

Vergaderjaar 2013–2014

33 769

Initiatiefnota van het lid Wolbert over afschaffing van de eigen bijdrage bij bevallingen in het ziekenhuis

Nr. 2

INITIATIEFNOTA

Voorwoord

Ook al is de reputatie van de Nederlandse gezondheidszorg goed en werken veel verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden met veel betrokkenheid en deskundigheid in de geboortezorg, Nederland presteert Europees gezien slechts matig. De sterftcijfers van moeder en baby zijn te hoog en verbetering daarvan vraagt om veranderingen op vele vlakken.

Deze initiatiefnota gaat over één facet van de verbeteringen, namelijk de eigen bijdrage die vrouwen moeten betalen als ze zonder medische indicatie willen bevallen in het ziekenhuis.

Ik vind dat vrouwen moeten kunnen bevallen waar zij zich het prettigst voelen. Die keuze mag niet worden belast met financiële prikkels. Toch is dat nu wel het geval, waardoor vooral vrouwen met een laag inkomen belemmerd worden in die keuze.

Tijdens werkbezoeken kreeg ik daarnaast regelmatig het signaal, dat vooral laag opgeleide vrouwen met een laag inkomen, steeds vaker onder verdoving (met een ruggenprik) zouden willen bevallen. Dit om de eigen bijdrage van € 320,- te omzeilen. Deze perverse prikkel maakt dat ik haast wil maken met het afschaffen van de eigen bijdrage voor het bevallen in het ziekenhuis.

Wolbert

Inhoudsopgave	p.
Voorwoord	1
1. Inleiding	2
1.1 Aanleiding voor de initiatiefnota	2
1.2 Strekking van de initiatiefnota	2
1.3 Doel en reikwijdte voorstellen	3
1.4 Financiële gevolgen	3
2. De eigen bijdrage bij bevallingen	3
2.1 Eigen bijdrage	3
2.2 Regelgeving eigen bijdrage	4
2.3 Signalen & ontwikkelingen	4
2.4 Pijnbestrijding tijdens de bevalling	5
2.5 Cijfers en statistieken	5
3. Deskundigen over de eigen bijdrage	6
3.1 Stuurgroep zwangerschap en geboorte	6
3.2 College Perinatale Zorg	6
3.3 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen	6
3.4 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	6
3.5 College voor zorgverzekeringen	6
4. Financieel	7
4.1 Integraal tarief	7
4.2 Per wanneer te realiseren	8
5. Conclusie & aanbevelingen	8
Lijst van afkortingen	9
Bijlage I: Gebruikte terminologie	10
Bijlage II: Parlementaire voorgeschiedenis	11

1. Inleiding

1.1 Aanleiding voor de initiatiefnota

«Zwangere kiest prik uit financieel gewin». Zo kopte het Algemeen Dagblad¹ deze zomer bij een bericht over zorgen van de KNOV (de organisatie van verloskundigen). Het lijkt steeds meer voor te komen dat vrouwen voor pijnbestrijding kiezen tijdens hun bevalling om op die manier de eigen bijdrage te omzeilen die moet worden betaald bij een bevalling in het ziekenhuis.

Deze eigen bijdrage geldt voor vrouwen die zonder medische indicatie bevallen in het ziekenhuis, de zogeheten (poli)klinische eerstelijnsbevallingen. Bij deze eerstelijnsbevallingen moet een eigen bijdrage worden betaald van ongeveer € 320². Wanneer vrouwen ervoor kiezen om tijdens de bevalling gebruik te maken van pijnbestrijding, dan wordt de bevalling overgeheveld naar de tweedelijnszorg waarbij een gynaecoloog of anesthesist moet worden ingezet en in dit geval vervalt de eigen bijdrage.

1.2 Strekking van de initiatiefnota

Initiatiefnemer is van mening dat de eigen bijdrage voor poliklinische bevallingen, financiële prikkels met zich mee brengt die de keuzevrijheden beperkt voor zwangere vrouwen.

¹ Algemeen Dagblad, 27 juni 2012.

² «Zorg rondom zwangerschap en geboorte – weergave van de markt 2007–2012». Marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit. December 2012.

De keuzevrijheid van de zwangere wordt door de eigen bijdrage op twee manieren belast. Ten eerste kan de eigen bijdrage van € 320 een drempel opwerpen om voor een bevalling in het ziekenhuis te kiezen, wanneer er geen sprake is van een medische indicatie. Ten tweede kan de eigen bijdrage een rol spelen in de keuze voor het gebruik van pijnbestrijding tijdens de bevalling of niet. De initiatiefnemer vindt dat vrouwen deze beide besluiten moeten nemen op basis van alle benodigde informatie die zij tijdens hun zwangerschap vergaren, niet op basis van financiële prikkels.

1.3. Doel en reikwijdte van de voorstellen

Het doel van deze initiatiefnota is het afschaffen van de eigen bijdrage bij eerstelijns bevallingen in het ziekenhuis. Met óf zonder medische indicatie zouden zwangere vrouwen op basis van gelijke gegevens en gevoelens een vrije keuze moeten kunnen maken over de locatie van de bevalling en het gebruik van pijnbestrijding of niet. Financiële prikkels zouden niet de basis moeten vormen voor deze beslissingen.

1.4 Financiële gevolgen

Het schrappen van de eigen bijdrage zal jaarlijks een inkomstenvermindering betekenen van ruim 6,3 miljoen euro. Hiernaast zullen waarschijnlijk meer vrouwen vanwege het wegvallen van de financiële prikkel van de eigen bijdrage, in het ziekenhuis bevallen of wellicht in de duurdere tweedelijnszorg terecht komen.

De kosten van het schrappen van de eigen bijdrage voor ziekenhuisbevallingen zonder medische indicatie en de kosten van het grotere aantal vrouwen dat in een ziekenhuis zal bevallen, kunnen worden opgevangen door de introductie van het voorgenomen integraal tarief voor geboortezorg. Daarmee komt een einde aan het declareren van de bevalling door zowel de verloskundige als door de gynaecoloog (dubbele declaraties). Bovendien leidt een integraal tarief tot betere samenwerking, betere communicatie, betere risicoselectie en dat betekent dus kwalitatief betere zorg. De initiatiefnemer vindt dat de streefdatum voor het integrale tarief 1 januari 2015 moet zijn.

2. De eigen bijdrage bij bevallingen

2.1 Eigen bijdrage

Naast het eigen risico dat voor bepaalde kosten rondom de bevalling geldt, bestaat ook een eigen bijdrage die voor bepaalde verloskundige zorg betaald dient te worden. Deze eigen bijdrage bestaat níet in de volgende situaties:

- bij een eerstelijns bevalling thuis;
- bij een medisch geïndiceerde poliklinische bevalling;
- bij een tweedelijns bevalling op medische indicatie in een instelling.

Bij een eerstelijns bevalling in een geboortecentrum of in het ziekenhuis zonder medische indicatie, geldt de eigen bijdrage dus wel. In dat geval is de vrouw verplicht een eigen bijdrage te betalen³. Het afschaffen van deze eigen bijdrage bij bevallingen in het ziekenhuis wordt al langere tijd besproken in de Kamer. Een uitgebreide samenvatting hiervan is opgenomen in bijlage II.

³ «Zorg rondom zwangerschap en geboorte – weergave van de markt 2007–2012». Marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit. December 2012.

2.2 Regelgeving eigen bijdrage

De regelgeving waarin staat wanneer er sprake is van een verplichte eigen bijdrage, staat beschreven in de volgende bepaling:

Regeling zorgverzekering artikel 2.36⁴:

Artikel 2.36

2. De eigen bijdrage voor verzorging verleend in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, bedraagt voor zowel de moeder als het kind € 16 per dag, die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 114,50 per dag te boven gaat. De tarieven van deze eigen bijdrage voor een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie, stijgen ieder jaar. Dit jaar bedraagt de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie € 321,50⁵.

2.3 Signalen en ontwikkelingen

In het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit⁶ (NZa) over de bekostiging van de (integrale zorg) rondom zwangerschap en geboorte, is een beschrijving van de markt opgenomen naar aanleiding van cijfers van de Perinatale Audit uit 2011. Hierin staat beschreven dat 84,2% van de zwangerschappen in 2010 in de eerstelijns zorg begon. Het grootste deel van de bevallingen vindt echter toch in de tweedelijns zorg plaats (67,3%). Hiervan wordt 37% tijdens de zwangerschap al overgedragen, en 15% tijdens de bevalling.

In de «*Marktscan zorg rondom zwangerschap en geboorte*⁷», ook van de NZa, is een paragraaf gevoegd over de financiële toegang tot de geboortezorg in Nederland. Hierbij is gekeken naar de trends in de betalingen en de ontwikkelingen in de tarieven van de geboortezorg. In tabel 3.1 is de ontwikkeling van deze tarieven weergegeven:

Tabel 2.1 – De ontwikkeling van de eigen bijdrage voor eerstelijns bevallingen zonder medische indicatie in een instelling

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tarief eigen bijdrage	286,00	294,00	297,43	302,50	316,87	321,50

Bron: CVZ, in de «Marktscan zorg rondom zwangerschap en geboorte» van de NZA.

In deze paragraaf is ook een onderzoek opgenomen over de ervaringen van vrouwen met de eigen bijdrage bij bevallingen. In dit onderzoek zijn 323 vrouwelijke respondenten meegenomen, die in 2011 of 2012 zijn bevallen. Van deze groep vrouwen was de verdeling van de bevallingslocatie als volgt:

Tabel 2.2 – Plaats van bevalling, N=323

Ziekenhuis	76%
Thuis	20%
Geboortecentrum	1%
Anders	2%

⁴ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2012-14946.html>

⁵ <http://weblog.independer.nl/zorgverzekeringen/vergoeding-zwangerschap-bevalling/>

⁶ «Zorg rondom zwangerschap en geboorte – weergave van de markt 2007–2012». Marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit. December 2012.

⁷ «Zorg rondom zwangerschap en geboorte – weergave van de markt 2007–2012». Marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit. December 2012.

Bron: «Marktscan zorg rondom zwangerschap en geboorte» van de NZA.

Uit dit onderzoek bleek dat 11% van de respondenten een eigen bijdrage heeft betaald, tegenover 79% die dit niet hebben hoeven doen. Uit deze gegevens blijkt echter niet hoeveel van deze vrouwen met een medische indicatie in het ziekenhuis is bevallen en wie er verzekerd waren voor een bevalling zonder medische indicatie in het ziekenhuis. Dit percentage kan dus landelijk mogelijk hoger liggen.

Hiernaast bleek dat voor 9% van de vrouwen de eigen bijdrage van invloed is geweest op de uiteindelijke keuze die zij maakten met betrekking tot de locatie van de bevalling. Voor 87% had de eigen bijdrage geen invloed op de keuze. Ook hier moet de kanttekening gezet worden dat binnen deze 87% ook de vrouwen vallen die op medische indicatie in het ziekenhuis moesten bevallen, en dat dus op die manier voor dat gedeelte van de vrouwen de eigen bijdrage logischerwijs automatisch geen rol heeft gespeeld. Desalniettemin geeft alsnog dus bijna 10% aan dat de financiële prikkel van invloed is geweest op de keuze wat betreft de locatie van de bevalling.

2.4 Pijnbestrijding tijdens de bevalling

Het is mogelijk om zonder medische indicatie, tóch geen eigen bijdrage te hoeven betalen bij een bevalling in het ziekenhuis. Wanneer er bij de bevalling gebruik wordt gemaakt van epidurale pijnbestrijding⁸ (ruggenprik), waarbij een anesthesist of gynaecoloog langs moet komen, is er sprake van een medische indicatie en wordt de bevalling overgeheveld van de eerstelijns naar de tweedelijns geboortezorg.

2.5 Cijfers en statistieken

De toepassing van de ruggenprik bij bevallingen is in de laatste jaren flink gestegen. Vanaf 2003 is deze stijging ingezet, en volgens deskundigen is deze trend doorgezet door de nieuwe richtlijn uit 2008 van gynaecologen, verloskundigen en anesthesiologen. Hierin staat dat vrouwen altijd een ruggenprik moeten kunnen krijgen als de pijn tijdens de bevalling hen te veel wordt⁹.

Uit de gegevens van de Stichting Perinatale Registratie Nederland blijkt dat in 2000 bij 3,22% van de bevallingen gebruik is gemaakt van een ruggenprik. In 2009 is dit percentage gestegen naar 10,23%¹⁰. Dit percentage is gebaseerd op de bevallingen die zowel in de eerste lijn startten als in de tweede lijn. Er zijn geen gegevens bekend over het aantal vrouwen dat voor een ruggenprik koos, om zo de eigen bijdrage niet te hoeven betalen. In 2009 waren er vijf regionale ziekenhuizen in plattelandsgebieden waar zwangere vrouwen geen ruggenprik konden krijgen. In de overige 97 ziekenhuizen kon dit wel¹¹.

⁸ «Pijnbestrijding tijdens de bevalling». Patiëntenvoorlichting van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Utrecht, 2002.

⁹ <http://www.dokterdokter.nl/gezondheid/zwanger-bevallen/32052/pijnbestrijding-bij-bevallings-teeds-normaler>

¹⁰ Aanhangsel Handelingen II 2011/12, nr. 3329.

¹¹ <http://www.dokterdokter.nl/gezondheid/zwanger-bevallen/32052/pijnbestrijding-bij-bevallings-teeds-normaler>

Volgens de Zorgverzekeraars Nederland liggen de ziekenhuiskosten van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie op € 509,87. Er is geen apart tarief dat bij deze kosten komt wanneer er gebruik wordt gemaakt van epidurale pijnbestrijding. Deze zijn onderdeel van de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) binnen de tweedelijns bevalling, waarvan de gemiddelde kosten liggen op € 2.450. Hiervan zijn de ziekenhuiskosten € 2.156 en het honorarium van de anesthesist € 294.

3. Deskundigen over de afschaffing eigen bijdrage

3.1 Stuurgroep zwangerschap en geboorte

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft in december 2009 een advies¹² uitgebracht over hoe Nederland moet gaan bouwen aan een betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte, met de ambitie om de perinatale sterfte in vijf jaar te halveren.

Hierin stelt zij het volgende over de afschaffing van de eigen bijdrage: «*De stuurgroep vindt dat er geen financiële barrières mogen zijn voor een vrouw en haar (eventuele) partner om al dan niet te kiezen voor een poliklinische bevalling. De eigen bijdrage voor bevallen in een geboortecentrum of poliklinisch (op eigen verzoek, zonder medische indicatie) moet daarom vervallen*».

3.2 College Perinatale Zorg

Het College Perinatale Zorg (CPZ) is de opvolger van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Het betreft een landelijk college waarin alle veldpartijen die te maken hebben met de perinatale zorg in Nederland, samenwerken. Het CPZ heeft zich al eerder op het standpunt gesteld dat de eigen bijdragen voor geboortezorg geheel zouden moeten verdwijnen.

3.3 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

«Het is niet goed dat vrouwen uit financieel gewin kiezen voor een prik die kan leiden tot ernstige complicaties».¹³ Dat stelt de verloskundigenvereniging KNOV over de financiële prikkel waar de eigen bijdrage mogelijk toe kan leiden.

3.4 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

«Keuze kan pas werkelijk gerealiseerd worden als de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling of een bevalling in een geboortecentrum verdwijnt. Financiële drempels mogen er niet zijn, zeker niet als we beseffen dat juist de zwangeren voor wie die financiële drempel hoog is, de categorie vormen met een verhoogde kans op problemen.» Dit stelt de NVOG in haar visie «*Een stap verder*¹⁴.»

3.5 College voor zorgverzekeringen

Het CVZ heeft op 30 mei 2011 een rapport¹⁵ uitgebracht aan de Minister over de eigen bijdrage in de verloskundige zorg. Hierbij geeft zij het advies «de hoge eigen bijdrage voor een eerstelijnsbevalling in een

¹² «Een goed begin – veilige zorg rond zwangerschap en geboorte». Advies van Stuurgroep Zwangerschap en geboorte. Utrecht, december 2009.

¹³ <http://www.artsennet.nl/Nieuws/Nieuws-uit-de-media/Artikel/117235/KNOV-bezorgd-over-populaire-ruggenprik.htm>

¹⁴ «Integrale verloskundige zorg; een stap verder». NVOG, april 2011.

¹⁵ «Eigen bijdrage verloskundige zorg?» Rapport van het CVZ, mei 2011.

instelling af te schaffen zodat de kwaliteit van de benodigde zorg voorop kan staan. De invulling van de zorg waarop de vrouw redelijkerwijs is aangewezen, hoort geen financiële belemmeringen te kennen.» Het CVZ heeft hierbij om reactie gevraagd bij diverse partijen en hieruit bleek dat de NVOG, KNOV, ZN, ActiZ, NZa en de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) het advies ondersteunen.

4. Financieel

4.1 Integraal tarief

Initiatiefnemer stelt voor om de kosten die de afschaffingen van de eigen bijdrage met zich meebrengen, te bekostigen middels de invoering van een integraal geboortetarief. De zorg van alle zorgaanbieders wordt bij een integraal tarief betaald op basis van één tarief. De NZa stelt in haar advies «*Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte*¹⁶», het volgende met betrekking tot de integrale bekostiging van geboortezorg:

«Met integrale bekostiging wordt een zorgprogramma of een zorgketen bekostigd. De zorg wordt geleverd door een samenwerkingsverband van zorgaanbieders die zowel zelfstandig en als groep functioneren, waarbij het zorgproces van de patiënt centraal staat en integraal wordt aangeboden. Het gaat over de zorg die, vanuit het perspectief van de zwangere, een continu karakter heeft door het afstemmen van en samenwerken van de betrokken beroepsgroepen en zorgaanbieders. De zorg gaat over de schotten van de eerste en tweede lijn heen».

Dit laatste aspect van het integraal geboortezorgtarief, zal een grote kostenbesparing met zich meebrengen, volgens het CPZ een evidente besparing van miljoenen euro's. Zeker als op deze tariefopbouw de substitutie van de tweede naar de eerste lijn als uitgangspunt wordt genomen, kan het niet anders dan dat met de invoering van het integraal tarief, kosten worden bespaard. De duurdere tweedelijns wordt immers gedeeltelijk vervangen voor eerstelijnszorg. Nu is er in grote mate sprake van het zowel declareren door de eerstelijns- als door de tweedelijns geboortezorgverleners. RTL Nieuws is met cijfers gekomen van jaarlijkse bevallingen en declaraties: jaarlijks vinden er ongeveer 173.000 bevallingen plaats, maar is er sprake van 230.000 declaraties. Dit betreffen dus 57.000 extra declaraties. Het College Perinatale Zorg stelt zelfs dat het gaat om 75.000 extra declaraties en dat een integraal geboortetarief oplossing kan bieden aan deze dubbele declaraties, aangezien het integraal tarief de verloskundige en gynaecologen tot betere samenwerking dwingt. Op deze manier leidt het integraal tarief tot betere samenwerking, betere communicatie, betere risicoselectie en dus kwalitatief betere zorg.

Vanwege het wegvallen van de financiële prikkel van de eigen bijdrage zullen er wellicht meer vrouwen, in het ziekenhuis bevallen of mogelijk in de duurdere tweedelijnszorg terechtkomen.

Een alternatief voor het volledig afschaffen van de eigen bijdrage bij bevallingen in het ziekenhuis, is het afschaffen van de eigen bijdrage voor vrouwen met een sociale of geografische indicatie: deze kosten werden in 2010 geraamd op 2,2 miljoen euro. Deze indicaties omvatten redenen waardoor een bevalling thuis niet wenselijk zou zijn, zoals een verre afstand tot het ziekenhuis of een onhygiënische thuissituatie. Initiatiefnemer geeft de voorkeur aan de volledige afschaffing. Voor zorgverzeke-

¹⁶ «Advies Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte – het stimuleren van samenwerking». Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2012.

raars betekent gedeeltelijke afschaffing extra administratie, uitvoerings-technisch is dit zeer onwenselijk. Bovendien zal de onduidelijkheid onder verzekerden over de eigen bijdrage toenemen.

4.2 Per wanneer te realiseren

De initiatiefnemer vindt dat de streefdatum voor het integrale tarief 1 januari 2015 moet zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft gesteld in haar advies van 2012 dat de Nederlandse markt nog niet toe is aan het integraal tarief, en een periode van 3 jaar experimenteren met het tarief vooraf moet gaan aan de uiteindelijke instelling van het tarief¹⁷. Het College Perinatale Zorg, dat bestaat uit beroepsorganisaties, ziekenhuizen, kraamzorginstellingen, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van zwangeren, vindt deze periode te lang en heeft aangegeven dat een proefperiode van 1 jaar genoeg is¹⁸.

5. Conclusie & aanbevelingen

De initiatiefnemer is van mening dat vrouwen moeten kunnen bevallen waar zij zich het prettigst voelen:

- Zwangere vrouwen mogen niet door financiële prikkels worden belast bij de keuze over de locatie van de bevalling. Elke zwangere vrouw moet kunnen bevallen waar zij zich het prettigste voelt.
- Zwangere vrouwen mogen niet door financiële prikkels worden belast bij de keuze voor pijnbestrijding of niet. Het is onwenselijk dat vrouwen medische ingrepen aanwenden om geen eigen bijdrage te hoeven betalen.
- Invoering van een integraal tarief zal het aantal dubbele declaraties tegengaan.

Daarom stelt initiatiefnemer het volgende voor:

1. Het volledig afschaffen van de regeling zorgverzekering artikel 2.36, lid 2¹⁹:

Artikel 2.36

2. *De eigen bijdrage voor verzorging verleend in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, bedraagt voor zowel de moeder als het kind € 16 per dag, die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 114,50 per dag te boven gaat.*
2. De kosten van het afschaffen van deze eigen bijdrage opvangen door invoering van een integraal geboortetarief.

Wolbert

¹⁷ «Advies Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte – het stimuleren van samenwerking». Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2012.

¹⁸ <http://www.nataal.nl/index.php/informatie-geboortezorg/zorgkwaliteit/236-integraal-geboortetarief>

¹⁹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2012-14946.html>

Lijst van afkortingen

ActiZ	Organisatie van zorgondernemers
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CVZ	College voor zorgverzekeringen
CPZ	College Perinatale Zorg
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVOG	Nederlandse Vereniging Verloskundigen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAN	Perinatale Audit Nederland
PRN	Perinatale Registratie Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Gebruikte terminologie

College Perinatale Zorg	moet de uitvoering van de Stuurgroep adviezen ondersteunen. Bestaat uit beroepsorganisaties, ziekenhuizen, kraamzorginstellingen, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van zwangeren. Doel is om de maternale en perinatale sterfte in vijf jaar te halveren.
Eerstelijns bevalling	wanneer zowel zwangerschap als bevalling naar verwachting verloopt en zich geen complicaties voordoen. Verloskundige begeleidt bevalling, kraamverzorgende verantwoordelijk voor partusassistentie.
Epidurale pijnbestrijding	ook wel ruggenprik genoemd. Via een katheter wordt de verdovingsvloeistof toegediend in de ruimte tussen de ruggenwervels. Hier lopen de zenuwen die de pijnprikkels van de baarmoeder en de bekkenbodem vervoeren.
Geografische indicatie	wanneer er geografische factoren bestaan waardoor de bevalling niet thuis plaats kan vinden, zoals bijvoorbeeld een lange reistijd naar het ziekenhuis, wordt deze indicatie afgegeven.
Integrale bekostiging	de totale zorgverlening wordt met één tarief gedeclareerd.
Medische indicatie	wanneer er tijdens de zwangerschap al bepaalde complicaties of risico's zich voordoen, of wanneer deze bij de bevalling worden verwacht, wordt een medische indicatie afgegeven, waardoor de bevalling in het ziekenhuis moet plaatsvinden.
Partusassistentie	Assistentie tijdens de bevalling.
Pethidine	Morfine-achtig medicijn met een pijnstillend effect.
Sociale indicatie	wanneer er sociale factoren bestaan waardoor de bevalling niet thuis plaats kan vinden, zoals bijvoorbeeld een onhygiënische thuissituatie, wordt deze indicatie afgegeven.
Tweedelijns bevalling	wanneer uit de risicoselectie blijkt dat een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode, wordt de zorg overgeheveld naar de tweedelijnszorgverlening. Hierbij begeleidt de klinisch verloskundige en/of gynaecoloog de medische bevalling. Partusassistentie is in handen van verpleegkundige.

Op 8 april 2010 wordt door Marianne Langkamp van de SP tijdens het spoeddebat over babysterfte en 24-uurszorg een motie²⁰ ingediend waarin zij de regering verzoekt de eigen bijdrage voor de poliklinische bevalling- en kraamzorg af te schaffen. Deze motie komt echter te vervallen in afwachting van een brief van de toenmalig Minister Ab Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Op 15 juni 2010 gaat Minister Klink in deze brief²¹ aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, in op het advies van de *Stuurgroep zwangerschap en geboorte*,²² om de eigen bijdragen af te schaffen voor een (poli)klinische bevalling en kraamzorg. Hierin stelt hij dat door de demissionaire status van het kabinet, een volgend kabinet een besluit dient te nemen over deze eventuele afschaffingen. Wel stelt hij dat het in beide gevallen gaat om een aanpassing van het basispakket en dat hij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om advies gaat vragen over de effecten van het afschaffen van deze eigen bijdragen. Vervolgens stelt hij dat de invoering van deze maatregel op zijn vroegst in 2012 kan plaatsvinden.

Diezelfde zomer dient mevrouw Kooiman van de SP ongeveer dezelfde motie in als die Langkamp een aantal maanden eerder had ingediend. Echter bij deze motie²³, nr.7, vraagt zij de eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen enkel af te schaffen voor vrouwen met een sociale of geografische indicatie. Minister Klink stelt hierop dat hij het aannemen van deze motie ontraadt, omdat de eigen bijdrage voor kraamzorg en poliklinisch bevallen voor diegenen met een sociale of geografische indicatie op dat moment niet in het pakket zitten en het kosten met zich mee zal brengen. Hij stelt vervolgens nogmaals om dit onderwerp aan een volgend kabinet over te willen laten.

Daarnaast zijn schriftelijke vragen gesteld over de eigen bijdrage bij een (poli)klinische bevalling, zo ook door Khadija Arib van de PvdA op 28 juni 2012²⁴. Hierin wordt de oproep besproken van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van verloskundigen (KNOV), om de eigen bijdrage af te schaffen voor bevallen in het ziekenhuis. Hierop stelt de demissionaire Minister Schippers dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) haar geadviseerd heeft om te onderzoeken of de financiële prikkels die de eigen bijdrage met zich meebrengen, geneutraliseerd kunnen worden. Gezien haar demissionaire status stelt zij hierna om de opvolging van dit advies aan haar opvolger over te laten. Arib vraagt haar vervolgens meer informatie over de stijging van het aantal vrouwen dat tijdens de bevalling gebruik maakt van een ruggenprik, en of deze vrouwen dat doen vanuit financiële overwegingen. Schippers geeft hierop aan dat er geen onderzoek bekend is waar dit uit blijkt en dat zij hier geen verdere uitspraken over kan doen. Wel stelt zij dat het uitgangspunt is dat vrouwen een eigen keuze moeten kunnen maken in de locatie van bevalling, met eventuele begrenzing van de richtlijnen van beroepsgroepen in acht genomen.

In het Algemeen Overleg²⁵ van 24 januari 2013 over Zorg rond zwangerschap en geboorte is de eigen bijdrage voor bevallingen en het integraal

²⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010. 29 323, nr.78.

²¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010. 32 279, nr.6.

²² «Een goed begin – veilige zorg rond zwangerschap en geboorte». Advies van Stuurgroep Zwangerschap en geboorte. Utrecht, december 2009.

²³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010. 32 279, nr.7.

²⁴ Aanhangsel Handelingen II 2011/12, nr. 3329

²⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013. 32 279, nr. 52.

tarief ook ter sprake gekomen. De aanwezige leden van de partijen CDA, VVD, PVV, PvdA en de SP hebben hierin om een reactie van de Minister gevraagd over het mogelijke afschaffen van de eigen bijdrage bij een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie of over het instellen van een integraal tarief. De Minister is hier op teruggekomen in een brief aan de Kamer op 24 april 2013²⁶. Hierin stelt zij het volgende met betrekking tot de eigen bijdrage bij de verloskundige zorg:

- de medisch-inhoudelijke criteria die door de eerstelijns verloskundige of verloskundig-actieve huisarts worden gehanteerd, zouden breder moeten worden ingevuld. Volgens de Minister bestaan er ook andere omstandigheden, naast de medische noodzaak, waardoor eigen bijdrage onwenselijk is. Als er sprake is van dergelijke zorg gerelateerde gronden, krijgt de zwangere alsnog een indicatie en vervalt de eigen betaling voor het gebruik van de verloskamer in de instelling.
 - > Minister verzoekt het College Perinatale Zorg een leidraad te maken aan de hand waarvan deze besluitvorming kan plaatsvinden.
- de Minister heeft de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd een advies op te stellen over een integraal bekostigingsmodel voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte, dat de onderlinge samenwerking en een goede gegevensoverdracht tussen zorgaanbieders kan faciliteren en stimuleren.
 - > Het advies van de NZa is om op korte termijn geen integrale bekostiging voor zorg rondom zwangerschap en geboorte in te voeren, aangezien de sector nog niet rijp is voor invoering van integrale bekostiging voor geboortezorg. De Minister neemt dit advies over, maar maakt experimenten mogelijk. Een landelijk integraal tarief kan volgens de Minister pas over 3 á 4 jaar worden ingevoerd.

Het College van Perinatale Zorg (CPZ) stelt in september 2012 overigens teleurgesteld te zijn over het oordeel van de NZa²⁷. Het CPZ bestaat uit samenwerkende veldpartijen die allen te maken hebben met geboortezorg. Volgens de CPZ zou 1 experimenteel jaar genoeg zijn om het integraal tarief in te kunnen stellen.

²⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013. 32 279, nr. 54.

²⁷ <http://www.nataal.nl/index.php/informatie-geboortezorg/zorgkwaliteit/236-integraal-geboortetarief>.