

Samenvatting van de digitale bijpraatsessie van de Beroepsbelangen Commissie (BBC) van de NVOG op 10 december jl., met als o.a. het onderwerp: registratie en bekostiging van obstetrische zorg.

Er waren 185 collega's ingelogd, een mooi aantal samen om de veranderingen, waarom dit gebeurt en wat het betekent voor de dagelijkse praktijk te bespreken.

1. Achtergrond: waarom deze wijziging?

Tot nu toe kon obstetrische zorg in de medisch-specialistische setting (ziekenhuiszorg) alleen geregistreerd en gedeclareerd worden als:

- er direct contact was tussen patiënt en medisch specialist (of PA/ANIOS), en
- de registratie op naam van een arts of PA plaatsvond.

Dit paste steeds minder bij de praktijk:

- Klinisch verloskundigen leveren zelfstandig zorg binnen hun deskundigheidsgebied.
- Veel zorg vindt plaats onder supervisie, zonder fysiek contact met de medisch specialist.
- Deze zorg was vaak niet of omslachtig declareerbaar, wat leidde tot inefficiënte inzet van mensen en middelen.

Binnen een NZa-project voor passende bekostiging van Medisch Specialistische Zorg (MSZ) is daarom gekeken hoe:

- de positie van de patiënt beter kan worden geborgd,
- samenwerking wordt gestimuleerd,
- professionals worden ingezet waar zij het meeste waarde toevoegen.

Daaruit is voortgekomen dat er voldoende onderbouwing is om te stellen dat na, de opleiding tot de verloskundige, d.m.v. extra (interne) opleiding, kennis en ervaring de persoon die klinisch verloskundige wordt, daarmee bevoegd en bekwaam is om zorg te leveren in de medisch-specialistische setting én deze zorg ook te registreren.

2. Wat is er besloten?

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft vastgesteld dat de klinisch verloskundige per 1 januari 2026 wordt aangemerkt als:

‘Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.’

Dit betekent dat:

- klinisch verloskundigen zelfstandig een zorgtraject mogen starten;
- zorgactiviteiten binnen het deskundigheidsgebied van de verloskunde op eigen naam geregistreerd mogen worden;
- deze zorg ook declareerbaar wordt.

Hiervoor zijn aanpassingen gedaan in:

- de Regeling medisch-specialistische zorg (NR);
- de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg (BR).

3. Belangrijke begrippen uitgelegd.

Poortfunctie

De poortfunctie is het starten van een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg.

Deze functie kan worden uitgevoerd door:

- arts-assistent,
- PA,
- medisch specialist,
- en vanaf 1-1-2026: klinisch verloskundige.

De beroepsbeoefenaar met poortfunctie is verantwoordelijk voor:

- juiste registratie van zorgtype,
- zorgvraag,
- diagnose.

Poortspecialist

De poortspecialist is altijd een medisch specialist (bijv. gynaecoloog):

- dit is het specialisme waarnaar de patiënt formeel is verwezen;
- poortfunctie en poortspecialist zijn niet hetzelfde.

Je hoeft dus geen medisch specialist te zijn om een zorgtraject te starten.

4. Registratie in de praktijk

1. Verwijzing → zorgvraag
 - De patiënt wordt verwezen; er wordt een zorgtraject geopend.
2. Diagnose
 - Binnen het zorgtraject wordt een diagnose geregistreerd.
3. Zorgactiviteiten
 - Consulten, echo's, controles, etc. worden vastgelegd.
4. Zorgproduct
 - Het EPD leidt uit diagnose + zorgactiviteiten automatisch een zorgproduct af.
 - Dit wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraars

Belangrijk

- Zorgactiviteiten worden geregistreerd op de kwalificatiecode (AGB-code) van de professional die de zorg feitelijk levert.
- Klinisch verloskundigen hebben hiervoor een persoonlijke AGB-code nodig.
- Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor instructie en ondersteuning hierin.

5. Wanneer mag je een zorgtraject openen?

Een zorgtraject mag worden geopend als:

- er sprake is van een behandelrelatie, én
- je verantwoordelijk bent voor anamnese, diagnose en beleid.

6. Verantwoordelijkheid: wat verandert wel en niet?

Medisch-inhoudelijk

- De wijziging verandert **niet** automatisch je medisch-inhoudelijke verantwoordelijkheid.
- Werk je zelfstandig, dan ben je zelf verantwoordelijk.
- Werk je onder supervisie, dan is er gedeelde verantwoordelijkheid.

Registratie & declaratie

- Wie de zorg uitvoert, registreert deze (bij taakherschikking).
- Bij taakdelegatie blijft registratie op naam van de medisch specialist.

7. Taakdelegatie vs. taakherschikking

Taakdelegatie

- Uitvoering van een taak wordt overgedragen.
- Eindverantwoordelijkheid blijft bij de delegator (meestal medisch specialist).
- Registratie: op naam van de medisch specialist.

Taakherschikking

- Taken én verantwoordelijkheden worden structureel herverdeeld.
- De professional voert de zorg zelfstandig uit.
- Registratie: op eigen naam (PA, klinisch verloskundige, arts-assistent).
-

 *De nieuwe regels maken taakherschikking naar klinisch verloskundigen ook financieel mogelijk.*

8. Lokaal maatwerk is essentieel

Deze wijziging biedt meer mogelijkheden;

- de invulling is lokaal;
- verschilt per ziekenhuis, team en zorgcontext;
- vraagt afspraken over:
 - welke taken waar belegd worden;
 - supervisie en bereikbaarheid;
 - kwaliteit en veiligheid van zorg.

Bepaal in jouw ziekenhuis welke werkwijze de meeste meerwaarde heeft voor de patiënt én het team.

9. Praktische tip

Vraag altijd om:

- instructie van je eigen ziekenhuis over DBC-registratie;
- ondersteuning bij aanvragen van een AGB-code;
- lokale werkafspraken over taakverdeling en verantwoordelijkheid.

10. Meedenken?

De NVOG start/ondersteunt een werkgroep taakherschikking. Professionals die willen meedenken zijn welkom om zich aan te melden, e-mail: bbc@nvog.nl.

Kort samengevat:

Vanaf 1 januari 2026 kunnen klinisch verloskundigen in het ziekenhuis zelfstandig zorgtrajecten openen, zorg registreren en laten declareren, binnen hun deskundigheidsgebied. Dit sluit beter aan bij de dagelijkse praktijk en ondersteunt passende, patiëntgerichte zorg!