

Reactie VWS op aanbevelingen SP-rapport 'de verloskundige'

Aanbeveling 2 Normpraktijk

*De normpraktijk moet omlaag naar 90 zorgeenheden per fulltime eerstelijnsverloskundige, zodat verloskundigen meer tijd hebben voor begeleiding en voorbereiding op de bevalling, het wegnemen van angsten en extra aandacht hebben voor preventie, ondersteuning en begeleiding voor de kwetsbare zwangere.*

Reactie

Bijstelling van de normpraktijk zal alleen kunnen plaatsvinden op basis van een kostenonderzoek op basis waarvan de NZa de tarieven kan herijken. Het laatste kostenonderzoek in de verloskunde vond plaats in 2009 en dat onderzoek heeft geleid tot een verhoging van het tarief in 2010, 2011 en 2012 van totaal 26%. Het tarief 2015 ligt bijna 38% hoger dan het tarief 2009. De NZa heeft geen plannen om op dit moment zelf een kostenonderzoek te starten. De KNOV kan desgewenst een verzoek hiertoe bij de NZa indienen.

Aanbeveling 3 Vergoeden preconceptieconsulten en huisbezoek rond de 34<sup>e</sup> week

*Om beter uitvoering te geven aan de adviezen van de Stuurgroep dienen preconceptieconsulten en huisbezoeken rond de 34<sup>e</sup> week te worden vergoed.*

Reactie

Het preconceptieconsult is onderdeel van het basispakket. Vrouwen die zwanger willen worden kunnen bij hun huisarts of een verloskundige om een preconceptieconsult vragen. Deze wordt vergoed als de betrokken (bevoegde en bekwame) zorgverlener deze doelmatig (specifiek toegesneden op die vrouw) vervolgens houdt.

Als de beroepsgroep kan onderbouwen dat het huisbezoek rond de 34<sup>e</sup> week een toegevoegde waarde heeft voor de zorg voor de zwangere vrouw en het ongeboren kind, dan wordt dit automatisch te verzekeren zorg. Het behoort dan tot de zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Nieuwe zorg stroomt immers automatisch in in het basispakket, mits het effectieve zorg is (of in dit geval: mits de toegevoegde waarde van het huisbezoek is onderbouwd). Een expliciet instroomadvies is dan dus niet nodig.

Aanbeveling 4 Achterstandsgroepen

*Het bereik van achterstandsgroepen kan sterk worden verbeterd door herinvoering van tolkenvergoeding en het invoeren van Centering Pregnancy (verloskundige zorg aan een groep zwangeren met heel veel inbreng van de zwangeren zelf, ruimte voor het delen van kennis en ervaringen en daardoor beter voorbereid op de bevalling en het ouderschap). Er moet meer aandacht komen in de opleiding voor omgang met achterstandsgroepen. En praktijken met veel mensen uit achterstandsposities krijgen een toeslag.*

Reactie

De beleidsregel verloskunde kent een achterstandstarief. Met het achterstandstarief kunnen de meerkosten die gepaard gaan met het leveren van zorg in achterstandswijken worden gecompenseerd. De bestaande prestaties op de beleidsregel verloskunde vormen geen belemmering om Centering Pregnancy te leveren. Wanneer het tarief niet toereikend is kan de module integrale geboortezorg worden gebruikt, indien de verzekeraar hiermee instemt. De afschaffing van de tolkenvergoeding in de zorg was een principiële keuze: mensen die in Nederland wonen hebben een eigen verantwoordelijkheid om de Nederlandse taal te kunnen spreken. De overheid neemt slechts in een beperkt aantal situaties de vergoeding van de inzet van professionele tolken voor haar rekening. De tolkenvergoeding is beschikbaar voor enkele specifieke groepen zoals cliënten vrouwenopvang, asielzoekers en slachtoffers van mensenhandel. De KNMG onderzoekt of er andere, specifieke, goed af te bakenen groepen zijn waarvoor een uitzondering gemaakt zou kunnen worden. Ik wacht de uitkomsten van dat onderzoek af.

Aanbeveling 13 Integrale bekostiging

*Voer geen integrale bekostiging in. Ook voor pilots met integrale bekostiging is het te vroeg. Samenwerking dwing je niet af via integrale tarieven. Maak eerst de kosten van de eerste en twee lijn inzichtelijk en stel hierop de inhoud van integrale zorg vast.*

Reactie

Ik verwijst hier naar de paragraaf over integrale bekostiging in mijn brief.

#### Aanbeveling 14 Eigen bijdrage poliklinisch bevallen

*Schaf de eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen af. Eigen bijdragen mogen geen rol spelen in de keuze voor de plek van de bevalling en in de mogelijke keuze voor pijnbestrijding, zeker in sociaal moeilijke situaties waar je wilt kiezen voor poliklinisch bevallen.*

#### Reactie

Ik verwijs hiervoor naar mijn brief van vorig jaar<sup>1</sup> waarin ik heb gereageerd op het initiatiefvoorstel van Kamerlid Wolbert. Kort gezegd komt mijn reactie er op neer dat ik niet van plan ben om het basispakket uit te breiden met niet medisch noodzakelijke zorg. Het CPZ heeft begin vorig jaar de leidraad zorggerelateerde criteria vastgesteld die verloskundigen kunnen gebruiken. In overige gevallen betalen zwangeren een deel van de kosten zelf als ze zonder medische of zorggerelateerde indicatie in een instelling bevallen onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige. Deze eigen betaling vloeit niet voort uit een door de overheid opgelegde eigen bijdrage alhoewel dat in de praktijk zo wordt beleefd.

#### Aanbeveling 15 Eigen bijdrage kraamzorg

*Schaf de eigen bijdrage voor kraamzorg af, in elk geval voor lage inkomens. Juist mensen die kraamzorg nodig hebben, kunnen het niet betalen. Dit is van belang voor bijvoorbeeld het signaleren van huiselijk geweld of de gezondheidswinst door het langer geven van borstvoeding.*

#### Reactie

Ik heb onlangs een advies van het Zorginstituut ontvangen over de opname van kraamzorg in het basispakket en ik heb besloten dat advies te volgen<sup>2</sup>. De eigen bijdrage viel buiten het bereik van dit onderzoek en is derhalve in het rapport niet meegenomen. In 2013 bedroegen de totale kosten voor kraamzorg € 306 mln. € 282 mln kwam ten laste van de Zvw en € 24 mln werd opgebracht door de inning van eigen bijdrage bij verzekerden. Een voorstel voor afschaffing van deze eigen bijdrage zal vergezeld moeten worden van een dekkingsvoorstel voor tenminste €24 mln. Door het wegvallen van de eigen bijdrage is het mogelijk dat een groter beroep op kraamzorg wordt gedaan, bijv. door mensen die nu vanwege de eigen bijdrage geen of minder kraamzorguren gebruikten. Er kunnen dus meerkosten ontstaan door een hoger volume.

In de Zvw is vastgelegd dat de zorg waaraan de verzekerde behoefte heeft wordt bepaald aan de hand van zorginhoudelijke criteria (art. 14, eerste lid). Inkomen speelt hierin dus geen rol. In de Zvw speelt inkomen geen enkele rol bij de aanspraken en de eigen bijdragen die voor enkele zorgvormen gelden. Inkomen is in het kader van de Zvw uitsluitend van belang bij de inkomensafhankelijke bijdrage en bij de inkomensafhankelijke compensatie voor de nominale premie via de zorgtoeslag. Een eigen bijdrage in de Zvw die afhankelijk is van het inkomen van de verzekerde vereist wetswijziging. Invoering van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage levert daarnaast uitvoeringstechnische problemen op (bijvoorbeeld krijgen zorgverzekeraars de beschikking over inkomensgegevens van verzekerden om vast te kunnen stellen of de betreffende verzekerde wel of geen eigen bijdrage kraamzorg kan betalen?).

#### Aanbeveling 19 Vrije prijzen

*Voer geen vrije prijzen in en beperk de macht van de zorgverzekeraars. Deze hebben te veel invloed op het dagelijkse werk, de contracten, de regionale samenwerking en de kwaliteit.*

#### Reactie

De NZa heeft in 2012 geadviseerd om de prijzen voor eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg vrij te geven. 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, aldus de NZa. Ik ben het met de NZa eens dat er in potentie positieve marktcondities aanwezig zijn om over te gaan tot invoering van vrije prijzen. Ik vind het echter, gezien het forse aantal lopende vernieuwingen rondom de geboortezorg die veelal zijn gericht op integrale samenwerking, te vroeg om hiertoe over te gaan.

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 32 279, nr. 62

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 32 279, nr. 68

Aanbeveling 20 marktwerking

*Stop met marktwerking in de verloskunde. Marktwerking heeft meer nadelen dan voordelen volgens de meeste verloskundigen*

Reactie

Uit de rapportage krijg ik niet duidelijk welke betekenis het woord marktwerking in deze context nu precies heeft. In mijn optiek is er geen of beperkt sprake van marktwerking in de verloskundige zorg. Er zijn maximumtarieven die door de NZa zijn vastgesteld. Gegeven deze regulering contracteren zorgverzekeraars nauwelijks onder de maximumtarieven. Mogelijk wordt bedoeld dat verloskundige praktijken in onderlinge concurrentie staan wat zijn weerslag kan vinden in (de omvang van) het contract met de zorgverzekeraar. Dat laatste lijkt mij juist goed: verloskundige praktijken die de betere zorg leveren worden meer gecontracteerd. Dit draagt bij aan de kwaliteit en innovatiekracht van de sector.