

Visiedocument

Eerstelijns verloskundige zorg

Een advies over vrije prijsvorming

november 2009

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting en advies	7
1. Inleiding	15
1.1 Doelstelling	15
1.2 Aanleiding	15
1.3 Verhouding tot het consultatiedocument	15
1.4 Opbouw visiedocument	16
2. Verloskundige zorg	17
2.1 De inhoud van verloskundige zorg	17
2.2 Het Nederlandse systeem van verloskundige zorg	18
2.3 Aanbieders van verloskundige zorg	19
2.4 Huidige regulering verloskundige zorg	21
2.5 Ontwikkelingen in de verloskundige zorg	25
3. Marktstructuur	29
3.1 De vraag naar eerstelijns verloskundige zorg	29
3.2 Het aanbod van eerstelijns verloskundige zorg	30
3.3 Keuzemogelijkheden voor de consument	36
3.4 Conclusies	40
4. Marktgedrag	43
4.1 Inkoopprikkels	43
4.2 Marktverhoudingen	45
4.3 Anticompetitieve gedragingen	47
4.4 Externe effecten	51
4.5 Lastendruk en veranderingskosten	53
4.6 Conclusies	55
5. Monitoren van marktontwikkelingen	57
Bijlage 1. Begrippen en afkortingen	59
Bijlage 2. Toegevoegde waarde vrije prijsvorming	61
Bijlage 3. Beleidsregel Berekening maximumtarieven verloskundige zorg CV-5700-4.0.-11	69
Bijlage 4. Tarievenlijst verloskunde 5700-1900-09-1	73
Bijlage 5. Tarievenlijst huisartsen 5000-1900-09-3	81
Bijlage 6. Tarievenlijst instellingen CI-1094 versie 2	85

Vooraf

Voor u ligt het Visiedocument Eerstelijns verloskundige zorg. Dit document bevat een analyse van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Op basis van deze analyse adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de mogelijkheid en wenselijkheid om de markt voor eerstelijns verloskundige zorg te liberaliseren. Het is aan de minister om te besluiten of liberalisering van deze markt al dan niet plaatsvindt. Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en voor het advies aan de minister van VWS verwijzen wij u naar de management-samenvatting.

In deze analyse is gebruik gemaakt van de meetlat die de NZa in februari 2007 heeft gepubliceerd in het Visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg. Invulling van die meetlat helpt de vraag te beantwoorden of de consumentenbelangen in een geliberaliseerde markt voor eerstelijns verloskundige zorg voldoende zijn geborgd of dat regulering op deze markt noodzakelijk is. Uit de analyse volgen tevens de aandachtspunten die de NZa in ieder geval in de marktmonitor zal betrekken als de minister van VWS besluit om de tarieven op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg te liberaliseren.

De markt voor eerstelijns verloskundige zorg is niet geïsoleerd onderzocht. In haar marktanalyse heeft de NZa rekening gehouden met de verbondenheid tussen de markten voor eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg, waarover zij gelijktijdig met dit document eveneens een visiedocument heeft gepubliceerd.

In de eerstelijns geboortezorg doen zich veel ontwikkelingen voor. Dit blijkt ook uit de instelling van een Stuurgroep Zwangerschap en geboorte door de minister van VWS.¹ Deze Stuurgroep heeft de brede opdracht om vóór 1 januari 2010 adviezen uit te brengen over de inhoudelijke kwaliteit van de eerstelijns geboortezorg, de transparantie van de kwaliteit, de zorg in achterstandswijken en de organisatie binnen de geboortezorgketen. De NZa heeft na overleg met de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte geconstateerd dat de zorginhoudelijke focus van de Stuurgroep en de bekostigingstechnische focus van de NZa niet interfereren. Het advies van de NZa is gebaseerd op de analyse van de marktstructuur, het marktgedrag en de regelgeving. De Stuurgroep adviseert over de kwaliteit van de zorg en over de organisatie van de keten. Het feit dat de inhoudelijke focus van de twee adviezen verschilt, maakt het mogelijk dat de Stuurgroep en de NZa hun adviezen parallel aan de minister uitbrengen.

Op grond van haar analyse van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg concludeert de NZa dat de tarieven kunnen worden vrijgegeven. Uit de analyse volgt tevens een aantal adviezen voor flankerend beleid en voor maatregelen van de NZa zelf om de werking van de geliberaliseerde markt te bevorderen.

Aan dit visiedocument is het Consultatiedocument Eerstelijns verloskundige zorg voorafgegaan. Dat document ging in op de vraag of op die markt de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn.

¹ Ministerie van VWS, Eerste voortgangsrapportage zwangerschap en geboorte, Brief met bijlage, kenmerk CZ-EZK/2907532 (<http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2009/voortgangsrapportage-zwangerschap-en-geboorte.asp>).

Consumentenorganisaties, overheidsorganisaties en brancheverenigingen van zorgaanbieders en verzekeraars hebben op het consultatiedocument gereageerd. Tijdens een consultatiebijeenkomst op 11 mei 2009 hebben de partijen hun reactie toegelicht en kennis genomen van elkaars standpunten. Hierover is onderling en met de NZa gediscussieerd. De schriftelijke reacties en het verslag van de bijeenkomst zijn te vinden op de website van de NZa.²

Dit visiedocument is tot stand gekomen op basis van het consultatiedocument, de reacties daarop en aanvullend onderzoek door de NZa. Wij stellen het bijzonder op prijs dat alle partijen de moeite hebben genomen om op het consultatiedocument te reageren. Deze reacties zijn de kwaliteit van dit visiedocument erg ten goede gekomen.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. E.J. Mulock Houwer
lid Raad van Bestuur a.i.

mw. drs. C.C. van Beek MCM
voorzitter a.i.

² <http://www.nza.nl/nza/Publicaties/consultaties>.

Managementsamenvatting en advies

De afgelopen jaren heeft het Nederlandse zorgstelsel ingrijpende wijzigingen ondergaan. Doel van deze wijzigingen is de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te vergroten. Om dit doel te bereiken wordt de Nederlandse zorg geleidelijk getransformeerd van een aanbodgestuurd in een vraaggestuurd stelsel.

Aanbodsturing houdt in dat de overheid of de zorgaanbieder beslist welke zorg in welke hoeveelheden tegen welke prijs beschikbaar moet zijn. Vraagsturing houdt in dat zorggebruikers (of verzekeraars namens hen) zelf kiezen voor de zorg die het beste bij hen past. Dat vergt dat er alternatieven zijn en dat vergt dat duidelijk is waarin die alternatieven zich van elkaar onderscheiden.

Keuzevrijheid van zorggebruikers stimuleert de aanbieders van zorg om hun zorgaanbod goed aan te sluiten op de behoeften van de gebruikers. Aanbieders die dat goed doen, zijn aantrekkelijk voor klanten en kunnen zo hun bestaanrecht bewijzen. Zo komt marktwerking de kwaliteit van de zorg in Nederland ten goede.

De NZa heeft de taak om het consumentenbelang te beschermen. Vanuit dat perspectief beziet de NZa of aan de voorwaarden voor vraagsturing is voldaan en of tot liberalisering van zorgmarkten kan worden overgegaan.

In dit kader heeft de NZa onderzoek verricht naar de markten voor eerstelijns verloskunde en kraamzorg. Over kraamzorg is een afzonderlijk visiedocument verschenen. In onderhavig visiedocument gaat de NZa in op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Het document mondt uit in een advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de tariefregulering in de eerstelijns verloskundige zorg te beëindigen. Tevens adviseert de NZa de minister over flankerend beleid en kondigt zij zelf ook een aantal maatregelen aan om bij vrije prijsvorming een goede werking van de markt te bevorderen.

Eerstelijns verloskundige zorg

Verloskundige zorg is zorg die wordt verleend gedurende de zwangerschap, de bevalling en het kraambed. De zorg is opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. De eerstelijns verloskundige zorg wordt wel ingedeeld in drie categorieën zorgactiviteiten:

- *Prenatale zorg*: de begeleiding en controle van de zwangere vrouw in de periode tussen het vaststellen van de zwangerschap en de bevalling, bestaande uit een intake en spreekuurcontacten (inclusief diagnostische verrichtingen, counseling en voorlichting).
- *Natale zorg*: de begeleiding van de bevalling.
- *Postnatale zorg*: de controle van kraamvrouw en kind in de eerste periode na de bevalling, bestaande uit een aantal kraambedcontroles en nacontrole (een paar weken na de bevalling).

Eerstelijns verloskundige zorg wordt verleend door verloskundigen en (in afnemende mate) door huisartsen. Verloskundigen zijn vrije beroepsbeoefenaren. Zij werken van oudsher in solopraktijken.

Tegenwoordig werken steeds meer verloskundigen in een maatschap (duo- of groepspraktijk), waarvan twee of meer verloskundigen gezamenlijk eigenaar zijn en taken delen. Verloskundigen hoeven geen (mede)eigenaar te zijn. Ze kunnen ook in loondienst werken van een

verloskundige maatschap of van een geboortecentrum, een thuiszorginstelling of een ziekenhuis.

De tarieven voor eerstelijns verloskundige zorg zijn gereguleerd, net als die voor kraamzorg. Daarin onderscheidt de eerste lijn zich van de tweede en derde lijn, waar wel al vrije tarieven gelden (B-segment). De NZa heeft op 6 oktober 2009 besloten de tarieven voor eerstelijns verloskundige zorg in 2010, 2011 en 2012 geleidelijk te verhogen met in totaal 26%.

De meetlat

Om de mogelijkheid en wenselijkheid van liberalisering van zorgmarkten te beoordelen hanteert de NZa de 'meetlat'. Deze meetlat bestaat uit criteria op grond waarvan de 'liberaliseerbaarheid' van een markt wordt beoordeeld. Aan een criterium is voldaan wanneer dat aspect bij een vrije prijsvorming naar het oordeel van de NZa bijdraagt aan een betere prijs/kwaliteitverhouding vanuit het perspectief van de consument.

De criteria hebben betrekking op aspecten van transparantie, marktstructuur, marktgedrag en externe effecten.

De transparantie wordt afgemeten aan de inzichtelijkheid en eenduidigheid van prestatieomschrijvingen, kwaliteit, prijs en polisvoorwaarden. Zowel consumenten als zorgverzekeraars moeten weten wat ze krijgen en hoeveel ze daarvoor betalen.

Ten aanzien van de marktstructuur is van belang dat er voldoende aanbod is, zodat er echt wat te kiezen valt. Daarnaast is van belang dat nieuwe aanbieders vrij zijn om de markt te betreden.

Ten aanzien van het marktgedrag is van belang dat verzekeraars en zorggebruikers bij vrije prijzen worden gestimuleerd om een goede afweging te maken tussen prijs en kwaliteit en daarop scherp in te kopen. Daarnaast is van belang dat de mogelijkheden voor anticompetitieve gedragingen zoals kartelvorming en misbruik van economische machtsposities beperkt zijn.

Ten aanzien van de externe effecten is van belang dat marktwerking niet ten koste gaat van samenwerking in de keten en geen ongewenste gevolgen heeft voor het zorggebruik in de kraamzorg zelf of elders in de keten van perinatale zorg.

De meetlat maakt onderscheid tussen startcriteria en ingroeicriteria.³ Startcriteria zijn voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voordat marktwerking wordt geïntroduceerd, omdat marktwerking anders mogelijk negatieve effecten heeft. Ingroeicriteria zijn voorwaarden waaraan niet direct hoeft te zijn voldaan, maar waaraan op termijn wel moet worden voldaan om een optimaal marktresultaat te realiseren.

Een markt die aan alle criteria voldoet kan zonder meer worden geliberaliseerd. Een markt die aan geen van de criteria voldoet moet gereguleerd blijven. In de praktijk is echter sprake van plussen én minnen die in een nadere analyse tegen elkaar moeten worden afgewogen. De minnen op ingroeicriteria wegen daarbij minder zwaar. De score op deze criteria verbetert vaak door de introductie van

³ In het visiedocument 'Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg' werden deze criteria respectievelijk *hard* en *zacht* genoemd.

marktwerking. Bovendien kan een negatieve score vaak worden ondervangen door flankerend beleid.

Eerstelijns verloskundige zorg langs de meetlat

In het onderzoek dat aan dit visiedocument ten grondslag ligt, is nagegaan in hoeverre eerstelijns verloskundige zorg voldoet aan de criteria van de meetlat. De resultaten zijn weergegeven in tabel 1. In de eerste kolom van deze tabel staan de criteria. In de tweede kolom staat per criterium of het gaat om een start- of een ingroeicriterium. In de derde kolom staat of er wel (+), niet (-) of slechts gedeeltelijk (\pm) aan het betreffende criterium is voldaan.

Tabel 1. Score van eerstelijns verloskundige zorg op de NZa-liberaliseringsmeetlat

criterium	Start- of ingroei	Beoordeling
Transparantie		
Heldere prestatieomschrijvingen	Ingroei	+
Kwaliteit geleverde zorg transparant	Ingroei	-
Prijs geleverde zorg transparant	Ingroei	\pm
Zorgpolis transparant	Ingroei	+
Markttoegang		
Voldoende aanbieders	Start	+
Lage of geen toetredingsdrempels	Start	\pm
De consument kan eenvoudig kiezen en overstappen	Ingroei	+
Marktgedrag partijen		
Prikkel zorgverzekeraar goed inkopen	Start	+
Prikkel consument goed inkopen	Start	-
Evenwichtige marktverhoudingen	Ingroei	\pm
Anticompetitieve gedragingen		
Te hoge prijzen	Ingroei	+
Te lage prijzen	Ingroei	+
Kartelvorming	Ingroei	\pm
Misbruik inkoopmacht	Ingroei	\pm
Negatieve externe effecten		
Keteneffecten	Start	\pm
Volume-effecten	Ingroei	+
Risicoselectie	Ingroei	+
Transactie- en veranderingskosten		
Lastendruk prijsonderhandelingen	Ingroei	-
Lastendruk kwaliteitstoezicht	Ingroei	+
Lastendruk marktmonitoring	Ingroei	\pm

Transparantie

Uit de marktanalyse in dit Visiedocument blijkt dat de prestatiebeschrijvingen voor de eerstelijns verloskundige zorg duidelijk zijn, zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over volume, kwaliteit en prijs van de zorg. De transparantie van de

bijkomende kosten voor consumenten bij verplaatste thuisbevallingen moet verbeteren.

Ten aanzien van de transparantie van de kwaliteit van de zorg zijn in de consultatieprocedure belangrijke twijfels naar voren gebracht. Er zijn wel aanzetten om te komen tot prestatie- en kwaliteitsindicatoren, maar de transparantie daarvan richting de consument en zorgverzekeraar is nog niet geborgd. Dit maakt het vergelijken van verloskundigenpraktijken op kwaliteitsverschillen op dit moment moeilijk.

Transparantie van de prijs stelt verzekeraars en zorggebruikers in staat de prijzen van aanbieders met elkaar te vergelijken. Als de minister besluit de prijs van eerstelijns verloskundige zorg vrij te geven, is het aan de verzekeraars en de verloskundigen om in onderhandeling prijzen overeen te komen. De NZa zal dan regels stellen om die transparantie te verzekeren voor consumenten die zelf eerstelijns verloskundige zorg inkopen, bijvoorbeeld bij een aanbieder die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd. Dit betekent een verplichting voor aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg om een standaardprijslijst openbaar te maken. Dit voorkomt verrassingen achteraf voor de consument.

De transparantie van de zorgpolis is voldoende. Verzekerden kunnen weten dat ze recht hebben op verloskundige zorg.

Markttoegang

Op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg zijn voldoende aanbieders actief, zij het dat de verloskundigendichtheid regionale verschillen vertoont.

De markt voor verloskundige zorg is niet vrij van toetredingsbelemmeringen. Sommige belemmeringen zijn noodzakelijk om de kwaliteit van de zorg te borgen. Zo mag verloskundige zorg slechts worden geleverd door zorgverleners die als verloskundige in het BIG-register zijn ingeschreven. Het aantal verloskundigen wordt tevens beperkt door de numerus fixus voor de hbo-opleiding tot verloskundige.

Marktgedrag

Voor verzekeraars vormen (potentiële) kraamvrouwen een aantrekkelijke doelgroep. Waarschijnlijk zijn ze ook een kritische doelgroep, die verzekeraars graag 'te vriend' houden. Voor deze doelgroep is de kwaliteit van de zorg zeer belangrijk. De kosten van verloskundige zorg wegen daarentegen niet erg zwaar in de totale kosten van het basispakket. Per saldo ondervinden verzekeraars van marktwerking een sterke prikkel om bij de inkoop scherp te letten op de kwaliteit. Er is dus geen reden om te vrezen dat prijsconcurrentie bij marktwerking in de eerstelijns verloskundige zorg ten koste zal gaan van de kwaliteit.

Verzekerden ondervinden daarentegen geen prikkel om bij hun keuze op de prijs te letten. De zorg is immers verzekerd en er geldt geen eigen bijdrage. Doelmatigheidsafwegingen zullen bij verzekerden maar heel beperkt meewegen in hun vraag naar de beste kwaliteit van zorg. De doelmatigheidsprikkel moet dus van de zorgverzekeraar komen.

De markten voor verloskundige zorg zijn geografisch beperkt door de bereikbaarheidseis. Een verloskundige moet binnen vijftien minuten ter plekke kunnen zijn. Uit het feit dat op landelijk niveau grote aantallen (kleine) aanbieders van verloskundige zorg tegenover een beperkt aantal (grote) verzekeraars staan, mag dus niet worden afgeleid dat de verzekeraars in een machtige positie verkeren. De verhoudingen moeten regionaal worden bekeken.

Anticompetitieve gedragingen

De beperktheid van de geografische markten brengt met zich mee dat verloskundigen die op één geografische markt actief zijn elkaar zouden kunnen opzoeken om het marktgedrag te coördineren.

Hier staat tegenover dat verloskundigen in hun werkgebied vaak te maken hebben met één dominante zorgverzekeraar die mogelijk inkoopmacht heeft.

Hoewel de marktverhoudingen op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg niet onevenwichtig zijn, geven ze wel aanleiding om de marktontwikkelingen na vrijgave van de tarieven scherp te volgen. De NZa doet dit door middel van marktmonitors en door alert te zijn op signalen van anti-competitieve gedragingen.

Negatieve externe effecten

Aanbodgeïnduceerde vraag (het verlenen van zorg aan vrouwen die dit niet nodig hebben) is geen risico: iedereen die zwanger is, heeft behoefte aan verloskundige begeleiding. De poortwachtersfunctie van de eerstelijns verloskundige voorkomt dat tweedelijns zorg wordt geboden waar eerstelijns zorg toereikend is.

De eerstelijns verloskundige moet goede voorlichting over de mogelijkheden van pijnbestrijding tijdens de bevalling bieden, maar zou de neiging kunnen hebben om niet alle relevante informatie te geven. Namelijk, als de consument kiest voor pijnbestrijding, kan dit tot gevolg hebben dat de bevalling in het ziekenhuis moet plaatsvinden, en de eerstelijns verloskundige de bevalling niet zelf kan begeleiden.

Transactiekosten

Vrije prijsvorming leidt voor zorgaanbieders en verzekeraars op de korte termijn tot een beperkte toename van de lastendruk. Er zal waarschijnlijk meer tijd gemoeid zijn met de contractering en de prijsonderhandelingen daarbij. Hier staat tegenover dat de reguleringskosten verdwijnen. De NZa zal de vrijgegeven markt monitoren. Zoals bij andere monitors gebeurt dit proportioneel en zo veel mogelijk signaalgericht. Dit betekent een minimale toezichtslast voor de markt.

Stakeholders

De opvattingen van de stakeholders over het liberaliseren van de tarieven van eerstelijns verloskundige zorg lopen uiteen. De algemene tendens in de standpunten van de stakeholders is een waarschuwing voor overhaaste veranderingen.

- De Consumentenbond onderschrijft dat vrijere prijsvorming de belangen van de consument kan dienen, maar wijst erop dat verbeteringen in de transparantie van kwaliteit en van de (financiële) consequenties van verschillende typen bevallingen gewenst zijn alvorens de tarieven in de eerstelijns verloskundige zorg vrijgegeven kunnen worden.
- De KNOV waarschuwt voor overhaaste liberalisering van de markt en vindt dat de markt niet overbelast moet worden met veranderingen. De implementatie van het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte zal volgens KNOV al een grote impact hebben op de verloskundigen.
- ZN wijst erop dat – om een vrijere markt goed te laten werken – verbeteringen nodig zijn ten aanzien van de transparantie van kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders, maar staat niet afwijzend tegenover vrijere prijsvorming in het algemeen.
- NVOG vertegenwoordigt de tweedelijns verloskundige zorg en ziet in vrijere prijsvorming betere mogelijkheden voor samenwerking en ontschotting tussen de eerste- en de tweedelijns zorgverleners.

De integrale reacties en het verslag van de consultatiebijeenkomst zijn gepubliceerd op de website van de NZa.⁴

Advies

De NZa adviseert om tot liberalisering van de tarieven van eerstelijns verloskundige zorg over te gaan. De zorgmarkt is daar in voldoende mate voor ontwikkeld. De NZa komt tot de conclusie dat vrije prijsvorming bijdraagt aan de afstemming van het aanbod van eerstelijns verloskundige zorg op de behoefte. Vrije prijsvorming maakt beloning naar prestatie mogelijk, wat bevorderlijk is voor het innovatief, vraaggestuurd en klantgericht werken. Dat komt de gebruikers van verloskundige zorg ten goede.

De NZa adviseert om de tarieven van eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg in ieder geval gelijktijdig te liberaliseren vanwege de sterke ketensamenhang van deze zorgmarkten.

De markt is in principe klaar voor liberalisering per 1 januari 2011. Echter de tarieven zouden ook uiterlijk op 1 januari 2013 geliberaliseerd kunnen worden om het invoertraject van de tariefverhoging eerst te voltooien, alsmede om uitvoering te geven aan het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.

Dit advies heeft betrekking op de tarieven van alle prestaties die zijn vermeld in de 'Tarievenlijst verloskunde per 1 januari 2009' (5700-1900-09-1), dus zowel de abonnementen als de verrichtingen. Het advies heeft ook betrekking op de tarieven van de prestaties genoemd in de onderdelen C3, C4a, C4b en C5 van de 'Tarievenlijst Huisartsenzorg per 1 juli 2009' (5000-1900-09-0).

De NZa ziet geen reden om aan te nemen dat een vrijere markt de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zal schaden. Gezien de huidige marktverhoudingen is het niet waarschijnlijk dat anticompetitieve gedrag van marktpartijen een bedreiging vormen voor de maatschappelijke belangen. Als dat toch mocht gebeuren, beschikt de overheid over voldoende middelen om in te grijpen.

De NZa heeft recent besloten tot een stapsgewijze verhoging van de tarieven voor eerstelijns verloskundige zorg. Tussen 1 januari 2010 en 1 januari 2012 worden de tarieven in totaal met 26% verhoogd. De NZa heeft tot deze inhaalslag besloten op grond van de uitkomsten van een integraal kostenonderzoek.

De tweedelijns verloskundige zorg kent op dit moment al vrije prijsvorming (B-segment ziekenhuisbesteding). De NZa is van oordeel dat de geboortezorgketen gebaat is met vrijere prijsvorming in de volle breedte: kraamzorg, eerstelijns en tweedelijns verloskundige zorg. Het heeft de voorkeur van de NZa om de huidige overgangsfase waarin voor eerstelijns en tweedelijns verloskundige zorg een verschillend regime van tariefregulering geldt, zo kort mogelijk te houden.

Op basis van contacten met de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft de NZa geconstateerd dat het advies van de Stuurgroep en het voorliggende advies niet interfereren. De minister kan het definitieve advies van de Stuurgroep betrekken in zijn besluitvorming op het voorliggende advies.

⁴ <http://www.nza.nl/nza/Publicaties/consultaties>.

De NZa formuleert de volgende flankerende maatregelen die met het besluit tot vrije prijsvorming zullen worden genomen:

- Voor een goede marktwerking is transparantie van de prijs noodzakelijk. De NZa zal aanbieders van verloskundige zorg daarom verplichten om onderling vergelijkbare standaardprijzlijsten te publiceren waarop de maximumprijzen zijn vermeld die de aanbieders in rekening brengen voor niet-gecontracteerde zorg.
- Vrije prijsvorming impliceert dat de bepalingen in de beleidsregel die betrekking hebben op de kostenverdeling tussen de drie fasen van verloskundige zorg, tevens moeten vervallen.
- Om de inkoop van integrale zorgtrajecten te bevorderen, zal de NZa het verbod handhaven op het in rekening brengen van de drie deelprestaties wanneer het volledige verloskundige zorgtraject wordt geboden.
- Omdat er coördinatieproblemen kunnen ontstaan die niet bevorderlijk zijn voor het soepel onderling overdragen van cliënten (bijvoorbeeld bij een overstap ten gevolge van de verhuizing van een zwangere), zal de NZa de bepalingen handhaven over de kostenverdeling tussen de eerstelijns verloskundigen indien beide een deel van de zorg binnen een zorgfase leveren.

Daarnaast signaleert de NZa dat de volgende onderwerpen de aandacht van de minister vragen:

- De NZa adviseert de minister om afspraken te maken met de betrokken partijen over het ontwikkelen van indicatoren die kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders transparant maken voor consumenten en zorgverzekeraars. In andere zorgmarkten hebben indicatoren voor Verantwoorde Zorg (Zichtbare Zorg) een grote bijdrage geleverd aan het transparant maken van kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders. De IGZ heeft samen met de KNOV en de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH) indicatoren voor eerstelijns verloskundige zorg ontwikkeld die als basis kunnen dienen voor een Zichtbare Zorg-programma. Vrije prijsvorming kan aan de doorontwikkeling een impuls geven.
- De NZa acht het bevorderlijk voor de zorg voor moeder en kind, dat er duidelijkheid komt over de bekostiging van geboortecentra, en dan specifiek de eigen bijdrage die voor deze vorm van geboortezorg van consumenten wordt gevraagd.
- De NZa adviseert de minister de numerus fixus voor de opleiding tot verloskundige te verruimen en op termijn te schrappen. Het schrappen van deze numerus fixus verlaagt de toetredingsdrempels tot de markt en komt daarmee de marktwerking ten goede. Juist in de eerstelijns verloskundige zorg is het risico van afschaffing van de numerus fixus beperkt, aangezien aanbodgeïnduceerde vraag niet aan de orde is.

De NZa zal de markt voor eerstelijns verloskundige zorg na de liberalisering van de tarieven blijven volgen. Daarbij zal bijzondere aandacht worden besteed aan:

- de actualiteit van de prestatieomschrijvingen;
- transparantie van kwaliteitsverschillen;
- samenwerking bij achterrangeregelingen;
- de gevolgen van horizontale concentraties;
- de gevolgen van verticale integratie (samenwerking of fusies van eerste met tweedelijns zorgaanbieders),
- de informatieplicht die verloskundigen hebben om consumenten te informeren over de mogelijkheden van pijnbestrijding bij de bevalling, óók als dat ertoe leidt dat een vrouw in de tweede lijn moet bevallen.

1. Inleiding

1.1 Doelstelling

Het tarief voor eerstelijns verloskundige zorg is gereguleerd. Doel van dit visiedocument is om de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te adviseren over de mogelijkheid en wenselijkheid om deze regulering los te laten.

1.2 Aanleiding

Eerstelijns verloskundige zorg vormt een essentieel onderdeel van de geboortezorg in Nederland. De zorg wordt geleverd in nauwe samenwerking met de tweede lijn en de kraamzorg, en in goede afstemming met de huisartsen en de jeugdgezondheidszorg.

Naast verloskundigen verlenen ook huisartsen eerstelijns verloskundige zorg. In overeenstemming met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die bepaalt dat prestaties functiegericht worden omschreven, gaat dit document uit van de prestatie. Het advies over het vrijgeven van de prijzen op de markt voor verloskundige zorg in dit visiedocument heeft betrekking op alle aanbieders van deze zorg.

In februari 2007 heeft de NZa het Visiedocument Liberalisering vrije beroepen in de zorg gepubliceerd.⁵ In dat document presenteert de NZa een meetlat die zij gebruikt om te bezien of een markt kan worden vrijgegeven of niet. Deze meetlat is specifiek ontwikkeld voor de vrije beroepen. De invulling ervan voor een specifieke beroepsgroep geeft antwoord op de vraag of de consumentenbelangen in een geliberaliseerde markt voldoende geborgd zijn en of de markt kan worden vrijgegeven of niet. Dit sluit aan bij de functie van de NZa, namelijk het stimuleren en bewaken van een goede werking van zorgmarkten. Op basis van de uitkomst van de meetlat adviseert de NZa de minister om een markt vrij te geven of niet. Het is de minister die hier uiteindelijk een beslissing over neemt.

Voor het vrijgeven van een markt is het consumentenbelang leidend. De introductie van vrije prijsvorming in een sector moet ervoor zorgen dat de consument zijn zorg kan inkopen in de beste prijs-kwaliteitverhouding. Marktwerking in de gezondheidszorg is dus geen doel op zich, maar een instrument om vanuit het perspectief van de consument tot betere zorg te komen. Deze invalshoek is nader uitgewerkt in bijlage 2: de toegevoegde waarde van vrije prijsvorming.

1.3 Verhouding tot het consultatiedocument

Dit visiedocument is de uitkomst van een consultatietraject, waartoe de NZa in februari 2009 een consultatiedocument heeft gepubliceerd. Marktpartijen, brancheorganisaties, overheidsinstellingen en wetenschappelijke organisaties hebben vanuit hun kennis en belangen op het consultatiedocument gereageerd. In mei 2009 hebben de respondenten tijdens een consultatiebijeenkomst de gelegenheid

⁵ http://www.nza.nl/7113/10057/Visiedoc_Theoretisch_kader_1.pdf.

gekregen om hun schriftelijke reactie toe te lichten en onderling te bediscussiëren.⁶

De partijen hebben veel bruikbare nuanceringen aangebracht en nuttige opmerkingen gemaakt. Dit heeft geleid tot een groot aantal aanpassingen in het concept van dit visiedocument. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Er is een bijlage toegevoegd over de voor- en nadelen van vrije prijsvorming en regulering.
- De kenmerken van verloskundige zorg zijn aangescherpt.
- De dynamiek in de verloskundige zorgketen is beter beschreven.
- In dit visiedocument is de voortgang in de ontwikkeling van prestatie-indicatoren juist omschreven.
- De medische eindverantwoordelijkheid van de gynaecoloog voor de tweedelijns zorg is nadrukkelijker benoemd.
- Het visiedocument gaat dieper in op de gevolgen voor horizontale samenwerking tussen verloskundigen.

1.4 Opbouw visiedocument

Het advies aan de minister van VWS is geformuleerd in de managementsamenvatting. Hoofdstuk 2 omschrijft de prestatie 'eerstelijns verloskundige zorg' en geeft een kwalitatieve omschrijving van de marktpartijen. Hoofdstuk 3 gaat in op de marktstructuur. Welke factoren bepalen de vraag en het aanbod, wat is transparantie, en hebben zorggebruikers en zorgverzekeraars keuzemogelijkheden? In hoofdstuk 4 staat het marktgedrag van aanbieders en vragers van eerstelijns verloskundige zorg centraal, inclusief mogelijke anticompetitieve gedragingen en administratieve lastendruk. In hoofdstuk 5 volgt een korte typering van de monitoractiviteiten van de NZa. In de bijlagen is onder andere de regelgeving van de NZa opgenomen zoals die op dit moment geldt.

⁶ Het consultatiedocument, de reacties daarop en het verslag van de consultatiebijeenkomst zijn gepubliceerd op <http://www.nza.nl/nza/Publicaties/consultaties>.

2. Verloskundige zorg

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de verloskundige zorg in Nederland. De focus ligt daarbij op de elementen die van belang zijn voor de beoordeling van de mogelijkheden om verloskundige zorg te liberaliseren. Achtereenvolgens gaat dit hoofdstuk in op de inhoud van de zorg, het Nederlandse systeem van verloskundige zorg, de aanbieders van deze zorg en de huidige regulering. Afsluitend komen de actuele ontwikkelingen in de verloskundige zorg aan de orde.

2.1 De inhoud van verloskundige zorg

Verloskundige zorg is zorg die verleend wordt gedurende de zwangerschap, de bevalling en het kraambed. De verloskundige zorg in Nederland omvat in het algemeen gesproken de volgende activiteiten binnen grofweg drie categorieën:

- *Prenatale zorg*: de begeleiding en controle van de zwangere vrouw in de periode tussen de vaststelling van de zwangerschap en de bevalling, bestaande uit een intake en spreekuurcontacten (inclusief diagnostische verrichtingen, counseling en voorlichting).
- *Natale zorg*: de begeleiding van de bevalling.
- *Postnatale zorg*: de controle van de kraamvrouw en het kind in de eerste periode na de bevalling, bestaande uit een aantal kraambedcontroles en nacontrole (een paar weken na de bevalling).

Dit advies gaat over de eerstelijns verloskundige zorgprestaties die de NZa op dit moment reguleert op grond van de Wmg. In dit advies rekent de NZa preconceptiezorg niet tot de verloskundige zorg (zie ook paragraaf 2.5).

Kenmerken verloskundige zorg

Enkele kenmerken van verloskundige zorg zijn:

- Het is *incidentele (niet-chronische) zorg*. Zwangere vrouwen krijgen gedurende één of meer afgebakende periodes in hun leven met verloskundige zorg te maken. De zorg heeft een begin en een einde.
- Het is *noodzakelijke zorg*. Verloskundige zorg wordt in het algemeen beschouwd als noodzakelijke zorg en maakt onderdeel uit van het verplicht verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet. Vrijwel alle zwangere vrouwen doen een beroep op verloskundige zorg voor de begeleiding bij de zwangerschap en de bevalling, dit om de gezondheid van moeder en kind te waarborgen.
- Verloskundige zorg is doorgaans uitsluitend in de natale fase spoedeisend. In de prenatale en postnatale fasen (zwangerschap en kraamperiode) vertoont verloskundige zorg electieve eigenschappen. Vóór en tijdens de zwangerschap heeft de zwangere vrouw gelegenheid om tussen zorgaanbieders te kiezen.
- De *geografische nabijheid* van de zorg gedurende acute perioden moet gegarandeerd zijn. Dit betekent voor de beroepsuitoefening dat kraamvrouwen 24/7 een beroep kunnen doen op de zorgverlener.
- Verloskundige zorg vergt *samenwerking binnen een keten*. Verschillende beroepsgroepen verlenen zorg gedurende de prenatale, natale en postnatale fase. De betrokken zorgverleners zijn eerste- en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen, anesthesiologen, verloskundig actieve huisartsen, kraamverzorgenden, kinderartsen, neonatologen, welzijns- en jeugdzorgwerkers. Het feit dat aan het zorgsysteem voor de (aanstaande) moeder en kind verschillende

- zorgverleners invulling geven, vereist een goede afstemming en duidelijke afspraken over de taakverdeling.⁷
- Verloskundige zorg in Nederland kenmerkt zich door *risicoselectie*. Er is een onderverdeling in eerste-, tweede- en derdelijns zorg. In de volgende paragraaf wordt dit nader toegelicht.

2.2 Het Nederlandse systeem van verloskundige zorg

In het Nederlandse systeem van verloskundige zorg kan de vrouw bij een normaal verlopende zwangerschap en baring in principe veilig thuis bevallen. Zwangerschap wordt als een natuurlijk proces beschouwd en niet als een ziekte. In de meeste andere West-Europese landen is thuis bevallen uitzonderlijk en vindt de bevalling plaats in het ziekenhuis.

Risicoselectie

Verloskundige zorg in Nederland is verdeeld in eerste-, tweede- en derdelijns zorg; daarbinnen wordt zorg van oplopende complexiteit verleend. Complexere zorg is duurder. Er is sprake van risicoselectie zodat niet onnodig complexe zorg wordt ingezet. Dit bevordert de doelmatigheid van de zorgverlening.

Vrouwen en pasgeborenen met een laag risico op complicaties ontvangen zorg in de eerste lijn. Vrouwen en pasgeborenen met complicaties, of een verhoogd risico daarop, worden volgens besliskundige criteria doorverwezen naar de tweede- of derdelijns zorgverlening, zoals de klinisch verloskundige, de gynaecoloog, de kinderarts, de neonatoloog, de klinisch geneticus of een andere zorgverlener die verleent.⁸ De richtlijn 'Verloskundige Indicatie Lijst' (VIL) is een hulpmiddel om risicoselectie in de verloskunde in goede banen te leiden. De indicatielijst geeft aan bij welke indicatie een aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg een cliënt doorverwijst naar de tweede lijn. Eerstelijns verloskundigen hebben daarmee een zogeheten poortwachtersfunctie voor medische specialistische verloskundige zorg.

Doorverwijzingen

Het is mogelijk om de mate waarin zwangere vrouwen gedurende de prenatale en natale fase worden doorverwezen, af te leiden uit de cijfers die de Stichting Perinatale Registratie Nederland (Stichting PRN) daarover heeft gepubliceerd.⁹ Van de 176.679 bevallingen die in 2006 vanaf 20 weken na de bevruchting plaatsvonden, is op vier momenten tijdens verloskundige zorg geregistreerd of er begeleiding plaatsvond vanuit de eerste of de tweede lijn.¹⁰

Bij ruim drie kwart van de zwangerschappen begint de begeleiding in de eerste lijn. Een derde van de bevallingen wordt in de eerste lijn afgerond. Gedurende de prenatale fase verwijzen de eerstelijns verloskundigen ruim 40% van de zwangere vrouwen door naar de tweede lijn. Gedurende de natale fase (de bevalling) bedraagt dat doorverwijzingspercentage 25. Ongeveer een zesde van de vrouwen die in de tweede lijn zijn bevallen, wordt bij aanvang van de postnatale fase (terug)verwezen naar de eerste lijn. De PRN beschikt niet over cijfers van het aantal terugverwijzingen gedurende de postnatale fase.

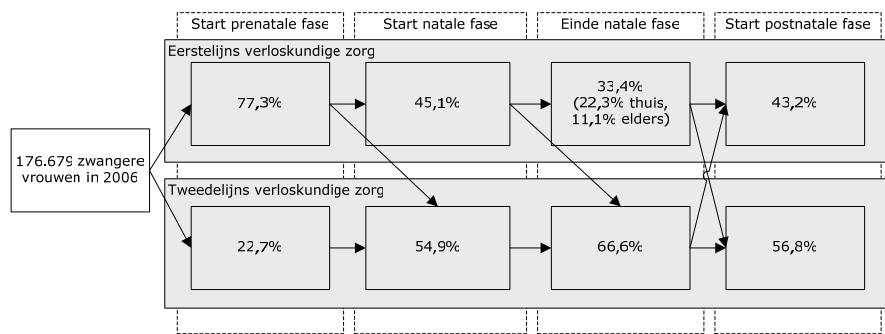
⁷ In de eerdergenoemde Stuurgroep Zwangerschap en geboorte is een brede vertegenwoordiging van zorgverleners die bij geboortezorg betrokken zijn bijeen om de minister van VWS te adviseren over verbeteringen in de geboortezorg.

⁸ Zie: http://www.knov.nl/home/_files/pdf/beroepsprofiel-samenvatting.pdf.

⁹ Perinatale zorg in Nederland 2006, Stichting PRN.

¹⁰ Zwangerschappen die initieel begeleid werden door verloskundig actieve huisartsen en zwangerschappen die vóór de 20^e week eindigden, zijn niet meegenomen.

Uit de cijfers van de Stichting PRN over het jaar 2006 komen de volgende patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn naar voren.



Van de 33,4% bevallingen die plaatsvonden in de eerste lijn, vond ongeveer twee derde thuis plaats en een derde in een polikliniek of een geboortecentrum. Het percentage thuisbevallingen bedroeg in 2006 dus ongeveer 22,3% van alle bevallingen na 20 weken. Dit percentage daalt jaarlijks.¹¹

In deze cijfers zijn alleen bevallingen vanaf 20 weken zwangerschap meegenomen. De verdeling tussen de eerste lijn en de tweede lijn kan anders liggen voor zwangerschappen die vóór de 20^e week eindigen.

2.3 Aanbieders van verloskundige zorg

In deze paragraaf geeft de NZa een kwalitatieve typering van de aanbieders van verloskundige zorg in Nederland. Een kwantitatieve analyse van het aanbod komt in hoofdstuk 3 aan bod.

De NZa maakt onderscheid tussen de begrippen 'zorgverlener' en 'zorgaanbieder'. Een zorgverlener is een persoon die op grond van bepaalde (opleidings)eisen bevoegd is om aan patiënten, cliënten of consumenten een bepaalde vorm van zorg te verlenen. Een zorgaanbieder is de economische entiteit die overeenkomsten aangaat met zorgverzekeraars en consumenten. Bij een zorgaanbieder kan het gaan om een natuurlijke persoon of een rechtspersoon.

2.3.1 Eerstelijns verloskundige zorg

Zorgverleners

De zorgverleners die eerstelijns verloskundige zorg mogen leveren, zijn verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen.¹² Verloskundigen en huisartsen vormen medische beroepsgroepen die zijn gereguleerd op basis van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Zij hebben een autonome positie en zelfstandige beslissingsbevoegdheid.

De opleiding tot verloskundige is een vierjarige HBO-opleiding. Opleidingen tot verloskundige worden aangeboden in vier opleidingsplaatsen: Amsterdam, Groningen, Maastricht en Rotterdam. Deze opleidingen hanteren inhoudelijke toelatingscriteria (vooropleiding, vaardigheden) en kennen voor de toelating een loting. Er worden gezamenlijk maximaal 190 studenten per jaar aangenomen.¹³

¹¹ <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2696-wm.htm>.

¹² Wanneer het in het vervolg van dit document gaat over zorg die een eerstelijns verloskundige levert, wordt hiermee ook de zorgverlening door een verloskundig actieve huisarts bedoeld.

¹³ www.verloskunde.info [geraadpleegd 31-07-2009].

Voor huisartsen die nog niet verloskundig actief zijn, biedt een specifieke opleidingsmodule de benodigde bevoegdheden om verloskundige zorg te verlenen. De opleidingen tot basisarts of huisarts geven die bevoegdheid niet meer automatisch.¹⁴

Een consument kan zelf, zonder verwijzing van een andere zorgverlener, contact opnemen met een eerstelijns verloskundige zorgverlener. De consument heeft geen rechtstreekse toegang tot de tweede lijn. Een eerstelijns verloskundige heeft in de huidige situatie dus een zogeheten poortwachtersfunctie.

Zorgaanbieders

Eerstelijns verloskundige zorgverleners zijn vrije beroepsbeoefenaren. Zij werken van oudsher in solopraktijken. In een solopraktijk zijn de zorgverlener en de zorgaanbieder dezelfde persoon.

Tegenwoordig werken steeds meer verloskundigen in een maatschap (duo- of groepspraktijk), waarvan twee of meer verloskundigen gezamenlijk eigenaar zijn en taken delen. Verloskundigen hoeven geen (mede)eigenaar te zijn; zij kunnen ook in loondienst treden en werknemer worden. De maatschap of groepspraktijk is in beide gevallen de zorgaanbieder.

Verloskundigen kunnen ook in dienst treden van een andere organisatie dan een verloskundigenpraktijk. Voorbeelden zijn een geboortecentrum, een thuiszorginstelling of een ziekenhuis. Wanneer een verloskundige als werknemer van zo'n organisatie wordt ingezet om eerstelijns verloskundige zorg te verlenen, is die organisatie de zorgaanbieder van eerstelijns verloskundige zorg.

2.3.2 Tweedelijns verloskundige zorg

Zorgverleners

Klinisch verloskundigen en gynaecologen verlenen verloskundige zorg in de tweede lijn. Klinisch verloskundigen beschikken over specifieke vervolgoopleidingen en worden in een afzonderlijk register opgenomen. In 2008 telde Nederland 552 praktiserende klinisch verloskundigen. De laatste tien jaar is het aandeel klinische verloskundigen toegenomen van 14,7% tot 23,9% van het totale aantal praktiserende verloskundigen. Klinisch verloskundigen zijn werkzaam in het ziekenhuis: in de verloskamer, op de polikliniek, op de zwangerenafdeling of op een kraamafdeling. Daar begeleiden zij – onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog – zwangerschappen en bevallingen met een verhoogd risico. De taken van klinisch verloskundigen komen voor een deel overeen met die van eerstelijns verloskundigen.

Het grote verschil met het werk van eerstelijns verloskundigen is dat klinisch verloskundigen de zwangere vrouwen niet vanaf de eerste controle tot en met de nazorg zien. Zwangere vrouwen gaan vrijwel altijd eerst naar de eerstelijns verloskundige. In de loop van de zwangerschap verwijzen de eerstelijns verloskundige vrouwen die een verhoogd risico op complicaties hebben door. De nazorg wordt in de meeste gevallen weer overgenomen door de eerstelijns verloskundige bij wie de vrouw onder controle was.

¹⁴ <http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Samenwerking-2/Huisartsenzorg-en-samenwerking/Verloskunde-3.htm> [geraadpleegd 31-07-2009].

Soms leveren ook gynaecologen in opleiding en speciale verpleegkundigen verloskundige zorg in de tweede lijn.¹⁵ De gynaecoloog is en blijft echter medisch eindverantwoordelijk voor de begeleiding en controle van vrouwen bij wie een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens de zwangerschap en/of de bevalling.¹⁶

Zorgaanbieders

De aanbieders van tweedelijns verloskundige zorg zijn ziekenhuizen. Tweedelijns zorg vereist de betrokkenheid van een medisch specialist, en voorzieningen en apparatuur waarover aanbieders van eerstelijns zorg niet beschikken. Niet alle ziekenhuizen bieden tweedelijns verloskundige zorg.

2.3.3 Derdelijns verloskundige zorg

Derdelijns verloskundige zorg is gespecialiseerde zorg die academische ziekenhuizen en grotere perifere ziekenhuizen met een specialisatie op dit gebied bieden. Voorbeelden van deze zorg zijn vruchtwaterpunctie, specialistische echo's en de opvang van zeer vroeg geboren. Deze zorg wordt verleend door gynaecologen en andere medisch specialisten die in dit verband relevant zijn. Ook klinisch verloskundigen kunnen onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog in de derde lijn werkzaam zijn. Vanwege de hoge eisen die deze zorg aan het voorzieningenniveau stelt en de betrokkenheid van verschillende gespecialiseerde zorgverleners, bieden slechts enkele ziekenhuizen deze zorg aan.

2.4 Huidige regulering verloskundige zorg

Fasering van zorg en het begrip laag-risicobevalling

Eerstelijns verloskundige zorg omvat zorg tijdens de prenatale (zwangerschap), de natale fase (bevalling) en de postnatale fase (kraamtijd) bij zogenoemde laag-risicobevallingen. Laag-risicobevallingen zijn 'bevallingen zonder medische indicatie'. Dit houdt in dat een minder intensieve begeleiding nodig is en dat deze bevallingen in principe thuis kunnen plaatsvinden.

Plaats van zorg

– Prenataal

De zwangere vrouw is in de prenatale fase niet opgenomen in een zorginstelling. De zorgverlening (controles, begeleiding) vindt plaats in de praktijkruimte van de verloskundige of, als dat nodig en mogelijk is, bij de vrouw thuis.

– Nataal

De natale fase speelt zich in een niet-klinische setting af. De meest gangbare plaats waar natale verloskundige zorg wordt verleend, is bij de vrouw thuis (de 'thuisbevalling').

De laatste jaren is er een tendens dat laag-risicobevallingen niet uitsluitend thuis plaatsvinden. Er zijn geboortecentra, geboortehotels en kraamhotels (hierna: geboortecentra) ontstaan, waar de vrouw onder

¹⁵ Ook arts-assistenten niet in opleiding tot gynaecoloog kunnen verloskundige zorg leveren. Dit geldt voor meerdere medische specialismen.

¹⁶ Met betrekking tot de normen voor bereikbaarheid wordt uitgegaan van een 24-uurs aanwezigheidsdienst op de verlosafdeling van tweedelijns verloskundigen en/of assistent geneeskundigen. Gynaecologen moeten als achtervang goed bereikbaar zijn en zich op relatief korte afstand van het ziekenhuis bevinden. Uit: NVOG, Nota Normpraktijk Gynaecologie, 2000. http://www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=771 [geraadpleegd 6 oktober 2009].

begeleiding van verloskundigen kan bevallen. Laag-risicobevingen vinden tegenwoordig ook plaats in ziekenhuizen zonder dat er een medische indicatie is. Er is dan sprake van een poliklinische bevalling. De belangrijkste redenen waarom vrouwen ervoor kiezen om een laag-risicobeving niet thuis te laten plaatsvinden, zijn:

- De thuissituatie is niet geschikt.
- De vrouw wil in de buurt van een ziekenhuis zijn.
- De vrouw wil pijnbestrijding ontvangen¹⁷ (Zie ook paragraaf 2.5).

– Postnataal

In de postnatale fase is de kraamvrouw in principe thuis. De verloskundige zorg bestaat uit controles die thuis worden uitgevoerd. Gedurende (een deel van) de postnatale periode kan de kraamvrouw ook in een geboortecentrum verblijven.

Overgang eerste naar tweede lijn

De eerstelijns verloskundige zorg functioneert als poortwachter van de tweedelijns zorg. De eerstelijns verloskundige bepaalt in de prenatale fase of de begeleiding en controle van de vrouw in de eerste of de tweede lijn plaatsvindt.

Soms verwijst de eerstelijns verloskundige zorg een vrouw gedurende de prenatale fase alsnog naar de tweedelijns door, bijvoorbeeld nadat er complicaties ontstaan zijn. Soms vindt doorverwijzing naar de tweede lijn pas plaats tijdens de natale fase, bijvoorbeeld wanneer de complicaties pas optreden tijdens de bevalling en niet voorzien waren.

Bekostiging

De eerstelijns verloskundige zorg kent verschillende declarabele prestaties. Alle prestaties hebben maximumtarieven waarop een opslag van toepassing is wanneer de verzekerde in een postcodegebied woont dat in de tariefsbeschikking is aangewezen (achterstandswijk). De prestaties en tarieven van eerstelijns verloskundigen zijn vastgelegd in NZa-tariefsbeschikking 5700-1900-09-1 (zie bijlage 1). De verloskundige actieve huisarts kent dezelfde prestaties als eerstelijns verloskundigen. Deze prestaties zijn vastgelegd in de tariefsbeschikking voor huisartsen (5000-1900-09-1).

– Volledige verloskundige zorg

De prestatie volledige verloskundige zorg vertoont overeenkomsten met een abonnementstarief zoals huisartsen dat kennen. Voor één af te spreken prijs verleent de verloskundige prenatale, natale en postnatale zorg.

De prestatie mag gezien de omschrijving uitsluitend in rekening worden gebracht wanneer één verloskundige alle zorg op het gebied van zwangerschap, geboorte en nazorg in de eerste lijn verleent.

– Volledige prenatale zorg, volledige natale zorg en volledige postnatale zorg

Per fase van de zorg is een deelprestatie gedefinieerd die evenals de prestatie *Volledige verloskundige zorg* overeenkomsten vertoont met een abonnementstarief. Ook voor deze prestaties spreekt de verloskundige voor de zorgverlening gedurende de betreffende fase van de zorg één prijs af. De som van de drie maximumtarieven is (afgezien van € 0,50

¹⁷ Kraamvrouwen hebben sinds kort recht op pijnbestrijding bij een bevalling. Een gangbare vorm van pijnbestrijding bij bevallingen is de ruggenprik. Een ruggenprik kan alleen poliklinisch (of klinisch) gegeven worden, omdat de aanwezigheid van een anesthesist noodzakelijk is. De uitoefening van het recht op pijnbestrijding zal een toename van het aantal poliklinische bevallingen veroorzaken.

afrondingsverschil) gelijk aan het maximumtarief van *Volledige verloskundige zorg*.

De genoemde prestaties maken het bijvoorbeeld mogelijk dat de ene verloskundige alleen de pre- en postnatale zorg aan een kraamvrouw levert, terwijl een andere verloskundige uitsluitend in de natale zorg voorziet. Deze afbakening van prestaties biedt verloskundigen bijvoorbeeld de mogelijkheid om zich in een bepaalde fase binnen de verloskundige zorg te specialiseren. Het is de NZa niet bekend of dat in de praktijk ook gebeurt.

Specifiek voor degenen 'die verblijven in een asielzoekerscentrum of een daarmee gelijkgestelde voorziening' geldt een afzonderlijke prestatie *Volledige natale zorg voor ZRA-verzekerden in de centrale opvang* met een ander maximumtarief.¹⁸ Deze prestatie is uitsluitend gericht op zorg tijdens de bevalling.

– Deelprestaties prenatale zorg bij spontane abortus of verwijzing van de cliënt of patiënt naar de tweede lijn

Bij een spontane abortus (miskraam) of bij doorverwijzing naar de tweede lijn gedurende de prenatale fase gelden andere prestaties en daarmee andere maximumtarieven. De prenatale fase is opgedeeld in drie tijdsspannen, namelijk 0 tot 14 weken, 15 tot 29 weken en 30 weken tot en met de bevalling.

Door de discrete (niet continue, gestaffelde) prestatieafbakening en bijbehorende tariefsopbouw ontstaat een financiële prikkel om vrouwen niet in de 14^e of 29^e week, maar in de 15^e of 30^e week naar de tweede lijn door te verwijzen (dus zo snel mogelijk na het ingaan van een nieuwe tijdsspanne). Daardoor namelijk mag de eerstelijns verloskundige het volgende hogere maximumtarief declareren. De NZa beschikt niet over gegevens waarmee zij kan controleren of de tariefsopbouw het moment van doorverwijzen daadwerkelijk beïnvloedt.

Het tariefsverschil tussen 14^e en 15^e week is klein (48,5%) in vergelijking met het tariefsverschil tussen 29^e en 30^e week (123,6%). De prikkel voor late doorverwijzing lijkt daardoor extra groot. Het tariefsverschil tussen 29^e en 30^e week is zo groot, dat het maximumtarief voor *Prenatale zorg na 29 weken doch vóór de bevalling* zelfs hoger is dan het tarief van *Volledige prenatale zorg*.

– Deelprestaties prenatale zorg bij overdracht van de cliënt of patiënt gedurende zwangerschap naar een andere eerstelijns zorgaanbieder

Er is nog een variant op *Volledige prenatale zorg* ingevoerd om overdracht van een zwangere tussen twee eerstelijns verloskundigen mogelijk te maken.¹⁹ Afhankelijk van het tijdstip in de prenatale zorg waarop de overdracht plaatsvindt, wordt een totaalbedrag verdeeld tussen de oorspronkelijke en de nieuwe verloskundige.

Het is voor de continuïteit van de zorgverlening belangrijk dat er geen discussies ontstaan over de verdeling van de inkomsten over de verloskundigen. De voorgeschreven verdeling van het totaalbedrag tussen beide zorgverleners zorgt hiervoor.

Er wordt eenzelfde staffeling in tijdsspannen als hierboven gehanteerd. In principe heeft de verloskundige geen invloed op het overdrachtmoment, zodat geen ongewenste effecten te verwachten zijn.

¹⁸ Eigenlijk is dit geen afzonderlijke *prestatie*, maar een afzonderlijk *tarief*. Vanuit de redenering echter dat er voor een prestatie slechts één maximumtarief kan gelden, is een afzonderlijke prestatie gedefinieerd.

¹⁹ Bijvoorbeeld noodzakelijk bij verhuizing van de kraamvrouw.

– Algemene termijnecho

Dit is een abonnementsprestatie die verloskundigen in rekening mogen brengen voor de uitvoering van echoscopisch algemene-termijnenonderzoek.²⁰ Het gaat daarbij om één of meerdere echo's, die niet anders geïndiceerd worden dan om de voortgang van de groei van het kind te monitoren.

– Verrichtingen

Naast de bovenbeschreven abonnementsprestaties kunnen verloskundigen vijf verschillende verrichtingen declareren, elk tegen een maximumtarief:

- specifieke diagnose echo;
- uitwendige versie bij stuitligging;
- prenatale screening, namelijk: Counseling, NT-meting, Structureel echoscopisch onderzoek.

Laag-risicobevalling niet thuis

Bij een poliklinisch uitgevoerde laag-risicobevalling mag het ziekenhuis een O(V)P (productcode 190036) in rekening brengen om de ziekenhuiskosten te dekken.²¹ De kosten voor verloskundige zorg worden afzonderlijk in rekening gebracht.²² Als er ook sprake is van pijnbestrijding door een anesthesioloog, kan deze de kosten daarvoor afzonderlijk in rekening brengen.

Prestaties Beleidsregel Innovatie

Er zijn zes geboortecentra waaraan een experimentstatus op grond van de *Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties* is toegekend. Deze geboortecentra mogen een vrij tarief voor de kosten van hun centra in rekening brengen dat op basis van deze innovatiebeleidsregel is afgesproken. De afgesproken prijzen komen in de praktijk overeen met het O(V)P-tarief dat ziekenhuizen hanteren bij poliklinische bevallingen zonder medische indicatie. De eerstelijns verloskundige brengt *Volledige natale zorg* in rekening.

Afhankelijk van de plaats van bevalling zijn er op dit moment drie gangbare varianten van de laag-risicobevalling.

²⁰ De tarievenlijst spreekt van 'een algemene termijnen echoscopisch onderzoek'.

²¹ De O(V)P's *Poliklinische bevalling met medische indicatie* en *Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie* (bijvoorbeeld omdat tweedelijns achtervang te ver van het huisadres beschikbaar is) kennen een eigen productcode, maar hebben hetzelfde tarief.

²² Vaak neemt de kraamvrouw haar eigen eerstelijns verloskundige mee, die onafhankelijk van het ziekenhuis haar prestaties declareert. In theorie kan het ziekenhuis ook eerstelijns verloskundigen in loondienst nemen die de prestatie *Volledige natale zorg* leveren. In dat geval zou het ziekenhuis deze prestatie naast de O(V)P in rekening kunnen brengen.

	Tuisbevalling	Bevalling in kraamcentrum	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie
Zorgprestatie	Volledige natale zorg	Volledige natale zorg	Volledige natale zorg
Bijkomende prestatie	Geen	Afgesproken tarief op grond van Beleidsregel Innovatie	O(V)P
Kosten voor kraamvrouw	Geen	Bijkomende prestatie, eventueel (deels) gedekt door aanvullende verzekering	O(V)P, eventueel (deels) gedekt door aanvullende verzekering

2.5 Ontwikkelingen in de verloskundige zorg

Deze paragraaf bespreekt een aantal ontwikkelingen in de verloskundige zorg, namelijk de werkzaamheden van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte, de voorbereidingen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voor perinatale audits, het tariefsonderhoud van de NZa, de opkomst van geboortecentra, het recht op pijnbestrijding en de ontwikkeling van preconceptiezorg.

Stuurgroep Zwangerschap en geboorte

Uit onderzoek blijkt dat Nederland behoort tot de landen met de hoogste babysterfte in Europa.²³ In Nederland sterft één op de honderd baby's tijdens de zwangerschap of direct na geboorte. Er zijn nog geen duidelijke oorzaken aan te geven waarom dit cijfer hoger ligt dan in andere landen. Mede in dit licht heeft de minister van VWS de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte gevraagd aanbevelingen te doen om de zorg rondom zwangerschap en geboorte te verbeteren.²⁴ In de Stuurgroep zijn alle relevante partijen die bij die zorg betrokken zijn vertegenwoordigd. Binnen de Stuurgroep zijn vier taakgroepen in het leven geroepen die verschillende onderwerpen behandelen: kwaliteit, transparantie, organisatie en achterstandswijken. De Stuurgroep zal zijn advies in januari 2010 aan de minister uitbrengen. De NZa heeft met de Stuurgroep overlegd over de samenloop van zijn advies met het voorliggende advies van de NZa over vrije prijsvorming in de eerstelijns verloskundige zorg. Waar de adviezen van de Stuurgroep sterk ingaan op de zorginhoudelijke samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zorg, beperkt dit advies van de NZa zich tot de bekostiging van de eerste lijn.

Perinatale sterfte, perinatale audits

Er worden voorbereidingen getroffen voor landelijke perinatale audits.²⁵ Het gaat om een systematisch onderzoek van alle gevallen van perinatale sterfte. Het doel hiervan is om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren. Het RIVM stelt voor om zowel lokaal en regionaal als landelijk een audit uit te voeren. Lokaal en regionaal biedt dit

²³ Mohangoo A.D., Buitendijk S.E., Hukkelhoven C.W.P.M., Ravelli A.C.J., Rijninks-van Driel G.C., Tamminga P., et al (2008). 'Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II- studie', Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 152, 2718-27.

²⁴ Brief van 16 juli 2008 aan de Tweede Kamer (2007-2008, nr. 29323/22894).

²⁵ Waelput A.J.M., Overbeeke H. van, Eskes M., Achterberg P.W. (2008) 'Landelijke perinatale audit: werk in uitvoering. Eindrapportage en bedrijfsplan van de opstartcommissie voor de landelijke invoering van perinatale audit', RIVM-rapport 270212001, beschikbaar op www.rivm.nl.

mogelijkheden om de plaatselijke samenwerkingsafspraken aan te passen. De landelijk audit richt zich op één gedeelte van de perinatale sterfte, bijvoorbeeld binnen een specifieke doelgroep of ziektebeeld. Onderzocht zal worden of er specifieke patronen of verklaringen voor de sterfte binnen die groep zijn. Vervolgens is het mogelijk hierop landelijk beleid af te stemmen. Aan de audit nemen zorgverleners deel die betrokken zijn bij de perinatale zorg. De coördinatie van de audits komt in handen van een Landelijk bureau Perinatale Audit, dat nog moet worden opgericht.²⁶ De planning is om in 2010 de eerste perinatale audit te starten.

Tariefsonderhoud NZa

Op 6 oktober 2009 heeft de NZa besloten om de normpraktijk van eerstelijns verloskundigen te verlagen. Hierdoor vermindert de hoge werkdruk van verloskundigen. Verder is besloten om tussen 2010 en 2012 het norminkomen geleidelijk te verhogen. Dit alles leidt tot een geleidelijke verhoging van de maximumtarieven voor eerstelijns verloskundige zorg.

Opkomst geboortecentra

Sinds een paar jaar zijn 'geboortecentra' in opkomst. Deze worden ook wel bevalcentra, geboortehotels, kraamcentra of kraamhotels genoemd.²⁷ Zij bieden de zwangere vrouw een omgeving die eigenlijk het midden houdt tussen het thuis bevallen en het bevallen in een ziekenhuis. Oorspronkelijk zijn zulke centra in het leven geroepen om de capaciteit van eerstelijns verloskundige zorg te bundelen toen er een tekort aan aanbod van verloskundigen was. Ook waren de centra bedoeld voor vrouwen die moeilijk thuis konden bevallen door ontoereikende huisvesting of door de gezinssituatie. Inmiddels kiezen steeds meer vrouwen voor deze mogelijkheid van bevallen in de eerste lijn.

Er zijn verschillende vormen van geboortecentra mogelijk met verschillende initiatiefnemers. Een voorbeeld is een centrum waarbij het initiatief afkomstig is van een aantal samenwerkende eerstelijns verloskundigen, in samenwerking met een verzekeraar. Eerstelijns verloskundigen hebben de volledige regie over dit centrum. Het onderscheidt zich daarmee van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie, waar de eerstelijns verloskundige 'te gast' is in de verloskamer van het ziekenhuis en waarbij zij moet voldoen aan de voorwaarden die het ziekenhuis en de gynaecologen stellen. Er bestaan ook geboortecentra die zijn opgezet door een ziekenhuis, een verloskundigenpraktijk en een verzekeraar. Daarnaast zijn er geboortecentra die gestart zijn door samenwerkingsverbanden van een ziekenhuis, verloskundigenpraktijken en een commerciële onderneming. Geboortecentra richten zich op eerstelijns bevallingen.

Alle bovenstaande initiatieven hebben zich aangemeld als innovatie experiment. Dit valt onder de *Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties*.²⁸ Zorgaanbieders en verzekeraars maken dan samen afspraken over de prestatieomschrijving en het tarief dat zij declareren. De NZa behandelt deze aanvragen en wanneer aan de voorwaarden is voldaan, volgt een individuele beschikking voor een periode van maximaal drie jaar. Nog in 2009 zal de NZa deze beleidsregel evalueren.

²⁶ Zie ook: www.perinatiaaudit.nl.

²⁷ Hierna te noemen: geboortecentra.

²⁸ NZa, beleidsregel CV-7000-4.0-3.

Daarnaast is het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bezig met het formuleren van een standpunt over het geboortecentrum. In dit standpunt geeft het CVZ aan of het geboortecentrum qua plaats van zorg moet worden gelijkgesteld met de thuisbevalling of met de poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Het onderscheid is van belang in verband met de uiteenlopende eigen bijdragen die voor deze situaties gelden.

Ook ziekenhuizen lijken zich steeds meer te richten op 'huiselijk bevallen in het ziekenhuis'. Een voorbeeld hiervan zijn de 'kraamsuites'. Hier is sprake van een geïntegreerde ziekenhuisafdeling verloskunde, waarbinnen de afdelingen klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde zijn geconcentreerd. De kraamsuites worden gefinancierd door het ziekenhuis. In principe zijn kraamsuites opgezet voor de tweede lijn, maar er vinden ook eerstelijns bevallingen plaats.

De consument die bevalt in een kraamsuite, betaalt dezelfde eigen bijdrage als bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Klantervaringen met bovenstaande centra of kraamsuites zijn over het algemeen (erg) positief. Doorverwijzingen van de eerste naar de tweede lijn durante partu kunnen snel worden uitgevoerd.

Recht op pijnbestrijding

Eind 2008 is de multidisciplinaire richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling' bekrachtigd.²⁹ Deze richtlijn is opgesteld door de KNOV, de NVOG en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). De richtlijn houdt in dat iedere barendes vrouw op haar verzoek een adequate vorm van pijnbehandeling krijgt aangeboden. Hiermee is het verzoek van de vrouw om pijnbestrijding een voldoende indicatie om daadwerkelijk pijnbestrijding te geven. Voorheen waren vrouwen voor pijnbestrijding tijdens de bevalling afhankelijk van de beschikbaarheid en het oordeel van een arts.

Tijdens de zwangerschap zal iedere vrouw worden geïnformeerd over pijn en de mogelijkheden van pijnbehandeling tijdens de baring. In veel gevallen zal dit een keuze voor de ruggenprik (epidurale pijnbestrijding) zijn. Omdat anesthesiologen deze vorm van pijnbestrijding verlenen, zal toediening bijna altijd in het ziekenhuis moeten plaatsvinden. Dit stelt aan anesthesiologen en gynaecologen andere 24/7-beschikbaarheidseisen. Bovendien betekent het vaak dat de bevalling begeleid wordt door een andere verloskundige dan zij die de prenatale zorg heeft verleend.³⁰

Eerstelijns verloskundigen kunnen bij een bevalling geen ruggenprik bieden. Er zijn verzekeraars die onderzoeken hoe pijnbestrijding in de eerste lijn in te zetten is, bijvoorbeeld in de vorm van het gebruik van lachgas of (geboorte)TENS.^{31,32} Deze vormen van pijnbestrijding vergen geen inzet van de anesthesioloog.

Het is nog niet aan te geven wat de effecten zijn van het recht op pijnbestrijding op de plaats waar zorg wordt geleverd. Mogelijk kan de

²⁹ Conceptrichtlijn: Trouw, 'Vrouw beslist zelf over ruggenprik', 26 februari 2008; Nederlands Dagblad, 'Vrouw krijgt recht op pijnbestrijding bij bevalling', 26 februari 2008; De Volkskrant, 'Ruggenprik bij ziekenhuisbevalling', 27 februari 2008. Zie voor bekrachtiging van de richtlijn bijvoorbeeld het persbericht van 26 november 2008, via www.knov.nl.

³⁰ <http://dutchmidwife.com/voor-zwangeren/zwanger/de-bevalling/hoe-ga-je-om-met-pijn/> [geraadpleegd 22 oktober 2009].

³¹ Nieuwsbank, 'Pijnbestrijding bij thuisbevalling vergoed', 10 september 2008.

³² Een TENS is een apparaat dat ervoor zorgt dat pijnprikkels zoals weënpijn worden beïnvloed, waardoor de intensiteit van de pijn vermindert.

richtlijn leiden tot een verschuiving van zorg van de eerste naar de tweede lijn.

Preconceptiezorg

Preconceptiezorg is het geheel aan maatregelen dat in verband met de gezondheid van de moeder en de verwachte bevruchting van een eikel met betrekking tot de conceptie genomen kan (of zou moeten) worden en de bijbehorende voorlichting. De Gezondheidsraad heeft in september 2007 de minister van VWS geadviseerd over de inhoud van preconceptiezorg.³³ Het CVZ heeft bepaald dat niet alle onderdelen van preconceptiezorg tot het verzekerde pakket op grond van de Zorgverzekeringswet gerekend kunnen worden.³⁴ Het CVZ heeft gemeld naar verwachting in het vierde kwartaal van 2009 richtlijnen te kunnen beoordelen die de beroepsgroep zou opstellen en op die manier te bepalen in welke mate preconceptiezorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet wordt opgenomen.³⁵

³³ VWS Tweede-Kamerbrief 'Preconceptiezorg', 11 januari 2008 (kenmerk PG/ZP-2822072).

³⁴ CVZ brief 'Preconceptiezorg als verzekerde prestatie Zvw', 8 april 2008 (kenmerk PAK/28026726).

³⁵ www.cvz.nl. Pakketadvisering → consultaties [geraadpleegd 12 november 2009].

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk gaat in op de structuur van de markt voor verloskundige zorg. Eerst komt de omvang van de vraag naar verloskundige zorg en het aanbod daarvan aan de orde, waarbij ook aandacht wordt besteed aan recente ontwikkelingen. Vervolgens staan de keuzemogelijkheden voor de consument centraal. Een belangrijk onderdeel daarvan is de transparantie van de prestatie, de kwaliteit en de prijs, omdat die transparantie een voorwaarde is om afgewogen keuzen te maken.

3.1 De vraag naar eerstelijns verloskundige zorg

De vraag naar verloskundige zorg

Op microniveau is de vraag naar verloskundige zorg eenduidig vast te stellen. Wie niet zwanger is, heeft geen verloskundige zorg nodig; voor elke vrouw die zwanger is geldt dat in principe wél. Indicering van de inhoud van de verloskundige zorg vindt plaats aan de hand van de VIL.

De marktvraag naar verloskundige zorg is afkomstig van de zorgverzekeraars, die de zorg uit het basispakket van de Zorgverzekeringswet inkopen voor hun verzekerden. In de polis kunnen verzekeraars nader definiëren welke zorgaanbieders zij gecontracteerd hebben voor volledige vergoeding, en ook waar en wanneer zorg geleverd wordt en eventueel onder welke voorwaarden.

De uitgaven voor eerstelijns verloskundige zorg bedroegen in 2008 € 147,1 miljoen.³⁶ Dit is exclusief kosten van mogelijk ambulancevervoer en eventuele bijkomende kosten in de tweede lijn. De totale uitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet bedroegen ruim € 31,5 miljard.³⁷ Verloskundige zorg die verloskundigen en huisartsen verlenen beslaat minder dan een 0,5% van de totale zorgkosten onder de Zorgverzekeringswet.

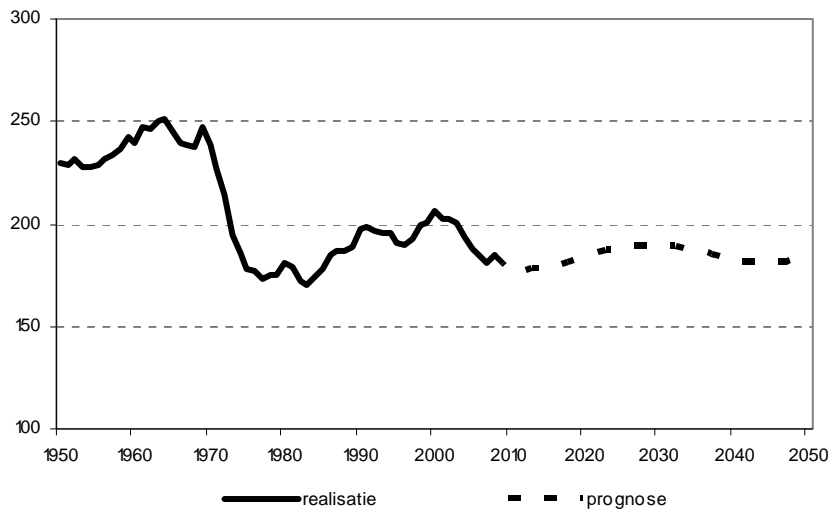
Door invoering van het hogere tarief voor verloskundige zorg in achterstandswijken en door de verlaging van de rekennorm van de verloskundigenpraktijk, zullen de kosten per bevalling in 2009 hoger uitvallen dan in 2008. Of de totale kosten ook stijgen, is afhankelijk van het aantal zwangerschappen en geboorten.

Bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) laten voor de komende jaren een min of meer stabiel geboortecijfer in Nederland zien. Het jaar 2008 was een uitschieter omhoog met 184.000 geboorten. Vanaf 2009 verwacht het CBS een daling tot 177.000 in 2012, waarna een geleidelijke stijging zal optreden tot 189.000 in 2030.

³⁶ CVZ, Zorgcijfers kwartaalbericht | 4^e kwartaal 2008. Tabel B4 (p.20).

³⁷ CVZ, Zorgcijfers kwartaalbericht | 4^e kwartaal 2008. Tabel B1 (p.19).

Figuur 1. Aantal levendgeborenen, 1950-2050 (x 1.000)



Bron: CBS

Hoewel er geen sprake is van een sterke toename van het aantal geboorten, verwacht het CBS wel een toename van de vraag naar verloskundige zorg. Dit hangt deels samen met de toenemende mondigheid van de patiënt die zorgbreed wordt waargenomen. Er is meer informatie beschikbaar, en consumenten uiten eerder en duidelijker hun wensen en eisen.

De toenemende vraag per zwangere hangt ook samen met de maatschappelijke ontwikkeling dat vrouwen op steeds latere leeftijd zwanger worden. Voor zover zwangerschappen op latere leeftijd geen indicatie zijn voor begeleiding in de tweede lijn, zou deze ontwikkeling een veranderende zorgvraag voor de eerstelijns verloskundige kunnen veroorzaken.

Een andere oorzaak van de toename in de gemiddelde individuele zorgvraag ligt de in sociaal-economische condities waaronder zwangerschappen zich afspelen. Illustratief is de opslag van 23% op het maximumtarief wanneer de consument in een achterstandswijk woont. Daaruit blijkt dat zorgverlening aan deze categorie consumenten meer van de zorgverlener vergt.

In de eerder genoemde Stuurgroep Zwangerschap en geboorte formuleren de verschillende zorgverleners die bij de geboortezorg betrokken zijn, een gezamenlijk advies aan de minister van VWS dat onder andere ingaat op de veranderende eisen die de toekomstige zorgvraag aan de sector stelt.

3.2 Het aanbod van eerstelijns verloskundige zorg

In hoofdstuk 2 zijn de kenmerken van de aanbieders van verloskundige zorg kwalitatief besproken. Deze paragraaf gaat specifiek in op het kwantitatieve aanbod van eerstelijns verloskundige zorg en op de vraag of dat aanbod voldoende is. Tenzij anders vermeld, is de informatie afkomstig uit onderzoek van het Nivel.³⁸

³⁸ L. Hingstman, R.J. Kenens. *Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2008*. Utrecht: NIVEL, 2009, 40 p.

3.2.1 Aantallen aanbieders

Tussen het jaar 2000 en 2006 is het aantal verloskundigen toegenomen van 1.576 naar 2.134.³⁹ In 2008 waren er in totaal 2.315 praktiserende verloskundigen in Nederland. Hiervan werkten er 1.763 in de eerste lijn. Het grootste deel (58%) van alle praktiserende verloskundigen is werkzaam in een eigen praktijk of maatschap. Ongeveer een derde werkt in loondienst; zij werken hetzij in een ziekenhuis, hetzij in loondienst bij een zelfstandig gevestigde verloskundige. Een klein deel van de verloskundigen werkt in loondienst bij een gezondheidscentrum, de Stichting Thuisbevalling Nederland (STBN) of een vergelijkbare instelling of stichting. De overige verloskundigen (8%) zijn werkzaam als waarnemer (freelancer).

Nieuw toetredende verloskundigen kunnen kiezen uit verschillende praktijkvormen. Tussen 1997 en 2007 is het aandeel verloskundigen dat in een solo- of duopraktijk van start gaat afgenomen. In 2007 ging het merendeel van de starters aan de slag in een groepspraktijk met meer dan vier verloskundigen.

Toetreding per praktijkvorm

	1997	2007
Solopraktijk	13%	8%
Duopraktijk	27%	20%
Groepspraktijk	60%	
... met drie verloskundigen		33%
... met vier verloskundigen		26%
... met meer dan vier verloskundigen		41%

Ongeveer de helft van de verloskundigen werkt in deeltijd. Deeltijdwerk komt ook veel voor bij verloskundigen met een eigen praktijk, namelijk 40%.

Zelfstandig gevestigde verloskundigen besteden gemiddeld 9,4 uur per week aan spreekuren. Dit gemiddelde ligt voor fulltimers wat hoger (10,2 uur) dan voor parttimers (8,2 uur). Bij de verloskundigen die in dienst zijn van een gezondheidscentrum of stichting – die qua omvang een kleine groep vormen – ligt het gemiddelde van het aantal spreekuren wat hoger.

Bij eerstelijns verloskundige zorg horen onregelmatige werktijden. Bij bevallingen en acute situaties moet de verloskundige of de achtervang 24 uur per dag bereikbaar zijn. Zelfstandig gevestigden hebben gemiddeld 59 uur per week beschikbaarheidsdienst (fulltimers 68 uur en parttimers 48 uur).

Het percentage huisartsen dat verloskundige zorg verleent, neemt steeds verder af. In 2002 begeleidde 6% van de huisartsen bevallingen, terwijl dit percentage in 2000 nog 11% bedroeg. In 2003 verwachtte één op de drie huisartsen die verloskundig actief waren, dat zij binnen vijf jaar met het begeleiden van bevallingen zouden stoppen. Ook uit de cijfers van het CVZ blijkt dat de gedeclareerde kosten voor eerstelijns verloskundige zorg door huisartsen dalen (in 2008 een afname van 16,5% ten opzichte van 2007).⁴⁰ Onderzoek geeft aan dat huisartsen de verloskunde steeds

³⁹ http://www.knov.nl/home/30Verloskunde/10Verloskundige_zorg/30Verloskundigen_in_aantallen/.

⁴⁰ CVZ, Zorgcijfers kwartaalbericht | 4^e kwartaal 2008.

vaker als een last ervaren. Het vraagt voortdurende bereikbaarheid, die niet of moeilijk te combineren is met een waarneem- of dienstenregeling.

Uit het onderzoek komt ook naar voren dat er voor verloskunde onvoldoende aandacht is in de opleiding en dat huisartsen onvoldoende ervaring kunnen opdoen.⁴¹ Onduidelijk is op dit moment hoeveel huisartsen verloskundig actief zijn. Uitgaande van het onderzoek van het NIVEL zouden het er ongeveer 300 zijn. De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en VVAH gaan uit van 350 tot 400 verloskundig actieve huisartsen. In het register verloskunde van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) staan 155 huisartsen ingeschreven.

De verloskundigendichtheid verschilt per provincie. In Gelderland en Flevoland is de verloskundigendichtheid het hoogst, terwijl die in Zeeland en Groningen het laagst is. Deze metingen hebben betrekking op het aantal verloskundigen in een provincie ten opzichte van het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd; zij zijn niet gerelateerd aan het aantal zwangerschappen of de vruchtbaarheid in een provincie. De uiterste consequentie van lange reistijden of gebrek aan een verloskundige is dat een vrouw vanwege de normen voor verantwoorde zorg in het ziekenhuis moet bevallen.⁴²

3.2.2 Ontwikkelingen in het aanbod

Technologische ontwikkelingen (bijvoorbeeld prenatale screeningen en tweede-trimester echo) en maatschappelijke ontwikkelingen (preconceptiezorg) beïnvloeden het zorgaanbod. Eerstelijns verloskundigen nemen daardoor nieuwe taken op zich.⁴³

Binnen de verloskundige zorg ontstaat in toenemende mate differentiatie en specialisatie van taken. Een deel van de eerstelijns verloskundigen kiest er bijvoorbeeld voor om een extra opleiding te volgen, bijvoorbeeld een opleiding echoscopie. Deze ontwikkelingen kunnen tot gevolg hebben dat de totale eerstelijns verloskundige zorg aan een breder scala aan zorgvragen kan voldoen, maar dat individuele verloskundigen een steeds kleiner deel van de integrale zorg leveren.

De KNOV heeft naar voren gebracht dat het maximumtarief voor eerstelijns verloskundige zorg te laag ligt en dat de werkdruk te hoog is. Volgens de KNOV moeten verloskundigen te veel zwangere vrouwen behandelen om het norminkomen te realiseren. Hierdoor kunnen verloskundigen aan de cliënt minder tijd besteden dan zij noodzakelijk achten.

In het najaar van 2008 heeft de KNOV bij de NZa een verzoek neergelegd om de reknorm van verloskunde te herijken. In dat verzoek bepleit de KNOV om de reknorm van 120 zorgeenheden per jaar te verlagen tot 98. Na overleg met verschillende partijen heeft de NZa aanvankelijk besloten om de reknorm te verlagen naar 110 zorgeenheden per jaar. Per 1 januari 2009 is het tarief van de eerstelijns verloskundige en de verloskundig actieve huisarts aangepast. Naar aanleiding van de discussie over de omvang van de normpraktijk heeft

⁴¹ NIVEL, Als huisarts ken je de zwangere al: huisartsen begeleiden nog altijd 5% van alle bevallingen in Nederland, De huisarts in Nederland, 2004.

⁴² In dat geval vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor de poliklinische bevalling op grond van de Zorgverzekeringswet. Het ziekenhuis brengt dan O(V)P 190039 (*Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie*) in rekening.

⁴³ Niet voor al deze taken is het vereist om verloskundige te zijn. Echoscopie kan bijvoorbeeld ook worden uitgevoerd door gecertificeerde echoscopisten.

de NZa een kostenonderzoek uitgevoerd. Op grond van de uitkomsten van dat onderzoek, heeft de NZa op 6 oktober 2009 besloten om de maximumtarieven gedurende drie jaar geleidelijk te verhogen.⁴⁴

Op dit moment is er op de landelijke markt voor eerstelijns verloskundige zorg geen sprake van schaarste. Toch is het belangrijk om te bezien op welke manier het aanbod zich kan ontwikkelen in reactie op eventuele schaarsteproblemen. Kunnen huidige aanbieders hun aanbod verruimen en kunnen nieuwe zorgaanbieders eenvoudig toetreden tot de markt? Of kunnen bijvoorbeeld andere zorgaanbieders een deel van de zorg op zich nemen? De totale omvang van het aanbod aan verloskundige zorg hangt af van de zogenoemde restcapaciteit in het bestaande aanbod, de mogelijkheden voor substitutie, de uitstroom van bestaande verloskundigen en de instroom van nieuwe verloskundigen.

Restcapaciteit aanbod

Doordat een substantieel deel van de Nederlandse verloskundigen parttime werkt, kent het huidige aanbod van eerstelijns verloskundigen restcapaciteit. Bij een stijgende vraag naar eerstelijns verloskundigen kan een deel van de vraag worden opgevangen door meer verloskundigen die fulltime gaan werken. Daardoor is het niet direct noodzakelijk om nieuwe verloskundigen op te leiden en is het aanbod flexibel.

Deze flexibiliteit in het aanbod vereist wel dat meer verloskundigen worden gemotiveerd om fulltime te gaan werken. De meest efficiënte manier om flexibiliteit in het aanbod te bereiken, is om het prijsmechanisme te laten werken. Bij een stijgende vraag stijgt de prijs per eenheid of uur geleverde zorg en dit lokt de bereidheid uit om meer fulltime te werken.

Substitutie

In theorie zijn er andere zorgverleners dan eerstelijns verloskundigen die kunnen worden ingezet om het aanbod aan eerstelijns verloskundige zorg uit te breiden.

- Zo kunnen ook klinisch verloskundigen en gynaecologen eerstelijns verloskundige zorg aanbieden. Het is echter de vraag in hoeverre dit reëel is gezien het specialistische karakter van de opleiding die zij hebben gevolgd.
- Daartoe opgeleide huisartsen zouden eveneens meer verloskundige zorg kunnen leveren. De laatste jaren daalt dit aantal echter sterk, wat het weinig aannemelijk maakt dat dit ook daadwerkelijk zal gebeuren.
- Daarnaast kunnen verloskundigen uit het buitenland worden gehaald. Vaak zijn zij het Nederlandse systeem van verloskundige zorg niet gewend en zullen zij een 'applicatiecursus' moeten volgen om vertrouwd te raken met de thuisbevalling en risicoselectie.
- (Basis)artsen kunnen in principe ook perinatale zorg geven, zij het dat de verzekeraar dan wellicht aanvullende eisen wil stellen ten aanzien van hun bekwaamheid.
- Delen van de verloskundige zorg zouden kunnen worden geleverd door nog andere zorgverleners en instanties. Zo kunnen in principe huisartsen, praktijkondersteuners, verpleegkundigen of (op te richten) centra voor jeugd en gezin voorlichting geven over zwangerschap en bevalling. Echoscopieën kunnen worden uitgevoerd door gecertificeerde echoscopisten.

⁴⁴ De NZa verhoogt het tarief geleidelijk met 26%. De rekennorm verlaagt zij van 110 bevallingen per jaar verlaagd tot 105. (Bron: Persbericht NZa 7 oktober 2009).

Opleiding

Er geldt een numerus fixus voor het aantal opleidingsplaatsen aan de hogescholen waar studenten zich tot verloskundigen kunnen laten opleiden. Na toepassing van selectiecriteria en soms een loting, worden tot de opleidingen alles bij elkaar maximaal 190 studenten toegelaten.⁴⁵

Selectie van de kandidaten voor toelating kan bijdragen aan het terugbrengen van het uitvalpercentage, mits de gehanteerde criteria op een effectieve manier de meest gemotiveerde en geschikte kandidaten selecteren. Dit vergroot de kosteneffectiviteit van de opleiding, want het helpt voorkomen dat geïnvesteerd wordt in de opleiding van iemand die uiteindelijk niet als verloskundige aan de slag gaat.

Een nadeel van de numerus fixus is dat deze de werking van het prijsmechanisme op de arbeidsmarkt van verloskundigen verstoort. Waar een stijgend inkomen een signaal is van schaarste en nieuwe verloskundigen zou moeten aantrekken, verhindert de numerus fixus deze toestroom. Er vindt gedegen onderzoek plaats naar de toekomstige behoefte aan verloskundigen, maar desondanks is er bij schattingen sprake van grote onzekerheden.^{46,47} In de laatste behoefteeraming varieert het aantal nieuwe studenten tussen 130 en 210 per jaar (vier scenario's).

Toepassing van de numerus fixus voor de instroom van de opleidingen brengt twee risico's met zich mee:

- dat een schaarste aan verloskundigen onbedoeld in stand wordt gehouden, of;
- dat aan studenten onterecht een bepaalde baan zekerheidsverwachting wordt voorgehouden.

Buitenlandse verloskundigen

Wanneer een buitenlandse verloskundige die niet afkomstig is uit de Europese Economische Ruimte (EER) of Zwitserland op de Nederlandse markt wil toetreden, dan moet zij een gelijkstelling met de Nederlandse opleidingseisen aanvragen. Daarna is zij bevoegd om zich in te schrijven in het BIG-register en in Nederland als verloskundige te werken. Aan deze gelijkstelling kunnen verschillende voorwaarden worden verbonden.⁴⁸

Opstarten en overnemen praktijk

Verloskundigen die (meteen na hun studie of later) een nieuwe praktijk beginnen, moeten investeren in praktijkruimte, apparatuur en naamsbekendheid. Verloskundigen die een bestaande praktijk overnemen of zich daarin inkopen, moeten een overnamesom betalen waarin ook goodwill is opgenomen.⁴⁹ De goodwill wordt vastgesteld in onderhandeling tussen de nieuwe en de oude verloskundige.

Hoewel eerstelijns verloskundige zorg arbeidsintensief is⁵⁰, kunnen de investeringen voor de individuele zorgverlener aanzienlijk oplopen.

⁴⁵ Voor een nadere toelichting, <http://www.verloskundige.info/Selectieprocedure.aspx> [geraadpleegd 06-08-2009].

⁴⁶ Behoefteteraming door NIVEL: <http://www.nivel.nl/pdf/Behoefteteraming-verloskundigen-2004%20-%202015.pdf> [geraadpleegd 06-08-09]

⁴⁷ NZa Research paper over de regulering van opleidingen voor medisch specialisten. Vooral paragraaf 4.4.1 is van toepassing. <http://www.nza.nl/7113/29720/Postgraduatemedicaleducation.pdf> [geraadpleegd 06-08-09].

⁴⁸ Voor meer informatie, zie <http://www.ribiz.nl/diplomaenwerk/buitenlandsdiploma/> [geraadpleegd 06-08-09].

⁴⁹ Goodwill is de 'koopsom' voor de relatie met cliënten.

⁵⁰ en niet kapitaalintensief, zoals een intensive care unit.

Wanneer de vooruitzichten goed zijn, kunnen zorgverleners tegen gunstige voorwaarden een lening afsluiten. Reguleringzekerheid speelt hierbij een grote rol: grote, plotselinge veranderingen in de regelgeving op een zorgmarkt veroorzaken veel onzekerheden die slecht zijn voor het ondernemingsklimaat.

Voor achtervangafspraken zijn verloskundigen afhankelijk van andere verloskundigen in hun regio. Dit kan leiden tot een situatie waarin bestaande aanbieders een nieuwe toetreders waren.

3.2.3 Ontwikkelingen op aanpalende markten

Bij een analyse van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg moet rekening worden gehouden met de ontwikkelingen op de markt voor tweedelijns verloskundige zorg.

Partijen die betrokken zijn bij de verloskundige zorg in Friesland hebben de minister van VWS een signaal gegeven dat de tarieven van gynaecologische diagnose-behandelcombinaties (DBC's) concentratie van tweedelijns verloskundige zorg in de hand werken.⁵¹ In het DBC-stelsel vindt bekostiging van de 24-uurs beschikbaarheid van de gynaecoloog plaats door middel van een opslag op de honorariumcomponent van de behandeling. Volgens sommige partijen is de behandeling uitsluitend kostendekkend vanaf 3000 bevallingen per jaar. In bijvoorbeeld Friesland worden jaarlijks 7000 bevallingen in het ziekenhuis begeleid. De structuur van de DBC-tarieven kan dan ook leiden tot een concentratie van de tweedelijns verloskundige zorg in één of twee ziekenhuizen.

Deze concentratie heeft mogelijk gevolgen voor thuisbevallingen in de eerste lijn. Als er binnen de bereikbaarheidsnorm in de tweede lijn geen achtervang meer beschikbaar is, dan is een thuisbevalling niet verantwoord. Een laag-risicobevalling moet dan gedwongen plaatsvinden in de tweede lijn (of op zijn minst op een andere locatie dan thuis, voldoende nabij de tweedelijns zorg). Dit betekent onbedoelde substitutie van de eerste naar de tweede lijn, en heeft onnodige medicalisering van bevallingen tot gevolg.

Een voorbeeld van deze ontwikkeling doet zich voor in Zeeland, waar fuserende ziekenhuizen hun tweedelijns verloskunde op één locatie hebben geconcentreerd. Deze concentratie veroorzaakte zorgen over de mogelijkheden om op Walcheren thuis te bevallen.^{52,53}

Een ander voorbeeld is de concentratie van verloskundige zorg in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. De betrokken partijen stellen dat deze concentratie een toereikende (nachtelijke) beschikbaarheid van gynaecologen, kinderartsen en anesthesisten mogelijk maakt. Verschil met de situatie in Zeeland is dat vrouwen in de provincie Utrecht nog voor andere ziekenhuizen kunnen kiezen, en dat thuisbevalling mogelijk blijft.⁵⁴

⁵¹ Brief van DVP Friesland aan minister Klink d.d. 18 november 2008. Zie: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=36919> [geraadpleegd 07-08-09].

⁵² Antwoorden op kamervragen van Langkamp en van Gerven over de concentratie van bevallingszorg en één locatie van de ziekenhuizen in Vlissingen en Goes. Kamerstuk, 3 oktober 2008.

⁵³ Verloskundige zorg in Midden-Zeeland. Kamerstuk, 14 januari 2009.

⁵⁴ Zie bijvoorbeeld: 'Concentratie verloskunde mag', Zorgvisie, 21 januari 2009 en 'Bevallen alleen nog in St. Antonius', AD Groene Hart, 6 november 2008.

3.3 Keuzemogelijkheden voor de consument

In een vraaggestuurd zorgstelsel is het belangrijk dat de consument kan kiezen voor de zorg die het beste aan zijn wensen voldoet, of dat de verzekeraar dit namens hem kan doen. Daarvoor is het essentieel dat de consument beschikt over inzichtelijke informatie en dat hij niet onnodig gehinderd wordt wanneer hij overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Deze paragraaf gaat in op de transparantie van de prestatie, van de kwaliteit en van de prijs van verloskundige zorg en op de keuzevrijheid voor consumenten.

3.3.1 Transparantie van de prestatie

Voor de verzekerde en de zorgverzekeraar is het van belang dat duidelijk is wat de ingekochte zorg inhoudt. Op grond van de Wmg mogen declaraties en vergoedingen uitsluitend plaatsvinden wanneer er sprake is van prestatiebeschrijvingen die door de NZa zijn vastgesteld. Eenduidige prestatiebeschrijvingen helpen verzekeraars en zorgaanbieders bij hun onderhandelingen over volume, tijdigheid, kwaliteit en prijs van zorg, want die bieden 'eenheid van taal'.

De prestaties voor verloskundige zorg zijn beschreven in paragraaf 2.4. De verzekerde aanspraak op verloskundige zorg wordt in algemene termen beschreven in het Besluit zorgverzekering: "Geneeskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden".⁵⁵ Die formulering doet recht aan de verantwoordelijkheid en de professionaliteit van verloskundigen. Brancheverenigingen zoals de KNOV formuleren richtlijnen waaraan zorg in een bepaalde periode van de zwangerschap moet voldoen.

3.3.2 Transparantie van de prijs

Wanneer consumenten de zorg zelf moeten betalen, hebben zij belang bij transparantie van de prijs. Dat is het geval als de zorg niet (volledig) is opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (zoals poliklinische bevalling zonder medische indicatie) en de consument kiest voor een zorgaanbieder die niet door zijn verzekeraar is gecontracteerd.

Poliklinische bevalling

Van de kosten van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie komt maximaal € 480 voor rekening van de consument. Dat is het maximumtarief van de huur van de ziekenhuiskamer. Ziekenhuizen kunnen een lager tarief in rekening brengen, maar zij doen dat in het algemeen niet.

Of de consument deze kosten volledig zelf draagt, hangt af van haar aanvullende verzekering. Er zijn aanvullende verzekeringen die de kosten geheel of gedeeltelijk vergoeden. Vervolgens is bij sommige van die verzekeringen de vergoeding voor gecontracteerde ziekenhuizen hoger dan bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen.⁵⁶ Een kort bezoek aan verschillende internetfora waar consumenten hierover discussiëren, laat zien dat deze verschillen voor veel burgers niet duidelijk zijn.

⁵⁵ Besluit van 28 juni 2005, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zorgverzekeringswet (Besluit zorgverzekering), artikel 2.4. lid 1.

⁵⁶ Zie bijvoorbeeld NZa Monitor 'De Tussenstand op de Zorgverzekeringsmarkt', juni 2006. <http://www.nza.nl/7113/10083/10110> [geraadpleegd 07-08-09].

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

De tarieven van zorgaanbieders kunnen ook van belang zijn voor consumenten met een naturapolis, die willen kiezen voor een zorgaanbieder die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd. In dat geval bestaat namelijk de kans dat de verzekeraar de zorg niet volledig vergoedt.

Op dit moment is er op websites van praktijken van verloskundigen nauwelijks informatie te vinden over de prijzen die zij in rekening brengen. Websites van geboortecentra geven iets meer informatie, maar doorgaans melden deze alleen dat er kosten voor rekening van de kraamvrouw komen en wordt er geadviseerd om dit na te gaan bij de verzekeraar. De websites van verzekeraars laten zien wat zij bij welke polis wél en níét vergoeden. Als een consument precies wil weten hoeveel zij bij verschillende zorgaanbieders zélf moet betalen, dan zal zij de zorgverzekeraar moeten bellen en dit expliciet moeten navragen. De transparantie van de prijs kan voor de consument dus beter.

De introductie van vrije prijsvorming kan leiden tot differentiatie in prijzen. Om te voorkomen dat consumenten voor verrassingen komen te staan, is het wenselijk dat zorgaanbieders beter vergelijkbare informatie geven over standaardprijzen⁵⁷ (passantenprijzen, niet-gecontracteerde prijzen) en dat zorgverzekeraars beter vergelijkbare informatie verschaffen over de contractering (welke aanbieder is wel of niet gecontracteerd).

3.3.3 Transparantie van de kwaliteit

Kwaliteit van zorg betekent niet alleen dat de zorg voldoet aan regels, standaarden, normen of richtlijnen van de overheid of van beroepsgroepen, maar ook dat rekening wordt gehouden met de wensen en verwachtingen van consumenten of hun vertegenwoordigers. Door bij de keuze voor een aanbieder bewust op de geleverde kwaliteit te letten, kunnen consumenten zorgaanbieders stimuleren om die kwaliteit daadwerkelijk te leveren. Transparantie van kwaliteit wil zeggen dat kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders inzichtelijk zijn, zodat consumenten kwaliteitsverschillen kunnen laten meewegen in hun keuzes.

De consument heeft behoefte aan enerzijds informatie over de borging van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg en anderzijds informatie over kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders. Dat is niet anders in een markt met gereguleerde tarieven. Dit is ook de reden dat transparantie van kwaliteit en kwaliteitsverschillen geen noodzakelijke voorwaarde voor liberalisering is.

Borging kwaliteit

De kwaliteit in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg wordt op verschillende manieren geborgd. Hier volgen een aantal voorbeelden:

- Eerstelijns verloskundigen moeten geregistreerd staan in het BIG-register. Dit register is een uitvloeisel van de Wet BIG. Zij die in dit register staan ingeschreven, hebben onder andere het recht om de titel van verloskundige te voeren.
- Verloskundig actieve huisartsen kunnen zich behalve in het BIG-register ook inschrijven in het CHBB.
- De KNOV heeft een afzonderlijk Kwaliteitsregister Verloskundigen. Eerstelijns verloskundigen die in dit register (vrijwillig) staan ingeschreven, moeten aan diverse eisen voldoen en geven aan dat zij

⁵⁷ De NZa heeft bij liberalisering in het verleden aan zorgbieders de plicht opgelegd om standaardprijzlijsten te hanteren.

- bepaalde kwaliteitsvoorschriften in acht nemen. Deze verloskundigen kunnen een soort 'keurmerk' voeren. Inmiddels staat 80% van de verloskundigen in dit kwaliteitsregister ingeschreven.
- Er bestaan verschillende richtlijnen, gedragscodes en werkafspraken, waaronder het Vademecum verloskundige zorg en het gebruik van de VIL.
 - De KNOV kent een kwaliteitssysteem, dat onder andere voorziet in de mogelijkheid vanaf 1 januari 2009 tot praktijkaccreditatie.
 - Er bestaan landelijke registratiesystemen, zoals de Stichting PRN en de Perinatale Audit. Deze registratiesystemen geven inzicht in de kwaliteit van de zorg in de gehele keten en doen op basis daarvan aanbevelingen.

Transparante kwaliteitsverschillen

Bovenstaande opsomming toont erg uiteenlopende initiatieven om de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg voor de consument te borgen. Daarmee is er ook sprake van veel informatie over de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders, maar deze wordt niet ontsloten voor consumenten.

Om die reden is het bijzonder wenselijk dat er landelijke indicatoren komen die tonen op welke manier zorgaanbieders hun zorgproces inrichten en aan welke kwaliteitsborgingen zij voldoen, en die inzicht geven in de uitkomsten van zorg. Het programma Zichtbare zorg heeft nog geen indicatoren ontwikkeld. Wel heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) enige tijd geleden samen met de KNOV en de VVAH indicatoren voor eerstelijns verloskundige zorg ontwikkeld die voor het programma Zichtbare zorg als basis kunnen dienen. De verwachting is dat in 2010 de indicatoren ontwikkeld worden en dat er in 2011 daadwerkelijk metingen plaatsvinden.

Er leeft bij zorgaanbieders weerstand tegen prestatie-indicatoren die herleidbaar zijn tot individuele zorgverleners (personen). Zij voeren aan dat dit bij prestatie-indicatoren op instellingsniveau niet het geval is. De NZa is van mening dat de herleiding tot individuele zorgverleners nu juist de bedoeling van prestatie-indicatoren is; de zorg wordt immers ook van persoon tot persoon geleverd. Het is dan ook in het belang van de zorggebruiker dat op termijn in alle zorgmarkten keuze-informatie op zorgverlenersniveau beschikbaar komt.

In een vrije markt ervaren aanbieders van hoge kwaliteit een stimulans om de kwaliteit van hun zorg en dienstverlening te openbaren en zich op die manier positief te vergelijken met concurrenten. Een zorgaanbieder die een hogere prijs wil vragen, zal moeten laten zien dat hij ook een hogere kwaliteit levert. Om een wildgroei aan informatie te voorkomen, kan de overheid hier een standaardiserende rol spelen.

In de praktijk werken zorgverzekeraars in een geliberaliseerde markt met standaardcontracten. Als zij slechts één standaardcontract met een bepaalde kwaliteitsnorm aanbieden, dan is het de vraag of dit aanbieders voldoende stimuleert om hun kwaliteit inzichtelijk te maken en te verbeteren. De NZa is daarom in 2009 begonnen om de zorginkoop door zorgverzekeraars te monitoren. Zij onderzoekt welke inspanningen zorgverzekeraars leveren om verbeteringen in de kwaliteit van zorg af te dwingen door middel van zorgcontractering, en doet waar nodig aanbevelingen voor verbetering.

De informatie over eerstelijns verloskundige zorg die een consument op dit moment ter beschikking staat, is het wel of niet hebben van een KNOV-keurmerk en het wel of niet ingeschreven staan in het BIG-

register. De consument heeft hiermee nog geen informatie over de daadwerkelijke kwaliteit van de geleverde zorg. De huisarts is op dit moment de aangewezen partij om de consument te helpen haar keuze te baseren op daadwerkelijke kwaliteitsverschillen, althans voor zover de huisarts hierin zelf objectief inzicht heeft. Een andere bron van informatie zijn de ervaringen van vrouwen die al bevallen zijn, met andere woorden mond-tot-mondreclame. Er bestaat op dit moment nog geen landelijke index waarin cliëntervaringen beschreven staan. Het Centrum Klantervaringen Zorg (CKZ) is wel bezig met het (laten) ontwikkelen van een CQ-Index Geboortezorg.⁵⁸ Binnen de opzet van deze index is het mogelijk om afzonderlijke vragenlijsten voor de eerstelijns verloskundige praktijken op te stellen, die de kwaliteit van zorg vanuit consumentenperspectief meten.

3.3.4 Keuze- en overstapmogelijkheden

Wanneer de consument of de verzekeraars hebben besloten welke zorgaanbieder het beste aan hun wensen voldoet, is het van belang dat zij ook daadwerkelijk voor deze zorgaanbieder kunnen kiezen. De NZa onderscheidt in dit verband het overstappen door verzekeraars en het overstappen door consumenten.

Verzekeraar

Zorgverzekeraars – zeker wanneer zij naturapolissen aanbieden – contracteren zorgaanbieders door middel van bijvoorbeeld jaarcontracten. Contracten kunnen bepalingen bevatten die het mogelijk maken om een contract tussentijds op te zeggen. Een minder ingrijpende manier om de verbintenis op te zeggen, is om na afloop van de overeenkomst geen nieuwe te sluiten.

Een zorgverzekeraar zal niet graag verzekerden dwingen om naar een andere verloskundige over te stappen wanneer de verzekerde nog in zorg is. Toch valt het niet te voorkomen dat er verzekerden bij een verloskundige in zorg zijn op het moment dat een overeenkomst afloopt. In dat geval is een overgangsregeling denkbaar, waarin de vergoeding van al gestarte zorg wordt voortgezet, maar nieuwe consumenten de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg ontvangen.

De mogelijkheden om selectief te contracteren worden begrensd door de zorgplicht van zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet art. 11). Een zorgverzekeraar moet zorgen dat er voor zijn verzekerden voldoende zorg is gecontracteerd. Dit wil zeggen dat hij voldoende zorg van een adequate kwaliteit moeten inkopen om aan de vraag van zijn verzekerden te kunnen voldoen.

De NZa heeft geen informatie over de mate waarin selectieve contractering van verloskundigen op dit moment voorkomt. De signalen zijn dat zorgverzekeraars bijna alle verloskundigen volledig hebben gecontracteerd. Bekend is dat de contracteringsgraad per zorgmarkt verschilt. Het valt niet uit te sluiten dat de contracteringsgraad in deze zorgmarkt zal veranderen. Dat kan een natuurlijke ontwikkeling zijn die past bij vrijer ondernemerschap.

Consument

Verloskundige zorg is niet chronisch, maar heeft een begin en een einde. Vrouwen kunnen, als zij dat willen, tussen twee zwangerschappen in goed overstappen. Overstappen in de prenatale fase is ook mogelijk. In de natale en postnatale fase is het minder waarschijnlijk dat een overstap zal plaatsvinden.

⁵⁸ CQ staat voor consumer quality.

Vaak willen vrouwen die tevreden zijn over een verloskundige die zij hebben gehad, bij een volgende zwangerschap diezelfde verloskundige. Als het tussen de consument en de zorgverlener klikt, komt dit de kwaliteit van zorg ten goede.

Buiten de overstappen naar een andere zorgaanbieder die plaatsvinden vanwege bijvoorbeeld een verhuizing, zullen overstappen vaak worden ingegeven door negatieve ervaringen.

Een aandachtspunt is de informatie over kwaliteitsverschillen en prijzen die consumenten ter beschikking staat om een weloverwogen overstap te maken. Voor zover het zorgaanbod hem of haar bekend is, vervult de huisarts vaak een adviserende rol. Naam en adresinformatie van eerstelijns verloskundigen kunnen consumenten vinden op internetsites, bijvoorbeeld Kiesbeter en de website van de KNOV.⁵⁹ Op deze websites kunnen consumenten zoeken naar een verloskundige in een bepaalde woonplaats of postcodegebied. De kwaliteit van de verschillende aanbieders is nog onvoldoende transparant; daardoor is het lastig voor de consument om op basis van kwaliteit een verloskundige te kiezen. Zorgverzekeraars die een selectief inkoopbeleid voeren, moeten hun verzekerden informeren over de vergoedingsniveaus bij verschillende verloskundigen. Zorgverzekeraars die daar op grond van selectieve contractering een prikkel toe ervaren, zullen door middel van informatieverstopping hun verzekerden willen sturen of in een keuze voor een bepaalde aanbieder ondersteunen.

Er is geen sprake van een financiële belemmering voor de consument om over te stappen. Dit komt omdat de beleidsregels van de NZa de verdeling van het tarief over beide eerstelijns verloskundigen regelen. Deze verdeling hoeft bij vrije prijsvorming niet te veranderen.

3.4 Conclusies

De komende jaren wordt geen belangrijke kwantitatieve verandering verwacht in het aantal geboorten. Wel neemt naar verwachting de verloskundige zorg per geboorte toe.

Het aanbod van eerstelijns verloskundige zorg vertoont regionale verschillen, maar het aanbod is op dit moment in het algemeen voldoende om in de vraag naar zorg te voorzien. De hoge werkdruk van verloskundigen heeft geleid tot een verlaging van de normpraktijk met ingang van 2010.

De flexibiliteit van het aanbod van verloskundige zorg is beperkt. Voor de opleidingen geldt een numerus fixus, die een toetredingsdrempel tot de markt voor eerstelijns verloskundige zorg vormt. Daarnaast is er sprake van een drempel doordat startende verloskundigen die willen toetreden tot een groepspraktijk, goodwill verschuldigd zijn. Verloskundigen die voor zichzelf willen beginnen, moeten investeren in een eigen praktijk en een klantenkring opbouwen en zij zijn daarbij afhankelijk van de medewerking van zittende verloskundigen om aan de achtervangregeling deel te nemen.

⁵⁹ <http://www.kiesbeter.nl/eerstelijnszorg/verloskundige/> bevat geen kwaliteitsinformatie, <http://zoekverloskundige.knov.nl/> bevat alleen de leden van de KNOV en maakt onderscheid naar wel of niet ingeschreven zijn in het Kwaliteitsregister Verloskundigen van de KNOV.

Verzekeraars en consumenten zijn goed in staat om keuzes te maken uit het beschikbare aanbod. De prestatiebeschrijvingen zijn duidelijk en de kwaliteit van het aanbod is geborgd. Wel zijn nog inspanningen nodig om de kwaliteitsverschillen tussen verloskundigenpraktijken inzichtelijk te maken. Kwaliteitstransparantie vormt een belangrijke voorwaarde voor een optimaal marktresultaat. Vrije prijsvorming zal een belangrijke stimulans zijn om kwaliteitsinformatie te verspreiden.

Bij vrije marktwerking moet ook aandacht worden besteed aan de transparantie van de prijzen. De NZa zal een verplichting opleggen om standaardprijzlijsten te hanteren die de zorggebruiker beschermt tegen onverwacht hoge kosten van ongecontracteerde zorg en die bovendien bijdragen aan marktbrede prijstransparantie.

4. Marktgedrag

Dit hoofdstuk gaat in op het marktgedrag. Eerst staan de prikkels centraal die consumenten en verzekeraars ervaren om bij de inkoop te letten op kwaliteit en prijs. Effectieve inkoop stimuleert immers zorgaanbieders om kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te bieden. Vervolgens komt het risico van anticompetitieve gedragingen aan de orde. Het hoofdstuk sluit af met de mogelijke externe effecten van marktwerking en met veranderingen in de lastendruk voor zorgaanbieders en verzekeraars.

4.1 Inkooprikkels

Als een markt wordt vrijgegeven, is het van belang dat de inkopers van zorg – dit kunnen zowel verzekeraars als verzekerden zijn – prikkels ervaren om goed in te kopen. Dit borgt de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg. Overigens hoeven niet beide partijen deze prikkel te ervaren; als het in ieder geval maar voor één van de partijen geldt.

Vanuit de belangen van de consument is het wenselijk dat de zorgverzekeraars over enige inkoopmacht beschikken. Dit stimuleert aanbieders ook daadwerkelijk 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 klanten.

De NZa onderscheidt inkooprikkels van zorgverzekeraars en zorgconsumenten. De prikkels voor zorgverzekeraars zijn onder te verdelen in externe en interne prikkels. Zorgconsumenten hebben een direct belang bij de kwaliteit van de zorg. De mate waarin zij geneigd zijn bij hun keuzen ook de kosten te laten meewegen, hangt sterk af van de manier waarop de zorg verzekerd is. Bij onverzekerde zorg zijn die prikkels anders dan bij zorg uit het basispakket en zorg uit de aanvullende verzekering.

4.1.1 Prikkel verzekeraar

Externe prikkels

Of een verzekeraar investeert in inkoopafspraken met verloskundigen, hangt af van de mate waarin verzekerden de verzekeraar op de inkoop van verloskundige zorg afrekenen. Dat vormt immers een belangrijke stimulans voor verzekeraars om zich op dit gebied van anderen te onderscheiden.

Verloskundige zorg (en alle geboortezorg) is van groot belang voor een specifieke en omvangrijke groep verzekerden. Bovendien anticiperen verzekerden met een kinderwens op hun mogelijke gebruik van verloskundige zorg. Zij zullen bij de keuze voor hun polis over het algemeen goed kijken welke verschillende dekkingen verzekeraars (in aanvullende verzekeringen) bieden. Daardoor hebben verzekeraars in principe een prikkel om zich in te spannen voor een goed en toegankelijk verzekerd zorgaanbod.

Qua imago is het voor verzekeraars belangrijk zich met verloskundige zorg te profileren. Jonge gezinnen zijn een aantrekkelijke doelgroep, waarvan het denkbaar is dat die ook veel andere verzekeringsproducten afneemt en lange tijd klant blijft. Dit stelt grenzen aan de mogelijkheden

om selectief in te kopen, aangezien veel verzekerden dat als een ongewenste beperking van hun keuzemogelijkheden zien. Een verzekeraar heeft er dus belang bij dat hij kwalitatief goede verloskundige zorg inkoop en luistert naar de wensen van de consument.

Interne prikkel

Door scherp in te kopen, kunnen verzekeraars hun schadelast voor een bepaalde zorgsoort beperken. Dit voordeel kunnen zij door middel van een lagere premie (of minder sterk stijgende premie) aan de consument teruggeven. Hoe sterk deze interne prikkel is om scherp in te kopen, is afhankelijk van de afweging tussen de kosten van extra inkoopinspanningen en de opbrengsten daarvan.

De totale zorguitgaven aan eerstelijns verloskundige zorg bedroegen in 2008 € 147 miljoen.⁶⁰ Er geldt voor eerstelijns zorg geen ex-postverevening. Dit wil zeggen dat verzekeraars een eventueel inkoopvoordeel ten opzichte van andere verzekeraars mogen behouden. Stel dat een verzekeraar 10% marktaandeel heeft en 10% op zijn eerstelijns verloskundige zorgkosten bespaart, dan levert dat een besparing van bijna € 1,5 miljoen op. Wanneer het de verzekeraar minder dan € 1,5 miljoen kost om die besparing te realiseren, heeft hij een prikkel om in zorginkoop te investeren.

4.1.2 Prikkel verzekerde

De prikkel die een verzekerde ervaart om goed in te kopen, is in grote mate afhankelijk van de vraag of hij voor die zorg verzekerd is. Als de verzekerde voor een bepaalde zorgvorm volledig verzekerd is, ervaart hij alleen een prikkel om te letten op de kwaliteit⁶¹ van de geleverde zorg. De verzekerde wil dan het liefst naar de aanbieder met de hoogste kwaliteit, ongeacht de prijs.

Basisverzekering

Voor de zorg die binnen het basispakket valt, ervaart de consument geen of weinig financiële prikkels om goed in te kopen:

- De prenatale, natale en postnatale zorg worden voor 100% vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet.
- Het wettelijk eigen risico is niet van toepassing.
- Bij een bevalling op medische indicatie of een zogeheten verplichte poliklinische bevalling krijgt de consument de bijkomende ziekenhuiskosten van poliklinische bevallingen vergoed.⁶²

Zwangere vrouwen of vrouwen met een kinderwens zijn per definitie relatief jonge zorggebruikers. Zwangerschap is in de meeste gevallen een bewuste keuze en onderscheidt zich daarin van een ziekte of een ongeval. Vrouwen kunnen al voordat zij zwanger zijn informatie inwinnen over hun rechten en over de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders. De verwachting is dat deze consumenten door hun jonge leeftijd goed in staat zijn om de beschikbare informatie over het zorgaanbod via internet te vinden.

⁶⁰ Dit is exclusief de kosten van ambulancevervoer en de tweede lijn.

⁶¹ Daaronder wordt in deze paragraaf verstaan: alle kenmerken van de zorg anders dan de prijs; dus ook toegankelijkheidskenmerken zoals reisafstand, wachttijd en beschikbaarheid buiten kantooruren.

⁶² Wanneer de tweedelijnszorg zo ver van de thuislocatie is verwijderd dat de aanrijtijd bij onvoorziene complicaties onverantwoord lang is, is een poliklinische bevalling onontkoombaar ('verplicht').

Aanvullende verzekering

Verzekeraars bieden aanvullende verzekeringen aan die speciaal bedoeld zijn voor jonge gezinnen. Daarin is bijvoorbeeld sprake van extra dekkingen voor kraamzorg of aanvullende cursussen die met de zwangerschap te maken hebben. Ook kunnen de kosten voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie of een bevalling in een geboortecentrum (gedeeltelijk) gedekt zijn. Voor een consument die gezinsuitbreiding overweegt, kan het aantrekkelijk zijn om een aanvullende verzekering af te sluiten.⁶³

4.2 Marktverhoudingen

Marktverhoudingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders bepalen mede de uitkomsten van hun onderhandelingen. Evenwichtige marktverhoudingen vormen een voorwaarde voor een goed marktresultaat.

4.2.1 Verzekeraar

Voldoende aanbieders

De onderhandelingspositie van een verzekeraar hangt samen met de mogelijkheden om alternatieve aanbieders te contracteren. In hoofdstuk 3 is geconstateerd dat er landelijk voldoende aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg zijn, maar dat lokaal krapte kan voorkomen. De numerus fixus voor de opleiding tot verloskundige vormt een toetredingsdrempel tot de markt. Daar staat tegenover dat er mogelijkheden zijn om onderdelen van de verloskundige zorg door andere aanbieders te laten leveren. Echoscopieën bijvoorbeeld kunnen door echoscopisten worden uitgevoerd.

Keuzeondersteuningsmogelijkheden

De onderhandelingspositie van de verzekeraar hangt ook af van de mate waarin hij verzekerden naar alternatieve zorgaanbieders kan sturen. Dit staat wel bekend als 'keuzeondersteuning'. De NZa verwacht dat kraamvrouwen bereid zijn om zich te laten sturen als de verzekeraar goed kan uitleggen waarom de ene zorgaanbieder de voorkeur verdient boven de andere. Transparantie van kwaliteitsverschillen (ook voor consumenten) draagt daaraan bij. Keuzeondersteuning kan verder worden geoperationaliseerd door middel van financiële stimuli. In dat opzicht onderscheidt keuzeondersteuning zich van de kraamzorgveilingen, waarbij de verzekeraar stelselmatig de voorkeur van de verzekerde volgde, zonder dat hij een poging deed daarop invloed uit te oefenen.

De sturingsmogelijkheden voor verzekeraars worden begrensd door de bereikbaarheidseis van natale zorg. De eerstelijns verloskundige moet binnen vijftien minuten bij een bevalling kunnen zijn. In regio's met weinig verloskundigenpraktijken zijn er soms geen alternatieve aanbieders die de verzekeraar kan contracteren.

Met de opkomst van geboortecentra en poliklinische bevallingen zonder medische indicatie heeft de verzekeraar meer alternatieve aanbieders en een extra sturingsmogelijkheid. Wanneer een laag-risicobevalling niet thuis plaatsvindt, vergoedt de basisverzekering niet alle kosten. Verzekeraars kunnen differentiatie aanbrenge in de omvang van de kosten die bij verschillende zorgaanbieders voor rekening van de

⁶³ Anders dan bij een basisverzekering heeft een verzekeraar bij een aanvullende verzekering geen acceptatieplicht.

kraamvrouw komen. Door bij geprefereerde aanbieders een lagere eigen bijbetaling te verlangen, kan de verzekeraar de kraamvrouw proberen te sturen.

4.2.2 Aanbieder

In vergelijking met bijvoorbeeld het inkopen van zorg bij ziekenhuizen, is het inkoopproces van eerstelijns zorg arbeidsintensief. Er zijn veel partijen met wie verzekeraars overeenkomsten moeten sluiten. Dit leidt vaak tot standaardcontracten die zorgaanbieders als 'slikken of stikken' ervaren. De NZa heeft naar aanleiding van een klacht van apothekers over een zorgverzekeraar vastgesteld dat de Zorgverzekeringswet, de Wmg en de Mededingingswet (MW) geen van alle de zorgverzekeraar verplichten om met individuele zorgaanbieders in onderhandeling te treden. Dit geldt ook als een zorgverzekeraar een positie met aanmerkelijke marktmacht bezit.

Hier staat tegenover dat een zorgaanbieder niet verplicht is om een contract met een zorgverzekeraar te sluiten. Als de aanbieder verschillende aanbiedingen van verzekeraars krijgt, kan hij in principe alleen met die verzekeraars contracten sluiten die volgens hem de beste beloning voor zijn kwaliteit bieden. De onderhandelingspositie van de zorgaanbieder ten opzichte van de verzekeraar hangt mede af van het aantal concurrenten dat met een verzekeraar een contract sluit en van de hoogte van de restitutievergoeding bij niet-gecontracteerde zorg.

In de huidige situatie contracteren verzekeraars vrijwel alle verloskundigen. Dit kan worden uitgelegd als uiting van afhankelijkheid van de eerstelijns verloskundigen van de verzekeraar. Het kan echter ook duiden op een sterke positie van de eerstelijns verloskundigen ten opzichte van de verzekeraar. Verzekeraars moeten aan de zorgplicht voldoen en hebben voor deze zorg ook een prikkel om de zorginkoop goed te regelen. Dit vergroot de verkoopmacht van de aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg. De contracteringsgraad verschilt sterk per zorgmarkt. Het is niet mogelijk om uitsluitend op grond daarvan een oordeel over marktverhoudingen te vormen.

De geboortecentra hebben een goede onderhandelingspositie ten opzichte van de verzekeraars, maar vormen een bron van concurrentie voor de natale zorg die vrijgevestigde verloskundigen leveren. Consumenten waarderen geboortecentra vanwege hun servicegerichtheid. Daarnaast kunnen zij door een efficiënte bedrijfsvoering voor poliklinische bevallingen waarschijnlijk scherpe prijzen hanteren.

4.2.3 Verzekerde

Omdat verloskundige zorg (bijna) volledig uit het basispakket wordt vergoed, speelt de consument zelden een rol in de daadwerkelijke inkoop van de zorg. Desondanks vormt de mate waarin consumenten kunnen 'stemmen met de voeten' in de marktprocessen een factor. Het overstapgedrag van consumenten kan voor verzekeraars een indicatie zijn van de klant(on)tevredenheid over een bepaalde zorgaanbieder.

Ook is het aannemelijk dat de verloskundige en de kraamvrouw in de loop van de tijd een vertrouwensband opbouwen, wat ertoe kan leiden dat de kraamvrouw bij een volgende zwangerschap graag weer bij die verloskundige in zorg wil komen. Vaak zal die band zelfs zo sterk zijn dat een consument liever overstapt naar een andere verzekeraar dan naar een andere zorgaanbieder.

4.3 Anticompetitieve gedragingen

Een goede werking van de markt kan worden belemmerd doordat partijen de mededinging op de markt bewust beperken. Wanneer het risico op anticompetitieve gedragingen groot is en regelgeving dit risico onvoldoende ondervangt, dan kan dit een reden zijn om de markt te reguleren. Deze paragraaf gaat nader in op een aantal potentiële anticompetitieve gedragingen op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg en het risico daarop.

Hoge prijzen

Van te hoge of excessieve prijzen is sprake wanneer een onderneming met een economische machtspositie een dusdanig hoge prijs in rekening brengt dat deze niet in een redelijke verhouding staat tot de economische waarde van de geleverde prestatie.⁶⁴ Van een te hoge prijs is sprake wanneer de marge op een product zowel in absolute zin als in vergelijking met bijvoorbeeld de marges op een zelfde product in een meer competitieve markt, bijzonder hoog te noemen is. Overigens wil het signaleren van een hoge prijs niet altijd zeggen dat de prijs ook inderdaad té hoog is. Schaarste op de markt kan bijvoorbeeld een tijdelijk prijsopdrijvend effect hebben, wat juist nodig is om het prijsmechanisme zijn werk te laten doen.

De NZa is van mening dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg beperkt aanwezig is. Op dit moment is er voldoende aanbod op de markt. Als een zorgaanbieder na vrijgave van het tarief te hoge prijzen vraagt, kunnen consumenten en verzekeraars overstappen naar een andere zorgaanbieder.

In enkele regio's is het aanbod van eerstelijns verloskundige zorg op dit moment beperkt. Hier hebben verloskundigen een sterkere onderhandelingspositie ten opzichte van verzekeraars, wat kan leiden tot hogere prijzen. Wanneer de prijzen in een regio gedurende een langere periode hoger liggen dan in de rest van het land, dan is het voor (nieuwe) aanbieders aantrekkelijk om tot deze regionale markt toe te treden. Verloskundigen kunnen verhuizen en ook de al aanwezige verloskundigen kunnen hun capaciteit uitbreiden. Daarnaast hebben toetredende (buitenlandse) aanbieders invloed op het regionale zorgaanbod. Deze nieuwe toetreding zorgt voor meer keuzemogelijkheden voor verzekeraars, meer concurrentie tussen zorgaanbieders en een normalisering van het prijsniveau. De NZa verwacht daarom niet dat te hoge prijzen structureel zullen voorkomen.

In een geliberaliseerde markt hebben verzekeraars en consumenten de taak om ervoor te zorgen dat verloskundigen niet een te hoge prijs vragen. Zij doen dit door aanbieders met elkaar te vergelijken en voor de aanbieder met de beste prijs-kwaliteitverhouding te kiezen. De structurele marktverhoudingen bij eerstelijns verloskundige zorg zijn evenwichtig te noemen en op grond daarvan heeft de NZa voldoende vertrouwen in de werking van dit mechanisme.

De NZa waarschuwt dat prijsstijgingen na vrijgave van de tarieven niet uitgesloten zijn. Dit duidt niet altijd op een mededingingsprobleem en maakt ingrijpen van de overheid niet altijd noodzakelijk. Als kwaliteitsverschillen voldoende transparant zijn en er geen problematische schaarste aan zorg bestaat, is het aan verzekeraars en consumenten om te bepalen wat de gewenste kwaliteit is en welke prijs acceptabel is. Dat prijsstijgingen ook tot kostenstijgingen leiden, staat

⁶⁴ Arrest van het Europese Hof van Justitie op 14 februari 1978: United Brands vs. Europese Commissie, zaaknummer 27/76, jur. 1978, 207.

vast. Kostenbeheersing via het controleren van het maximumtarief is na vrijgave van de tarieven niet meer mogelijk.

4.3.1 Te lage prijzen

Een lage prijs voor zorg is in veel gevallen een teken van doelmatigheid. Intuïtief gesproken kan de prijs daarom meestal niet laag genoeg zijn. Toch zijn er situaties denkbaar waarin het in ieders belang is dat de prijs niet te laag is. Zo kunnen zorgaanbieders met een economische machtspositie hun producten tijdelijk tegen een uiterst lage prijs aanbieden – dat wil zeggen onder de kostprijs – om concurrenten en toetreders uit de markt te drijven. Dit werkt als volgt. Te lage prijzen (of ‘roofprijzen’) leiden voor de aanbieder op korte termijn tot financieel verlies. Het is noodzakelijk om dit verlies te compenseren en dat vereist een ‘oorlogskas’. Er ontstaat een prijzenoorlog waarbij de aanbieder met de grootste oorlogskas als enige op een markt overblijft. Zodra deze aanbieder het monopolie heeft verworven, kan hij zijn prijzen verhogen en dit schaadt uiteindelijk het belang van de consument.

Volgens de NZa is in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg het risico op te lage prijzen beperkt omdat terugverdienmogelijkheden ontbreken. Wanneer een verloskundige na een periode van te lage prijzen probeert de prijs te verhogen tot boven het competitieve niveau, leidt dit immers al snel tot (nieuwe) toetreders tot de markt die op hun beurt weer een prijsdempend effect hebben. Er is dus geen sprake van blijvende marktmacht. Bovendien zijn de financiële reserves van verloskundigen meestal beperkt, waardoor het onwaarschijnlijk is dat een verloskundige een strategie van te lage prijzen lang genoeg kan volhouden om alle concurrenten uit de markt te drijven. Grote praktijken of geboortecentra zijn hier theoretisch beter toe in staat. Ook de beperkte prijsprikkel van de consument maakt de strategie van te lage prijzen minder aannemelijk. Zwangere vrouwen en zorgverzekeraars zullen zich, juist omdat het gaat om geboortezorg, minder laten leiden door ‘stuntprijzen’ dan door hoe zij de kwaliteit van de zorg inschatten.

4.3.2 Onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders

Samenwerking tussen verloskundigen kan belangrijke zorginhoudelijke voordelen hebben. Zo kan samenwerking bijdragen aan een grotere beschikbaarheid van zorg en aan de totstandkoming van innovaties. Sommige vormen van samenwerking beperken de concurrentie op de markt echter sterk en zijn daarom niet toegestaan (kartelvorming). Samenwerkingsverbanden mogen bijvoorbeeld niet worden gebruikt om bepaalde aanbieders buiten de markt te houden. Als het voor hen moeilijk is om zich op de markt te vestigen of te handhaven als zij niet bij een samenwerkingsverband zijn aangesloten, dan moet dat samenwerkingsverband voor nieuwe zorgaanbieders openstaan.⁶⁵

De volgende vormen van samenwerking zijn verboden:⁶⁶

– *Prijsafspraken*

Verloskundigen mogen bij inkopende verzekeraars niet gezamenlijk een prijs bedingen. Ook onderlinge afspraken over de hoogte van prijzen, kortingen en toeslagen zijn verboden.

– *Marktverdelingsafspraken*

Het is verloskundigen niet toegestaan om – al dan niet in overleg met de verzekeraars – afspraken te maken over de vestiging en de

⁶⁵ Aan de toetreders mag wel worden gevraagd om een passende investeringsbijdrage te leveren.

⁶⁶ Mededingingswet, artikel 6. De opsomming is niet uitputtend.

geografische verdeling van markten en over de verdeling van cliënten met dezelfde zorgvraag.⁶⁷

– *Gemeenschappelijke leveringsweigering*

Verloskundigen mogen niet gezamenlijk besluiten om met verzekeraars geen overeenkomst te tekenen. Elke verloskundige moet dit voor zichzelf beslissen.

Hoewel de genoemde afspraken op grond van artikel 6, eerste lid van de Mededingingswet, bijna altijd verboden zijn, kunnen er uitzonderingen van toepassing zijn. In dit verband kan worden gewezen op de bagatelbepaling. Dit kan aanbieders helpen om countervailing power te organiseren ten opzichte van de verzekeraar (tot in de mate dat het de onderlinge concurrentie niet schaadt) .

De mate waarin aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg elkaar zullen opzoeken en daarmee de hoogte van het risico dat zij over de prijs of de verdeling van de markt afspraken maken, hangt van een aantal factoren af. Deze factoren zijn de structuur van de markt, de aard van de te verrichten diensten (homogeen of heterogeen), het bestaan van toegenomen uittredingsbarrières en de mate van innovatie in de zorg. Ook de organisatiegraad in de vorm van brancheverenigingen is van belang.

Op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg is een groot aantal kleine spelers actief. Daarnaast zijn geboortecentra in opkomst. In regio's met een hoge verloskundigendichtheid is in beginsel sprake van een verminderd risico op kartelvorming. De dienstverlening is echter homogeen (als gevolg van de prestatiebeschrijvingen die de NZa hanteert en de richtlijnen van de KNOV) en het is noodzakelijk om een verloskundige in de geografische nabijheid te kiezen. Binnen een beperkt geografisch gebied kunnen aanbieders elkaar opzoeken en afspraken maken over de prijs of de verdeling van de markt. Ook is er sprake van een potentiële toetredingsdrempel (numerus fixus). Dit zijn factoren die het risico op kartelvorming vergroten.

Op basis van deze factoren is het niet mogelijk om de vraag of het risico van ongewenste samenwerking of kartelvorming aanwezig is, eenduidig te beantwoorden. Dit is een aspect waaraan de NZa bij de monitoring van de markt aandacht zal besteden. Mocht zij kartelvorming signaleren, dan bevat het algemeen mededingingsrechtelijk kader voldoende instrumenten om die te adresseren. Dit is een expliciete taak van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

Achtervang

Liberalisering heeft geen negatieve gevolgen voor achtervangregelingen. In de huidige situatie zijn de tarieven die zorgaanbieders voor waarneming in rekening brengen niet aan een maximum gebonden. Het tarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht bij de zorgaanbieder die achtervang heeft aangevraagd.⁶⁸ Verloskundigen maken dus al afspraken over de achtervang. In een situatie met vrije prijzen zal dit niet anders zijn.

Nieuwe toetreding en achtervangregelingen

Verloskundige zorg moet 24/7 oproepbaar zijn. Achtervang is daardoor noodzakelijk en hiervoor moeten verloskundigen samenwerken. Al gevestigde verloskundigen kunnen toetreding van nieuwe verloskundigen bemoeilijken. Een nieuwe toetreders zal zich moeten aansluiten bij de bestaande achtervangregelingen. Meestal wordt dit goed opgelost, maar

⁶⁷ Voor een nadere toelichting zie 'Richtsnoeren voor de zorgsector' van de NMa, te vinden op www.nmanet.nl.

⁶⁸ NZa, beleidsregel 'Declaratiestructuur onderlinge waarneming tussen zorgaanbieders', CV-0000-18.0-1.

het kan voorkomen dat al gevestigde verloskundigen weigeren om waar te nemen voor nieuwe toetreders. Mochten al gevestigde verloskundigen om deze reden toetreding daadwerkelijk tegenhouden, dan zal dit een zaak voor de NMa zijn op basis van het karteltoezicht of voor de NZa op basis van (collectieve) aanmerkelijke marktmacht (AMM). De NZa heeft tot op heden geen signalen ontvangen van situaties die tot een dergelijk optreden aanleiding geven.

4.3.3 Misbruik inkoopmacht

Inkoopmacht is marktmacht aan de kant van de verzekeraar. Enige inkoopmacht is wenselijk, omdat de verzekeraar dan beter zorg kan inkopen. Bij een goed werkende zorgverzekeringsmarkt komt dit ten goede aan de consument. Er bestaat echter een risico dat een verzekeraar die over inkoopmacht beschikt, deze macht misbruikt door dusdanige inkoopvoordelen af te dwingen dat zowel het zorgaanbod als de consument hier schade van ondervinden. Voorbeelden zijn wanneer een verzekeraar een prijs eist die zo laag is dat daardoor de kwaliteit in het geding komt of het aanbod verschaalt.

Een verzekeraar kan beschikken over inkoopmacht als de aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg afhankelijk is van een contract met een verzekeraar. Hoewel er in Nederland meerdere verzekeraars actief zijn – en de verloskundige in principe dus meerdere contractmogelijkheden heeft – is het wel zo dat per regio vaak één verzekeraar een stuk groter is dan de rest. Een contract met deze verzekeraar kan voor de aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg daarom belangrijk zijn, maar een verloskundige is niet volledig afhankelijk.

Het regulerend kader biedt instrumenten om misbruik van inkoopmacht door verzekeraars te adresseren. Als de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg door een te grote inkoopmacht in het geding komen, kan de NZa aan partijen met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen.

Gezien het aantal aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg is het mogelijk dat verzekeraars voor de contractering van de zorg gebruik gaan maken van standaardcontracten. Dit doen zij immers ook in de markt voor fysiotherapie.⁶⁹ Eerstelijns verloskundigen zullen dan niet kunnen onderhandelen over de contracten die de verzekeraars aan hen voorleggen. Dit hoeft echter niet te betekenen dat verzekeraars misbruik maken van hun eventuele inkoopmacht. De MW dwingt verzekeraars namelijk niet om individueel met verloskundigen te onderhandelen. De verzekeraar is daarnaast in beginsel vrij om te kiezen met wie hij een contract afsluit. Wel geldt daarbij dat de criteria die de verzekeraar hiervoor hanteert voor zorgaanbieders objectief en transparant moeten zijn, zodat deze van te voren weten aan welke eisen zij moeten voldoen.

De mogelijkheid dat eerstelijns verloskundigen niet individueel over de contracten kunnen onderhandelen, betekent niet dat zij geen keuze hebben om een contract te weigeren. Verloskundigen krijgen verschillende aanbiedingen van verzekeraars voorgelegd en kunnen ervoor kiezen om alleen contracten te tekenen met die verzekeraars die een gunstig aanbod doen. Daarenboven blijkt op de markt voor fysiotherapie dat verzekeraars ook wel bereid zijn om individueel te onderhandelen.

⁶⁹ Besluit NMa, nummer 5142/133, 31 mei 2006.

4.4 Externe effecten

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven, is het noodzakelijk om te onderzoeken of er mogelijk sprake is van ongewenste, niet bedoelde bijeffecten: de zogenoemde negatieve externe effecten.⁷⁰ Deze effecten kunnen hun weerslag hebben op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg en kunnen een reden zijn om een markt niet vrij te geven. Deze paragraaf gaat in op de mogelijkheid en de waarschijnlijkheid van externe effecten wanneer de tarieven voor eerstelijns verloskunde worden vrijgegeven.

4.4.1 Afwenteling

Doorverwijzing en poortwachterrol

Als zorgaanbieders – zeker wanneer zij zelf de indicatie voor de zorg kunnen stellen – financieel onaantrekkelijke cliënten doorverwijzen naar andere zorgaanbieders, is er sprake van afwenteling op een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener. Dit kan tot onnodig hogere kosten leiden en de toegankelijkheid van de zorg beperken. Ook voor verzekeraars of voor zorgconsumenten kan er een prikkel zijn om de zorg te laten verlenen door een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener als zij op die manier hun kosten kunnen verlagen. Afwenteleffecten kunnen dan ook vooral een negatief effect hebben op de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg.

De eerstelijns verloskundige kan een zwangere vrouw doorverwijzen naar de tweede lijn, maar alleen als daar een medische indicatie voor is. Zolang de wettelijke voorwaarden en polisvoorwaarden⁷¹ hetzelfde blijven, verandert de poortwachtersrol van de verloskundige niet. Een poortwachter is belangrijk voor efficiënte verloskundige zorg binnen een systeem van risicoselectie. Passende zorg voor de consument staat voorop.

Van de huidige bekostiging van de overdracht tussen de eerste en de tweede lijn gaat een financiële prikkel uit om die overdracht pas in de natale fase te laten plaatsvinden. Bij een overdracht in de prenatale fase kan de verloskundige immers slechts een deel van de prenatale zorg in rekening brengen. Bij een overdracht in de natale fase – dus tijdens de bevalling – kan de verloskundige niet alleen de volledige prenatale in rekening brengen, maar ook de natale zorg. Hier staat tegenover dat de professionaliteit van de verloskundige zich tegen te late doorverwijzing verzet en dat de risico's die de verloskundige met te late doorverwijzing neemt moeilijk herstelbare imago-schade met zich kan meebrengen.

Zorg in achterstandswijken

Zorg in achterstandswijken is complexer dan elders. Vaak zijn de gezondheidsomstandigheden van de moeder en het kind minder goed, en er kunnen culturele verschillen bestaan die de zorgverlening bemoeilijken. Het maximumtarief voor zorg aan vrouwen in achterstandswijken is daarom verhoogd met een toeslag. De prikkel om vrouwen die meer tijd vergen dan de 'standaard zorgverlening' door te verwijzen naar een andere verloskundige, neemt daarmee af. Na vrijgave van de tarieven vervalt die toeslag. De NZa ziet geen reden om

⁷⁰ Van externe effecten is sprake als een marktpartij profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van anderen, en partijen niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen. Dit leidt ertoe dat die economische activiteiten in grotere of kleinere mate tot stand komen dan maatschappelijk gewenst is.

⁷¹ De verschillende polisvoorwaarden geven nadere invulling aan artikel 14 lid 2 Zvw, in die zin dat verwijzing door de verloskundige plaatsvindt wanneer er bij de zwangerschap en/of bevalling medisch specialistische zorg nodig is.

voor zorg in achterstandswijken een speciale regeling te treffen. Uit de huidige regelgeving is bekend om welke postcodegebieden het gaat en welke toeslag op het maximumtarief is toegepast. Vrije prijzen bieden optimale ruimte om de afgesproken prijs te variëren al naar gelang de specifieke omstandigheden waarin de zorgverlening plaatsvindt.

4.4.2 Ketenzorg/spillover effecten

Bij het vrijgeven van prijzen voor een bepaalde beroepsgroep moet ook worden gekeken naar de samenhang met andere beroepsgroepen en naar de invloed die liberalisering hierop kan hebben.

De verloskundige zorgverlening moet samenwerken met andere vormen van zorg. Dit vraagt een goede afstemming en taakverdeling tussen de beroepsgroepen die zelfstandig verloskundige zorg verlenen: verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen. Daarnaast zijn bij de verloskundige zorg ook kinderartsen/neonatologen en kraamverzorgenden betrokken.⁷²

Steeds vaker worden verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) opgericht. Een VSV is een lokaal overleg tussen verloskundige zorgverleners uit verschillende disciplines, vaak gecentreerd rondom een ziekenhuis. Deelnemers aan een VSV zijn in ieder geval gynaecologen en eerstelijns verloskundigen. In een aantal van de VSV's participeren ook tweedelijns verloskundigen, kinderartsen, verloskundig actieve huisartsen, verpleegkundigen en kraamzorgorganisaties. Doel van een VSV is de organisatie van de verloskundige zorg op lokaal niveau nader uit te werken en doelmatiger vorm te geven.

Op termijn is in de geboortezorg ketenzorg met ketenbesteding denkbaar. De ontwikkeling van zorgketens wordt soms belemmerd door verschillende reguleringsregimes voor afzonderlijke zorgmarkten. De tweedelijns verloskundige zorg kent al vrije prijzen (B-segment). Liberalisering van eerstelijns verloskundige zorg (en kraamzorg) kan aan de ketenvorming verder bijdragen.

4.4.3 Volume-effecten

In een systeem van aanbodsturing worden de kosten van de zorg in de hand gehouden door het aantal aanbieders te reguleren (waaraan de numerus fixus een bijdrage levert). Datzelfde geldt voor het tarief.

In een systeem van vraagsturing worden de kosten van de zorg in de hand gehouden door de afnemers van zorg te stimuleren om op de zorgmarkt scherp in te kopen. Onderlinge concurrentie tussen de aanbieders zorgt dan voor beheersing van de tarieven en van het aantal aanbieders. In dat geval is het mogelijk om de numerus fixus en tariefregulering af te schaffen. Dit mechanisme werkt alleen goed wanneer de aanbieders niet in staat zijn zelf belangrijke invloed op de vraag naar zorg uit te oefenen.

In zorgmarkten waar bekostiging van zorgprestaties 'per stuk' plaatsvindt (al dan niet met vrije prijzen) en consumenten een uitgebreide verzekeringsdekking hebben, bestaat het risico op dit soort volume-effecten. De NZa onderscheidt aanbodgeïnduceerde vraag en upcoding.

⁷² NIVEL, Behoefteraming verloskundigen 2004-2015, 2005.

Aanbodgeïnduceerde vraag

Aanbodgeïnduceerde vraag is het fenomeen dat een zorgverlener meer of duurdere zorg levert omdat de consument vanwege het feit dat hij verzekerd is geen prijsprikkel ervaart, en door zijn kennisachterstand niet kan inschatten of deze uitgebreidere of duurdere zorg noodzakelijk is.

Het risico op aanbodgeïnduceerde vraag is in de verloskunde niet aanwezig. De behoefte aan begeleiding is eenduidig vast te stellen: een vrouw is wel of niet zwanger. Wel schuilt er een risico in de uitvoering van echoscopieën, maar dat wordt ondervangen door verzekeringsbepalingen die deze scopieën aan een maximum binden. Daarnaast kunnen verzekeraars benchmarkinformatie verzamelen om vast te stellen of verloskundigen opvallend veel verrichtingen uitvoeren.

Upcoding

Upcoding is het fenomeen dat aanbieders een duurder variant van een zorgprestatie in rekening brengen terwijl zij deze niet werkelijk hebben geleverd. Het risico van upcoding bestaat in de eerstelijns verloskundige zorg niet, omdat dergelijke prestatieomschrijvingen niet bestaan. Het DBC-systeem dat gebruikt wordt voor medisch-specialistische zorgverlening, kent dit risico wel.

4.5 Lastendruk en veranderingskosten

Bij de analyse of het mogelijk is om een markt vrij te geven, is het goed om inzicht te hebben in de lastendruk en veranderingskosten. De lasten van het huidige systeem met regulering moeten worden afgezet tegen de lasten van het systeem onder vrije prijsvorming. Bij de uiteindelijke beslissing om een markt vrij te geven, moeten ook de eventuele baten van marktwerking worden meegenomen. Het is op voorhand moeilijk om van de lastendruk in een vrije marktomgeving een schatting te maken. Onderstaande analyse is dan ook vooral een kwalitatieve analyse en richt zich op de kosten voor aanbieders en verzekeraars die samenhangen met de regulering vanuit de overheid.

De NZa draagt zorg voor het terugbrengen van reguleringslasten in de zorg. Zij heeft een methodiek ontwikkeld om lasten te schatten. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen administratieve lasten, nalevingslasten en uitvoeringslasten. Daarnaast is er aandacht voor belevingslasten.

Administratieve lasten

De administratieve lasten zijn de kosten voor zorgaanbieders en verzekeraars om te voldoen aan de informatieverplichtingen die voortvloeien uit regelgeving van de overheid (in dit geval de NZa).⁷³ Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Inhoudelijke nalevingskosten

De inhoudelijke nalevingskosten zijn de kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen die uit de regels van de NZa voortvloeien (dus geen administratieve verplichtingen).⁷⁴ Tot de inhoudelijke nalevingskosten

⁷³ De administratieve lasten worden bepaald door de kosten van een administratieve afhandeling te vermenigvuldigen met het aantal bedrijven of handelingen waarop deze van toepassing is. De kosten voor een administratieve afhandeling worden berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief.

⁷⁴ De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

worden uitsluitend de kosten gerekend die zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet zouden maken als er geen wet- en regelgeving was.

Uitvoeringslasten

De uitvoeringslasten zijn de kosten die de NZa maakt om uitvoering te geven aan de (informatie)verplichtingen die zij aan zorgaanbieders en verzekeraars oplegt in regelgeving die zij zelf uitvaardigt of regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk is.⁷⁵ Daartoe behoren ook de kosten die gemoeid zijn met de handhaving van verplichtingen.

Huidige lastendruk eerstelijns verloskundigen

Uit het project WALZ blijkt dat de vrije beroepen met maximumtarieven – waaronder de eerstelijns verloskundigen – voor de NZa uitvoeringslasten met zich meebrengen. Het gaat hier om de kosten die zijn verbonden aan het maken van tarieven, het handhaven en het bezwaar maken tegen overheidsbesluiten. Als de NZa tarieven blijft reguleren, moet zij daarnaast periodiek kostenonderzoek uitvoeren om de juiste hoogte van de tarieven te bepalen.

Lastendruk eerstelijns verloskundigen onder vrije prijsvorming

De relevante vraag is of de lastendruk voor verloskundigen verandert als de prijzen worden vrijgegeven. Het blijkt dat de verschillen in lastendruk voor fysiotherapeuten ten opzichte van beroepsgroepen met een maximumtarief vooral voortvloeien uit de kosten die gepaard gaan met het kennis nemen van de regelgeving voor de standaardprijzlijsten en met het ontwerp en ter beschikking stellen van deze prijslijsten.⁷⁶ Het gaat hier om administratieve lasten.

Met het vrijgeven van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg krijgen verzekeraars en zorgaanbieders mogelijkheden om direct met elkaar afspraken te maken over prijzen. Het kan dan voorkomen dat een aanbieder met elke verzekeraar een ander tarief afsprekt, waardoor de lastendruk voor de beroepsgroep toeneemt. Verzekeraars en aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg kunnen afspreken om deze lastendruk voor elkaar en voor de verzekerde zo beperkt mogelijk te houden. Dit is bijvoorbeeld ook in de markt voor fysiotherapie gebeurd.

Een toename in lastendruk moet worden afgezet tegen de toegenomen vrijheden van verzekeraars en zorgaanbieders om op maat gesneden afspraken te maken en de voordelen die dit voor de consument oplevert.

Er zijn ook kosten voor de NZa die te maken hebben met het monitoren van de markten. Dit zijn deels administratieve lasten en deels uitvoeringslasten. Deze monitorkosten hangen samen met de taak van de NZa om als toezichthouder de ontwikkelingen op de markt in de gaten te houden. Bij vrije prijzen vervallen vanzelfsprekend de uitvoeringslasten van het vaststellen en handhaven van tarieven. De kosten om bijvoorbeeld transparantieplichtingen te handhaven, kunnen wel toenemen. Ook bezwaarprocedures tegen prestatiebeschrijvingen (incidentele) kunnen uitvoeringslasten met zich meebrengen.

⁷⁵ De uitvoeringslasten worden berekend door de kosten van een bestuurlijke behandeling te vermenigvuldigen met het aantal handelingen waarop deze van toepassing is.

⁷⁶ Fysiotherapeuten zijn verplicht om op een in het oog springende plek in hun praktijk een standaardprijzlijst te hangen, waarop de tarieven zijn vermeld die zij voor een behandeling hanteren. Hierdoor is het voor de consument transparant welke prijs hij voor een behandeling moet betalen wanneer hij niet verzekerd is voor fysiotherapie of welk deel van de behandeling hij zelf moet betalen als zijn verzekeraar een betreffende fysiotherapeut niet heeft gecontracteerd.

4.6 Conclusies

Eerstelijns verloskundige zorg is opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Consumenten ervaren dus geen prikkel om bij hun keuze van een zorgaanbieder op de prijs te letten.

Verzekeraars ervaren een belangrijke prikkel om op de kwaliteit van de zorg te letten. Verloskundige zorg heeft een hoge prioriteit voor een aantrekkelijke doelgroep op de verzekeringsmarkt. De prikkel om op de kosten te letten is beperkt, omdat het aandeel van verloskunde in de totale zorgkosten beperkt is.

Het risico van ongewenst marktgedrag is op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg beperkt aanwezig. Bij de monitoring van de markt vergt het marktgedrag om die reden aandacht. De NMa beschikt over de instrumenten die nodig zijn om eventueel ongewenst gedrag te corrigeren.

De kans op ongewenste externe effecten, zoals volume-effecten en afwenteleffecten op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg, is gering.

Vrije prijsvorming en de dynamiek die daarvan het gevolg kan zijn, zullen een stimulans vormen voor samenwerking, zowel tussen verloskundigen onderling als tussen verloskundigen en andere zorgaanbieders. De NZa moet dit proces faciliteren door tijdig te voorzien in nieuwe of aangepaste prestatiebeschrijvingen.

Vrije prijsvorming leidt voor zorgaanbieders en verzekeraars op de korte termijn tot een beperkte toename van de lastendruk. Er zal waarschijnlijk meer tijd gemoeid zijn met de contractering en de prijsonderhandelingen die daarbij plaatsvinden. Hier staat tegenover dat de reguleringskosten verdwijnen. De NZa zal de vrijgegeven markt monitoren. Net zoals bij andere monitors gebeurt dit proportioneel en zoveel mogelijk signaalgericht. Dit betekent voor de markt een minimale toezichtslast.

5. Monitoren van marktontwikkelingen

Als de minister besluit om een markt vrij te geven, dan ligt er een belangrijke taak voor de NZa om die markt te monitoren. Via een monitor kan zij marktontwikkelingen volgen en de borging van de publieke belangen in de gaten houden. Als partijen gedragingen vertonen die de concurrentie verstoren, kan de NZa ingrijpen. Monitors leveren daarmee de basis voor de oordeelsvorming over het inzetten van instrumenten op de markt. De manier van monitoren en de intensiteit waarmee de NZa dit instrument voor eerstelijns verloskundige zorg inzet, worden grotendeels bepaald door de risico's die een goede werking van deze markt in de weg staan. Het gaat dan vooral om mogelijke anticompetitieve gedragingen van partijen.

In een marktmonitor kraamzorg zal de NZa bijzondere aandacht besteden aan:

- de actualiteit van de prestatieomschrijvingen;
- de transparantie van kwaliteitsverschillen;
- samenwerking bij achtervangregelingen;
- de gevolgen van horizontale concentraties;
- de gevolgen van verticale integratie (samenwerking of fusies van eerstelijns zorgaanbieders met tweedelijns aanbieders);
- de informatieplicht die verloskundigen hebben om consumenten te informeren over de mogelijkheden van pijnbestrijding bij de bevalling, óók als dat ertoe leidt dat een vrouw in de tweede lijn moet bevallen.

Regelgevend kader

Het regelgevende kader biedt instrumenten om ook na de introductie van vrije prijsvorming mededingingsproblemen te adresseren. Als de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid of toegankelijkheid in het geding komen, bijvoorbeeld door een te grote inkoopmacht van verzekeraars, dan kan de NZa op grond van aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen.⁷⁷ De NMa kan ook tegen misbruik van inkoopmacht optreden.

Inzet instrumentarium NZa

De NZa bezit via de Wmg verschillende instrumenten om toezicht op de markt te houden. Zo kan zij via artikel 38 van deze wet aanbieders verplichten om informatie over de kwaliteit, de prijs en de omschrijving van de aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken. Hiermee kan de NZa de transparantie in een markt dus bevorderen. Ook kan zij via artikel 45 van de Wmg regels stellen voor de manier waarop overeenkomsten over zorg tot stand komen en voor de voorwaarden in die overeenkomsten. Zo kan de NZa eisen stellen aan de antwoordtermijn voor onderhandelingsvoorstellen. Daarnaast kan zij op grond van artikel 48 van de Wmg partijen die over AMM beschikken, preventief verplichtingen opleggen.

Relatie met andere toezichthouders

Naast de NZa zijn er op de zorgmarkt andere toezichthouders actief, zoals de NMa en de IGZ. Met deze toezichthouders werkt de NZa intensief samen. Wanneer de taken en bevoegdheden van deze toezichthouders raken aan de taken en bevoegdheden van de NZa, dan zijn hierover afspraken gemaakt. Deze afspraken hebben de

⁷⁷ Aanmerkelijke marktmacht doet zich voor als een partij zich onafhankelijk van zijn concurrenten, consumenten en/of leveranciers en afnemers kan gedragen. Zie ook het consultatiedocument 'Aanmerkelijke marktmacht in de zorg', dat te vinden is op www.nza.nl.

toezichthouders vastgelegd in samenwerkingsconvenanten, die te vinden zijn op de website van de NZa (www.nza.nl).

Bijlage 1. Begrippen en afkortingen

Gebruikte begrippen

Begrip	Betekenis
Aanbodgeïnduceerde vraag	Het leveren van meer of duurdere zorg dan het geval zou zijn als de consument de volledige prijsprikkel zou ervaren.
Afwenteleffecten	Doorverwijzing van niet-rendabele cliënten door zorgaanbieders.
AMM	Aanmerkelijke marktmacht
Anticompetitieve gedragingen	Gedragingen door marktpartijen (zorgaanbieders, verzekeraars) die een goede werking van de markt kunnen belemmeren. Voorbeelden hiervan zijn kartelvorming, te hoge of te lage prijzen en misbruik maken van inkoopmacht.
Economische machtspositie	Een aanbieder beschikt over een economische machtspositie als hij of zij in staat is om zich in belangrijke mate onafhankelijk van concurrenten, aanbieders, verzekeraars of cliënten te gedragen.
Externe effecten	Van externe effecten is sprake als een individu of organisatie profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van andere individuen of organisaties, en zelf niet in staat is om de kosten en baten onderling te verrekenen.
Kartelvorming	Zorgaanbieders maken ongewenste onderlinge afspraken over prijs of verdeling van de markt.
Keteneffecten	Mogelijke negatieve externe effecten die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoren.
Naturaverzekering	Een verzekerde heeft aanspraak op zorg jegens de verzekeraar.
Restitutieverzekering	Een verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van zorg jegens een verzekeraar.
Substituten	Een zorgaanbieder die vanuit het oogpunt van de consument als vervanger kan dienen voor een andere zorgaanbieder.
Toetredingsdrempels	Omstandigheden die de toegang tot een markt belemmeren.
Transparantie	De mate waarin informatie inzichtelijk, open en beschikbaar is.
Transactiekosten	De kosten die gemaakt moeten worden om een contract tot stand te brengen en de kosten die daarna gemaakt worden om de overeenkomst te bewaken en zo nodig af te dwingen.
Upcoding	Het in rekening brengen van een duurdere variant van een zorgprestatie dan in werkelijkheid is geleverd.
Verplicht eigen risico	Wettelijk is vastgelegd dat de eerste € 155 aan zorgkosten voor rekening van de verzekerde komen. Er zijn zorgvormen aangewezen waarvan de kosten altijd worden vergoed.
Vrijwillig eigen risico	De verzekerde kan bij het afsluiten van een polis kiezen voor een vrijwillig eigen risico bovenop het verlichte eigen risico.
Volume-effecten	De prikkel voor een zorgaanbieder om het volume aan zorg dat geleverd wordt of in rekening wordt gebracht aan te passen omdat hij daar financieel baat bij heeft. Informatieasymmetrie en volledige verzekeringsdekking bevorderen de effecten.
Vrije prijsvorming	Marktvorm waarbij zorgaanbieder en verzekeraar onderhandelen over de prijs van het geleverde product. Hierbij ontstaat meer vrijheid om klantgericht te werken en transparantie. Het loslaten van prijzen geeft partijen bijvoorbeeld de ruimte om nieuwe producten, diensten en/of technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich hierdoor ook beter van elkaar onderscheiden.
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Zorgplicht	De verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van de zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.

Gebruikte afkortingen

Afkorting	Betekenis
AMM	Aanmerkelijke marktmacht
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHBB	College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden

CKZ	Centrum Klantervaringen Zorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	diagnosebehandelcombinatie
EER	Europese Economische Ruimte
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MW	Mededingingswet
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NVA	Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
O(V)P	Overige (verrichting) prestatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
STBN	Stichting Thuisbevalling Nederland
Stichting PRN	Stichting Perinatale Registratie Nederland
VIL	Verloskundige indicatielijst
VSV	Verloskundig samenwerkingsverband
VVAH	Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen
Wet BIG	Wet Beroepen individuele gezondheidszorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
ZRA	Ziektekostenregeling asielzoekers
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2. Toegevoegde waarde vrije prijsvorming

Het belangrijkste argument voor liberalisering van markten in de zorg is dat prijsregulering in een aantal sectoren niet nodig is en zelfs niet wenselijk. Als marktpartijen hun rol op de markt goed kunnen spelen, kan overheidsregulering verstorend werken.

Het is de taak van de NZa om de voorwaarden te scheppen om markten goed te laten functioneren. Een instrument daarvoor is liberalisering. De introductie van vrije prijsvorming houdt primair in dat de regels van het financieringssysteem veranderen. Het belang van de consument staat voorop, ongeacht het financieringssysteem. Vrije prijsvorming moet de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg bevorderen en in ieder geval niet in gevaar brengen. Wanneer marktpartijen in staat zijn om zelf de markt adequaat te laten werken, is regulering niet meer nodig. In het recente verleden zijn goede ervaringen opgedaan met vrije prijsvorming, onder andere in de fysiotherapie. Dat geeft aanleiding om te veronderstellen dat vrije marktwerking ook in andere sectoren perspectief biedt.

Als het over vrije marktwerking gaat, wordt geen marktwerking bedoeld die volledig vrij is. In de zorg heeft iedere markt een zekere mate van regulering nodig. Daarom spreekt men in de zorg van 'gereguleerde concurrentie', zoals de wetgever dat heeft vastgesteld in de Wmg. Deze bijlage beschrijft binnen dat kader de mogelijke voor- en nadelen van vrije tarieven in de zorg.

Zowel bij tariefregulering als bij vrije prijsvorming is het noodzakelijk om het consumentenbelang optimaal te borgen. De NZa streeft ernaar de betaalbaarheid in de zorgsector in Nederland te optimaliseren met behoud van het bestaande kwaliteit- en toegankelijkheidsniveau.

Vrije prijsvorming is geen doel op zich. De NZa ziet vrije prijsvorming als een instrument om publieke doelen te bereiken. Die publieke doelen zijn de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg voor de consument. Vanuit het perspectief van deze publieke doelen gaat de NZa hieronder in op de voor- en nadelen van zowel tariefregulering als vrije prijsvorming voor de zorg.

1. Regulering en het publieke belang

1.1 Voordelen regulering

Lage transactiekosten

Een belangrijk voordeel van tariefregulering is dat zorgaanbieders en verzekeraars niet zelf hoeven te onderhandelen over de tarieven en over de inhoud van de te vergoeden prestaties. Dit heeft lagere transactiekosten van de zorg tot gevolg, wat mogelijk weer leidt tot lagere zorgkosten voor de consument of de premiebetaler.

Inkomenszekerheid

Vaste prijzen of maximumprijzen creëren ook een bepaalde mate van inkomenszekerheid bij zorgaanbieders, hoewel het omzetvolume onzeker blijft. Voor de verzekeraar geeft het een grotere zekerheid over de zorguitgaven.

Lage kans op prijsstijgingen

Het belangrijkste voordeel van tariefregulering voor de consument is dat bij gereguleerde prijzen en prestaties de kans op prijsstijgingen kleiner is dan bij vrije prijzen. Ook de kans op verhoging van de eigen bijdragen, verlies van kwaliteit en verslechtering van de toegankelijkheid is bij regulering beperkt. Gereguleerde punttarieven of maximumtarieven beteugelen eventuele marktmacht van zorgaanbieders.

Transparantie

Een eenduidige omschrijving van prestaties door de NZa kan ook bijdragen aan transparantie in wat er aan zorg geboden wordt. In dat geval moet wel aan twee aanvullende voorwaarden zijn voldaan: de kwaliteit van de zorg dient meetbaar te zijn en de tarieven moeten hoog genoeg zijn om het voorgeschreven kwaliteitsniveau te kunnen realiseren.

Handhaven bereikbaarheid

Regulering van tarieven kan verder bijdragen aan het handhaven van de bereikbaarheid van de zorg, door de tarieven zo vast te stellen dat ook zorgaanbieders met een lager omzetvolume dan gemiddeld kostendekkend kunnen werken.

1.2 Nadelen regulering

Regulering kan leiden tot overwinsten of continuïteitsrisico's

Regulering van de tarieven is afgestemd op het kostenniveau van de gemiddelde praktijk. Dat kostenniveau blijkt lastig te meten. Het is dan ook erg moeilijk om een systeem van centraal gereguleerde tarieven goed te onderhouden. Hierdoor bestaat voortdurend het risico van te hoge of te lage tarieven, waardoor er sprake is van overwinsten of juist verliezen. In het eerste geval is de zorgpremie te hoog, terwijl er in het tweede geval risico's zijn voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg.

Gemiddelde versus individuele kosten

Een ander probleem bij het bepalen van de kosten bij regulering is dat kostprijsonderzoek resulteert in gemiddelde kosten. De werkelijke kosten van een zorgaanbieder wijken hiervan af als gevolg van onder andere lokale kostprijsverschillen en verschillen in schaal als gevolg van verschillen in bevolkingsdichtheid. Bij de vaststelling van tarieven is het voor een toezichthouder onmogelijk om met al deze verschillen rekening te houden, en dat gebeurt dan ook niet.

Beperkt onderscheid zorgaanbieders

Bij landelijke regulering is het voor zorgaanbieders moeilijk om zich van de concurrentie te onderscheiden op basis van kwaliteitsargumenten of prijsverschillen. Landelijke regulering prikkelt partijen ook minder om op lokaal niveau serieus over deze kwaliteits- en prijsverschillen te onderhandelen.

Beperkte innovatieprikkel

Een belangrijk nadeel van regulering is dat het moeilijk is om hiermee innovatie te stimuleren. Wanneer zorgaanbieders weinig of geen prikkels ondervinden om zich te onderscheiden op basis van kwaliteit en kosten, ontbreekt ook de directe prikkel om te innoveren.

Beperkte sturingsmogelijkheden consument

Het is niet eenvoudig om in een systeem van volledig gereguleerde tarieven en prestaties alle relevante prestaties te dekken. Gereguleerde tarieven zullen dan ook nooit voor elke activiteit de werkelijke individuele kostprijs weerspiegelen. Daardoor bevat een gereguleerd tariefsysteem

allerlei kruissubsidies. Sommige activiteiten zijn winstgevend, andere zijn dat niet.

Als gevolg van deze kruissubsidies kunnen activiteiten die voor de consument erg belangrijk zijn, voor de zorgaanbieder juist onaantrekkelijk zijn, en omgekeerd. Op een vrije markt kunnen consumenten (en hun verzekeraars) sturen op wat zij belangrijk vinden; in een gereguleerd systeem is dat niet mogelijk.

Informatieproblemen

Regulering van tarieven en prestaties van zorgaanbieders stelt hoge eisen aan de informatie waarover de toezichthouder kan beschikken. Hij dient goed in staat te zijn om te bepalen wat de diensten van de betreffende zorgaanbieder precies inhouden. Dit is in de zorg vele malen ingewikkelder dan in sectoren die een min of meer homogeen product leveren, zoals nutsbedrijven.

Om tarieven te kunnen vaststellen, moet de toezichthouder beschikken over informatie over kosten. Het verzamelen van zulke informatie is niet eenvoudig. Wat zijn redelijke kosten van huisvesting en personeel? Wat is een redelijk inkomen voor de zorgaanbieder? Wat is een redelijke vergoeding voor het ondernemersrisico? Op welk kwaliteitsniveau moet de vergoeding zijn afgestemd? In hoeverre zijn de huidige kosten het gevolg van een doelmatige bedrijfsvoering? Het antwoord op deze vragen vergt diepgaand en kostbaar onderzoek, dat bovendien niet op alle vragen antwoord geeft. Inkomen en risico-opslag laten zich immers nauwelijks objectief bepalen.

2. Vrije prijsvorming en het publieke belang

2.1 Voordelen vrije prijsvorming

In een goed werkende markt met gereguleerde concurrentie is sprake van onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders, en baseren zorgverzekeraars hun contracteerbeleid op voldoende informatie over prijs en kwaliteit. Randvoorwaarden zijn dat de publieke doelen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid zijn geborgd.

Maatwerk

In een goed werkende markt zijn individuele marktpartijen zelf in staat om afspraken te maken over (een deel van) de te vergoeden prestaties en over de bijbehorende tarieven. De toezichthouder hoeft hierdoor geen (of in ieder geval *niet alle*) prestaties te definiëren en geen (of niet alle) tarieven te bepalen.

Anders dan een toezichthouder, hoeft een zorgverzekeraar geen gedetailleerde informatie te verzamelen over kostprijzen. Als de markt goed werkt, zullen zorgaanbieders met elkaar concurreren om een contract te kunnen sluiten met een verzekeraar. Het is niet nodig dat een toezichthouder informatie-uitwisseling over prestaties en vergoedingen centraal regelt; dit kan decentraal tussen zorgaanbieder en verzekeraar plaatsvinden. De lijnen zijn hierdoor korter en voor de betrokken partijen bovendien transparanter.

Ruimte voor toegevoegde waarde individuele zorgaanbieder

Het heeft belangrijke voordelen om de vergoeding voor zorgverlening over te laten aan onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Bij individuele onderhandelingen is het mogelijk om de toegevoegde waarde van de dienstverlening van zorgaanbieders en de

mogelijkheden om nieuwe investeringen in de dienstverlening te doen, gemakkelijker mee te nemen.

Daarnaast beschikt de zorgverzekeraar in een situatie van vrije prijzen over een instrument om via een tariefstelling vraag en aanbod beter in evenwicht te brengen.⁷⁸ De verzekeraar kan regionaal een hoger tarief afspreken om het voor aanbieders aantrekkelijk te maken zich in een bepaalde regio te vestigen. Op deze manier is het mogelijk om te proberen door middel van het vrije tarief eventuele regionale tekorten aan zorgaanbieders op te lossen.

Sturingsmogelijkheden zorgaanbieders en verzekerden: stemmen met de voeten

Een belangrijk voordeel van vrije prijsvorming is dat de markt zichzelf corrigeert. Individuele zorgverzekeraars moeten de polisvoorwaarden die zij consumenten aanbieden op elkaar afstemmen; datzelfde geldt voor de inkoopcontracten die zij met zorgaanbieders sluiten. Wanneer de polisvoorwaarden voor de consument onaantrekkelijk zijn, kan hij overstappen naar een andere verzekeraar. Wanneer de inkoopvoorwaarden voor zorgaanbieders onaantrekkelijk zijn, kunnen zij besluiten met de betreffende verzekeraar geen contract meer af te sluiten. De mogelijkheden voor zowel consumenten als zorgaanbieders om met de voeten te stemmen, disciplineert het marktgedrag van de verzekeraar.

Meer inzicht in prijs-kwaliteitverhouding

Een voordeel van een systeem van vrije prijsvorming voor zowel de zorgverzekeraar als de verzekerde is dat het voor de zorgaanbieder een stimulans vormt om een goede prijs-kwaliteitsverhouding te bieden. Als een zorgaanbieder immers een relatief ongunstig aanbod doet, loopt hij het risico geen contract te krijgen en omzet te verliezen.

Prikkels innovatie

Een ander belangrijk voordeel van marktwerking is dat de prikkels om te innoveren sterker zijn dan onder regulering. Bij vrije prijsvorming zullen duurere innovaties eerder worden vergoed dan onder een regiem van tariefregulering.

Risicospreiding

Een voordeel van individuele afspraken ten opzichte van centrale aansturing is ook dat fouten bij het vaststellen van prestaties of tarieven minder ernstige gevolgen hebben. Als de toezichthouder over tarieven en prestaties verkeerde beslissingen neemt, dan treft dit de hele markt. Als een individuele verzekeraar een verkeerd contract afsluit (te lage tarieven, te hoge tarieven, te weinig honorering van kwaliteit of te grote reisafstand), blijft de schade beperkt tot 'zijn' deel van de markt.

2.2 Nadelen vrije prijsvorming

Risico prijsstijgingen

Het belangrijkste nadeel van vrije prijsvorming voor de consument is dat de kans op prijsstijgingen hoger is dan bij gereguleerde tarieven. Dat geldt ook voor de kans op verhoging van de eigen bijdragen, op kwaliteitsverlies en op verslechtering van de toegankelijkheid. Bij tariefregulering beteugelt de toezichthouder de marktmacht van de zorgaanbieders. Bij vrije marktwerking moeten de zorgverzekeraar en de consument dat doen door hun inkoopkracht te gebruiken.

⁷⁸ De vraag laat zich niet beïnvloeden. Het prijsmechanisme kan slechts meer aanbod uitlokken om tegemoet te komen aan een vraagoverschot.

Risico inkoopmacht

Een negatief aspect van vrije prijsvorming kan zijn dat de inkopende partij (de zorgverzekeraars) te veel op prijs sturen en te weinig op kwaliteit. De oorzaak kan een gebrek aan transparantie over de geleverde kwaliteit zijn, en onduidelijkheid over de meerwaarde hiervan. Het kan vóórkomen dat de negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorg pas worden ontdekt als het te laat is. Bij vrije prijsvorming voor de zorg vormt borging van (transparante) kwaliteit dan ook een randvoorwaarde.

Informatieproblemen

Als de onderhandelingen volledig worden open gelaten, en er dus ook geen regulering van prestatieomschrijvingen plaatsvindt, kan bij consumenten onduidelijkheid ontstaan over wat zij aan zorg kunnen krijgen. Consumenten weten dan niet meer op welke zorg zij aanspraak kunnen maken, en borging van een minimumkwaliteitsniveau wordt hierdoor problematisch.

Hetzelfde geldt voor de inkopers van zorg - de verzekeraars - die contracten afsluiten. Zij moeten goed in staat zijn om te bepalen wat de diensten van de betreffende zorgaanbieder precies omvatten. Wil een markt goed kunnen werken, dan is het noodzakelijk om de prestaties helder te omschrijven.

3. Gaan zorg en markt wel samen?

In deze paragraaf staat de vraag centraal of de zorg en de markt elkaar wel verdragen.

Marktwerking óf regulering?

In de zorg gaat het niet om de keuze tussen markt of regulering, maar om het vinden van de juiste combinatie van beide sturingsconcepten. Uitgangspunt daarbij is het voordeel voor de consument. Om de publieke doelen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen is (ook) regulering nodig. De term 'gereguleerde concurrentie', wat het leidende principe van het nieuwe zorgstelsel is, vat dit goed samen. De uitdaging voor beleidsmakers is om de juiste mix van markt en regulering te vinden. Marktwerking voor de volle 100% (dat wil zeggen volledige afwezigheid van regulering van prijs, kwaliteit en toegankelijkheid) zou grote risico's met zich meebrengen en is dan ook onwenselijk.

Staat de marktmoraal op gespannen voet met de zorgmoraal?

Een vaak gehoorde stelling is dat de invoering van marktprikkels op gespannen voet staat met de normen en waarden in de zorg, ofwel met wat zou kunnen worden aangeduid als de 'zorgmoraal'.

In een ongunstig scenario kunnen vrije tarieven doorschieten naar concurrentie op uitsluitend de prijs, waardoor zorgaanbieders min of meer gedwongen worden om te beknibbelen op verliesgevende activiteiten. Op termijn kan dit de normen en waarden in de zorg aantasten, met kwaliteitsverlies als gevolg. Naarmate de kwaliteit van de zorg transparanter wordt, neemt dit risico af. Het is dan immers mogelijk om over de inhoud en de kwaliteit van de te verlenen zorg goede en verifieerbare afspraken te maken.

Marktwerking in de zorg zou ertoe kunnen leiden dat zorgaanbieders vergeten dat de zorg draait om goede zorg voor mensen. Sommige aanbieders zouden alleen nog maar aan winstmaximalisatie denken, en komt de menselijke maat onder druk te staan. Dat dit een misverstand is, spreekt voor zich. Een sector die bestaat bij zoveel 'mensenwerk' kan

zijn menselijkheid niet zomaar verliezen. De professionaliteit van de zorgaanbieder staat voorop, ook in een markt met vrije prijzen. Het idee achter het middel marktwerking is dat prijzen informatie geven – enerzijds over de kosten van de dienstverlening en anderzijds over de behoeften van de consument. Daardoor is het mogelijk om efficiënter te werken en zal dit ook gebeuren, met als doel dat de kosten afnemen en de kwaliteit verbetert. Ook kunnen wachtlijsten worden opgelost, waardoor het mogelijk is meer mensen te behandelen. Daarnaast is het mogelijk om met behulp van verbeterde technieken meer mensen te helpen. Met andere woorden: meer marktwerking in de zorg moet winst opleveren voor de consument.

Vergt marktwerking vrije prijzen?

Ook bij vaste tarieven concurreren zorgaanbieders met elkaar. Consumenten kiezen immers zelf hun zorgaanbieder; vaak gebeurt dat op basis van het advies van hun huisarts of van bekenden. Als consumenten over de geleverde zorg ontevreden zijn, kunnen zij (afhankelijk van het type zorg) stemmen met de voeten en anderen negatief over de betreffende zorgaanbieder adviseren. Dit dwingt aanbieders om de kwaliteit van de zorg op peil te houden. Bij vaste tarieven kan dus ook sprake zijn van marktwerking.

Ook in andere sectoren dan de zorg komt dit type concurrentie voor. Een voorbeeld is het onderwijs. Scholen concurreren niet op prijs (afgezien van de vrijwillige ouderbijdrage), maar wel op kwaliteit: ouders vergelijken scholen op basis van hun CITO-scores, sfeer en reisafstand. De vraag bij dit type concurrentie met centraal vastgestelde prijzen is: wat is het juiste prijsniveau? Een te lage prijs resulteert in een te lage kwaliteit en minder zorgaanbod, waardoor ook de toegankelijkheid in het gedrang komt. Omgekeerd leidt een te hoge prijs tot een te hoge kwaliteit: dure franje waar burgers als zij de keus hadden, niet voor zouden willen betalen. Daar komt bij dat de technologie in de zorg in hoog tempo vooruitgaat, waardoor de kostprijzen voortdurend veranderen.

Hebben verzekeraars niet teveel inkoopmacht?

De NMa stelt met betrekking tot inkoopmacht het volgende: "Inkoopmacht is marktmacht aan de inkoopzijde van de markt. Er is sprake van marktmacht als de inkoper zich min of meer onafhankelijk van zijn leveranciers kan opstellen. Dit kan erin resulteren dat de inkoper onredelijke inkoopvoorwaarden kan afdwingen zonder dat de leverancier daar iets tegen kan doen. Overigens hoeft het hebben van marktmacht niet te betekenen dat daarvan misbruik wordt gemaakt. Ook een partij met een machtige positie mag scherp inkopen en stevig onderhandelen."⁷⁹

Of verzekeraars beschikken over inkoopmacht is geen uitgemaakte zaak. Los daarvan maakt het tweede deel van het bovenstaande citaat van de NMa duidelijk dat inkoopmacht op zich geen probleem hoeft te zijn. Ook een partij met inkoopmacht mag scherp inkopen en stevig onderhandelen. Er ontstaan problemen op het moment dat de stevige onderhandelingen of het scherpe inkopen ten koste gaan van de toegankelijkheid of de kwaliteit van de zorg.

Aangezien de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is (zie NZa-monitor zorgverzekeringsmarkt 2008), heeft de consument direct belang bij een verzekeraar die op de diverse zorgmarkten goed inkoop.

⁷⁹ http://www.nmanet.nl/images/veelgestelde%20vragen%20inkoopmacht_tcm16-55025.pdf.

Pas als eventuele inkoopmacht bij een verzekeraar of een aanbieder ten koste gaat van de kwaliteit of de toegankelijkheid van de zorg, zullen de NZa of de IGZ ingrijpen of de minister van VWS adviseren passende maatregelen te treffen.

Als verzekeraars zorgaanbieders selectief contracteren, kunnen consumenten dan niet langer gebruik maken van de zorgaanbieder van hun keuze?

Selectief contracteren is niet synoniem met het contracteren van een beperkt aantal zorgaanbieders. Zelfs bij 100%-contractering kan sprake zijn van selectieve contractering, bijvoorbeeld doordat niet alle zorgaanbieders dezelfde contractvoorwaarden aangeboden krijgen (gedifferentieerde contractering). Waar het vooral om gaat, is dat verzekeraars het dreigement om niet te contracteren geloofwaardig moeten kunnen uiten als zij hiermee enig effect willen bereiken in de onderhandelingen. Deze dreiging is veelal voldoende om tot een contract te komen dat voor beide partijen acceptabel is. In de praktijk sluiten dan vaak toch alle zorgaanbieders een contract.

Hoort bij marktwerking dat verzekeraars onderhandelen met individuele zorgaanbieders?

De NMa heeft hier een aantal jaren geleden al het volgende over opgemerkt: "Dit berust op een misverstand. De Mededingingswet dwingt niet tot individuele onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars, ook niet als een verzekeraar een economische machtspositie heeft. Het staat een verzekeraar vrij zijn eigen inkoopbeleid vorm te geven, mits de criteria die hij hierbij hanteert objectief, transparant en non-discriminatoir zijn. Er kan wel sprake zijn van misbruik als hij onredelijke voorwaarden wil opleggen, zoals bepaalde betalings- of leveringsvoorwaarden."⁸⁰ De laatste zin in dit citaat sluit aan op wat hierboven is opgemerkt over inkoopmacht. De conclusie luidt dat onderhandelingen door verzekeraars met individuele zorgaanbieders geen vereiste zijn voor een gezonde marktwerking. Omgekeerd staat het zorgaanbieders vrij gezamenlijk te onderhandelen met verzekeraars, mits zij zich hierbij aan de bagatelbepaling uit de Mededingingswet houden.

Leidt marktwerking tot Amerikaanse taferelen?

Een veelgehoorde opvatting is dat het Nederlandse zorgsysteem door de invoering van meer elementen van marktwerking zou gaan lijken op het Amerikaanse zorgsysteem. Onverzekerden zouden niet meer behandeld worden en de gezondheidszorg zou alleen nog maar iets voor de rijken zijn. De Nederlands gezondheidszorg zou daarmee zijn identiteit verliezen.

Deze angst is ongegrond. Het Nederlandse zorgsysteem bevat voldoende waarborgen om de solidariteit te behouden. Zo is er een basisverzekering. Verzekeraars hebben in dat verband een acceptatieplicht en risicoselectie is verboden; bovendien worden lage inkomens geholpen met een zorgtoeslag. Het minder sterke punt in het systeem is niet gebrek aan toegang, maar eerder het gebrek aan informatie. Daarom is transparantie in de breedste zin van het woord zo belangrijk. Het is aan alle partijen om eventuele informatieachterstanden aan te pakken.

⁸⁰ Persbericht NMa 27-05-2005, 'NMa wijst klachten zorgaanbieders tegen verzekeraars af.'

4. Conclusie

In tabel 3 staan de voor- en nadelen van regulering van de tarieven in de zorg samengevat.

Tabel 3. Voor- en nadelen regulering

Voordelen	Nadelen
Lage transactiekosten	Risico van overwinsten
Inkomenszekerheid	Gemiddelde versus individuele kosten
Lage kans op prijsstijgingen	Beperkt onderscheid zorgaanbieders
Transparantie	Beperkte innovatieprikkel
Handhaving bereikbaarheid	Beperkte sturingsmogelijkheden consument
	Informatieproblemen

Bron: NZa

Tabel 4 geeft een overzicht van de voor- en nadelen van vrije prijsvorming in de zorg.

Tabel 4. Voor- en nadelen vrije prijsvorming

Voordelen	Nadelen
Maatwerk	Risico van prijsstijgingen
Meer ruimte voor toegevoegde waarde van een individuele zorgaanbieder	Risico van inkoopmacht
Meer sturingsmogelijkheden voor zorgaanbieders en verzekerden: stemmen met de voeten	Informatieproblemen
Meer inzicht in de prijs-kwaliteitverhouding	
Prikkels tot innovatie	
Risicospreiding	

Bron: NZa

Invoering van vrije tarieven in de zorg kan dus positieve effecten hebben voor zowel de consument als de zorgaanbieder en de verzekeraar:


- Zorgaanbieders kunnen zich meer richten op activiteiten met een hoge toegevoegde waarde voor de consument.
- Doordat marktpartijen zelf de tarieven bepalen, is er voor de consument sprake van redelijke tarieven en voor de zorgaanbieder van kostendekkende tarieven.
- Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om zich door individuele onderhandelingen te onderscheiden van hun concurrenten.
- Zorgaanbieders hebben de kans om hun toegevoegde waarde in de vorm van prestaties helder te maken en voor die toegevoegde waarde te worden beloond.
- Er is sprake van meer innovaties die de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg verder verbeteren. Innovatie wordt niet afgeremd door centraal vastgestelde prestaties en tarieven.

Deze voordelen ontstaan in een scenario waarin aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Informatie over prijs en kwaliteit van de zorg is voldoende transparant.
- Zorgverzekeraars contracteren op basis van zowel prijs als kwaliteit en/of patiënten stemmen met de voeten.
- Zorgaanbieders concurreren op basis van prijs en kwaliteit.

Bijlage 3. Beleidsregel Berekening maximumtarieven verloskundige zorg CV-5700-4.0.-11

BELEIDSREGEL CV-5700-4.0.-11



Nederlandse
Zorgautoriteit

De tariefopbouw in de berekening van de maximumtarieven verloskundige zorg

Kenmerk
CV-5700-4.0.-11

1. Algemeen

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op de zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en wordt geleverd door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden.
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2009 en werkt terug tot die datum, indien de mededeling in de Staatscourant dat de beleidsregel bij de NZa ter inzage ligt, na deze datum plaatsvindt.
- c. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt is: onbepaald.
- d. De beleidsregel CV-5700-4.0.-10 komt hiermee te vervallen.
- e. De beleidsregel kan worden aangehaald als 'De tariefopbouw in de berekening van de maximumtarieven verloskundige zorg'.

2. Het maximumtarief per volledig verloskundige zorg niveau jaar t is de uitkomst van rekenomzet jaar (t) gedeeld door de rekennormpraktijk. De rekenomzet is de uitkomst van de optelling van de inkomensbestanddelen en de praktijkkostenbestanddelen.

De tarieven worden voor patiënten woonachtig in een achterstandswijk (zie paragraaf 9) vermenigvuldigd met een factor 1,23.

3. De maximumtarieven voor de deelprestaties:

- 3.1** Het maximumtarief voor prenatale hulp = 37% van het maximumtarief per volledige verloskundige zorg.
- 3.2** Het maximumtarief voor natale hulp = 40,5% van het maximumtarief per volledige verloskundige zorg.
- 3.3** Het maximumtarief voor postnatale hulp = 22,5% van het maximumtarief per volledige verloskundige zorg.
- 3.4** Het bovenstaande maximumtarief voor natale hulp wordt uitsluitend voor ZRA-verzekerden in de Centrale Opvang vermenigvuldigd met een factor 1,2.

4. Maximumtarieven deelprestaties bij spontane abortus of verwijzing van de cliënt/patiënt naar de tweede lijn:

- 4.1** prenatale zorg van 0 tot en met 14 weken = 34% van het maximumtarief volledige prenatale zorg
- 4.2** prenatale zorg van 15 tot en met 29 weken = 51% van het maximumtarief volledige prenatale zorg
- 4.3** prenatale zorg na 29 weken, maar vóór de bevalling = 115% van het maximumtarief volledige prenatale zorg

5. Maximumtarieven deelprestaties prenatale zorg in geval van verhuizing van de cliënt/patiënt, indien de overdracht plaatsvindt tijdens de zwangerschap:

- 5.1** in de periode van 0 tot en met 14 weken = 17% respectievelijk 100% van het maximumtarief volledige prenatale zorg
- 5.2** in de periode van 15 tot en met 29 weken = 51% respectievelijk 66% van het maximumtarief volledige prenatale zorg
- 5.3** in de periode na 29 weken, maar vóór de = 72% respectievelijk 45% van het maximumtarief bevalling volledige prenatale zorg

6. De bovenstaande maximumtarieven voor de volledige bevalling (2), de prenatale hulp (onder 3.1 en 4) alsmede het overdrachtstarief ofwel verhuistarief ten behoeve van de eerste verloskundige (5) kunnen worden opgehoogd met € 2,90 (niveau 2007) door het standaard aanbieden van een HIV-screening aan zwangere vrouwen. Dit bedrag wordt jaarlijks trendmatig aangepast, zoals is beschreven in de beleidsregel V-0000-1.0.-2.

7a. Het maximumabonnementstarief voor een algemene termijnen echoscopisch onderzoek wordt berekend op de onderstaande wijze. Dit maximumtarief kan per zwangerschap maar éénmaal in rekening worden gebracht. De echo wordt persoonlijk gedaan door een zorgaanbieder ingeschreven in een door de KNOV en ZN aangewezen register.

Het maximumtarief voor een algemene termijnecho niveau jaar (t) is de uitkomst van de rekenomzet jaar (t) voor de echo gedeeld door de rekennorm voor de echo. De rekenomzet jaar (t) voor de echo bestaat uit het rekeninkomen jaar (t) voor de echo en de rekenkosten jaar (t) voor de echo.

In de berekening van het rekeninkomen wordt uitgegaan van het inkomensbestanddeel van het maximumtarief per bevalling, 261 werkbare dagen van 8 uur en 15 minuten meerwerk van de verloskundige per echo en 172 echo's per verloskundige (143 eerste echo's en 29 tweede en volgende echo's). De trendmatige aanpassing van dit inkomensdeel van niveau 2004 naar niveau 2005, enzovoort, wordt geregeld in de beleidsregel V-0000-1.0.2. De rekenkosten voor de echo op niveau 2006 is € 3.687,-. De trendmatige aanpassing van dit kostendeel niveau 2006 naar niveau 2007, etcetera, wordt geregeld in de beleidsregel VI-0000-2.0.2. De rekennorm voor de echo is 143 abonnementen.

In de berekening van de rekenkosten (investeringskosten en de materiaalkosten) is uitgegaan van één echoapparaat per 2,5 verloskundigen.

7b. Het maximum verrichtingentarief voor een specifieke diagnose echo wordt berekend op de onderstaande wijze. Dit maximumtarief kan per zwangerschap alleen voor de volgende diagnoses, met als uitgangspunt daaraan verbonden de maximale aantallen per indicatie, in rekening worden gebracht:

- groeistagnatie (maximaal 2 echo's)
- bloedverlies (maximaal 2 echo's)
- uitwendige versie bij stuitligging (maximaal 2 echo's)
- ligging (maximaal 1 echo)
- placentacontrole (maximaal 1 echo)

De indicatie voor de specifieke diagnose echo moet worden aangetekend op de medische kaart. De echo wordt gedaan door een zorgaanbieder ingeschreven in een door de KNOV en ZN aangewezen register.

Het maximumtarief voor een specifieke diagnose echo niveau jaar (t) is de uitkomst van het onafgeronde maximumtarief voor een algemene termijnen echo (zie punt 7a) gedeeld door de factor 1,2.

Nederlandse Zorgautoriteit

8. Het maximumtarief voor een uitwendige versie bij stuitligging wordt berekend op de onderstaande wijze.

Dit maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder die is opgenomen in een specifiek door de KNOV en ZN aangewezen versieregister en daarmee voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen (opleiding én minimum aantal versies). Uitgangspunten voor een uitwendige versie bij stuitligging zijn verder als volgt:

- eenduidige en sluitende afspraken met de tweede lijn over verwijzing en consultatie bij eventuele complicaties en directe verwijzing naar de tweede lijn bij complicaties
- informed consent (in overleg met de patiënt)
- registratie van de uitgevoerde versies en de resultaten daarvan

Kenmerk
CV-5700-4.0.-11
Pagina
3 van 4

Het maximumtarief voor een uitwendige versie bij stuitligging niveau jaar (t) is de uitkomst van de rekenomzet jaar (t) gedeeld door de rekennorm. De rekenomzet jaar (t) bestaat uit het norminkomen jaar (t) en de normkosten jaar (t) (zie punt 2). De rekennorm voor de uitwendige versie bedraagt 1.540 werkbare uren.

9. De basis voor de berekening van de achterstandsindex vormen de CBS-gegevens op wijk- en buurtniveau. Deze index is gebaseerd op de volgende criteria:

- gemiddeld besteedbaar inkomen per inkomensontvanger;
- percentage uitkeringsgerechtigden in de leeftijd 15-64 jaar;
- percentage niet-westerse allochtonen;
- omgevingsadresdichtheid.

Als de waarde van de index groter is dan een bepaalde waarde, is de desbetreffende buurt als achterstandsgebied aangemerkt. Per buurt wordt bepaald welke postcodes in de achterstandsgebieden voorkomen.

Prenatale screening

10. Het maximumtarief voor de counseling is de uitkomst van de optelling van de inkomensbestanddelen van de verloskundigen (CV-5700-1.0.1) plus 60% van de kostenbestanddelen van de verloskundigen (CV-5700-2.0) gedeeld door 3.150 verrichtingen op jaarbasis.

10.1 De trendmatige aanpassing van het inkomensbestanddeel wordt geregeld in de beleidsregel inzake de aanpassingssystematiek van het inkomensbestanddeel in de maximumtarieven (CV-0000-1.0.2).

10.2 De trendmatige aanpassing van het kostenbestanddeel wordt geregeld in de beleidsregel inzake dat van de trendmatige aanpassingssystematiek van het praktijkkostenbestanddeel in de maximumtarieven.

11. Het kostenbestanddeel in de maximumtarieven van de NT-meting en de SEO bedraagt € 193.740,- (niveau 2005). Het kostenbestanddeel is opgebouwd uit de volgende elementen:

- | | |
|--------------------|-------------|
| - personeelskosten | € 124.605,- |
| - overige kosten | € 69.135,- |

11.1 De aanpassing van het kostenbestanddeel in de maximumtarieven voor de NT-meting en de SEO, van niveau 2006 naar niveau 2007, enzovoorts wordt geregeld in de beleidsregel inzake de aanpassingssystematiek van het praktijkkostenbestanddeel in de maximumtarieven (CV-0000-2.0.2).

Nederlandse Zorgautoriteit

12. Het maximumtarief voor de NT-meting is de uitkomst van 0,35 maal het kostenbestanddeel, genoemd in punt 11, gedeeld door 900 verrichtingen plus € 50,33 voor de serumtest (niveau 2006).

Kenmerk
CV-5700-4.0.-11
Pagina
4 van 4


13. Het maximumtarief van de SEO is de uitkomst van 0,65 maal het kostenbestanddeel genoemd in punt 11, gedeeld door 1.350 verrichtingen plus € 14,46 (niveau 2007) voor de bekostiging Regionale Centra voor Prenatale Screening met ingang van 1 januari 2007.

14. Het maximumtarief voor de counseling of de NT-meting of de SEO kan alleen door een zorgaanbieder, die geneeskundige zorg levert zoals verloskundigen die bieden, in rekening worden gebracht als deze zorgaanbieder een samenwerkingsovereenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening en daarmee voldoet aan de kwaliteitseisen zoals die door de Coördinatiecommissie Prenatale Screening zijn vastgesteld als bedoeld in de Wbo-vergunningen.

Ambtshalve vaststelling

Deze beleidsregel vordert dat op grond van artikel 57 lid 5 van de Wmg de maximumtarieven ter vervanging van reeds goedgekeurde of vastgestelde maximumtarieven door de NZa per 1 januari jaar (t) ambtshalve worden vastgesteld.

Bijlage 4. Tarievenlijst verloskunde 5700-1900-09-1

TARIEFBESCHIKKING			
 Nederlandse Zorgautoriteit			
Nummer 5700-1900-09-1	Datum ingang 1 januari 2009	Datum beschikking 16 december 2008	Datum verzending 18 december 2008
Volgnr. 21	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	
<p>De Nederlandse Zorgautoriteit</p> <p>heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg</p> <p><i>op basis van de beleidsregels:</i></p> <p>voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden</p> <p><i>en gelet op:</i></p> <p>Wmg-artikel 35 jo. art. 52 lid 5</p> <p><i>besloten:</i></p> <p>dat rechtsgeldig</p> <p><i>door:</i></p> <p>zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub2 Wmg</p> <p><i>aan:</i></p> <p>alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden</p> <p><i>prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):</i></p> <p>maximaal de bedragen, vermeld achter de desbetreffende prestaties, zoals omschreven in de bij de tariefbeschikking 5700-1900-09-1 gevoegde tarievenlijst, in rekening kunnen worden gebracht. Deze vastgestelde maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder.</p> <p>De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 5700-1900-08-3 van 30 juni 2008 wordt met de afgifte van deze tariefbeschikking beperkt tot 1 januari 2009.</p> <p>Hoogachtend, Nederlandse Zorgautoriteit</p> <p>drs. M.S. Mulder directeur a.i. Zorgmarkten Cure</p> <p>zie bijgevoegde toelichting</p>			

TOELICHTING

Nederlandse Zorgautoriteit

bij tariefbeschikking

1. Werkingsfeer

Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/AWBZ-verzekerde.

2. Bezwaar/Beroep

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

TARIEVENLIJST VERLOSKUNDE

Bijlage 1 bij tariefbeschikking
5700-1900-09-1 van 16 december 2008

DE MAXIMUMTARIEVEN DIE DOOR ZORGAANBIEDERS DIE GENEESKUNDIGE ZORG LEVEREN ZOALS VERLOSKUNDIGEN DIE BIEDEN IN REKENING KUNNEN WORDEN GEBRACHT VOOR PRESTATIES MET INGANG VAN 1 JANUARI 2009

Omschrijving	Tarief*	
A. Volledige verloskundige zorg		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 921,00	
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 1.228,00	
B. Deelprestaties verloskundige zorg		
•volledige prenatale zorg		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 342,50	
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 456,50	
•volledige natale zorg		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 371,50	
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 496,00	
•volledige postnatale zorg		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 206,50	
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 275,50	
•volledige natale zorg voor ZRA-verzekerden in de centrale opvang	€ 446,00	
C. Deelprestaties prenatale zorg bij spontane abortus of verwijzing van de cliënt/patiënt naar de tweede lijn		
•prenatale zorg van 0 tot en met 14 weken		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 118,50	
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 157,50	
•prenatale zorg van 15 tot en met 29 weken		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 176,00	
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 234,50	
•prenatale zorg na 29 weken doch vóór de bevalling		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 393,50	
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 524,50	
D. Deelprestaties prenatale zorg in geval van overgaan van de cliënt/patiënt van een zorgaanbieder naar een andere zorgaanbieder (bijvoorbeeld in verband met verhuizing) indien de overdracht plaatsvindt tijdens de zwangerschap:		
	<u>eerste</u>	<u>tweede</u>
	<u>zorgaanbieder</u>	<u>zorgaanbieder</u>
•in de periode van 0 tot en met 14 weken		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstanden	€ 60,80	€ 339,50
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 80,80	€ 453,00
•in de periode van 15 tot en met 29 weken		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstanden	€ 176,00	€ 224,00
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 234,50	€ 299,00
•in de periode na 29 weken doch vóór de bevalling		
- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstanden	€ 247,50	€ 153,00
- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken **	€ 330,00	€ 204,00

* In deze tarieven zijn inbegrepen de kosten van alle geneesmiddelen die de verloskundige op medische indicatie mag toedienen.

** De achterstandswijken betreffen de wijken met postcodes zoals opgenomen in bijlage 2 bij deze tariefbeschikking.

E1. Algemene termijnen echo

€ 35,30

Het maximum abonnements tarief voor een algemene termijnen echoscopisch onderzoek in de eerste lijn (één of meerdere echo's en inclusief eventuele niet-geïndiceerde echo's) kan per zwangerschap maar éénmaal in rekening worden gebracht. Het echoscopisch onderzoek wordt persoonlijk gedaan door een zorgaanbieder, ingeschreven in een door de KNOV en ZN aangewezen register.

E2. Specifieke diagnose echo

€ 29,50

Het maximum verrichtingstarief voor een specifieke diagnose echo kan per zwangerschap alleen voor de volgende diagnoses, met als uitgangspunt daaraan verbonden de maximale aantallen per indicatie, in rekening worden gebracht:

- groei stagnatie (maximaal 2 echo's)
- bloedverlies (maximaal 2 echo's)
- uitwendige versie bij stuitligging (maximaal 2 echo's)
- ligging (maximaal 1 echo)
- placentacontrole (maximaal 1 echo)

De indicatie voor de specifieke diagnose echo moet worden aangetekend op de medische kaart. De specifieke diagnose echo wordt gedaan door een zorgaanbieder, ingeschreven in een door de KNOV en ZN aangewezen register.

F1. Uitwendige versie bij stuitligging

€ 66,00

Het maximumtarief voor een uitwendige versie bij stuitligging kan alleen in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder die is opgenomen in een specifiek door de KNOV en ZN aangewezen versieregister en daarmee voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen (opleiding én minimum aantal versies). Uitgangspunten voor een uitwendige versie bij stuitligging zijn:

- eenduidige en sluitende afspraken met de tweede lijn over verwijzing en consultatie bij eventuele complicaties en directe verwijzing naar de tweede lijn bij complicaties;
- informed consent (in overleg met de patiënt)
- registratie van de uitgevoerde versies en de resultaten daarvan

G. Prenatale screening

- counseling € 27,20
- NT-meting € 137,00
- Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) € 115,50

Declaratie van de prestaties counseling of NT-meting of SEO is alleen mogelijk indien de zorgaanbieder, die geneeskundige zorg levert zoals verloskundigen die bieden, een samenwerkingsovereenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening en daarmee voldoet aan de kwaliteitseisen zoals die door de Coördinatiecommissie Prenatale Screening zijn vastgesteld als bedoeld in de Wbo-vergunningen.

TARIEVENLIJST VERLOSKUNDE

Bijlage 2 bij tariefbeschikking
5700-1900-09-1 van 16 december 2008



De achterstandswijken betreffen de navolgende wijken met postcode.

GEMEENTE	5-POSITIE POSTCODE
AMSTERDAM	1013 A,C,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 1014 D 1021 B,C,E,G,H,L,N,P,R,T,V 1022 A,B,C,W,X 1031 A,B,C,D,E,G,J,T,V,X 1032 A,B,C,E,G,H,J,V,X,Z 1052 R 1053 A,B,C,E,G,H,J,K,M,N,P,R,S,T,V 1055 D,E,G,H,J,K,M,N,P,R,T,V,W,X,Z 1056 A,C,D,E,G,H,J,K,L,N,R,S,T,V,W,X 1057 A,B,C,D,E,G,H,J,K,P,R,S,T,V,W,X,Z 1061 B,C,D,E,G,H,J 1063 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,S,T,V,X,Z 1064 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,X,Z 1067 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,X,Z 1069 A,B,C,D,H,J,K,R,S,T,X,Z 1073 H,J,K,N,P,R 1074 G,H,J,S,T 1091 A,B,D,G,H,J,K,L,M,N,P,V,W,X,Z 1092 A,B,C,E,G,H,J,K,L,M,S,T,V,X 1093 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,R,S,T,V,W,X,Z 1094 A,B,C,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,X,Z 1095 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,R,S,T,V,W,X,Z
AMSTERDAM ZUIDOOST	1102 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z
ALMERE	1314 N,R,T
ZAANSTAD	1504 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N
HOORN	1622 B,N,Z 1628 N,P
DEN HELDER	1784 C,D,E,G,W
ALKMAAR	1813 E,J,L
HAARLEM	2033 E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z
LEIDSCHEMENDAM- VOORBURG	2263 A,B,C,E,H,J,V,X
LEIDEN	2312 D,E,G,H,R,V,X 2316 C,E,G,H,J,K,N,P,R,S,T

GEMEENTE	5-POSITIE POSTCODE
----------	--------------------

'S GRAVENHAGE	2512 J,P,R,S,T 2515 A,B,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,X 2516 E,G,H,J,K,L,P,R,S,T,V,W,X,Z 2521 A,B,C,D,E,S,T,V,W,X,Z 2522 B,C,R 2524 H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,X 2525 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 2526 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X 2531 G,H,J,K,N,P,R 2532 A,B,E,R,S,T,V,X 2533 A,B,C,E,G,H,J,K,L,T,V,X 2541 A,B,C,D,E,G,H,J,P,R,S,T,V,X 2542 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,T,V,W,X 2544 B,G,H,J,K,M,R,S,T,V,W 2545 H,N,P 2571 G,H,N,P,R,S,T,V,W,X 2572 A,B,C,E,G,H,J,N,P,R,S,T,V,X
DELFT	2612 J,N,R 2613 H,J,M 2624 E,G,R,S 2625 T,Z,V,X
GOUDA	2806 K,L,M,N
CAPELLE A/D IJSSEL	2905 T
ROTTERDAM	3014 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,X,Z 3015 B,C,E,G,X 3021 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3022 A,B,C,D,E,G,H,L,M,N,P,R,S,T,V,X,Z 3023 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,P,R,S,T,V,X,Z 3024 A,B,C,E,N,P,R,S,T,V,X 3025 A,B,C,E,G,H,N,P,R,S,T,V,X 3026 A,B,C,E,G,H,R,S,T,V,X 3027 A,B,C,E,G,H,J,K,P,R,S,T,V,X 3028 P,R 3029 C,N 3031 A,B,C,E,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3032 A,B,C,E,G,H,P,R,S,T,V,X 3033 A,B,C,E,G,H,J,R,S,T,V,X 3034 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,X,W,Z 3035 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3036 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3061 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3071 B,C,E,G,H,R,S,T 3072 B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3073 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,Z 3074 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M,N,P,R,S,T,V,W,X,Z 3081 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,X,Z 3083 E 3084 P,R 3086 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T,V,W,X,Z
SCHIEDAM	3112 K,N,Z 3118 A,B,E,G,K,R,S,T,V,X 3119 A,D,E,G,M,P,R,S,T
VLAARDINGEN	3135 E,L,R,S,T,V
DORDRECHT	3313 X 3314 G,K,L,N,P,R,S,Z 3317 A,B,E,K,L,R,S,T,V,W,X
ZWIJNDRECHT	3331 GC,GL,GM,GW,GX,HJ,HN,S,T

Nederlandse Zorgautoriteit

 TARIEFENLIJST VERLOSKUNDE PER 1 JANUARI 2009
 GEMEENTE 5-POSITIE POSTCODE
Pagina
3

UTRECHT	3515 C,E,V 3523 H,J,V 3525 A,C,E,G,X 3527 A,B,C,E,G,H,R,S,T 3531 B,D,P 3552 A,B,C,E,G,H,R,S,T,V 3554 A,J 3555 J,X 3561 A,B,C,E,P,R,S,T 3562 A,B,C,G,H,M,R 3564 A,B,C,E,P,R 3582 C,P,R
AMERSFOORT	3813 G,V 3814 AL,AM,AP,AR,AS,AT,AV,AW,B,PA,PB,PG,PH,PJ,PN,P,R,S,T 3816 H,J
VLISSINGEN	4382 E,G,H,J,K
ROOSENDAAL	4702 L,N,P,R,S,W
BREDA	4811 K,L,S,T 4827 A,B,C,E,G,H,J,K,L,N,P
TILBURG	5011 G,J,M,N,P,R 5018 A,B 5021 K,P,R,S,T,V,W,X 5042 G
'S HERTOGENBOSCH	5213 R,S,T 5215 X 5231 D
EINDHOVEN	5612 C,G,K,L 5621 A,B,C,E,G,H,J 5631 KB 5642 D,K,L,M 5645 B,C,M,N 5654 B,C,D,G
HELMOND	5701 A,B,D,G,H,J,K,L,X,Z 5701 AV,AW,AZ,BA,BC,BD,BE,BG,GX,GZ,HA,JA,JB,JE,JE,JE,JE,JZ KT,KW,MA,MB,MC,ME,MG,MJ
ROERMOND	6043 A,B,C,E,G,T,V 6044 P,R,S 6045 C,E,V,W,X
MAASTRICHT	6214 A,B,D,P,R,S,T,V,X 6222 B,C,E
HEERLEN	6414 RT,RV,RW,RX,RZ,SB,SC,SE,SG,SH,SJ,SL 6416 C,S,T,V
NIJMEGEN	6531 A,B,C,D,E,G,H,X,Z 6532 R,T,V 6542 H,J,K,L,M,N,P,T,V,W,X,Z
EDE	6714 E,G,H 6717 D,G
ARNHEM	6822 B,C,D 6826 A,B,C,D,E,G 6828 KC,PL,PM,PN,PZ,ZR,ZS,ZT,ZV,ZW,ZX,ZZ 6832 B,C,D,E,H,J 6833 D,E,G,H,J,K 6834 A,B,C 6841 A,B,C,D,E,G

TARIEVENLIJST VERLOSKUNDE PER 1 JANUARI 2009

Pagina
4**GEMEENTE** **5-POSITIE POSTCODE**

DEVENTER	7413 B,P,R,S,T,V 7415 V,X,Z 7417 A,B,C,D,T,V,W,X,Z
ENSCHEDÉ	7513 D,E,G,J,X,Z 7514 E,X,Z 7543 B,E,V,W 7544 G,H,J,K,L,M,W,X,Z 7545 D,S,T,V
ALMELO	7601 A,B,C,V,X 7604 V,X 7605 A,B,C,E 7606 A,E,G,S,T,V,X
ZWOLLE	8031 B,E,P
LEEUWARDEN	8911 JR,JS,JT,JV,JW,JX,JZ,LN,LP,LR,LS,LT,LV,LW,LX,LZ 8911 K,L 8915 A,B,C 8917 A,D 8918 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,M 8921 H,J,KA,KB,KC,KD,KL 8923 B,C,E,G 8924 A,B,C,E,G,H,J 8937 A,B
ASSEN	9406 J,K,M,L,N
STADSKANAAL	9501 S,T
HOOGZAND-SAPPEMEER	9602 A,B,D,P,R,S,T,V,X 9603 H
GRONINGEN	9711 R,S,T,V,X 9712 C,D,E,G,H,J,K 9713 B,K,M,N,P,R,S,T,V 9715 A,B,C,D,E,G,H,J,K,L,N,P,R,S,T 9716 A,B,C,E,G,H,J 9727 BC,BB,AV,AX 9741 A,B,C,E,G,H,J,K,L,M,N,P 9742 A,N,P,R,S,T,V,X 9743 C,E,H,J,K,L,N,P

Bijlage 5. Tarievenlijst huisartsen 5000-1900-09-3

Deze bijlage omvat de tarieven voor verloskundig actieve huisartsen (onderdeel C3, C4a, C4b en C5 van de tariefsbeschikking voor huisartsen). Dit onderdeel van de tariefsbeschikking kan komen te vervallen op het moment dat de tarieven worden vrijgegeven. Verloskundig actieve huisartsen kunnen de prestaties uit tariefsbeschikking 5700-1900-09-1 (verloskundige zorg) declareren.

Nederlandse Zorgautoriteit		
TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG PER 1 JULI 2009		Pagina 9
C3. De maximumtarieven voor verloskundige hulp door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden bedragen per 1 juli 2009		
code	voor	Tarief
volledige verloskundige hulp:		
12600	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 734,00
12620	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 987,00
deelprestaties verloskundige hulp:		
volledige prenatale hulp		
12601	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 273,50
12621	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 368,00
volledige natale hulp		
12602	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 296,00
12622	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 398,00
volledige postnatale hulp		
12603	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 164,50
12623	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 221,00
12604	volledige natale hulp voor ZRA-verzekerden in de centrale opvang	€ 355,00
de deelprestatie bij spontane abortus of verwijzing naar de tweedelijns:		
prenatale zorg van 0 tot en met 14 weken		
12605	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 95,00
12625	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 128,00
prenatale zorg van 15 tot en met 29 weken		
12606	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 141,00
12626	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 189,50
prenatale zorg na 29 weken, maar vóór de bevalling		
12607	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 314,00
12627	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 422,50
de deelprestaties prenatale zorg bij verhuizing, indien de overdracht plaatsvindt tijdens de zwangerschap:		
<u>voor de eerste zorgaanbieder</u>		
in de periode van 0 tot en met 14 weken		
12608	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 49,10
12628	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 66,00
in de periode van 15 tot en met 29 weken		
12609	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 141,00
12629	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 189,50
in de periode na 29 weken, maar vóór de bevalling		
12610	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 198,00
12630	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 266,00
<u>voor de tweede zorgaanbieder</u>		
in de periode van 0 tot en met 14 weken		
12611	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 270,50
12631	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 363,50
in de periode van 15 tot en met 29 weken		
12612	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 178,50
12632	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 240,00
in de periode na 29 weken, maar vóór de bevalling		
12613	- Verzekerden <u>niet</u> woonachtig in achterstandswijken	€ 121,50
12633	- Verzekerden woonachtig in achterstandswijken *	€ 163,50

Code	per	Tarief
12615	Prenatale screening: counselling **	€ 25,00
12616	Prenatale screening: NT-meting **	€ 126,00
12616	Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) **	€ 108,00

* De achterstandswijken betreffen de wijken met postcodes zoals opgenomen in bijlage 2 bij deze tariefbeschikking.

** Declaratie van de prestaties counseling of NT-meting of SEO is alleen mogelijk indien de zorgaanbieder, die geneeskundige zorg levert zoals verloskundigen die bieden, een samenwerkingsovereenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening en daarmee voldoet aan de kwaliteitseisen zoals die door de Coördinatiecommissie Prenatale Screening zijn vastgesteld als bedoeld in de Wbo-vergunningen.

Voor verloskundige hulp kunnen naast bovengenoemde maximumtarieven geen verrichtingentarieven in rekening worden gebracht.

C4a. Het maximum abonnementstarief voor een algemene termijnen echoscopisch onderzoek in de eerstelijns (één of meer echo's en inclusief eventuele niet-geïndiceerde echo's) bedraagt

code	voor	Tarief
12614	Algemene termijnen echo	€ 33,50

- Een algemene termijnen echoscopisch onderzoek kan per zwangerschap maar éénmaal in rekening worden gebracht. Het echoscopisch onderzoek wordt persoonlijk gedaan door een verloskundig actieve zorgaanbieder die geneeskundige zorg levert zoals een huisarts die levert, ingeschreven in een door de LHV en ZN aangewezen register.

C4b. Het maximum verrichtingentarief voor een specifieke diagnose echo in de eerstelijns bedraagt

code	voor	Tarief
12618	Specifieke termijnen echo	€ 27,90

- Een specifieke termijnen echoscopisch onderzoek kan per zwangerschap alleen voor de volgende diagnoses, met als uitgangspunt daaraan verbonden de maximale aantallen per indicatie, in rekening worden gebracht:

- groeistagnatie (maximaal 2 echo's);
- bloedverlies (maximaal 2 echo's);
- uitwendige versie bij stuitligging (maximaal 2 echo);
- ligging (maximaal 1 echo);
- placentacontrole (maximaal 1 echo).

Nederlandse Zorgautoriteit

TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG PER 1 JULI 2009

Pagina
11

C5. Het maximum verrichtingentarief voor een uitwendige versie bij stuitligging in de eerstelijns bedraagt

code	voor	Tarief
12619	Uitwendige versie bij stuitligging	€ 65,00

- Het tarief kan alleen in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder die is opgenomen in een specifiek door de KNOV en ZN aangewezen versieregister en daarmee voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen (opleiding én minimum aantal versies).

Uitgangspunten voor een uitwendige versie bij stuitligging zijn:

- eenduidige en sluitende afspraken met de tweede lijn over verwijzing en consultatie bij eventuele complicaties en directe verwijzing naar de tweede lijn bij complicaties;
- informed consent (in overleg met de patiënt);
- registratie van de uitgevoerde versies en de resultaten daarvan.

C6. Het maximumbedrag voor het in het kader van het preventief bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker afgenomen zogenoemde uitstrijkje voor de vrouwelijke verzekerde bedraagt

code	voor	Tarief
12701	Uitstrijkje	€ 11,30

C7. De maximum in rekening te brengen tarieven voor keuringen bedragen

code	voor	Tarief
12800	spreekuurcontrole (voor onder andere bedrijfsgeneeskundig onderzoek)	€ 25,50
12801	gericht klein onderzoek	€ 25,50
12802	visitecontrole (voor onder andere bedrijfsgeneeskundig onderzoek)	€ 38,30
12803	keuring voor invalidenparkeerkaart (kort)	€ 25,50
12804	keuring voor invalidenparkeerkaart (lang)	€ 51,00
12805	kilometervergoeding (voor de 5 ^e en volgende retourkilometers) per retourkilometer (= twee gewone kilometers)	€ 2,10
12806	kleine keuring (oriënterend algemeen lichamelijk onderzoek)	€ 76,60
12807	periodiek (beperkt) geneeskundig onderzoek	€ 76,60
12808	scheepvaartkeuring	€ 76,60
12809	'grote keuring'	€ 115,00
12810	invaliditeitskeuring met rapport	€ 153,00
12811	rijbewijskeuring tot 15 minuten	€ 38,20
12812	rijbewijskeuring langer dan 15 minuten	€ 76,60
12813	bedrijfs- en sollicitatiekeuring	€ 115,00
12814	periodiek geneeskundig onderzoek (conform LHV-keuring)	€ 115,00

Bijlage 6. Tarievenlijst instellingen CI-1094 versie 2

Deze bijlage omvat een pagina uit bijlage 1 bij Tarieflijst Instellingen (CI-1094 versie 2). De prestaties A015, A016 en A017 kan het ziekenhuis bij diverse varianten van de poliklinische bevalling in rekening brengen.

Nederlandse Zorgautoriteit
<p>A011 VERGOEDING VERVALLEN ZIEKENHUISINDICATIE, DOCH GEEN VERPLEEGHUIS-INDICATIE Deze vergoeding kan in rekening worden gebracht vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd en een indicatie, niet zijnde een verpleeghuisindicatie (= verkeerde bed onder A003), is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is voor de zorg waarvoor de indicatie is afgegeven.</p>
<p>A015 POLIKLINISCHE BEVALLING OP MEDISCHE INDICATIE Bij toepassing van dit tarief gaat het om een bevalling die in het ziekenhuis <u>gepland</u> is, op medische indicatie, met de bedoeling dat de kraamvrouw op dezelfde dag of aansluitende volgende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat. Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer. Voor poliklinische bevalling op niet-medische indicatie, zie A016.</p>
<p>A016 POLIKLINISCHE BEVALLING ZONDER MEDISCHE INDICATIE Bij toepassing van dit tarief gaat het om een bevalling die in het ziekenhuis <u>gepland</u> is, zonder medische redenen, met de bedoeling dat de kraamvrouw op dezelfde dag of aansluitende volgende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat. Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer. Voor poliklinische bevalling op <i>medische indicatie</i>, zie A015.</p>
<p>A017 VERPLICHTE POLIKLINISCHE BEVALLING ZONDER MEDISCHE INDICATIE Bij toepassing van dit tarief gaat het om een bevalling die in het ziekenhuis <u>gepland</u> is, zonder medische redenen, met de bedoeling dat de kraamvrouw op dezelfde dag of aansluitende volgende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat. De bevalling is gepland in het ziekenhuis omdat wegens <i>capaciteitsreden</i> in de kraamzorg en verloskunde geen thuisbevalling mogelijk is. Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer. Voor poliklinische bevalling op medische indicatie, zie A015.</p>
<p>DECLARATIEBEPALINGEN A023/A024-TARIEF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indien in een sessie twee of meer behandelaars gelijktijdig de revalidant behandelen, dient de behandeltime dubbel, respectievelijk meervoudig geteld te worden. - De gevonden behandeltime wordt voor de declaratie rekenkundig afgerond op hele kwartieren. Per kwartier wordt één A023/A024-tarief of ¼ A021 / ¼ A022-tarief in rekening gebracht. Indien een revalidant op dezelfde dag in meerdere sessies wordt behandeld, worden de behandeltimes bij elkaar opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast. - In afwijking van voorgaande bepalingen wordt in geval van een groepsbehandeling per revalidant een kwart RBU gedeclareerd (= één A023/A024), ongeacht de duur van de groepsbehandeling, de groepsgrootte en het aantal behandelaars. - De tarieven A021 t/m A024 zijn inclusief honorarium medisch specialist.
<p>A106 TOESLAG PER DAG IN VERBAND MET "BIJZONDERE VERRICHTINGEN"</p> <p>a. Deze toeslag kan alleen in rekening worden gebracht door instellingen voor gezondheidszorg die binnen een wettelijke regeling (bijvoorbeeld artikel 2 WBMV) toestemming hebben om de</p>