

VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT

SAMENWERKING IN EEN COMPLEX ZORGVELD

*Deel 1 – Juridische vormgeving  
samenwerkingsverbanden: patiëntenrechten, entiteiten  
en governance, medezeggenschap, mededinging en  
aanbesteding*

MR. M.R.D. CRIJNS, MR. R. HAGENDOORN EN  
MR. DRS. L.G.J.M. VAN WIJCK

*Deel 2 – Het binnenste-buitenziekenhuis*

MR. DR. R.P. WIJNE

*Deel 3 – Samenwerking en bekostiging van de zorg*

MR. DR. W.I. KOELEWIJN EN MR. B.A. VAN SCHELVEN

Preadvies uitgebracht voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht,  
jaarvergadering 8 april 2022

Sdu  
Den Haag, 2022

## INHOUDSOPGAVE

4	Het binnenste-buitenziekenhuis beter (anders) geregeld	163
4.1	Inleiding	163
4.2	Het kan beter, maar hoe?	163
4.2.1	Aansprakelijkheid geregeld in Boek 7, titel 7, afdeling 5, BW	163
4.2.2	En wat dies meer zij	167
4.3	Een minder vergaand alternatief	168
4.4	Eventuele bezwaren	168
5	Eindconclusie	169
	Verkort aangehaalde literatuur	171
	<b>Deel 3 Samenwerking en bekostiging van de zorg</b>	<b>185</b>
	<i>mr. dr. W.I. Koelewijn en mr. B.A. van Schelven</i>	
1	Samenwerking binnen een stelsel onder druk	187
1.1	Toekomstige ontwikkelingen	187
1.2	Samenwerking en complicerende bekostigingsfactoren	189
1.3	Probleemstelling en nadere afbakening	193
1.4	Opbouw van het preadvies	194
2	De historie van vraagsturing en prestatiesregulering	194
2.1	Van WTG naar Wmg	194
2.2	Marktwerking en prestatiebekostiging	196
2.3	Regulering door de NZa	198
2.4	Prestatiebekostiging en samenwerking	200
2.5	Toekomstige regulering	202
2.5.1	Bundelbekostiging	202
2.5.2	Sectoroverstijgende betaaltitels	204
3	Knelpuntenanalyse	205
3.1	Algemene knelpunten	205
3.2	Specifieke knelpunten	207
3.2.1	Productieprikkels en verrichtingenmarkt belemmeren samenwerking	207
3.2.2	Onvoldoende multidisciplinaire benadering	208
3.2.3	Gedifferentieerde zorgcontractering	209
3.2.4	Samenwerking gericht op preventie past niet in tariefstructuur	210
3.2.5	Grote verschillen in reguleringswijze	211
4	Casestudy: samenwerking binnen de geboortezorg	213
4.1	Reguleringsystematiek van de integrale bekostiging van de geboortezorg	213
4.2	De lessons learned	215

## INHOUDSOPGAVE

4.2.1	Belemmeren productieprikkels en verrichtingenmarkt de samenwerking?	216
4.2.2	Is er sprake van een onvoldoende multidisciplinaire benadering?	217
4.2.3	Speelt probleem van gedifferentieerde zorgcontractering?	218
4.2.4	Belemmert de prestatie- en tariefstructuur preventiegerichte samenwerking?	219
4.2.5	Bestaan er verschillen in reguleringswijze tussen de samenwerkingspartners?	219
5	Verkenning van mogelijke oplossingen	221
5.1	De beperkte meerwaarde van integrale tarieven	221
5.2	Specifiekere regulering van samenwerkingsprestaties en tarieven?	222
5.3	Naar deregulering van prestaties en tarieven voor samenwerkingsverbanden	223
5.4	Meer gelijkgerichtheid in zorgcontractering	225
6	Slotbeschouwing	226
	<b>Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht (1968-2021)</b>	<b>229</b>

## Deel 3

### **Samenwerking en bekostiging van de zorg**

*Over reguleringsknelpunten en mogelijke oplossingen*

mr. dr. W.I. Koelewijn en mr. B.A. van Schelven\*

---

\* Wouter Koelewijn is universitair docent gezondheidsrecht aan de Universiteit van Amsterdam en daarnaast evenals Bas van Schelven advocaat gezondheidszorg bij Van Benthem & Keulen te Utrecht.

## 1 Samenwerking binnen een stelsel onder druk

### 1.1 Toekomstige ontwikkelingen

Nederland heeft in kwalitatief opzicht een van de beste gezondheidszorgstelsels ter wereld. De uitgangspunten solidariteit en toegankelijkheid vormen de belangrijkste pilaren waarop het stelsel is gegrondvest. Iedereen heeft toegang tot basisvoorzieningen van het zorgstelsel en iedereen betaalt mee aan de zorg voor anderen, ongeacht leeftijd, gezondheid en inkomen. Tegelijkertijd staat de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel de afgelopen jaren in toenemende mate onder grote druk. Om die reden waren overheidsinterventies noodzakelijk om de stijgende zorgkosten te beheersen, via onder andere bestuurlijke akkoorden en geremde groei afspraken op macro budgettair niveau. Ook in de komende jaren blijft deze druk bestaan. De vraag naar zorg groeit immers al jaren harder dan de economie en er is een groeiend tekort aan zorgprofessionals waardoor werkdruk en ziekteverzuim hoog zijn binnen de sector. Voor 2022 is een tekort voorzien van 80.000 zorgmedewerkers van wie 60.000 in de verpleging, verzorging en thuiszorg. Ook in demografisch opzicht stelt de nabije toekomst het zorgstelsel voor grote vraagstukken. Er is sprake van sterke vergrijzing en een afvlakking van de bevolkingsgroei, waardoor het aantal werkenden daalt ten opzichte van het aantal mensen dat zorg nodig heeft. Doorrekeningen van het Centraal Planbureau laten zien dat beperkte loonstijgingen grotendeels aangewend zullen worden voor de stijgende lasten van de zorg. En op de lange termijn verdubbelen de zorguitgaven terwijl de overheidsinkomsten daarmee geen gelijke tred houden.<sup>1</sup>

In opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Sociaal Economische Raad (SER) in de periode 2018-2020 onderzoek gedaan naar onder meer de vraag hoe de overheid kan zorgen dat het zorgstelsel ook op lange termijn houdbaar blijft en iedereen de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft.<sup>2</sup> De SER komt in zijn analyse tot een viertal overkoepelende hoofdconclusies. Er is ten eerste continu een bezinning nodig op welke zorg wel en niet in het verzerde pakket wordt vergoed. Ten tweede is een langjarige en consistente inzet noodzakelijk op voorzorg en preventie. Ten derde is in de zorg een goed georganiseerde digitale infrastructuur noodzakelijk om de beschikbare capaciteit efficiënt en eerlijk te verdelen. Ten vierde stelt de SER dat in de regulering van het stelsel

1 CPB 2019, *Verkenning Middellange termijn 2022-2025*; CPB 2020, *Centraal Economisch Plan*. Zie ook: RIVM 2018, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*.

2 Brief van de minister van VWS aan de SER d.d. 6 juli 2018, kenmerk: 138839-179046-MEVA, raadpleegbaar op [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).

meer ruimte moet worden gecreëerd voor een stabiele arbeidsmarkt, minder regeldruk en meer ruimte voor zorgprofessionals.<sup>3</sup>

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) komt tot vergelijkbare conclusies en aanbevelingen.<sup>4</sup> Hij voorziet een substantiële toename van de zorguitgaven, met een stijging naar meer dan 20% van het bruto binnenlands product in 2060. De sleutel voor de oplossing van dit vraagstuk moet volgens de WRR niet langer uitsluitend worden gezocht in het vergroten van doelmatigheid en meer personeel. Er zijn volgens de WRR in de komende jaren scherpere keuzes noodzakelijk waar het gaat om het begrenzen van de voorziene groei waarbij het niet gaat om minder budget, maar vooral om geremde groei van het budget. De WRR wijst in dit verband ook op het belang van het vergroten van maatschappelijk bewustzijn en het voeren van een politiek-maatschappelijk debat, om zo maatschappelijk draagvlak te creëren voor het politiek mogelijk maken van die keuzes.

Deze hoofdconclusies en aanbevelingen van de SER en de WRR borduren voort op veel reeds lopende initiatieven die gericht zijn op kostenbeheersing en het maken van betere keuzes met schaarse financiële middelen. Wij noemen in dit verband initiatieven gericht op de 'juiste zorg op de juiste plek', advies- en onderzoeksprogramma's gericht op zogenaamde 'passende zorg' en het programma 'Uitkomstgerichte Zorg', waarin de waarde van de behandeling voor de patiënt meer centraal komt te staan in plaats van de geleverde zorgprestatie. In al deze initiatieven zien wij een belangrijke gemene deler in verschillende verschijningsvormen terugkomen: samenwerking tussen zorgaanbieders over de stelselsoorten heen, waarbij de zorgvraag en de behoefte van de patiënt steeds centraal staat.

Met de stelselwijziging in 2006 en de introductie van gereguleerde marktwerking in vele deelsectoren van de zorg is de regulering van de bekostiging echter in overwegende mate ingericht op een vorm van patiëntgerichte prestatiebekostiging. Dit heeft op haar beurt geleid tot een sterk op de individuele zorgaanbieders gerichte bekostigingsstructuur, waarbij de zorgaanbieder in financieel opzicht volledig afhankelijk is geworden van de door hem geleverde zorgprestatie. Op veel verschillende reguleringniveaus van de bekostiging binnen het huidige stelsel is het tot op heden verder een vereiste dat de geleverde zorgprestaties steeds herleidbaar zijn tot een individuele patiënt/verzekerde. Ten eerste wordt prestatiebekostiging gebruikt in de zorgcontractering om afspraken te maken over productievolume en de prijs van de te leveren zorg. Ten tweede vormt de pati-

3 Sociaal Economische Raad, *Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg*, Verkenning 20/02, juni 2020.

4 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, WRR 2021, raadpleegbaar op [www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg](http://www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg).

entgerichte prestatiebekostiging ook een belangrijke parameter op basis waarvan zorgverzekeraars de prijs- en efficiencyconcurrentie stimuleren tussen zorgaanbieders onderling. Ten derde zijn de tot individuele patiënten herleidbare zorgprestaties voor zorgverzekeraars noodzakelijk voor verrekening van het eigen risico en de eigen bijdragen van verzekerden met hun zorgverzekeraar. Ten vierde vormen de gegevens over de zorgprestaties een belangrijke parameter binnen de risicovereveningssystematiek. Tot slot is de zorgbekostiging en daaraan verbonden regulering sterk geclusterd binnen de afzonderlijke wettelijke kaders van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet (Jw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Deze wetten kennen eigen macro budgettaire kaders en een eigen vorm van bekostiging en regulering.

De wijze waarop de bekostigingsregulering is ingericht en de daarin besloten liggende patiëntgerichte prestaties en tarieven bemoeilijkt in de praktijk de samenwerking tussen zorgaanbieders. Wij zullen deze complexiteit nader schetsen aan de hand van twee voorbeelden en deze vervolgens vertalen naar de probleemstelling die centraal staat in dit preadvies.

## 1.2 Samenwerking en complicerende bekostigingsfactoren

De hoeksteen van de bekostigingsregulering is art. 35 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Op grond van art. 35 Wmg is het voor zorgaanbieders verboden een tarief in rekening te brengen voor prestaties die niet overeenkomstig de Wmg tot stand zijn gekomen. Deze verbodsbepaling vormt daarmee het fundament onder de regulering van de zorgbekostiging, meer in het bijzonder van de zorgprestatiebeschrijvingen, de daarbij behorende tariefsystematiek en de handhaving daarvan. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) neemt (publiekrechtelijke) besluiten met betrekking tot deze prestatiebeschrijvingen en de tarievenssystematiek. Deze zogeheten tariefbeschikkingen bevatten uiteenlopende voorschriften, voorwaarden en beperkingen waaraan zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebonden zijn bij de afspraken die zij met elkaar maken.

### *Voorbeeld 1: Hemodialyse in de thuissituatie*

Patiënten met een nierziekte zijn veelal aangewezen op nierdialyse. De nierdialyse zorgt dat het bloed wordt gezuiverd. Een van de dialysevormen is de zogenaamde hemodialyse waarbij het bloed gezuiverd wordt met behulp van een kunstnier. Hemodialyse is een behandeling die meestal enkele malen per week plaatsvindt. De duur van de behandeling is vaak drie à vier uur. Voor iedere behandeling moet een dialysecentrum worden bezocht.

De apparatuur die nodig is voor een hemodialyse valt onder de verzekerde aanspraken uit de Zvw. De vergoeding voor deze apparatuur valt niet onder de zoge-

naamde aanspraak op 'hulpmiddelen zorg' maar onder de functionele omschrijving 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Daaronder vallen ook:

- het noodzakelijke toebehoren om het apparaat te laten functioneren;
- de regelmatige controle en onderhoud (met inbegrip van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de hemodialyse);
- het opleiden van degenen die de dialyse uitvoeren of daarbij behulpzaam zijn;
- de ondersteuning en de begeleiding vanuit het dialysecentrum; en
- de noodzakelijke gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de hemodialyse.

Door innovaties op het terrein van de technologie en vanwege de ontwikkeling van kennis en vaardigheden van verpleegkundigen, wordt er in de praktijk in toenemende mate een samenwerking gezocht tussen ziekenhuis en wijkverpleegkundige instellingen met als doel de hemodialyse in de thuissituatie mogelijk te maken. Deze verschuiving van de duurere tweedelijnszorg naar de meer kosten-efficiënte eerstelijns wijkverpleegkundige zorg, past goed binnen de beleidsambities en uitgangspunten van de 'juiste zorg op de juiste plek'. Als wij evenwel naar de wijze van bekostiging van dit initiatief kijken, constateren wij dat de hemodialyses onderdeel uitmaken van het macrobudgettaire kader voor de medisch specialistische zorg en ook vallen onder de verzekerde aanspraak voor medisch specialistische zorg. De bekostiging wordt zodoende door de NZa gereguleerd via de beleidsregel en nadere regeling voor medisch specialistische zorg. De prestatiebeschrijvingen zijn dan ook uitgekristalliseerd in Diagnose Behandelingcombinaties (DBC's) en vormen onderdeel van de zorgcontractering voor medisch specialistische zorg, die uitsluitend gecontracteerd en gedeclareerd mag worden door instellingen die op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) voldoen aan de vereisten die gelden voor instellingen voor 'medisch specialistische zorg'.

Als de samenwerking tussen een ziekenhuis en wijkverpleegkundige zorgorganisatie nader wordt geformaliseerd, stuit men onvermijdelijk op vraagstukken die verband houden met het regulatoire bekostigingskader. Onder welk macro budgettair kader vallen de zorgactiviteiten voor hemodialyse? Indien ziekenhuis en wijkverpleegkundige zorgorganisatie gaan samenwerken, welke prestatiebeschrijvingen kunnen dan in rekening worden gebracht en op basis van welk contract? In hoeverre kan de wijkverpleegkundige zorgorganisatie ook rechtstreeks de tarieven voor medisch specialistische zorg in rekening brengen en moet zij dan ook voldoen aan de daarbij behorende eisen op grond van de Wtza? In hoeverre zijn de prestatiebeschrijvingen<sup>5</sup> voor wijkverpleegkundige zorg toereikend voor deze vorm van samenwerking en substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg? Welke afspraken moeten daarover worden gemaakt met zorgverzekeraars en welke declaratiebepalingen van de NZa worden dan van overeenkomstige toepas-

5 Voor 2022: NZa Beleidsregel verpleging en verzorging, BR/REG-22101b.



sing verklaard? Voorgaande vraagstukken illustreren de complicerende werking van het regulatoire kader voor zorgbekostiging bij samenwerkingsinitiatieven.

*Voorbeeld 2: Integrale geboortezorg*

Een tweede voorbeeld aan de hand waarvan wij de complicerende werking van het regulatoire bekostigingskader voor samenwerkingsverbanden beschouwen, is de samenwerking binnen de geboortezorg. In deze sector is de bekostigings-systematiek sinds 1 januari 2017 doelbewust meer toegesneden op het verbeteren van de samenwerking tussen de verschillende disciplines. Sinds die datum kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars namelijk afspraken maken over de integrale bekostiging van de geboortezorg.<sup>6</sup> Kort samengevat betekent dit dat de zorgverzekeraar met een samenwerkingsverband van diverse geboortezorgaanbieders (verloskundigen, gynaecologen en kraamzorgprofessionals, kortweg aangeduid als een integrale geboortezorgorganisatie of IGO),<sup>7</sup> tarieven afspreekt voor integrale prestaties waarin de geboortezorg door verschillende disciplines is samengenomen.<sup>8</sup> Het betreft een experiment in de zin van art. 58 Wmg en bestaat als volwaardige optie naast de reguliere monodisciplinaire bekostiging van de

6 De minister van VWS gaf hiertoe de NZa op 11 juli 2016 een aanwijzing ex art. 7 Wmg, die ertoe strekte dat de NZa per 2017 zou voorzien in een experiment integrale geboortezorg (art. 3 Besluit aanwijzing ex art. 7 Wet marktordening gezondheidszorg (experiment integrale geboortezorg)) (Aanwijzing). Het experiment is door de NZa voor 2017 vervolgens neergelegd in de Prestatiebeschrijving beschikking Integrale Geboortezorg (TB/REG-17627-01), Beleidsregel Integrale Geboortezorg (BR/REG-17146) en Regeling declaratievoorschriften en declaratiebepalingen integrale geboortezorg (NR/REG-1724). Voor de periode 1 januari 2018 tot en met 31 december 2021 golden TB/REG-18624-01, BR-REG-18150 en NR/REG-1822. Voor de periode 1 januari 2022 tot en met 31 december 2022 gelden TB/REG-22600-01, BR/REG-22100 en NR/REG-2201.

7 Een IGO kent geen wettelijke voorgeschreven rechtsvorm, maar uit een evaluatie van de NZa blijkt dat het overgrote merendeel van de acht bestaande IGO's de rechtsvorm van een coöperatie heeft (NZa, Evaluatie experiment integrale bekostiging van de geboortezorg over de periode 2017-2019, september 2020, p. 6 (Bijlage bij *Kamerstukken II 2019/20, 32279*, nr. 203)).

8 Voor 2022 (art. 4 BR/REG-22100): Begeleiding eindigend voor zestien weken zwangerschap inclusief nazorg, geboortezorg prenataal, geboortezorg prenataal complex, geboortezorg nataal, geboortezorg nataal intramuraal op eigen verzoek, geboortezorg nataal complex, geboortezorg postnataal, geboortezorg postnataal complex en kraamzorg postnataal per uur. Er is ook een prestatie 'onderlinge dienstverlening integrale geboortezorg' (art. 4.10 BR/REG-22100).

geboortezorg.<sup>9</sup> De tarieven zijn vrij onderhandelbaar tussen de zorgverzekeraars en de IGO.<sup>10</sup>

Het door de wetgever, de NZa, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders beoogde doel van dit experiment is het bevorderen van de samenwerking in de geboortezorg tussen de verschillende betrokken disciplines en zorgaanbieders.<sup>11</sup> Dit komt voort uit het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, die de minister van VWS in december 2009 adviseerde over de mogelijkheden om perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen.<sup>12</sup> Een betere samenwerking tussen de verschillende geboortezorgzorgprofessionals was een van de oplossingsrichtingen om deze relatief hoge sterfte aan te pakken.<sup>13</sup> De minister van VWS vroeg hierop aan de NZa of integrale bekostiging een geschikt middel zou zijn om deze samenwerking te stimuleren.<sup>14</sup> De NZa antwoordde in 2012 de geboortezorgmarkt nog niet rijp te vinden voor invoering van integrale bekostiging,<sup>15</sup> maar wijzigde haar standpunt in 2016 naar aanleiding van een door de minister van VWS verzocht advies van KPMG Plexus.<sup>16</sup> De geadviseerde invoering per 2018 vond de NZa echter te vroeg. Toen de minister van VWS vaststelde dat de rest van het veld deze opvatting deelde, is besloten tot landelijke invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg op basis van een model dat Zorgverzekeraars Nederland ontwikkelde. Dit model fungeerde als een zogenoemd 'experiment' op grond van art. 58 Wmg en kwam als mogelijkheid naast de bestaande monodisciplinaire bekostiging van de geboortezorg te bestaan. Regio's die gereed waren voor de transitie naar integrale bekostiging konden hiermee per 1 januari 2017 overstappen.<sup>17</sup>

9 Dit zijn de kraamzorg (2022: TB/REG-22616-02 en BR/REG-22133a), verloskunde (2022: TB/REG-22617-03 en BR/REG-22134) en medisch-specialistische zorg (2022: TB/REG-22613-02, BR/REG-22114a en NR/REG-2207a).

10 Art. 5.2 BR/REG-22100.

11 Art. 4 sub a Aanwijzing, NZa Circulaire Vaststelling beleidsregel integrale geboortezorg 2017, 7 juli 2016, p. 1 (CI/16/27).

12 Stuurgroep zwangerschap en geboorte, Advies 'Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte', december 2009 (Bijlage bij *Kamerstukken II* 2009/10, 29323, nr. 75).

13 Stuurgroep 2009, p. 74.

14 NZa, Advies Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het stimuleren van samenwerking, juni 2012, p. 53 (Bijlage bij *Kamerstukken II* 2011/12, 32279, nr. 42).

15 NZa 2012, p. 40.

16 KPMG, Advies integrale bekostiging geboortezorg, januari 2016 (Bijlage bij *Kamerstukken* 2015/16 32279, nr. 82).

17 *Kamerstukken II* 2015/16, 32279, nr. 84.

De in 2017 geïntroduceerde integrale bekostigingsstructuur is gelijk aan de huidige bekostigingsstructuur voor 2022. Deze bekostigingsstructuur heeft nog steeds de status van een experiment op grond van art. 58 Wmg. Hoewel de minister van VWS in december 2020 de integrale bekostiging van de geboortezorg op basis van een NZa-advies<sup>18</sup> wilde laten opnemen in de reguliere bekostiging en een ‘stip op de horizon’ wilde zetten voor de beëindiging van de huidige monodisciplinaire bekostiging,<sup>19</sup> zag hij daar in januari 2021 vanaf, mede naar aanleiding van een brief van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) waarmee deze organisatie aan de noodrem trok.<sup>20</sup> Naar aanleiding van deze ontwikkeling onderzocht bureau Common Eye of de belangrijkste veldpartijen overeenstemming konden krijgen over de voornoemde stip op de horizon.<sup>21</sup> Common Eye rapporteerde in augustus 2021 dat zij in de gesprekken constateerde ‘dat de huidige vorm van integrale bekostiging niet als stip op de horizon kan dienen, zowel niet inhoudelijk als wat betreft het draagvlak bij partijen en hun achterbannen.’<sup>22</sup> De minister van VWS berichtte hierop de Tweede Kamer dat besluitvorming over het vervolg aan het nieuwe kabinet is.<sup>23</sup>

### 1.3 *Probleemstelling en nadere afbakening*

Beide voorbeelden laten zien dat de wijze waarop de bekostiging is gereguleerd, leidt tot complexe problemen in samenwerking tussen zorgaanbieders. Ook als de bekostigingssystematiek daar al meer specifiek op is toegesneden. Dit brengt ons tot de volgende centrale probleemstelling in dit preadvies:

*Welke knelpunten in de huidige bekostigingssystematiek van de zorg belemmeren de samenwerking tussen zorgaanbieders en welke aanpassingen in de wet- en regelgeving zouden daarvoor oplossingsrichtingen kunnen vormen?*

Wij richten ons in dit preadvies op samenwerking tussen zorgaanbieders binnen het domein van de verzekerde zorg op basis van de Zvw. Het gaat daarbij in het bijzonder om samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg. In de praktijk zijn er veel samenwerkingsinitiatieven in het kader van programma’s als de ‘juiste zorg op de juiste plaats’ en het programma ‘passende zorg’. Dit betekent dat

- 18 NZa, ‘Advies toekomst integrale geboortezorg’, 1 september 2020 (Bijlage bij *Kamerstukken II 2019/20, 32279*, nr. 203).
- 19 *Kamerstukken II 2020/21, 32279*, nr. 206.
- 20 *Kamerstukken II 2020/21, 32279*, nr. 208.
- 21 De Patiëntenfederatie, de KNOV, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie en de Brancheorganisatie Geboortezorg.
- 22 Common Eye, Stip op de horizon voor de geboortezorg. Gezondheid van zwangere vrouw en kind als startpunt voor visie op bekostiging, 30 augustus 2021, p. 12 (Bijlage bij *Kamerstukken 2021/22, 32279*, nr. 216).
- 23 *Kamerstukken II 2021/21, 32279*, nr. 216, p.2.

wij de domeinoverstijgende samenwerking waarbij het gaat om samenwerkingsinitiatieven tussen aanbieders van langdurige zorg (Wlz, Jw en Wmo 2015) niet behandelen in dit preadvies. De bekostiging van Wlz-, Jw- en Wmo 2015-zorg vindt plaats binnen de schotten van die wetgeving en de samenwerking tussen aanbieders van deze zorg kent eveneens de nodige complexiteiten. Onze focus ligt evenwel op de regulering van de bekostiging en samenwerkingen tussen de eerste- en tweedelijnszorg.

Ook gaan wij niet in op de mededingingsrechtelijke aspecten van samenwerkingsvraagstukken.

#### **1.4 Opbouw van het preadvies**

Wij onderzoeken onze probleemstelling in dit preadvies door allereerst een beschrijving te geven van de wijze waarop de huidige prestatiebekostiging in de gezondheidszorg is gereguleerd (paragraaf 2). Vervolgens inventariseren wij (mede aan de hand van de uitwerking en analyse van beide voornoemde voorbeelden) de knelpunten in de reguleringssystematiek die de samenwerking kunnen belemmeren (paragraaf 3). Hierna maken wij een *casestudy* van de integrale bekostiging van de geboortezorg, waarbij wij 'lessons learned' plaatsen in de sleutel van voornoemde knelpunten (paragraaf 4). Tot slot schetsen wij enkele oplossingsrichtingen voor deze knelpunten (paragraaf 5). Wij sluiten af met een slotbeschouwing en enkele aanbevelingen.

## **2 De historie van vraagsturing en prestatiesregulering**

### **2.1 Van WTG naar Wmg**

De prestatie- en tariefregulering van de Wmg is overgenomen uit de WTG, die in 1981 werd ingevoerd.<sup>24</sup> De WTG beoogde een grotere invloed van de centrale overheid op de tariefbepaling in de gezondheidszorg.<sup>25</sup> Dit werd nodig gevonden om de sterke kostenstijging in de gezondheidszorg te kunnen reguleren en be-

24 De WTG werd voorafgegaan door de Wet ziekenhuistarieven. Zie uitgebreid G.R.J. de Groot, *Tarieven in de gezondheidszorg* (dissertatie UU), Deventer: Kluwer 1998, p. 7-17.

25 Zie uitvoering De Groot 1998, p. 26-34.