

Thuisbevallingen in Nederland <1

Diverse organisaties die voorstander zijn van thuisbevallingen luiden de noodklok. Maar het is te laat: de verloskundige zorg wordt al gedictieerd vanuit de ziekenhuizen. Een overzicht van de stand van zaken op hoofdlijnen.

Sinds 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht. De basis hiervan zijn marktwerking tussen verschillende aanbieders, inkoop door zorgverzekeraars en concurrerende aanbieders. Oftewel strijd om de gunst van de patiënt. De zwangere vrouw heeft daarin altijd een speciale positie gehad, want zorgverzekeraars zien zwangere vrouwen en het ongeboren kind als een interessante doelgroep binnen de populatie. Door de systematiek van bekostiging van de zorgverzekeraars levert deze doelgroep namelijk voorspelbaar meer op dan ze kost. Als gevolg hiervan is marketing en positionering voor zwangeren altijd van belang geweest. De wens van de verzekerde is wet in de verloskunde.

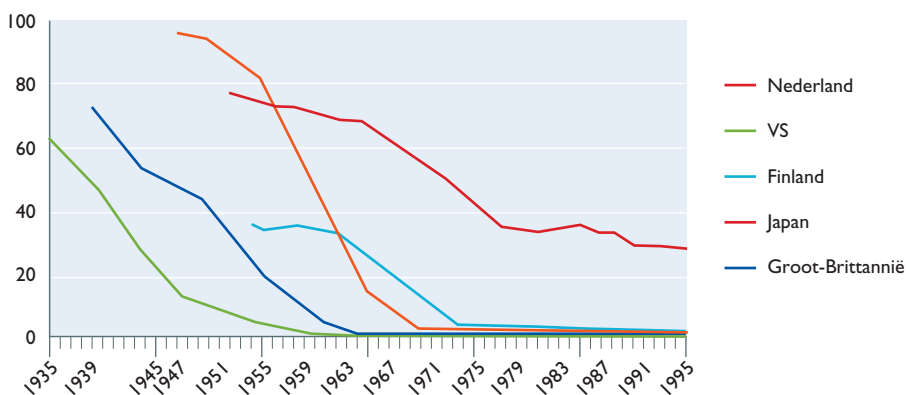
Er is sinds 2000 een dalende trend in het aantal bevallingen in Nederland

Jaar	Aantal geboortes	Index
2000	207.000	100
2007	181.000	88
2014	175.000	85

Trends en influencers

Door de prestatiebekostiging in de Zvw (2006) worden zwangere vrouwen 'handel'. Wanneer er geen sprake is van een medische indicatie kunnen ze kiezen voor een thuisbevalling of een (poliklinische) bevalling in het ziekenhuis. Vanwege de bekostiging per bevalling en de dalende trend in het aantal geboortes, hebben de gynaecologen een campagne opgezet: *Iedereen heeft recht op een pijnvrije bevalling...* Er staat nog net niet achter: *...en dat kan alleen in het ziekenhuis.* In de media wordt de lobby succesvol gevoerd; damesbladen nemen de boodschap over en volgen de trend. De strijd verhardt als de economische crisis het aantal bevallingen verder

Nederland koploper thuisbevallingen
Bevallingen die niet in ziekenhuizen plaatsvonden in procenten



doet dalen. Verloskundigen doen hun best, maar de gynaecologen zijn veel beter georganiseerd en hebben veel meer power. Initiatieven om geboortecentra op te zetten, slagen slechts op enkele plaatsen in Nederland. Vaak met steun van de Stichting Thuisbevalling Nederland (STBN), die als een Don Quichot verloskundigen ondersteunt en op enkele plaatsen verloskundige enclaves kan stichten. Maar de verloskundigen zijn niet goed georganiseerd en vormen geen eenheid. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) houdt zich in die tijd bezig met achterhoedegevechten over bijvoorbeeld een achterstandswijken vergoeding voor verloskundigen en vergeet de strategische (wetenschappelijke) verdediging tegen de pijnvrije bevalling. De klant is koning in de verloskunde en die ontwikkelt nieuwe klantpreferenties. Opname in het ziekenhuis werkt ook sneller ingrijpen, dus medicalisering in de hand. Maar publicaties en onderzoek die valide argumenten tegen de ziekenhuisbevalling kunnen geven – zoals onderscheid tussen hoog- en laag-risico zwangeren, blijven uit. De ziekenhuizen en gynaeco-

logen winnen terrein. Deze ontwikkeling is een klassiek voorbeeld van informatie-asymmetrie: zwangere vrouwen blijken gevoelig voor de pijnvrije bevalling en er worden geen of onvoldoende tegenargumenten geleverd. Dat de rest van de wereld thuisbevallingen inmiddels ook grotendeels heeft ingeruild voor ziekenhuisbevallingen, maakt de positie van de thuisbevalling in Nederland er niet beter op. In 1995 is Nederland nog koploper in de wereld, al is de dalende trend al langer zichtbaar.

Geboortecentra

Een positief alternatief voor een thuisbevalling is het geboortecentrum. Daar zijn er in Nederland meer dan 20 van opgericht. De bevalling vindt plaats onder regie van de verloskundige. De zwangere vrouwen zijn tevreden en de kwaliteit van zorg en de kosten zijn gelijk aan die van een poliklinische bevalling. De marketing van de geboortecentra kan beter, want patiënten zijn nog niet voldoende op de hoogte van deze optie.

0%

Tegelijk wordt duidelijk dat de perinatale sterfte in Nederland veel hoger is dan die in andere Westerse landen. Dat hielp de verloskundigen niet. Al vindt deze sterfte met name plaats tussen de 25ste en 27ste zwangerschapsweek; als er helemaal nog geen sprake is van een bevalling. Maar toch, het beeld dat thuis onveilig was, werd versterkt. Het ministerie van VWS stelde in 2010 de commissie Van der Velden in, die een advies uitbracht met de titel 'Een goed begin'. Een pleidooi voor samenwerking in de geboorteketen, die onder meer tot uitdrukking komt in de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV). Maar de VSV zijn te vrijblijvend, er ontstaan BTW-vraagstukken, de ziekenhuizen vallen wel onder de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de verloskundige praktijken niet. De verloskundigen willen geen inperking van de fiscale zelfstandigenaftrek. Daarmee is de VSV als netwerk niet geschikt voor een duurzame zakelijke samenwerking.

Dubbele betalingen

Toen ook nog bleek dat de zorgverzekeraars per jaar 240.000 bevallingen moesten afrekenen voor circa 180.000 geboren kinderen, was het pleit beslecht. Wat is het geval? Als een verloskundige de patiënt tot en met de start



De gynaecologen hebben inmiddels hun zaken beter op orde. Ze doen geen slaapdiensten meer, maar zijn beschikbaar en 24/7 in het ziekenhuis. Daarmee is de continuïteit nog beter geborgd en is de overdrachtsdrempel voor verloskundigen nog lager. Dat sommige verloskundigen het werken in een ziekenhuisomgeving wel interessant vonden en in dienst traden van het ziekenhuis, maakte de eendracht in ver-

scherper af en er verschijnen steeds meer barstjes in het bastion van de thuisbevalling.

Het sluitstuk van dit proces is de invoering van integrale bekostiging in de verloskunde. Dit is gestart in 2011 en begint in een finale fase te komen. Het initiatief ligt bij de (universitaire) ziekenhuizen en gynaecologen. Daar waar verloskundigen georganiseerd zijn, heeft men een positie weten te verkrijgen. Maar de koers is helder en het effect ook. Nederland gaat mee in de koers van de rest van de wereld met < 10% thuisbevallingen. De actuele poging van de KNOV en verloskundigen om de integrale bekostiging te blokkeren door de zorgstandaard af te wijzen, wordt onbetekenend door de keuze die de zwangeren zelf hebben gemaakt. <<

De wens van de verzekerde is wet in de verloskunde

van de bevalling begeleidt, dan heeft de verloskundige recht op de volledige vergoeding. Maar als de zwangere in partu wordt overgedragen aan het ziekenhuis c.q. de gynaecoloog, dan mag deze ook de volledige vergoeding declareren. Dubbel betalen, daar hebben zorgverzekeraars een hekel aan.

loskundig Nederland nog kleiner. Dat geldt ook voor de verloskundigen die de patiënten waar mogelijk overdragen aan gynaecologen, maar toch het volle honorarium vangen. De tegenstellingen tussen de 'verloskundige economicus' en de door passie voor het vak gedreven vroedvrouw tekenen zich steeds

*Tekst: Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns
Foto: Thinkstock*