

## Verloskunde

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Kenmerk  
BR/CU-7077

Ingevolge artikel 57, vijfde lid, Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

Ingevolge artikel 59, tweede lid, Wmg heeft de Minister van VWS met brieven van 21 juli 2011, kenmerk MC-U 307309, en van 16 december 2011, kenmerk MC-U-3093364, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel aanwijzingen op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

### 1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg, zoals verloskundigen en huisartsen die bieden, als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen<sup>1</sup> of werkzaamheden<sup>2</sup> op het terrein van de verloskundige zorg door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet op de Beroepen in de individuele Gezondheidszorg (BIG).

### 2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is vastlegging van het beleid inzake de wijze waarop de diverse prestatiebeschrijvingen en tarieven voor geneeskundige zorg, zoals verloskundigen en huisartsen die voor hun diensten in rekening mogen brengen, tot stand komen.

### 3. Prestatiebeschrijvingen

In het kader van deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen als basis verloskundige zorg onderscheiden:

- volledige verloskundige zorg;
- volledige prenatale zorg;
- volledige natale zorg;
- volledige postnatale zorg;
- prenatale zorg bij spontane abortus of verwijzing van de cliënt/patiënt naar de 2<sup>e</sup> lijn;
- prenatale zorg bij overdracht van de cliënt/patiënt aan andere zorgaanbieder tijdens de zwangerschap.

Daarnaast worden in deze beleidsregel ook een aantal overige (aanvullende) prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

<sup>1</sup> Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2<sup>o</sup>, van de Wmg.

<sup>2</sup> Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

- algemene termijnen echo;
- specifieke diagnose echo;
- uitwendige versie bij stuitligging;
- prenatale screening counseling;
- prenatale screening Nuchal Translucency-meting (NT-meting);
- prenatale screening Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO).

Kenmerk  
BR/CU-7077

Pagina  
2 van 9

## **4. Begripsbepalingen**

### **4a. basis verloskundige zorgprestaties**

#### *4.1 Inkomensbestanddeel*

Het aandeel van het normatief bepaalde inkomen van een verloskundige in het (maximum)tarief, dat aanbieders van verloskundige zorg in rekening mogen brengen.

#### *4.2 Praktijkkostenbestanddeel*

Het aandeel van de normatief bepaalde praktijkkosten van een verloskundige in het (maximum)tarief, dat aanbieders van verloskundige zorg in rekening mogen brengen.

#### *4.3 Rekenomzet*

De som van het inkomensbestanddeel (zie artikel 4.1) en het praktijkkostenbestanddeel (zie artikel 4.2).

#### *4.4 Rekennorm*

Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal (verloskundige) zorgeenheden per jaar.

### **4b. overige (aanvullende) verloskundige zorgprestaties**

#### Algemene termijn echo/specifieke diagnose echo

#### *4.5 Rekeninkomen*

Het aandeel van het normatief bepaalde inkomen van een verloskundige in het (maximum)tarief, dat aanbieders van verloskundige zorg in rekening mogen brengen.

#### *4.6 Rekenkosten*

Het aandeel van het normatief bepaalde praktijkkosten van een verloskundige in het (maximum)tarief, dat aanbieders van verloskundige zorg in rekening mogen brengen.

#### *4.7 Rekenomzet*

De som van het rekeninkomen (zie artikel 4.5) en de rekenkosten (zie artikel 4.6).

#### *4.8 Rekennorm*

Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal abonnementen per jaar.

#### Uitwendige versie bij stuitligging

#### *4.9 Inkomensbestanddeel*

Het aandeel van het normatief bepaalde inkomen van een verloskundige in het (maximum)tarief, dat aanbieders van verloskundige zorg in rekening mogen brengen.

#### *4.10 Praktijkkostenbestanddeel*

Het aandeel van de normatief bepaalde praktijkkosten van een verloskundige in het (maximum)tarief, dat aanbieders van verloskundige zorg in rekening mogen brengen.

Kenmerk  
BR/CU-7077

Pagina  
3 van 9

#### 4.11 *Rekenomzet*

De som van het inkomensbestanddeel (zie artikel 4.10) en het praktijkkostenbestanddeel (zie artikel 4.11).

#### 4.12 *Rekennorm*

Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal werkbare uren per jaar.

### Prenatale screening counseling, NT-meting en SEO

#### 4.13 *Praktijkkostenbestanddeel*

Het aandeel van de normatief bepaalde praktijkkosten van een verloskundige in het (maximum)tarief, dat aanbieders van verloskundige zorg in rekening mogen brengen.

#### 4.14 *Rekennorm*

Begripsaanduiding voor een normatief bepaald aantal verrichtingen per jaar.

## **5. Onderdelen ter vaststelling van de tariefopbouw**

### **5a. basis verloskundige zorgprestaties**

5.1 Het inkomensbestanddeel van het tarief bedraagt € 66.315, (definitief niveau 2009). Het inkomensbestanddeel wordt per 1 januari 2011 (structureel) verhoogd met € 8.456 (definitief niveau 2009) en per 1 januari 2012 nogmaals (structureel) verhoogd met € 8.456 (definitief niveau 2009).

5.2 Het praktijkkostenbestanddeel van het tarief bedraagt € 37.451 (definitief niveau 2009). Het praktijkkostenbestanddeel is opgebouwd uit de volgende elementen:

- personeelskosten € 6.089
- overige kosten € 31.362

De 'overige kosten' bestaan uit onder meer de volgende elementen, te weten huisvestingskosten, waarneemkosten, inrichting praktijkkosten, vervoerskosten, rentekosten.

Het praktijkkostenbestanddeel wordt per 1 januari 2011 op het element overige kosten (structureel) verhoogd met € 698 (definitief niveau 2009) en per 1 januari 2012 op het element overige kosten nogmaals (structureel) verhoogd met € 698 (definitief niveau 2009).

5.3 De rekennorm bedraagt 105 zorgeenheden per jaar.

### **5b. overige (aanvullende) verloskundige zorgprestaties**

#### 5.4 *Algemene termijnen echo/specifieke diagnose echo*

Het rekeninkomen bedraagt € 1.369 (definitief niveau 2009). In de berekening van het rekeninkomen voor de echo wordt uitgegaan van het inkomensbestanddeel van het maximumtarief per bevalling, 261 werkbare dagen van 8 uur en 15 minuten meerwerk van de verloskundige per echo en 172 echo's per verloskundige (143 eerste echo's en 29 tweede en volgende echo's).

De rekenkosten bedraagt € 3.876 (definitief niveau 2009). In de berekening van de rekenkosten voor de echo (investeringskosten en de materiaalkosten) is uitgegaan van één echoapparaat per 2,5 verloskundigen.

**Kenmerk**  
BR/CU-7077

**Pagina**  
4 van 9

De rekennorm bedraagt 143 abonnementen per jaar.

#### 5.5 *Uitwendige versie bij stuitligging*

Het inkomensbestanddeel van het tarief bedraagt € 66.315 (definitief niveau 2009). Het inkomensbestanddeel wordt per 1 januari 2011 (structureel) verhoogd met € 8.456 (definitief niveau 2009) en per 1 januari 2012 nogmaals (structureel) verhoogd met € 8.456 (definitief niveau 2009).

Het praktijkkostenbestanddeel van het tarief bedraagt € 37.451 (definitief niveau 2009). Het praktijkkostenbestanddeel is opgebouwd uit de volgende elementen:

- personeelskosten € 6.089
- overige kosten € 31.362

Het praktijkkostenbestanddeel wordt per 1 januari 2011 op het element overige kosten (structureel) verhoogd met € 698 (definitief niveau 2009) en per 1 januari 2012 op het element overige kosten nogmaals (structureel) verhoogd met € 698 (definitief niveau 2009).

De rekennorm bedraagt 1.540 werkbare uren.

#### 5.6 *Prenatale screening counseling*

Het praktijkkostenbestanddeel van het tarief bedraagt € 52.659 (definitief niveau 2009). Het praktijkkostenbestanddeel is alleen opgebouwd uit personeelskosten.

De rekennorm bedraagt 1.425 verrichtingen per jaar.

#### 5.7 *Prenatale screening Nuchal Translucency-meting (NT-meting)*

Het praktijkkostenbestanddeel van het tarief bedraagt € 196.524 (definitief niveau 2009). Het praktijkkostenbestanddeel is opgebouwd uit de volgende elementen:

- personeelskosten € 120.558
- overige kosten € 75.996

De rekennorm bedraagt 375 verrichtingen per jaar.

#### 5.8 *Prenatale screening Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)*

Het praktijkkostenbestanddeel van het tarief bedraagt € 196.524 (definitief niveau 2009). Het praktijkkostenbestanddeel is opgebouwd uit de volgende elementen:

- personeelskosten € 120.558
- overige kosten € 75.996

De rekennorm bedraagt 1.275 verrichtingen per jaar.

In het tarief voor het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) is tevens een toeslag verrekend voor de kosten die gemeoid zijn met het houden van toezicht op de door de zorgaanbieders geleverde kwaliteit bij het verrichten van prestaties prenatale screening. Het toezicht wordt uitgevoerd door de Regionale Centra voor Prenatale Screening (RCPS). De kosten RCPS bedragen € 2.704.394. De rekennorm bedraagt 152.168 verrichtingen.

## 5c. Indexatie van inkomens- en praktijkkostenbestanddeel ter vaststelling van de tariefopbouw

Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het inkomens- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in beleidsregel 'Indexering'.

Kenmerk  
BR/CU-7077

Pagina  
5 van 9

## 6. Totstandkoming (maximum)tarieven

### 6a. basis verloskundige zorgprestaties

#### 6.1 *Volledige verloskundige zorg*

Het maximumtarief per volledige verloskundige zorg is de uitkomst van de rekenomzet (inkomensbestanddeel (zie artikel 5.1) + praktijkkostenbestanddeel (zie artikel 5.2)) gedeeld door de rekennorm (zie artikel 5.3).

#### 6.2 *Volledige prenatale verloskundige zorg*

Het maximumtarief voor de volledige prenatale verloskundige zorg bedraagt 37% van het maximumtarief per volledige verloskundige zorg.

#### 6.3 *Volledige natale verloskundige zorg*

Het maximumtarief voor de volledige natale verloskundige zorg bedraagt 40,5% van het maximumtarief per volledige verloskundige zorg.

#### 6.4 *Volledige postnatale verloskundige zorg*

Het maximumtarief voor de volledige postnatale verloskundige zorg bedraagt 22,5% van het maximumtarief per volledige verloskundige zorg.

#### 6.5 *Prenatale verloskundige zorg bij spontane abortus of verwijzing van de cliënt/patiënt naar de 2<sup>e</sup> lijn*

Het maximumtarief voor prenatale verloskundige zorg bij spontane abortus of verwijzing van de cliënt/patiënt naar de 2<sup>e</sup> lijn bedraagt:

- in de periode van 0 tot en met 14 weken 34% van het maximumtarief per volledige prenatale zorg;
- in de periode van 15 tot en met 29 weken 51% van het maximumtarief per volledige prenatale zorg;
- in de periode na 29 weken, maar vóór de bevalling 115% van het maximumtarief per volledige prenatale zorg.

#### 6.6 *Prenatale verloskundige zorg bij overdracht van de cliënt/patiënt naar andere zorgaanbieder tijdens de zwangerschap*

Het maximumtarief voor prenatale verloskundige zorg bij overdracht van de cliënt/patiënt aan andere zorgaanbieder tijdens de zwangerschap bedraagt:

- in de periode van 0 tot en met 14 weken voor 1<sup>e</sup> zorgaanbieder 17% en voor 2<sup>e</sup> zorgaanbieder 100% van het maximumtarief per volledige prenatale zorg;
- in de periode van 15 tot en met 29 weken voor 1<sup>e</sup> zorgaanbieder 51% en voor 2<sup>e</sup> zorgaanbieder 66% van het maximumtarief per volledige prenatale zorg;
- in de periode na 29 weken, maar vóór de bevalling voor 1<sup>e</sup> zorgaanbieder 72% en voor 2<sup>e</sup> zorgaanbieder 45% van het maximumtarief per volledige prenatale zorg.

#### 6.7 *Toeslagen*

- Naast het maximumtarief per volledige verloskundige zorg (zie artikel 6.1) en prenatale verloskundige zorg (zie artikelen 6.2, 6.5 en 6.6) wordt door de verloskundigen ten behoeve van het standaard

aanbieden van een HIV-screening aan zwangere vrouwen extra HIV-screeningskosten in rekening gebracht. De 'HIV-screeningskosten' betreffen een vast maximumbedrag van € 3,05 (definitief niveau 2009) dat jaarlijks wordt geïndexeerd volgens de jaarlijkse aanpassingssystematiek van het inkomensbestanddeel.

- Voor de basis verloskundige zorgprestaties aan patiënten woonachtig in een achterstandswijk kan een toeslag in rekening worden gebracht. De hoogte van de toeslag bedraagt 23%. De vaststelling van de achterstandswijken vindt plaats op grond van een door het NIVEL uitgevoerd periodiek onderzoek. Het NIVEL hanteert voor de berekening van de achterstandsindex CBS-gegevens op wijk- en buurtniveau. Als de waarde van de achterstandsindex groter is dan een bepaalde waarde, is de desbetreffende buurt als achterstandsgebied aangemerkt. Per buurt wordt bepaald welke postcodes in de achterstandsgebieden voorkomen. De achterstandsindex wordt gebaseerd op de volgende criteria:
  - percentage inwoners met laag inkomen;
  - percentage niet actieven/niet-studenten;
  - percentage niet-westerse allochtonen;
  - omgevingsadressendichtheid.

Verzekerden woonachtig in de betreffende postcodes worden aangemerkt als woonachtig in een achterstandswijk. De betreffende postcodes zijn vermeld in een bijlage bij de tariefbeschikking verloskundige zorg.
- Voor de basis verloskundige zorgprestaties aan ZRA-verzekerden in de Centrale Opvang kan een toeslag in rekening worden gebracht. De hoogte van de toeslag bedraagt 23%.
- Voor basis verloskundige zorgprestaties kan een toeslag in rekening worden gebracht indien sprake is van aanvullende maatregelen of werkzaamheden vanuit de eerste lijn als gevolg van structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn. De hoogte van de toeslag bedraagt maximaal 40%. Deze toeslag kan enkel in rekening worden gebracht indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
  - De toeslag op de reguliere tarieven dient ter dekking van aanvullende maatregelen of werkzaamheden vanuit de eerste lijn, die veroorzaakt worden door een structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn.
  - De toeslag kan enkel in rekening worden gebracht indien voor een aanzienlijk deel van de populatie van de betreffende verloskundige praktijk de structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn geldt.
  - De aanvullende maatregelen en/of werkzaamheden zijn erop gericht om de verloskundige activiteiten zo lang mogelijk vanuit de eerste lijn uit te voeren, daar waar het alternatief enkel vroegtijdige overdracht aan de tweede lijn is.
  - De toeslag kan enkel in rekening worden gebracht indien de zorgverlener met de zorgverzekeraar van de cliënt hiertoe een overeenkomst heeft. In deze overeenkomst worden zowel de aanvullende eerstelijns verloskundige maatregelen en/of werkzaamheden als de hoogte van de in rekening te brengen toeslag vastgelegd.
- Naast het maximumtarief voor de verschillende (deel)prestaties verloskundige zorg kan tevens een module "geboortecentrum" in rekening worden gebracht van maximaal € 518,50,- (prijspeil 2013 vc, indexatie op basis van CEP). Deze module dient ter

facilitering van natale en post-natale zorg in een eerstelijns geboortecentrum, waarvan het beheer en exploitatie kan worden uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Het tarief kan enkel in rekening worden gebracht indien hiertoe tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van de cliënt een overeenkomst is gesloten, waarin de inhoud van de te leveren zorg en de hoogte van het in rekening te brengen tarief is vastgelegd. Indien het beheer en exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum wordt uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals bijvoorbeeld kraamzorginstanties, kan deze module ook per bevalling bovenop de voor deze aanbieders geldende tarieven overeen worden gekomen. Ook in dat geval geldt dat de module enkel gedeclareerd kan worden indien hiertoe expliciet een overeenkomst is gesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van de cliënt, waarin de inhoud van de te leveren zorg en de hoogte van het in rekening te brengen tarief is vastgelegd.

Het maximumtarief voor de module "geboortecentrum" kan boven de eerder vermeldde € 518,50 tot maximaal € 759,45 (prijspeil 2013 vc) worden overeengekomen onder de aanvullende voorwaarde dat de betrokken zorgverzekeraar en zorgaanbieder in voornoemde overeenkomst inzichtelijk maken dat de overeengekomen zorgverlening leidt tot een aannemelijke besparing op de kosten elders in de zorgketen.

## **6b. overige verloskundige prestaties**

### *6.8 Algemene termijnen echo*

Het maximumtarief voor een algemene termijnen echoscopisch onderzoek is de uitkomst van de rekenomzet (rekeninkomen + rekenkosten) gedeeld door de rekenorm (zie artikel 5.4).

### *6.9 Specifieke diagnose echo*

Het maximumtarief voor een specifieke diagnose echo in het geval van groeistagnatie, bloedverlies, uitwendige versie bij stuitligging, ligging en placentacontrole is de uitkomst van het maximumtarief voor een algemene termijnen echo (zie artikel 6.8) gedeeld door factor 1,2.

### *6.10 Uitwendige versie bij stuitligging*

Het maximumtarief voor een uitwendige versie bij stuitligging is de uitkomst van de rekenomzet (rekeninkomen + rekenkosten) gedeeld door de rekenorm (zie artikel 5.5).

### *6.11 Prenatale screening counseling*

Het maximumtarief voor de counseling is de uitkomst van het praktijkkostenbestanddeel gedeeld door de rekenorm (zie artikel 5.6).

### *6.12 Prenatale screening Nuchal Translucency-meting (NT-meting)*

- Het maximumtarief voor de NT-meting bij eenlingen én bij het eerste kind van een meerlingenzwangerschap is de uitkomst van 17% maal het praktijkkostenbestanddeel gedeeld door de rekenorm (zie artikel 5.7) opgehoogd met de kosten die gemoeid zijn met het uitvoeren van een serumtest. De 'kosten serumtest' betreft een vast maximumbedrag van € 55,52 (definitief niveau 2009) dat jaarlijks wordt geïndexeerd volgens de jaarlijkse aanpassingsystematiek van het praktijkkostenbestanddeel (OVA).

- Het maximumtarief voor de NT-meting bij elk volgend kind van een meerlingenzwangerschap is de uitkomst van 17% maal het praktijkkostenbestanddeel gedeeld door de rekenorm (zie artikel 5.7).

Kenmerk  
BR/CU-7077

Pagina  
8 van 9

#### 6.13 Prenatale screening Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

- Het maximumtarief voor het SEO bij eenlingen én bij het eerste kind van een meerlingenzwangerschap is de uitkomst van 83% maal het praktijkkostenbestanddeel gedeeld door de rekenorm (zie artikel 5.8) opgehoogd met de coördinatiekosten die gemoeid zijn met het uitoefenen van het toezicht op de geleverde kwaliteit door Regionale Centra Prenatale Screening. De 'coördinatiekosten' betreffen een vast maximumbedrag van € 17,77 (definitief niveau 2009) dat jaarlijks wordt geïndexeerd volgens de jaarlijkse aanpassingssystematiek van het praktijkkostenbestanddeel (CEP).
- Het maximumtarief voor het SEO bij elk volgend kind van een meerlingenzwangerschap is de uitkomst van 83% maal het praktijkkostenbestanddeel gedeeld door de rekenorm (zie artikel 5.8).

### 6c. Structurele taakstelling 2012

Als gevolg van de door de minister van VWS opgelegde taakstelling zoals verwoord in de aanwijzing d.d. 16 december 2011 met kenmerk MC-U-3093364, worden de uitkomsten van de tariefberekening voor alle prestaties zoals verwoord in artikel 6a en 6b, met uitzondering van de module geboortecentra, structureel verlaagd met 1,16%.

### 7. Intrekking oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Verloskunde', met kenmerk BR/CU-7060 ingetrokken.

### 8. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2013. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2012 treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2013.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel Verloskunde'.

### TOELICHTING

In artikel 6.7 is de mogelijkheid beschreven voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om met ingang van 1 januari 2012 een module overeen te komen waarmee eerstelijns geboortecentra kunnen worden bekostigd. Deze module is geïntroduceerd in de beleidsregels voor verloskunde om de experimenten met eerstelijns geboortecentra zoals deze in de afgelopen vier jaar binnen de innovatieregeling zijn ontplooid binnen de reguliere regelgeving doorgang te laten vinden. De belangrijkste voorwaarde voor het in rekening brengen van deze module is het bestaan van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De module kan tevens overeengekomen worden tussen zorgverzekeraar en aanbieders van bijvoorbeeld kraamzorginstanties, indien laatstgenoemden de exploitant zijn van het eerstelijns



geboortecentrum. Indien de partijen een bedrag overeenkomen dat hoger ligt dan €518,50 (tot maximaal€ 759,45), zullen zij tevens in de overeenkomst inzichtelijk moeten maken dat de overeengekomen zorgverlening leidt tot een aannemelijke besparing op de kosten elders in de zorgketen.

**Kenmerk**  
BR/CU-7077

**Pagina**  
9 van 9