

Marktscan

Zorg rondom zwangerschap en geboorte

Weergave van de markt 2007-2012

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Totstandkoming marktscans	11
1.3 Bronnen	12
1.4 Leeswijzer	12
2. Omschrijving van de markt	13
2.1 Wat is geboortezorg?	13
2.2 Wie leveren geboortezorg?	14
2.3 Waar wordt geboortezorg geleverd?	14
2.4 Wie maken gebruik van geboortezorg?	16
2.5 Bekostiging van geboortezorg	17
2.5.1 Financiële omvang	17
2.5.2 Prestaties en tarieven	18
2.5.3 Verzekering	19
2.6 Ontwikkelingen	20
3. Marktstructuur	21
3.1 Aantal geboortezorgaanbieders	21
3.1.1 Aantal verloskundigen	21
3.1.2 Aantal verloskundig actieve huisartsen	23
3.1.3 Aantal gynaecologen en kinderartsen	23
3.1.4 Aantal kraamverzorgenden	24
3.2 Spreiding geboortezorgaanbieders	25
3.2.1 Spreiding verloskundigen	25
3.2.2 Spreiding verloskundig actieve huisartsen	28
3.2.3 Spreiding tweedelijns geboortezorgaanbieders	29
3.2.4 Spreiding Kraamverzorgenden	30
3.3 Toetreding en uittreding	30
3.3.1 Eerstelijns verloskundige zorg	30
3.3.2 Tweedelijns verloskundige zorg	31
3.4 Praktijksamenstelling	31
3.5 Financiële posities	33
3.5.1 Verloskundige zorg	33
4. Marktgedrag	35
4.1 Zorginkoopmarkt	35
4.1.1 Contractering	35
4.1.1.1 Proces van contractering	35
4.1.1.2 Contracteergraad	37
4.1.2 Signalen NZa	39
4.2 Zorgverlenersmarkt	39
4.2.1 Samenwerkingsvormen tussen zorgaanbieders	39
4.3 Overstapgedrag consumenten 2012 (zorgaanbieders en zorgverzekeraars)	41
5. Kwaliteit	43
5.1 Kwaliteit van zorg	43
5.1.1 Kwaliteit registers en praktijkrichtlijnen	43
5.1.2 Toezicht IGZ	45
5.1.3 Oprichting College Perinatale Zorg	46

5.1.4	Ontwikkeling en uitkomsten van kwaliteitsindicatoren in de geboortezorg	46
5.1.4.1	Perinatale Registratie Nederland	46
5.1.4.2	Perinatale audit	47
5.1.4.3	Zichtbare Zorg	48
5.2	Transparantie van zorg	49
5.2.1	Informatie voor consumenten	50
5.2.1.1	Transparantie van keuze-informatie	50
5.2.1.2	Transparantie van prijsinformatie	53
5.2.2	Informatie voor zorgverzekeraars	53
6.	Toegankelijkheid	55
6.1	Fysieke toegang tot de geboortezorg	55
6.1.1	Wachttijden	55
6.1.2	Reistijden	56
6.1.2.1	Eerstelijns verloskundige zorg	56
6.1.2.2	Tweedelijns verloskundige zorg	57
6.1.3	Fysieke toegankelijkheid vanuit patiënten	59
6.1.3.1	Wachttijden bij het maken van afspraken	59
6.1.3.2	Toegankelijkheid van zorg in de avonduren	63
6.2	Financiële toegang tot de geboortezorg	65
6.2.1	Trends in eigen betalingen	65
6.2.2	Financiële toegankelijkheid vanuit patiënten	66
6.2.2.1	Eigen bijdrage voor de plaats van de bevalling	66
6.2.2.2	Eigen bijdrage voor kraamzorg	68
7.	Betaalbaarheid	69
7.1	Eerstelijns verloskundige zorg	69
7.2	Tweedelijns verloskundige zorg	70
7.3	Kraamzorg	73
7.4	Verdeling eerste- en tweedelijns verloskundige zorg	74
7.5	Kosten per zwangere	76
	Bijlage. Gebruikte bronnen en methoden	79
	Bijlage. Beleidsbrief	81

Vooraf

Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan het markttoezicht en haar reguleringsstaken. In deze marktscan geeft de NZa de stand van zaken weer over de markt voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyses zijn zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Een marktscan bevat geen interpretaties van de uitkomsten. Daarvoor is de beleidsbrief bij de marktscan zorg rondom zwangerschap en geboorte opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien. De beleidsbrief is als bijlage bij dit document gevoegd.

De NZa bedankt allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezicht- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In deze marktscan wordt een beeld geschetst van de zorg rondom zwangerschap en geboorte, ofwel: eerstelijns verloskundige zorg, tweedelijns verloskundige zorg (medisch specialistische zorg) en kraamzorg. De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer; beleidsmatige conclusies en acties van de NZa worden in een begeleidende brief beschreven.

Marktstructuur

Het aantal praktiserend verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen stijgt al jaren gestaag. Het aantal verloskundig actieve huisartsen is beperkt en, na jaren van sterke daling, de afgelopen jaren redelijk stabiel.

Hoewel in 2011 van alle provincies in absolute aantallen de meeste verloskundigen werkzaam waren in Zuid-Holland, blijken in juist die provincie ook twee van de vier gebieden te liggen met het minste aantal verloskundigen per vrouw in de vruchtbare leeftijd. Het derde en vierde gebied met relatief weinig verloskundigen betreffen de stad Amsterdam en de provincie Groningen. Drenthe, Flevoland en Utrecht kennen de hoogste verloskundigendichtheid. Het aanbod van tweedelijns geboortezorg is verspreid over het gehele land, met uitzondering van de Waddeneilanden.

Kijkend naar de financiële positie van aanbieders van geboortezorg, blijkt dat in de jaren 2005-2008 het resultaat voor belastingen in de verloskundigenpraktijken met 16% is toegenomen.

Marktgedrag

Voor het jaar 2012 gold dat de contractering zelden rond was voor de start van het jaar: geen enkele zorgverzekeraar had de contracten met verloskundigen afgerond, twee zorgverzekeraars hadden voor de start van 2012 de contractering van kraamzorg afgerond.

Alle zorgverzekeraars werken met standaardcontracten voor alle verloskundigen(praktijken) en kraamverzorgenden die voldoen aan de gestelde kwaliteitscriteria. Er wordt niet op individueel niveau onderhandeld, wel kent een deel van de zorgverzekeraars contracten die zijn gedifferentieerd naar tarief en /of voorwaarden, bijvoorbeeld naar kwaliteits- en serviceniveau van de zorgaanbieder.

De NZa heeft een prestatiemodule beschreven die verzekeraars met verloskundigen kunnen sluiten als sprake is van aanvullende maatregelen of werkzaamheden vanuit de eerste lijn als gevolg van structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn. Deze module is maar beperkt gecontracteerd in 2012 door de verzekeraars: gemiddeld 3 verloskundige praktijken per verzekeraar.

Sinds juli 2012 zijn alle regio's verplicht een goed functionerend verloskundig samenwerkingsverband te hebben. Daarnaast zijn er momenteel dertig samenwerkingsverbanden gericht op integrale zorgverlening.

Uit onderzoek onder zwangere of net bevallen vrouwen blijkt dat circa 10% heeft overwogen om tijdens of na de laatste zwangerschap over te stappen naar een andere zorgverlener, bijvoorbeeld omdat zij ontevreden waren over de zorgverlening of de service. Velen van hen vonden daadwerkelijk overstappen toch 'veel gedoe' of twijfelden of zij bij een andere zorgverlener beter af zouden zijn. Circa 3% van de vrouwen is daadwerkelijk overgestapt.

Voor bijna een vijfde van de vrouwen vormde de zwangerschap de aanleiding om de zorgverzekering aan te passen; door over te stappen van zorgverzekeraar, of door de aanvullende verzekering aan te passen.

Kwaliteit

De verloskunde, gynaecologie en kraamzorg kennen elk eigen kwaliteitsregisters en praktijkrichtlijnen. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Op dit moment¹ heeft de IGZ één ziekenhuis onder speciaal toezicht gesteld met betrekking tot kwaliteit en veiligheid van acute verloskunde.

Op 1 september 2011 is het College Perinatale Zorg (CPZ) in opdracht van het Ministerie van VWS van start gegaan. Het CPZ heeft de opdracht om de vermijdbare maternale en perinatale sterfte in Nederland te verminderen.

De Perinatale Registratie Nederland (PRN) is een samenwerkingsverband van vier beroepsverenigingen. Het doel van de perinatale registratie is de kwaliteit van de zorg te verbeteren, door bij de dataverzameling het gehele proces door de verschillende disciplines heen te volgen en hierover te publiceren. Uit deze registratie blijkt o.a. dat in de periode 2006-2011 de relatieve perinatale sterftcijfers na 24 weken dalen, van 7,1% in 2006 naar 5,5% in 2011.

De stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) is een ander samenwerkingsverband van vier beroepsverenigingen. De perinatale audit is een instrument om de kwaliteit van de zorgverlening rondom geboortezorg te verbeteren. Tijdens een perinatale audit analyseren zorgverleners op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg voorafgegaan aan de perinatale sterfte. Eind 2011 stelde PAN vast dat de sterfte van voldragen baby's sinds 2001 met 39% is gedaald. De totale perinatale sterfte (inclusief de foetale sterfte na 22 weken) is met 23% verminderd.

Ten slotte wordt binnen het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) de kwaliteit van zorg in beeld gebracht. Voor eerste- en tweedelijns verloskundige zorg en kraamzorg wordt jaarlijks zorginhoudelijke informatie verzameld onder zorgaanbieders.

Uit onderzoek onder zwangere of net bevallen vrouwen blijkt dat zij met name hun verloskundige of kraamverzorgster zeer bewust kiezen. Eerdere ervaringen, informatie op internet en – in het geval van kraamzorg – informatie van de zorgverzekeraar zijn daarbij veel gebruikte informatiebronnen. Driekwart van de vrouwen vond dat zij voldoende informatie tot haar beschikking had om een goede keuze te kunnen maken.

¹ Op peildatum 13-11-2012

Toegankelijkheid

Voor het grootste deel van de Nederlandse bevolking is de reistijd naar een eerstelijns verloskundige praktijk minder dan 10 minuten. Spoedeisende tweedelijns verloskundige hulp moet binnen 45 minuten bereikbaar zijn. In Nederland is dat het geval voor 99,7% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Met name op de Waddeneilanden wordt de norm van 45 minuten niet gehaald.

Wat betreft de toegankelijkheid, is 'reistijd' voor vrouwen in het kraambed niet van toepassing, maar is het wel relevant of er voldoende capaciteit op de markt aanwezig is om in de benodigde kraamzorg te voorzien. Uit onderzoek onder zwangere of net bevallen vrouwen blijkt dat enkel een zeer klein percentage (1,4%) minder uren kraamzorg heeft ontvangen dan waar zij recht op had, omdat de kraamzorgorganisatie te weinig capaciteit had om voldoende uren te leveren.

De eigen bijdragen voor geboortezorg zijn sinds 2008 elk jaar gestegen. Uit onderzoek onder zwangere of net bevallen vrouwen blijkt dat voor 10% van hen het moeten betalen van een eigen bijdrage invloed had op de keuze voor de plaats van de bevalling.

Betaalbaarheid

De totale kosten voor verzekerde eerstelijns verloskundige zorg zijn toegenomen van € 133 miljoen in 2007, tot € 188 miljoen in 2011.

De totale kosten voor verzekerde tweedelijns verloskundige zorg zijn toegenomen van € 537 miljoen in 2008, tot € 584 miljoen in 2010.

De totale kosten voor verzekerde kraamzorg zijn toegenomen van € 228 miljoen in 2007, tot € 289 miljoen in 2011. In het jaar 2008 zijn de kosten voor kraamzorg hard gestegen in vergelijking met andere jaren.

Meer dan de helft van de vrouwen die verloskundige zorg gebruiken, maken zowel gebruik van de eerstelijns-, als de tweedelijnszorg. Uit een verdeling van de kosten die hiermee gepaard gaan blijkt dan ook dat de minste kosten worden gemaakt door vrouwen met alleen kosten in de eerstelijns. Daarna volgt de groep vrouwen met alleen kosten in de tweedelijns. De kosten die gepaard gaan met de groep die zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg afneemt zijn aanzienlijk hoger.

De gemiddelde kosten voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte per zwangere in Nederland bedraagt in 2010 naar schatting €4.763.

De toename van de totale kosten in de geboortezorg kan worden verklaard aan de hand van de volgende oorzaken:

- Een verhoging van de maximumtarieven voor eerstelijns verloskundige zorg; in de jaren 2010, 2011 en 2012 zijn deze tarieven in totaal met 26% verhoogd.
- Een uitbreiding van eerstelijns verloskundige zorg in het basispakket; sinds 2006 wordt ook de tweede termijn echo vergoed.
- Een uitbreiding van de losse declarabele verrichtingen voor eerstelijns verloskundige zorg, zoals de specifieke diagnose echo in 2008 en de achterstandstoeslag sinds 2009.
- Een verschuiving van verloskundige zorg van de eerste naar de tweede lijn; een toename van het aantal zwangeren dat zowel in de eerste als in de tweede zorg verloskundige zorg heeft ontvangen. De kosten die gepaard gaan met de groep die zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg krijgen zijn het hoogst.
- Een uitbreiding van kraamzorg in het basispakket; sinds 2008 is de vergoeding uitgebreid van 44 uren naar 49 uren kraamzorg.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: hij geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, worden van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans gemaakt. Op basis van een vergelijking van de uitkomsten van de diverse marktscans kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet.²

1.2 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan zorg rondom zwangerschap en geboorte, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om een beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van transparantie.

De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

Focus

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

De focus van deze marktscan ligt vooral op de zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode. Hierbij zijn voornamelijk verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden betrokken. Derhalve gaat de NZa in deze scan niet dieper in op de kindergeneeskunde. De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2007 tot en met 2012, voor zover hiervoor de informatie beschikbaar is.

Deze marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten. In de begeleidende beleidsbrief bij de marktscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

² In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

1.3 Bronnen

Voor haar marktscan gebruikt de NZa meerdere bronnen. Een overzicht van de kwantitatieve bronnen is opgenomen in de bijlage. De NZa heeft tevens twee kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd voor de marktscan.

Enquêtegegevens van zorgverzekeraars

Voor haar marktscan heeft de NZa informatie nodig over het zorginkoopproces van zorgverzekeraars met betrekking tot de zorg rondom zwangerschap en geboorte. De NZa heeft middels een enquête hiernaar onderzoek gedaan. Dit onderzoek is uitgevoerd in juli/augustus 2012.

Consumentenpanel

Voor haar marktscan heeft de NZa informatie nodig over het gedrag van consumenten met betrekking tot de zorg rondom zwangerschap en geboorte. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd middels haar consumentenpanel hiernaar onderzoek te doen onder vrouwen die ten tijde van het onderzoek zwanger waren of in 2011 of 2012 zijn bevallen. Dit onderzoek is uitgevoerd in augustus 2012.

1.4 Leeswijzer

Voor het gemak wordt in de marktscan de term 'geboortezorg' gebruikt voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte.

Om een globaal beeld van de markt te kunnen geven, wordt in hoofdstuk twee een omschrijving van de markt gegeven. Daarna wordt in hoofdstuk drie en vier ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante marktpartijen. Vervolgens wordt in de daarop volgende drie hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit en transparantie, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

2. Omschrijving van de markt

2.1 Wat is geboortezorg?

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

Eerstelijns verloskundige zorg

Eerstelijns verloskundige zorg is de begeleiding en controle van de zwangere vrouw tijdens de zwangerschap, bevalling en kraambed. Een eerstelijns verloskundige begeleidt in de eerste lijn normaal verlopende zwangerschappen en bevallingen (laag-risicobevallingen). Dit zijn de bevallingen zonder medische indicatie. Dit houdt in dat een minder intensieve begeleiding nodig is en dat deze bevallingen in principe thuis kunnen plaatsvinden of naar wens in een geboortecentrum of polikliniek. De eerstelijns verloskundige maakt een inschatting of een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens de zwangerschap, bevalling of kraamperiode. Vervolgens bepaalt zij, aan de hand van de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL), of specialistische zorg nodig is. Indien dit het geval is, wordt de zwangere vrouw verwezen naar de tweede lijn.

Tweedelijns verloskundige zorg

Medisch specialistische verloskundige zorg is de begeleiding en controle van vrouwen, waarvan de moeder of het kind, een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap en/of bevalling heeft. Dit zijn soms risico's die vooraf bekend zijn, zoals bij vrouwen die lijden aan diabetes. Sommige risico's voor vrouwen of hun ongeboren kinderen ontstaan tijdens zwangerschap of bevalling, zoals een kind in stuitligging. Als de gynaecoloog voor de bevalling verantwoordelijk is, vindt deze altijd in het ziekenhuis plaats, begeleidt door een gynaecoloog en/of een tweedelijns (klinisch) verloskundige. Na de bevalling worden de meeste vrouwen voor verdere begeleiding in het kraambed thuis (terug)verwezen naar de verloskundige zorg in de eerste lijn.

Kraamzorg

Kraamzorg is de zorg voor moeder en kind bij de bevalling en gedurende de kraamtijd. Ruim voor de bevalling vindt een intake plaats om de aard en omvang van de kraamzorg in te schatten en om de thuissituatie op veiligheid te bekijken. De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of huisarts bij bevallingen thuis, in een geboortecentrum of in de polikliniek en in enkele situaties ook in het ziekenhuis. Alle vrouwen die een (deel van) van het kraambed thuis doorbrengen, krijgen kraamzorg, ongeacht de plaats van de bevalling. In de eerste week na de bevalling begeleidt de kraamverzorgende de moeder. Zij zorgt voor moeder en kind, geeft voorlichting, beantwoordt vragen en signaleert eventuele problemen. Indien nodig waarschuwt zij de verloskundige of huisarts die verantwoordelijk is voor de medische zorg aan de moeder.³

De geboortezorg in Nederland is te beschrijven aan de hand van de volgende kenmerken:^{4,5}

³ RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid

⁴ Visiedocument Eerstelijns verloskundige zorg, NZa 2009.

⁵ Visiedocument Kraamzorg, NZa 2009.

- Geboortezorg wordt verdeeld in verschillende fasen: prenatale zorg (zwangerschapsbegeleiding), natale zorg (zorg met betrekking tot de bevalling) en postnatale zorg (zorg ten aanzien van de kraambedperiode);
- Geboortezorg betreft incidentele zorg met een begin en een einde;
- Geboortezorg kan in of tijdens alle fasen spoedeisend zijn. Dit vereist de geografische nabijheid van acute zorg gedurende deze spoedeisende periode;
- Geboortezorg vergt samenwerking binnen de keten. Gedurende de zwangerschap, bevalling en kraamperiode kunnen verwijs- of overdrachtmomenten plaatsvinden tussen verloskundige en gynaecoloog, ook gedurende de acute fase;
- Visie van de sector op de verloskundige zorg is: 'bij de verloskundige wat kan, bij de gynaecoloog wat moet'. De verloskundige vervult hierin een regie- en verwijsfunctie.

2.2 Wie leveren geboortezorg?

Geboortezorg wordt geleverd door verschillende typen zorgaanbieders: verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, huisartsen en kinderartsen (neonatologen). Daarnaast zijn ook obstetrisch verpleegkundigen, anesthesiologen en OK-personeel betrokken bij de zorgverlening in het ziekenhuis. In tabel 2.1 is weergegeven wie welke zorg levert per fase van de zwangerschap.

Tabel 2.1. Fasen in de geboortezorg

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

Bron: NZa

2.3 Waar wordt geboortezorg geleverd?

In 2008 startte 84,2% van de zorg rondom de zwangerschap in de eerste lijn. Het merendeel van de vrouwen heeft op enig moment (ruim 80%) in de zwangerschap te maken met meerdere professionals.⁶

⁶ Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 'Een goed begin', december 2009.

Tabel 2.2 geeft inzicht in het aantal zwangerschapsbegeleidingen in de eerste lijn en in de tweede lijn.

Tabel 2.2. Aantal zwangerschapsbegeleidingen in 2008

Aantal zwangerschapsbegeleidingen		Absoluut	Procentueel
In de eerste lijn	Start	149.669	84,2%
	Met verwijzing ⁷	95.276	54,0%
In de tweede lijn	Start	28.085	15,8%
	Na verwijzing	82.478 ⁸	46,0%
Totaal	Start	177.754	100%
	Met/ na verwijzing	177.754	100%

Bron: Perinatale Registratie Nederland, 2011

Vrouwen met een normaal verlopende zwangerschap, zonder complicaties, hebben in Nederland de keuze tussen een bevalling thuis, een geboortecentrum of in het ziekenhuis (de poliklinische bevalling). Tabel 2.3 geeft inzicht in het aantal bevallingen naar plaats. Van de bevallingen die in de eerste lijn plaatsvinden (32,7%), bevalt het grootste deel thuis. Uit de tabel blijkt dat het merendeel van de bevallingen uiteindelijk in de tweede lijn plaatsvindt (67,3%).⁹

Tabel 2.3. Aantal en plaats van bevallingen in 2008

Aantal bevallingen		Absoluut	Procentueel	In eerste lijn
In de eerste lijn	Poliklinisch / geboortecentrum	19.900	11,5%	34,9%
	Thuis	36.436	20,9%	63,9%
	Onbekend	684	0,2%	1,2%
	Subtotaal	57.021	32,7%	100%
In de tweede lijn	Subtotaal	117.355	67,3%	
Totaal		174.376	100%	

Bron: Stichting Perinatale Audit Nederland, november 2011

Ondanks de start in de eerste lijn wordt van alle zwangeren 37% tijdens de zwangerschap overgedragen naar de tweede lijn en 15% tijdens de bevalling. Van alle vrouwen die in de eerste lijn starten met de bevalling, wordt 2,2% met spoed verwezen naar de tweede lijn vanwege foetale nood of neonatale problematiek. Het aantal spoedverwijzingen naar de tweede lijn betreft 0,7% van het totaal aantal bevallingen.¹⁰

Tabel 2.4 geeft inzicht in het aantal begeleidingen in de kraambedperiode.

⁷ De verdeling van het aantal verwijzingen is 21% voor de 28^e week, 39% tussen week 28 en 36 en 40% na week 36. Bron: Perinatale Registratie Nederland, 2008

⁸ Inclusief start

⁹ Een deel van deze bevallingen is verplaatst naar de tweede lijn, omdat de zwangere vrouw om pijnbestrijding heeft verzocht.

¹⁰ Perinatale audit: eerste verkenningen. A terme sterfte 2010. Stichting Perinatale Audit Nederland, november 2011.

Tabel 2.4. Aantal begeleidingen in de kraambedperiode in 2008

Aantal begeleidingen in de kraambedperiode	Absoluut	Procentueel
Start eerste lijn	57.368	32,0%
Terugverwijzing eigen cliënten van 2 ^e lijn naar 1 ^e lijn	71.061	40,0%
Nieuw in kraambed	22.358	12,6%
Onbekend	27.567	15,5%
Totaal	177.754	100%

Bron: Perinatale Registratie Nederland 'Praktijkanalyse LVR', 2008

Het grootste deel van de terugverwijzingen en de vrouwen die nieuw in het kraambed zijn, vindt plaats binnen 48 uur na de bevalling.

Samenwerking tussen verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden en andere beroepsbeoefenaren, zoals kinderartsen, is een steeds vaker voorkomende (geformaliseerde) organisatievorm van de geboortezorg. Meer informatie over (de achtergrond van) deze ontwikkeling is terug te vinden in het hoofdstuk over het marktgedrag.

2.4 Wie maken gebruik van geboortezorg?

In 2010 hebben in Nederland 182.000 vrouwen één of meerdere kinderen ter wereld gebracht (zie tabel 2.5). Bij deze geboorten kregen de vrouwen meestal één kind. In totaal kwamen dat jaar ruim 184.000 levendgeborenen ter wereld, waarvan iets meer dan de helft jongens betrof.

Tabel 2.5. Geboortecijfers naar diverse kenmerken (aantallen)

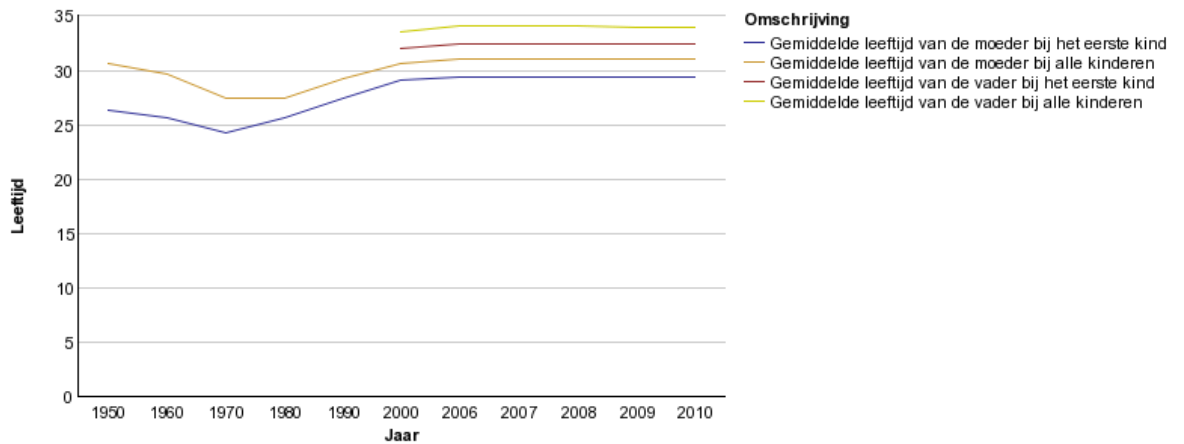
Kenmerken		2006	2007	2008	2009	2010
Levendgeborenen ¹¹ naar geslacht	Jongens	94.979	92.560	94.838	94.619	94.129
	Meisjes	90.078	88.776	89.796	90.296	90.268
	Totaal	185.057	181.336	184.634	184.915	184.397
Levendgeborenen naar rangnummer uit de moeder	1 ^e kind	82.877	81.905	83.335	85.242	85.466
	2 ^e kind	69.127	66.842	68.144	66.819	66.412
	3 ^e kind	23.680	23.456	24.021	23.810	23.604
	4 ^e kind of meer	9.373	9.133	9.134	9.044	8.915
	Totaal	185.057	181.336	184.634	184.915	184.397
Geboorten: één- of meerlingen ¹²	Enkelvoudige geboorten	179.204	175.788	178.770	178.989	178.819
	Tweelinggeboorten	3.210	3.023	3.189	3.153	2.974
	Drie- of meervoudige geboorten	34	39	38	44	44
	Totaal	182.448	178.850	181.997	182.186	181.837
Doodgeborenen naar zwangerschapsduur	24 weken of meer	856	781	774	648	648
	28 weken of meer	642	608	608	499	490

Bron: CBS Statline

De gemiddelde leeftijd waarop de vrouw bevalt van haar eerste kind is, na een sterke stijging in de periode 1970-2005, in de jaren 2006-2010 gestabiliseerd op 29,4 jaar. De gemiddelde leeftijd van de man ligt in deze periode hoger (32,4 jaar). Figuur 2.1 geeft hier inzage in.

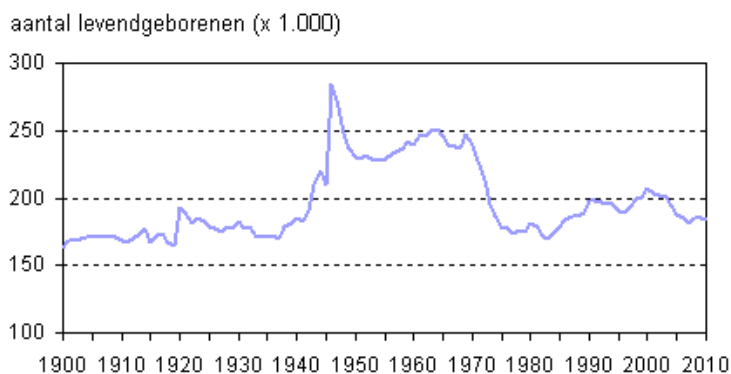
¹¹ Het aantal levendgeborenen met enig teken van leven ongeacht de zwangerschapsduur.

¹² Het aantal geboorten na 28 weken of later ongeacht de levensvatbaarheid

Figuur 2.1. Gemiddelde leeftijd ouders na geboorte kind

Bron: CBS Statline

In figuur 2.2 is tot slot het aantal levendgeborenen van 1900 tot 2010 weergegeven. Na een jarenlange daling van het aantal geboorten in 2000-2007, is het aantal geboorten in 2008 en 2009 licht gestegen. In 2010 is weer een zeer lichte daling te zien van het aantal geboorten. Verwacht wordt dat het aantal geboorten de komende jaren (verder) zal afnemen.¹³

Figuur 2.2. Aantal levendgeborenen (2010)

Bron: CBS Statline

2.5 Bekostiging van geboortezorg

2.5.1 Financiële omvang

In 2007 werd circa € 1,55 miljard besteed aan zwangerschap, bevalling en kraambed. Dit is 2,1% van de totale zorgkosten in Nederland.¹⁴

¹³ RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid

¹⁴ www.kostenvanziekten.nl. De kosten worden getoond volgens het perspectief van de Zorgrekeningen van het CBS. Dit is een brede definitie van zorgkosten, waaronder bijvoorbeeld ook alternatieve geneeswijzen, bedrijfsgezondheidszorg en betaalde kinderopvang vallen.

2.5.2 Prestaties en tarieven

De bekostiging van de eerstelijns verloskundige zorg kent een aantal trajectprestaties. Naast deze trajectprestaties kan ook een aantal losse verrichtingen worden gedeclareerd, zoals prenatale screening of een uitwendige versie bij stuitligging.¹⁵ De verloskundig actieve huisarts kent dezelfde prestaties en tarieven als eerstelijns verloskundigen. Deze prestaties zijn vastgelegd in de tariefbeschikking voor huisartsen. Voor alle prestaties in de eerstelijns verloskundige zorg gelden maximumtarieven.

Indien er sprake is van een poliklinische bevalling in het ziekenhuis waarbij geen sprake is van begeleiding door de gynaecoloog, zijn er ondersteunende zorgproducten (OP's) beschikbaar welke door het ziekenhuis in rekening kunnen worden gebracht.¹⁶ Voor de ondersteunde producten gelden maximumtarieven.

De tweedelijns verloskundige zorg (gynaecologen en kinderartsen) wordt bekostigd met Diagnose Behandeling Combinaties (hierna: DBC-zorgproducten). Dat geldt ook voor andere betrokken medische specialisten (radioloog, anesthesioloog, kinderarts).

De kosten voor de klinisch verloskundige en/of verpleegkundige worden door middel van de integrale prestatie van de gynaecoloog bekostigd en mogen niet zelfstandig worden gedeclareerd.¹⁷ De diagnoselijst van de gynaecologie is onderverdeeld in de onderdelen gynaecologie, verloskunde, oncologie, infertiliteit en endocrinologie. De verloskunde is met andere woorden een deelgebied binnen de gynaecologie.

Het tarief voor een DBC-zorgproduct valt uiteen in een kostendeel en één of meerdere honorariumdelen. Van alle tarieven voor verloskundige zorg in de tweede lijn is vanaf 1 januari 2012 het kostendeel vrij onderhandelbaar (B-segment).¹⁸ Dit is in toenemende mate sinds 2008 het geval. Het ziekenhuis kan over dit deel van het tarief onderhandelen met de zorgverzekeraar. Het honorariumdeel is het maximumbedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de diensten van een gynaecoloog of een andere medisch specialist die betrokken is bij de verloskundige zorg.

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

¹⁵ Een deel van deze prestaties wordt per 1 januari 2013 overgeheveld naar de beleidsregel 'eerstelijns diagnostiek'.

¹⁶ Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen, partusassistentie en gebruik verloskamer.

¹⁷ Geldt ook voor kinderartsen (en andere specialisten) in loondienst. Met ingang van 2012 is het zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigd specialist afhankelijk van deelname aan een collectief ('via' declareren).

¹⁸ Het kostendeel van de tarieven van DBC-zorgproducten in het B-segment zijn vrij, waardoor de tarieven per ziekenhuis kunnen verschillen. Ongeveer 70% van de behandelingen die de ziekenhuizen uitvoeren vallen onder het B-segment. Het kostendeel van de tarieven van DBC-zorgproducten in het A-segment stelt de NZa landelijk vast en zijn dus in elk ziekenhuis gelijk.

In tabel 2.6 is een overzicht opgenomen van de prestaties en tarieven per deelmarkt.

Tabel 2.6. Prestaties en tarieven in de geboortezorg

Deelmarkt	Zorgverleners	Prestaties en tarieven
Eerstelijns verloskundige zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Eerstelijns verloskundigen - Verloskundig actieve huisartsen 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestaties voor begeleiding zwangerschap, bevalling en begeleiding kraambedperiode - Prestaties voor zorg verleend in achterstandssituaties - Prestaties voor verrichtingen (bv echo's, uitwendige versie, prenatale screening) - Aanvullende modules (bv voor bevalling in geboortecentrum) - Prestaties (OP's) voor poliklinische bevalling - Maximumtarieven
Tweedelijns verloskundige zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch verloskundige - Gynaecologen - Kinderartsen 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestaties voor begeleiding zwangerschap, bevalling en complicaties na de bevalling - Prestaties voor verrichtingen (bv gespecialiseerd onderzoek) - Vanaf 2012 vrij tarief kostendeel, maximumtarieven honorariumdeel
Kraamzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Kraamverzorgenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestaties per geleverd uur kraamzorg of partusassistentie, inclusief verbijzondering - Prestaties voor verrichtingen (bv intake) - Maximumtarieven

Bron: NZa

2.5.3 Verzekering

De geboortezorg maakt onderdeel uit van het verplicht verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Vrijwel alle zwangere vrouwen doen een beroep op verloskundige zorg voor de begeleiding bij de zwangerschap en de bevalling om de gezondheid van moeder en kind te bewaken. Zorgverzekeraars bieden ook aanvullende verzekeringen aan die speciaal gericht zijn op jonge gezinnen.

In de aanvullende verzekering is bijvoorbeeld sprake van dekkingen voor extra uren kraamzorg, eigen bijdragen in de kraamzorg of aanvullende cursussen die met de zwangerschap te maken hebben. Ook kunnen de kosten in verband met de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie of een bevalling in een geboortecentrum (gedeeltelijk) gedekt worden in de aanvullende verzekering.

De vergoeding van kraamzorg omvatte vanuit het basispakket in 2007 standaard 44 uur, verdeeld over acht dagen. Met ingang van 1 januari 2008 is het basispakket uitgebreid met vijf extra uren kraamzorg. Uitbreiding of beperking van het standaard aantal uren zorg gebeurt op indicatie, met behulp van het Landelijk Indicatie Protocol (LIP) kraamzorg. Daarnaast kunnen cliënten zelf extra uren inkopen als ze het geïndiceerde aantal te weinig vinden.

2.6 Ontwikkelingen

In juli 2012 heeft de NZa een advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de (toekomstige) bekostiging van de integrale zorg rondom zwangerschap en geboorte.¹⁹ De NZa adviseert om per 1 januari 2014 vrije prijzen in de eerstelijns geboortezorg (eerstelijns verloskunde en kraamzorg) in te voeren. Daarnaast adviseert de NZa om te experimenteren met een integraal tarief voor de verloskundige keten. Deze experimenten gaat de NZa evalueren.

Met dit advies wordt een bijdrage geleverd aan het verzoek van de minister om de samenwerking in de verloskundige keten te ondersteunen. Deze samenwerking is nodig om de zorg rond zwangerschap en geboorte in Nederland te optimaliseren. De sector is daar zelf verantwoordelijk voor en initieert ook al samenwerkingsvormen, zoals meer en intensief overleg tussen gynaecologen en verloskundigen en gezamenlijke voorlichting. De prijzen voor de tweedelijns geboortezorg zijn al vrij en door ook de prijzen in de eerste lijn niet langer te reguleren komen er gelijke spelregels voor het maken van prijsafspraken en afspraken over samenwerking. Zorgverzekeraars kunnen zo beter samenwerkingsverbanden stimuleren en afspraken maken over de resultaten van deze samenwerking. In een nieuw kabinet zal besloten worden of het advies wel of niet uitgevoerd zal worden.

¹⁹ Advies bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte, NZa juni 2012

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt van zorgaanbieders werkzaam in de geboortezorg in Nederland. Het geeft een beschrijving van de (ontwikkeling in) aantallen, de spreiding, de toe- en uittreding, de praktijksamenstelling en de financiële posities. Kenmerken van de zorgvragers is terug te lezen in hoofdstuk twee. Een beschrijving van de zorgverzekeraars is terug te vinden in de marktscan van de NZa gericht op de zorgverzekeringsmarkt.²⁰

3.1 Aantal geboortezorgaanbieders

Deze paragraaf geeft aan de hand van verschillende bronnen een beeld van het aantal zorgverleners werkzaam in de geboortezorg.

3.1.1 Aantal verloskundigen

Hieronder volgt een overzicht van het aantal verloskundigen werkzaam in de eerste en in de tweede lijn op basis van gegevens van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), het CIBG en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Waar mogelijk wordt het onderscheid tussen de eerstelijns verloskundigen en klinisch verloskundigen (werkzaam in de tweede lijn) weergegeven.

In tabel 3.1 wordt een overzicht gegeven van het aantal praktiserende verloskundigen naar functie over de jaren 2006-2011.

Tabel 3.1. Aantal praktiserende verloskundigen naar functie

Functie	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Eigen praktijk/ maatschap	1.316	1.362	1.363	1.370	1.387	1.374
In loondienst van een gezondheidscentrum ²¹	63	67	61	68	68	60
In loondienst van zelfstandig verloskundige	171	172	177	171	163	165
Waarneemster	185	181	176	273	273	311
<i>Subtotaal (eerste lijn)</i>	<i>1.735</i>	<i>1.782</i>	<i>1.777</i>	<i>1.882</i>	<i>1.891</i>	<i>1.910</i>
Klinisch werkzaam (tweede lijn)	508	522	579	606	665	702
Totaal (eerste en tweede lijn)	2.243	2.304	2.356	2.488	2.556	2.612

Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen

Per 1 januari 2011 zijn er in Nederland in totaal 2.612 praktiserende verloskundigen. In vergelijking met het jaar 2010 is het aantal met 56 toegenomen, hetgeen overeenkomt met een toename van 2,1%. Uit de tabel blijkt ook dat op 1 januari 2011 het grootste deel (52,6%) in een eigen praktijk of maatschap werkzaam is. Ongeveer 27% van de verloskundigen is in 2011 werkzaam in de tweede lijn (klinisch).

In 2011 is 87% van alle praktiserende verloskundigen lid van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). 98% van verloskundigen met een eigen praktijk/maatschap is lid, tegen 58% van de klinisch werkzame verloskundigen.

²⁰ Marktscan Zorgverzekeringsmarkt, NZa juni 2012

²¹ STBN of een vergelijkbare instelling

In tabel 3.2 is de omvang van de gemiddelde werkweek van verloskundigen naar functie weergegeven in het jaar 2011. De totale gemiddelde omvang is 0,82 fte.

Tabel 3.2. Omvang van de gemiddelde werkweek (FTE²²) van verloskundigen naar functie

Functie	Gemiddeld
Eigen praktijk/ maatschap	0,87 fte
In loondienst van een gezondheidscentrum	0,8 fte
In loondienst van zelfstandig verloskundige	0,75 fte
Klinisch werkzaam (tweede lijn)	0,75 fte
Totaal (eerste en tweede lijn)	0,82 fte

Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen 2011

Per 1 januari 2011 werkt 53% van de verloskundigen in deeltijd. Het zijn vooral de verloskundigen in loondienst die een parttime baan hebben. Van de verloskundigen met een eigen praktijk werkt 40% in deeltijd, terwijl klinisch verloskundigen in 75,3% van de gevallen in deeltijd werken. De verloskundigen werken exclusief beschikbaarheidsdiensten gemiddeld 28,1 uur per week.

Verloskundigen zijn volgens de wet BIG²³ verplicht zich in te schrijven in het BIG-register. De wet BIG beschermt patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van een zorgverlener. Tabel 3.3 geeft het aantal BIG-ingeschreven verloskundigen weer in de jaren 2006-2012.

Tabel 3.3. Aantal ingeschreven verloskundigen in het BIG-register

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
3.244	3.453	3.677	3.872	4.066	4.282	4.469

Bron: CIBG, op peildatum 1 januari jaar t

Niet alle BIG-geregistreerde verloskundigen zijn ook praktiserend (in de zorg).

In tabel 3.4 is over de jaren 2006-2010 weergegeven hoeveel BIG-geregistreerde verloskundigen volgens het CBS in totaal, in de zorg en in de tweede lijn (het ziekenhuis) werkzaam zijn. Daarnaast is weergegeven in welke arbeidspositie zij werken en de omvang van een gemiddelde werkweek in loondienst.

²² Eén fte staat voor 34,3 uur cliëntgebonden werkzaamheden en 7,2 uur niet-clientgebonden werkzaamheden, exclusief beschikbaarheidsdiensten.

²³ Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg: Huisartsen, verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen zijn volgens deze wet verplicht zich in te schrijven in het BIG-register. Zij vallen daarmee onder de artikel 3 beroepen en daarmee ook onder het tuchtrecht.

Tabel 3.4. Aantal actieve verloskundigen naar arbeidspositie en omvang van een gemiddelde werkweek in loondienst

Kenmerken	2006	2007	2008	2009	2010
Werkzaam in totaal	2.730	2.865	3.020	3.205	3.330
- Werknemer ²⁴	830	925	985	1.060	1.140
- Zelfstandige ²⁵	1.640	1.695	1.760	1.830	1.850
- Werknemer en zelfstandige	260	245	275	315	340
Werkzaam in de zorg	2.120	2.470	2.610	2.820	2.950
Werkzaam in de tweede lijn	530	600	665	750	825
Deeltijdfactor loondienst	0,72	0,72	0,71	0,71	0,72

Bron: CBS Statline

Uit de tabel blijkt dat in 2010 89% van de verloskundigen werkzaam is in de zorg. Ruim 55% van de verloskundigen is als zelfstandige werkzaam. Dit percentage neemt de laatste jaren af, omdat het aantal verloskundigen dat als werknemer in loondienstverband actief is toeneemt.

3.1.2 Aantal verloskundig actieve huisartsen

Het aantal verloskundig actieve huisartsen is de afgelopen decennia sterk teruggelopen. In 1977 waren er ongeveer 2700 regulier gevestigde huisartsen verloskundig actief, in 1998 waren dit er 1.120 en in 2002 is het aantal teruggelopen tot 465.

In 2011 telde het register 'verloskunde' van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) 168 huisartsen, verdeeld over 124 huisartsenpraktijken. De NIVEL-registratie voor huisartsen telde op dat moment 197 huisartsenpraktijken die bevallingen begeleiden. In die praktijken werken in totaal 409 huisartsen. Het NIVEL heeft beide bronnen met elkaar vergeleken en geconcludeerd dat er in totaal 239 huisartsenpraktijken wellicht verloskundig actief zijn, waarin in totaal 458 huisartsen werken. Het werkelijke aantal verloskundige actieve huisartsen zal in de praktijk waarschijnlijk lager zijn, maar het aantal lijkt in de afgelopen jaren redelijk gestabiliseerd te zijn.²⁶

De omvang van het gemiddeld aantal bestede uren aan verloskundige zorg ligt bij de verloskundige huisarts veel lager dan bij de eerstelijns verloskundige, aangezien de verloskundige huisarts een veel breder takenpakket heeft.

3.1.3 Aantal gynaecologen en kinderartsen

Hieronder volgt een overzicht van aantallen gynaecologen en kinderartsen op basis van gegevens van Zorgkaart Nederland, CIBG en CBS.

Binnen Zorgkaart Nederland zijn er 876 gynaecologen bekend. De gynaecologen zijn verdeeld over 101 ziekenhuislocaties, 18 overige klinieken en 18 overige instellingen. Daarnaast zijn er 1.194 kinderartsen bekend. Deze kinderartsen zijn verdeeld over 107 ziekenhuislocaties, 8 centra voor daghulp voor kinderen en 50 overige instellingen.²⁷

²⁴ Een persoon die in een arbeidsovereenkomst afspraken met een economische eenheid maakt om arbeid te verrichten waar tegenover een financiële beloning staat.

²⁵ Een persoon met als baan het verrichten van arbeid voor eigen rekening of risico in een eigen bedrijf of praktijk, of in een zelfstandig uitgeoefend beroep.

²⁶ Huisartsenzorg in cijfers: verloskundig actieve huisarts bestaat nog steeds, NIVEL 2012

²⁷ www.zorgkaartnederland.nl

Op 1 januari 2012 zijn er in totaal 94 ziekenhuizen met een afdeling obstetrie en gynaecologie.²⁸

Gynaecologen en kinderartsen zijn volgens de wet BIG ook verplicht zich in te schrijven in het BIG-register. Tabel 3.5 geeft het aantal ingeschrevenen weer in de jaren 2006-2012.

Tabel 3.5. Aantal ingeschreven medisch specialisten in het BIG-register

Medisch specialist	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gynaecologen	899	934	975	992	957	1.026	1.034
Kinderartsen	1.216	1.256	1.307	1.340	1.366	1.453	1.487

Bron: CIBG, op peildatum 1 januari jaar t

Ook voor alle BIG-geregistreerde gynaecologen en kinderartsen geldt dat zij niet allemaal actief zijn (in de zorg).

In tabel 3.6 is over de jaren 2006-2010 weergegeven hoeveel ingeschreven gynaecologen en kinderartsen volgens het CBS in totaal, in de zorg en in het ziekenhuis werkzaam zijn. Van het aantal actieve medisch specialisten is weergegeven in welke arbeidspositie zij werken en de omvang van een gemiddelde werkweek in loondienst. Uit de tabel blijkt dat in 2010 90% van de gynaecologen werkzaam is in de zorg. Ruim 60% van de gynaecologen is als zelfstandige werkzaam (de vrijgevestigde medisch specialist).

Van de kinderartsen is 97% werkzaam in de zorg. Slechts 5% van de kinderartsen is als zelfstandige werkzaam.

Tabel 3.6. Aantal actieve medisch specialisten naar arbeidspositie en omvang van een gemiddelde werkweek in loondienst

Medisch specialisme		2006	2007	2008	2009	2010
Gynaecologie	Werkzaam in totaal	815	825	850	850	855
	- Werknemer	190	195	210	205	210
	- Zelfstandige	515	520	530	525	520
	- Werknemer en zelfstandige	110	110	110	120	125
	Werkzaam in de zorg	660	755	775	765	775
	Werkzaam in (loondienst van) het ziekenhuis	265	275	290	285	295
	Deeltijdfactor loondienst	0,93	0,92	0,92	0,91	0,91
Kinder-geneeskunde	Werkzaam in totaal	1.075	1.115	1.150	1.200	1.270
	- Werknemer	830	865	875	910	980
	- Zelfstandige	60	65	65	65	65
	- Werknemer en zelfstandige	185	185	210	225	225
	Werkzaam in de zorg	1.035	1.070	1.110	1.155	1.230
	Werkzaam in (loondienst van) het ziekenhuis	980	1.005	1.045	1.090	1.155
	Deeltijdfactor loondienst	0,91	0,92	0,91	0,91	0,92

Bron: CBS Statline

3.1.4 Aantal kraamverzorgenden

In Nederland zijn bijna 10.000 kraamverzorgenden actief in de kraamzorg, waarvan 78% in vast dienstverband bij een (kraam)zorgorganisatie, 5% in tijdelijk dienstverband bij een (kraam)zorgorganisatie, 9% als ZZP'er en 8% op een andere wijze.

²⁸ www.nvog.nl.

De groep zelfstandige kraamverzorgenden wordt in de contractering met zorgverzekeraars vertegenwoordigd door een kraamzorg bemiddelingsbureau.

Er zijn in totaal 98 organisaties die kraamzorg leveren, waarvan 66% alleen kraamzorg aanbiedt en 34% ook andere vormen van zorg.

Een groot deel van de kraamverzorgenden werkt in deeltijd. In tabel 3.7 wordt het aantal contracturen van kraamverzorgenden weergegeven in het jaar 2010.²⁹

Tabel 3.7. Aantal contracturen van kraamverzorgenden in 2010

Aantal uren	Percentage
0 - 7	42%
7 - 14	3%
14 - 22	0%
22 - 29	15%
29 - 36	40%

Bron: Kraamzorg in kaart, argumentenfabriek 2012

3.2 Spreiding geboortezorgaanbieders

De spreiding van geboortezorgaanbieders is een indicator voor de mate van aanbod in de geboortezorg. In provincies waar relatief weinig geboortezorgaanbieders werkzaam zijn, is er (afhankelijk van het inwonersaantal) minder keuze voor de zorgvrager. Daarnaast kan een beperkt aanbod leiden tot wachtlijsten. Aan de andere kant zijn provincies met relatief weinig geboortezorgaanbieders juist interessant voor toetreders.

3.2.1 Spreiding verloskundigen

In tabel 3.8 is het totaal aantal praktiserende verloskundigen naar provincie weergegeven over de jaren 2007-2011.

²⁹ De kraamzorg in kaart: feiten, cijfers, financiering en opbrengsten, de Argumentenfabriek mei 2012.

Tabel 3.8. Verdeling van het aantal praktiserende verloskundigen³⁰ naar provincie

Provincie	2007	2008	2009	2010	2011
Groningen	54	54	61	62	64
Friesland	77	82	88	91	91
Drenthe	51	57	55	62	67
Overijssel	136	148	143	153	157
Flevoland	54	57	59	63	62
Gelderland	275	273	277	286	295
Utrecht	183	185	188	197	200
Noord-Holland	367	375	374	385	393
Zuid-Holland	406	419	421	435	447
Zeeland	32	35	36	38	39
Noord-Brabant	324	336	340	353	363
Limburg	120	118	121	126	126
Nederland	2.079	2.139	2.163	2.251	2.304

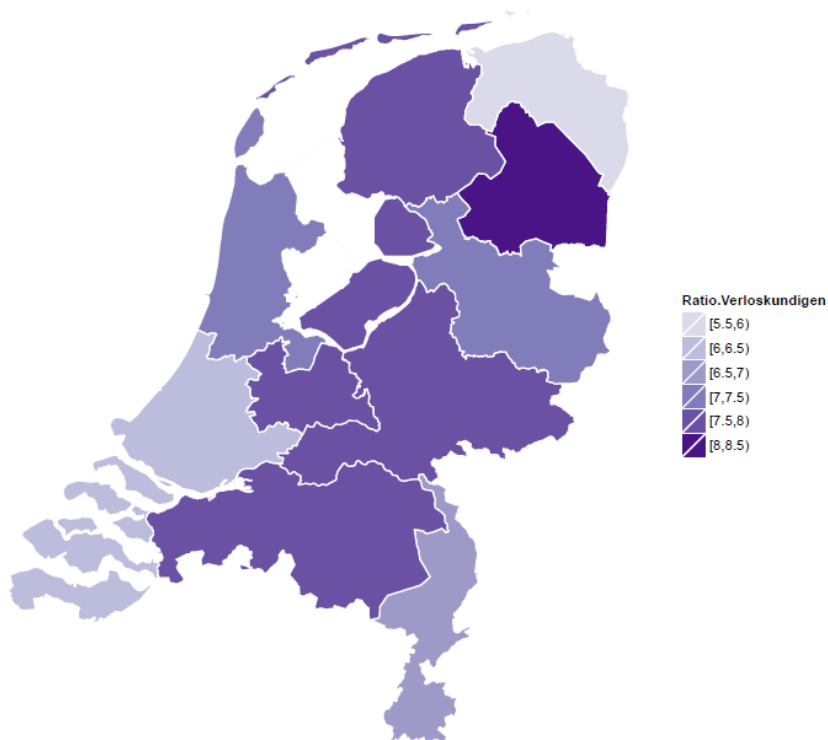
Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen

Uit de tabel blijkt dat er in 2011 in Zuid-Holland in totaal 447 verloskundigen werkzaam zijn, terwijl dit aantal in Zeeland 39 is. Uit aanvullende cijfers van het NIVEL blijkt ook dat het aandeel verloskundigen met een eigen praktijk of maatschap het grootst is in Limburg (68%) en Zuid-Holland (66%). In de provincie Zeeland en Drenthe werken de meeste verloskundigen in het ziekenhuis, respectievelijk 44% en 40%. Het aantal praktiserende verloskundigen in Noord-Brabant is in de jaren 2007-2011 met 12% het meest toegenomen.

Figuur 3.1 laat de verloskundigendichtheid naar provincie zien in 2011; het aantal praktiserend verloskundigen per 10.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd van 15 t/m 45 jaar.

³⁰ Inclusief klinisch verloskundigen en exclusief waarneemsters en indien een verloskundige in meer dan één provincie werkt, dan telt hij/zij voor alle betreffende provincies mee.

Figuur 3.1. Verdeling van het aantal praktiserende verloskundigen naar provincie



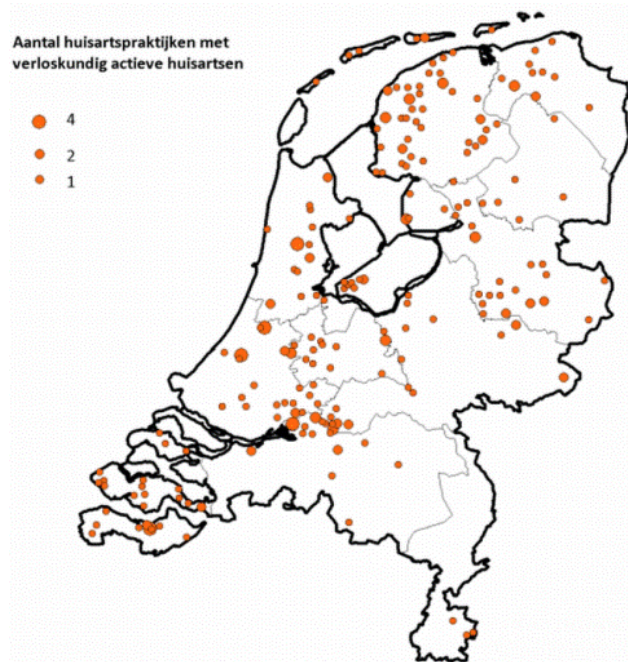
Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen in 2011

In figuur 3.1 is te zien dat in 2011 de verloskundigendichtheid in Drenthe het hoogste is; rond de acht praktiserend verloskundigen per 10.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd van 15 t/m 45 jaar. In Groningen ligt de verloskundigendichtheid een stuk lager; rond de vijf praktiserend verloskundigen per 10.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd van 15 t/m 45 jaar.

3.2.2 Spreiding verloskundig actieve huisartsen

Figuur 3.2 laat de spreiding zien van het aantal huisartsenpraktijken waarin de verloskundig actieve huisartsen werkzaam zijn in 2011.

Figuur 3.2. Spreiding van het aantal huisartsenpraktijken met verloskundig actieve huisartsen



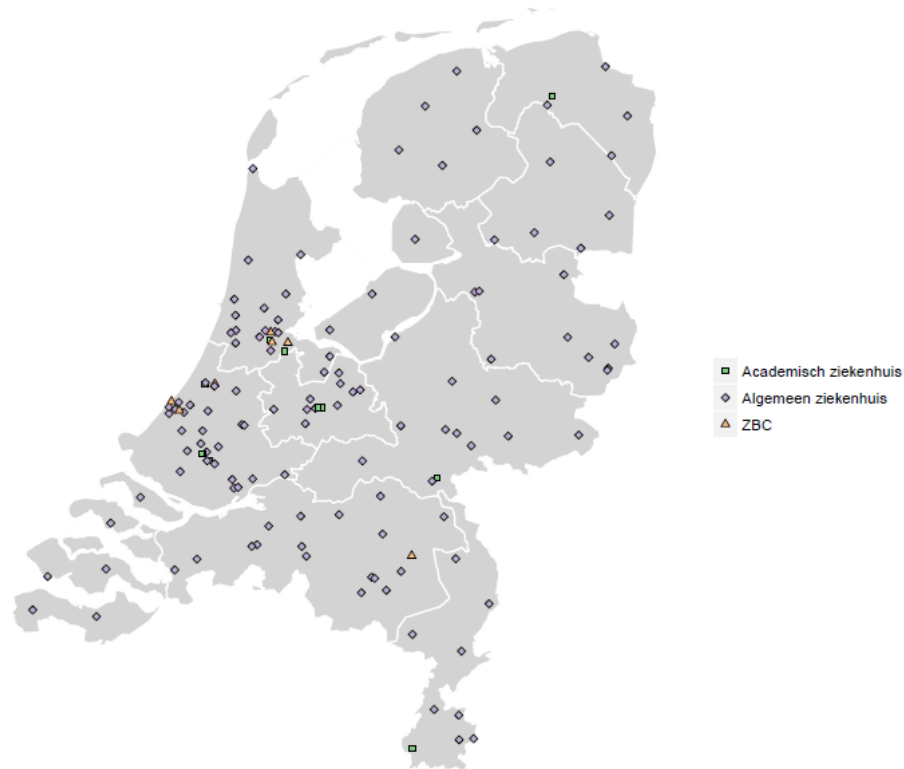
Bron: NIVEL/CHBB 2011

Uit de achterliggende informatie van het NIVEL blijkt dat de verloskundig actieve huisartsenpraktijken vooral te vinden zijn in Zeeland, bij de Drechtsteden, in de westpunt van de Betuwe, in het Groene hart, in Urk, in Salland, op de Waddeneilanden (behalve Texel) en in Noordwest- en Oost-Friesland.

3.2.3 Spreiding tweedelijns geboortezorgaanbieders

Figuur 3.3 laat de spreiding zien van geboortezorgaanbieders die in 2012 tweedelijns verloskundige zorg aanbieden. Hierbij onderscheid gemaakt naar type instelling: academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis of een ZBC.

Figuur 3.3. Spreiding van tweedelijns geboortezorgaanbieders



Bron: DIS 2011

In dit figuur is te zien dat de tweedelijns geboortezorgaanbieders verspreid over het hele land liggen, met uitzondering van de Waddeneilanden. In de randstedelijke gebieden is het aanbod geconcentreerd.

3.2.4 Spreiding Kraamverzorgenden

Figuur 3.4 laat de spreiding zien van de hoofdlocaties van kraamzorgaanbieders in 2012. De zelfstandige kraamverzorgenden zijn hier grotendeels niet in meegenomen.

Figuur 3.4. Spreiding van kraamzorgaanbieders



Bron: NAW-gegevens Zichtbare Zorg 2012

3.3 Toetreding en uittreding

In paragraaf 3.1 en 3.2 is het aantal werkzame geboortezorgaanbieders beschreven. Hieruit is nog niet het aantal toe- en uittraders af te leiden. Toetreding kan bestaan uit toetreding vanuit de opleiding en toetreding vanuit het buitenland. Uittreding is een gevolg van het aantal actieve geboortezorgaanbieders dat niet langer actief is in Nederland.

3.3.1 Eerstelijns verloskundige zorg

In tabel 3.10 is het aantal nieuw gevestigde en het aantal uitgetreden eerstelijns verloskundigen over meerdere jaren weergegeven. Uit de tabel blijkt dat in 2010 76 verloskundigen zich zelfstandig hebben gevestigd of in loondienst van een praktijk/instelling. Daarnaast hebben in dat jaar 97 verloskundigen hun werkzaamheden in de eerstelijns praktijk neergelegd. Per saldo is het aantal eerstelijns verloskundigen werkzaam in een eerstelijns praktijk/instelling in 2011 hierdoor afgenomen.

Tabel 3.10. Aantal nieuw gevestigde en het aantal uitgetreden eerstelijns verloskundigen

Stroom	2007	2008	2009	2010
Nieuw gevestigd	87	111	90	76
Uitgetreden	92	97	73	97
Saldo	-5	14	17	-21

Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen

Uit aanvullende gegevens van het NIVEL blijkt dat van de 97 verloskundigen die in 2010 hun werkzaamheden in een eerstelijns praktijk/instelling hebben neergelegd, 46,4% een andere functie binnen de verloskundige zorg heeft. Een groot deel van deze groep verloskundigen is in een klinische setting gaan werken. Er vindt dus een verschuiving plaats van verloskundigen werkzaam in de eerste lijn naar verloskundigen werkzaam in de tweede lijn.

In tabel 3.11 is terug te vinden wat de in- en uitstroom is van verloskundigen in het BIG-register.

Tabel 3.11. In- en uitstroom verloskundigen in het BIG-register

Stroom	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Instroom	215	225	201	210	225	157	69
Uitstroom	6	1	7	14	7	3	2

Bron: CIBG, op peildatum 1 januari

Het aantal verloskundige actieve huisarts is de laatste jaren redelijk stabiel gebleven. Hierover zijn geen absolute cijfers beschikbaar (zie paragraaf 3.1.2).

3.3.2 Tweedelijns verloskundige zorg

In tabel 3.12 is terug te vinden wat de in- en uitstroom is van gynaecologen en kinderartsen in het BIG-register.

Tabel 3.12. In- en uitstroom medisch specialisten in het BIG-register

Medisch specialist	Stroom	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gynaecologen	Instroom	47	51	49	65	101	51	33
	Uitstroom	13	10	32	100	32	43	6
Kinderartsen	Instroom	63	73	66	102	122	57	37
	Uitstroom	24	22	33	76	35	23	12

Bron: CIBG, op peildatum 1 januari

3.4 Praktijksamenstelling

In deze paragraaf is aanvullende informatie opgenomen over de praktijksamenstelling van de aanbieders in de eerstelijns verloskundige zorg.³¹

In tabel 3.13 is de verdeling van het aantal eerstelijns verloskundigen naar praktijkvorm weergegeven.

³¹ Voor tweedelijns verloskundigen zorg en kraamzorg is deze informatie niet beschikbaar.

Tabel 3.13: Verdeling van het aantal eerstelijns verloskundigen naar praktijkvorm

Praktijkvorm	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Solopraktijk	67	72	78	91	80	86
Duo praktijk	173	178	197	216	219	241
Groepspraktijk	1.313	1.355	1.331	1.316	1.322	1.272
Totaal	1.553	1.605	1.606	1.623	1.621	1.599

Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen

Het grootste deel van de eerstelijns verloskundigen is werkzaam in een groepspraktijk (80%). Hiervan is 30% werkzaam in een praktijk met drie verloskundigen, 33% in een praktijk met vier verloskundigen en ongeveer 37% in een praktijk met vijf of meer verloskundigen. Daarnaast werkt ongeveer 5% solo en 15% in een duo praktijk.

In tabel 3.14 is de verdeling van het aantal verloskundigenpraktijken naar praktijkvorm weergegeven. In 2011 zijn er in totaal 519 verloskundigenpraktijken, waarvan 60% een groepspraktijk is.

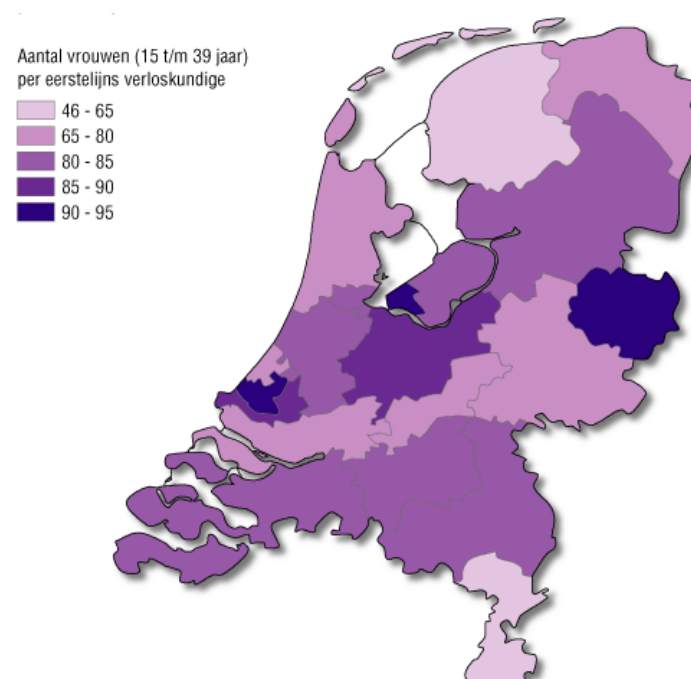
Tabel 3.14. Verdeling van het aantal verloskundigenpraktijken naar praktijkvorm

Praktijkvorm	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Solopraktijk	67	72	78	81	80	86
Duo praktijk	87	90	99	108	112	122
Groepspraktijk	312	325	319	317	318	311
Totaal	466	487	496	506	510	519

Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen

Tot slot is in deze paragraaf in figuur 3.5 het percentage verloskundigen in een groepspraktijk weergegeven per ROS-regio in Nederland in 2011.

Figuur 3.5. Percentage verloskundigen in groepspraktijk per ROS-regio



Bron: NIVEL, 2011; vormgeving www.zorgatlas.nl, 2011

3.5 Financiële posities

3.5.1 Verloskundige zorg

In tabel 3.15 zijn gegevens opgenomen van het CBS over winst- en verliescijfers van verloskundige praktijken.

Tabel 3.15. Verlies- en winstrekening verloskundige praktijken (bedragen in miljoenen euro's)

Onderwerp	2005	2006	2007	2008	
Aantal ondernemers	1.406	1.511	1.510	1.560	
Bedrijfsopbrengsten	Netto omzet	99	108	112	119
	Overig ³²	5	5	5	5
	Totaal	104	113	117	125
Bedrijfslasten	Arbeidskosten ³³	9	10	10	11
	Afschrijvingen	6	6	5	5
	Overig ³⁴	28	33	35	38
	Totaal	43	49	49	53
Bedrijfsresultaat	61	64	67	71	
Financieel resultaat	0	0	0	-1	
Buitengewoon resultaat	1	3	1	1	
Resultaat voor belasting	62	68	68	72	

Bron: CBS Statline

Op basis van bovenstaande CBS-gegevens kan geconcludeerd worden dat in de jaren 2005-2008 het resultaat voor belasting in de verloskundigenpraktijken met 16% is toegenomen tot € 72 miljoen.

Voor meer informatie over de financiële positie van tweedelijns geboortezorgaanbieders wordt verwezen naar de marktscan over de medisch specialistische zorg van de NZa.³⁵

De NZa beschikt voornamelijk niet over gegevens om de financiële positie van kraamzorgaanbieders weer te geven.

³² Subsidies, bijdragen en niet eerder genoemde bedrijfsopbrengsten

³³ Lonen, salarissen, pensioenlasten en sociale lasten

³⁴ Overige personeelskosten en niet eerder genoemde bedrijfslasten

³⁵ Marktscan Medisch specialistische zorg, NZa maart 2012

4. Marktgedrag

Dit hoofdstuk beschrijft het gedrag van zorgverzekeraars bij de zorginkoop, het gedrag van zorgaanbieders om te komen tot betere samenwerking in de zorg en het overstapgedrag van consumenten naar een andere zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar.

De focus ligt daarbij vooral op de eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg. Uit het vorige hoofdstuk is op te maken dat eerstelijns verloskundige zorg voor het grootste deel aangeboden wordt door verloskundigen. Het aantal verloskundig actieve huisartsen is beperkt, waardoor niet alle informatie over deze groep te achterhalen is. Een groot deel van het marktgedrag over medisch specialistische zorg (waar de tweedelijns verloskundige zorg onderdeel van uitmaakt) is terug te vinden in de marktscan over de medisch specialistische zorg.³⁶

In dit hoofdstuk wordt wel specifiek ingegaan op de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en tweedelijns geboortezorgaanbieders over de geboortezorg.

4.1 Zorginkoopmarkt

Zorgverzekeraars maken contractafspraken met geboortezorgaanbieders. De wijze waarop zorgverzekeraars contracteren verschilt. Sommige zorgverzekeraars contracteren (voornamelijk) op het niveau van de zorgverlener, andere zorgverzekeraars sluiten (vooral) overeenkomsten met praktijken. In het laatste geval vallen onder één overeenkomst meerdere zorgverleners.

4.1.1 Contractering

4.1.1.1 *Proces van contractering*

De NZa heeft middels een enquête onder acht zorgverzekeraar concerns³⁷ (hierna: zorgverzekeraars) informatie verzameld over het zorginkoopproces met betrekking tot de geboortezorg.³⁸ Deze concerns hebben gezamenlijk een marktaandeel van bijna 98% op de Nederlandse markt voor de geboortezorg. In deze paragraaf volgt een opsomming van de resultaten uit de enquête.

Alle zorgverzekeraars geven aan dat alle verloskundigen(praktijken) en kraamverzorgenden die een overeenkomst willen sluiten en die voldoen aan de gestelde kwaliteitscriteria in beginsel in aanmerking komen voor een overeenkomst. In de regel sturen zorgverzekeraars standaardcontracten, die eventueel zijn afgestemd met de beroepsvereniging, naar de zorgverleners die deze contracten vervolgens al dan niet accepteren. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat met dit proces een doorlooptijd van één tot twee maanden is gemoeid. In tabel 4.1 is opgenomen hoeveel zorgverzekeraars in welke maand 75%, respectievelijk 100% van zijn contracten voor het jaar 2012 had gesloten.

³⁶ Marktscan Medisch specialistische zorg, NZa maart 2012

³⁷ Achmea, ASR, CZ, DSW, Eno, Menzis, ONVZ en VGZ.

³⁸ De enquête is ook bij Z&Z uitgezet, maar niet ingevuld.

Tabel 4.1. Contractering 2012; het aantal zorgverzekeraars dat 75% resp. 100% van de contracten heeft afgerond in maand x (n=8)

Maand	Verloskundigen		Kraamverzorgenden	
	75% gecontracteerd	100% gecontracteerd	75% gecontracteerd	100% gecontracteerd
Oktober 2011	0	0	1	0
November 2011	0	0	1	0
December 2011	2	0	2	2
Januari 2012	4	1	1	1
Februari 2012	1	3	3	0
Maart 2012	0	0	0	4
April 2012	0	2	0	0
Nog niet afgerond	0	1	0	1
Niet ingevuld	1	1	0	0

Bron: NZa (enquête zorgverzekeraars, juli/augustus 2012)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat geen enkele zorgverzekeraar de contracten met verloskundigen voor de start van 2012 heeft afgerond. Twee zorgverzekeraars hebben voor de start van 2012 de contractering van kraamzorg afgerond. Vrijwel altijd worden de contracten voor de duur van een jaar gesloten. Geen van de zorgverzekeraars sluit enkel declaratieovereenkomsten met zorgverleners.

Geen maatwerk, wel differentiatie

Er wordt niet op individueel niveau onderhandeld tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders: geen van de zorgverzekeraars maakt specifieke afspraken op maat met een bepaalde zorgaanbieder. Een deel van de zorgverzekeraars kent wel contracten voor verloskundige zorg of kraamzorg die zijn gedifferentieerd naar tarief en / of voorwaarden. Door middel van bijvoorbeeld het invullen van een (digitale) vragenlijst wordt door de zorgverzekeraar bepaald welk contract voor de betreffende zorgverlener geldt. In tabel 4.2 is opgenomen hoeveel zorgverzekeraars op welke wijze differentiëren.

Tabel 4.2. Aantal zorgverzekeraars dat (geen) contractdifferentiatie toepast, 2012 (n=8)

Differentiatie	Verloskundigen	Kraamverzorgenden
naar tarief	1	2
naar voorwaarden	1	0
naar tarief én voorwaarden	0	2
Geheel geen differentiatie	5	3
Niet ingevuld	1	1

Bron: NZa (enquête zorgverzekeraars, juli/augustus 2012)

Uit bovenstaande tabel volgt dat vijf zorgverzekeraars geen differentiatie toepassen in de contractering met verloskundigen en drie zorgverzekeraars passen geen differentiatie toe in de kraamzorg.

Er is één zorgverzekeraar die in de contracten met verloskundigen differentieert naar tarief en er zijn twee zorgverzekeraars die naar tarief differentiëren in de contracten met kraamverzorgenden.

Aspecten die bij differentiatie een rol spelen, zijn het kwaliteits- en serviceniveau van de zorgaanbieder (door deelname aan Zichtbare Zorg (ZiZo) en/of de Perinatale Registratie Nederland (PRN) en het in het bezit zijn van een HKZ/ISO of Calibis certificaat) of de wachttijd (bijvoorbeeld de snelheid waarmee kraamverzorgenden aanwezig zijn bij partus na een oproep). In de contractering van de kraamzorg speelt ook het volume en de zorgwaarde van de patiëntenpopulatie een rol.

4.1.1.2 Contracteergraad

Verloskundigen en kraamverzorgenden

In tabel 4.3 is het gemiddelde aantal door zorgverzekeraars en zorgaanbieders gesloten contracten afgezet tegen het gemiddelde aantal door zorgverzekeraars aan zorgaanbieders aangeboden contracten. Dit wordt de gemiddelde contracteergraad genoemd. Uit de tabel valt af te lezen dat de contracteergraad onder verloskundigen 93% bedraagt, terwijl die onder kraamverzorgenden 79% is.

Tabel 4.3. Contracteergraad in 2012

Deelmarkt	Contracteergraad
Verloskundigen n=6	93%
Kraamverzorgenden n=7	79%

Bron: NZa (enquête zorgverzekeraars, juli/augustus 2012)

De meeste zorgverzekeraars maken bij het contracteren geen onderscheid tussen het eigen kernwerkgebied en het gebied buiten het kernwerkgebied, maar contracteren landelijk. Evenmin maken de zorgverzekeraars een onderscheid naar organisatievorm van de zorgverlener. Zij registreren in het algemeen niet of een contract is aangegaan met een solopraktijk, een maatschap (duo- of groepspraktijk), een organisatie met zorgverleners in loondienst (bijv. van een verloskundige maatschap, geboortecentrum) of een bemiddelingsbureau voor ZZP'ers.

Zorgverzekeraars hebben in 2012 geen tot weinig nieuwe contracten gesloten. Dat wil zeggen dat zij een zorgverlener in 2012 hebben gecontracteerd die zij in 2011 niet hadden gecontracteerd.³⁹ Het maximum dat een zorgverzekeraar aan nieuwe contracten aanging, betrof 33 nieuwe contracten met verloskundige(praktijken) en 16 nieuwe contracten met kraamzorgaanbieders.

Evenmin hebben zorgverzekeraars veel contracten beëindigd: de meeste zorgverzekeraars sloten in 2012 met alle zorgverleners die zij in 2011 hadden gecontracteerd, weer een contract. Het maximum aantal contracten dat werd beëindigd, betrof voor zowel verloskundige zorg als kraamzorg, 23.

Verloskundig actieve huisarts

Slechts enkele zorgverzekeraars sluiten apart contracten met verloskundig actieve huisartsen.

In 2012 werd door zorgverzekeraars met geen enkele nieuwe verloskundig actieve huisarts een contract gesloten.

³⁹ Van de acht zorgverzekeraars die de enquête over de zorginkoop hebben ingevuld, hebben vier zorgverzekeraars geregistreerd hoeveel contracten in 2012 werden afgesloten met een verloskundige (actieve huisarts) die in 2011 niet was gecontracteerd, en hoeveel contracten werden beëindigd. Vijf zorgverzekeraars registreerden dit over contracten met kraamverzorgenden.

Op één zorgverzekeraar na, beëindigden geen van de zorgverzekeraars hun bestaande contract met de verloskundig actieve huisartsen.

Geboortecentra

Sinds een paar jaar zijn eerstelijns geboortecentra in opkomst. Deze worden ook wel bevalcentra, geboortehotels, kraamcentra of kraamhotels genoemd. Geboortecentra richten zich op eerstelijns bevallingen. Geboortecentra bieden de zwangere vrouw een omgeving die eigenlijk het midden houdt tussen het thuis bevallen en het bevallen in een ziekenhuis. Er zijn verschillende vormen van geboortecentra mogelijk met verschillende initiatiefnemers. Zo zijn er centra waarbij het initiatief afkomstig is van een aantal samenwerkende eerstelijns verloskundigen, in samenwerking met een zorgverzekeraar. Eerstelijns verloskundigen hebben de volledige regie over het centra. Er bestaan ook centra die zijn opgezet door het ziekenhuis of kraamzorgorganisatie, met al dan niet een samenwerkingsverband met een verloskundigenpraktijk en zorgverzekeraar of commerciële onderneming.

In tabel 4.4 is per zorgverzekeraar weergegeven hoeveel contracten voor de module geboortecentrum zij in 2012 zijn aangegaan. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars met enkele aanbieders van eerstelijns geboortezorg een contract hebben afgesloten voor de module geboortecentrum.⁴⁰

Tabel 4.4. Aantal contracten voor de module geboortecentrum, per zorgverzekeraar in 2012

Zorgverzekeraar (n=7)	Type zorgaanbieder			
	Eerstelijns verloskundige zorg	Kraamzorg	Samenwerkings- verband	Totaal
1	0	0	4	4
2	4	0	0	4
3	0	2	0	2
4	10	0	0	10
5	7	7	0	14
6	0	0	4	4
7	4	0	0	4

Bron: NZa (enquête zorgverzekeraars, juli/augustus 2012)

Aanvullende toeslag

In tabel 4.5 is per zorgverzekeraar weergegeven hoeveel contracten voor de aanvullende toeslagen zij in 2012 zijn aangegaan. Deze aanvullende toeslag dient ter vergoeding van de aanvullende maatregelen of werkzaamheden vanuit de eerste lijn als gevolg van structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn. Uit de tabel blijkt dat zorgverzekeraars met enkele aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg een contract hebben afgesloten voor de aanvullende toeslag. In die gevallen waar de toeslag is overeengekomen, betreft het overeenkomsten met verloskundigen en nooit met verloskundig actieve huisartsen.

⁴⁰ In tabel 4.7 is het totaal aantal geboortecentra in Nederland weergegeven.

Tabel 4.5. Aantal contracten voor de aanvullende toeslag, per zorgverzekeraar in 2012

Zorgverzekeraar (n=8)	Aantal contracten per eerstelijns verloskundige zorgaanbieder
1	3
2	3
3	0
4	1
5	3
6	3
7	4
8	1

Bron: NZa (enquête zorgverzekeraars, juli/augustus 2012)

Aanbieders van tweedelijns verloskundige zorg

Twee van de acht zorgverzekeraars geven aan dat zij in 2012 apart onderhandelen over het tot stand komen van contracten voor tweedelijns verloskundige zorg met aanbieders van tweedelijns verloskundige zorg. Aspecten die hierbij aan bod komen zijn bijvoorbeeld de plaats van bevalling, pijnbestrijding en de afstemming met de eerste of derde lijn.

4.1.2 Signalen NZa

De NZa heeft een meldpunt voor signalen over mogelijk ongewenste situaties in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wet marktordening gezondheidszorg.

In tabel 4.6 is het aantal signalen over geboortezorgaanbieders opgenomen over de jaren 2009-2012, onderverdeeld naar de verschillende deelmarkten. Uit de tabel blijkt dat het aantal signalen over geboortezorgaanbieders de afgelopen jaren zeer beperkt is gebleven.

Tabel 4.6. Aantal signalen over geboortezorgaanbieders

Deelmarkt	2009	2010	2011	2012*
Eerstelijns verloskunde	0	0	1	0
Tweedelijns verloskunde	0	0	0	1
Kraamzorg	3	0	2	0

*aantal signalen t/m september 2012

Bron: Signalen database 2009 t/m 2012 NZa

4.2 Zorgverlenersmarkt

4.2.1 Samenwerkingsvormen tussen zorgaanbieders

In paragraaf 2.6 staat beschreven welke ontwikkelingen er in de afgelopen jaren een belangrijke rol hebben gespeeld in de geboortezorg. Eén van de conclusies is dat de kwaliteit van de geboortezorg beter kan en dat betere samenwerking tussen zorgaanbieders hierbij het sleutelwoord is. In de afgelopen jaren zijn er veel initiatieven ontstaan, of nieuw leven ingeblazen, waarin zorgverleners in de geboortezorg met elkaar samenwerken

Verloskundig samenwerkingsverbanden

In een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) komen verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen bij elkaar komen om afspraken te maken over bijvoorbeeld de overdracht of het vertalen van richtlijnen naar de lokale situatie. Ook kinderartsen en kraamzorgaanbieders nemen in toenemende mate deel aan het overleg.

Sinds 1 juli 2012 zijn alle regio's verplicht een goed functionerend VSV te hebben. In een VSV nemen naast de eerder genoemde zorgverleners (idealiter) ook vertegenwoordigers van cliënten en zorgverzekeraars deel. Soms schuiven ook andere partijen aan, zoals gemeentelijke overheden, de provincie of ambulancezorgaanbieders. In een dergelijk samenwerkingsverband staat het beleid op de langere termijn centraal. Hierin wordt gesproken over gezamenlijke belangen, zoals de gevolgen van een fusie tussen ziekenhuizen, de beschikbaarheid van ambulances of afspraken met een zorgverzekeraar.

Samenwerkingsverbanden op het gebied van integrale zorg

Naast de VSV's zijn er ook steeds meer samenwerkingsvormen tussen zorgaanbieders ontstaan met de focus op integrale zorgverlening. In tabel 4.7 is een overzicht opgenomen van de samenwerkingsinitiatieven op het gebied van integrale zorgverlening naar regio in 2012.

Tabel 4.7. Aantal samenwerkingsverbanden voor integrale zorg naar regio

Regio	Samenwerkingsvormen	Totaal
Noord	Sneek Groningen	2
West	OLVG Amsterdam 2Move Amsterdam Anatal N'gein Tiel In Zwang Gouda Almere Rijnmond IJsselland Oostgeest Leiden Purmerend Utrecht VUMC Utrecht Diac Den Haag Woerden	15
Oost	Nijmegen Doetinchem Gelderse Vallei Arnhem Apeldoorn Deventer	6
Zuid	Livive Olivijn Roosendaal Zuid-Oost Brabant Dirksland Breda Zeeuws-Vlaanderen	7
Totaal		30

Bron: KNOV

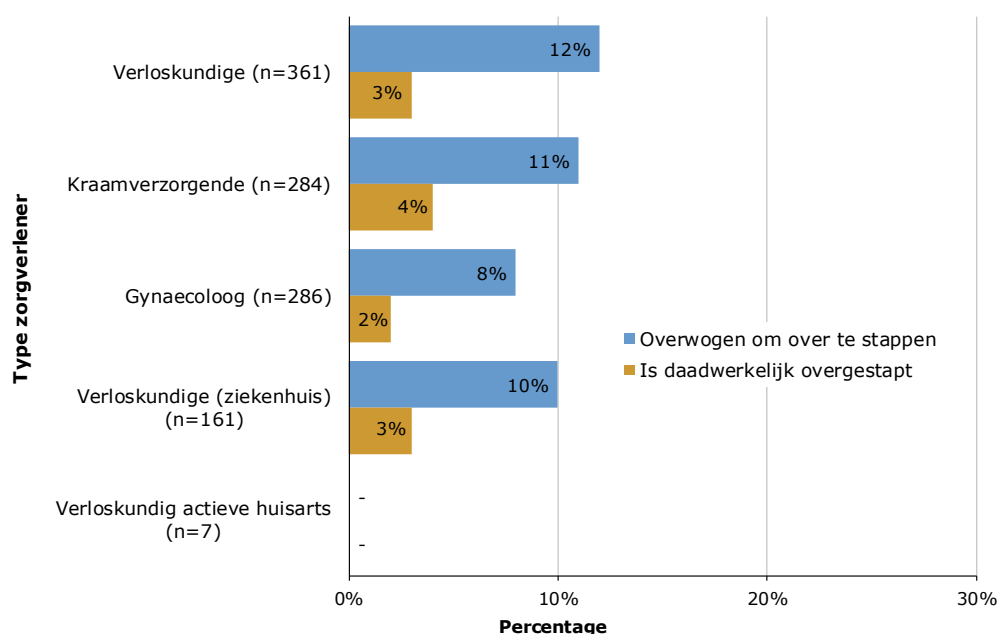
4.3 Overstappedrag consumenten 2012 (zorgaanbieders en zorgverzekeraars)

Motivaction heeft middels haar consumentenpanel onderzoek gedaan onder vrouwen die ten tijde van het onderzoek zwanger waren of in 2011 of 2012 zijn bevallen.

Aan respondenten is gevraagd of zij tijdens hun (laatste) zwangerschap of na een eventuele vorige zwangerschap overwogen hebben om over te stappen naar een andere zorgaanbieder.

Niet elke respondent die overwoog om over te stappen, is uiteindelijk ook daadwerkelijk overgestapt. In figuur 4.1 zijn per zorgverlener de overstapperpercentages opgenomen.

Figuur 4.1. Overstappedrag



Bron: Motivaction

Uit de figuur valt op te maken dat geen van de respondenten die in 2011 of 2012 gebruik hebben gemaakt van de verloskundig actieve huisarts, overwoog om over te stappen⁴¹. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit percentage echter slechts indicatief is, omdat de respons laag is (n=7).

In tabel 4.8 staan de tien meest genoemde overwegingen om over te stappen. Belangrijke redenen voor consumenten om te overwegen naar een andere verloskundige over te stappen zijn de ontevredenheid over zowel de zorgverlening als de service. Van de respondenten die in 2011 of 2012 gebruik hebben gemaakt van de gynaecoloog en / of kraamverzorgende speelde voor consumenten de bejegening een belangrijke rol bij de behoefte om over te stappen.

⁴¹ Voor de verloskundige zorg.

Tabel 4.8. Redenen waarom consumenten behoefte hadden om over te stappen (meerdere antwoorden mogelijk)*

Redenen	Verloskundige	Verloskundige (ziekenhuis)	Gynaecoloog	Kraamverzorgende
Ontevredenheid zorgverlening	18	5	5	14
Ontevredenheid service	10	3	6	10
Veranderde zorgvraag	8	1	1	1
Beter/passender alternatief	8	3	2	3
Prijzen	5	1	0	2
Bejegening	5	2	7	9
Te lange wachttijden in wachtkamer	5	1	5	0
Verhuizing	3	0	1	1
Slechte bereikbaarheid (OV/eigen vervoer)	2	3	0	0
Krappe openingstijden	1	0	0	0
Aantal respondenten	44	15	24	32

Bron: Motivaction

*Het betreft antwoorden van respondenten die overwogen om over te stappen. Vanwege de lage n is het aantal antwoorden weergegeven in plaats van percentages.

Vaak hebben respondenten uiteindelijk niet een daadwerkelijke overstap gemaakt. Redenen waarom uiteindelijk niet is overgestapt zijn vaak dat een overstap 'teveel gedoe' was, of dat men er aan twijfelde of zij bij een andere zorgverlener wel beter af zouden zijn.

Naast het overstappen naar een andere zorgaanbieder, is ook onderzocht of een zwangerschap aanleiding vormde om van zorgverzekering te veranderen: of om over te stappen van zorgverzekeraar, of om de aanvullende verzekering aan te passen. Tabel 4.9 geeft hier inzicht in.

Tabel 4.9: Verandering van zorgverzekering

Antwoord	Totaal geboortezorg
Ja, ik heb mijn zorgverzekering aangepast	19%
Nee, ik heb mijn zorgverzekering niet aangepast	80%
Weet niet / geen antwoord	1%
Aantal respondenten	457

Bron: Motivaction

Voor bijna een vijfde van de respondenten vormde de zwangerschap de aanleiding om de zorgverzekering aan te passen.

5. Kwaliteit

In de vorige twee hoofdstukken is de marktstructuur en het marktgedrag beschreven. Marktstructuur en –gedrag zijn van invloed op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een markt.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in het publieke belang kwaliteit. Kwaliteit van zorg is een breed begrip. Dit hoofdstuk maakt onderscheid in de volgende twee aspecten:

- De daadwerkelijke kwaliteit van zorg: waarop de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt;
- De transparantie van zorg: de (kwaliteits)informatie op basis waarvan consumenten en zorgverzekeraars een keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder (waarop de NZa toezicht houdt).

5.1 Kwaliteit van zorg

De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg en 'meet' de kwaliteit niet. Wel volgt de NZa een aantal onderwerpen die de kwaliteit van zorg in de sector borgen, te weten:

- Kwaliteit registers en praktijkrichtlijnen
- Toezicht IGZ
- Oprichting CPZ
- Ontwikkeling en uitkomsten van kwaliteitsindicatoren

5.1.1 Kwaliteit registers en praktijkrichtlijnen

Verloskunde

De KNOV is begin 2006 gestart met het Kwaliteitsregister verloskundigen. Het Kwaliteitsregister stimuleert de deskundigheid van praktiserende verloskundigen in Nederland met als doel de kwaliteit van de zorgverlening door verloskundigen te bevorderen. Sinds eind 2008 staat gemiddeld 80% van alle praktiserende verloskundigen ingeschreven. Voorwaarden voor inschrijving zijn:

- de verloskundige heeft de opleiding met goed gevolg afgerond en heeft voldoende ervaring om zelfstandig te opereren;
- de verloskundige is ingeschreven in het BIG register;
- de verloskundige volgt de algemene normen van de beroepsgroep.

Vijf jaar na inschrijving wordt gecontroleerd of de verloskundige voldoende aan deskundigheidsbevordering heeft gedaan: minimaal 200 uur in vijf jaar tijd. Voor veel zorgverzekeraars is registratie in het Kwaliteitsregister een voorwaarde voor contractering. De bestaande praktijkaccreditatie is voor zorgverzekeraars ook een belangrijk toets- en verbeterinstrument.

Gynaecologie

De gynaecoloog beschikt over de kennis, vaardigheden en attitude zoals omschreven in de Nota Eindtermen Verloskunde en Gynaecologie, vastgesteld in mei 2003. Daarnaast beschikt de gynaecoloog over de competenties die zijn opgenomen in het Kaderbesluit door het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS), vastgesteld in 2004. De gynaecoloog is gehouden zijn/haar vak uit te oefenen binnen wettelijke kaders die daarop van toepassing zijn: Wet-BIG, Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

De praktiserende gynaecoloog moet, als zodanig, zijn ingeschreven in het register van erkende medische specialisten door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). Voor het specialisme verloskunde en gynaecologie geldt een regelmatige patiëntgebonden zorgverlening van minimaal 16 uur per week. Ook bij onderbreking(en) van de werkzaamheden, waarbij het gemiddelde over 5 jaar voldoende is, komt men in aanmerking voor herregistratie voor een periode van vijf jaar.

Kraamzorg

De Nederlandse Beroepsvereniging voor de Kraamzorg (NBvK) startte in 2009 een Kwaliteitsregister voor Kraamverzorgenden. In de kraamzorg ontbreekt het aan goede richtlijnen en protocollen en met deze registratie wil de beroepsvereniging de kwaliteit van zorg waarborgen. Het Kwaliteitsregister levert informatie over de kwaliteit die een individueel uitvoerend zorgverlener in de kraamzorg levert. Kraamvrouwen, zorgverzekeraars en verloskundigen krijgen daarmee meer zekerheid dat kennis en vaardigheden van de kraamverzorgende voldoende zijn om kwaliteit te leveren. Voorwaarden voor inschrijving zijn:

- beschikken over een erkend diploma om in de kraamzorg te kunnen werken (kraamverzorgende diploma, verpleegkundige A of HBO-V);
- in een jaar tijd minimaal 250 uur werkzaam in de kraamzorg.

Voor kraamzorgaanbieders is het sinds 2010 verplicht om kwaliteitsgegevens te registreren. De Kwaliteitswet Zorginstellingen schrijft voor dat kraamzorgaanbieders zich in 2011 moeten verantwoorden over de geleverde kwaliteit van zorg over verslagjaar 2010. Zelfstandige kraamverzorgenden zijn (nog) niet wettelijk verplicht gegevens aan te leveren.

Naast het bovenstaande is het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ) een centraal gezaghebbend centrum voor de ontwikkeling, borging en verspreiding van kennis op het gebied van kraamzorg. Het KCKZ gaat de ontwikkeling en implementatie van belangrijke inhoudelijke verbeteringen aanjagen en structureren.

Praktijkrichtlijnen

Zorgaanbieders stellen richtlijnen op waaraan men als beroepsgroep moet voldoen. Deze richtlijnen borgen dat er kwalitatief goede zorg wordt geleverd. In tabel 5.1 worden per categorie geboortezorgaanbieder het aantal richtlijnen genoemd.

Tabel 5.1. Aantal praktijkrichtlijnen naar deelmarkt

Deelmarkt	Categorie	2012
Eerstelijns verloskundige zorg	Verloskundige Indicatie Lijst (VIL)	1
	KNOV-standaard	5
	KNOV-standpunt	5
	In samenwerking met andere partijen	13
	Preventieprogramma's	2
	Werkafspraken in de keten	4
Tweedelijns verloskundige zorg	Perinatologie	50
Kraamzorg	Landelijk Indicatie Protocol (LIP)	1

Bron: Websites KNOV en NVOG

5.1.2 Toezicht IGZ

De IGZ houdt in Nederland toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg door zorginstellingen, individuele beroepsbeoefenaren en fabrikanten van genees- en hulpmiddelen op basis van de Gezondheidswet. In totaal houdt de IGZ toezicht op circa 25 wetten. De IGZ grijpt in wanneer een zorgaanbieder niet voldoet aan de wettelijke eisen van de kwaliteitwet. Enkele maatregelen die de IGZ kan opleggen zijn het opleggen van een bestuurlijke boete of het instellen van verscherpt toezicht, bevel of aanwijzing. De keuze voor een maatregel hangt af van de mate van risico's voor verantwoorde zorg.

In deze paragraaf volgt een korte beschrijving van de onderzoeken op het gebied van toezicht op de geboortezorg.

In 2008 heeft de toenmalig minister van VWS de IGZ gevraagd nader onderzoek te verrichten naar de kwaliteit van de verloskundige zorgverlening in ziekenhuizen in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren). De IGZ startte hierop een onderzoek naar de vraag of de patiëntveiligheid in de ziekenhuizen overdag verschilt van de patiëntveiligheid in de ANW-uren. In september 2011 werd het onderzoeksrapport gepubliceerd.⁴² De belangrijkste conclusie was dat er geen causaal verband kon worden aangetoond tussen sterftcijfers en tekortkomingen in de zorgverlening. Wel zag de IGZ aan de kant van de ziekenhuizen grote verschillen in uitkomsten.

Vervolgens is de IGZ in 2011 een ketenbreed themaonderzoek gestart naar de geboortezorg. Dit onderzoek loopt tot eind 2013. Het uitgangspunt van dit themaonderzoek is het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, waarbij de focus ligt op de normen betreffende samenwerking, transparantie en acute zorg. Het onderzoek bestaat uit meerdere deelonderzoeken. Het doel van het project is het terugdringen van de risico's binnen de geboortezorg. In 2012 onderneemt de IGZ een deelonderzoek naar samenwerking en overdracht binnen het netwerk van geboortezorg.⁴³

De volgende geboortezorgaanbieders stonden in 2011 of staan in 2012 onder verscherpt toezicht:

- Ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum: op 27 mei 2011 heeft de IGZ het ziekenhuis op verscherpt toezicht geplaatst, omdat meerdere afdelingen niet voldeden aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg (de afdeling verloskunde voldeed hier wel aan). Dit, in combinatie met (financiële) overwegingen volgend uit een scenario-onderzoek van KPMG-Plexus, was voor het ziekenhuis de aanleiding om op 17 november 2011 het besluit te nemen om in de nabije toekomst te stoppen met de 24/7 OK-zorg. Het besluit om te stoppen met deze acute zorgfunctie had tot gevolg dat ook de klinische verloskunde op termijn beëindigd zou moeten worden. Inmiddels zijn afspraken gemaakt over een verantwoorde afbouw (tot mei 2013) van de klinische verloskunde in De Sionsberg. Het verscherpt toezicht liep af op 27 november 2011;
- Admiraal De Ruyter Ziekenhuis in Goes: de IGZ houdt vanaf mei 2012 speciaal toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de acute verloskunde.⁴⁴

⁴² Rapport 'Risico's ziekenhuiszorg in avond, nacht en weekend moeten beter afgedekt'

⁴³ Bron: Website IGZ (Geboortezorg, onderzoeken in 2012)

⁴⁴ Brief Kamervragen van 21 mei 2012.

5.1.3 Oprichting College Perinatale Zorg

Het College Perinatale Zorg (CPZ) is op 1 september 2011 van start gegaan met een opdracht van de minister om de vermijdbare maternale en perinatale sterfte in Nederland te verminderen.

Het CPZ bestaat uit vertegenwoordigers van zwangeren, beroepsorganisaties, ziekenhuizen, kraamzorginstellingen en zorgverzekeraars. Het CPZ gaat de komende jaren met de volgende strategische doelstellingen aan de slag:

- Ontwikkelen en stimuleren van één geïntegreerd netwerk geboortezorg;
- Regionale invulling geven aan ketens; aansluiting en uitbreiding van bestaande samenwerkingsverbanden, ontwikkeling van een blauwdruk voor best practice binnen de geïntegreerde keten;
- Gebruik maken en bevorderen van moderne communicatiemiddelen;
- Goede regie voeren met als gezamenlijk doel: einde vrijblijvendheid;
- Halveren vermijdbare maternale en perinatale sterfte in vijf jaar;
- Mede-ontwikkelen van een evenwichtige onderzoek agenda voor geboortezorg;
- Vertaling van resultaten uit de landelijke perinatale audit, de perinatale registratie en relevant wetenschappelijk onderzoek in landelijk beleid en richtlijnen;
- Ontwikkeling van eenduidige voorlichting voor alle zwangeren, partners en vrouwen met een kinderwens.

5.1.4 Ontwikkeling en uitkomsten van kwaliteitsindicatoren in de geboortezorg

5.1.4.1 Perinatale Registratie Nederland

De PRN is een landelijke organisatie waarin vier beroepsverenigingen (KNOV, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NvK)) samenwerken aan een goede registratie van zorg rondom de geboorte. Het doel van de perinatale registratie is de kwaliteit van de zorg te verbeteren, door bij de dataverzameling het gehele proces door de verschillende disciplines heen te volgen en hierover te publiceren. Er zijn meerdere organisaties die gebruik maken van deze landelijke registratie.

In tabel 5.3 is de perinatale- en zuigelingensterfte over de jaren 2006-2011 weergegeven. Het CBS heeft deze gegevens met behulp van de PRN-registratie samengesteld.

Tabel 5.3. Perinatale- en zuigelingensterfte

Onderwerp		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Perinatale sterfte 24+ ⁴⁵	Aantal	1.325	1.218	1.164	1.054	1.028	996
	Relatief percentage ⁴⁶	7,1	6,7	6,3	5,7	5,7	5,5
Perinatale sterfte 28+ ⁴⁷	Aantal	1.111	1.045	998	905	870	862
	Relatief percentage ⁴⁸	6,0	5,7	5,4	4,9	4,8	4,8
Zuigelingensterfte ⁴⁹	Totaal	820	736	698	711	695	654
	Per 1.000 levendgeborenen ⁵⁰	4,4	4,1	3,8	3,8	3,8	3,6

Bron: CBS Statline

5.1.4.2 Perinatale audit

De stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) is een ander initiatief van de beroepsverenigingen KNOV, LHV, NVOG, NvK en de NVVP. De stichting PAN streeft ernaar de gezondheid van moeder en kind te verbeteren door audit van de perinatale zorg. De perinatale audit is een instrument om de kwaliteit van de zorgverlening rondom geboortezorg te verbeteren. Tijdens een perinatale audit analyseren zorgverleners op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg voorafgegaan aan de perinatale sterfte.

De stichting ondersteunt zorgverleners bij de voorbereiding en uitvoering van perinatale audit, die zich in eerste instantie richt op perinatale sterfte (sterfte rond de geboorte).

Ook doet de stichting PAN aanbevelingen voor verbeteringen op het gebied van richtlijnontwikkeling, aanvullende scholing, pathologisch onderzoek en registratie en verslaglegging. Op 25 november 2011 heeft de stichting PAN een rapport aan het ministerie van VWS aangeboden.⁵¹ Belangrijkste conclusies zijn:

- De sterfte van voldragen baby's is sinds 2001 met 39% gedaald. De totale perinatale sterfte (inclusief de foetale sterfte na 22 weken) is met 23% verminderd;
- 97% van de verloskundige samenwerkingsverbanden participeert in een audit. Inmiddels is dit percentage tot 100% gestegen.⁵²

De stichting ziet verbetermogelijkheden in de aansturing, ondersteuning en begeleiding van de audit.

Voor een belangrijk deel kunnen deze aanbevelingen als input dienen voor het CPZ om verder te worden uitgewerkt om vervolgens landelijk te kunnen worden uitgedragen.

⁴⁵ Doodgeborenen plus overleden baby's binnen een week na de geboorte.

Doodgeborene is een kind dat na een zwangerschapsduur van ten minste 24 weken ter wereld is gekomen en na de geboorte geen enkel teken van leven heeft vertoond.

⁴⁶ Perinatale sterfte per duizend levendgeborenen plus doodgeborenen na een zwangerschapsduur van ten minste 24 weken.

⁴⁷ Doodgeborenen plus overleden baby's binnen een week na de geboorte.

Doodgeborene is een kind dat na een zwangerschapsduur van ten minste 28 weken ter wereld is gekomen en na de geboorte geen enkel teken van leven heeft vertoond.

⁴⁸ Perinatale sterfte per duizend levendgeborenen plus doodgeborenen na een zwangerschapsduur van ten minste 28 weken.

⁴⁹ Levendgeborenen die vóór de eerste verjaardag zijn overleden.

⁵⁰ Kind dat na geboorte enig teken van leven heeft vertoond, ongeacht de zwangerschapsduur.

⁵¹ Rapport PAN: 'Perinatale audit: eerste verkenningen', november 2011

⁵² Kamerbrief rapportage PAN, 14 december 2011.

5.1.4.3 Zichtbare Zorg

In 2007 is door de IGZ in opdracht van VWS het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) opgericht met als doel de kwaliteit van zorg en de organisatie daarvan in beeld te brengen. Binnen ZiZo wordt voor verschillende sectoren één set kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en geïmplementeerd. De indicatoren die ZiZo hanteert, zijn tot stand gekomen in overleg met alle betrokken landelijke partijen, verenigd in een Stuurgroep. De volgende partijen maken gebruik van kwaliteitsinformatie:

- Cliënten en verwijzers; zij kunnen op basis van de kwaliteitsinformatie kiezen van welke zorgaanbieders zij gebruik willen maken;
- Zorgaanbieders; zij kunnen aantonen dat zij goede kwaliteit leveren, waar nodig kunnen zij verbeteren en intern kan gestuurd worden op gewenste resultaten. Tevens kunnen zij de informatie gebruiken bij het maken van samenwerkingsafspraken met andere zorgaanbieders;
- Zorgverzekeraars; zij kunnen beter beoordelen welke zorg bij welke zorgaanbieders zij inkopen;
- De IGZ; zij maakt bij haar toezicht gebruik van de kwaliteitsinformatie;
- Ministerie van VWS en andere partijen; zij kunnen gebruik maken van de landelijke cijfers voor hun beleidsontwikkeling.

De kwaliteitsinformatie wordt op drie niveaus ontwikkeld:

- Zorginhoudelijke (ZI) indicatoren: hierbij gaat het om veiligheid, effectiviteit, cliëntgerichtheid en doelmatigheid van de zorg;
- Etalage-indicatoren: hierbij gaat het om de organisatie van de zorg en de faciliteiten;
- Cliëntervaringsindicatoren: hierbij gaat het over hoe de patiënt de zorg ervaren heeft.

Met het rapport 'Raamwerk Kwaliteitsindicatoren' heeft ZiZo de kaders voor het meten van kwaliteit en de uitgangspunten voor de validiteit beschreven.⁵³

De geboortezorg kent binnen het programma ZiZo drie deelsectoren:

- Eerstelijns verloskundige zorg;
- Kraamzorg;
- Tweedelijns zorg rondom zwangerschap en bevalling.

ZiZo gaat per 1 januari 2013 op in het Kwaliteitsinstituut. Hierdoor zal een groot deel van de werkzaamheden van ZiZo stoppen. Zorgsectoren zijn vanaf 2013 zelf verantwoordelijk voor het ontwikkelen van indicatoren, het opzetten van een data-infrastructuur om de gegevens te verzamelen en het bewerken van de gegevens tot vergelijkbare kwaliteitsgegevens. Hieronder volgt een toelichting op de stand van zaken per sector.

Eerstelijns verloskundige zorg

Voor de eerstelijns verloskundige zorg werken de KNOV, ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), Consumentenbond (CB), IGZ, VWS, NBvK, VVAH, V&VN en ZN samen om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken.

Sinds 2010 worden de zorginhoudelijke indicatoren jaarlijks uitgevraagd onder zorgaanbieders in de eerstelijnsverloskundige zorg.

Het grootste gedeelte van de zorginhoudelijke indicatoren wordt direct uit de PRN-registratie gehaald, de overige indicatoren worden met behulp van een aanvullende web enquête uitgevraagd. De data van

⁵³ Zichtbare Zorg, rapport 'Raamwerk Kwaliteitsindicatoren'

verslagjaar 2010 zijn vanwege de betrouwbaarheid (nog) niet openbaar gemaakt. Het streven is om de data over verslagjaar 2011 wel openbaar te maken (naar verwachting begin 2013).

Tweedelijns zorg rondom zwangerschap en bevalling

Voor de tweedelijnszorg in ziekenhuizen en ZBC's is in 2011 de indicatoren set Zwangerschap en bevalling uitgevraagd. Een aantal ZI-indicatoren wordt ook vanuit de PRN-registratie gehaald. De data (verslagjaar 2011) is openbaar gemaakt, maar de kwaliteit van de data is nog onvoldoende.

Kraamzorg

In het project ZiZo kraamzorg werken sinds 2008 de volgende partijen samen om de kwaliteit van geleverde zorg inzichtelijk te maken: ActiZ, Sting, NBvK, SPOT, BTN, ZN, IGZ, KNOV, de CB en VWS.⁵⁴ In 2008 en 2009 is gewerkt aan de ontwikkeling van een landelijke indicatoren set.

Sinds 2010 worden de indicatoren jaarlijks uitgevraagd onder zorgaanbieders in de kraamzorg. De data over verslagjaar 2010 en 2011 zijn openbaar gemaakt. Voor verslagjaar 2012 is besloten dat alleen de zorginhoudelijke indicatoren worden uitgevraagd, de cliëntervaringsindicatoren zijn dit jaar niet verplicht. De verdere ontwikkeling van kraamzorgindicatoren wordt niet meer door ZiZo ondersteund. Hiervoor zijn de brancheverenigingen ActiZ en BTN verantwoordelijk. De uitvraag van verslagjaar 2012 zal eenmalig door het CIBG worden georganiseerd, voor verslagjaar 2013 ligt dit nog open.

In tabel 5.2 worden de uitkomsten van een aantal indicatoren in de kraamzorg gepresenteerd over de jaren 2010 en 2011.

Tabel 5.2. Gemiddelde waarden ZiZo-indicatoren in de kraamzorg

Indicator	Omschrijving	2010	2011
1	Percentage vrouwen waarbij het om het eerste kind gaat, waarbij de intake voor de 36e week in de vorm van een huisbezoek is gerealiseerd.	X	91,06
2	Percentage bevallingen waarbij de kraamverzorgende binnen een uur na oproep van de verloskundige aanwezig is.	95,84	96,96
6	Percentage verzorgingen uitgevoerd door maximaal 2 verzorgenden.	X	90,64
7A	Percentage cliënten dat minder zorg wil ontvangen dan met het LIP na de bevalling (laatste herindicatie) is geïndiceerd.	15,59	15,13
7B	Percentage cliënten dat aan het einde van het kraambed minder zorg heeft ontvangen dan met het LIP na de bevalling (laatste herindicatie) is geïndiceerd.	17,78	17,03

Bron: Databestand Zichtbare Zorg⁵⁵

5.2 Transparantie van zorg

Deze paragraaf beschrijft de transparantie van zorg vanuit het perspectief van de consument en vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar. Aspecten die hierbij aan bod komen zijn de transparantie van de keuze-informatie, transparantie van de prijsinformatie en transparantie van kwaliteitsinformatie.

⁵⁴ Zichtbare Zorg Kraamzorg – rapport 'Kwaliteitsindicatoren 2011'

⁵⁵ In de bijlage wordt een toelichting gegeven op de kwaliteit van de data.

5.2.1 Informatie voor consumenten

5.2.1.1 Transparantie van keuze-informatie

Motivaction heeft onderzoek gedaan naar het keuzeproces van vrouwen die in 2011 of 2012 zijn bevallen of op dit moment zwanger zijn (gezamenlijk hierna: respondenten).

Belangrijke vraag hierbij is hoe zij tot hun keuze voor een verloskundige, een gynaecoloog en/of een kraamverzorgende komen. In tabel 5.4 is per type zorgverlener aangegeven in hoeverre respondenten al dan niet een bewuste keuze voor een bepaalde aanbieder hebben gemaakt.

Tabel 5.4. Kiest de consument bewust voor een zorgverlener?

Keuzemogelijkheid	Verloskundige	Verloskundig actieve huisarts*	Verloskundige (ziekenhuis)	Gynaecoloog	Kraamverzorgende
Zelf gekozen	84%	3	15%	17%	79%
Geen bewuste keuze	11%	2	40%	42%	11%
Spoedgeval	1%	1	38%	36%	2%
Geen van deze/weet niet	3%	1	7%	6%	8%
Aantal respondenten	361	7	161	286	284

Bron: Motivaction

*Vanwege het lage aantal respondenten is het aantal antwoorden weergegeven in plaats van percentages.

Uit de tabel volgt dat respondenten met name een bewuste keuze maken waar het om de verlening van zorg door de verloskundige en de kraamverzorgende gaat. Bij verlening van zorg in het ziekenhuis werd vaak niet bewust voor een zorgverlener gekozen of was er sprake van spoed, waardoor de respondent wellicht niet in de gelegenheid was om een keuze te maken.

Tevens is onderzocht welke informatiebronnen de respondenten hebben gebruikt en welke overwegingen voor hen belangrijk waren bij het maken van hun keuze voor een zorgaanbieder. In tabel 5.5 zijn de vijf belangrijkste informatiebronnen weergegeven. Respondenten konden hierbij meerdere antwoorden geven. Uit de tabel volgt dat respondenten voor wat betreft de verlening van zorg door de verloskundige de keuze vooral door de eerdere ervaringen laten bepalen. Opvallend is dat voor wat betreft de verlening van zorg door de kraamverzorgende de keuze voor een relatief belangrijk aantal consumenten wordt bepaald door de informatie van de zorgverzekeraar. Vanwege het lage aantal respondenten dat te maken heeft gehad met een verloskundig actieve huisarts, is deze categorie uit de tabel weggelaten.

Tabel 5.5. Top 5 gebruikte informatiebronnen bij keuze voor zorgverlener

Informatiebron	Verloskundige	Verloskundige (ziekenhuis)	Gynaecoloog	Kraamverzorgende
Eerdere ervaring	35%	13%	18%	33%
Advies/ervaring uit omgeving	27%	6%	7%	24%
Informatie op het internet	24%	3%	3%	22%
Informatie bij de huisarts/specialist	15%	13%	12%	7%
Informatie van zorgverzekeraar	5%	0%	1%	23%
Aantal respondenten	361	161	286	284

Bron: Motivaction

In tabel 5.6 zijn per zorgverlener de drie belangrijkste overwegingen om voor een bepaalde zorgverlener te kiezen opgenomen. Vanwege het lage aantal respondenten dat te maken heeft gehad met een verloskundig actieve huisarts, is deze categorie in de tabel weggelaten.

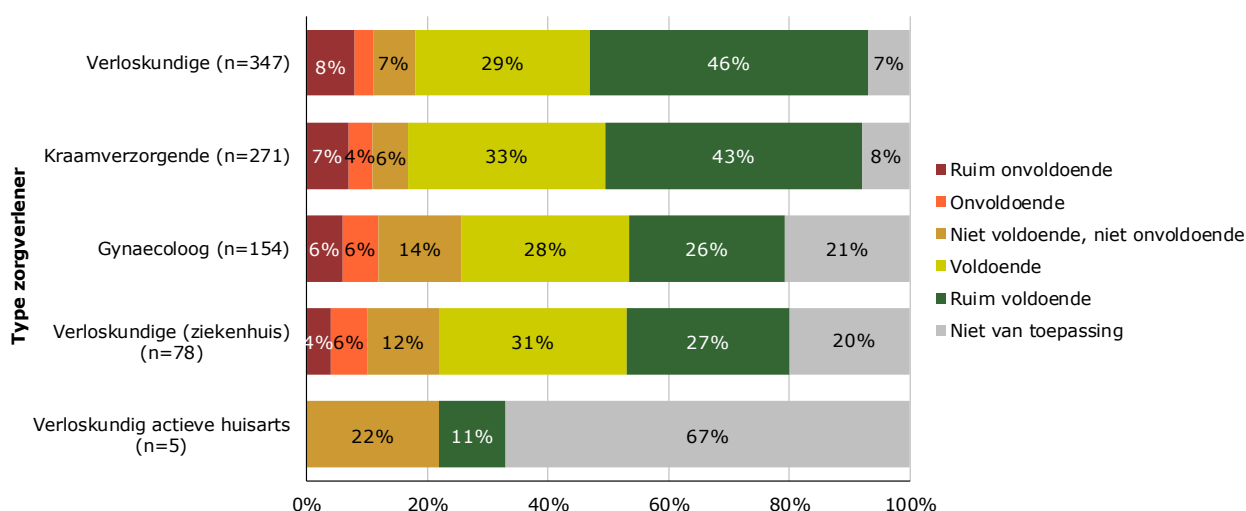
Tabel 5.6. Top 3 overwegingen bij keuze voor zorgverlener

Nummer	Verloskundige	Verloskundige (ziekenhuis)	Gynaecoloog	Kraamverzorgende
1	Locatie/licging	Locatie/licging	Aanwezigheid deskundigheid	Eerdere ervaring
2	Eerdere ervaring	Eerdere ervaring	Locatie/licging	Vergoeding kosten zorgverzekeraar
3	Aanwezigheid deskundigheid	Aanwezigheid deskundigheid	Eerdere ervaring	Goede service
Aantal respondenten	319	71	129	236

Bron: Motivaction

Naast de gebruikte informatie is ook gevraagd of de respondent vond dat zij over voldoende informatie beschikte om een weloverwogen keuze te kunnen maken.

Figuur 5.1. Beschikbaarheid keuze-informatie



Bron: Motivaction

Uit figuur 5.1 blijkt dat van de respondenten 29% voldoende en 46% ruim voldoende informatie tot haar beschikking had om een goede keuze voor een verloskundige te kunnen maken. Uit tabel 5.7 blijkt dat redelijk veel respondenten bij hun keuze voor een zorgverlener meerdere zorgverleners met elkaar vergelijken, vooral bij de keuze voor een verloskundige of een kraamverzorgende.

Tabel 5.7. Percentage respondenten dat zorgverleners heeft vergeleken*

Onderwerp	Verloskundige	Verloskundige (ziekenhuis)	Gynaecoloog	Kraamverzorgende
Percentage respondenten dat zorgverleners heeft vergeleken	35%	12%	22%	41%
Aantal respondenten	233	78	154	271

Bron: Motivaction

* Het betreft antwoorden van respondenten die aangaven zelf te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder.

Toch geeft de meerderheid van de respondenten aan dat zij geen zorgaanbieders met elkaar vergeleken hebben. In tabel 5.8 is aangegeven wat voor respondenten de belangrijkste redenen zijn om bij hun keuze zorgaanbieders niet met elkaar te vergelijken.

Tabel 5.8. Redenen om zorgaanbieders niet te vergelijken*

Redenen	Verloskundige	Verloskundige (ziekenhuis)	Gynaecoloog	Kraamverzorgende
Geen behoefte aan/geen reden toe	59%	40%	39%	57%
Aangeraden door mensen in omgeving	20%	14%	7%	17%
Te veel gedoe	9%	2%	3%	12%
Ik werd doorverwezen	9%	32%	35%	9%
Ik wist niet waar ik op kon letten	4%	6%	5%	2%
Ik wist niet waar informatie te vinden was	2%	5%	6%	6%
Aantal respondenten	233	78	154	271

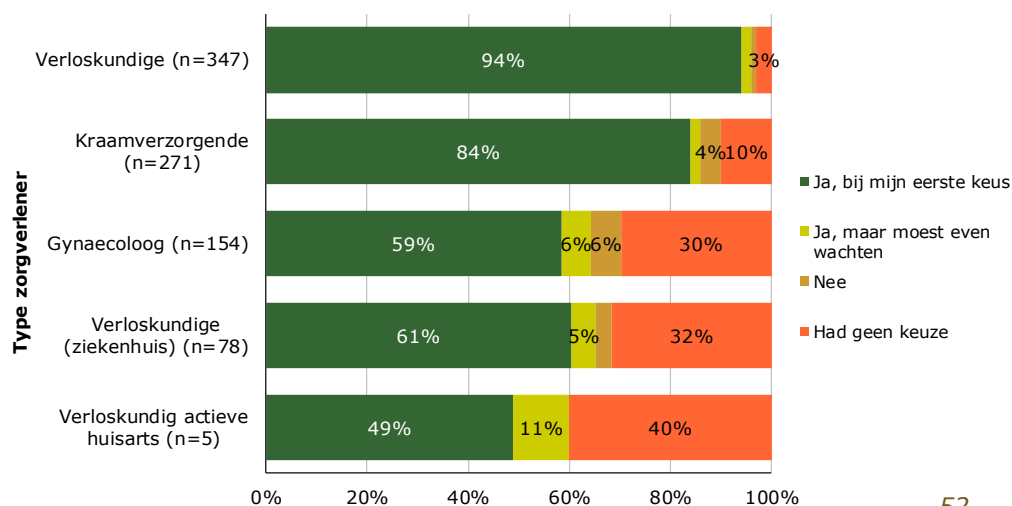
Bron: Motivaction

* Antwoorden van respondenten die aangaven zelf te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder.

Daarnaast werd door respondenten vaak genoemd dat er bij de keuze voor een verloskundige in het ziekenhuis (18%) en bij de gynaecoloog (15%) geen tijd was om zorgverleners met elkaar te vergelijken.

Ten slotte is gevraagd of respondenten uiteindelijk ook daadwerkelijk terecht konden bij de zorgverlener van hun keuze. Uit figuur 5.2 valt op te maken dat de respondenten vooral bij de verloskundige (94%) en kraamverzorgende (84%) van hun keuze terecht konden.

Figuur 5.2. Kon u terecht bij de zorgverlener van eerste keuze?



Bron: Motivaction

5.2.1.2 Transparantie van prijsinformatie

Bij de enquête onder zorgverzekeraars hebben acht zorgverzekeraars aangegeven op welke wijze zij consumenten informeren over de hoogte van de eigen betalingen. Tabel 5.9 geeft hier inzicht in.

Tabel 5.9. Aantal zorgverzekeraars per wijze van informeren van verzekerden over eigen betalingen (n=8)

Wijze van informeren	Eigen bijdrage	Eigen risico
Via website	8	8
In de polisvoorwaarden	8	8
In het prolongatiepakket	5	5
Via een brochure	1	1

Bron: NZa, enquête zorgverzekeraars

Alle acht zorgverzekeraars informeren hun verzekerden via de polisvoorwaarden en via de website over de hoogte van de eigen bijdrage en het eigen risico. Van de vijf zorgverzekeraars die hun verzekerden bij het prolongatiepakket informeren, geven twee zorgverzekeraars aan dat zij dit enkel doen indien er wijzigingen zijn opgetreden in de eigen bijdrage of het eigen risico.

5.2.2 Informatie voor zorgverzekeraars

In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre zorgverzekeraars voldoende inzicht hebben in (de kwaliteit van) de te leveren zorg door zorgaanbieders. Aan zorgverzekeraars is gevraagd naar de kwaliteitsafspraken die zij met zorgverleners hebben gemaakt. In tabel 5.10 is per kwaliteitseis opgenomen door hoeveel zorgverzekeraars deze is gesteld.

Tabel 5.10. Kwaliteitseisen contractering geboortezorg (n=8)

Kwaliteitseis	Verloskundige	Verloskundig actieve huisarts	Kraamverzorgende
Levering conform zorgstandaard	8	3	7
Verplichte bij- en nascholing	6	2	7
Certificering	5	1	6
Visitatiesysteem	1	2	1
Patiëntuitkomsten	0	2	2
Toegangstijd /wachtijden	3	2	3
Patiëntervaringsuitkomsten/tevredenheid	3	1	3
Service-criteria, zoals openingstijden	6	2	7
Protocollair handelen	7	2	6
Voorwaarden op het gebied van continuïteit van zorg	6	2	7
Minimum aantal contactmomenten per type zorgverlener	1	0	0
Anders	4	1	4

Bron: NZa (enquête zorgverzekeraars)

Uit bovenstaande tabel volgt dat alle acht zorgverzekeraars de eis hebben gesteld dat levering van zorg door verloskundigen conform de zorgstandaard dient te gebeuren. Andere kwaliteitseisen die door zorgverzekeraars werden genoemd, betroffen bijvoorbeeld

samenwerking (in een keten), deelname aan ZiZo of PRN en eisen ten aanzien van de arbeidsmarkt (bijvoorbeeld voor de inzet van stagiaires).

6. Toegankelijkheid

Dit hoofdstuk beschrijft de toegankelijkheid van de geboortezorg. Het begrip toegankelijkheid is onderverdeeld in fysieke en financiële toegankelijkheid. Wachttijden en reistijden zijn indicatoren waarmee de fysieke toegankelijkheid in beeld wordt gebracht. De ontwikkeling in eigen betalingen geeft een beeld van de financiële toegankelijkheid.

Motivaction heeft ook onderzoek gedaan naar patiëntervaringen met de toegankelijkheid van de geboortezorg.

6.1 Fysieke toegang tot de geboortezorg

De geboortezorg bij een gezonde vrouw start in de eerste lijn, tenzij de medische geschiedenis van de vrouw aanleiding geeft om de zwangerschapsbegeleiding direct in de tweede lijn te starten.⁵⁶ Als zich geen complicaties voordoen gedurende de zwangerschap blijft de vrouw binnen de eerste lijn.

Tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode wordt in geval van complicaties steeds een inschatting van het risicoprofiel van de vrouw gemaakt op basis van de VIL. Op grond hiervan bepaalt de verloskundige of doorverwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd (medisch noodzakelijk) is of niet.

6.1.1 Wachttijden

Voor de verloskundige zorg in de eerste lijn en de kraamzorg zijn er geen kwantitatieve gegevens over wachttijden bekend, bijvoorbeeld voor het maken van een afspraak. De NZa heeft hier ook geen signalen over ontvangen.

Voor tweedelijns verloskundige zorg geldt dat ziekenhuizen volgens de Nadere Regel verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg (MDS) van de NZa verplicht zijn om hun wachttijden iedere maand te verversen op hun website. In figuur 6.1 worden de wachttijden voor de polikliniek gynaecologie/ verloskunde weergegeven. Dit is de weergave van de situatie in mei 2012, maar dit beeld is redelijk constant. De wachttijd polikliniek is het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan (voor periode controle of regulier consult).

⁵⁶ Overigens blijft een verwijzing van de huisarts of verloskundige een voorwaarde voor toegang tot de medische specialistische zorg. De zorg start echter in de tweede lijn.

Figuur 6.1: Wachttijden polikliniek gynaecologie / verloskunde



Bron: MediQuest, 2012; vormgeving www.zorgatlas.nl, 2012

6.1.2 Reistijden

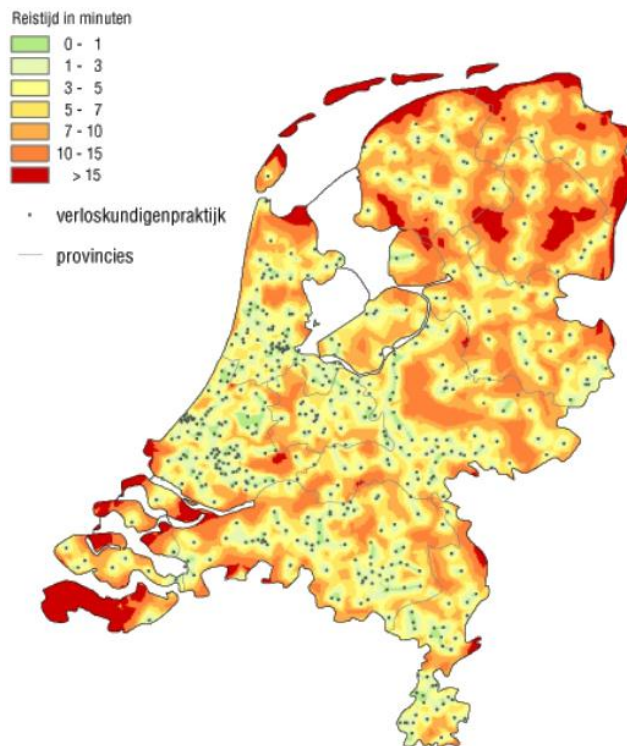
De reistijd van de zorgvrager tot de zorgaanbieder is een indicator in hoeverre er voldoende aanbod van geboortezorg is. Daarnaast is het ook een indicator voor de spreiding van het aanbod. In regio's met een relatief grote reistijd, is er minder keuze voor een zorgvrager. Aan de andere kant zijn deze regio's juist interessant voor toetreders.

6.1.2.1 Eerstelijns verloskundige zorg

De bereikbaarheid van de verloskundigenpraktijk levert voor het grootste deel van de Nederlandse bevolking geen problemen op. In 2010 moet 7,1% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd (van 15 t/m 39 jaar) langer dan 10 minuten reizen naar een eerstelijnsverloskundige praktijk. In 2008 was dit nog 7,4%.

In figuur 6.2 is te zien dat de bereikbaarheid van eerstelijns verloskundigen in de noordelijke provincies en Zeeland minder goed is dan in de Randstad. Binnen niet-stedelijke gemeenten zijn er voor de eerstelijns verloskundigen, door de geringe bevolkingsdichtheid en de gemiddeld oudere bevolking, minder potentiële zorgvragers.

Figuur 6.2. Reistijd in minuten naar dichtstbijzijnde eerstelijnsverloskundigenpraktijk



Bron: NIVEL & AND; databewerking RIVM, 2010

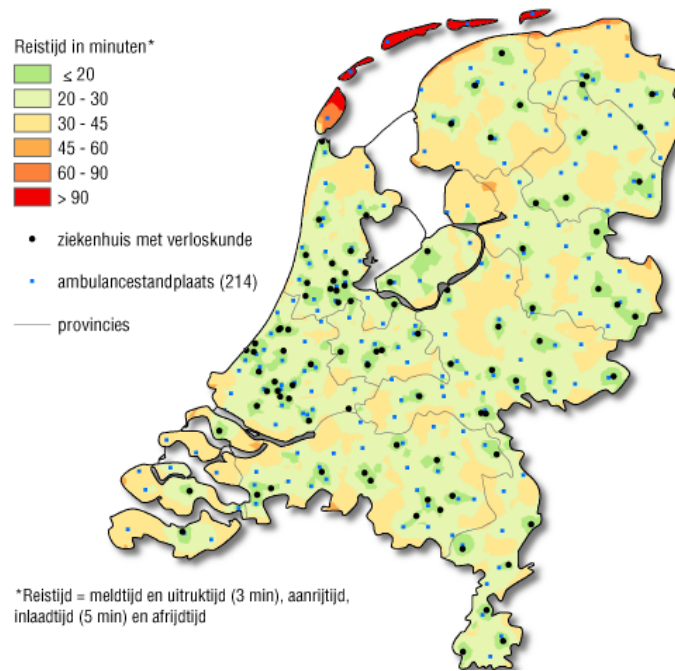
6.1.2.2 Tweedelijns verloskundige zorg

Geboortezorg maakt onderdeel uit van de acute zorg. Ongeacht de vraag, moeten 24 uur per dag gynaecologen, verloskundigen, kinderartsen, verpleegkundigen en ander ziekenhuispersoneel paraat staan. In 2011 waren er 92 locaties met een afdeling verloskunde die 24 uur per dag open is.

In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is vastgelegd dat spoedeisende hulp binnen 45 minuten bereikbaar moet zijn. In de wet is vastgelegd dat iedere Nederlander binnen 45 minuten na melding van een spoedeisende hulpvraag per ambulance naar een afdeling verloskunde is vervoerd. In Nederland kan dat voor 99,7% van de inwoners. Voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd (van 15 t/m 45 jaar) geldt dat 99,7 binnen 45 minuten naar een afdeling verloskunde kan worden vervoerd.

Figuur 6.3 toont de reistijd overdag naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een afdeling verloskunde. Hierbij wordt uitgegaan van 92 locaties met een afdeling verloskunde en 214 ambulancestandplaatsen.

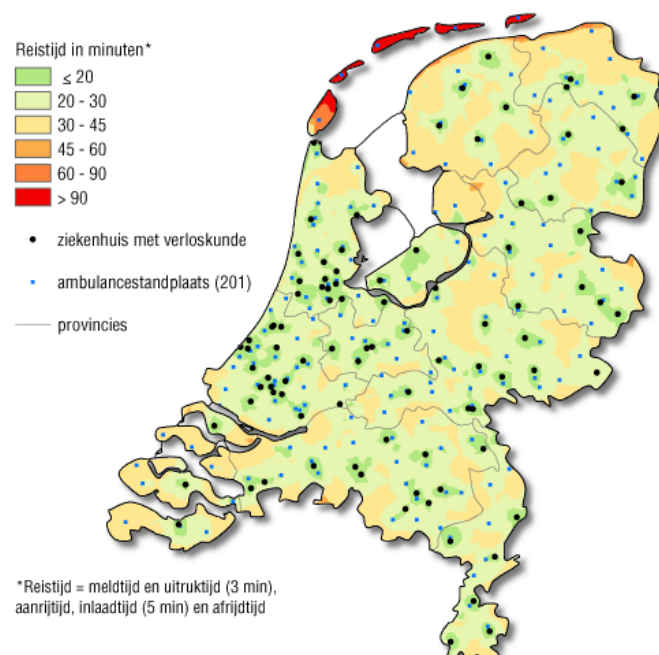
Figuur 6.3. Reistijd met ambulance overdag naar dichtstbijzijnde ziekenhuis met verloskunde



Bron: KNOV, NVOG, PAN; databewerking RIVM, 2011

In de oranje en rode gebieden liggen de reistijden boven de 45 minuten. Overdag kunnen circa 8.310 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (van 15 t/m 45 jaar) niet binnen 45 minuten per ambulance een afdeling verloskunde bereiken (0,3%). Het gaat voornamelijk om de Waddeneilanden.

Figuur 6.4. Reistijd met ambulance 's nachts naar dichtstbijzijnde ziekenhuis met verloskunde

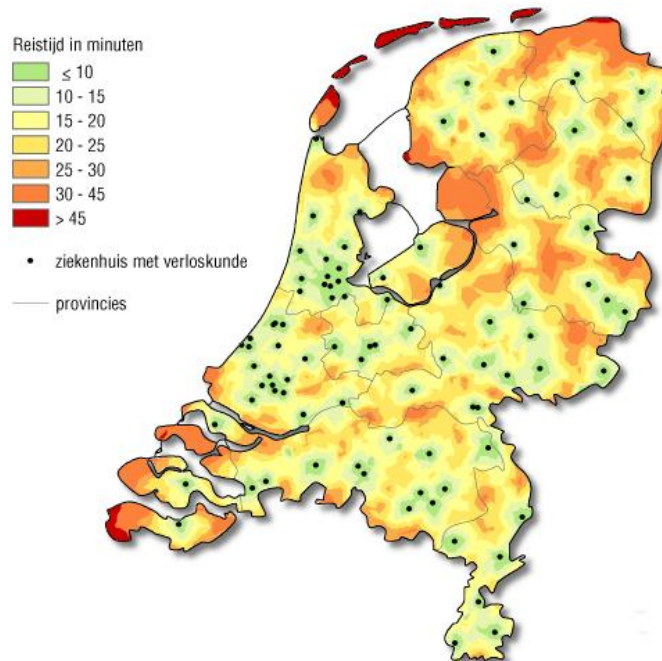


Bron: KNOV, NVOG, PAN; databewerking RIVM, 2011

De reistijden zijn ook voor 's nachts berekend, als er minder standplaatsen (201) operationeel zijn.

's Nachts kunnen circa 7.160 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (van 15 t/m 45 jaar) niet binnen 45 minuten per ambulance een afdeling verloskunde bereiken (0,3%). Het verschil met de dag situatie wordt verklaard door verschillen in rijtijden van de ambulances.

Figuur 6.5. Reistijd auto 's nachts dichtstbijzijnde ziekenhuis met verloskunde



Bron: KNOV, NVOG, PAN; databewerking RIVM, 2011

Met eigen vervoer kan 97,9% van de Nederlandse vrouwen in de vruchtbare leeftijd (van 15 tot 45 jaar) een verloskunde afdeling binnen 30 minuten bereiken; 2,1% (66.715 vrouwen) is meer dan 30 minuten rijden verwijderd van een afdeling verloskunde. Het gaat met name om de Waddeneilanden, Zeeuws-Vlaanderen, Schouwen-Duivenland, Noordoostpolder en enkele delen van Friesland en Noord-Groningen.

6.1.3 Fysieke toegankelijkheid vanuit patiënten

6.1.3.1 Wachttijden bij het maken van afspraken

Verloskundige en gynaecoloog

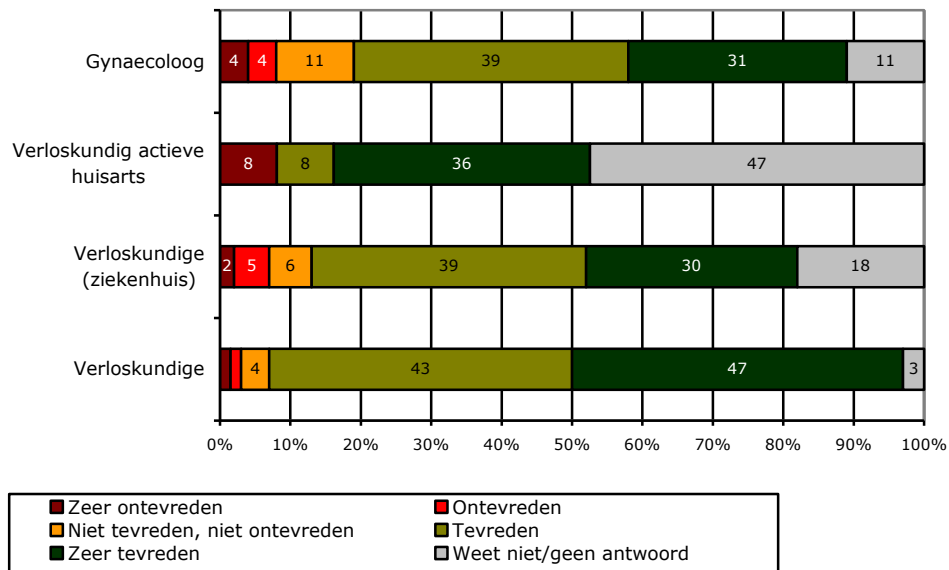
Motivaction heeft ook onderzoek gedaan naar de wachttijden voor de verloskundige, de verloskundige in het ziekenhuis, de verloskundig actieve huisarts en de gynaecoloog. Hierbij is aan het consumentenpanel gevraagd welke wachttijd de respondent acceptabel vond en is gevraagd naar de daadwerkelijk wachttijd.

Bij de periodieke controles en reguliere consulten geeft 35% tot 45% van de respondenten aan dat zij bij voorkeur meteen na een consult een nieuwe afspraak maken. Meestal blijkt dit in de praktijk ook daadwerkelijk te gebeuren, enkel bij gynaecologen ligt dit percentage lager dan de wens (35%): in 30% van de gevallen kon daadwerkelijk meteen een nieuwe afspraak worden ingepland.

Uitzondering vormt de groep respondenten die zorg ontvangen van een verloskundig actieve huisarts: zij maken niet meteen na een consult een nieuwe afspraak en geven aan daar ook geen behoefte aan te hebben.

In gevallen dat er niet meteen een nieuw regulier consult wordt ingepland, blijkt dat respondenten bij het maken van een afspraak vaak sneller geholpen worden dan dat zij bereid zouden zijn geweest om te wachten. Dit geldt voor alle type zorgaanbieders. Het merendeel van de respondenten is dan ook tevreden tot zeer tevreden over de wachttijd voor het maken van een afspraak voor een periodieke controle of regulier consult. In figuur 6.6 zijn de resultaten per type zorgverlener weergegeven.

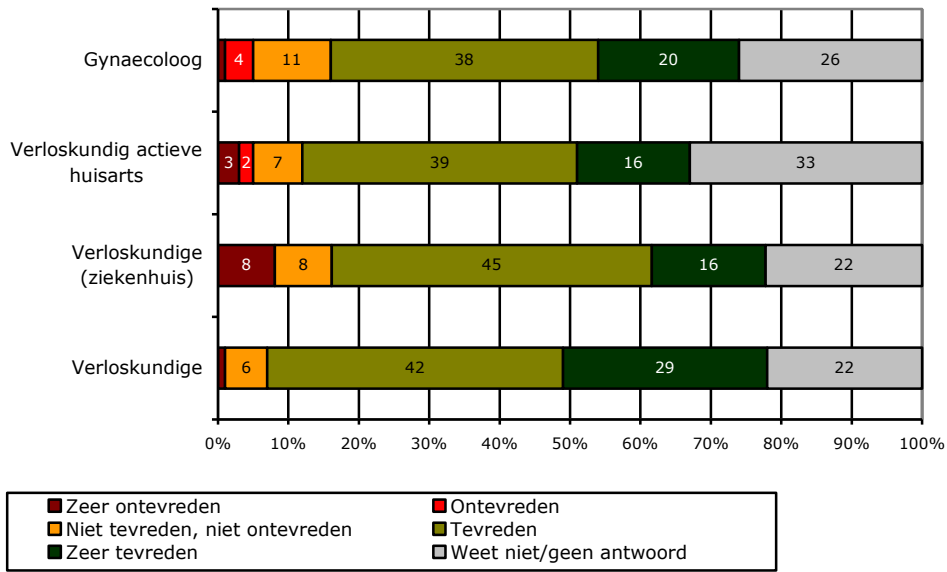
Figuur 6.6. Tevredenheid over wachttijd voor periodieke controle of regulier consult



Bron: Motivaction

In figuur 6.7 is de tevredenheid over de wachttijd voor overige niet-spoedeisende afspraken weergegeven. Het gaat hier om incidentele afspraken die niet onder de periodieke controle of het regulier consult vallen, en die derhalve ad hoc worden ingepland (hierbij wordt dus niet na een consult meteen een nieuwe afspraak ingepland). Uit dit figuur blijkt dat het merendeel van de respondenten ook tevreden tot zeer tevreden is over de wachttijd voor het maken van een afspraak voor overige niet-spoedeisende afspraken.

Figuur 6.7. Tevredenheid over wachttijd voor overige (niet-spoedeisende) zaken

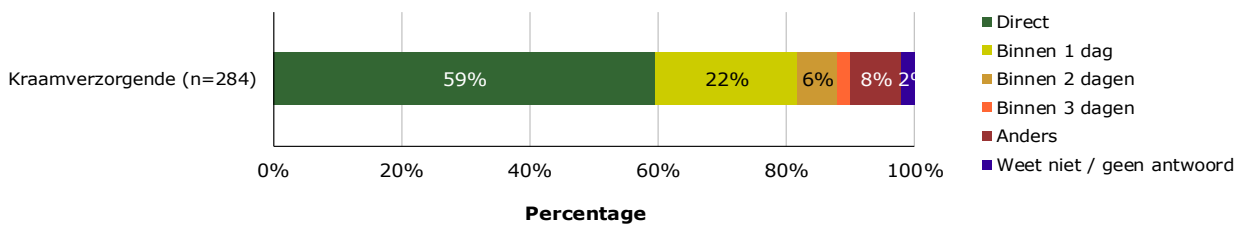


Bron: Motivaction

Kraamzorg

Met betrekking tot de door consumenten ervaren toegankelijkheid van kraamzorg, is onderzoek gedaan naar de werkelijke wachttijd vanaf de bevalling tot de start van kraamhulp (zie figuur 6.8). Indien de respondent in een ziekenhuis of geboortecentrum was bevallen, is gevraagd naar de start van de kraamhulp na thuiskomst.

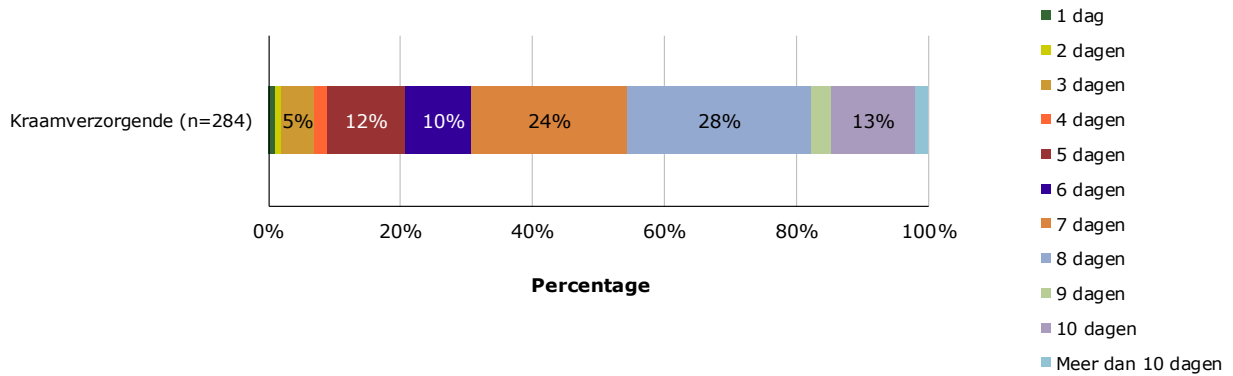
Figuur 6.8. Werkelijke wachttijd tot start kraamhulp



Bron: Motivaction

Uit bovenstaande figuur volgt dat 59% van de respondenten direct (na thuiskomst van) de bevalling kraamzorg ontving. Tevens is gevraagd hoeveel dagen kraamzorg de respondent heeft ontvangen (zie figuur 6.9).

Figuur 6.9: Aantal dagen ontvangen kraamhulp



Bron: Motivaction

Gemiddeld ontvingen respondenten zeven dagen kraamzorg. Ten slotte is gevraagd of respondenten minder kraamzorg hebben ontvangen, dan waar zij volgens de zorgverzekering recht op hadden en zo ja, wat daar de reden van was. In tabel 6.1 zijn de percentages respondenten opgenomen die op deze vraag 'ja', 'nee' of 'weet niet' hebben geantwoord.

Tabel 6.1: Percentage respondenten dat minder kraamzorg ontving dan waar zij (vanuit de beleving van de respondent) recht op hadden

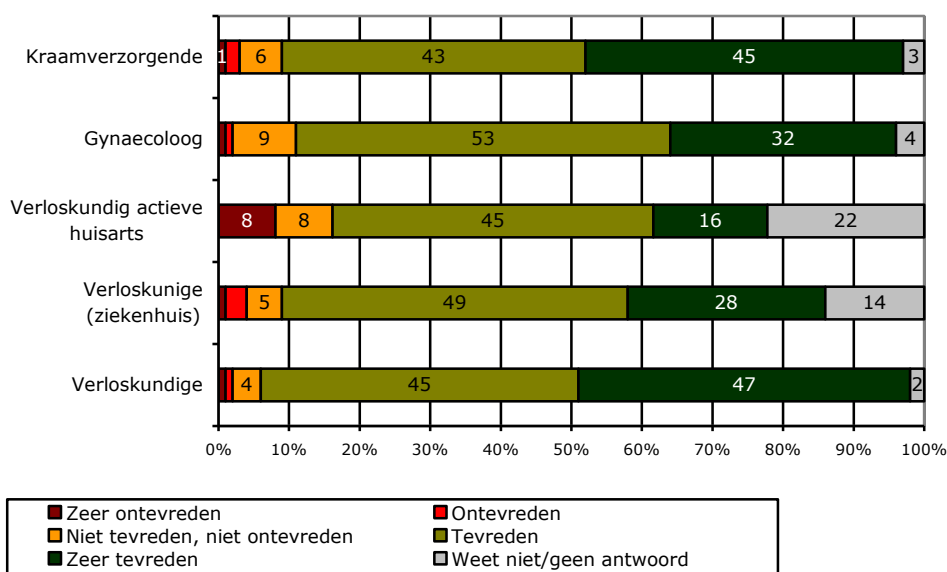
Antwoord	Kraamverzorgende
Ja	17%
Nee	80%
Weet niet	3%
Aantal respondenten	284

Bron: Motivaction

Van de vijftig respondenten die aangaven dat zij minder uren kraamzorg kregen dan waar zij recht op hadden, gaf het merendeel aan dat zij minder uren kregen omdat zij na de bevalling een aantal dagen in het ziekenhuis verbleven (30 respondenten). Deze dagen gaan dan af van het aantal geïndiceerde kraamzorguren. Hier hadden deze respondenten vanuit het basispakket ook geen recht meer op. Veertien van de vijftig respondenten hadden geen behoefte aan het volledige aantal kraamzorgdagen. Eén respondent had juist liever méér kraamzorg ontvangen dan waar zij recht op had. Vier respondenten gaven aan dat de kraamzorgorganisatie te weinig capaciteit had om voldoende uren te leveren en één respondent gaf aan dat de kraamzorg 'sjoemelde met de uren'.

Nakomen afspraken

Motivaction heeft ook onderzoek gedaan naar de tevredenheid van patiënten over hun geboortezorgaanbieder. Figuur 6.10 geeft hierin inzicht. Uit de figuur blijkt dat het merendeel van de respondenten tevreden tot zeer tevreden waren over het nakomen van afspraken door hun zorgverlener.

Figuur 6.10. Tevredenheid over het nakomen van gemaakte afspraken met de zorgverlener

Bron: Motivaction

Wachttijdbemiddeling

In tabel 6.2 zijn de percentages respondenten opgenomen die op de vraag of zij gebruik hebben gemaakt van wachttijdbemiddeling 'ja', 'nee' of 'wist niet dat dit mogelijk is' hebben geantwoord. Uit de tabel blijkt dat het merendeel van de respondenten geen gebruik maakt van wachttijdbemiddeling door de zorgverzekeraar, ongeveer een vijfde van de respondenten wist niet dat dit mogelijk was.

Tabel 6.2. Wachttijdbemiddeling door zorgverzekeraar

Antwoord	Verloskundige	Verloskundige (ziekenhuis)	Verloskundig actieve huisarts*	Gynaecoloog	Kraamverzorgende
Ja	1%	8%	1	5%	2%
Nee	80%	70%	4	73%	75%
Wist niet dat dit mogelijk is	19%	22%	1	22%	22%
Aantal respondenten	356	99	6	184	279

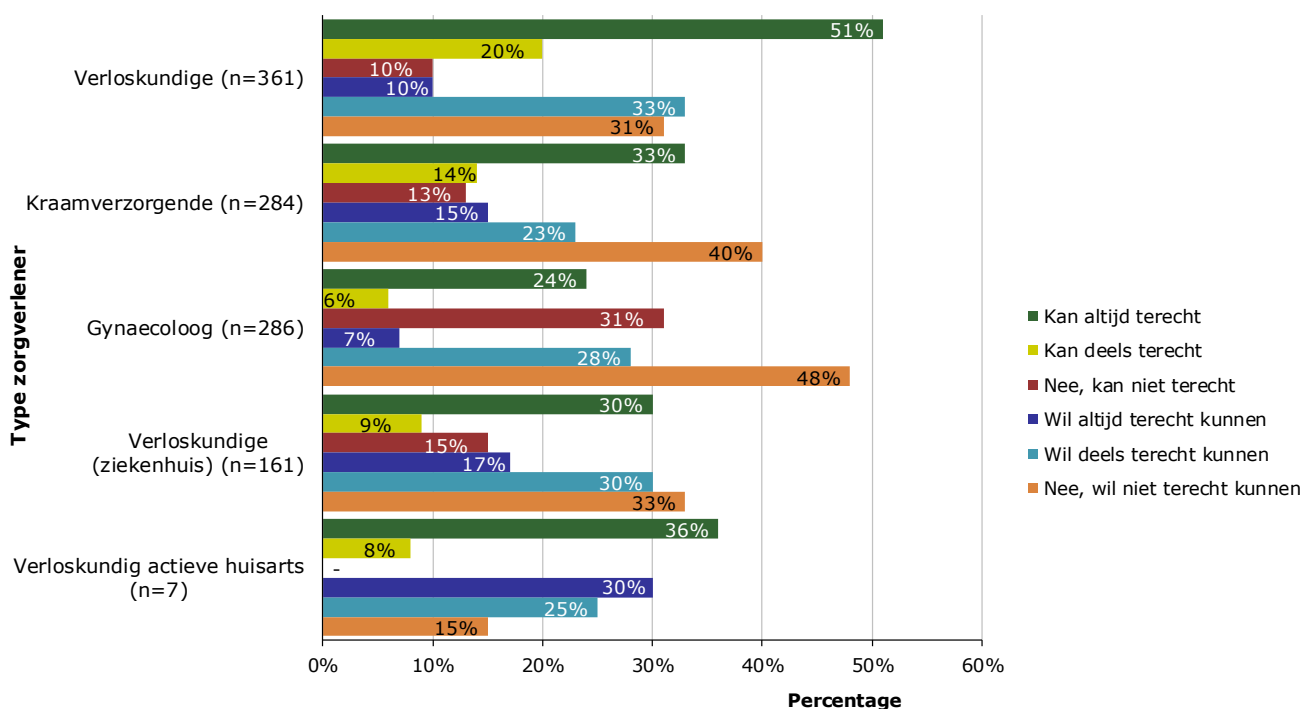
Bron: Motivaction

*Deze vraag is voorgelegd aan respondenten waarbij het geen spoedgeval betreft. Vanwege de lage n is het aantal antwoorden weergegeven in plaats van percentages.

6.1.3.2 Toegankelijkheid van zorg in de avonduren

Binnen het Motivaction-consumentenpanel is de mogelijkheid en de wens om buiten kantooruren bij de zorgverlener terecht te kunnen voor niet-spoedeisende gevallen onderzocht. In figuur 6.11 is weergegeven of respondenten altijd, soms (bijvoorbeeld alleen op dinsdagavond) of nooit in de avonduren bij hun zorgverlener terecht konden voor een niet-spoedeisende afspraak en hoeveel van de respondenten de behoefte heeft om buiten kantooruren terecht te kunnen.

Figuur 6.11a en b. Mogelijkheid en wens om buiten kantoortijden bij de zorgverlener terecht te kunnen voor niet-spoedeisende gevallen



Bron: Motivaction

Uit het figuur blijkt dat cliënten bij veel zorgverleners ook buiten kantoortijden terecht kunnen voor niet-spoedeisende zaken en dat dit zeker tegemoet komt aan de wensen van de cliënt.

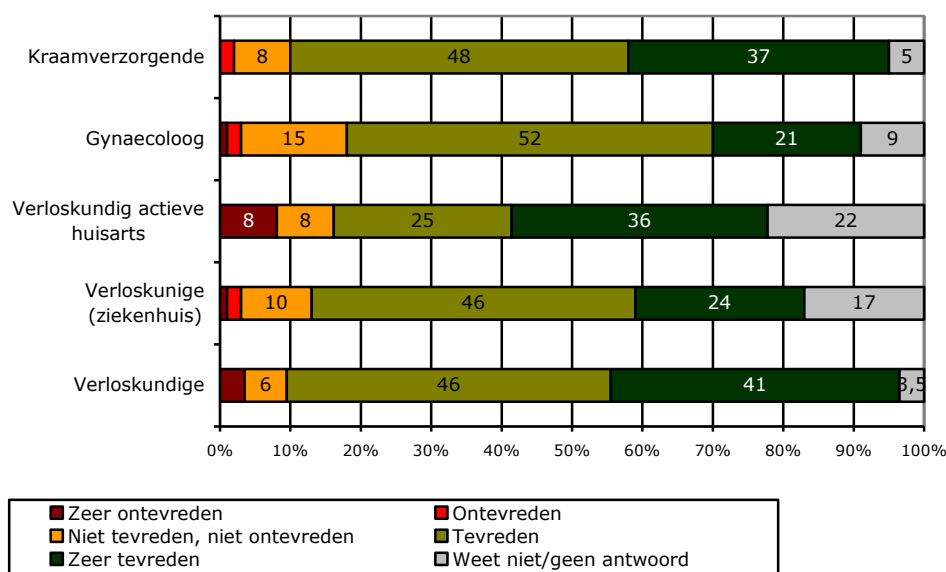
Aan de respondenten die soms of niet buiten kantoortijden terecht konden bij hun zorgverlener, is gevraagd of dan de mogelijkheid bestond om door te worden verwezen naar een vervangende zorgverlener in de buurt. Weinig respondenten wisten het antwoord op deze vraag (zie tabel 6.3).

Tabel 6.3. Doorverwijzing naar vervangende zorgverlener als respondenten niet buiten kantoortijden terecht kunnen

Antwoord	Verloskundige	Verloskundige (ziekenhuis)	Gynaecoloog	Kraamverzorgende
Ja	11%	17%	21%	20%
Nee	18%	8%	13%	10%
Weet niet	71%	75%	66%	70%
Aantal respondenten	102	98	199	150

Bron: Motivaction

Op de vraag of respondenten tevreden waren over de openingstijden van de zorgverlener, reageerde de meerderheid positief (zie figuur 6.12).

Figuur 6.12. Tevredenheid over de openingstijden van de zorgverlener

Bron: Motivaction

6.2 Financiële toegang tot de geboortezorg

6.2.1 Trends in eigen betalingen

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

Het wettelijk verplichte eigen risico voor zorg die onder de Zvw valt geldt niet voor verloskundige hulp geleverd door verloskundigen en huisartsen. Voor de kosten van andere zorg rondom de bevalling, zoals laboratoriumonderzoek of vervoer in verband met de bevalling, geldt wél een verplicht eigen risico. Verder geldt het wettelijk eigen risico voor medisch-specialistische zorg dus ook voor zorg verleend door gynaecologen. In tabel 6.4 is de ontwikkeling van het eigen risico sinds de invoering in 2008 weergegeven.⁵⁷

Tabel 6.4. Ontwikkeling in verplicht eigen risico voor medisch specialistische zorg (in euro's)

Tweedelijns verloskundige zorg	2008	2009	2010	2011	2012
Verplicht eigen risico	150	155	165	170	220

Bron: NZa

Naast het verplichte eigen risico moet voor bepaalde verloskundige zorg ook een eigen bijdrage betaald worden. Voor een eerstelijns bevalling thuis, een geïndiceerde poliklinische bevalling en een tweedelijns bevalling op medische indicatie geldt geen eigen bijdrage. Wanneer een zwangere er vrijwillig voor kiest om te bevallen in een geboortecentrum of in de polikliniek dan betaalt zij hiervoor een eigen

⁵⁷ Alle verzekerden hebben onder de Zorgverzekeringswet een verplicht eigen risico. Daarnaast kunnen verzekerden een vrijwillig eigen risico (tot een maximum van 500 euro) afsluiten, in ruil voor premiekorting.

bijdrage. In tabel 6.5 is de ontwikkeling van de eigen bijdragen sinds 2008 weergegeven.

Tabel 6.5. Ontwikkeling in eigen bijdragen voor eerstelijns verloskundige zorg (in euro's)

Plaats	2008	2009	2010	2011	2012
Bevalling in een geboortecentrum	286,00	294,00	297,43	302,50	316,87
Poliklinische bevalling	286,00	294,00	297,43	302,50	316,87

Bron: CVZ

Voor kraamzorg geldt ook dat de medische indicatie en de plaats van de bevalling de hoogte van de eigen bijdrage bepalen. Afhankelijk van waar de bevalling plaatsvindt betaalt de verzekerde een tarief per uur of per dag. Voor een bevalling in het ziekenhuis met een medische indicatie voor verblijf geldt geen eigen bijdrage voor de kraamzorg. Voor een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie voor verblijf en voor kraamzorg thuis, poliklinisch of in een geboortecentrum geldt wel een eigen bijdrage. In tabel 6.6 is de ontwikkeling van de eigen bijdragen sinds 2008 weergegeven.

Tabel 6.6. Ontwikkelingen in eigen bijdragen voor kraamzorg (in euro's)

Kraamzorg		2008	2009	2010	2011	2012
Bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie voor verblijf (moeder en kind betalen apart)	Begintarief (per dag)	14,50	15,00	15,50	15,50	16,00
	verschil tussen het dagtarief van het ziekenhuis en *	*104,50	*108,00	*110,50	*111,50	*112,50
Bevalling thuis, poliklinisch of in een geboortecentrum	Tarief per uur	3,70	3,80	3,90	3,90	4,00

Bron: CVZ

6.2.2 Financiële toegankelijkheid vanuit patiënten

6.2.2.1 Eigen bijdrage voor de plaats van de bevalling

Motivaction heeft haar consumentenpanel gevraagd naar de ervaringen van consumenten met de eigen bijdrage, de plaats van de bevalling en de invloed van de eigen bijdrage op de keuze voor de plaats van de bevalling. De vragen zijn voorgelegd aan respondenten die in 2011 of 2012 zijn bevallen. In tabel 6.7 is ten eerste de plaats van de bevalling opgenomen. Circa drie kwart van de respondenten beviel in het ziekenhuis (klinisch of poliklinisch), een vijfde beviel thuis. Eén procent beviel in een geboortecentrum.

Tabel 6.7. Plaats van bevalling

Plaats	Totaal geboortezorg
Ziekenhuis	76%
Thuis	20%
Geboortecentrum	1%
Anders	2%
Weet niet	1%
Aantal respondenten	323

Bron: Motivaction

Bevallingen zonder medische indicatie in een geboortecentrum of in een ziekenhuis worden vergoed vanuit de basisverzekering, maar omdat verblijf medisch niet noodzakelijk is, is een eigen bijdrage verschuldigd. De cliënt kan zich tegen deze kosten verzekeren via een aanvullende verzekering. In tabel 6.8 is opgenomen welk percentage van de respondenten een eigen bijdrage hebben betaald voor de plaats van de bevalling. Ruim tien procent van de respondenten heeft voor de plaats van de bevalling een eigen bijdrage betaald, bijna 80% hoefde dit niet.

Tabel 6.8. Eigen bijdrage voor plaats van bevalling

Antwoord	Totaal geboortezorg
Ja, ik heb een eigen bijdrage betaald	11%
Nee, ik heb geen eigen bijdrage betaald	79%
Weet niet	9%
Aantal respondenten	323

Bron: Motivaction

Aan respondenten is ook de vraag gesteld of de informatie over de eigen bijdrage voor de plaats van bevalling van tevoren helder was. Uit tabel 6.9 blijkt dat voor bijna 60% de informatie helder was, voor een vijfde van de respondenten was dit niet het geval.

Tabel 6.9. Informatie eigen bijdrage voor plaats van bevalling helder

Antwoord	Totaal geboortezorg
Ja	58%
Nee	21%
Weet niet	21%
Aantal respondenten	323

Bron: Motivaction

Ten slotte is respondenten gevraagd of de eigen bijdrage invloed had op de keuze van de plaats van de bevalling. Voor bijna 10% van de respondenten had het moeten betalen van een eigen bijdrage invloed op de keuze voor de plaats van de bevalling. 87% liet zich hier niet door beïnvloeden (zie tabel 6.10).

Tabel 6.10. Eigen bijdrage invloed op plaats van bevalling

Antwoord	Totaal geboortezorg
Ja	9%
Nee	87%
Weet niet	4%
Aantal respondenten	323

Bron: Motivaction

6.2.2.2 Eigen bijdrage voor kraamzorg

In tabel 6.11 is opgenomen welk percentage van de respondenten een eigen bijdrage hebben betaald voor kraamzorg. Meer dan de helft betaalde hier een eigen bijdrage voor.

Tabel 6.11. Eigen bijdrage voor kraamzorg

Antwoord	Totaal geboortezorg
Ja, ik heb een eigen bijdrage betaald	53%
Nee, ik heb geen eigen bijdrage betaald	41%
Weet niet	5%
Aantal respondenten	323

Bron: Motivaction

Uit tabel 6.12 blijkt dat voor het grootste deel van de respondenten de informatie over de eigen bijdrage voor kraamzorg van tevoren helder was.

Tabel 6.12. Informatie eigen bijdrage voor kraamzorg helder

Antwoord	Totaal geboortezorg
Ja	82%
Nee	12%
Weet niet	6%
Aantal respondenten	323

Bron: Motivaction

7. Betaalbaarheid

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van het publieke belang betaalbaarheid. Bij de opbouw van het hoofdstuk is een onderverdeling gemaakt naar de verschillende deelmarkten: eerstelijns verloskundige zorg, tweedelijns verloskundige zorg en kraamzorg. In de voorlaatste paragraaf wordt een verband gelegd tussen de deelmarkten eerste – en tweedelijns verloskundige zorg. In de laatste paragraaf wordt een inschatting gemaakt van de kosten per zwangere. Per deelmarkt wordt ingegaan op (ontwikkelingen van) de totale kosten, (waar mogelijk) het volume en de kosten per verzekerde die gebruik heeft gemaakt van de betreffende zorg.

7.1 Eerstelijns verloskundige zorg

In deze paragraaf is een aantal analyses opgenomen over de eerstelijns verloskundige zorg. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de zorg die geleverd is door eerstelijns verloskundigen en door verloskundig actieve huisartsen. De analyses zijn gebaseerd op data van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Vektis en geven de kosten van de verzekerde zorg weer in het basispakket. De verloskundige zorg wordt (grotendeels) vergoed uit het basispakket, dus de analyses geven een goed beeld van de totale markt.⁵⁸

De tabellen 7.1 en 7.2 tonen de totale kosten van eerstelijns verloskundige zorg en de ontwikkeling van deze kosten in de jaren 2007-2011. Uit de tabellen blijkt dat de totale kosten voor eerstelijns verloskundige zorg over de genoemde periode zijn toegenomen van € 133 miljoen in 2007 tot € 188 miljoen in 2011. Dit impliceert een gemiddelde jaarlijkse groei van 8,3%. Uit de tabellen valt op te maken dat de totale kosten van eerstelijns verloskundige zorg geleverd door verloskundig actieve huisartsen gestaag daalt.

Tabel 7.1. Totale kosten eerstelijns verloskundige zorg (in miljoenen euro's)

Eerstelijns verloskundige zorg	2007	2008	2009	2010	2011
Verloskundig actieve huisartsenzorg	3,3	2,8	2,4	2,4	2,3
Verloskundige zorg	130,0	140,0	157,8	171,1	186,1
Totale kosten	133,3	142,8	160,2	173,6	188,4

Bron: CVZ

Tabel 7.2. Jaarlijks groei in de totale kosten eerstelijns verloskundige zorg (in procenten)

Eerstelijns verloskundige zorg	Groei 2008	Groei 2009	Groei 2010	Groei 2011
Verloskundig actieve huisartsenzorg	-14,7%	-13,1%	0,5%	-7,8%
Verloskundige zorg	7,7%	12,7%	8,5%	8,8%
Totaal	7,2%	12,2%	8,3%	8,6%

Bron: CVZ

⁵⁸ De totale kosten uit het basispakket zijn exclusief eigen betalingen.

De tabellen 7.3 en 7.4 tonen de eerstelijns verloskundige zorgkosten per verzekerde en de ontwikkelingen in de groei van deze kosten in de jaren 2007-2010. Uit de tabellen blijkt dat de totale eerstelijns verloskundige zorgkosten per verzekerde over deze jaren zijn toegenomen van € 519,7 in 2007 tot € 621,3 in 2010. Dit impliceert een gemiddelde jaarlijkse groei van 4,9%.

Tabel 7.3. Totale kosten eerstelijns verloskundige zorg per verzekerde (in euro's)

Eerstelijns verloskundige zorg	2007	2008	2009	2010
Verloskundig actieve huisartsenzorg	349,9	328,6	318,1	388,6
Verloskundige zorg	519,7	525,3	576,6	621,8

Bron: Vektis

Tabel 7.4. Jaarlijks groei in totale kosten eerstelijns verloskundige zorg per verzekerde (in procenten)

Eerstelijns verloskundige zorg	Groei 2008	Groei 2009	Groei 2010
Verloskundig actieve huisartsenzorg	-6,1%	-3,2%	22,2%
Verloskundige zorg	1,1%	9,8%	7,8%

Bron: Vektis

Verklaring kostenstijging

De jaarlijkse kostenstijging op basis van data van het CVZ tussen 2007 en 2011 is hoger dan de stijging in de kosten per verzekerde op basis van de data van Vektis. De stijging in de totale kosten wordt deels veroorzaakt door een verhoging van de maximumtarieven. In de jaren 2010, 2011 en 2012 zijn deze tarieven in totaal met 26% verhoogd. Daarnaast zijn er in de afgelopen jaren meer aanvullende verrichtingen declarabel (zoals de specifieke diagnose echo) en is het basispakket uitgebreid met een vergoeding van de tweede termijn echo. Dat de stijging in de kosten per verzekerde lager is, kan worden verklaard door het feit dat zwangeren sneller worden doorgestuurd naar de tweede lijn en daardoor gemiddeld minder kosten maken in de eerste lijn.

7.2 Tweedelijns verloskundige zorg

In deze paragraaf is een aantal analyses opgenomen over de tweedelijns verloskundige zorg. De analyses zijn gebaseerd op data van Vektis en het DBC-informatiesysteem (DIS) en geven de kosten van de verzekerde zorg in het basispakket weer. Tweedelijns verloskundige zorg wordt bekostigd met DBC's van het specialisme gynaecologie met diagnosecodes V11 tot en met V65. Tabel 7.5 toont een overzicht van de diagnosecodes.

Tabel 7.5. Verloskunde diagnoselijst

V. Verloskunde	
V11	Verloskundig adviesconsult (maximaal 2 consulten)
V21	Abortus, EUG, hyperemesis gravidarum, Mola en andere pathologie behorend bij de eerste 16 weken graviditeit
V31	Prenatale diagnostiek counseling / preconceptioneel advies
V32	Prenatale diagnostiek invasief
V33	Prenatale diagnostiek geavanceerd ultrageluidenonderzoek I
V34	Prenatale diagnostiek geavanceerd ultrageluidenonderzoek II
V35	Intra-uteriene ingrepen
V41	Begeleiding graviditeit in tweede lijn
V42	Begeleiding graviditeit OHC-indicatie
V51	Begeleiding partus met nazorg en nacontrole
V60	Complicaties na partus uit eerste lijn met nazorg en nacontrole
V61	Complicaties na partus uit tweede lijn met nazorg en nacontrole
V65	Postnatale depressie (PND)

Bron: NZa

Binnen deze groep van DBC's, zijn DBC's met diagnose V51 (begeleiding partus met nazorg en nacontrole) verantwoordelijk voor 55% van de totale kosten en DBC's met diagnose V41 (begeleiding graviditeit in tweede lijn) voor 27% van de totale kosten.⁵⁹

Tabel 7.6 toont het aantal DBC's en de totale kosten van tweedelijns verloskundige zorg in de jaren 2008-2011, waarbij onderscheid wordt gemaakt in het kostendeel voor ziekenhuizen en het honorariumdeel voor de medisch specialist.⁶⁰

Tabel 7.6. Volume en totale kosten tweedelijns verloskundige zorg (bedragen in miljoenen euro's)

Tweedelijns verloskundige zorg	2008	2009	2010	2011*
Aantal DBC's	390.872	379.497	386.831	380.751
Kosten Honorariumdeel	101,1	103,2	93,7	78,2
Kosten Ziekenhuisdeel	435,7	454,1	490,8	499,8
Totale kosten	536,8	557,3	584,4	578,0

Bron: Vektis gesloten DBC's, * 2011 is nog niet volledig.

Tabel 7.7 toont de ontwikkelingen in het aantal DBC's en de totale kosten van tweedelijns verloskundige zorg in de jaren 2008-2010. Het jaar 2011 is buiten beschouwing gelaten, omdat het jaar 2011 nog niet volledig is.

⁵⁹ Vektis gesloten DBC's

⁶⁰ De Vektis-data is per jaar volledig gemaakt aan de hand van de jaarlijkse dekkingsgraden die Vektis heeft bepaald en hanteert. De DBC's zijn per jaar gegroepeerd aan de hand van hun sluitingsdatum.

Tabel 7.7. Jaarlijkse groei in het volume en de totale kosten tweedelijns verloskundige zorg (in procenten)

Tweedelijns verloskundige zorg	Groei 2009	Groei 2010
Aantal DBC's	-2,9%	1,9%
Kosten Honorariumdeel	2,1%	-9,2%
Kosten Ziekenhuisdeel	4,2%	8,1%
Totale kosten	3,8%	4,9%

Bron: Vektis gesloten DBC's

In het jaar 2010 is een grote daling (-9,2%) zichtbaar in de honorariumkosten van de tweedelijns verloskundige zorg. Dit wordt veroorzaakt door de kortingen op de honorariumtarieven in 2010. Naast de daling in de honorariumkosten, is er een stijging te zien in de ziekenhuiskosten. Per saldo nemen de totale kosten in het jaar 2010 toe.

Per 1 januari 2012 vallen alle DBC-zorgproducten voor tweedelijns verloskundige zorg onder het B-segment. Uitbreiding van het B-segment is in fasen gebeurd. Tabel 7.8 toont de totale kosten van tweedelijns verloskundige zorg in de jaren 2008-2011, opgesplitst naar het A- en B-segment.

Tabel 7.8. Totale kosten tweedelijns verloskundige zorg uitgesplitst naar segment (in miljoenen euro's)

Tweedelijns verloskundige zorg	2008	2009	2010	2011*
Kosten A-segment	96,4	8,4	9,4	9,4
Kosten B-segment	440,4	548,9	575,1	568,6
Totale kosten	536,8	557,3	584,4	578,0

Bron: Vektis gesloten DBC's, * 2011 is nog niet volledig

Een deel van de tweedelijns verloskundige zorg verschuift na 2008 van het A-segment naar het B-segment. Hierbij is een na-ijl effect in 2008 waar te nemen, omdat een deel van de gesloten DBC's in 2008 al geopend is in 2007.

Tweedelijns verloskundige zorg wordt vanuit algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) geleverd. Tabel 7.9 toont de totale kosten van tweedelijns verloskundige zorg uitgesplitst naar type instelling in de jaren 2008-2011.

Tabel 7.9. Totale kosten tweedelijns verloskundige zorg uitgesplitst naar type instelling (in miljoenen euro's)

Tweedelijns verloskundige zorg	2008	2009	2010	2011*
Kosten ZBC's	0,3	0,4	0,5	0,6
Kosten algemene ziekenhuizen	467,1	485,8	507,1	506,7
Kosten academische ziekenhuizen	67,2	69,3	75,2	69,4
Kosten overig/niet bekend	2,1	1,8	1,0	1,3
Totale kosten	536,8	557,3	584,4	578,0

Bron: Vektis gesloten DBC's, * 2011 is nog niet volledig

Met de Vektis-data waarover de NZa beschikking heeft, is het niet mogelijk om de kosten per verzekerde uit te rekenen. Dit is wel mogelijk met de beschikbare (maar deels onvolledige) DIS-data.

Voor het gewogen volume uit de DIS-data zijn voor de DBC's in het A-segment de landelijke tarieven gehanteerd en voor de DBC's in het B-segment de (jaarlijkse) gemiddelde contractprijzen per declaratie. Tabel 7.10 toont de tweedelijns verloskundige zorg kosten per verzekerde in de jaren 2008-2011.

Tabel 7.10. Totale kosten tweedelijns verloskundige zorg per verzekerde (in euro's)

Tweedelijns verloskundige zorg	2008	2009	2010	2011*
Totale kosten per verzekerde	2.061	2.204	2.290	2.319

Bron: DIS gesloten DBC's, * 2011 is nog niet volledig

Tabel 7.11 toont de ontwikkelingen in de kosten per verzekerde in de jaren 2008-2010. Het jaar 2011 is buiten beschouwing gelaten, omdat het jaar 2011 nog niet volledig is.

Tabel 7.11. Jaarlijkse groei in totale kosten tweedelijns verloskundige zorg per verzekerde (in procenten)

Tweedelijns verloskundige zorg	Groei 2009	Groei 2010
Groei in kosten per verzekerde	6,9%	3,9%

Bron: DIS gesloten DBC's, 2011 is nog niet volledig

Verklaring kostenstijging

Opvallend is dat in 2009 het aantal DBC's gedaald is. Hierbij is er wel een stijging te zien in de kosten per verzekerde. Hierdoor stijgen de totale kosten in 2009. In de jaren 2008-2010 lijkt de stijging in de kosten vooral te worden veroorzaakt door een stijging in de kosten per verzekerde.

7.3 Kraamzorg

Deze paragraaf bevat een analyse van de kraamzorg. De analyses zijn gebaseerd op gegevens van het CVZ en Vektis en zijn gebaseerd op de kosten van de verzekerde zorg binnen het basispakket.

Tabel 7.14 toont de totale kosten van kraamzorg voor de periode 2007-2011. Uit de tabel blijkt dat de totale kosten voor kraamzorg over de genoemde periode is toegenomen van € 228 miljoen in 2007 tot € 289 miljoen in 2011.

Tabel 7.14. Totale kosten kraamzorg (in miljoenen euro's)

Kraamzorg	2007	2008	2009	2010	2011
Totale kosten	228,0	268,1	270,1	279,0	288,5

Bron: CVZ

Tabel 7.15 toont de ontwikkelingen in de totale kosten van kraamzorg in de jaren 2007-2011. Uit tabel blijkt dat de totale kosten voor kraamzorg in genoemde periode gemiddeld jaarlijks met 5,3% is gestegen.

Tabel 7.15. Jaarlijks groei in de totale kosten kraamzorg (in procenten)

Kraamzorg	Groei 2008	Groei 2009	Groei 2010	Groei 2011
Totale kosten	17,6%	0,7%	3,3%	3,4%

Bron: CVZ

Naast de CVZ-zorgcijfers beschikt de NZa ook over Vektis-data. De Vektis-data is niet volledig voor de periode 2007-2011.

Het is wel mogelijk om aan de hand van de Vektis-data de totale kosten kraamzorg per verzekerde te berekenen. Tabel 7.16 toont de totale kosten kraamzorg per verzekerde in de jaren 2007-2010.

Tabel 7.16. Totale kosten kraamzorg per verzekerde (in euro's)

Kraamzorg	2007	2008	2009	2010
Kosten per verzekerde	1.006	1.061	1.054	1.066

Bron: Vektis

Tabel 7.17 toont de ontwikkelingen in de totale kosten kraamzorg per verzekerde in de jaren 2007-2010.

Tabel 7.17. Jaarlijks groei in totale kosten kraamzorg per verzekerde (in procenten)

Kraamzorg	Groei 2008	Groei 2009	Groei 2010
Groei in kosten per verzekerde	5,4%	-0,7%	1,3%

Bron: Vektis

De gegevens van het CVZ zijn ook per verzekerde beschikbaar, maar de kosten van de tweedelijns verloskundige zorg zijn niet uitgesplitst naar soorten specialismen. Daarom kan de tweedelijns verloskundige zorg dus niet via de CVZ-cijfers in beeld worden gebracht.

Verklaring kostenstijging

In 2008 is een groei van 17,6% zichtbaar in de totale kosten voor de kraamzorg. De groei in de kosten per verzekerde is in 2008 5,4%. In 2008 is de vergoeding in het basispakket uitgebreid: van 44 uren naar 49 uren kraamzorg. Dit komt overeen met een stijging van 11,4%. Deze stijging is groter dan de stijging in de kosten per verzekerde. Uit het delen van de totale kosten door de kosten per verzekerde volgt een afgeleide stijging van 11,5% in het totaal aantal unieke verzekerden. Dit geeft aan dat het totaal aantal unieke verzekerden ook gestegen is in 2008. De NZa heeft op dit moment geen beschikking over volledige en gedetailleerde volume cijfers voor kraamzorg.

7.4 Verdeling eerste- en tweedelijns verloskundige zorg

Via Vektis beschikt de NZa over data die het mogelijk maakt om in kaart te brengen waar verzekerden hun kosten maken (in de eerste of tweede lijn).

De verzekerden zijn verdeeld in drie groepen:

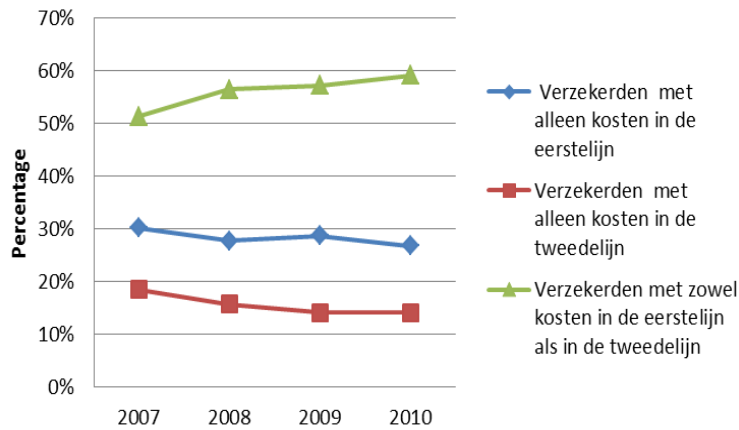
- Verzekerden met alleen kosten in de eerste lijn;
- Verzekerden met alleen kosten in de tweede lijn;
- Verzekerden met zowel kosten in de eerste lijn als in de tweede lijn.

Een verzekerde wordt in bovenstaande tabel opgenomen in de groep verzekerden met kosten in de eerste lijn wanneer de verzekerde minimaal 50 euro heeft gedeclareerd voor eerstelijns verloskundige zorg (ofwel bij de eerstelijns verloskundige of bij de verloskundig actieve huisarts).

Een verzekerde wordt in de tabel opgenomen in de groep verzekerden met kosten in de tweede lijn, wanneer de verzekerde een DBC geboortezorg heeft met een openingsdatum in het verslagjaar.

Figuur 7.1 toont de verdeling van de aantallen naar de drie groepen verzekerden. In het figuur is te zien dat de groep verzekerden met kosten in de eerste lijn en in de tweede lijn het grootste is. Dit percentage is vanaf 2007 verder gegroeid.

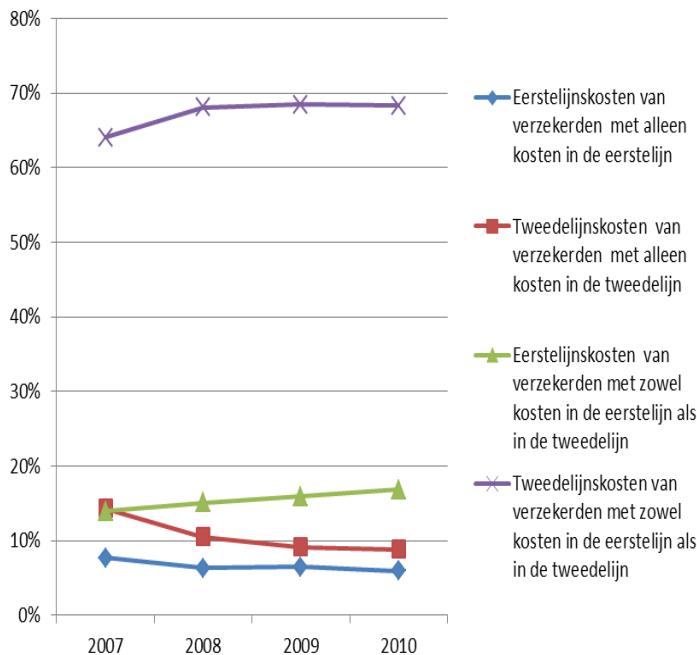
Figuur 7.1. Verdeling van de aantallen naar groepen verzekerden



Bron: Vektis

Figuur 7.2 toont de verdeling van de totale kosten naar de drie groepen verzekerden. Een groot deel van de totale kosten zijn de kosten in de tweedelijns verloskundige zorg die gemaakt zijn door de groep verzekerden met kosten in de eerste en in de tweede lijn.

Figuur 7.2. Verdeling van kosten naar groepen verzekerden



Bron: Vektis

Tabel 7.18 toont de kosten per verzekerde verdeeld over naar de drie groepen verzekerden en naar kostencategorie (eerste lijn of tweede lijn).

Tabel 7.18. Kosten per verzekerde gegroepeerd naar de verschillende lijnen (in euro's)

Groep	Kosten in de	2007	2008	2009	2010
Verzekerden met alleen kosten in de eerstelijns	Eerstelijns	536	505	531	548
Verzekerden met alleen kosten in de tweedelijns	Tweedelijns	1.623	1.464	1.512	1.541
Verzekerden met zowel kosten in de eerstelijns als in de tweedelijns	Eerstelijns	568	587	654	704
Verzekerden met zowel kosten in de eerstelijns als in de tweedelijns	Tweedelijns	2.613	2.654	2.813	2.854
Verzekerden met zowel kosten in de eerstelijns als in de tweedelijns	Eerstelijns en tweedelijns	3.181	3.241	3.467	3.558

Bron: Vektis

Meer dan de helft van de vrouwen die verloskundige zorg gebruiken, maken zowel gebruik van de eerstelijns-, als de tweedelijnszorg. Uit een verdeling van de kosten die hiermee gepaard gaan blijkt dat de minste kosten worden gemaakt door vrouwen met alleen kosten in de eerstelijns. Daarna volgt de groep vrouwen met alleen kosten in de tweedelijns. De kosten die gepaard gaan met de groep die zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg afneemt zijn aanzienlijk hoger: zo zijn de kosten die zij in de tweede lijn maken bijna het dubbele van de kosten van verzekerden met alleen kosten in de tweedelijns.

7.5 Kosten per zwangere

Dit hoofdstuk sluit af met een indicatie van de gemiddelde kosten voor de geboortezorg per zwangere vrouw in Nederland. Deze indicatie is grotendeels gebaseerd op de data uit voorgaande paragrafen in het hoofdstuk betaalbaarheid. De totale kosten van de geboortezorg zijn gecombineerd met geboortecijfers naar diverse kenmerken, zoals beschreven in hoofdstuk 2. Deze geboortecijfers zijn aangevuld met een inschatting van het aantal miskramen per jaar, er vanuit gaande dat van alle 'vastgestelde' zwangerschappen gemiddeld 15% op een miskraam uitloopt. In tabel 7.19 is deze analyse uitgewerkt voor de jaren 2008-2010.

In de zesde rij van de tabel worden de totale kosten van de markten eerstelijns verloskundige zorg, tweedelijns verloskundige en kraamzorg bij elkaar opgeteld.

In de rijen daaronder is geprobeerd een indicatie te geven van het aantal zwangere vrouwen in Nederland door het aantal levendgeborenen, het aantal doodgeborenen vanaf 24 weken en het aantal miskramen bij elkaar op te tellen.

Tabel 7.19. Kosten geboortezorg per zwangere

Deelmarkt	2008	2009	2010
Kosten verloskundig actieve huisartszorg	2,8	2,4	2,4
Kosten eerstelijns verloskundige zorg	140,0	157,8	171,1
Kosten honorariumdeel tweedelijns verloskundige zorg	101,1	103,2	93,7
Kosten ziekenhuisdeel tweedelijns verloskundige zorg	435,7	454,1	490,8
Kosten kraamzorg	268,1	270,1	278,9
Totale kosten (in miljoenen euro's)	947,7	987,6	1.036,9
Aantal levendgeborenen	184.634	184.915	184.397
Aantal doodgeborenen 24 weken of meer	774	648	648
Aantal miskramen	32.719	32.746	32.655
Totaal aantal zwangeren	218.127	218.309	217.700
Kosten per zwangere (in euro's)	4.345	4.524	4.763

Bron: NZa

Op basis van deze analyse kan geconcludeerd worden dat de gemiddelde kosten voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte per zwangere in Nederland in 2010 naar schatting €4.763 bedroeg.

Eindconclusies hoofdstuk betaalbaarheid

De toename van totale kosten voor de geboortezorg kan samenvattend worden verklaard aan de hand van de volgende oorzaken:

- Een verhoging van de maximumtarieven voor eerstelijns verloskundige zorg; in de jaren 2010, 2011 en 2012 zijn deze tarieven in totaal met 26% verhoogd;
- Een uitbreiding van eerstelijns verloskundige zorg in het basispakket; sinds 2006 wordt ook de tweede termijn echo vergoed;
- Een uitbreiding van de losse declarabele verrichtingen voor eerstelijns verloskundige zorg, zoals de specifieke diagnose echo in 2008 en de achterstandstoeslag sinds 2009;
- Een verschuiving van verloskundige zorg van de eerste naar de tweede lijn; een toename van het aantal zwangeren dat zowel in de eerste als in de tweede zorg verloskundige zorg heeft ontvangen. De kosten die gepaard gaan met de groep die zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg krijgen zijn het hoogst;
- Een uitbreiding van kraamzorg in het basispakket; sinds 2008 is de vergoeding uitgebreid van 44 uren naar 49 uren kraamzorg.

Bijlage. Gebruikte bronnen en methoden

In deze bijlage volgt een toelichting op de bronnen en methoden voor een aantal analyses uit het hoofdstuk marktstructuur en marktgedrag.

Marktstructuur

Spreiding van tweedelijns geboortezorgaanbieders

Aan de hand van DIS-gegevens heeft de NZa in kaart gebracht welke instellingen in 2011 tweedelijns geboortezorg hebben geleverd. Hiervoor zijn alle instellingen die meer dan 40 tweedelijns geboortezorg DBC's hebben geleverd geselecteerd. De locatiegegevens van deze instellingen zijn afkomstig van de RIVM 2012 Zorgatlas. De geografische data is afkomstig van Geodan 2010.

Spreiding van tweedelijns kraamzorgaanbieders

De locatiegegevens zijn afkomstig van een NAW-bestand van Zichtbare Zorg 2012. De geografische data is afkomstig van Geodan 2010.

Spreiding van verloskundigen

Het aantal verloskundigen in 2011 is afkomstig van de beroepenregistratie van het NIVEL. Voor het aantal potentiële zwangere vrouwen is gebruikt gemaakt van CBS Statline 2011. Het aantal potentiële zwangere vrouwen is als volgt gedefinieerd: alle vrouwen tussen de leeftijd 15 tot en met 44. De NZa heeft per provincie het aantal verloskundigen per 10.000 potentiële zwangere vrouwen uitgerekend. De geografische data is afkomstig van Geodan 2010.

Betaalbaarheid

Eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg:

- Bronnen: CVZ-zorgcijfers (2007-2011) en Vektis-data (2007-2011);
- Gebruikte data: Totale kosten per jaar (CVZ) en totale kosten per verzekerde (Vektis);
- Methode: De totale kosten per verzekerde is berekend aan de hand van declaratiegegevens van Vektis. Deze gegevens zijn niet helemaal volledig voor 2007-2011, maar het is mogelijk om hiermee de kosten per verzekerde te bepalen. De verzekerde is in deze analyses gedefinieerd als de 'zwangere vrouw';
- Aanvullende opmerkingen:
 - De CVZ cijfers bevatten de kosten van verzekerde zorg binnen het basispakket, inclusief het eigen risico maar exclusief de wettelijke eigen bijdragen;
 - De Vektis cijfers bevatten de kosten van verzekerde zorg binnen het basispakket, inclusief het eigen risico en inclusief de wettelijke eigen bijdragen;
 - Voor de totale kosten (CVZ) geldt dat de 2011 cijfers definitief worden in de jaarstaat 2013. In de praktijk zijn zorgverzekeraars goed in staat een inschatting te doen van de totale kosten;
 - Vektis beschikt over maximaal twaalf kwartalen declaratiegegevens voor 2007 t/m 2009, voor 2010 maximaal negen kwartalen en voor 2011 maximaal 5 kwartalen. In de analyse worden alle declaratiegegevens die zijn verwerkt t/m 31 maart 2012 meegenomen. De cijfers voor 2011 zijn dus nog niet volledig.

Tweedelijns verloskundige zorg

- Bronnen: Vektis (2008-2011) en het landelijke DBC-informatiesysteem DIS (2008-2011);
- Gebruikte data: declaratiegegevens van Vektis en DIS. Dit zijn gedeclareerde kosten van verzekerde zorg die binnen het basispakket

- vallen. Tweedelijns verloskundige zorg bestaat uit DBC's van specialisme Gynaecologie met diagnosecodes V11 tot en met V65. Alle instellingen die DBC's hebben gedeclareerd zijn meegenomen. De DBC's zijn per jaar op sluitingsdatum gegroepeerd;
- Methode: Het aantal DBC's, de totale kosten van de honoraria en de totale kosten van het ziekenhuisdeel zijn gebaseerd op de Vektis-data. De totale kosten per verzekerde zijn berekend aan de hand van declaratiegegevens van DIS. Deze gegevens zijn in 2011 nog volledig, maar wel voldoende om de kosten per verzekerde te kunnen bepalen. Het is niet altijd mogelijk om alle kosten per verzekerde te groeperen. De reden hiervoor is dat in een DBC de verzekerde niet altijd goed geregistreerd wordt. Hiervoor is er gecorrigeerd;
 - Aanvullende opmerking: de Vektis-data is niet 100% volledig. Vektis stelt jaarlijkse de dekkinggraden vast, waarmee de data volledig kan worden gemaakt. De jaarlijkse dekkinggraden liggen tussen de 95% en 99%. Middels een bijschatting heeft de NZa deze dekkinggraden volledig gemaakt.

Verdeling eerste- en tweedelijns verloskundige zorg

- Bron: Vektis (2007-2011);
- Gebruikte data: Declaratiegegevens van Vektis. Deze hebben betrekking op gedeclareerde kosten van verzekerde zorg uit het basispakket. Tweedelijns verloskundige zorg bestaat uit DBC's van specialisme Gynaecologie met diagnosecodes V11 tot en met V65;
- De Vektis cijfers zijn de eerste jaren niet volledig. De cijfers kunnen wel gebruikt worden om de verdeling van de kosten tussen de eerste- en tweedelijns groepen te bepalen;
- Methode: de verzekerden zijn verdeeld in drie groepen; verzekerden met alleen kosten in de eerste lijn, verzekerden met alleen kosten in de tweede lijn en verzekerden met zowel kosten in de eerste als in de tweede lijn. Een verzekerde wordt in de groep verzekerden met kosten in de eerste lijn opgenomen wanneer de verzekerde minimaal 50 euro heeft gedeclareerd voor eerstelijns verloskundige zorg (ofwel bij de eerstelijns verloskundige of bij de verloskundig actieve huisarts). Een verzekerde wordt in de tabel opgenomen in de groep verzekerden met kosten in de tweede lijn, wanneer er voor de verzekerde een DBC geboortezorg geopend is in het betreffende verslagjaar;
- Aanvullende opmerking: de Vektis cijfers bevatten de kosten van verzekerde zorg binnen het basispakket, inclusief het eigen risico en inclusief de wettelijke eigen bijdragen.

Bijlage. Beleidsbrief

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
Onderwerp Beleidsbrief marktscan geboortezorg 2012			Datum 21 november 2012

Mevrouw de Minister,

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, gebruikt de NZa onder andere marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op (een gedeelte van) een bepaalde markt. Dit omvat een beschrijving van de marktstructuur, het marktgedrag en de marktuitskomsten ten aanzien van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Bijgaand treft u ter informatie de marktscan zorg rondom zwangerschap en geboorte (verder: geboortezorg) aan. De marktscan geeft de stand van zaken op de markt voor geboortezorg weer in de periode 2007-2012. Het is voor het eerst dat de NZa deze marktscan uitbrengt. Deze marktscan is daarom te zien als een nulmeting. De focus van de marktscan ligt op de aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg, tweedelijns verloskundige zorg (de medisch specialistische zorg) en de kraamzorg.

Eerst geeft de NZa aan hoe zij tegen de markt voor geboortezorg aankijkt, daarna worden de opvallendste zaken uit de marktscan weergegeven.

Totaalbeeld publieke belangen geboortezorgmarkt

De NZa ziet dat de markt voor geboortezorg de afgelopen jaren volop in beweging is. Er zijn landelijke en regionale initiatieven ontstaan met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen, waarbij samenwerking tussen de aanbieders centraal staat. De fysieke toegankelijkheid is goed, er is voldoende aanbod en de reistijd voldoet voor het grootste deel van de zorgvragers aan de norm. De financiële toegankelijkheid blijft volgens de NZa een aandachtspunt. Hierover heeft u reeds eerder advies ontvangen van de NZa. De betaalbaarheid ontwikkelt zich negatief. De redenen hiervoor zijn een productiestijging in de eerstelijns verloskundige zorg en

kraamzorg (meer zorgactiviteiten per verzekerde o.a. door uitbreiding van het basispakket), de tariefverhoging van verloskundige tarieven en een stijging van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn. De kwaliteitsverbeteringen die gaande zijn, zoals de verbetering van de perinatale sterfte, minder complicaties en de (veronderstelde) besparingen die dit gaat opleveren op andere (gezondheidszorg) terreinen, wegen voor de NZa vooralsnog op tegen de kostenstijging.

Kenmerk

Pagina
2 van 7

De NZa heeft in juli het rapport 'bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte' (verder: adviesrapport NZa) gepubliceerd. Hierin adviseert de NZa u om vrije prijzen in te voeren voor eerstelijns verloskundigen en kraamverzorgenden.¹ Het vrijgeven van de prijzen geeft de verzekeraar een middel in handen om de samenwerking tussen zorgaanbieders, substitutie en doelmatigheid te stimuleren. De verzekeraar krijgt dan de mogelijkheid om zorg in te kopen voor de prijs/kwaliteitverhouding die hij wenselijk acht. De bevindingen in de marktscan sluiten aan bij het advies.

Het beeld dat uit de marktscan naar voren komt is dus voor de NZa geen aanleiding om op korte termijn vanuit haar regulering- en toezichtbevoegdheden aanvullend specifieke maatregelen te nemen of specifieke toezichtactiviteiten uit te voeren in de geboortezorg. Daarbij merken wij op dat de NZa, vanwege het feit dat u nog een besluit moet nemen over de invoering van vrije (integrale) tarieven in de geboortezorg (per 2014), in het werkprogramma 2013 geen kostenonderzoek voor verloskundigen heeft opgenomen.

Marktstructuur

Sinds de jaren '70 werden steeds meer kinderen geboren. Van 2000 tot 2010 fluctueert het aantal geboorten echter. De verwachting is dat het aantal in de (nabije) toekomst gaat afnemen. Het aantal verloskundigen is sinds 2006 met ruim 16% toegenomen en het aantal gynaecologen met 15%. De gemiddelde werkweek van verloskundigen (0,82 fte) is gelijk gebleven. Het aantal verloskundig actieve huisartsen is de afgelopen decennia flink gedaald, maar lijkt zich nu te stabiliseren. Opvallend daarbij is dat veel meer verloskundigen BIG-geregistreerd zijn (39% in 2012) dan werkzaam zijn in de zorg. Dit is meer dan in andere markten. De reden hiervan is niet bekend. Het aantal kraamverzorgenden is de afgelopen jaren wisselend toe- en afgenomen. Nu is er voldoende aanbod om aan de zorgvraag vanuit het basispakket te voldoen.

De meeste vrouwen starten met het ontvangen van geboortezorg in de eerste lijn (84%), waarvan meer dan helft (52%) gedurende de zwangerschap en/of bevalling wordt doorverwezen naar de tweede lijn.

Nederland heeft ten opzichte van andere landen van oudsher een hoog percentage thuisbevallingen: 21% van de bevallingen vindt thuis plaats. Daarnaast bevalt 11% van de vrouwen in een geboortecentrum of poliklinisch. Het merendeel van de bevallingen vindt in de tweede lijn plaats.

¹ De gynaecologische DBC-zorgproducten vallen reeds onder het B-segment en zijn daarmee vrij onderhandelbaar. Hiermee is vrije prijsvorming voor het grootste deel van de markt al een feit.

Hiervan is een deel het gevolg van de vraag van de bevallende vrouw om pijnbestrijding. Vergeleken met eerdere jaren lijkt een verschuiving gaande van bevallingen in de eerste lijn (van 39% naar 33%) naar de tweede lijn (van 63% naar 67%). Passend bij de verschuiving van bevallingen van eerste naar tweede lijn is dat ook steeds meer verloskundigen in de tweede lijn werkzaam zijn. De vraag is of deze trend zich de komende jaren doorzet en of de ontwikkeling van geboortecentra verder van invloed zal zijn op het aantal eerstelijnsbevallingen.² In volgende marktscans worden deze ontwikkelingen opnieuw in beeld gebracht en kan een trendanalyse worden gegeven.

Kenmerk

Pagina
3 van 7

De NZa concludeert dat de zwangerschapsbegeleiding vooral in de eerste lijn plaatsvindt, maar de bevalling steeds vaker in de tweede lijn. Dit maakt de overdrachtsmomenten tussen de eerste en tweede lijn van groot belang en de samenwerking cruciaal. Dit sluit aan bij het advies dat de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (verder: Stuurgroep) eind 2009 heeft uitgebracht en het adviesrapport van de NZa.

Marktgedrag

De contracteergraad in de geboortezorg is vrij hoog: 93% van de verloskundigen en 79% van de kraamverzorgenden worden gecontracteerd. Verzekeraars geven aan dat het doorloopproces vrij kort is (tot 2 maanden). De NZa vindt het om die reden opmerkelijk dat geen enkele verzekeraar in staat is gebleken om de contracten vóór 1 januari van het betreffende contractjaar te sluiten. Verzekeraars zouden dit proces moeten kunnen verbeteren. Zeker omdat de verzekeraars weinig nieuwe aanbieders contracteren en ook weinig contracten beëindigen.

Zoals ook in andere eerstelijnsmarkten gebruikelijk is, bieden de verzekeraars in de geboortezorg vooral standaardcontracten aan. Ten opzichte van andere markten blijkt dat maar een klein aantal verzekeraars gedifferentieerde contacten (naar tarief en/of voorwaarden) aanbiedt voor eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg en dat een substantieel deel van de verzekeraars dat niet doet. Ook biedt geen enkele verzekeraar maatwerk aan. Niet onderzocht is hoe tevreden de zorgaanbieders zijn over het contracteerproces.

De NZa heeft een prestatiemodule beschreven die verzekeraars met verloskundigen kunnen sluiten als sprake is van aanvullende maatregelen of werkzaamheden vanuit de eerste lijn als gevolg van structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn. Deze module is maar beperkt gecontracteerd in 2012 door de verzekeraars: gemiddeld 3 verloskundige praktijken per verzekeraar. Het is niet bekend bij de NZa in welke provincies deze contracten zijn gesloten. De NZa verwacht dat de structureel verminderde beschikbaarheid van de tweede lijn met name in Zeeland geldt. Gegeven het feit dat daar 39 verloskundige praktijken zijn gevestigd, lijkt het aantal van 3 weinig. Aan de andere kant kan het een gunstig teken zijn dat de verzekeraars deze module alleen contracteren voor uitzonderlijke gevallen.

² De NZa heeft per 1 januari 2012 de module geboortecentrum als prestatie toegevoegd en sluit hiermee aan bij marktontwikkelingen. Inmiddels zijn er 16 geboortecentra in Nederland.

Een klein deel van de zwangere vrouwen en net bevallen vrouwen heeft in 2012 overwogen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder (10%); circa 3% doet dit daadwerkelijk. Redenen om over te (willen) stappen zijn ontevredenheid over de zorgverlening, service en/of bejegening.

Interessant is dat 20% van de vrouwen hun zorgverzekering hebben aangepast naar aanleiding van hun zwangerschap: om over te stappen van zorgverzekeraar of om de aanvullende verzekering aan te passen.

Kwaliteit

Voor het meten van kwaliteit in de geboortezorg is de perinatale sterfte een belangrijke onderzoeksmaat. In 2003 blijkt dat de perinatale sterfte in 1998–2000 in Nederland het hoogst is binnen de toenmalige Europese Unie. Vanaf 1999 daalt de perinatale sterfte van 10,9 per duizend levend- en doodgeborenen naar 10,0 in 2004 en naar 9,7 in 2007. Ondanks deze positieve ontwikkeling verloopt de daling langzamer dan in andere Europese landen. Als gevolg van deze uitkomsten staat sinds begin 2008 de perinatale sterfte in Nederland hoog op de maatschappelijke agenda. Dit is ook aanleiding geweest om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De afgelopen jaren is hierin behoorlijk geïnvesteerd door de sector, waarbij het Stuurgrupadvies leidend was. Inmiddels blijkt dit resultaat op te leveren: de perinatale sterfte en zuigelingensterfte is sinds 2007 verder gedaald. In 2011 is de relatieve perinatale sterfte na 24 weken zwangerschap 5,5% per duizend levend- en doodgeborenen. De sterfte van voldragen baby's sinds 2001 met 39% gedaald en de totale perinatale sterfte (inclusief de foetale sterfte na 22 weken) is met 23% verminderd.

Op dit moment bestaan meerdere richtlijnen en kwaliteitsregistratiesystemen voor de geboortezorg. De Perinatale Registratie Nederland (PRN) vormt al vele jaren een belangrijke bron voor zorginhoudelijke informatie. Daarnaast geeft de komst van de Perinatale Audit Nederland (PAN) de zorgaanbieders een instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De kwaliteitseisen zijn door de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte aangescherpt waarbij het College Perinatale Zorg (CPZ) is ingesteld om het Stuurgrupadvies uit te voeren. Het verbeteren van de samenwerking staat hierbij centraal.

Sinds 2009 hebben positieve marktontwikkelingen op het gebied van de transparantie van kwaliteit plaatsgevonden. Op het gebied van kwaliteitsindicatoren zijn belangrijke stappen gezet. Voor de consumenten is kwaliteitsinformatie over kraamzorg en tweedelijns verloskundige zorg voorhanden via de indicatoren die onder leiding van Zichtbare Zorg zijn ontwikkeld. De indicatoren voor de eerstelijns verloskundige zorg zijn ontwikkeld en de kwaliteit van zorg wordt geregistreerd, maar deze informatie is nog niet openbaar voor consumenten.

Uit onderzoek van de NZa blijkt dat consumenten een keuze voor een verloskundige of kraamverzorgende grotendeels zelf maken; voor de gynaecoloog is dat in veel mindere mate het geval (mede door spoedsituaties).

De consumenten kunnen over het algemeen terecht bij de verloskundige en kraamverzorgende van hun keuze. De keuzes worden vooral gebaseerd op basis van eerdere ervaringen, internetinformatie en voor de kraamverzorgende door informatie die de verzekeraar verstrekt.

Kenmerk

Pagina
5 van 7

Toegankelijkheid

De wachttijd voor verloskundige zorg door gynaecologen is redelijk constant (maximaal 6 weken voor een afspraak op de polikliniek, het gaat dus niet om acute verloskundige zorg). In de meeste regio's waar ziekenhuizen zijn met 6 weken wachttijd lijken er voldoende alternatieve ziekenhuizen te zijn. In de provincies Groningen en Drenthe is dit mogelijk wel een probleem. Daar hebben alle ziekenhuizen 3 tot 6 weken wachttijd.

Uit door de NZa verricht onderzoek blijkt dat 70% van de cliënten (zeer) tevreden is over de wachttijd voor de gynaecoloog voor periodieke controles en 58% voor overige niet-spoedeisende zaken. Over de wachttijd bij de verloskundige is men meer tevreden: zo is bijvoorbeeld maar liefst 90% van de cliënten (zeer) tevreden over de wachttijd voor de verloskundige voor periodieke controles. Verzekeraars kunnen in de verbetering van de (tevredenheid over) wachttijden een grotere rol spelen. Zeker nu blijkt dat 22% van de consumenten niet weet dat de verzekeraar aan wachttijdbemiddeling doet.

Positief is dat veel cliënten bij de zorgaanbieders voor niet-spoedeisende zaken terecht kunnen buiten kantooruren.

Voor de kraamzorg blijkt dat 59% direct na bevalling of direct na thuiskomst uit het ziekenhuis of geboortecentrum zorg ontvangt, maar 28% krijgt dit pas 2 of 3 dagen later. De reden daarvoor is niet onderzocht, maar de NZa lijkt dit vanuit kwaliteitsoogpunt niet wenselijk.

Qua financiële toegankelijkheid blijkt dat de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling of in een geboortecentrum de afgelopen jaren is gestegen met 10%. Ook de eigen bijdrage voor kraamzorg is gestegen, maar in mindere mate. Uit de marktscan blijkt dat 11% van de cliënten de eigen bijdrage (voor een poliklinische bevalling of in een geboortecentrum) heeft betaald. Het is niet bekend hoeveel cliënten een eigen bijdrage hadden moeten betalen of hiervoor een vergoeding ontvangen vanuit de aanvullende verzekering.

De afgelopen jaren is een discussie gaande over het effect van een eigen bijdrage op de plaats van de bevalling. Uit de marktscan blijkt dat 10% van de consumenten aangeeft dat een eigen bijdrage invloed heeft op de keuze voor de plaats van de bevalling. De Stuurgroep geeft aan dat het bereiken van de zorg voor de groep zwangeren uit achterstandsituaties niet optimaal is, mede vanwege financiële drempels. De NZa heeft in het adviesrapport geconstateerd dat het een belemmering is voor de zwangeren met beperkte financiële middelen om deze eigen bijdrage te betalen, waardoor zij mogelijk niet kiezen voor de meest gewenste plek om te bevallen. Hiermee lijkt de toegankelijkheid van zorg in het geding te komen. Tegelijkertijd geeft de eigen bijdrage een prikkel om te sturen op een medische indicatie (bijvoorbeeld door het vragen om

pijnbestrijding), zodat geen eigen bijdrage hoeft te worden betaald.³ Daarnaast is dit belangrijk omdat in de groep zwangeren met beperkte financiële middelen juist ook de groep zwangeren uit achterstandsituaties is vertegenwoordigd. Daarom heeft de NZa, in navolging van de Stuurgroep en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), u geadviseerd om naar oplossingen te zoeken om de prikkels te neutraliseren, bijvoorbeeld door te werken met een gedifferentieerde eigen bijdrage óf de eigen bijdrage evenredig (macroneutraal) over de verschillende bevallingsvormen te verdelen, waarbij tevens naar de samenhang met het wettelijk verplicht eigen risico moet worden gekeken.

Kenmerk

Pagina
6 van 7

Wat betreft de informatieverstrekking over de eigen bijdrage blijkt dit slechts voor 58% van de cliënten helder te zijn. Dat sluit ook aan bij de analyse van de NZa in het eerder genoemde rapport. Daarin constateerde de NZa dat de regelgeving op het gebied van de eigen bijdragen en het (wettelijk) eigen risico ingewikkeld is voor consumenten. Het CVZ heeft op advies van de NZa ondertussen de informatie op de website van het CVZ verduidelijkt en de verzekeraars is ook gevraagd de informatieverstrekking te verbeteren.

Betaalbaarheid

De totale kosten voor de eerstelijns verloskundige zorg stijgen jaarlijks sinds 2007 met gemiddeld 8,3%. Dit komt mede doordat de tarieven voor verloskundigen verhoogd zijn, meer aanvullende verrichtingen declarabel zijn (zoals de specifieke diagnose echo) en het basispakket is uitgebreid, waaronder de tweede termijn echo. De kosten voor verloskundige zorg door huisartsen dalen en dat past bij het feit dat steeds minder huisartsen verloskundig actief zijn. De kosten per verzekerde stijgen jaarlijks sinds 2007 gemiddeld met 4,9%. Dat de gemiddelde jaarlijkse stijging in de kosten per verzekerde lager is, kan worden verklaard door het feit dat zwangeren sneller worden doorgestuurd naar de tweede lijn en daardoor gemiddeld minder kosten maken in de eerste lijn.

Ook de totale kosten voor tweedelijns verloskundige zorg stijgen. Gemiddeld gaat het om 4,9% in 2010. Dit komt vooral door een groei van de kosten voor het ziekenhuis; de totale honorariakosten dalen door de korting van de tarieven voor medisch specialisten. De kosten per verzekerde nemen ook toe voor tweedelijns verloskundige zorg (in 2010 met 3,9%).

Jaarlijks nemen de totale kosten voor kraamzorg toe met 5,3%. Dit lijkt mede een gevolg te zijn van meer cliënten in de kraamzorg. De kosten per verzekerde stijgen licht (in 2010 1,3%).

De meeste verzekerden hebben kosten in de eerste lijn én in de tweede lijn. Opvallend daarbij is dat verzekerden die zowel in de eerste als tweede lijn behandeld zijn, meer kosten maken dan verzekerden die direct in de tweede lijn starten (2.000 euro meer). Een deel hiervan kan verklaard worden doordat deze zwangeren met spoed zijn doorverwezen naar de tweede lijn, waardoor ook kosten voor de spoedeisende hulp

³ Uit werkbezoeken blijkt dat vrouwen in regio's met schaarse poliklinische bevalmogelijkheden ook sturen op een medische indicatie om garantie te hebben voor een bevalling in een ziekenhuis.

gemaakt worden. Daarnaast wordt een bevalling die thuis of poliklinisch begint onder begeleiding van een verloskundige en gedurende de bevalling op medische indicatie wordt overgedragen aan de gynaecoloog twee keer gedeclareerd. Deze 'dubbele' declaratie is niet onrechtmatig, aangezien de aanbieders in de eerste lijn en in de tweede lijn andere, complementaire zorg hebben geleverd.

Kenmerk

Pagina
7 van 7

De NZa constateert dat de totale kosten voor de geboortezorg jaarlijks stijgen. Dit is een negatieve ontwikkeling voor de betaalbaarheid van deze zorg. Gezien de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en samenwerking ligt het echter in de rede dat de prijs/kwaliteitverhouding is toegenomen. Naast het verminderen van de vermijdbare perinatale sterfte zorgt de kwaliteitsverbetering ook voor het verminderen van complicaties gedurende de zwangerschap en rondom de bevalling. Dit zorgt weer voor besparingen op andere (gezondheidszorg)terreinen. Deze verwachting kan niet zonder diepgaande analyse in financiële berekeningen worden gewaardeerd. De NZa vindt de kostenontwikkeling gegeven het bovenstaande niet zorgwekkend. Wel geeft dit aanleiding om de markt voor geboortezorg te blijven monitoren.

Acute verloskundige zorg

Het beleid gericht op acute verloskundige zorg is aan de minister om te bepalen. De focus van de marktscan is niet gericht op de acute verloskundige zorg en dat betekent dat de marktscan geen informatie biedt die de politieke en beleidsmatige keuzes rondom de beschikbaarheid van acute verloskundige zorg kunnen ondersteunen. Indien u dat wenst, kan de NZa aanvullend onderzoek daartoe uitvoeren.

Tot slot

Wij hopen met deze eerste marktscan een basis te hebben gelegd voor de verdere monitoring van de markt voor geboortezorg. De NZa zal de ontwikkelingen in de geboortezorg blijven volgen.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

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