

# Betalen voor de juiste zorg op de juiste plek

Discussienota passende bekostiging –  
Ontwikkelen, experimenteren en leren

KNOV  
8 oktober 2021



## Vooraf

*Beste leden,*

*Voor jullie ligt een discussienota richting een passende bekostiging voor de geboortezorg. Een spannend onderwerp wat leeft onder een groot deel van onze leden. Maar ook een ingewikkeld onderwerp, wat niet altijd eenvoudig uit te leggen is.*

*Waarom dit document? Om met jullie hierover in gesprek te gaan. Omdat leden zich zorgen maken over hun toekomst. Over de ontwikkelingen rondom de integrale bekostiging. Maar ook over de ontwikkelingen in de geboortezorg de afgelopen jaren onder de reguliere monodisciplinaire bekostiging. En om met onze stakeholders in gesprek te gaan. Om inzicht te geven hoe de KNOV de richting voor passende bekostiging in de geboortezorg ziet.*

*De verloskundige is waardevol en essentieel voor goede zorg aan vrouw en kind. Doordat we dichtbij de zwangere staan en met haar de zorg vormgeven. Oog hebben voor de vrouw in een voor haar onwennige tijd. En natuurlijk omdat we professionals zijn met veel kennis en kunde. Dat mogen we koesteren en vasthouden.*

*De bekostiging is in het hoofd van sommigen de oorzaak van veel knelpunten en ook de oplossing hiervoor. Om de verwachtingen te beperken, dat is een bekostigingssystematiek niet. Het is onderdeel van een groter geheel waarin verloskundigen met elkaar werken.*

*Tegelijk ziet iedereen in de regio ook nieuwe ontwikkelingen opkomen. Verloskundigen zitten niet stil en zijn vindingrijk in de oplossingen. We zien regionale ontwikkelingen richting zorgpaden, waardengedreven zorg, preventie en samenwerking met het sociale domein. Samenwerking in nieuwe organisaties, zorggroepen en coöperaties komt steeds vaker voor.*

*In dit document geeft de KNOV een richting naar een passende bekostiging. Het betreft een uitgebreid document met verschillende voorstellen en onderbouwing. Deze zullen in samenhang gelezen moeten worden. Een korte samenvatting doet geen recht aan de nuances die er zijn. Om een tipje van de sluier toe te lichten: de KNOV stelt voor om in te zetten op clientprofielen/zorgpaden zoals aangegeven in het Common Eye rapport betreffende de stip op de horizon voor de bekostiging in de geboortezorg, waarbij de kwaliteit centraal staat. Essentieel onderdeel van deze zorgpaden is dat invulling wordt gegeven aan sociale verloskunde/preventie én continuïteit van zorgverlener. Daarvoor is meer tijd nodig voor de zwangere vrouw. Maar het levert betere kwaliteit zorg op en voorkomt zwaardere zorg later in de zwangerschap. Ook is nodig dat het verplaatsen van zorg eenvoudiger wordt. Dat begint met meer inzicht in wie wat en wanneer doet in een zorgpad. We hebben hiervoor veel verschillende inzichten opgehaald in de verschillende werkgroepen, gesprekken met leden en gesprekken aan de landelijke tafels. Staat deze richting vast? Absoluut niet, daarom is het een discussienota. Maar het geeft wel inzicht in de gedachten en denkrichtingen. In de prikkels die in het (financiële) systeem zitten. Het geeft een beeld hoe “kwaliteit eerst, bekostiging volgt” en “andere experimenten zijn nodig” vormgegeven kan worden.*

*Lees deze discussienota en vorm je mening. Ga met elkaar hierover in gesprek. Zoveel mensen, zoveel wensen. Bij voorbaat excuus voor de lengte van de discussienota en het soms lastige taalgebruik. Bekostiging is een ingewikkeld thema en niet te vangen in enkele oneliners. De KNOV gaat sessies organiseren om deze nota met jullie te bespreken. Heb je vooraf al vragen of opmerkingen, stuur dan alvast je reactie naar de KNOV ([jpaulus@knov.nl](mailto:jpaulus@knov.nl)).*

*Eind november stellen we deze discussie nota bij aan de hand van onze besprekingen met jullie. Dan is dit dé position paper voor een passende bekostiging van de geboortezorg vanuit de KNOV in 2022.*

*Met vriendelijke groet,*

*Charlotte de Schepper & Job Paulus*

## Inhoud

Vooraf.....	2
1. Aanleiding.....	6
1.1 Korte geschiedenis .....	6
1.2 Verdere uitwerking noodzakelijk – verandering noodzakelijk.....	8
1.3 Leeswijzer .....	9
2. Kwaliteit als uitgangspunt – nieuwe experimenten.....	9
2.1 Wat is kwaliteit?.....	9
2.2 Ruimte voor maatwerk .....	11
2.2.1 Huidige bekostiging in de eerstelijns verloskunde.....	12
2.2.2 Wat kunnen we leren van andere sectoren?.....	13
2.2.3 Wat betekent dit voor de toekomstige bekostiging? .....	14
2.3 Verplaatsen van zorg.....	14
2.3.1 Huidige bekostiging .....	16
2.3.2 Wat kunnen we leren van andere sectoren?.....	17
2.3.3 Wat betekent dit voor de toekomstige bekostiging? .....	18
2.4 Preventie essentieel onderdeel van de zorg.....	19
2.4.1 Huidige bekostiging .....	19
2.4.2 Wat kunnen we leren van andere sectoren?.....	20
2.4.3 Wat betekent dit voor de toekomstige bekostiging? .....	21
2.5 Samenwerking voor de zwangere vrouw.....	21
2.5.1 Samenwerking in relatie tot doelmatigheid en keuzevrijheid.....	22
2.5.2 Samenwerken dat doen mensen – over relatie en gelijkwaardigheid .....	24
2.5.3 Wat betekent dit voor de bekostiging? .....	26
3. Toekomstige bekostiging .....	26
3.1 Werken vanuit de zwangere vrouw - zorgpad als uitgangspunt .....	26
3.2 Betalen voor het werk wat je doet – heldere kwaliteit .....	27
3.3 Waardegedreven zorg – toegevoegde waarde voor de zwangere vrouw.....	28
3.3.1 Waardegedreven zorg en bekostiging .....	29
3.3.2 Waardegedreven zorg en verschillende zorgverleners .....	30
3.4 Inzicht in wie doet wat, wanneer en waar en hoe wordt ervoor betaald? .....	30
3.5 Mono of integrale bekostiging? .....	31
3.6 Bekostiging van acute zorg.....	35
3.7 Hoe kijkt de KNOV naar de toekomstige bekostiging? .....	37
3.7.1 In principe niet integraal bekostigen, maar samenwerken stimuleren in de bekostiging ...	37

3.7.2 Monodisciplinair, activiteiten en coördinerend zorgverlener .....	38
3.8 Experimenten nodig om daar te komen .....	39
Bijlage 1 – over de geboortezorg en haar deelmarkten .....	41
Bijlage 2 – tabel van verschillende bekostigingsvormen .....	43

# 1. Aanleiding

## 1.1 Korte geschiedenis

In de geboortezorg loopt er een discussie over de bekostiging. De aanleiding hiervoor is te vinden in het advies van het RIVM en de stuurgroep 'een beter begin' uit 2010 om de perinatale babysterfte terug te dringen.

Sinds dit advies is er op de bekostiging veel gebeurd. In 2012 kwam het eerste advies van de NZa. Destijds werd geadviseerd om integrale bekostiging niet in te voeren.<sup>1</sup> Er was geen integraal kwaliteitskader en er was geen draagvlak. Bovendien wees de NZa ook op mogelijke negatieve effecten die een integrale bekostiging heeft.

De tweede ronde kwam in 2015-2016. Het advies van de NZa veranderde en zij adviseerde om integrale bekostiging in te voeren voor de gehele geboortezorg.<sup>2</sup> Er was nog steeds geen draagvlak, maar met de zorgstandaard integrale geboortezorg was er een integraal kwaliteitskader ontstaan. Een advies van KPMG gaf aan hoe dit vorm gegeven kon worden.<sup>3</sup> De beslissing die het ministerie van VWS destijds heeft genomen is om een experiment te starten. Omdat er onvoldoende draagvlak was. Het experiment werd uitgevoerd bij 8 IGO's, die op vrijwillige basis meededen. Een evaluatie van het RIVM en NZa werd ook ingevoerd.

De derde ronde startte in 2020. De evaluaties van het experiment kwamen eraan. En ook nu kwam snel naar voren dat er geen draagvlak was onder de partijen voor integrale bekostiging. Toch was het advies van de NZa om de experimenten op te nemen in de reguliere bekostiging en per 2028 de oude, monodisciplinaire bekostiging af te schaffen.<sup>4</sup> Tegelijk merkte het RIVM op dat: "De eerste effectevaluatie laat zien dat in de IGO's kleine verschuivingen in zorggebruik hebben plaatsgevonden, waarvan sommigen gewenst lijken en anderen niet".<sup>5</sup> In het andere rapport van het RIVM, over verbetering van de geboortezorg, werd met name gewezen op: de versterking van de VSV, inzet op ICT en inzet op preventie bij specifieke groepen zwangeren.<sup>6</sup>

De adviezen rondom integrale bekostiging luiden vaak een onrustige periode in. Een periode waar vooral werd gesproken over organisatie en bekostiging en weinig over kwaliteit van zorg en de wensen van de cliënt. Waar vooral werd gewezen op de verschillen tussen partijen en weinig op de overeenkomsten.

Het KNOV bureau heeft vorig jaar een eerste aanzet geschreven voor een passende bekostiging. Deze is door leden op de ALV in november 2020 in een film uitgelegd.<sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> [Advies Bekostiging \(integrale\) zorg rondom zwangerschap en geboorte - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

<sup>2</sup> [Advies Invoering integrale bekostiging in de geboortezorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

<sup>3</sup> <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/05/advies-integrale-bekostiging-geboortezorg-16-01-2016.pdf>

<sup>4</sup> [Advies toekomst bekostiging integrale geboortezorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

<sup>5</sup> [Integrale bekostiging van de geboortezorg \(rivm.nl\)](#)

<sup>6</sup> [Nieuwe uitdagingen voor de Nederlandse geboortezorg | RIVM](#)

<sup>7</sup> [Webinar 'Passende bekostiging' gemist? - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen \(KNOV\)](#)

Kort samenvattend houdt die het volgende in:

1. Kwaliteit is leidend, bekostiging en organisatie volgen;
2. Er zijn andere experimenten dan integrale bekostiging nodig om de kwaliteit echt te ondersteunen;
3. Deze experimenten moeten ondersteund worden en geëvalueerd worden;
4. Er wordt niet overgestapt op een andere bekostiging, voordat blijkt dat dit evidente kwaliteitswinst oplevert.

Samen met de aangenomen motie rondom het experiment integrale bekostiging uit juni 2020, vormen deze vier punten nog steeds de basis voor het handelen van de KNOV. Na een uitgebreid lobbytraject van veel verschillende partijen, was de beslissing rondom integrale bekostiging in februari 2021:

Er komt een traject onder leiding van VWS met KNOV, Bo geboortezorg, NVOG en de Patiëntenfederatie om te kijken hoe de stip op de horizon voor de bekostiging van de geboortezorg komt te liggen;<sup>8</sup>

De experimenten integrale bekostiging worden met een jaar verlengd voor de huidige groep IGO's .

#### **Context en kaders van deze discussienota**

Binnen de geboortezorg is er veel discussie over de bekostiging van de verschillende disciplines en eventuele integrale bekostiging. Deze discussie loopt, zoals beschreven al enkele jaren. Soms met weinig aandacht, maar soms ook met veel aandacht. Dat laatste leidt vaak tot irritatie bij veel partijen.

Voor de KNOV is het belangrijk dat we met elkaar een helder en eenduidig standpunt uitdragen. Dat we in integrale bekostiging geen toekomst zien, is al sinds de eerste rapporten hierover helder. Zo stond in een rapport van de NZa uit 2012 de volgende passage: "De beroepsgroep KNOV heeft dit treffend verwoord in een reactie aan de NZa: 'Het is een illusie om te denken dat verbeteringen in de zorg tot stand komen door een andere manier van betalen of met de keuze om alle ketenpartners in één organisatie onder te brengen'." <sup>9</sup> In juni 2020 is dit standpunt nog eens bevestigd door het aannemen van een motie door de leden hierover.

Hiermee zijn de kaders helder, maar tegelijkertijd laat het ook vooral zien wat we niet willen. Het bestuur heeft de opdracht gegeven om ook met een voorstel te komen waar we wel achter kunnen staan. De KNOV heeft in de tweede helft van 2020 een eerste notitie opgeleverd, genaamd 'passende bekostiging'. <sup>10</sup> Hierin is richting gegeven aan de vraag "wat dan wel?". Deze notitie is gepresenteerd in de ALV van november 2020 en uitgelegd door betrokken leden in een film. .

De motie en de notitie passende bekostiging gaven kaders voor het vervolg traject. Dat bestond uit twee onderdelen:

VWS heeft landelijke partijen gevraagd om te kijken of ze tot een gezamenlijk voorstel kunnen komen (common eye traject)<sup>11</sup>

<sup>8</sup> Dit traject is inmiddels afgerond. De uitkomsten en vervolgproces zijn hier te vinden: [Stip op de horizon voor de geboortezorg - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen \(KNOV\)](#)

<sup>9</sup> [Advies Bekostiging \(integrale\) zorg rondom zwangerschap en geboorte - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

<sup>10</sup> [Webinar 'Passende bekostiging' gemist? - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen \(KNOV\)](#)

<sup>11</sup> <https://www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/stip-op-de-horizon-voor-de-geboortezorg/3453>

KNOV is samen met verschillende werkgroepen en in gesprek met leden tot een notitie gekomen met daarin een nadere uitwerking van de notitie over passende bekostiging (de discussienota)

Met dank aan vele leden voor de input en de soms uren durende gesprekken is deze notitie tot stand gekomen. Na verschillende besprekingen en input van het bestuur ook vastgesteld. Met de richting in deze notitie sluit de KNOV aan op het Common Eye traject. Ze versterken elkaar. Tegelijkertijd is deze notitie van de verloskundigen, geschreven vanuit een verloskundige blik. Om met elkaar van gedachte te wisselen en om onze visie vorm te geven. Het kan een basis bieden voor volgende stappen aan de landelijke tafels. Maar biedt ook een basis voor vernieuwing in de regio. Voor gesprekken over preventie, continuïteit van zorgverlener of waardegedreven zorg.

## 1.2 Verdere uitwerking noodzakelijk – verandering noodzakelijk

De afgelopen jaren hebben er veel veranderingen plaatsgevonden in de geboortezorg. Het verdwijnen van acute verloskunde op verschillende plekken. Het opzetten van IGO's, zorggroepen of andere nieuwe vormen van organisaties. De verschillen tussen regio's worden groter. Verschillende regio's kampen met capaciteitsproblematiek. Kijken we naar de komende jaren dan verwachten we dat er nog veel op de geboortezorg afkomt. Het is niet zozeer de vraag of de zorg gaat veranderen, dan wel wanneer.<sup>12</sup>

Verandering is spannend, maar biedt ook kansen om de zorg te verbeteren voor de zwangere vrouw. Het is ook belangrijk dat we daar als beroepsgroep op anticiperen. Een sterke eerstelijns en klinisch verloskundige is daarbij essentieel. Waar verloskundigen met plezier werken en willen blijven werken. Het grootste gedeelte van de geboortezorg wordt door hen geleverd. Dat betekent dat we ook richting de toekomst moeten werken aan een eerste lijn die staat voor toegankelijke zorg en keuzevrijheid voor de zwangere vrouw. Een eerste lijn die altijd probeert om de zorg te verbeteren. Door aan te sluiten op wetenschappelijke inzichten zoals continuïteit van zorgverlener en de inzet op sociale verloskunde. Een eerste lijn die onnodige medicalisering voorkomt. Maar ook tijdig andere zorgverleners betreft, wanneer dit nodig is. Zoals de klinisch verloskundige, die veel werk verzet in het ziekenhuis. Vaak als eerste aanspreekpunt. Vaak als begeleider bij de bevalling. Vaak als stille kracht.

Dit vraagt ook een andere vorm van bekostiging. Het huidige abonnementstarief staat innovatie en flexibiliteit in de weg. Het stimuleert feitelijk de status quo en vernieuwing wordt zelfs ontmoedigt (zie paragraaf 2.2.1). Beperkt wordt rekening gehouden met andere organisatievormen en grotere praktijken met expliciete ondersteuning voor bijvoorbeeld kwaliteitsontwikkeling en ICT. Een groot verschil met de bekostiging voor ziekenhuizen, waar dit goed is geregeld en via de dbc's ruimte is voor vernieuwing en innovatie.<sup>13</sup> Alle vormen van bekostiging missen een expliciete beloning voor preventie, verplaatsen van zorg, voor samenwerking/coördinatie of voor tijd voor de zwangere vrouw.<sup>14</sup> Vaak, zo zegt de verloskundige, doen we dat dan maar gratis.

---

<sup>12</sup> Dit is een trend die ook zichtbaar is elders in de zorg. Vrijwel alle adviesorganen en beleidsmakers geven aan dat de zorg moet veranderen.<sup>12</sup> De huidige weg is onhoudbaar. Dan ontstaan er problemen op de arbeidsmarkt en de betaalbaarheid van de zorg. Het is onduidelijk wat de toekomst zal brengen. Maar zeker zal zijn dat het ook de geboortezorg zal raken.

<sup>13</sup> Zie bijvoorbeeld ook: [NZa stimuleert maatwerk en innovatie met facultatieve prestatie | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

<sup>14</sup> In andere sectoren gaat dit anders en is er bijvoorbeeld expliciet aandacht voor de kosten van coördinatie of is er een betaaltitel voor preventieactiviteiten.



Maar wat is dan wel een passende bekostiging? De basis en de richting zijn in november 2020 bepaald (zie paragraaf 1.1.1). Kwaliteit voorop, bekostiging volgt! Tegelijkertijd levert het nog veel vragen op. Wat is dan precies de kwaliteit? Hoe ondersteun je dat? Wat vinden we belangrijk als verloskundigen? Is er zoiets als een perfecte bekostiging? Los je het op in een bekostiging of zijn andere ontwikkelingen nodig? Wat is nu precies het verschil tussen integraal en mono? Is er maar één vorm van integrale zorg?

Maar ook meer brede onderwerpen, zoals hoe zet je dan precies in op preventie, hoe zorg je voor meer tijd voor de cliënt en hoe stimuleer je substitutie?

Dit zijn onderwerpen die in de werkgroepen onder het programma bekostiging & contractering van de KNOV aan de orde zijn gekomen. Waar de leden van de werkgroepen soms ook verschillend over de uitvoering dachten. Net als alle andere beroepsgroepen zijn ook verloskundigen het niet altijd met elkaar eens.

Wat werd wel breed gedeeld? Kwaliteit is het uitgangspunt en daar heeft de verloskundige een zeer belangrijke rol in. Als we doen wat we deden, krijgen we wat we kregen. Het lost de knelpunten niet op. Het geeft geen antwoord op de ontwikkelingen om ons heen. Verandering is noodzakelijk. Dat bereiken we alleen in samenwerking tussen KNOV en de praktijken in de regio.

### 1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden een aantal interessante knelpunten of verbeterrichtingen, die we graag zouden willen oplossen met de bekostiging aangegeven. De thema's worden steeds per hoofdstuk vormgegeven. Bijvoorbeeld 'over het stimuleren van preventie' of 'over het starten van experimenten'. Dit hoofdstuk heeft als doel om kennis te delen over ingewikkelde doelen.

In hoofdstuk 3 wordt vervolgens een richting gepresenteerd die hier op aan lijkt te sluiten. Tevens geven we in een kort overzicht weer wat de voor- en nadelen zijn. Dit hoofdstuk is expliciet bedoeld om de discussie rondom de passende bekostiging richting te geven. Zijn er andere ideeën? Dan kan de KNOV die ook uitwerken.

Aan het einde van hoofdstuk 3, in paragraaf 3.6 en 3.7 wordt op basis van deze notitie concreet aangegeven welke richting de KNOV voorstelt.

Per hoofdstuk zal gewerkt worden met voorbeelden in kaders. Voorbeelden uit andere sectoren of voorbeelden uit de geboortezorg.

## 2. Kwaliteit als uitgangspunt – nieuwe experimenten

### 2.1 Wat is kwaliteit?

Als je kwaliteit als uitgangspunt neemt, is uiteraard de eerste vraag: wat is kwaliteit? Deze vraag is in verschillende werkgroepen aan de orde geweest. Het verschilt ook wie je het vraagt. Terugkerende thema's zijn vaak: Juiste zorg op de juiste plek, integrale geboortezorg, continuïteit van zorgverlener, waardengedreven zorg. Maar ook meer tijd voor de cliënt, zorgpaden en protocollen, verplaatsen of vernieuwen van zorg. En natuurlijk inzet op preventie, sociale verloskunde en werken in een netwerkstructuur.

### **Tijd, aandacht en één bekend gezicht in een spannende periode<sup>15</sup>**

Verloskundige zorg is al zo oud als de wereld. Vrouwen krijgen en bevallen van kinderen al zo lang als we bestaan. Het is in principe niet medisch maar hoort bij het leven. Veel vrouwen kunnen dit zelf. Maar ze zijn ook onzeker. Het is spannend en nieuw. Vooral het krijgen van een eerste kind.

Die onzekerheid kan je negeren, of zelfs voeden, maar dat helpt niet. Dat leidt niet tot betere zorg en keuzes. Wel tot meer onnodig medisch ingrijpen. Wat werkt wel? Meer tijd en aandacht voor de zwangere vrouw met een bekend gezicht gedurende de hele zwangerschap.<sup>16</sup> Met als doel om medische ingrepen juist zoveel mogelijk te voorkomen. Immers het leveren van zorg in een ziekenhuis is soms nodig, maar niet de gewenste uitkomst van het zwangerschapstraject. De zorg zou er op gericht moeten zijn dit zoveel mogelijk te voorkomen.

Daarvoor is het belangrijk dat de zwangere vrouw goed wordt begeleid. En dat zij zelf de zorgverlener kunnen kiezen. Dat draagt bij aan eigen regie, een klik met de zorgverlener en via een vertrouwensband ook tot zogenoemde betere therapietrouw. De verloskundige is hiervoor de aangewezen professional. Zo weten zwangere vrouwen waar ze terecht kunnen met hun vragen. Is hun zorgverlener laagdrempelig en in de wijk beschikbaar. Geen onnodige overdrachten met nieuwe gezichten en verlies aan informatie. Dat draagt bij aan zekerheid voor de zwangere vrouw in een onzeker proces. Zo is er sprake van continuïteit van zorgverlener en van juiste zorg op de juiste plek.

Interessant is ook om te kijken naar andere landen. Opvallend is dat daar een ontwikkeling plaats vindt richting meer continuïteit van zorg.<sup>17</sup> Modellen die zich richten op shared savings, al dan niet integraal bekostigd.<sup>18</sup> Er zijn overeenkomsten, bijvoorbeeld op keuzevrijheid.<sup>19</sup> Maar er zijn ook evidente verschillen tussen de landen in beleid, huidige organisatie, demografie en afstanden. Zoals bijvoorbeeld in vergelijking met Finland, om te kijken waarom onze uitkomsten bij prematuur geboren kinderen minder goed zijn.<sup>20</sup>

### **Nieuw-Zeeland**

*In Nieuw-Zeeland is in 1990 het verloskundig systeem veranderd. In de wetgeving zijn participatie van vrouwen in alle lagen van de zorgorganisatie en continuïteit van zorg belangrijke speerpunten. Zo nemen cliëntvertegenwoordigers actief deel aan het ontwikkelen van beleid in de geboortezorg, activiteiten van de verloskundige beroepsorganisatie en het verloskundig onderwijs. (18) In het wettelijk raamwerk voor de geboortezorg ('Maternity Advice Notice') staat: 'lead maternity care means to provide a woman and her baby with continuity of care throughout pregnancy, labour and birth and the postnatal period'. Vrouwen kiezen een Lead Maternity Carer (LMC) (een verloskundige, huisarts of gynaecoloog) en bijna 80% kiest voor een verloskundige. Bij wet is vastgelegd dat LMC's continuïteit van zorg verlenen die gebaseerd is op een gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener en vrouw (partnership), waarbij vrouwen keuzes maken op basis van*

<sup>15</sup> Dit is niet alleen herkenbaar voor de verloskundige, maar ook voor de huisarts. Er is een reden dat artikel 10 Zvw de huisarts en de verloskundige aanwijst voor de integrale eerstelijns zorg. Daarbij hoort ook het geruststellen van mensen. Bij een (groot) deel van de cliënten is er medisch niks mis. Maar ze hebben wel degelijk een zorgvraag. En als je die niet adresseert, gaat het op termijn wel mis.

<sup>16</sup> [Women's characteristics and care outcomes of caseload midwifery care in the Netherlands: a retrospective cohort study | BMC Pregnancy and Childbirth | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

<sup>17</sup> [Continuïteit van zorgverlener in de geboortezorg factsheet 20 april 2020.pdf \(verloskunde-academie.nl\)](#)

<sup>18</sup> [Bekostigingshervormingen in de geboortezorg \(rivm.nl\)](#)

<sup>19</sup> [Bekostigingshervormingen in de geboortezorg \(rivm.nl\)](#)

<sup>20</sup> [Nieuwe uitdagingen voor de Nederlandse geboortezorg | RIVM](#)

wetenschappelijk onderbouwde informatie. De term *partnership* is gebaseerd op de definitie van verloskundige onderzoekers: “a relationship of ‘sharing’ between the woman and the midwife, involving trust, shared control and responsibility and shared meaning through mutual understanding’. Verloskundigen werken vanuit zelfstandige eerstelijns praktijken en bieden continuïteit van zorg gedurende het hele zorgtraject. Als risicofactoren of complicaties optreden vindt er een *three way discussion* plaats tussen de vrouw, de verloskundige en de gynaecoloog over het te volgen beleid toegespitst op de wensen en behoeften van de individuele vrouw.<sup>21</sup>

Als je globaal door deze verschillende inzichten heen kijkt, zie je bepaalde thema’s terugkomen:

1. Het gaat om **ruimte voor maatwerk, zet de vrouw centraal**. Onderdeel daarvan is het bieden van tijd en aandacht voor de zwangere vrouw. Continuïteit van de zorgverlener. Veel verloskundige zorg is niet medisch en laagdrempelig toegankelijk. Ondersteuning van de professionaliteit en inzicht van de zorgverlener is hiervoor nodig. (zie paragraaf 3.2).
2. Het gaat om het **verplaatsen van zorg**, in de vorm van stepped care. In de eerste lijn waar het kan, dichtbij de zwangere vrouw, met een herkenbaar aanspreekpunt en deze ook behouden. Naar de 1.5<sup>de</sup> lijn als dat nodig is. Dan pas naar de tweede of derde lijn (zie paragraaf 3.3).
3. Het gaat om ruimte voor en expliciete ondersteuning van **preventie** en hulp aan vrouwen in een kwetsbare situatie om iedereen een kansrijke start te kunnen bieden (zie paragraaf 3.4).
4. Het gaat om **samenwerken op het juiste moment met de juiste personen**. De zorg vindt plaats in een netwerk rondom de cliënt heen (zie paragraaf 3.5).
5. **Starten van experimenten** om de zorg voor de zwangeren te verbeteren, vanuit bovenstaand oogpunt (zie hoofdstuk 4).

Deze vijf punten komen ook terug in dit hoofdstuk, waarin we ook een beeld geven hoe de huidige bekostigingssystemen mono en IB hierop scoren.<sup>22</sup> En uiteraard zal keuzevrijheid van de zwangere vrouw steeds het uitgangspunt zijn.

Voor de volledigheid is in bijlage 1 een korte analyse toegevoegd van de verschillende deelmarkten in de geboortezorg. Niet in de bijlage omdat het onbelangrijk is, maar vooral vanwege de lengte. Een analyse van deelmarkten (eerstelijns verloskunde, ziekenhuiszorg) is essentieel wanneer je de deelmarkten laat samenvoegen, hetgeen steeds meer de wens is van bepaalde beleidsmakers. Verschillen in aanbieders en markt kunnen tot onevenwichtigheid leiden wanneer de markten worden samengevoegd. Wat gebeurt er als er een volumeprijkkel is in de tweede lijn en niet in de eerste lijn? Wat is het effect van verschillende prikkels tussen domeinen? Wat zijn de verschillen in inkoopmacht? In organisatiegraad? Wat als je vervolgens merkt dat domeinen niet volledig te scheiden zijn? Dit is essentieel ook om te begrijpen hoe we verder komen.

## 2.2 Ruimte voor maatwerk

De hoofden van verloskundigen zitten vol met ideeën over het verbeteren van de zorg aan de zwangere vrouw. Echt het leveren van maatwerk aan de zwangere vrouw. Evident zijn hierbij de voorbeelden dat meer tijd voor de cliënt en continuïteit van zorgverlener leidt tot betere

---

<sup>21</sup> [Continuïteit van zorgverlener in de geboortezorg factsheet 20 april 2020.pdf \(verloskunde-academie.nl\)](#)

<sup>22</sup> Opvallend is dat in de eerste 3 punten met ‘vernieuwen’, ‘verplaatsen’ en ‘voorkomen’ de kernwoorden van de juiste zorg op de juiste plek terug komt.

zorguitkomsten.<sup>23</sup> Maar hebben ze er tijd voor? Ondersteunt de bekostiging deze vorm van maatwerk?

Voor veel van de ideeën om echt maatwerk te bieden ben je ten dele afhankelijk van anderen. Een transitie is niet gratis. Dat kan de bekostiging ook niet beïnvloeden. Maar een bekostiging kan wel professionele autonomie stimuleren, door meer ruimte te geven aan de zorgverlener om te vernieuwen in belang van de zwangere vrouw.

#### *Financiële afhankelijkheid*

Veel ideeën kosten in eerste instantie meer geld en leveren pas later/elders geld op of leveren kwaliteitswinst op. Denk in dit kader bijvoorbeeld aan telemonitoring of centering pregnancy. In deze situatie is de zorgverlener altijd afhankelijk van een eventuele geldschieter. De bekostiging verandert niks aan deze afhankelijkheid, maar kan wel goede handvatten bieden voor de zorgverlener, ruimte bieden voor vernieuwing en kwaliteitsontwikkeling.<sup>24</sup>

#### *Facilitaire afhankelijkheid*

Als je lachgassedatie wil aanbieden, ben je als verloskundige afhankelijk van andere zorgverleners en faciliteiten, zoals het ziekenhuis of geboortecentrum. De verloskundige kan het niet autonoom doen. Een andere bekostiging brengt hier geen verandering in. Het kan wel opvallende en ongewenste prikkels bieden, bijvoorbeeld wanneer het toedienen van een ruggenprik meer oplevert voor zorgaanbieders dan het aanbieden van lachgassedatie.

#### *Zorgverlener afhankelijkheid*

De verloskundige staat niet op zichzelf in het speelveld. We zijn een onderdeel van een complexe organisatie van verschillende deelmarkten (zie bijlage 1). Dat betekent ook dat bij verandering en vernieuwing dikwijls ook andere zorgverleners betrokken zijn. Uit de gesprekken met verloskundigen blijkt dat de zorgverleners er op kwaliteit grotendeels met elkaar uitkomen. Op bekostiging en organisatie ligt dat veel ingewikkelder.

#### *Zorginkoper afhankelijkheid*

De verloskundige is altijd afhankelijk van de zorginkoper of de innovaties daadwerkelijk ondersteund worden. De positie van de verloskundige ten opzichte van de zorginkoper is minder sterk.<sup>25</sup> Dikwijls vinden er geen gesprekken plaats.

### 2.2.1 Huidige bekostiging in de eerstelijns verloskunde

De huidige monodisciplinaire bekostiging biedt vrijwel geen stimulans voor maatwerk. Het is een zogenoemd retrospectieve bekostiging op basis van een integraal gemiddeld tarief. Dat betekent het volgende:

1. Het tarief wordt bepaald op basis van wat een beroepsgroep in het verleden deed en houdt geen rekening met toekomstige ontwikkelingen.
2. Het tarief staat vast ongeacht het werk wat de verloskundige doet. Hierin zit een prikkel om zoveel mogelijk zorgeenheden te doen. Andere waarden die kwaliteit opleveren worden niet ondersteund.

<sup>23</sup> [Continuïteit van zorgverlener in de geboortezorg factsheet 20 april 2020.pdf \(verloskunde-academie.nl\)](#)

<sup>24</sup> VB: van de dbc's in een ziekenhuis wordt ook ondersteuning betaald, zoals bijvoorbeeld een centraal team voor kwaliteitsontwikkeling.

<sup>25</sup> Dit is niet anders dan andere eerstelijns aanbieders. Zie onder meer: [KPMG rapport Evaluatie Zorgverzekeringswet.pdf \(diagned.nl\)](#)

3. Het tarief is een gemiddelde en varieert niet per zwangere (alsof alle zwangeren hetzelfde zijn).

#### **Centering pregnancy – straf op innovatie**

Volgens het TNO-rapport levert centering pregnancy betere uitkomsten van zorgen op en een forse besparing voor de zorg.<sup>26</sup> In hetzelfde rapport wordt een berekening gemaakt wat de meerkosten zijn van centering pregnancy. Deze komen uit op 57,- euro per zwangeren.

In het huidige tarief van 1.607,- euro is dit echter niet opgenomen. Bij het vaststellen van dit tarief werd centering pregnancy immers niet gegeven. Pas bij een nieuw kostenonderzoek kan dit dan onderdeel worden van het tarief. Mits de zorg wel wordt geleverd.

Stel nu 50% van de zorgverleners geeft centering pregnancy. Dan stijgt na het kostenonderzoek het tarief met 28,50 euro. De zorgverleners die centering pregnancy leveren, gaan er dan op achteruit. Degene die dat niet doen, gaan er 28,50 euro op voor uit.

Zo ligt er een straf op innovatie.

Het achterstandswijkentarief (variatie op zwangere) en het max-max-tarief (tijdelijke investering in kwaliteit) vormen hierop een uitzondering. Echter, er is altijd een afhankelijkheid van de zorgverzekeraar en de inzet van max-max-tarief is de afgelopen jaren zeer ingewikkeld gebleken. Zo bleek voor verloskundigen het onderhandelen met zorgverzekeraars ingewikkeld te zijn. Ook was de toeslag steeds tijdelijk van aard, zonder structurele opvolging. Daar waar het max-max tarief specifiek bedoeld is voor de verbetering van de verloskundige zorg, wordt als belangrijkste voorwaarden vaak een akkoord van het VSV vereist. Hetgeen kwaliteitsontwikkeling vanuit de verloskundige zeer ingewikkeld maakt.

Het experiment integrale bekostiging geeft beperkt extra ruimte voor vernieuwing ten opzichte van de monodisciplinaire. Ook deze bekostiging werkt met prestaties die uitgaan van een gemiddelde. Waar de extra ruimte zit is in het onderhandelbare tarief, deze is in monodisciplinaire bekostiging gemaximeerd tot 20% boven het max-tarief.<sup>27</sup> De zorgverzekeraar kan door het onderhandelbare tarief in de integrale bekostiging ook meer dan 20% opslag bieden om bepaalde nieuwe ontwikkelingen structureel stimuleren. In de praktijk wordt dit overigens niet gedaan.

#### 2.2.2 Wat kunnen we leren van andere sectoren?

Het ruimte bieden aan zorgverleners is ook elders een terugkerend vraagstuk. We merken wel op dat andere sectoren een bekostiging kennen die veel meer uitgaat van het geleverde werk. Of dat nu is betalen per consult (paramedische zorg) of betalen per uur (wijkverpleging) of betalen per set aan activiteiten (DBC, ziekenhuizen). Bovendien hebben al deze bekostigingssystemen ruimte voor een zogenoemde facultatieve prestatie of vrije prestatie.<sup>28</sup> Daarmee hebben ze de mogelijkheid om een

---

<sup>26</sup> [CenteringZorg tijdens de zwangerschap bespaart zorgkosten | TNO](#)

<sup>27</sup> Maar in de praktijk zijn er geen voorbeelden dat bij de integrale bekostiging meer dan de 20% extra wordt geïnvesteerd, dan via de huidige monodisciplinaire zorg ook mogelijk is geweest. Het is dus een theoretisch voordeel. Gegeven dat zorgverzekeraars wijzen op de mogelijk prijsopdrijvende effecten van de integrale bekostiging, is het niet te verwachten dat in de toekomst wel van deze ruimte gebruik wordt gemaakt.

<sup>28</sup> De facultatieve prestatie is een mogelijkheid voor de zorgverlener om samen met de zorgverzekeraar een eigen prestatie met passend tarief te maken. Die beter past bij de zorg zoals die in de praktijk verleent wordt.

eigen prestatie op te zetten en te declareren, wanneer de huidige prestaties onvoldoende handvatten bieden voor de nieuwe zorg.

Het betalen voor werk wat iemand doet, levert ook ruimte op om te vernieuwen. De negatieve kant is de zogenaamde 'volume prikkel'. Door te betalen voor wat iemand doet, kan ook ondoelmatige zorg het systeem in gaan. Vaak tegengegaan door specifieke kwaliteitsafspraken te maken of uitkomsten met elkaar af te spreken.

Voorbeelden uit andere sectoren:

1. Voor de introductie van de gecombineerde leefstijl interventie is gekozen om een aparte prestatie in het leven te roepen. Dit heeft geleid tot een forse toename van het aanbod in de afgelopen jaren en vernieuwing van de zorg voor bepaalde zorgverleners (o.a. fysiotherapeuten en diëtisten).
2. Telemonitoring in de tweede lijn. Transformatiegelden bij de zorgverzekeraar en afspraken in het hoofdlijnenakkoord dragen bij aan de verandering in ziekenhuizen.
3. Inzet op waardegedreven zorg. Specifieke afspraken in het hoofdlijnenakkoord MSZ over uitkomstgerichte zorg, subsidies bij ZINL (samen beslissen) en ZonMW, dragen bij aan ontwikkelingen op waardegedreven zorg.
4. Subsidies in het VIPP-programma helpen organisaties om hun ICT op specifieke punten te verbeteren. VIPP 1 is inmiddels uitgevoerd door de ziekenhuizen.

Kortom, betalen voor wat men wil bereiken; dat helpt. Of dat nu verbetering van kwaliteit is of het oppakken van nieuwe vormen van zorg of processen.

### 2.2.3 Wat betekent dit voor de toekomstige bekostiging?

De toekomstige bekostiging zal een vorm van ruimte moeten bieden door te betalen voor wat we willen bereiken. Willen we meer preventie? Dan moet de betaling daarop gericht worden. Willen we echt werk maken van coördinatie en samenwerking? Dan moet de betaling daarop gericht worden. Willen we ruimte geven voor kwaliteitsontwikkeling en innovatie dan zal dat onderdeel moeten zijn van de tarieven. Willen we echt aandacht geven aan de zwangere vrouw. Ruimte geven aan gesprekken, voorkomen van medicalisering en normaliseren van een zwangerschap. Dan zullen we moeten investeren in het goede gesprek. Daar de tijd voor nemen en dat ook stimuleren.

Het huidige systeem gebaseerd op zorgeenheden en het experiment integrale bekostiging doet dit onvoldoende. Kost dat geld? Dat kan, maar het kan ook juist veel geld opleveren (zie paragraaf 3.3 en 3.4) en de kwaliteit verbeteren. Bovendien biedt het RIVM-rapport een aantal concrete handvatten waar ook echt de kwaliteitswinst zit. En kwaliteitswinst in de geboortezorg betekent vaak ook een besparing van de kosten later in de zwangerschap en/of in het leven van moeder en kind.

## 2.3 Verplaatsen van zorg

Verplaatsen van zorg wordt niet gedaan omdat het leuk is<sup>29</sup>, maar omdat het beter kan zijn voor de cliënt. Een zwangere vrouw houdt niet van verder reizen. Ze wil niet onnodig naar een ziekenhuis. Zij

---

<sup>29</sup> Over het algemeen leidt verplaatsen van zorg tot een zwaardere casemix voor zowel de ontvangende als de weggevendende partij. Zwaardere cliënten kosten ook meer tijd en vragen fysiek en mentaal meer van de zorgverlener. De financiële discussies die hieraan gekoppeld zijn kosten vaak veel energie, waarbij de opbrengst voor de individuele zorgverlener beperkt is. Tegelijk is het vaak wel beter voor de zwangere vrouw en de

wil ook een herkenbaar aanspreekpunt hebben. Tegelijk wil ze ook goede zorg. Dit komt samen in termen als juiste zorg op de juiste plek en continuïteit van zorgverlener.

Het verplaatsen van zorg betekent altijd dat er minimaal twee zorgverleners bij betrokken zijn. Een weggevend partij en een ontvangende partij. Waarbij de volgende punten van de ene naar de andere partij worden overgedragen:

1. De cliënt en goede zorg;
2. De verantwoordelijkheden (geen verlengde arm constructie);
3. De financiële middelen.

#### *De cliënt en goede zorg*

Hier is in de praktijk vaak het minste discussie over. In veel regio's zie je gesprekken over het overnemen van zorg door andere zorgverleners. De meest bekende zijn zwangere vrouwen met diabetes die vrijwel in heel Nederland langer in de eerste lijn blijven. Ook het afmaken van de baring bij meconium houdend vruchtwater zie je steeds meer in de eerste lijn gebeuren. Verder zie je dat enkele ziekenhuizen afspraken maken over foley katheter en antenatale ctg.

#### *De verantwoordelijkheden – verlengde arm constructie*

Dit is soms een twistpunt. Hierin zitten belangen als het imago van de beroepsgroep en de mogelijkheid om autonoom te handelen. Dikwijls gaan de verantwoordelijkheden over, maar even zo vaak wordt er gewerkt in een verlengde arm constructie. De KNOV en NVOG hebben in het verleden al aangegeven dat een verlengde arm constructie onwenselijk is.<sup>30</sup> Ook in andere sectoren zie je dat hier steeds meer vanaf wordt gestapt.<sup>31</sup> Bekwaamheid zou meer centraal moeten staan dan bevoegdheid.<sup>32</sup> Het kan zijn dat er tijdelijk in een dergelijke constructie wordt gewerkt. Maar uiteindelijk geldt: degene die het werk doet is verantwoordelijk en dient deze verantwoordelijkheid ook te dragen en te kunnen waarmaken. Deze professional dient dus zelf bekwaam te zijn en autonoom als professional te kunnen handelen. Zorgverleners werken niet onder elkaar, maar met elkaar.

#### *Financiële middelen*

Dit blijft een ingewikkeld thema. Zoals ook recent het Berenschot rapport weer benoemt.<sup>33</sup> En dat is begrijpelijk, niemand, geen organisatie en geen zorgverlener, wil er financieel op achteruit gaan. Er zijn enkele bekende voorbeelden (zie verderop in de paragraaf). Maar over het algemeen blijft het hier op hangen. Zorgverzekeraars en de overheid zien graag dat partijen hier gezamenlijk uit komen.

De vraag die je hierbij kan stellen is of deze partijen niet een onmogelijke opdracht mee krijgen. Kunnen zij hier gezamenlijk wel uitkomen? Er is geen win-win situatie (zie voorbeeld verderop in de paragraaf). Hetgeen irritatie oplevert tussen de twee beroepsgroepen, die juist op inhoud met elkaar willen samenwerken.

---

belasting/premiebetaler. Vanuit het oogpunt van continuïteit van zorgverlener, toegankelijk en betaalbare zorg.

<sup>30</sup> [Standpunt KNOV en NVOG inzake verlengde arm - Wet BIG - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen \(KNOV\)](#)

<sup>31</sup> [Kamerbrief over hoofdbehandelaarschap GGZ | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

<sup>32</sup> [De B van Bekwaam - Naar een toekomstbestendige Wet BIG | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](#)

<sup>33</sup> [Rapport evaluatieonderzoek regionale samenwerking in VSV's | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)



### 2.3.1 Huidige bekostiging

Zowel de monodisciplinaire bekostiging als de integrale bekostiging bieden geen handvatten om het verplaatsen van zorg beter vorm te geven. Er is beperkt mogelijkheid om zorgaanbieders specifiek te belonen via de bekostiging.

Ja, in integrale setting kan je de verdeelsystematiek aanpassen. Net zoals je in de monosetting bijvoorbeeld via onderaannemerschap kan het werken om financiële middelen te verplaatsen. Het draait dan met name om de goede wil van de verschillende partijen. Het gegeven dat iets in theorie kan, wil niet zeggen dat het gebeurt. Het verschuiven van geld ligt in de praktijk veel weerbarstiger, ongeacht de bekostigingsystematiek.

Beide bekostigingsmodellen bieden weinig inzicht in wie nu precies wat doet in de zorg. De bekostiging werkt immers met ongespecificeerde gemiddelde prestaties. Hierdoor is er geen basis in de bekostiging om te kijken naar de arbeidsverdeling, setting van behandeling, rol van de desbetreffende zorgverlener. Dit inzicht is minimaal nodig, wil zorg daadwerkelijk gaan verplaatsen.

Zorgverzekeraars merken in gesprekken op dat het niet eenvoudig is om bij verplaatsen van zorg de kaders in het ziekenhuis te verlagen. Onder andere omdat het bespaarde bedrag bijvoorbeeld te klein is om op het hele budget een verlaging af te spreken. Zo levert het verplaatsen van zorg geen geld op, omdat de financiële afspraken met het ziekenhuis er niet op worden aangepast.

Het idee bij integrale zorg is dat dit intern wordt opgelost. Door de verschuiving binnen de organisatie op te pakken. Dat werkt echter niet (zie voorbeeld hieronder). Het geeft tevens een onmogelijke opdracht aan de partijen mee.

#### **Substitutie in integrale zorg**

Integrale zorg wordt vaak gezien als methode om substitutie vorm te geven. Zo wijzen partijen erop dat binnen de organisatie dan shared savings kunnen plaatsvinden.<sup>34</sup> Het verschuiven van geld kan overigens ook onder een monodisciplinaire bekostiging. Maar bij integrale bekostiging hoeft geen geld te worden verschoven van de ene naar de andere organisatie. Dit kan nu intern worden opgepakt.

Echter, dit is niet de kern van het probleem van de substitutie. Het probleem zit hem in het verplaatsen van financiële middelen van de ene zorgverlener naar de andere zorgverlener.

*Voorbeeld (o.b.v. fictieve inkomen van de zorgverlener, niet o.b.v. kosten)*

Zorgverlener A uurloon 100,-,

Zorgverlener B uurloon 50,-,

Als zorgverlener B nu een uur zorg overneemt wordt de verdeling als volgt:

Zorgverlener A gaat er 100,- op achteruit

Zorgverlener B gaat er 50,- op vooruit

Organisatie bespaart 50 euro<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Zie onder andere: [Advies bekostiging medisch-specialistische zorg "Belonen van zorg die waarde toevoegt" - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

<sup>35</sup> Hetzelfde gaat ook op voor de vaste kosten als ICT, (administratieve) ondersteuning en huisvesting, die in de tweede lijn duurder zijn dan in de eerste lijn. Ook daar is het effect dat deze kosten vergoed moeten worden,



Die 50 euro is onvoldoende om het verlies van zorgverlener A (100,-) te compenseren en die gaan er in inkomen op achteruit. Ook is er een goede kans dat dit de opbrengsten van achterliggende organisaties raakt, zoals het ziekenhuis. Er is geen win-win oplossing voor de organisatie.

Er is wel een verschil in uitwerking in de praktijk tussen substitutie binnen het experiment integrale bekostiging of binnen de monodisciplinaire bekostiging:

1. In de integrale setting, bespreken de partijen binnen de organisatie de mogelijkheid om zorg te verplaatsen. Op kwaliteit komen ze er vaak uit. Daarbij nemen ze ook de financiële effecten mee en die moeten zij met elkaar oplossen. Bijvoorbeeld door de interne verdeelsystematiek aan te passen. Kom je er niet uit? Verplaats de zorg in de organisatie in principe niet.
2. In monodisciplinaire setting bespreken partijen de mogelijkheid om de zorg te verplaatsen. Op kwaliteit komen zij er vaak uit. Daarbij nemen ze ook de financiële effecten mee en die moeten zij met elkaar oplossen. Komen ze er niet uit? Dan kan de zorgverlener vaak alsnog starten, mits de bekostiging dat voldoende toelaat. Het verlies aan inkomsten bij de andere zorgverlener wordt elders (b.v. in het ziekenhuis of met de zorgverzekeraar) besproken.

### 2.3.2 Wat kunnen we leren van andere sectoren?

Verplaatsen van zorg blijft een lastig thema, maar er zijn goede voorbeelden waarvan geleerd kan worden. Denk ook niet dat de discussie uniek is voor de geboortezorg. Ook in de GGZ, mondzorg, msz en eigenlijk elke andere sector waar meerdere zorgverleners werkzaam zijn, wordt gesproken over het verplaatsen van zorg. In vrijwel alle hoofdlijnenakkoorden is juiste zorg op de juiste plek een kernthema. En in vrijwel elke sector is het ingewikkeld.

Oplossingen die hiervoor zijn gevonden in (andere) sectoren:

- **Politieke steun** -> bijvoorbeeld bij de taakherschikking tussen mondhygiënist en tandarts was politieke steun belangrijk om het vorm te geven
- **Via experimenten en onderzoek** -> voorbeeld CTG-experiment, over een aantal jaar waarna het experiment breder opgepakt kan worden
- **Geen substitutie, maar beide zorgverleners zelfde prestatie** -> bijvoorbeeld bij de invoering van echoscopie in 2005/2006 voor de verloskundigen. Op termijn vindt er dan een verschuiving plaats.
- **Versterking eerste lijn en poortwachtersfunctie** -> bijvoorbeeld experiment bij huisartsen om ze meer tijd te geven, leidt tot minder doorverwijzingen (zie onder bij paragraaf 3.4 over preventie)
- **Lange termijn afspraken met ziekenhuizen** -> bijvoorbeeld bij Bernhoven en Rivas, nadeel mogelijk tijdelijk van aard, alleen als er urgentie is en wil bij het ziekenhuis<sup>36</sup>

Soms zijn er verschillende oplossingen in combinatie nodig. Bijvoorbeeld door via experiment substitutie te ondersteunen en lange termijn afspraken met het ziekenhuis te maken. Verder worden specifieke momenten genoemd die kunnen bijdragen aan het verplaatsen van zorg, zoals wanneer er een verbouwing plaatsvindt of er sprake is van zorgverleners die met pensioen gaan. Ook een

---

omdat bij het verplaatsen van zorg de vaste kosten niet opeens lager worden. Deze zullen nog steeds gedekt moeten worden.

<sup>36</sup> [Policy Brief 'Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven' | CPB.nl](#)

dreigend faillissement of slechte financiële situatie kunnen drivers zijn om de zorg aan te passen. In die gevallen kan de weggevende partij hierop tijdig anticiperen.

In de praktijk merken we op dat substitutie stroperig verloopt. Het is niet zo gek dat de opbrengsten van substitutietrajecten vaak als teleurstellend worden gelabeld.<sup>37</sup> Het gaat vrijwel altijd met wrijving tussen de partijen, hetgeen de soms zo gewenste samenwerking in de weg staat.

### 2.3.3 Wat betekent dit voor de toekomstige bekostiging?

Het verplaatsen van zorg begint met inzicht in wie doet wat. Maak het verplaatsen transparant. Geef de credits, de verantwoordelijkheid en de autonomie aan de professional die het doet. Tegelijkertijd beseft deze professional dat het werk wordt gedaan in een keten. Zelden kan 100% van de zorg over, maar vaak wel een groot gedeelte. Samenwerking blijft daarom belangrijk.

Voor wat betreft een oplossing voor de financiële middelen zijn er twee mogelijke inzichten:

1. Het is voor partijen ingewikkeld om hier een gezamenlijke oplossing voor te vinden. Verplaatsen van zorg gaat vaak met wrijving en komt moeilijk op gang. Er zijn specifieke succesfactoren te herkennen in andere sectoren. Het is een politiek proces van onderhandeling, waarbij eigen belangen een grote rol spelen. Er is altijd een winnaar en een verliezer. De verliezer verdient tijdelijk een vorm van compensatie om de organisatie aan te passen.
2. Het is een gezamenlijk proces, wat je aan partijen kan over laten. Door partijen samen te laten werken komen ze eruit en verplaatsen ze cliënten, verantwoordelijkheden en middelen gezamenlijk. Partijen zijn bereid om over hun eigen belangen heen te stappen en hun verlies aan inkomsten/omzet te nemen. De shared savings houden ze over als winst voor compensatie of herinvestering.

Vooralsnog wijzen de meeste voorbeelden op het eerste inzicht. Het gaat niet vanzelf en met forse wrijving. Partijen komen er dikwijls niet uit met elkaar. De compensatie is niet voldoende voor de weggevende partij. Er is geen situatie rondom het verplaatsen van zorg waarbij alle zorgverlener winnaars zijn.

Dit alleen oplossen met een bekostiging kan ook simpelweg niet. Maar je kan wel de prikkels beter zetten. Dit betekent het volgende voor een toekomstige bekostiging:

1. Het is onwenselijk dat er een volumeprikkel in de tweede lijn is en een omgekeerde volumeprikkel in de eerste lijn (dat werkt verplaatsen van zorg naar tweede lijn in de hand).<sup>38</sup>
2. De beloningen voor de verschillende zorgverleners dienen hetzelfde te zijn voor een gelijk speelveld. Kan de ene zorgverlener een echo declareren, dan de ander ook. Werkt de ene zorgverlener met consulten, dan de ander ook.
3. Monodisciplinaire bekostiging heeft voor wat betreft het kunnen starten met het verplaatsen van zorg voor de ontvangende partij de voorkeur. Mits de bekostiging voldoende vernieuwing ondersteunt. Dit geeft de ontvangende partij immers een autonome mogelijkheid om zorg over te nemen.

---

<sup>37</sup> [Hoe staat de zorg ervoor? | Stand van de zorg \(nza.nl\)](#) en '[Ziekenhuissector doet weinig aan substitutie](#)' - [Skipr](#)

<sup>38</sup> Zie hiervoor bijvoorbeeld ook: [Advies. Substitutie. Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek - PDF Gratis download \(docplayer.nl\)](#) over verschillen in bekostiging tussen twee niet vergelijkbare deelmarkten.

4. Integrale bekostiging heeft voor wat betreft het verplaatsen van zorg voor de weggevende partij de voorkeur. Zo houden zij controle over eventueel verplaatste zorg, cliënten en financiële middelen.
5. Inzicht in wie, wat, wanneer doet is essentieel om zorg te verplaatsen en inzicht te hebben in welke zorg verplaatst wordt. Een bekostiging zou dat moeten stimuleren.

## 2.4 Preventie essentieel onderdeel van de zorg

Als we het hebben over de kwaliteit van de zorg geeft het RIVM-rapport hierover een helder beeld. De kwaliteit van de geboortezorg kan met name verbeterd worden bij prematuur geboren kinderen. Dat is waar we afwijken ten opzichte van andere landen. Prematuur geboren kinderen komt met name voor bij specifieke groepen. Preventie is het middel om dit te voorkomen en vindt helemaal plaats in de tijd voor de bevalling en ook voor een deel voor de conceptie. De geboortezorg heeft het grote voordeel dat het RIVM concreet is geweest in waar de gezondheidswinst zit. We kunnen er letterlijk vandaag mee beginnen.

### **Preventie vanuit het oogpunt van financiën**

Preventie wordt vormgegeven door vroeg in het zorgpad meer te investeren, zodat later in het zorgpad de zorgvraag minder is, de kwaliteit verbetert en de kosten dalen. Voorkomen is dan vaak beter dan genezen.

Dat betekent vanuit financieel oogpunt een verschuiving van de gelden van het eind van het zorgpad, naar het begin van het zorgpad. Van acute en complexe zorg, naar sociale en laagcomplexe zorg.<sup>39</sup> Het betekent vaak een verschuiving van curatief naar sociale geneeskunde. De baten en de lasten kunnen dan bij verschillende zorgverleners of aanbieders liggen.

Plat gezegd zijn de opbrengsten (meerwerk, meer patiënten) voor de zorgverleners aan het begin van het traject en de daling van de opbrengsten (minder patiënten, minder inkomsten) voor de zorgverleners aan het eind van het traject.

### 2.4.1 Huidige bekostiging

Zowel de monodisciplinaire bekostiging als de integrale bekostiging dragen niet bij aan de inzet op preventie. Toen beide bekostigingssystemen werden ontwikkeld, was preventie nog geen groot thema. Beide systemen zijn dan ook vanuit het oogpunt van preventie verouderd.

Dat wil niet zeggen dat er niet op preventie ingezet kan worden. Zowel binnen mono als binnen de integrale setting is dat mogelijk. Er zijn ook voorbeelden waarin dit gebeurt. Maar de bekostiging draagt hier niet aan bij. Het stimuleert deze evidence based kwaliteitsontwikkeling niet. Het komt uit de intrinsieke motivatie van de zorgverlener om dit te leveren. Ondersteuning van de zorgverzekeraar hierop is helaas nog beperkt.<sup>40</sup>

Bij de uitvoering is ook bij preventie, net als bij het verplaatsen van zorg, één groot verschil tussen monodisciplinaire bekostiging en integrale bekostiging.

1. In de integrale setting, bespreken de partijen binnen de organisatie de mogelijkheid om in te zetten op preventie. Wanneer de conclusie wordt getrokken dat preventie leidt tot minder inkomsten later in de keten, zit de organisatie met een probleem. Investeren in preventie

<sup>39</sup> Zie hiervoor het artikel van Ank de Jonge in de verloskundige van september 2021: [2021 - Nummer 3 - KNOV](#)

<sup>40</sup> Menzis biedt hierop een kleine uitzondering met expliciete investeringsgelden voor bestaande aanbieders van centering pregnancy om hun groepsgrootte uit te breiden..

leidt tot een daling van de omzet voor de gehele organisatie. Hoe vangt de organisatie dit op zal eerst opgelost moeten worden.

2. In monodisciplinaire setting bespreken partijen de mogelijkheid om in te zetten op preventie. Wanneer preventie leidt tot opbrengsten bij de ene partij en verlies aan opbrengsten bij de andere partij, is het ingewikkeld om hier samen op in te zetten. Komen ze er niet uit? Dan is dat geen spelbreker. Er kan nog steeds geïnvesteerd worden in preventie. Het verlies aan inkomsten bij de andere zorgverlener wordt elders (b.v. in het ziekenhuis of met de zorgverzekeraar) besproken.

#### **Allocatie van middelen – acute zorg**

In dit kader is het ook belangrijk om op te merken dat de allocatie van middelen (geld, arbeid en faciliteiten) in een organisatie niet volledig neutraal is. Uit onderzoek is gebleken dat de acute zorg middelen naar zichzelf toetrekt.<sup>41,42</sup>

Dit is bijvoorbeeld ook terug te zien in tijden van crisis, zoals het afgelopen jaar tijdens corona. De acute zorg vindt zoveel mogelijk doorgang en daarmee ook de acute zorg aan coronapatiënten. Zelfs in de overige zorg is een richting aangegeven waarop deze geprioriteerd kan worden. Ook hier geldt weer dat acutere zorg voor gaat.

Daar zit een logica in, omdat vanuit acute zorg een directe noodzaak voortkomt. De zorg moet geleverd worden. Tegelijkertijd betekent dat bij de verdeling van de gelden, mensen en faciliteiten dat er minder over blijft voor de andere vormen van zorg. Ook voor preventie, hetgeen juist het beroep op acute zorg kan verminderen.

Met het oog daarop verdient het aanbeveling om te onderzoeken of acute zorg losgekoppeld kan worden. En op basis van beschikbaarheid en goede kwaliteit bekostigd kan worden. Zie hiervoor meer concrete voorstellen in hoofdstuk 4.

#### 2.4.2 Wat kunnen we leren van andere sectoren?

Er zijn mooie voorbeelden waar investeringen bij zorgverlener zwaardere zorg voorkomen. Twee worden er hier uitgelicht.

Ten eerste, de gecombineerde leefstijlinterventie (gli). Een integraal zorgtraject om mensen met obesitas te helpen hun leefstijl te veranderen. Met als doel het voorkomen van zorg later. Bijvoorbeeld wanneer deze mensen diabetes 2 ontwikkelen of reeds hebben ontwikkeld. Het aanbod voor deze leefstijl interventie was er praktisch niet enkele jaren geleden. Na een succesvol experiment in de regio, is besloten er een tarief voor te introduceren. Het aanbod is sindsdien sterk gegroeid en veel mensen lopen nu mee in een gli-traject. Om de kwaliteit te borgen en onnodige volumestijging te voorkomen is er een wetenschappelijk onderzoek op gezet.<sup>43</sup>

Ten tweede, meer tijd voor de huisarts. Een experiment van VGZ in de regio. Door meer tijd te geven aan de huisarts, worden veel doorverwijzingen naar de tweede lijn voorkomen. De SER schreef daar het volgende over:

*Sinds 2015 loopt in het Limburgse Afferden het eerstelijns zorginnovatieproject Meer tijd voor de patiënt. Het begon als experiment om de normpraktijk te verlagen (naar 1800 pts/1 fte huisarts)*

<sup>41</sup> [Value based maternal and newborn care requires alignment of adequate resources with high value activities | BMC Pregnancy and Childbirth | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

<sup>42</sup> Zie hiervoor het artikel van Ank de Jonge in de verloskundige van september 2021: [2021 - Nummer 3 - KNOV](#)

<sup>43</sup> [RIVM opent register voor gecombineerde leefstijlinterventies | RIVM](#)

*maar met een integrale visie op 'positieve gezondheid' ontleend aan Machteld Huber c.s. Door een bijdrage van zorgverzekeraar VGZ konden huisartsen meer tijd besteden aan patiëntencontact en dat leidde tot minder zorgkosten omdat problemen van patiënten vaker op niet-medische manier werden opgelost. Zo waren er in drie jaar tijd 25 procent minder verwijzingen naar de tweede lijnszorg (landelijk steeg dit cijfer met 4 procent in die periode). Ervaren kwaliteit van zorg en ook het werkplezier namen ondertussen toe. Dit veelgeprezen initiatief past naadloos bij de Juiste zorg op de juiste plek, bij de HLA MSZ (minder druk op de tweede lijn) en de Hoofdlijnakoorden (HLA) Huisartsenzorg (meer tijd voor de patiënt). De niet-uitgegeven zorgkosten (in 2017: ca. 500 duizend euro) zouden in een 'dorpsfonds' worden gestort om in eigen beheer welzijn en preventie mee te financieren. Eind 2019 bleek dat de pilot niet kon uitbreiden met andere huisartsenpraktijken die graag wilden aansluiten. De opschaling werd door VGZ afgeremd omdat de daling van het aantal verwijzingen leidde tot een daling van de omzet van Maasziekenhuis Pantein in het nabijgelegen Boxmeer dat financieel in zwaar weer verkeerde. Zonder samenwerking door overheden, verzekeraars, zorgaanbieders, burgers kunnen de schijnbaar tegenstrijdige belangen niet worden overstegen, en stagneert de noodzakelijke transformatie. Dat is in niemands belang.<sup>44</sup>*

#### 2.4.3 Wat betekent dit voor de toekomstige bekostiging?

Het is essentieel dat preventie onderdeel uitmaakt van de toekomstige bekostiging. Dit niet opnemen is een gemiste kans om de kwaliteit aantoonbaar te verbeteren. De huidige twee opties (mono en experiment IB) doen dit expliciet niet. De oplossing is eenvoudig:

1. Neem preventie concreet op als onderdeel van de verloskundige zorg. Als basis voor de verloskundige zorg;
2. Stimuleer dit expliciet via de bekostiging;
3. Monitor de uitkomsten;
4. Koppel het acute zorg gedeelte los van de reguliere zorg om te voorkomen dat de financiële middelen alsnog verschuiven naar de acute zorg.

#### 2.5 Samenwerking voor de zwangere vrouw

Samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen in de geboortezorg staat hoog op de agenda sinds het rapport 'een goed begin' uit 2010. Sindsdien is de samenwerking fors geïntensiveerd. Er vinden veel overleggen plaats. Samenwerking is essentieel voor goede geboortezorg, maar ook zo oud als het vak. Samenwerking komt in vele vormen en verschijningen. Het is belangrijk om daar steeds onderscheid in te maken. Zo is er een verschil in samenwerking wanneer er sprake is van individuele patiëntzorg of samenwerking op grotere regionale thema's zoals het verplaatsen van zorg of oppakken van preventie in een VSV. Er is een verschil in samenwerking in overlegstructuren en samenwerking bij het leveren van de zorg. Er is een verschil tussen in gesprek zijn met elkaar of daadwerkelijk in samenhang thema's aan te pakken.

Bij de patiëntzorg zien we samenwerking bijvoorbeeld terug in de cliëntbesprekingen tussen de verschillende zorgverleners. We zien het terug bij de bevallingen, waar een team klaarstaat om de vrouw de beste zorg te bieden. Iedereen weet dat er cliënten zijn waarvoor samenwerking essentieel is. Niet alleen met de tweede lijn, maar ook bijvoorbeeld met het sociale wijkteam, huisartsen, geestelijke ondersteuning, diëtisten en andere.

Daar waar het gaat om grotere thema's wordt het vaak ingewikkelder. Het betreft niet direct de zorg rondom de cliënt, maar vragen rondom antenatale ctg in de eerste lijn of hoe ga je omgaat met capaciteitsproblematiek. Samenwerking ligt dan vaak ingewikkelder. De meningen en oplossingen

---

<sup>44</sup> [SER-verkenning Zorg voor de toekomst | SER](#)

tussen de groepen liggen dan vaak verder uiteen. Zie hiervoor ook de voorbeelden in de paragrafen over verplaatsen van zorg en preventie.

In dit hoofdstuk gaan we nader op samenwerking in. Juist omdat we de samenwerking tussen de beroepsgroepen willen verbeteren. Om grote thema's in een veranderend zorglandschap aan te pakken en de beste zorg voor de zwangere vrouw te blijven leveren. Het is ingewikkeld om dan ook knelpunten in de samenwerking te benoemen. Snel vervalt het frame in voor of tegen samenwerking. En mensen die tegen samenwerking zijn, zijn geen teamplayers. In deze paragraaf wordt ook ingegaan op door verloskundigen ervaren knelpunten.

Samenwerken is een basisonderdeel van het vak van de verloskundige. De KNOV pleit niet voor niks al jaren voor een duidelijke vergoeding voor samenwerking. Maar samenwerking wordt aan de landelijke en regionale tafels steeds meer als doel op zich gepresenteerd. Terwijl samenwerking ook nadelen kent, die in de discussie gemakshalve genegeerd worden. Samenwerking kan ondoelmatigheid en onderlinge irritatie juist in de hand werken. Vreemd genoeg kan het eenzijdig inzetten op samenwerking door de ene partij averechts werken op de andere partij.<sup>45</sup> Het is belangrijk om dit te kunnen benoemen. Omdat verbetering van samenwerking ook begint bij het bespreken van de ervaren knelpunten.

Het is belangrijk om samen te werken als het toegevoegde waarde heeft voor de cliënt. Daar is iedereen het met elkaar over eens. Maar hoe die samenwerking wordt vormgegeven loopt uiteen. Doe je alles samen? Maak je overal afspraken over? Of durf je ook los te laten, vertrouwen te hebben in andere professionals en de ruimte houden voor autonoom handelen voor de zwangere vrouw. Werk je samen vanuit het oogpunt van onderlinge controle of vertrouwen?

#### *Gezamenlijke intakes*

In de gesprekken met verloskundigen komt dikwijls naar voren dat er, onder het mom van samenwerking, afspraken worden gemaakt over gezamenlijke intakes met de gynaecoloog. Waarbij soms wordt afgesproken dat alle zwangere vrouwen een gezamenlijke intake aangeboden krijgen. Ook wanneer hiervoor geen enkele aanleiding is.

Veel regio's zien daar gelukkig na een bepaalde periode weer van af, vanwege de stijgende kosten. Het is ook weinig efficiënt om bij elke cliënt met zijn tweeën te zitten. Bovendien is het aan de verloskundige die in de zorgstandaard integrale geboortezorg<sup>46</sup> en in de zorgverzekeringswet<sup>47</sup> om dit werk te doen. Hier is een duidelijk verschil in het daadwerkelijk samen doen, wat intensief is, veel tijd kost en niet per definitie door alle partijen als positief wordt ervaren. Of samen afspraken maken, elkaar vertrouwen en juist ook de andere partij de ruimte geven om de zorg te leveren.

#### 2.5.1 Samenwerking in relatie tot doelmatigheid en keuzevrijheid

Samen kom je verder. Absoluut! Het brengt ook energie met zich mee. Je kan dingen met elkaar bereiken. Sterker nog bepaalde grote knelpunten kan je alléén met elkaar bereiken. Je hebt elkaar nodig en bent ook afhankelijk van elkaar. Maar samenwerking kan ook averechts werken. Wat als je er niet uit komt met elkaar? Het gevoel ontstaat dat er ongelijkwaardige relatie is? Wat als het niet nodig is voor de client en wel tijd en geld kost?

---

<sup>45</sup> [Integrale bekostiging geboortezorg: verbinder of splijtzwaam? - Skipr](#)

<sup>46</sup> Over het algemeen wordt de verloskundige aangewezen als coördinerend zorgverlener.

<sup>47</sup> Artikel 10 Zorgverzekeringswet

### **Samenwerking noodzakelijk**

Er zijn ontwikkelingen in de geboortezorg die om samenwerking vragen. Die men simpelweg niet alleen kan doen.

#### *VIPP babyconnect*

Het verbeteren van de gegevensuitwisseling tussen verschillende partijen vraagt om samenwerking tussen deze partijen. Op dit moment doen ongeveer 45 VSV's mee met het VIPP babyconnect traject.

#### *Capaciteitsproblematiek*

In bepaalde regio's loopt de capaciteitsproblematiek fors op. Vooral door personeelstekort in de tweede lijn. Dit gaat ten koste van de beste zorg voor de cliënt. Hier ligt een opgave voor alle partijen in de regio om de zorg zo goed mogelijk te regelen voor de zwangere vrouw. Met zo min mogelijk consequenties voor de zwangere vrouw. Bijvoorbeeld door het verplaatsen van zorg (planbaar en acuut om te ontlasten), delen van faciliteiten als verloskamers of inzicht in het aantal open bedden.

#### *CTG-experiment*

In verschillende regio's is in de afgelopen jaren samengewerkt aan het verplaatsen van antenatale ctg naar de eerste lijn. Dit experiment levert goede zorg op voor de cliënt. Inmiddels is het op landelijk niveau besloten dat antenatale ctg in de eerste lijn aangeboden kan worden. De professionele standaard van de KNOV voorziet, net als de experimenten, in goede afspraken tussen de gynaecologen en verloskundigen. Zodat ook samenwerking hier geborgd is.

Samen kun je betere zorg leveren aan de zwangere vrouw. Met name wanneer de zorg complexer wordt, is samenwerking belangrijk. Maar het kan ook de kwaliteit verminderen, wanneer samenwerking leidt tot ondoelmatige zorg. Of wanneer samenwerking tussen partijen leidt tot minder keuzevrijheid.

### **Meerwaarde voor de zwangere vrouw**

Daar doen we het uiteindelijk met zijn allen voor. Dat is het doel. En dat moeten we niet uit het oog verliezen. Is de zorg eenvoudig? Kan je het zonder verdere samenwerking af. Is de zorg complexer? Dan is samenwerking vaker passend, maar niet per definitie nodig op elk moment in het zorgtraject.

#### **Veel meer overleggen**

Er wordt al veel samengewerkt in de geboortezorg. De afgelopen jaren heeft dat geleid tot een forse stijging van niet direct patiënt gerelateerde overleggen en overlegstructuren. Denk daarbij aan overleggen voor VSV, regionale overleggen, gemeentelijke overleggen MDO, praktijkoverleggen, landelijke overleggen, vooroverleggen, na overleggen, implementatie-overleggen en projectoverleggen. Allemaal met als doel de samenwerking te verbeteren. Daar gaat nu ook veel tijd naar toe. Toch is de roep om meer samenwerking nog onverminderd hoog, zonder dat duidelijk is wanneer het voldoende is.



### **Samenwerking en verminderde keuzevrijheid**

Er is een verband tussen samenwerking en keuzevrijheid. Wanneer de samenwerking versterkt, vermindert vaak de keuzevrijheid. Helemaal wanneer de samenwerking tussen de verwijzer en de behandelende partij wordt versterkt.<sup>48</sup>

### **Samenwerking en besluitvaardigheid**

Het is eenvoudiger om alleen beslissingen te nemen. In samenwerking wordt het nemen van beslissingen complexer.<sup>49</sup> Er komt een governance structuur. Dat kost vaak geld. En vraagt ook om gelijkwaardigheid (zie onder).

### **Samenwerking is niet gratis**

Het kost tijd en dus ook geld. Daarom is het ook essentieel dat er meerwaarde voor de cliënt in zit. Anders kost het tijd en geld zonder dat het de zorg verbetert. Dan leidt samenwerking tot ondoelmatigheid.

## 2.5.2 Samenwerken dat doen mensen – over relatie en gelijkwaardigheid

Samenwerken vindt plaats tussen mensen. Dat kan alleen wanneer er sprake is van een goede relatie en (enigszins) gelijkwaardige partijen.

Mensen werken niet samen omdat ze moeten. Ze werken samen omdat ze dat willen. Omdat beide partijen op dat punt de meerwaarde ervan inzien. Omdat ze daartoe ook expliciet worden uitgenodigd, verleid en/of worden ondersteund.

Voor de geboortezorg betekent dit dat de bekostiging beperkt invloed heeft op de samenwerking. Ja, een integrale bekostiging kan bijdragen aan een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel over de financiën. Net zoals het kan bijdragen aan verminderde samenwerking, wanneer er discussie over de verdeling van de gelden ontstaat. Een monodisciplinaire bekostiging kan bijdragen aan goede samenwerking, wanneer partijen zich niet druk hoeven te maken over hun inkomen en de verdeling van gelden. Zij zich kunnen focussen op de onderwerpen waarop overeenstemming haalbaar is.

Het is de relatie die de verschillende mensen met elkaar hebben die de basis vormt.<sup>50</sup> Dat zien we ook terug bij de huidige IGO's. Waar de relatie en de samenwerking al goed was voordat zij deelnamen aan het experiment integrale bekostiging.

Echter is de relatie als basis voor de samenwerking ook het meest broos, wanneer bijvoorbeeld zorgverleners stoppen met werken en/of andere zorgverleners komen werken. Ook kan een dergelijke relatie onder druk komen te staan wanneer (externe) factoren veranderen, bijvoorbeeld wanneer een van de partijen failliet dreigt te gaan.

---

<sup>48</sup> Zie onder andere: [NMa en NZa: samenwerking mag als patiënt er beter van wordt | ACM.nl](#) (over samenwerking en keuzevrijheid), [Advies Bekostiging \(integrale\) zorg rondom zwangerschap en geboorte - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#) (over keuzevrijheid en risico integrale bekostiging geboortezorg) en [Uitvoeringstoets Integrale zorg voor Wlz-cliënten - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#) (over integrale zorg en keuzevrijheid in de WLZ)

<sup>49</sup> [Rapport evaluatieonderzoek regionale samenwerking in VSV's | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

<sup>50</sup> Zie voor het belang van onderlinge relaties bij samenwerking ook: [Rapport evaluatieonderzoek regionale samenwerking in VSV's | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)



Wanneer de gelijkwaardigheid in een relatie verdwijnt of afwezig is, zal deze op termijn vastlopen. Er zal een afhankelijkheidsrelatie ontstaan van de ondergeschikte partij. Er is dan geen sprake meer van samenwerking, maar meer van overname.

<b>Geen gelijkwaardigheid geboortezorg ziekenhuis<sup>51</sup> – verloskundigen<sup>52</sup></b>		
	Ziekenhuis	Verloskundigen
Is afhankelijk van anderen om een IGO te starten?	Nee	Ja
Kan zelfstandig opereren als mono verdwijnt?	Ja	Nee
Is afhankelijk van anderen om alle zorg rondom bevalling aan te bieden?	Nee	Ja
Is afhankelijk van de faciliteiten (verloskamers) van een ander	Nee	Ja
Financiële verhoudingen <sup>53</sup>	+/- 75%	+/- 25%
Ondersteuning	Juridische en financiële ondersteuning in huis	Geen juridische en financiële ondersteuning in huis
Wetenschappelijke ondersteuning	Wetenschapscommissies, academisch geschoold, wetenschapsgelden	In vergelijking tot ziekenhuiszorg beperkte wetenschappelijke middelen
Relatie met zorgverzekeraars	Over het algemeen meer macht bij contracteren	Over het algemeen minder macht bij contracteren
Organisatiegraad	Sterk centraal georganiseerd en bestuurd	Beperkt centraal georganiseerd en bestuurd
Focus van zorg*	Hoogcomplex/medium complex	Medium complex/ laag complex
Culturele hiërarchie**	Medisch specialisten	Verloskundigen
Organisatorische hiërarchie***	Ziekenhuis centraal	Praktijken in de wijk
Andere financiële startpositie	Huidige financiële middelen het resultaat van jarenlange volumeprikkel en onderhandelingen met zorgverzekeraars	Huidige financiële middelen het resultaat van jarenlange tegengestelde volumeprikkel en tekenen bij het kruisje zonder contractonderhandeling

<sup>51</sup> Onder de ziekenhuizen vallen in deze vergelijking ook de gynaecologen, vanwege de nauwe werkrelatie (al dan niet dienstverband of opdrachtgeverschap). Dat hoeft echter niet zo te zijn, zie voorbeeld in hoofdstuk vier van een integrale organisatie zonder ziekenhuis.

<sup>52</sup> Voorzichtig kan worden gesteld dat de tweede lijn over het algemeen een sterkere positie heeft dan de eerste lijn. Dat ziet met terug in de positie bij inkoopmacht (zie bijlage 1). Je ziet het terug in de positie in de overlegorganen zoals het ROAZ. Maar bijvoorbeeld ook in de wens om eerste een HLA MSZ af te sluiten, voordat de andere sectoren aan de beurt zijn.

<sup>53</sup> [12 | 16 oktober 2020 | Stand van de zorg \(nza.nl\)](#)

\*Voor wat betreft de focus van zorg, er is onderzoek dat aangeeft dat bij de verdeling van middelen hoog complexe zorg voorrang krijgt boven andere vormen van zorg.<sup>5455</sup>

\*\* het is algemeen bekend dat in de zorg een culturele hiërarchie is, waarbij de medisch specialist altijd in the lead is, wanneer hij/zij aanwezig is. De medisch specialist neemt dan vaak de zorg over.

\*\*\* organisatorisch is er reeds een bestaande hiërarchie. Een ziekenhuis zit in het ROAZ, zij hebben vrijwel allemaal hun eigen VSV (zo zijn er 6 VSV's in Amsterdam). Het ziekenhuis heeft de acute zorg post. De zorg organiseert zich zodoende rondom het ziekenhuis. Met het ziekenhuis als centraal punt.

### 2.5.3 Wat betekent dit voor de bekostiging?

Samenwerking is een essentieel onderdeel van de zorg die in de geboortezorg wordt geleverd. Het komt ook tot uiting in de term coördinerend zorgverlener in de zorgstandaard integrale geboortezorg. Een zorgverlener die de zorg tussen de verschillende aanbieders coördineert. Het is belangrijk dat een bekostiging dit goed ondersteunt. Tegelijkertijd is het een proces dat draait om relaties en gelijkwaardigheid. Het gaat om de vormen waarin je met elkaar samenwerkt. Niet zozeer om de bekostiging. Samenwerking kan binnen alle verschillende vormen van bekostiging plaatsvinden. De ene bekostiging biedt niet meer of minder mogelijkheden dan de ander.

Uiteraard dient de tijd die samenwerking kost wel te worden vergoed in de bekostiging. In verschillende sectoren zie je mogelijkheden om coördinatie te declareren. Dit helpt bij het stimuleren van de overleggen. Ook verbetering van de ICT kan een forse bijdrage leveren aan verbeterde samenwerking. Het RIVM verwijst hier in zijn rapport ook naar. Ook dit zal op een passende manier bekostigd moeten worden.

## 3. Toekomstige bekostiging

Wat betekent voorgaande hoofdstuk nu voor het toekomstige bekostigingsmodel. Zowel integrale bekostiging als de huidige monodisciplinaire bekostiging voldoen niet. Aanpassing van de bekostiging is noodzakelijk.

### 3.1 Werken vanuit de zwangere vrouw - zorgpad als uitgangspunt

Echt werken vanuit kwaliteit, betekent werken vanuit de zwangere vrouw. De huidige bekostiging kent maar één tarief voor alle zwangere vrouwen. Alsof er maar één soort zwangere vrouw bestaat. Integrale bekostiging kent iets meer deelprestaties, maar ook daar kan je je afvragen of dit aansluit bij de zwangere vrouw.

Interessanter is dat alle zorgverleners bezig zijn met zorgpaden. Noem het patiënt journeys of cliëntprofielen. Het betekent allemaal hetzelfde: het beschrijft de stappen in de zwangerschap (en daarvoor/daarna) die de zwangere vrouw doorloopt. Waarbij de zwangere vrouw natuurlijk ook kan wisselen van zorgpad wanneer haar zorgvraag daar aanleiding toe geeft. Naar een zwaarder zorgpad of naar een lichter zorgpad.

---

<sup>54</sup> [Value based maternal and newborn care requires alignment of adequate resources with high value activities | BMC Pregnancy and Childbirth | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

<sup>55</sup> Denk in dit kader ook aan de prioritering die is gesteld rondom patiëntenzorg ten tijde van de covid crisis.

Preventie is een essentieel onderdeel van dit zorgpad en maakt hier dan ook onderdeel van uit. Elk zorgpad zou hier mee moeten beginnen. Om te voorkomen dat zwaardere zorg later in de zwangerschap noodzakelijk is. Dat betekent dat er expliciet ruimte wordt geboden voor de sociale verloskundige. Maar ook dat er in de bekostiging meer tijd ontstaat voor de zwangere vrouw, wat positieve uitkomsten heeft op de geboortezorg.<sup>56</sup> Daar staan dan betere resultaten tegenover en een verlaging van de kosten later in het proces van de zwangerschap en/of in het leven van moeder en kind.

De afspraken die hier worden gemaakt over de zorg aan de zwangere vrouw zouden leidend moeten zijn in de bekostiging. Wanneer het zorgpad afwijkt van de bekostiging, heeft dat ongewenste effecten. Het kan dan voorkomen dat je niet betaald wordt voor het werk dat in een zorgpad geleverd wordt. Of dat je juist betaald wordt voor werk dat niet in het zorgpad zit. Beiden zijn niet optimaal.

#### **Landelijk of regionaal zorgpaden?**

Op dit moment is de kwaliteit van de geboortezorg sterk regionaal georganiseerd via de VSV's. Dikwijls komt het voor dat VSV's hun eigen zorgpaden hebben voor dezelfde zwangere vrouwen. Uiteraard kan dit komen doordat regio's van elkaar verschillen.

Echter, dan moet dat wel de reden zijn. Het is onwenselijk dat protocollen sterk van elkaar verschillen, zonder dat daar een inhoudelijke onderbouwing voor is. Bijvoorbeeld omdat aanbieders in een bepaalde regio van oudsher gewend zijn om de zorg op een bepaalde manier te leveren. Dit is onwerkbaar voor praktijken die in meerdere VSV's zitten. Maar net zo belangrijk, niet uit te leggen aan zwangere vrouwen waarom de zorg in de ene regio verschilt van de andere regio.

Het is niet zo dat een zwangere vrouw in Drenthe wezenlijk anders is dan een zwangere vrouw in Amsterdam. Er is dan ook geen reden om volledig andere zorgpaden of regionale protocollen te hebben. Uiteraard dient er wel ruimte te zijn voor maatwerk en couleur locale. Het kan zijn dat de organisatie van zorg dermate van elkaar verschillen dat dat vraagt om enige verschillen tussen de regio's om de beste zorg voor de zwangere vrouw te kunnen bieden.

Het vaststellen op landelijk niveau vraagt wat van de landelijke partijen. Het draagt ook risico's met zich mee, wanneer deze partijen er gezamenlijk niet uitkomen. Dit is niet anders dan in andere sectoren. Experimenten, analyse van regionale werkwijzen, etc. kunnen hier handvatten bieden over de mogelijkheden die er zijn. Belangrijk is dat hiervoor een goed, transparant proces voor komt. Waarbij verschillende partijen worden betrokken, daar waar de zorg hun werk raakt. Uiteindelijk geldt dat, binnen de wettelijke grenzen, iedere beroepsgroep zelf gaat over de bevoegd- en bekwaamheid van de zorgverleners.

### **3.2 Betalen voor het werk wat je doet – heldere kwaliteit**

Uit de analyse en vele praktijkvoorbeelden in hoofdstuk 3 blijkt dat het essentieel is dat je betaald krijgt voor het werk wat je doet. Er zijn altijd zorgverleners met een sterke intrinsieke motivatie die ook zorg gratis leveren.<sup>57</sup> Maar op de langere termijn demotiveert dat. Je doet immers wel het werk,

---

<sup>56</sup> Zie hiervoor het artikel van Ank de Jonge in de verloskundige van september 2021: [2021 - Nummer 3 - KNOV](#)

<sup>57</sup> Vooral in de eerstelijns verloskundige zorg is dit het geval. Er is immers sprake van een retrospectieve bekostiging. Waarbij over 1 jaar in het verleden wordt gekeken naar de uitgevoerde taken en op basis daarvan

stopt er de tijd in, bereikt er mooie resultaten mee. Maar de beloning blijft achterwege. Het biedt ook meer ruimte voor maatwerk voor de zwangere vrouw.

In andere sectoren is dit heel gebruikelijk. Zoals aangegeven wordt er betaald voor consulten, activiteiten of bijvoorbeeld uren. Zelfs in de huisartsenzorg, van oudsher de sector die werkte met een abonnementstarief, zie je een forse verschuiving in de betalingen plaats vinden van het abonnementstarief naar verrichtingen.<sup>58</sup> Alleen in de eerstelijns verloskundige zorg krijg je een vast tarief voor een ongedefinieerde set aan activiteiten voor een ongedefinieerde uiteenlopende zorgvraag.

Als laatste voorkomt het betalen voor het werk wat je doet, de ongewenste situatie waarin we op dit moment zitten. Een volumeprikkel in de tweede lijn, waarin via zorgactiviteiten en dbc's wordt betaald voor wat je doet en de omgekeerde volumeprikkel in de eerste lijn. Dat heeft een medicaliserende prikkel, waar we zo snel mogelijk vanaf moeten. En creëert een ongelijk speelveld tussen de zorgverleners.

Voor wat betreft het voorkomen van een ongewenste productieprikkel wanneer wordt betaald voor het werk dat wordt geleverd, is het interessant om te kijken naar de nieuwe bekostiging voor de GGZ per 1 januari 2022. Deze bekostiging werkt op basis van zorgpaden, welke worden "gevuld" met activiteiten. Over eventuele productieprikkel merkt de NZa het volgende op: *"De mate waarin financiële prikkels daadwerkelijk invloed hebben op gedrag tussen zorgaanbieders of tussen zorgverleners verschilt. Dit is bijvoorbeeld afhankelijk van de organisatie van de zorgaanbieder en/of de individuele drijfveren van de zorgverlener. Voor een zorgverlener zal het leveren van goede zorg aan zijn of haar patiënten voorop staan. Hoe deze goede zorg wordt geleverd is onder meer vastgelegd in professionele normen die door de sector zijn opgesteld. De normen staan in het Kwaliteitsstatuut, in de kwaliteitsstandaarden en in verschillende beroepscode's. Over het naleven van deze professionele normen leggen zorgaanbieders verantwoording af en er zijn instanties die toezien op naleving. Idealiter sluit de bekostiging hier op aan, zodat de financiële prikkels in het systeem in lijn liggen met het leveren van zorg, zoals binnen de professionele normen is omschreven."*<sup>59</sup>

Gegeven dat de voorgestelde basis zorgpaden/cliëntenprofielen worden, biedt dat ruimte om de volumeprikkel te verminderen op landelijk niveau.

### 3.3 Waardegedreven zorg – toegevoegde waarde voor de zwangere vrouw

Interessant met betrekking tot de bekostiging en aansluiten op kwaliteit van zorg zijn de inzichten in waardegedreven zorg. Een ontwikkeling die breed in de geboortezorg terug te vinden is. Denk onder meer aan (niet-limitatief) het BUZZ- project<sup>60</sup>, project waardegedreven zorg in Zwolle<sup>61</sup> en ontwikkelingen bij Annature in samenwerking met Erasmusmc<sup>62</sup>. Maar ook buiten de geboortezorg aan steun wint.

---

wordt een tarief gemaakt. Ontwikkelingen na dit peiljaar, bijvoorbeeld het langer in de eerste lijn houden van zwangeren met diabetes, komen niet terug in het tarief en doen de verloskundige het extra werk gratis.

<sup>58</sup> [Stand van de zorg 2019 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

<sup>59</sup> [Microsoft Word - Bijlage 2 Financiële prikkels en beheersbaarheid ZPM 20200205.docx \(zorgprestatie.nl\)](#)

<sup>60</sup> [BUZZ-project | CPZ \(kennisnetgeboortezorg.nl\)](#)

<sup>61</sup> [Zwolse pilot vergroot begrip tussen gynaecologen en verloskundigen - Qruux](#)

<sup>62</sup> [Samen werken aan uitkomstgerichte geboortezorg | Regionale experimenten | NZa-Specials](#)

De kern van het idee is simpel. Er wordt betaald voor de zorg die (het meeste) waarde toevoegt voor de cliënt. Daarbij wordt gekeken naar de toegevoegde waarde en de kosten van de zorg. De toegevoegde waarde wordt bepaald op basis van uitkomsten. Deze uitkomsten worden gemeten via vragenlijsten aan de cliënt en gemeten door de zorgverlener. Onderdeel is ook het bespreken van de uitkomsten met de cliënt. In enkele gevallen worden er ook financiële afspraken met bijvoorbeeld de zorginkoper gekoppeld aan bepaalde uitkomstdoelen. Een uitgebreide toelichting op dit principe is te vinden op onder meer de site van ICHOM<sup>63</sup> en Nederlandse sites over uitkomstgerichte zorg<sup>64</sup> zoals Qruux<sup>65</sup> en Linean<sup>66</sup>.

#### **Wat is toegevoegde waarde?**

Het gaat hier om toegevoegde waarde voor de zwangere vrouw. De basisset van ICHOM geeft bijvoorbeeld een aantal punten die je daarvoor kan meten of uitvragen.<sup>67</sup> Het bevat een deel klinische uitkomsten, maar bijvoorbeeld ook vragen omtrent de ervaring rondom de bevalling. Deze set is verbeterd naar de Nederlandse situatie.<sup>68</sup>

Toegevoegde waarde voor een cliënt kan bijvoorbeeld ook zitten in toegankelijke zorg. Korte(re) reistijd, goede bereikbaarheid en beschikbaar zijn voor de cliënt. Het kan ook zitten in het bieden van zorg voor een specifieke (geloofs)overtuiging. Of het bieden van zorg in verschillende talen. Interessant in dit kader is ook de toevoeging dat “niets” doen ook toegevoegde waarde is.<sup>69</sup> Terecht wordt opgemerkt dat ook waarden als menswaardigheid, zorgzaamheid, vertrouwen, betrokkenheid toegevoegde waarden hebben. Dit vaak minder goed meetbaar zijn. Maar wel essentieel zijn voor goede zorg.

Bij het bepalen van de toegevoegde waarde is het belangrijk om de cliënt goed te betrekken. De zorgvraag bepaalt immers ook wat voor de cliënt het belangrijkste is. Het is belangrijk om resultaten terug te koppelen en te bespreken met de cliënt.

Verder is het ook belangrijk om daadwerkelijk handelingsperspectief te hebben op basis van de gemeten uitkomsten. Er is immers een doel aan het meten en uitvragen van de gegevens. Als niemand er vervolgens iets mee kan, dan zal het snel ervaren worden als administratieve last.

#### 3.3.1 Waardegedreven zorg en bekostiging

Het is goed mogelijk om waardegedreven zorg op te zetten in elke vorm van de bekostiging. Het wordt wel eenvoudiger naarmate het duidelijker is vastgelegd over welke zorg je de toegevoegde waarde meet.

Gebruikelijk is het om te kiezen voor een vast traject. In de zwangerschap betekent dat het gehele traject van prenatale, natale en postnatale zorg.

Het liefst meet je bij een bepaalde homogene groep, zodat de uitkomsten tussen de cliënten vergelijkbaar zijn. De ervaringen en uitkomsten van een zeer complexe zwangerschap, kunnen fors afwijken van een eenvoudige zwangerschap. Wanneer dit integraal wordt bekeken, doen de

---

<sup>63</sup> [ICHOM | Healthcare Improvement | Patient-Reported Outcomes](#)

<sup>64</sup> [Home | uitkomstgerichte zorg](#)

<sup>65</sup> [Homepage - Qruux](#)

<sup>66</sup> [Home - Linnean](#)

<sup>67</sup> [Pregnancy And Childbirth – ICHOM Connect](#)

<sup>68</sup> [Uitkomstenset Z&G - Waardegedrevengeboortezorg.nl](#)

<sup>69</sup> [Mijn zorgen om 'zorgwaarde' - Guus Schrijvers](#)

uitkomsten geen recht aan de verschillen tussen deze zwangeren. Een homogene groep in een zorgpad kan hier een oplossing bieden.

Het is primair aan de zorgprofessionals om op basis van kwaliteit te komen tot deze zorgpaden. Dit staat los van de bekostiging. Maar de bekostiging zal hier wel op kunnen aansluiten.

### 3.3.2 Waardegedreven zorg en verschillende zorgverleners

Doordat waardegedreven zorg altijd plaats vindt binnen een traject, is er vaak sprake van verschillende zorgverleners. Het is belangrijk dat binnen het team wordt gesproken over mogelijke verbeteringen die uit een waardegedreven traject komen.

Echter, tegelijk zal de vraag komen, waar/wanneer/bij wie kan deze verbetering worden toegepast en wat betekent dat voor de allocatie van de middelen.

Het is op dat moment belangrijk dat dit niet blijft bij een gesprek, maar dat er inzicht is in de rollen en verantwoordelijkheden binnen het traject. En uiteraard ook hoe de allocatie van middelen (geld, facilitair en mensen) op dat moment is. Wie doet wat, wanneer en waar en hoe wordt daarvoor betaald (zie ook paragraaf 4.5).<sup>70</sup>

### 3.4 Inzicht in wie doet wat, wanneer en waar en hoe wordt ervoor betaald?

Inzicht in de activiteiten is noodzakelijk om inzicht te krijgen in de keten van de geboortezorg. Op dit moment is het een black box, waarin alleen de declarerende partij/zorgverlener zichtbaar is. Terwijl dat niet per definitie de partij is die het meeste werk heeft verricht in het hele traject. Transparantie in de bekostiging is belangrijk. Dit was ook een van de uitgangspunten bij de nieuwe GGZ bekostiging.<sup>71</sup> En ook één van de wensen van het ministerie van VWS voor de toekomstige MSZ bekostiging.<sup>72</sup>

#### **Voorbeelden andere sectoren**

Hoe wordt dit geregeld in andere sectoren? In de MSZ worden activiteiten geschreven die uiteindelijk leiden tot de declaratie van een specifieke DBC. De DBC wordt gedeclareerd door de hoofdbehandelaar. Doorgaans een medisch specialist, hoewel tegenwoordig ook de physician assistant en verpleegkundig specialist mogen declareren. De declaratie geeft daarmee enig inzicht in welke zorg er is geleverd, maar verder geen inzicht door wie de zorg binnen het DBC-traject is geleverd.

In de nieuwe bekostiging van de GGz kunnen verschillende zorgverleners activiteiten schrijven binnen een specifiek zorgpad. De activiteiten die de zorgverleners schrijven zijn hetzelfde. De tarieven verschillen per zorgverlener en per setting (waar de zorg plaats vindt). Daarmee geeft de bekostiging inzicht in het zorgpad, de zorg die geleverd wordt, door wie deze wordt geleverd en waar deze wordt geleverd.

In de wijkverpleging wordt per uur gedeclareerd. Daarmee geeft de bekostiging inzicht in het aantal geleverde uren door de wijkverpleegkundige.

<sup>70</sup>Zie hiervoor het artikel van Ank de Jonge in de verloskundige van september 2021: [2021 - Nummer 3 - KNOV](#).

<sup>71</sup> [Het zorgprestatieproces als nieuwe bekostiging voor de ggz en fz | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

<sup>72</sup> [NZA advies doorontwikkeling bekostiging msz en monitor integrale bekostiging msz 2018 | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

In de huisartsenzorg wordt op verschillende manieren bekostiging. De bekostiging geeft inzicht in het aantal ingeschrevenen per huisarts (via abonnementstarief). Maar ook in het aantal consulten, multidisciplinaire zorg en bepaalde verrichtingen die de huisarts heeft gedaan.

Inzicht in deze thema's is belangrijk. Wie, wat, wanneer en waar doet, vormt de basis voor een goed gesprek over de juiste zorg op de juiste plek. Het vormt vaak de basis voor werkplezier. Krijg ik de credits, de verantwoordelijkheid en de vergoeding voor het werk wat ik uitvoer? Of doe ik onzichtbaar steeds meer en zwaarder werk, zonder dat daar een passende vergoeding tegenover staat. Er is een goede reden dat hier de afgelopen jaren steeds meer inzicht in is gekomen. Dat het duidelijker wordt wie de zorg uitvoert.<sup>73</sup> Dat het duidelijker wordt waar de zorg wordt uitgevoerd.<sup>74</sup> En dat inzichtelijk is hoe de middelen worden verdeeld.<sup>75</sup>

### 3.5 Mono of integrale bekostiging?

De discussie die dikwijls gevoerd wordt, is de discussie over monodisciplinaire bekostiging of integrale bekostiging. In de geboortezorg wordt de discussie sterk vereenvoudigd. Ben je voor of tegen de IGO?

**Dit is niet juist.** Integrale bekostiging komt in veel verschillende vormen voor. De IGO is een organisatievorm waar integrale bekostiging in de geboortezorg wordt vormgegeven. Deze vorm is de enige vorm in de geboortezorg, maar het is zeker niet de enige vorm.

#### **Integrale bekostiging in andere sectoren**

Het is voor de huisarts mogelijk een medisch specialist te laten meekijken bij een casus. Het is dan de huisarts die deze zorg declareert en vervolgens via onderaannemerschap de medisch specialist vergoed.<sup>76</sup>

De gecombineerde leefstijlinterventie is een integrale prestatie waar veel zorgverleners samenwerken om de leefstijl van een persoon te verbeteren. De inkoop vindt plaats bij huisartsen (of soms fysiotherapeuten). Zij voorzien dan voor dat bedrag het hele traject aan zorg voor de cliënt.

Grofweg zijn er vier mogelijke manieren om de genoemde zorgpaden te bekostigen:

1. Via zorgactiviteiten, elke zorgverlener declareert zorgactiviteiten (consulten, echo, etc.) binnen het zorgpad, elke zorgverlener heeft een eigen contractrelatie met de zorgverzekeraar.<sup>77</sup>
2. Via de coördinerend zorgverlener<sup>78</sup>, die declareert het totale bedrag van het zorgpad en betaalt vanuit daar de andere zorgaanbieders, de coördinerend zorgverlener heeft een contractrelatie met de zorgverzekeraar.<sup>79</sup>

<sup>73</sup> [Zorgactiviteit op eigen AGB-code per 2022 verplicht - NAPA](#)

<sup>74</sup> [Factsheet-Setting-mei-2021.pdf \(zorgprestatie.nl\)](#)

<sup>75</sup> [Advies toekomst bekostiging integrale geboortezorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

<sup>76</sup> De toeslag integrale geboortezorg biedt een vergelijkbare mogelijkheid, waarbij de gynaecoloog, via onderaannemerschap, wordt betaald door de verloskundige. Bijvoorbeeld wanneer de gynaecoloog een (digitaal) consult doet in de eerstelijnspraktijk.

<sup>77</sup> VB nieuwe GGZ bekostiging, multidisciplinaire zorg bij huisartsen

<sup>78</sup> De zorgstandaard integrale geboortezorg benoemt de coördinerend zorgverlener. Dit is in principe de verloskundige. Het is de zorgaanbieder die het meeste patientcontact heeft en het evidente aanspraakpunt is voor de client.

<sup>79</sup> VB multidisciplinaire zorg bij huisartsen, gecombineerde leefstijl interventie



3. Via de zorgverleners, de betrokken zorgverleners vormen een zorggroep, deze zorggroep levert de zorg en de groep declareert de zorg, faciliteiten van het ziekenhuis worden vanuit de opbrengsten gehuurd.<sup>80</sup>
4. Via de IGO, waar ziekenhuis, gynaecologen, verloskundigen en kraamzorg een aparte groep vormen om de zorg te leveren.<sup>81</sup>

Hieronder worden ze nader toegelicht. Optie 2 en 3 bieden een integrale optie aan, waarbij met name op de gelijkwaardigheid en keuzevrijheid meer waarborgen zijn dan bij optie 4.

### **Zorgpaden via zorgactiviteiten**

#### *Zorgpad*

Het zorgpad vormt de basis voor de kwaliteit en inhoud van de zorg. Wat heeft de cliënt nodig en door wie kan deze zorg geleverd worden. Dit wordt landelijk vastgesteld. Het zorgpad houdt daarmee rekening met enige regionale invulling, bijvoorbeeld door verschillen tussen regio's in beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg.

#### *Hoe loopt bekostiging en contractering?*

De activiteiten die beschreven worden in het zorgpad vormen de basis voor de bekostiging. De activiteiten worden uniform afgesproken voor de verschillende zorgverzekeraars. Er is geen verschil tussen de activiteit consult of echo, wanneer deze worden gedaan door een verloskundige of gynaecoloog. Aan deze activiteiten wordt een tarief gekoppeld. Het tarief kan wel rekening houden met de verschillende zorgverleners. Zo kan een consult bij de gynaecoloog een hoger tarief hebben dan bij de verloskundigen. Verder kan het tarief rekening houden met de setting waar de zorg wordt geleverd. Een consult in het ziekenhuis heeft ook wellicht een hoger tarief nodig dan een consult in een eerstelijnspraktijk.

De zorgverlener declareert de zorg zelf bij de zorgverzekeraar (of via een ziekenhuis). Door middel van deze activiteiten ontvangt de zorgverlener het geld. Het zorgpad zelf heeft geen integraal tarief.

#### *Keuzevrijheid*

Het is dan ook volledig aan de zwangere vrouw om te kiezen naar welke zorgverlener ze wil. Als er een nieuwe zorgverlener wil starten (vergroten keuze) dan kan dat eenvoudig zonder administratieve lasten.

#### *Inzicht*

Door deze activiteiten te schrijven wordt de zorgverlener betaald voor de zorg die wordt geleverd. Het is inzichtelijk wie de zorg levert. De zorgverlener krijgt een tarief dat past bij de opleiding en setting waarin de zorg wordt geleverd.

#### *Substitutie en preventie*

Wanneer de zorgverlener meer zorg wil leveren, dan kan dat als de activiteit ervoor bestaat. Meer tijd voor de cliënt is eenvoudig vorm te geven via consulten. De zorgverlener kan dit ook autonoom, samen met de zorginkoper, beslissen. En is hierbij niet afhankelijk van de effecten op een andere zorgverlener. Bijvoorbeeld wanneer het leidt tot minder verwijzingen. Eventuele extra opbrengsten komen ten goede aan de belasting/premiebetaler of kunnen herinvesteed worden in de aanbieders en/of kwaliteit van zorg.

<sup>80</sup> Dit voorbeeld is er op dit moment nog niet. Feitelijk betekent dit dat het ziekenhuis geen onderdeel is van de zorglevering, maar slechts de faciliteiten levert (en de acute zorg beschikbaarheid).

<sup>81</sup> De huidige IGO's vallen in deze groep



### *Volumeprikkel*

Tegelijkertijd wordt de volumeprikkel verminderd doordat het zorgpad redelijk concreet is over de zorg die wordt geleverd. Daarnaast werken verloskundigen gemiddeld al fors door. Tijd is schaars en een limiterende factor bij het verhogen van de volumes.

### *Voorbeeld andere sectoren*

Nieuwe bekostiging in de GGZ.

## **Zorgpaden integraal bekostigd via coördinerend zorgverlener**

### *Zorgpad*

Het zorgpad vormt de basis voor de kwaliteit en inhoud van de zorg. Wat heeft de cliënt nodig en door wie kan deze zorg geleverd worden. Dit wordt landelijk vastgesteld. Het zorgpad houdt daarmee rekening met enige regionale invulling, bijvoorbeeld door verschillen tussen regio's in beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg.

### *Hoe loopt bekostiging en contractering?*

De zorgstandaard integrale geboortezorg wijst een coördinerend zorgverlener aan. In principe is dit de (klinisch) verloskundige, zo stelt de zorgstandaard integrale geboortezorg. De coördinerend zorgverlener wordt verantwoordelijk voor het proces (niet zorginhoud) van het zorgpad. De coördinerend zorgverlener is aanspreekpunt voor de cliënt. Is het herkenbare gezicht, is er bij de bevalling en helpt de zwangere vrouw bij de invulling van haar zorgvraag.

Hiervoor krijgt de coördinerend zorgverlener één tarief per zorgpad. Daarvoor moet de zorg worden geleverd. Andere zorgverleners worden ook vergoed uit dat tarief. Zo kan de coördinerend zorgverlener, door in te zetten op preventie en verplaatsen van zorg, besparen op het tarief. De coördinerend zorgverlener kent de regio en werkt samen in een netwerk met verschillende aanbieders.

### *Keuzevrijheid*

De keuzevrijheid is in deze variant meer beperkt dan bij de activiteiten variant. Het wordt vormgegeven via de coördinerend zorgverlener en de samenwerkende partners. Vooraf kan de cliënt kiezen voor een coördinerend zorgverlener die ook goed samen werkt met bepaalde andere aanbieders. Indien toch gekozen wordt voor een aanbieder met wie geen vaste samenwerkingsafspraken zijn, kunnen deze door de zorgverlener eenmalig gemaakt worden (b.v. via onderaannemerschap). De plaats van bevalling is geheel aan de vrouw, daar heeft de coördinerend zorgverlener persoonlijk een beperkt belang bij.

### *Inzicht*

Het inzicht om de gelden te verdelen, maakt de coördinerend zorgverlener zelf. De coördinerend zorgverlener maakt afspraken met andere aanbieders over een passend tarief. De kosten van de andere aanbieders, met name het ziekenhuis, maar ook gynaecologen, is een black box. De coördinerend zorgverlener zal ondersteuning nodig hebben in de onderhandeling om tot passende tarieven te komen.

### *Substitutie en preventie*

Het is aan de coördinerend zorgverlener om in het zorgpad in te zetten op substitutie en preventie. Eventuele opbrengsten zullen over de zorgverleners in het zorgpad verdeeld kunnen worden, dan wel herinvesteerd kunnen worden in de kwaliteit van de zorg of teruggegeven worden aan de belasting/premiebetaler.

#### *Volumeprikkel*

Ook in dit systeem zit een volumeprikkel, immers zorg moet geleverd worden, wil de zorgverlener überhaupt een vergoeding krijgen. De afweging ligt bij de coördinerend zorgverlener en uiteraard in het zorgpad en zorgvraag van de cliënt.

#### *Voorbeeld andere sectoren*

Gecombineerde leefstijlinterventie of andere multidisciplinaire zorg via de huisarts.

#### **Zorgpaden integraal bekostigd via de zorgverleners**

Het zorgpad vormt de basis voor de kwaliteit en inhoud van de zorg. Wat heeft de cliënt nodig en door wie kan deze zorg geleverd worden. Dit wordt landelijk vastgesteld. Het zorgpad houdt daarmee rekening met enige regionale invulling, bijvoorbeeld door verschillen tussen regio's in beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg.

#### *Hoe loopt bekostiging en contractering?*

De zorgverleners vormen gezamenlijk een groep (minimaal verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg); b.v. een zorggroep. Zij werken dan met elkaar in dezelfde organisatie, niet zijnde het ziekenhuis. Deze zorggroep maakt afspraken met de zorgverzekeraar over het tarief voor het desbetreffende zorgpad. Zij huren de faciliteiten (verloskamers) van het ziekenhuis.

Het ziekenhuis faciliteert daarmee de te leveren zorg. De kwaliteit van de zorg wordt geborgd in de zorggroep door de zorgverleners. Indien zorg verleend moet worden door een zorgverlener buiten de zorggroep (bijvoorbeeld een diëtist of ggz-aanbieder) kan dat via onderaannemerschap (integraal) of via de monodisciplinaire bekostiging van de andere zorgverlener.

#### *Keuzevrijheid*

De keuzevrijheid is in deze variant meer beperkt dan bij de activiteiten variant. Het wordt vormgegeven op basis van de deelnemende zorgverleners aan de zorggroep. Zij kunnen faciliteiten afnemen bij één ziekenhuis, maar ook bij andere ziekenhuizen. Doordat er geen relatie meer is tussen de gynaecoloog en het ziekenhuis, ontstaat er meer ruimte om voor andere ziekenhuizen te kiezen. Ook kunnen er in één regio meerdere zorggroepen zijn, waar een zwangere vrouw uit kan kiezen. De plaats van bevalling is geheel aan de vrouw, omdat er geen prikkel is om gebruik te maken van bepaalde faciliteiten. Deze zijn immers niet in eigendom.

#### *Inzicht*

Het inzicht om de gelden te verdelen, maken de deelnemende zorgverleners zelf. Ze kiezen zelf voor een verdeelsystematiek. De kosten van het ziekenhuis is een black box. Voor onderhandelingen over de huur, zou hier meer transparantie in moeten komen.

Ook in dit systeem zit een volumeprikkel, immers zorg moet geleverd worden, wil de zorgverlener überhaupt een vergoeding krijgen. De afweging ligt bij de zorgverleners van de zorggroep en uiteraard in het zorgpad en zorgvraag van de cliënt.

#### *Substitutie en preventie*

Het is aan de zorggroep om in het zorgpad in te zetten op substitutie en preventie. Het betreft een gezamenlijke beslissing, waarin geen win-win situatie mogelijk lijkt te zijn (zie hoofdstuk 3). Eventuele opbrengsten zullen over de zorgverleners in de zorggroep verdeeld kunnen worden, dan wel herinverteerd kunnen worden in de kwaliteit van de zorg of teruggegeven worden aan de belasting/premiebetaler.

*Voorbeeld uit andere sectoren*

Geen voorbeeld uit andere sectoren.

**Zorgpaden integraal bekostigd via de IGO**

*Zorgpad*

Het zorgpad vormt de basis voor de kwaliteit en inhoud van de zorg. Wat heeft de cliënt nodig en door wie kan deze zorg geleverd worden. Dit wordt landelijk vastgesteld. Het zorgpad houdt daarmee rekening met enige regionale invulling, bijvoorbeeld door verschillen tussen regio's in beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg.

*Hoe loopt bekostiging en contractering?*

Dit betreft de IGO-variant, waarbij het ziekenhuis ook onderdeel is van de deelnemende partijen. De IGO onderhandelt met de zorgverzekeraar een integraal tarief voor het hele zorgpad. Binnen de IGO worden afspraken gemaakt over de verdeling van de gelden over de verschillende deelnemers (minimaal ziekenhuis, gynaecoloog en verloskundige).

*Keuzevrijheid*

De keuzevrijheid is meer beperkt dan de overige opties, met name door deelname van het ziekenhuis. Doordat het ziekenhuis onderdeel is van de IGO, zullen de faciliteiten van het ziekenhuis ook gebruikt moeten worden. Wanneer ze niet gebruikt worden ontstaat er forse inefficiëntie. Kiezen voor andere ziekenhuizen of thuisbevalling vermindert de opbrengsten van de hele groep. Terwijl de kosten van de faciliteiten wel voor de groep zijn.

*Inzicht*

Het inzicht om de gelden te verdelen, maken de deelnemende zorgverleners zelf. Ze kiezen zelf voor een verdeelsystematiek. De kosten van het ziekenhuis blijven vaak een black box en zijn slechts ten dele (voor wat betreft de verloskundige zorg) inzichtelijk.

*Substitutie en preventie*

Het is aan de IGO om in het zorgpad in te zetten op substitutie en preventie. Het betreft een gezamenlijke beslissing, waarin geen win-win situatie mogelijk lijkt te zijn (zie hoofdstuk 3). Eventuele opbrengsten zullen over de zorgverleners in de zorggroep verdeeld kunnen worden, dan wel herinverteerd kunnen worden in de kwaliteit van de zorg of teruggegeven worden aan de belasting/premiebetaler.

*Volumeprikkel*

Ook in dit systeem zit een volumeprikkel, immers zorg moet geleverd worden, wil de zorgverlener überhaupt een vergoeding krijgen. De afweging ligt bij IGO en uiteraard in het zorgpad en zorgvraag van de cliënt.

*Voorbeeld uit andere sectoren*

Geen andere voorbeelden, dit betreft de huidige IGO's.

In bijlage 2 worden de opties uitgewerkt en voor- en nadelen tegenover elkaar gezet in de vorm van een tabel. Daarbij is ook de huidige monodisciplinaire bekostiging en integrale bekostiging meegenomen.

### 3.6 Bekostiging van acute zorg

De bekostiging van de acute zorg verdient apart aandacht. Het grootste deel van de zorg die wordt geleverd in de geboortezorg is planbare zorg. Ook rondom de bevalling is er zelden sprake van echt

acute zorg. Rondom de bevalling wordt de zorg per definitie acuut. Acuut in de zin dat er direct zorg nodig is voor de vrouw. Dat kan vaak goed in de eerste lijn geleverd worden. Soms in de tweede lijn. En heel soms is daadwerkelijk extra zorg nodig. In de prenatale en postnatale fase is het aandeel acute zorg nog veel minder.

Toch moet de acute zorg er zijn. Dit betreft de zogenoemde beschikbaarheid. Veel partijen wijzen er op dat acute zorg via beschikbaarheid betaald zou moeten worden.<sup>82</sup> Ook in dit geval lijkt het goed om de acute zorg los te koppelen van de reguliere verloskundige zorg.

Daar is een aantal goede redenen voor.

Ten eerste is er bewijs dat bij de allocatie van middelen de acute zorg voorrang krijgt op andere vormen van zorg.<sup>83</sup> Dat betekent dat wanneer de faciliteiten, het personeel en de financiën worden verdeeld, de acute zorg hier altijd harder aan trekt dan de reguliere zorg. En als de faciliteiten en personeel er eenmaal zijn, zullen ze ook gebruikt moeten worden. Dit leidt op termijn tot verschraving van de reguliere verloskunde en medicalisering van niet-acute zorg. Door de acute zorg los te koppelen en apart te bekostigen, wordt dit zoveel mogelijk voorkomen en de beschikbaarheid geborgd.

Ten tweede is het belangrijk dat de acute zorg er is, maar tegelijkertijd zou de acute zorg zo min mogelijk gebruikt moeten worden. Het is arbeidsintensieve en dure zorg. Dan is het geen goed idee om te betalen voor de zorg die wordt geleverd. Dan moet de acute zorg ook gebruikt worden. Door te betalen voor beschikbaarheid wordt dat voorkomen.

Ten derde is het acute gedeelte van de zorg fors duurder dan de reguliere verloskundige zorg. Als onderdeel van een zorgpad kan het daarmee een zware last zijn binnen het tarief. Iets wat onvoorspelbaar kan gebeuren, maar de zorgaanbieder forse kosten kan opleveren. De onvoorspelbaarheid en hoge kosten maakt het een stuk ingewikkelder om hier een bedrijfsmodel op te maken. Door het los te koppelen uit het zorgpad, wordt deze onzekerheid weggenomen.

#### **Toegankelijke verloskundige zorg**

De discussie over de bekostiging van de acute zorg gaat vaak ook over efficiënte en centralisatie van het aantal spoedposten. In de praktijk ziet men dat het aantal spoedposten verminderd. Niet alleen in de tweede lijn met het sluiten van ziekenhuizen en acute verloskunde<sup>84</sup>, maar b.v. ook in de eerste lijn bij het verplaatsen van huisartsenposten.<sup>85</sup>

Tegelijkertijd is het ook belangrijk om decentraal de zorg te kunnen leveren. Om continuïteit van zorgverlener te kunnen bieden ook in de avond en nacht uren. Het bieden van acute zorg is in dat opzicht niet alleen een efficiëntie afweging, maar ook een afweging van kwaliteit en toegankelijkheid. Met name in de geboortezorg, waarvan we weten dat een vrouw rondom de bevalling eerste- of tweedelijns acute zorg<sup>86</sup> nodig heeft, is dit essentieel.

<sup>82</sup> [Brief visie NZa op de acute zorg oktober 2020 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#) en [Inbreng-NVZ-t.b.v.-consultatie-discussienota-Zorg-voor-de-Toekomst-inclusief-bijlage.pdf \(academie-nieuwezorg.nl\)](#)

<sup>83</sup> [Value based maternal and newborn care requires alignment of adequate resources with high value activities | BMC Pregnancy and Childbirth | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

<sup>84</sup> [KNOV betreurt werkwijze rond sluiting acute verloskunde Meppel - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen \(KNOV\)](#)

<sup>85</sup> [Huisartsenpost en Spoedeisende Hulp in Woerden sluiten | St. Antonius Ziekenhuis](#)

<sup>86</sup> In dit geval wordt met acuut bedoeld dat de vrouw in kwestie direct zorg nodig heeft. Deze zorg is op microniveau onplanbaar, op macroniveau redelijk te voorspellen.

### 3.7 Hoe kijkt de KNOV naar de toekomstige bekostiging?

Op basis van bovenstaande ziet de KNOV veel potentie in het gebruik van **zorgpaden/cliëntprofielen** als basis voor de bekostiging. Daarmee wordt de zwangere vrouw met haar zorgvraag centraal gezet.

De zorgpaden/cliëntprofielen zouden landelijk gemaakt moeten worden, met ruimte voor regionale verschillen. Met name op het gebied van beschikbaarheid en bereikbaarheid en verschillen in demografie kunnen redenen zijn om een zorgpad net anders in te vullen.

De zorgpaden kunnen op basis van data gemaakt worden en bestaan uit zoveel mogelijk homogene zwangere vrouwen. Het is de kunst om op basis van data en experimenten het aantal zorgpaden beperkt te houden, maar tegelijkertijd niet verschillende zwangere vrouwen in hetzelfde zorgpad te duwen. Te veel zorgpaden leidt immers tot kleine groepen, een onoverzichtelijk geheel en vragen wie nu precies in welk zorgpad hoort. Te weinig zorgpaden leidt tot eenheidszorg binnen de groep, daar waar maatwerk voor het individu nodig is.

Het is aan de regio om samen met de zorginkoper **waardengedreven zorg** toe te voegen aan de zorgpaden. De KNOV is hier voorstander van. Tegelijkertijd merkt de KNOV op dat dit nog in de kinderschoenen staat. Het is belangrijk om goed te kijken naar welke toegevoegde waarde wordt gemeten. En minstens zo belangrijk om daar ook oog te hebben voor de zachtere kant van de zorg.

De acute zorg dient losgekoppeld te zijn van de reguliere zorg. Dit komt beide vormen van zorg ten goede. Het is belangrijk om in de acute zorg oog te houden op goede beschikbare zorg in de eerste lijn. Betaalbaarheid is niet de enige waarde bij acute zorg. Kwaliteit en toegankelijkheid gaan vaak hand in hand en zijn belangrijk om te borgen. Goede eerstelijnsverloskunde in de wijk is daarvoor essentieel. Ook in de avond en nacht uren.

#### 3.7.1 In principe niet integraal bekostigen, maar samenwerken stimuleren in de bekostiging

Uit de rapporten van het RIVM blijkt dat er geen significante kwaliteitsverbeteringen zijn bij de integrale bekostiging. Op basis van de analyse rondom preventie en juiste zorg op de juiste plek is dat ook niet te verwachten. Sterker nog er gaan negatieve prikkels van uit. Doordat partijen een onmogelijke opdracht krijgen om geld te herverdelen, waarbij er bij substitutie en preventie altijd verliezers zijn die zullen dalen in inkomen/omzet.

Er is geen draagvlak voor om deze weg verder te verkennen voor het hele land. Het experiment wordt slechts ondersteund in enkele regio's. De meeste regio's zien dit niet zitten. Dit is al zo sinds 2012 en het is naïef om te denken dat daar ooit verandering in komt.

De ongelijkwaardigheid van de partijen is te groot. Mede veroorzaakt door verschillen in bekostiging en organisaties. Het gegeven dat de partijen al jaren actief zijn in hun eigen deelmarkt, maakt dat het ongelijke eenheden zijn geworden die niet zomaar in Nederland samengevoegd kunnen worden. En op het gebied van keuzevrijheid zijn er altijd forse risico's wanneer partijen nauwer met elkaar gaan samenwerken en er een onderling financieel belang ontstaat.

Het experiment staat nu vooral in de weg aan een volgende stap. De focus op integrale bekostiging legt het grootste gedeelte van de zorg juist plat. Daar waar het had moeten verbinden, verdeelt het in de meeste regio's.<sup>87</sup> Het legt een stip op de horizon voor zorgverzekeraars, waar veel partijen niet

---

<sup>87</sup> Een evident voorbeeld is de regio het Gooi, maar dat is niet de enige regio waar flinke verdeeldheid is over integrale bekostiging (zie bijvoorbeeld rapport Berenschot).

naar toe willen werken. Alternatieve ideeën worden de afgelopen jaren niet opgepakt, zolang integrale bekostiging niet het doel is.

Verder wordt gedeeld dat er een aantal forse knelpunten zijn. Minstens net zo belangrijk is dat het experiment op dit moment alleen plaats vindt in regio's met maar één ziekenhuis en een redelijk afgebakende markt. Het wordt vele malen ingewikkelder wanneer er sprake is van meerdere ziekenhuizen. Of wanneer de markt niet is afgebakend en je als verloskundige praktijk te maken hebt met meerdere ziekenhuizen.

#### **IGO's kunnen door als organisatie, maar niet met de integrale bekostiging**

De IGO's hebben de laatste jaren veel tijd gestoken in het verder ontwikkelen van de zorg. Deze data is essentieel voor het vormgeven van goede zorgpaden en een heldere verdeling. Ze bieden daarmee een mooie basis om de volgende bekostiging mee op te bouwen. Zo zou het verdeelmodel waarmee ze bezig zijn gebruikt moeten worden voor het bieden van inzicht in wie doet wat, wanneer en waar.

De IGO's kunnen dan als experiment mee, richting de nieuwe bekostiging (zie paragraaf 4.7)

Het toelaten van de integrale bekostiging tot de reguliere bekostiging geeft hiermee een verkeerd signaal af. Het biedt aanbieders de mogelijkheid om uit zichzelf te starten.<sup>88</sup> Dit staat haaks op de samenwerking die juist gezocht moet worden. Het enige wat het doet is ziekenhuiszorg substitueren naar de eerste lijn.

Betekent dat, dat we nooit meer integraal bekostigen? Dat hoeft niet. Maar het zal wel kleiner zijn en de alternatieven via de coördinerend zorgverlener of via een zorggroep van zorgverleners zijn beide interessanter dan de huidige IGO's met een sterke positie voor het ziekenhuis. Bijvoorbeeld door op bepaalde onderdelen de coördinerend zorgverlener aan te wijzen en zo een deel integraal via die weg bekostigen. Denk in dit kader aan een activiteit die de coördinerend zorgverlener uitvoert, maar een deel van het tarief betaalt aan een andere zorgverlener die een klein deel van het werk levert. Of via onderaannemerschap is dat bijvoorbeeld in andere sectoren goed mogelijk. En zo wordt dat ook gedaan. Denk aan de dermatoloog die langskomt bij de huisarts in plaats van doorverwijzen.

Maar vooralsnog heeft een dergelijke richting niet de voorkeur en dient eerst de bekostiging goed te zijn voor het overgrote gedeelte van de regio's die niets zien in integrale bekostiging.

#### 3.7.2 Monodisciplinair, activiteiten en coördinerend zorgverlener

De voorkeur gaat uit naar een monodisciplinaire bekostiging. Deze bekostiging wordt door de meeste zorgverleners in het land ondersteund. Ze zijn gewend om op deze wijze te werken en de stap is daarmee kleiner. Voor een exacte vormgeving kan geleerd worden van de nieuwe bekostiging van de GGZ. Zowel voor wat betreft inhoud als proces om daar te komen.

De monodisciplinaire bekostiging kan binnen de zorgpaden worden vormgegeven op basis van bijvoorbeeld activiteiten, zoals dit ook in de ggz wordt gedaan. Het belangrijkste is dat de prikkels

---

<sup>88</sup> Zie als voorbeeld de IGO in 't gooi, die zonder draagvlak met slechts 1 eerstelijnspraktijk is gestart.

binnen de bekostiging voor alle zorgverleners vergelijkbaar is. Zodat het niet meer zo is dat de ene zorgverlener een productieprikkel heeft, terwijl de andere dat niet heeft.

Het biedt daarmee sneller en meer inzicht in wie, wat, wanneer en waarom het werk wordt gedaan. De geboortezorg wordt daarmee minder een black box. Het wordt inzichtelijk wie het werk doet en diegene kan daarvoor beloond worden. Hetgeen weer bijdraagt aan het werkplezier.

De zorgpaden bieden flexibiliteit voor individuele aanbieders om zorg over te nemen of preventie te starten. Uiteraard met gezondheidsdoelen voor ogen. De inzet op waardegedreven zorg en verbeterde transparantie, zal daar een bijdrage aan moeten leveren.

De monodisciplinaire bekostiging stimuleert het autonome handelen van de professional. Dit is belangrijk.<sup>89</sup> Tegelijkertijd moet er oog zijn voor goede samenwerking tussen de partijen. De samenwerking komt in deze vorm van bekostiging voort uit de kwaliteit van de zorg. Niet omdat zorgverleners samen in een organisatie worden gedwongen. Niet alleen in de keten verloskundige – gynaecoloog – kraamzorg, maar juist samenwerking in het hele netwerk kan via het zorgpad worden gestimuleerd. In de bekostiging kunnen verder expliciete prikkels worden opgenomen om de samenwerking en coördinatie te versterken. Bijvoorbeeld door hiervoor expliciet een gedeelte in het tarief op te nemen of via de tarieven ICT-budget hiervoor aan te wijzen. Denk bijvoorbeeld aan de Organisatie & Infrastructuur toeslag voor huisartsen.

### 3.8 Experimenten nodig om daar te komen

Om tot een nieuwe bekostiging te komen zijn andere experimenten nodig dan in de afgelopen jaren zijn uitgevoerd. De inzichten die zijn opgedaan bij de IGO's kunnen wel gebruikt worden.

Het zal niet eenvoudig zijn om homogene zorgpaden te maken en de acute zorg los te koppelen van de reguliere zorg. Een helder proces met experts zal hiervoor noodzakelijk zijn. Data-analyses zouden de basis moeten vormen. Bij het bepalen van beleid en effecten daarvan zal niet alleen uitgegaan moeten worden van de huidige situatie. Dit is immers de uitkomst van een jarenlang voortdurende bekostigingssystematiek die ongelijke prikkels brengt tussen de partijen in de geboortezorg. Maar juist ook gekeken moeten worden vanuit het oogpunt van de zwangere vrouw.

Maar het allerbelangrijkste is dat er wordt geoefend in de praktijk. Ruimte is voor nieuwe inzichten. Niet via een reguliere bekostiging. Maar altijd als experiment.

#### **Organisatiegraad verloskundige**

Als enkele verloskundige praktijk kan je niet experimenteren. Je bent te klein. De uitkomsten zijn niet representatief. En het is heel erg duur groep om daarin te investeren.

Voor experimenten dient er een bepaalde schaalgrootte te zijn. Pas dan kan je er wat van leren. Pas dan is het representatief. En pas dan kan het de investeringen waard zijn. Dit vraagt wat van de huidige organisatie van de verloskundigen. Deze verschilt sterk per regio. Sommige regio's kunnen starten met een experiment. Zij zijn goed georganiseerd. En willen ook graag starten.

---

<sup>89</sup> Zie bijvoorbeeld ook convenant bekostiging wijkverpleging, waarin dit ook expliciet benoemt wordt: [Wijkverpleging sluit breed convenant voor betere bekostiging | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

Andere regio's zijn nog zoekende. Zij dienen geholpen te worden om zich beter te organiseren.<sup>90</sup> Ook in andere sectoren ziet men een ontwikkeling naar een betere organisatiegraad in de eerste lijn.<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Het organiseren van de verloskundige is een apart traject bij de KNOV. De urgentie is niet alleen gelegen in het doen van experimenten en verbeteren van de bekostiging. Maar ook in het beter kunnen anticiperen op de veranderende omgeving. Om een professionele gesprekspartner te worden met de andere regionale stakeholders.

<sup>91</sup> Het is een expliciet onderdeel van het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg, waar geld is vrijgemaakt om de paramedische zorg zichzelf beter te laten organiseren. Ook in de huisartsenzorg heeft een ontwikkeling plaatsgevonden richting zorggroepen.



## Bijlage 1 – over de geboortezorg en haar deelmarkten

In de geboortezorg zijn op dit moment verschillende deelmarkten, met verschillende prikkels en verschillende uitgangsposities. De deelmarkten overlappen elkaar ten dele. Maar over het algemeen blijven de aanbieders uit elkaars markt.



Evident is te zien dat de eerste lijn bestaat uit een groter aantal kleinere aanbieders. Het is een decentraal systeem in een relatief klein adherentiegebied. Met geen directe aansturing of onderlinge relatie. In de tarieven zit beperkt tot nauwelijks ruimte voor kwaliteitsontwikkeling en verbetering. De tarieven worden retrospectief vastgesteld op basis van alle zorg die geleverd is. Wil je meer doen, is daar geen tarief voor. In een dergelijk systeem zit een prikkel om zo min mogelijk te doen voor de zwangere vrouw, de omgekeerde volume-prikkel. De zorgverkoopmacht van deze partijen is over het algemeen beperkt. Contractering verloopt via de zorgverzekeraar. Ruimte voor een individueel gesprek en afspraken over kwaliteit is daarmee zeer beperkt. Bovendien is contractering een onderdeel van het werk dat een verloskundige er zelf bij doet.

Ziekenhuizen zijn fors groter. Hun adherentiegebied is fors groter. Sturing vindt centraal plaats. Door grotere afstanden is de concurrentie tussen ziekenhuizen beperkter. Alle ziekenhuizen hebben ondersteunende afdelingen voor juridische en financiële zaken. Ze hebben afdelingen die zich bezighouden met kwaliteitsontwikkeling. UMC's ontvangen gelden voor wetenschappelijk onderzoek. Ze worden vergoed op basis van het werk wat ze leveren. Vrijwel overal is een dbc voor te schrijven. Daarmee zit er een volume-prikkel in het systeem.<sup>92</sup> Over het algemeen wordt aangenomen dat het ziekenhuis forse macht heeft bij de zorgverkoop.<sup>93</sup> Ze hebben een eigen afdeling met gespecialiseerde verkopers. En voldoende positie in een regio om een sterke positie aan de onderhandelingstafel aan te nemen. Gedurende het jaar worden verschillende gesprekken met de zorgverzekeraars gevoerd.

De kraamzorg bestaat uit een aantal grote aanbieders en kleinere aanbieders. De grote aanbieders zijn qua sturing en adherentiegebied meer te vergelijken met een ziekenhuis. De kleinere aanbieders meer met de huidige verloskundige praktijken. De vergoeding vindt plaats op basis van uren en vaste tarieven.

Wanneer er sprake is van integrale bekostiging verdwijnen de deelmarkten en ontstaat er voor die aanbieder nog maar één markt. Terwijl de aanbieders niet gelijk aan elkaar zijn en gegroeid zijn op

<sup>92</sup> Zie voor een uitgebreidere analyse van de NZa: [NZa advies doorontwikkeling bekostiging msz en monitor integrale bekostiging msz 2018 | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

<sup>93</sup> Zie hiervoor onder andere: [Evaluatie Zorgverzekeringswet. Eindrapportage September PDF Gratis download \(docplayer.nl\)](#) en [Onderzoeksrapport Goede zorginkoop 160406 0.pdf \(eur.nl\)](#)

basis van een andere bekostigingssystematiek. Waarbij er in de eerste lijn eerder een prikkel zit tot onderbehandeling en in de tweede lijn een prikkel tot overbehandeling. Waar in de eerste lijn al jaren getekend wordt bij het kruisje, heeft de tweede lijn jarenlang de mogelijkheden gehad om hun belang in een onderhandeling uit te onderhandelen. Dit maakt het ingewikkeld om uit te gaan van de huidige verdeling, omdat die waarschijnlijk al scheef is gegroeid. Omdat er een ongelijke basis is, werkt samenvoeging van de verschillende deelmarkten oneerlijke concurrentie in de hand. Op lange termijn betekent dat, dat bepaalde vormen van zorg of zorgverlening eruit worden gedrukt. Niet op basis van kwaliteit, maar op basis van keuzes van aanbieders.

## Bijlage 2 – tabel van verschillende bekostigingsvormen

In onderstaande tabel is alleen gekeken naar de prikkels die uitgaan van de bekostiging of door de bekostiging voorgeschreven organisatiestructuur.

VB: Vaak wordt aangegeven dat een integrale bekostiging leidt tot het behalen van shared savings en dat deze kunnen worden geïnvesteerd in verbetering van de zorg. Dit is niet uniek voor de integrale bekostiging. Ook binnen een bekostiging die gebaseerd is op monodisciplinaire elementen is een shared savings model mogelijk. Wat integraal wel stimuleert is het gezamenlijke gesprek en verantwoordelijkheid over de middelen.

	Abonnements-tarief	Integrale bekostiging	Zorgpaden (activiteiten) <sup>94</sup>	Zorgpaden (coördinerend zorgverlener) <sup>95</sup>	Zorgpaden (zorgverleners leveren, ziekenhuis facilitair)	Zorgpaden (integraal) <sup>96</sup>
Waarvoor betaal je?	Zorgeenheden	9 deelprestaties	Activiteiten (bijv consulten)	Tarief zorgpad	Tarief zorgpad	Tarief zorgpad
Zelfde bekostigings-regime in geboortezorg*	Nee Verloskundige – abo (geen volume) Ziekenhuis – dbc (volumeprikkel) Kraamzorg – per uur	Ja, beperkte prestatie prikkel, vrije tarief biedt ruimte voor onderhandeling	Ja, per activiteit	Ja, per zorgpad	Ja, per zorgpad	Ja, per zorgpad
Bekostiging sluit aan bij zorgvraag cliënt	Beperkt, 1 tarief voor iedereen	Beperkt, 9 prestaties	Ja	Ja	Ja	Ja
Typering	Mono	Integraal	Mono	Integraal	Integraal	Integraal
Volumeprikkel **	Nee (behalve echo's, etc.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ruimte voor innovatie	Beperkt	Mogelijk	Ja	Mogelijk	Mogelijk	Mogelijk
Prikkels voor preventie	Nee	Nee	Ja in zorgpad, autonome inzet door zorgverlener mogelijk	Ja in zorgpad, alleen als coördinerend zorgverlener dit inzet	Ja in zorgpad, alleen als alle zorgverleners akkoord zijn	Ja in zorgpad, alleen als alle deelnemers in IGO akkoord zijn
Contract met zorg-verzekeraar	Ja	Nee, via IGO	Ja	Nee, via coördinerend zorgverlener	Nee, via zorggroep zorgverleners	Nee, via IGO
Onderhandeling met zorgverzekeraar	Nee	Ja	Beperkt	Ja	Ja	Ja

949596

<sup>94</sup> GGZ model, COPD/Diabetes huisarts

<sup>95</sup> Amsterdams model, Casemanagement dementie, Gecombineerde leefstijlinterventie (mits ingekocht bij fysio), coördinerend zorgverlener is degene die het grootste gedeelte van het zorgtraject doet, volgens de ZIG in principe de verloskundige en in ziekenhuis de klinisch verloskundige.

<sup>96</sup> IGO, COPD huisarts

	Abonnementstarief	Integrale bekostiging	Zorgpaden (activiteiten) <sup>94</sup>	Zorgpaden (coördinerend zorgverlener) <sup>95</sup>	Zorgpaden (zorgverleners leveren, ziekenhuis facilitair)	Zorgpaden (integraal) <sup>96</sup>
<b>Inkomen/omzet</b>	Via landelijke bekostiging	Via interne onderhandeling en verdeel-systematiek	Via landelijke bekostiging	Via interne onderhandeling en verdeel-systematiek (coördinerend zorgverlener in the lead)	Via interne onderhandeling en verdeelsystematiek (zorgverleners bepalen), ziekenhuis via huur faciliteiten	Via interne onderhandeling en verdeel-systematiek (IGO bepaald)
<b>Inzicht in werk door bekostiging</b>	Nee	Nee, wellicht via verdeel-systematiek	Ja	Nee, wellicht via verdeel-systematiek	Nee, wellicht via verdeelsystematiek	Nee, wellicht via verdeel-systematiek
<b>Administratieve lasten</b>	Niet in declaratie, wel op correcties	Niet in declaratie wel op correctie en verdeel-systematiek	Meer in declaratie, geen correctie of verdeel-systematiek	Meer in declaratie, beperkt correctie en verdeel-systematiek	Meer in declaratie, beperkt correctie en verdeelsystematiek	Meer in declaratie, beperkt correctie en verdeel-systematiek
<b>Keuzevrijheid ***</b>	Ja	Risico: - Sterke samenwerking tussen verwijzer en behandelaar - Administratieve lasten - (Nieuwe) aanbieders	Ja	Risico: - Afhankelijk van coördinerend zorgverlener en samenwerkende partijen	Risico: -Afhankelijk van deelnemende zorgverleners en ziekenhuisafspraken	Risico: - Sterke samenwerking tussen verwijzer en behandelaar - Administratieve lasten - (Nieuwe) aanbieders
<b>Innovatie</b>	- Binnen tarief - Bij stimulering door zorgverzekeraars (max-max)	-Geen max tarief - Ziekenhuis gelden -Zorg-verzekeraars gelden (afhankelijk van verzekeraar)	-Door activiteiten -Binnen tarief activiteiten	-Binnen tarief, coördinerend zorgverlener bepaalt -Geen max tarief	-Binnen tarief, zorgverleners bepalen - Geen max tarief	-Geen max tarief - Ziekenhuis gelden -Zorg-verzekeraars gelden (afhankelijk van verzekeraar)

	Abonnementstarief	Integrale bekostiging	Zorgpaden (activiteiten) <sup>94</sup>	Zorgpaden (coördinerend zorgverlener) <sup>95</sup>	Zorgpaden (zorgverleners leveren, ziekenhuis facilitair)	Zorgpaden (integraal) <sup>96</sup>
<b>Substitutie van zorg****</b>	-Ingewikkeld, geen prikkel eerste lijn kan wel los van tweede lijn, geen oplossing voor verlies inkomsten -Onzichtbaar wat je doet -Substitutie door prestatie in eerste lijn	-Ingewikkeld, afhankelijk van interne verdeelsystematiek, geen oplossing voor verlies inkomsten -Onzichtbaar wat je doet (behalve verdeel-systematiek) -Substitutie door afspraken tussen zorgpartijen	-Eenvoudiger, inzicht in wat je doet, vergelijkbare volumeprikkels, onafhankelijk van andere aanbieders -Substitutie door activiteiten in eerste lijn	-Eenvoudiger als coördinerend zorgverlener, kan onafhankelijk van anderen, afhankelijk van coördinatie -Substitutie door activiteiten en verdeling gelden door coördinerend zorgverlener	Eenvoudiger, zorgverleners kunnen dit onafhankelijk van ziekenhuis vorm geven	-Eenvoudiger, inzicht in wat je doet, vergelijkbare volumeprikkels, verlies aan inkomsten intern oplossen (kan niet onafhankelijk handelen) -Substitutie door afspraken tussen zorgpartijen
<b>Waarde-gedreven zorg</b>	Op deel van keten	Op hele keten, zorgpaden en inzicht volledig zelf maken	Op hele keten, bekostiging biedt zorgpaden en ten dele inzicht	Op hele keten, bekostiging biedt zorgpaden, inzicht volledig zelf maken	Op hele keten, bekostiging biedt zorgpaden, inzicht volledig zelf maken	Op hele keten, bekostiging biedt zorgpaden, inzicht volledig zelf maken

\* Verschillen in bekostigingsregime dragen bij aan verschillende mogelijkheden.

\*\* Een volumeprikkel wordt op dit moment geframed als tegenhanger van passende zorg. Een volumeprikkel biedt ook voordelen in de zin van innovatie, ondernemerschap, zorgverlening, mits je voor de goede zorg betaalt. Dit vraagt om duidelijke kwaliteitskaders van de beroepsgroep.

\*\*\* keuzevrijheid wordt getypeerd als: kan ik een keuze maken? Is er een belang bij mijn zorgverlener bij het maken van mijn keuze? Ruimte in de regio voor nieuwe toetreders of andere aanbieders?

\*\*\*\* hiermee wordt bedoeld dat de zwangere vrouw, de taken, de verantwoordelijkheden en het geld over gaat van de ene naar de andere zorgverlener (zie paragraaf 3.3).