

Consultatiedocument

Eerstelijns verloskundige zorg

Een analyse van de mogelijkheden van vrije
prijsvorming

februari 2009

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doelstelling rapport	14
1.3 Consultatieprocedure	14
1.4 Consultatie-informatie	15
1.5 Informatiebronnen	15
1.6 Opbouw consultatiedocument	15
2. De markt voor eerstelijns verloskundige zorg	17
2.1 Wat is verloskundige zorg	17
2.2 Zijn er voldoende aanbieders op de markt	20
2.2.1 Huidig aanbod van verloskundige zorg	20
2.2.2 Vraag versus aanbod	22
2.2.3 Ontwikkelingen op de markt	23
2.3 Keuzemogelijkheden voor de consument	29
2.3.1 Transparantie op de markt	29
2.3.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen	29
2.3.1.2 Transparantie van kwaliteit	32
2.3.1.3 Transparantie van prijs	33
2.3.2 Keuze- en overstapmogelijkheden	34
3. Marktgedrag	37
3.1 Inkoopprykkels	37
3.1.1 Prikkel verzekeraar	37
3.1.2 Prikkel verzekerde	38
3.1.3 Marktverhoudingen	40
3.1.3.1 Verzekeraar	40
3.1.3.2 Aanbieder	41
3.1.3.3 Verzekerde	41
3.2 Anticompetitieve gedragingen	42
3.2.1 Te hoge prijzen	42
3.2.2 Te lage prijzen	43
3.2.3 Onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders	43
3.2.4 Misbruik inkoopmacht	45
3.3 Externe effecten	46
3.3.1 Afwenteleffecten	46
3.3.2 Ketenzorg/spillover effecten	48
3.3.3 Volume effecten	49
4. Lastendruk en veranderingskosten	51
4.1 Lastendruk en veranderingskosten	51
5. Monitoren marktontwikkelingen	55
6. Overzicht van consultatievragen	57
Bijlage 1. Begrippenlijst	61
Bijlage 2. Beleidsregel CV-5700-4.0.-11	63

Vooraf

Voor u ligt het consultatiedocument eerstelijns verloskundige zorg. Dit document bevat een analyse naar de mogelijkheden van vrije prijsvorming op de markt van eerstelijns verloskundige zorg. Voor dit consultatiedocument is gebruik gemaakt van een meetlat die de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa) in februari 2007 heeft gepubliceerd. De invulling van de meetlat geeft antwoord op de vraag of de consumentenbelangen voldoende geborgd zijn in een markt met vrije prijsvorming en of een markt kan worden vrijgegeven of niet. Na de markten voor eerstelijns psychologie, oefentherapie, mondzorg en dieetadvies is de markt voor eerstelijns verloskundige zorg de volgende markt die in het kader van het programma liberalisering vrije beroepen wordt onderzocht. Tegelijkertijd met het analyseren van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg, onderzoekt de NZa ook in hoeverre de markt voor kraamzorg geschikt is voor vrije prijsvorming.

Een belangrijke doelstelling van het consultatiedocument is om te toetsen of de in dit document gepresenteerde marktanalyse juist en volledig is. Dit rapport wordt ter consultatie voorgelegd aan overheidsorganisaties, verzekeraars, aanbieders, brancheorganisaties, onafhankelijke deskundigen en wetenschappelijke organisaties. Het document wordt ook op de internetsite van de NZa geplaatst.

Wij nodigen u uit om op de vragen te reageren die in dit document zijn opgenomen. Uw bijdrage helpt ons om een juiste weergave van de markt te schetsen en eventuele onjuistheden weg te nemen. Daarnaast dient de consultatie om inzicht te krijgen in de vraag of de prijzen op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg vrijgegeven kunnen worden of niet.

Dit consultatiedocument geeft nog geen advies over het al dan niet vrijgeven van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Het presenteert wel een voorlopige conclusie. De in dit document gepresenteerde marktanalyse ligt hieraan ten grondslag. Aan deze voorlopige conclusie kunnen geen rechten worden ontleend. In het visiedocument, dat wordt opgesteld op basis van het consultatiedocument en de reacties daarop, neemt de NZa wel een advies op over het al dan niet vrijgeven van de markt die is geanalyseerd. Het visiedocument zal naar verwachting in de eerste helft van 2009 worden gepubliceerd.

De NZa hanteert een openbare consultatieprocedure. Uw bijdrage is daarom in principe openbare informatie. Waar relevant wordt in het document verwezen naar individuele bijdragen. Een overzicht van de reacties wordt op onze website www.nza.nl gepubliceerd.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw.dr. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

De laatste jaren is het Nederlandse gezondheidszorgstelsel flink gewijzigd met als doel een vraaggestuurd, kwalitatief goed en doelmatig zorgstelsel te realiseren.

De NZa heeft in het nieuwe stelsel een belangrijke taak als maker en bewaker van goed werkende zorgmarkten en beschermer van het algemeen consumentenbelang. In navolging van het experiment fysiotherapie, waar sinds 1 februari 2005 een experiment is gestart met vrije prijzen en waar nu vrije prijzen gelden, worden de markten waarop de andere vrije beroepen opereren geanalyseerd om te bezien of deze kunnen worden vrijgegeven. Na de markten voor eerstelijns psychologie, oefentherapie, mondzorg en dieetadvisering is de markt voor eerstelijns verloskundige zorg de volgende markt die in het kader van het programma liberalisering vrije beroepen wordt onderzocht. Tegelijkertijd met het analyseren van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg, onderzoekt de NZa in hoeverre de markt voor kraamzorg geschikt is voor vrije prijsvorming.

De meetlat

Om te bepalen of er op een markt al dan niet ruimte is voor vrije prijzen, hanteert de NZa de meetlat die gepresenteerd is in het 'Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg'. In de meetlat zijn factoren opgenomen die ervoor zorgen dat de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn en het consumentenbelang geborgd is. Aan deze meetlat heeft de NZa een aantal mogelijke anticompetitieve gedragingen zoals kartelvorming toegevoegd. Hiervoor is gekozen omdat anticompetitieve gedragingen ook veel effect kunnen hebben op een goede werking van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Het is daarom van belang om hier vooraf een goede inschatting van te maken. Bij de externe effecten ligt de focus op de aspecten die zich ook daadwerkelijk zouden kunnen voordoen op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg.

Tabel 1 geeft de invulling van de meetlat voor de markt voor eerstelijns verloskundige zorg. In de meetlat is met 'plussen' en 'minnen' aangegeven of aan een bepaalde voorwaarde voor een goed werkende markt is voldaan. Een 'plus' moet hierbij worden geïnterpreteerd als zijnde positief voor de belangen van de consument. Bij een 'plusmin' kan de NZa geen eenduidige voorspelling doen. Het eenvoudigweg optellen van de plussen en minnen geeft geen antwoord op de vraag of een markt geliberaliseerd kan worden. De plussen en minnen geven aandachtspunten aan, waarmee rekening gehouden moet worden bij de vormgeving en begeleiding van de transitie naar een (meer) vrije markt. Als veel aspecten op 'plus' staan, zijn er minder begeleidende maatregelen nodig om de liberalisering tot een goed einde te brengen.

In de tabel is tevens aangegeven of een factor een start- of een ingroEICriterium is. Start- en ingroEICriteria zijn beide essentieel voor een goede werking van de markt. Wel is de rol die de overheid kan spelen bij het oplossen van eventuele risico's voor marktwerking verschillend. Startcriteria zijn aspecten van de markt die iets zeggen over de neiging van marktpartijen om met elkaar te concurreren. Om te zorgen dat concurrentie op een geliberaliseerde markt op gang komt, moeten deze criteria op het moment van liberalisering bij voorkeur niet op 'min' staan. IngroEICriteria zijn aspecten die op een concurrerende markt op gang

kunnen komen. De beoordeling van deze aspecten mag 'min' zijn op het moment van liberalisering.

Tabel 1. Meetlat eerstelijns verloskundige zorg

	Beoordeling	Start- of ingroei- criterium
<i>Transparantie</i>		
Eenduidige prestatiebeschrijvingen	±	Ingroei
Kwaliteit geleverde zorg is transparant	±	Ingroei
Prijs geleverde zorg is transparant	±	Ingroei
<i>Markttoegang</i>		
Voldoende aanbieders	±	Start
Toetredingsdrempels	±	Start
De cliënt kan eenvoudig een aanbieder kiezen en van aanbieder overstappen	±	Ingroei
<i>Marktgedrag partijen</i>		
Prikkel voor de verzekeraar om goed in te kopen	+	Start
Prikkel voor de consument om goed in te kopen	±	Start
Marktverhoudingen	±	Ingroei
<i>Anticompetitieve gedragingen</i>		
Te hoge prijzen	+	Ingroei
Te lage prijzen	+	Ingroei
Kartelvorming	+	Ingroei
Misbruik inkoopmacht	±	Ingroei
<i>Negatieve externe effecten</i>		
Afwenteleffecten	+	Start
Keteneffecten	+	Start
Volume-effecten	+	Ingroei
Risicoselectie	+	Ingroei
Lastendruk en veranderingskosten	+	Ingroei

Hieronder volgt een toelichting op de invulling van de meetlat.

Transparantie

Eenduidige prestatiebeschrijvingen

In de prestatiebeschrijving voor de eerstelijns verloskundige en verloskundige actieve huisarts wordt onderscheid gemaakt tussen volledige verloskundige zorg en verloskundige zorg tijdens de bepaalde periodes gedurende de zwangerschap en het kraambed. Naast de deelprestaties zijn er ook verschillende diagnostische verrichtingen en behandelingen beschreven zoals algemene termijnnecho, specifieke diagnose echo, uitwendige versie bij stuitligging en prenatale screening. De eerstelijns bevalling of bevalling met laag risico (natale zorg) kan thuis, in een polikliniek of in een geboortecentrum plaatsvinden. Hiervoor gelden verschillende prestatiebeschrijvingen en tarieven. Dit kan effect hebben op de optimale samenwerking omdat aanbieders hierdoor verschillende prikkels ervaren. In de eerstelijns verloskundige zorg zou een slag gemaakt kunnen worden om de eenduidigheid op dit punt te bevorderen.

Kwaliteit geleverde zorg is transparant

De minimum kwaliteit op de markt is geborgd door het BIG-register, kwaliteitsregister KNOV en het bestaan van verschillende richtlijnen. De kwaliteitsverschillen tussen aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg zijn echter niet inzichtelijk. Hierdoor is het voor verzekeraars en consumenten moeilijk om aanbieders met elkaar te vergelijken en de beste aanbieder te kiezen. Positief is dat er prestatie-indicatoren door Zichtbare Zorg zijn ontwikkeld. Deze indicatoren moeten echter nog wel worden geïmplementeerd. Meer transparantie van kwaliteit en van de relatieve kwaliteitsverschillen tussen aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg is essentieel om daadwerkelijke vraagsturing – en daarmee marktwerking – op gang te brengen.

Prijs geleverde zorg is transparant

De prijs van geleverde verloskundige zorg zou voor een consument transparanter moeten zijn. Voor een consument is het in de huidige situatie lastig te achterhalen hoeveel verloskundige zorg kost. Doordat verloskundige zorg in het basispakket zit, is het wel zo dat consumenten hier minder in geïnteresseerd zijn dan wanneer zij (veel) zelf moeten betalen. Voor een bevalling met laag risico in een geboortecentrum of in een polikliniek wordt doorgaans wel een eigen bijdrage verlangd. Het is voor de consument niet altijd duidelijk hoe hoog deze bijdrage precies is.

Markttoegang

Voldoende aanbieders

Het huidige aanbod van eerstelijns verloskundige zorg is over heel Nederland genomen zeker voldoende. Regionaal zijn er wel verschillen in de verloskundigendichtheid. Een deel van de eerstelijns verloskundigen werkt qua aantal uren parttime, waardoor er sprake is van restcapaciteit die kan worden ingezet bij schaarste. Een deel van die uren wordt wel gemaakt op onregelmatige basis, gezien de aard van het beroep. Ook andere zorgaanbieders kunnen eerstelijns verloskundige zorg verlenen wanneer er schaarste ontstaat. Een voorbeeld hiervan zijn klinisch verloskundigen en gynaecologen. Het is echter de vraag in hoeverre dit reëel is gezien het hogere opleidingsniveau van deze zorgaanbieders. Tevens zouden huisartsen meer verloskundig actief kunnen worden. De laatste jaren daalt dit aantal echter sterk wat het weinig aannemelijk maakt dat dit ook daadwerkelijk zal gebeuren. Daarnaast kunnen buitenlandse verloskundigen met een korte applicatiecursus ingezet worden in de eerste lijn. Tenslotte kunnen basisartsen in principe eerstelijns verloskundige zorg bieden, mits zij een akkoord hebben van de zorgverzekeraar.

Toetredingsdrempels

Bij schaarste kan een toekomstige aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg niet zomaar toetreden. De numerus fixus is een toetredingsdrempel voor aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg. De bestaande behoefte van de opleidingscapaciteit is afhankelijk van vele factoren. Het is daarom lastig de uitbreiding of inperking van het aantal opleidingsplaatsen aan te laten sluiten op ontwikkelingen in de markt. Financiële toetredingsdrempels om tot de markt toe te treden zijn minimaal, doch niet verwaarloosbaar. Er zijn signalen dat nieuwe toetreders door zittende eerstelijns verloskundigen worden belemmerd voor bijvoorbeeld het regelen van achtervang, het is belangrijk om te weten in hoeverre dit daadwerkelijk voorkomt.

Keuze- en overstapmogelijkheden

In de fase waarin de verloskundige zorg nog niet acuut is, heeft de consument genoeg tijd en mogelijkheden om van aanbieder te wisselen. De huidige prestaties voor eerstelijns verloskundige zorg zijn ook in

verschillende (opeenvolgende) delen opgesplitst. In regio's waar minder aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg actief zijn kan het vinden van een andere aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg lastiger zijn. Wel zijn geboortecentra in opkomst. Deze geboortecentra bieden in principe een verplaatste thuisbevalling en vormen daarmee een extra keuzemogelijkheid voor bevallen in de eerste lijn.

Marktgedrag partijen

Prikkel verzekeraar om goed in te kopen

Op de totale schadelast van de verzekeraar vormen de uitgaven aan eerstelijns verloskundige zorg relatief gezien een gering bedrag. De verzekeraar ervaart daarom maar een beperkte prikkel om scherp in te kopen op de prijs. Verzekeraars moeten wel voldoen aan de zorgplicht voor die zorg die onder de basisverzekering valt. Er is wel een sterke prikkel om gevarieerde verloskundige zorg met een goede kwaliteit in te kopen. Ten opzichte van andere paramedische beroepen kunnen fouten bij verloskundige zorg namelijk direct tot ernstige gevolgen leiden. Daarnaast is verloskunde een thema voor verzekeraars om zich te profileren richting jonge gezinnen.

Prikkel voor de consument om goed in te kopen

Verloskundige zorg zit in het basispakket. Vanuit dat opzicht heeft de consument nauwelijks een financiële prikkel om goed in te kopen (de zorg wordt immers vergoed). Dit is anders wanneer men naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat. De consument zal dan zelf een deel moeten betalen. In het huidige systeem zijn echter bijna alle aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg door de verzekeraar gecontracteerd. Het kan wel zijn dat de consument een eigen bijdrage moet betalen wanneer de bevalling met laag risico in een geboortecentrum of polikliniek plaatsvindt. De consument zal de hoogste kwaliteit van verloskundige zorg willen ontvangen en zal hiermee rekening houden bij de keuze voor een aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg. Zwangerschap en geboorte worden immers als zeer speciale gebeurtenissen in het leven ervaren. Kwaliteit is daarom zeer belangrijk en moet dus transparant zijn. Dit is nu onvoldoende het geval.

Marktverhoudingen

Op basis van de marktanalyse concludeert de NZa dat de structurele marktverhoudingen redelijk evenwichtig zijn. Op dit moment hebben de aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg een goede positie ten opzichte van de verzekeraar.

Anticompetitieve gedragingen

Te hoge prijzen

Het risico op te hoge prijzen in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg is beperkt. Verzekeraars beschikken over voldoende inkoopmacht en er is geen schaarste op de markt. Wanneer een aanbieder te hoge prijzen vraagt, kunnen consumenten en verzekeraars kiezen voor een andere aanbieder. Aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg beschikken daardoor niet over een economische machtspositie. Ook zijn de voordelen van het hanteren van een te hoge prijs in een regio van beperkte en tijdelijke aard omdat andere aanbieders zich in de regio zullen vestigen wanneer de prijzen gedurende een langere periode boven het landelijk gemiddelde liggen.

Te lage prijzen

Over het algemeen is het voor aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg vanwege het gebrek aan terugverdienmogelijkheden niet

aantrekkelijk om gedurende een bepaalde periode de prijs laag te houden om zo concurrenten te verdrijven. Geboortecentra en grote praktijken zijn hier theoretisch wel beter toe in staat dan zelfstandige aanbieders. De vraag naar eerstelijns verloskundige zorg is daarnaast inelastisch en een lage prijs heeft daarom weinig effect op de vraag en vice versa. Het risico op te lage of te hoge prijzen is ook om die reden beperkt.

Kartelvorming

Op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg lijkt het risico op kartelvorming beperkt gegeven de marktmacht van verzekeraars en de beperkte mogelijkheid voor het hanteren van anticompetitieve prijzen.

Misbruik inkoopmacht

De NZa acht het weinig aannemelijk dat bij eerstelijns verloskundige zorg een reëel risico aanwezig is op onjuist gebruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben een zeer beperkte interne prikkel om scherp in te kopen gezien de beperkte schadelast. Zij hebben wel een zorgplicht en een externe prikkel om goed in te kopen omdat geboortezorg een product is waar ze zich mee kunnen profileren, danwel imagoschade mee kunnen oplopen. Daarnaast wordt de mogelijkheid van verzekeraars om hun inkoopmacht onjuist te gebruiken beperkt door een bepaalde mate van keuzevrijheid van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders hebben immers geen verplichting om met een zorgverzekeraar een contract aan te gaan.

Negatieve externe effecten

Afwenteleffecten

Bij het vrijgeven van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg zullen de afwenteleffecten van consumenten die relatief veel tijd vragen gering zijn. Voor consumenten met een zorgvraag die meer tijd in beslag neemt kan in een geliberaliseerde markt juist makkelijker een hoger tarief afgesproken worden. Daarnaast werken eerstelijns verloskundigen met protocollen en mag er in principe pas worden doorverwezen naar de tweede lijn wanneer er een medische indicatie is.

Keteneffecten

In de verloskundige keten is samenwerking tussen de verschillende betrokken disciplines van belang om de continuïteit van zorgverlening te garanderen. Momenteel gelden er voor de zorg in de tweede lijn zoals die geleverd wordt door klinisch verloskundigen en gynaecologen vrije tarieven. Daarnaast onderzoekt de NZa of vrije prijsvorming op de markt voor kraamzorg mogelijk is. Wanneer de schotten tussen de bekostiging van de verschillende vormen van geboortezorg worden weggehaald, dan biedt dit kansen om de zorg anders te organiseren. Door bijvoorbeeld één verantwoordelijke aan te wijzen kan samenwerking verbeterd worden en de kwaliteit van zorg voor de consument verhoogd worden. Verzekeraars zouden dan bijvoorbeeld zorg in kunnen kopen voor de gehele keten. Prestatiebeschrijvingen moeten dan wel worden aangepast.

Bij samenwerking is de overdracht van consumenten essentieel. Goede informatiesystemen kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Volume-effecten

Zoals reeds eerder opgemerkt is de vraag naar verloskundige zorg vrij inelastisch. Het is daarom niet te verwachten dat het volume sterk gaat stijgen wanneer de markt zou worden vrijgegeven. Het is wel mogelijk dat de vraag naar aparte verrichtingen zoals bijvoorbeeld echo's gaat stijgen.

Risicoselectie

De eerstelijns verloskundige is één van de poortwachters tot medisch specialistische verloskundige zorg. Deze functie die de verloskundige vervult is niet in het geding. Zolang de wettelijke voorwaarden en polisvoorwaarden voor doorverwijzing naar medisch specialistische zorg hetzelfde blijven, is er bij de liberalisering van deze markt geen verwachting dat de rol van de eerstelijns verloskundige als één van de poortwachters tot medisch specialistische verloskundige zorg verandert.

Lastendruk en veranderingskosten

De lastendruk is groter in een systeem met regulering dan in een systeem van vrije prijsvorming. De introductie van vrije prijsvorming leidt wel tijdelijk tot een toename van de lastendruk. Dit zijn echter incidentele kosten. Structureel verdwijnen de kosten die verbonden zijn aan de tarifiering. De transactiekosten kunnen wel toenemen. Deze laatste hangen samen met eventuele onderhandelingen over contracten en hoe het contractproces ten opzichte van de huidige situatie verandert. Deze toename in kosten moet worden afgezet tegen de baten van vrije prijsvorming. Het gaat bij deze baten om aspecten zoals: meer mogelijkheden om in kwaliteit te investeren, klantgericht werken, de mogelijkheid om beter in te spelen op regionale omstandigheden en betere prikkels om efficiënt te werken.

Voorlopige conclusie

Op basis van bovenstaande analyse komt de NZa tot de voorlopige conclusie dat de juiste marktcondities aanwezig zijn voor vrije prijsvorming op de markt van eerstelijns verloskundige zorg. Er is dan ook geen reden om aan te nemen dat een vrije markt de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid gaat schaden. Vrije prijsvorming leidt juist tot een beter resultaat voor de consument. Het vrijgeven van prijzen geeft naar verwachting verzekeraars en aanbieders meer vrijheden om klantgericht te werken en een hogere kwaliteit aan te bieden. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich op deze manier ook beter van elkaar onderscheiden. Daarnaast geeft het een prikkel om de transparantie in de markt te vergroten. Tot slot kunnen vrije prijzen een impuls geven aan de samenwerking binnen de keten van de zorg rondom de geboorte.

Met betrekking tot de hierboven genoemde knelpunten geldt dat regulering hier geen betere oplossing voor biedt. Onder een maximumtarief hebben verzekeraars minder sterke prikkels om goed in te kopen of in kwaliteit te investeren. Voor aanbieders geldt dat er geen prikkel is om zich van elkaar te onderscheiden. Juist een vrije markt geeft aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg en verzekeraars stimulansen om in kwaliteit te investeren. De prikkels die verzekeraars en consumenten ervaren om goed in te kopen zijn op voorhand ook moeilijk in te schatten. Dit hangt namelijk nauw samen met het vrijgeven van een markt. De dynamiek die een vrije markt met zich meebrengt, kan ervoor zorgen dat deze prikkels sterker worden. Het implementeren van prestatie-indicatoren kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Consultatievraag 1

Deelt u de voorlopige conclusie van de NZa dat vrije prijsvorming het best de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg borgt? Zo nee, waarom niet en wat is het alternatief?

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In februari 2007 heeft de NZa het visiedocument 'Liberalisering vrije beroepen in de zorg' gepubliceerd.¹ 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 voldoende geborgd zijn in een geliberaliseerde markt en kan zodoende vaststellen of de markt kan worden vrijgegeven of niet. Op basis van de uitkomst van de meetlat adviseert de NZa de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om een markt vrij te geven of niet. De minister neemt hier uiteindelijk een beslissing over.

In het visiedocument is deze meetlat ingevuld voor alle vrije beroepen om te bepalen welke beroepsgroepen of markten mogelijk kandidaat zijn om vrije prijsvorming te introduceren. Het betrof hier echter niet meer dan een eerste analyse. De invulling was vooral bedoeld om een prioritering aan te brengen in de volgorde waarin de verschillende beroepsgroepen/markten onderzocht worden.

Bij de introductie van vrije prijsvorming gaat het niet alleen om een nieuw bekostigingssysteem. De kern van liberalisering van markten is dat prijsregulering in sectoren wellicht niet nodig en niet wenselijk is. Als marktspelers de hun toegedichte rol op de markt kunnen spelen kan overheidsregulering verstorend werken. Het past binnen de rol van de NZa om de juiste voorwaarden te scheppen om een markt goed te laten functioneren. Indien marktpartijen in staat zijn om de markt te vormen is regulering niet meer nodig. In het recente verleden zijn positieve ervaringen opgedaan met vrije prijsvorming, onder meer in de fysiotherapie (zie tekstbox).

Ervaringen vrije prijsvorming fysiotherapie

In de monitor Fysiotherapie 2007 adviseert de NZa de minister om na drie jaar experimenteren met vrije prijzen de markt per 1 januari 2008 definitief vrij te geven. In de experimenteerperiode is gebleken dat de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid goed geborgd zijn in een omgeving van vrije prijsvorming. Het experiment heeft daarnaast geleid tot meer dynamiek in de markt. Verzekeraars en fysiotherapeuten maken meer afspraken over concrete producten en zorgprogramma's voor consumenten.

Het experiment heeft daarmee bijgedragen aan het ondernemerschap van fysiotherapeuten. Daarnaast heeft vrije prijsvorming geleid tot meer prikkels voor het leveren van kwaliteit en doelmatigheid. Fysiotherapeuten die een hogere kwaliteit kunnen leveren en efficiënter werken worden beter beloond.

De monitor fysiotherapie 2007 is te vinden op www.nza.nl. De minister heeft het advies van de NZa overgenomen.

Bij de analyse of de markt kan worden vrijgegeven is het algemeen consumentenbelang leidend. Het introduceren van vrije prijsvorming in

¹ Dit visiedocument is te vinden op www.nza.nl.

een sector moet ervoor zorgen dat de consument de zorg van zijn keuze tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding kan inkopen (al dan niet indirect via de verzekeraar).

Marktwerking is dus geen doel op zich, maar een instrument om de welvaart voor de consument te vergroten. Meer marktwerking betekent niet dat er geen regels meer zijn, maar wel dat er andere regels zijn die meer vrijheid en flexibiliteit mogelijk maken en die de verantwoordelijkheden tussen partijen anders toedeelt. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. In plaats van het vaststellen van regels die bepalen wat er moet gebeuren voor welke prijs, gaat het erom duidelijk te maken welke prestaties worden verwacht en welke spelregels gelden.

1.2 Doelstelling rapport

Dit consultatiedocument heeft als doel om:
marktanalyse te presenteren van de onderhavige markt (zijn de juiste marktcondities aanwezig voor vrije prijsvorming²);
marktpartijen te consulteren over de door NZa uitgevoerde analyse;
op basis van de reacties van partijen het consultatiedocument om te vormen tot een visiedocument en daarmee een advies te geven aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

In dit consultatiedocument ligt de focus op de markt voor de eerstelijns verloskundige zorg.

1.3 Consultatieprocedure

Dit consultatiedocument wordt via een consultatieprocedure voorgelegd. Het wordt opgestuurd naar overheidsorganisaties, wetenschappers en brancheorganisaties met de vraag de in dit document gepresenteerde marktanalyse te toetsen. Daarnaast is het bedoeld om kennis te verzamelen om de marktanalyse aan te vullen en aan te scherpen. Kloppen de bevindingen? Zijn de analyses en conclusies juist? Ontbreken er nog aspecten die meegenomen dienen te worden om een goede afweging te kunnen maken om deze markt al dan niet vrij te geven? De consultatievragen zijn opgenomen bij de paragraaf waarop de vraag betrekking heeft. U hoeft zich hierbij niet verplicht te voelen om op alle vragen een antwoord te geven. Op pagina 57, 58 en 59 staat een totaaloverzicht van de vragen die aan u worden voorgelegd.

De NZa zal het consultatiedocument aan de hand van de reacties herschrijven tot een visiedocument. Het visiedocument zal naar verwachting in de eerste helft van 2009 worden gepubliceerd. Het visiedocument met daarin het advies voor het wel of niet liberaliseren van een markt stuurt de NZa naar de minister. Het advies zal openbaar zijn. Het is uiteindelijk aan de minister om te beslissen of een markt wordt geliberaliseerd of niet.

Tegelijkertijd met het consultatiedocument eerstelijns verloskundige zorg wordt het consultatiedocument kraamzorg uitgebracht.

² De invulling van de meetlat staat hierbij centraal.

1.4 Consultatie-informatie

De NZa nodigt u uit om vóór 17 april 2009 schriftelijk uw eigen visie en commentaar in te sturen op de punten die in dit document aan de orde komen. Wij ontvangen uw commentaar bij voorkeur in elektronische vorm als bijlage bij een e-mail bericht.

Gelieve uw antwoord steeds te voorzien van een motivering en waar mogelijk van voorbeelden en onderbouwende (kwalitatieve en/of kwantitatieve) gegevens.

U kunt uw reactie sturen aan het secretariaat van de directie Ontwikkeling van de NZa, via het volgende e-mail adres: geboortezorg@nza.nl.

Indien u uw reactie (ook) per post of fax in wilt sturen kunt u deze richten aan:

Nederlandse Zorgautoriteit
secretariaat directie Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Faxnummer (030) 296 82 96

Onder vermelding van 'Reactie <uw naam of bedrijf> consultatie Eerstelijns verloskundige zorg'.

Gelieve in uw bijdrage een contactpersoon aan te duiden onder vermelding van naam, telefoonnummer en e-mail adres, voor het geval uw bijdrage aanleiding geeft tot vragen om toelichting.

Alle reacties op het consultatiedocument worden openbaar gemaakt op de website van de NZa (www.nza.nl). Indien u één duidelijk als zodanig gemarkeerde vertrouwelijke en één niet-vertrouwelijke versie van uw commentaar verstrekt, zal de NZa alleen de niet-vertrouwelijke versie openbaar maken.

Voor verdere informatie van onze kant kunt u contact opnemen met de projectleider: Laura van der Molen, via geboortezorg@nza.nl.

1.5 Informatiebronnen

Voor het schrijven van dit document is gebruik gemaakt van bestaande literatuur over de markt voor eerstelijns verloskundige zorg³. Daarnaast is een aantal partijen geïnterviewd om beter inzicht te krijgen in een aantal aspecten dat van belang is voor een goede analyse van de markt.

1.6 Opbouw consultatiedocument

Het consultatiedocument kent de volgende opbouw die nauw aansluit bij de volgorde van de factoren zoals die zijn opgenomen in de meetlat. Hoofdstuk 2 beschrijft kort de markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Het gaat in op de aard van de verleende zorg en het aanbod op de markt. In dit hoofdstuk staan twee vragen centraal; opereren er voldoende aanbieders op de markt en zijn verzekeraars of verzekerden in staat om een goede keuze te maken tussen de verschillende

³ Onder andere informatie van NIVEL, RIVM, PRN en KNOV.

zorgaanbieders die een bepaalde prestatie aanbieden. Om dit laatste mogelijk te maken is het van belang dat de markt transparant is. Hoofdstuk 3 gaat in op het verwachte gedrag van partijen op de markt. De prikkels die partijen daarbij ervaren worden hier behandeld als ook hun mogelijkheden om goed in te kopen. Voor een goede werking van de markt is het daarnaast belangrijk dat partijen geen anticompetitieve gedragingen vertonen en dat de kans dat zich negatieve externe effecten voordoen, klein is. Het hoofdstuk behandelt de verschillende risico's en analyseert of deze voorkomen in een situatie met vrije prijsvorming. Hoofdstuk 4 besteedt aandacht aan de lastendruk onder zowel de huidige regulering als in een markt met vrije prijsvorming. In deze analyse worden ook de veranderingskosten meegenomen. Hoofdstuk 5 gaat in op de monitortaak en de bevoegdheden van de NZa bij vrijgegeven markten. Hoofdstuk 6 geeft een overzicht van alle consultatievragen. In bijlage 1 staat een begrippenlijst met de verklaring van een aantal veelgebruikte begrippen in dit document. In bijlage 2 is tot slot de beleidsregel voor verloskundige zorg opgenomen.

2. De markt voor eerstelijns verloskundige zorg

Dit hoofdstuk beschrijft de markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Paragraaf 2.1 omschrijft wat (eerstelijns) verloskundige zorg is, paragraaf 2.2 gaat in op het huidige aanbod op de markt. Ook wordt gekeken hoe het aanbod zich zou kunnen ontwikkelen als de vraag naar eerstelijns verloskundige zorg stijgt. Naast de mogelijkheden om het huidige aanbod te verruimen, staan hierbij bijvoorbeeld mogelijke toetredingsdrempels centraal. Paragraaf 2.3 beschrijft tenslotte de keuzemogelijkheden van de consument.

2.1 Wat is verloskundige zorg

Vrouwen hebben in Nederland in relatie tot hun zwangerschap recht op verloskundige zorg. Verloskundige zorg betreft zorg die plaatsvindt vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de bevalling en het kraambed (de zogenaamde prenatale, natale en postnatale zorg). Deze activiteiten zijn aangemerkt als prestatie binnen de eerstelijns verloskundige zorg. De verloskundige zorg in Nederland omvat in het algemeen de volgende activiteiten:

- *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).

Preconceptiezorg is de laatste tijd meer in opkomst. Preconceptiezorg is het geheel aan voorlichting en maatregelen dat in verband met de gezondheid van moeder en kind rond de conceptie genomen kan of moet worden. Specifieke preconceptiezorg is niet aangemerkt als een prestatie binnen de basiszorg in de Zorgverzekeringswet.⁴

Achtergrondinformatie

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 thuis bevallen. In de meeste West-Europese landen wordt thuis bevallen als uitzonderlijk gezien en vindt de bevalling plaats in het ziekenhuis. Verloskunde in Nederland kenmerkt zich door een verdeling van de zorg op basis van risicoselectie. Er is een onderverdeling in eerste-, tweede- en derdelijnszorg (zie ook paragraaf 2.2). Risicoselectie is bedoeld ter bevordering van doelmatige 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 gynaecoloog, kinderarts of een andere zorgverlener.⁵ 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 doorstuurt naar de tweede lijn. Zij hebben daarmee een zogeheten poortwachtersfunctie voor medische specialistische verloskundige zorg.

In 2005 vonden er in Nederland 178.063 geboorten plaats.⁶ In 2005 begon 46,5% van de vrouwen in de eerste lijn met de bevalling. 23,2% beviel hiervan thuis. 11,1% beviel poliklinisch zonder medische indicatie onder begeleiding van de eigen verloskundige. Van 0,4% is niet duidelijk waar in de eerste lijn de bevalling heeft plaatsgevonden. In totaal heeft 34,7% de bevalling in de eerste lijn voltooid. In de tweede lijn beviel in totaal 65,3% van de vrouwen. Dit betekent dat de overdracht van de eerste naar de tweede lijn tijdens de baring 11,8% bedroeg. Over 2006 zijn de cijfers globaler. In 2006 vonden 176.179 geboorten plaats. 45,1% van de vrouwen begon met de bevalling in de eerste lijn. Uiteindelijk is 33,4% ook in de eerste lijn bevallen. 11,7% is tijdens de baring naar de tweede lijn verplaatst. 66,6% van de geboorten is uiteindelijk in de tweede lijn afgerond. Dit is een kleine stijging in vergelijking met 2005.

Voor de vrouwen die voor het eerst een kind krijgen (nulliparae) ligt dit percentage nog hoger. Driekwart van de vrouwen die hun eerste kind krijgt, bevalt in de tweede lijn (75,2% in 2005 en 76,5% in 2006).^{7 8}

Kenmerken verloskundige zorg

Enkele kenmerken van verloskundige zorg zijn:

Het is *incidentele zorg*. Vrouwen krijgen er gemiddeld een à twee keer in hun leven mee te maken.

Het is *noodzakelijke zorg*. Verloskundige zorg wordt in het algemeen beschouwd als noodzakelijke zorg. Vrijwel alle zwangere vrouwen doen er een beroep op voor de begeleiding bij de zwangerschap en bevalling om de gezondheid van moeder en kind te waarborgen.

Het is doorgaans slechts in een bepaalde fase spoedeisend. Het is zorg

⁴ De NZa heeft een eenzijdig verzoek van de KNOV om een algemeen preconceptieconsult aan te merken als prestatie binnen de verloskundige zorg, niet ingewilligd. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen de prestatie specifiek preconceptieconsult voor vergoeding in aanmerking laten komen via de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'.

⁵ Zie: http://www.knov.nl/home/_files/pdf/beroepsprofiel-samenvatting.pdf

⁶ Geregistreerde geboorten door Stichting perinatale registratie Nederland (PRN). Dit aantal ligt lager dan het aantal geboorten geregistreerd door bijvoorbeeld het CBS. Cijfers van CBS voor 2005 en 2006 zijn 187.910 respectievelijk 185.057. De cijfers van het PRN worden aangehouden voor een juiste indicatie van de verdeling van de percentages tussen de eerste en tweede lijn.

⁷ Bij deze cijfers zijn geen registraties van verloskundige actieve huisartsen meegenomen. Bron: Stichting perinatale registratie Nederland, Perinatale zorg in Nederland 2005.

⁸ Bij deze cijfers zijn geen registraties van verloskundige actieve huisartsen meegenomen. Bron: Stichting perinatale registratie Nederland, Perinatale zorg in Nederland 2006.

⁹ NZa, Conform beleidsregel CI-1044 stelt de NZa de tarieven vast als opgenomen in de tarieflijst. Hoe deze tarieven gedeclareerd moeten worden stelt de NZa vast in nadere regeling CU-100.072.

¹⁰ CVZ, Zorgcijfers, 2007.

¹¹ CVZ, Zorgcijfers, 2007.

¹² NZa, tarievenlijst verloskunde, januari 2009. NZa, tarievenlijst huisartsenzorg, januari 2009.

¹³ Verschil tussen de maximum tarieven komt onder andere doordat het tarief van de verloskundig actieve huisarts de laatste jaren niet geïndexeerd is.

¹⁴ Diagnosebehandelingscombinaties. De zorgverzekeraars betalen per ziektegeval één prijs voor de totale zorg die wordt verleend aan een cliënt: de DBC.

die geen uitstel vergt op het moment dat de bevalling zich aandient, maar in eerder stadium is er veelal de tijd om te kiezen tussen zorgaanbieders.

De *geografische nabijheid* van de zorg is van groot belang.

Verloskundige zorg vergt *samenwerking* binnen een keten. Verschillende beroepsgroepen verlenen verloskundige zorg gedurende het begin van de zwangerschap tot en met de bevalling en het kraambed. Eerste- en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen kunnen gedurende één of meerdere periodes verloskundige zorg verlenen. De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of verloskundig actieve huisarts bij bevallingen thuis en in geboortecentra en soms bij poliklinische bevallingen. Ook verleent zij zorg tijdens het kraambed. Kinderartsen verlenen in relatie tot de verloskundige zorg alleen zorg tijdens het kraambed. De eerstelijns verloskundige heeft de medische verantwoordelijkheid over de kraamperiode.

Doordat verschillende zorgverleners invulling geven aan het zorgsysteem voor de (aanstaande) moeder en kind, zijn een goede afstemming en duidelijke afspraken over de taakverdeling vereist.

De vraag naar verloskundige zorg

De vraag naar verloskundige zorg wordt in eerste instantie bepaald op microniveau door de cliënt. Op macroniveau zijn de zorgverzekeraars de vragers van verloskundige zorg. De zorgverzekeraars kopen de zorg in bij de verloskundigen voor de polissen met gecontracteerde zorg. In de polis is opgenomen welke behandelingen verzekeraars vergoeden aan de consument. Verloskundige zorg valt binnen het basispakket. Voor sommige behandelingen (poliklinisch zonder medische indicatie of bevallen in een geboortecentrum) is een eigen bijdrage verplicht gesteld. Voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geldt een tarief van € 466.⁹ De eigen bijdrage van verzekerden bedraagt meestal € 200. Het zogeheten preconceptieconsult behoort (nog) niet tot het basispakket.

De uitgaven voor eerstelijns verloskundige zorg onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ) bedroegen 135 miljoen euro in 2007.¹⁰ De totale zorguitgaven volgens het bruto BKZ bedroegen 54,1 miljard euro in 2007.¹¹ In 2009 zullen de uitgaven voor eerstelijns verloskundige zorg hoger zijn door de honorering van de verzoeken van het hogere tarief voor achterstandswijken en de verlaging van de rekennorm. Echter in verhouding met het totale BKZ blijft het een gering bedrag.

Regulering

Voor eerstelijns verloskundigen of huisartsen die verloskundige zorg bieden, gelden maximumtarieven.¹² Het tarief voor volledige verloskundige zorg bedraagt vanaf 1 januari 2009 maximaal € 921 (als verloskundige) of € 734 (als huisarts).¹³ Daarnaast zijn er deelprestaties berekend voor de verschillende activiteiten tijdens de verschillende periodes van de zwangerschap. De deelprestaties kunnen in rekening worden gebracht wanneer niet de hele verloskundige zorg door de(zelfde) aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg wordt gedaan. De tarieven staan genoemd in de tarieflijsten voor verloskundigen en huisartsen. Per 1 januari 2009 is het voor een verloskundige mogelijk om een hoger tarief in rekening te brengen wanneer zij/hij zorg verleent aan consumenten in achterstandswijken. De tarieven worden dan vermenigvuldigd met een factor 1,23.

Het is de NZa niet bekend of verzekeraars momenteel aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg contracteren onder het maximumtarief.

Een poliklinische bevalling zonder medische indicatie is eerstelijns verloskundige zorg die in het ziekenhuis geboden wordt. Deze prestatie is voor een ziekenhuis aangemerkt als een ondersteunend of overig product (O(V)P). Daarnaast kan eerstelijns verloskundige zorg geboden

worden in een geboortecentrum. Deze centra vallen nu onder de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' en kunnen vaak op basis daarvan een bedrag gelijk aan dat van de O(V)P in rekening brengen. De innovatiebeleidsregel laat zowel tarief als prestatie vrij. Voor verloskundige zorg in de tweede en derde lijn gelden DBC's¹⁴. Sinds 2008 zit de tweedelijns verloskundige zorg in het B-segment. Dit betekent dat instellingen en verzekeraars vrij kunnen onderhandelen over het volume en de prijs. Derdelijns verloskundige zorg valt in het A-segment, volume en prijs zijn hier gereguleerd.

2.2 Zijn er voldoende aanbieders op de markt

Voor een goede werking van de markt is het van belang dat er voldoende aanbod en voldoende aanbieders zijn op de markt, zodat er voor de consument en de zorgverzekeraar iets te kiezen valt. Deze paragraaf besteedt aandacht aan het huidige aanbod op de markt voor (eerstelijns) verloskunde en staat stil bij de vraag of er voldoende aanbod op de markt is. Daarnaast wordt besproken hoe het aanbod zich zou kunnen ontwikkelen als reactie op bijvoorbeeld een mogelijke stijging van de vraag naar eerstelijns verloskundige zorg. Ook worden belangrijke ontwikkelingen op de markt besproken.¹⁵

2.2.1 Huidig aanbod van verloskundige zorg

Eerstelijns verloskundige zorg

Zolang alles normaal verloopt is het een verloskundige, of een verloskundig actieve huisarts, die zwangere vrouwen begeleidt.¹⁶ Verloskundigen en huisartsen zijn beide medische beroepsgroepen die zijn gereguleerd op basis van de Wet Beroepen op de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Ze hebben een autonome positie en zelfstandige beslissingsbevoegdheid.

Om als eerstelijns verloskundige werkzaam te kunnen zijn moet de betrokkene een Nederlands examen als verloskundige of een officieel daarmee gelijk gesteld examen met goed gevolg hebben afgelegd. De opleiding tot verloskundige is een vierjarige HBO-opleiding. Er zijn in Nederland drie initiële opleidingen tot verloskundige gevestigd, in vier opleidingsplaatsen: Amsterdam, Groningen (dependance Amsterdam), Maastricht en Rotterdam. Om voor toelating in aanmerking te komen moet de aanmelder voldoen aan een aantal toelatingscriteria. Daarnaast is er sprake van een numerus fixus (instellingsfixus). Omdat de taken van verloskundigen in de tweede (klinisch verloskundigen) voor een deel afwijken van de taken van de eerstelijns verloskundigen, zijn er sinds enkele jaren specifieke vervolgoopleidingen. Gedurende de opleiding is het lopen van verschillende stages verplicht.

In 2007 waren er 2.265 praktiserende verloskundigen in totaal in Nederland. Hiervan werken 1.764 verloskundigen in de eerste lijn.¹⁷ Het grootste deel van de praktiserende verloskundigen is werkzaam in een eigen praktijk of maatschap. Ongeveer een derde werkt in loondienst; zij werken of in een ziekenhuis of in loondienst bij een zelfstandig

¹⁵ Wanneer het in het vervolg van het document gaat over zorg die door een eerstelijns verloskundige wordt geleverd, wordt hiermee ook de zorg door een verloskundig actieve huisarts bedoeld.

¹⁶ Wanneer het in het vervolg van het document gaat over zorg die door een eerstelijns verloskundige wordt geleverd, wordt hiermee ook de zorg door een verloskundig actieve huisarts bedoeld.

¹⁷ NIVEL, Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2007, 2007

gevestigde verloskundige. Een klein deel werkt in loondienst van een gezondheidscentrum, Stichting Thuisbevalling Nederland (STBN) of vergelijkbare instelling/stichting. De overige verloskundigen zijn werkzaam als waarnemer (freelancer).¹⁸ Verloskundige zorg wordt grotendeels door vrouwen geleverd. Een zelfstandig gevestigde verloskundige werkt gemiddeld 30 uur per week.¹⁹

Een aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg kent onregelmatige werktijden. Bij bevallingen of acute situaties in de pre- of postnatale zorg moet de verloskundige 24 uur per dag bereikbaar zijn of achtervang hebben geregeld.

Het aantal solopraktijken nam de afgelopen jaren flink af, vooral ten gunste van groepspraktijken van drie of meer verloskundigen.²⁰ Ook 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 van de verloskundig actieve huisartsen binnen vijf jaar te zullen stoppen met het begeleiden van bevallingen. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen de verloskunde namelijk steeds vaker als een last ervaren. Het vraagt voortdurende bereikbaarheid, die niet of moeilijk te combineren is met een waarneem- of dienstenregeling. Daarnaast speelt mee dat er onvoldoende aandacht is voor verloskunde in de opleiding en dat huisartsen onvoldoende ervaring kunnen opdoen.²¹ Onduidelijk is op dit moment hoeveel huisartsen(praktijken) verloskundig actief zijn. Uitgaande van het onderzoek van het NIVEL zouden er ongeveer 300 huisartsen verloskundig actief zijn. De LHV en VVAH gaan uit van 350 tot 400 verloskundig actieve huisartsen. Er staan 147 huisartsen ingeschreven in het register verloskunde van het CHBB (College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden).

Met een eerstelijns verloskundige kan een consument zelf contact opnemen, zonder verwijzing. Een huisarts (al dan niet verloskundig actief) of een eerstelijns verloskundige kan een zwangere vrouw doorverwijzen naar de tweede lijn. Een eerstelijns verloskundige heeft dus een zogeheten poortwachtersfunctie.

Een bevalling in de eerste lijn vindt thuis plaats of in een geboortecentrum of poliklinisch zonder medische indicatie onder begeleiding van de eigen verloskundige (dus zonder klinisch verloskundige of gynaecoloog). Deze poliklinische bevalling vindt in het ziekenhuis plaats.

Tweedelijns verloskundige zorg

Verloskundige zorg in de tweede lijn wordt verleend door klinisch verloskundigen en gynaecologen. Klinisch verloskundigen beschikken over specifieke vervolgoopleidingen en worden in een apart register opgenomen. In 2007 telde Nederland 501 praktiserende klinisch verloskundigen. Dit is ongeveer 22% van het totaal aantal praktiserende verloskundigen. Klinisch verloskundigen zijn werkzaam in het ziekenhuis: in de verloskamer, de polikliniek, de zwangerenafdeling of een kraamafdeling. Daar begeleiden ze zwangerschappen en bevallingen met een verhoogd risico. Zo lang er geen kunstverlossing nodig is en de baby het goed maakt, begeleiden ze de bevalling zelfstandig, in samenspraak met de gynaecoloog. De taken van klinisch verloskundigen komen voor een deel overeen met die van de eerstelijns verloskundige.

¹⁸ NIVEL, Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2007, 2007.

¹⁹ NIVEL, Behoefteraming 2004-2015, 2005.

²⁰ NIVEL, Monitor Verloskundige Zorgverlening, vierde meting, 2005.

²¹ Zie: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2245n29713.html

De gynaecoloog is de medisch eindverantwoordelijke voor de begeleiding en controle van vrouwen bij wie een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens de zwangerschap en/of de bevalling.²²

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 worden ze dan zo nodig doorverwezen wanneer ze een verhoogd risico lopen. Ook de nazorg wordt in de meeste gevallen weer overgenomen door de eerstelijns verloskundige bij wie de cliënt onder controle was.

Derdelijns verloskundige zorg

Derdelijns verloskundige zorg is gespecialiseerde zorg die geboden wordt in academische ziekenhuizen, zoals vruchtwaterpunctie, specialistische echo's en de opvang van zeer vroeg geboren. Gynaecologen en andere relevante medische specialisten verlenen deze zorg.

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van de taken en het huidige aanbod van verloskundige zorg? Zo niet, de verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangegeven en voorzien van een bronvermelding.

2.2.2 Vraag versus aanbod

Momenteel kan elke (zwangere) vrouw een beroep doen op eerstelijns verloskundige zorg, maar de vraag en het aanbod verschillen per regio. Landelijk gezien is het er voldoende aanbod van eerstelijns verloskundige zorg. In de provincies Gelderland en Flevoland is de verloskundigendichtheid²³ het hoogst. Voor de hoogte van de verloskundigendichtheid in de provincies is geen eenduidige reden aan te wijzen. In Zeeland is de verloskundigendichtheid het laagst. Binnen niet stedelijke gemeenten is het door de geringe bevolkingsdichtheid en het aandeel ouderen in de bevolking voor een eerstelijns verloskundige moeilijker een rendabele praktijk op te bouwen.²⁴ Een gevolg van een lage verloskundigendichtheid is dat vrouwen geen keuze hebben tussen thuis bevallen en in het ziekenhuis bevallen. Wanneer een vrouw wegens capaciteitsredenen in het ziekenhuis moet bevallen, hoeft de vrouw geen eigen bijdrage te betalen. In Zeeland zijn gevallen bekend waar zwangere vrouwen met een laag risico geen keuze hadden en in het ziekenhuis moesten bevallen. Het is niet duidelijk om hoeveel vrouwen het precies gaat.

Daarnaast is er recent een signaal gegeven aan de minister van VWS over de mogelijke concentratie van tweedelijns verloskunde als gevolg van DBC-tarieven. Het effect daarvan kan zijn dat niet alle ziekenhuizen tweedelijns verloskundige zorg kunnen bieden doordat er te weinig volume is waardoor het verliesgevend is om bijvoorbeeld een gynaecoloog 24 uur beschikbaar te hebben staan. Dit betekent dat de thuisbevalling niet meer plaats kan vinden doordat er onvoldoende achtervang in de tweede lijn beschikbaar is binnen de

²² Met betrekking tot de normen voor bereikbaarheid wordt uitgegaan van een 24-uurs aanwezigheidsdienst op de verlosafdeling door tweedelijns verloskundigen en/of assistent geneeskundigen. Gynaecologen dienen als achtervang goed bereikbaar te zijn en moeten zich op relatief korte afstand van het ziekenhuis bevinden.

²³ Verloskundigendichtheid is de verhouding tussen één verloskundige per aantal vrouwen van de leeftijd van 15-39 jaar. Dit is de definitie die het NIVEL hanteert.

²⁴ NIVEL, Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2007, 2007.

bereikbaarheidsnorm.²⁵ Tevens is de situatie in Zeeland met betrekking tot de Zeeuwse ziekenhuizen zeer actueel. Hier is tweedelijns verloskunde geconcentreerd op een locatie om kwalitatief verantwoorde tweedelijns verloskundige zorg aan te kunnen blijven bieden en daarmee ook de mogelijkheid te behouden voor kwalitatief verantwoorde eerstelijns verloskundige zorg. Deze concentratie leidt echter tot een hoop discussie in relatie tot het bereikbaarheidsvraagstuk.^{26 27}

Consultatievraag 3

Kunt u aangeven hoeveel zwangere vrouwen met een laag risico jaarlijks niet thuis kunnen bevallen door het gebrek aan eerstelijns verloskundige zorg of door het gebrek aan achtervang in de tweede lijn? Graag zo concreet mogelijk aangegeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

2.2.3 Ontwikkelingen op de markt

Ontwikkeling vraag en aanbod

Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat er in de toekomst genoeg aanbod is om aan de vraag naar verloskunde te voldoen. De verwachting is dat enerzijds de vraag naar verloskunde in de toekomst afneemt. Hieraan liggen maatschappelijke ontwikkelingen ten grondslag. De laatste jaren neemt het aantal geboorten af en de verwachting is dat het geboortecijfer de komende jaren nog verder zal dalen (met een trendbreuk in 2008).^{28 29} Aan de andere kant wordt het takenpakket van de eerstelijns verloskundige steeds breder. Er komen nieuwe taken bij op gebieden als preconceptiezorg, prenatale screeningen en de tweede-trimester-echo. Een deel van deze taken is al geformaliseerd en levert ook extra inkomsten op. Er ontstaat in toenemende mate differentiatie en specialisatie van taken van de verloskundige zorg. Een deel van de eerstelijns verloskundigen kiest er bijvoorbeeld voor om een extra opleiding te volgen, zoals een opleiding echoscopie. Deze ontwikkelingen kunnen tot gevolg hebben dat een eerstelijns verloskundige meer zorg aan minder cliënten biedt. Deze ontwikkeling is reeds in gang gezet en de rekennorm en daarmee het tarief is daarom aangepast per 2009. Op dit moment is er geen sprake van schaarste op de landelijke markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Het is echter wel belangrijk om te kijken hoe het aanbod zich zou kunnen 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?

Mogelijke verruiming huidig aanbod

Bij een stijgende vraag naar eerstelijns verloskundigen zou een deel van de vraag opgevangen kunnen worden door het huidig aantal eerstelijns verloskundigen. Doordat er parttimers op de markt actief zijn, kent het huidige aanbod van eerstelijns verloskundigen restcapaciteit. Dit maakt

²⁵ Brief van DVP Friesland aan Minister Klink d.d. 18 november 2008. Zie ook: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=36919>

²⁶ 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.

²⁷ Verloskundige zorg in Midden-Zeeland. Kamerstuk, 14 januari 2009.

²⁸ Brief van DVP Friesland aan Minister Klink d.d. 18 november 2008. Zie ook: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=36919>

²⁹ Uit de laatste cijfers blijkt dat in de eerste negen maanden van 2008 140.000 kinderen zijn geboren, bijna 3.000 meer dan in dezelfde periode van 2007. Door deze ontwikkeling zal er over heel 2008 een breuk ontstaan in de trend van een jarenlange daling van het aantal geboorten. Een stijging is sinds 2000 niet meer voorgekomen. Zie ook: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2008/2008-073-pb.htm>

het aanbod flexibel. Eerstelijns verloskundigen kunnen in theorie bij een hogere vraag meer vrouwen behandelen. Deze flexibiliteit in het aanbod volgt uit theoretische overwegingen, waarbij de prijs van verloskunde varieert met de verhouding tussen vraag en aanbod. Bij een stijgende vraag stijgt de prijs, wat vervolgens nieuw aanbod (bijvoorbeeld meer uren per week werken) uitlokt. Wanneer dit prijsmechanisme niet werkt, zoals wanneer de tarieven gereguleerd zijn, reageert het aanbod niet of minder flexibel op vraagveranderingen. Ook kan verloskundige zorg worden aangeboden door andere zorgaanbieders zoals klinisch verloskundigen en gynaecologen. Het is echter de vraag in hoeverre dit reëel is gezien het hogere opleidingsniveau. De verloskundig actieve huisarts zou ook 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 gehaald worden. 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. Tenslotte kunnen basisartsen in principe ook perinatale zorg geven, zij het dat de zorgverzekeraar dan wellicht aanvullende eisen zal willen stellen.

Er is geen substitutie mogelijk op het totale zorgpakket dat een verloskundige aanbiedt. In de prenatale fase zou bepaalde voorlichting (preconceptiezorg) wel door een andere aanbieder gesubstitueerd kunnen worden, bijvoorbeeld door huisartsen, praktijkondersteuners of door de (op te richten) centra voor jeugd en gezin.

Regionale verschillen

Momenteel zijn er regio's waar er weinig aanbod van verloskundigen is. Onder het huidige maximumtarief hebben verzekeraars geen instrument om via het tarief vraag en aanbod in evenwicht te brengen. In het geval van vrije prijzen beschikt een verzekeraar wel over dit instrument.³⁰ De verzekeraar kan regionaal een hoger tarief afspreken om het voor verloskundigen aantrekkelijk te maken om zich in deze regio te vestigen. Op deze wijze kan het vrije tarief de regionale tekorten oplossen. In principe zou de NZa in de huidige regulering in dit geval net zoals bij achterstandwijken een vermenigvuldiging kunnen toestaan van het maximum tarief. Dit geeft echter meer uitvoeringsproblemen dan de dynamiek van een vrije markt.

Toetreding

Naast een verruiming van het huidige aanbod is het goed om te onderzoeken of er geen toetredingsdrempels zijn die de instroom van nieuwe verloskundigen tegen kunnen houden. Als sprake is van een eventuele schaarste op de markt zullen nieuwe toetreders de markt willen betreden. Zeker als door schaarsteontwikkelingen de prijs voor eerstelijns verloskundige zorg stijgt. Op korte termijn zijn er voldoende aanbieders aanwezig. Op langere termijn is er echter sprake van een ongewenste toetredingsdrempel. De overheid bepaalt via een numerus fixus het aantal opleidingsplaatsen voor verloskundigen. Wanneer het aantal studenten dat een opleiding voor verloskunde wil volgen groter is dan het aantal beschikbare opleidingsplaatsen, wordt de toetreding van deze toekomstige aanbieders belemmerd. De instandhouding van een beperking van het aantal opleidingsplaatsen als de prijzen worden vrijgegeven brengt het risico met zich mee dat er op lange termijn sprake is van te hoge prijzen voor eerstelijns verloskundige zorg en een tekort aan aanbieders. In een gereguleerde omgeving geldt weliswaar

³⁰ De vraag laat zich niet beïnvloeden. Prijsmechanisme kan slechts meer aanbod uitlokken om tegemoet te komen aan vraagoverschot.

dat het risico van te hoge prijzen beperkter is, maar ook hier geldt dat een numerus fixus tot een tekort aan aanbieders kan leiden. De overheid kan natuurlijk anticiperen op vraag- en aanbodontwikkelingen door de opleidingscapaciteit uit te breiden of terug te brengen als blijkt dat er een aanbodoverschot of tekort dreigt. Daarnaast moeten er voor studenten voldoende mogelijkheden zijn om verschillende stages te kunnen volgen. Het NIVEL voert eens in de paar jaar de behoefteanalyse voor verloskundige zorg uit.³¹ De mate waarin de opleidingscapaciteit omhoog of omlaag moet hangt af van de beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen in de komende jaren.³² Het is daarom lastig om het aantal opleidingsplaatsen goed aan te laten sluiten op ontwikkelingen in de markt. Dit geldt in nog belangrijkere mate in een omgeving met vrije prijsvorming omdat dit tot meer dynamiek op de markt kan leiden.

Wanneer een buitenlandse verloskundige wil toetreden op de Nederlandse markt dan zal zij een gelijkstelling moeten ontvangen. Dit houdt in dat ze bevoegd is om in Nederland als verloskundige te werken. Vaak zullen zij een 'applicatiecursus' doen om vertrouwd te raken met de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland, zoals de thuisbevalling en risicoselectie.

Verloskundigen die hun studie afgerond hebben kunnen er voor kiezen om een nieuwe praktijk te beginnen of zich in een bestaande praktijk in te kopen. In dit geval zal er geïnvesteerd moeten worden in de praktijkruimte, de aanschaf van apparatuur, etc. Ook het betalen van goodwill kan aan de orde zijn. Goodwill is de koopsom die betaald moet worden voor het overnemen van de relatie met cliënten. Met de overname van een (aandeel in een) goedlopende praktijk wordt immers de mogelijkheid gekocht om een goed inkomen te verdienen.³³ Eerstelijns verloskundige zorg is weinig kapitaalintensief, wat het niveau van de investeringen laag houdt. De investeringen zijn echter niet verwaarloosbaar, waardoor er toch een belemmering kan worden ervaren. Indien nodig zal een verloskundige hier een lening voor kunnen afsluiten. Met dergelijke investeringen is wel rekening gehouden in het gereguleerde tarief, maar ze kunnen pas in de loop van jaren worden terugverdiend. Voor verloskundigen bestaat ook de mogelijkheid om in loondienst te treden of als waarneemster te werken. In dat geval zijn er geen investeringen noodzakelijk.

Over het algemeen lijken nieuwe toetreders geen problemen te hebben om zich in een regio te vestigen. Bijna alle verloskundigen zijn gecontracteerd door een zorgverzekeraar. Wel gaan er geluiden op dat het regelen van achtervang soms door zittende verloskundigen belemmerd wordt. Het is de NZa niet bekend in hoeverre dit daadwerkelijk voorkomt.

³¹ Gesubsidieerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) via de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor verloskundigen (KNOV) en zorgverzekeraars Nederland (ZN).

³² Om de vraag naar verloskundigen te schatten wordt onder andere rekening gehouden met het aantal te verwachten geboortes, maar bijvoorbeeld ook met het verdwijnen van de verloskundig actieve huisarts. Voor het aanbod wordt gekeken naar de in- en uitstroom van verloskundigen, waarbij de uitstroom wordt berekend op basis van de pensioengerechtigde leeftijd, de grootte van tijdelijke uitval door ziekte, zorgverlof en dergelijke, en de verwachtingen over voortijdige uitstroom.

³³ De algemene ledenvergadering van de KNOV heeft in 1999 de goodwillnorm vastgesteld op 40% van het inkomensdeel van het totale zorgbedrag van de laatste drie jaren voorafgaand aan de overname. Van deze norm kan echter worden afgeweken als omstandigheden hiertoe aanleiding geven.

Opkomst geboortecentra

Sinds een paar jaar zijn 'geboortecentra' in opkomst. Deze worden ook wel 'bevalcentra' of 'kraamhotels' genoemd.³⁴ Dit biedt de zwangere vrouw een keuze die eigenlijk tussen het thuis bevallen en het bevallen in een ziekenhuis ligt. De gedachte achter deze geboortecentra is om een bevalplek te bieden in een huiselijke omgeving als alternatief voor de reguliere poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Oorspronkelijk zijn zulke centra in het leven geroepen om de capaciteit van eerstelijns verloskundige zorg te bundelen toen er een tekort aan aanbod was. Ook waren de centra bedoeld voor vrouwen die moeilijk thuis kunnen bevallen door een ontoereikende huisvesting of door de gezinssituatie. Inmiddels maken steeds meer vrouwen gebruik van deze mogelijkheid van bevallen in de eerste lijn.

Er zijn verschillende vormen van deze centra mogelijk met verschillende initiatiefnemers. Een voorbeeld is een centrum waarbij het initiatief afkomstig is van een aantal samenwerkende eerstelijns verloskundigen, in samenwerking met een zorgverzekeraar. 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 dient te voldoen aan de voorwaarden die door het ziekenhuis en de gynaecologen gesteld worden.

Er zijn ook geboortecentra opgezet door een ziekenhuis, verloskundige praktijken en een zorgverzekeraar. Daarnaast zijn er commerciële geboortecentra gestart door samenwerkingsverbanden van een ziekenhuis, verloskundigenpraktijken en een commerciële onderneming. Geboortecentra richten zich op eerstelijns bevallingen.

Bovenstaande initiatieven hebben zich aangemeld als innovatie experiment. Dit valt onder de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'.³⁵ Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken dan samen afspraken over de prestatieomschrijving en het te declareren tarief. De NZa behandelt deze aanvragen en wanneer aan de voorwaarden is voldaan volgt een individuele beschikking.

Ook ziekenhuizen lijken zich steeds meer te richten op 'huiselijk bevallen in het ziekenhuis'. Een voorbeeld hiervan zijn de 'kraamsuites' in het ziekenhuis. Hier is sprake van een geïntegreerde afdeling verloskunde, waarbinnen de afdelingen klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde zijn geconcentreerd. De kraamsuites worden gefinancierd door het ziekenhuis. In hoeverre er eerstelijns of tweedelijns bevallingen plaatsvinden is niet geheel duidelijk. 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.

Voor ziekenhuizen is het mogelijk aantrekkelijk om een geboortecentrum naast of binnen de deur te hebben, omdat dan een eventueel noodzakelijke verplaatsing van een eerstelijns bevalling gemakkelijker is. Als hierdoor ook een groter volume tweedelijns bevallingen tot stand komt, kan de capaciteit die men als achtervang aanwezig moet hebben, efficiënter worden benut.

Ervaringen met bovenstaande centra of kraamsuites zijn over het algemeen (zeer) positief. Daarnaast kunnen zij in staat zijn kosten laag

³⁴ Hierna te noemen: geboortecentra.

³⁵ NZa, beleidsregel CV-7000-4.0-2.

te houden doordat voorzieningen gedeeld kunnen worden bij een hoger volume.

Recht op pijnbestrijding

Een andere ontwikkeling die kan leiden tot een verschuiving tussen de eerste en tweede lijn is het recht op pijnbestrijding bij de bevalling. Vrouwen waren tot voor kort tijdens de bevalling afhankelijk van de beschikbaarheid en het oordeel van een arts of ze een verdoving krijgen of niet. Eind 2008 is de multidisciplinaire richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling' bekrachtigd.³⁶ Deze richtlijn is opgesteld door de beroepsverenigingen van verloskundigen (KNOV), gynaecologen (NVOG) en anesthesiologen (NVA). De richtlijn houdt in dat aan iedere barende vrouw op haar verzoek een adequate vorm van pijnbehandeling moeten worden aangeboden. Tijdens de zwangerschap zal iedere vrouw moeten 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, die in de huidige situatie alleen door anesthesiologen gezet worden. Daarvoor moeten deze vrouwen wel naar het ziekenhuis. In het ziekenhuis moeten dan zeven dagen per week en 24 uur per dag anesthesisten en gynaecologen aanwezig zijn. Voor eerstelijns verloskundigen is het in de huidige situatie dus niet mogelijk om een ruggenprik bij een (thuis)bevalling aan te 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 een speciale bevallingscoach ('doula').³⁷

Door de recente ingangsdatum van de richtlijn is nog niet aan te geven wat de effecten zijn van de richtlijn op de geleverde zorg. Mogelijk kan de richtlijn leiden tot een verschuiving van het leveren van de zorg in de eerste lijn naar het leveren van de zorg in het ziekenhuis. Daarnaast is het de vraag of medicamenteuze pijnbestrijding standaard in het basispakket zit.

Overige actuele ontwikkelingen

Naast de nieuwe richtlijn pijnbestrijding zijn er nog andere zaken gaande die van invloed zijn op markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Hoewel er geen directe invloed hoeft te zijn van deze ontwikkelingen op de vraag of de prijzen kunnen worden vrijgegeven, wil de NZa deze ontwikkelingen kort adresseren.

Zeer actueel is de discussie met betrekking tot de werkdruk en het huidige tarief van de eerstelijns verloskundigen. Eerstelijns verloskundigen menen dat het maximumtarief te laag ligt en de werkdruk te hoog. In hun optiek moeten er nu teveel zwangere vrouwen behandeld worden om te komen tot een reëel norminkomen. Hierdoor kunnen ze minder tijd aan de cliënt besteden dan volgens hen nodig is. In het najaar van 2008 heeft de KNOV daarom een verzoek tot herijking van de rekennorm van verloskunde bij de NZa neergelegd. In het verzoek werd een aanpassing van de rekennorm verzocht van 120 naar 98 zorgeenheden per jaar. Na overleg met verschillende partijen heeft de NZa besloten de rekennorm te verlagen naar 110 zorgeenheden per jaar. Per 1 januari 2009 is het tarief van de eerstelijns verloskundige en de verloskundig actieve huisarts aangepast.

Daarnaast is het hoge perinatale sterftcijfer in Nederland actueel. Uit onderzoek blijkt dat Nederland behoort tot de landen met de hoogste

³⁶ 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 richtlijn bijvoorbeeld het persbericht van 26 november 2008, via www.knov.nl.

³⁷ Nieuwsbank, 'Pijnbestrijding bij thuisbevalling vergoed', 10 september 2008.

babysterfte in Europa.³⁸ 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 Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Stuurgroep zwangerschap en geboorte gevraagd aanbevelingen te doen voor het verbeteren van de zorg rondom zwangerschap en geboorte.³⁹ In deze stuurgroep zijn consumenten, de beroepsgroepen, verzekeraars en andere relevante partijen die betrokken zijn bij de zorg rondom zwangerschap en geboorte vertegenwoordigd. Binnen de stuurgroep zijn een viertal taakgroepen in het leven geroepen die verschillende onderwerpen behandelen zoals kwaliteit, transparantie, organisatie en achterstandswijken. Daarnaast treft men voorbereidingen om landelijk met perinatale audits van start te gaan.⁴⁰ Het betreft een systematisch onderzoek van alle gevallen van perinatale sterfte. Het doel hiervan is om met de inzichten uit het onderzoek de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren. Het RIVM stelt voor zowel lokaal en regionaal en landelijk een audit uit te voeren. Lokaal en regionaal biedt dit mogelijkheden om de plaatselijke samenwerkingsafspraken aan te passen. De landelijk audit richt zich op één deel van de perinatale sterfte, bijvoorbeeld binnen een specifieke doelgroep of ziektebeeld. Onderzocht kan worden of er specifieke patronen of verklaringen voor de sterfte binnen die groep zijn. Vervolgens kan hier landelijk beleid op worden afgestemd. Aan de audit nemen zorgverleners deel die betrokken zijn bij de perinatale zorg. Een nog op te richten Landelijk bureau Perinatale Audit zal de audits coördineren.

Conclusie

Het huidige aanbod van eerstelijns verloskundige zorg is over heel Nederland genomen voldoende. Bij eventuele schaarste zijn er mogelijkheden om het aanbod te verruimen. In een situatie van schaarste kan een nieuwe aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg niet zomaar toetreden. De numerus fixus is een toetredingsdrempel voor aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg. De bestaande behoefte van de opleidingscapaciteit is afhankelijk van vele factoren. Het is daarom lastig de uitbreiding of inperking van het aantal opleidingsplaatsen aan te laten sluiten op ontwikkelingen in de markt. Financiële toetredingsdrempels zijn minimaal, doch niet verwaarloosbaar. Ook is het belangrijk om te weten in hoeverre nieuwe toetreders door zittende eerstelijns verloskundigen worden belemmerd. De opkomst van geboortecentra is belangrijk. Zij geven een extra keuzemogelijkheid aan de consument. De combinatie van het gevoel van een thuisbevalling en het gevoel van veiligheid spreekt steeds meer vrouwen aan. Wanneer deze ontwikkeling doorzet lijkt de scheidslijn tussen thuis bevallen en bevallen in een dergelijke setting of ziekenhuis dunner te worden. Dit geldt voornamelijk bij initiatieven in ziekenhuizen (zoals kraamsuites). Wanneer de huidige manieren van pijnbestrijding een vaste mogelijkheid worden bij een bevalling dan kan er een verschuiving naar de ziekenhuizen ontstaan wanneer meer vrouwen voor pijnbestrijding in de vorm van een ruggenprik kiezen. Actueel zijn de tarief- en werkdrukdiscussie en de verschillende initiatieven om perinatale sterfte

³⁸ 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.

³⁹ Brief van 16 juli 2008 aan de Tweede Kamer (2007-2008, nr. 29323/22894).

⁴⁰ 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.

nader te onderzoeken. De Stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft de taak om aanbevelingen te doen voor het verbeteren van de zorg rondom zwangerschap en geboorte.

Consultatievraag 4

Kunt u zich vinden in de door de NZa beschreven ontwikkeling van vraag en aanbod van eerstelijns verloskundige zorg? Zo nee, waar kan de analyse aangescherpt of verbeterd worden?

Consultatievraag 5

Vindt u dat de numerus fixus voor de opleiding verloskunde toetreding kan belemmeren? Zo nee, waarom niet?

Consultatievraag 6

Kunt u aangeven in hoeverre nieuwe toetreders belemmerd worden door zittende verloskundigen? Graag zo concreet mogelijk aangegeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

Consultatievraag 7

Welke invloed hebben geboortecentra op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg? Vormen deze centra een verlengstuk voor de thuisbevalling?

Consultatievraag 8

Ziet u een relevant effect van het recht op pijnbestrijding voor het oordeel over de mogelijke liberalisering van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg? Zo ja, welk effect?

Consultatievraag 9

Vindt u dat het recht op pijnbestrijding invloed heeft op de prestaties voor eerstelijns verloskundige zorg? Zo ja, wat ziet u hier als mogelijke oplossing?

2.3 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 belangrijk dat er inzicht bestaat in de zorg die door de verschillende zorgaanbieders wordt geleverd. De prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg moet voor een consument makkelijk te achterhalen zijn. Tenslotte moet de consument of de verzekeraar kunnen overstappen naar een andere aanbieder wanneer de geleverde zorg hem niet bevalt. Hieronder wordt op beide aspecten nader ingegaan.

2.3.1 Transparantie op de markt

2.3.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen

Voor de verzekerde en zorgverzekeraar is het van belang dat er helderheid bestaat over de zorg die wordt ingekocht. Op die manier is voor de inkoper inzichtelijk voor welke zorg hij betaalt en wat voor prestatie hij hier precies voor terugkrijgt. Alleen met goede prestatiebeschrijvingen kunnen verzekeraars met zorgaanbieders afspraken maken over kwaliteit. Op grond van de huidige Wmg⁴¹ mogen alleen declaraties en vergoedingen plaatsvinden indien sprake is van door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen.

⁴¹ Wet marktordening gezondheidszorg.

In de prestatiebeschrijving voor de eerstelijns verloskundige en verloskundige actieve huisarts wordt onderscheid gemaakt tussen volledige verloskundige zorg en verloskundige zorg gedurende bepaalde periodes van de zwangerschap en het kraambed. De achtergrond van deze omschrijving van verschillende periodes is om een verschil in kosten en/of tijdsbesteding tot uitdrukking te brengen in de prestatiebeschrijving. In de prestatiebeschrijvingen is niet exact beschreven wat die verloskundige zorg tijdens die periode dan inhoudt. Het besluit zorgverzekering zegt hier het volgende over: 'geneeskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden'.⁴² Dit is natuurlijk vrij algemeen omschreven. Daar staat tegenover dat het niet wenselijk is om alles tot in detail te omschrijven omdat de prestatiebeschrijvingen dan veel te uitgebreid zouden worden.

Naast de deelprestaties voor de verschillende periodes zijn er ook verschillende diagnostische verrichtingen en behandelingen beschreven zoals de algemene termijnenecho, de specifieke diagnose echo, de uitwendige versie bij stuitligging en prenatale screening (zie ook in bijlage 2). Het opnemen van deze deelprestaties kan twee doelen dienen. Enerzijds kunnen zij aangeven dat zij niet geacht worden in de (vergoeding) voor de prestatie verloskundige zorg inbegrepen te zijn. Anderzijds wordt aangegeven dat deze verrichtingen door een aanbieder als aparte prestaties geleverd en in rekening gebracht kunnen worden.

Aan dezelfde handelingen (prestaties) zijn per categorie aanbieder verschillende maximumtarieven gehangen. Het maximumtarief van een verloskundig actieve huisarts is lager dan dat van een eerstelijns verloskundige. De NZa hanteert het uitgangspunt dat voor een prestatie die qua zorghandelingen hetzelfde is, er één prestatiebeschrijving moet zijn met hetzelfde tarief of dezelfde reguleringsvorm. Op deze manier kan iedereen die daartoe bevoegd is dezelfde (deel)prestatie in rekening brengen wanneer hij deze zorg levert.

Momenteel wordt de prestatie voor het begeleiden van een bevalling met een laag risico verschillend beschreven en vergoed. Zo gelden er voor een bevalling thuis, een poliklinische bevalling zonder medische indicatie en voor een bevalling in een geboortecentrum verschillende prestatiebeschrijvingen en tarieven. Voor een bevalling thuis mag de aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg het maximumtarief in rekening brengen (verschillend voor verloskundige en verloskundig actieve huisarts). In het geval van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie wordt er eerstelijns verloskundige zorg in het ziekenhuis aangeboden. Deze prestatie is voor een ziekenhuis aangemerkt als een O(V)P en wordt niet als een afzonderlijke DBC in rekening gebracht. Daarnaast geldt het maximumtarief voor de aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg. Dit betekent dat het ziekenhuis een O(V)P mag declareren en de begeleidende eerstelijns verloskundige het maximumtarief (ervan uitgaande dat ziekenhuizen momenteel geen eerstelijns verloskundigen in loondienst hebben). Wanneer een eerstelijns verloskundige zorg biedt in een geboortecentrum wordt het maximumtarief van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts in rekening gebracht en een tarief op basis van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. Deze innovatiebeleidsregel laat zowel tarief als prestatie vrij. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar dienen daar samen afspraken over te maken. Vaak kunnen geboortecentra op basis daarvan een bedrag gelijk

⁴² 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.

aan dat van de O(V)P in rekening brengen. In de praktijk lijkt de prestatie afgesproken op basis van de innovatiebeleidsregel vergelijkbaar met de prestatie van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie. De aanwezigheid van kraamhulp is wel expliciet genoemd, in tegenstelling tot de prestatiebeschrijvingen voor thuis bevallen en voor poliklinisch bevallen zonder medische indicatie. Kraamhulp is hierbij wel aanwezig maar is niet in de prestatie opgenomen. De drie prestatievormen hebben allen betrekking op de begeleiding bij een bevalling met een laag risico.

In de huidige situatie verwijst de eerstelijns verloskundige of de huisarts een (zwangere) vrouw door naar de tweede lijn wanneer daar medische noodzaak voor is. Verloskundige zorg in de tweede lijn (medisch specialistische zorg) heeft aparte prestatiebeschrijvingen in de vorm van DBC's. Er is slechts aanspraak op verzekerde tweedelijnszorg na verwijzing door huisarts of verloskundige. Een DBC kan alleen door een poortspecialist, in dit geval een gynaecoloog geopend worden. In het volgende schema is de plaats van bevalling en de bekostiging daarvan weergegeven.

Eerstelijns verloskundige zorg			Tweedelijns verloskundige zorg (en derdelijns verloskundige zorg)	
Eerstelijns verloskundige zorg thuis (natale zorg)	Eerstelijns verloskundige zorg in een geboortecentrum (natale zorg)	Poliklinisch zonder medische indicatie onder begeleiding van de eerstelijns verloskundige in ziekenhuis	Poliklinische bevalling op medische indicatie medisch specialist aanwezig	Klinische bevalling op medische indicatie medisch specialist aanwezig
maximumtarief aanbieder eerstelijns verloskundige zorg	maximumtarief aanbieder eerstelijns verloskundige zorg plus afgesproken tarief op basis van de beleidsregel innovatie	maximumtarief aanbieder eerstelijns verloskundige zorg plus O(V)P	in B-segment op basis van DBC's	
			in A-segment op basis van vast tarief	
Consument heeft geen extra kosten	consument heeft extra kosten in de vorm van een eigen bijdrage kan geheel vergoed worden door aanvullende verzekering	consument heeft extra kosten in de vorm van een eigen bijdrage kan geheel vergoed worden door aanvullende verzekering	Consument heeft geen extra kosten	

De onderste balk laat de kosten voor de consument zien. Zoals reeds eerder vermeld geldt het verplichte eigen risico van de basisverzekering niet voor verloskundige zorg. Wanneer een vrouw zonder medische indicatie echter in een geboortecentrum of polikliniek bevalt, dan wordt er wel een eigen bijdrage verlangd (hoogte is ook afhankelijk van aanvullende verzekering).

Conclusie

In zowel een gereguleerde als vrije markt spelen prestatiebeschrijvingen een belangrijke rol om helderheid te geven over de te leveren en de te ontvangen zorg. Momenteel worden prestaties in de verloskundige zorg verschillend omschreven en vergoed. Dit kan effect hebben op de optimale samenwerking omdat aanbieders hierdoor verschillende prikkels ervaren. In de eerstelijns verloskundige zorg zou daarom een slag gemaakt kunnen worden om de eenduidigheid op dit punt te bevorderen.

Consultatievraag 10

Vindt u de huidige prestatiebeschrijvingen eenduidig genoeg beschreven? Zo nee, waarom niet en heeft u een suggestie hoe dit verbeterd/veranderd kan worden?

Consultatievraag 11

Vindt u dat een bevalling met laag risico in de verschillende omgevingen gedefinieerd kan worden als één prestatie? Zo ja, kunt u een omschrijving geven van de prestatiebeschrijving(en)? Zo nee, waarom niet?

Consultatievraag 12

In hoeverre acht u het vaststellen, onderhouden en aanvullen van prestatiebeschrijvingen door de NZa in de toekomst (na mogelijke invoering van vrije tarieven) überhaupt (nog) van belang?

2.3.1.2 Transparantie van kwaliteit

Behalve een eenduidige prestatiebeschrijving is het ook van belang dat de consument en de verzekeraar informatie hebben over de kwaliteit van de verleende zorg. Kwaliteit van zorg betekent niet alleen dat de zorg voldoet aan regels en richtlijnen van de overheid of de beroepsgroepen, maar ook dat rekening wordt gehouden met de wensen en verwachtingen van consumenten of hun vertegenwoordigers. Alleen door bij de keuze voor een aanbieder bewust te letten op de geleverde kwaliteit kunnen consumenten zorgaanbieders stimuleren om die kwaliteit daadwerkelijk te leveren. Wanneer de consument/verzekeraar alleen op de prijs van de geleverde zorg let, bestaat er immers een risico dat zorgaanbieders niet investeren in de kwaliteit van de geleverde zorg.

De consument heeft enerzijds behoefte aan informatie over de borging van de kwaliteit en anderzijds aan informatie over kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders.

Borging kwaliteit

De minimumkwaliteit in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg wordt op verschillende manieren geborgd. Bijvoorbeeld:

- Eerstelijns verloskundigen moeten geregistreerd staan in het BIG-register. Dit register vloeit voort uit de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Ingeschrevenen van dit register hebben het recht om de titel van verloskundige te voeren.
- Verloskundig actieve huisartsen kunnen zich naast het BIG-register inschrijven in het CHBB (College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden).
- Het KNOV heeft een apart Kwaliteitsregister Verloskundigen. Degenen die hier (vrijwillig) ingeschreven staan moeten voldoen aan verschillende eisen en geven aan bepaalde kwaliteitsvoorschriften in acht te nemen. Zij kunnen dan een soort 'keurmerk' voeren. Inmiddels staat 80% van de verloskundigen hier ingeschreven.
- Het bestaan van verschillende richtlijnen, gedragscodes en werkafspraken waaronder het Vademecum verloskundige zorg en het gebruik van de Verloskundige indicatielijst (VIL).
- Het KNOV kwaliteitssysteem, waaronder de mogelijkheid tot praktijkaccreditatie vanaf 1 januari 2009. Momenteel draait er een pilot ter voorbereiding.
- Landelijke registratiesystemen (PRN) en de Perinatale Audit. Deze leveren inzicht in de kwaliteit van zorg in de gehele keten en op basis daarvan worden aanbevelingen gedaan.

Transparantie kwaliteit

Hoewel een minimum kwaliteit geborgd lijkt voor de consument, is er weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg. Meer transparantie over kwaliteit is zeer wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing op gang te brengen en om te waarborgen dat er niet alleen wordt geconcurrereerd op prijs. Landelijke prestatie-indicatoren die primair gericht zijn op proces en uitkomst zouden hier inzicht in kunnen geven. De IGZ heeft in het kader van het programma 'Zichtbare Zorg' al wel prestatie-indicatoren voor de eerstelijns verloskundige zorg ontwikkeld. Het is nu van belang deze zo snel mogelijk te implementeren. In beginsel is het de verantwoordelijkheid voor marktpartijen om deze transparantie te realiseren. Het is wel aan te raden dat de overheid hier een (actieve) faciliterende rol vervult.

Een consument kan op dit moment al wel letten op het zogeheten KNOV-keurmerk. Als verloskundige is het mogelijk om dit keurmerk te voeren. Daarnaast is het mogelijk om een verloskundige op te zoeken in het BIG-register. Omdat de consument zijn keuze nog niet kan baseren op kwaliteitsinformatie speelt de huisarts een rol bij de keuze van de consument voor verloskundige zorg. Een groot deel van de zwangere vrouwen heeft het eerste contact met de huisarts. Vaak is de huisarts beter dan de consument op de hoogte van de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders en kan de consument daarover adviseren. Daarnaast zijn de ervaringen van andere consumenten erg belangrijk in de keuze voor een eerstelijns verloskundige. Er is op dit moment nog geen landelijke index waarin cliëntervaringen beschreven staan. Informatie zal een consument dus moeten krijgen van of via bekenden. Men is wel bezig met het ontwikkelen van een CQ-Index⁴³ Geboortezorg. Deze index omvat in principe de hele keten van zorg rondom de geboorte. Daarnaast worden de mogelijkheden onderzocht voor het opstellen van afzonderlijke vragenlijsten voor de eerstelijns verloskundige praktijken om de kwaliteit van zorg vanuit consumentenperspectief te meten.

2.3.1.3 Transparantie van prijs

Behalve aan informatie over de prestatie en over kwaliteit hebben consumenten – vooral wanneer zij een deel van de behandeling zelf moeten betalen – behoefte aan informatie over de prijs van de geleverde zorg. De introductie van vrije prijsvorming geeft aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg de mogelijkheid om hun eigen prijzen vast te stellen. Er ontstaat daardoor meer differentiatie in prijzen. Voor de consument is het belangrijk dat de prijzen en prijsverschillen transparant zijn. Alleen dan kan deze een goede afweging maken tussen de prijs van een behandeling en de geleverde kwaliteit, mits deze laatste transparant is.

In beginsel is het de verantwoordelijkheid voor marktpartijen om deze transparantie te realiseren. Zo zouden aanbieders hun prijzen zelf openbaar moeten maken. Ook kunnen onafhankelijke partijen websites oprichten die inzicht geven in prijsverschillen. Op dit moment is er op websites van verloskundige praktijken niet of nauwelijks informatie te vinden over de prijzen die in rekening worden gebracht. Op sites van geboortecentra wordt over het algemeen meer informatie gegeven. Vaak gaat het over de extra bijdrage die in rekening wordt gebracht of wordt er geadviseerd een en ander nog na te gaan bij de zorgverzekeraar. Op de sites van zorgverzekeraars wordt aangegeven wat wel en niet vergoed wordt bij welke polis.

⁴³ Consumer Quality Index.

Om een minimum aan transparantie te garanderen, gaat de NZa aanbieders verplichten om een openbare prijslijst op te hangen als de minister besluit om de prijzen op de markt vrij te geven.⁴⁴ Voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten en eerstelijns psychologen, markten waar al sprake is van vrije prijsvorming, is dit ook verplicht. Dit kan consumenten helpen om een betere afweging te maken op het gebied van prijs en kwaliteit.

Consumenten zullen hoofdzakelijk geïnteresseerd zijn in de prijs wanneer het om verloskundige zorg gaat die niet geheel in het basispakket zit of waarvan de aanbieder niet gecontracteerd is. Het grootste deel van de verloskundige zorg valt echter onder de basisverzekering en ook de meeste aanbieders zijn gecontracteerd.

2.3.2 Keuze- en overstapmogelijkheden

Wanneer de consument of verzekeraars hebben besloten welke zorgaanbieder het beste aan hun wensen voldoet, is het vervolgens van belang dat zij ook daadwerkelijk voor deze zorgaanbieder kunnen kiezen.

Verzekeraar

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dit wil zeggen dat zij voldoende zorg moeten inkopen om aan de vraag van hun verzekerden te voldoen. Voor restitutieverzekeringen geldt dit in mindere mate. Zolang er voldoende aanbod op de markt is en dit aanbod transparant is, kan de verzekeraar zelf kiezen welke verloskundige hij wil contracteren. Op dit moment zijn er nog geen landelijk uniforme prestatie-indicatoren geïmplementeerd, waardoor de verzekeraar zelf een inschatting moet maken van de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg.

Consument

Zoals reeds eerder gezegd speelt bij de keuze van de consument voor een bepaalde aanbieder van verloskundige zorg de huisarts een rol. Deze adviseert de consument over de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders voor zover dit hem bekend is. De consument kan voor het vinden van een eerstelijns verloskundige gebruik maken van websites zoals www.kiesbeter.nl en de website van de KNOV.⁴⁵ Op deze websites kan gezocht worden naar een verloskundige in een bepaalde woonplaats of postcodegebied. 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. Ten slotte wordt de keuze van de verzekerde nog beïnvloed door het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar, als zij een polis met gecontracteerde zorg heeft (meestal een naturapolis). In veel naturapolissen is een bepaling opgenomen dat een verzekerde niet alle kosten vergoed krijgt, als hij naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat.

Overstapbelemmeringen doen zich niet of nauwelijks voor binnen de eerstelijns verloskundige zorg. Bij de huidige prestatie- en prijsregulering lijkt hiermee zelfs rekening gehouden te zijn, in die zin dat deelprestaties gelden bij elkaar opvolgende eerstelijns verloskundigen en bij verwijzing naar de tweede lijn. Het overstappen naar een andere zorgaanbieder van

⁴⁴ Deze zogenoemde standaardprijslijst heeft tot doel om financiële duidelijkheid te geven aan onverzekerde consumenten of aan consumenten die zorg willen afnemen bij een aanbieder die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd.

⁴⁵ Hierbij moet aangemerkt worden dat op de website van de KNOV alleen een verloskundige gezocht kan worden die ingeschreven staat in het kwaliteitsregister van de KNOV. Momenteel is dat ongeveer 81% procent van alle verloskundigen.

eerstelijns verloskundige zorg wanneer een consument ontevreden is, kan alleen wanneer de zorg nog niet acuut is, dus wanneer de bevalling nog niet op gang is gekomen. De consument heeft dan in principe de mogelijkheid om van aanbieder te wisselen, mits het aanbod voldoende is. In regio's waar de verloskundigendichtheid laag ligt, kan dit moeilijker zijn.

Conclusie

De NZa komt tot de conclusie dat er voor de consument in het algemeen voldoende keuze- en overstapmogelijkheden aanwezig zijn. Lastiger is het in regio's waar de verloskundigendichtheid laag ligt, al is de continuïteit van zorg gegarandeerd.

De consument heeft op dit moment een gebrek aan kwaliteitsinformatie waardoor aanbieders van verloskundige zorg onderling niet goed te vergelijken zijn.

Hoewel de markt op dit moment niet transparant is op het gebied van kwaliteit hoeft dit geen reden te zijn om een markt niet vrij te geven. Het vrijgeven van een markt kan namelijk tot een verbetering in transparantie leiden. Marktpartijen ervaren een stimulans om de transparantie te verbeteren om de toegevoegde waarde van hun product te laten zien ten opzichte van hun concurrenten. Als zij een hogere prijs vragen, willen zij laten zien dat zij ook een hogere kwaliteit leveren. Om de kwaliteit transparant te maken, is het wel wenselijk dat de inmiddels ontwikkelde landelijke prestatie-indicatoren geïmplementeerd worden die hier inzicht in geven. Het is wenselijk dat de overheid een actieve rol speelt om implementatie te stimuleren.

Consultatievraag 13

Deelt u de analyse van de NZa dat er voldoende overstapmogelijkheden zijn voor de consument op de markt voor eerstelijns verloskunde maar dat er een gebrek aan transparantie is? Zo nee, waarom niet?

3. Marktgedrag

Voor een goede werking van de markt is het niet alleen van belang dat er voldoende aanbod op de markt is en dat de markt transparant is. Het gedrag van de spelers op de markt is minstens even belangrijk. Kort samengevat is het van belang dat alle partijen – zorgverzekeraars, zorgaanbieders én de consument – gemotiveerd worden om de juiste zorg te leveren aan de juiste personen op het juiste moment (goede coördinatie). Dit alles dient te gebeuren tegen zo laag mogelijke transactiekosten. Wanneer het risico bestaat dat het gedrag van marktspelers een goede werking van de markt belemmert, dan kan het noodzakelijk zijn maatregelen te nemen om zo de publieke belangen, kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid te beschermen.

Dit hoofdstuk gaat allereerst in op de prikkels die de zorginkopers hebben om goede en doelmatige zorg in te kopen. Deze prikkels zijn noodzakelijk om zorgaanbieders te stimuleren kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te leveren. Daarna wordt gekeken naar mogelijke anticompetitieve gedragingen van aanbieders en verzekeraars die een goede werking van de markt in de weg kunnen staan. Tenslotte wordt gekeken naar mogelijke externe effecten die zich kunnen voordoen als een markt wordt vrijgegeven.

3.1 Inkoopprikkels

Als een markt wordt vrijgegeven is het van belang dat de inkopers van zorg, dit kunnen zowel verzekeraars als verzekerden zelf zijn, prikkels ervaren om goed in te kopen. Hierdoor wordt de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg geborgd. Hierbij hoeven niet beide partijen deze prikkel te ervaren, maar in ieder geval wel één van de partijen. De inkopende partij moet idealiter alleen zorg afnemen bij de aanbieders met de beste prijs/kwaliteit verhouding. Daarnaast is het belangrijk dat de verzekeraar of de verzekerde over een zekere mate van inkoopmacht beschikt. Alleen dan worden aanbieders ook daadwerkelijk gestimuleerd om zorg tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding aan te bieden. Een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt zorgt er vervolgens voor dat verzekeraars de behaalde inkoopvoordelen doorgeven aan hun klanten.

Het is op voorhand moeilijk om te voorspellen of partijen prikkels ervaren om goed in te kopen. Dit hangt namelijk grotendeels samen met het vrijgeven van een markt. Een aantal indicatoren kan toch een voorspellende waarde hebben. In deze paragraaf wordt beschreven of verzekeraars of verzekerden een prikkel ervaren om goed in te kopen op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg.

3.1.1 Prikkel verzekeraar

Zoals in het visiedocument theoretisch kader liberalisering is aangegeven, kunnen verzekeraars externe en interne prikkels ervaren om goed in te kopen.

Externe prikkels

Hierbij gaat het om de vraag of verzekerden bij het kiezen van een polis letten op de door verzekeraars ingekochte zorg, in dit geval verloskunde. Dit vormt immers een belangrijke stimulans voor verzekeraars om zich op dit gebied te onderscheiden van elkaar en goed in te kopen.

Aan de ene kant letten veel verzekerden vooral op de hoogte van de premies voor de basis en de aanvullende verzekering. Slechts een klein deel van de verzekerden neemt waarschijnlijk de door verzekeraars ingekochte zorg op het gebied van verloskunde mee bij zijn keuze voor een verzekeraar. De externe prikkel voor een verzekeraar om zich te onderscheiden op het gebied van verloskunde lijkt vanuit dit opzicht dus niet erg groot.

Aan de andere kant is verloskundige zorg vooral van belang voor jonge gezinnen, die voor verzekeraars een aantrekkelijke doelgroep vormen. Door te differentiëren naar type klanten zorgt de verzekeraar voor een aantrekkelijk aanbod voor een jong gezin. De verzekeraar kan daarvoor samenwerking zoeken met andere partijen die aanverwante producten of diensten verlenen. Hierdoor kan een verzekeraar gebundelde en dus goedkopere producten aanbieden aan klanten. Naast het belang van de maandelijkse premie-inkomsten van de relatief jonge portefeuille, is het door het geringe overstapgedrag (ongeveer 5%) aantrekkelijk om verzekerden zo vroeg mogelijk te binden.

Daarnaast gaat het ook om zorg waarvan een belangrijk deel van de (potentiële) verzekerden gebruik hoopt te maken, in tegenstelling tot veel andere typen zorg. Verloskundige zorg kan daarom worden beschouwd als een thema waarop verzekeraars zich kunnen profileren danwel imagoschade kunnen oplopen. Ten opzichte van andere paramedische beroepen kunnen fouten bij verloskundige zorg direct tot ernstige gevolgen leiden. Een verzekeraar heeft er dus belang bij dat hij kwalitatief goede verloskundige zorg inkoop.

Interne prikkel

Met een scherpe inkoop kunnen verzekeraars hun schadelast voor een bepaalde zorgsoort beperken. Dit voordeel kan eventueel via een lagere premie (of minder sterk stijgende premie) aan de consument worden teruggegeven. Hoe sterk de prikkel om scherp in te kopen is, hangt in grote mate af van het financiële belang of de hoogte van de uitgaven aan die specifieke zorgsoort. Hoe hoger de uitgaven zijn, hoe groter de potentiële besparingen die verzekeraars kunnen verwezenlijken. De totale zorguitgaven aan verloskunde onder het Budgettair Kader Zorg bedroegen in 2007 135 miljoen euro. Op de totale schadelast van de individuele verzekeraar is dit relatief gezien een gering bedrag. De verzekeraar ervaart daarom maar een beperkte prikkel om scherp in te kopen op de prijs. Verzekeraars moeten wel voldoen aan de zorgplicht, omdat de verloskundige zorg onder de basisverzekering valt. Hiervan kan een prikkel uitgaan om voldoende zorg in te kopen. Voor de restitutieverzekering geldt dit in mindere mate.

3.1.2 Prikkel verzekerde

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

Basisverzekering

Voor de zorg die binnen het basispakket valt, ervaart de consument geen of weinig financiële prikkels om goed in te kopen. Verloskundige zorg valt in principe in het basispakket. Wanneer een vrouw ervoor kiest om thuis te bevallen worden de kosten volledig vergoed. Het verplicht eigen risico is bij verloskundige zorg ook niet van toepassing. Ook worden de kosten

volledig vergoed wanneer de bevalling op medische indicatie in het ziekenhuis moet plaatsvinden of wanneer er een verplicht poliklinische bevalling is zonder medische indicatie wegens een capaciteitstekort. Wanneer een vrouw ervoor kiest om poliklinisch zonder medische indicatie te bevallen onder begeleiding van haar eigen (eerstelijns) verloskundige, dan moet zij een eigen bijdrage betalen. Deze eigen bijdrage wordt gezien als huurkosten voor de kamer in de polikliniek. De gehele eigen bijdrage of een deel van de eigen bijdrage kan vergoed worden via de aanvullende verzekering. Dit geldt ook voor de bevalling in een geboortecentrum.

Aanvulling op bovenstaande is dat in veel naturapolissen een bepaling is opgenomen dat als een verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat, zij niet alle kosten vergoed krijgt. Vaak bestaat dan het recht op vergoeding van de kosten van zorg tot een bepaald percentage van de gemiddelde tarieven, zoals deze gelden voor de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. In het huidige systeem zijn bijna alle aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg gecontracteerd.

Vanwege de aard van de te leveren zorg zal de consument een prikkel ervaren om op kwaliteit te letten. Verloskundige zorg is zorg die een consument slechts een paar keer in haar leven nodig zal (en wil) hebben. Dit gevoel is bij de keuze van een eerstelijns verloskundige belangrijk.

Aanvullende verzekering

Verschillende verzekeraars bieden aanvullende polissen aan voor jonge gezinnen. Dit is een aanvullende polis waarin bijvoorbeeld extra kraamzorg of aanvullende cursussen rondom de zwangerschap verzekerd worden. Ook kan (een deel van) de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie of een bevalling in een geboortecentrum vergoed worden. Voor een consument die gezinsuitbreiding overweegt, kan het aantrekkelijk zijn om een aanvullende verzekering af te sluiten.⁴⁶

Conclusie

Verzekeraars ervaren vooral een externe prikkel om goed in te kopen omdat jonge gezinnen een aantrekkelijke doelgroep zijn. Daarnaast moeten verzekeraars voldoen aan de zorgplicht voor die zorg die onder de basisverzekering valt. Omdat verloskundige zorg maar een zeer beperkt deel is van de totale schadelast van verzekeraars, zal de verzekeraar slechts een beperkte interne prikkel voelen om scherp op prijs in te kopen.

Verzekerden zullen, afhankelijk van de polis die zij hebben afgesloten, een (zeer) beperkte prikkel ervaren om op de prijs te letten. Ook ervaren ze een prikkel om op de kwaliteit te letten, mits deze transparant is.

Consultatievraag 14

Deelt u de analyse van de NZa dat een verzekeraar vooral een externe prikkel heeft om verloskundige zorg kwalitatief goed in te kopen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

Consultatievraag 15

Deelt u de analyse van de NZa dat een consument geen financiële prikkel heeft om goed in te kopen, maar wel een externe prikkel heeft om kwalitatief goed in te kopen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

⁴⁶ Anders dan bij een basisverzekering heeft een verzekeraar bij een aanvullende verzekering geen acceptatieplicht.

3.1.3 Marktverhoudingen

Voor een goede werking van de markt dient een verzekeraar over een goede onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgaanbieders te beschikken waardoor hij scherp kan inkopen en goede kwaliteitsafspraken maken. Bij een goed werkende zorgverzekeringsmarkt worden deze voordelen doorgegeven aan de verzekerden. Daarnaast zijn de marktpositie van de verzekerde en de aanbieder essentieel; de verzekerde moet een goede aanbieder kunnen kiezen. De aanbieder moet ruimte hebben om in bijvoorbeeld kwaliteit te kunnen investeren.

3.1.3.1 Verzekeraar

Verloskundige zorg maakt deel uit van de basisverzekering. In de risicoverevening ontvangen verzekeraars bijdragen voor verloskundige hulp, zowel voor eerstelijns verloskundige zorg, als de medisch specialistische zorg (B-DBC's en overig). Er is een verschil in risicodragendheid. Voor een verzekeraar is het in het algemeen vanuit oogpunt van uitgaven het meest voordelig als een vrouw geheel in de eerste lijn wordt behandeld (gegeven de huidige tarieven). Wanneer door liberalisering de prijzen voor eerstelijns verloskundige zorg stijgen dan kan het zijn dat de ex ante verevening te laag is vastgesteld. De verzekeraar zal hier dan op moeten toelagen. Een verzekeraar heeft dus, gegeven de risicoverevening en ex post verevening, belang bij een niet te hoge stijging van het tarief van een aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg. Wel moet gezegd worden dat extra uitgaven bij de verzekeraar naar verwachting een beperkt effect zullen hebben omdat de interne schadelast van de verzekeraar voor eerstelijns verloskundige zorg relatief gezien erg laag is. In 2005 werd 1,4 miljard euro besteed aan zorg tijdens de zwangerschap, de bevalling en tijdens het kraambed. Dit is 2,0% van de totale zorgkosten die in Nederland aan de gezondheidszorg wordt besteed.⁴⁷ De mate waarin de verzekeraar in staat is om prijsstijgingen tegen te gaan is afhankelijk van de verdeling van de marktmacht, zie verder onderstaande tekst.

Voldoende aanbieders

De sterkte van de onderhandelingspositie van een verzekeraar hangt onder andere af van de marktsituatie in een bepaalde sector. Hoofdstuk 2 laat zien dat er op dit moment landelijk gezien zeker voldoende aanbod is op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg maar dat er regionaal tekorten kunnen zijn. Tevens beschrijft het hoe het aanbod zich kan aanpassen aan de vraag.

Keuzeondersteuningsmogelijkheden

De onderhandelingspositie van de verzekeraar hangt daarnaast af van de mate waarin hij verzekerden kan stimuleren om van het door hem gecontracteerde aanbod gebruik te maken. Hoe beter de verzekeraar hiertoe in staat is, hoe groter het belang voor een aanbieder om een contract te krijgen. De aanbieder wordt dan dus geprikkeld om een goede prijs/kwaliteit verhouding aan te bieden. De mate waarin de verzekerde ervoor kiest om van het door de verzekeraar gecontracteerde aanbod gebruik te maken, is in hoge mate afhankelijk van de afruil die hij maakt tussen reistijd en de financiële bijdrage die een verzekerde moet betalen als hij naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat.

Doorgaans moet een verzekerde een deel van de behandeling zelf betalen als zij een niet gecontracteerde aanbieder wil bezoeken. Hiervan

⁴⁷ Zie: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o8029n29713.html

gaat dus in potentie een redelijke financiële prikkel uit om gebruik te maken van het gecontracteerde aanbod door de verzekeraar, als zij daardoor bijbetaling kan vermijden. Voor verloskundige zorg geldt echter dat de reisafstand niet te groot kan worden, omdat de eerstelijns verloskundige binnen vijftien minuten bij de vrouw moet kunnen zijn. Als er meerdere verloskundige praktijken zijn in een bepaalde regio, beschikt een verzekeraar over voldoende mogelijkheden om invulling te geven aan zijn keuzeondersteuningsbeleid. In regio's waarin de verloskundige praktijken dun gezaaid zijn is dat minder het geval. Met de opkomst van geboortecentra heeft de verzekeraar wel een extra keuzemogelijkheid. Het ziekenhuis is daarnaast ook een optie. Voor deze extra keuzemogelijkheid wordt van de consument wel een eigen bijdrage verlangd. Om de verzekeraar in staat te stellen beargumenteerde keuzeondersteuning te bieden aan de verzekerden, is transparantie in kwaliteit nodig. Deze transparantie ontbreekt nu nog.

3.1.3.2 Aanbieder

Aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg hoeven in principe niet met elke verzekeraar een contract te sluiten. Als de zorgaanbieder verschillende aanbiedingen van verzekeraars krijgt, kan zij alleen met die verzekeraars contracten sluiten die volgens haar de beste prijs/kwaliteit verhouding bieden. De onderhandelingspositie van de aanbieder ten opzichte van de verzekeraar hangt mede af van het aantal concurrenten dat een contract sluit met een verzekeraar en de hoogte van de restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg. In de huidige situatie worden bijna alle verloskundigen gecontracteerd. Aan de ene kant lijkt het daarom dat de eerstelijns verloskundigen nu nog enigszins afhankelijk zijn van een contract met een verzekeraar. Aan de andere kant geeft het feit dat toch bijna alle eerstelijns verloskundigen zijn gecontracteerd ook macht van de aanbieders weer. Verzekeraars moeten aan de zorgplicht voldoen en hebben voor deze soort zorg ook een prikkel om de zorg goed te regelen. De verkoopmacht van de aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg is hiermee vrij groot. De opkomende geboortecentra hebben daarnaast een goede onderhandelingspositie. Deze vorm van zorg trekt steeds meer vrouwen wegens de servicegerichte benadering en de hoge klanttevredenheid. Daarnaast kunnen zij in staat zijn kosten laag te houden doordat voorzieningen gedeeld kunnen worden.

3.1.3.3 Verzekerde

De verzekerde zelf beschikt niet zo snel over een goede onderhandelingspositie ten opzichte van de aanbieder. Zij kan echter wel stemmen met de voeten als zij ontevreden is over de prijs/kwaliteit verhouding die de verloskundige aanbiedt. Voor de consument moet deze verhouding dan wel zichtbaar zijn. Het kan zijn dat er in de loop van de tijd een soort van vertrouwensband wordt opgebouwd waardoor consumenten gedurende de zwangerschap in praktijk niet snel tussen verloskundigen in de eerste lijn zullen wisselen. Daarnaast is het afhankelijk van het aanbod in de regio tussen welke verschillende aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg de verzekerde kan kiezen. Doordat de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders nog niet transparant zijn, wordt dit bemoeilijkt.

Conclusie

De signalen over de marktverhoudingen tussen aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg en verzekeraars zijn niet eenduidig. Op basis van de huidige analyse lijken de marktverhoudingen over het algemeen redelijk gelijkwaardig. Paragraaf 3.2.4 gaat verder in op de relatie tussen marktverhoudingen en inkoopmacht.

Consultatievraag 16

Kunt u zich vinden in de door de NZa beschreven marktverhoudingen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

3.2 Anticompetitieve gedragingen

Een goede werking van de markt kan worden belemmerd doordat partijen bewust de mededinging op de markt beperken. Wanneer het risico op anticompetitieve gedragingen groot is en dit risico onvoldoende wordt ondervangen door regelgeving, kan dit een reden zijn om de markt te reguleren. Hieronder wordt nader ingegaan op een aantal potentiële anticompetitieve gedragingen op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg en het risico daarop.

3.2.1 Te 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.⁴⁸ 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, zeer hoog te noemen is. Overigens wil het signaleren van een hoge prijs niet altijd zeggen dat de prijs ook daadwerkelijk té hoog is. Schaarste op de markt kan bijvoorbeeld ook een prijsopdrijvend effect hebben.

De NZa is van mening dat het risico op hogere prijzen in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg beperkt aanwezig is. In het algemeen lijkt er op dit moment voldoende aanbod op de markt te zijn. Wanneer een aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg in een situatie met vrije prijzen te hoge prijzen vraagt, kunnen consumenten en verzekeraars kiezen voor een andere aanbieder. In sommige regio's is het aanbod van eerstelijns verloskundige zorg momenteel beperkt. Hier hebben verloskundigen een sterkere onderhandelingspositie ten opzichte van verzekeraars. Veel vrouwen willen de keuze hebben om thuis te bevallen of in elk geval in de eerste lijn. Wanneer de verzekeraar deze keuze mogelijk wil maken in regio's met een lage verloskundigendichtheid en geen geboortecentra, dan heeft de aanbieder een zekere macht om een hoger tarief te vragen. Wanneer de prijzen in deze 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. Dat kunnen nieuwe (buitenlandse) aanbieders zijn of verloskundigen die verhuizen, maar ook huidige verloskundigen die hun capaciteit uitbreiden. De voordelen van het hanteren van een te hoge prijs zijn daardoor beperkt.

Het is in een geliberaliseerde markt aan verzekeraars en consumenten om ervoor te zorgen dat verloskundigen geen te hoge prijs vragen door aanbieders met elkaar te vergelijken en voor de aanbieder met de beste prijs/kwaliteit verhouding te kiezen. Dit kan zorgen voor hogere prijzen. In de vorige alinea is al ingegaan op argumenten die het risico op te hoge prijzen beperken. De structurele marktverhoudingen zijn redelijk evenwichtig. Dit hoeft echter niet in te houden dat de prijzen niet zullen stijgen als de markt wordt vrijgegeven. Verzekeraars kunnen bijvoor-

⁴⁸ Arrest van het Europese Hof van Justitie op 14 februari 1978: United Brands vs. Europese Commissie, zaaknummer 27/76, jur. 1978, 207.

beeld de huidige prijzen ook te laag vinden en consumenten kunnen kiezen voor verloskundigen die een hogere kwaliteit leveren. Verzekeraars en consumenten moeten uiteindelijk bepalen wat een acceptabele prijs is.

3.2.2 Te lage prijzen

Een lage prijs voor zorg is in veel gevallen een teken van doelmatigheid. Intuïtief gezien 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 zeer lage prijs - dat wil zeggen onder de kostprijs - aanbieden om zo concurrenten en toetreders uit de markt te drijven. Hoewel een strategie van te lage prijzen (of rooftprijzen) op korte termijn tot verliezen leidt, kan de aanbieder op lange termijn zijn investering terugverdienen door de prijzen te verhogen, bij gebrek aan concurrenten, tot boven het competitieve niveau. Dit schaadt uiteindelijk het belang van de consument.

Volgens de NZa is het risico op te lage prijzen in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg beperkt vanwege het gebrek aan terugverdienmogelijkheden. Wanneer een verloskundige na een periode van te lage prijzen probeert haar prijs te verhogen tot boven het competitieve niveau, zal dit immers al snel leiden tot (nieuwe) toetreders tot de markt die op hun beurt weer een prijsdempend effect zullen 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 al zijn concurrenten uit de markt te drijven. Grote praktijken of geboortecentra zouden hier theoretisch beter toe in staat zijn. De vraag naar eerstelijns verloskundige zorg is daarnaast inelastisch en een lage prijs heeft daarom weinig effect op de vraag en vice versa. Het risico op te lage of te hoge prijzen is ook om die reden beperkt.

Instrumentarium

Indien er op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg sprake is van een aanbieder met een machtspositie die te lage prijzen in rekening brengt of dreigt te brengen, dan kunnen zowel de NMa als de NZa ingrijpen. De NZa kan preventief regels opleggen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht waarvan het risico groot is dat zij te lage prijzen zullen stellen. De NMa kan een boete opleggen wanneer een partij daadwerkelijk misbruik maakt van zijn economische machtspositie. Dit beperkt het risico op te lage prijzen. Daarnaast zijn consumenten zijn inelastisch in hun vraag naar eerstelijns verloskundige zorg. Een lage prijs heeft daarom weinig effect op de vraag en vice versa. Het risico op te hoge of te lage prijzen is ook om die reden beperkt.

Consultatievraag 17

Deelt u de mening van de NZa dat er een beperkte kans bestaat op te hoge of te lage prijzen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

3.2.3 Onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders

Samenwerking tussen verloskundigen kan belangrijke zorginhoudelijke voordelen hebben. Zo kan samenwerking bijvoorbeeld bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit en aan innovatie. Sommige vormen van samenwerking beperken de concurrentie op de markt echter sterk en zijn daarom niet toegestaan (kartelvorming). Daarnaast moeten samenwerkingsverbanden in principe openstaan voor alle

zorgaanbieders. Het samenwerkingsverband mag dus niet worden gebruikt om bepaalde aanbieders buiten de markt te houden.

De volgende vormen van samenwerking zijn verboden⁴⁹:

- *Prijsafspraken*
Verloskundigen mogen niet gezamenlijk een tarief bedingen bij inkoopende zorgverzekeraars. Ook onderlinge afspraken over de hoogte van tarieven, kortingen en toeslagen zijn verboden.
- *Marktverdelingsafspraken*
Het is verloskundigen niet toegestaan om – al dan niet in overleg met de zorgverzekeraars – afspraken te maken over de vestiging, de geografische verdeling van markten en de verdeling van cliënten.
- *Gemeenschappelijke leveringsweigering*
Verloskundigen mogen niet gezamenlijk besluiten geen overeenkomst te tekenen met zorgverzekeraars. Elke verloskundige moet dit voor zichzelf beslissen.

Er is een groot aantal kleine spelers actief op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Daarnaast zijn de kraamhotels en geboortecentra in opkomst. De huidige structuur van de markt kan kartelvorming tot gevolg hebben. Binnen een bepaalde straal kunnen aanbieders elkaar opzoeken en bestaat het risico dat zij afspraken maken over de prijs of de verdeling van de markt. In niet goed werkende markten kan meer transparantie het risico op collusie tussen aanbieders vergroten. Aanbieders kunnen dan makkelijker signalen naar elkaar afgeven en elkaars gedrag beter monitoren. Bij het vrijgeven van een markt moet daarom rekening worden gehouden met het risico dat transparantie op het gebied van prijzen de ontwikkeling van prijzen kan beïnvloeden.

Op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg lijkt het risico op kartelvorming beperkt gegeven de marktmacht van verzekeraars en de beperkte mogelijkheid voor het hanteren van anticompetitieve prijzen. Dit neemt niet weg dat als de markt wordt vrijgegeven, de NZa bij het monitoren van deze markt gaat letten op mogelijke ongeoorloofde vormen van samenwerking. Daarbij kan worden opgemerkt dat het algemeen mededingingsrechtelijk kader instrumenten bevat om eventuele kartelvorming te adresseren, indien collusie zich onverhoopt mocht voordoen.

Eerstelijns verloskundigen kennen naast horizontale samenwerkingsverbanden ook verticale samenwerkingsverbanden (zie ook paragraaf 3.3.2). De economische wetenschap geeft diverse goede argumenten waarom aanbieders van complementaire producten dergelijke afspraken zouden willen maken en waarom deze tot efficiëntievoordelen zouden kunnen leiden. En indien de markt een voldoende mate van concurrentie tussen verschillende producten kent, dan mag men verwachten dat de complementaire aanbieders de kostenbesparing die zij realiseren op zijn minst ten dele aan de consumenten zullen doorgeven. Of een bepaalde verticale samenwerking anticompetitief is hangt in belangrijke mate af van het feit of de beperking de concurrentie op horizontaal niveau vermindert. Anticompetitiviteit door verticale samenwerking in de huidige verloskundige zorg is de NZa niet bekend.

⁴⁹ Mededingingswet, artikel 6.

Consultatievraag 18

Deelt u de analyse dat het risico van kartelvorming in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg beperkt is? Zo nee, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

3.2.4 Misbruik inkoopmacht

Inkoopmacht is marktmacht aan de zijde van de zorgverzekeraar. Enige inkoopmacht is vaak wenselijk omdat de zorgverzekeraar dan beter zorg kan inkopen; dit komt ten goede aan de consument. Er bestaat echter een risico dat een zorgverzekeraar die beschikt over inkoopmacht deze misbruikt door dusdanige inkoopvoordelen af te dwingen dat zowel de mededinging als de consument hier uiteindelijk schade van ondervinden. Voorbeelden hiervan zijn het eisen door de verzekeraar van een prijs die zo laag is dat de kwaliteit daardoor in het geding komt of tot een vershraling van het aanbod leidt.

Een verzekeraar beschikt over inkoopmacht als de aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg afhankelijk is van een contract met een verzekeraar voor zijn omzet en geen andere uitwijkmogelijkheden heeft om zijn omzet op een andere manier binnen te halen. Hoewel er in Nederland meerdere zorgverzekeraars actief zijn – en de verloskundige dus in principe meerdere contractmogelijkheden heeft – is het wel zo dat per regio vaak één verzekeraar een stuk groter is dan de rest.⁵⁰ Een contract met deze zorgverzekeraar kan voor de aanbieder van eerstelijns verloskundige zorg daarom belangrijk zijn. De zorgverzekeraar heeft daarmee in principe inkoopmacht tegenover de eerstelijns verloskundige.

De NZa acht het weinig aannemelijk dat bij eerstelijns verloskundige zorg een reëel risico op onjuist gebruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars aanwezig is. Zorgverzekeraars hebben een zeer beperkte interne prikkel om scherp in te kopen gezien de beperkte schadelast. Zij hebben wel zorgplicht en een externe prikkel om goed in te kopen omdat geboortezorg een product is waar ze zich op kunnen profileren danwel imagoschade mee kunnen oplopen. Daarnaast wordt de mogelijkheid van verzekeraars om hun inkoopmacht onjuist te gebruiken, beperkt door een bepaalde mate van keuzevrijheid van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders hebben immers geen verplichting om met een zorgverzekeraar een contract aan te gaan. Zij kunnen kiezen voor de verzekeraars die de meest gunstige contractvoorwaarden aanbieden. Tenslotte biedt het regulerend kader in beginsel instrumenten om ook na de introductie van vrije prijsvorming eventueel misbruik van inkoopmacht door verzekeraars te adresseren. De NZa kan, indien de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid door een te grote inkoopmacht in het geding komen, verplichtingen op grond van aanmerkelijke macht opleggen. Voorts kan de NMa tegen misbruik van inkoopmacht optreden indien een verzekeraar daadwerkelijk beschikt over een economische machtspositie.

⁵⁰ Dit is te wijten aan het feit dat men tot in het begin van de jaren negentig in Nederland ziekenfondsregio's kende. Mensen die in een bepaalde ziekenfondsregio woonden waren automatisch bij een bepaalde verzekeraar in een regio verzekerd. Toen konden ziekenfondsen naast hun regionale werkgebied ook landelijk gaan werken en hun diensten aanbieden in een andere regio dan het oorspronkelijke werkgebied. Ondanks dat consumenten op dit moment zelf een zorgverzekeraar kunnen kiezen, is hebben de meeste oude ziekenfondsen in hun voormalige kernwerkgebieden nog een groot marktaandeel.

Misbruik inkoopmacht?

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

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

Conclusie

In zijn algemeenheid kan geconcludeerd worden dat de prikkels die verzekeraars ervaren om inkoopmacht onjuist te gebruiken beperkt zijn.

Consultatievraag 19

Deelt u de mening van de NZa dat het risico dat verzekeraars hun inkoopmacht onjuist te gebruiken beperkt is? Zo nee, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 20

Mist u naast de hierboven genoemde anticompetitieve gedragingen nog andere gedragingen die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening gehouden moet worden?

3.3 Externe effecten

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven of niet moet worden onderzocht of er mogelijk sprake is van ongewenste, niet bedoelde bijeffecten; zogenoemde externe effecten.⁵¹ Deze effecten kunnen hun weerslag hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg en kunnen een reden zijn om een markt niet vrij te geven. Hierna worden deze externe effecten en de door de NZa verwachte kans dat deze effecten optreden, nader beschreven.

3.3.1 Afwenteleffecten

Een risico op een willekeurige markt met vrije prijzen is dat zorgaanbieders – zeker wanneer zij zelf de indicatie kunnen stellen – cliënten met klachten waarvan de behandeling voor hen financieel niet aantrekkelijk is- door verwijzen naar de tweede lijn. Er is dan sprake van

⁵¹ Van externe effecten is sprake als een individu of organisatie profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van andere individuen of organisaties, en zij zelf niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen bijvoorbeeld afwentel en spillover effecten.

afwenteling op een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener, wat tot stijging van de kosten kan leiden en de toegankelijkheid van de zorg kan beperken. Ook voor zorgverzekeraars 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 een eigen betaling kunnen omzeilen. Afwenteleffecten kunnen dan ook een negatief effect hebben op de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg.

De eerstelijns verloskundige of verloskundig actieve huisarts kan een zwangere vrouw doorverwijzen naar de tweede lijn. Dit kan in principe alleen als daar een medische indicatie voor is. Zolang de wettelijke voorwaarden en polisvoorwaarden⁵² hetzelfde blijven, is er bij de liberalisering van deze markt geen verwachting dat rol van de eerstelijns verloskundige als één van de poortwachters voor medisch specialistische verloskundige zorg verandert.

Wanneer de vrouw aan het bevallen is, kan de verloskundige beslissen om de bevalling in het ziekenhuis onder toezicht van een gynaecoloog voort te zetten. Op dit moment worden de eerste en tweedelijns verloskundige zorg op uiteenlopende wijze vergoed. In de eerste lijn zijn er maximumtarieven op basis van prestatiebeschrijvingen en kunnen O(V)P's in rekening gebracht worden. In de tweedelijns verloskundige zorg vindt financiering in het B-segment plaats op basis van DBC's (zie ook paragraaf 2.3.1.1). Door de huidige heterogene wijze van bekostiging van zorg kan voor een zorgverzekeraar een risico bestaan op dubbele financiering. Wanneer de verloskundige in de huidige situatie beslist om de vrouw die aan het bevallen is naar het ziekenhuis te sturen en haar te laten bevallen onder toezicht van een gynaecoloog, krijgen zowel de verloskundige als het ziekenhuis de volledige bevalling vergoed.⁵³ Gezien de aard van het beroep zal de professionaliteit en motivatie voorop staan, maar uit louter economische overwegingen zal een eerstelijns verloskundige daarom eerder geneigd zijn om de cliënt te laat door te verwijzen dan te vroeg. Voor de consument is late doorverwijzing sowieso nadelig. Deze moet op het laatste moment naar het ziekenhuis met alle gevolgen van dien.

Wanneer een consument in het ziekenhuis wil bevallen dan is er vanuit de consument een prikkel om doorverwezen te worden naar een klinisch verloskundige. In deze situatie hoeft de consument dan geen extra bijdrage te betalen zoals bij een poliklinische bevalling het geval is. Het percentage vrouwen met een poliklinische bevalling zonder medische indicatie is 11%. Eigen bijdragen van de verzekerden liggen meestal rond € 200. De hoogte van de eigen bijdrage hangt ook af in hoeverre vrouwen aanvullend verzekerd zijn.

Sinds kort kunnen verloskundigen boven het normale tarief een extra vergoeding krijgen voor zorg aan vrouwen in achterstandswijken. De prikkel om vrouwen die meer tijd vergen dan de 'standaard behandeling' door te verwijzen naar een andere verloskundige neemt daarmee af. De extra zorg die verleend wordt, wordt immers vergoed. Wanneer in een vrije markt bij de onderhandelingen met de verzekeraar rekening wordt gehouden met bepaalde groepen die meer zorg nodig hebben, zal het risico op (onnodige) doorverwijzing hetzelfde zijn als in de huidige situatie.

⁵² In de verschillende polisvoorwaarden wordt nadere invulling gegeven aan artikel 14 lid 2 ZVW. In die zin dat verwijzing door de verloskundige plaatsvindt wanneer er medisch specialistische zorg nodig is betreft zwangerschap en/of bevalling. Dit geldt enkel voor niet acute zorg.

⁵³ FIOD-ECD, WTG-onderzoeken 2006 'Verloskundigen', februari 2007.

Conclusie

De kans op afwenteleffecten lijkt in de huidige situatie, mede door de wijze van bekostiging, gering. Ook met vrije prijzen kan voor bepaalde groepen die buiten de 'standaard behandeling' vallen een aparte prijs worden afgesproken waardoor afwenteling wordt tegengegaan.

Consultatievraag 21

Kunt u zich vinden in de analyse dat een eventuele introductie van vrije prijsvorming op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg een beperkt risico met betrekking tot afwenteleffecten en de rol van de eerstelijns verloskundige als één van de poortwachters voor medisch specialistische verloskundige zorg met zich meebrengt? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse verscherpt of verbeterd kan worden?

3.3.2 Ketenzorg/spillover effecten

Bij het vrijgeven van prijzen voor een bepaalde beroepsgroep moet ook de samenhang met andere beroepsgroepen in beschouwing worden genomen. Als bijvoorbeeld een beroepsgroep in een keten samenwerkt met andere beroepsgroepen, kan de liberalisering van een groep binnen de keten mogelijk negatieve externe effecten veroorzaken die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort. Hierdoor kan bijvoorbeeld de kwaliteit van de geleverde zorg in gevaar kan komen.

Er zijn belangrijke raakvlakken tussen de verschillende vormen van verloskundige zorgverlening en andere vormen van zorg. Doordat verschillende zorgverleners invulling geven aan het zorgsysteem voor de (aanstaande) moeder en kind, zijn een goede afstemming en duidelijke afspraken over de taakverdeling vereist. De verloskundige keten bestaat allereerst uit verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen, als de beroepsgroepen die zelfstandig verloskundige zorg verlenen. Daarnaast zijn ook kinderartsen/neonatologen en kraamverzorgenden betrokken bij de verloskundige zorg.⁵⁴

Steeds vaker wordt er een samenwerkingsverband opgericht, bijvoorbeeld het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). Een VSV is een lokale vorm van overleg tussen verloskundige zorgverleners uit verschillende disciplines, vaak gecentreerd rondom een ziekenhuis. Deelnemers aan een VSV zijn in ieder geval gynaecologen en eerstelijns verloskundigen. Daarnaast participeert in een deel van de VSV's ook tweedelijns verloskundigen, kinderartsen, verloskundig actieve huisartsen, verpleegkundigen en kraamzorgorganisaties. Doel van een VSV is de organisatie van de verloskundige zorg op regionaal of lokaal niveau nader uit te werken en doelmatiger vorm te geven. Daarnaast worden in sommige regio's in regionaal verband afspraken gemaakt over beleid op de langere termijn in een zogenaamd District Verloskundig Platform (DVP). In dergelijke DVP's wordt gesproken over gezamenlijke belangen, zoals de gevolgen van een fusie tussen ziekenhuizen, de beschikbaarheid van ambulances of afspraken met een zorgverzekeraar. Ook hierin zijn meerdere partijen vertegenwoordigd.

Samenwerking tussen verloskundigen onderling in de huidige structuur is nodig om continuïteit in zorgverlening te garanderen. Niet de organisatie van de zorg staat centraal maar de cliënt die zorg nodig heeft. In de toekomst zal verticale samenwerking een steeds grotere rol spelen.

⁵⁴ NIVEL, Behoefteraming verloskundigen 2004-2015, 2005.

Naast samenwerking met oog op kwaliteit en continuïteit kan samenwerking ook de doelmatigheid bevorderen door bijvoorbeeld gezamenlijk gebruik van apparatuur (bijvoorbeeld voor echoscopie). De samenwerking zal naar verwachting nog meer gestimuleerd worden door het liberaliseren van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg. Bij samenwerking is een goede overdracht van consumenten essentieel. Goede informatiesystemen kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Zoals al eerder aangegeven is zorg, die op dit moment geleverd wordt door klinisch verloskundigen en gynaecologen (zorg in de tweede lijn), onderdeel van het B-segment, waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf de prijs en het volume kunnen vaststellen. Wanneer de prijzen in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg ook worden vrijgegeven dan bestaat in de manier van bekostiging tussen de eerste- en tweedelijns geen verschil meer. Daarnaast wordt momenteel onderzocht in hoeverre de markt voor kraamzorg kan worden vrijgegeven. Stel dat de schotten tussen de bekostiging van de verschillende vormen van geboortezorg worden weggehaald, dan biedt dit kansen om zorg anders te organiseren. Door bijvoorbeeld één verantwoordelijke aan te wijzen kan samenwerking verbeterd worden en de kwaliteit van zorg voor de consument verhoogd worden. Verzekeraars zouden dan bijvoorbeeld zorg in kunnen kopen voor de gehele keten. Prestatiebeschrijvingen moeten dan wel worden aangepast.

Ervaringen uit de markt voor fysiotherapie laten zien dat fysiotherapeuten meer zijn gaan samenwerken op het gebied van kwaliteit, innovatie en administratie na liberalisering. De huidige regulering voor eerstelijns verloskundige zorg biedt hiertoe minder mogelijkheden. Tarieven zijn namelijk gekoppeld aan vaste prestaties en zijn gemaximeerd. Hierdoor zijn er minder mogelijkheden voor differentiatie en ook minder prikkels om samen te werken met andere aanbieders.

Conclusie

De NZa verwacht op grond van bovenstaande overwegingen dat vrije prijsvorming én de daaruit volgende dynamiek in de markt de samenwerking tussen verloskundigen onderling of met andere zorgaanbieders nog meer kan stimuleren om geboortezorg beter te organiseren.

Consultatievraag 22

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat de introductie van vrije prijsvorming een prikkel tot onderlinge samenwerking of samenwerking met andere zorgaanbieders kan geven? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse verscherpt of verbeterd kan worden?

Consultatievraag 23

Zijn de huidige prestatiebeschrijvingen afdoende beschreven om samenwerking te bevorderen?

3.3.3 Volume effecten

Bij de beslissing om een markt vrij te geven, is het tevens van belang om te letten op mogelijke prikkels voor aanbieders om extra, niet medisch noodzakelijke zorg te leveren. Zij kunnen deze prikkel ervaren om extra inkomen te genereren. Dit effect wordt ook wel aanbod geïnduceerde vraag of 'supplier induced demand' (SID) genoemd. Aanbieders kunnen daarnaast prikkels ervaren om duurdere, complexere behandelingen te geven dan noodzakelijk is. Dit effect wordt ook wel 'upcoding' genoemd.

Beide effecten kunnen ook optreden in de huidige situatie waarin de

prijzen nog zijn gereguleerd. Het is daarom goed om vast te stellen of de prikkel voor aanbieders om aan SID of aan upcoding te doen verandert met de introductie van vrije prijsvorming.

Volume-effecten

Het risico van volume- effecten is op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg nauwelijks aanwezig. Het is immers zorg aan een zeer specifieke doelgroep. Een bevalling kan niet twee keer gedaan worden. Daarnaast kan er ook geen invloed uitgeoefend worden op het aantal bevallingen.

Zeer kleine volume-effecten zouden zich kunnen voordoen wanneer verloskundigen bijvoorbeeld meer echo's maken dan medisch noodzakelijk is. Twee factoren kunnen dit gedrag dan beperken: Zorgverzekeraars kunnen het risico op supplier induced demand verkleinen door bijvoorbeeld benchmarkstudies uit te voeren of zorgaanbieders aan elkaar te spiegelen. Zorgaanbieders die zonder een goede, aantoonbare reden veel meer echo's uitvoeren dan gemiddeld kunnen dan bijvoorbeeld worden gekort op hun productieafspraken. Wanneer extra behandelingen niet onder het basispakket vallen of wanneer men er niet aanvullend voor verzekerd is dan draait de consument zelf op voor de kosten. Deze zal zelf een keuze moeten maken om hier wel of niet akkoord mee te gaan. Deze informatie moet dan wel transparant zijn voor de consument.

Upcoding

Het risico van upcoding lijkt bij eerstelijns verloskundige zorg niet aanwezig te zijn. De huidige systematiek en het aantal prestaties geven verloskundigen geen mogelijkheden om in plaats van een eenvoudige behandeling te kiezen voor een meer complexe behandeling.

Conclusie

Op basis van het voorgaande verwacht de NZa dat er een zeer beperkt risico op volume-effecten bestaat. Daarnaast beschikken verzekeraars over voldoende mogelijkheden om eventuele volume-effecten te beheersen.

Consultatievraag 24

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat er bij de introductie van vrije prijsvorming bij verloskunde een beperkt risico op volume-effecten bestaat?

Consultatievraag 25

Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening moet worden gehouden?

4. Lastendruk en veranderingskosten

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven, 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 meegenomen worden. Het is op voorhand moeilijk om een inschatting te maken van de lastendruk in een vrije marktomgeving. Onderstaande analyse betreft daarom vooral een kwalitatieve analyse en richt zich op de kosten voor aanbieders en verzekeraars die samenhangen met de regulering vanuit de overheid.

4.1 Lastendruk en veranderingskosten

De NZa is een project gestart dat als doel heeft om de door de NZa veroorzaakte administratieve lasten voor zorgaanbieders, verzekeraars en zorgkantoren te verminderen. Het project draagt de naam 'Wegnemen (onnodige) Administratieve Lasten door de Zorgautoriteit' (WALZ). In het kader van dit project heeft zij geïnventariseerd hoe hoog de administratieve lasten, de nalevings- en de uitvoeringslasten zijn. Daarnaast is er aandacht voor de belevingslasten. Onderstaande analyse sluit aan bij deze methodiek.

Onder reguleringskosten vallen drie groepen van kosten:

- de administratieve lasten;
- de inhoudelijke nalevingskosten;
- de uitvoeringslasten van de NZa zelf.

Administratieve lasten

De administratieve lasten zijn de kosten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te voldoen aan de informatieverplichtingen, die voortvloeien uit regelgeving van de overheid (in dit geval de NZa).⁵⁵ Het gaat om het verzamelen, bewerken en 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 voortvloeiend uit de regels van de NZa (dus niet zijnde administratieve verplichtingen).⁵⁶ Alleen de kosten die niet gemaakt zouden worden als de wet- en regelgeving er niet is, worden tot de inhoudelijke nalevingskosten gerekend.

Uitvoeringslasten

De uitvoeringslasten zijn gedefinieerd als de kosten die door de NZa worden gemaakt om uitvoering te geven aan de (informatie) verplichtingen die de NZa oplegt aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars in door haar zelf uitgevaardigde regelgeving of

⁵⁵ 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.

⁵⁶ De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk is.⁵⁷ Daartoe worden ook de kosten gerekend die zijn gemoeid met de handhaving van verplichtingen.

Huidige lastendruk eerstelijns verloskundigen

Uit het project WALZ blijkt dat de vrije beroepen met maximumtarieven, waaronder de eerstelijns verloskundigen, in 2006 uitvoeringslasten voor de NZa met zich meebrengen. Het gaat hier om de kosten die zijn verbonden aan het maken van tarieven en het handhaven en het bezwaar maken tegen overheidsbesluiten. Als de NZa tarieven blijft reguleren, moet zij daarnaast periodiek kostenonderzoek moeten uitvoeren om de juiste hoogte van de tarieven te bepalen.

Lastendruk eerstelijns verloskundigen onder vrije prijsvorming

De relevante vraag is of de lastendruk voor de verloskundigen anders wordt indien 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 de kennisneming van regelgeving met betrekking tot de standaardprijzlijsten en het ontwerp en ter beschikking stellen van deze prijzlijsten.⁵⁸ Het gaat hier om administratieve lasten.

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

Een toename in lastendruk moet worden afgezet tegen de toegenomen vrijheden van verzekeraars en aanbieders om op maat gesneden afspraken te maken (zie ook onderstaande box).

Daarnaast zijn er 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 toezichthoudende taak van de NZa om de ontwikkelingen op de markt in de gaten te houden. Deze kosten zijn overigens gering van omvang en incidenteel van aard. De uitvoeringslasten met betrekking tot het vaststellen en handhaven van tarieven vervallen uiteraard. De kosten van het handhaven van bijvoorbeeld transparantieverplichtingen kunnen wel toenemen. Ook kunnen bezwaarprocedures tegen prestatiebeschrijvingen (incidentele) uitvoeringslasten met zich meebrengen.

Conclusie

Vrije prijsvorming leidt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de korte termijn tot een toename van de lastendruk. Het vrijgeven van een markt brengt nou eenmaal veranderingskosten met zich mee. Structureel verdwijnen de reguleringskosten verbonden aan de tarifiering. Daarnaast zijn aan de introductie van vrije prijsvorming veranderingskosten verbonden, deze moeten echter afgewogen worden

⁵⁷ De uitvoeringslasten worden berekend door de kosten van een bestuurlijke behandeling te vermenigvuldigen met het aantal handelingen waarop deze van toepassing is.

⁵⁸ Fysiotherapeuten zijn verplicht om een standaardprijzlijst op een in het oog springende plek in hun praktijk te hangen waarop de tarieven zijn vermeld die zij hanteren voor een behandeling. Hierdoor is het voor de consument transparant welke prijs hij moet betalen voor een behandeling mocht hij niet verzekerd zijn voor fysiotherapie of welk deel van de behandeling hij zelf moet betalen als de betreffende fysiotherapeut niet gecontracteerd is door zijn verzekeraar.

tegen de baten van vrije prijsvorming. De NZa ziet op voorhand geen reden om de markt vanwege de reguleringskosten en veranderingskosten niet vrij te geven. Zij verwacht dat de baten van vrije prijsvorming hier tegen opwegen.

Baten van marktwerking

Het vrijgeven van een markt geeft verzekeraars en aanbieders meer vrijheden en mogelijkheden om in te spelen op specifieke omstandigheden in een markt. Dit is minder mogelijk in een situatie met prijsregulering.

In een markt met gereguleerde prijzen is de hoogte van het algemene tarief idealiter gebaseerd op de gemiddelde kosten in de sector. Daardoor wordt vaak geen rekening gehouden met specifieke (regionale) omstandigheden. Zo kan het tarief niet stijgen in regio's waar schaarste heerst om daar nieuw aanbod uit te lokken. Ook kan het tarief voor bepaalde regio's te laag zijn om alle kosten te dekken, waardoor de kwaliteit van de zorg in die regio in gevaar kan komen en nieuwe aanbieders niet tot de markt willen toetreden. Als er vrije prijzen zijn kunnen verzekeraars wel direct inspelen op deze specifieke omstandigheden. Vrije prijzen kunnen in deze zin zorgen voor een betere toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

Vrije prijzen geven zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook betere prikkels om te investeren in de kwaliteit van zorg, de transparantie daarvan en de doelmatigheid. Zoals in het verleden is gebleken, zijn deze prikkels beperkt onder prijsregulering; alle aanbieders kregen immers het maximumtarief. De prikkel voor aanbieders om zich op het gebied van bijvoorbeeld kwaliteit van elkaar te onderscheiden, waren beperkt omdat een hogere kwaliteit maar ten dele kon worden weerspiegeld in een hogere prijs. De introductie van vrije prijsvorming brengt meer dynamiek met zich mee. Het biedt meer mogelijkheden voor productinnovatie, variatie in het aanbod en in zijn algemeenheid ondernemerschap. Dit geldt zeker in een situatie waarin er voor verzekeraars en consumenten iets te kiezen valt. Aanbieders worden ook meer gestimuleerd om de grenzen van geoorloofde samenwerking op te zoeken, al dan niet via directe stimulansen van de verzekeraar.

[Consultatievraag 26](#)

[Kunt u zich vinden in bovenstaande analyse over lastendruk en veranderingskosten? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?](#)

5. Monitoren marktontwikkelingen

Als de minister besluit om een markt vrij te geven, dan ligt er een belangrijke taak voor de NZa om een markt te monitoren. Via de monitor kunnen marktontwikkelingen worden gevolgd en wordt de borging van de publieke belangen in de gaten gehouden. Als partijen ongewenste gedragingen vertonen die de concurrentie verstoren, kan de NZa ingrijpen. Monitors leveren daarmee de basis voor oordeelsvorming over het inzetten van instrumenten op de markt. Het monitoren en de intensiteit van de inzet van dit instrument worden grotendeels bepaald door de risico's die een goede werking van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg in de weg staan. Het gaat dan vooral om mogelijke anticompetitieve gedragingen van partijen. Deze staan deels in dit consultatiedocument en vloeien verder voort uit de consultatieronde. De consultatieronde heeft als belangrijk doel om de prioriteiten in de monitor te bepalen.

Regelgevend kader

Het regelgevend kader biedt in het beginsel instrumenten om ook na de introductie van vrije prijsvorming mededingingsproblemen die bij de markt voor eerstelijns verloskundige zorg ontstaan, te adresseren. De NZa kan, als de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid of toegankelijkheid bijvoorbeeld door een te grote inkoopmacht van verzekeraars in het geding zouden komen, verplichtingen op grond van aanmerkelijke marktmacht opleggen. De NMa kan ook tegen misbruik van inkoopmacht optreden.

Inzet instrumentarium NZa

De NZa bezit via de Wmg (Wet marktordening gezondheidszorg) verschillende instrumenten om toezicht te houden op de markt. Zo kan de NZa via artikel 38 van de Wmg aanbieders verplichten om informatie over de kwaliteit, de prijs en de omschrijving van de aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken. Hiermee kan de transparantie in een markt dus worden bevorderd. Ook kan de NZa via artikel 45 van de Wmg regels stellen voor de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg en de voorwaarden in die overeenkomsten. Zo kunnen eisen worden gesteld met betrekking tot een redelijke antwoordtermijn op onderhandelingsvoorstellen. Daarnaast kan de NZa op grond van artikel 48 van de Wmg partijen die beschikken over aanmerkelijke marktmacht (AMM) preventief verplichtingen opleggen.⁵⁹

Relatie met andere toezichthouders

Naast de NZa zijn er op de zorgmarkt andere toezichthouders actief, zoals de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (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, zijn hierover afspraken gemaakt. Deze zijn vastgelegd in verschillende samenwerkingsconvenanten. Deze samenwerkingsconvenanten zijn te vinden op de website van de NZa (www.nza.nl).

⁵⁹ 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', te vinden op www.nza.nl

6. Overzicht van consultatievragen

Consultatievraag 1

Deelt u de voorlopige conclusie van de NZa dat vrije prijsvorming het best de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg borgt? Zo nee, waarom niet en wat is het alternatief?

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van de taken en het huidige aanbod van verloskundige zorg? Zo niet, de verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangegeven en voorzien van een bronvermelding.

Consultatievraag 3

Kunt u aangeven hoeveel zwangere vrouwen met een laag risico jaarlijks niet thuis kunnen bevallen door het gebrek aan eerstelijns verloskundige zorg of door het gebrek aan achtervang in de tweede lijn? Graag zo concreet mogelijk aangegeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

Consultatievraag 4

Kunt u zich vinden in de door de NZa beschreven ontwikkeling van vraag en aanbod van eerstelijns verloskundige zorg? Zo nee, waar kan de analyse aangescherpt of verbeterd worden?

Consultatievraag 5

Vindt u dat de numerus fixus voor de opleiding verloskunde toetreding kan belemmeren? Zo nee, waarom niet?

Consultatievraag 6

Kunt u aangeven in hoeverre nieuwe toetreders belemmerd worden door zittende verloskundigen? Graag zo concreet mogelijk aangegeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

Consultatievraag 7

Welke invloed hebben geboortecentra op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg? Vormen deze centra een verlengstuk voor de thuisbevalling?

Consultatievraag 8

Ziet u een relevant effect van het recht op pijnbestrijding voor het oordeel over de mogelijke liberalisering van de markt voor eerstelijns verloskundige zorg? Zo ja, welk effect?

Consultatievraag 9

Vindt u dat het recht op pijnbestrijding invloed heeft op (de prestaties voor) eerstelijns verloskundige zorg? Zo ja, wat ziet u hier als mogelijke oplossing?

Consultatievraag 10

Vindt u de huidige prestatiebeschrijvingen eenduidig genoeg beschreven? Zo nee, waarom niet en heeft u een suggestie hoe dit verbeterd/veranderd kan worden?

Consultatievraag 11

Vindt u dat een bevalling met laag risico in de verschillende omgevingen gedefinieerd kan worden als één prestatie? Zo ja, kunt u een omschrijving geven van de prestatiebeschrijving(en)? Zo nee, waarom niet?

Consultatievraag 12

In hoeverre acht u het vaststellen, onderhouden en aanvullen van prestatiebeschrijvingen door de NZa in de toekomst (na mogelijke invoering van vrije tarieven) überhaupt (nog) van belang?

Consultatievraag 13

Deelt u de analyse van de NZa dat er voldoende overstapmogelijkheden zijn voor de consument op de markt voor eerstelijns verloskunde maar dat er een gebrek aan transparantie is? Zo nee, waarom niet?

Consultatievraag 14

Deelt u de analyse van de NZa dat een verzekeraar vooral een externe prikkel heeft om verloskundige zorg kwalitatief goed in te kopen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

Consultatievraag 15

Deelt u de analyse van de NZa dat een consument geen financiële prikkel heeft om goed in te kopen, maar wel een externe prikkel heeft om kwalitatief goed in te kopen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

Consultatievraag 16

Kunt u zich vinden in de door de NZa beschreven marktverhoudingen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

Consultatievraag 17

Deelt u de mening van de NZa dat er een beperkte kans bestaat op te hoge of te lage prijzen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

Consultatievraag 18

Deelt u de analyse dat het risico van kartelvorming in de markt voor eerstelijns verloskundige zorg beperkt is? Zo nee, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 19

Deelt u de mening van de NZa dat het risico dat verzekeraars hun inkoopmacht onjuist te gebruiken beperkt is? Zo nee, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 20

Mist u naast de hierboven genoemde anticompetitieve gedragingen nog andere gedragingen die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening gehouden moet worden?

Consultatievraag 21

Kunt u zich vinden in de analyse dat een eventuele introductie van vrije prijsvorming op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg een beperkt risico met betrekking tot afwenteleffecten en de rol van de eerstelijns verloskundige als één van de poortwachters voor medisch

specialistische verloskundige zorg met zich meebrengt? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse verscherpt of verbeterd kan worden?

Consultatievraag 22

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat de introductie van vrije prijsvorming een prikkel tot onderlinge samenwerking of samenwerking met andere zorgaanbieders kan geven? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse verscherpt of verbeterd kan worden?

Consultatievraag 23

Zijn de huidige prestatiebeschrijvingen afdoende beschreven om samenwerking te bevorderen?

Consultatievraag 24

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat er bij de introductie van vrije prijsvorming bij verloskunde een beperkt risico op volume-effecten bestaat?

Consultatievraag 25

Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening moet worden gehouden?

Consultatievraag 26

Kunt u zich vinden in bovenstaande analyse over lastendruk en veranderingskosten? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Bijlage 1. Begrippenlijst

Afwenteleffecten	Het door de zorgaanbieder (1ste of 2de lijn) of zorgverzekeraar doorverwijzen van niet-rendabele cliënten.
Anticompetitieve gedragingen	Gedragingen door marktpartijen (aanbieders, verzekeraars) die een goede werking van de markt kunnen belemmeren. Voorbeelden hier van zijn kartelvorming, te hoge of te lage prijzen en misbruik maken van inkoopmacht.
Economische machtspositie	Een aanbieder beschikt over een economische machtspositie als hij/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 zij zelf niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen.
Kartelvorming	Het door zorgaanbieders maken van ongewenste onderlinge afspraken over prijs of verdeling van de markt.
Keteneffecten	Mogelijke negatieve externe effecten die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort.
Restitutieverzekering	Een verzekering waar de consument gemaakte ziektekosten geheel of gedeeltelijk krijgt vergoed (na aftrek van het eventuele bedrag van het eigen risico).
Substituten	Een zorgaanbieder die als een vervanger kan dienen voor een andere zorgaanbieder vanuit het oogpunt van de consument.
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 door zorgaanbieders leveren van duurdere/complexere behandelingen dan noodzakelijk.
Volume-effecten	De prikkel voor een zorgaanbieder om meer volume te draaien omdat er sprake is van een informatieasymmetrie tussen enerzijds de zorgaanbieder en anderzijds verzekeraars en cliënten ten aanzien van (de noodzaak van) de geadviseerde behandeling. Een voorbeeld hiervan is supplier induced demand.
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.
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.

Bijlage 2. Beleidsregel CV-5700-4.0.-11

BELEIDSREGEL CV-5700-4.0.-11



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 rekenormpraktijk. 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 verhuistarieft 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.

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

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 rekenorm 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 rekenorm 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 verrichtingentarieft 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.

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

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

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 buurniveau. 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 aanpassingsystematiek 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 aanpassingsystematiek 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 aanpassingsystematiek van het praktijkkostenbestanddeel in de maximumtarieven (CV-0000-2.0.2).

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.