Dat gesprek wordt met NZa, VWS en ZiNL op een andere tafel gevoerd. We kunnen op dit moment niet anders concluderen dan dat de randvoorwaarden voor vervolgstappen in VSV-bekostiging via ADZ onvoldoende zijn ingevuld. Het is voor ZN daarmee onaanvaardbaar om te starten voordat duiding, verantwoording en rechtmatigheid zijn geborgd.

VSV's mogen niet de dupe worden van deze stelsteldiscussie. Voor ZN is het doorzetten van de subsidieregeling daarom de enige haalbare optie. De subsidie moet dan worden verlengd totdat er een werkende tijdelijk of structurele oplossing is gevonden. We zijn uiteraard altijd bereid tot een nadere toelichting van ons standpunt.





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