

Q&A Integrale bekostiging

Om het zoeken in deze Q&A te vereenvoudigen, deze Q&A geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Welke ontwikkeling heeft de KNOV voor ogen?
2. Waarom wil de KNOV niet dat het experiment integrale bekostiging regulier wordt gemaakt?
3. Wie neemt uiteindelijk de beslissing?
4. Kan het zijn dat de eerstelijnszorg verdwijnt als gevolg van de integrale bekostiging?
5. Waarom vindt de KNOV dat integrale bekostiging minder goed werkt bij preventie en verplaatsen van zorg?
6. Kan integrale bekostiging niet regulier worden gemaakt onder randvoorwaarden?
7. Kunnen we de gelijkwaardigheid tussen verloskundigen en ziekenhuizen niet op andere manieren verbeteren?

Welke ontwikkeling heeft de KNOV voor ogen?

De KNOV ziet de ontwikkeling richting de toekomst zoals die is afgesproken in het common eye traject. Richting clientprofielen, waarbij de zwangere vrouw echt centraal staat. De visie die door alle partijen breed wordt gedeeld. Binnen deze profielen bieden verschillende zorgverleners zorg aan de zwangere vrouw. Samenwerking tussen de zorgverleners wordt expliciet gestimuleerd door middel van een tarief en verbetering van de ICT. Dat betekent ook dat concreter wordt gemaakt wat wordt verstaan onder samenwerking en wat het oplevert en hoe de financiële middelen of ICT projecten daar aan bijdragen.

In de notitie passende bekostiging stelt de KNOV ook dat de bekostiging binnen de clientprofielen is gekoppeld aan de zorgverlener, dus monodisciplinair. De bekostiging is bovendien hetzelfde voor alle zorgverleners in plaats van de verschillen tussen abonnementstarief en dbc die er nu zijn. Als laatste is het essentieel dat continuïteit van zorg en sociale verloskunde een prominente plek krijgen binnen de clientprofielen. Om de opbrengsten van deze zorg goed te laten zien, bieden waardengedreven zorg elementen uitkomsten.

Het is voor regio's mogelijk om een gezamenlijke organisatie op te zetten (een IGO) en afspraken te maken met de zorgverzekeraar. Zoals hieronder beschreven wordt is ook binnen een monodisciplinaire setting een organisatie als een IGO, inclusief verdeling van gelden achter de voordeur en gezamenlijke uitgaven, mogelijk.

Deze ontwikkeling vraagt om rust in de sector en daarbij hoort ook een goede toegang tot de acute zorg en oplossingen voor de capaciteitsproblematiek. Waarbij de oplossingen voor de capaciteitsproblematiek in samenhang gezien kunnen worden met de kwaliteitsverbeteringen en inzet op preventie.

Waarom wil de KNOV niet dat het experiment integrale bekostiging regulier wordt gemaakt?

Het klopt dat de KNOV de integrale bekostiging niet regulier wilt maken. Integrale bekostiging wordt op ongegronde redenen doorgevoerd. De KNOV heeft daarvoor een groot aantal gegronde redenen:

1. Een bekostiging wordt opgezet voor het hele land, niet voor enkele organisaties. Wanneer integrale bekostiging regulier wordt, is deze toegankelijk voor alle regio's niet alleen maar voor de experimenteer regio's. Dat biedt mogelijkheden voor ziekenhuizen om de zorg in de regio breder op te pakken en zelfstandig een IGO op te zetten. Op termijn verwacht de KNOV dat dit het einde kan zijn van de eerste lijn. Waarbij alle voordelen rondom laagdrempelige, toegankelijke en goede zorg verdwijnt.

2. Twee bekostigingen voor dezelfde zorg en dezelfde zorgverleners is onwenselijk. De afgelopen jaren laat zien dat het leidt tot continue discussie over de richting en welk bekostigingssysteem beter werkt. Twee systemen verdeelt partijen op visie richting de toekomst, op kwaliteit (omdat deze verschillend wordt bekostigd) en verslechterd daarmee onderlinge relaties. Relaties die juist zo belangrijk zijn om de samenwerking vorm te geven.
3. Er is geen evidente meerwaarde voor IB en er is geen draagvlak voor deze bekostiging. Wel kunnen er forse risico's aan kleven rondom medicalisering en keuzevrijheid. Normaliter betekent dat, dat een bekostiging niet wordt ingevoerd. Maar de integrale bekostiging wordt nu op ongegronde redenen doorgevoerd.
4. De integrale bekostiging stimuleert voor ons de belangrijkste uitgangspunten rondom continuïteit van zorgverlener of preventie niet. Het is zelfs goed mogelijk dat integrale bekostiging minder effectief werkt bij de inzet op preventie of verplaatsen van zorg (zie vraag hieronder)
5. De randvoorwaarden zijn niet en kunnen niet goed geregeld zijn (zie vraag hieronder)

Wie neemt uiteindelijk de beslissing?

Het is aan de minister van VWS om deze beslissing te nemen. Dit doet de minister nadat de standpunten van de betrokken partijen zijn gehoord. Deze beslissing stuurt de minister aan de Tweede Kamer, waarbij de Tweede Kamer 4 weken krijgt om op deze beslissing te reageren. Eventueel kan een meerderheid van de Tweede Kamer de minister vragen de beslissing terug te draaien.

Kan het zijn dat de eerstelijnszorg verdwijnt als gevolg van de integrale bekostiging?

Ja, dat risico is zeker aanwezig. Het systeem wat we kennen is gebaseerd op concurrentie in de zorg. Daarbij verdeelt de bekostiging markten in onderdelen (zie plaatje).



Zoals je ziet zijn de verhoudingen tussen de partijen ongelijk (zie daarvoor ook hieronder de vraag over gelijkwaardigheid).

Met de integrale bekostiging wordt toegang tot andere markten eenvoudiger. Het wordt zodoende voor ziekenhuizen eenvoudiger om zich te bewegen in het werk van de eerstelijns verloskunde. De concurrentie tussen partijen neemt daarmee toe. Gegeven dat ziekenhuizen fors grotere en stevigere organisaties zijn, is de kans groot dat een eventuele concurrentiestrijd in het voordeel van het ziekenhuis uitpakt.

Daarbij geldt ook dat het voor ziekenhuizen eenvoudiger is om zich te bewegen op de eerstelijnsverloskunde markt. Dependances in wijken opzetten is een methodiek die vaak wordt

genoemd en deze uitbreidingsmogelijkheid wordt zelfs aangemoedigd in een integrale bekostigingssetting.

Andersom is het voor eerstelijnsverloskundige zeer ingewikkeld om zich te bewegen op de markt van het ziekenhuis. Zowel voor het aantrekken van voldoende mensen als het opzetten van de juiste vastgoed. Zo eisen zorgverzekeraars immers dat verloskamers een droge verbinding naar het ziekenhuis moeten hebben.

Let op: het gaat hier niet alleen om de positie van de eerstelijnsverloskundige die wettelijk de aangewezen zorgverlener is voor de integrale eerstelijns geboortezorg. Het verdwijnen van de eerstelijnsverloskunde heeft forse consequenties voor de client. Voor de keuzevrijheid die ons systeem nu biedt. Voor de laagdrempelige zorg. Voor een adequate balans tussen zorg voor alle zwangere en hoog complexe zwangere vrouwen. Voor het voorkomen van zwaardere zorg en medicalisering. Voor al deze onderwerpen is een evenwichtige balans tussen de eerste en tweede lijn noodzakelijk.

Waarom vindt de KNOV dat integrale bekostiging minder goed werkt bij preventie en verplaatsen van zorg?

Bij zowel preventie als het verplaatsen van zorg gaat het vaak over meer werk aan het begin van het traject, dus preventief. Dit voorkomt dan zwaardere zorg later in het traject. Het voorkomt bijvoorbeeld een extra overdracht of doorverwijzing. Of het zorgt voor minder complexe bevallingen.

Voorbeeld Limburgse Afferden

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) 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.¹

Dit kan een forse verbetering van kwaliteit en financiën opleveren voor de zwangere vrouw en voor de belastingbetaler. Maar tegelijkertijd kan het discussie opleveren tussen zorgverleners. Er wordt immers geschoven met taken, bevoegdheden en geld.

¹ [SER-verkenning Zorg voor de toekomst | SER](#)

Voor zowel mono als integrale bekostiging is het belangrijk dat partijen er op kwaliteitsgebied gezamenlijk uitkomen. Maar op bekostigingsgebied verschillen mono en integraal.

In de mono setting zijn zorgverleners in principe vrij om te starten met zorg en deze te declareren. Ook al betekent dat verlies aan inkomsten later in het traject bij een andere zorgverlener. Deze verliezende partij dient dan zelf een oplossing te vinden voor minder zorg. Bijvoorbeeld door afspraken te maken met de zorgverzekeraars voor een langdurig afbouw pad.

In de integrale setting moet er eerst overeenstemming zijn tussen de zorgverleners voordat iemand kan starten. Het “probleem” van verlies aan inkomsten voor een van de zorgverleners dient te worden opgelost voordat gestart kan worden. De KNOV is van mening dat dit een onmogelijke opdracht is voor partijen om op te lossen.

Kan integrale bekostiging niet regulier worden gemaakt onder randvoorwaarden?

Nee, dit is helaas niet mogelijk. Vaak worden een aantal randvoorwaarden genoemd, namelijk:

1. **Contractvereiste**, dit ligt juridisch ingewikkeld en wordt op dit moment uitgezet. Echter Ter Gooi is gestart onder voorwaarde van een contract. Het maakt het systeem volledig afhankelijk van de zorgverzekeraars, die uitgesproken voorstander zijn van integrale bekostiging. Zelfs als het juridisch kan, is dit geen oplossing voor één van bovenstaande 5 punten.
2. **Gelijkwaardigheid**, veel IGO's hebben de gelijkwaardigheid geregeld in hun statuten. Gelijkwaardigheid is essentieel, wanneer je met elkaar in gesprek gaat over de verdeling van de gelden. Alleen de bekostiging gaat hier niet over. Hier is geen landelijke basis voor. Het is aan regio's om dit zelf vorm te geven. Waarbij er ook partijen zijn, die hier veel minder aandacht voor hebben.
3. **Minimale draagvlak in het VSV**, een eerder voorgestelde optie was om een bepaald draagvlak binnen het VSV te vragen voordat een IGO gestart wordt; bijvoorbeeld 75%. De meeste startende IGO's zijn met breed draagvlak gestart. Maar ter Gooi laat ook zien dat het anders gaat. Echter een bekostiging is in principe vrij toegankelijk. Dergelijke eisen zijn niet mogelijk. Bovendien heeft de NZa vorig jaar in hun brief al aangegeven de situatie zoals die ontstaat in 't Gooi als vooruitgang te zien.

Kortom, het is juridisch niet mogelijk, daarmee is er ook niet op te handhaven. Maximaal zijn softe toezeggingen mogelijk die niet handhaafbaar zijn. Waardoor er bovendien forse afhankelijkheden aan de NZa of de zorgverzekeraars ontstaan, die uitgesproken voorstander zijn van IB.

Kunnen we de gelijkwaardigheid niet op andere manieren verbeteren?

Ja, er zijn manieren om de gelijkwaardigheid tussen partijen te verbeteren. Denk daarbij aan het beter organiseren van verloskundigen in de eerste lijn. Daarop lopen op dit moment verschillende trajecten in de regio. De KNOV is hier groot voorstander van.

Echter, een aantal punten zijn niet oplosbaar. De tabel die de KNOV heeft opgesteld in de discussienota geeft dit goed weer. Waarbij de KNOV opmerkt dat gelijkwaardigheid in relatie en vertrouwen het beste de samenwerking stimuleert tussen partijen. Maar tegelijkertijd zeer broos is om bijvoorbeeld een bekostiging op te bouwen. Immers relatie en vertrouwen leunt op mensen en komt onder druk te staan bij moeilijke situaties (verandering personeel, dreigend faillissement, capaciteitstekorten).

	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 ²	+/- 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 volume prikkel en onderhandelingen met zorgverzekeraars	Huidige financiële middelen het resultaat van jarenlange tegengestelde volume prikkel en tekenen bij het kruisje zonder contractonderhandeling

*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.³⁴

** 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 [12 | 16 oktober 2020 | Stand van de zorg \(nza.nl\)](#)

³ [Value based maternal and newborn care requires alignment of adequate resources with high value activities | BMC Pregnancy and Childbirth | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

⁴ Denk in dit kader ook aan de prioritering die is gesteld rondom patiëntenzorg ten tijde van de covid crisis.