

Vergaderjaar 2021–2022

**32 279**

**Zorg rond zwangerschap en geboorte**

**Nr. 222**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 10 mei 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 21 maart 2022 over passende bekostiging voor integrale geboortezorg (Kamerstuk 32 279, nr. 221).

De vragen en opmerkingen zijn op 31 maart 2022 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 9 mei 2022 zijn de vragen, voorzien van een inleiding, beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

## **Inleiding**

Voorafgaand wil ik benadrukken dat goede zorg voor moeder en kind voor mij voorop staan. Met het huidige voornemen van het tweesporenbeleid naar passende bekostiging wil ik integrale geboortezorg ondersteunen. Dit betekent dat monodisciplinaire bekostiging wordt doorontwikkeld en dat integrale bekostiging, een vorm van bekostiging die samenwerking stimuleert en voor sommige partijen goed werkt, een aanvulling wordt op de huidige monodisciplinaire bekostiging. Met dit voornemen wordt er niks verplicht gesteld en verdwijnt er ook niks. Het is dus niet zo dat thuis bevallen verdwijnt, het ziekenhuis de zorg geheel overneemt en daarmee de autonomie van de eerstelijnsverloskundige en de keuzevrijheid van de zwangere vrouw verdwijnt. Ik deel juist met het veld het belang van deze aspecten en zie met dit voorgenomen beleid kansen om eerstelijnsverloskundige meer in positie te brengen.

In de tijd die de verlenging van het experiment afgelopen jaar heeft gegeven, is conform de motie<sup>1</sup>, ingezet op een traject onder begeleiding van Common Eye om tot meer gezamenlijkheid te komen. Daarnaast is ook door KPMG naar uitvoeringsvraagstukken rondom het experiment gekeken. Beide rapportages bieden waardevolle input voor vervolgstappen rondom de bekostiging. Daarnaast heb ik afgelopen periode veel input ontvangen. Het gaat zowel om brieven vanuit landelijke partijen zoals de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Federatie van verloskundige samenwerkingsverband (VSV's) en de integrale geboortezorgorganisatie (IGO's), om brieven vanuit stichtingen en coöperaties op het gebied van zwangerschap en geboorte, als ook om brieven vanuit individuele zorgverleners. Daarnaast heb ik net als uw Kamer ook de petitie van zowel de Kwartiermakers Noodalarm Geboortezorg als IGO's ontvangen.

Alle ontvangen input van de afgelopen periode in de vorm van rapportages, brieven, en petitie heb ik zorgvuldig meegenomen in de afwegingen om tot mijn besluit te komen. Het is een compromisvoorstel geworden in de vorm van dit tweesporenbeleid naar passende bekostiging. Hierbij heb ik geprobeerd tegemoet te komen aan de tegenovergestelde standpunten die leven bij partijen, waarbij ik helaas moet constateren dat er bezwaren tegen het regulier maken van integrale bekostiging, voornamelijk uit de hoek van eerstelijnsverloskundigen, blijven bestaan. Gedurende het verdere verloop van het proces zal ik vanzelfsprekend in contact blijven met de betrokken partijen om zo veel mogelijk de diverse zorgen en ideeën mee te kunnen nemen in de doorontwikkeling naar passende bekostiging. Ik wil daarbij uw Kamer en de sector de belofte doen om goed vinger aan de pols te houden door samen met mijn toezichthouders de ontwikkelingen in de geboortezorg te (blijven) monitoren, om indien nodig hierop adequaat te kunnen acteren.

## **Vragen en opmerkingen vanuit de fracties en antwoorden van de Minister**

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

#### *Vraag*

De Minister stelt in de brief dat de aanpak, bestaande uit twee sporen, met elke partij in het veld is besproken. Conclusie van deze gesprekken is dat het merendeel van de partijen zich in de voorgestelde route kan vinden. De leden van de VVD-fractie concluderen hieruit ook dat niet alle partijen

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 323, nr. 151.

zich in de aanpak kunnen vinden. Genoemde leden vinden het van belang dat op dit dossier wel stappen worden gezet en vragen de Minister hoe gezorgd wordt dat partijen hier toch in het belang van de patiënt en de kwaliteit van zorg de komende tijd gezamenlijk de schouders onder gaan zetten.

*Antwoord*

Onderdeel van de voorgestelde route bestaande uit twee sporen is de doorontwikkeling naar een beter passende bekostiging. Juist door met elkaar hiermee aan de slag te gaan, kan naar een bekostigingsmodel toegewerkt worden dat als meer passend voor alle partijen wordt ervaren. Zoals ik in mijn brief ook uitleg is deze vorm nu nog niet voorhanden en is daarom voor een tweesporenbeleid gekozen en wil ik verder met die doorontwikkeling samen met het veld. Ik zie daarvoor elementen, die ook voortkomen en gesteund worden door het veld, zoals bijvoorbeeld het bekostigen van samenwerken, waardoor ik inzet vanuit alle partijen verwacht om die stappen gezamenlijk te gaan maken.

*Vraag*

Deze leden vragen de Minister hoe verankerd is, of wordt, dat alle zorgverleners de mogelijkheid moeten hebben toe te treden tot een IGO. Waar worden de toetredingseisen bepaald en waar is vastgelegd dat deze redelijk en transparant zijn?

*Antwoord*

Een IGO is een vorm van samenwerking in de zorg. Zoals op alle samenwerkingsverbanden in de zorg is hierop regulering van toepassing. Zo is van belang dat de concurrentie niet beperkt wordt. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) stelt eisen aan samenwerkingsverbanden en houdt hier toezicht op, ter bewaking van een goede concurrentie en een gezonde markt. Toetredingseisen moeten dan ook een objectief karakter hebben en mogen niet discriminerend zijn. Daarnaast dient de toelatingsprocedure transparant te zijn, inclusief een onafhankelijke beroepsmogelijkheid. De ACM heeft deze criteria nader ingevuld binnen de context van de geboortezorg. Hiervoor verwijs ik naar de leidraad voor beoordeling lidmaatschapscriteria samenwerkingsverbanden geboortezorg<sup>2</sup>.

*Vraag*

Genoemde leden bevestigen dat de positie van eerstelijnsverloskundigen niet ter discussie staat en het van belang is dat deze juist versterkt wordt. Ook zijn zij ervan overtuigd dat met deze aanpak dat ook mogelijk is. Zij vragen de Minister wat nodig is om de in de brief benoemde kansen voor de eerste lijn en verplaatsing van zorg door integrale bekostiging te realiseren.

*Antwoord*

Het behoud en versterken van de positie van de eerstelijnsverloskundige is noodzakelijk om ook in de toekomst de goede zorg te kunnen bieden. Daarvoor is het van belang dat er korte lijntjes zijn tussen verloskundige en gynaecoloog. Dit maakt het mogelijk dat ook de begeleiding van hogere risico zwangerschappen in de eerste lijn kan plaatsvinden dichtbij de zwangere. De afgelopen jaren is gebleken dat optimaal samenwerken tussen de eerste en tweede lijn een complexe exercitie is, met name als het gaat om het verschuiven van de bijbehorende budgetten. Met behulp van integrale bekostiging wordt het makkelijker om met budgetten te schuiven, vanwege de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de bedrijfsvoering binnen de IGO en worden er bijvoorbeeld gezamenlijk

<sup>2</sup> <https://www.acm.nl/nl/publicaties/leidraad-beoordeling-toetredingscriteria-samenwerken-geboortezorg>.

afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar. Om deze beweging verder te bewerkstelligen is het allereerst van belang dat er perspectief komt voor IGO's. Hiertoe dient het experiment onderdeel te worden van de reguliere bekostiging. Daarnaast is het van belang dat deze ontwikkelingen nauwgezet gemonitord worden en de gewenste verschuivingen in het kader van de juiste zorg op de juiste plek plaatsvinden. Dit zal het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) de komende jaren blijven doen.

*Vraag*

De leden van de VVD-fractie zijn voorts benieuwd of geschetst kan worden wat voor zwangere vrouwen de merkbare verschillen zullen zijn tussen de twee sporen. Op welke wijze merken zwangeren voorafgaand en tijdens het zorgtraject of zij te maken hebben met zorg middels monodisciplinaire bekostiging, of met zorg middels integrale bekostiging? Hoe is het voor hen mogelijk om daar bewust een afweging in te kunnen maken als zij dat relevant vinden?

*Antwoord*

Bekostiging is ondersteunend aan zorg, dus in die zin dient een zwangere niet op te merken met welke bekostigingsvorm zij te maken heeft. Wel kan door integrale bekostiging de zorg, zoals ik in mijn vorige antwoord ook uiteenzet, bijvoorbeeld langer door de eerstelijnsverloskundige gegeven worden met ondersteuning vanuit de gynaecoloog. Dat zijn aspecten die merkbaar zijn en waarbij het voor een zwangere fijn kan zijn om zorg zo lang mogelijk dichtbij huis te ontvangen in plaats van in het ziekenhuis. Indien de zwangere graag wil weten of de betrokken zorgverlener onderdeel is van een IGO of VSV, kan de zwangere [www.kennisnetgeboortezorg.nl](http://www.kennisnetgeboortezorg.nl) raadplegen.

*Vraag*

Genoemde leden onderschrijven het belang dat de acute verloskunde in samenhang gezien wordt met het toekomstbestendig maken van de acute zorg. De acute verloskunde zal daarom hierbij betrokken worden. Kan de Minister aangeven hoe dit vormgegeven wordt? Kan de Minister hier expliciet op terugkomen in de aangekondigde brief over het toekomstbestendig maken van de acute zorg die voor de zomer naar de Kamer gestuurd zal worden?

*Antwoord*

In de brief die ik uw Kamer vóór het zomerreces zal toesturen over het toekomstbestendig maken van de acute zorg zal ik ook ingaan op de acute verloskunde.

**Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

*Vraag*

De leden van de D66-fractie lezen dat een compromis is gezocht tussen de veldpartijen door ervoor te kiezen om de twee bekostigingsvormen naast elkaar te laten bestaan. Hierbij is gekozen om geen stip op de horizon te zetten, in tegenstelling tot het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)<sup>3</sup>. Deze leden lezen in hetzelfde advies-rapport dat veldpartijen vrezen dat door het ontbreken van een dergelijk uitgangspunt, er stilstand of zelfs achtergang ontstaat bij het verder implementeren van integrale bekostiging. Kan de Minister toelichten welke mogelijke knelpunten of gevaren kunnen ontstaan door het ontbreken van een stip op de horizon? Kan de Minister aangeven welke stappen hij voornemens is te zetten of

<sup>3</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 203.

reeds heeft gezet om de voorziene knelpunten en potentiële gevolgen te voorkomen?

*Antwoord*

De omschreven vrees in het NZa-advies moet worden gezien in de context dat er geen duidelijkheid is over de mogelijkheid van het beschikbaar hebben van integrale bekostiging. Dat is in mijn voorgestelde besluit wel degelijk anders, omdat integrale bekostiging regulier wordt gemaakt en naast de huidige monodisciplinaire bekostiging komt te staan. De ontbrekende stip op de horizon houdt in dat er geen leidend bekostigingsmodel wordt benoemd waar naartoe wordt gewerkt, maar dat vanuit deze twee parallelle sporen naar een beter passende bekostiging wordt gezocht.

*Vraag*

Genoemde leden zijn van mening dat verbetering van de kwaliteit van zwangerschap- en geboortezorg leidend moet zijn in het maken van beleidskeuzes in vormen van bekostiging. Deze leden lezen in de brief dat hoewel in de evaluatie van de NZa duidelijke kwaliteitsverbetering ontbreekt (minstens in stand houden), de Minister de conclusie trekt dat het functioneren in een IGO vooruitgang lijkt te betekenen. Kan de Minister hier verder op ingaan? Kan de Minister aangeven op basis van welke onderzoeken en signalen uit het veld hij deze conclusie trekt? Kan de Minister aangeven hoe de kwaliteit in beide bekostigingsvormen zal worden gemonitord?

*Antwoord*

Sinds het begin van het experiment en daarmee de oprichting van IGO's monitoren zowel de NZa als het RIVM de ervaringen en ontwikkelingen. Uit de evaluatie van de NZa in 2020 bleek dat de integrale bekostiging de zwangere centraal zet en de samenwerking tussen zorgaanbieders stimuleert, omdat het de financiële verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders legt voor een optimale en doelmatige inrichting van het integrale zorgtraject. Uit het rapport van het RIVM in 2020 bleek dat zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars positief zijn over de samenwerking en dat deze intensiever, meer gestructureerd en minder vrijblijvend is dan voor de oprichting van de IGO. Daarnaast bleek dat de IGO's kleine verschillen laten zien voor wat betreft de plaats van bevalling (meer poliklinische bevallingen onder verantwoordelijkheid van de eerstelijnsverloskundige, minder ziekenhuisbevallingen en geen verschil in thuisbevallingen) na invoering van integrale bekostiging. Het RIVM concludeerde destijds dat de invoering van integrale bekostiging in een overgangsfase zat, waardoor de effecten nog niet optimaal zijn.

De NZa en het RIVM zullen de komende jaren de geboortezorg doorlopend monitoren. Hierbij wordt er gekeken naar de mate waarin zwangeren tevreden zijn over de samenwerking tussen de geboortezorg professionals met wie zij in aanraking komen en in hoeverre zij tevreden zijn over de kwaliteit van zorg. Ook zal er aandacht zijn voor kwantitatieve effecten van bekostigingsmodellen op toegankelijkheid, kwaliteit en uitgaven.

*Vraag*

De leden van de D66-fractie herkennen dat Nederland een unieke cultuur en zorgsysteem hebben als het gaat om zwangerschap- geboortezorg. Toch zijn zij benieuwd of er andere landen zijn die tegen dezelfde problematiek aanlopen en welke lessen Nederland van andere (Europese) landen kan leren.

### *Antwoord*

Het RIVM heeft in 2017 op verzoek van het Ministerie van VWS een analyse gemaakt van buitenlandse bekostigingshervormingen in de geboortezorg<sup>4</sup>. De analyse laat zien dat in meerdere landen, waaronder de Verenigde Staten, Nieuw-Zeeland en Engeland, bekostigingshervormingen in de geboortezorg plaatsvinden. Al deze nieuwe bekostigingsmodellen beogen in ieder geval de kwaliteit en de betaalbaarheid van de geboortezorg te verbeteren. De effecten van de in het buitenland ingevoerde bekostigingshervormingen op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid waren vooralsnog beperkt beschikbaar. In 2020 heeft het RIVM opnieuw naar internationale studies gezocht<sup>5</sup>. Eén evaluatie beschrijft (positieve) effecten van een integraal bekostigingsmodel. Studies over de effecten van bekostigingsmodellen in de geboortezorg zijn dus nog steeds beperkt beschikbaar.

### *Vraag*

Deze leden constateren dat verschillende veldpartijen, waaronder de Nederlandse Patiëntenfederatie en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), zorg hebben dat integrale bekostiging leidt tot minder keuzevrijheid voor de patiënt. De Minister deelt deze zorg niet, zo lezen deze leden in de brief van de Minister. Kan de Minister aangeven of, en zo ja, hoe hij voornemens is om keuzevrijheid te monitoren? Kan de Minister daarbij ook aangeven hoe samen beslissen nadrukkelijk een plek krijgt in het monitoren van beide bekostigingsvormen?

### *Antwoord*

De NZa zal de komende jaren de geboortezorg doorlopend monitoren. Een van de onderwerpen daarbij is of zwangeren een effect ervaren in de mate waarin zij een keuze hebben aan zorgprofessionals en ook welke informatie zij krijgen van zorgaanbieders om weloverwogen keuzes te kunnen maken. Tegelijk wordt er gekeken naar de mate waarin zwangeren tevreden zijn over de samenwerking tussen de geboortezorg professionals en in hoeverre zij tevreden zijn met de kwaliteit van zorg.

### *Vraag*

De leden van de D66-fractie zijn geschrokken van de verdeeldheid in het veld. Kan de Minister aangeven welke gevaren hiermee ontstaan in de kwaliteit van zorg voor patiënten? Kan de Minister toelichten welke plannen hij verder heeft om deze verdeeldheid terug te dringen en samenwerking te bevorderen?

### *Antwoord*

De geboortezorgpartijen hebben niet dezelfde voorkeuren qua bekostigingsvormen. Dat neemt niet weg dat partijen professioneel hun werk doen. Ik verwacht dus niet dat deze discussie de kwaliteit van zorg beïnvloed. Wel verwacht ik dat met de keuze voor het tweesporenbeleid duidelijkheid voor het veld komt en daarmee rust en ruimte om gezamenlijk te werken aan de doortonwikkeling naar passende bekostiging en ook breder aan verbeteringen in de geboortezorg. Door met elkaar de schouders hieronder te zetten, wil ik de verdeeldheid terugdringen.

### *Vraag*

De leden van de D66-fractie lezen met interesse dat de Minister advies bij de NZa uitvraagt naar aanleiding van de motie van het lid Paulusma<sup>6</sup> over

<sup>4</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 118.

<sup>5</sup> Dit heeft geresulteerd in deze publicatie: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.5535/>.

<sup>6</sup> Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 50.

bekostiging van (telefonische) talentolk in de geboortezorg. Kan de Minister de Kamer informeren over de voortgang van deze uitvraag en kan de Minister aangeven binnen welke termijn de tijdelijke oplossing kan worden ingezet?

*Antwoord*

Naar aanleiding van de motie van het lid Paulusma is aan een externe partij gevraagd om een verkennende studie te doen naar de wijze waarop de talentolk in verschillende zorgwetten (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Wpg) wordt ingezet en bekostigd en welke eventuele knelpunten hierbij optreden in de praktijk. Berenschot is sinds 1 maart 2022 aan de slag met deze inventarisatie en zal de resultaten rond de zomer aan mij presenteren. Ik zal uw Kamer hierover na de zomer informeren.

Het klopt dat daarnaast de NZa om advies is gevraagd voor een tijdelijke en snellere oplossing voor de geboortezorg. Hierover kan ik aangeven dat zorgverzekeraars en geboortezorgaanbieders intensief samenwerken om een tijdelijke oplossing op korte termijn vorm te geven.

**Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

*Vraag*

Genoemde leden snappen het compromis in de vorm van een tweesporenbeleid dat de Minister voor ogen heeft. Degenen die tijdens de experimentele fase succesvol met integrale bekostiging hebben gewerkt, moeten hiermee kunnen doorgaan. Het afzonderlijk bekostigen van een coördinerende functie voor samenwerking bij de monodisciplinaire variant, is in de ogen van deze leden ook een goede stap. Wel krijgen genoemde leden graag een overzicht in de verdeling tussen geboortezorgorganisaties die werken volgens de integrale bekostiging en die werken volgens de monodisciplinaire bekostiging. Tevens willen zij weten hoe dit landelijk verspreid is. Komt de ene vorm meer voor in de regio of in de grote steden bijvoorbeeld? Wat zijn de verschillen in administratieve lasten tussen de twee bekostigingsvormen?

*Antwoord*

Op dit moment zijn er acht IGO's actief in Nederland. In 2017 zijn in zes regio's integrale bekostigingscontracten gesloten, namelijk in de regio's Beverwijk (IJmond Geboortezorg), Breda (Annature), Dirksland (Zuid aan Zee), Helmond (JijWij), Hoorn (Geboortehart) en Roosendaal-Bergen op Zoom (Qocon). In 2019 zijn ook in de regio's Deventer (Geboortezorg Salland) en Den Haag (het Haga Juliana Geboortecentrum, HJGC) integrale bekostigingscontracten gesloten. In 2021 is de Gooi en Vechtstreek (Geboorteteam het Gooi) ook gestart met het experimenteren met integrale bekostiging. Den Haag (HJGC) is per 2022 gestopt met het sluiten van integrale bekostigingscontracten. Het College van Perinatale Zorg (CPZ) heeft op de website [www.kennisnetgeboortezorg.nl](http://www.kennisnetgeboortezorg.nl) het geboortelandschap van Nederland in kaart gebracht.

De administratieve lasten zijn na het regulier maken van integrale bekostiging niet hoger dan die van de monodisciplinaire bekostiging. Wel zien we dat de ICT-systemen in de zorg nog veelal monodisciplinair zijn ingericht. Dit maakt het lastig voor regio's om daadwerkelijk integraal zorg te leveren over de schotten van de eerste en tweede lijn heen. Dit is een breder probleem voor het leveren van integrale zorg en niet een probleem dat voortkomt uit de integrale bekostiging. Echter, de regio's die werken met de integrale bekostiging leveren vaak meer geïntegreerde zorg en ervaren deze drempel meer.

### *Vraag*

De leden van de PVV-fractie vragen of met het tweesporenbeleid nu de knelpunten worden weggenomen die in het verleden zijn geconstateerd door de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Brengt dit tweesporenbeleid niet nieuwe knelpunten naar boven gezien ook de weerstand van sommige veldpartijen tegen integrale bekostiging? Genoemde leden constateren een verharding van de standpunten van voor- en tegenstanders van de integrale geboortezorg. Hoe gaat de Minister deze partijen bij elkaar brengen?

### *Antwoord*

Het tweesporenbeleid is de uitkomst van een middenweg die is gezocht. Ik realiseer mij dat we er nog niet zijn, maar wel dat er duidelijkheid voor het veld komt en daarmee rust en ruimte om gezamenlijk te werken aan de doortonwikkeling naar passende bekostiging en ook breder aan verbeteringen in de geboortezorg. Door met elkaar de schouders hieronder te zetten, wil ik de partijen bij elkaar brengen.

### *Vraag*

Deze leden vragen zich af of integrale bekostiging gevoeliger is voor fraude. Monodisciplinaire bekostiging is immers heel transparant, elke verrichting wordt gedeclareerd en is goed controleerbaar. Bij de integrale bekostiging is dat niet het geval, er volgt een declaratie voor een gehele behandeling en wie wat krijgt uit deze zak met geld wordt achter de voordeur besloten. Zijn er voldoende waarborgen dat integrale bekostiging geen kostenstijging door mogelijk frauduleuze declaraties oplevert? Genoemde leden zijn altijd heel kritisch op de niet-transparante wijze van declareren in de tweede lijn middels Diagnose Behandelcombinaties (DBC's), de oorsmeergate staat deze leden nog op het netvlies. Zij zien niet graag dat dit soort praktijken ook in de eerste lijn mogelijk gemaakt gaan worden. Graag ontvangen deze leden hierop een reactie.

### *Antwoord*

Binnen het contract worden afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de te leveren kwaliteit en de prijs voor de te leveren zorg.

Zorgverzekeraars zijn vrij om zelf contracten af te sluiten met zorgaanbieders, en kunnen er ook voor kiezen geen contracten te sluiten met zorgaanbieders die in het verleden onrechtmatig hebben gedeclareerd. Zorgaanbieders dienen zich te houden aan de tarief- en prestatieregulering van de NZa en alleen die zorg te declareren die ook is geleverd. Zorgverzekeraars voeren hiertoe formele en materiële controles uit. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars.

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast of deze bekostiging een kostenstijgende werking zal hebben. Integrale bekostiging kan juist verdere kostenstijging tegen gaan, omdat er expliciet wordt gekeken naar de juiste zorg op de juiste plek leveren. Het RIVM concludeerde op basis van de eerste beschikbare data in 2020 dan ook dat in de integraal bekostigde regio's de kosten minder hard stegen dan verwacht zonder invoering van integrale bekostiging<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> <https://www.rivm.nl/publicaties/integrale-bekostiging-van-geboortezorg-ervaringen-na-drie-jaar-en-eerste-zichtbare>.



## Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

### *Vraag*

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het besluit van de Minister inzake de toekomstige bekostiging van de geboortezorg. Daarbij begrijpen zij het zo dat de Minister voornemens is de huidige monodisciplinaire bekostiging voort te zetten en het huidige experiment integrale bekostiging per 1 januari 2023 op te nemen in de reguliere bekostiging. Klopt dat? Genoemde leden hebben tijdens de procedurevergadering eerder gevraagd of de datum van 1 januari 2023 de NZa voldoende tijd geeft dit in te regelen. Denkt de Minister dat dit haalbaar/realistisch is?

### *Antwoord*

Zoals ik ook in mijn brief aan uw Kamer heb toegelicht, acht ik het haalbaar om de aanwijzing aan de NZa op tijd te kunnen geven. Ik ben doorlopend in gesprek met de NZa en gezamenlijk houden wij de deadlines in de gaten. De NZa consulteert haar concept beleidsregels en nadere regels bij relevante partijen. Na ontvangst van de aanwijzing, eventuele wijzigingen en verdere uitwerking van de regelgeving volgt tot slot de definitieve vaststelling en publicatie op uiterlijk 1 juli 2022.

### *Vraag*

De Minister stelt expliciet in de brief dat er niet een vorm van bekostiging leidend zal zijn. De reacties van belangenorganisaties zijn niet allemaal positief op dit voorstel, hierbij is er een veel voorkomend gevoel dat zij gedwongen worden om over te gaan tot integrale bekostiging. Hoe weegt de Minister dit punt?

### *Antwoord*

Het regulier maken van integrale bekostiging houdt in dat voor de regio's die nu al werken met deze vorm en waarvoor het passend is, zij gebruik kunnen blijven maken van deze bekostiging. Van dwang naar integrale bekostiging is geen sprake. Echter, sommige partijen maken zich zorgen dat met het regulier worden van integrale bekostiging, vanuit partijen zoals zorgverzekeraars of ziekenhuizen, geheel gestuurd zal gaan worden richting deze bekostiging. Hierover kan ik zeggen dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) begin april heeft aangegeven het tweesporenbeleid te steunen, omdat behoud van beide vormen van bekostiging van belang is. Daarnaast zal de NZa samen met partijen nog naar extra waarborgen kijken, om te voorkomen dat dit zal gebeuren. Zo wordt gewerkt aan landelijke afspraken over draagvlak en samenwerking in een regio om de integrale zorg te borgen. Ook zal de NZa deze ontwikkelingen monitoren.

### *Vraag*

Dan lezen de leden van de CDA-fractie ook dat de NZa de ontwikkelingen rondom de bekostiging van geboortezorg nauwgezet monitort. Het lijkt hen goed bij de bekostiging van geboortezorg een vinger aan de pols te houden. Wordt dan ook gemonitord of de twee verschillende financieringsopties door zorgverzekeraars worden aangeboden? Vervolgens vragen genoemde leden of er bij de uitwerking door de NZa ook rekening mee wordt gehouden dat monodisciplinaire bekostiging of integrale bekostiging ook in bepaalde regio beter of juist minder goed kan werken. Heeft de integrale bekostiging nog effect op het programma Kansrijke start?

### *Antwoord*

De NZa zal jaarlijks monitoren in hoeverre beide bekostigingsopties worden aangeboden door verzekeraars. Voorop staat dat elke zorgaanbieder het recht heeft om de door hen geleverde zorg te declareren. Het is

daarom altijd mogelijk voor aanbieders om te declareren via de monodisciplinaire bekostiging ook als zij hier geen contract voor hebben afgesloten met een verzekeraar. In de evaluatie wordt gekeken in welke situatie of regio integrale bekostiging het beste werkt en wanneer juist monodisciplinaire bekostiging. Denk hierbij aan punten zoals de huidige onderlinge samenwerking, integratie van zorg en aantal aanbieders in de regio.

Integrale bekostiging heeft niet direct effect op het programma Kansrijke Start. In de verschillende deelprestaties van integrale bekostiging is binnen de tarieven meer ruimte voor coördinerende en organisatorische taken van de IGO dan in de monodisciplinaire bekostiging. Dit maakt het voor IGO's mogelijk makkelijker om inzet te leveren aan de lokale coalities van het programma Kansrijke Start.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

#### *Vraag*

Genoemde leden hebben vernomen dat grote stappen gezet zijn in het verbeteren van de samenwerking tussen partijen in de geboortezorg. Dit was, ook volgens deze leden, hard nodig. Zij hebben vragen over de rol van IGO's in het verbeteren van samenwerking. Is de samenwerking binnen de regio, ook buiten de IGO's om, niet zodanig verbeterd dat de noodzaak van IGO's voor betere samenwerking beperkt is? Deze leden zijn benieuwd welke concrete verbeteringen in de samenwerking nog geboekt moeten worden bij zorgaanbieders die werken met monodisciplinaire bekostiging. De Minister geeft aan dat hij de monodisciplinaire bekostiging wil door ontwikkelen. Hoe wil de Minister dit doen? Kan de Minister daar concrete acties voor noemen? De leden van de PvdA-fractie begrepen dat bij IGO's kosten in praktijk vaak nog steeds monodisciplinair worden verdeeld. Strookt dit met het beeld van de Minister? Zo ja, wat voegt een IGO dan toe tegenover het monodisciplinaire systeem? De leden van de PvdA-fractie lezen in de brief van de Minister dat met IGO's de kwaliteit van zorg minstens gelijk is gebleven en de kosten minder hard zijn gestegen. Is het doel van de integrale bekostiging om de zorgkosten te bedwingen?

#### *Antwoord*

Afgelopen jaren zijn inderdaad grote inspanningen geleverd en stappen gezet op de samenwerking in de VSV's<sup>8</sup>. Wel zit er verschil in regio's, in de mate waarin VSV's die ontwikkeling naar volwassen netwerk (kunnen) maken. Een IGO vormen is geen garantie op betere samenwerking, maar het biedt wel de ruimte om (zonder gedreven te worden door financiële prikkels) deze samenwerking op te zoeken. Voor VSV's die een goede samenwerking kennen, kan integrale bekostiging hen hierin beter en verder ondersteunen. Zij ontwikkelen zich dan door tot een IGO. Daarom is deze vorm van bekostiging passend voor sommige regio's. Voor VSV's die minder ver zijn, kan monodisciplinaire bekostiging passender zijn. Zij zijn nog bezig met stappen als een gezamenlijke netwerkstrategie, samenwerkingsstructuur, gedeelde inhoudelijke visie, gezamenlijke dossiervorming, etc.

Ik zet samen met het veld in op het versterken van de rol en positie van VSV's, zodat zij wel degelijk die ontwikkeling naar volwassen netwerk kunnen maken. Hiervoor zie ik een stapsgewijze aanpak voor mij, waarbij het bekostigen van de samenwerking ook onderdeel is. Dit is één van de elementen, zoals ik in mijn brief aan uw Kamer ook benoem, voor het

<sup>8</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2021/05/19/rapport-onderzoek-regionale-samenwerking-in-vsvs>.

doorontwikkelen van monodisciplinaire bekostiging naar een vorm van passende bekostiging voor integrale zorg. Een ander element hierin is het ontwikkelen van cliëntprofielen.

Reagerend op het monodisciplinaire verdelen kan ik aangeven dat het klopt dat vanuit de integrale pot de verschillende partijen elk hun aandeel krijgen. We noemen dit ook wel verdelen achter de voordeur. Dit is wel degelijk anders dan monodisciplinaire bekostigen, omdat vanuit die gezamenlijke bekostiging bijvoorbeeld laagdrempeliger de gynaecoloog kan meekijken (zonder dat zorg wordt overgedragen naar het ziekenhuis en hier apart voor gedeclareerd moet worden) of kan worden ingezet op zorgvernieuwing en innovatie. Dit zijn aspecten die (makkelijker) mogelijk worden door integrale bekostiging en een IGO dus meerwaarde geeft ten opzichte van het monodisciplinaire systeem.

Integrale bekostiging heeft niet als doel om zorgkosten te bedwingen. Deze bekostigingsvorm is ter stimulering van en ondersteuning aan betere samenwerking om zo de best passende zorg en de juiste zorg op de juiste plek te geven. Echter, het RIVM concludeerde op basis van de eerste beschikbare data in 2020 dan ook dat in de integraal bekostigde regio's de kosten minder hard stegen dan verwacht zonder invoering van integrale bekostiging. Dit kan een bijkomend voordeel zijn.

#### *Vraag*

Een groot goed in de Nederlandse geboortezorg is de keuzevrijheid van zwangere vrouwen. De voorgestelde bekostiging mag deze keuzevrijheid niet in de weg staan. Volgens veel verloskundigen bedreigt de integrale bekostiging echter wel de positie van de vrijgevestigde verloskundige. Is het de ambitie van de Minister om op lange termijn alleen nog integrale bekostiging van geboortezorg aan te bieden? Kunnen wat de Minister betreft de twee bekostigingsvormen ook structureel naast elkaar blijven bestaan? Zijn er andere gebieden van zorg waar twee bekostigingsvormen naast elkaar bestaan? Zo ja, kunnen in die gevallen deze twee bekostigingsvormen ook langere tijd goed naast elkaar fungeren? Welke rol heeft de zorgverzekeraar in de bekostigingskeuze van ziekenhuis en verloskundigen? Kunnen verzekeraars besluiten om enkel nog IGO's te contracteren? Zo ja, wat zou dit betekenen voor verloskundigen die via een monodisciplinair systeem bekostigd worden? Is de Minister bereid om de keuzevrijheid van zwangere vrouwen bij beide bekostigingsmethodes goed te monitoren?

#### *Antwoord*

Mijn ambitie is om vanuit het tweesporenbeleid (dat is de korte termijn), door te ontwikkelen naar een beter passende bekostiging voor integrale geboortezorg (dat is de lange termijn). Het tweesporenbeleid is goed uitvoerbaar. Of dit uiteindelijk resulteert in het structureel voortbestaan van twee vormen van bekostiging zal de tijd moeten uitwijzen.

In de eerstelijns zorg zien we dat multidisciplinair geleverde zorg, door de huisarts met bijvoorbeeld de fysiotherapeut multidisciplinair gedeclareerd kan worden. Deze mogelijkheid bestaat ook al geruime tijd.

Zorgverzekeraars publiceren elk jaar op 1 april hun zorginkoopbeleid. Daarin staan de kaders voor afspraken met zorgaanbieders over de inhoud, kosten, spreiding en organisatie van zorg. Tijdens de inkoopgesprekken gaan zorgverzekeraars en aanbieders hierover in gesprek. Deze gesprekken zijn een private aangelegenheid. Het is dus aan de zorgverzekeraars en de aanbieders om te komen tot overeenstemming. Van belang is wel dat de zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en dus voldoende zorg moeten inkopen voor hun verzekerden. Een zwangere vrouw kan

altijd de zorg ontvangen van de aanbieder die zij wenst. Op grond van artikel 13 Zorgverzekeringswet ontvangt zij namelijk een vergoeding voor de geleverde zorg. Uit de jurisprudentie volgt dat deze vergoeding niet dusdanig laag mag zijn dat er feitelijk een hinderpaal voor verzekerden ontstaat om zich tot een ongecontracteerde zorgaanbieder te wenden. De keuzevrijheid van verzekerden is hiermee geborgd en voor de verloskundigen die de zorg monodisciplinair en zonder contract wensen te leveren en declareren geldt dus ook dat dit mogelijk blijft. Overigens heeft ZN begin april aangegeven het tweesporenbeleid te steunen, omdat behoud van beide vormen van bekostiging van belang is.

De NZa zal de komende jaren de geboortezorg doorlopend monitoren. Een van de onderwerpen daarbij is of zwangeren een effect ervaren in de mate waarin zij een keuze hebben voor het type zorgprofessionals. De informatievoorziening vanuit zorgaanbieders om weloverwogen keuzes te kunnen maken vormt ook onderdeel van de monitoring. Tot slot maakt de tevredenheid van zwangeren over de onderlinge samenwerking binnen de geboortezorg en de kwaliteit van zorg onderdeel uit van deze monitoring.

#### *Vraag*

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over de positie van de verloskundigen in relatie tot de ziekenhuizen bij IGO's. Bij IGO's zullen ziekenhuis en verloskundigen samen de bekostiging moeten organiseren. De relatie tussen ziekenhuizen en verloskundigen wordt echter door sommigen als ongelijkwaardig ervaren. Hoe borgt de Minister de gelijkwaardigheid van de verschillende partijen in een IGO? Een IGO heeft enkel een ziekenhuis en één verloskundigenpraktijk nodig. Ziekenhuizen zouden zo ook bepaalde verloskundigenpartijen kunnen weren uit een IGO. Herkent de Minister dit beeld? Welke mogelijkheden ziet de Minister om meer ondersteuning te bieden bij de vormgeving van IGO's? Is de Minister bereid om de positie van verloskundigen en ziekenhuizen in IGO's te blijven monitoren om zo te verzekeren dat geen van beide partijen aan het kortste eind trekt?

#### *Antwoord*

In een IGO hebben zowel de verloskundigen, het ziekenhuis en kraamzorgorganisaties een aandeel. Al deze partijen hebben juridisch gezien een gelijk aandeel in de IGO, waardoor elke partij juist gelijkwaardig is aan elkaar. Bij de oprichting van een IGO wordt breed in de regio gekeken naar samenwerkende partijen. IGO's sluiten vervolgens contracten met de zorgverzekeraar. In de contracten kunnen eisen worden gesteld zoals de verplichting om zorgaanbieders die dat willen toe te laten treden tot de IGO. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars beslissen om geen contract met de IGO te sluiten als de IGO uit maar een enkele aanbieder bestaat. Ik herken niet het beeld dat partijen geweerd worden, eerder dat partijen aansluiten bij een goed draaiende IGO. De afgelopen jaren heeft het CPZ via de taskforce integrale bekostiging ondersteuning geboden aan regio's die met integrale bekostiging wilden gaan werken en aan de IGO's. Daarnaast heeft het CPZ tools ontwikkeld voor VSV's om tot goede samenwerking in het VSV te komen en zodoende handvatten te bieden voor de verdere professionalisering. Met name dit laatste zal in de actie omtrent ondersteuning VSV's verder vorm gaan krijgen.

De NZa zal als onderdeel van de monitoring onder andere kijken naar de samenstelling van een IGO en de tevredenheid van verschillende zorgaanbieders die wel en niet deelnemen aan een IGO.

#### *Vraag*

Genoemde leden zijn benieuwd naar de organisatie van IGO's. Zeker in gebieden met meer ziekenhuizen (die mogelijk niet met elkaar willen

samenwerken) of in regio's waar praktijken samenwerken met meer ziekenhuizen, zijn deze leden bezorgd over de vormgeving van IGO's. Wat kan de Minister zeggen over de organisatie van de IGO's in een complexer zorglandschap? Ziet de Minister barrières om dit goed te organiseren? Wat kan de Minister doen om de organisatie van IGO's, juist in complexere situaties, in goede banen te leiden?

*Antwoord*

Voorop staat dat het altijd en in elke regio een verantwoordelijkheid van betrokken zorgaanbieders is om goede samenwerkingsafspraken in het belang van moeder en kind te maken. De bekostigingssystematiek verandert niets aan deze verantwoordelijkheid, maar kan een goede integrale samenwerking verder ondersteunen. Het is aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in de regio tot een optimale samenwerkingsvorm te komen. Voor de optimale organisatie in de regio bestaat geen blauwdruk.

*Vraag*

Deze leden geven veel prioriteit aan het verminderen van administratieve lasten in de zorg. Zij zijn blij dat het spoorboekje binnen het KPMG-traject oplossingsrichtingen geeft om de administratieve lasten bij integrale bekostiging te verbeteren. Het is voor deze leden zaak dat de oplossingsrichtingen zo snel mogelijk worden uitgevoerd. Wanneer verwacht de Minister alle acties uit het spoorboekje belegd te hebben? De Minister geeft aan dat het bij sommige oplossingsrichtingen nog bepaald moet worden waar ze belegd kunnen worden. Is het uitdagend om de juiste partijen hiervoor te vinden? Zo ja, waarom?

*Antwoord*

De oplossingsrichtingen voor knelpunten die worden aangedragen in het spoorboekje kennen verschillende tijdspaden. Zo zijn er knelpunten waarop al acties lopen of die met het regulier maken van het experiment worden opgelost, maar er zijn ook knelpunten die over grotere structurele thema's gaan zoals gegevensuitwisseling en datagebruik of die zelfs sector breed liggen en niet direct samenhangen met integrale bekostiging, maar daarvoor wel behulpzaam zijn. Voor met name gegevensuitwisseling en (secundair) datagebruik zijn de afgelopen jaren stappen gezet. Om gegevensuitwisseling in de geboortezorg mogelijk te maken, heeft mijn ambtsvoorganger het VIPP-programma Babyconnect gelanceerd. Hier is ook aandacht voor het gebruik van data uit het primaire proces voor secundaire doeleinden. Samen met de NZa zal ik als eerste stap kijken welke acties uit het spoorboekje al afgerond zijn, welke er lopen en welke nodig en mogelijk zijn om als eerste op te pakken. Ik kan hierdoor nog niet aangeven of het uitdagend is om deze acties te beleggen bij de juiste partijen.

*Vraag*

De leden van de PvdA-fractie moedigen het bekostigen van tolken voor anderstaligen in de verloskunde en kraamzorg van harte aan. De Minister geeft aan ruim de tijd nodig te hebben om dit voorstel uit te werken. Kan de Minister meer duidelijkheid geven over het verwachte tijdspad? Wanneer verwacht de Minister dat de NZa een advies kan geven over een tijdelijke oplossing? En wanneer wil de Minister een structurele oplossing met de Kamer delen?

*Antwoord*

Berenschot is sinds 1 maart 2022 aan de slag met een verkennende studie naar de wijze waarop de talentolk in verschillende zorgwetten (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Wpg) wordt ingezet en bekostigd en welke eventuele knelpunten hierbij optreden in de praktijk. De resultaten van deze

inventarisatie zullen zij rond de zomer aan mij presenteren. Ik zal uw Kamer hierover na de zomer informeren.

Naar aanleiding van mijn adviesvraag aan de NZa wordt op dit moment door zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de geboortezorg intensief samengewerkt om op korte termijn tot een tijdelijke oplossing te komen voor talentolken. In samenwerking met de NZa wordt beoordeeld of een tijdelijke bekostiging haalbaar is voor 1 januari 2023.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

#### *Vraag*

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister en hebben daarbij nog enkele vragen. Zij lezen dat de Minister schrijft dat «om te komen tot integrale, passende zorg is de samenwerking vanuit gelijkwaardigheid tussen alle geboortezorgprofessionals van essentieel belang.» Kan de Minister toelichten hoe die gelijkwaardigheid zich op dit moment uit? Hoe kan deze gelijkwaardigheid nog verbeterd worden, ook met het oog op de mogelijke verandering in de bekostigings-systematiek?

#### *Antwoord*

De afgelopen jaren is forse inzet gepleegd om de samenwerking tussen eerstelijnsverloskundigen, kraamzorg, gynaecologen, kinderartsen en ziekenhuizen vorm te geven in VSV's. Er zit verschil tussen VSV's, in de mate waarin zij die ontwikkeling naar volwassen netwerk (kunnen) maken. Om die stap te kunnen maken is het van belang dat elke partij binnen het VSV een gelijke stem heeft, waardoor ieders stem even zwaar weegt en men vanuit gelijkwaardigheid de samenwerking verder kan vormgeven. De ervaring leert dat veel VSV's gebruik maken van sociocratische besluitvorming om te werken aan deze gelijkwaardigheid. Het kost tijd van eenieder om dit proces goed vorm te geven, daarbij is het van belang dat ook de samenwerking en coördinerende taken van het VSV gefaciliteerd worden door bekostiging. Dit zie ik als een onderdeel van de doorontwikkeling naar passende bekostiging.

#### *Vraag*

Genoemde leden constateren dat onder de ambtsvoorganger van de Minister is toegezegd dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport regie zou nemen op het dossier van bekostiging. Tegelijkertijd constateren deze leden dat er nog steeds verdeeldheid is in het veld. Kan de Minister aangeven hoe dit komt? Welke stappen in het «nemen van regie» zijn gezet, en waar hebben die toe geleid? Is de Minister nog steeds van plan om de toezegging van zijn voorganger uit te voeren?

#### *Antwoord*

Mijn ambtsvoorganger heeft regie genomen door een proces in te richten waarbij vier partijen (de Patiëntenfederatie, de NVOG, de KNOV en BO Geboortezorg) op eigen verzoek, en hierin gefaciliteerd door Common Eye als onafhankelijke gesprekleider aan te stellen, in gesprek gegaan over een nieuwe stip op de horizon. KPMG heeft een traject doorlopen om uitvoeringsvraagstukken omtrent het experiment integrale bekostiging in kaart te brengen. Vervolgens is op basis van deze rapporten het voorgenomen tweesporenbeleid voor passende bekostiging samen met de NZa ontwikkeld, waarmee nadrukkelijk een compromis is gezocht met het veld. Hierover is met alle geboortezorgpartijen gesproken. Er zijn en blijven vanuit enkele partijen helaas bezwaren tegen het regulier maken van integrale bekostiging. Omdat ik het tweesporenbeleid als de best haalbare mogelijkheid zie voor nu, heb ik mijn voorgenomen besluit aan uw Kamer toegezonden. Daarmee formuleer ik een nieuw uitgangspunt van waaruit

ik met alle partijen verder wil werken aan een passende bekostiging die bijdraagt aan een integrale manier van zorg verlenen.

*Vraag*

De leden van de SP-fractie brengen de aangenomen motie van de leden Van Gerven Bergkamp<sup>9</sup> in herinnering, en het deel van het dictum waarin verzocht wordt om ruimte te creëren van partijen om tot een gemeenschappelijk beeld te komen. Welke stappen zijn daarin gezet en wat is het resultaat daarvan geweest? Is het voor de Minister een optie geweest om – nu blijkt dat er geen gemeenschappelijk beeld is – het experiment verder te verlengen en in gesprek te blijven om partijen bij elkaar te brengen? Zo nee, waarom niet?

*Antwoord*

Zie hiervoor ook mijn antwoord op uw vorige vraag. Het rapport van Common Eye heeft een aantal gedeelde uitgangspunten opgeleverd, maar bevat geen alternatieve bekostigingsvorm. De uitgangspunten vormen wel waardevolle input om vervolgstappen te kunnen zetten in de richting van een beter passende bekostiging van integrale geboortezorg. Dit zal echter tijd kosten en verdere investering vragen van alle betrokken partijen. Ik wil dit proces zeker voorzetten en blijven ondersteunen.

Voor een verdere verlenging van het experiment laat de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) geen ruimte. Vorig jaar is gebruik gemaakt van de mogelijkheid om het experiment maximaal één jaar langer in stand te laten.

*Vraag*

Genoemde leden zijn benieuwd of de optie van het experiment niet regulier maken ook verkend is. Indien deze discussie heeft plaatsgevonden, kan de Minister – eventueel onderbouwd met stukken – toelichten hoe die discussie is gegaan? Indien deze discussie niet heeft plaatsgevonden, waarom is dat niet gebeurd?

*Antwoord*

Een experiment stoppen is altijd een optie als signalen of onderzoeksbevindingen hiertoe aanleiding geven. Daarvan is in dit geval echter geen sprake. Terugvallen op alleen monodisciplinaire prestaties doet geen recht aan de mooie voorbeelden die ik hoor vanuit IGO's en ook niet aan de eerste positieve bevindingen van deze integrale bekostigingswijze, zoals volgt uit zowel de NZa als RIVM-rapporten. Evenmin doet dit recht aan de uitdagingen waar we voor staan in de geboortezorg. Daarbij zijn alle partijen in de geboortezorg het erover eens, dat de huidige monodisciplinaire bekostiging niet passend is. Voor IGO's, met hun vergaande vorm van samenwerking, is deze bekostiging in het geheel niet passend. Het zou een grote terugslag betekenen in de mate waarop zij zorg nu gezamenlijk organiseren. Daarom is het onwenselijk dat de IGO's terug zouden moeten vallen op een bekostiging die voor hen niet werkbaar is.

*Vraag*

De leden van de SP-fractie vragen specifiek aandacht voor de petitie Noodalarm Geboortezorg. Bij het opstellen van deze inbreng is de petitie bijna 130.000 keer ondertekend. Kan de Minister ingaan op wat dit voor hem en het voornemen om tot een integrale bekostiging te komen betekent? Heeft de Minister contact gehad met de initiatiefnemers van de petitie, en zo ja, hoe is dat contact verlopen?

---

<sup>9</sup> Kamerstuk 29 323, nr. 151.

### *Antwoord*

Ik wil hierbij graag nadrukkelijk benoemen dat ik het belangrijk vind om goed te luisteren naar wat er speelt in het veld. Deze vragen en zorgen heb ik in de aanloop naar dit besluit zeer serieus genomen en zorgvuldig afgewogen, dus ook de zorgen vanuit de petitie Noodalarm Geboortezorg. Op vrijdag 1 april is de petitie Noodalarm Geboortezorg aan het Ministerie van VWS aangeboden. Deze is op ambtelijk niveau in ontvangst genomen en ik ben hierover geïnformeerd.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie**

#### *Vraag*

De eerste vraag die deze leden hebben, is of er andere vormen van zorg zijn waarbinnen twee reguliere vormen van bekostiging mogelijk zijn of zijn geweest. Zij vragen zich ook af wat de ervaringen daarmee zijn en hoe dat is meegenomen in het besluit.

#### *Antwoord*

In de eerstelijns zorg zien we dat multidisciplinair geleverde zorg, door de huisarts met bijvoorbeeld de fysiotherapeut, multidisciplinair gedeclareerd kan worden. Omdat elke sector zijn eigen dynamiek kent, is dit voorbeeld verder niet gebruikt bij het tot stand komen van het besluit.

#### *Vraag*

Over het nut en de noodzakelijkheid van de integrale bekostiging hebben genoemde leden ook nog een vraag. Want in hoeverre is integrale bekostiging nodig om een IGO te financieren? Kan een IGO niet ook uit de voeten met een monodisciplinaire bekostiging, waarbij de IGO dan alle losse handelingen declareert? Is de samenwerking buiten IGO-regio's ook niet dusdanig verbeterd dat integrale bekostiging eigenlijk niet meer nodig is? Daarnaast vragen de leden van de GroenLinks-fractie of met integrale bekostiging ook een stap naar populatiebekostiging kan worden gemaakt in de hele regio voor geboortezorg.

#### *Antwoord*

Zonder integrale bekostiging functioneert een IGO als een VSV. Net als VSV kan een IGO monodisciplinair bekostigen, maar juist door hun vergaande vorm van samenwerking is deze bekostiging niet passend. Een monodisciplinaire bekostiging stimuleert tot monodisciplinair werken. Daarnaast stimuleert het niet de beweging naar passende zorg, omdat zorg verschuiving van de tweede naar de eerste lijn niet loont voor partijen binnen monodisciplinaire bekostiging. Ook het gezamenlijk investeren in kwaliteit en/of innovatie wordt niet gestimuleerd. Allemaal aspecten die binnen integrale bekostiging (makkelijker) mogelijk worden. Dat is de meerwaarde die de huidige IGO's nu ervaren.

In een rapport over populatiebekostiging<sup>10</sup> wordt het experiment integrale geboortezorg genoemd als voorbeeld van populatiebekostiging. Uit dit onderzoek blijkt ook dat populatiebekostiging verschillende verschijningsvormen en definities kent. Een verdere doorontwikkeling van deze integrale bekostiging zou dus eventueel kunnen resulteren in populatiebekostiging in de regio in plaats van de huidige bekostiging per zwangere.

#### *Vraag*

Genoemde leden vragen wat nu precies de effecten zijn van het compromis. De Minister heeft eigenlijk zelf niet gekozen voor de integrale bekostiging of de monodisciplinaire bekostiging. Maar kan dit er ook toe

<sup>10</sup> S. van Dulmen, T. Remers, E. Wackers, M. van der Marck en P. Jeurissen. Wegen van Populatiebekostiging. Verkenningen van literatuur en opvattingen. Radboudumc, Nijmegen 2021.



leiden dat het dan uiteindelijk de zorgverzekeraar is die de keuze maakt, door alleen nog de IGO of de verloskundigen te contracteren? Hoe is de keuzevrijheid van vrouwen gewaarborgd als verzekeraars besluiten om enkel IGO's te contracteren? Zit daar nog een verschil voor vrouwen die een natura of een restitutiepolis hebben? Is de Minister bereid om, indien het voornemen een daadwerkelijk besluit wordt, de keuzevrijheid zorgvuldig en blijvend te monitoren met patiëntenorganisaties? Welke stappen heeft de Minister in gedachten als keuzevrijheid afneemt, zonder dat kwaliteit toeneemt? Heeft de Minister een marktanalyse laten maken om de effecten van de beslissing duidelijker in beeld te brengen? Zo nee, is de Minister hiertoe bereid?

*Antwoord*

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten daarom voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden. Verzekerden hebben bij het kiezen voor een basisverzekering de keuze tussen een natura en restitutiepolis. Bij een restitutiepolis wordt de geleverde zorg gelijk het marktconforme tarief volledig vergoed, ongeacht of er een contract is tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De verzekerde heeft in dit geval volledige keuzevrijheid tussen zorgaanbieders. In het geval van een naturapolis is de verzekerde ook vrij in zijn/haar keuze voor een zorgaanbieder, maar anders dan bij de restitutiepolis krijgt de verzekerde de niet-gecontracteerde zorg deels vergoed. De keuzevrijheid is dus het meest optimaal bij een restitutiepolis. Zie ook de beantwoording van de eerdere vraag over de keuzevrijheid en de verwijzing naar artikel 13 Zorgverzekeringswet en het hinderpaal-criterium.

De ervaring met keuzevrijheid werd al door de NZa gemonitord en zij zal dit blijven doen. Leidend is nu dat uit een NZa enquête (2020)<sup>11</sup> volgt dat er weinig verschil wordt ervaren ten aanzien van de keuzevrijheid tussen IGO-regio's en niet IGO-regio's. Ik wil voor nu dus ook geen marktanalyse maken, maar zal de ontwikkelingen die monitoring laat zien nauwgezet blijven volgen. Indien er sprake is van een andere ontwikkeling in de mate van keuzevrijheid, zal ik wel degelijk met mijn toezichthouders kijken naar benodigde acties. Zo kan altijd gekeken worden naar aanpassingen in de bekostiging.

*Vraag*

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ook een zorg met betrekking tot de marktmacht van IGO's. De Minister adresseert in de brief al kort de mogelijkheid voor ziekenhuizen om met een (klein) deel van de verloskundigen een IGO te beginnen. Deze leden zijn bang dat ziekenhuizen dan alsnog de keus kunnen maken voor een van de twee vormen van bekostiging in een regio, zelfs als daar weinig draagvlak voor is. De Minister geeft aan dat voor een IGO redelijke en transparante toetredings-eisen moeten gelden, net als bij Verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's). Tegelijkertijd zijn er ook signalen dat niet in alle regio's alle partijen tevreden zijn met de samenwerking na de start van de IGO. Krijgt de Minister deze signalen ook en hoe beoordeelt hij deze? Heeft de Minister een beeld van de toetredingseisen en in hoeverre deze transparant en redelijk zijn?

*Antwoord*

Voor goede samenwerking is vertrouwen nodig. Bij een IGO is dat niet anders dan bij een VSV en het kost tijd om die vertrouwensrelatie op te bouwen. In het bijzonder als daar ook een gezamenlijke portemonnee blijkt. Ook ik ben bekend met de verschillende signalen dat de

<sup>11</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_698774\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_698774_22/1/).

opstartfase soms lastig kan zijn. Tegelijkertijd ken ik ook de mooie voorbeelden die IGO's in het experiment hebben ervaren.

Voor wat betreft de toetredingseisen: de IGO's vallen net als andere samenwerkingsverbanden in de zorg onder de regulering en het toezicht van de ACM. De ACM stelt eisen aan samenwerkingsverbanden en houdt hier toezicht op, ter bewaking van een goede concurrentie en een gezonde markt. Hieronder valt ook het toezicht op toetredingseisen. Deze moeten een objectief karakter hebben en mogen niet discriminerend zijn. Daarnaast dient de toelatingsprocedure transparant te zijn, inclusief een onafhankelijke beroepsmogelijkheid. De ACM heeft deze criteria nader ingevuld binnen de context van de geboortezorg (in de leidraad voor beoordeling lidmaatschapscriteria samenwerkingsverbanden geboortezorg<sup>12</sup>.) Zij ziet ook toe op de toepassing hiervan in de praktijk en kan daartoe onderzoek doen, al dan niet naar aanleiding van signalen of meldingen uit het veld.

#### *Vraag*

Genoemde leden lezen ook dat de NZa de oprichting van nieuwe IGO's goed zal monitoren. Met oog op het bovenstaande vragen zij de Minister wat de mogelijkheden zijn van de toezichthouders als toch blijkt dat verloskundigen uit de markt worden gedrukt door IGO's. Hoe wil de Minister ervoor zorgen dat er een gelijk speelveld blijft tussen IGO's en verloskundigen?

#### *Antwoord*

Ik wil benadrukken dat we alle verloskundigen hard nodig hebben om ook in de toekomst aan de totale zorgvraag te kunnen voldoen. Een IGO kan daarbij niet bestaan zonder verloskundigen. In de praktijk zien we dat de huidige IGO's worden opgericht als goede samenwerking tussen de geboortezorgaanbieders in een regio al bestaat. Verloskundepraktijken worden niet uit de markt gedrukt door de IGO, maar kunnen als zij hiervoor kiezen onderdeel worden (voor een deel van hun zorg) van de IGO. Verloskundigenpraktijken in diezelfde regio die niet deelnemen in die IGO kunnen nog steeds gebruik maken van de monodisciplinaire bekostiging. Bij ongewenste ontwikkelingen zal ik met de toezichthouders kijken naar benodigde acties. Zo kan altijd gekeken worden naar aanpassingen in de bekostiging.

De NZa zal in de monitoring expliciet kijken naar de tevredenheid van verschillende partijen in de IGO. Uit de meest recente monitoring van de NZa blijkt dat er binnen de IGO's een verbetering wordt ervaren in de onderlinge samenwerking tussen de partijen in de IGO. De NZa laat een handreiking ontwikkelen die geboortezorg aanbieders kunnen gebruiken om hun netwerksamenwerking te versterken. Dit kan worden gebruikt binnen een IGO, maar ook binnen een VSV om de onderlinge samenwerking te verbeteren.

#### *Vraag*

Op welke wijze is bestuurlijk overleg geweest met de Brancheorganisatie BO Geboortezorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de KNOV en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)? Het zorgveld lijkt sterk verdeeld, terwijl juist meer samenwerking nodig is in de geboortezorg. Daarvoor is het ook belangrijk dat de besluiten worden gedragen in het veld. De voornoemde leden vragen wanneer over deze beslissing is gesproken met de verschillende partijen

---

<sup>12</sup> <https://www.acm.nl/nl/publicaties/leidraad-beoordeling-toetredingscriteria-samenwerken-geboortezorg>.

en wat de posities van de verschillende partijen waren ten opzichte van het voorgestelde compromis.

*Antwoord*

Nadat samen met de NZa de route naar passende bekostiging voor integrale geboortezorg was uitgedacht, is vorig jaar in het najaar met elke partij in de geboortezorgketen individueel gesproken over deze aanpak en zijn aandachtspunten opgehaald. Daarnaast is op bestuurlijk niveau met de KNOV en de NVOG gesproken. Van de veldpartijen hebben veruit de meeste partijen aangegeven dat dit de best haalbare aanpak is en dat een besluit hard nodig en gewenst is, ook om de impasse te doorbreken en een stap voorwaarts te zetten. Enkele partijen hebben aangegeven graag enkel integrale bekostiging te willen, maar begrip te hebben voor het compromis van het tweesporenbeleid. De KNOV en Federatie van VSV's hebben aangegeven zich niet te kunnen vinden in het voorgenomen besluit om de integrale bekostiging op te nemen in de reguliere bekostiging.

*Vraag*

Met betrekking tot het verbeteren van de monodisciplinaire bekostiging en de doorontwikkeling daarvan, hebben genoemde leden ook nog een vraag. Welke acties worden concreet ingezet om de monodisciplinaire bekostiging door te ontwikkelen?

*Antwoord*

Ik zet met het veld in op het versterken van de rol en positie van VSV's. Hiervoor zie ik een stapsgewijze aanpak voor mij, waarbij het bekostigen van die samenwerking ook onderdeel is. Dit is één van de elementen, zoals ik in de brief aan uw Kamer ook benoem, voor het doorontwikkelen van monodisciplinaire bekostiging naar een vorm van passende bekostiging voor integrale zorg. Een ander element hierin is het ontwikkelen van cliëntprofielen. De (bekostiging van) acute verloskunde laat ik zoals eerder aangegeven aansluiten op de ontwikkeling richting het toekomstbestendig maken van de acute zorg.

*Vraag*

Tot slot lezen de leden van de GroenLinks-fractie in de brief van de Minister ook nog een stukje over tolken in de geboortezorg. Binnen welke termijn kan de Minister meer helderheid geven over of en hoe de NZa een tijdelijke, snellere oplossing voor bekostiging van tolken voor anderstaligen kan realiseren? Welke partijen zullen daarbij worden betrokken? Hoe zit het met tolkvoorzieningen binnen de geboortezorg voor doven en slechthorenden? Is er voor deze groep wel een gebarentolk of schrijftolk beschikbaar?

*Antwoord*

Naar aanleiding van mijn adviesvraag aan de NZa wordt op dit moment door zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de geboortezorg intensief samengewerkt om op korte termijn tot een tijdelijke oplossing te komen voor talentolken. In samenwerking met de NZa wordt beoordeeld of een tijdelijke bekostiging haalbaar is voor 1 januari 2023.

Cliënten met een auditieve beperking kunnen zelf op basis van de Wmo 30 uur per jaar (en mensen die doofblind zijn 164 uur) een gebarentolk of een schrijftolk inzetten voor verschillende activiteiten, waaronder bezoeken aan huisarts, maar dus ook de verloskundige. De kosten voor deze tolkvoorzieningen worden door het Ministerie van VWS vergoed. Indien noodzakelijk kunnen door het UWV, die de regeling namens het Ministerie van VWS uitvoert, meer dan 30 uur worden ingezet.

## Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

### *Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over passende bekostiging voor integrale geboortezorg. Deze leden merken op dat het onderwerp een lange geschiedenis kent en dat het experiment voor integrale bekostiging van geboortezorg is ingegeven vanuit het streven de kwaliteit van zorg voor moeder en kind te verbeteren. Zij concluderen dat na de eerdere verlenging van het experiment met een jaar, nu een beslissing nodig is over de verdere bekostiging van de gevormde integrale geboortezorgorganisaties omdat deze anders per 1 januari 2023 stopt. Zij vragen of dit inderdaad betekent dat zonder een passend besluit over verdere bekostiging deze IGO's zouden ophouden te bestaan.

### *Antwoord*

Het niet nemen van een besluit betekent inderdaad dat de integrale bekostiging waar de IGO's gebruik van maken ophoudt te bestaan. Een IGO kan de geleverde zorg ook monodisciplinair declareren, maar de integrale prestaties bevorderen juist de onderlinge samenwerking tussen de verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden.

Teruggaan naar monodisciplinaire bekostiging betekent bovendien een ontvlechting van organisaties en systemen. Daarnaast dragen meer overdrachtsmomenten niet bij aan de ervaren kwaliteit van zorg, is er de kans op onnodig dubbelwerk (herhalen diagnostiek, opnieuw uitvoeren echo's, etc.) en is het een stap terug ten aanzien van zorgverplaatsing en het gezamenlijk investeren in kwaliteit en/of innovatie.

### *Vraag*

Genoemde leden lezen met instemming dat de Minister afstapt van het voornemen om tot één vorm van bekostiging te komen. Zij lezen dat de Minister twee parallelle sporen bewandelt om te komen tot een beter passende bekostiging, waarbij de monodisciplinaire bekostiging mogelijk blijft ook na 2028. Deze leden vragen of de keuzevrijheid van zwangeren en het behoud van eerstelijnsverloskundigen uitgangspunt zijn bij het verder doorontwikkelen van de huidige bekostiging richting passende bekostiging.

### *Antwoord*

Uitgangspunt is goede zorg voor moeder en kind, dat staat voor mij voorop. Keuzevrijheid van zwangere vrouwen geldt bij zowel monodisciplinaire als integrale bekostiging. Ten aanzien van zorgpersoneel geldt dat wordt inzet op het behoud hiervan en dat geldt zeker ook voor eerste- en tweedelijnsverloskundigen.

### *Vraag*

Vanuit de beroepsgroep zijn veel zorgen geuit over het mogelijk blijven van de thuisbevalling. De leden van de ChristenUnie-fractie zijn van mening dat onnodige hospitalisering van de geboortezorg voorkomen moet worden en vragen de Minister in het licht van de toekomst met een toenemende zorgvraag of hij dit deelt.

### *Antwoord*

Ik deel de mening van de fractie, onnodige hospitalisering van de geboortezorg moet voorkomen worden. Integrale zorg (en een bekostiging die dit ondersteunt) draagt juist bij aan zorg zoveel mogelijk in de eerstelijns leveren en pas als het echt noodzakelijk is de zorg te verplaatsen naar de tweede lijn.

*Vraag*

Zij vinden het belangrijk dat de keuzevrijheid van de zwangere vrouw en de kwaliteit van zorg geborgd worden, ook na invoering van het voorgenomen besluit. Daarnaast is het voor deze leden belangrijk dat geboortezorg, net als andere zorg, zoveel mogelijk dichtbij wordt geboden. Genoemde leden horen de zorgen van verloskundigen dat hun positie in de eerste lijn onder druk zou komen te staan. De Minister vraagt de NZa om de verschuiving van de tweede en eerste lijn te monitoren en indien nodig te laten onderzoeken of aanvullende maatregelen nodig zijn. Welke waarborgen zijn er of is de Minister bereid om in te voeren om deze eventuele verschuiving voor te zijn? Hoe frequent monitort de NZa? Is de Minister bereid de Kamer hierover jaarlijks te informeren?

*Antwoord*

De NZa zal het zorggebruik in de geboortezorg de komende jaren monitoren. Daarbij wordt gekeken naar de mate waarin zorg in de eerste of de tweede lijn wordt geleverd. De integrale bekostiging stimuleert IGO's juist om zorg verder naar de eerste lijn te verschuiven waar het laagdrempeliger, dichtbij kan worden geleverd. Uit de meest recente monitoring van de NZa blijkt dan ook dat de huidige IGO's actief werken aan verschuiving van zorg naar de eerste lijn. Een aangedragen voorbeeld is bijvoorbeeld het gezamenlijk begeleiden van een medische bevalling in plaats van overdracht naar de tweede lijn. In de stand van zakenbrieven over de geboortezorg zal ik uw Kamer informeren over uitkomsten betreffende de monitoring.

*Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen om een nadere uitwerking van de stappen die de Minister van plan is te zetten om de huidige bekostiging door te ontwikkelen richting passende zorg. Zij vragen de Minister om daarbij alle betrokken partijen te blijven betrekken. Zij vragen ook hoe de onrust die is ontstaan bij eerstelijnsverloskundigen en kraamverzorgenden zal worden weggenomen en welke rol de Minister ziet voor de brancheverenigingen

*Antwoord*

Ik zet samen met het veld in op het versterken van de rol en positie van VSV's. Hiervoor zie ik een stapsgewijze aanpak voor mij, waarbij het bekostigen van die samenwerking ook onderdeel is. Dit is één van de elementen, zoals ik in de brief aan uw Kamer ook benoem, voor het doorontwikkelen van monodisciplinaire bekostiging naar een vorm van passende bekostiging voor integrale zorg. Een ander element hierin is het ontwikkelen van cliëntprofielen. De (bekostiging van) acute verloskunde laat ik zoals eerder aangegeven aansluiten op de ontwikkeling richting het toekomstbestendig maken van de acute zorg.

Hierbij zal ik uiteraard alle geboortezorgpartijen blijven betrekken. Bovenstaande stappen voor doorontwikkeling zijn ook afkomstig vanuit het Common Eye traject waaraan de KNOV, BO geboortezorg, de NVOG en de Patiëntenfederatie hebben deelgenomen. Ik verwacht dan ook dat deze partijen zich actief zullen inzetten op de doorontwikkeling. Juist door met elkaar hiermee aan de slag te gaan, hoop ik dat de discussie rondom de bekostiging in een ander vaarwater terecht komt, zodat naar een bekostigingsmodel toegewerkt worden wat als meer passend voor alle partijen wordt ervaren.

*Vraag*

Ten aanzien van de bekostiging van talentolken in de verloskunde en kraamzorg vragen genoemde leden of op korte termijn duidelijkheid komt over de (tijdelijke) oplossing voor het financieren van tolken. Zij vragen of

het nog mogelijk is dat er per 1 januari 2023 een regeling is, zeker nu het budgettaire beslag verwaarloosbaar zal zijn.

*Antwoord*

Naar aanleiding van mijn adviesvraag aan de NZa wordt op dit moment door zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de geboortezorg intensief samengewerkt om op korte termijn tot een tijdelijke oplossing te komen voor talentolken. In samenwerking met de NZa wordt beoordeeld of een tijdelijke bekostiging haalbaar is voor 1 januari 2023.

**Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie**

*Vraag*

De Minister is voornemens de monodisciplinaire bekostiging te willen doorontwikkelen naar een beter passende bekostiging. De leden van de JA21-fractie vragen of door het compromis van twee bekostigingssystemen monodisciplinaire bekostiging (in te verbeteren vorm) een rem kan vormen op (integraal te bekostigen) samenwerking in een IGO. Ook zijn zij benieuwd of de wijze van bekostiging (monodisciplinair of integraal) in de praktijk verschil gaat maken voor de soort geboortezorg (aanbodkant) en de keuzevrijheid (vraagkant). Hierbij in aanmerking nemend dat aan de wettelijke keuzevrijheid niet wordt getornd, zoals de Minister schrijft.

*Antwoord*

Met dit compromis kunnen IGO's door op de ingeslagen weg, zij zullen naar verwachting geen rem ervaren op samenwerking door de beschikbaarheid van twee bekostigingsvormen.

De bekostiging gaat over de wijze van declaratie. Het heeft geen invloed op de soort zorg die een IGO respectievelijk monodisciplinaire aanbieder mag of kan aanbieden. Met integrale bekostiging wordt beoogd ondersteunend te zijn aan samenwerking in de zorg, niet om het zorgaanbod te veranderen. Derhalve zal de zwangere hier geen last van ondervinden in de te kiezen zorgverlener en/of behandeling. Daarnaast is keuzevrijheid vastgelegd in de wet en wordt deze niet door de bekostigingsstructuur geschonden; het staat een zwangere vrij om tijdens de zwangerschap (en daarna) voor een zorgverlener te kiezen die haar het beste past.

*Vraag*

Bij de verkenning naar een beter passende bekostiging hoort ook het bekostigen van samenwerking tussen partijen die bij de geboortezorg zijn betrokken en het stimuleren van verdere samenwerking. Genoemde leden zijn benieuwd welke partijen het betreft, op welke wijze deze samenwerking wordt gestimuleerd, hoe de monitoring wordt opgezet om zicht te houden op deze samenwerking en op welke wijze de evaluatie plaatsvindt.

*Antwoord*

Om vorm te kunnen geven aan integrale geboortezorg en de bijbehorende zorgstandaard hebben eerstelijnsverloskundigen, gynaecologen, kraamzorg, kinderartsen en ziekenhuizen zich georganiseerd in VSV's. Daar hebben zij de afgelopen tien jaar hard aan gewerkt om de zorg voor moeder en kind verder te verbeteren. Deze samenwerking, de ontwikkeling van VSV's en de implementatie van de zorgstandaard is de afgelopen jaren door het CPZ gemonitord. Eind 2021 is de zorgstandaard integrale geboortezorg geëvalueerd door het CPZ<sup>13</sup> en heeft Zorginstituut Nederland een evaluatie (door Berenschot) laten doen naar de samen-

<sup>13</sup> <https://www.kennissetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2021/11/28102021-Evaluatie-Zorgstandaard-Integrale-Geboortezorg-oktober-2021-.pdf>.

werking binnen VSV's<sup>14</sup>. Deze laatste evaluatie is gedaan naar aanleiding van de doorzettingsmacht die het Zorginstituut heeft ingezet bij de totstandkoming van de zorgstandaard op het onderwerp samenwerking. Uit de beide evaluaties komt naar voren dat randvoorwaarden ontbreken om de volgende stap te kunnen zetten in de verdere implementatie van de zorgstandaard en de professionalisering van het VSV. Een van de randvoorwaarden is voldoende ondersteuning van het VSV bij het uitvoeren van haar taken en verantwoordelijkheden. Ook uit andere rapporten, waaronder het RIVM-rapport «Beter weten: een beter begin» (2020), blijkt dat de rol en positie van het VSV explicieter moet en het VSV centraal moet staan. In de gesprekken die ik heb gevoerd met de landelijke geboortezorgpartijen naar aanleiding van het eerdergenoemde RIVM-rapport komt ook naar voren dat zij zich willen richten op de organisatie van de geboortezorg en meer expliciet het beter faciliteren van het VSV in haar werkzaamheden. Het vervolg hierop zal de komende tijd verder uitgewerkt worden. Of de monitoring en evaluatie op dat vlak aangepast dient te worden is onderwerp van gesprek.

#### *Vraag*

De Minister trekt op basis van onderzoeken en signalen uit het veld de conclusie dat het algemene beeld is dat het functioneren in een IGO vooruitgang lijkt te betekenen. De verbeterde samenwerking tussen beroepsgroepen maakt kwaliteitsverbetering, substitutie en taakherschikking mogelijk. Ook maken zorgverzekeraars en IGO's vaker en gemakkelijker kwaliteitsafspraken met elkaar dan met monodisciplinaire aanbieders. De leden van de JA21-fractie vragen of deze bevindingen mede zijn toe te schrijven aan de hand van inbreng van zorgprofessionals van buiten de IGO's en zorgverzekeraars. Tevens vragen zij zich af of cliënten zijn bevraagd naar hun ervaringen.

#### *Antwoord*

Uit de RIVM rapportage uit 2020 blijkt dat zorgprofessionals, bestuurders van de IGO's en zorgverzekeraars positief waren over de zorginhoudelijke samenwerking rondom de IGO. Vrijwel alle geïnterviewden vonden dat de samenwerking geïntensiveerd was, meer gestructureerd en minder vrijblijvend dan voorheen als gevolg van integrale bekostiging. Eerder is door het RIVM met een focusgroep cliënten gewerkt, maar het bleek erg lastig om deelnemers hiervoor te vinden. Cliëntenervaringen zijn in landelijke registraties (nog) geen onderdeel, dit is een wens voor de toekomst.

Uit een enquête uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit onder IGO's en zorgverzekeraars<sup>15</sup> blijkt dat beide partijen een verbeterde samenwerking ervaren, er meer sprake is van taakherschikking tussen beroepsgroepen, en de kwaliteit verhoogd is sinds aanvang van het experiment. Tevens spreken de partijen uit vertrouwen te hebben in toekomstige ontwikkelingen.

#### *Vraag*

De Minister schrijft dat de positie van de eerstelijnsverloskundige niet ter discussie staat en dat deze juist door samenwerking met de tweede lijn moet worden versterkt om onnodige hospitalisering van de geboortezorg te voorkomen. Genoemde leden verzoeken de Minister in te gaan op de vraag waarom deze op zichzelf heldere insteek desondanks nog altijd tot zoveel scepsis en twijfel blijft leiden bij verloskundigen, die graag vasthouden aan de monodisciplinaire benadering. Dit ook vanuit de

<sup>14</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2021/05/19/rapport-onderzoek-regionale-samenwerking-in-vsvs>.

<sup>15</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_698774\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_698774_22/1/).

constatering vanuit het veld dat het gesprek over de integrale bekostiging volgens directbetrokkenen verhardt, waarbij de dialoog uit het zicht dreigt te raken.

#### *Antwoord*

De zorgen bij voornamelijk eerstelijnsverloskundigen lijken voort te komen uit een vrees dat integrale bekostiging het heersende model wordt (vanuit zorgverzekeraars en ziekenhuizen) en zij daardoor niet meer als zelfstandige of met een eigen praktijk aan bod komen. Voor mij staat de positie van de eerstelijnsverloskundige niet ter discussie en ik wil deze juist versterken. We hebben hen hard nodig om nu en zeker ook in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Om die zorg te verminderen, kijkt de NZa samen met partijen nog naar extra waarborgen rondom de integrale bekostiging. Zo wordt gewerkt aan landelijke afspraken over draagvlak en samenwerking in een regio om de integrale zorg te borgen.

#### *Vraag*

Een taalbarrière mag niet in de weg staan aan adequate zorg. De Minister geeft aan dat een structurele lange termijn-oplossing voor het financieringsvraagstuk van tolken tijd zal vergen. De leden van de JA21-fractie vragen de Minister of hij uitsluitel kan geven binnen welke termijn de NZa kan adviseren met betrekking tot een tijdelijke, snellere bekostiging. Is de Minister bereid betrokken partijen financiële middelen beschikbaar te stellen ten behoeve van adequate implementatie? Met dank voor de aanstaande beantwoording is dit de inbreng van de leden van de fractie van JA21 op de brief van de Minister.

#### *Antwoord*

Naar aanleiding van mijn adviesvraag aan de NZa wordt op dit moment door zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de geboortezorg intensief samengewerkt om op korte termijn tot een tijdelijke oplossing te komen voor talentolken. In samenwerking met de NZa wordt beoordeeld of een tijdelijke bekostiging haalbaar is voor 1 januari 2023.

Betreffende een structurele lange termijn-oplossing voor de geboortezorg, maar ook breed in de zorg (vanuit de wetten Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Wpg), kan ik meedelen dat Berenschot sinds 1 maart 2022 een verkennende studie doet naar de inzet en financiering van talentolken in de zorg. De resultaten van deze inventarisatie zullen zij rond de zomer aan mij presenteren. Ik zal uw Kamer hierover na de zomer informeren.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie**

#### *Vraag*

De leden van de SGP-fractie constateren dat aan het besluit van de Minister een traject van jaren vooraf is gegaan. Zij begrijpen dat de gehoopte consensus met alle partijen uit het veld niet bereikt is. Zij vragen de Minister of hij van oordeel is dat het draagvlak voor het besluit dat hij nu neemt voldoende is. Wat zijn de consequenties van het gebrek aan draagvlak bij sommige veldpartijen voor de beoogde doelen: de verbetering van de samenwerking tussen organisaties en verbetering van de zorg?

#### *Antwoord*

In mijn brief aan uw Kamer heb ik toegelicht dat ik inzet op een tweesporenbeleid. Dat is een compromis, waarbij ik mij realiseer dat ik niet iedereen tevreden kan stellen. Ik hoop en verwacht dat partijen vanuit deze situatie willen werken aan de doorontwikkeling naar beter passende bekostiging.



*Vraag*

In de beslisnota lezen de leden van de SGP-fractie dat er onjuiste beelden leven in het veld, wat mogelijk door recente brieven van veldpartijen aan de Kamer ook een verkeerd beeld geeft bij Kamerleden. Deze leden vragen de Minister om zo precies mogelijk aan te geven welke informatie die aan Kamerleden is verstrekt, onjuist zou zijn. Klopt bijvoorbeeld het beeld dat de geboortezorg in de komende jaren «gecentraliseerd» zal gaan worden? Kan de Minister zijn antwoord toelichten?

*Antwoord*

Het gaat hierbij om een aantal zaken. Integrale bekostiging zou leiden tot het inperken van de keuzevrijheid van zwangeren, tot het opgaan van eerstelijnsverloskundige in ziekenhuisorganisaties waarmee hun positie en autonomie ter discussie zou komen te staan, de mogelijkheid om thuis te bevallen zou verdwijnen en het feit dat het benoemde alternatief dat ik voorzie in spoor 2 snel gerealiseerd zou kunnen worden. Dit is alles niet het geval. Van het beeld dat de geboortezorg de komende jaren gecentraliseerd zal worden, is mijn inziens geen sprake omdat partijen in de geboortezorg juist op lokaal niveau in VSV's of IGO's samenwerken en ik dit met passende bekostiging alleen maar wil stimuleren.

*Vraag*

De leden van de SGP-fractie vragen de Minister in dit kader nader te reageren op de zorgen van het platform Noodalarm Geboortezorg.

*Antwoord*

In het traject naar aanleiding van de besluitvorming rondom integrale bekostiging zijn ook de zorgen van het veld, inclusief de zorgen van platform Noodalarm Geboortezorg serieus genomen. Initiatiefnemers van het platform maken zich zorgen over een monopolypositie van het ziekenhuis, de keuzevrijheid van vrouwen, het inkomen van verloskundigen en de verscheidenheid van het zorgaanbod. Ik wijs graag op de introductie aan het begin van dit verslag waar ik in ga op onder andere deze aspecten.

*Vraag*

Genoemde leden vragen de Minister aan te geven welke gevolgen het voorgenomen besluit om de integrale bekostiging regulier te maken heeft voor eerstelijns verloskundigen. Voorziet de Minister dat de verloskundige in de wijk na verloop van tijd zal verdwijnen? Zo nee, kan de Minister dat toelichten? Welk waarborgen treft de Minister om dit te voorkomen? Hoe verklaart de Minister überhaupt het bestaan van de zorg dat dit zal gebeuren?

*Antwoord*

De zorgen bij voornamelijk eerstelijnsverloskundigen lijken voort te komen uit een vrees dat integrale bekostiging het heersende model wordt (vanuit zorgverzekeraars en ziekenhuizen) en zij daardoor niet meer als zelfstandige of met een eigen praktijk aan bod komen. Voor mij staat de positie van de eerstelijnsverloskundige niet ter discussie en ik wil deze juist versterken. We hebben hen hard nodig om nu en zeker ook in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen voldoen.

De verdeeldheid terugdringen wil ik doen door gezamenlijk te werken aan de doorontwikkeling naar passende bekostiging. Daarnaast kijkt de NZa samen met partijen nog naar extra waarborgen rondom de integrale bekostiging. Zo wordt gewerkt aan landelijke afspraken over draagvlak en samenwerking in een regio om de integrale zorg te borgen. Tot slot heb ik zowel de NZa als het RIVM gevraagd de ontwikkelingen komende jaren nauwgezet te blijven monitoren.

#### *Vraag*

De leden van de SGP-fractie vragen vervolgens hoe met het invoeren van de integrale bekostiging gewaarborgd wordt dat zwangere vrouwen ook in de toekomst kunnen blijven kiezen voor een verloskundige met dezelfde levensovertuiging of achtergrond. Blijft daar wat de Minister betreft ruimte voor en hoe wordt dat gewaarborgd?

#### *Antwoord*

De keuzevrijheid is geborgd doordat het wettelijk vastgelegd is en gaat over de keuze voor een zorgprofessional. Hieraan kan en zal een bekostiging niets veranderen. Dat betekent dat de zwangere, mits dat vanuit medisch oogpunt veilig is, te allen tijde zelf de keuze kan maken wie haar zwangerschap en bevalling begeleid. Dus de ruimte blijft bestaan om een verloskundige te kiezen met eenzelfde levensovertuiging of achtergrond.

#### *Vraag*

Genoemde leden maken uit de brief op dat een uitgangspunt uit het rapport van Common Eye is dat samen organiseren nodig is en dat dit niet vrijblijvend kan zijn. Zij lezen dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en Berenschot dezelfde conclusies trekken. Zij vragen de Minister om toe te lichten wat dit concreet in de praktijk betekent voor partijen in de geboortezorgketen.

#### *Antwoord*

Dit betekent dat geboortezorgverleners werkzaam in VSV's de afgelopen jaren de goede stappen gezet hebben in het vormgeven van integrale geboortezorg. Maar ook dat er een intensivering nodig is op reeds ingezet beleid zoals op het versterken van de rol en positie van VSV's, zodat zij die gewenste professionalisering naar een volwassen netwerk kunnen maken.

### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie**

#### *Vraag*

Het lid van de BBB-fractie merkt op dat juist bijvoorbeeld de zelfstandige verloskundigen aan de bel trekken. Zij merken nu al, tijdens de periode van het experiment, dat zij ondergesneeuwd raken. Dat de IGO's extra eisen stellen aan de patiënten die vanuit een zelfstandige verloskundige praktijk komen. Zo kreeg het lid melding dat patiënten vanuit een zelfstandige praktijk bij de IGO niet in aanmerking komen voor lachgas-sedatie. Ook andere signalen wijzen erop dat sprake is van op zijn minst misbruiken van de (machts)positie van de IGO. Het lid van de BBB-fractie vindt dit zeer zorgelijk en vindt dat de vrije keuze voor de patiënt voorop moet staan. Heeft dit soort signalen de Minister niet bereikt? Indien wel: waarom is dit dan niet meegenomen? Indien niet: wat gaat de Minister doen om dit soort signalen goed in beeld te krijgen?

#### *Antwoord*

Ik onderschrijf het belang van keuzevrijheid, mits dat vanuit medisch oogpunt veilig is, in de geboortezorg. Ik ken de signalen en heb zelf in de afgelopen periode ook veel input ontvangen van partijen. Deze heb ik betrokken in de afwegingen om tot mijn besluit te komen.

#### *Vraag*

Het genoemde lid meent dat integrale bekostiging een goed instrument kan zijn, maar dat dit niet moet leiden tot een machtspositie voor IGO's of het dwingen van zelfstandigen in het vormen van een IGO. Zij geeft aan dat op veel locaties uitstekend wordt samengewerkt zonder dat dit in de vorm van een IGO gebeurt. Wat het lid betreft moet deze keuzevrijheid zowel voor de zelfstandige als voor de zwangere bovenaan staan. Hoe

gaat de Minister waarborgen dat daadwerkelijk sprake is van keuzevrijheid? Hoe gaat de Minister deze keuzevrijheid monitoren?

*Antwoord*

Keuzevrijheid gaat over de keuze van de zwangere vrouw in haar zorgverleners, is wettelijk vastgelegd en is niet afhankelijk van integrale bekostiging. Een zwangere kan met zowel monodisciplinaire bekostiging als integrale bekostiging de verloskundige praktijk, kraamzorg en gynaecoloog kiezen van haar voorkeur. De ervaring met keuzevrijheid werd al door de NZa gemonitord en zij zullen dit blijven doen.

*Vraag*

Het lid van de BBB-fractie heeft vernomen dat nu al sprake is van concurrentie door nieuw opgerichte IGO's vanuit de tweedelijns zorg die de concurrentie aangaan met eerstelijnszorg, die op hun beurt de tweedelijnszorg niet kunnen bieden. Niet alleen gaat dit ten koste van kleine zelfstandigen maar mogelijk ook van de kwaliteit van zorg. Beiden zijn punten van zorg voor het genoemde lid. Het bieden van kwalitatief goede zorg zou leidend moeten zijn. Hoe gaat de Minister de kwaliteit van zorg garanderen? Daarnaast ontstaat de situatie dat een ziekenhuis de hele integrale zorg inkoop en declareert, waarbij de eerstelijnszorgverleners op hun beurt weer bij het ziekenhuis moeten declareren. In die situatie is de kans groot dat dit leidt tot een slechtere uitgangspositie voor de eerstelijnszorgverlener. Graag ontvangt het lid een reactie van de Minister daarop.

*Antwoord*

Ik deel met u dat het uitgangspunt kwalitatief goede zorgverlening moet zijn. In de geboortezorg wordt door alle VSV's en IGO's deze zorg vormgegeven volgens de zorgstandaard integrale geboortezorg. Een bekostiging moet hieraan ondersteunend zijn. Vanuit de IGO's hoor ik mooie voorbeelden hoe de kwaliteit verbeterd wordt en hoe hierin gezamenlijk geïnvesteerd wordt. Ook VSV's (die met monodisciplinaire bekostiging werken) werken hieraan en ook daar hoor ik mooie voorbeelden uit de praktijk. Ik heb zowel het RIVM als de NZa gevraagd de ontwikkeling rondom de bekostiging nauwgezet te (blijven) monitoren. Over de positie van de eerstelijnsverloskundige verwijs ik graag naar mijn antwoord op uw vorige vraag.

*Vraag*

Het genoemde lid kan zich niet aan de indruk onttrekken dat de Minister de geluiden van organisaties of personeel die niet blij zijn met de voorgenomen wijziging, naast zich heeft neergelegd. Wat heeft de Minister gedaan om hen tegemoet te komen? Heeft de Minister hun zorgen serieus genomen en hoe dan? Verder vraagt het lid van de BBB-fractie wat het onderliggende kostenplaatje is bij deze wijziging.

*Antwoord*

Alle ontvangen input van de afgelopen periode in de vorm van rapporten, brieven, en petitie heb ik betrokken in de afwegingen om tot mijn besluit te komen. Met mijn compromisvoorstel heb ik gepoogd aan iedereen tegemoet te komen.

Tot slot, de met integrale bekostiging gemoeide uitgaven worden verantwoord binnen de reguliere financiële kaders (van verloskunde, kraamzorg en medisch specialistische zorg). Opname in de reguliere bekostiging is budgettair neutraal. Met andere woorden, er zijn geen macro budgettaire gevolgen.