Advies

Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte

Het stimuleren van samenwerking

juni 2012

Inhoud

Vooraf **5**

Managementsamenvatting **7**

1. Inleiding **11**
1.1 Aanleiding advies 11
1.2 Totstandkoming advies 11
1.3 Afbakening 12
1.4 Leeswijzer 13

2. Beschrijving van de markt **15**
2.1 Zorgvraag 15
2.2 Zorgaanbod 16
2.2.1 Verloskundigen en klinisch verloskundigen 17
2.2.2 Huisartsen 18
2.2.3 Kraamverzorgenden 18
2.2.4 Gynaecologen 19
2.2.5 Kinderartsen 19
2.3 Financiële omvang geboortezorg 20
2.4 Verzekering, vergoedingen en eigen betalingen 20
2.4.1 Zorgverzekeringsvormen 20
2.4.2 Vergoedingen en eigen betalingen 21
2.4.2.1 Wettelijk verplicht eigen risico 21
2.4.2.2 Eigen bijdrage 21
2.5 Regulering van prestaties en tarieven 22
2.5.1 Verloskundigen en huisartsen 22
2.5.2 Gynaecologen / kinderartsen / klinisch verloskundigen 22
2.5.3 Kraamverzorgenden 23
2.6 Marktontwikkelingen 23
2.6.1 Ontwikkelingen na het advies van de Stuurgroep 25

3. Rol NZa **29**
3.1 Samenwerking nader bekeken 29
3.2 Juridisch kader 30
3.2.1 Tarief- en prestatieregulering 30
3.2.2 Afwegingskader vaststelling prestaties en tarieven 31
3.3 Conclusie rol en mogelijkheden NZa 31

4. Knelpunten in bekostiging **33**
4.1 Knelpunten bestaande bekostiging 33
4.1.1 Bekostiging faciliteert samenwerking onvoldoende 33
4.1.2 Dubbele bekostiging kraamzorg 34
4.1.3 Eigen bijdrage 34
4.1.4 Andere mogelijke knelpunten 35

5. Advies over bekostigingsinstrumenten **37**
5.1 Integrale bekostiging 37
5.1.1 Conclusie integrale bekostiging 40
5.1.2 Experiment(en) integrale bekostiging 40
5.2 Alternatieve bekostigingsinstrumenten 41
5.2.1 Populatiebekostiging 41
5.2.1.1 Conclusie populatiebekostiging 42
5.2.2 Vrije prijsvorming 42
5.2.2.1 Zorginkoop door verzekeraar van belang bij vrije prijzen 43
5.2.2.2 Transparantie van kwaliteit 44
5.2.2.3 Conclusie vrije prijsvorming 45

5.2.3 Facultatieve prestatie 46
5.2.4 Volledig vrije prestatiebeschrijvingen 47

6. Conclusie en aanbevelingen 49
6.1 Concluderend advies bekostiging geboortezorg 49
6.2 Kosten-batenanalyse advies 49
6.3 Flankerend beleid: Eigen bijdrage 51
6.4 Budgettair Kader Zorg 52

Bijlage 1. Vragen en antwoorden minister 53

Bijlage 2. Bestaande regels bekostiging 57
Verloskundigen en huisartsen 57
Gynaecologen / kinderartsen / klinisch verloskundigen 58
Kraamverzorgenden 61

Bijlage 3. Andere mogelijke knelpunten bekostiging 63

Bijlage 4. Lijst geïnterviewden 67

Bijlage 5. Lijst van afkortingen 69

Bijlage 6. Definitielijst 71

Vooraf

Voor u ligt een advies over de toekomstige (integrale) bekostiging van de zorg rondom zwangerschap en geboorte. Hierin geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) antwoord op de adviesvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over een bekostigingsmodel dat de onderlinge samenwerking en een goede gegevensoverdracht tussen zorgaanbieders kan faciliteren en stimuleren.

De NZa heeft dit advies opgesteld op basis van literatuuronderzoek, gerichte gesprekken met koepelorganisaties en andere deskundigen, werkbezoeken en eigen expertise. Uitgangspunt bij de weging van de belangen van de verschillende partijen zijn de kernwaarden van de NZa. Het gaat daarbij om betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor nu en in de toekomst.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs en willen hen hiervoor hartelijk danken.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 1 juni 2011 een adviesaanvraag ontvangen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de bekostiging van integrale verloskundige zorg. Deze adviesaanvraag komt voort uit het in 2009 gepubliceerde adviesrapport 'Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. De aanleiding voor dit advies is de relatief hoge perinatale en maternale sterfte en morbiditeit in Nederland ten opzichte van andere Europese landen en de constatering dat Nederland achterblijft in het terugdringen van deze sterfte.

De Stuurgroep heeft zeven adviezen geformuleerd om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren en daarmee de (vermijdbare) perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen. De minister heeft de adviezen van de Stuurgroep overgenomen en heeft aan de NZa advies gevraagd over het verbeteren van de prikkels in de bekostiging, zodat samenwerking en onderlinge gegevensoverdracht door zorgverleners worden gestimuleerd. Specifiek is gevraagd om advies te geven over integrale bekostiging.

Het voorliggende advies van de NZa richt zich op de (toekomstige) bekostiging van zorg rondom zwangerschap en geboorte, die begint als de (zwangere) vrouw zich wendt tot een verloskundige, huisarts of gynaecoloog en eindigt zes weken na de geboorte. Dit betreft zowel de bekostiging van eerstelijns verloskundige zorg als de medisch specialistische zorg in de tweede lijn. Ook de kraamzorg maakt onderdeel uit van dit advies.

In het rapport is de markt beschreven, waarbij aandacht wordt besteed aan de zorgvraag, het zorgaanbod en de financiële omvang van de markt. Daarna wordt ingegaan op de zorgverzekering, eigen betalingen en de bestaande regulering van prestaties en tarieven. Als laatste worden marktontwikkelingen toegelicht.

De NZa constateert dat sinds het verschijnen van het Stuurgroeprapport het veld volop in beweging is om de zorg te verbeteren. Inmiddels zijn landelijke en regionale initiatieven ontstaan om de kwaliteit van zorg te verhogen waarbij betere samenwerking het sleutelwoord is. De NZa concludeert in dit advies dat een betere samenwerking tot stand moet komen door de sector en dat de bekostiging van de zorg hier slechts een ondersteunende rol speelt. De NZa kan gezien haar wettelijke bevoegdheden niet rechtstreeks sturen op (afspraken over) kwaliteit of samenwerking.

De NZa constateert dat drie knelpunten in de huidige bekostiging ervaren worden:

- De bekostiging van samenwerking wordt onvoldoende gefaciliteerd. Er is geen bekostiging voor gezamenlijk overleg of andere samenwerkingsvormen en door de huidige wijzen van bekostiging wordt taakherschikking niet ondersteund.

- De bekostiging van de partusassistentie door een kraamverzorgende in het ziekenhuis en in een door het ziekenhuis geëxploiteerd geboortecentrum levert uitvoeringsproblemen op. De kraamzorg mag volgens de declaratieregels geen kosten in rekening brengen aan het ziekenhuis als een ingehuurde kraamverzorgende assisteert bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie, aangezien de kraamverzorgende alleen mag declareren aan de verzekeraar of aan de patiënt.
- De eigen bijdrage is met name voor vrouwen met een financiële beperking een belemmering, waardoor verkeerde prikkels kunnen ontstaan. Dit kan onder andere gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van zorg.

Een aantal andere knelpunten die de NZa op basis van een analyse van de bekostigingstructuren ziet, worden op dit moment in praktijk niet herkend of zij inherent aan het bekostigingsmodel en niet specifiek een knelpunt voor de geboortezorg. Deze knelpunten zijn in bijlage 3 toegelicht.

De NZa geeft in het rapport advies over bekostigingsinstrumenten die een oplossing kunnen bieden voor de aanpak van de knelpunten. Wat betreft het knelpunt over de partusassistentie is de NZa in overleg met partijen om de uitvoeringsproblemen binnen de bestaande bekostiging op te lossen. Over het knelpunt eigen bijdrage geeft de NZa flankerend beleidadvies in dit rapport. Derhalve resteert de vraag hoe samenwerking meer gefaciliteerd kan worden.

Daarvoor heeft de NZa eerst onderzocht of integrale bekostiging een goed instrument is. Het advies van de NZa is om op korte termijn geen integrale bekostiging voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte in te voeren. De markt is volgens de NZa nu nog niet rijp voor invoering van integrale bekostiging voor geboortezorg. Een zorgstandaard voor de geboortezorgketen ontbreekt en vele vraagstukken moeten nog uitgewerkt worden voor de berekening van het integrale tarief en de inhoud van de prestatie. De meeste initiatieven zijn nog in de beginfase van samenwerking. Het (verplicht) invoeren van een integrale prestatie en tarief zal naar verwachting het proces rondom samenwerking niet bespoedigen. De effecten van integrale bekostiging zijn nog niet duidelijk en een dergelijke bekostiging kan tot een aantal negatieve effecten leiden. Zo kan de keuzemogelijkheid voor zwangeren beperkt worden en kunnen mogelijk toetredingsdrempels ontstaan voor nieuwe spelers op de markt en kunnen zorgaanbieders uitgesloten worden van het samenwerkingsverband. Een ander negatief effect kan het risico op onderbehandeling zijn en een onderlinge scheve (machts)verdeling. Integrale bekostiging kan leiden tot grote administratieve lasten. Door de verplichting dat elke regio een expliciet en functionerend verloskundig samenwerkingsverband moet hebben, is het de verwachting van de NZa dat dit vsv de enige aanbieder van ketenzorg zal zijn bij invoering van integrale bekostiging. Deze aanbieder fungeert dan feitelijk als monopolist, waardoor de verzekeraar geen andere keuze zal hebben dan deze aanbieder te contracteren. Dit is een risico voor marktmacht en kan leiden tot een te hoge prijs.

In dit rapport is naast integrale bekostiging ook populatiebekostiging onderzocht. Gezien de overeenkomsten met integrale bekostiging in de markt van geboortezorg gelden voor de invoering van populatiebekostiging dezelfde opmerkingen en mogelijke negatieve effecten als voor integrale bekostiging. Daarom vindt de NZa populatiebekostiging op dit moment ook geen geschikt bekostigingsinstrument voor de geboortezorg.

De NZa wil wel ruimte bieden aan partijen die graag willen experimenteren met nieuwe vormen van bekostiging, zoals een integraal tarief.
De beste mogelijkheid hiertoe is bekostiging op experimentele basis via de bestaande beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. De sector heeft aan de NZa gevraagd om deze experimenten goed te volgen en (tussentijds) te evalueren, ook al is dat niet gebruikelijk bij experimenten op basis van de beleidsregel innovatie. De NZa is bereid om deze evaluatie uit te voeren en hierover te rapporteren aan de minister.

Een middel om de samenwerking te stimuleren tussen zorgaanbieders is het vrijgeven van de prijzen. Daarmee krijgt de verzekeraar goede mogelijkheden in handen om zorg in te kopen voor de prijs/kwaliteitverhouding die hij wenselijk acht en om daarbij lokale omstandigheden mee te nemen in de prijs. Indien de verzekeraar samenwerking wil stimuleren kan het tarief aangepast worden waarbij tegelijkertijd afspraken gemaakt kunnen worden over de resultaten van samenwerking. De gynaecologische DBC-zorgproducten vallen reeds onder het B-segment en zijn daarmee vrij onderhandelbaar. Hiermee is vrije prijsvorming voor het grootste deel van de markt al een feit.
De NZa adviseert om de prijzen voor de eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg vrij te geven. In 2009 heeft de NZa al eerder geadviseerd over vrije prijzen in de markten eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg. Met de invoering van vrije prijzen adviseert de NZa ook om een facultatieve prestatie toe te voegen.

De NZa adviseert om voorlopig geen volledig vrije prestatiebeschrijvingen in te voeren. In een markt in ontwikkeling komt het landelijk beschrijven van prestaties de transparantie en de eenheid van taal ten goede voor consumenten, maar ook voor aanbieders en verzekeraars. In de markt voor de geboortezorg vindt de NZa het daarom raadzaam om de prestaties voorlopig landelijk te blijven vaststellen.

Concluderend is het advies van de NZa als volgt voor de bekostiging van de geboortezorg:

- Het invoeren van vrije prijsvorming voor de eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg. De eerst mogelijke invoeringsdatum is 1 januari 2013. De NZa vindt een invoeringsdatum van 1 januari 2014 echter meer gewenst, aangezien dit individuele aanbieders de tijd geeft om zich voor te bereiden op de marktveranderingen (zoals ICT-aanpassingen, aangepaste regelgeving NZa) en de verzekeraars de tijd geeft om hun zorginkoop aan te passen en de polissen goed te beschrijven. De noodzakelijke regelgeving zal de NZa uitwerken na een besluit van de minister over vrije prijsvorming.
- Het toevoegen van een facultatieve prestatie aan de prestatiebeschrijvingen verloskunde en kraamzorg indien vrije prijsvorming wordt ingevoerd.

- De NZa adviseert om experimenten met integrale bekostiging mogelijk te maken, zodat de minister op basis van evaluatiegegevens over enige jaren opnieuw kan oordelen of de invoering van integrale bekostiging gewenst en mogelijk is. Samen met de experimentdeelnemers zal de NZa deze evaluatiegegevens verzamelen en over de resultaten rapporteren.
- In het rapport wordt het advies gegeven integrale bekostiging of populatiebekostiging niet op korte termijn in te voeren. Geadviseerd wordt om eerst de focus te leggen op inhoud, daarna pas op bekostiging.
- Het voorlopig niet invoeren van volledig vrije prestatiebeschrijvingen.

In dit rapport is aangegeven dat het oplossen van de knelpunten rondom samenwerking en de eigen bijdrage zal leiden tot een verhoging van de macrokosten. Hoe hoog deze meerkosten van samenwerking zijn, is echter niet te ramen aangezien daarvoor de financiële gegevens ontbreken. Mogelijk staan er financiële gezondheidszorgbesparingen tegenover, maar de NZa kan ook daarover geen harde uitspraken doen. In samenhang met de Stuurgroepaanbevelingen lijkt de verwachting gerechtvaardigd dat, zeker op korte termijn, sprake zal zijn van een uitgavenstijging. Waarschijnlijk zijn er winsten te behalen op andere terreinen dan de verloskundige zorg (zoals cognitieve ontwikkeling van kinderen). Die winsten zijn waardevol, maar zeer lastig in cijfers uit te drukken.

Naast de genoemde adviezen geeft de NZa in dit rapport ook flankerende beleidsadviezen over de eigen bijdrage regeling en het Budget Kader Zorg (BKZ). Beide onderwerpen vallen (op dit moment) buiten de bevoegdheden van de NZa.

In bijlage 1 worden de vragen die de minister in de opdrachtbrief heeft gesteld, beantwoord.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding advies

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 1 juni 2011 een adviesaanvraag ontvangen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: minister) over de bekostiging van integrale verloskundige zorg. De minister wil van de NZa advies over de invoering van een integraal tarief voor perinatale zorg.

Deze adviesaanvraag komt voort uit het in 2009 gepubliceerde adviesrapport 'Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (hierna: de Stuurgroep). De aanleiding voor dit advies is de relatief hoge perinatale en maternale sterfte en morbiditeit in Nederland ten opzichte van andere Europese landen en de constatering dat Nederland achterblijft in het terugdringen van deze sterfte.

De Stuurgroep heeft zeven adviezen geformuleerd om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren en daarmee de (vermijdbare) perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen. Eén van de voorstellen van de Stuurgroep is dat zorgaanbieders samen verantwoordelijk zijn om de zwangere en het (ongeboren) kind de beste kwaliteit van zorg te bieden. Hiervoor is een gestructureerde en naadloze samenwerking nodig en een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid. Op regionaal en lokaal niveau moeten samenwerkingsafspraken worden gemaakt.

De minister heeft de adviezen van de Stuurgroep overgenomen en wil van de NZa graag advies over het verbeteren van de prikkels in de bekostiging, zodat samenwerking en onderlinge gegevensoverdracht door zorgverleners worden gestimuleerd.

In haar adviesaanvraag sorteert de minister zelf al voor op een oplossingsrichting, die op hoofdlijnen aansluit bij de ketengedachte, namelijk integrale bekostiging van de perinatale zorg. VWS biedt de NZa echter ook ruimte andere oplossingen aan te dragen die de samenwerking bevorderen. Verder stelt de minister concrete vragen aan de NZa die samenhangen met de invoering van integrale bekostiging. Zo vraagt de minister zich af of hoofd- en onderaannemerschap binnen de sector kan werken, wat de bijeffecten kunnen zijn van het opgaan van verschillende zorgaanbieders in één organisatie, wat de perverse of negatieve effecten van integrale bekostiging en in hoeverre het wenselijk is om te komen tot een vrij integraal tarief voor perinatale zorg. Deze en meer vragen van de minister aan de NZa zijn verspreid door de adviesaanvraag beantwoord, maar zijn ook apart opgenomen (zowel vraag als antwoord) in bijlage 1.

1.2 Totstandkoming advies

De adviesaanvraag is in juni 2011 ontvangen. De onderzoeksaanpak voor de totstandkoming van dit NZa-advies bestaat uit de volgende onderdelen:

– Analyse huidige bekostiging (oktober – december 2011)
Eind 2011 is een literatuuronderzoek gedaan (wetenschappelijke onderzoeken, beleidsrapporten en kamerstukken) rondom het thema zwangerschap en geboorte. Het doel van dit literatuuronderzoek was om een breed beeld te vormen over de inhoud van de zorg rondom zwangerschap en geboorte en de ontwikkelingen in deze zorg en zorgmarkt. Tegelijkertijd zijn gesprekken gevoerd met enkele brancheorganisaties en samenwerkingsverbanden. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een knelpuntenanalyse van de huidige bekostiging van de zorg rondom zwangerschap en geboorte.

– Uitwerken oplossingsrichtingen (januari – maart 2012)
In deze fase zijn drie bekostigingsmodellen uitgewerkt, middels een interne analyse, gesprekken met deskundigen en werkbezoeken.

– Consultatie knelpunten en oplossingrichtingen (maart 2012)
Via een schriftelijke ronde zijn stakeholders gevraagd een reactie te geven op de knelpuntenanalyse van de NZa. Daarnaast heeft de NZa op 15 maart 2012 in een landelijke bijeenkomst stakeholders geconsulteerd over de geconstateerde knelpunten en oplossingsrichtingen.

– Schrijven adviesrapport (april - juni 2012)
Aan de hand van de uitkomsten van de gesprekken met deskundigen, werkbezoeken en de consultatiebijeenkomst heeft de NZa het voorliggende advies over de bekostiging van de zorg rondom zwangerschap en geboorte geformuleerd. Het conceptrapport is ter consultatie voorgelegd aan stakeholders.

Tijdens de verschillende onderdelen van het onderzoek is een groot aantal personen geraadpleegd en geïnterviewd. Een overzicht van de geïnterviewden staat in bijlage 4.

1.3 Afbakening

Het advies van de NZa richt zich op de (toekomstige) bekostiging van zorg rondom zwangerschap en geboorte, die begint als de (zwangere) vrouw zich wendt tot een verloskundige, huisarts of gynaecoloog en eindigt zes weken na de geboorte. Dit betreft zowel de bekostiging van eerstelijns verloskundige zorg als de medisch specialistische zorg in de tweede lijn. Ook de kraamzorg maakt onderdeel uit van het advies.

Voor het gemak wordt in het rapport de term ‘geboortezorg’ gebruikt voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte.

Buiten de scope van dit advies vallen:

– Preconceptiezorg
Preconceptiezorg is de zorg voorafgaand aan de zwangerschap. Deze zorg valt buiten de scope van dit advies. Voorlichting over leefstijl en erfelijke aandoeningen kan een effect hebben op het gedrag van de vrouw en kan daarmee de uitkomsten van een eventuele zwangerschap verbeteren. De minister van VWS heeft vooralsnog besloten om de preconceptiezorg niet landelijk te implementeren en in het basispakket op te nemen, omdat de effectiviteit van de zorg nog niet bewezen is.

– Financiering van geboortecentra

Op verzoek van VWS (vraag 8 uit de adviesaanvraag) heeft de NZa per 1 januari 2012 een maximumtarief ingevoerd voor geboortezorg ter facilitering van natale en postnatale zorg in een eerstelijns geboortecentrum. Het tarief kan worden gedeclareerd door zorgaanbieders die daartoe een overeenkomst met (een) verzekeraar(s) hebben gesloten. Dit onderwerp wordt daarom niet verder besproken in dit advies, behoudens het knelpunt 'dubbele bekostiging kraamzorg' (4.1.2) en 'dubbele bekostiging' (bijlage 3).

– Acute zorg

Het beleid gericht op acute verloskundige zorg is aan de minister om te bepalen. De NZa speelt hierin geen rol. Derhalve valt dit onderwerp buiten deze adviesaanvraag.

– Derdelijns verloskundige zorg

Het merendeel van de vrouwen krijgt zwangerschapsbegeleiding door de eerstelijns verloskundige zorg. De meerderheid van de bevallingen vindt in de tweede lijn plaats. In haar adviesaanvraag geeft de minister aan dat met name de samenwerking tussen eerste en tweede lijn verbeterd moet worden. De focus van dit adviesrapport zal, in lijn met de brief van VWS, liggen op de eerste en tweede lijn en niet op de samenwerking tussen de tweede en derde lijn (topklinische voorzieningen voor neonatologie, perinatologische centra).

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de markt en recente ontwikkelingen die hebben geleid tot deze adviesaanvraag. In hoofdstuk 3 wordt de rol van de NZa toegelicht, waarbij samenwerking nader wordt bekeken en het juridisch kader wordt geschetst. Het volgende hoofdstuk (4) geeft een overzicht van knelpunten in de bekostiging. De NZa geeft advies over de mogelijke bekostiginginstrumenten in hoofdstuk 5.
In het laatste hoofdstuk geeft de NZa een concluderend advies en aanbevelingen voor flankerend beleid. Tevens is een kostenbaten-analyse toegevoegd. Daarna zijn nog enkele bijlagen opgenomen.

2. Beschrijving van de markt

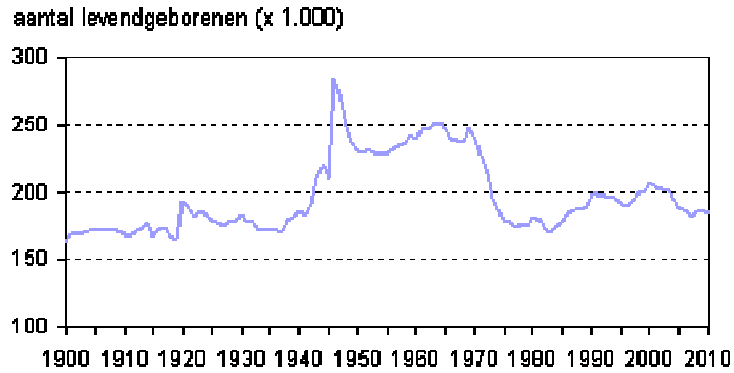
Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de markt van zorg rondom zwangerschap en geboorte (hierna: geboortezorg).[1] Eerst wordt de zorgvraag geschetst, waarna het zorgaanbod wordt weergegeven en de omvang van de financiën. Daarna volgt een beschrijving van de bestaande bekostiging, vergoedingen en eigen betalingen. Als laatste worden de marktontwikkelingen beschreven.

2.1 Zorgvraag

De zorgvraag bij de geboortezorg is goed af te bakenen: het gaat om de zorg die plaatsvindt vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de bevalling en het kraambed.

In 2010 hebben in Nederland 182.000 vrouwen een kind ter wereld gebracht. Bij deze geboorten kregen de vrouwen meestal één kind. In totaal kwamen dat jaar ruim 184.000 levendgeborenen ter wereld. In onderstaande grafiek is het aantal levendgeborenen van 1900 tot 2010 weergegeven. Na een jarenlange daling van het aantal geboorten in 2000-2007, is het aantal geboorten in 2008 en 2009 licht gestegen. In 2010 is een zeer lichte daling te zien van het aantal geboorten. Verwacht wordt dat het aantal geboorten de komende jaren zal afnemen.[2]

Figuur 1. Aantal levendgeborenen (2010)



Bron: CBS

Vrouwen met een normaal verlopende zwangerschap, zonder complicaties, hebben in Nederland de keuze tussen een bevalling thuis, een geboortecentrum of in het ziekenhuis (de poliklinische bevalling).

In 2010 startte 84,2% van de zorg rondom de zwangerschap in de eerste lijn. Het merendeel van de vrouwen heeft op enig moment (ruim 80%) in de zwangerschap te maken met meerdere professionals.[3]
Het grootste deel van de bevallingen vindt uiteindelijk in de tweede lijn plaats.[4] Zie tabel 1 voor het aantal bevallingen naar plaats.

[1] Zoals in de inleiding opgemerkt richt dit rapport zich op de eerste en tweedelijnszorg. Dit betekent dat dit hoofdstuk niet de nuldelijn en derdelijnszorg beschrijft.
[2] RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid
[3] Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 'Een goed begin', december 2009.
[4] Een deel van deze bevallingen wordt verplaatst naar de tweede lijn omdat de zwangere vrouw om pijnbestrijding heeft verzocht.

Tabel 1. Aantal en plaats van bevallingen (2008)

Aantal bevallingen		Absoluut	Procentueel
In de eerste lijn	Poliklinisch / geboortecentrum	19.900	34.9% (11.5% van totaal)
	Thuis	36.436	63.9% (20.9% van totaal)
	Onbekend	684	1.2% (0.2% van totaal)
	Subtotaal	57.021	32.7%
In de tweede lijn	Subtotaal	117.355	67.3%
Totaal		174.376	100%

Bron: Stichting Perinatale Audit Nederland, november 2011

Van alle zwangeren wordt 37% tijdens de zwangerschap overgedragen naar de tweede lijn en 15% tijdens de bevalling. In totaal bevalt 32.7% van de vrouwen in de eerste lijn.

Van vrouwen die voor het eerst bevallen (nulliparae) bevalt uiteindelijk maar 23% in de eerste lijn. Bijna de helft van alle nulliparae wordt tijdens de bevalling verwezen naar de tweede lijn. Vrouwen die al eerder zijn bevallen, bevallen wél vaker in de eerste lijn (40,5%). Van alle vrouwen die in de eerste lijn starten met de bevalling wordt 2,2% met spoed verwezen naar de tweede lijn vanwege foetale nood of neonatale problematiek.[5]

Deze feiten laten zien dat de overdrachtsmomenten tussen de eerste en tweede lijn van groot belang zijn.

2.2 Zorgaanbod

Geboortezorg wordt geleverd door verschillende typen zorgaanbieders: verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, huisartsen en kinderartsen (neonatologen). Daarnaast zijn ook obstetrisch verpleegkundigen, anesthesiologen en OK-personeel betrokken bij de zorgverlening in het ziekenhuis.

De geboortezorg wordt verdeeld in verschillende fasen: prenatale zorg (zwangerschap), natale zorg (bevalling) en postnatale zorg (kraamtijd). De perinatale zorg is de zorg aan zwangeren vanaf de 22e zwangerschapsweek tot een week na de geboorte.

De verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen verlenen zelfstandig prenatale, natale en postnatale zorg. Bij al deze vormen van zorg zijn ook kinderartsen en kraamverzorgenden betrokken.[6] In de onderstaande tabel is weergegeven wie welke zorg levert per fase van de zwangerschap. Verder zijn artsen in opleiding en een groot aantal gespecialiseerde verpleegkundigen voor obstetrie of opvang van pasgeborenen betrokken bij de geboortezorg.

[5] Perinatale audit: eerste verkenningen. A terme sterfte 2010. Stichting Perinatale Audit Nederland, november 2011.
[6] RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid

Tabel 2. Fasen in de zorg rondom zwangerschap en geboorte

	Prenatale zorg	Natale zorg	Postnatale zorg
Eerste lijn	Verloskundige of verloskundig actieve huisarts begeleidt laag risico zwangere en verwijst indien noodzakelijk door naar tweedelijns verloskundige zorg.	Verloskundige begeleidt bevalling thuis, poliklinisch of in eerstelijns geboortecentrum en kraamverzorgende doet partusassistentie.	De verloskundige doet de controle. Onder medische eindverantwoordelijkheid van de verloskundige biedt de kraamverzorgende ondersteuning en begeleiding. Dit vindt thuis, poliklinisch of in het geboortecentrum plaats.
Tweede lijn	Gynaecoloog en klinisch verloskundige begeleidt hoog risico zwangere.	Klinisch verloskundige en/of gynaecoloog begeleidt de medische bevalling en verpleegkundige doet partusassistentie.	De klinisch verloskundige biedt ondersteuning en begeleiding en doet controles. Dit vindt in het ziekenhuis plaats. De kinderarts biedt waar nodig zorg aan het pasgeboren kind.

Bron: NZa

De geboortezorg bij een gezonde vrouw start in de eerste lijn, tenzij de medische geschiedenis van de vrouw aanleiding geeft om de zwangerschapsbegeleiding direct in de tweede lijn te starten.[7] Als zich geen complicaties voordoen gedurende de zwangerschap blijft de vrouw binnen de eerste lijn. Tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode wordt in geval van complicaties steeds een inschatting van het risicoprofiel van de vrouw gemaakt op basis van de verloskundige indicatie lijst (VIL). Op grond hiervan bepaalt de verloskundige of doorverwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd (medisch noodzakelijk) is of niet.

In Nederland is het verloskundige systeem gebaseerd op het principe 'in de eerste lijn waar het kan, in de tweede lijn als het moet'. Qua zwangerschapsbegeleiding blijkt ook dat 88% van de vrouwen die voor het eerst een kind kringen in de eerste lijn starten en 81% van de vrouwen die al een kind hebben.[8] In paragraaf 2.1 is al beschreven dat de uiteindelijke bevalling echter voor het merendeel in de tweede lijn plaatsvindt.[9] De postnatale zorg wordt in 85% van de gevallen in de eerste lijn verleend.

Hierna volgt een beschrijving per type zorgaanbieder.

2.2.1 Verloskundigen en klinisch verloskundigen

Een verloskundige zorgt primair voor de begeleiding en controle van de zwangere vrouw tijdens hun zwangerschap, bevalling en kraambed. Een verloskundige zorg begeleidt normaal verlopende zwangerschappen en bevallingen (laag-risicobevallingen). Dit zijn de bevallingen zonder medische indicatie. Dit houdt in dat een minder intensieve begeleiding nodig is en dat deze bevallingen in principe thuis kunnen plaatsvinden.

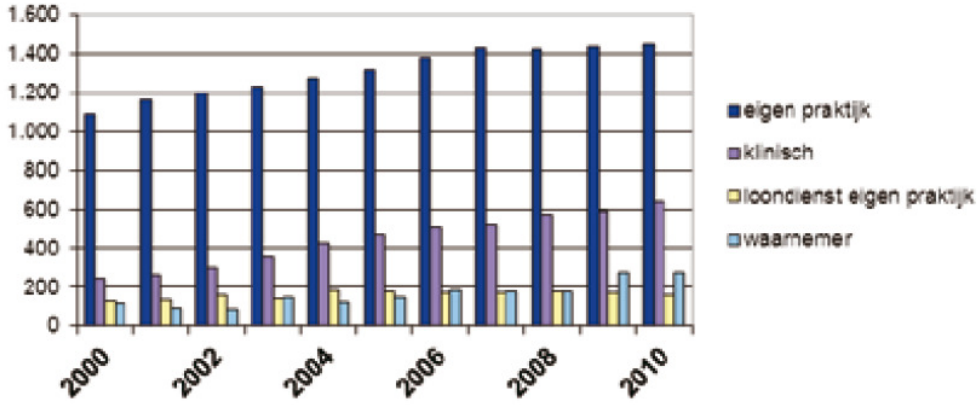
De verloskundige maakt een inschatting of een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens de zwangerschap, bevalling of kraamperiode. Indien dit het geval is, wordt de zwangere vrouw verwezen naar de gynaecoloog of kinderarts.

[7] Overigens blijft een verwijzing van de huisarts of verloskundige een voorwaarde voor toegang tot de medische specialistische zorg. De zorg start echter in de tweede lijn.
[8] Perinatale audit: eerste verkenningen. A terme sterfte 2010. Stichting Perinatale Audit Nederland, november 2011.
[9] Dat blijkt dus in het merendeel van de gevallen te 'moeten', wat de vraag opwerpt of de focus op de eerstelijnsbevalling/thuisbevalling, die beleidsmatig gekozen wordt, wel terecht is en niet contraproductief werkt voor een verbetering in de organisatie van het aanbod.

Een verloskundige kan zich specialiseren tot klinisch verloskundige. Een klinisch verloskundige is aanvullend opgeleid om onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog bij een bevalling met een verhoogd risico op complicaties te assisteren.[10]

In de afgelopen 10 jaar is het aantal werkzame verloskundigen in Nederland toegenomen van 1584 naar 2522; een toename van 59%. Nog steeds heeft het merendeel een eigen praktijk, maar vooral het aantal klinisch verloskundigen in de ziekenhuizen is sterk gegroeid. Figuur 2 laat het absoluut aantal verloskundigen zien over de jaren 2000-2010.

Figuur 2. Absoluut aantal praktiserende verloskundigen naar functie, op 1 januari (2000-2010)[11]



Bron: Registratie verloskundigen NIVEL, 2010

In 2011 zet deze toename zich door. Het totaal aantal verloskundigen loopt op tot 2612, waarvan 1599 werkzaam in de eerste lijn, 702 in de tweede lijn (klinisch) en 311 zijn niet actief (maar wel waarnemend).[12]

2.2.2 Huisartsen

Naast verloskundigen kunnen ook huisartsen de zorg voor normaal verlopende zwangerschappen leveren. Het aantal huisartsen dat geboortezorg verleent, neemt steeds verder af. In 2002 waren er 465 huisartsen actief op de markt van de geboortezorg. Eind 2011 is dit aantal licht gedaald naar minimaal 168 en maximaal 458 verloskundig actieve huisartsen. Het aandeel van de huisartsen in de bevallingen zoals kan worden geschat op basis van de landelijke verloskunderegistratie lijkt meer te zijn gedaald van ongeveer 5% in 2002 tot 0,5% in 2008.[13]

2.2.3 Kraamverzorgenden

Kraamzorg is zorg voor moeder en kind bij de bevalling en gedurende de kraamtijd. Kraamzorg vormt een onderdeel van de totale perinatale zorg. Het doel van kraamzorg is:

- vroege signalering en preventie van problemen bij de moeder en het pasgeboren kind, om hen een zo goed mogelijke start te kunnen geven;

[10] RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid
[11] De verloskundigen werkzaam in loondienst van een gezondheidscentrum of STBN of vergelijkbare instelling maken in dit figuur onderdeel uit van de verloskundigen in eigen praktijk.
[12] Registratie verloskundigen, NIVEL 2011
[13] Huisarts en wetenschap: huisartsenzorg in cijfers, maart 2012.

– een juiste verzorging van de pasgeborene en voorbereiding van de moeder en de partner op deze taak.

Ruim voor de bevalling vindt een intake plaats om de aard en omvang van de kraamzorg in te schatten en om de thuissituatie op veiligheid te bekijken. De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of huisarts bij bevallingen thuis en soms bij poliklinische bevallingen. Alle vrouwen die een (deel van) van het kraambed thuis doorbrengen, krijgen kraamzorg, ongeacht de plaats van de bevalling. In de eerste week na de bevalling begeleidt de kraamverzorgende de moeder. Zij zorgt voor moeder en kind, geeft voorlichting, beantwoordt vragen, signaleert eventuele problemen. Zonodig waarschuwt zij de verloskundige of huisarts die verantwoordelijk is voor de medische zorg aan de moeder.[14]

Er zijn 98 organisaties in Nederland die kraamzorg leveren, waarvan 66% dit als zelfstandige organisatie doet en de rest ook andere vormen van zorg aanbiedt. Nederland telt ongeveer 10.000 kraamverzorgenden, waarvan 9% als zzp'er actief is in de kraamzorg.[15]

2.2.4 Gynaecologen

Gynaecologen zijn medisch specialisten en zijn verantwoordelijk voor de begeleiding en controle van vrouwen met een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap en/of bevalling.[16] Dit zijn soms risico's die vooraf bekend zijn, zoals bij vrouwen die lijden aan diabetes. Sommige risico's voor vrouwen of hun ongeboren kinderen ontstaan tijdens zwangerschap of bevalling, zoals een kind in stuitligging. Als de gynaecoloog de bevalling begeleidt, vindt deze altijd in het ziekenhuis plaats. Na de bevalling worden de meeste vrouwen voor verdere begeleiding in het kraambed thuis (terug)verwezen naar de verloskundige of de huisarts actief op het gebied van verloskunde.[17] Obstetrie is een deelgebied binnen het specialisme gynaecologie. Het is onbekend hoeveel specialisten werkzaam zijn binnen de obstetrische zorg.

Binnen Zorgkaart Nederland zijn er 876 gynaecologen in Nederland bekend. De gynaecologen zijn verdeeld over 101 ziekenhuizen, 18 overige klinieken en 18 overige instellingen.[18]

2.2.5 Kinderartsen

Kinderartsen zijn ook medisch specialisten en leveren de neonatale zorg, oftewel zorg aan de pasgeborene. Voor het goed functioneren van tweedelijns geboortezorg moet continu een beroep gedaan kunnen worden op een kinderarts. Deze zorg is nodig voor die situaties waarin zich tijdens of vlak na de bevalling problemen voordoen waarvoor directe zorg door een kinderarts nodig is.[19] Binnen Zorgkaart Nederland zijn er 1194 kinderartsen bekend.

Deze kinderartsen zijn verdeeld over 107 ziekenhuizen, 8 centra voor daghulp voor kinderen en 50 overige instellingen.

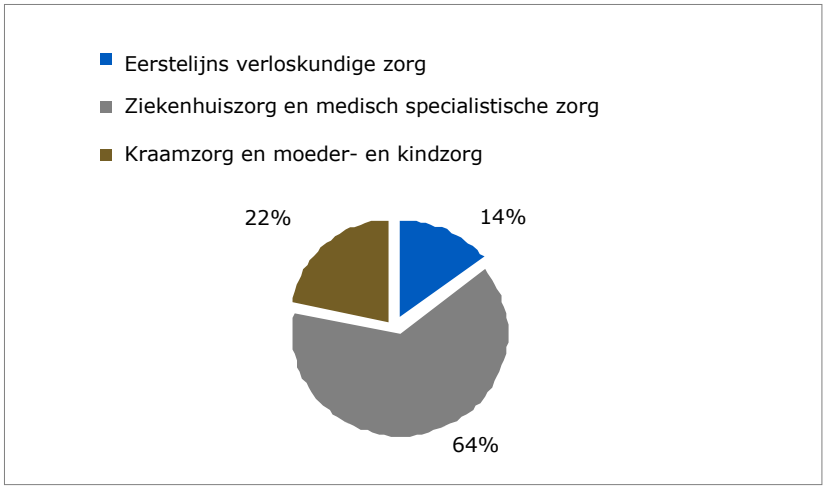
[14] RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid
[15] Argumentenfabriek De Kraamzorg in kaart, 2012
[16] Vrouwen met een verhoogd risico kunnen in 83 tweedelijns en 10 derdelijns ziekenhuizen bevallen. Hier werken in totaal 890 gynaecologen, 1.252 kinderartsen en 641 klinisch verloskundigen.
[17] RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid
[18] www.zorgkaartnederland.nl
[19] RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid

2.3 Financiële omvang geboortezorg

In 2007 werd circa € 1,55 miljard besteed aan zwangerschap, bevalling en kraambed. Dit is 2,1% van de totale zorgkosten.[20]

Voor dit advies, dat is afgebakend tot de eerste- en tweedelijns geboortezorg, zijn niet alle sectoren relevant. De kosten voor bijvoorbeeld beheersorganisaties en welzijnszorg heeft de NZa buiten beschouwing gelaten. In de onderstaande figuur (3) staat een overzicht van de verdeling van de kosten. De totale kosten hiervan waren in 2007 totaal € 1,24 miljard.

Figuur 3. Financiële uitgaven zwangerschap en geboorte (2007)



Bron: www.kostenvanziekten.nl

De sector ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg heeft met € 789,8 miljoen het grootste aandeel binnen de diagnosegroep zwangerschap, bevalling en kraambed, oftewel 64%. De kraamhulp en ouder- en kindzorg komt op de tweede plaats met een bedrag van € 273,1 miljoen (22%). Op de derde plaats volgt de eerstelijns verloskundige zorg met € 179 miljoen (14%). Het gaat hierbij vooral om kosten van verloskundigenpraktijken.

2.4 Verzekering, vergoedingen en eigen betalingen

2.4.1 Zorgverzekeringsvormen

De verloskundige zorg maakt onderdeel uit van het verplicht verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Vrijwel alle zwangere vrouwen doen een beroep op verloskundige zorg voor de begeleiding bij de zwangerschap en de bevalling om de gezondheid van moeder en kind te waarborgen.

Zorgverzekeraars bieden ook aanvullende verzekeringen aan die speciaal gericht zijn op jonge gezinnen. Daarin is bijvoorbeeld sprake van extra dekkingen voor kraamzorg, dekkingen voor eigen bijdragen of aanvullende cursussen die met de zwangerschap te maken hebben.

[20] www.kostenvanziekten.nl. De kosten worden getoond volgens het perspectief van de Zorgrekeningen van het CBS. Dit is een brede definitie van zorgkosten, waaronder bijvoorbeeld ook alternatieve geneeswijzen, bedrijfsgezondheidszorg en betaalde kinderopvang vallen.

Ook kunnen de kosten in verband met de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie of een bevalling in een geboortecentrum (gedeeltelijk) gedekt worden in de aanvullende verzekering.

2.4.2 Vergoedingen en eigen betalingen

De verloskundige zorg aan moeder en het (ongeboren) kind voor, tijdens en na de bevalling wordt vanuit de Zvw vergoed. Dat geldt ook voor verloskundige zorg verleend door een gynaecoloog indien hiervoor een medische indicatie bestaat. Kraamzorg valt grotendeels onder de basisverzekering.

De volgende zorg valt onder de Zvw:

- Bevalling thuis, poliklinisch (verblijf korter dan 24 uur in ziekenhuis) en tijdens een langer durend verblijf in het ziekenhuis, met medische indicatie;
- Counseling;
- Structureel echoscopisch onderzoek;
- Combinatietest naar aangeboren afwijkingen, omvattende een bloedserumtest en nekplooimeting (mits de zwangere ouder is dan 36 jaar of een medische indicatie heeft);
- Kraamzorg (minimaal 24 uur en maximaal 80 uur, gedurende ten hoogste 10 dagen).[21]

2.4.2.1 Wettelijk verplicht eigen risico

Het wettelijk verplichte eigen risico voor zorg die onder de Zvw valt geldt niet voor verloskundige hulp geleverd door verloskundigen en huisartsen. Voor de kosten van andere zorg rondom de bevalling, zoals laboratoriumonderzoek of vervoer in verband met de bevalling, geldt wél een verplicht eigen risico. Verder geldt het wettelijk eigen risico voor medisch-specialistische zorg dus ook voor zorg verleend door gynaecologen.

2.4.2.2 Eigen bijdrage

Naast het verplichte eigen risico moet voor bepaalde verloskundige zorg ook een eigen bijdrage betaald worden. In onderstaand overzicht is schematisch weergegeven wanneer een zwangere een eigen bijdrage betaalt voor de bevalling.

Tabel 3. Overzicht eigen bijdrage bevalling

Medische indicatie voor een bevalling	Voorgenomen locatie	Verantwoordelijke	Eigen bijdrage per dag (€), niveau 2012
Eerstelijns verloskundige zorg	Thuis Geboortecentrum Poliklinisch	Verloskundige/huisarts	0 316,87 316,87
Verplaatste eerstelijns medische zorg: een geïndiceerde poliklinische bevalling	Poliklinisch	Verloskundige/huisarts	0
Tweedelijns verloskundige zorg (op medische indicatie)	Klinisch	Gynaecoloog	0

Bron: CVZ

Voor kraamzorg geldt ook dat de medische indicatie en de plaats van de bevalling de hoogte van de eigen bijdrage bepaald.

[21] CVZ

Afhankelijk van waar de bevalling plaatsvindt betaalt de verzekerde een tarief per uur of per dag. De hoogte van deze bedragen zijn hieronder schematisch weergegeven (tabel 4).

Tabel 4. Overzicht eigen bijdrage kraamzorg

Medische indicatie na een bevalling	Eigen bijdrage kraamzorg (€), niveau 2012
Bevalling in het ziekenhuis met een medische indicatie voor verblijf	0
Bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie voor verblijf (moeder en kind betalen apart)	1. Begintarief: 16 per dag[22] 2. Het verschil tussen het dagtarief van het ziekenhuis en 112,50 [23]
Bevalling thuis, poliklinisch of in een geboortecentrum	4,00 per uur[24]

Bron: CVZ

2.5 Regulering van prestaties en tarieven

In deze paragraaf wordt de bestaande regulering van de prestaties en tarieven voor geboortezorg op hoofdlijnen beschreven. In bijlage 2 staat een gedetailleerde beschrijving van de prestaties, tarieven en aanvullende bepalingen.

2.5.1 Verloskundigen en huisartsen

De bekostiging van de eerstelijns verloskundige zorg kent een aantal trajectprestaties. Naast deze trajectprestaties kunnen ook een aantal losse verrichtingen worden gedeclareerd zoals een echo of prenatale screening. De verloskundig actieve huisarts kent dezelfde prestaties en tarieven als eerstelijns verloskundigen. Deze prestaties zijn vastgelegd in de tariefbeschikking voor huisartsen.

Indien er sprake is van een poliklinische bevalling in het ziekenhuis waarbij geen sprake is van begeleiding door de gynaecoloog zijn er ondersteunende zorgproducten (OP's) beschikbaar welke door het ziekenhuis in rekening kunnen worden gebracht.[25]

2.5.2 Gynaecologen / kinderartsen / klinisch verloskundigen

De tweedelijns verloskundige zorg (gynaecologen) wordt bekostigd met Diagnose Behandeling Combinaties (hierna: DBC-zorgproducten). Dat geldt ook voor andere betrokken medische specialisten (radioloog, anesthesioloog, kinderarts). De kosten voor de andere betrokken zorgverleners (verpleegkundige enz.) worden door middel van de integrale prestatie van de gynaecoloog bekostigd en mogen niet zelfstandig worden gedeclareerd.[26]

[22] Prijspeil 2012; dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd.
[23] Prijspeil 2012; dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd. De dagtarieven verschillen per ziekenhuis.
[24] Prijspeil 2012; dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd.
[25] Aanvullende voorwaarden: er is de intentie dat de kraamvrouw op dezelfde dag of de aansluitende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat en het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen, partusassistentie en gebruik verloskamer.
[26] Geldt ook voor kinderartsen (en andere specialisten) in loondienst. Met ingang van 2012 is het zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigd specialist afhankelijk van deelname aan een collectief ('via' declareren).

Het tarief voor een DBC-zorgproduct valt uiteen in een kostendeel en één of meerdere honorariumdelen. Van alle tarieven voor verloskundige zorg in de tweede lijn is vanaf 1 januari 2012 het kostendeel vrij onderhandelbaar (B-segment). Het ziekenhuis kan over dit deel van het tarief onderhandelen met de zorgverzekeraar. Het honorariumdeel is het maximumbedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de diensten van een gynaecoloog of een andere medisch specialist die betrokken is bij de verloskundige zorg. Voor de ondersteunde producten gelden maximumtarieven.

De diagnoselijst van de gynaecologie is onderverdeeld in de onderdelen gynaecologie, verloskunde, oncologie, infertiliteit en endocrinologie. De verloskunde is met andere woorden een deelgebied binnen de gynaecologie.

2.5.3 Kraamverzorgenden

De kraamzorg wordt bekostigd met een uurtarief. Naast het uurtarief kraamzorg (en partusassistentie) kunnen ook een aantal losse verrichtingen worden gedeclareerd zoals een intake of inschrijving.

2.6 Marktontwikkelingen

In deze paragraaf worden de marktontwikkelingen beschreven die hebben geleid tot de adviesaanvraag aan de NZa.

In 2003 blijkt uit de eerste Peristatstudie dat de perinatale sterfte in 1998–2000 in Nederland het hoogst is binnen de toenmalige Europese Unie. In 2004 blijkt dat de Nederlandse perinatale sterfte gedaald is van 10,9 (1999) naar 10,0 per duizend levend- en doodgeborenen (2004). In 2007 is de daling doorgezet naar 9,7 per duizend levend- en doodgeborenen, maar de daling verloopt langzamer dan in andere Europese landen. Naast de perinatale sterfte is de maternale sterfte en morbiditeit een probleem. Een aanzienlijke groep kinderen wordt geboren met gezondheidsproblemen doordat de zwangerschap niet goed is verlopen. De meest recente cijfers laten zien dat de daling zich nog steeds doorzet (9,4 per duizend levend en doorgeborenen in 2008). De perinatale à terme sterfte is in de periode 2001 – 2010 met 39% gedaald (3,9 per duizend naar 2,3 per duizend kinderen).[27]

Als gevolg van deze uitkomsten staat sinds begin 2008 de perinatale sterfte in Nederland hoog op de politieke en maatschappelijke agenda.

In de zomer van 2008 is de externe Stuurgroep zwangerschap en geboorte (verder: Stuurgroep) opgestart. De Stuurgroep beschrijft dat de perinatale sterfte voor minimaal 85% wordt bepaald door vier oorzaken (‘Big4’), te weten:

- Vroeggeboorte <32 weken (58%);
- Ernstig aangeboren afwijking (16%);
- Te laag geboortegewicht in vergelijking met de zwangerschapsduur (9%);
- Zuurstoftekort tijdens de geboorte (perinatale asfyxie) (6%).

[27] Perinatale audit: eerste verkenningen. A terme sterfte 2010. Stichting Perinatale Audit Nederland, november 2011.

In zijn advies heeft de Stuurgroep een groot aantal voorstellen gedaan om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, waarmee de (vermijdbare) perinatale sterfte en morbiditeit zou kunnen worden teruggedrongen.[28] Eén van deze zeven aanbevelingen richt zich op een betere samenwerking. Het hebben van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg aan zwangeren is volgens de Stuurgroep van belang voor het leveren van de juiste zorg op de juiste plek.

De minister heeft de adviezen van de Stuurgroep overgenomen en heeft naar aanleiding van de adviezen van de Stuurgroep besloten om € 8,1 miljoen beschikbaar te stellen voor onderzoek naar het terugdringen van babysterfte.[29]

Zo is bij ZonMw sinds juli 2011 het onderzoeksprogramma zwangerschap en geboorte ingesteld met als doel het verkrijgen van kennis die helpt de perinatale en maternale sterfte en morbiditeit in Nederland terug te dringen. ZonMw heeft eind 2011 een inschrijving geopend om subsidie te verstrekken aan professionals die met elkaar een regionaal, multidisciplinair samenwerkingsverband willen vormen waarin wordt gewerkt aan verbetering van de zorgpraktijk en waarin kennis daarover wordt ontwikkeld en verspreid. Ook gaat ZonMw onderzoek doen om de werking van geboortecentra te evalueren.

Ook heeft VWS besloten om het College Perinatale Zorg (CPZ) op te richten. Dit College moet de uitvoering van de Stuurgroepadviezen faciliteren en krijgt hiervoor drie jaar subsidie. Het CPZ is op 1 september 2011 van start gegaan. Het CPZ bestaat uit vertegenwoordigers van zwangeren, beroepsorganisaties, ziekenhuizen, kraamzorginstellingen en zorgverzekeraars. Het hoofddoel van het CPZ is om de vermijdbare maternale en perinatale sterfte in vijf jaar te halveren en hiertoe zijn zeven subdoelen geformuleerd:

- Het initiëren en coördineren van algemeen beleid ter bevordering van de geboortezorg met gebruikmaking van de resultaten uit PAN (Perinatale Audit Nederland), PRN (Stichting Perinatale Registratie Nederland) en relevant wetenschappelijk onderzoek.
- Zorgen dat landelijke multidisciplinaire richtlijnen, zorgstandaarden (waaronder de VIL) en zorgpaden worden ontwikkeld en het vaststellen hiervan.
- Zorgen dat landelijke richtlijnen en zorgstandaarden regionaal worden geïmplementeerd en lokaal worden uitgevoerd via bindende deelname aan regionale samenwerkingsverbanden.
- Het ontwikkelen en coördineren van een evenwichtige onderzoeksagenda voor geboortezorg door witte vlekken te inventariseren en voorstellen te doen voor aanvullend onderzoek.
- Het operationaliseren van de resultaten uit de landelijke perinatale audit, de perinatale registratie en relevant wetenschappelijk onderzoek.
- Het ontwikkelen van eenduidige preconceptionele, prenatale en postnatale voorlichting voor alle zwangeren.
- Het realiseren van een webbased platform/community voor zowel zwangeren, zorgverleners in het veld als communicatiemiddel vanuit het CPZ met de regio's en het stimuleren van het gebruik van digitale gegevensuitwisseling in de vorm van webbased dossiers van zwangeren.[30]

[28] Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 'Een goed begin', december 2009.
[29] Antwoorden op vragen over de begroting van VWS 2011, www.rijksoverheid.nl, november 2011.
[30] Plan van aanpak CPZ, www.collegepz.nl

– Een ander besluit als gevolg van het Stuurgroeprapport is de adviesaanvraag aan de NZa om te onderzoeken hoe samenwerking en gegevensoverdracht door middel van de bekostiging kan worden gestimuleerd.

2.6.1 Ontwikkelingen na het advies van de Stuurgroep

Sinds het verschijnen van het Stuurgroeprapport is het veld volop in beweging om de geboortezorg te verbeteren. Het veld heeft de adviezen van de Stuurgroep omarmd. In veel regio's zijn initiatieven ontstaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren waarbij betere samenwerking het sleutelwoord is.[31] Landelijke en regionale projecten zijn gestart. In het onderstaande kader is een korte omschrijving opgenomen van een aantal samenwerkingsinitiatieven rondom geboortezorg die in de afgelopen jaren zijn ontstaan en welke de NZa in de afgelopen maanden een bezoek heeft gebracht.

Kader 1. Voorbeelden samenwerking

Nijmegen
Acht verloskundige praktijken hebben het Geboortehuis NEO opgericht in combinatie met het Canisius-Wilhelmina-ziekenhuis. Er is geen poliklinische bevalling meer mogelijk in het ziekenhuis, hiervoor is het Geboortehuis. Samenwerking gaat zich uiten in het geven van gezamenlijke voorlichting door verloskundigen en gynaecologen, uitwerking van zorgpaden, één elektronisch patiëntendossier en het stroomlijnen van de acute zorg.

Tilburg
Het St. Elisabeth ziekenhuis, twee eerstelijns verloskundige praktijken en kraamhotel Thebe zijn een samenwerkingsverband aangegaan in de regio Tilburg. Medio 2012 wordt een integraal verloskundig centrum geopend. Dit bevordert de fysieke samenwerking. Samenwerking moet zich verder gaan uiten door het bespreken van alle zwangeren met een gynaecoloog. De verloskundige voert de intake uit. Alle zorg wordt uitgeschreven in zorgpaden waarbij de gezamenlijke verantwoordelijkheid voorop staat.

Op een andere plek in Tilburg is een transmuraal samenwerkingsverband opgericht met als doel om op het juiste moment een zwangere van de eerste naar de tweede lijn te sturen. Wekelijks vindt multidisciplinair overleg (MDO) plaats tussen verloskundigen en gynaecologen van het Tweestedenziekenhuis om een betere risicoselectie toe te passen en waar nodig extra controles in te voeren. De verloskundigen selecteren de vrouwen die ze in het MDO willen bespreken. In de toekomst willen de deelnemers inzetten op het geven van gezamenlijke voorlichting en het gezamenlijk bespreken van alle zwangeren. De gynaecologen willen in de toekomst gaan werken met de pre-intake zoals verloskundigen dit uitvoeren (uitgebreide sociale beschrijving).

Amsterdam
In Amsterdam is enige jaren geleden de samenwerking gestart met als doel om de echo's voor zwangeren goed te faciliteren. In 2011 gaan twee verloskundepraktijken in nauwe samenwerking met de unit Gynaecologie / Verloskunde van het OLVG als één nieuwe praktijk verder met een nieuwe naam: Verloskundecentrum NOVA Amsterdam. NOVA is een proeftuin voor de werkprocessen die worden aanbevolen in het Stuurgroeprapport.

[31] www.goedgeboren.nl

Samenwerking uit zich in een gezamenlijke intake waarbij de gynaecoloog de laatste 5 minuten deelneemt aan de intake die de verloskundige uitvoert. Verloskundigen en gynaecologen bepalen daarbij samen wat de beste begeleiding en behandeling is. Men werkt volgens dezelfde protocollen en vanuit hetzelfde medische dossier (in de toekomst wil men dit elektronisch maken). Verder organiseren de aanbieders gezamenlijke voorlichtingsbijeenkomsten. Ondertussen is de bouw gestart van 22 bevalsuites.

Tiel
In Tiel werken zeven verloskundige praktijken en het Ziekenhuis Rivierenland samen aan het project 'de zwangere centraal' (gestart in april 2011). Op dit moment is men bezig met het uitwerken van casemanagement en het formuleren van een multidisciplinaire visie op zorg. Hierbij wordt met vijf thema's gewerkt: zwangere vrouwen met overgewicht, zwangere allochtone vrouwen, zwangere vrouwen met een lage SES, zwangere tieners en zwangere vrouwen met psychosociale klachten. Deze thema's worden vertaald naar protocollen.
Verder wil men aan preventie van zorg veel aandacht besteden, in samenwerking met huisartsen en GGD.

Apeldoorn
Vanaf september 2012 geven vier bevallingskamers van het geboortecentrum in Apeldoorn zwangere vrouwen de mogelijkheid om in een huiselijke omgeving te bevallen, maar dan met één tussendeur verwijderd van het ziekenhuis. Dit is een samenwerkingsverband tussen Gelre ziekenhuizen Apeldoorn en verloskundigenpraktijk Gerrie van der Haar. Met de bouw van het geboortecentrum wordt geanticipeerd op mogelijke toekomstige eisen waarbij eerstelingen in het ziekenhuis geboren moeten worden. Het ziekenhuis werkt met alle praktijken in de regio samen. Alle zwangere vrouwen kunnen in het geboortecentrum terecht en houden hun eigen verloskundige en kraamhulp.
Samenwerking uit zich verder in een gezamenlijke intake waarbij ook aan iedereen dezelfde voorlichting wordt gegeven. Verder is er multidisciplinair overleg waarbij de professionals samen 'triage' uitvoeren, waarbij de professionals ook van elkaar leren. De controles worden uitgevoerd door de verloskundigen. Hiervoor is er ook op een andere locatie in de stad een spreekuurlocatie. Het voordeel van de nieuwe werkwijze is dat het makkelijker is om wanneer nodig toch even met de gynaecoloog te overleggen en dat het zorgpad per zwangere bekend is.

Rotterdam
Acht verloskundige praktijken en het Sint Franciscus Gasthuis zijn recent een project gestart om uit te werken hoe de professionals samen alle zwangere vrouwen kunnen bespreken. Het idee is dat het niet nodig is om dit voor alle zwangeren te doen.
Men wil gaan werken met een 'puntensysteem' dat het risico aangeeft. Het behandelproces van de zwangeren met een verhoogd risico wordt gezamenlijk besproken. Een ander projectdoel is om zorgpaden te ontwikkelen. Daarnaast werken de professionals mee aan het programma 'klaar voor een kind'. Het programma gaat vooral in op het geven van goede voorlichting zodat vrouwen zo gezond mogelijk aan hun zwangerschap beginnen en zo vroeg mogelijk naar de verloskundige gaan.

Roosendaal
ROOS is een samenwerkingsverband tussen gynaecologen en verloskundigen in Roosendaal. Zij organiseren gezamenlijk de perinatale zorg in de regio Roosendaal e.o.

Vanuit een poortgebouw voor het ziekenhuis in Roosendaal werken de gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen samen onder één dak, houden zij (gezamenlijke) spreekuur en maken zij echo's. De kraamzorg zit in het poortgebouw naast de afdeling van ROOS.
ROOS heeft twee verschillende zorgpaden ontwikkeld voor de twee uitersten van de behandelmogelijkheden: een zorgpad voor een ongecompliceerde bevalling begeleid door de verloskundige en een zorgpad voor een gecompliceerde bevalling begeleid door de gynaecoloog. In deze zorgpaden staat beschreven wat er wanneer door wie gebeurt gedurende de zwangerschap. Uitgangspunt hierbij is dat iedere zwangere vrouw recht heeft op dezelfde informatie. Dat betekent dat de verloskundige ook de intake en informatieverstrekking aanbiedt aan de zwangeren die door een gynaecoloog worden begeleid. Daarnaast worden per ziektebeeld/complicatie (afwijkende) zorgpaden uitgewerkt. Dit zijn varianten op de twee uiterste zorgpaden die al zijn ontwikkeld. Verder is er een gemeenschappelijk dossier ontwikkeld voor gynaecologen en verloskundigen.

Bron: NZa

Verder heeft de sector verschillende richtlijnen ontwikkeld. In de zomer van 2011 is de verloskundige indicatielijst (VIL) aangepast op een aantal onderdelen.[32] De VIL wordt door de verloskundige gebruikt als richtlijn voor risicoselectie. Per 1 januari 2012 zijn alle perinatale professionals verplicht om deel te nemen aan de PAN. De IGZ ziet toe op deze norm middels een vragenlijst aan de ziekenhuizen.[33] De perinatale audit is een middel om gevallen van perinatale sterfte op een gestructureerde wijze te bespreken en om substandaard zorg op te sporen. Het doel hiervan is om communicatie en samenwerking te verbeteren tussen de betrokken professionals. Uiteindelijk moet de perinatale audit leiden tot het doorvoeren van verbeteringen in de geleverde zorg door het maken van nieuwe lokale afspraken.

Per 1 juli 2012 moet elke ziekenhuisregio een verloskundig samenwerkingsverband (vsv) hebben. IGZ ziet hier op toe.[34]
Een vsv is een actief regionaal samenwerkingsverband rondom het ziekenhuis, waarin gynaecologen, verloskundigen en het ziekenhuis zijn vertegenwoordigd. Op termijn moeten in de vsv ook de kraamzorginstellingen, kinderartsen en verloskundig actieve huisartsen deelnemen. Het vsv heeft de volgende taken:

- Afspraken maken over de kwaliteit van de zorg aan zwangeren, pasgeborenen en pas bevallen vrouwen;
- Afspraken maken over de organisatie van de plaatselijke zorgketen, met duidelijke afspraken over wie wanneer verantwoordelijk is voor de zorg;
- Casuïstiekbespreking.

Ook zijn de resultaten van de eerste meting van de perinatale auditgegevens bekend gemaakt. De PAN concludeert dat het tij gekeerd is: in het verleden zetten velen zich in voor de verbetering van delen van de perinatale zorg, maar het ontbrak aan een systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg. Sinds begin 2010 voeren bijna alle verloskundige samenwerkingsverbanden perinatale audits uit.

[32] www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/multidisciplinaire-richtlijnen-verloskunde/samenvatting/
[33] Brief IGZ. Aankondiging inventarisatie implementatie advies stuurgroep zwangerschap en geboorte, 13 juli 2011.
[34] Brief IGZ. Aankondiging inventarisatie implementatie advies stuurgroep zwangerschap en geboorte, 13 juli 2011.

De lokale aanbevelingen zijn lokaal te implementeren en de landelijke meting geeft informatie over de zaken die een rol spelen bij à terme sterfte. Het rapport geeft aanbevelingen voor de toekomst.
Verder blijkt uit perinatale registratie dat babysterfte voor 75% voorkomt in de zwangerschap t/m de 37e week en maar voor 25% in de laatste fase van de zwangerschap.[35]

[35] Perinatale audit: eerste verkenningen. A terme sterfte 2010. Stichting Perinatale Audit Nederland, november 2011.

3. Rol NZa

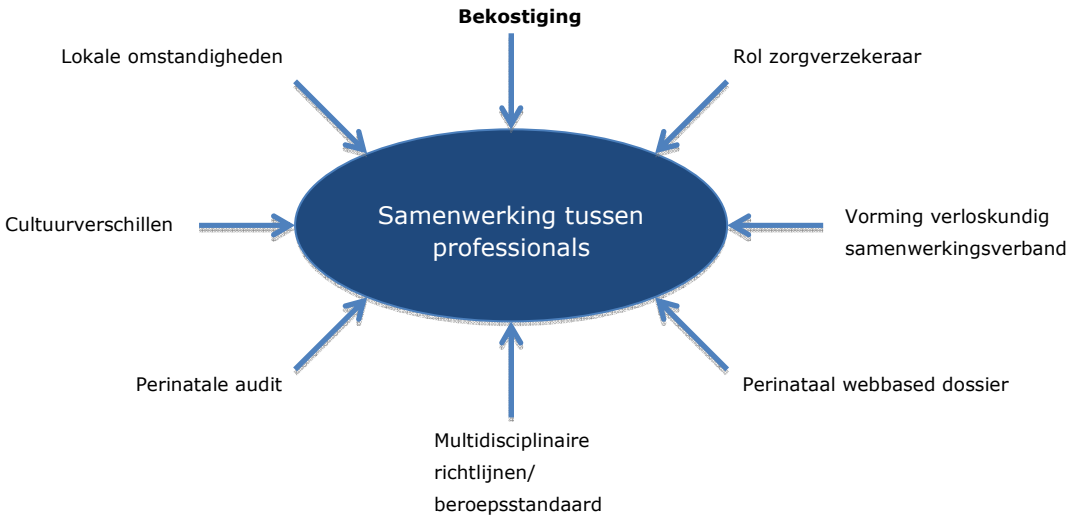
Dit hoofdstuk zoomt in op de rol van de NZa bij samenwerking en het juridisch kader van de NZa.

3.1 Samenwerking nader bekeken

De minister vraagt de NZa om te onderzoeken hoe samenwerking en gegevensoverdracht door middel van de bekostiging kan worden gestimuleerd. De NZa concludeert op basis van de ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden na het uitkomen van het Stuurgroepadvies, dat de sector hard werkt aan het verbeteren van de zorg en dat er een groeiend besef is dat samenwerking rondom de zwangere een voorwaarde is om betere resultaten te behalen. Het onderzoeksprogramma van ZonMW zal hier ook een incentive voor geven. Uit de gesprekken met de lokale samenwerkingsinitiatieven is gebleken dat elk samenwerkingsverband een andere invulling geeft aan samenwerking en de verloskundige keten. Dit komt onder andere door de regionale zorgvraag en andere lokale omstandigheden. De organisatie van de samenwerking is ook op verschillende wijzen vormgegeven. Een algemene indruk is ook dat deze samenwerkingsvormen nog in ontwikkeling zijn en mogelijk in ontwikkeling blijven.

Samenwerking zal door de aanbieders zelf lokaal tot stand moeten komen. Dit is geen simpel proces. Er kunnen omstandigheden zijn die dit bemoeilijken. Samenwerking vergt vertrouwen in en respect voor elkaars professies en komt niet van de ene op de andere dag tot stand. De deelnemers moeten gemotiveerd zijn om samen de verantwoordelijkheid voor de zorg op zich te nemen en zo van elkaar te leren en open te staan voor andere ideeën. In figuur 4 is weergegeven welke factoren van invloed kunnen zijn op de samenwerking tussen de professionals.

Figuur 4. Factoren die een rol spelen bij samenwerking



Bron: NZa

Het is belangrijk te beseffen dat veel van deze factoren op het terrein van de individuele zorgaanbieders, de vsv's en het CPZ liggen.

Slechts de bekostiging ligt direct op het werkterrein van de NZa en het toezicht op verzekeraars en aanbieders voor wat betreft de naleving van wet- en regelgeving zoals de invulling van de zorgplicht door verzekeraars. De bekostiging van de zorg is daarbij voornamelijk ondersteunend in dit proces. Het effect dat een aanpassing van (alleen) de bekostiging kan hebben op de totale kwaliteit van zorg is dan ook beperkt. Er bestaat geen één-op-één relatie tussen bekostiging en samenwerking.

3.2 Juridisch kader

De bevoegdheden die de NZa heeft op het gebied van regulering en bekostiging vinden hun grondslag in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Geboortezorg valt onder de Wmg. Op grond van artikel 16 van deze wet is de NZa onder andere belast met "marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering, op het terrein van de gezondheidszorg". Daarnaast houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet (Zvw), onder meer met betrekking tot de zorgplicht, acceptatieplicht en verbod premiedifferentiatie.

De Wmg is geen planningswet of kwaliteitswet. De NZa kan gezien haar wettelijke bevoegdheden niet rechtstreeks sturen op (afspraken over) kwaliteit of samenwerking. Als samenwerking niet tot stand komt, kan de NZa niet voor naleving zorgen. Dit is aan de betrokken marktpartijen. Ook door het beschrijven van een ketenprestatie an sich kan samenwerking niet worden afgedwongen. Hoewel duidelijk is dat de beslissingen van de NZa zorgaanbieders in staat moeten stellen om voldoende kwaliteit te leveren en in dat kader ook afspraken te maken over samenwerking, stelt de NZa hier zelf geen normen voor. Normen voor de kwaliteit van de zorg worden gesteld en bewaakt door de verschillende beroepsgroepen zelf en de Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de naleving ervan. De Nederlandse Mededingingsautoriteit ziet er op toe dat afspraken over samenwerking en informatie-uitwisseling tussen marktpartijen stroken met de bepalingen uit de Mededingingswet.

3.2.1 Tarief- en prestatieregulering

Op grond van artikel 35 Wmg is het verboden om een niet door de NZa vastgestelde prestatie in rekening te brengen of te vergoeden. Om rechtsgeldig een tarief in rekening te kunnen brengen, is het dan ook noodzakelijk dat de NZa een prestatiebeschrijving vaststelt, waarbij ook de tariefsoort wordt vastgesteld. Daarbij kan de NZa kiezen voor een vast tarief, een bandbreedtetarief en een vrij tarief.

Bij het vaststellen van tarieven en prestatiebeschrijvingen kan in meer of mindere mate ruimte worden geboden aan de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor onderlinge afspraken. Wanneer de NZa besluit om aan een prestatiebeschrijving een vast tarief te verbinden, hebben partijen geen ruimte meer om over het tarief te onderhandelen. In geval van een vrij tarief hebben zij juist alle ruimte om met onderlinge afspraken tot een passende prijsafspraak te komen. Daarnaast kan de prestatiebeschrijving uit een vaststaande, gedetailleerde omschrijving van de zorg bestaan, maar ook bepalen dat partijen in een overeenkomst zelf afspraken mogen maken over de precieze inhoud van de te leveren zorg.

In het geval er sprake is van wijziging van een tariefsoort of tarifering van een nieuwe prestatie, dan is een aanwijzing van de minister noodzakelijk. Hiervoor geldt een speciale procedure die is beschreven in de artikelen 7 en 8 van de Wmg.

3.2.2 Afwegingskader vaststelling prestaties en tarieven

Bij de besluitvorming over de te hanteren prestatiebeschrijving en tariefsoort zal onder andere worden gekeken naar de aard van de zorg en de onderlinge verhoudingen tussen de betrokken marktpartijen. Wanneer het een duidelijke vorm van zorg betreft die vooraf goed kan worden afgebakend, kan worden gekozen voor een meer uitgewerkte prestatiebeschrijving. Wanneer de inhoud en omvang van de te leveren en declareren prestatie op voorhand (nog) niet goed kan worden afgebakend of een afbakening een remmende werking zou hebben op innovatie en creativiteit ligt het voor de hand voor de hand om een meer open formulering te kiezen voor een prestatiebeschrijving.

Bij de besluitvorming over de te hanteren prestatiebeschrijving en tarief wordt ook aandacht besteed aan de publieke belangen die zijn gelegen in kostenbeheersing, transparantie en zonodig bescherming van de positie van de consument. De NZa kan deze belangen ook borgen met aanvullende regelgeving, bijvoorbeeld door te bepalen dat voor een vorm van zorg een grensbedrag geldt of door transparantie- en declaratievoorschriften vast te stellen. Uiteindelijk dient het totaal van de vastgestelde prestaties en tarieven een voldoende aanbod van verzekerde zorg te faciliteren dat strookt met de bovenstaande publieke belangen.

3.3 Conclusie rol en mogelijkheden NZa

Al met al concludeert de NZa dat een betere samenwerking één van de adviezen is van de Stuurgroep, dat een betere samenwerking tot stand moet komen door de sector en dat de bekostiging van de zorg hier slechts een ondersteunende rol speelt. De rol van de NZa bij het stimuleren van samenwerking lijkt dan ook beperkt. De vraag die dan belangrijk is om te stellen is of de huidige wijze van bekostiging samenwerking in de weg staat en of een aanpassing van de bekostiging de samenwerking verder kan stimuleren. Vanuit deze invalshoek beschrijft de NZa in het volgende hoofdstuk (4) de mogelijke knelpunten in de bekostiging.

4. Knelpunten in bekostiging

Dit hoofdstuk geeft op hoofdlijnen een overzicht van prikkels in de huidige bekostiging die kunnen leiden tot knelpunten in de samenwerking tussen zorgprofessionals.

4.1 Knelpunten bestaande bekostiging

In het vooronderzoek heeft de NZa een groot aantal zorgprofessionals, organisaties en belangenvertegenwoordigers geïnterviewd. Dit leidde tot een breed inzicht aan prikkels in de huidige bekostiging die mogelijk kunnen leiden tot knelpunten in de samenwerking in de praktijk. Deze knelpunten zijn uitgebreid besproken met de sector. De NZa concludeert dat er drie knelpunten in praktijk voorkomen. De andere knelpunten worden in praktijk op dit moment niet herkend of zijn knelpunten die inherent zijn aan het bestaande bekostigingsmodel en niet specifiek voor de geboortezorg bestaan.

4.1.1 Bekostiging faciliteert samenwerking onvoldoende

De eerstelijns en tweedelijns verloskundige zorg en kraamzorg hebben verschillende bekostigingssystemen. De huidige schotten in de bekostiging kunnen leiden tot versterking van individuele financiële belangen in plaats van de totstandkoming van samenwerking tussen zorgprofessionals.

Voor een goede samenwerking is gezamenlijk overleg nodig tussen verloskundigen en gynaecologen over het (medische) beleid van de zwangeren die zij begeleiden. Voorbeelden van overlegmomenten zijn de bespreking van het zorgpad gedurende de zwangerschap en de locatie van de bevalling. In kader 1 in hoofdstuk 2 zijn vele voorbeelden van samenwerking gegeven. De extra tijd die in (de coördinatie van) deze samenwerking wordt gestoken wordt in de huidige bekostiging volgens aanbieders niet of onvoldoende beloond. De gynaecoloog krijgt deze overlegmomenten niet betaald, omdat hiervoor geen face-to-face contact met de zwangere vrouw plaatsvindt en in een DBC-zorgproduct minimaal éénmaal sprake moet zijn van een face-to-face contact met de medisch specialist. De verloskundige krijgt een vergoeding op basis van tijd. Deelname aan een multidisciplinair overleg kan voor de verloskundige tot een probleem leiden, wanneer hier structureel extra tijd voor nodig is en in het tarief geen rekening is gehouden met deze extra tijd.

Daarnaast geven de aanbieders aan dat goede samenwerking vraagt om mogelijkheden voor taakherschikking, zodat verloskundigen taken kunnen overnemen van de gynaecoloog (en vice versa) en kraamverzorgenden taken kunnen overnemen van de verloskundige. Een voorbeeld van taakherschikking van gynaecoloog naar een (eerstelijns) verloskundige is het overnemen van een aantal voorlichtingsactiviteiten of de begeleiding van een zwangere vrouw met een medium of hoog risico. Door betere samenwerkingsafspraken en (eventueel) extra scholing kan ook de eerstelijns verloskundige deze vrouwen begeleiden en de gynaecoloog inschakelen als het noodzakelijk is.

Een voorbeeld van taakherschikking van de verloskundige naar de kraamverzorgende is het afleggen van een huisbezoek rond de 34ste week van de zwangerschap.

Het huisbezoek door een verloskundige is bedoeld om te beoordelen of een vrouw verantwoord thuis kan bevallen. Een kraamverzorgende kan voor de kraamzorgintake ook een huisbezoek afleggen en de beoordeling van de locatie daarin meenemen. Het huidige bekostigingsysteem biedt nog onvoldoende ruimte voor de herschikking van (extra) taken.

4.1.2 Dubbele bekostiging kraamzorg

De kraamzorg wordt deels bekostigd per uur en deels bekostigd aan de hand van een aantal extra prestaties (inschrijving, intake en partusassistentie). Partijen geven aan dat de bekostiging van de partusassistentie door een kraamverzorgende in het ziekenhuis niet goed geregeld is. Hetzelfde probleem speelt als een ziekenhuis een geboortecentrum exploiteert.[36] De kraamzorg mag volgens de declaratieregels geen kosten in rekening brengen aan het ziekenhuis als een ingehuurde kraamverzorgende assisteert bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie, aangezien de kraamverzorgende alleen mag declareren aan de verzekeraar of aan de patiënt. In het bedrag van het overig product (OP) van de poliklinische bevalling zit al een component voor de partusassistentie door een verpleegkundige. De NZa vond dat partijen bij de inzet van een kraamverzorgende als partusassistentie een lager tarief af kunnen spreken voor een poliklinische bevalling (kostendeel) en de partusassistentie door de kraamverzorgende kan daarnaast apart gedeclareerd worden aan de verzekeraar/patiënt. De NZa heeft recent van partijen begrepen dat uitvoeringsproblemen bestaan bij het maken van dergelijke afspraken. De NZa is in overleg met partijen om knelpunten in de uitvoering op te lossen.

4.1.3 Eigen bijdrage

Zwangeren moeten een eigen bijdrage betalen als ze poliklinisch (zonder medische indicatie) in een ziekenhuis of geboortecentrum willen bevallen. Het is een belemmering voor de zwangeren met beperkte financiële middelen om deze eigen bijdrage te betalen, waardoor zij mogelijk niet kiezen voor de meest gewenste plek om te bevallen. Hiermee lijkt de toegankelijkheid van zorg in het geding te komen. Tegelijkertijd geeft de eigen bijdrage een prikkel om te sturen op een medische indicatie (bijvoorbeeld door het vragen om pijnbestrijding), zodat geen eigen bijdrage hoeft te worden betaald.[37] De NZa constateert hierbij dat de hoogte van het wettelijk verplicht eigen risico lager is dan de eigen bijdrage. Ook vanuit deze optiek bestaat een prikkel om te sturen op overdracht naar de tweedelijnszorg.

Daarnaast is dit knelpunt belangrijk omdat onder de zwangeren met beperkte financiële middelen juist ook de groep zwangeren uit achterstandsituaties is vertegenwoordigd. De Stuurgroep geeft aan dat het bereiken van de zorg voor de groep zwangeren uit achterstandsituaties niet optimaal is, mede vanwege financiële drempels.

Ook de eigen bijdrage voor kraamzorg is voor vrouwen met beperkte financiële mogelijkheden een belemmering, wat kan leiden tot het niet afnemen van kraamzorg.

[36] Het ziekenhuis declareert dan meestal het poliklinisch tarief in plaats van de module geboortecentrum.
[37] Uit werkbezoeken blijkt dat vrouwen in regio's met schaarse poliklinische bevalmogelijkheden ook sturen op een medische indicatie om garantie te hebben voor een bevalling in een ziekenhuis.

De eigen bijdrage valt buiten het wettelijk instrumentarium van de NZa en komt daarom als aandachtspunt terug in hoofdstuk 6, paragraaf 6.3.

4.1.4 Andere mogelijke knelpunten

In een serie interviews, een consultatiebijeenkomst en aan de hand van bestaand kwantitatief onderzoek is geanalyseerd in hoeverre de door de NZa gesignaleerde knelpunten ook daadwerkelijk in de praktijk naar voren komen. De reacties van verschillende partijen duiden er op dat bepaalde mogelijke knelpunten op dit moment niet in de praktijk worden waargenomen. Daarnaast zijn bepaalde knelpunten niet specifiek een knelpunt voor de geboortezorg. Hierbij gaat het om de volgende knelpunten:

- Zwangere wordt te laat overgedragen naar de tweede lijn;
- Zwangere wordt onnodig in de tweede lijn begeleid;
- Upcoding;
- Dubbele bekostiging eerste- en tweedelijns geboortezorg.

Deze knelpunten zijn in bijlage 3 toegelicht.

5. Advies over bekostigingsinstrumenten

In dit hoofdstuk worden bekostigingsinstrumenten beschreven die een oplossing kunnen bieden voor de aanpak van de knelpunten middels de bekostiging, met inachtneming van hetgeen in hoofdstuk 3 over de rol en bevoegdheden van de NZa is beschreven.

De NZa merkt op dat elk bekostigingsmodel voor- en nadelen heeft. Het aanpassen van de bekostiging vanwege een bepaald knelpunt kan leiden tot andere knelpunten. Als uitgangspunten om te bepalen welk instrument ingezet kan worden hanteert de NZa de volgende sturingsprincipes:

- Stel de werking van het zorgstelsel centraal.
- Los het probleem op vanuit de meest geëigende rol (regulering, toezicht/handhaving, advisering).
- Treed pas op als de markt het probleem niet zelf kan oplossen en aannemelijk is dat NZa-ingrijpen tot een verbetering leidt.
- Leg verantwoordelijkheid zo veel mogelijk neer bij veldpartijen.
- Hou het zo eenvoudig mogelijk.
- Zorg voor een zo maximaal mogelijk effect met inzet van een zo licht mogelijke, doch passende maatregel.
- Regelgeving moet handhaafbaar, rechtmatig en evalueerbaar zijn.

5.1 Integrale bekostiging

De minister vraagt in de adviesaanvraag aan de NZa of integrale bekostiging een geschikt middel is om samenwerking in de geboortezorg te stimuleren. Op dit vraagstuk gaat de NZa in deze paragraaf in.

Met integrale bekostiging wordt een zorgprogramma of een zorgketen bekostigd. De zorg wordt geleverd door een samenwerkingsverband van zorgaanbieders die zowel zelfstandig en als groep functioneren, waarbij het zorgproces van de patiënt centraal staat en integraal wordt aangeboden. Dit biedt de betrokken partijen de mogelijkheid om de zorg op de juiste plek te leveren en de daarbij behorende middelen zo optimaal mogelijk in te zetten. Het ketenzorgproces bevat de opeenvolgende stappen van hulpvraag tot zorgverlening. Het gaat over de zorg die, vanuit het perspectief van de zwangere, een continu karakter heeft door het afstemmen en samenwerken van de betrokken beroepsgroepen en zorgaanbieders. De zorg gaat over de schotten van eerste en tweede lijn heen.

Op dit moment bestaat integrale bekostiging voor de zorg aan patiënten met Diabetes Mellitus type 2 (DM2), COPD of cardiovasculair risicomanagement (VRM). De prestatiebeschrijving sluit aan bij de landelijke zorgstandaard voor deze vormen van zorg. Deze zorg moet minimaal worden geboden om het ketenbedrag in rekening te mogen brengen. Alle aanbieders die betrokken zijn bij de zorg worden betaald op basis van één (kwartaal)tarief per chronische patiënt. Het (vrije) tarief reflecteert de gemiddelde prijs voor de variëteit aan handelingen die noodzakelijk zijn voor het leveren van zorg. Bij deze integrale bekostiging wordt gewerkt met hoofd- en onderaannemerschap: de hoofdaannemer (vaak een zorggroep) onderhandelt met de verzekeraar over het tarief per patiënt en de te leveren zorg en onderhandelt met de aanbieders uit de keten (de onderaannemers) over wie welk deel van het ketentarief krijgt voor het deel van de zorg dat de onderaannemer levert.

Gegeven de wens om te komen tot samenwerking en betere coördinatie tussen verschillende aanbieders van geboortezorg in de eerste en tweede lijn, lijkt integrale bekostiging op het eerste gezicht voor de hand te liggen: de zorgaanbieders delen samen de verantwoordelijkheid voor de zorg en leveren een integraal zorgaanbod waarbij de patiënt centraal staat. Vanuit de inhoud beredeneerd is dit het ideaalbeeld. De bekostiging gaat echter niet over zorginhoud, maar over het geld dat met de zorg gemoeid is. Ketenbekostiging dwingt zorgaanbieders om financiële afspraken te maken over de gezamenlijke zorglevering. Het dwingt echter niet betere en gedeelde zorg af. De beroepsgroep KNOV heeft dit treffend verwoord in een reactie aan de NZa: *'Het is een illusie om te denken dat verbeteringen in de zorg tot stand komen door een andere manier van betalen of met de keuze om alle ketenpartners in één organisatie onder te brengen'.*

De geboortezorg is anders van aard dan de zorg die reeds integraal bekostigd is: de geboortezorg is kortdurend en niet chronisch, het aantal cliënten is niet beïnvloedbaar door de zorgaanbieders[38] en de aanbieders leveren zorg die in elkaars verlengde zit of substitueerbaar is in plaats van ieder een apart deel van de keten.[39] Daarbij ontbreekt op dit moment een zorgstandaard voor de geboortezorgketen.[40] Dat is juist één van de zaken waar de sector de komende jaren mee aan de slag gaat.

Voor integrale bekostiging moet een bedrag per zwangere voor de totale zorg worden berekend. Vragen die daarbij gesteld moeten worden voorafgaand aan invoering zijn niet zo eenvoudig te beantwoorden:

- Welke aanbieders en welke zorgstandaard moeten onderdeel zijn van de keten? Vallen complicaties onder het ketenbedrag? Vallen alle vrouwen onder de keten of vrouwen die alleen eerstelijnszorg of alleen tweedelijnszorg krijgen niet? Bij de integrale bekostiging DM2 zijn complicaties en exacerbaties buiten de keten gehouden, net als farmacie en diagnostiek.
- Er lijkt een behoorlijke variatie aan zwangerschappen en bevallingen te bestaan. Zo zijn de kosten voor een klinische bevalling met sectio beduidend hoger dan een thuisbevalling. Hoe wordt het gemiddelde bedrag bepaald? Leidt dit tot verschillende ketenbedragen en wordt daarmee het model van integrale bekostiging weer teniet gedaan? Of komt er voor ieder denkbaar traject een apart zorgproduct? Maakt dit het model niet complexer dan de bestaande bekostiging?
- Blijven de huidige prestaties bestaan naast een integrale prestatie?
- Wie bepaalt het ketentarief?
- Wie onderhandelt er namens de ketenpartners?
- Hoe worden de gelden binnen de keten verdeeld?
- Welke rechtsvorm is nodig?

Een ander vraagstuk zal zijn voor welke zwangere die ketenzorg krijgt op basis van een gemiddeld tarief een (wettelijk) eigen risico dan wel eigen bijdrage van toepassing is. De huidige regelgeving gaat uit van schotten in de zorg, respectievelijk de verzekerde aanspraak.

[38] Dit wordt genoemd omdat het één van de doelen van de bestaande integrale bekostiging is om te voorkomen dat patiënten met een verhoogd risico op diabetes, COPD of hart- en vaatziekten ook daadwerkelijk de zorg ontwikkelen. Preventie in de verloskundige zorg is gericht op een zo gezond mogelijke zwangerschap, niet op het voorkomen van zwangerschappen.
[39] Waarbij uiteraard de inzet van een praktijkondersteuner in plaats van de huisarts voor diabeteszorg wel substitutie van zorg is.
[40] Wel bestaan monodisciplinaire richtlijnen voor verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden.

Partijen geven massaal aan dat de komende jaren aan verbeteringen van de inhoud van geboortezorg gewerkt moet worden.
Een grote zorg van partijen is dat de 'verdeling van de middelen achter de voordeur' discussie en onenigheid in de hand werkt over wie welk deel van het ketentarief krijgt, afleidt van de inhoudelijke vraagstukken, leidt tot verminderde inkomsten en verlies van autonomie. Zij schatten in dat invoering van integrale bekostiging eerder complicerend zal werken dan dat het de samenwerking in de zorg bevordert.

Aanbieders en verzekeraars hebben uitgesproken dat integrale bekostiging het sluitstuk kan zijn van de inhoudelijke verbeteringen die nu worden ingezet, maar niet de start. Met deze opvatting is de NZa het eens. Bekostiging is in het algemeen het sluitstuk van reorganisatie van de onderlinge samenwerking en niet de motor. In de tijd gezien zijn de volgende stappen te onderscheiden:

1. Starten van samenwerking en informatie-uitwisseling (medisch inhoudelijk/ op grond van kwaliteitseisen);
2. Formaliseren van de samenwerking (convenant, contract, rechtspersoon);
3. Financiële afspraken maken (kan parallel aan stap 2);
4. Besluit om als 1 rechtspersoon of samenwerkingsverband te werken (met behoud zelfstandig declaratierecht);
5. Besluit om als 1 contractpartner met verzekeraar te onderhandelen (met opgeven van individuele declaratierechten);
6. Integrale prestatie/tarief.

De meeste samenwerkingsinitiatieven die de NZa heeft gesproken zitten in fase 1 en 2. Het (verplicht) invoeren van een integrale prestatie en tarief zal naar verwachting het proces niet bespoedigen. Ook speelt de verzekeraar tot nu toe een (te) bescheiden rol.

Daarnaast is het nog onduidelijk wat de effecten zijn van de huidige vormen van integrale bekostiging. Voor DM2, COPD en VRM is integrale bekostiging als proef ingevoerd, nadat eerder enige jaren de zorg alleen 'integraal' bekostigd werd vanuit de beleidsregel innovatie. Andere bekostigingsmethoden zijn nog steeds mogelijk voor het declareren van deze zorg (zoals een koptarief voor coördinatie van zorg of de bestaande 'losse' bekostiging van de betrokken aanbieders). In 2012 zal de minister het beleid rondom integrale bekostiging verder bepalen op basis van het advies van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging en de marktscan ketenzorg van de NZa. Deze rapporten zullen belangrijke informatie geven. Zo zijn de geluiden in de markt (o.a. van verzekeraars) dat de totale kosten voor deze zorg de afgelopen jaren flink zijn gestegen zonder dat daar een meetbare kwaliteitsverbetering tegenover staat. Het lijkt te vroeg om vóór de resultaten van deze evaluatie bekend zijn en het beleid verder is bepaald de keuze te maken om integrale bekostiging voor de geboortezorg in te voeren.

Wel voorziet de NZa reeds enkele mogelijk negatieve effecten:

- Afhankelijk van het aantal ketenaanbieders in een regio kan integrale bekostiging de keuzemogelijkheid voor de zwangere vrouw en de verzekeraar beperken. Een voorbeeld ter illustratie: wanneer een bevalling start in de eerste lijn, maar door medische noodzaak overgaat naar de tweede lijn, kan het (samenwerkende) ziekenhuis vol zitten en zal uitgeweken moeten worden naar een ziekenhuis dat mogelijk niet aangesloten is bij de ketenorganisatie. Ook kan het zijn dat de vrouw zelf een andere voorkeur heeft voor een ziekenhuis dat niet is aangesloten bij de keten.
- Binnen een keten zal waarschijnlijk de aanbieder die het merendeel van de kosten maakt de meeste zeggingskracht krijgen. Dat is bij geboortezorg de gynaecoloog.

Dat kan leiden tot een onderlinge scheve (machts)verdeling.
- Een ander negatief effect kan de mogelijke uitsluiting van zorgaanbieders zijn en het creëren van toetredingsdrempels voor nieuwe spelers op de markt. Bij een integrale bekostiging van de verloskundige keten wordt een zorgaanbieder als het ware verplicht om deel te nemen aan het samenwerkingsverband/de ketenorganisatie. Geen deelname betekent geen inkomsten.
- Door de verplichting dat elke regio een expliciet en functionerend verloskundig samenwerkingsverband moet hebben, is het de verwachting van de NZa dat dit vsv de enige aanbieder van ketenzorg zal zijn bij invoering van integrale bekostiging. Deze aanbieder fungeert dan feitelijk als monopolist, waardoor de verzekeraar geen andere keuze zal hebben dan deze aanbieder te contracteren. Dit is een risico voor marktmacht en kan leiden tot een te hoge prijs.
- Een negatief effect van integrale bekostiging kan het risico op onderbehandeling zijn. De zorgaanbieder heeft de prikkel om zo weinig mogelijk activiteiten te verrichten voor het vaste ketenbedrag. Extra activiteiten zijn financieel niet lonend.
- Het zal van de sector veel inspanning en administratieve lasten vergen om over te gaan op een systeem van integrale bekostiging. Samenwerking kan ook verbeterd worden door andere methoden dan een (verplichte) andere organisatiestructuur. De vraag is of deze inspanningen wel in verhouding staan tot het probleem.

5.1.1 Conclusie integrale bekostiging

Al met al concludeert de NZa dat de markt nog niet rijp is voor invoering van integrale bekostiging voor geboortezorg en dat een dergelijke bekostiging tot een aantal negatieve effecten kan leiden. Het advies van de NZa is om op korte termijn geen landelijke integrale bekostiging voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte in te voeren.

5.1.2 Experiment(en) integrale bekostiging

De NZa vindt wel dat er voldoende ruimte moet zijn voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om lokaal een eigen visie op bekostiging en organisatie te ontwikkelen en toe te passen door middel van experimenten. Er zijn verschillende partijen die aangeven te willen experimenteren met integrale tarieven. De experimenten die in opdracht van ZonMw worden uitgevoerd zijn inhoudelijk van aard en bieden niet de mogelijkheid om een integraal tarief te hanteren, aangezien daarvoor geen prestatie bestaat. De NZa biedt graag deze ruimte.

De bekostiging van de integrale geboortezorg (op experimentele basis) kan gestalte krijgen via de bestaande beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. In dat geval bepaalt het lokale speelveld uit welke actoren de keten van geboortezorg bestaat en welke hoogte van het (integrale) tarief wordt overeengekomen. Het tarief is vrij onderhandelbaar. Deze beleidsregel is bij uitstek geschikt om in te zetten voor multidisciplinaire zorg waarbij de bestaande schotten tussen eerste en tweede lijn in de bekostiging worden doorbroken. Hiermee stelt de NZa ook geen voorwaarden aan de gewenste organisatievorm, zodat er voldoende ruimte is voor partijen om de samenwerking (op lokaal niveau) vorm te geven.[41]

[41] Meer informatie over het starten van een experiment via de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' is terug te vinden via de website van de NZa: ww.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/innovatie/experimentinnovatie/experiment-innovatie

Daarnaast kan de minister ook overwegen om een Wmg-experiment te starten en hiertoe de NZa een aanwijzing toesturen. Nadeel van dit instrument is dat de minister (in samenwerking met de NZa) de criteria en de uitwerking voor het experiment gedetailleerd moet uitwerken. Die uitwerking is juist onderdeel van de nog uit te werken vragen in de markt. Daarom vindt de NZa experimenten op basis van de beleidsregel innovatie een betere mogelijkheid.

De NZa vindt het belangrijk dat de uitkomsten van de experimenten in kaart worden gebracht. Partijen hebben de NZa verzocht om de experimenten te volgen en (tussentijds) te evalueren. Het is niet gebruikelijk dat de NZa de experimenten op basis van de beleidsregel innovatie zelf onderzoekt. De betrokken aanbieder en verzekeraar moeten na afloop van het experiment evaluatiegegevens aanleveren, waarna de NZa een besluit neemt over de landelijke invoering van de prestatie. De NZa is echter bereid om bij uitzondering de innovatie-experimenten met alternatieve bekostiging[42] in de geboortezorg, samen met de experimentdeelnemers, wel te volgen en te evalueren en over de resultaten te rapporteren. Op basis van deze gegevens kan de minister in de toekomst opnieuw besluiten of een landelijke invoering van integrale bekostiging mogelijk en wenselijk is. In dit licht vindt de NZa het op vrijwillige basis experimenteren met nieuwe vormen van bekostiging een goede ontwikkeling.

5.2 Alternatieve bekostigingsinstrumenten

Zorgaanbieders geven aan dat zij de komende periode hun energie willen steken in en focus willen leggen op het verbeteren van de inhoud van de zorg, o.a. middels een betere samenwerking. Daar komt bij dat zij minimale knelpunten in de bekostiging ervaren op dit moment. Partijen merken allemaal op dat de inhoud van de zorg nu centraal moet staan. Vanuit de optiek dat samenwerking op veel plekken al tot stand komt, lijkt het niet nodig om aanpassingen in de bekostiging in te voeren. Vooral omdat de bekostiging maar een klein rader is in de factoren die een rol spelen bij samenwerking. Aan de andere kant zijn initiatieven nu afhankelijk van de lokale motivatie en middelen en/of zijn dit vaak projecten die afhankelijk zijn van tijdelijke subsidies. Dat is geen goede voedingsbodem voor langdurige samenwerkingsinitiatieven in geheel Nederland. Daarom beschrijft de NZa in de volgende paragrafen alternatieve mogelijkheden om bekostigingsinstrumenten in te zetten in plaats van integrale bekostiging, namelijk populatiebekostiging en de invoering van vrije prijsvorming, waarbij tevens wordt gekeken naar ruime(re) prestatiebeschrijvingen.

5.2.1 Populatiebekostiging

Een mogelijk bekostigingsinstrument is populatiebekostiging. Via een model van populatiebekostiging worden de kosten voor de zorg in de regio betaald via een totaalbedrag (budget) voor de gehele populatie in die regio. Met dat bedrag dient de totale zorg verdeeld te worden onder de zorgaanbieders die deze zorg leveren.

Populatiebekostiging bestaat daarbij uit een combinatie van een relatief vaste bekostigingscomponent (zoals budget) die de praktijkkosten goeddeels dekt én een resultaatafhankelijke component die in hoogte afhangt van de behaalde uitkomsten (resultaatbekostiging).

[42] Het gaat dus niet om innovatie-experimenten over geboortecentra.

Hierdoor ontstaat verschil in beloning tussen goed en minder goed functionerende zorgaanbieders. Resultaatbekostiging kan daarbij op twee manieren worden ingevuld. De beloning kan plaatsvinden op basis van de gezondheidsuitkomsten en/of de kwaliteitsaspecten óf de besparingen die door de zorgverzekeraar worden gerealiseerd worden gedeeld met de zorgaanbieders (shared savings). Populatiebekostiging biedt daarbij de (theoretische) mogelijkheden tot kostenbeheersing, taakherschikking en geeft een prikkel tot samenwerking en/of het leveren van integrale zorg.

Gezien het feit dat de populatie bij het leveren van geboortezorg alleen de zwangeren betreft en de geboortezorg een afgebakend zorgtraject omvat, lijkt dit model in praktijk sterk op integrale ketenbekostiging.
Bij integrale bekostiging worden per zwangere de totale kosten voor het integrale geboortezorgtraject bepaald en betaald.
Bij populatiebekostiging wordt een totaalbedrag berekend voor de populatie zwangeren. Het ligt in de rede dat dit aan de hand van het gemiddeld aantal zwangeren in de regio wordt samengesteld. Daarmee is ook een bedrag per zwangere te berekenen.

5.2.1.1 Conclusie populatiebekostiging

Gezien de overeenkomsten met integrale bekostiging in de markt van geboortezorg gelden voor de invoering van populatiebekostiging dezelfde opmerkingen en mogelijke negatieve effecten als voor integrale bekostiging. Daarom vindt de NZa populatiebekostiging op dit moment ook geen geschikt bekostigingsinstrument voor de geboortezorg. Voor populatiebekostiging geldt evenals voor integrale bekostiging dat partijen de mogelijkheid moeten hebben om op experimentele basis een nieuwe visie op bekostiging te ontwikkelen en op lokaal niveau toe te passen.

5.2.2 Vrije prijsvorming

Een ander mogelijk bekostigingsinstrument is de invoering van vrije prijzen in de markt van geboortezorg. De gynaecologische DBC-zorgproducten vallen reeds onder het B-segment en zijn daarmee al vrij onderhandelbaar.[43] Hiermee is vrije prijsvorming voor het grootste deel van de geboortezorg al een feit. Door het vrijgeven van de prijzen voor eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg wordt een gelijk speelveld gecreëerd (qua regulering).

Eind 2009 heeft de NZa al geadviseerd om vrije prijzen voor (eerstelijns) verloskunde en kraamzorg in te voeren.[44] Destijds constateerde de NZa dat de markt voldeed aan veel van de gestelde criteria voor liberalisering. Voor de uitgebreide analyse die ten grondslag lag aan het advies verwijst de NZa naar de visiedocumenten.[45]

[43] Wel is er een prijsplafond tot in ieder geval 2015 en is het honorariumdeel gereguleerd (maximumtarief). Het kostendeel is vrij.
[44] Voor de invoering van vrije prijzen vond de NZa 2011 al geschikt maar 2013 vond de NZa ook een optie, zodat lopende trajecten zoals de verhoging van de verloskundige tarieven in drie tranches (2010, 2011, 2012) en de implementatie van de Stuurgroepadviezen, eerst konden worden afgerond. Uiteindelijk is tot het latere moment van invoering besloten. Zo konden ook meer stappen op het gebied van transparantie van kwaliteit kon worden gezet.
[45] www.nza.nl

Ten algemene geldt een aantal voor- en nadelen aan vrije prijsvorming.

Voordelen zijn:
- Ruimte voor individuele omstandigheden, ondernemerschap en onderscheid tussen aanbieders;
- Prikkel tot kwaliteit en meer inzicht in prijs/kwaliteitverhouding;
- Meer mogelijkheden tot innovatieve zorg;
- Stimulans voor toetreding in regio's met schaarste en betere toegankelijkheid;
- Ruimte om recht te doen aan verschillen in zorgzwaarte;
- Het geeft een prikkel om de transparantie in de markt te vergroten.

Nadelen zijn:
- Inkomensonzekerheid;
- Risico op prijsstijgingen;
- Hogere transactiekosten;
- Risico op marktmacht.

De reden waarom vrije prijsvorming in de markt voor geboortezorg een bijdrage kan leveren aan het stimuleren van samenwerking tussen zorgaanbieders is dat de verzekeraar zo goede mogelijkheden in handen krijgt om zorg in te kopen voor de prijs/kwaliteitverhouding die hij wenselijk acht. Daarbij kan de verzekeraar de lokale omstandigheden, zoals samenwerkingsafspraken, meenemen in de prijs. Indien de verzekeraar samenwerking wil stimuleren kan hij hiervoor het tarief aanpassen waarbij hij tegelijkertijd afspraken kan maken over de resultaten van de (betere) samenwerking. Zo hebben meerdere individuele aanbieders aangegeven meer tijd dan voorheen kwijt te zijn aan psychosociale problematiek. Niet in elke regio spelen dezelfde zorgvragen: de ene praktijk heeft meer vrouwen uit achterstandsituaties dan de andere, een andere praktijk heeft meer tienerzwangerschappen en een andere praktijk heeft vooral te maken met hoogopgeleide vrouwen. In elke regio is de samenwerking op een andere wijze georganiseerd. De lokale omstandigheden en de inzet op samenwerking kan worden meegewogen in de totstandkoming van de vrije prijs. Een dergelijke variatie is niet goed in een gereguleerd tarief te verdisconteren.

5.2.2.1 Zorginkoop door verzekeraar van belang bij vrije prijzen

Bij het invoeren van vrije prijsvorming is het van belang dat de inkopers van zorg, zowel verzekeraars als consumenten, prikkels ervaren om goed in te kopen. Hierdoor wordt de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg geborgd. De inkopende partij moet idealiter alleen zorg afnemen bij de aanbieders met de beste prijs- kwaliteitverhouding.

De zorgverzekeraar heeft voor een goede zorginkoop ten minste informatie nodig over zijn verzekerdenpopulatie, de inhoud van de zorg, de kwaliteit en prijs. Daarnaast is het belangrijk dat de verzekeraar of consument over een zekere mate van inkoopmacht beschikt. Alleen dan worden aanbieders ook daadwerkelijk gestimuleerd om zorg tegen de beste prijs- kwaliteitverhouding aan te bieden. Een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt zorgt er vervolgens voor dat verzekeraars de behaalde inkoopvoordelen doorgeven aan hun verzekerden. Ook heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. In dit kader zijn zorgverzekeraars verplicht om voor hun verzekerden te zorgen voor tijdige, voldoende en kwalitatief goede zorg (naturapolis) of de kosten te vergoeden van de benodigde zorg waarop de verzekerden recht hebben (restitutiepolis).

Of de zorgverzekeraar zijn rol kan spelen op de zorginkoopmarkt hangt dus deels af van de prikkels die hij heeft om scherp in te kopen.[46] Verzekeraars ervaren externe en interne prikkels om goed in te kopen. Bij de externe prikkel gaat het om de vraag of verzekerden bij het kiezen van een polis letten op de door verzekeraars ingekochte zorg.

Dit vormt immers een belangrijke stimulans voor verzekeraars om zich op dit gebied van elkaar te onderscheiden en om goed in te kopen. Jonge gezinnen vormen voor de zorgverzekeraar een interessante doelgroep, waardoor de verzekeraar bereid is zich meer in te spannen om op kwaliteit in te kopen.[47] De externe prikkel voor goede inkoop lijkt dus aanwezig.

Daarnaast ervaren verzekeraars interne prikkels om scherp in te kopen, zodat zij hun schadelast voor een bepaalde zorgsoort kunnen beperken. De mate van risicodragendheid van een zorgverzekeraar speelt hierbij een belangrijke rol. Voor zowel de eerstelijns verloskundige zorg, de kraamzorg als de tweedelijns verloskundige zorg is de verzekeraar nagenoeg volledig risicodragend. Substitutie naar goedkopere of kwalitatief betere aanbodvormen is daardoor aantrekkelijk voor de verzekeraar, evenals het uitonderhandelen van lage(re) prijzen.

De NZa concludeert dat op de markt voor de geboortezorg de prikkels aanwezig zijn voor verzekeraars om scherp in te kopen. Naast de prikkels die een zorgverzekeraar ervaart om goede zorg in te kopen is het ook van belang in hoeverre de zorgverzekeraar zijn rol oppakt, ongeacht de prikkels die aanwezig zijn. Het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars is tot recentelijk redelijk reactief voor wat betreft de geboortezorg. De NZa heeft van meerdere zorgverzekeraars vernomen dat zij actief willen inzetten op een goed inkoopbeleid van de geboortezorg.

5.2.2.2 Transparantie van kwaliteit

Bij het invoeren van vrije prijsvorming is transparantie van kwaliteit van belang. Sinds de publicatie van de liberaliseringadviezen zijn er op dit gebied een aantal belangrijke stappen gezet. De sector heeft onder leiding van Zichtbare Zorg kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor de eerstelijns verloskundige zorg, de tweedelijns verloskundige zorg en de kraamzorg.[48,49,50]

Voor de eerstelijns verloskunde is een lijst met zorginhoudelijke indicatoren en cliëntervaringsindicatoren beschikbaar. Over 2010 zijn de gegevens niet openbaar gemaakt, vanwege de nog onvoldoende betrouwbaarheid van de gegevens. Wel hebben IGZ en de zorgverzekeraars de gegevens ontvangen voor beleidsbepaling. Over 2011 zijn de gegevens weer verzameld en worden deze wel openbaar gemaakt, tenzij de gegevens niet betrouwbaar genoeg worden geacht.

[46] Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars, NZa maart 2010.
[47] Visiedocument Eerstelijns Verloskundige Zorg, NZa 2009.
[48] www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Kwaliteitsindicatoren
[49] www.zichtbarezorg.nl/page/Eerstelijnszorg/Eerstelijnsverloskunde
[50] www.zichtbarezorg.nl/page/Eerstelijnszorg/Kraamzorg

Voor de tweedelijnszorg in ziekenhuizen en ZBC's is de indicatorenset Zwangerschap en bevalling uitgevraagd. De set bestaat uit zorginhoudelijke indicatoren en klantpreferentievragen. Een aantal zorginhoudelijke indicatoren zijn vanuit PRN aan de instellingen geleverd. De gegevens worden in juli 2012 openbaar gemaakt

Voor de kraamzorg is een lijst met zorginhoudelijke indicatoren en cliëntervaringsindicatoren beschikbaar. Over 2010 en 2011 zijn deze indicatoren uitgevraagd en openbaar gemaakt.[51]
De verdere ontwikkeling van kraamzorgindicatoren wordt niet door Zichtbare Zorg ondersteund. Dit is belegd bij het CPZ waarbij mogelijk PRN een rol kan spelen in het dataproces.[52] Daarnaast verzamelt PRN al geruime tijd data over proces, structuur en uitkomst van eerste- en tweedelijns verloskundige zorg en worden via PAN gegevens verzameld over uitkomsten van kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars kunnen wel gebruik maken van de landelijke trends die hieruit af te leiden zijn. Deze uitkomsten zijn echter niet vertaald in voor consumenten beschikbare gegevens.

5.2.2.3 Conclusie vrije prijsvorming

Het invoeren van vrije prijsvorming voor de eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg doet goed recht aan de sturingsprincipes van de NZa, zoals beschreven in het begin van hoofdstuk 5.

In 2009 heeft de NZa al geconcludeerd dat (voldoende) positieve marktcondities aanwezig zijn voor de invoering van vrije prijzen.
De marktcondities zijn volgens de NZa wat betreft marktstructuur, marktgedrag en toegang tot de markt sindsdien niet veranderd en de condities zijn nog steeds (voldoende) positief. Zo zijn er bijvoorbeeld voldoende aanbieders, heeft de verzekeraar de prikkel om goed in te kopen en is de contracteergraad hoog. In 2009 werd geconstateerd dat de transparantie van kwaliteit nog niet voldoende was; sindsdien hebben een aantal positieve marktontwikkelingen plaatsgevonden. Zo zijn de kwaliteitseisen als gevolg van het Stuurgroepadvies aangescherpt en zijn er sinds 2009 op het gebied van de kwaliteitsindicatoren grote stappen gezet (zie 5.2.2.2). Hierdoor is de transparantie van kwaliteit toegenomen. Dat is positief voor de invoering van vrije prijzen.
Met de huidige indicatoren kan geen relatie worden gelegd tussen de kwaliteit van zorg in de eerste lijn en de tweede lijn, terwijl dit voor de integrale aanpak van zorg wel gewenst is. De NZa is van mening dat het invoeren van vrije prijzen de markt prikkelt om de kwaliteit van de keten nog transparanter te maken. Het is daarom niet nodig om te wachten met het invoeren van vrije prijzen totdat volledige markttransparantie bereikt is.

Wel constateert de NZa dat de regelgeving op het gebied van de eigen bijdragen en het (wettelijk) eigen risico ingewikkeld is voor consumenten. De NZa zal in overleg treden met het CVZ en verzekeraars welke acties ondernomen kunnen worden zodat het voor verzekerden duidelijk is op welke zorg ze recht hebben en wanneer een eigen bijdrage of (wettelijk) eigen risico geldt in de geboortezorg.

[51] Kanttekening daarbij is dat niet duidelijk is welke instellingen deze informatie niet hebben aangeleverd omdat er geen sluitend register is. Wel is bekend dat de instellingen die hebben aangeleverd samen 90% van de kraammarkt vertegenwoordigen.
[52] De NZa heeft in april 2012 de informatie over de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg vernomen.

Een andere marktontwikkeling is de (verplichte) vorming van vsv's per regio. Hiermee kan de marktstructuur gewijzigd worden en kan een (toekomstig) risico op kartelvorming ontstaan. Vooralsnog zijn deze samenwerkingsverbanden gericht op de inhoud van zorg. De NZa vindt deze ontwikkeling op dit moment daarom geen belemmering voor de invoering van vrije prijzen. Wel acht de NZa het gewenst dat deze ontwikkelingen gevolgd blijven worden.
Al met al concludeert de NZa dat de marktcondities nog steeds gunstig zijn voor de invoering van vrije prijzen in de (eerstelijns) verloskunde en kraamzorg en adviseert de NZa om vrije prijzen in te voeren.[53]

Hiermee zouden ook de tarieven van de gehele markt voor geboortezorg worden vrijgegeven, aangezien de tarieven van de verloskundige zorg in de tweede lijn reeds vrij onderhandelbaar zijn. Daarmee verschuift het zwaartepunt van de bekostiging van de NZa naar verzekeraars.

Dit geeft de verzekeraar de mogelijkheden in handen om zorg voor de hele keten op de juiste plek in te kopen voor de prijs/kwaliteitverhouding die hij wenselijk acht. Daarbij kan de verzekeraar de lokale omstandigheden, zoals samenwerkingsafspraken, meenemen in de prijs en belonen voor goede uitkomsten van zorg.

Vanuit het perspectief van de aanbieder kan het invoeren van vrije prijzen leiden tot onzekerheid over hun inkomen en angst voor de inkoopmacht aan de kant van verzekeraar. Aanbieders zijn vaak bezorgd dat zij geen invloed hebben op de prijs en inhoud van het contract ('tekenen bij het kruisje'). De NZa is van mening dat aanbieders in de markt voor de geboortezorg een goede onderhandelingspositie innemen. Enerzijds omdat het voor verzekeraars een belangrijk product is om in te kopen vanwege het belang dat verzekerden aan deze zorg hechten. Anderzijds omdat eerstelijns verloskundigen een belangrijke rol spelen in de toegang tot de verloskundige zorg in de tweede lijn.
Wat betreft inkoopmacht merkt de NZa op dat scherp inkopen en stevig onderhandelen niet hetzelfde zijn als problematische marktmacht. Enige onderhandelingsmacht is nodig om scherp in te kunnen kopen. Inkoopmacht is geen probleem indien de voordelen van de onderhandelingsmacht in belangrijke mate ten goede komt aan de verzekerden in de vorm van gunstigere voorwaarden en/of premies.[54]
Gunstig voor de onderhandelingspositie van aanbieders is dat de NZa de tarieven voor verloskundigen de afgelopen jaren heeft onderbouwd en dat de NZa de tarieven voor kraamzorg dit jaar onderzoekt en, naar verwachting, per 1 januari 2013 herijkt. Dat betekent dat de tarieven op een goed niveau zijn bij overgang naar de vrije markt.

5.2.3 Facultatieve prestatie

Met de invoering van vrije prijzen adviseert de NZa ook om een facultatieve prestatie toe te voegen aan de prestatiebeschrijvingen voor verloskunde en kraamzorg.[55] Voor alle andere geliberaliseerde eerstelijns sectoren heeft de NZa sinds 1 januari 2012 ook een facultatieve prestatie beschreven. De facultatieve prestatie biedt ruimte voor zorgaanbieders en verzekeraars om afwijkende zorgprestaties overeen te komen binnen een specifieke deelmarkt, zoals eerstelijns verloskundige zorg of kraamzorg.

[53] Indien de prijzen worden vrijgegeven is dit inclusief de prijs voor de module geboortecentrum.
[54] Zie voor meer informatie het visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen, NZa, januari 2010.
[55] De NZa beraadt zich nog in brede zin over het toevoegen van de facultatieve prestatie aan de prestatiebeschrijvingen voor medisch-specialistische zorg.

Hiervoor maken partijen een onderlinge afspraak die zij voorleggen aan de NZa. Wanneer de NZa de prestatie vaststelt, neemt de NZa de prestatie meteen op in de landelijke regelgeving. Andere zorgaanbieders kunnen dan ook gebruik maken van deze prestatie, mits ze hierover een contractuele afspraak hebben of maken met de betreffende of een andere verzekeraar.

De facultatieve prestatie kan worden ingezet bij lokale problematiek, zoals bekostiging van beschikbaarheid en het voldoen aan de kwaliteitsnormen in dunbevolkte gebieden.

Ook kan het worden ingezet voor die aanbieders die een nieuwe vorm van zorgaanbod willen bieden, de zorginhoud willen vernieuwen of vernieuwingen in de prestatiestructuur willen. De facultatieve prestatie leent zich niet voor het doorbreken van de schotten van de bestaande bekostiging, aangezien de facultatieve prestatie een onderdeel is binnen de bestaande bekostiging van verloskundige zorg, kraamzorg en mogelijk ook gynaecologische zorg. Wel leent het zich voor vernieuwingen binnen deze deelmarkten.

5.2.4 Volledig vrije prestatiebeschrijvingen

Zoals beschreven in paragraaf 3.2 is in de Wmg het principe van het (landelijk) prestaties beschrijven vastgelegd. Dit betekent dat ook voor de zorgmarkten waar geen sprake is van tariefregulering de NZa nog steeds de declarabele prestaties vaststelt. Er is een principiële discussie mogelijk over de vraag of in een volledig geliberaliseerde markt nog prestaties landelijk moeten worden vastgesteld. In een volkomen perfecte markt met volledige informatie zou het theoretisch niet nodig zijn. Het reguleren van prestatiebeschrijvingen is gewenst wanneer er in de sector geen eenduidigheid bestaat over de precieze producten en diensten die marktpartijen gaan contracteren. Eenduidige omschrijvingen maken een goede prijsvergelijking mogelijk. In een markt in ontwikkeling komt het landelijk beschrijven van prestaties de transparantie en de eenheid van taal ten goede voor consumenten, maar ook voor aanbieders en verzekeraars. In de markt voor de geboortezorg vindt de NZa het daarom raadzaam om de prestaties voorlopig landelijk te blijven vaststellen.

6. Conclusie en aanbevelingen

6.1 Concluderend advies bekostiging geboortezorg

Concluderend is het advies van de NZa als volgt voor de bekostiging van de geboortezorg:

- Het invoeren van vrije prijsvorming voor de eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg. De eerst mogelijke invoeringsdatum is 1 januari 2013. De NZa vindt een invoeringsdatum van 1 januari 2014 echter meer gewenst, aangezien dit individuele aanbieders de tijd geeft om zich voor te bereiden op de marktveranderingen (zoals ICT-aanpassingen, aangepaste regelgeving NZa) en de verzekeraars de tijd geeft om hun zorginkoop aan te passen en de polissen goed te beschrijven. De noodzakelijke regelgeving zal de NZa uitwerken na een besluit van de minister over vrije prijsvorming.
- Het invoeren van een facultatieve prestatie bij vrije prijsvorming.
- Ook adviseert de NZa om experimenten mogelijk te maken met integrale bekostiging, zodat de minister op basis van evaluatiegegevens over enige jaren opnieuw kan oordelen of de invoering van integrale bekostiging gewenst is. Samen met de experimentdeelnemers zal de NZa deze evaluatiegegevens verzamelen en over de resultaten rapporteren.
- Het op korte termijn niet invoeren van integrale bekostiging of populatiebekostiging.
- Het voorlopig niet invoeren van volledig vrije prestatiebeschrijvingen.

6.2 Kosten-batenanalyse advies

Zoals opgemerkt in hoofdstuk 4 worden het ontbreken van een vergoeding voor de uren die gestoken worden in het opzetten van samenwerkingsafspraken en de eigen bijdrage als voornaamste knelpunten in de bekostiging gezien. Daaruit volgt logischerwijs dat een oplossing van deze knelpunten geld kost. Ook de invoering van het geboortecentrumtarief leidt tot hogere uitgaven.[56]

De meerkosten van samenwerking zijn vooralsnog niet te ramen, aangezien de kosten van samenwerking niet in beeld zijn gebracht. De vraag is of daar financiële besparingen tegenover staan. De verwachting is dat de samenwerking leidt tot een verminderde babysterfte, maar dat kan niet in financiële berekeningen worden gewaardeerd.

[56] De bevalling in een geboortecentrum is een verplaatste thuisbevalling, waardoor de kosten stijgen. Bij een toenemende vraag naar geboortecentra/poliklinische bevallingen in plaats van thuisbevallingen zullen de kosten toenemen. Naast een mogelijke kostenstijging, is er sprake van een verschuiving van uitgaven. Als we mogen aannemen dat het geboortecentrum een substituut is voor de poliklinische bevalling zonder medische indicatie, dan heeft het tot gevolg dat er minder middelen aan ziekenhuizen worden betaald en evenveel meer aan geboortecentra (de tarieven voor een geboortecentrum en een polklinische bevalling zijn op hetzelfde maximumniveau vastgesteld).

Vanuit een economische beschouwing heeft het terugdringen van de perinatale sterfte voor de macro-uitgaven alleen een besparend effect, als ook het aantal zuigelingen afneemt dat bijvoorbeeld neonatale intensieve zorg nodig heeft, met andere woorden als de morbiditeit na en rond de bevalling afneemt. Anders is juist sprake van een uitgavenstijging.

Daarnaast zijn er andere besparingen mogelijk:
- Het vermijden van (onnodige) specialistische zorg (minder doorstroom naar de tweede lijn).
- Het terugdringen van complicaties binnen de tweedelijns verloskundige zorg.
- Een mogelijke besparing door het vermijden van dubbel onderzoek en diagnostiek.
- Het teruglopen van het aantal aanbieders (concentratie van zorg) door toenemende kwaliteitseisen. Dit kan echter ook leiden tot een verminderde toegankelijkheid en dat kan leiden tot hogere kosten (bijvoorbeeld voor beschikbaarheid).

Uit de cijfers (zie paragraaf 2.1) blijkt dat op dit moment het merendeel van de vrouwen in de tweede lijn bevalt en maar een beperkt deel thuis. Het aantal bevallingen met medische indicatie is circa 67%.[57]
De Stuurgroep doet geen uitspraken over het verwachte getalsmatige effect van zijn aanbevelingen.

Over de besparingsmogelijkheden kan de NZa, vanwege het ontbreken van cijfermateriaal, geen harde uitspraken doen.
Wat betreft het vermijden van (onnodige) specialistische zorg kan worden opgemerkt dat de trend van de laatste jaren juist een verschuiving naar medisch specialistische zorg laat zien. Aangezien hier meerdere factoren een rol spelen dan de organisatie van het aanbod, is niet te zeggen of en wanneer die trend zal worden omgebogen. Er kan ook sprake zijn van een omgekeerd effect (meer indicaties voor tweedelijns zorg), juist als er meer sprake is van onderlinge samenwerking of als de richtlijnen dat vereisen. Ten aanzien van het terugdringen van complicaties binnen de tweede lijn is op grond van het beschikbare materiaal niet te zeggen of implementatie van alle aanbevelingen zal leiden tot een lichtere (en goedkopere) casemix. Hier is met name van belang of het aantal gevallen dat in de topklinische derde lijn terecht komt (neonatologie, perinatologische centra) zal afnemen. De Stuurgroep doet hier geen uitspraken over.
Het effect van het vermijden van dubbel onderzoek en diagnostiek zal wellicht een besparing kunnen opleveren, mits een en ander in de prijzen wordt doorvertaald of door verzekeraars wordt uitonderhandeld. Het besparingseffect is bovendien beperkt omdat diagnostiek maar een beperkt deel van de kosten van een behandeling uitmaakt.
Tenslotte zal wellicht het aantal aanbieders (op het niveau van verloskundigenpraktijken en instellingen voor tweedelijnszorg dat verloskunde aanbiedt) afnemen, maar de totale capaciteit zal gelijk blijven of juist toenemen (zie aanbevelingen Stuurgroep en ook de bevallingsnormen). Bovendien zit er, vanwege de eisen aan de bereikbaarheid, een ondergrens aan het aantal aanbieders van acute verloskundige (tweede lijn) zorg, zodat een deel vaste kosten hoe dan ook blijft bestaan.

[57] Inclusief het aantal bevallingen dat medisch geïndiceerd wordt vanwege pijnbestrijding.

De conclusie is dan ook dat geen harde uitspraken zijn te doen over de kosten en baten van het NZa advies. In samenhang met de Stuurgroep aanbevelingen lijkt de verwachting gerechtvaardigd dat, zeker op korte termijn, sprake zal zijn van een uitgavenstijging. Wel zijn er waarschijnlijk winsten te behalen op andere terreinen dan de verloskundige zorg: een lagere morbiditeit leidt tot minder kosten voor de behandeling van aandoeningen die een gevolg zijn van problemen bij de geboorte. Daarnaast zijn er winsten te verwachten op andere terreinen dan de gezondheidszorg, zoals de cognitieve ontwikkeling of taalontwikkeling van kinderen. Dit soort winsten zijn waardevol, maar zeer lastig in cijfers uit te drukken.

6.3 Flankerend beleid: Eigen bijdrage

Voor een (poliklinische) bevalling[58] zonder medische indicatie is een vrouw verplicht een eigen bijdrage te betalen. Die bijdrage bedraagt in 2012 € 316,87 per dag voor moeder en kind samen. Daarnaast geldt ook voor de kraamzorg een eigen bijdrage. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van de locatie en de vraag of er een medische indicatie aanwezig is of niet. Een toelichting op de hoogte van deze bedragen staat in hoofdstuk 2 van dit advies (2.4.2.2). De NZa merkt op dat de eigen bijdrage regeling buiten de bevoegdheden van de NZa valt. Vanwege onwenselijke prikkels die uitgaan van deze eigen bijdragen en het grote aantal opmerkingen dat de NZa hierover tijdens het adviestraject heeft ontvangen, wil de NZa over dit onderwerp een flankerend beleidadvies geven.

De Stuurgroep heeft in haar rapport geadviseerd de eigen bijdragen voor poliklinische bevallingen en kraamzorg af te schaffen om zo de toegankelijkheid van deze zorg te waarborgen. Het CVZ heeft in lijn met het advies van de Stuurgroep ook geadviseerd de eigen bijdrage voor poliklinische bevallingen af te schaffen.[59] (De hoogte van) de eigen bijdrage beperkt voor de vrouw (vooral de vrouwen met beperkte financiële middelen) mogelijk de toegankelijkheid van de locatie waar zij wil bevallen. Dit kan onwenselijke gevolgen hebben voor de gezondheid van moeder en kind. Daarnaast kan een gynaecoloog verleid worden om een medische indicatie af te geven, zodat de zwangere geen eigen bijdrage hoeft te betalen. Dit kan leiden tot overbehandeling en dus tot hogere kosten, omdat de zwangere onnodig in de tweede lijn wordt begeleid. Door het geven van pijnbestrijding tijdens een poliklinische bevalling, wordt de bevalling alsnog medisch geïndiceerd. Ook hierdoor hoeft de zwangere geen eigen bijdrage te betalen. Wel is het zo dat de zwangere vrouw bij overdracht naar de tweede lijn het wettelijk verplicht eigen risico moet betalen, maar dit bedrag is lager dan de eigen bijdrage en dit eigen risico bedrag kan al vervuld zijn via andere verkregen zorg. Ondanks het wettelijk verplicht eigen risico blijft de prikkel aanwezig om te sturen op overdracht naar de tweedelijnszorg.

Vanwege de overheidskosten die gemoeid gaan met de eigen bijdrage heeft de minister in 2011 besloten de eigen bijdrage desondanks te handhaven. De NZa herkent de knelpunten zoals de Stuurgroep en het CVZ hebben gesignaleerd.

[58] Dit kan zowel een poliklinische bevalling zijn in het ziekenhuis als een bevalling zonder medische indicatie in een geboortecentrum.
[59] Rapport 'Eigen bijdrage verloskundige zorg?', CVZ, 30 mei 2011.

De NZa adviseert de minister om naar andere oplossingen te zoeken om de prikkels te neutraliseren, bijvoorbeeld door te werken met een gedifferentieerde eigen bijdrage óf de eigen bijdrage evenredig (macroneutraal) over de verschillende bevallingsvormen te verdelen. De NZa adviseert tevens om de samenhang met het wettelijk verplicht eigen risico bij dit onderzoek te betrekken.

6.4 Budgettair Kader Zorg

Op dit moment bestaat een budgettaire ongelijkheid voor de aanbieders van geboortezorg, wat niet bijdraagt aan een gelijk speelveld.
Zo lopen aanbieders het risico dat een volumetoename als gevolg van verschuiving van zorg wordt beantwoord met een korting op het eigen budgettair kader.

Met andere woorden: als de verzekeraar vanwege doelmatigheidsredenen meer inkoopt bij een bepaalde aanbieder, kan dit leiden tot een overschrijding van het kader voor het desbetreffende segment. Het is niet wenselijk deze (gewenste) concurrentiepositie te ‘bestraffen’ met een kortingsmaatregel die alleen op dit Budgettair Kader Zorg (BKZ) neerslaat. De NZa is daarom voorstander van het ontschotten van het BKZ. Ook het BKZ valt buiten de bevoegdheden van de NZa en daarmee is dit een flankerend beleidadvies aan de minister.

Bijlage 1. Vragen en antwoorden minister

In de adviesaanvraag van de minister van 1 juni 2011 over de bekostiging van perinatale zorg is een aantal vragen gesteld aan de NZa. Uit de brief komt naar voren dat de minister een voorkeur heeft voor een integrale bekostiging voor perinatale zorg. De NZa is op dit moment geen voorstander van integrale bekostiging. In het adviesrapport zijn de argumenten die dit standpunt ondersteunen uitgewerkt. De vragen zijn vanuit deze invalshoek beantwoord. Het rapport gaat uitgebreid in op de onderwerpen die de minister aan de orde stelt in de vragen. Daarom zijn de antwoorden in deze bijlage kort.

Vraag 1:
Welke samenwerkingsverbanden komen in aanmerking als experiment? Mogelijk kunnen er een aantal samenwerkingsverbanden of praktijken een op hun (samenwerking) situatie passende financiering krijgen. Er kunnen dan verschillende mogelijkheden voor een integraal tarief worden uitgetest.

Antwoord:
De NZa wil niet bepalen welke samenwerkingsverbanden in aanmerking kunnen komen om te experimenteren met een integraal tarief voor de perinatale zorg. Dit wil de NZa aan het lokale speelveld van zorgaanbieders en verzekeraars laten. Wel is hiervoor een declaratietitel noodzakelijk. In principe zijn hiervoor een aantal varianten voor handen:

- de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties;
- een Wmg-experiment.

Vraag 2:
Zou hoofd- en onderaannemerschap kunnen werken in deze sector? Zoals dat op dit moment in de chronische zorg functioneert? Met name gezien de huidige verhoudingen tussen verloskundigen en gynaecologen. Of zou er een stichting met een onafhankelijk bestuur kunnen werken in deze sector?

Antwoord:
Het is naar inschatting van de NZa nog te vroeg voor integrale bekostiging op basis van ketenvorming. Eén van de redenen hiervoor is dat het nu onduidelijk is welke organisatievorm gewenst of mogelijk is. Het is uiteindelijk de keuze van de zorgaanbieders welke rechtsvorm zij kiezen voor het aanbieden van ketenzorg. De NZa vindt het niet gewenst om een organisatievorm op te leggen. Hoofd-/onderaannemerschap is in ieder geval niet noodzakelijk om integrale zorg te leveren. Experimenten met integrale bekostiging zullen waarschijnlijk informatie leveren over de mogelijke organisatievorm(en).

Vraag 3:
Zou het tarief mogelijk alleen kunnen gelden voor samenwerkende partijen die vanuit een organisatie (in wat voor vorm dan ook) werken? Of zijn er nog andere mogelijkheden? Het doel is samenwerking afdwingen, de vraag is hoe de NZa dat met prestatie en tariefstelling kan faciliteren en welke technische varianten er zijn.

Antwoord:
De NZa kan samenwerking niet afdwingen. Om een samenwerkingsverband aan te gaan en te onderhouden is een vertrouwensrelatie nodig en goede afstemming, dit is niet af te dwingen door een gezamenlijk tarief. Samenwerking moet tot stand komen door de aanbieders zelf. De verzekeraar kan daarbij sturen op het verbeteren van de zorg en in zijn inkoopbeleid bepalen met welke aanbieders hij contracten wil sluiten.

Samenwerking kan eventueel gefaciliteerd worden door een vergoeding voor de (extra) tijd die hiermee gemoeid is (zoals gezamenlijk overleg). Zoals eerder genoemd is vergoeding van samenwerking middels een integraal tarief op dit moment nog niet wenselijk. De NZa stelt in het advies voor om per 1 januari 2014 vrije prijzen in te voeren voor eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg. Hiermee wordt een gelijk speelveld gecreëerd, aangezien de prijzen voor tweedelijns verloskundige zorg reeds vrij zijn. Met de invoering van vrije prijzen krijgt de verzekeraar de beste middelen in handen om zorg met een goede prijs/kwaliteitverhouding (waaronder goede samenwerking) in te kopen. Indien de verzekeraar samenwerking wil stimuleren kan hij hiervoor het tarief aanpassen waarbij hij tegelijkertijd afspraken kan maken over de resultaten van (betere) samenwerking.

Vraag 4:
Wat zijn de mogelijke perverse of negatieve effecten van integrale bekostiging? Wat zijn de effecten op de marktordening in de perinatale zorg?

Antwoord:
De effecten van integrale bekostiging kunnen nog niet volledig in kaart worden gebracht. Mogelijke perverse of negatieve effecten van integrale bekostiging zouden kunnen zijn:

- Integrale bekostiging kan de keuzemogelijkheid voor de zwangere vrouw en de verzekeraar beperken. Een voorbeeld ter illustratie: wanneer een bevalling start in de eerste lijn, maar door medische noodzaak overgaat naar de tweede lijn, kan het (samenwerkende) ziekenhuis vol zitten en zal uitgeweken moeten worden naar een ziekenhuis dat mogelijk niet aangesloten is bij de ketenorganisatie. Ook kan het zijn dat de vrouw zelf een andere voorkeur heeft voor een ziekenhuis dat niet is aangesloten bij de keten.
- Binnen een keten zal waarschijnlijk de aanbieder die het merendeel van de kosten maakt de meeste zeggingskracht krijgen. Dat is bij geboortezorg de gynaecoloog. Dat kan leiden tot een onderlinge scheve (machts)verdeling.
- Een ander negatief effect kan de mogelijke uitsluiting van zorgaanbieders zijn en het creëren van toetredingsdrempels voor nieuwe spelers op de markt. Bij een integrale bekostiging van de verloskundige keten wordt een zorgaanbieder als het ware verplicht om deel te nemen aan het samenwerkingsverband/de ketenorganisatie. Geen deelname betekent geen inkomsten.
- Door de verplichting dat elke regio een expliciet en functionerend verloskundig samenwerkingsverband moet hebben, is het de verwachting van de NZa dat dit vsv de enige aanbieder van ketenzorg zal zijn bij invoering van integrale bekostiging. Deze aanbieder fungeert dan feitelijk als monopolist, waardoor de verzekeraar geen andere keuze zal hebben dan deze aanbieder te contracteren. Dit is een risico voor marktmacht en kan leiden tot een te hoge prijs.

- Een negatief effect van integrale bekostiging kan het risico op onderbehandeling zijn.
- Integrale bekostiging kan leiden tot grote administratieve lasten.

Vraag 5:
Wat kan het bijeffect zijn van het opgaan in een organisatie voor de verloskundige praktijken/ziekenhuizen/kraamzorgorganisatie?

Antwoord:
In het antwoord van vraag 4 zijn reeds enkele mogelijke negatieve effecten uitgewerkt. Een ander mogelijk bijeffect zou kunnen zijn dat dergelijke organisaties in de praktijk waarschijnlijk door ziekenhuizen gedomineerd worden (denk hierbij aan schaal, financiële armslag en personele capaciteit).

Vraag 6:
Zou er gewacht kunnen worden met het opnemen van geboortecentra in het integrale tarief totdat het tarief voor geboortecentra uitgekristalliseerd is?

Antwoord:
Wanneer wordt overgegaan op een integraal tarief worden alle organisatievormen meegenomen dus ook geboortecentra. Het advies is om dan geen uitzonderingen te maken voor organisatievorm of locatie. Mogelijk dat er wel met meerdere zorgprofielen gewerkt kan worden op basis waarvan de verzekeraar meerdere ketentarieven afspreekt.

Vraag 7:
Ik wil u vragen om in het licht van de eerdere adviezen over vrije prijsvorming kraamzorg en eerstelijns verloskundige zorg (beide november 2009) en de opname van tweedelijns verloskunde in het B-segment in 2008 advies te geven over de mogelijkheid om te komen tot een vrij integraal tarief voor perinatale zorg.

Antwoord:
De NZa adviseert in het rapport om vrije prijzen in te voeren voor verloskundige zorg en kraamzorg. Wanneer op termijn een integraal tarief wordt ingevoerd adviseren wij om dit ook op basis van een vrije prijs in te voeren. Door vrije prijzen in te voeren wordt de mogelijkheid geboden om het tarief aan te passen aan lokale omstandigheden. De verzekeraar koopt regionaal in en kan hiermee differentiëren in tarief.

Vraag 8:
Ik wil de NZa vragen om een maximum tarief vast te stellen voor geboortecentra.

Antwoord:
De NZa heeft in 2011 een maximumtarief van € 494,25 (niveau 2011) als opslag op de verloskundige tarieven vastgesteld , ter facilitering van natale en postnatale zorg in een eerstelijns geboortecentrum.

Bijlage 2. Bestaande regels bekostiging

In deze bijlagen worden de bestaande prestatiebeschrijvingen en tarieven voor geboortezorg beschreven. De tarieven zijn op niveau 2012.[60]

Verloskundigen en huisartsen

De verloskundige basiszorg kent de volgende prestatiebeschrijvingen en maximumtarieven:

- volledige verloskundige zorg (€ 1.189,09);
- volledige prenatale zorg (€ 441,92), volledige natale zorg (€ 480,33) en volledige postnatale zorg (€ 266,85);
- prenatale zorg bij spontane abortus (miskraam) of verwijzing van de cliënt/patiënt naar de tweede lijn. De prenatale fase is opgedeeld in drie tijdsspannen, namelijk 0 tot en met 14 weken (€ 152,30), 15 en met tot 29 weken (€ 226,90) en na 29 weken tot de bevalling (€ 507,74);
- prenatale zorg bij overdracht van de cliënt/patiënt aan andere zorgaanbieder tijdens zwangerschap. De prenatale fase is opgedeeld in drie tijdsspannen, namelijk 0 tot en met 14 weken (€ 77,70), 15 tot en met 29 weken (€ 226,90) en na 29 weken tot de bevalling (€ 319,05).[61]

Naast deze abonnementsprestaties kunnen verloskundigen ook de volgende zes verrichtingen declareren:

- algemene termijn echo (€ 39,70);
- specifieke diagnose echo (€ 33,08);
- uitwendige versie bij stuitligging (€ 81,52);
- prenatale screening bij counselling (€ 39,61);
- prenatale screening NT-meting (€ 153,46);[62]
- prenatale screening SEO (€ 152,52).

De NZa indexeert jaarlijks de maximumtarieven voor de verschillende functies en daarbij horende prestaties. Aanvullende bepalingen bij de prestaties eerstelijns verloskundige zorg:

- De kosten van alle geneesmiddelen die de verloskundige op medische indicatie mag toedienen zijn in de tarieven inbegrepen.
- Zorgaanbieders ontvangen een opslag van 23% ten opzichte van de reguliere tarieven voor de geleverde zorg aan verzekerden woonachtig in achterstandswijken. Deze opslag geldt ook voor RZA-verzekerden.[63] De toeslag kan enkel in rekening worden gebracht indien de zorgverlener met de zorgverzekeraar van de cliënt hiertoe een overeenkomst heeft.

[60] Zie voor de relevante regelgeving de website van de NZa.
[61] Deze tarieven zijn voor de eerste zorgaanbieder. Aangepaste tarieven bestaan voor de zorgaanbieder die de zwangere overneemt bijvoorbeeld in verband met verhuizing.
[62] De tarieven voor NT-meting en SEO zijn voor eenlingen en het eerste kind van een meerlingenzwangerschap. Aangepaste tarieven bestaan voor elk volgend kind bij een meerlingenzwangerschap. RZA-verzekerden vallen onder de Regeling Zorg Asielzoekers. Deze regeling beschrijft de ziektekostenregeling die het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) heeft opgesteld voor asielzoekers vanaf 2009.
[63] RZA-verzekerden vallen onder de Regeling Zorg Asielzoekers. Deze regeling beschrijft de ziektekostenregeling die het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) heeft opgesteld voor asielzoekers vanaf 2009.

- Bovenop de maximumtarieven voor de verschillende (deel)prestaties verloskundige zorg, kan een toeslag overeengekomen worden van maximaal 40% van de vermelde tarieven. Dit geldt alleen als sprake is van aanvullende maatregelen of werkzaamheden van de eerste lijn als gevolg van structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn. De toeslag kan enkel in rekening worden gebracht indien de zorgverlener met de zorgverzekeraar van de cliënt hiertoe een overeenkomst heeft.
- Naast het maximumtarief voor de verschillende (deel)prestaties verloskundige zorg kan tevens een module "geboortecentrum" in rekening worden gebracht. Deze module dient ter facilitering van natale en postnatale zorg in een eerstelijns geboortecentrum, waarvan het beheer en exploitatie kan worden uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Dit tarief is gelijk aan het tarief zoals dat in de tweede lijn geldt voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie (€ 509,87; tariefniveau 2012). Het tarief kan enkel in rekening worden gebracht indien hiertoe tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van de cliënt een overeenkomst is gesloten, waarin de inhoud van de te leveren zorg en de hoogte van het in rekening te brengen tarief is vastgelegd. Indien het beheer en exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum wordt uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals bijvoorbeeld kraamzorginstanties, kan deze module ook per bevalling bovenop de voor deze aanbieders geldende tarieven overeen worden gekomen.

Gynaecologen / kinderartsen / klinisch verloskundigen

DOT is het verbeterde DBC-systeem voor ziekenhuizen dat per 1 januari 2012 van start is gegaan. Daarin worden de ruim 30.000 bestaande DBC's vervangen door 4.400 verbeterde DBC-zorgproducten.

DOT maakt onderscheid tussen DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Onder deze overige zorgproducten worden prestaties verstaan die vallen onder de categorie: overige zorgproducten (OVP's), ondersteunende zorgproducten (OP), overige verrichtingen, overige trajecten en add-ons.

De gynaecoloog wordt bekostigd met DBC-zorgproducten. Alle overige betrokken zorgverleners worden ook door middel van deze integrale prestatie bekostigd, maar mogen niet zelfstandig declareren.

Het tarief voor een DBC-zorgproduct valt uiteen in een kostendeel en één of meerdere honorariumdelen. Het kostendeel is het bedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de instellingskosten. Deze kosten bestaan uit personeelskosten (loondienst van klinisch verloskundige, verpleegkundigen etc.) en materiële kosten.

De gynaecoloog registreert gedurende de behandeling gegevens over geleverde zorg waaronder de diagnose in een zorgtraject. Een zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten. Ook wordt de zorg vastgelegd in zorgactiviteiten (bijvoorbeeld echo's, geneesmiddelen, onderzoeken). Aan het einde van de behandeling worden de gegevens in vorm van declaratiedatasets (subtraject en zorgactiviteiten) aan een grouper afgeleverd. De grouper leidt hier vervolgens een DBC-zorgproduct uit af. De diagnoselijst van de gynaecologie (welke de medisch specialist in een subtraject vastlegt) is onderverdeeld in de onderdelen gynaecologie, verloskunde, oncologie, infertiliteit en endocrinologie. Hieronder staat een overzicht van het onderdeel verloskunde.

Gynaecologische DBC-zorgproducten, onderdeel verloskunde[64]

DBC-zorgproduct	Consumentenbeschrijving	Honorarium gynaecoloog in € (max.tarief)
150101002	Operatie wegens buitenbaarmoederlijke zwangerschap bij zwangerschap eindigend in een miskraam.	538,36
150101003	Onderzoek of behandeling op de polikliniek of dagbehandeling op de polikliniek bij zwangerschap eindigend in een miskraam.	145,70
150101004	Maximaal 5 verpleegligdagen bij zwangerschap eindigend in een miskraam.	150,64
150101006	Curettage (abortus) bij zwangerschap eindigend in een miskraam.	261,78
150101007	Meer dan twee bezoeken aan dagbehandeling of polikliniek en/of onderzoeken bij zwangerschap eindigend in een miskraam.	160,52
150101008	Meer dan 28 verpleegligdagen bij zwangerschap eindigend in een miskraam.	612,44
150101009	6 tot maximaal 28 verpleegligdagen bij zwangerschap eindigend in een miskraam.	264,24
150101011	Consult op de polikliniek bij zwangerschap eindigend in een miskraam.	91,37
159899004	Bevalling met behandeling van nabloeding bij bevalling.	753,20
159899007	Keizersnede bij bevalling.	527,08
159899008	Maximaal 5 dagbehandelingen en/ of verpleegligdagen bij complicaties na de bevalling.	96,31
159899010	Bevalling met handmatig verwijderen van de placenta of operatie in geval van scheur in de baarmoederhals bij Bevalling.	397,59
159899011	Meer dan 28 dagbehandelingen en/ of verpleegligdagen bij complicaties na de bevalling.	155,58
159899012	6 tot maximaal 28 dagbehandelingen en/ of verpleegligdagen bij complicaties na de bevalling.	155,58
159899013	Behandeling van nabloeding bij complicaties na de bevalling.	478,80
159899014	Begeleiding van een stuitligging of meerling bij bevalling.	285,33
159899016	Handmatig verwijderen van de placenta of operatie in geval van scheur in de baarmoederhals bij complicaties na de bevalling.	232,14
159899017	Bevalling via de vagina met behulp van een verlostang of vacuümcup bij bevalling.	282,90
159899019	Begeleiding van een spontane bevalling bij bevalling.	210,47
159999006	Onderzoek of behandeling op de polikliniek of dagbehandeling op de polikliniek bij diagnostisch onderzoek tijdens de zwangerschap.	150,64
159999010	Plaatsen van een bandje om de baarmoedermond bij begeleiding van de zwangerschap.	595,15
159999016	Onderzoek of behandeling op de polikliniek of dagbehandeling op de polikliniek bij begeleiding van de zwangerschap.	153,34
159999017	Maximaal 5 verpleegligdagen bij begeleiding van de zwangerschap.	195,36
159999018	Meer dan twee bezoeken aan dagbehandeling of polikliniek en/of onderzoeken bij diagnostisch onderzoek tijdens de zwangerschap.	150,64
159999019	Meer dan twee bezoeken aan dagbehandeling of polikliniek bij begeleiding van de zwangerschap.	169,65
159999020	Meer dan 28 verpleegligdagen bij begeleiding van de zwangerschap.	782,97
159999021	6 tot maximaal 28 verpleegligdagen bij begeleiding van de zwangerschap.	357,97
159999022	Consult op de polikliniek bij diagnostisch onderzoek tijdens de zwangerschap.	86,43
159999023	Meer dan twee onderzoeken bij begeleiding van de zwangerschap.	106,19
159999027	Consult op de polikliniek bij begeleiding van de zwangerschap.	83,20

Bron: NZa

[64] De kostenbedragen van deze DBC-zorgproducten zijn vrij (B-segment).

Daarnaast bestaan enkele los declarabele producten.

De ondersteunende producten:
- Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190036): een geplande bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding. Kostendeel ziekenhuis € 509,87.
- Poliklinische bevalling op medische indicatie (190037): een geplande bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie. Kostendeel ziekenhuis € 509,87.
- Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190039): een geplande bevalling in het ziekenhuis, zonder medische aanleiding maar als gevolg van capaciteitstekorten in de kraamzorg en verloskunde waardoor thuisbevalling niet mogelijk is. Kostendeel ziekenhuis € 509,87.

Deze tarieven zijn inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen, partusassistentie en inclusief gebruik van de verloskamer.

De overige trajecten:
- Verblijf gezonde moeder (190032), kostendeel € 183,88.
- Verblijf gezonde zuigeling (190033), kostendeel € 183,88.

De overige producten:
- Prenatale screening NT-meting bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap (037510), kostendeel € 146,41 en honorarium gynaecoloog € 7,05.
- Prenatale screening NT-meting bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap (037514), kostendeel € 90,01 en honorarium gynaecoloog € 4,32.
- Prenatale screening SEO bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap (037512), kostendeel € 143,49 en honorarium gynaecoloog € 9,05.
- Prenatale screening SEO bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap (037516), kostendeel € 126,55 en honorarium gynaecoloog € 7,93.
- Echografie à-vue in verband met zwangerschap (039485), kostendeel € 39,40.

Kraamverzorgenden

Voor kraamverzorgenden bestaan de volgende declareerbare prestaties met daarbij maximumtarieven:
- Per uur kraamzorg (€ 43,42): zorg als omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.
- Per uur partusassistentie (€ 43,42): het voorbereiden op, het assisteren bij de bevalling en het verzorgen van moeder en kind direct na de bevalling. De partusassistentie wordt verricht onder leiding van een verloskundige of huisarts.
- Per inschrijving (€ 40,27): onder inschrijving worden de volgende handelingen verstaan:
- het verwerken van de (telefonische) aanmelding;
- het toesturen van informatiemateriaal en het inschrijfformulier;
- het op basis van het ingevulde inschrijfformulier verrichten van diverse administratieve handelingen;
- het plannen van het op termijn in te zetten personeel.
- Per intake (bij de cliënt thuis (€ 60,40) of telefonisch (€ 20,14))
- Per partusassistentie (€ 80,55); eenmalig per bevalling naast het uurtarief in rekening te brengen.

Bijlage 3. Andere mogelijke knelpunten bekostiging

In hoofdstuk 4 is beschreven dat de NZa drie knelpunten in praktijk ziet, namelijk dat de bekostiging samenwerking onvoldoende faciliteert, de dubbele bekostiging van de kraamzorg en de eigen bijdrage. Daarnaast is beschreven dat een aantal mogelijke knelpunten die de NZa op basis van een analyse van de bekostigingstructuren ziet, op dit moment in praktijk niet worden herkend of inherent zijn aan het bekostigingsmodel en niet specifiek voor de geboortezorg bestaan. Deze knelpunten worden hierna toegelicht.

Zwangere wordt te laat overgedragen naar de tweede lijn
Er is een aantal financiële prikkels dat ervoor kan zorgen dat de overdracht van de begeleiding van de zwangere vanuit de eerste lijn naar de tweedelijns geboortezorg later plaatsvindt dan wenselijk is vanuit medisch oogpunt. De bekostiging van de verloskundige in de eerste lijn is gebaseerd op 'tijdsklassen' in perioden van weken tijdens de zwangerschap (zie bijlage 2). De verloskundige krijgt als zij de zwangere na 29 weken doorverwijst naar de tweede lijn betaald voor prenatale zorg vanaf 29 weken tot vóór de bevalling. Vlak voor de bevalling zou dit tot strategisch gedrag kunnen leiden om de zwangere (bij een mogelijke medische indicatie) onder behandeling van de verloskundige te houden. Hierdoor kan de verloskundige een hoger bedrag in rekening brengen. Dit wordt niet zo herkend door de sector.
En wanneer dit probleem zich zou voordoen lijkt het eerder een inhoudelijke benadering van verloskundigen dat er geen risico is om deze bevallingen te starten vanuit de eerste lijn. Inhoudelijke richtlijnen kunnen hieraan een bijdrage leveren. Daarnaast blijkt uit de eerste meting van de perinatale audit dat de babysterfte juist voor 75% voorkomt in de zwangerschap t/m de 37^{e} week en voor 25% in de laatste fase van de zwangerschap.[65] Het aantal acute verwijzingen is rond de 4% en het aantal niet-acute verwijzingen is gestegen van 27,8% (2000) naar 31,5% (2008). Ook blijkt dat de verwijzingen naar de tweede lijn toenemen de laatste jaren.[66] Dit alles lijkt erop te wijzen dat deze vermeende verkeerde prikkel in de praktijk niet op grote schaal voorkomt en geen aanleiding geeft om de bekostiging hierop aan te passen.

Zwangere wordt onnodig in de tweede lijn begeleid
In het B-segment leidt de geleverde productie in de vorm van gedeclareerde DBC-zorgproducten direct tot inkomsten voor zowel het ziekenhuis als de gynaecoloog en de ondersteunende medische specialisten indien deze vrijgevestigd zijn.[67] Vrijgevestigde gynaecologen zijn voor hun inkomen dus volledig afhankelijk van het honorariumdeel van de DBC-zorgproducten. Dit kan ervoor zorgen dat gynaecologen geprikkeld zijn om zwangeren door het stellen van een medische indicatie uit de eerste lijn over te nemen om zoveel mogelijk productie te kunnen leveren. Deze prikkel is aanwezig totdat het omzetplafond voor medisch specialisten is bereikt.

[65] Perinatale audit: eerste verkenningen. A terme sterfte 2010. Stichting Perinatale Audit Nederland, november 2011.
[66] Brief KNOV aan NZa
[67] Gynaecologen zijn over het algemeen vrijgevestigde medisch specialisten, in universitaire centra werken de gynaecologen in loondienst.

Hierna zou er een prikkel kunnen zijn om minder zorg te leveren, omdat deze zorg niet tot (extra) inkomen leidt. Deze prikkels zijn inherent aan het model van prestatiebekostiging en vormen niet specifiek een knelpunt voor de geboortezorg. Een specifieke oplossing is dan ook niet nodig of mogelijk. De NZa vindt dat de zorgverzekeraar een rol heeft in het sturen op gepast gebruik in de tweede lijn. Daarnaast kan de eigen bijdrage het risico met zich mee brengen dat een zwangere onnodig in de tweede lijn wordt begeleid. Hierover heeft de NZa in paragraaf 6.3 een advies opgenomen.

Upcoding
Naast de prikkels om de zwangere onnodig in de eerste of in de tweede lijn te begeleiden, kan het in theorie ook zo zijn dat gynaecologen en/of verloskundigen de zwangeren uitgebreider diagnosticeren en/of behandelen. Gynaecologen kunnen hierdoor meer of duurdere DBC-zorgproducten openen en declareren. Verloskundigen kunnen een aantal losse verrichtingen separaat in rekening brengen. Hierdoor kunnen verloskundigen geneigd zijn om meer zorg te bieden dan medisch noodzakelijk is (bijvoorbeeld door het uitvoeren van extra echo's). Bovenstaande kan leiden tot ondoelmatigheid van de zorgverlening met als gevolg hogere kosten dan noodzakelijk. De prikkel tot upcoding is inherent aan het model van prestatiebekostiging dat geldt voor medisch specialisten en verloskundigen en is niet specifiek een knelpunt voor de geboortezorg. De NZa vindt dat de zorgverzekeraar een rol heeft in het sturen op gepast gebruik in zowel de eerste als de tweede lijn.

Dubbele bekostiging eerste- en tweedelijns geboortezorg
Een ander belangrijk knelpunt op papier lijkt de dubbele bekostiging te zijn bij overdracht naar de tweede lijn tijdens de bevalling. Een bevalling die thuis of poliklinisch begint onder begeleiding van een verloskundige en gedurende de bevalling wordt overgedragen aan de gynaecoloog wordt twee keer gedeclareerd: door een verloskundige en een gynaecoloog. De zorgaanbieders geven aan dat hier geen sprake is van dubbele bekostiging. Beide zorgaanbieders hebben immers zorg geleverd en leveren ook andere, complementaire zorg. Een soortgelijke situatie komt ook voor bij bevallingen in een eerstelijns geboortecentrum. Naast het feit dat de verloskundige een tarief in rekening brengt voor de begeleiding van de bevalling, wordt er ook een extra module op het tarief in rekening gebracht voor de locatie.[68] Als een vrouw gedurende de bevalling in het geboortecentrum wordt overgedragen naar de tweede lijn, wordt de ruimte waarin de vrouw bevalt twee keer betaald. Partijen merken echter op dat het om twee verschillende ruimtes gaat en dat er verschillende kosten zijn.[69] Het tarief voor het geboortecentrum dekt de kosten voor de exploitatie van het geboortecentrum en hetzelfde geldt voor het kostendeel van het DBC-tarief dat de kosten van de exploitatie van de verloskamer dekt.[70] Aan de inrichting van een poliklinische bevalling onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige worden andere eisen gesteld dan de inrichting van een ruimte voor een klinische bevalling.

[68] De module geboortecentrum kan ook in rekening worden gebracht door een kraamzorginstelling of een ziekenhuis.
[69] Via werkbezoeken is duidelijk geworden dat er nieuwbouwplannen bestaan om bevalsuites te maken, waarbij de suite kan worden gebruikt voor eerste én tweedelijnszorg. De apparatuur is standaard aanwezig of is verrijdbaar. In die (toekomstige) situatie is er geen sprake van verschillende ruimtes; hoogstens van aanvullende kosten voor apparatuur.
[70] Tevens speelt hierbij dat het door de NZa vastgestelde tarief kostendekkend is voor geboortecentra met meer dan 900 bevallingen. Dat aantal kan bijvoorbeeld in perifere gebieden lastiger gehaald worden.

De NZa vindt dat de verzekeraars eventuele dubbele bekostiging kunnen aanpakken als zij dat wensen door het (maximum)tarief van het geboortecentrum of het kostendeel van het ziekenhuis aan te passen. Een andere (ook uit de praktijk vernomen) mogelijkheid is dat het ziekenhuis bij overgang van een poliklinische bevalling naar een klinische bevalling maar één keer een kostendeel in rekening brengt.

Bijlage 4. Lijst geïnterviewden

	Naam / project	Organisatie/ plaats
Interviews 2011	Hilda Paans	ZN
	Sander Hofstede	NVZ
	Anky van Hecke	CZ
	Anna Kruger, Marjolein Dijns en Karin Hoekstra	Achmea
	Constance Beeker en Marlies Buurman	ActiZ
	Diana van Langerak en Hans Elshof	BTN
	Jos Becker Hoff en Peter Buisman	KNOV
	Chiel Bos en Barbara Wijsen	CPZ
	Jan van Lith	NVOG
	Frans Annot en Anneke Dantuma	STBN
Werkbezoeken 2011/2012	Project de zwangere centraal	Rivierenland
	NOVA	Amsterdam
	ROOS	Roosendaal
	In Zwang	Gouda
	Samenwerkingsverband St. Elisabeth ziekenhuis / Thebe	Tilburg
	Gelre Ziekenhuizen/ Gerrie v.d. Haar	Apeldoorn
	Tweesteden ziekenhuis	Tilburg
	Sint Franciscus Gasthuis	Rotterdam
Interviews met experts 2012	Guus Schrijvers	hoogleraar UMC Utrecht
	Chiel Bos	voorzitter College Perinatale Zorg
	Gouke Bonsel	hoogleraar Erasmus MC
	Coen Ruys	consultant Assist Zorgverbetering
	Carola Groenen	coöperatieve Verloskundigen Nijmegen en omstreken
	Arie Franx	hoogleraar gynaecologie UMC Utrecht
Deelnemers consultatiebijeenkomst (15-3-2012)	College Perinatale Zorg (CPZ)	
	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)	
	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	
	Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra (NFU)	
	Orde van medisch specialisten (OMS)	
	Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ)	
	Branchebelang-thuiszorg (BTN)	
	Stichting STBN	
	ActiZ	
	DBC-onderhoud	
	Zorgverzekeraars (CZ, Achmea, Menzis)	

Bijlage 5. Lijst van afkortingen

Afkorting	Volledige omschrijving
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Budgettair Kader Zorg
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
CPZ	College Perinatale Zorg
CVZ	College voor zorgverzekering
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DM2	Diabetes Mellitus type 2
DOT	DBC op weg naar Transparantie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OP	Ondersteunend of overig zorgproduct
PAN	Perinatale Audit Nederland
PRN	Perinatale Registratie Nederland
UMC	Universitair Medisch Centrum
SES	Sociaal-economische status
VIL	Verloskundige indicatie lijst
VRM	Cardiovasculair Risicomanagement
vsv	Verloskundig samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 6. Definitielijst

Begrip	Toelichting
Bekostigingstructuur	De wijze waarop prestaties en tarieven voor de (deel)markt tot stand komen.
B-segment	Medisch-specialistische zorg met vrije prijzen. Het gereguleerde deel heet A-segment.
Eerstelijns geboortecentrum	Een eerstelijns geboortecentrum is een plek waar de zwangere onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige kan bevallen. Dit is een alternatief voor de poliklinische bevalling in een ziekenhuis of een thuisbevalling. Het geboortecentrum wordt voor een bepaald gebied door samenwerkende eerstelijns verloskundigen in beheer of onder regie van de eerste lijn aangeboden, met als doel de eerstelijns verloskundige zorg in stand te houden en te bevorderen.
Integrale bekostiging	Integrale bekostiging houdt in dat de totale multidisciplinaire zorgverlening met één prestatie en één tarief wordt gedeclareerd. Ook wel ketenbekostiging genoemd.
Geboortezorg	Zorg rondom zwangerschap en geboorte
Multidisciplinair overleg	Overleg ten behoeve van de gezamenlijke zorg aan een patiënt tussen mensen met verschillende beroepsdisciplines.
Nataal	Met betrekking tot de geboorte van een kind.
Neonataal	De eerste vier weken van een kind na de geboorte.
Perinataal	De periode van de 28ste zwangerschapsweek tot de 8ste dag na de geboorte van een kind.
Postnataal	Na de geboorte van een kind.
Prenataal	Voorafgaand aan de geboorte van een kind.
Prestatie(beschrijving)	De levering van zorg door een zorgaanbieder. Op basis van de vastgestelde prestaties moet de geleverde zorg gedeclareerd worden. De vorm van een prestatiebeschrijving kan divers zijn: in de vorm van bijvoorbeeld een abonnement, verrichting of product. De term prestatiebeschrijving is de wettelijke term die de NZa hanteert voor ál deze varianten.
Sectio	Sectio caesarea wordt in de volksmond 'keizersnede' genoemd. Dit is de manier van bevallen waarbij de moeder operatief via de buikwand van haar kind(eren) wordt verlost.
Stuurgroep	Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte
Tarief	Gereguleerde prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder.
Transparantie	Informatie moet toegankelijk, betrouwbaar, begrijpelijk en vergelijkbaar zijn voor de consument.
Upcoding	De prikkel om een duurdere, complexere behandeling te leveren dan medisch noodzakelijk is.
Vrije prijs	De door de zorgaanbieder zelf te bepalen prijs voor een prestatie of deelprestatie.
Verzekeraars	Zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en particuliere ziektekostenverzekeraars.