

Rapport

Eigen bijdrage verloskundige zorg?

Op 30 mei 2011 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **301**

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Zaaknummer

2011048274 (volgnr. 2011048274)

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

mw. J.M. Latta i.s.m. mw. J. Derksen, gynaecoloog en
mw. F.M. van der Meer

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 86 41

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
2	1.a. Leeswijzer
3	2. Eigen bijdrage regeling
5	3. Eerstelijnsbevalling in de regelgeving
5	3.a. Tweedelijns-verloskundige zorg
5	3.b. Eerstelijns-verloskundige zorg
7	3.c. Eigen bijdrage regeling van toepassing
7	3.d. Knelpunten
7	3.d.1. Verschillende consequenties van 'redelijkerwijs aangewezen zijn op'
8	3.d.2. Toegankelijke zorg
9	4. Advies ten aanzien van eigen bijdrage
11	5. Geboortecentra
11	5.a. Diverse instellingen
12	5.b. Kwaliteitskader
12	5.b.1. Bereikbaarheid
13	5.b.2. Keten
13	5.b.3. Integraal tarief
14	5.c. Winst
15	6. Gederfde inkomsten
	7. Andere voorstellen
17	7.a. Indicatie
17	7.b. Inkomensafhankelijke bijdrage
19	8. Uitvoering
19	8.a. Contracteerbeleid zorgverzekeraars
19	8.b. Kosten voor verzekerde (kraamperiode)
19	8.c. Aanpassing DBC
21	9. Reactie partijen
25	10. Adviescommissie Pakket
27	11. Advies

Bijlage(n)

1. Ontvangen reacties in consultatieronde

Samenvatting

Voor de zorg rond zwangerschap en bevalling worden een aantal keuzes gemaakt. Aan de hand van de verloskundige indicatielijst bepaalt de verloskundige of een vrouw op eerste- of tweedelijnsverloskundige zorg is aangewezen.

Bij eerstelijnsverloskundige zorg bepaalt idealiter de verloskundige in overleg met de zwangere vrouw hoe en waar de bevalling moet plaatsvinden. Op grond van zorggerelateerde overwegingen kan het in bepaalde gevallen beter zijn niet thuis te bevallen. De bevalling kan dan plaatsvinden in een instelling.

Voor een bevalling zonder medische indicatie in een instelling is de vrouw verplicht een eigen bijdrage te betalen voor de verloskundige zorg overeenkomstig artikel 2,37 lid 2 van de Regeling zorgverzekering. Die bijdrage bedraagt in 2011 € 302,50 per dag voor moeder en kind samen. (De hoogte van deze eigen bijdrage beperkt voor de vrouw de toegankelijkheid van de locatie waar zij wil bevallen. Voor de thuisbevalling geldt alleen een lagere eigen bijdrage voor de kraamzorg, afhankelijk van het aantal uren geleverde kraamzorg, met een maximum van € 31,20 per dag voor 8 uur.

De instellingen waar een vrouw kan bevallen zijn door de verplichte eigen bijdrage mogelijk ontoegankelijk. Het CVZ meent dat het niet past om de toegankelijkheid te beïnvloeden via het heffen van een eigen bijdrage indien er zorginhoudelijke redenen zijn om niet thuis te bevallen. Het CVZ meent dat er geen financiële belemmeringen mogen zijn om dit zorggerelateerde inhoudelijke advies van een zorgverlener te kunnen opvolgen. Het CVZ stelt dan ook voor de eigen bijdrage, zoals is bepaald in artikel 2.37, lid 2 van de Regeling zorgverzekering, voor een eerstelijnsbevalling in een instelling af te schaffen.

In de huidige praktijk blijkt een grote diversiteit tussen de instellingen anders dan ziekenhuizen te bestaan. Met name voor wat betreft de nabijheid en bereikbaarheid van de tweedelijns, en voor wat betreft de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns-verloskundige zorg. Terwijl juist de nabijheid van de tweedelijnszorg medebepalend kan zijn geweest bij de beslissing de bevalling niet thuis te laten plaatsvinden. Om optimale verloskundige zorg voor moeder en kind te bevorderen, moeten juist die aspecten die kunnen bijdragen aan dit doel, vastgelegd worden in kwaliteitscriteria en samenwerkingsafspraken. Het CVZ stelt voor de bekostiging te laten aansluiten bij de beoogde samenwerking en bij de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverleningspraktijk.

1. Inleiding

Het CVZ beoordeelt jaarlijks de modelpolissen voor het volgende jaar van de zorgverzekeraars. Doel is na te gaan of de te verzekeren prestaties in de modelpolis overeenkomen met hetgeen in de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij de beoordeling in 2009 is het CVZ gebleken dat zorgverzekeraars de verplichte eigen bijdrage bij verloskundige zorg verschillend hanteerden¹. Sommige zorgverzekeraars hanteerden voor een eerstelijnsbevalling in een instelling de 'hoge eigen bijdrage', andere zorgverzekeraars beschouwden dit als een verplaatste thuisbevalling en hanteerden de 'lage eigen bijdrage' (zie hoofdstuk 2 voor een toelichting op de eigen bijdrage). De 'verplaatste thuisbevalling' was gerelateerd aan het tekort aan verloskundigen. Omdat er momenteel geen tekort meer is aan verloskundigen, is er ook geen sprake meer van een verplaatste thuisbevalling. Om die reden heeft het CVZ in 2010 ten behoeve van een eenduidige beoordeling van de modelpolissen, overeenkomstig de geldende wet- en regelgeving, het standpunt ingenomen dat bij een bevalling zonder medische indicatie in een instelling, het verblijf niet medisch noodzakelijk is en dat derhalve de 'hoge eigen bijdrage' verschuldigd is. Deze verschillende interpretaties riepen bij het CVZ wel de vraag op of de eigen bijdrage voor de verloskundige zorg nog wel passend is. In dit rapport gaat het CVZ in op de beantwoording van die vraag.

Er is nog een aanleiding om de bevalling zonder medische indicatie in een instelling nader te beschouwen. De Stuurgroep Zwangerschap en geboorte heeft in het kader van haar ambitie het aantal maternale en perinatale sterftegevallen te halveren, aanbevelingen gedaan die de gezondheid van moeder en kind kunnen bevorderen. Eén van die aanbevelingen is de eigen bijdrage voor de bevalling in een instelling zonder medische indicatie af te schaffen. Nederland presteert ten opzichte van de meeste andere Europese landen minder goed voor wat betreft het perinatale sterftcijfer. Het is niet duidelijk waar de oorzaken van deze sterfte precies liggen.

Dit advies heeft betrekking op de eigen bijdrage bij een eerstelijnsbevalling in een instelling. Het CVZ beziet de eigen bijdrage vanuit de huidige wet- en regelgeving. De maatregel die het CVZ voorstelt is tot stand gekomen als gevolg van een beschouwing van de huidige zorgverleningspraktijk gerelateerd aan de wet- en regelgeving en is gericht op de toegankelijkheid van adequate zorg.

¹ Achtergrond hiervan was het feit dat ongeveer 10 jaar geleden er een tekort aan eerste lijns verloskundigen was. Als gevolg hiervan kon een veilige thuisbevalling niet altijd worden gegarandeerd en vonden onder de noemer 'verplaatste thuisbevalling' bevallingen zonder medische indicatie plaats in een instelling. De meerkosten van deze bevallingen kwamen niet voor rekening van de vrouw die moest bevallen, maar werden door het ziekenfonds gedragen.

1.a. Leeswijzer

Het CVZ bespreekt in hoofdstuk 2 de eigen bijdrage regeling en schetst in hoofdstuk 3 het onderscheid tussen eerste- en tweedelijnsverloskundige zorg en het moment tijdens de zwangerschap waarop wordt bepaald dat de vrouw thuis kan bevallen of dat zij redelijkerwijs is aangewezen op een bevalling in een instelling. Het CVZ geeft aan welke overwegingen aan die beslissing ten grondslag kunnen liggen. Vervolgens gaat het CVZ na hoe de relevante regelgeving van toepassing is. In hoofdstuk 4 staan de bevindingen en het voorstel de eigen bijdrage af te schaffen. In hoofdstuk 5 gaat het CVZ in op de mogelijke infrastructuur en kwaliteitseisen van een instelling waar een bevalling zonder medische indicatie kan plaatsvinden. In hoofdstuk 6 komen andere opties dan het afschaffen van de eigen bijdrage aan de orde. In hoofdstuk 7 geeft het CVZ uitvoeringsaspecten en in hoofdstuk 8 de reacties van de stakeholders. In hoofdstuk 9 staat een samenvattende conclusie.

2. Eigen bijdrage regeling

Bij de verloskundige zorg bestaan een eigen bijdrage voor de kraamzorg en een eigen bijdrage voor de verloskundige zorg. De eigen bijdrage voor de verloskundige zorg is van toepassing bij een bevalling zonder medische indicatie in een instelling. In dit hoofdstuk wordt geschetst welke regelgeving hieraan ten grondslag ligt. De volgende bepalingen spelen een rol:

artikel 2.12 Bzv

Besluit zorgverzekering artikel 2.12

1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verzorging, omvat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste lid.

artikel 2.37 Rzv

Regeling zorgverzekering artikel 2.37

1. Voor verzorging als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering ten huize van de verzekerde betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 3,90 per uur.
2. Voor verzorging als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering, verleend in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, betaalt zowel de moeder als het kind een eigen bijdrage van € 15,50 per dag, die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 111,50 per dag te boven gaat.

Artikel 2.12 Bzv geeft in lid 1. aan dat verzorging tevens zorg omvat zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden en in lid 2. dat kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor deze kraamzorg. Uit artikel 2.37 lid 1 Rzv blijkt dat een bijdrage voor kraamzorg is verschuldigd in de thuissituatie. Lid 2 van artikel 2.37 Rzv geeft aan dat voor de kraamzorg een eigen bijdrage verschuldigd is als de bevalling zonder medische indicatie in een instelling plaatsvindt.

Hieruit blijkt dat de eigen bijdrage voor de verloskunde in de regelgeving is opgehangen aan de prestatie kraamzorg. Maar de eigen bijdrage in artikel 2.37, lid 2 Rzv omvat tevens een bijdrage voor de verloskundige zorg. De bijdrage wordt in feite geheven voor het gebruik van de verloskamer en infrastructuur in het ziekenhuis.

Overigens is bij een bevalling in een instelling geen sprake van verblijf overeenkomstig hetgeen er in het Bzv onder wordt verstaan. Het Bzv verstaat namelijk onder verblijf, verblijf gedurende het etmaal. Maar meestal is de vrouw die in de instelling bevalt binnen 24 uur weer weg.

De eigen bijdrage wordt dus bepaald door de locatie waar de bevalling plaatsvindt in combinatie met de aan- of afwezigheid van een medische indicatie.

Bij een bevalling thuis is de verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd voor de verloskundige zorg, maar wel voor de kraamzorg.

Voorbeeld

Thuisbevalling + kraamzorg thuis.

Volgens toepassing van lid 1 is de eigen bijdrage bij 12 uur kraamzorg (bijvoorbeeld 4 uur bevallingsassistentie en 8 uur kraamzorg): € 3,90 x 12 uur = **€ 46,80 per dag.**

Bevalling zonder medische indicatie in instelling.

Volgens toepassing van lid 2 wordt de eigen bijdrage als volgt berekend. Uitgegaan wordt van een tarief van de instelling van € 494,50. Volgens de 'formule' voor de berekening van de eigen bijdrage in een instelling vergoedt de zorgverzekeraar (2x 111,50-) minus (2x 15,50) = 192,- per dag. De eigen bijdrage voor de verzekerde bedraagt € 494,50 -/- € 192,- = **€ 302,50 per dag.**

Formule

Een nadere beschouwing van de 'formule' voor de berekening van de eigen bijdrage laat zien dat de hoogte van de eigen bijdrage voor een eerstelijnsbevalling in een instelling wordt bepaald door de volgende variabelen:

- de hoogte van het jaarlijks trendmatig vastgestelde bedrag (voor 2011: € 111,50)
- de hoogte van het gehanteerde tarief voor de instelling.

Gemakshalve wordt hierna de eigen bijdrage berekend volgens lid 1 de 'lage eigen bijdrage' genoemd, de eigen bijdrage berekend volgens lid 2 de 'hoge eigen bijdrage'.

Voor een bevalling zonder medische indicatie in een instelling is de hoge eigen bijdrage verplicht. In het volgende hoofdstuk laten we zien hoe de keuze voor een bevalling in een instelling tot stand komt.

3. Eerstelijnsbevalling in de regelgeving

In dit hoofdstuk onderscheiden we eerst de eerste- en tweedelijns-verloskundige zorg. Daarna geven we voor de eerstelijns-verloskundige zorg aan dat er tijdens de zwangerschap een moment is waarop wordt bepaald dat de vrouw thuis kan bevallen of dat zij, om zorggerelateerde redenen, redelijkerwijs is aangewezen op een bevalling in een instelling. De volgende bepalingen uit de regelgeving zijn hierbij van belang.

Bzv artikel 2.4 **Besluit zorgverzekering**
Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, (.....)

Bzv artikel 2.1, lid 3 Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikel 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Verloskundige Indicatielijst **3.a. Tweedelijns-verloskundige zorg**
Wanneer een vrouw zich tot een verloskundige wendt voor zorg in de zwangerschap en bij de bevalling, bepaalt de verloskundige of de vrouw redelijkerwijs is aangewezen op eerste- of tweedelijns-verloskundige zorg tijdens haar zwangerschap en bevalling. De verloskundige doet dit aan de hand van de verloskundige indicatielijst (VIL) van het Verloskundig Vademecum. Met behulp van de VIL vindt risicoselectie plaats en de verloskundige stuurt de vrouw bij bepaalde indicaties door naar de gynaecoloog. De tweedelijns-verloskundige zorg door een gynaecoloog is medisch geïndiceerd en de tweedelijnsbevalling vindt plaats in het ziekenhuis onder begeleiding van een gynaecoloog. Voor deze bevalling is geen eigen bijdrage verplicht. Omdat de eigen bijdrage onderwerp is van dit rapport, is de tweedelijnsbevalling hier verder niet aan de orde.

Zorggerelateerde overwegingen **3.b. Eerstelijns-verloskundige zorg**
Een verloskundige (of verloskundig actieve huisarts) verleent de verloskundige zorg bij een zwangerschap en bevalling zonder medische indicatie. De eerstelijnsbevalling kan thuis of in een instelling plaatsvinden. Op een moment tijdens de zwangerschap bepalen de verloskundige en de zwangere vrouw waar de eerstelijnsbevalling (in principe) zal plaatsvinden. Uitgangspunt hierbij zal zijn dat de vrouw thuis bevalt, tenzij de thuisbevalling aspecten met zich meebrengt die een voorspoedige bevalling thuis verhinderen. De verloskundige en de vrouw bepalen op basis van zorggerelateerde overwegingen de locatie van bevalling: thuis of in een instelling. Deze zorggerelateerde overwegingen staan los van een medische indicatie die verwijzing naar de 2^e lijn

nodig zou maken², maar kunnen bijvoorbeeld worden ingegeven door risico-overwegingen die tegen een thuisbevalling pleiten. Voorbeelden van deze risico-afwegingen zijn:

Thuis of in instelling

- Statistisch groot risico op overplaatsing naar de tweedelij, met name bij een eerste bevalling. Ongeveer 50% van de vrouwen die voor het eerst bevallen worden vanwege complicaties tijdens de bevalling alsnog aan de tweedelij overgedragen.
- De behoefte aan pijnbestrijding kan een reden zijn alsnog aan de tweedelij over te dragen.
- De ligging van een woning, bijvoorbeeld: 'drie hoog achter'. Bij overdracht tijdens de bevalling is soms sprake van ambulancevervoer en, in sommige gevallen, ook van hulp door de brandweer wanneer de vrouw bijvoorbeeld uit het raam getakeld moet worden. Niet alleen de complexiteit van het vervoer, maar ook het tijdsaspect speelt dan een rol.
- De afstand van thuis tot het ziekenhuis.
- Angst bij de vrouw om thuis te bevallen.
- Een sociale situatie die inhoudt dat een vrouw thuis niet op een veilige en aangename manier kan bevallen.

De keuze voor de locatie waar de bevalling zal plaatsvinden wordt dus ingegeven door zorggerelateerde overwegingen. De KNOV en de NVOG laten zich hierover in dezelfde zin uit. Hun opvattingen hebben we hierna kort samengevat.

KNOV

Bij eerstelijnsbevallingen overlegt de zwangere vrouw met de verloskundige over de locatie van bevallen. De verloskundige kan het risico bepalen, de voor- en nadelen met de vrouw bespreken en adviseren over de locatie van bevallen. Op een vastgesteld moment tijdens de zwangerschap zet de verloskundige alle voor- en nadelen met de vrouw die moet bevallen op een rij en bekijkt samen met de vrouw (en haar partner) welke locatie goed aansluit bij de persoonlijke situatie³.

NVOG

Bij de bespreking van de plaats van bevalling moeten ook het risico op transport naar het ziekenhuis en de mogelijke implicaties daarvan aan de orde komen. Vrouwen die voor de eerste maal gaan bevallen, moeten worden geïnformeerd over de kans op overplaatsing en transport naar het ziekenhuis.

Minister

Ook de minister schrijft in haar brief van 14 december 2010 over zwangerschap en geboorte aan de Voorzitter van de Tweede Kamer dat "zwangeren beter moeten worden voorgelicht over de voor- en nadelen van een bevalling thuis, in het geboortecentrum of in het ziekenhuis. De verloskundige

² Deze overwegingen hebben wel een medische component, maar worden niet aangegeven met de term 'medische indicatie' teneinde het onderscheid tussen 1^e en 2^e lijn helder te houden.

³ <http://www.knov.nl/voor-zwangeren/zwanger/de-bevalling/thuis-of-in-het-ziekenhuis/>

moet de thuissituatie beoordelen op mogelijke risico's voor een veilige bevalling en kraamperiode. De verloskundige bepaalt samen met de zwangere vrouw – mede op basis van deze bevindingen en zo nodig na overleg met een gynaecoloog – waar de bevalling in principe het beste kan plaatsvinden.”

In hoofdstuk 7 gaan we nader in op de fysieke kenmerken van instellingen waar een eerste lijnsbevalling kan plaatsvinden. Hieronder laten we zien hoe de eigen bijdrage regeling van toepassing is.

3.c. Eigen bijdrage regeling van toepassing

Op grond van het feit dat bij een eerstelijnsbevalling in een instelling het verblijf niet medisch noodzakelijk is zoals bedoeld in artikel 2.37 Rzv, is een eigen bijdrage verplicht (zie hoofdstuk 2). Deze regelgeving is van toepassing op instellingen in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dat wil zeggen op ziekenhuizen, maar ook op andere instellingen in de zin van de WTZi. (bijvoorbeeld instellingen voor verloskundige zorg, mondzorg, paramedische zorg, huisartsenzorg enz. Zie Uitvoeringsbesluit WTZi, artikel 1.2)

Het CVZ constateert dat hoewel de zorgverlener in overleg met de zwangere vrouw heeft besloten dat de bevalling beter niet thuis kan plaatsvinden en dat de vrouw als gevolg daarvan overeenkomstig Bzv artikel 2.1, lid 3 “redelijkerwijs is aangewezen” in een instelling te bevallen, de vrouw verplicht is hiervoor een hoge eigen bijdrage te betalen (€ 302,- in 2011).

3.d. Knelpunten

3.d.1. Verschillende consequenties van ‘redelijkerwijs aangewezen zijn op’

De praktijk van de zorgverlening verhoudt zich ook om een andere reden slecht met de formulering van artikel 2.37 Rzv.

De verloskundige en de zwangere vrouw bepalen in overleg op welke (onderdelen van de) verloskundige zorg de vrouw redelijkerwijs is aangewezen. Zorggerelateerde overwegingen die ten grondslag kunnen liggen aan een bevalling in een instelling, hebben we aangegeven onder hoofdstuk 3.b. Ondanks deze zorggerelateerde overwegingen, is de vrouw verplicht een eigen bijdrage te betalen voor het bevallen in een instelling. Er zijn andere, zorginhoudelijke overwegingen die niet tot een eigen bijdrage voor de bevalling in een instelling leiden, zoals pijnbestrijding. De vrouw die moet bevallen, kan tijdens of al vóór de bevalling kiezen voor pijnbestrijding bij de bevalling en deze keuze leidt tot een indicatie voor een bevalling in de tweede lijn. In de multidisciplinaire *Richtlijn*

Medicamenteuze Pijnbehandeling tijdens de bevalling is overeengekomen dat pijnbestrijding (om meerdere redenen) een medische indicatie met zich meebrengt. De medische specialist zorgt voor pijnbestrijding door middel van een ruggenprik of een injectie. Daarna moeten moeder en kind 'bewaakt worden'. Dit betekent dat een vrouw die vraagt om pijnbestrijding, een medische indicatie krijgt en bevalt in de tweedelijns bij de gynaecoloog. Omdat het verblijf medisch noodzakelijk is hoeft zij geen eigen bijdrage te betalen.

Knelpunt

De vrouw die is aangewezen op een bevalling in een instelling, omdat zij, om redenen vermeld onder 3.b., beter niet thuis kan bevallen, heeft geen medische indicatie voor de tweede lijn en is de hoge eigen bijdrage verschuldigd. Pijnbestrijding tijdens de bevalling levert wel een medische indicatie op. Deze ongelijkheid in indicatie is op zich onwenselijk en kan bovendien leiden tot oneigenlijke prikkels voor een verzoek tot pijnbestrijding.

3.d.2. Toegankelijke zorg

Het CVZ meent dat niet veronachtzaamd moet worden dat de hoge eigen bijdrage voor vrouwen een belemmering kan zijn om in een instelling te bevallen. Vanwege de hoge eigen bijdrage is voor sommige vrouwen de bevalling zonder medische indicatie in een instelling mogelijk geen toegankelijke zorg. Het CVZ acht het principieel onjuist als de zorginhoudelijke afweging waar te bevallen wordt beïnvloed door financiële argumenten.

**Stuurgroep
Zwangerschap en
geboorte**

In december 2009 heeft de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte het rapport *Een goed begin* uitgebracht. Ook de Stuurgroep constateert dat er mogelijk financiële barrières zijn voor een vrouw en haar (eventuele) partner om al dan niet te kiezen voor een bevalling in een instelling. De Stuurgroep meent dat deze barrières er niet mogen zijn en meent dat de eigen bijdrage voor bevallen in een instelling (op eigen verzoek, zonder medische indicatie) moet vervallen.

Knelpunt

Vrouwen voor wie het op grond van zorggerelateerde overwegingen wenselijk is dat zij niet thuis bevallen, kunnen door de hoge eigen bijdrage belemmerd worden de verloskundige zorg niet thuis, maar in een instelling te krijgen. De kwaliteit van de verleende zorg wordt in dit geval niet alleen bepaald door de kwaliteit van de zorgverlener, maar ook door de geschiktheid van de plaats waar de zorg wordt verleend.

4. Advies ten aanzien van eigen bijdrage

<i>Eerste of tweede lijn</i>	In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat risicoselectie aan de hand van de verloskundige indicatielijst aangeeft of een bevalling in de eerste- of in de tweedelijns zal plaatsvinden. Wanneer een vrouw redelijkerwijs is aangewezen op tweedelijns-verloskundige zorg, heeft zij een medische indicatie en vindt de bevalling plaats in het ziekenhuis onder leiding van een gynaecoloog.
<i>Thuis, tenzij</i>	Wanneer de vrouw niet is doorverwezen naar de tweede lijn, bepalen de verloskundige en de vrouw op een moment tijdens de zwangerschap waar de eerstelijnsbevalling (in principe) het beste kan plaatsvinden. Uitgaande van het stepped care principe, gaat het CVZ er vanuit dat thuis hierbij veelal de eerste optie is. Op grond van zorggerelateerde overwegingen (zie hoofdstuk 3.b.) kan het echter beter zijn niet thuis te bevallen, maar in een instelling. Conform artikel 2.1 lid 4 van het Bvz is zij dan redelijkerwijs erop aangewezen in een instelling te bevallen.
<i>Ontoegankelijk als gevolg van eigen bijdrage</i>	De instellingen waar een vrouw kan bevallen zijn door de verplichte eigen bijdrage mogelijk ontoegankelijk. Het CVZ meent dat die ontoegankelijkheid negatieve consequenties kan hebben voor de gezondheid en veiligheid van moeder en kind. Een advies van een zorgverlener met betrekking tot de locatie van bevallen, kortom voor het leveren van kwalitatief goede zorg, moet zonder barrières opgevolgd kunnen worden, zodat kwalitatief goede zorg te allen tijde voor iedere vrouw die moet bevallen toegankelijk is.
<i>Redelijkerwijs aangewezen</i>	Het CVZ meent dat als een zorgverlener op zorggerelateerde inhoudelijke gronden concludeert dat een bevalling beter niet thuis kan plaatsvinden er geen belemmeringen mogen zijn voor opvolging van dit advies. Voor de vrouw die redelijkerwijs is aangewezen op een eerstelijnsbevalling in een instelling, mag een eigen bijdrage geen barrière vormen.
<i>Advies</i>	Het CVZ adviseert de hoge eigen bijdrage conform artikel 2.37 lid 2 Rzv voor een eerstelijnsbevalling in een instelling af te schaffen. Overigens stelt het CVZ voor de lage eigen bijdrage conform artikel 2.37 lid 1 Rzv gekoppeld aan het aantal uren verleende kraamzorg voor een eerstelijnsbevalling in een instelling, te handhaven. Deze lage eigen bijdrage is ook van toepassing in de thuissituatie. Op beide locaties is dus dezelfde lage eigen bijdrage voor de kraamzorg verschuldigd.

5. Geboortecentra

Het CVZ adviseert de eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in een instelling af te schaffen. Om welke instellingen gaat het dan?

Met eigen verloskundige in instelling

De vrouw die niet thuis wil bevallen kan tegenwoordig kiezen voor diverse instellingen. Tot voor kort had zij alleen de keus voor het ziekenhuis. We spraken dan van een zogenaamde 'poliklinische bevalling'. Tegenwoordig zijn er ook alternatieve instellingen voor het ziekenhuis. Zowel de poliklinische bevalling in het ziekenhuis als de bevalling in een alternatieve instelling zijn eerstelijnsbevallingen: de vrouw bevalt onder begeleiding van haar (eigen) eerstelijnsverloskundige. Voor wat betreft de inrichting en de aanwezigheid van medische voorzieningen zijn de nieuwe instellingen vergelijkbaar met de thuissituatie. De instellingen geven aan een 'huiselijke sfeer' te bieden zonder medische voorzieningen.

Verscheidenheid

Er is echter wel sprake van verschillen tussen deze alternatieve instellingen onderling. Het belangrijkste verschil betreft de nabijheid en bereikbaarheid van een ziekenhuis.

Het zorgaanbod varieert ook. Er kan sprake zijn van alleen verloskundig zorg, alleen kraamzorg of juist een combinatie van verloskundige- en kraamzorg. De beschrijvingen die het CVZ hieronder van verschillende instellingen geeft, zijn niet altijd even strikt te onderscheiden. In de praktijk worden verschillende termen gebruikt voor voorzieningen die soms inhoudelijk hetzelfde zijn of elkaar deels overlappen.

De betitelingen die het CVZ is tegengekomen zijn: geboortehotel, geboortehuis, geboortecentrum, bevalcentrum, kraamsuite of kraamzorghotel. Daarnaast zijn er bijvoorbeeld ook verloskundigenpraktijken die de naam geboortecentrum gebruiken, zonder dat een vrouw daar kan bevallen. Deze opsomming beoogt geen volledig beeld te geven, maar de verscheidenheid in het aanbod aan te geven.

5.a. Diverse instellingen

Opvallend verschil tussen de instellingen is de afstand tot het ziekenhuis.

Ambulancevervoer

In enkele instellingen waar een vrouw kan bevallen, moet zij bij complicaties tijdens de bevalling toch nog (per ambulance) naar het ziekenhuis worden vervoerd.

'Ziekenhuis nabij'

Andere instellingen hebben de afdeling verloskunde van het ziekenhuis 'in de nabijheid'. Vervoer per auto of ambulance is niet nodig.

<i>'Droge gang'</i>	Een andere instelling heeft, zoals alle instellingen dezelfde voorzieningen die in de doorsnee thuissituatie aanwezig zijn, maar met dien verstande, dat bij complicaties de vrouw snel via een droge gang naar de verloskamer in het ziekenhuis kan worden vervoerd.
<i>Ín het ziekenhuis</i>	Sommige ziekenhuizen hebben van hun verloskamers 'kraamsuites' gemaakt. De vrouw bevalt dus in het ziekenhuis en ook hier in een persoonlijke sfeer met haar eigen verloskundige. Bovendien is de aanvullende medische zorg binnen handbereik wanneer dat nodig is. Bij complicaties hoeft de vrouw niet verplaatst te worden; de artsen, verpleegkundigen en andere benodigde zorgverleners komen zo nodig naar moeder en kind toe.
<i>Kraamtijd</i>	Er zijn ook instellingen waar de nadruk voor wat betreft de geboden zorg op de kraamtijd ligt, maar waar ook bevallingen kunnen plaatsvinden. Bij gelijktijdig verblijf van meer vrouwen, verzorgt één kraamverzorgster weliswaar verschillende kraamvrouwen en hun baby's tegelijkertijd, maar met het voordeel dat de kraamverzorgenden 24 uur per dag aanwezig zijn.
<i>Bereikbaarheid tweede lijn</i>	Samengevat: De bereikbaarheid van specialistische zorg is een essentieel verschil tussen de varianten. Sommige voorzieningen zijn gehuisvest in hetzelfde gebouw als het ziekenhuis. Dan is vaak sprake van een droge gang waardoor de vrouw bij complicaties tijdens de bevalling naar de verloskamer in het ziekenhuis kan worden gereden. Een kraamsuite bijvoorbeeld is een verloskamer en bij complicaties hoeft de vrouw helemaal niet vervoerd te worden. Er is echter niet altijd sprake van een directe verbinding met het ziekenhuis, maar soms van een ziekenhuis 'om de hoek', of 'op 5 minuten afstand'. In een enkel geval is bij complicaties tijdens de bevalling transport met een ambulance naar de verloskamer in het ziekenhuis nodig.

5.b. Kwaliteitskader

Het CVZ constateert dat de nieuwe instellingen van elkaar verschillen voor wat betreft zorgaanbod (verloskundige zorg en/of kraamzorg) en de bereikbaarheid van specialistische zorg in het ziekenhuis. De instellingen suggereren de veiligheid van het ziekenhuis, terwijl een ziekenhuis niet altijd goed bereikbaar is.

5.b.1. Bereikbaarheid

<i>Meerwaarde</i>	Het besluit dat een vrouw is aangewezen op een bevalling in een instelling, wil zeker stellen dat de vrouw de zorg krijgt van de juiste kwaliteit. Het CVZ meent dat de beoogde kwaliteitswinst niet teniet mag worden gedaan door de fysieke plek van deze alternatieve instellingen.
--------------------------	--

Gezien vanuit het oogpunt van toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg ligt het niet voor de hand instellingen als deze op afstand van de tweede lijn te lokaliseren. Het CVZ pleit daarom voor kwaliteitscriteria op het gebied van de directe bereikbaarheid van de tweede lijn om kwalitatief goede verloskundige zorg in deze instellingen te kunnen waarborgen.

Droge verbinding

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte definieert het geboortecentrum als een locatie met een 'droge' verbinding naar het ziekenhuis. De KNOV heeft een Kwaliteitskader Geboortecentra opgesteld. Over de positionering, huisvesting en ligging van het geboortecentrum ten opzichte van het ziekenhuis stelt de KNOV dat 'sprake is van een herkenbare eerstelijns identiteit van het geboortecentrum, met een eigen huisvesting, welke wordt gekenmerkt door een fysiologische uitstraling. Er bestaat een overdekte, korte, droge en directe verbinding van het geboortecentrum naar de verlosafdeling van het ziekenhuis welke zonder ambulancevervoer toegankelijk is.'

5.b.2. Keten

Samenwerking

Voorts meent het CVZ dat niet alleen de kwaliteit en toegankelijkheid van de onderscheiden schakels de kwaliteit van de verloskundige zorgketen bepalen en zo nodig kunnen verbeteren, maar dat met name de verbindingen ertussen daarvoor ook van belang zijn. Het CVZ denkt hierbij aan samenwerkingsafspraken en -protocollen voor eerste- en tweedelijns-verloskundige zorg. Overigens kan de fysieke lokalisering van eerste- en tweedelijns-verloskundige zorg dicht bij elkaar de gewenste samenwerking en ontschotting van de verloskundige zorg helpen bevorderen. De instellingen moeten daarom qua infrastructuur passen binnen de toekomstige ontwikkelingen in de richting van ontschotting.

5.b.3. Integraal tarief

Functionele omschrijving

Naast kwaliteitscriteria voor de bereikbaarheid van de tweede lijn en samenwerkingsafspraken en protocollen kan ook een integraal tarief, waarin de samenwerking tussen eerste en tweede lijn tot uiting komt, via de bekostiging ketenafspraken stimuleren. Een functionele beschrijving van instellingen voor eerstelijns-bevallingen is een voorwaarde voor de totstandkoming van een integraal tarief. Ketenzorg gaat immers uit van een functionele omschrijving van de zorg.

Bovendien kan een integraal tarief voorkomen dat zowel de eerste- als de tweedelijnszorgverlener een declaratie indienen voor de zorg die zij hebben geleverd. Dit kan zich voordoen in de situatie waarin een eerstelijnsbevalling vanwege complicaties tijdens de bevalling alsnog wordt doorverwezen naar de tweede lijn.

5.c. Winst

Juiste locatie

Een beoogd resultaat van het verhogen van de toegankelijkheid van de instellingen is dat de vrouw op de voor haar juiste locatie bevalt. Naast gezondheidswinst zou dit mogelijk ook kunnen leiden tot minder verwijzingen naar de tweedelij.

Beleidsregel Innovatie

Binnen de beleidsregel Innovatie van de NZa lopen momenteel een aantal experimenten met geboortecentra. De evaluatiegegevens zijn nog niet openbaar.

ZonMw

Naast de experimenten binnen de beleidsregel Innovatie van de NZa, start ZonMw binnen het programma zwangerschap en geboorte binnenkort onderzoek naar de effecten van eerstelijnsbevallingen in instellingen.

6. Gederfde inkomsten

In 2008 waren de locaties waar bevallingen plaatsvonden als volgt over de eerste en tweede lijn verdeeld⁴:

Eerstelijnsbevallingen thuis: 36.686 (20,6%)

Eerstelijnsbevallingen in instelling: 20.526 (11,5%)

Tweedelijnsbevallingen: 120.388 (67,5%)

Met het afschaffen van de hoge eigen bijdrage voor eerstelijnsbevallingen in een instelling is dus ongeveer 20.000 x € 300,- = 6 miljoen euro gemoeid aan te derven inkomsten.

Het tarief voor een eerstelijnsbevalling in een instelling is hier buiten beschouwing gelaten, omdat het tarief nog niet bekend is⁵.

⁴ Bron: Stichting Perinatale Registratie Nederland

⁵ De KNOV heeft aangegeven samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een verzoek bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te hebben ingediend. Het verzoek is volgens de KNOV om mogelijk te maken dat natale en gedeeltelijk postnatale zorg kan worden verleend vanuit een eerstelijns geboortecentrum.

7. Andere voorstellen

Het CVZ heeft ook andere voorstellen overwogen om de eerstelijnsbevalling in een instelling toegankelijker te maken. Hieronder beschrijft het CVZ deze voorstellen, en geeft aan op welke bezwaren deze opties stuiten.

Sociale en geografische indicatie

7.a. Indicatie

Refererend aan het voorstel van de Stuurgroep de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling af te schaffen, stelde de toenmalige Minister van VWS in zijn brief van 15 juni 2010 voor de kosten voor het gebruik van de verloskamer bij een eerstelijnsbevalling voor vrouwen met een sociale of geografische indicatie onder de aanspraak van de Zorgverzekeringswet te brengen. In deze gevallen zou de eigen bijdrage dus niet van toepassing zijn. Wat betreft de indicaties, dacht de toenmalige Minister aan woonomstandigheden die een veilige bevalling in de weg staan (sociale indicatie) of waarbij de vrouw te ver verwijderd woont van een ziekenhuis met adequate verloskundige faciliteiten (geografische indicatie).

Toegankelijke instellingen voor beperkte groep

Het CVZ meent dat deze zorggerelateerde afwegingen een rol spelen bij de invulling van de zorg waarop de vrouw redelijkerwijze is aangewezen. Een aparte vermelding is dus overbodig, beperkt uiteindelijk de zorggerelateerde afweging en kan tot uitvoeringsproblemen leiden. Het is bovendien moeilijk te bepalen welke voorwaarden aan een geografische of sociale indicatie moeten worden gesteld en hoe die voorwaarden in de uitvoeringspraktijk moeten worden nageleefd. Omdat toegankelijkheid voor alle vrouwen is aangewezen en omdat het formuleren van een uitsluitingsgrond voor de eigen bijdrage op grond van een sociale of geografische indicatie binnen de regelgeving onuitvoerbaar zal zijn, acht het CVZ dit geen reële optie.

7.b. Inkomensafhankelijke bijdrage

In het Algemeen Overleg van 17 februari 2011 van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een inkomensafhankelijke bijdrage ter sprake gekomen.

Uit het oogpunt van het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, adviseert het CVZ de eigen bijdrage af te schaffen. Bovendien past een maatregel als een inkomensafhankelijke bijdrage niet binnen de Zorgverzekeringswet. Ook is de uitvoering van een inkomensafhankelijke bijdrageregeling (door de zorgverzekeraars) zeer bewerkelijk. Daarnaast moet de vraag gesteld worden of het gewenst is dat de zorgverzekeraar informatie krijgt over de inkomenspositie van zijn verzekerden.

8. Uitvoering

Kwaliteit	<p>8.a. Contracteerbeleid zorgverzekeraars</p> <p>De zorgverzekeraar kan een instelling contracteren en in de polis benoemen als mogelijke locatie voor eerstelijns-verloskundige zorg. Door alleen die instellingen voor eerstelijnsbevallingen te contracteren die voldoen aan de voorwaarden die het kwaliteitskader stelt, kunnen verzekeraars een rol spelen bij het bevorderen van de kwaliteit van de verloskundige zorg.</p>
Tweedelijns té toegankelijk	<p>8.b. Kosten voor verzekerde (kraamperiode)</p> <p>In een eerstelijns-instelling waar ook kraamverblijf wordt aangeboden komen kosten die zijn aan te merken als 'hotelkosten', zoals de kosten voor verblijf (als de vrouw blijft overnachten) en maaltijden voor de vrouw en eventueel voor haar partner, voor eigen rekening van de vrouw. Ook kosten voor verbandmiddelen en dergelijke komen voor rekening van de verzekerde. Dit geldt wanneer aansluitend aan de eerstelijns-bevalling de kraamperiode wordt doorgebracht in een instelling.</p> <p>8.c. Aanpassing DBC</p> <p>Een instelling met een directe verbinding met het ziekenhuis zou kunnen leiden tot minder verwijzingen. Consultatie van de tweede lijn is immers makkelijker mogelijk zonder dat direct overdracht naar de tweede lijn nodig is. Maar het is ook denkbaar dat de fysieke nabijheid van het ziekenhuis juist leidt tot méér verwijzingen. De locatie van de instelling dicht bij een ziekenhuis zou de tweede lijn daar laagdrempeliger kunnen maken. Bij de wens tot acute pijnbestrijding tijdens de bevalling, zou deze bijvoorbeeld eerder gehonoreerd kunnen worden als de instelling via een droge gang met het ziekenhuis is verbonden, dan wanneer er (vanuit de thuissituatie) transport (met een ambulance) nodig is.</p>
Samenstelling DBC	<p>Als de reden voor verwijzing enkel bestaat uit de behoefte aan pijnbestrijding, geldt nu hetzelfde tarief als bij een complexe tweedelijnsbevalling. De variëteit van te leveren verloskundige zorg in de tweede lijn zou zijn weerslag moeten vinden in de bekostiging. Zo kan er bijvoorbeeld onderscheid worden aangebracht tussen:</p> <ul style="list-style-type: none">- de consultatie van de tweede lijn bij een eerstelijnsbevalling in een instelling;- alleen pijnbestrijding en een spontane bevalling in de tweede lijn;- pijnbestrijding én een complexe bevalling in de tweede lijn.

9. Reactie partijen

- Consultatie** Het CVZ heeft in april 2011 een concept-versie van dit advies ter consultatie voorgelegd aan de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), ActiZ organisatie van zorgondernemers, Stichting STBN, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), ZonMw en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).
- Het CVZ heeft van zeven organisaties een reactie ontvangen. (NVOG, KNOV, IGZ, ZN, ActiZ, NZa en NPCF). Naar aanleiding van de reacties op het conceptadvies heeft het CVZ het conceptadvies op diverse punten tekstueel aangepast. De reacties hebben niet geleid tot inhoudelijke wijzigingen van het conceptadvies. Hieronder geeft het CVZ een reactie op enkele opmerkingen en geeft aan welke aanpassingen zijn aangebracht.
- Reacties partijen** NVOG, KNOV, ZN, ActiZ, NZa en NPCF ondersteunen het advies de eigen bijdrage voor een eerstelijnsbevalling in een instelling af te schaffen. De IGZ meent dat het haar niet past beleidsuitspraken of uitspraken over financiële aangelegenheden te doen. De IGZ plaatst wel een aantal kanttekeningen bij de onderbouwing van het advies. De KNOV, ZN, IGZ en ActiZ pleiten ook voor het afschaffen van de lage eigen bijdrage voor de kraamzorg. ActiZ is het er niet mee eens dat de lage eigen bijdrage voor de thuisbevalling blijft bestaan en dat die voor het bevallen in een (eerstelijns)instelling zou komen te vervallen.
- Perinatale sterfte** Over de perinatale sterfte merkt de IGZ op dat dit begrip geen betekenis heeft in deze nota. Het CVZ verduidelijkt dat dit begrip enkel gebruikt is om de achtergrond aan te geven waartegen de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte zijn advies heeft uitgebracht.
- Complicatie** De IGZ meent dat het CVZ het begrip 'complicatie' niet correct gebruikt, namelijk niet overeenkomstig de definitie volgens de literatuur. Het CVZ meent dat de definitie volgens de literatuur die het IGZ geeft, toepasbaar is op de complicaties waar het CVZ op doelt en die overplaatsing naar de tweede lijn tijdens de bevalling alsnog noodzakelijk maken. Want met '*een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is*' kan gedacht worden aan een niet-vorderende ontsluiting of uitdrijving, *dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is*, in casu, overdracht naar de tweede lijn.

Ambulancevervoer De IGZ merkt op dat niet alle verwijzingen durante partu met een ambulance moeten plaatsvinden. Het CVZ is het hier mee eens en heeft het woord ambulance in de tekst tussen haakjes geplaatst.

Thuis, tenzij De IGZ merkt op dat als een bevalling aspecten met zich meebrengt 'die een voorspoedige bevalling verhinderen' (paragraaf 3.b.), het geen eerstelijnsbevalling is, maar er een medische indicatie is voor een ziekenhuisbevalling. Het CVZ is het hier mee eens, maar de afweging of eerste- of tweedelijns-verloskundige zorg is aangewezen heeft al eerder in het zorgtraject plaatsgevonden en in het aangehaalde tekstfragment gaat het om eerstelijnsbevallingen. Ter verduidelijking heeft het CVZ het woordje 'thuis' toegevoegd.

Eerstelijns, tenzij De IGZ schetst dat het in het Nederlandse systeem gaat om 'eerstelijns, tenzij' en niet om 'thuis, tenzij' (paragraaf 3.b.). Het CVZ onderschrijft dit eerste onderscheid. In paragraaf 3.a staat immers dat de verloskundige aan de hand van de Verloskundige Indicatielijst (VIL) bepaalt of een vrouw is aangewezen op eerste- of tweedelijns-verloskundige zorg tijdens haar zwangerschap en bevalling. Met andere woorden: 'eerstelijns, tenzij'. Vervolgens gaat het CVZ in paragraaf 3.b in op de locaties waar een eerstelijnsbevalling kan plaatsvinden. Dit is thuis, tenzij er aspecten zijn die een voorspoedige thuisbevalling verhinderen.

Over de zorggerelateerde overwegingen die aan deze beslissing ten grondslag kunnen liggen, merkt de IGZ op dat deze niet zorggerelateerd zijn, maar te maken hebben met risicoafwegingen, persoonlijke voorkeur, sociale omstandigheden of geografische omstandigheden. Het CVZ heeft de term zorggerelateerde overwegingen verduidelijkt door aan te geven dat deze overwegingen los staan van een medische indicatie die verwijzing naar de 2^e lijn nodig zou maken. Die afweging heeft immers al eerder plaatsgevonden, zoals in paragraaf 3.a. is aangegeven. Het gaat hier inderdaad om risico-overwegingen (bij eerstelijnsbevallingen) die tegen een thuisbevalling pleiten.

Aangewezen op Volgens de IGZ is het een onjuiste aanname dat de zorgverlener bepaalt dat een vrouw is *aangewezen* op een bevalling in een instelling (paragraaf 3.c.). Het CVZ heeft er hier voor gekozen de terminologie te laten aansluiten bij de formulering in het Besluit zorgverzekering artikel 2.1, lid 3 dat hier van toepassing is en dat aangeeft dat *een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is 'aangewezen'*.

Afstand thuis ziekenhuis De IGZ mist in de argumentatie dat door de toenemende concentratie van verloskundige zorg de afstand tot een ziekenhuis in sommige gebieden toegenomen is, waardoor

zorgverleners daar geen verantwoordelijkheid voor een bevalling kunnen nemen.
Het CVZ heeft bedoeld deze problematiek aan te geven met de tekst achter de vierde bullit in paragraaf 3.b.

Locatie

Over het door het CVZ gesignaleerde knelpunt dat vrouwen belemmerd zouden kunnen worden de professionele juiste zorg te krijgen, merkt het IGZ op dat 'zorg' en 'plaats' niet hetzelfde zijn. Aan het einde van hoofdstuk 3 heeft het CVZ het knelpunt verduidelijkt door aan te geven dat de kwaliteit van de verleende zorg niet alleen wordt bepaald door de zorgverlener, maar ook door de geschiktheid van de plaats waar de zorg wordt verleend. Voor vrouwen kan die geschikte locatie niet toegankelijk zijn vanwege de eigen bijdrage.

Eigen bijdrage kraamzorg

Over het afschaffen van de lage eigen bijdrage, waar KNOV, ActiZ, ZN en de IGZ voor pleiten, merkt het CVZ op dat deze lage eigen bijdrage zowel thuis als in een instelling verschuldigd is voor de verleende kraamzorg. Het CVZ had geen aanleiding deze lage eigen bijdrage nader te beschouwen en is hier in dit advies dan ook niet nader op ingegaan.

Thuis en in instelling

Naar aanleiding van de veronderstelling van ActiZ is aan het einde van hoofdstuk 4 verduidelijkt dat na een bevalling in een instelling én na een bevalling thuis voor de kraamzorg dezelfde lage eigen bijdrage van toepassing is. Op beide locaties is dus dezelfde lage eigen bijdrage voor de kraamzorg verschuldigd.

Alle ontvangen reacties zijn opgenomen in de bijlage.

10. Adviescommissie Pakket

Dit advies was op 20 mei 2011 aan de orde in de vergadering van de adviescommissie Pakket. De ACP adviseert de Raad van Bestuur om het advies om de eigen bijdrage voor eerstelijnsverloskundige zorg af te schaffen, uit te brengen aan de minister. De huidige eigen bijdrageregeling ziet de ACP als een weeffout in de financiering. Verder heeft de ACP gediscussieerd over de in het rapport genoemde 'zorggerelateerde overwegingen'. Deze hebben ook een medische component, en zouden dan ook als medische indicatie zijn te kwalificeren. Echter, omdat het wenselijk is het onderscheid tussen eerste en tweedelijnsverloskundige zorg helder te houden, adviseert de ACP een tekstuele verduidelijking op dit punt.

Verder onderstreepte de ACP dat kwaliteitseisen voor instellingen waar eerstelijns bevallingen kunnen plaatsvinden inderdaad noodzakelijk zijn, met name voor wat betreft de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de tweede lijn.

11. Advies

Hoge eigen bijdrage afschaffen Het CVZ adviseert de hoge eigen bijdrage conform artikel 2.37 lid 2 Rzv voor een eerstelijnsbevalling in een instelling af te schaffen zodat de kwaliteit van de benodigde zorg voorop kan staan. De invulling van de zorg waarop de vrouw redelijkerwijs is aangewezen, hoort geen financiële belemmeringen te kennen.

Lage eigen bijdrage handhaven Het CVZ stelt voor de lage eigen bijdrage conform artikel 2.37 lid 1 Rzv gekoppeld aan het aantal uren verleende kraamzorg te handhaven.

Kwaliteitskader Omdat de directe bereikbaarheid van de tweede lijn essentieel is voor de beoogde meerwaarde van eerstelijns bevallingen in een instelling, pleit het CVZ voor kwaliteitscriteria op het gebied van de bereikbaarheid van de tweede lijn vanuit deze instellingen. Aan de optimalisering van de integrale verloskundige zorg, kunnen voorts samenwerkingsafspraken tussen eerste en tweede lijn bijdragen. Een integraal tarief kan via de bekostiging ketenafspraken stimuleren.

DBC Tenslotte stelt het CVZ voor de variatie in de huidige verloskundige zorgverleningspraktijk tot uiting te laten komen in de tarifiering.

De Raad van Bestuur van het College voor zorgverzekeringen heeft dit rapport op 30 mei 2011 besproken en besloten u overeenkomstig te adviseren.

College voor zorgverzekeringen

Wvd. Voorzitter Raad van Bestuur



dr. A. Boer