



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Op weg naar *integrale bekostiging van de geboortezorg*



Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg

J.N. Struijs, M. de Bruin-Kooistra, R. Heijink, C.A. Baan

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ontwerp/lay-out

Xerox/OBT, Den Haag

LaVerbe, Nijmegen

Foto

Hollandse Hoogte

Een publicatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven | Nederland

www.rivm.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 2016-0031

ISBN 9789069602851

Publiekssamenvatting

Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg

Naar aanleiding van relatief hoge sterftcijfers rond de geboorte in Nederland zijn de afgelopen jaren tal van maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners te verbeteren. Om die samenwerking verder te verbeteren, wordt nu ook de bekostiging onder de loep genomen. Het ministerie van VWS heeft besloten dat de verschillende onderdelen van de geboortezorg (verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg) vanaf 2017 worden samengevoegd in één integraal tarief. Nu worden deze nog apart bekostigd. Het integrale tarief vraagt ook om organisatorische veranderingen, waaronder de vorming van een geboortezorgorganisatie, waar de betrokken partijen zich nu op aan het voorbereiden zijn. Uit interviews met het RIVM blijkt dat betrokken partijen daarbij zowel kansen ervaren om de zorg te verbeteren, als spanningen en onzekerheden, bijvoorbeeld over hun autonomie.

Momenteel wordt in regionale overlegvormen, de zogenoemde Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's), besproken hoe deze geboortezorgorganisaties kunnen worden vormgegeven en wat de rol van de verschillende zorgaanbieders daarin is. Dit blijkt een complex vraagstuk waarbij (tegengestelde) belangen naar voren komen, zoals de gevolgen van een eventuele herschikking van taken. Partijen geven aan dat hiervoor specifieke kennis nodig is op organisatorisch, fiscaal en financieel vlak, die nu veelal ontbreekt. Dit gebrek aan kennis leidt tot onzekerheid over de (financiële) consequenties van verschillende organisatievormen. Deze onzekerheid wordt versterkt doordat bijvoorbeeld de landelijke vormgeving van integrale bekostiging (nog) ontbreekt. Het ontbreken van een geautoriseerde zorgstandaard en een verschil in zorginkoopbeleid tussen zorgverzekeraars draagt bij aan deze onzekerheid.

Het RIVM monitort de komende jaren in opdracht van het ministerie van VWS de overgang naar integrale bekostiging in de geboortezorg. In 2018 zal een eindrapportage worden opgesteld. In de tussentijd zal blijken in hoeverre daadwerkelijk contracten op basis van integrale bekostiging kunnen worden afgesloten en wat het effect daarvan is op de samenwerking in en de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg.

Kernwoorden: geboortezorg - integrale bekostiging - geboortezorgorganisatie

Synopsis

Toward bundled payments for birth care

In recent years, various policies have been implemented to improve quality of birth care and collaboration between birth care providers in order to lower the relatively high mortality rates in the Netherlands. In 2017, the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport will introduce a payment reform in order to enhance the collaboration further between different providers. This payment reform consists of a bundled payment including all care services delivered by midwives, gynecologists and maternity care providers. Currently, these providers are paid on a fee-for-service basis. Most providers, as they prepare for this payment reform, mentioned during interviews that they see opportunities, but also threats and uncertainties, for instance regarding their autonomy.

Within regional obstetrical collaborative, providers are discussing how to govern a provider-led entity, which will serve as a general contractor of the bundled payment contract. This discussion appears to be complex due to conflicting interests between the involved providers, and requires specific knowledge with respect to governance, finance and tax laws. Most providers lack this specific knowledge, which in turn leads to uncertainties among providers regarding the (financial) consequences of the potential organization models. Uncertainty about the design of the bundled payment, the lack of a broadly agreed on care standard for birth care, and a difference in purchasing policies between insurers increase these uncertainties.

In the next coming years, the National Institute for Public Health and the Environment will monitor the transition toward a bundled payment model for birth care. A final report will be published in 2018. Till then, it needs to be seen whether bundled payment contracts will be signed, and what their impact is on the provider's collaboration and the quality, accessibility and affordability of birth care.

Key words: birth care - maternity care - perinatal care - bundled payments - organizational reform

Inhoudsopgave

Kernboodschappen	11
1 Inleiding	15
1.1 Achtergrond	15
1.2 RIVM-monitor integrale bekostiging van de geboortezorg	18
1.3 Breder kader	18
1.4 Leeswijzer	21
2 Beantwoording kernvragen	23
2.1 Wat zijn de uitgangspunten van integrale bekostiging van de geboortezorg?	25
2.2 Hoe worden geboortezorgorganisaties in de praktijk vormgegeven?	31
2.3 Hoe verloopt het inkoopproces tot nu toe?	39
2.4 Verwachtingen over het werkproces en de drie publieke doelen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid	45
3 Discussie en conclusie	63
3.1 Resultaten samengevat	63
3.2 Resultaten in perspectief	65
3.3 Onderzoeksmethode	74
3.4 Aanbevelingen	75
4 Referenties	79
Bijlagen	83
Bijlage 1 Auteurs, Wetenschappelijke adviescommissie, interne referenten	84
Bijlage 2 Methode	86
Bijlage 3 Additionele gegevens VSV's op basis van registratiedata van Perined	92
Bijlage 4 Interviewleidraden	94
Bijlage 5 Overzicht bekostigingsregels geboortezorg per 2016	97

Kernboodschappen

Geboortezorg sterk in beweging, op weg naar integrale bekostiging

De afgelopen decennia is de geboortezorg sterk in beweging gekomen. Er zijn tal van maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen te verbeteren, waaronder de oprichting van lokale Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). Deze VSV's vormen lokale overlegvormen waarin verschillende beroepsgroepen werken aan kwaliteitsverbetering van de zorg door onder andere een gezamenlijke visie op te stellen, protocollen te ontwikkelen en multidisciplinaire bijeenkomsten te houden. Om de samenwerking (verder) te versterken en daarmee de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren, heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangegeven integrale bekostiging per 2017 in te willen voeren. Onder integrale bekostiging worden verschillende zorgactiviteiten, uitgevoerd door verschillende zorgverleners – en disciplines – samengevoegd in één tarief. Hiervoor is een juridische entiteit nodig – de geboortezorgorganisatie – die een contract over het integrale tarief afsluit met de zorgverzekeraar. Het RIVM monitort, in opdracht van het ministerie van VWS, deze ontwikkeling naar integrale bekostiging. Doel van de monitor is om inzicht te krijgen in het proces en de ervaringen van betrokken actoren en in het effect van integrale bekostiging op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg. Dit rapport beschrijft de huidige stand van zaken met betrekking tot de oprichting van geboortezorgorganisaties en de invoering van integrale bekostiging en de verwachtingen van betrokkenen over integrale bekostiging (voorjaar 2016). De bevindingen zijn gebaseerd op semi-gestructureerde interviews met alle veldpartijen (zorgverleners, bestuurders van zorginstellingen, zorgverzekeraars) binnen acht van de 77 VSV's (peildatum maart 2016), focusgroepen en registratiedata van Perined.

Het vormgeven van geboortezorgorganisaties is een complex vraagstuk en vergt specialistische kennis

De juridische entiteit – geboortezorgorganisatie – kan nieuw worden opgericht, maar kan ook een bestaande zorgaanbieder (of -organisatie) zijn (zoals een ziekenhuis of een verloskundige praktijk). Deze geboortezorgorganisatie kan vervolgens de binnen het integrale tarief gecontracteerde zorg zelf leveren of laten leveren door andere zorgaanbieders waar de geboorteorganisatie een overeenkomst mee sluit (onderaannemers). Een mengvorm van beide opties is ook mogelijk. Momenteel wordt in veel VSV's gesproken over de vorming van een geboortezorgorganisatie. In drie van de geïnterviewde VSV's is overeenstemming bereikt over het organisatiemodel, in de overige VSV's is nog geen besluit genomen. De gekozen organisatiemodellen verschillen tussen de drie VSV's. In alle door ons onderzochte VSV's blijkt dat de keuze voor een bepaalde organisatievorm een complex vraagstuk is, onder andere uitvoeringstechnische aspecten, waaronder (fiscale) regelgeving over zelfstandigenaftrek, btw-plichtigheid en mededinging. Daarnaast spelen VSV-specifieke aspecten een rol, zoals tegengestelde belangen en de angst voor het verlies van zelfstandig ondernemerschap of autonomie bij medisch inhoudelijke beslissingen. Ten slotte is men in veel VSV's op zoek naar kennis over hoe de verschillende organisatiemodellen in hun specifieke situatie zullen

uitwerken en wat de mogelijke (financiële) gevolgen zullen zijn voor de individuele zorgaanbieders.

Contracteren via integrale bekostiging komt vooralsnog nauwelijks tot stand; verschillen in zorginkoopbeleid tussen zorgverzekeraars zichtbaar

Op dit moment zijn er drie geboortezorgorganisaties opgericht. Via de beleidsregel Innovatie is tweemaal toestemming verkregen om met integrale bekostiging te gaan experimenteren, in beide gevallen is er alleen een overeenstemming tussen de geboortezorgorganisatie en de preferente zorgverzekeraar. De andere zorgverzekeraars willen (nog) niet volgen, wat voornamelijk te maken heeft met het ontbreken van kraamzorgactiviteiten in het integrale tarief en het ontbreken van kraamzorgaanbieders in de geboortezorgorganisatie. Binnen ongeveer eenderde van de VSV's is een overeenkomst gesloten tussen (ten minste) één zorgverzekeraar en een zorgaanbieder over de module integrale geboortezorg: additionele vergoeding voor investeringen in samenwerking en het oprichten van een juridische entiteit. Ook hier is te zien dat zorgverzekeraars verschillend inkoopbeleid voeren. Een aantal zorgverzekeraars heeft slechts enkele aanvragen voor de module toegekend, als pilots. Andere zorgverzekeraars hebben (vrijwel) alle aanvragen gehonoreerd, indien deze voldeden aan de in het zorginkoopbeleid genoemde voorwaarden. Ook op andere onderdelen stellen zorgverzekeraars verschillende voorwaarden aan het sluiten van een contract, zoals het tijdpad om te komen tot de oprichting van een geboortezorgorganisatie.

Verwachte effecten van integrale bekostiging moeilijk in te schatten

Veel van de geïnterviewden vinden het moeilijk om zich een beeld te vormen over de effecten van integrale bekostiging. Daarbij werd, vooral door eerstelijnsverloskundigen, opgemerkt dat de effectiviteit van integrale bekostiging niet bekend is. Toch verwacht een groot deel van de geïnterviewden dat de invoering van integrale bekostiging de samenwerking verder kan verbeteren, bijvoorbeeld door het opzetten van een gezamenlijk elektronisch dossier en/of een betere afstemming en taakverdeling tussen de verschillende zorgdisciplines en zorgverleners. Geïnterviewden geven ook aan dat het opzetten van een nieuwe organisatievorm en de invoering van integrale bekostiging de huidige samenwerking op de proef stellen, aangezien het spreken over de verdeling van geld moeizaam verloopt. Verder wordt aangegeven dat integrale bekostiging substitutie en taakherschikking zal stimuleren, alhoewel wel bij- en nascholing nodig zullen zijn om de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen. Ten aanzien van de betaalbaarheid geven geïnterviewden aan dat integrale bekostiging de perverse prikkels in de huidige bekostiging kan opheffen, zoals het bekostigen van zowel eerstelijnszorg- als tweedelijnszorgaanbieders voor één bevalling. Geïnterviewden noemden ook kostenverhogende aspecten, zoals de initiële investeringskosten. Daarnaast ontstaan in de toekomst mogelijk hogere kosten door overhead van de geboortezorgorganisatie en doordat geboortezorgorganisaties mogelijk hoge tarieven afsluiten als gevolg van een te sterke marktmachtspositie.

Tot slot is er voor wat betreft de verwachte effecten van integrale bekostiging veel gesproken over keuzevrijheid. In meerdere interviews werd benoemd dat de vorming van geboortezorgorganisaties de keuzevrijheid van de zwangere vrouw kan beperken, bijvoorbeeld door mogelijk selectief contracteren van zorgaanbieders. Daarnaast lijkt het lastig te worden voor

een zwangere vrouw om zorg te ontvangen van zorgverleners van verschillende geboortezorgorganisaties. Overigens werd door meerdere geïnterviewden en de focusgroepen aangegeven, dat in de huidige situatie de keuzevrijheid in veel regio's ook al beperkt is.

Definitieve vormgeving van integrale bekostiging essentieel voor prikkels op doelmatigheid

Vanuit eerdere ervaringen met integrale bekostiging en literatuur komt naar voren dat de mate waarin integrale bekostiging prikkels biedt tot het verbeteren van de doelmatigheid van de zorg zal afhangen van meerdere aspecten: het aantal deelprestaties waaruit het integrale tarief wordt opgebouwd, de vormgeving van de geboortezorgorganisatie, de bekostigingsmethode van de eventuele onderaannemers en van de hoogte en berekening van de (deel)tarieven. Onlangs is in een bestuurlijk overleg met alle veldpartijen overeenstemming bereikt over een model met meerdere deelprestaties, waarbij het precieze aantal deelprestaties momenteel nog onduidelijk is. Dit model wijkt af van het eerder door KPMG Plexus voorgestelde model met twee deelprestaties (KPMG Plexus, 2016). In het KPMG Plexus-model krijgt de geboortezorgorganisatie meer (financiële) verantwoordelijkheid en daarmee een grotere prikkel tot het efficiënter vormgeven van de zorg en tot betere samenwerking. Tegelijkertijd neemt het risico op nadelige effecten van integrale bekostiging, zoals risicoselectie en onderbehandeling, toe in dit model. In het model met meerdere deelprestaties wordt het gevaar op risicoselectie 'afgedekt', doordat voor complexere risico's een aparte deelprestatie kan worden gedeclareerd. De voorgestelde indeling met meerdere deelprestaties is gebaseerd op zorgactiviteiten en niet op patiëntkenmerken. Dit brengt een risico op overbehandeling met zich mee. Het model met meerdere deelprestaties zal daardoor naar verwachting niet bijdragen aan een afname in praktijkvariatie tussen geboortezorgorganisaties, in ieder geval niet wat betreft zorgactiviteiten waarvoor een aparte deelprestatie is gedefinieerd. In dit geval ligt er een grotere rol voor de zorgverzekeraar om te sturen op doelmatigheid, bijvoorbeeld via benchmarking. De mogelijkheden voor sturing zullen echter sterk samenhangen met de marktcontext (concentratie van geboortezorgorganisaties). De manier waarop geboortezorgorganisaties de te leveren zorg inkopen bij individuele zorgaanbieders, zal bepalend zijn voor de uiteindelijke prikkels tot doelmatige zorg. Zo hebben in verschillende regio's zorgaanbieders integrale tarieven berekend aan de hand van historische omzetten. Hierdoor worden eventuele inefficiënties uit het 'oude' bekostigingsmodel 'meegenomen' in het nieuwe model. Aan de andere kant biedt dit een bepaalde mate van financiële zekerheid. De praktijk zal moeten uitwijzen of de tarieven in daaropvolgende jaren worden aangepast in onderhandelingen op regionaal niveau.

Omslag naar integrale bekostiging vergt tijd

De onduidelijkheid over de definitieve vormgeving integrale bekostiging leidt tot onzekerheid en onrust bij de verschillende veldpartijen. Ook het verschil in zorginkoopbeleid tussen zorgverzekeraars en het ontbreken van een geautoriseerde zorgstandaard, die helder aansluit bij het bekostigingsmodel, draagt hier aan bij. Daarnaast lijkt de invoering van integrale bekostiging een andere manier van denken en handelen te vragen van alle zorgaanbieders. In de VSV's en bij de nog op te richten geboortezorgorganisaties zal een omslag worden gemaakt naar verregaande samenwerking. Er is niet alleen een groter vertrouwen tussen domeinen, maar ook tussen zorgaanbieders binnen domeinen nodig. Een dergelijke cultuuromslag vergt tijd.

Conclusie

De afgelopen jaren is de Nederlandse geboortezorg sterk in beweging, zowel in beleid als in de praktijk. Dit rapport laat zien dat de actoren in het veld zich momenteel op allerlei manieren voorbereiden op de invoering van integrale bekostiging. Het veld zal tijd nodig hebben om de cultuuromslag naar integrale bekostiging te kunnen maken en de randvoorwaarden voor succesvolle invoering te creëren, waaronder betere (integrale) informatievoorziening, een geautoriseerde zorgstandaard, onderling vertrouwen en verduidelijking van een aantal uitvoeringstechnische organisatievraagstukken. Ook is het belangrijk dat er beleidskeuzes worden gemaakt voor wat betreft de vormgeving van integrale bekostiging, qua aantal deelprestaties en de inhoud daarvan en de timing van een definitieve invoering gecombineerd met een periode van beleidsrust in de jaren erna. De komende jaren zal het RIVM de ontwikkelingen in de geboortezorg blijven monitoren om een beeld te kunnen geven van het proces naar integrale bekostiging en het effect op de samenwerking in de geboortezorg en op de uitkomsten ervan in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

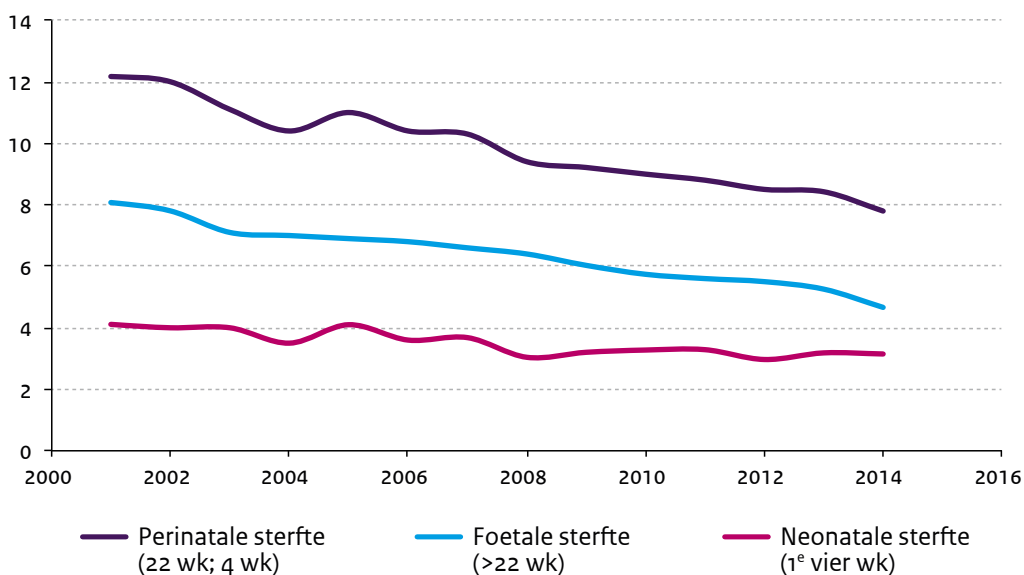
1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Perinatale sterfte vertoont dalende trend, Nederland in vergelijking met andere westerse landen nu in de middenmoot

In Nederland bevallen ieder jaar ongeveer 175.000 vrouwen (CBS Statline, 2014). Bij het overgrote deel leidt dit tot een gezonde baby en moeder. De perinatale sterfte (sterfte in de eerste vier weken na de bevalling) is sterk gedaald van 12,2 per 1.000 levend- en doodgeborenen in 2001 tot 7,8 in 2014 (zie Figuur 1.1). Dankzij deze daling neemt Nederland nu een middenpositie in ten opzichte van andere Europese landen. Deze positie was in 2001 nog een stuk minder gunstig. Hoewel niet alle perinatale sterfte volledig te vermijden is, lijkt er gezien de lagere sterftecijfers in andere landen nog ruimte voor verdere verbetering van het perinatale sterftepercentage in Nederland. Naast verbeteringen in mortaliteit kunnen naar verwachting ook verbeteringen in morbiditeit worden gerealiseerd bijvoorbeeld wat betreft zuurstoftekort van de baby tijdens de bevalling (asfyxie) en nabloeding van de moeder (fluxus). Mogelijke oplossingsrichtingen voor het verder verbeteren van de kwaliteit van de zorg en uitkomsten zijn een effectievere preventie en betere samenwerking in de zorg (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009; CPZ, 2011; Stichting PAN, 2011).

Figuur 1.1: Trend in perinatale sterfte in de periode 2001-2014 in Nederland (Perined, in samenwerking met het RIVM 2016).



Veel initiatieven ontwikkeld om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren

In de afgelopen jaren zijn er tal van maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg verder te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn: de invoering van het preconceptieconsult (2008), de oprichting van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, de uitbreiding van de neonatale screening (2008), de oprichting van de Perinatale Audit Nederland en de instelling van het College Perinatale Zorg (CPZ) (beide in 2011). Ook zijn er vele verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) opgericht met als doel de samenwerking en afstemming tussen verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, huisartsen, kinderartsen en anesthesiologen te verbeteren. Momenteel is er een vrijwel landelijk dekkend netwerk van VSV's, waarbij veelal ook het Centrum Jeugd en Gezin (CJG) is aangesloten.

Integrale bekostiging als middel om kwaliteit van de zorg en samenwerking tussen zorgverleners verder te verbeteren

Om de samenwerking tussen zorgverleners en daarmee de kwaliteit van de geboortezorg verder te verbeteren, streeft VWS naar het introduceren van integrale bekostiging (CPZ, 2014; VWS, 2014), analoog aan ontwikkelingen binnen de chronische zorg. Integrale bekostiging betekent een integraal tarief waarmee losse onderdelen van de geboortezorg als één prestatie ingekocht worden. De gedachte is dat integrale bekostiging kan bijdragen aan het verlenen van zorg op de juiste plaats door de juiste zorgverlener en taakverschuiving (VWS, 2014) en aan betere samenwerking en kwaliteit van de zorg (VWS, 2015a). Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) concludeerde in 2012 dat integrale bekostiging binnen de geboortezorg een middel kan zijn om samenwerking en betere coördinatie te stimuleren, aangezien door de huidige schotten in de bekostiging samenwerking onvoldoende wordt gefaciliteerd, de individuele belangen mogelijk worden versterkt en taakherschikking niet wordt gestimuleerd (NZa, 2012a; NZa, 2012b). Daarnaast vond de NZa nog een aantal algemene knelpunten in de huidige bekostiging die niet direct door de praktijk werden herkend: de zwangere vrouw wordt te laat overgedragen naar de tweede lijn; er vindt dubbele bekostiging van eerste- en tweedelijnszorg plaats; de zwangere vrouw krijgt onnodige behandeling/begeleiding in de tweede lijn (vanwege het betalen per verrichting in de tweede lijn) en 'upcoding' (het kiezen voor een duurdere of complexere DOT¹ dan medisch noodzakelijk). De NZa adviseerde in 2012 aan de minister van VWS om integrale bekostiging van de geboortezorg nog niet in te voeren, aangezien belangrijke randvoorwaarden hiervoor ontbraken. Zo bevonden de meeste VSV's zich nog in een opstartfase en was er geen Zorgstandaard Integrale Geboortezorg vastgesteld (zie ook paragraaf 1.3 Breder kader). De NZa gaf in haar rapportage wel aan dat er ruimte moet zijn voor het experimenteren met integrale bekostiging van de geboortezorg. Dit is al mogelijk via de beleidsregel Innovatie.

In de afgelopen jaren is gewerkt aan een aantal randvoorwaarden voor integrale bekostiging. Zo bestaat per 1 januari 2015 de module 'integrale geboortezorg' die de oprichting van juridische entiteiten – de geboortezorgorganisaties – stimuleert. Juridische entiteiten zijn nodig voor het sluiten van het integrale bekostigingscontract met de zorgverzekeraar (NZa, 2015a). Ook is recentelijk een consensustekst van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (CPZ, 2016) door het CPZ ter autorisatie voorgelegd aan het veld en het Kwaliteitsinstituut.

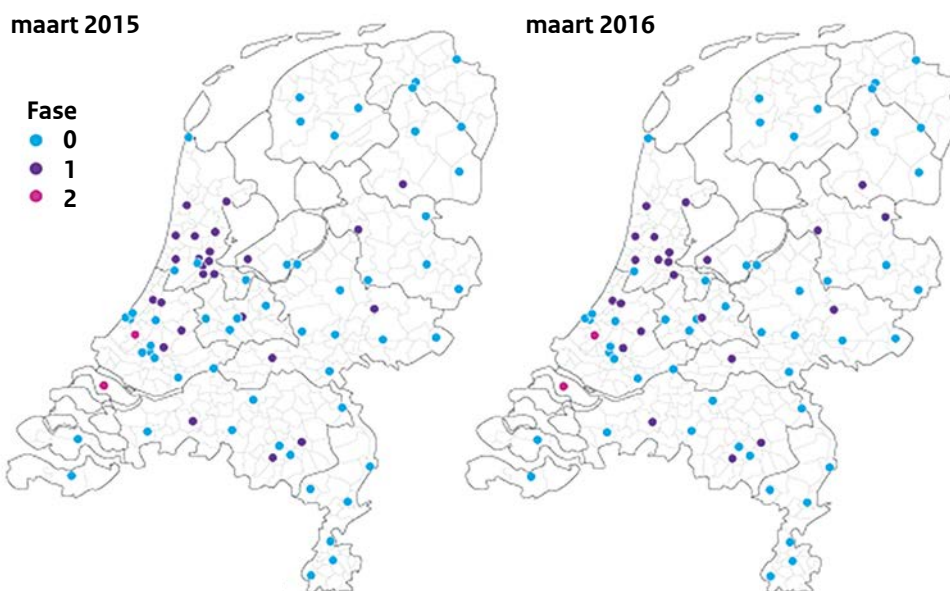
¹ DOT= DBC (Diagnose Behandel Combinatie) Op weg naar Transparantie.

Na een analyse van het CPZ over de (nog) bestaande knelpunten (CPZ, 2014) kondigde de minister in juli 2015 aan dat zij voornemens is om integrale bekostiging als ‘volwaardige optie’ in te voeren (VWS, 2015a). Met andere woorden, zowel integrale bekostiging als de oude bekostigingssystematiek kan dan gebruikt worden. Recentelijk heeft het ministerie van VWS tijdens een bestuurlijk overleg met de meeste beroepsgroepen en zorgverzekeraars overeenstemming bereikt over de invoering van de ‘volwaardige optie’ per 1 januari 2017 (zie ook paragraaf 1.3 Breder kader). Figuur 1.2 presenteert een overzicht van VSV’s uitgesplitst naar het gebruik van integrale bekostiging, de module integrale geboortezorg of geen van beide voor de jaren 2015 en 2016.

Het RIVM monitort de oprichting van geboortezorgorganisaties en de invoering van integrale bekostiging

Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om de transitie naar geboortezorgorganisaties en de invoering van integrale bekostiging te monitoren. De monitor zal zich richten op: 1) het transitieproces naar integrale bekostiging en de ervaringen van actoren met de ontwikkeling van geboortezorgorganisaties en 2) het effect van integrale bekostiging op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg (RIVM, 2015a).

Figuur 1.2: Overzicht van Verloskundige Samenwerkingsverbanden naar fasering; integrale bekostiging (fase 2), module integrale geboortezorg (fase 1), geen van beide (fase 0).



Bron: NZa, zorgverzekeraars, CPZ, databewerking door RIVM

1.2 RIVM-monitor integrale bekostiging van de geboortezorg

De RIVM-monitor integrale bekostiging van de geboortezorg beslaat de periode 2015 tot en met medio 2018. Gedurende deze periode zal het RIVM meerdere rapportages uitbrengen. Dit rapport beschrijft de huidige stand van zaken met betrekking tot de oprichting van geboortezorgorganisaties en de invoering van integrale bekostiging (zie Tekstbox 1.1). Het rapport betreft daarmee een procesbeschrijving en geen evaluatie van het effect van integrale bekostiging. In het vervolg van de monitor en in toekomstige rapporten zal aandacht zijn voor het uiteindelijke effect van integrale bekostiging op het werkproces en op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg. Voor een volledige beschrijving van het plan van aanpak van de RIVM-monitor wordt verwezen naar (RIVM, 2015a).

Tekstbox 1.1: Onderzoeksvragen in dit rapport

1. Wat zijn de uitgangspunten van integrale bekostiging van de geboortezorg?
2. Hoe worden geboortezorgorganisaties vormgegeven?
3. Hoe verloopt het zorginkoopproces?
4. Wat zijn de verwachtingen van betrokken (veld)partijen met betrekking tot het werkproces en de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg?

1.3 Breder kader

Stuurgroep Zwangerschap en geboorte en oprichting van het College Perinatale Zorg

Eind 2009 heeft de Stuurgroep zwangerschap en geboorte in opdracht van het ministerie van VWS, naar aanleiding van de ‘babybrief’ het advies ‘Een goed Begin’ uitgebracht (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009) (zie Figuur 1.3). De centrale boodschap van dit advies was dat de kwaliteit van de geboortezorg verbeterd moet worden door een hechtere samenwerking en een betere communicatie tussen alle betrokken zorgprofessionals, maar ook tussen zorgprofessionals en de zwangere vrouw en haar omgeving. De aanleiding voor het oprichten van de Stuurgroep was het hoge perinatale sterftecijfer van Nederland in vergelijking met andere Europese landen (zie ook Figuur 1.1). Naar aanleiding van de hoge perinatale sterfte in Nederland is ook de perinatale audit ingevoerd in alle VSV's, als kwaliteitsinstrument om de zorg te bewaken en te verbeteren. Deze perinatale audit wordt uitgevoerd door de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN). In september 2015 zijn de stichtingen PAN en Perinatale Registratie Nederland (PRN), die de perinatale registratie uitvoert, gefuseerd tot Perined. Als voortvloeisel van het genoemde Stuurgroep-rapport is in september 2011 het College Perinatale Zorg (CPZ) ingesteld. Doel van het CPZ is om, in opdracht van VWS, uitvoering te geven aan de aanbevelingen van het genoemde Stuurgroep-rapport. Het CPZ bestaat uit vertegenwoordigers van zwangere vrouwen, alle betrokken beroepsgroepen, ziekenhuizen, kraamzorginstellingen en zorgverzekeraars. Een belangrijke taak van het CPZ is het opstellen

van een Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Vanaf 2013 heeft het CPZ in nauwe samenwerking met alle beroepsgroepen en het Zorginstituut Nederland (ZIN) gewerkt aan het opstellen van een Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Recentelijk heeft het CPZ de consensustekst van de CPZ Zorgstandaard Integrale geboortezorg ter autorisatie voorgelegd aan alle betrokken beroeps- en cliëntenorganisaties binnen de geboortezorg. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Brancheorganisatie (Bo) Geboortezorg en de stichting Geboortebeweging hebben tegen de consensustekst gestemd (VWS, 2016b). De consensustekst van de Zorgstandaard is inmiddels voorgelegd aan het ZIN met het verzoek om te worden opgenomen in het Kwaliteitsregister. Het ZIN heeft aangegeven de Zorgstandaard voor 1 juli 2016 te willen autoriseren en te willen opnemen in het Kwaliteitsregister.

Randvoorwaarden integrale bekostiging gestimuleerd in afgelopen jaren

De NZa heeft in 2012 een advies uitgebracht over de wenselijkheid van het invoeren van integrale bekostiging in de geboortezorg (NZa, 2012b). De NZa concludeerde hierin dat het veld nog niet klaar was voor de invoering van Integrale Bekostiging, aangezien de randvoorwaarden hiervoor nog onvoldoende waren geborgd. In 2015 heeft de NZa een Quicksan uitgebracht, waarin zij concludeerde dat het facultatief invoeren van integrale bekostiging binnen de reguliere bekostigingssystematiek een goede eerste stap zou zijn (NZa, 2015b).

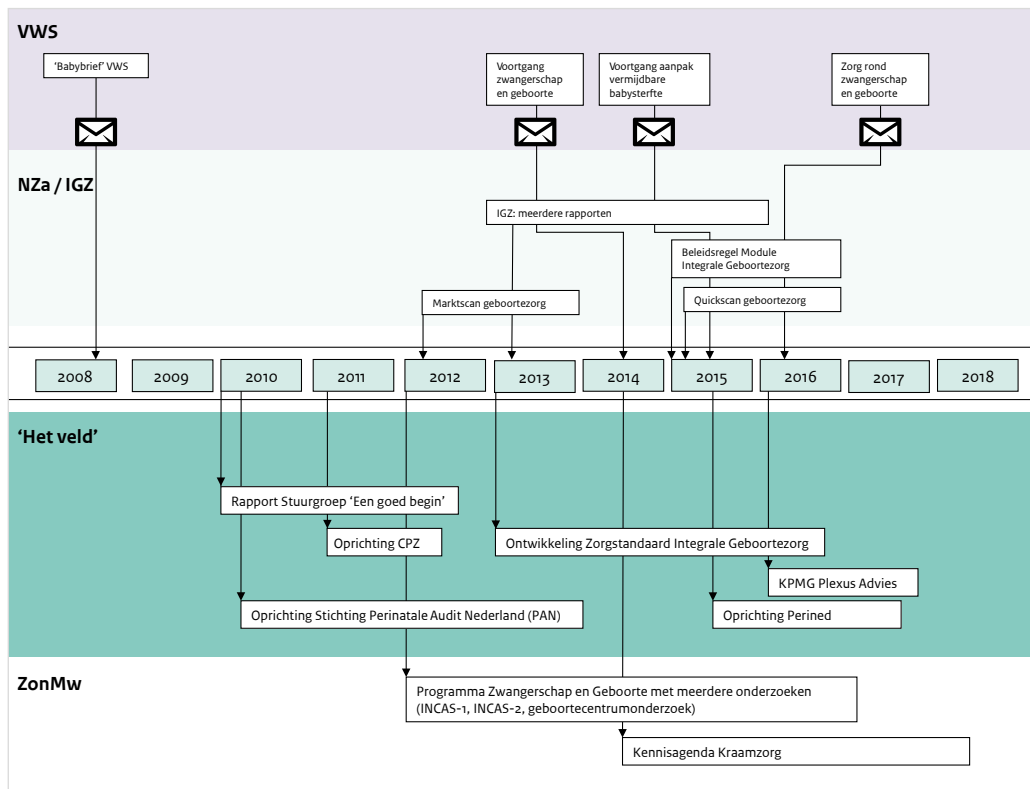
Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in de afgelopen jaren de ontwikkelingen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg rond de geboorte in de eerste en tweede lijn zeer intensief onderzocht (IGZ, 2012; IGZ, 2013; IGZ, 2014a; IGZ, 2014b; IGZ, 2014c; IGZ, 2014d; IGZ, 2016). Uit deze onderzoeken kwam naar voren dat het veld weliswaar voortvarend aan de slag is gegaan met intensievere vormen van samenwerking, maar dat vrijwel nergens nog volledige geïntegreerde zorg was bereikt. Daarnaast heeft de minister begin 2014 het CPZ verzocht om een overzicht te maken van de meest relevante knelpunten en mogelijke oplossingen voor wat betreft de invoering van Integrale Bekostiging. Het CPZ heeft naar aanleiding van dit verzoek een zogenaamde 'knelpuntenbrief' opgesteld, waarin de belangrijkste knelpunten van het veranderproces worden samengevat (CPZ, 2014).

De 'volwaardige optie' per 1 januari 2017

In juli 2015 maakte de minister in haar Tweede Kamer (TK)-brief bekend dat zij voornemens is om per 1 januari 2017 integrale bekostiging van de geboortezorg in te voeren als 'volwaardige optie' (zie Figuur 1.3) (VWS, 2015a). Met andere woorden, zowel integrale bekostiging als de oude bekostigingssystematiek kunnen dan worden gebruikt. Eind 2015 heeft het ministerie van VWS aan KPMG Plexus gevraagd om een advies uit te brengen over de vormgeving van integrale bekostiging van de geboortezorg inclusief bijbehorend tijdpad. Dit advies verscheen begin 2016 (KPMG Plexus, 2016). KPMG Plexus adviseerde om twee deelprestaties op te nemen: één deelprestatie met alle zorgprestaties bij een onverhoopte miskraam (gedefinieerd als een zwangerschap tot en met 16 weken) en één deelprestatie met alle zorgprestaties bij alle zwangerschappen die langer dan 16 weken duren (KPMG Plexus, 2016). Daarnaast adviseerde KPMG Plexus om integrale bekostiging per 1 januari 2018 verplicht te stellen. In maart 2016 schreef de minister aan de TK dat ze dit advies in algemene zin zal volgen, maar dat zij zich nog beraadt over het borgen van de keuzevrijheid, het aantal deelprestaties en de invoeringstermijn (VWS, 2016a). Tijdens het bestuurlijke overleg van 12 april 2016 tussen VWS, Bo geboortezorg,

KNOV, Landelijke Huisartsvereniging (LHV), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), NVOG, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), NZa en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is overeengekomen, dat er zal worden afgeweken van het advies van KPMG Plexus voor wat betreft het aantal deelprestaties (van twee naar meerdere deelprestaties) en de invoeringstermijn van de verplichte invoering (van 1 januari 2018 naar geen verplichte invoeringsdatum). De ‘volwaardige optie’ zal wel per 1 januari 2017 worden ingevoerd (zie ook paragraaf 2.1 Wat zijn de uitgangspunten van integrale bekostiging van de geboortezorg?).

Figuur 1.3: Tijdslijn van de ontwikkelingen op het gebied van integrale bekostiging van de geboortezorg.



Naast deze bestuurlijke trajecten zijn er in de afgelopen jaren meerdere onderzoeksprogramma's en implementatieprogramma's geïnitieerd met als doel de kwaliteit van de geboortezorg verder te verbeteren. Deze programma's hebben raakvlakken met integrale bekostiging, maar zijn primair gericht op het beter vormgeven van integrale zorg. Zo is in 2012 bij ZonMw het onderzoeksprogramma Zwangerschap en Geboorte gestart, waarbinnen verschillende landelijke en regionale onderzoeken zijn geïnitieerd over geboortezorgnetwerken, 'centering pregnancy' en preconceptiezorgprojecten. Voorbeelden hiervan zijn de evaluatie van de effecten van geboortecentra (Van den Akker-Van Marle, 2016), het onderzoek naar het opsporen van groeivertraging via een derde trimester echoscopie (ZonMw, 2013) en de INtegrated CAre System-1 (INCAS) en het hierop volgende onderzoek INCAS-2 (Jans et al., 2014). Het INCAS-2 onderzoek heeft als doel om op een systematische wijze het effect van de implementatie van integrale zorg binnen de geboortezorg te onderzoeken. Een ander implementatietraject dat vanuit ZonMw werd geïnitieerd betreft de oprichting van zogenaamde regionale consortia, waarin verschillende professionals gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor onderzoek naar het terugdringen van de perinatale en maternale sterfte en morbiditeit in Nederland (ZonMw, 2013). Ook binnen de kraamzorg wordt momenteel veel onderzoek verricht. In 2012 is het Kenniscentrum Kraamzorg opgericht met als doel de kraamzorgsector te professionaliseren en profileren. Hierbij richt het Kenniscentrum zich onder andere op de oprichting van het Kwaliteitsregister voor Kraamverzorgenden (Kenniscentrum Kraamzorg, 2014). Daarnaast heeft ZonMw in opdracht van het ministerie van VWS een 'Kennisagenda voor de kraamzorg' en een bijbehorend onderzoeksprogramma opgesteld (ZonMw, 2014). In 2015 is een aantal (grote) kraamzorgorganisaties met het Geboortecentrum van het Wilhelmina Kinderziekenhuis (onderdeel van het UMC Utrecht) de Academische Werkplaats 'Kraamzorg in Geboortezorg' (AWKG) gestart, met als doel de rol van de kraamzorg en kwaliteit en doelmatigheid in de kraamzorg te onderzoeken.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport gaan we in op de knelpunten en randvoorwaarden rondom de invoering van integrale bekostiging op basis van individuele interviews en focusgroepen met zorgprofessionals en openbare documenten. De belangrijkste bevindingen worden gepresenteerd aan de hand van de onderzoeksvragen van de monitor (zie Tekstbox 1.1). In hoofdstuk 2 worden de kernvragen beantwoord. In hoofdstuk 3 worden de belangrijkste conclusies weergegeven en bediscussieerd. Daarnaast worden in hoofdstuk 3 bestaande vraagstukken ten aanzien van integrale bekostiging van de geboortezorg besproken. In Bijlage 1 worden de auteurs, de leden van de Wetenschappelijke Advies Commissie (WAC) en de interne referenten vermeld. In Bijlage 2 worden de opzet en gehanteerde onderzoeksmethoden in dit rapport in detail beschreven. Vervolgens presenteert Bijlage 3 de achterliggende gegevens van registratiedata van Perined. Bijlage 4 beschrijft de gebruikte itemlijsten tijdens de semi-gestructureerde interviews. Bijlage 5 geeft een overzicht van de huidige bekostigingsregels per 2016 weer.

2 Beantwoording kernvragen

Tekstbox 2.1: Onderzoeksmethoden

Gegevens ten behoeve van dit rapport zijn op drie verschillende manieren verzameld: 1) via interviews met zorgverleners, bestuurders, zorgverzekeraars en andere relevante actoren, 2) via focusgroepen met de kerndisciplines (verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg) en bestuurders, 3) via registratiedata van Perined. Een uitgebreide beschrijving van de methoden is terug te vinden in Bijlage 2.

1) Semi-gestructureerde interviews

Inhoud

Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen met zorgaanbieders, zorgverleners, managers en zorgverzekeraars van acht VSV's. De VSV's zijn door het RIVM random geselecteerd na stratificatie naar fasering van bekostiging (fase 2 (integraal tarief), fase 1 (module integrale geboortezorg), fase 0 (geen van beide)) en naar dominante zorgverzekeraar. Bij de interviews is gebruikgemaakt van een vooraf opgestelde itemlijst waarin de volgende onderwerpen aan de orde kwamen: kenmerken van het VSV, knelpunten en succesfactoren in het huidige werkproces en het verwachte effect van integrale bekostiging op de kwaliteit (samenwerking, taakherschikking), de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de geboortezorg. In totaal zijn er 34 interviews afgenomen. De geïnterviewden binnen een VSV zijn aselekt geselecteerd, waarbij gestratificeerd is naar type zorgverlener. Er zijn in totaal 34 personen geïnterviewd, waarvan 8 VSV-bestuursleden (hiervan waren 4 geïnterviewden gynaecoloog, 2 afdelingshoofd verloskunde, 1 ziekenhuismanager en 1 verloskundige), 7 eerstelijns-verloskundigen, 5 klinisch verloskundigen, 2 gynaecologen, 2 afdelingshoofden/teamleiders verloskunde, 7 managers kraamzorg, 2 financieel managers en 4 zorginkopers van verschillende zorgverzekeraars. In meerdere VSV's bleek de bestuurder/manager eveneens zorgverlener, waardoor eerder genoemde aantallen niet optellen tot het totaal aantal interviews.

Tijdpad

De interviews zijn afgenomen in de periode november 2015 - maart 2016.

Analyses

Alle geanonimiseerde transcripties zijn op deductieve wijze gecodeerd aan de hand van de kernvragen.

Tekstbox 2.1 (vervolg): Onderzoeksmethoden

2) Focusgroepen

Inhoud

Er zijn vier focusgroepen gehouden met: 1) vertegenwoordigers van kraamzorg-organisaties, 2) verloskundigen, 3) gynaecologen en 4) bestuurders van zorgaanbieders in de geboortezorg. Doel van de focusgroepen was om te toetsen in hoeverre de informatie uit de interviews met de geselecteerde VSV's representatief zijn voor alle VSV's in Nederland. Tijdens deze focusgroepen zijn daarom de voorlopige resultaten van de semi-gestructureerde interviews gepresenteerd, waarna inhoudelijke discussie plaatsvond over de (h)erkenning van de resultaten en werden eventuele omissies in knelpunten en/of succesfactoren geïdentificeerd. De deelnemers van de focusgroepen zijn niet door het RIVM geselecteerd, maar door desbetreffende beroepsgroepen (Bo geboortezorg, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en CPZ (bestuurders).

Tijdpad

De focusgroepen zijn gehouden in maart 2016.

Analyses

De focusgroepen zijn genotuleerd door een RIVM-onderzoeker. De notulen zijn tijdens meerdere overleggen van het onderzoeksteam inhoudelijk besproken en afgewogen tegen de resultaten van de individuele interviews. De resultaten van de interviews zijn leidend geweest in de analyses, aangezien de focusgroepen een toetsend karakter hadden. Indien op basis van de focusgroepen andere aspecten of nuanceringen naar voren kwamen, worden deze apart vermeld. Ook komen aspecten van de inhoudelijke discussies met de focusgroepen terug in de discussiesectie (zie hoofdstuk 3).

3) Registratiedata van Perined

Inhoud

Registratiedata van Perined zijn gebruikt om inzicht te krijgen in de verschillen tussen VSV's in de periode voorafgaand aan integrale bekostiging (pre-interventieperiode) voor een aantal indicatoren. Bij het toewijzen van zwangere vrouwen aan VSV's is aangesloten bij de methodiek zoals gehanteerd door Perined (www.perined.nl).

Tijdpad

Gegevens van Perined over de periode 2009-2014.

Analyses

Beschrijvende statistiek is gebruikt om de indicatoren voor iedere VSV in kaart te brengen. Deze indicatoren zijn vervolgens in funnelplots met bijbehorende 95%- en 99%-betrouwbaarheidsintervallen en trendanalyses gepresenteerd. De analyses zijn uitgevoerd door Perined, in nauw overleg met het RIVM. De verwerking van de gegevens naar de gepresenteerde funnelplots is uitgevoerd door het RIVM.

2.1 Wat zijn de uitgangspunten van integrale bekostiging van de geboortezorg?

Leeswijzer

De invoering van integrale bekostiging en de hieraan gerelateerde oprichting van geboortezorgorganisaties vormen een grote verandering in de geboortezorg. In deze paragraaf worden de uitgangspunten van het integrale bekostigingsmodel kort beschreven.

Integrale bekostiging bundelt verschillende zorgactiviteiten

Integrale bekostiging heeft als doel de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners te stimuleren door middel van het opheffen van financiële belemmeringen in de bestaande bekostigingssystematiek. De huidige bekostigingssystematiek is gefragmenteerd; de verschillende onderdelen van de geboortezorg, eerste- en tweedelijnsverloskunde en kraamzorg, worden apart bekostigd (zie ook Bijlage 5 Overzicht bekostigingsregels geboortezorg per 2016), waardoor een doelmatige samenwerking, coördinatie en afstemming tussen de verschillende professionals niet wordt gestimuleerd (zie Tekstbox 2.3). Eerstelijnsverloskundigen ontvangen een tarief per bevalling, per deel van de bevalling, of per verrichting. In de tweedelijnszorg vindt bekostiging plaats op basis van DOT's en de kraamzorg wordt bekostigd op basis van een combinatie van het aantal uren geleverde zorg, inschrijvingen en consulten (zie ook Tabel B5.1 voor een overzicht van de bestaande bekostigingssystematiek). Deze gefragmenteerde bekostigingssystematiek bevat daarnaast geen expliciete prikkel voor het leveren van goede kwaliteit, omdat extra consulten/verrichtingen die nodig zijn vanwege complicaties ook worden vergoed. Verder bevat het per verrichtingen-bekostigingsmodel een volumeprikkel waardoor een risico op overbehandeling bestaat. Een integraal tarief maakt het mogelijk verschillende zorgactiviteiten (binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw)) als één product/prestatie in te kopen, te leveren en te declareren (zie ook Tekstbox 2.3: De mogelijke effecten van de bekostigingsmethode 'integrale bekostiging' op basis van de literatuur).

Juridische entiteit noodzakelijk, maar een al bestaande entiteit kan hiervoor gebruikt worden

Om een contract met een integraal tarief af te kunnen sluiten is een juridische entiteit noodzakelijk. Deze juridische entiteit fungeert als hoofdaannemer en sluit een contract met de verzekeraar voor het totale pakket aan zorgactiviteiten binnen het integrale tarief. Als gevolg hiervan is de juridische entiteit verantwoordelijk geworden voor de kwaliteit en kosten van alle zorg onder het integrale tarief. De verzekeraar voldoet aan zijn zorgplicht door het sluiten van een contract met een hoofdaannemer. De juridische entiteit kan nieuw worden opgericht, maar kan ook een van de bestaande zorgaanbieder(organisaties) zijn (zie ook Tekstbox 2.2: Definitie geboortezorgorganisatie in dit rapport).

Het integrale tarief zal bestaan uit meerdere deelprestaties

In opdracht van VWS heeft KPMG Plexus begin 2016 een advies uitgebracht over de mogelijke vormgeving van integrale bekostiging van de geboortezorg (KPMG Plexus, 2016). In dit rapport adviseerde KPMG Plexus om twee deelprestaties te definiëren: één voor een onverhoopte

miskraam (zwangerschap tot en met 16 weken) en één voor een zwangerschap langer dan 16 weken. Tijdens het bestuurlijke overleg van 12 april 2016 is er met veldpartijen overeengekomen dat er zal worden afgeweken van het advies van KPMG Plexus voor wat betreft het aantal deelprestaties (van twee naar meerdere deelprestaties) en de invoeringstermijn van de verplichte invoering (van 1 januari 2018 naar 1 januari 2019 met het voorbehoud dat er geen onoverkomelijke uitvoeringstechnische knelpunten meer bestaan) (zie ook paragraaf 1.3 Breder Kader). Momenteel is nog niet duidelijk hoeveel deelprestaties er exact zullen worden vastgesteld. Er wordt mogelijk onderscheid gemaakt tussen de fases ‘prenataal’, ‘nataal en postnataal’ en ‘kraamzorg’. Daarnaast is het voornemen om binnen deze fases onderscheid te maken tussen ‘reguliere’ en ‘complexe’ zorg. Ook zal mogelijk de poliklinische bevalling zonder medische indicatie een aparte deelprestatie worden, vanwege de nu nog bestaande eigen betaling voor een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie. Het algemene uitgangspunt is dat de verschillende deelprestaties onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en dat alle deelprestaties onderdeel uitmaken van een integraal bekostigingscontract tussen de zorgverzekeraar en de geboortezorgorganisatie.

Tekstbox 2.2: Definitie geboortezorgorganisatie in dit rapport

Een geboortezorgorganisatie is een organisatie met een rechtspersoonlijkheid waarin één of meerdere zorgaanbieder(s) zijn verenigd, die verantwoordelijk zijn voor het coördineren en leveren van geboortezorg aan zwangere vrouwen (in een bepaalde geografische regio) waarbij gebruikt wordt gemaakt van een contract op basis van integrale bekostiging (of voornemens is om dit te doen). Hierin zullen naar verwachting afspraken worden gemaakt over onder andere:

- de minimale kwaliteitseisen van de zorg;
- een vrij onderhandelbaar tarief (onderverdeeld in deelprestaties);
- de verantwoordingsinformatie ten behoeve van de verzekeraar.

De geboortezorgorganisatie levert de gecontracteerde zorg zélf of sluit hiervoor overeenkomsten met individuele zorgaanbieders of -instellingen. Hierin staan mogelijk afspraken over:

- de minimale kwaliteitseisen van de zorg;
- het tarief;
- de verantwoordelijkheden en de aansprakelijkheden;
- de verantwoordingsinformatie ten behoeve van de geboortezorgorganisatie.

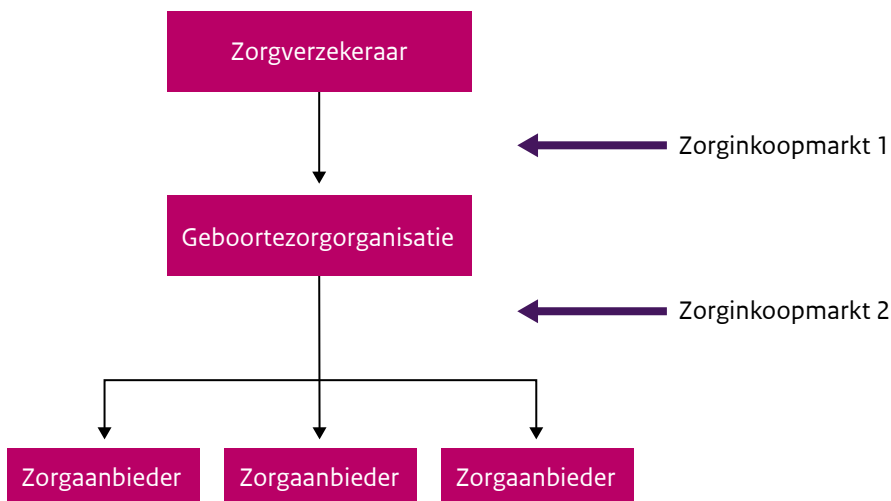
Een VSV betreft een netwerk van autonome zorgaanbieders en -instellingen. Een VSV is geen juridische entiteit en alle bij de VSV betrokken zorgaanbieders worden afzonderlijk gecontracteerd door de zorgverzekeraar. Binnen een VSV wordt gewerkt aan een kwaliteitsverbetering van de zorg door een gezamenlijke visie op te stellen, gezamenlijke protocollen te ontwikkelen en multidisciplinaire bijeenkomsten te houden. De verwachting is dat VSV's zich in de komende jaren doorontwikkelen tot de hierboven omschreven geboortezorgorganisaties.

Reguliere zorginkoopmarkt vervangen door twee zorginkoopmarkten

Door de introductie van integrale bekostiging van de geboortezorg en de hieraan gerelateerde oprichting van geboortezorgorganisaties, kan de reguliere zorginkoopmarkt worden vervangen door twee zorginkoopmarkten (zie Figuur 2.1);

1. een zorginkoopmarkt waar zorgverzekeraars overeenkomsten sluiten met geboortezorgorganisatie;
2. een zorginkoopmarkt waar de geboortezorgorganisatie overeenkomsten sluit met individuele zorgaanbieders of -instellingen.

Figuur 2.1: Schematische weergave van de twee zorginkoopmarkten bij integrale bekostiging.



Of er wel of niet twee zorginkoopmarkten ontstaan, hangt af van hoe de geboortezorgorganisaties de feitelijke zorgverlening gaan invullen. De geboortezorgorganisatie kan zelf zorgverleners en medewerkers in dienst nemen voor de feitelijke zorgverlening. In deze variant is er eigenlijk geen tweede zorginkoopmarkt. De geboortezorgorganisatie kan ook overeenkomsten sluiten met zelfstandige zorgaanbieders (en -instellingen) voor de feitelijke zorgverlening, dan is er wel sprake van een tweede zorginkoopmarkt. Een derde optie is een mengvorm van deze twee; de geboortezorgorganisatie contracteert zorgaanbieders voor een deel van de zorg en heeft voor de overige zorg zelf zorgverleners in dienst. In variant 2 en 3 hebben de zorgaanbieders die gecontracteerd worden door de geboortezorgorganisatie zelf geen contract meer met de zorgverzekeraars. De directe relatie met de zorgverzekeraar blijft wel bestaan voor zorgactiviteiten die geen deel uitmaken van het integrale bekostigingscontract.

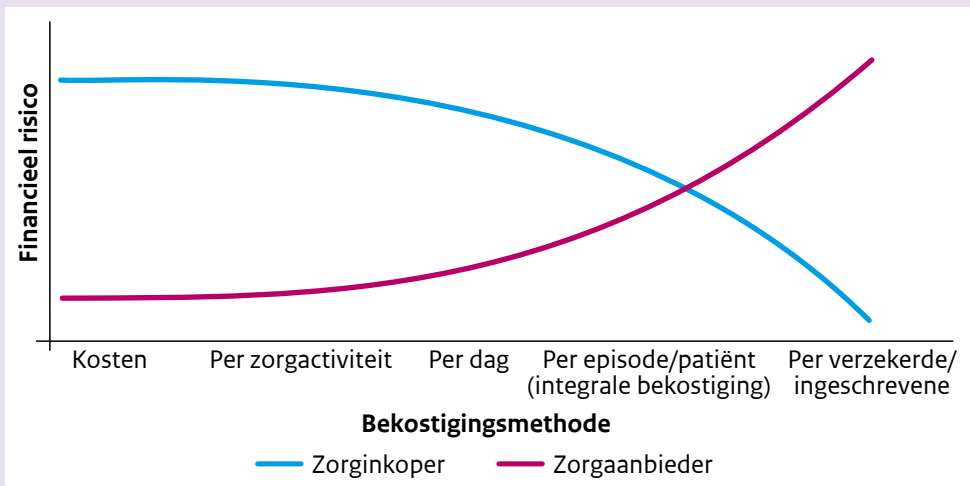
Het integrale tarief, bestaande uit meerdere deeltarieven is op zowel zorginkoopmarkt 1 als 2 vrij onderhandelbaar

De verschillende deeltarieven van het integrale tarief zijn vrij onderhandelbaar voor zorgverzekeraars en geboortezorgorganisaties. Ook de tarieven van de onderliggende deelcontracten tussen de geboortezorgorganisatie en de individuele zorgaanbieders en -instellingen zijn vrij onderhandelbaar. De aanname is dat door de prijzen vrij te geven, doelmatigheid wordt gestimuleerd.

Tekstbox 2.3: Mogelijke effecten van de bekostigingsmethode ‘integrale bekostiging’ op basis van de literatuur

In verschillende wetenschappelijke artikelen zijn de mogelijke effecten van integrale bekostiging beschreven (Miller, 2009; Hussey et al., 2011; Eijkenaar en Schut, 2015). De evidentie is voorsnog beperkt en is vooral gebaseerd op theoretische gronden. Mogelijke positieve effecten worden veelal afgezet tegen de nadelen van het traditionele ‘fee-for-service’-model, ofwel het betalen per verrichting/behandeling. Het systeem van betalen per verrichting/behandeling zorgt ervoor dat zorgaanbieders geen risico lopen over de hoeveelheid geleverde zorg, maar levert een prikkel op om binnen het eigen domein een hoger volume te realiseren. Het financiële risico ligt in dit model vooral bij de betaler (zorgverzekeraar). Bij een integraal tarief verdwijnt deze prikkel tot volume-verhoging grotendeels, aangezien de zorgaanbieder(s) die het contract met een integraal tarief sluit(en), de financiële verantwoordelijkheid op zich ne(e)m(t)(en) voor de hoeveelheid zorg en de gemiddelde kosten per cliënt. Dit biedt een prikkel tot het vermijden van onnodige zorg en meer ‘kostenbewust gedrag’ via bijvoorbeeld substitutie, taakherschikking of betere afstemming. Wel blijft bij integrale bekostiging de prikkel bestaan om meer mensen te behandelen. Onderstaande figuur van Frakt (Frakt en Mayes, 2012) illustreert de verschuiving in financieel risico bij het aanpassen van de bekostigingsvorm. Hoe meer zorgactiviteiten onder één tarief vallen (naar rechts in het figuur), hoe meer financieel risico de zorgaanbieder gaat dragen, waardoor deze een prikkel krijgt tot meer coördinatie en samenwerking tussen zorgverleners en kwaliteitsverbeteringen.

Figuur 2.2: Financieel risico voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars per bekostigingsmethode (Bron: Frakt en Mayes, 2012).



Tekstbox 2.3 (vervolg): Mogelijke effecten van de bekostigingsmethode ‘integrale bekostiging’ op basis van de literatuur

Vanuit de literatuur is ook een aantal potentiële nadelen van integrale bekostiging (Engels: ‘bundled payment’) bekend, namelijk 1) risico op ondergebruik, 2) risicoselectie en 3) compensatiegedrag buiten de bundel (Hussey et al., 2011; Eijkenaar en Schut, 2015). Het risico op ondergebruik kan optreden als zorgaanbieders minder zorg gaan verlenen dan noodzakelijk is, waardoor wordt ingeleverd op kwaliteit. Het kan ook zo zijn dat het besparen op zorggebruik binnen de bundel samengaat met betere kwaliteit, bijvoorbeeld door minder complicaties en daaraan gerelateerde ziekenhuiszorgkosten, waardoor de prikkel tot kostenbewust gedrag samengaat met kwaliteitsverbetering. Het daadwerkelijke risico op ondergebruik zal worden bepaald door de reikwijdte (‘scope’) van de bundel in combinatie met de hoogte van het tarief. Ook bestaat het potentiële nadeel dat zorgaanbieders door middel van risicoselectie trachten zoveel mogelijk cliënten te excluseren waarvan de verwachte kosten hoger zijn dan het integrale tarief. Het risico bestaat dat cliënten met een zwaardere casemix worden doorverwezen naar andere zorgaanbieders. Dit risico wordt groter naarmate de kosten van een cliënt op voorhand beter zijn te voorspellen door een zorgaanbieder (een vrouw met tweede zwangerschap waarvan de eerste zwangerschap een keizersnede betrof, heeft bijvoorbeeld een grotere kans op hogere kosten). Uiteindelijk geldt ook voor dit potentiële nadeel dat de mate waarin het optreedt in de praktijk wordt bepaald door de hoogte van het uiteindelijke tarief. Een derde potentieel nadeel is het mogelijke compensatiegedrag dat optreedt buiten de bundel bij bepaalde zorgaanbieders als gevolg van taakverschuiving, substitutie of het ontdebellen van activiteiten. Het risico bestaat dat door de vrijgekomen capaciteit budgetten worden aangewend voor onnodige zorg.

Optimale integrale bekostigingsmodel: het verschuiven van alleen ‘performance risk’ naar zorgaanbieders

Bij het invoeren van integrale bekostiging wordt er financieel risico verschoven van zorgverzekeraar naar zorgaanbieder (Miller, 2009). De zorgaanbieder krijgt hiermee een prikkel tot meer doelmatig werken, tot betere coördinatie en samenwerking tussen zorgverleners en kwaliteitsverbeteringen. Idealiter worden risico’s waarover de zorgaanbieder controle heeft, zoals het uitvoeren van onnodige behandelingen (‘performance risk’), verschoven naar de zorgaanbieder. Dit gaat om keuzes qua behandelingen en de inrichting van het zorgproces. Dit impliceert ook dat aspecten waar de zorgaanbieder geen invloed op heeft niet verschoven dienen te worden. Zo worden financiële risico’s die samenhangen met het vóórkomen van gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld het aantal diabeten) of andere zorgbehoeften, zogenaamde ‘insurance risk’, idealiter gedragen door de zorgverzekeraar. Indien te veel financiële risico’s worden verschoven naar de zorgaanbieders, zullen zij als gevolg hiervan risicomijdend gedrag gaan vertonen en/of hogere tarieven willen afsluiten om de (te) grote financiële risico’s te kunnen dragen.

2.2 Hoe worden geboortezorgorganisaties in de praktijk vormgegeven?

Leeswijzer

Deze paragraaf beschrijft op hoofdlijnen de bevindingen ten aanzien van het vormgeven van de geboortezorgorganisaties. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen algemene bevindingen met betrekking tot het transitietraject van VSV naar geboortezorgorganisatie en de vormgeving van tot nu toe gevormde geboortezorgorganisaties. De bevindingen zijn gebaseerd op de individuele interviews met zorgprofessionals en de focusgroepen. Daarnaast is ook VSV-specifieke documentatie geanalyseerd. Een schematische weergave van de resultaten wordt weergegeven in Figuur 2.3. Ter illustratie van de resultaten zijn quotes uit de interviews en focusgroepen opgenomen.

Bevindingen ten aanzien van het transitietraject van VSV naar geboortezorgorganisatie

Verkennde gesprekken over vormgeving geboortezorgorganisatie overal gestart, gevoel voor urgentie wordt groter

De transitie naar integrale bekostiging van de geboortezorg veronderstelt dat VSV's zich 'doorontwikkelen' tot juridische entiteiten, zodat zij een integraal bekostigingscontract met een zorgverzekeraar kunnen afsluiten. Deze juridische entiteiten kunnen op verschillende manieren worden vormgegeven. Uit de interviews kwam naar voren dat in alle acht geïnterviewde VSV's gesprekken zijn/worden gevoerd over deze vormgeving. Wel verschilde de fase waarin deze gesprekken verkeerden; in vijf van de acht VSV's bevonden de gesprekken zich in de verkennende fase, terwijl in drie VSV's reeds overeenstemming was bereikt over hoe de geboortezorgorganisatie vorm te geven.

In de vijf VSV's waar verkennende gesprekken worden gevoerd, lijkt de brief van de minister aan de Tweede Kamer, waarin zij de facultatieve invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2017 aankondigde (VWS, 2015a), het opstarten/intensiveren van deze gesprekken te hebben versneld (zie ook onderstaande quote). Volgens de geïnterviewden leek de urgentie vóór het publiceren van deze TK-brief niet bij alle zorgverleners even sterk gevoeld te worden.

'En we hebben al eens eerder een informatieavond gehad, maar die kwam veel te vroeg. En nu pas begint iedereen het door te krijgen: 'Oké, die kant wil men op'.

Eerstelijnsverloskundige

Het ‘doorontwikkelen’ van een VSV naar een geboortezorgorganisatie blijkt een uiterst complex organisatievraagstuk

In veel interviews werd benoemd dat de besluitvorming over hoe een geboortezorgorganisatie vorm te geven een complex proces is. Op basis van de gehouden interviews kunnen de oorzaken van deze complexiteit grofweg onderverdeeld worden in drie categorieën:

1. ‘uitvoeringstechnische’ aspecten met betrekking tot het vormgeven van geboortezorgorganisaties;
2. VSV-specifieke aspecten van de geboortezorg;
3. een gebrek aan kennis over organisatorische en bestuurlijke vraagstukken.

Deze oorzaken leiden tot een besluitvormingsproces dat veel (doorloop)tijd in beslag neemt. In onderstaande alinea’s bespreken wij kort bovenstaande categorieën.

Verschillende uitvoeringstechnische knelpunten bij het vormgeven van een geboortezorgorganisatie

Het vormgeven van een geboortezorgorganisatie volgens een bepaald organisatiemodel wordt beïnvloed door de wet- en regelgeving op het gebied van fiscale aspecten, mededinging en kwaliteitsbeleid. Voor wat betreft fiscale regelgeving gaat het bijvoorbeeld om het behoud van de zelfstandigenaftrek voor de zelfstandige eerstelijnsverloskundigen en de btw-plichtigheid van de verschillende (zorg)activiteiten bij onderlinge verrekening. In het ene organisatiemodel gelden andere mogelijkheden en plichten dan in het andere model. Dit geldt ook voor de mededingings- en aansprakelijkheidsvraagstukken binnen de nieuwe organisatievorm. Enkele concrete vragen die de geïnterviewden hierbij noemden zijn ‘welke informatie mogen verschillende zorgaanbieders nu wel en niet onderling uitwisselen?’, ‘mogen geboortezorgorganisatie in het nieuwe model met één kraamzorgorganisatie gaan werken of moeten zij er meerdere contracteren?’ en ‘in hoeverre valt de geboortezorgorganisatie onder de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en moeten deze voldoen aan de vereisten die in het Uitvoeringsbesluit Wtzi zijn gespecificeerd?’. Veel van de uitvoeringstechnische knelpunten komen overeen met de geïdentificeerde knelpunten zoals beschreven in de NZa Quickscan (NZa, 2015b) en worden samengevat in Tekstbox 2.4.

‘Dus inhoudelijk zijn we al heel ver, maar in welke samenwerkingsvorm we dat moeten gieten, juridisch en financieel, dat is nu het moeilijke punt’ Ja, dat vinden wij dus heel lastig, daar hebben we nu net ook hevig over gediscussieerd.’

Gynaecoloog

Tekstbox 2.4: Beknopte uitleg van uitvoeringstechnische knelpunten op basis van de NZa Quick-scan (NZa, 2015b)

- Btw bij onderlinge verrekening

Medische handelingen die gericht zijn op de gezondheidskundige verzorging van de individuele mens zijn vrijgesteld van btw. De btw-plicht kan op twee niveaus plaatsvinden volgens de geïnterviewden wanneer partijen overgaan naar integrale bekostiging:

- a) Indien er middelen worden uitgekeerd van zorgverzekeraar naar zorgaanbieder voor coördinatie en organisatie van zorg als onderdeel van een integraal tarief of deelprestatie. Partijen stellen dat in het oordeel van de fiscus de kosten voor coördinatie en organisatie van zorg niet altijd onder de vrijstellingen vallen².
- b) Indien er middelen worden uitgekeerd van een hoofdaannemer naar een onderaannemer voor zorglevering of consultatie. Genoemde voorbeelden zijn een betaling voor een consultatie van een specialist door een eerstelijnszorgverlener. Ook hebben partijen aangegeven dat bij het onderling verrekenen van bijvoorbeeld de kosten voor kraamzorg die door kraamzorgaanbieders in een ziekenhuis zijn geleverd, er sprake kan zijn van btw-plicht op de betaling van het ziekenhuis naar de kraamzorgaanbieder.

- Zelfstandigenaftrek

Zorgverleners die nu werken als zelfstandige kunnen onder bepaalde voorwaarden gebruikmaken van een zelfstandigenaftrek. Indien de nieuwe geboortezorgorganisatie feitelijk de enige opdrachtgever wordt van de zelfstandige, dan kan er sprake zijn van een fictief dienstverband en vervalt het recht op de zelfstandigenaftrek.

² In november 2015 besloot de Tweede Kamer dat zorggroepen en ook op te richten geboortezorgorganisaties vanaf 1 januari 2016 geen btw meer hoeven te betalen over de vergoeding voor gemaakte overheadkosten, bijvoorbeeld om de kwaliteit en de organisatie van deze multidisciplinaire zorg te verbeteren. Zij leveren volgens de Wet op de omzetbelasting nu diensten 'van sociale of culturele aard' en zijn daarmee vrijgesteld van omzetbelasting (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 2015).

Tekstbox 2.4 (vervolg): Beknopte uitleg van uitvoeringstechnische knelpunten op basis van de NZa Quick-scan (NZa, 2015b)

- Toelating in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi)

Indien een regio ervoor kiest om een gezamenlijke geboortezorgorganisatie op te richten die als contractpartner optreedt bij het overeenkomen van een integraal tarief, dan kan het zo zijn dat deze organisatie een Wtzi-toelating moet aanvragen. Hiervan is sprake indien deze geboortezorgorganisatie zelf zorg levert. De Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en het uitvoeringsbesluit Wtzi, zijn onder andere van toepassing op instellingen die medisch specialistische zorg, kraamzorg en verloskundige zorg leveren. Instellingen voor medische specialistische zorg dienen een Wtzi-toelating aan te vragen. Instellingen voor kraamzorg en verloskundige zorg worden op grond van het Uitvoeringsbesluit Wtzi geacht over een Wtzi-toelating te beschikken. Kraamzorginstellingen en verloskundige praktijken worden dus ‘automatisch’ toegelaten tot de markt voor de Zorgverzekeringswet (Zvw)/Wet langdurige zorg (Wlz) en hoeven geen toelating aan te vragen. Alle instellingen die onder de reikwijdte van de Wtzi vallen, dienen te voldoen aan de vereisten die in het Uitvoeringsbesluit Wtzi zijn gespecificeerd. Het gaat onder andere om vereisten op het gebied van de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering.

Een geboortezorgorganisatie die zelf geen zorg levert, maar alleen administratieve taken uitvoert, wordt niet beschouwd als een instelling in de zin van de Wtzi. Hiervan kan sprake zijn in een organisatie-model, waarin die geboortezorgorganisatie als hoofdaannemer fungeert en andere (bestaande) zorgaanbieders van geboortezorg als onderaannemer optreden. Uitsluitend de zorgaanbieders die als onderaannemer fungeren, worden dan beschouwd als instelling in de zin van de Wtzi, maar alléén als deze zorgaanbieders/onderaannemers zijn te kwalificeren als een ‘organisatorisch verband’ en zij zorg leveren waarop ingevolge de Zvw aanspraak bestaat (verzekerde zorg). Indien voor een organisatie-model wordt gekozen waarin de verschillende zorgverleners in loondienst treden van de geboortezorgorganisatie, dan wordt de organisatie wel gezien als een instelling in de zin van de Wtzi. Er is dan immers sprake van een organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5, lid 1, Wtzi dat zorg levert waarop ingevolge de Zvw aanspraak bestaat. Omdat een deel van die zorg medisch specialistische zorg betreft, zal een dergelijke organisatie een Wtzi-toelating moeten aanvragen.

- Mededinging

Indien bestaande zorgaanbieders een gezamenlijke geboortezorgorganisatie oprichten, of een fusie of overname tot stand brengen, dan kunnen partijen te maken krijgen met de Mededingingswet. Indien bij een concentratie partijen zijn betrokken die samen bestaan uit meer dan 50 personen die zorg verlenen, dan moet de concentratie vooraf gemeld worden bij de NZa. Indien de omzeldrempels worden gepasseerd, dienen partijen de concentratie vooraf ook te melden bij de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Indien er geen sprake is van een concentratie in de zin van de Mededingingswet, maar slechts van een samenwerkingsverband, mag er geen sprake zijn van horizontale prijsafstemming indien partijen concurrenten zijn. Ook mag het samenwerkingsverband niet leiden tot marktafsluiting van zorgverzekeraars of zorgaanbieders.

Met name tegengestelde belangen, verlies van autonomie, verlies van zelfstandig ondernemerschap en inkomensonzekerheid werden genoemd als VSV-specifieke aspecten

Naast de uitvoeringstechnische aspecten, werden tijdens de individuele interviews ook meer VSV-specifieke aspecten genoemd die het besluitvormingsproces beïnvloeden. Onder VSV-specifieke aspecten wordt verstaan de wijze waarop de vormgeving van de geboortezorgorganisatie de positie van individuele zorgaanbieders in iedere VSV beïnvloedt. Met name de tegengestelde (financiële) belangen van de verschillende actoren (ziekenhuizen, gynaecologen, eerstelijnsverloskundigen en kraamzorg) werden veelvuldig genoemd en werden eveneens onderstreept tijdens de focusgroepen. Een voorbeeld hiervan betreft de financiële gevolgen van taakherschikking van de tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg. In een aantal VSV's lijkt het gebrek aan wederzijds vertrouwen tussen de eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen een bijkomend knelpunt. Deze geïnterviewden gaven aan dat het opstarten van de gesprekken over het vormgeven van een geboortezorgorganisatie (en het integraal tarief) dit vertrouwen verder op de proef stelde (zie ook paragraaf 2.4 Hoe verloopt het werkproces en wat zijn de verwachtingen van integrale bekostiging?). Ook het eventuele verlies van het ondernemerschap en de onzekerheid over het eigen inkomen werden in meerdere interviews expliciet genoemd als knelpunt, met name met betrekking tot de eerstelijnsverloskundigen en zzp'ers (zelfstandigen zonder personeel) in de kraamzorg. Aspecten waarover wel overeenstemming bestaat tussen zorgaanbieders, zoals het uitgangspunt dat meerdere disciplines participeren in de geboortezorgorganisatie, blijken als gevolg van bovengenoemde aspecten bij een praktische vertaling naar een organisatiemodel niet eenvoudig te realiseren. Zo bestaat er in verschillende VSV's discussie over welke actoren dit dan betreft (zowel verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg, ziekenhuis) en hoe de verantwoordelijkheidsverdeling dan plaats moet vinden.

'En er zijn nu verschillende opties; wat voor juridische entiteit ga je vormen? Nou, bijvoorbeeld je zou in loondienst kunnen gaan, nou goed, de ene is daar misschien wel toe bereid en de ander is daar niet toe bereid.'

Eerstelijnsverloskundige met zelfstandige praktijk

'En ik kan zelf bepalen waar ik, ja waaraan ik mijn geld besteed binnen mijn praktijk... en ik vind het wel belangrijk om, ja, om autonoom te blijven.'

Eerstelijnsverloskundige met zelfstandige praktijk

Kennisgebrek en gebrek aan 'ondersteuning-op-maat' versterken de ervaren complexiteit

Tijdens de interviews werd door vrijwel alle actoren genoemd dat zij van zichzelf vinden dat zij onvoldoende kennis hebben over en onvoldoende geschoold zijn in de organisatorische en uitvoeringstechnische aspecten van het vormgeven van een geboortezorgorganisatie ('wat mag nu wel en niet?'). Zij geven aan dat zij als gevolg van dit kennisgebrek niet goed in staat zijn om de (financiële) consequenties van de verschillende organisatiemodellen te kunnen overzien ('wat zijn de gevolgen van de verschillende organisatiemodellen voor mij als individuele zorgaanbieder of instelling?').

In veel VSV's zijn wel activiteiten ondernomen om kennis over deze thema's op te bouwen en besluiten te kunnen nemen. Genoemde activiteiten zijn het bezoeken van congressen, het inhuren van adviseurs en het organiseren van informatiebijeenkomsten met experts. Meerdere keren werd echter genoemd dat deze advisering leidde tot tegenstrijdige adviezen. Geïnterviewden gaven aan een gebrek aan (landelijke) ondersteuning, bijvoorbeeld vanuit de landelijke beroepsverenigingen, te ervaren. Door de geïnterviewden werd opgemerkt dat vaak wel de algemene informatie voorhanden is, maar dat de kennis ontbreekt om de vertaalslag te maken naar hun eigen specifieke situatie. Een voorbeeld hiervan betreft de handleiding organisatiemodellen (CPZ, 2015a) die het CPZ heeft laten opstellen. Deze is bedoeld om VSV's te ondersteunen door inzicht te geven in de juridische randvoorwaarden van een geboortezorgorganisatie. Veel zorgverleners en managers gaven aan dat de vertaalslag naar de 'VSV-specifieke' oplossing nog ontbreekt, waardoor deze handleiding onvoldoende houvast biedt om beslissingen te maken in hun eigen VSV.

'Ja, en ik denk ook een onpartijdig adviseur die voor de verschillende partijen kan bekijken van 'dit model', als jullie het zo aanpakken, dan levert het voor die individuele stakeholders dit op, of juist niet.'

Gynaecoloog

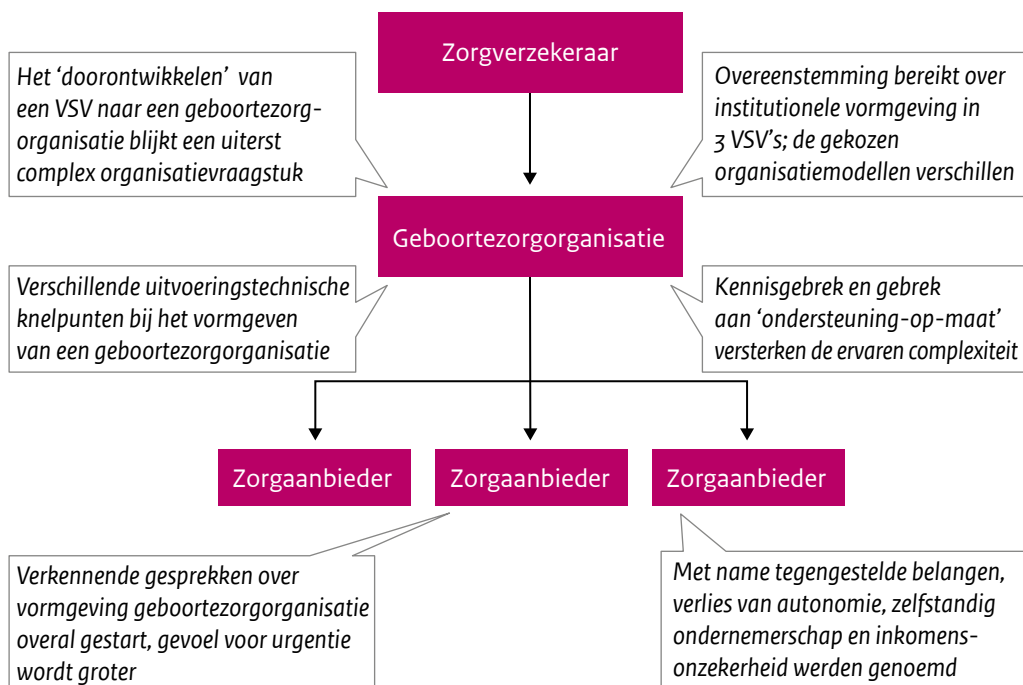
'Wie gaat ons dan hier helpen en begeleiden, zodat we er allemaal met een tevreden gevoel op terug kunnen kijken of denken: 'Dit is ook wat we willen'.'

Manager/projectleider

'Kan dat wel? Want die zijn concurrenten onderling en kan je die dan wel in een entiteit plaats laten nemen?'

Manager kraamzorgorganisatie

Figuur 2.3: Resultaten met betrekking tot het vormgeven van een geboortezorgorganisatie.



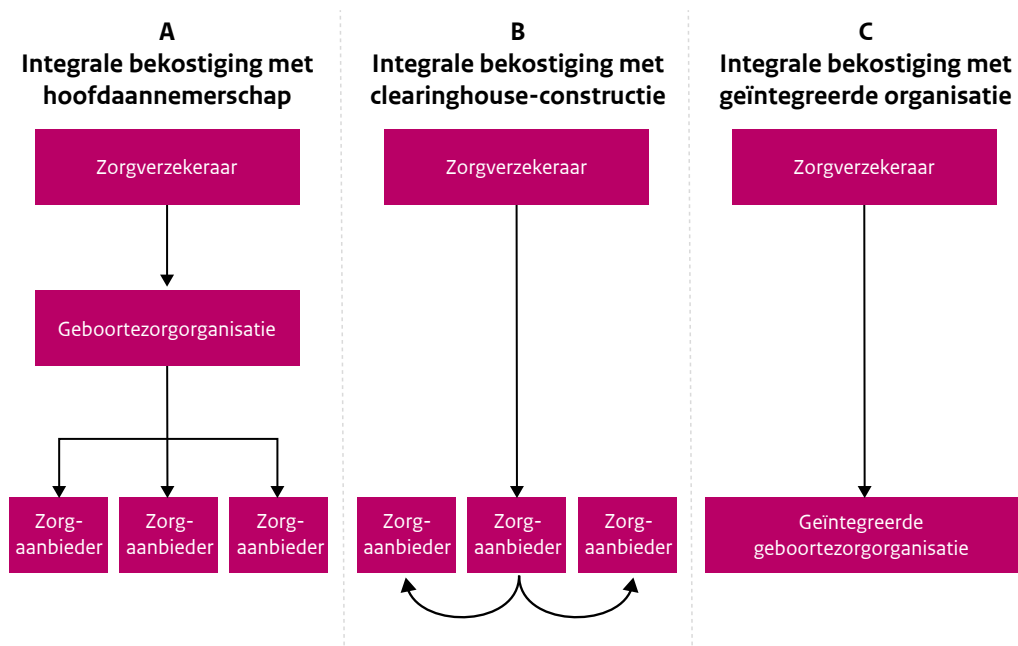
Vormgeving van geboortezorgorganisaties tot nu toe

In drie VSV's is overeenstemming bereikt over institutionele vormgeving; de gekozen organisatiemodellen verschillen

De drie VSV's waar overeenstemming is bereikt over de vormgeving van de geboortezorgorganisatie hebben gekozen voor verschillende organisatiemodellen. Eén VSV (A in Figuur 2.4) heeft ervoor gekozen een coöperatie op te gaan richten. In deze coöperatie zullen vier partijen participeren (verloskundigen, gynaecologen, het ziekenhuis en een stichting die integrale zorg stimuleert (waarvan de preferente zorgverzekeraar 100% aandeelhouder is)). Het gekozen organisatiemodel werd ten tijde van de interviews voorgelegd aan de regionale belastinginspecteur, omdat onduidelijk is in hoeverre in deze constructie de eerstelijnsverloskundigen met een eigen praktijk hun zelfstandigenaftrek kunnen behouden (voorwaarde van de eerstelijnsverloskundigen om akkoord te gaan met het oprichten van een coöperatie). Het VSV had gelijktijdig ook de onderhandelingen met de preferente verzekeraar afgerond. De coöperatie zal echter pas worden opgericht zodra de onderhandelingen met de verre zorgverzekeraars zijn afgerond (zie ook paragraaf 2.3 Hoe verloopt het zorginkoopproces?). Dus ondanks het feit dat er overeenstemming is over de vormgeving van de geboortezorgorganisatie en er een integraal tarief is uitonderhandeld met de preferente verzekeraar, is deze VSV dus nog niet overgestapt naar de nieuwe bekostigingssystematiek.

De tweede VSV (B in Figuur 2.4) waar overeenstemming is over de vormgeving van de geboortezorgorganisatie, heeft besloten om een bestaande entiteit, de coöperatie van eerstelijnsverloskundigen, als ‘kassier’ te laten fungeren. Deze coöperatie van verloskundige praktijken zal optreden als hoofdaannemer en het integrale tarief declareren om dit vervolgens te verdelen onder de verschillende zorgaanbieders. Dit model wordt een ‘clearinghouse’-constructie genoemd. Geïnterviewden uit deze VSV geven aan dat voor deze clearinghouse-constructie is gekozen omdat de stap naar een nieuwe juridische entiteit niet haalbaar bleek. Tijdens interviews kwam naar voren dat met name vanuit het ziekenhuis heel sterk werd aangegeven dat een aparte juridische entiteit niet gewenst is, omdat het voor de Raad van Bestuur van het ziekenhuis te complex wordt om sturing te geven aan een organisatie die meerdere bv’s, stichtingen en coöperaties bevat. Bij de laatste van de drie VSV’s is gekozen om het ziekenhuis als geboortezorgorganisatie te laten fungeren (C in Figuur 2.4). In deze VSV zijn de eerstelijnsverloskundigen, klinisch verloskundigen en gynaecologen allen in loondienst van het ziekenhuis, waardoor de vormgeving van een nieuwe geboortezorgorganisatie niet noodzakelijk was. Opgemerkt moet worden dat deze constructie zich beperkt tot één eerstelijnsverloskundige praktijk. De overige eerstelijnsverloskundige praktijken in de regio zijn zelfstandige praktijken die geen deel uitmaken van het integrale bekostigingscontract, waardoor deze verloskundigen nog steeds via de bestaande bekostigingssystematiek worden betaald.

Figuur 2.4: Schematische weergave van het integrale bekostigingsmodel met hoofdaannemerschap (A), clearinghouse-constructie (B) en geïntegreerde organisatie (C).



2.3 Hoe verloopt het inkoopproces tot nu toe?

Leeswijzer

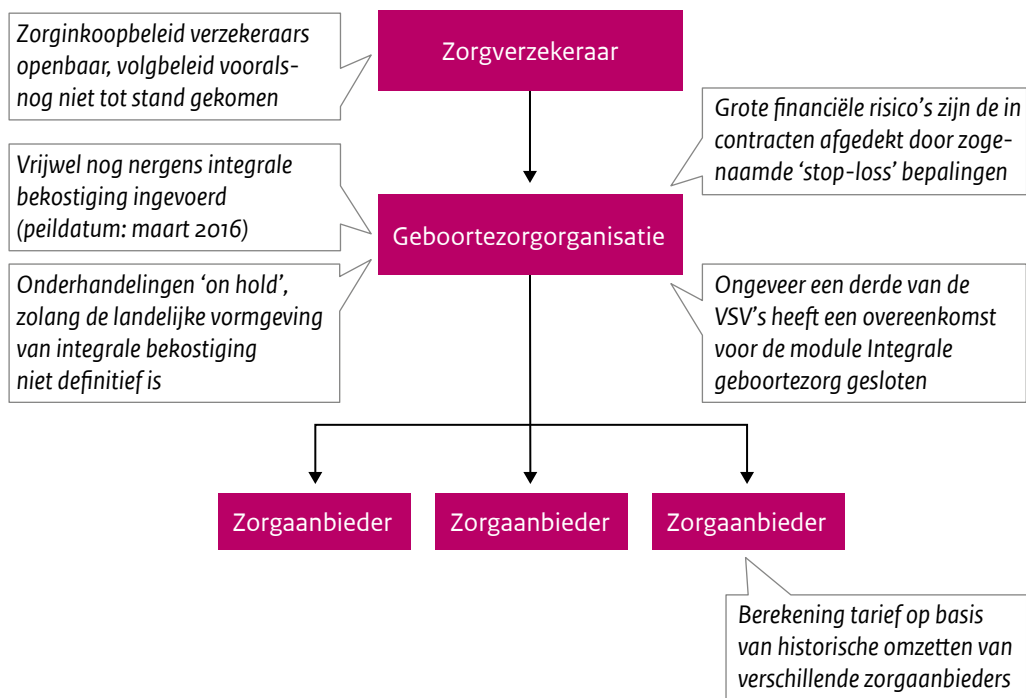
Deze paragraaf beschrijft het inkoopproces van de geboortezorg met betrekking tot de integrale bekostigingscontracten en de module integrale geboortezorg. De resultaten zijn gebaseerd op de semi-gestructureerde interviews met de verschillende stakeholders, de focusgroepen en worden samengevat in Figuur 2.5. Ter illustratie zijn quotes uit de interviews opgenomen.

Integrale Bekostigingscontracten

Vrijwel nog nergens integrale bekostiging ingevoerd (peildatum: maart 2016)

Paragraaf 2.2 beschrijft de transitie van VSV's naar geboortezorgorganisatie. Momenteel zijn nog geen geboortezorgorganisaties formeel opgericht. Wel maakt één ziekenhuis, fungerend als geboortezorgorganisatie, gebruik van de beleidsregel Innovatie om te experimenteren met een integraal tarief. Daarnaast is er in een VSV overeenstemming over een contract met de preferente verzekeraar voor zowel de contractvoorwaarden als de hoogte van het integrale tarief. Ook bestaat er overeenstemming over de vormgeving van de geboortezorgorganisatie (zie ook paragraaf 2.2). Echter de kraamzorgactiviteiten vallen buiten de reikwijdte van het tarief. Als gevolg hiervan willen de 'verre' zorgverzekeraars dit overeengekomen conceptcontract niet 'volgen'. Dit heeft ertoe geleid dat deze VSV besloten heeft niet over te stappen naar het integrale bekostiging-model. De financiële risico's voor de zorgaanbieders zouden namelijk te groot zijn en het naast elkaar bestaan van twee bekostigingssystemen wordt door de VSV onwenselijk geacht. Ook in het contract waar het ziekenhuis als geboortezorgorganisatie fungeert, valt de kraamzorg buiten de reikwijdte van het contract. Momenteel wordt in beide VSV's nagedacht over hoe de integrale bekostigingscontracten verder vorm te geven. Hierbij wordt overwogen om de kraamzorgactiviteiten alsnog onderdeel te maken van het contract. De manager van deze VSV geeft echter aan dat de preferente zorgverzekeraar vooralsnog heeft aangegeven dit niet van plan te zijn.

Figuur 2.5: Resultaten met betrekking tot het zorginkoopproces.



Onderhandelingen 'on hold', zolang de landelijke vormgeving van integrale bekostiging niet definitief is
Momenteel worden door VWS en de NZa in samenwerking met experts in het veld verder gewerkt aan een definitieve vormgeving van integrale bekostiging qua aantal deelprestaties en invoeringstermijn (zie ook paragraaf 1.3 Breder kader). Het ontbreken van deze definitieve vormgeving heeft er binnen één VSV toe geleid dat de onderhandelingen zijn stopgezet door de preferente zorgverzekeraar. Volgens de geïnterviewden waren deze onderhandelingen in een vergevorderd stadium. Volgens meerdere geïnterviewde managers van VSV's en ook andere zorgverleners leidt het lang uitblijven van de (technische) uitwerking van integrale bekostiging tot een vertraging van de transitie naar integrale geboortezorg. Zij geven expliciet aan dat zorgaanbieders die het voortouw hebben genomen in dit traject, meer en meer gedemotiveerd en gefrustreerd raken aangezien zij nu de definitieve stap (maar) niet kunnen maken. Ook leidt dit tot terughoudendheid bij andere zorgaanbieders.

'En ik merk nu, omdat het uitgesteld en uitgesteld wordt, nu wordt iedereen zenuwachtig en krabbelen ze terug. Dat is gewoon onwijs frustrerend, vooral voor de mensen die er zoveel tijd al in hebben gestoken.'

Eerstelijnsverloskundige

Berekening tarief op basis van historische omzetten van verschillende zorgaanbieders

In drie van de geïnterviewde VSV's zijn tot op heden tariefberekeningen uitgevoerd. Deze berekeningen zijn gebaseerd op de historische omzetten van de deelnemende zorgaanbieders. Daarbij worden de projectkosten opgeteld en dit bedrag wordt vervolgens gedeeld door het aantal barendende vrouwen binnen het VSV. De meeste zorgaanbieders zijn goed in staat de historische omzetten in kaart te brengen. Bij één VSV gaf men aan dat met name het 'ontvlechten' van de ziekenhuiszorg als knelpunt wordt ervaren bij het berekenen van een integraal tarief. Het andere VSV gaf juist aan dat het ziekenhuis heel ver was met het berekenen van zijn kostprijzen en ervoer dit dus niet als probleem. Het derde VSV gaf aan dat hierbij veelvuldig werd afgestemd en samengewerkt met de preferente zorgverzekeraar. Veel managers en gynaecologen gaven tijdens de interviews aan dat zij niet bij het huidige zorginkoopproces van de medisch specialistische geboortezorg zijn betrokken. De medisch specialistische geboortezorg is onderdeel van het onderhandelingsproces (plafondafpraak of aanneemsom) van het ziekenhuis als geheel. Onduidelijk is in hoeverre de huidige DOT-tarieven een goede afspiegeling zijn van de kostprijs van geboortezorgactiviteiten die in ziekenhuizen worden geleverd (zie ook Tekstbox 2.5: Manier van tariefberekening heeft gevolgen voor de prikkels van zorgaanbieders).

Tekstbox 2.5: Manier van tariefberekening heeft gevolgen voor de prikkels van zorgaanbieders

De berekening van het integrale tarief kan op meerdere manieren plaatsvinden. In de literatuur worden de volgende mogelijkheden gepresenteerd om een integraal tarief te berekenen (Hellsten et al., 2016):

1. historische omzetten van de betrokken zorgaanbieders (conventionele tariefberekening);
2. de laagste omzet per zorgactiviteit (bijvoorbeeld laagste omzet kraamzorg, verloskunde, etc.); van alle zorgactiviteiten worden de laagste gemiddelde kosten opgeteld ('lowest cost'-tariefberekening);
3. het theoretische ideaalplaatje waarin er geen sprake is van dubbele bekostiging en andere vormen van verspilling ('ideal care'-tarief);
4. per zorgonderdeel wordt gekeken naar de beste performer op basis van praktijkvariatie. Al deze onderdelen worden opgeteld om te komen tot een tarief ('best performance'-tariefberekening).

De keuze van de manier van tariefberekening is van invloed op de prikkels voor de betrokken zorgaanbieders. Zo bevat het 'lowest cost'-tarief een sterke prikkel voor doelmatigheid, maar tegelijkertijd ook een groot risico voor onderbehandeling ('skimming') en risicoselectie (een prikkel om zwangere vrouwen die voorspelbaar hogere kosten hebben door te verwijzen naar een andere geboortezorgorganisatie). Deze methode lijkt zo geen sterke prikkel te geven tot het realiseren van verdere kwaliteitsverbeteringen.

De conventionele manier leidt tot een tarief waarin de huidige ondoelmatigheden en inefficiënties worden vergoed. Wanneer geboortezorgorganisaties deze inefficiënties reduceren, leidt dit tot grote marges voor de geboortezorgorganisaties. Het 'ideal care-tarief' is een meer theoretisch tarief welke extreem agressieve prikkels in zich heeft om zorgkosten te reduceren door alle ondoelmatigheden uit te sluiten. Het 'best performance'-tarief lijkt meer realistisch en het best aan te sluiten bij de doelstelling binnen de geboortezorg vanuit zowel het uitgangspunt van doelmatig werken als kwaliteitsverbetering.

Grote financiële risico's zijn in contracten afgedekt door zogenaamde 'stop-loss'-bepalingen

Op basis van de interviews en focusgroepen met de (financieel) managers over de onderhandelingen, lijkt het erop dat de financiële risico's voor de geboortezorgorganisaties worden gemitigeerd. Dit gebeurt door het opnemen van zogenaamde 'stop-loss'-bepalingen. Een 'stop-loss'-bepaling houdt in dat er clausules in het contract zijn opgenomen voor cliënten met zeer hoge zorgkosten. De financiële risico's van deze cliënten zijn te groot voor een geboortezorgorganisatie om te kunnen dragen. Voorbeelden van kosten die worden opgenomen in genoemde 'stop-loss'-bepalingen zijn de kosten voor neonatale zorg en de eventuele zorgkosten van een operatie bij een miskraam. Beide vallen buiten de reikwijdte van de integrale bekostigingscontracten.

Zorginkoopbeleid zorgverzekeraars openbaar, volgeleid vooralsnog niet tot stand gekomen

Zorgverzekeraars hebben verschillende visies op 'integrale geboortezorg' en op het vormgeven van integrale bekostiging. Een voorbeeld hiervan betreft de multidisciplinariteit binnen de op te zetten geboortezorgorganisaties. Alle zorgverzekeraars hebben dit weliswaar als voorwaarde geëxpliciteerd, maar welke actoren dan moeten deelnemen aan de organisatie verschilt per zorgverzekeraar. Sommige zorgverzekeraars zijn akkoord met het niet participeren van de kraamzorg in de juridische entiteit, terwijl andere zorgverzekeraars deelname van de kraamzorg in de entiteit juist wel eisen (zie ook onderstaande quote). Hetzelfde geldt voor de reikwijdte van het integrale bekostigingscontract; meerdere zorgverzekeraars sluiten integrale bekostigingscontracten waarbij de kraamzorgactiviteiten buiten het contract vallen, terwijl andere zorgverzekeraars dergelijke contracten als onwenselijk zien en deze integrale bekostigingscontracten niet zullen contracteren. Verder is het opmerkelijk dat de rol van de zorgstandaard en het ontbreken hiervan vrijwel niet wordt genoemd als knelpunt bij het zorginkoopproces, terwijl dit door de NZa en VWS als een belangrijke randvoorwaarde van integrale bekostiging wordt gezien (NZa 2015b, VWS, 2016b). Momenteel hebben alle zorgverzekeraars hun eigen zorginkoopbeleid geformuleerd en onduidelijk is in hoeverre deze 'gestroomlijnd' gaat worden indien er een geautoriseerde zorgstandaard beschikbaar komt.

'Kraamzorg vinden wij optioneel [als participant in juridische entiteit]... Vinden wij geen harde eis in tegenstelling tot andere verzekeraars.'

Contactpersoon zorgverzekeraar

Module integrale geboortezorg

Ongeveer eenderde van de VSV's heeft een overeenkomst voor de module integrale geboortezorg gesloten (fase 1)

Ongeveer eenderde van de VSV's heeft een overeenkomst gesloten over de module integrale geboortezorg met minstens één zorgverzekeraar (zie ook Figuur 1.2). De overige VSV's (N=54) hebben dus geen contract op basis van integrale bekostiging en ook geen overeenkomst voor de module integrale geboortezorg. Alle zorgverzekeraars beschrijven in hun zorginkoopbeleid dat het mogelijk is om de module integrale geboortezorg te contracteren. Op basis van de interviews met zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders komt naar voren dat het zorginkoopbeleid echter inhoudelijk verschilt per zorgverzekeraar; ten aanzien van het aangegeven tijdpad waarin de geboortezorgorganisatie moet worden opgericht (1 jaar versus 2 jaar) en het toepassen van de criteria om te bepalen of een VSV (zorg)inhoudelijk ver genoeg ontwikkeld is om de overstap te kunnen maken. Ook verschilt de hoogte van het tarief van de module (5% versus 10% van het tarief van een volledige eerstelijnsbevalling) wat sterk samenhangt met een 1-jarig of 2-jarig tijdpad. Verder wordt in sommige overeenkomsten geld beschikbaar gesteld voor prenatale zorg via groepsconsulten ('centering pregnancy'). De verschillen in zorginkoopbeleid tussen zorgverzekeraars leidden er in de praktijk toe dat veel verre zorgverzekeraars de module integrale geboortezorg niet hebben gecontracteerd.

Sommige zorgverzekeraars gaven tijdens de interviews aan de module integrale geboortezorg slechts bij een beperkt aantal koploper-VSV's in te willen kopen, waardoor het voor meerdere VSV's niet mogelijk was om hiervoor een overeenkomst te sluiten (zie onderstaande quote). Welke criteria zorgverzekeraars hanteerden voor het selecteren van koploper-VSV's was bij de geïnterviewde VSV-managers veelal niet duidelijk. Een andere zorgverzekeraar gaf aan dat zij in principe wel bij alle VSV's inkochten indien zij voldeden aan hun zorginkoopbeleid. Opmerkelijk genoeg gaf één zorgverzekeraar tijdens het interview aan tot nu toe geen enkel formeel verzoek van een VSV te hebben gehad voor het afsluiten van een overeenkomst over de module integrale geboortezorg. Wel zijn er verkennende gesprekken geweest tussen de zorgverzekeraar en VSV's (zie ook onderstaande quote).

'Wij willen echt alleen die koplopers. Wij vonden het ook niet nodig om heel veel VSV's financieel te steunen, zeg maar, terwijl men ergens het wiel is aan het uitvinden en anderen daar wellicht ook van kunnen gaan profiteren op een later moment.'

Contactpersoon zorgverzekeraar

'Ik heb wel een paar regio's gehad, die hebben mij gevraagd uitleg te geven, waar moeten we aan voldoen? Nou ja, en dan wordt het stil. En wat ik nu merk, dat is nu na anderhalf jaar, is dat heel veel regio's gewoon wachten op anderen die al wel dat pad op gegaan zijn, omdat er nog zoveel onzekerheden en onduidelijkheden zijn.'

Contactpersoon zorgverzekeraar

2.4 Verwachtingen over het werkproces en de drie publieke doelen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Leeswijzer

In deze paragraaf wordt ingegaan op de verwachtingen van veldpartijen over de impact van integrale bekostiging op het werkproces en op de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Ook in deze paragraaf is vooral gebruik gemaakt van de interviews en documenten zoals aangeleverd door de VSV's. Figuur 2.6 vat de resultaten schematisch samen.

Verwachte effect van integrale bekostiging op het werkproces

Afgelopen jaren veel stappen gezet in het verbeteren van de samenwerking tussen de verschillende disciplines

In vrijwel alle interviews komt naar voren dat de samenwerking tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg in de afgelopen jaren sterk is verbeterd. Deze verbetering is gerealiseerd door het ontwikkelen van een gezamenlijke visie per VSV, het ontwikkelen van zorgpaden en protocollen, het organiseren van multidisciplinaire bijeenkomsten en het maken van afspraken over het uitvoeren van de (gezamenlijke) risicoselectie. Ook bij- en nascholing worden in toenemende mate in gezamenlijkheid uitgevoerd. Tegelijkertijd geven de geïnterviewden aan dat er op een aantal vlakken nog verdere verbeteringen mogelijk zijn. De noodzaak van het invoeren van een gezamenlijk elektronisch dossier komt wat dit betreft het sterkst naar voren. Veel geïnterviewden geven aan dat het gezamenlijk werken aan bovenstaande zorginhoudelijke aspecten ook het onderling vertrouwen tussen verloskundigen en gynaecologen heeft verbeterd.

Invoering van integrale bekostiging stelt samenwerking op de proef

Hoewel de samenwerking tussen de disciplines de afgelopen jaren is verbeterd, blijkt desondanks dat de verkennende gesprekken over het vormgeven van een geboortezorgorganisatie en de onderlinge verantwoordelijkheden daarin, de samenwerking onder spanning kan zetten. In verschillende interviews wordt opgemerkt dat zorgverleners het moeilijk vinden om onderling over geld (de verdeling van een integraal tarief en de verhoudingen in de geboortezorgorganisatie) te praten. Over zorginhoudelijke zaken discussiëren ervaart men als minder belastend. Meerdere malen wordt opgemerkt dat dit knelpunt wordt versterkt door het ontbreken van een definitieve vormgeving van integrale bekostiging, waardoor de gevolgen voor het inkomen van individuele zorgverleners onzeker zijn.

'Nou, we hebben best wel een weg afgelegd al de laatste jaren. Ik denk dat we steeds meer slagen maken om, nou ja, met name op de inhoud elkaar ook proberen te vinden, maar zo gauw er gepraat wordt over financiën en geld.... Ja, dan wordt het heel spannend? En dan zie je dat mensen wel heel, ja, argwanend nog zijn, van: 'Willen we dat wel?'

Afdelingshoofd kraamzorg/verloskunde

ICT-systemen blijven achter bij de informatiebehoefte en worden als ontoereikend ervaren

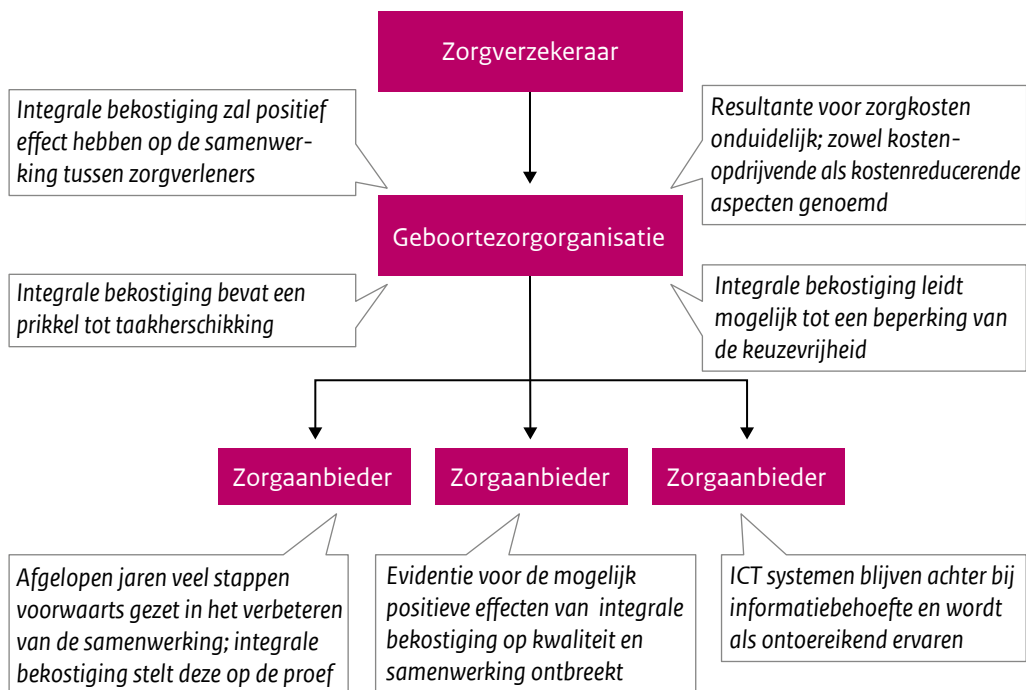
In veel interviews kwam ter sprake dat de huidige ICT-infrastructuur nog onvoldoende mogelijkheden biedt om optimale integrale geboortezorg te kunnen leveren. Dit geldt zowel voor de informatieoverdracht tussen de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg als voor de overdracht van de kraamzorg naar het centrum voor jeugd en gezin na de kraamperiode. Momenteel ontbreekt een koppeling tussen de informatiesystemen van de eerstelijns en het ziekenhuis, waardoor men dubbel moet registreren. Registratiefouten ontstaan als gevolg van het handmatig overtypen, het soms volledig ontbreken van informatie tijdens een overdracht van eerste- naar tweedelijns, het gebrek aan consensus over welke informatie gedeeld moet worden en een gebrek aan registratiediscipline.

In enkele interviews werd wel opgemerkt dat recent verbeteringen hadden plaatsgevonden met betrekking tot de overdracht tussen de eerste- en de tweedelijnszorg door het invoeren van een gezamenlijk elektronisch dossier, maar dat ook hier de informatieoverdracht binnen de gehele keten nog niet was gerealiseerd. Daarnaast werd meerdere keren genoemd dat een koppeling tussen de informatiesystemen van zorgaanbieders en de landelijke perinatale registratie ontbreekt en dat Perined vooralsnog ingericht is naar de 'oude' indeling van eerste- en tweedelijnszorg. Als gevolg hiervan is het inzicht in de kwaliteit van de gehele geboortezorgketen nog onvoldoende.

'Er is geen koppeling op het gebied van ICT met de kraamzorg. Dat is wel een knelpunt. Kijk, de kraamzorgorganisaties lopen daar behoorlijk op achter op het gebied van ICT. En daar hebben we intern last van, maar ook natuurlijk met je koppeling naar je andere stakeholders. Dat is echt een probleem.... Papier, papier nog eens papier, papier [overdracht van gegevens]. En dan heb je echt een knelpunt te pakken: ICT.'

Manager kraamzorgorganisatie

Figuur 2.6: Resultaten met betrekking tot verwachte effecten van integrale bekostiging op het werkproces en de publieke doelen.



Verwachte effect van integrale bekostiging op de publieke doelen

Uit veel interviews blijkt dat de actoren in de geboortezorg zich moeilijk een oordeel kunnen vormen over het uiteindelijke effect van integrale bekostiging op de publieke doelen. Dit komt mede doordat de vormgeving van de geboortezorgorganisaties en de onderlinge afspraken daarbij nog onduidelijk zijn. De geïnterviewden hebben op onderdelen wel verwachtingen, zowel positief als negatief, bij integrale bekostiging. Hieronder geven wij de meest prominente verwachtingen weer, waarbij we zoveel mogelijk onderscheid naar kerndiscipline maken.

'Nou ja, in de bekostiging is, denk ik, als bij velen nog een beetje een onduidelijk vaag verhaal.'

Manager kraamzorgorganisatie

*'Al vind ik het best nog, nou ja, vind ik het best nog wel moeilijk om het helder te krijgen..
'hoe ziet zo'n wereld eruit?'*

Afdelingshoofd ziekenhuis

Kwaliteit van de zorg

Groot deel geïnterviewden verwacht dat integrale bekostiging een positief effect zal hebben op samenwerking tussen zorgverleners

In het overgrote deel van de interviews werd de verwachting uitgesproken dat integrale bekostiging voornamelijk een positief effect zal hebben op de samenwerking. Deze verbetering werd op verschillende manieren gespecificeerd, bijvoorbeeld door:

- meer gestructureerd overleg tussen de eerstelijnsverloskundige en de gynaecoloog (waardoor zwangere vrouwen langer in de eerste lijn (kunnen) blijven);
- een betere stroomlijning van informatie richting de zwangere vrouwen (meer met één mond praten door alle disciplines);
- betere afstemming tussen zorgverleners (waardoor er ‘geen patiënten meer tussen wal en schip zullen vallen’);
- een betere risicoselectie;
- het opzetten van een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier (verbetering informatieoverdracht en hiermee een verbetering van de zorg);
- een impuls voor taakherschikking, waardoor meer zorg op de juiste plek (zie ook volgende alinea);
- minder vrijblijvendheid in de samenwerking tussen zorgverleners (waardoor meer continuïteit).

Daarnaast werd door de gynaecologen ook de hoop uitgesproken dat door integrale bekostiging van de geboortezorg de domeinstrijd tussen de eerste- en de tweedelijns-verloskunde ten einde zal zijn.

‘Ja, ik hoop uiteindelijk dat die hele eerstelijns-tweedelijnsdiscussie, dat dat gaat verdwijnen. Dat je samen voor de patiënt zorgt en dat je kijkt bij de individuele patiënt bij wie zij dan voor die specifieke controle het beste terecht kan.’

Gynaecoloog

‘Het maakt dat de eerste en de tweede lijn en allerlei partijen... dat er eindelijk verplicht met ketenzorg gewerkt wordt.’

Gynaecoloog

Volgens verschillende zorgverleners en bestuurders bevat integrale bekostiging een prikkel tot taakherschikking

Naast betere samenwerking zien verschillende geïnterviewden ook mogelijkheden tot taakherschikking, vanwege de doelmatigheidsprikkel die uitgaat van integrale bekostiging. Genoemde voorbeelden van mogelijke taakherschikking waren:

- het verrichten van de intake door de verloskundigen in plaats van klinisch verloskundige of gynaecoloog;
- het uitvoeren van echo's alleen nog door echoscopisten;

- CTG-monitoring door eerstelijnsverloskundigen (na voldoende scholing);
- klinisch verloskundigen werkzaam in de eerste lijn (taakherschikking?);
- het tot week 36 in de eerstelijnszorg verblijven van zwangere vrouwen, waarbij in de anamnese een mogelijke sectio wordt geïndiceerd;
- het mogelijk maken van ‘centering pregnancy’ voor zwangere vrouwen die onder toezicht staan van de gynaecoloog;
- het verlenen van partusassistentie door de kraamzorgprofessional tijdens poliklinische bevallingen;
- het samenvoegen van huisbezoeken die nu door afzonderlijke zorgprofessionals worden gedaan.

Meerdere respondenten zijn echter ook bezorgd over te vergaande vormen van taakdelegatie en de gevolgen daarvan voor de kwaliteit van de zorg

Meerdere geïnterviewden, waaronder eerstelijnsverloskundigen en klinisch verloskundigen en kraamzorgprofessionals, uitten hun bezorgdheid over te vergaande vormen van taakherschikking in relatie tot de kwaliteit van de zorg. Hierbij vroeg men zich veelal af of de competenties van de verschillende zorgprofessionals voldoende zijn gegarandeerd om taakherschikking door te voeren. Opgemerkt werd dat, voordat er vergaande vormen van taakdelegatie worden doorgevoerd, nagedacht dient te worden over de kwaliteitseisen, bijscholing en trainingen, de kwaliteit van de verantwoordingsinformatie en aansprakelijkheden. Echter bij de discussie over mogelijke vormen van taakherschikking kwam ook meerdere malen de impact op de arbeidssatisfactie naar voren. Zo beschrijven verloskundigen bewust te hebben gekozen voor het werken in de eerste lijn of de tweede lijn vanwege de inhoud van het werk op dat moment, het type cliënten en de competenties die daarbij gevraagd worden. Op het moment dat taken worden verschoven van bijvoorbeeld de tweede lijn naar de eerste lijn zal de inhoud van eerstelijnsverloskunde veranderen en zal dit effect hebben op de arbeidssatisfactie. Ook hier werd het CTG (cardiotocograaf) aflezen als voorbeeld genoemd. Indien eerstelijnsverloskundigen hierin worden getraind en hierin bekwaamd zouden zijn, zouden zij een groter aantal bevallingen zelfstandig kunnen afronden. Echter meerdere verloskundigen gaven aan een dergelijke vorm van taakherschikking niet te zien zitten.

‘Nee, ik zie het niet als bedreiging. Ik zou het op zich wel heel mooi vinden als het wel zou kunnen. Ik denk alleen dat je gewoon heel erg moet kijken waar men voor opgeleid is en of eventuele bij- en nascholing, als je wel die verwachting hebt, of dat dan voldoende is om die kwaliteit hoog te kunnen houden.’

Manager kraamzorgorganisatie

Eerstelijnsverloskundigen geven tijdens focusgroep aan dat evidentie over de mogelijk positieve effecten van integrale bekostiging op kwaliteit/samenwerking ontbreekt

Tijdens de focusgroep met eerstelijnsverloskundigen werd meermaals aangekaart dat er nauwelijks/geen bewijs is dat integrale bekostiging ook daadwerkelijk betere zorg oplevert (zie Tekstbox 2.3: Mogelijke effecten van de bekostigingsmethode ‘integrale bekostiging’ op basis van de literatuur). Ook een vergelijking met integrale bekostiging van de diabeteszorg, waar integrale bekostiging heeft geleid tot een verbeterde samenwerking tussen zorgverleners, meer transparantie in de kwaliteit van de geleverde zorg, taakherschikking naar de eerstelijnszorg en een bescheiden vooruitgang op sommige uitkomstindicatoren (RIVM, 2012a), werd hierbij ter discussie gesteld. De geboortezorg wordt gezien als meer complex, bijvoorbeeld doordat ook de medische specialistische zorg onderdeel uit zal maken van de bekostigingshervorming. De eerstelijnsverloskundigen gaven aan ‘integrale geboortezorg’ als concept zeer te ondersteunen, maar het invoeren van integrale bekostiging (nog) als een brug te ver te zien. Het zal volgens hen niet leiden tot de gewenste resultaten zoals een verbeterde samenwerking tussen zorgverleners, betere kwaliteit van zorg en betere uitkomsten van de geboortezorg. Tijdens interviews met een aantal eerstelijnsverloskundigen kwam een positiever beeld naar voren, waarbij werd aangegeven dat zij graag willen nadenken over hoe ze invulling kunnen geven aan hun toekomstige vak (zie onderstaande quotes). De discrepantie tussen de interviews en de focusgroep met eerstelijnsverloskundigen is mogelijk veroorzaakt door de recente beleidsontwikkelingen die hierdoor geresulteerd hebben in een meer negatief sentiment ten opzichte van de interviews.

‘We gaan het gewoon heel anders doen. En ik denk wel dat dat iets is waar wij inmiddels wel naartoe zijn gegroeid, dat niemand daar meer heel erg bang voor is.’

Eerstelijnsverloskundige

‘Ja, weet je, als je voor jezelf ook straks iets leuks wil uitkiezen, raak dan betrokken, kom erbij in die werkgroepen. Er worden hartstikke veel leuke zorgpaden bedacht en ja, steeds gaan we weer een stapje verder. Dus het uiteindelijke plan ligt er nog niet, maar je kan wel een vinger in de pap hebben. Want zo voelt het enorm voor ons als eerstelijns.’

Eerstelijnsverloskundige

Toegankelijkheid van de zorg

Toegankelijke zorg betekent dat ‘personen die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening’ (Smits et al., 2002). Toegankelijkheid kent een aantal aspecten: financiële toegankelijkheid (kosten voor de patiënt/zorggebruiker), geografische toegankelijkheid (reistijden), tijdigheid (wachttijd) en keuzevrijheid (RIVM, 2010). In de interviews kwam, in relatie tot de invoering van integrale bekostiging, met name het aspect van keuzevrijheid naar voren. Hieronder worden de genoemde voors en tegens met betrekking tot keuzevrijheid nader uitgewerkt.

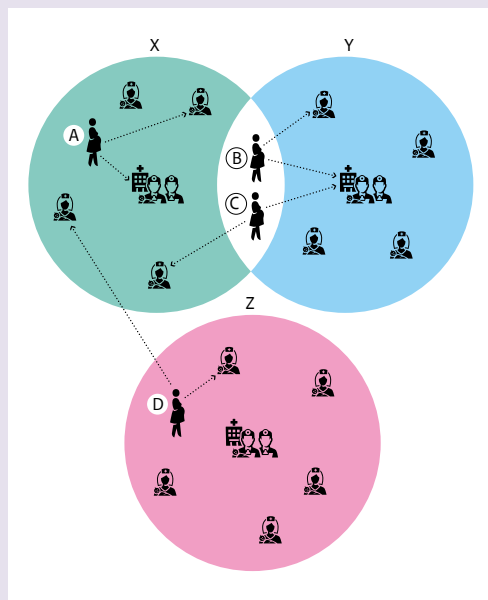
Integrale bekostiging leidt mogelijk tot beperking van de keuzevrijheid van zwangere vrouwen

Tijdens meerdere interviews werd benoemd dat de keuzevrijheid van de zwangere vrouw als gevolg van de invoering van integrale bekostiging beperkt zou worden. Zo kan het zijn dat de geboortezorgorganisaties niet alle zorgaanbieders contracteren, maar alleen die waarmee zij goede afspraken kunnen maken over bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg, de beschikbaarheid van de zorg, de registratie en rapportage van gegevens en het tarief. In één regio werd benoemd dat wanneer het ziekenhuis als hoofdaannemer gaat optreden, deze waarschijnlijk niet alle verloskundigen zal contracteren vanwege een verschil in visie over werkwijzen. Daarnaast ontstaan in iedere regio ‘koppels’ van verloskundigen en gynaecologen (verloskundige sluit zich aan bij één geboortezorgorganisatie). Hierdoor zal het in de praktijk moeilijker zijn om bij de verloskundige van geboortezorgorganisatie A en het ziekenhuis van geboortezorgorganisatie B zorg te ontvangen. Geïnterviewden verwachten dat in dat geval de keuze voor ziekenhuis A of B leidend zal zijn en dat daarmee de keuzevrijheid voor eerstelijnsverloskunde wordt beperkt. Dit speelt met name in stedelijke gebieden waar eerstelijnsverloskundigen momenteel binnen meerdere VSV's werkzaam zijn.

De vormgeving van het integrale tarief zal ook van invloed zijn op de mate waarin keuze wordt beperkt. Bij een modulaire opbouw van het tarief waarin per fase (prenataal, nataal, postnataal, kraamzorg) een tarief wordt gerekend blijft mogelijk meer keuze bestaan dan bij een samenvoeging van alle zorg in één tarief. Toch is de verwachting dat ook bij de modulaire opbouw zal worden gestimuleerd dat in het gehele traject zorg binnen één geboortezorgorganisatie wordt ontvangen. Tekstbox 2.6 beschrijft een aantal keuze-situaties van zwangere vrouwen na de invoering van integrale bekostiging en vat deze schematisch samen.

Tekstbox 2.6: Integrale bekostiging en de mogelijke gevolgen voor de keuzevrijheid

Figuur 2.7: Keuzevrijheid van de zwangere vrouw bij invoering van integrale bekostiging



Situatie A:

Mevrouw A. woont in een regio waar één geboortezorgorganisatie (X) actief is. Mevrouw A. kiest voor een van de verloskundigen en een van de gynaecologen die werkzaam zijn bij geboortezorgorganisatie Y. De zorgverzekeraar betaalt het integrale tarief uit aan geboortezorgorganisatie X.

Situatie B:

Mevrouw B. woont in een regio waarin meerdere geboortezorgorganisaties actief zijn. Mevrouw B. kiest voor een van de verloskundigen en een van de gynaecologen die werkzaam zijn bij geboortezorgorganisatie Y. De zorgverzekeraar betaalt het integrale tarief uit aan geboortezorgorganisatie Y.

Situatie C:

Mevrouw C. woont in regio waarin meerdere geboortezorgorganisaties actief zijn. Mevrouw C. heeft voorkeur voor een van de verloskundigen werkzaam bij geboortezorgorganisatie X en een gynaecoloog uit geboortezorgorganisatie Y. De zorgverzekeraar betaalt het integrale tarief uit aan geboortezorgorganisatie A indien mevrouw C. thuis bevalt. Indien mevrouw C. in het ziekenhuis bevalt, vindt onderlinge verrekening tussen de geboortezorgorganisaties plaats*.

Situatie D:

Mevrouw D. woont in de regio behorende bij geboortezorgorganisatie Z en verhuist gedurende haar zwangerschap naar de regio van geboortezorgorganisatie X. De zorgverzekeraar betaalt het integrale tarief uit aan geboortezorgorganisatie X of Z. Het integrale tarief zal naar rato worden verdeeld tussen geboortezorgorganisatie X en Z*.

* De technische uitwerking hiervan vindt momenteel plaats door de NZa.

Het vroeg in de zwangerschap moeten kiezen van een voorkeursziekenhuis werd benoemd als beperking van de keuzevrijheid

Ook het feit dat een zwangere vrouw al vroeg in haar zwangerschap moet kiezen voor een bepaald ziekenhuis om eventueel in te bevallen, beperkt impliciet de keuzevrijheid volgens enkele geïnterviewden. De verwachting van deze geïnterviewden was dat het veranderen van het voorkeursziekenhuis (en dus van geboortezorgorganisatie) tijdens de zwangerschap bemoeilijkt zal worden door de geboortezorgorganisatie waar de zwangere vrouw dan staat ingeschreven. Ook moeilijkheden bij de verrekening, indien de zwangere vrouw gedurende de bevalling verhuist naar een ander adherentiegebied, werden hierbij genoemd.

Mogelijk weinig verandering in keuzevrijheid ten opzichte van de huidige situatie

Door een aantal zorgverleners en zorgverzekeraars werd aangegeven dat de keuzevrijheid maar in beperkte mate wordt beïnvloed door de invoering van integrale bekostiging. Zo zullen in geboortezorgorganisaties nog veel verloskundigen werkzaam zijn waaruit de zwangere vrouw kan kiezen. Hetzelfde geldt voor het ziekenhuis; in ieder ziekenhuis zijn meerdere gynaecologen werkzaam. Daarnaast werd opgemerkt dat voor rond de 50 procent van de zwangere vrouwen de keuzevrijheid in feite nu ook beperkt is; deze zwangere vrouwen wonen namelijk in een regio met slechts één ziekenhuis op beperkte reisafstand. Ook is het aantal verloskundigen werkzaam op beperkte reisafstand van de zwangere vrouw niet veel groter dan in de nieuwe situatie met geboortezorgorganisaties. Als laatste werd door een manager van het ziekenhuis benoemd dat de keuze voor een gynaecoloog momenteel ook al relatief beperkt is; indien deze geen dienst heeft tijdens het moment van bevallen zal een andere gynaecoloog de werkzaamheden overnemen.

‘Dus we hebben een heleboel plekken in Nederland waar er überhaupt geen sprake is van keuzevrijheid. En daar maken we ons nooit druk over. We maken ons nu heel druk over keuzevrijheid terwijl daaronder zit het belang van de eerstelijnsverloskundige die niet wil bewegen en die gewoon het bij het oude wil houden. Die daarvoor de klant inzet en daarvoor de kwaliteit in zet. Nou, deels is het waar, maar deels is het kolder. Je mag altijd zeggen: ‘Die dokter niet en die dokter wel in dit VSV, die verloskundige wel, die verloskundige niet’ en dan heb je een behoorlijke keuze als het gaat om de artskeuze.’

Contactpersoon zorgverzekeraar

Betaalbaarheid van de zorg

Integrale bekostiging heft bestaande perverse prikkels op...

Door zowel zorgverleners als de zorgverzekeraars werd benoemd dat integrale bekostiging een aantal perverse prikkels van het huidige bekostigingssysteem kan opheffen. De genoemde perverse prikkels van het huidige systeem zijn het dubbel bekostigen van zowel eerstelijns- als tweedelijnsbevallingen, het langer in de eerste lijn verblijven van zwangere vrouwen (dan medisch gezien goed is) en de bekostiging van 'centering pregnancy' voor alleen zwangere vrouwen in de eerste lijn, waardoor zwangere vrouwen in de tweedelijnszorg minder informatie krijgen. Meerdere eerstelijnsverloskundigen gaven overigens aan dat er momenteel geen sprake is van dubbele bekostiging in de huidige bekostigingssystematiek. Zij benoemen dat hun tarief gebaseerd is op een gemiddelde arbeidsduur per bevalling die afwijkt van de daadwerkelijke arbeidsduur maar die overall wel een goede weergave vormt van de gemiddelde arbeidsinzet. Zij vinden de benoeming 'dubbele bekostiging' bij een minder arbeidsintensieve eerstelijnsbevalling die wordt afgerond in de tweedelijns, daarmee een verkeerde en incomplete weergave.

.... maar zowel kostenopdrijvende als kostenreducerende aspecten van integrale bekostiging worden genoemd; resultante hiervan niet in te schatten voor geïnterviewden

Veel geïnterviewden geven aan dat ze het moeilijk vinden in te schatten of na de invoering van de geboortezorg de zorgkosten zullen toenemen of juist zullen afnemen. Tijdens de focusgroep met afgevaardigden uit de kraamzorg werd aangegeven dat de 'business case' voor integrale bekostiging momenteel ontbreekt, maar dat deze zou voorzien in een behoefte. Kostenopdrijvende aspecten die genoemd werden, waren de kosten van het opzetten van een geboortezorgorganisatie, zoals de kosten van het inhuren van adviseurs en experts en de extra uren voor iedere zorgaanbieder/zorgverlener om zich te verdiepen in dit thema. Daarnaast betekent het oprichten van geboortezorgorganisaties ook voor de toekomst extra overheadkosten ten opzichte van de huidige situatie. Een ander kostenopdrijvend effect is mogelijk de te sterke machtspositie van de geboortezorgorganisaties. Zorgverzekeraars gaven hierbij aan vooraf goed na te denken over mogelijke oplossingen indien de marktmachtspositie van de geboortezorgorganisatie te groot blijkt, zoals een transparant contracteerbeleid en het stellen van eisen aan de organisatie(vorm) van geboortezorgorganisaties.

Geen transparantie in de huidige kosten, waardoor inzicht in kostprijzen ontbreekt

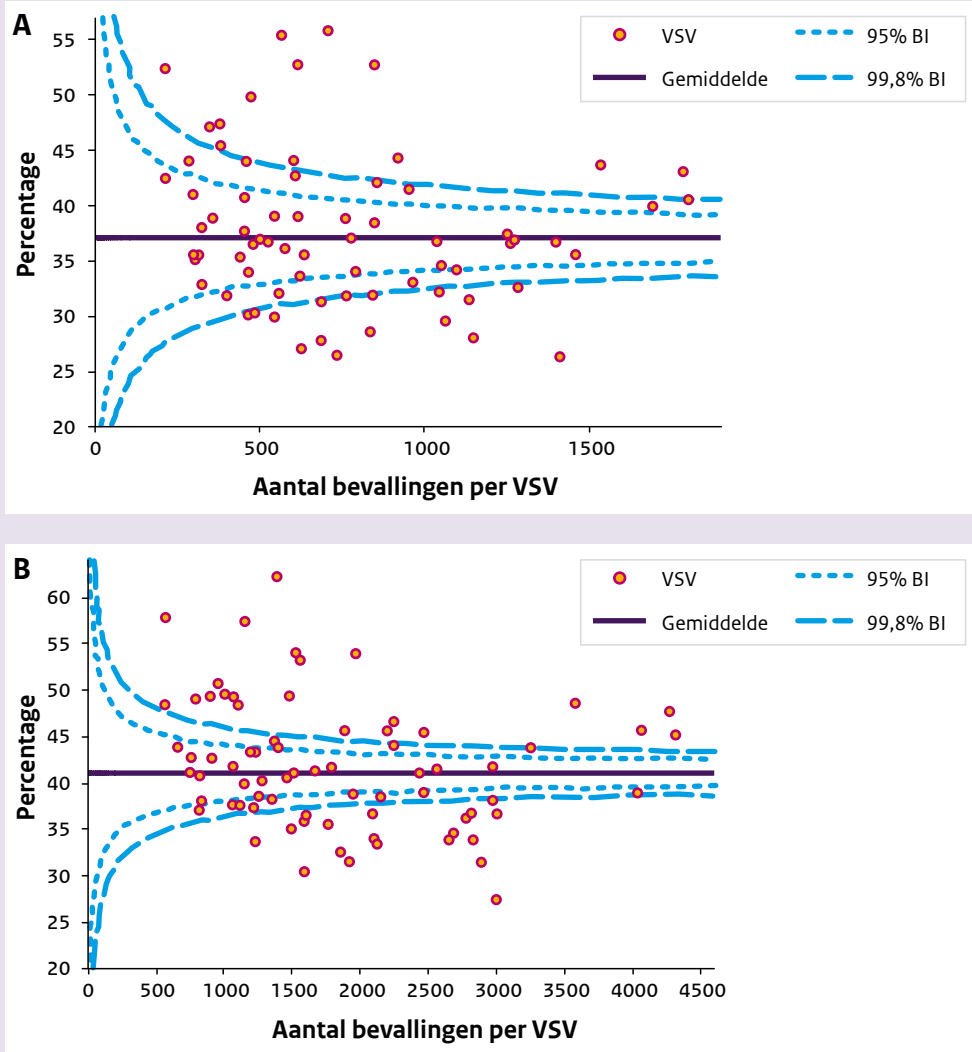
Tijdens de interviews met kraamzorgmanagers werd meerdere keren aangegeven dat de kosten van de kraamzorg in het huidige werkproces zeer transparant zijn, in tegenstelling tot de kosten van het ziekenhuis. Dit laatste werd ook door ziekenhuismedewerkers zelf genoemd. Voor een deel van de (vaste) ziekenhuiskosten is niet precies duidelijk in welke mate deze gerelateerd zijn aan de geboortezorg. Dit maakt het ook lastig om het effect van integrale bekostiging op de ziekenhuiskosten in te schatten.

'Ik wou dat ik het wist. Ik weet het niet. Nee, dat is natuurlijk allemaal nog niet doorberekend, hè.'

Manager van kraamzorgorganisatie

Tekstbox 2.7: Variatie in proces- en uitkomstindicatoren tussen VSV's en door de jaren heen

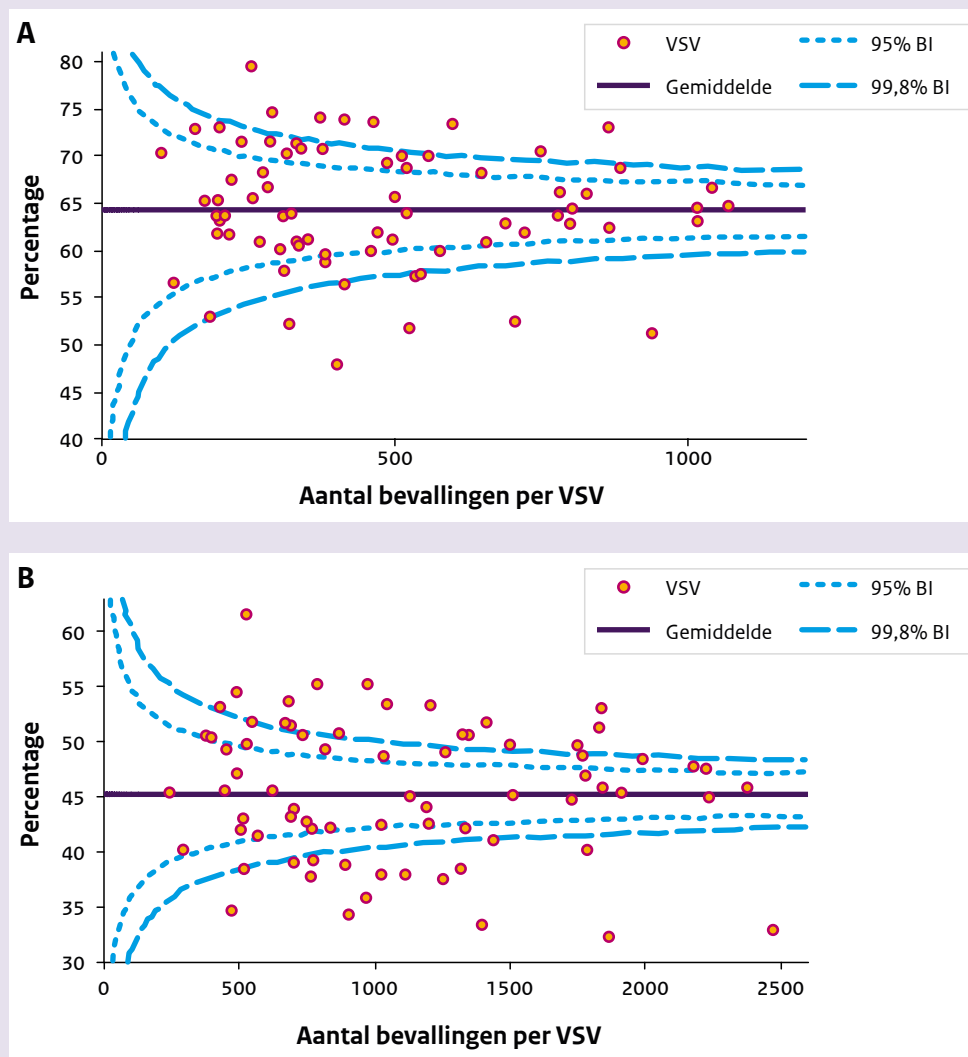
Figuur 2.8: Percentage vrouwen in de laagrisicogroep* (A) en totaalgroep (B) dat verwezen is tijdens de zwangerschap naar de tweede lijn, 2014 (Bron: Landelijke perinatale registratie 2014; databewerking RIVM).



*Laagrisicogroep omvat een referentiegroep van voldragen (≥ 37 weken) bevallingen waarbij vrouwen hun eerste kind baren en waarbij het een éénling betreft in hoofdligging. Ook wel NTSV-groep genoemd (NTSV=nulliparous term singleton vertex).

Tekstbox 2.7 (vervolg): Variatie in proces- en uitkomstindicatoren tussen VSV's en door de jaren heen

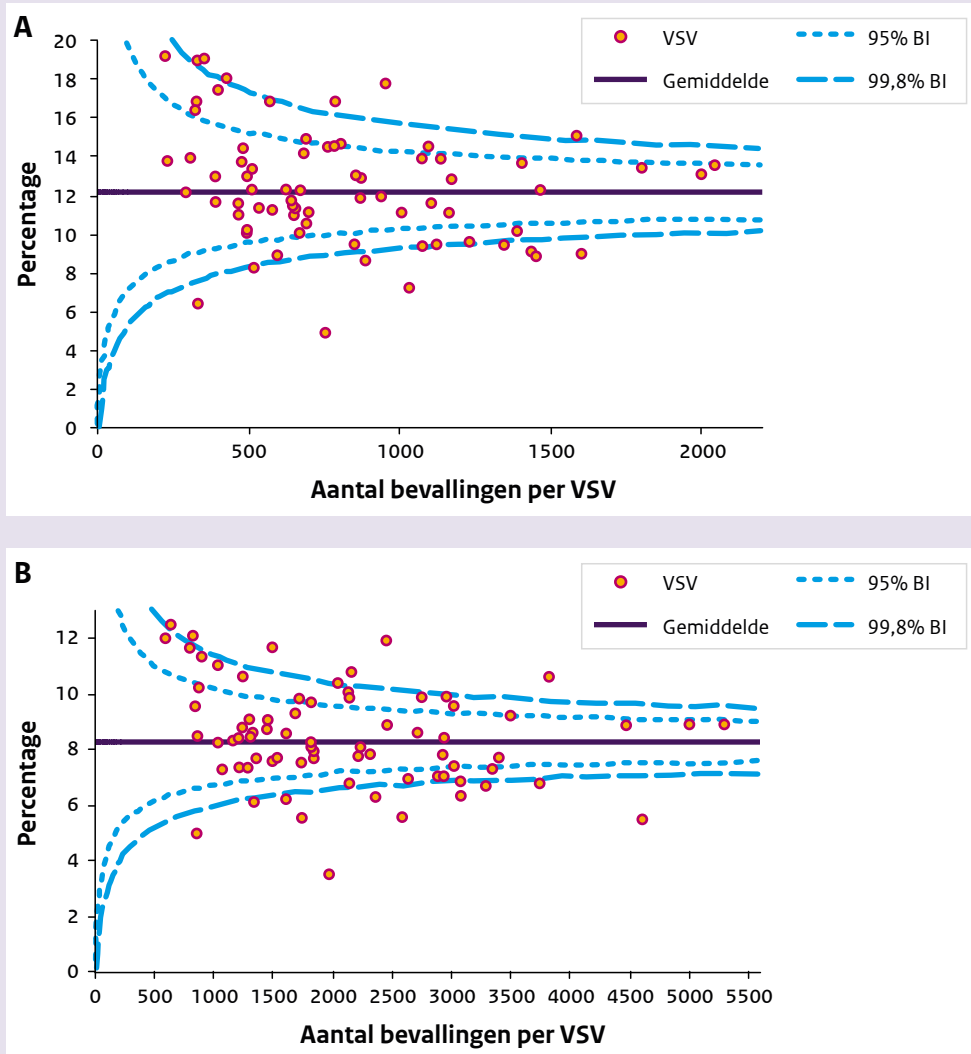
Figuur 2.9: Percentage vrouwen in de laagrisicogroep* (A) en totaalgroep (B) dat verwezen is tijdens de bevalling naar de tweede lijn, 2014 (Bron: Landelijke perinatale registratie 2014; databewerking RIVM).



*Laagrisicogroep omvat een referentiegroep van voldragen (≥ 37 weken) bevallingen waarbij vrouwen hun eerste kind baren en waarbij het een éénling betreft in hoofdligging. Ook wel NTSV-groep genoemd (NTSV=nulliparous term singleton vertex).

Tekstbox 2.7 (vervolg): Variatie in proces- en uitkomstindicatoren tussen VSV's en door de jaren heen

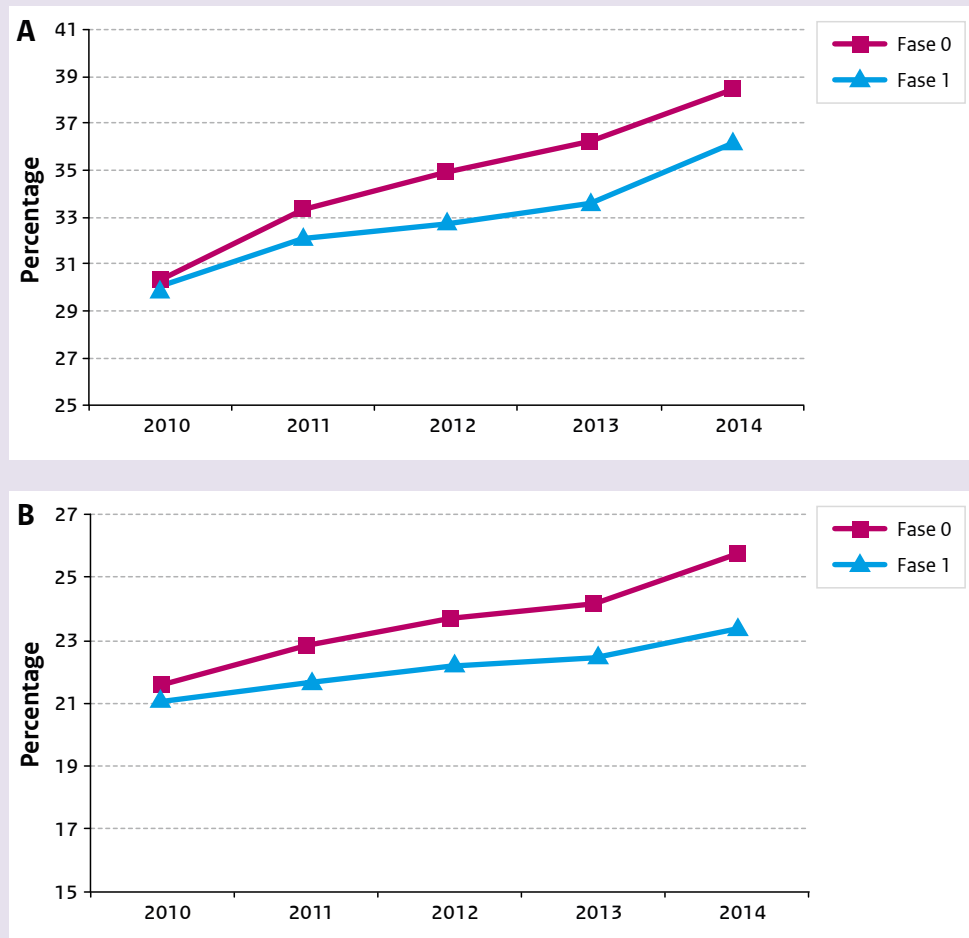
Figuur 2.10: Percentage ongeplande keizersneden bij vrouwen in de laagrisicogroep*(A) en in de totaalgroep (B), 2014 (Bron: Landelijke perinatale registratie 2014; databewerking RIVM).



*Laagrisicogroep omvat een referentiegroep van voldragen (≥ 37 weken) bevallingen waarbij vrouwen hun eerste kind baren en waarbij het een éénling betreft in hoofdligging. Ook wel NTSV-groep genoemd (NTSV=nulliparous term singleton vertex).

Tekstbox 2.7 (vervolg): Variatie in proces- en uitkomstindicatoren tussen VSV's en door de jaren heen

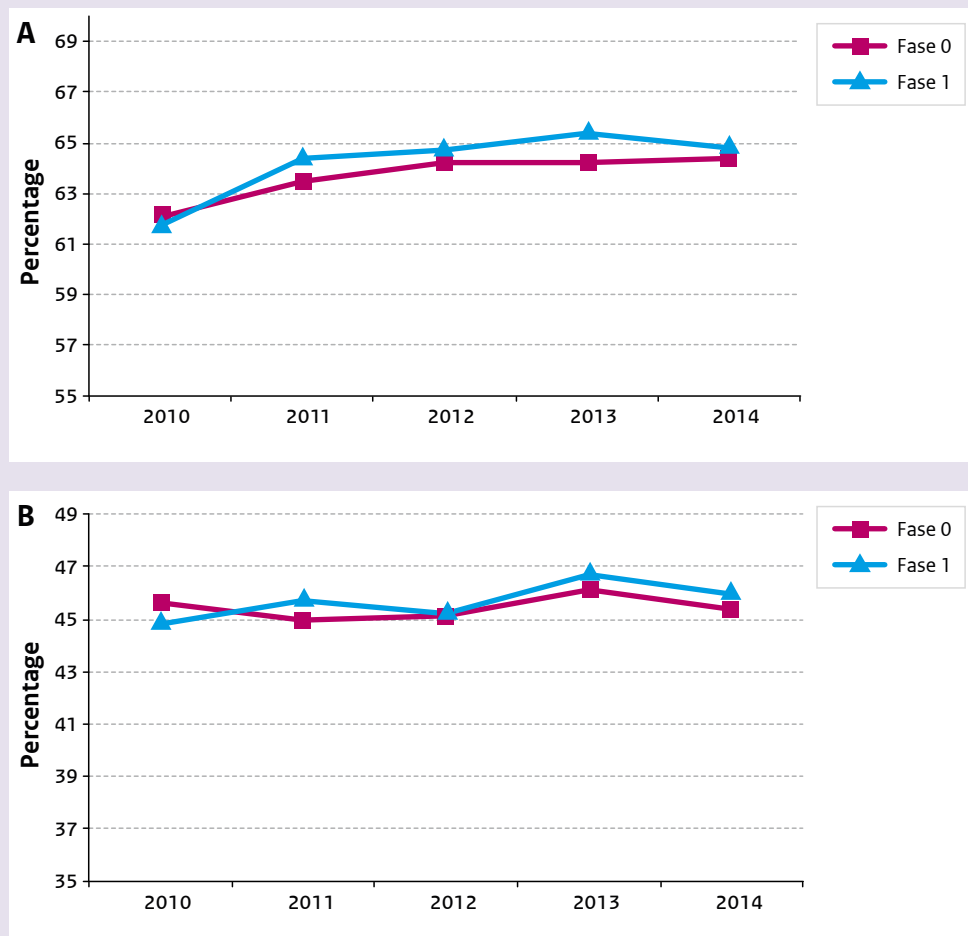
Figuur 2.11: Percentage vrouwen met epiduraal in de laagrisicogroep* (A) en in de totaalgroep (B), 2010-2014 (Bron: Landelijke perinatale registratie 2014; databewerking Perined).



*Laagrisicogroep omvat een referentiegroep van voldragen (≥ 37 weken) bevallingen waarbij vrouwen hun eerste kind baren en waarbij het een éénling betreft in hoofdligging. Ook wel NTSV-groep genoemd (NTSV=nulliparous term singleton vertex).

Tekstbox 2.7 (vervolg): Variatie in proces- en uitkomstindicatoren tussen VSV's en door de jaren heen

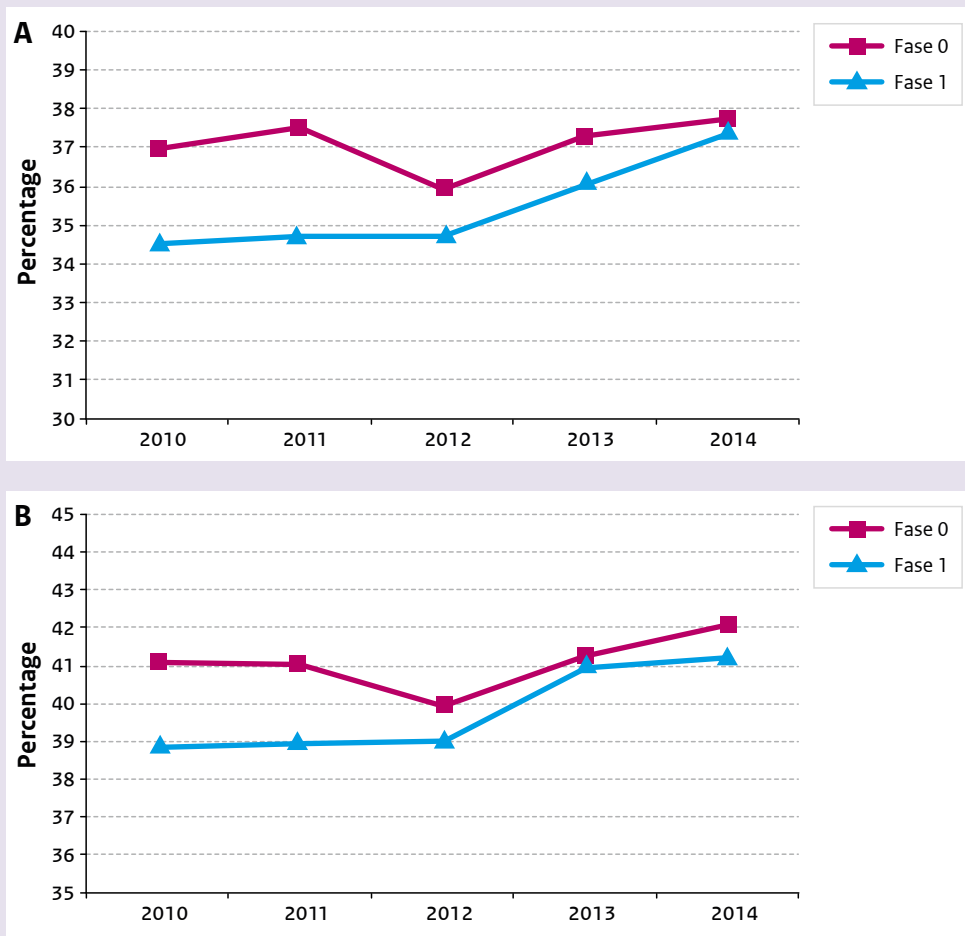
Figuur 2.12: Percentage vrouwen in de laagrisicogroep*(A) en totaalgroep (B) dat verwezen is tijdens de bevalling naar de tweede lijn, 2010-2014 (Bron: Landelijke perinatale registratie 2014; databewerking Perined).



*Laagrisicogroep omvat een referentiegroep van voldragen (≥ 37 weken) bevallingen waarbij vrouwen hun eerste kind baren en waarbij het een éénling betreft in hoofdligging. Ook wel NTSV-groep genoemd (NTSV=nulliparous term singleton vertex).

Tekstbox 2.7 (vervolg): Variatie in proces- en uitkomstindicatoren tussen VSV's en door de jaren heen

Figuur 2.13: Percentage vrouwen in de laagrisicogroep*(A) en totaalgroep (B) dat verwezen is tijdens de zwangerschap naar de tweede lijn, 2010-2014 (Bron: Landelijke perinatale registratie 2014; databewerking Perined).



*Laagrisicogroep omvat een referentiegroep van voldragen (≥ 37 weken) bevallingen waarbij vrouwen hun eerste kind baren en waarbij het een éénling betreft in hoofdligging. Ook wel NTSV-groep genoemd (NTSV=nulliparous term singleton vertex).

Tekstbox 2.7 (vervolg): Variatie in proces- en uitkomstindicatoren tussen VSV's en door de jaren heen

De figuren 2.8, 2.9 en 2.10 laten zien dat er sprake is van substantiële variatie tussen VSV's, met name voor wat betreft het verwijzen naar de tweede lijn (Figuur 2.8 en 2.9). In de totaalgroep varieert het percentage verwijzingen tijdens de zwangerschap tussen de 28 en 62% per VSV en loopt het percentage verwijzingen tijdens de bevalling van 32 tot 62% per VSV. In de laagrisicogroep is een vergelijkbare mate van variatie te zien. Voor een deel van de VSV's zijn de uitkomsten statistisch significant hoger of lager dan het landelijke gemiddelde, bij het doorverwijzen tijdens de bevalling gaat dit bijvoorbeeld om 45% van alle VSV's in de totaalgroep en 64% in de NTSV-groep. De onderste figuur laat zien dat het percentage ongeplande keizersneden per VSV varieert tussen 4 en 13% in de totaalgroep en van 5 tot 19% in de laagrisicogroep. Ten opzichte van het verwijsgedrag wijkt bij de ongeplande keizersneden een iets kleiner deel van de VSV's statistisch significant af van het gemiddelde. De gevonden variatie tussen VSV's kan niet precies worden verklaard, maar kan onder andere duiden op: praktijkvariatie in termen van het uitvoeren van behandelingen en verwijsgedrag; variatie in risicoselectie (waardoor vrouwen in sommige VSV's eerder als hoogrisico worden aangemerkt en dus worden doorverwezen); variatie in populatiekenmerken tussen VSV's (zoals leefstijl, comorbiditeit of sociaal-economische status); variatie in preferenties van zwangere vrouwen tussen VSV's (bijvoorbeeld wens pijnbestrijding of inleiding van de bevalling); of de samenstelling van het VSV varieert ook tussen VSV's. Daarnaast is de registratie van 'overdracht' nog een aandachtspunt. In het verleden heeft Perined in samenwerking met het veld (gynaecologen/verloskundigen) gekeken naar de definitie en registratie van deze variabele, omdat met name het tijdstip van verwijzing binnen de beroepsgroepen nog wel eens tot discussie leidt (volledigheid van de registratie benodigde variabelen kan variëren per VSV).

Ook over de jaren heen bestaan er verschillen tussen (groepen) VSV's. De figuren 2.11, 2.12 en 2.13 laten respectievelijk de percentages vrouwen met epiduraal, de percentages met vrouwen dat verwezen is naar de tweede lijn tijdens de bevalling en de percentages met vrouwen dat tijdens de zwangerschap naar de tweede lijn verwezen is, uitgesplitst naar de totaalgroep (A) en de laagrisicogroep (B), gedurende de periode 2010-2014. Hierbij is zichtbaar dat het percentage epiduralen bij vrouwen in VSV's in fase 0 in zowel de totaalgroep als de laagrisicogroep de percentages sneller oplopen dan de gemiddelde percentages VSV's in fase 1 (zie Figuur 2.11). Het verschil in percentages vrouwen dat verwezen wordt tijdens de zwangerschap wordt tijdens de periode 2010-2014 juist weer iets kleiner (zie Figuur 2.13).

Dergelijke verschillen tussen VSV's zullen in het vervolg van de monitor, waarin de effecten van integrale bekostiging worden geanalyseerd, moeten worden meegewogen. Wanneer VSV's die eerder overstappen naar integrale bekostiging systematisch afwijken van VSV's die later overstappen, zijn de resultaten van de eerstgenoemde groep niet zomaar generaliseerbaar. Indien een dergelijk selectie-effect bestaat, zal de mate waarin er 'winst' te halen is in termen van kwaliteit of doelmatigheid door middel van integrale bekostiging verschillen tussen koplopers en overige VSV's.

3 Discussie en conclusie

Leeswijzer

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews en focusgroepen kort samengevat en in perspectief geplaatst. Allereerst worden in paragraaf 3.1 de resultaten per kernvraag kort samengevat. Vervolgens worden de resultaten in paragraaf 3.2 in perspectief geplaatst. In paragraaf 3.3 worden een aantal kanttekeningen geplaatst bij de gehanteerde onderzoeksmethode. Tot slot worden aanbevelingen gedaan voor de invoering van integrale bekostiging (zie paragraaf 3.4).

3.1 Resultaten samengevat

Vormgeving geboortezorgorganisaties is een complex organisatievraagstuk en vergt specialistische kennis
Voor het afsluiten van een contract op basis van integrale bekostiging is een juridische entiteit nodig die het integrale tarief van de zorgverzekeraar ontvangt. Een dergelijke juridische entiteit, ook wel geboortezorgorganisatie genoemd, kan nieuw worden opgericht maar kan ook een bestaande zorgaanbieder of instelling zijn (zoals een ziekenhuis of een (coöperatie van) verloskundige praktijken). Deze geboortezorgorganisatie kan vervolgens de binnen het integrale tarief benodigde zorg zelf leveren of laten leveren door andere zorgaanbieders waar de organisatie een overeenkomst mee sluit. Een mengvorm van beide opties is ook mogelijk. Momenteel wordt in veel VSV's gesproken over de vormgeving van regionale geboortezorgorganisaties. In drie VSV's is men tot een bepaald model gekomen, in de overige VSV's is nog geen besluit gevallen. Uit alle interviews komt naar voren dat de keuze voor een bepaalde organisatievorm een complex vraagstuk is. Dit heeft als eerste te maken met technische uitvoeringsaspecten, waaronder fiscale regelgeving omtrent zelfstandigenaftrek en btw-plichtigheid en regelgeving omtrent mededinging. Daarnaast spelen VSV-specifieke aspecten een rol, zoals de tegengestelde belangen en een soms gebrekkig vertrouwen tussen zorgaanbieders binnen een VSV en de angst voor het verlies van ondernemerschap/autonomie. Dit laatste geldt met name voor eerstelijnsverloskundigen. De onzekerheden worden nog eens versterkt door het uitblijven van de definitieve vormgeving van integrale bekostiging, waardoor de impact in termen van financieel risico voor de individuele zorgaanbieders onduidelijk is. In veel VSV's is men op zoek naar kennis over het effect van verschillende organisatievormen. Het gebrek aan kennis binnen de VSV's maakt het proces extra complex. De drie VSV's waar wel een organisatievorm is gekozen, hebben een lang traject doorlopen en zijn uitgekomen op verschillende modellen. De eerste heeft een nieuwe coöperatie opgericht waarin vier typen zorgaanbieders participeren; de tweede laat een bestaande entiteit fungeren als kassier die het geld onderverdeelt over de andere zorgaanbieders; de derde kiest ervoor om het ziekenhuis als geboortezorgorganisatie te laten fungeren.

Contracteren van integrale bekostiging komt voorsnog nauwelijks tot stand; verschillen in zorginkoopbeleid tussen zorgverzekeraars zichtbaar

Op dit moment zijn er nog nauwelijks geboortezorgorganisaties opgericht en zijn er ook nog vrijwel geen integrale bekostigingscontracten gesloten. Via de beleidsregel Innovatie is tweemaal toestemming verkregen om met integrale bekostiging te gaan experimenteren. In beide gevallen is er alleen nog een akkoord tussen de geboortezorgorganisatie en de preferente zorgverzekeraar. De andere zorgverzekeraars willen (nog) niet volgen, wat voornamelijk te maken heeft met het ontbreken van kraamzorgactiviteiten in het integrale tarief en het ontbreken van kraamzorgaanbieders in de geboortezorgorganisatie. Dit houdt in één geval de invoering momenteel tegen. Naast deze twee voorbeelden is binnen ongeveer eenderde van de VSV's een overeenkomst gesloten tussen (ten minste) één zorgverzekeraar en een zorgaanbieder over de module integrale geboortezorg (additionele vergoeding voor investeringen in samenwerking en het oprichten van een juridische entiteit). Ook hier is te zien dat zorgverzekeraars verschillend inkoopbeleid voeren. Een aantal zorgverzekeraars heeft slechts enkele aanvragen voor de module toegekend om zo een aantal pilots te kunnen volgen. Andere zorgverzekeraars hebben (vrijwel) alle aanvragen gehonoreerd, indien zij voldeden aan de in het zorginkoopbeleid opgestelde voorwaarden. Ook op andere onderdelen, zoals het tijdspad om te komen tot de oprichting van een geboortezorgorganisatie, stellen zorgverzekeraars verschillende voorwaarden aan het sluiten van een contract.

Verwachte effecten van integrale bekostiging voor veel actoren moeilijk in te schatten

Een groot deel van de geïnterviewden verwacht dat de invoering van integrale bekostiging de samenwerking verder kan verbeteren door het opzetten van een gezamenlijk elektronisch dossier of een betere afstemming tussen zorgverleners. Tegelijkertijd vinden veel geïnterviewden het moeilijk om zich een beeld te vormen over de effecten van integrale bekostiging, mede doordat de vormgeving van integrale bekostiging en de geboortezorgorganisaties nog onduidelijk was. Naast een mogelijk positief effect op de samenwerking geven geïnterviewden aan dat het opzetten van een nieuwe organisatievorm en de invoering van integrale bekostiging de samenwerking ook op de proef kan stellen, aangezien het spreken over de verdeling van geld moeizaam verloopt. Verder wordt aangegeven dat integrale bekostiging substitutie en taakherschikking zal stimuleren. Daarbij gaven meerdere geïnterviewden aan dat voor het effectief doorvoeren van taakdelegatie wel bij- en nascholing nodig zullen zijn om de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen. Ten aanzien van de betaalbaarheid geven geïnterviewden aan dat integrale bekostiging de kostenverhogende prikkels in de huidige bekostiging, zoals zwangeren langer in de eerstelijns laten verblijven en het dubbel bekostigen van de eerstelijns en tweedelijns voor één bevalling, kan opheffen. Er worden zowel kostenreducerende als kostenopdrijvende aspecten genoemd. Genoemde kostenreducerende aspecten waren de mogelijkheden voor taakherschikking, het voorkomen van dubbele bekostiging van zorgactiviteiten en de ontstane prikkel voor minder (onnodige) zorg. Genoemde kostenverhogende aspecten bestonden uit de initiële investeringskosten (waaronder de kosten van het inhuren van adviseurs en experts), toekomstige overheadkosten van de geboortezorgorganisatie en hogere tarieven als gevolg van een te sterke marktmachtpositie van de geboortezorgorganisatie. Tot slot is er voor wat betreft de verwachte effecten van integrale bekostiging veel gesproken over keuzevrijheid. In meerdere interviews werd

benoemd dat de vorming van geboortezorgorganisaties de keuzevrijheid kan beperken. Dit heeft te maken met het mogelijk selectief contracteren van zorgaanbieders door de geboortezorgorganisatie of juist het samengaan van zorgaanbieders op lokaal niveau. Daarnaast lijkt het lastig te worden voor een zwangere om zorg te ontvangen van zorgverleners van verschillende geboortezorgorganisaties. Overigens werd wel benoemd dat in verschillende regio's het zorgaanbod in de huidige situatie ook beperkt is en dat de keuze voor een tweedelijnszorgverlener of kraamzorg vaak bepaald wordt door de adviezen van de verloskundige.

3.2 Resultaten in perspectief

Vormgeving modules en contracten

Zoals beschreven in Tekstbox 2.3 is op basis van de theorie een aantal positieve en negatieve effecten te verwachten bij de invoering van integrale bekostiging. De negatieve effecten worden mogelijk opgevangen via de vormgeving van de modules/deeltarieven en de contracten.

De vormgeving van het integrale tarief en van de bekostiging van onderaannemers bepalen de financiële risico's en prikkels voor geboortezorgorganisaties en zorgaanbieders

De uiteindelijke vormgeving van het tarief zal bepalen hoeveel financiële risico's en hoeveel performance risk worden verschoven naar de zorgaanbieders en hoeveel financiële risico's voor rekening van de zorgverzekeraar komen (zie ook Tekstbox 2.3 voor uitleg over 'performance risk' en 'insurance risk'). Het KPMG Plexus-rapport adviseerde VWS om naast een deelprestatie voor een onverhoopte miskraam (zwangerschap tot en met 16 weken) één deelprestatie voor alle zorg na 16 weken te definiëren. In dit model wordt meer performance risk verschoven naar de zorgaanbieder. Het alternatieve model, overeengekomen tijdens het bestuurlijk overleg van 12 april 2016, bestaat uit meerdere deelprestaties (precieze aantal en vormgeving deelprestaties zijn nog niet bekend). Zo is voorgesteld kraamzorg en bevallingen op de operatiekamer (OK) als aparte deelprestatie op te nemen. De prikkel tot verhoging van het volume van deze activiteiten (deelprestaties) blijft hierdoor bestaan en het financieel risico dat hiermee samenhangt, blijft bij de zorgverzekeraar. Uiteindelijk worden in dit model minder financiële risico's verschoven naar de zorgaanbieders dan in het door KPMG Plexus voorgestelde model, waardoor de zorgaanbieders minder financiële prikkels hebben tot samenwerking en kwaliteitsverbetering. Deze prikkel beperkt zich namelijk tot alle zorg binnen iedere deelprestatie. Er is niet direct een prikkel tot doelmatig werken tussen deelprestaties. Het nadeel van het model met minder deelprestaties is wel dat er een groter risico is op andere negatieve effecten, zoals risicoselectie en de verminderde herkenbaarheid van de deelprestatie voor de zwangere/het publiek.

De geboortezorgorganisatie kan de binnen het integrale tarief benodigde zorg zelf leveren of laten leveren door autonome zorgaanbieders waar zij een contract mee sluit. Een mengvorm van beide is ook mogelijk. De keuzes die hierin worden gemaakt zullen van invloed zijn op de prikkels die de uiteindelijke zorgverleners ervaren.

Binnen iedere deelprestatie bestaat een risico op onderbehandeling

Een risico van integrale bekostiging per patiënt is dat er wordt ingeleverd op kwaliteit en/of dat er onderbehandeling plaatsvindt om de kosten voor de zorgaanbieder binnen een deelprestatie te minimaliseren. In het alternatieve model met meerdere deelprestaties geldt dit voor de zorg binnen ieder van deze deelprestaties. Dit nadeel kan grotendeels worden vermeden door middel van kwaliteitsmonitoring en benchmarking van noodzakelijke zorgactiviteiten. Ook het opstellen van geboortezorgprogramma's en protocollen door geboortezorgorganisaties kan hierin ondersteunen, aangezien daarin door alle partijen wordt vastgesteld welke zorg dient te worden geleverd.

Buiten de deelprestaties bestaat een risico op compensatiegedrag

Een potentieel nadeel van integrale tarieven is dat zorgaanbieders waarvoor integrale bekostiging nadelig uitpakt (vanwege substitutie) de inkomstenderving proberen op te vangen buiten de bundel (compensatiegedrag). Dit potentiële nadeel kan worden vermeden door een actieve opstelling van de zorgverzekeraar die in overleg/onderhandeling met de zorgaanbieders ervoor kan zorgen dat eventueel vrijgekomen capaciteit niet wordt opgevuld met onnodige zorg. Dergelijk compensatiegedrag speelde mogelijk ook bij de invoering van integrale bekostiging van de diabeteszorg, waar het aantal diabetespatiënten in het ziekenhuis sterk afnam maar niet leidde tot een kostenreductie in de tweede lijn. Dit kan het gevolg zijn van de op verrichtingen gebaseerde bekostigingssystematiek van medisch specialistische zorg destijds, die het mogelijk maakt om verlies aan omzet te compenseren (RIVM, 2012a).

Rol verzekeraar vereist betrouwbare en valide vergelijkingen in kwaliteit en kosten

De definitieve vormgeving van de deelprestaties is van invloed op de rol en de daarbij behorende informatiebehoefte van de zorgverzekeraar. Bij een model met meerdere deelprestaties is de informatiebehoefte van de zorgverzekeraar vooral gericht op doelmatigheid en zal de zorgverzekeraar meer monitoren op (proces)indicatoren op het gebied van praktijkvariatie en mogelijke overbehandeling. Bij een model met een beperkt aantal deelprestaties zal de informatiebehoefte groter zijn bij de geboortezorgorganisatie, aangezien zij zelf meer financieel risico draagt en verantwoordelijk is voor een groter deel van de zorg. De zorgverzekeraar zal in het laatste geval meer monitoren op het risico op ondergebruik binnen de (grotere) deelprestatie. Ongeacht de vormgeving van de deelprestaties zullen valide en betrouwbare indicatoren nodig zijn voor het kunnen sturen op doelmatige en kwalitatief goede zorg en voor het ondervangen van de mogelijk negatieve effecten van integrale bekostiging (zie ook vorige alinea's). Zo dienen zorgaanbieders op een vergelijkbare manier te registreren. Wanneer onderregistratie van complicaties plaatsvindt, zorgt dat voor een (onterecht) betere uitkomst voor de zorgaanbieder. Het verdient dus aandacht om inzicht te krijgen in kwaliteit van de manier van registreren om zo te voorkomen dat VSV's die (bewust) minder goed registreren als 'best practice' worden aangemerkt. Het belang van (controle op) goed registreren, wordt groter naarmate dergelijke uitkomsten ook worden gekoppeld aan de (hoogte van de) betaling. Idealiter worden indicatoren ontwikkeld die kunnen worden afgeleid van routinematige verzamelde data, zoals declaratiegegevens, zodat het voor zorgaanbieders lastiger is om deze indicatoren te beïnvloeden. Op deze manier wordt ook voorkomen dat de informatiebehoefte leidt tot een verhoging van de administratieve lasten.

Berekening toekomstige integrale tarieven op basis van historische omzetten kan strategisch gedrag uitlokken

Integrale bekostiging wordt per 2017 ingevoerd als ‘volwaardige optie’ naast de bestaande bekostigingsregels. Op dit moment is het beleidsvoornemen dat de geboortezorg per 2019 verplicht wordt ingekocht via integrale bekostiging. Het feit dat de integrale tarieven vooralsnog op basis van historische omzetten worden bepaald, zoals beschreven in paragraaf 2.3, kan de komende periode strategisch gedrag uitlokken bij zorgaanbieders. Door in de komende periode de hoeveelheid zorg per zwangere te verhogen, zal de toekomstige tariefberekening op basis van historische omzetten hoger uitvallen en zal dit voor de zorgaanbieders een gunstige prijsafsprake opleveren. Het eventueel optreden van dit effect is afhankelijk van het referentiejaar dat straks wordt gekozen en van de mogelijkheden van zorgaanbieders om de omzetten op deze manier te beïnvloeden. Door bij de tariefberekeningen omzetten van meerdere jaren te gebruiken, kunnen de risico’s voor de zorgverzekeraars worden gemitigeerd.

Een tweede nadeel van tariefberekening op basis van historische omzetten is dat eventuele inefficiënties uit de ‘oude’ bekostigingssystematiek worden vergoed. Het voordeel van de methode is wel dat het een bepaalde mate van financiële zekerheid biedt aan de zorgaanbieders en er daardoor geen beperking is voor zorgaanbieders om een eerste contract op basis van integrale bekostiging af te sluiten. Voor het behalen van doelmatigheidswinst kan de zorgverzekeraar in daaropvolgende jaren door middel van benchmarking (tussen geboortezorgorganisaties) en onderhandelingen, trachten het integrale tarief aan te passen. De mate waarin dit zal gebeuren, zal afhangen van de marktcontext. Aangezien er een meer geconcentreerde zorgaanbiedersmarkt ontstaat (door de oprichting van geboortezorgorganisaties) zal het (her)onderhandelen over tarieven wellicht moeilijker verlopen. In dat geval is inzicht in de onderliggende onderdelen van het tarief nodig om over te kunnen stappen naar een tarief dat meer prikkels heeft voor efficiëntie en kwaliteit. De juistheid van het tarief voor iedere afzonderlijke geboortezorgorganisatie is cruciaal om doelmatig werken en kwaliteitsverbetering te stimuleren.

Zijn de te vormen geboortezorgorganisaties en individuele zorgaanbieders in staat om financiële risico’s te dragen?

Met het invoeren van integrale bekostiging vindt een verschuiving van financiële risico’s van zorgverzekeraar naar zorgaanbieder(s) plaats. De nog te vormen geboortezorgorganisaties zullen in dit model financieel verantwoordelijk worden voor eventuele overschrijdingen van het integrale tarief. Als gevolg hiervan dragen de geboortezorgorganisaties een groter financieel risico dan de zorgaanbieders in de huidige/oude situatie. Dit levert een prikkel op voor geboortezorgorganisaties om efficiëntere zorg te leveren. Tegelijkertijd betekenen deze grotere risico’s dat er voldoende middelen nodig zijn om eventuele kostenoverschrijdingen op te vangen. Een grotere geboortezorgorganisatie met meer financiële middelen zal deze risico’s beter kunnen dragen, aangezien zij dit risico kan spreiden over een groter aantal cliënten. Op basis van de gehouden interviews rijst de vraag of in alle regio’s zorgaanbieders aanwezig zijn die grotere financiële risico’s op zich kunnen nemen. Met name in krimpregio’s wordt aangegeven dat de bestaande zorgaanbieders reeds moeite hebben om financieel overeind te blijven en ook om de zogenaamde ‘beschikbaarheidsgelden’ te ontvangen om de acute

spoedeisende zorg (waaronder de acute verloskunde) te kunnen garanderen. Gezien de kleinere aantallen patiënten is het voor de zorgaanbieders in deze regio's ook moeilijker om risico's te spreiden, of mogelijk zelfs onwenselijk om extra financiële risico's op zich te nemen. Dit aspect speelt ook binnen elke VSV. Het zal voor individuele zorgaanbieders met een klein of geen eigen vermogen, zoals de meeste eerstelijnsverloskundige praktijken, lastiger zijn om als participant in een nieuw op te richten geboortezorgorganisatie deel te nemen en financieel risico te lopen.

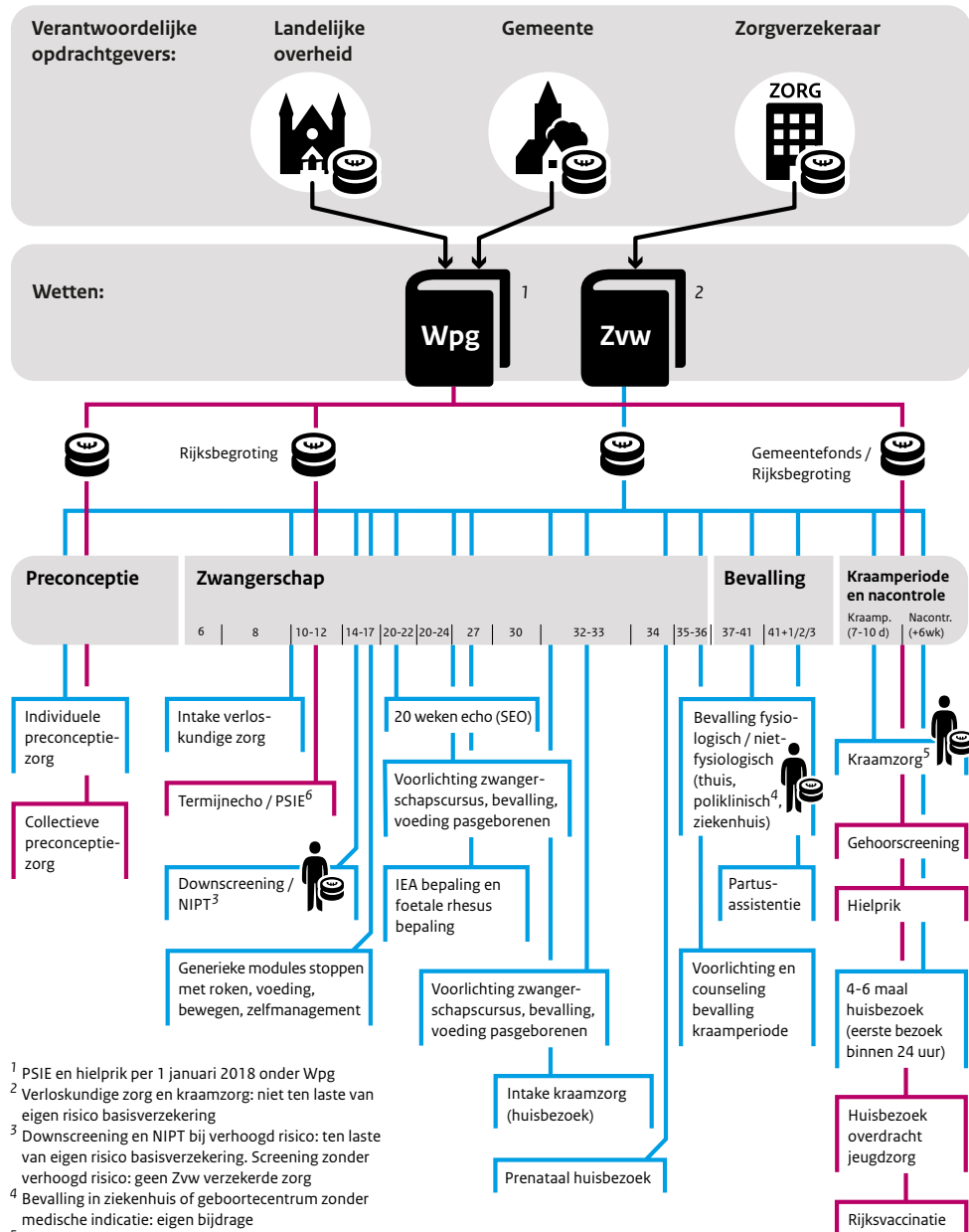
Veranderingen in de geboortezorg binnen de context van het Nederlandse zorgstelsel

Betaling vanuit andere financieringsbronnen dan Zvw blijft bestaan voor een aantal preventieve geboortezorgactiviteiten

De lopende experimenten met integrale bekostiging onder de beleidsregel innovatie en de door KPMG Plexus voorgestelde invulling van het integrale tarief omvatten alleen binnen de Zorgverzekeringswet verzekerde zorgactiviteiten. Hierdoor blijven een aantal geboortezorg-gerelateerde activiteiten buiten het integrale tarief. Voorbeelden hiervan zijn de collectieve preconceptiezorg en de hielprikscreening. Deze activiteiten vallen onder de Wet Publieke Gezondheid³ (Wpg) en worden betaald vanuit de Rijksbegroting (hielprikscreening, prenatale screening infectieziekten en erythrocytenimmunisatie en het Rijksvaccinatieprogramma (RVP)) of het gemeentefonds (gehoorscreening). De benodigde uren van de verloskundigen voor het uitvoeren van deze Wpg-activiteiten zijn echter onderdeel van het tarief van de verloskundige binnen de Zvw. De counseling voor de screening op downsyndroom en SEO (het gesprek), de prenatale screening op lichamelijke afwijkingen (20 weken echo) en op downsyndroom (combinatietest en de niet invasieve prenatale test (NIPT)) vallen wel onder de Zvw, waarbij de NIPT alleen wordt vergoed wanneer een verhoogd risico is vastgesteld en de combinatietest alleen als er sprake is van een medische indicatie. Figuur 3.1 geeft de financieringsstructuur, de wetten en de zorgactiviteiten binnen de geboortezorg schematisch weer.

³ De bevolkingsonderzoeken PSIE en hielprikscreening worden vanaf 01/01/2018 officieel opgenomen in de Wpg, deze wetswijziging is in voorbereiding.

Figuur 3.1: Schematische weergave relatie opdrachtgever, wetgeving, zorgactiviteit zoals beschreven in de consensustekst van de zorgstandaard



¹ PSIE en hielprik per 1 januari 2018 onder Wpg
² Verloskundige zorg en kraamzorg: niet ten laste van eigen risico basisverzekering
³ Downscreening en NIPT bij verhoogd risico: ten laste van eigen risico basisverzekering. Screening zonder verhoogd risico: geen Zvw verzekerde zorg
⁴ Bevalling in ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie: eigen bijdrage
⁵ Kraamzorg: eigen bijdrage
⁶ De termijnecho en PSIE staan in één 'blok' omdat deze in dezelfde periode plaatsvinden. Dit zijn echter twee verschillende zorgactiviteiten.

In het KPMG Plexus-advies is niet expliciet beschreven of de 20 weken echo en de screening op downsyndroom bij medische indicatie/verhoogd risico worden meegenomen in het integrale tarief. Deze programma's worden landelijk gecoördineerd. Voor wat betreft het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) is de organisatiestructuur zo dat acht aangewezen regionale centra contracten sluiten met gecertificeerde organisaties (ziekenhuis, verloskundige praktijk, echoscopische centra, overig). De echo wordt in het algemeen uitgevoerd door een echoscopist. De uitvoerders van deze screening ontvangen een tarief van de zorgverzekeraar en betalen een gedeelte terug aan de regionale centra voor het uitvoeren van de certificering. Het ministerie van VWS onderzoekt of het mogelijk is om ook deze bekostigingsstructuur aan te passen en de kosten voor het uitvoeren van de certificering uit het integrale tarief te halen. Het integrale tarief zal hier dan voor moeten worden 'opgeschoond' om dubbele bekostiging te voorkomen.

Onduidelijk is in hoeverre de bestaande wetgeving op gebied van eigen betalingen in lijn zal zijn met de vormgeving van de deelprestaties

Zowel de kosten voor verloskundige zorg (prenatale, natale en postnatale zorg) als de kosten voor kraamzorg, komen niet ten laste van het eigen risico van de basisverzekering⁴. Dit geldt echter niet voor de combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek uitgevoerd bij medische indicatie. Deze Zvw-verzekerde zorgactiviteiten komen wel ten laste van het eigen risico. Zonder medische indicatie zijn deze diagnostische testen geen Zvw verzekerde zorg. Verder geldt er een eigen bijdrage voor de kraamzorg en voor de zorg bij bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie⁵. Wanneer de afzonderlijke zorgactiviteiten waar deze eigen betalingen⁶ aan gerelateerd zijn onderdeel worden van een integraal (deel) tarief en dus niet meer apart in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar, zal moeten worden bepaald in hoeverre deze eigen betalingen kunnen blijven bestaan en/of worden geadmistreerd. De verwachting is dat geboortezorgactiviteiten waarvoor eigen betalingen gelden, zoals kraamzorg en poliklinische bevallingen zonder medische indicatie, zullen worden aangemerkt als een aparte deelprestatie.

De toekomstige geboortezorgmarkt; spanningsveld met het model van gereguleerde concurrentie?

De vorming van geboortezorgorganisaties op lokaal niveau zal hoogstwaarschijnlijk samengaan met een consolidatie (sterkere concentratie) op de zorgaanbiedersmarkt. De geboortezorgorganisaties ontstaan namelijk vanuit VSV's waarvan er in veel gebieden één of slechts enkele aanwezig zijn. Deze situatie is vergelijkbaar met die van de diabeteszorg waar na de invoering van integrale bekostiging een discussie ontstond met betrekking tot de grootte en marktmachtpositie van opgerichte zorggroepen (Varkevisser et al., 2009). De mate van concentratie van zorgaanbieders zal mogelijk verder worden versterkt doordat zorgaanbieders door middel van concentratie beter in staat zijn de toegenomen financiële risico's te dragen.

⁴ Eigen risico: eerste X euro van de kosten van Zvw verzekerde zorg die de verzekerde zelf betaalt. In 2016 bedraagt het wettelijk verplichte eigen risico € 385.

⁵ Eigen bijdrage: vast bedrag per eenheid zorg (behandeling of combinatie van behandelingen) dat de verzekerde zelf betaalt.

⁶ Eigen betalingen: overkoepelende term voor eigen risico en eigen bijdrage.

Deze ontwikkeling werd ook bij andere bekostigingshervormingen in het buitenland waargenomen waarbij financiële risico's werden verschoven van zorgverzekeraars naar zorgaanbieders (Frakt en Mayes, 2012). Zo ontstaat een spanningsveld met het model van gereguleerde concurrentie dat centraal staat in het huidige zorgstelsel.

Het gevolg van de genoemde consolidatieslag kan zijn dat zorgverzekeraars feitelijk niet veel meer te kiezen hebben en de hoofdaannemer een te sterke positie krijgt (zorginkoopmarkt 1). Hierdoor ontstaat een risico op te hoge integrale tarieven (gegeven de kwaliteit) of onvoldoende levering van kwaliteit (gegeven de prijs) (RIVM, 2012a). Daarnaast bestaat het gevaar dat de hoofdaannemer (zorginkoopmarkt 2) vanuit haar machtspositie aan de onderaannemers dwingende onredelijke contractvoorwaarden oplegt, zoals een tarief dat niet of nauwelijks dekkend is. Uitsluiting vormt eveneens een risico; een geboortezorgorganisatie zou bij het contracteren van onderaannemers niet-participerende zorgaanbieders zoveel mogelijk buiten kunnen sluiten ten opzichte van 'eigen' zorgaanbieders. Ervaringen met integrale bekostiging van de diabeteszorg lieten zien dat dit in de praktijk maar op zeer beperkte schaal is voorgekomen (Varkevisser et al., 2009).

Het opstellen van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg: zorginhoud versus belangen

Zorgstandaarden spelen een centrale rol bij de invoering van integrale bekostiging van de chronische zorg (Struijs et al., 2010). Ook voor de geboortezorg wordt een geautoriseerde zorgstandaard als een randvoorwaarde voor de invoering van integrale bekostiging gezien (NZa, 2012b). Dit houdt in dat alle relevante beroepsgroepen en patiëntverenigingen deze zorgstandaard moeten autoriseren. In de afgelopen twee jaar is gewerkt aan het opstellen van een door alle partijen gedragen zorgstandaard, maar deze is uiteindelijk niet geautoriseerd. Het Zorginstituut Nederland heeft aangekondigd dat, indien de partijen niet alsnog tot overeenstemming komen, zij voor 1 juli 2016 gebruik zal maken van haar doorzettingmacht. Deze ontwikkeling illustreert dat op het moment dat bekend is dat de zorgstandaard leidend wordt in de bekostiging naast zorginhoudelijke ook strategische overwegingen een rol gaan spelen. Deze beweging werd ook bij het opstellen van de zorgstandaard diabetes en vasculair risicomanagement geconstateerd (Struijs et al., 2010). Als zorgverleners zichzelf een grote rol toebedelen in het zorgproces, zullen zij een sterke positie hebben bij de vertaling van de landelijke zorgstandaard in regionale (geboortezorg)programma's. De beroepsverenigingen hebben vanwege de koppeling van dit autorisatieproces een sleutelpositie verkregen en kunnen door een consensustekst van de zorgstandaard niet te autoriseren het autorisatieproces vertragen. Hiermee is het opstellen van een zorgstandaard een delicaat en strategisch proces geworden, met het risico dat de inhoud van de zorg naar de achtergrond verdwijnt (Struijs et al., 2010). De strategische component zal groter zijn naarmate de zorgstandaard niet alleen beschrijft wat er gedaan moet worden, maar ook door wie, waar en hoe. Een functionele omschrijving van de zorgstandaard is dan ook nodig om de strategische belangen in de zorgstandaard te reduceren. Alleen dan kunnen zorgaanbieders hun primaire verantwoordelijkheid voor het in samenhang kunnen leveren van kwalitatief goede zorg op zich nemen en groeit het draagvlak voor het autoriseren van en het werken met zorgstandaarden. In de lokale context kan vervolgens worden bepaald wie verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen van de zorgstandaard.

Bekostigingshervorming geboortezorg in Nederland staat niet op zichzelf

Ook integrale bekostiging in andere zorgsectoren binnen Nederland

De invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg kan niet los worden gezien van andere bekostigingshervormingen in het Nederlandse zorgstelsel. Zo is in 2007 integrale bekostiging op experimentele basis ingevoerd in de diabeteszorg (diabetes type 2). Na drie jaar experimenteren is het integrale tarief voor multidisciplinaire diabeteszorg per 2010 opgenomen in de reguliere bekostiging. De bekostigingsmethode werd tegelijkertijd ook structureel ingevoerd voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)-zorg en Vasculair Risico Management (VRM). De zorgverzekeraars betalen voor deze drie patiëntgroepen een integraal tarief per patiënt per jaar aan zorggroepen die daarvoor de onderdelen van de zorg zelf leveren en/of onderdelen van het zorgtraject inkopen bij verschillende zorgaanbieders. De invoering van integrale bekostiging van diabeteszorg is uitgebreid geëvalueerd (RIVM, 2009; Struijs en Baan, 2011; de Bakker et al., 2012; EIB, 2012; RIVM, 2012a; de Bruin et al., 2013; Mohnen et al., 2016). Uit deze evaluaties blijkt dat de zorgstandaard diabetes type 2, waarin de (minimale) zorginhoudelijke eisen van de diabeteszorg zijn beschreven, een belangrijke basis vormde voor het invoeren van integrale bekostiging (Struijs et al., 2010). Deze zorgstandaard werd op nationaal niveau geautoriseerd door alle betrokken beroepsgroepen en patiëntverenigingen (NDF, 2007). De invoering van integrale bekostiging leidde tot veranderingen in het zorgproces en tot taakherschikking binnen de eerstelijnszorg en tussen de eerste- en tweedelijnszorg (RIVM, 2012a; Mohnen et al., 2016). Tegelijkertijd waren neveneffecten buiten de scope van de 'zorgbundel' zichtbaar (zie ook alinea Buiten de deelprestatie bestaat een risico op compensatiegedrag op blz. 60).

Past meer integrale bekostiging binnen het Nederlandse zorgstelsel?

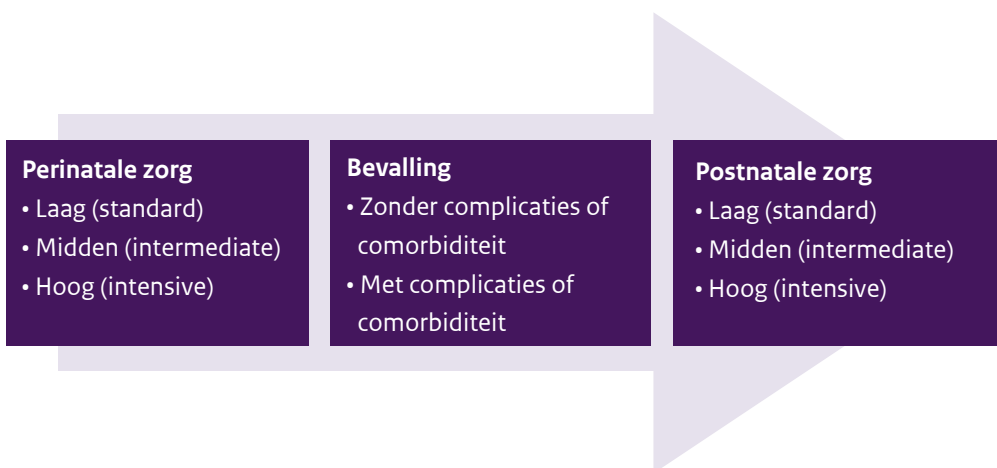
De organisatie en financiering/bekostiging van het Nederlandse zorgstelsel is grotendeels ingericht aan de hand van de verschillende echelons in de gezondheidszorg. In de interviews werd door de zorgaanbieders aangegeven dat deze inrichting niet eenvoudig samengaat met de overgang naar integrale bekostiging voor patiëntgroepen. Dit heeft met name te maken met het feit dat bij integrale bekostiging, zoals in de geboortezorg, nieuwe juridische entiteiten worden opgericht met een eigen organisatie en budget (wat gedeeltelijk uit het ziekenhuisbudget moet worden gehaald). Op het moment dat de trend naar meer integrale bekostiging doorzet naar andere patiëntgroepen is het de vraag of dit voor het ziekenhuis organisatorisch gezien een wenselijke situatie is. Dit heeft namelijk de nodige organisatorische (oprichting entiteiten) en administratieve consequenties en heeft ook gevolgen voor de sturingsmogelijkheden van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis.

Momenteel wordt nagedacht over de invoering van integrale bekostiging voor dementie (Zorgvisie, 2015). Daarnaast is analoog aan buitenlandse initiatieven uitbreiding van integrale bekostiging denkbaar voor bijvoorbeeld knie- en heupvervangingen en verschillende vormen van kanker (Press et al., 2016). Het ontwikkelen van een beleidsvisie op de toekomstige bekostigingssystematiek van het Nederlandse zorgstelsel, vanuit de gewenste transitie van 'paying for volume' naar 'paying for value', lijkt dan ook wenselijk. Ook de lopende discussies met betrekking tot eventuele bekostigingshervormingen binnen de proeftuinen populatiemanagement (RIVM, 2015b) zouden hierbij moeten worden meegenomen.

Bekostigingshervormingen geboortezorg ook in andere landen

Hervormingen in de richting van meer integrale bekostiging voor de geboortezorg zijn ook in andere landen zichtbaar. Zo is in Engeland in 2013 een (meer) integraal tarief ingevoerd en is het systeem van betalen per ziekenhuisopname, consult, sectio et cetera afgeschaft (NHS England, 2014a; NHS England, 2014b). Het Engelse bekostigingsmodel is opgebouwd uit drie stadia met eigen tarieven: prenatale zorg, bevalling en postnatale zorg (zie Figuur 3.2). Ook de verschillende screening- en vaccinatieprogramma's zijn in de tarieven opgenomen. Iedere zwangere in Engeland kiest voor elk van deze drie stadia haar voorkeursaanbieder ('lead provider'). De hoogte van het tarief per stadium is afhankelijk van de zorgbehoefte/casemix die wordt gebaseerd op criteria, zoals Body Mass Index (BMI), leefstijl, comorbiditeit en informatie uit eerdere zwangerschappen (bijvoorbeeld een miskraam of laag geboortewicht bij eerdere bevalling) (NHS England, 2014a; NHS England, 2014b). Zoals Figuur 3.2 laat zien zijn er uiteindelijk acht modules vastgesteld waarbij een zwaardere casemix samengaat met een hoger tarief (onderscheid in 'standard', 'intermediate' en 'intensive' vertaald als laag – midden – hoog). Er wordt geen onderscheid gemaakt naar de wijze van bevallen (keizersnede of natuurlijke bevalling), maar wel naar het optreden van complicaties of comorbiditeit. Doel van de bekostigingshervorming was het adresseren van registratieproblemen en de nadelen van gefragmenteerde bekostiging (onnodige behandeling, gebrek aan coördinatie), alles binnen een gelijk budget. Voor zover bekend is er (nog) geen evaluatie van deze bekostigingshervorming uitgevoerd. Het Engelse model lijkt sterk op de Nederlandse indeling voor integrale bekostiging met meerdere deelprestaties, met als belangrijkste verschil de criteria voor de indeling in casemix categorieën. Deze zijn in Nederland gebaseerd op zorggebruik/ behandelingen en in Engeland op hierboven genoemde persoonskenmerken. Daarmee ligt het financiële risico voor de zorgaanbieders in het Nederlandse model lager dan in het Engelse model maar bevat het eveneens een mindere prikkel om doelmatige zorg te leveren.

Figuur 3.2: Opbouw van integrale bekostiging van de geboortezorg in Engeland.



Ook in een aantal staten in de Verenigde Staten zijn vergelijkbare bekostigingshervormingen doorgevoerd in de geboortezorg (Lally, 2013). In de staat Arkansas is in 2013 gestart met een integrale bundel geboortezorg (inclusief prenatale zorg, bevalling en postnatale zorg). Belangrijk verschil met het Nederlandse model is dat er niet één integraal (deel)tarief wordt berekend en uitgekeerd, maar dat alle zorgaanbieders betaald krijgen volgens het traditionele 'fee-for-service' (per verrichting) systeem. De zorgverzekeraar wijst per casus de verantwoordelijke zorgaanbieder (Principal Accountable Provider (PAP)) aan. Uiteindelijk worden de gemiddelde zorgkosten binnen de bundel, gecorrigeerd voor onder andere casemix, vergeleken met een virtuele benchmark of 'target spending'. Indien de PAP besparingen realiseert ten opzichte van deze benchmark ontvangt hij/zij een deel van het gerealiseerde verschil ('shared savings'). Voorwaarde voor het ontvangen van 'shared savings' is wel dat aan een aantal kwaliteitscriteria wordt voldaan. Ook in de staat Pennsylvania is, binnen het 'Geisinger Health System', in 2007 een programma gestart voor integrale gezondheidszorg waarin één tarief voor een bundel van prenatale, bevalling en postnatale zorg wordt gehanteerd. Hiermee sluit dit model dus meer aan bij het adviesrapport van KPMG Plexus met twee deelprestaties (KPMG Plexus, 2016). Doel was onder andere het terugdringen van onnodige zorg en praktijkvariatie. Er is veel aandacht besteed aan het opnieuw inrichten van zorgprocessen, het vaststellen van zorgstandaarden en geïntegreerd elektronisch patiënt dossier. Ook over deze Amerikaanse voorbeelden zijn, voor zover wij konden achterhalen, geen uitgebreide wetenschappelijke evaluaties uitgevoerd.

3.3 Onderzoeksmethode

Ontwikkelingen tijdens de interviewperiode kunnen resultaten hebben beïnvloed

De resultaten van dit rapport zijn gebaseerd op semi-gestructureerde interviews, gehouden in de periode januari-maart 2016. In deze periode zijn verschillende adviezen en publicaties verschenen over integrale bekostiging van de geboortezorg en zijn ook een aantal beleidsbeslissingen genomen (zie ook paragraaf 1.3 Breder kader). Deze ontwikkelingen zijn waarschijnlijk van invloed geweest op de individuele interviews en de focusgroepen. Het is mogelijk dat de geïnterviewde personen als gevolg van de genoemde ontwikkelingen andere inzichten, verwachtingen en ervaringen hebben opgedaan. Hierdoor geven de respondenten in de latere interviews wellicht andere antwoorden dan dat zij in een eerder stadium zouden hebben gedaan. Hetzelfde geldt voor de focusgroepen die eind maart 2016 zijn gehouden. Ook de weging van de argumenten en eventuele knelpunten kan zijn veranderd.

Niet alle effecten van integrale bekostiging op korte termijn zichtbaar; evaluatie

Onderliggend rapport geeft de stand van zaken in de geboortezorg weer op het moment dat de ontwikkeling naar nieuwe vormen van bekostigen en organiseren net is ingezet. De resultaten kunnen dus niet worden geïnterpreteerd als een evaluatie van integrale bekostiging. In enkele regio's zijn afspraken gemaakt over de vormgeving van de geboortezorgorganisatie (zie paragraaf 2.2), maar het uiteindelijke effect van deze vormgeving kan nog niet worden bepaald. De literatuur toont ook aan dat in het algemeen een periode van meerdere jaren nodig is voordat nieuwe organisatievormen of wijzen van bekostigen effecten

laten zien. Daarnaast kan de richting van het effect variëren over de tijd; zo lieten de evaluaties van integrale bekostiging van diabeteszorg in de beginjaren een stijging van de zorgkosten zien ten opzichte van de controlegroep. De interviews geven dus vooral een beeld van de ervaringen tot nu toe bij het opzetten van integrale bekostiging en meer in het algemeen de verwachtingen van actoren daarbij.

Huidige/werkelijke fasering van VSV's kwam niet overeen met de gegevens van de zorgverzekeraars; VSV's in fase 1 hierdoor onderbelicht

Bij de selectie van VSV's is gestratificeerd naar fase van bekostiging (module integrale geboortezorg of integrale bekostiging of geen van beide) en zorgverzekeraar. Het doel van deze stratificatie was een zo representatief mogelijk beeld te verkrijgen over de verschillende fases heen en van de mogelijke verschillen in inkoopbeleid tussen zorgverzekeraars (zie ook Bijlage 2 Onderzoeksmethoden). De stratificering is gebaseerd op de gegevens van de NZa Quickscan geboortezorg waarvoor zorgverzekeraars in maart 2015 gegevens hebben aangeleverd (NZa, 2015b). In verschillende interviews gaven de respondenten aan dat de gehanteerde fasering volgens de lijst van de zorgverzekeraars niet overeen kwam met de praktijk. Vanwege deze bevinding is tijdens de interviewperiode een update gemaakt (door de zorgverzekeraars) van de fasering van VSV's (zie paragraaf 2.3). Deze blijkt in beperkte mate af te wijken van de oorspronkelijke indeling. Mogelijk zijn de geïnterviewde personen niet in alle gevallen op de hoogte geweest van de status van de afspraken met een zorgverzekeraar en/of zijn voorgenomen plannen uiteindelijk in onderhandeling met de zorgverzekeraar toch niet tot een contract gekomen. Een aantal zorgverzekeraars heeft er bijvoorbeeld voor gekozen slechts enkele 'pilots' te contracteren, terwijl niet-gecontracteerde VSV's qua organisatie en samenwerking wellicht op eenzelfde niveau zaten als deze pilots. Dit laatste betekent dat de indeling in fases met enige voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd.

3.4 Aanbevelingen

In aansluiting op de resultaten en de discussie volgt hieronder een aantal aanbevelingen waarop het beleid en veldpartijen zich in de komende periode zouden kunnen richten.

Continue aandacht voor samenwerking en vertrouwen tussen veldpartijen lijkt noodzakelijk

De resultaten van dit rapport tonen dat een belangrijke voorwaarde voor de invoering van integrale bekostiging onder druk staat, namelijk een goede onderlinge samenwerking en wederzijds vertrouwen tussen actoren. Deze staat onder druk als gevolg van de tegengestelde financiële en organisatiebelangen die naar voren komen bij het opzetten van een geboortezorgorganisatie en het invoeren van een integraal tarief. Alhoewel dit aspect voornamelijk speelt op lokaal en regionaal niveau, kan op landelijk niveau aan randvoorwaarden worden gewerkt ter stimulering van een duurzame samenwerking en wederzijds vertrouwen tussen partijen. Hierbij valt onder andere te denken aan het verhelderen van de uitgangspunten en de rol van de zorgstandaard, het faciliteren van kennisuitwisseling en ervaringen tussen VSV's en het verzamelen van basisgegevens van VSV's, het stroomlijnen van registraties en informatiestromen, het verschaffen van duidelijkheid voor wat betreft de (landelijke) uitgangspunten van

integrale bekostiging en beleidsrust, het ontwikkelen van een visie met betrekking tot integrale bekostiging en het leren van het buitenland. In de volgende alinea's volgt een korte uitwerking van deze aanbevelingen.

Verhelder de uitgangspunten en de rol van de Zorgstandaard en creëer daarmee draagvlak in het veld

Zorgstandaarden hebben een centrale rol in de kwaliteitsverbetering van de zorg. Zij worden daarnaast in toenemende mate gebruikt bij de zorginkoop door zorgverzekeraars. De afgelopen twee jaar is gewerkt aan een zorgstandaard integrale geboortezorg, maar deze werd recent niet door alle belanghebbende beroepsgroepen geautoriseerd. Dit verzwakt mogelijk de rol van de standaard. In een volgende versie van de Zorgstandaard zou de relatie tussen elementen uit de zorgstandaard en elementen van het bekostigingsmodel meer verhelderd kunnen worden. Dit kan onder meer plaatsvinden door het 'volledig' functioneel omschrijven van de zorgstandaard, het eenduidig definiëren van de zorgactiviteiten die tot het integrale tarief behoren waarbij de mogelijkheden voor taakdelegatie, taaksubstitutie en eventueel taakherschikking niet worden belemmerd en het benoemen van taken en activiteiten die niet direct behoren tot de directe zorgverlening, maar die wel essentieel zijn voor het in samenhang kunnen leveren van de (integrale) geboortezorg (onder andere ICT, afstemmingsoverleg, registratie en rapportageverplichtingen).

Faciliteren van kennisuitwisseling en ervaringen en het verzamelen van basisgegevens van VSV's

Uit dit rapport komt naar voren dat er bij vrijwel alle veldpartijen een grote informatiebehoefte bestaat omtrent het vormgeven van geboortezorgorganisaties en de hieraan gerelateerde uitvoeringstechnische aspecten zoals de toepassing van de fiscale regelgeving en mededingingsvraagstukken. Veel van deze thema's vragen specifieke kennis die bij het gros van de individuele zorgaanbieders ontbreekt. Dit bemoeilijkt het maken van de juiste vertaalslag naar hun specifieke situatie. De eventuele oprichting van een 'taskforce' onder leiding van Perined en het CPZ lijkt gehoor te kunnen geven aan deze behoefte aan 'ondersteuning-op-maat'. Van belang zal zijn dat zo'n taskforce juiste, betrouwbare en eenduidige informatie deelt en volledig onafhankelijk opereert waarbij ook veelvuldig wordt afgestemd met instituten zoals de NZa en de ACM. Ook kan nagedacht worden in hoeverre deze 'taskforce' modelovereenkomsten, voorbeeldcontracten en kostprijberekeningsmodellen kan ontwikkelen om te voorkomen dat iedere VSV opnieuw het wiel uit gaat vinden. In ieder geval zou deze 'taskforce' ook basisgegevens met betrekking tot de invoering van integrale bekostiging moeten verzamelen. Een landelijk overzicht met recente gegevens over welke VSV's/geboortezorgorganisaties er zijn en in welke fase zij zich bevinden ontbreekt momenteel, maar is onontbeerlijk voor een het monitoren van de voortgang.

Initieer dat registraties en informatiestromen worden gestroomlijnd

Als gevolg van de invoering van integrale bekostiging in de geboortezorg zal meer inzicht in de kwaliteit van zorg over de huidige domeinen heen nodig zijn. Dat vraagt om een integraal kwaliteitsbeleid en mogelijke nieuwe indicatoren. Bestaande registratiesystemen lopen vooralsnog niet synchroon met deze veranderingen. Daarnaast zijn ook de mogelijkheden van het koppelen van verschillende registraties voor dit doel onderbelicht gebleven. Het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren op basis van gekoppelde dataset met gegevens van

Perined, Vektis en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is aan te bevelen. Op basis van deze bestaande gegevens kunnen dan indicatoren worden afgeleid zonder dat dit leidt tot extra administratieve lasten bij zorgaanbieders en zonder dat deze door de zorgaanbieders beïnvloed kunnen worden. Het is raadzaam deze informatiestromen anders in te richten dan nu het geval is, zodat deze beter aansluiten bij de informatiebehoefte van geboortezorgorganisaties en hun eventuele onderaannemers (spiegelinformatie), maar ook bij zorgverzekeraars (verantwoordingsinformatie), het publiek (keuze-informatie) en overheid (beleid en toezicht) en wetenschappelijk onderzoek.

Geef duidelijkheid aan het veld over landelijke uitgangspunten en creëer beleidsrust in de komende jaren

Op dit moment bestaat onduidelijkheid over de definitieve vormgeving van integrale bekostiging. Deze onduidelijkheid leidt tot vertraging bij het opzetten van de geboortezorgorganisaties en het voeren van gesprekken en onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarom is er bij alle veldpartijen behoefte aan duidelijkheid over de formele uitgangspunten en precieze technische uitwerking van integrale bekostiging. Nadat deze duidelijkheid is verstrekt, is het aan te bevelen een periode van beleidsrust – een periode van minimale of geen beleidsverandering – aan te houden. Het verschaffen van duidelijkheid in combinatie met beleidsrust vermindert de kans op risicomijdend gedrag en verhoogt de kans op het succesvol doorvoeren van integrale bekostiging, aangezien dit de onzekerheden voor alle partijen reduceert.

Ontwikkel een visie met betrekking tot integrale bekostiging binnen het Nederlandse zorgstelsel

Integrale bekostiging van de geboortezorg maakt onderdeel uit van een (nu nog beperkte) reeks bekostigingshervormingen in Nederland, waarbij wordt overgestapt van het betalen per verrichting naar meer doelgroepgerichte integrale bekostiging. Integrale bekostiging in de geboortezorg is de eerste bekostigingshervorming waar ook de tweedelijnszorg onderdeel van uitmaakt. Inmiddels wordt ook voor andere doelgroepen nagedacht over bekostigingshervormingen, waarbij zorgactiviteiten van verschillende beroepsgroepen en sectoren worden gecombineerd in één tarief (onder andere voor dementie zorg). Gezien de complexiteit op het gebied van organisatie en bestuur die hierbij kan ontstaan voor bestaande zorginstellingen die meerdere doelgroepen bedienen, lijkt het verstandig om in een beleidsvisie op bekostigingshervormingen op dergelijke effecten vooruit te lopen.

Leer van de chronische zorg en van het buitenland

In Nederland is in 2007 integrale bekostiging in de diabeteszorg ingevoerd. Daarnaast worden in andere landen, waaronder Engeland en meerdere staten in de Verenigde Staten, ook bekostigingshervormingen in de geboortezorg doorgevoerd. In dit rapport is kort ingegaan op deze ontwikkelingen. In de komende jaren zou het uitwisselen van kennis tussen verschillende zorgsectoren en de verschillende landen kunnen worden gestimuleerd door het organiseren van studiereizen, het inviteren van buitenlandse experts op landelijke bijeenkomsten en het initiëren van regulier overleg tussen veldpartijen, beleidsmakers en de academische wereld. Op basis hiervan kunnen lessen worden getrokken voor de invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg in Nederland.

4 Referenties

CBS Statline (2014). 'Geboorte; kerncijfers.' Website <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37422ned&D1=7-14,23-34&D2=0,10,20,30,40,50,60-64&VW=T> geraadpleegd op 21 april 2016.

CPZ (2011). Plan van aanpak. Utrecht: College Perinatale Zorg.

CPZ (2014). Brief Samenwerking in de geboortezorg: positieve ontwikkelingen, knelpunten en oplossingen. Utrecht: College Perinatale Zorg.

CPZ (2015a). Handreiking Organisatiemodellen integrale geboortezorg. Utrecht: College Perinatale Zorg.

CPZ (2016). Zorgstandaard 'Integrale geboortezorg' Versie 1.0 d.d. 11 januari 2016 (11^e concept). Utrecht: College Perinatale Zorg.

De Bakker DH, Struijs JN, Baan CA, Raams J, de Wildt JE, Vrijhoef HJM, Schut FT (2012). 'Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination.' *Health Aff (Millwood)* 31(2): 426-433.

De Bruin SR, van Oostrom SH, Drewes HW, de Jong-vanTil JT, Baan CA, Struijs JN (2013). 'Quality of diabetes care in Dutch care groups: no differences between diabetes patients with and without co-morbidity.' *Int J Integr Care* 13: e057.

EIB (2012). Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken: Tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.

Eijkenaar F, Schut E (2015). *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?* Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Frakt AB, Mayes R (2012). 'Beyond capitation: how new payment experiments seek to find the 'sweet spot' in amount of risk providers and payers bear.' *Health Aff (Millwood)* 31(9): 1951-1958.

Hellsten E, Chu S, Crump RT, Yu K, Sutherland JM (2016). 'New pricing approaches for bundled payments: Leveraging clinical standards and regional variations to target avoidable utilization.' *Health Policy* 120(3): 316-326.

Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB (2011). 'The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models.' *Health Aff (Millwood)* 30(11): 2116-2124.

IGZ (2012). Inventarisatie stand van zaken implementatie advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte in ziekenhuizen. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ (2013). VSV Haaglanden rapport thematisch toezicht 16 en 17 oktober 2012. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ (2014a). Inzet professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ (2014b). Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut. Samenvattend eindrapport van het inspectieonderzoek naar de invoering van het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ (2014c). Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ (2014d). Toetsingskaders van het thematoezicht Geboortezorg. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ (2016). Thematisch toezicht geboortezorg: Afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van 'Een goed begin'. De stand van zaken in de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) in Nederland op 1 november 2015. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Jans S, Perdok H, Mol BW, de Jonge A (2014). 'Integratie van zorg tijdens de baring: de INCAS-studie.' Tijdschrift voor Verloskundigen 1: 47-51.

Kenniscentrum Kraamzorg (2014). Meerjarenbeleidsplan 2014-2017. Amstelveen: Kenniscentrum Kraamzorg.

KPMG Plexus (2016). Advies integrale bekostiging geboortezorg. Breukelen: KPMG Plexus.

Lally S (2013) Transforming Maternity Care: A Bundled Payment Approach. Issue Brief.

Miller HD (2009). 'From volume to value: better ways to pay for health care.' Health Affairs 28(5): 1418-1428.

Mohnen SMM, Molema CC, Steenbeek W, van den Berg MJ, de Bruin SR, Baan CA, Struijs JN (2016). 'Cost Variation in Diabetes Care across Dutch Care Groups?' Health Serv Res 21.

NDF (2007). NDF Zorgstandaard diabetes, Nederlandse Diabetes Federatie. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie. Website www.zorgstandaarddiabetes.nl geraadpleegd op 22 mei 2016.

NHS England (2014a). The maternity pathway payment system: Supplementary guidance. London: NHS England.

NHS England (2014b). 2015/16 National Tariff Payment System: A consultation notice. Annex 4a: Additional information on currencies with national prices. London: NHS England.

NZa (2012a). Marktscan Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2012b). Advies Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het stimuleren van samenwerking. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2015a). NZa Beleidsregel BR/CU-7109 Verloskunde. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2015b). Quickscan en beleidsbrief Integrale geboortezorg: Samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns zorgaanbieders. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Perined (2016). Website www.perined.nl geraadpleegd op 14 april 2016.

Perined (2015). Perinatale Zorg in Nederland 2014. Utrecht: Perined.

Perined, in samenwerking met het RIVM (2016). Factsheet Zwangerschap en Geboorte 2014. Utrecht: Perined.

Press MJ, Rajkumar R, Conway PH et al. (2016). 'Medicare's New Bundled Payments: Design, Strategy, and Evolution.' *JAMA* 315(2): 131-132.

RIVM (2009). Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten. Rapportnummer 260014001. Bilthoven: RIVM.

RIVM (2012a). Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg. Rapportnummer 260224003. Bilthoven: RIVM.

RIVM (2015a). Factsheet Evaluatie van de oprichting van geboortezorgorganisaties en de invoering van integrale bekostiging van geboortezorg. Plan van aanpak op hoofdlijnen. Bilthoven: RIVM.

RIVM (2015b). Samen werken aan duurzame zorg. Rapportnummer 2015-0076. Bilthoven: RIVM.

Smits JPJM, Droomers M, Westert GP (2002). Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM.

Staatsblad der Koninkrijk der Nederlanden (2015). Besluit van 23 december 2015 tot wijziging van enige uitvoeringsbesluiten op het gebied van belastingen en toeslagen. Staatsblad 2015-544. Website <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2015-544.html> geraadpleegd op 22 mei 2016.

Stichting PAN (2011). A terme sterfte 2010 Perinatale audit: eerste verkenningen. Utrecht: Stichting Perinatale Audit Nederland.

Struijs JN, de Bruin SR., Baan CA (2010). 'Vijf vragen over zorgstandaarden.' Medisch Contact 65(38): 1902-1905.

Struijs JN, Baan CA (2011). 'Integrating care through bundled payments-lessons from The Netherlands.' N Engl J Med 364(11): 990-991.

Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009). Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht.

Van den Akker-van Marle MA, Boesveld H, Bruijnzeels IC, Franx MA, de Graaf JP, Klapwijk-Hermus MAA, Hitzert M, van der Pal-de Bruin KM, Steegers EAP, Wiegers TA (2016). Evaluatie van zorg in geboortecentra in Nederland Resultaten van het Geboortecentrum Onderzoek (ZonMw projectnummer 20900012).

Varkevisser M, van de Geest S, Appelman M, Struijs JN (2009). 'Regionale machtsposities zorggroepen baart zorgen.' ESB 94(4572): 701.

VWS (2014). Kamerbrief over voortgang zwangerschap en geboorte d.d. 2 juni 2014. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2015a). Kamerbrief nr. 69 over voortgang aanpak vermijdbare babysterfte d.d. 8 juli 2015. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

VWS (2016a). Kamerbrief Zorg rond zwangerschap en geboorte d.d. 7 maart 2016. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2016b). Kamerbrief rapporten zwangerschap en geboorte en reactie op Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

ZonMw (2013). Zwangerschap en geboorte. Een impressie van het kennisnetwerk geboortezorg en onderzoeksprojecten. Een gezonde moeder, een gezonde zwangerschap en een gezond kind. Den Haag: ZonMw.

ZonMw (2014). Zwangerschap en geboorte. Kennisagenda Kraamzorg. Een schakel in de geboortezorgketen. Den Haag: ZonMw.

Zorgvisie (2015). Van Rijn: bekostiging dementiezorg gaat op de schop. Website www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2015/11/Bekostiging-dementiezorg-gaat-op-de-schop-2717211W/ geraadpleegd op 30 mei 2016.

Bijlagen

Bijlage 1 Auteurs, Wetenschappelijke adviescommissie, interne referenten

Auteurs

Dr. J.N. Struijs	RIVM, Centrum Voeding Preventie en Zorg
Ir. M. de Bruin-Kooistra	RIVM, Centrum Voeding Preventie en Zorg
Dr. R. Heijink	RIVM, Centrum Voeding Preventie en Zorg
Prof. dr. C.A. Baan	RIVM, Centrum Voeding Preventie en Zorg & Tranzo, Tilburg Universiteit

Redactie en projectondersteuning

E.M. Slichter	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
---------------	--

Wetenschappelijk adviescommissie

Naam	Instituut
Prof. dr. A. Franx (voorzitter)	Universiteit van Utrecht, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Divisie Vrouw & Baby
Prof. dr. F.T. Schut	Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Dr. P. van Baal	Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Prof. dr. K. van der Velden	Public Health Radboud Universiteit Nijmegen
Dr. E. van Raaij	Rotterdam School of Management Erasmus University
Prof. dr. C.J. de Groot	Universiteit van Amsterdam, VU Medisch Centrum, afdeling verloskunde en prenatale diagnostiek
Dr. T.A. Wieggers	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)
Dr. E. de Miranda	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum, Obstetrie & Gynaecologie
Dr. C. Verhoeven	Universiteit van Amsterdam, VU Medisch Centrum, Midwifery Science, AVAG/ EMGO Institute for Health and Care Research
Dr. C.W.P.M. Hukkelhoven	Perined

Interne referenten

Dr. P.A. Achterberg	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Prof. dr. J.J. Polder	RIVM, Chief Science Officer
Prof. dr. ir. J. Schuit	RIVM, Centrum Voeding Preventie en Zorg
Dr. M. van den Berg	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. S. M. Mohnen	RIVM, Centrum Voeding Preventie en Zorg
S. Ruwaard, MSc	RIVM, Centrum Voeding Preventie en Zorg & Tranzo, Tilburg Universiteit

Met dank aan

De geïnterviewde actoren, waaronder bestuurders/managers, eerstelijnsverloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, teamleiders verloskunde, kraamzorgmanagers, verloskundig actieve huisartsen, financieel managers en zorginkopers van zorgverzekeraars. Daarnaast gaat onze dank uit naar de bijdragen van de afgevaardigden van de KNOV, NVOG, CPZ en Bo Geboortezorg tijdens de focusgroepen.

Bijlage 2 Methode

Leeswijzer

In deze bijlage worden de gehanteerde onderzoeksmethoden nader beschreven. Paragraaf B2.1 gaat in op de onderzoekspopulatie, paragraaf B2.2 op de manieren van gegevensverzameling en paragraaf B2.3 op de onderzoeksperiode. Tot slot beschrijft B2.4 de analysemethode.

B2.1 De onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie omvat alle VSV's in Nederland. Een lijst van alle in Nederland aanwezige VSV's is aangeleverd door het CPZ. Vervolgens is voor iedere VSV de fasering (0/1/2) achterhaald op basis van de NZa Quickscan Geboortezorg (peildatum maart 2015) (NZa, 2015b). In februari 2016 is de indeling van VSV's naar fasering geüpdatet aan de hand van de gegevens van zorgverzekeraars. De geüpdatete lijst is vervolgens afgestemd met het CPZ. Meer uitleg over de indeling van VSV's in fases is te vinden in Tekstbox B2.1.

Tekstbox B2.1: Fasering van VSV's op basis van CPZ-indeling

- Fase 0: VSV's die (nog) niet gebruikmaken van de NZa module integrale geboortezorg en niet gestart zijn met het vormgeven van een regionale geboortezorgorganisatie
- Fase 1: VSV's die gebruikmaken van de NZa module integrale geboortezorg om te komen tot een regionale geboortezorgorganisatie
- Fase 2: Geboortezorgorganisaties die een IB-contract hebben gesloten met een verzekeraar en gebruikmaken van de NZa beleidsregel Innovatie

B2.2 Manieren van gegevensverzameling

Voor het beantwoorden van de kernvragen van dit rapport zijn voornamelijk kwalitatieve gegevens verzameld via semi-gestructureerde interviews (paragraaf B2.2.1) en focusgroepen (paragraaf B2.2.2). Daarnaast werden zijn gegevens van Perined (paragraaf B2.2.3) gebruikt voor inzicht in kwaliteitsindicatoren per VSV. Daarnaast zijn tijdens de interviews documenten opgevraagd bij de door ons bezochte VSV's.

B2.2.1 Semi-gestructureerde interviews

Selectie van VSV's aan de hand van gestratificeerde steekproef naar VSV-fasering en preferente zorgverzekeraar
Voor de kwalitatieve dataverzameling is een selectie gemaakt uit de 85 VSV's in Nederland. Voor de selectie zijn de VSV's gestratificeerd naar fasering (0/1/2) en naar preferente

zorgverzekeraar. Uit elk van deze strata is aselect één VSV getrokken en benaderd voor deelname aan het onderzoek. Indien een VSV niet tot deelname bereid was of bij non-respons (na twee reminders per e-mail), werd opnieuw at random een VSV uit diezelfde groep getrokken. Uitzondering hierop waren de twee VSV's die zich in fase twee bevonden. Deze VSV's zijn actief benaderd voor deelname aan het onderzoek.

In totaal hebben acht VSV's deelgenomen aan de interviews

Dit rapport beschrijft de resultaten van de interviews die zijn afgenomen bij acht VSV's. Hiervan bevonden zich vijf VSV's in fase 0 (met als preferente zorgverzekeraars Achmea, Menzis, CZ, VGZ, Zorg en Zekerheid (ZZ) en DSW), vijf VSV's in fase 1 (met als preferente zorgverzekeraars Achmea, Menzis, CZ, VGZ, ZZ en DSW) en 2 VSV's bevonden zich in fase 2 (met als preferente zorgverzekeraars ZZ en DSW).

Breed scala aan stakeholders geïnccludeerd op basis van 'purposive sampling'

De VSV's die deelnamen aan het onderzoek werden gevraagd een bestand van alle betrokken zorgverleners en bestuurders aan te leveren, met daarin naam, functie en e-mailadres. Uit deze lijst is een selectie gemaakt door het RIVM, waarbij het uitgangspunt was om alle deelnemende actoren te interviewen, namelijk bestuurders/managers, eerstelijnsverloskundigen, klinisch verloskundigen, echoscopisten, gynaecologen, kinderartsen, teamleiders verloskunde, kraamzorgmanagers, verloskundig actieve huisartsen, financieel managers en zorginkopers van zorgverzekeraars.

Allereerst werd binnen het VSV de bestuurder of voorzitter geïnterviewd. Hierin werden vooral bestuurlijke en organisatorische zaken besproken (zie Bijlage 4). Vervolgens zijn verschillende zorgverleners geïnterviewd om dieper in te gaan op het werkproces en hun ervaringen met en verwachtingen van de invoering van integrale bekostiging (zie ook Bijlage 4 Interview leidraden). Daarnaast hebben er interviews plaatsgevonden met vier grote zorgverzekeraars (Achmea, Menzis, CZ, VGZ).

Inhoud interviews op basis van vooraf opgestelde itemlijst

De inhoud van de interviews is gebaseerd op vooraf opgestelde itemlijsten, waarbij verschillende itemlijsten werden gebruikt voor interviews bij VSV's in fase 0, 1 en 2. In de interviews zijn de volgende aspecten structureel aan bod gekomen: het vormgeven van geboortezorgorganisaties, het zorginkoopproces, het werkproces en de verwachtingen ten aanzien van het effect van de invoering van integrale bekostiging op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg (zie Bijlage 4 Interview leidraden). Afhankelijk van het type actor werd in de interviews in meer of mindere mate ingegaan op specifieke aspecten. Zo is bij bestuurders/stuurgroepleden dieper ingegaan op het vormgeven van de geboortezorgorganisatie en het zorginkoopproces, terwijl bij een klinisch verloskundige de focus meer lag op het werkproces. We hebben een concept-itemlijst opgesteld en ter commentaar voorgelegd aan experts binnen het RIVM (zie Bijlage 1). Op basis van hun commentaar is de itemlijst aangepast en definitief vastgesteld. Op basis van ervaringen uit de eerste vijf interviews hebben de onderzoekers de itemlijsten nog aangepast, waarna deze definitief zijn gemaakt.

In totaal 34 semi-gestructureerde interviews gehouden

In de periode november 2015 - april 2016 zijn 34 interviews gehouden door drie onderzoekers (JS, MK, RH) met VSV-bestuursleden/voorzitters (N=8, waarvan 4 gynaecologen, 2 afdelingshoofden verloskunde, 1 ziekenhuismanager en 1 verloskundige), eerstelijnsverloskundigen (N=7), klinisch verloskundigen (N=5), gynaecologen (N=2), afdelingshoofden/teamleiders verloskunde (N=2), (regio)managers kraamzorg (N=7), financieel managers (N=2) en zorginkopers van de zorgverzekeraar (N=4). In totaal zijn 37 personen geïnterviewd (in drie interviews waren er meer mensen aanwezig), waarbij 32 interviews 'face-to-face' zijn afgenomen door één onderzoeker en twee telefonisch. Twee interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers (JS, MK).

Naast interviews ook veel gesprekken met andere relevante partijen, bijeenkomsten en VSV-overleg bijgewoond

Naast de individuele interviews zijn veel (in)formele gesprekken gevoerd met relevante stakeholders, zoals het College voor Perinatale Zorg (CPZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Perined, KPMG Plexus, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging van Obstetrie & Gynaecologie (NVOG), Bo Geboortezorg en diverse academici in het veld. Daarnaast zijn meerdere bijeenkomsten en congressen bijgewoond en zijn enkele VSV-overleggen ter observatie bijgewoond.

Interviews zijn met goedkeuring van geïnterviewden opgenomen en getranscribeerd

Voorafgaand aan het interview hebben alle geïnterviewden een informed consent-formulier getekend met betrekking tot de geluidsopname en vertrouwelijke verwerking van de resultaten. De geluidsopnamen zijn woordelijk getranscribeerd door een extern gespecialiseerd bureau. De kwaliteit van de transcripties is steekproefsgewijs gecontroleerd door een onderzoeker (MK). De getranscribeerde interviews zijn door de onderzoekers geanonimiseerd door de namen van VSV's, persoonsnamen en plaatsnamen te verwijderen. De anonimisering van de resultaten heeft in een enkel geval ertoe geleid dat de informatie minder gedetailleerd is gepresenteerd (hoger aggregatieniveau). Bij de quotes in dit rapport is wel het type actor beschreven, maar niet het betrokken VSV met als doel de anonimiteit van de geïnterviewde te waarborgen.

B2.2.2 Focusgroepen

In maart 2016 zijn vier focusgroepen gehouden met de vertegenwoordigers van: 1) kraamzorg (N=7); 2) eerstelijnsverloskundigen (N=10); 3) gynaecologen (N=8) en 4) bestuurders/managers binnen de geboortezorg (N=12). Doel van de focusgroepen was om te toetsen in hoeverre de uitkomsten van de individuele interviews binnen de acht geselecteerde VSV's representatief waren voor alle VSV's in Nederland. Tijdens deze focusgroepen zijn de voorlopige resultaten van de semi-gestructureerde interviews gepresenteerd, waarna inhoudelijke discussie plaatsvond over de resultaten en werden omissies qua knelpunten en/of succesfactoren geïdentificeerd.

Voor de werving van deelnemers voor de focusgroepen zijn de beroepsorganisaties aangeschreven. Zo is de NVOG benaderd om een lijst van deelnemers (maximaal 10) aan te leveren om de tweedelijnsverloskunde te vertegenwoordigen. Hetzelfde is gedaan bij de KNOV voor de eerstelijnsverloskunde, bij Bo Geboortezorg voor de kraamzorg en bij het CPZ voor een lijst van bestuurders/managers binnen de geboortezorg. De deelnemers van de focusgroepen zijn dus niet door het RIVM random geselecteerd. De deelnemers aan de focusgroepen hebben niet deelgenomen aan de individuele interviews, met uitzondering van een enkele deelnemer van de focusgroepen van bestuurders die per abuis toch heeft deelgenomen.

B2.2.3 Perined data

De Perinatale Registratie bevat registratiedata van de vier beroepsgroepen die zich bezighouden met geboortezorg: verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen/neonatologen. De registratie wordt door Perined beheerd namens hun vier beroepsverenigingen: de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging, waaronder ook de verloskundig actieve huisartsen verenigd in de VVAH), de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) en de NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde). In de database staan gegevens over de zwangere vrouw, zoals leeftijd, pariteit en andere achtergrondkenmerken, maar ook gegevens zoals vastgelegd gedurende de zwangerschap en bevalling. Perined heeft een dekkingsgraad van 99,7% van alle dood- en levend geboren kinderen vanaf 24.0 zwangerschapsweken in Nederland (Perined, 2015).

In november 2015 is bij Perined een gegevensaanvraag gedaan, waarbij de volgende indicatoren werden opgevraagd:

- AOI-5 (Adverse Outcome Index) een combinatie van:
 - Neonatale of intrapartum sterfte bij > 2500 gram
 - Opname op NICU > 37.0 weken;
 - APGAR < 7 na 5 minuten;
 - Fluxus post partum;
 - 3^e of 4^e graad perineumruptuur.
- Percentage vrouwen met epidurale analgesie (totaal, 's nachts/in het weekend) in zowel totale groep als NTSV-groep;
- Start zwangerschapsbegeleiding in de eerste lijn vóór 10 weken Percentage bevallingen in eerste lijn: totaal, thuis/poliklinisch, geboortecentra;
- Percentage bevallingen in tweede lijn:
 - totaal versus NTSV-groep (Nulliparous Term Singleton Vertex – à terme nulliparae met eenling in hoofdligging);
 - zorgverlener (klinisch verloskundige, gynaecoloog);
 - type baring (spontane partus/inleidingen/normaal vaginaal/instrumenteel/met sectio).

- Percentage bevallingen durante partu ingestuurd:
 - totaal versus NTSV-groep;
 - type baring (spontane partus/normaal vaginaal/instrumenteel/met sectio) ;
 - reden overdracht (wegens niet vorderende ontsluiting, sedatie en/of pijnstilling).
- Percentage kinderen direct post partum overgedragen aan de kinderarts, inclusief reden (asfyxie/congenitale afwijkingen/etc.).

Hierbij is de lijst van indicatoren, zoals deze geformuleerd is door de Werkgroep Kaderontwikkeling Monitoring Kwaliteit Perinatale Zorg als uitgangspunt genomen. In de werkgroep zitten experts/vertegenwoordigers van de perinatale beroepsverenigingen (KNOV, LHV, NVK en NVOG), de kraamzorg (ActiZ, BTN), de patiënten/consumenten (NPCF, Kind & Ziekenhuis), de zorginstellingen (NVZ), de zorgverzekeraars (ZN, namens de ZN-Wg Kwaliteit, Zilveren Kruis en VGZ, alsmede een informatieverwerker van Vektis) en Perined.

B2.3 De onderzoeksperiode

De periode waarover gegevens verzameld zijn, verschilt per wijze van gegevensverzameling. De semi-gestructureerde interviews zijn gehouden in de periode november 2015 - april 2016. Daarnaast hebben de focusgroepen nog bruikbare informatie opgeleverd. Uit de landelijke perinatale registratie Perined zijn gegevens op bevallingsniveau over de jaren 2010-2014 geanalyseerd.

Interviews

Gedurende de periode november 2015 tot en met april 2016 zijn 34 interviews afgenomen bij diverse zorgprofessionals binnen de geboortezorg.

Focusgroepen

Eind maart hebben er vier focusgroepen plaatsgevonden, waarbij de doelgroepen vertegenwoordigd waren: kraamzorg, eerstelijnsverloskunde, tweedelijnsverloskunde en bestuurders/managers binnen de geboortezorg.

Registratiegegevens van Perined

Uit de landelijke perinatale registratie Perined zijn gegevens op bevallingsniveau over de jaren 2010-2014 geanalyseerd.

B2.4 Analyses

Interviews

De transcripten zijn geanalyseerd waarbij de transcripten voor een aantal thema's gebaseerd op de kernvragen afzonderlijk inductief zijn gecodeerd. De resultaten van de analyses zijn besproken binnen het onderzoeksteam. Dit cyclische proces is een aantal keer herhaald. De code-boom is samengesteld door drie onderzoekers (JS, MK, RH).

Focusgroepen

De focusgroepen zijn genotuleerd door een RIVM-onderzoeker. De notulen zijn tijdens meerdere overleggen van het onderzoeksteam inhoudelijk afgewogen naast de resultaten van de individuele interviews. De verschillen tussen de focusgroepen en de interviews worden apart gepresenteerd in de verschillende paragrafen van het resultatenhoofdstuk 2. Ook komen aspecten van de inhoudelijke discussies met de focusgroepen terug in de discussiesectie (hoofdstuk 3).

Registratiegegevens van Perined

Uit de landelijke perinatale registratie Perined zijn gegevens op bevallingsniveau over de jaren 2010-2014 geanalyseerd. Aan de hand van het basisbestand met VSV-gegevens van CPZ, ZN en Perined zijn 155.997 bevallingen geanalyseerd. Bij het toewijzen van zwangeren uit de eerste lijn aan VSV's heeft Perined de zwangeren uit de eerste lijn waarvan niet duidelijk was bij welk VSV ze aangesloten waren, een herverdeling naar rato uitgevoerd (zie ook: www.perined.nl). Beschrijvende statistiek is gebruikt om de indicatoren voor iedere VSV in kaart te brengen. Deze indicatoren zijn vervolgens in funnelplots en trendanalyses gepresenteerd met bijbehorende 95% en 99%-betrouwbaarheidsintervallen (zie paragraaf 2.2 en Bijlage 3). De analyses zijn uitgevoerd door Perined in nauwe samenwerking met het RIVM. De verwerking van de gegevens naar de gepresenteerde funnelplots is uitgevoerd door het RIVM. Tijdens het schrijven van onderhavig rapport was er nog geen consensus over berekening van de AOI-5. Aanvankelijk was het de bedoeling om alleen de afzonderlijke onderdelen van de AOI-5 te presenteren, maar momenteel is er nog afstemming gaande in de werkgroep over welke inclusiecriteria toegepast moeten worden. In het volgende rapport presenteren we de integrale AOI-5.

B2.5 Wetenschappelijke Advies Commissie

Wetenschappelijke Adviescommissie geïnstalleerd om wetenschappelijk kwaliteit te borgen
De Wetenschappelijke Advies Commissie (WAC) heeft als doel de wetenschappelijke kwaliteit van de monitor te borgen. Voor dit onderhavige rapport zijn de gehanteerde onderzoeksmethoden en de voorlopige resultaten aan de WAC gepresenteerd tijdens een WAC-bijeenkomst, waarna een inhoudelijke discussie volgde, welke niet heeft geleid tot grote aanpassingen in dit rapport. Tijdens toekomstige overleggen met de WAC zullen de analyseplannen, verdiepende thema's en concrete rapportages besproken worden met betrekking tot de gehanteerde methodiek en de duiding van de gepresenteerde resultaten. De leden van de WAC zijn op persoonlijke titel gevraagd, vanwege hun expertise op het gebied van geboortezorg, gezondheidseconomie en/of zorgonderzoek. De leden van de WAC staan vermeld in Bijlage 1.

Bijlage 3 Additionele gegevens VSV's op basis van registratiedata van Perined

Leeswijzer

In deze bijlage worden additionele gegevens gepresenteerd op basis van de registratie data van Perined. Allereerst worden de basiskenmerken van de VSV's gepresenteerd zowel voor de totale groep als uitgesplitst naar fasering. De methode van het bepalen van de fasering van VSV's is beschreven in Bijlage 2 (Methode) en visueel weergegeven in Figuur 1.2, met peildatum maart 2015 en maart 2016. De indeling van VSV met peildatum maart 2016 is in deze Bijlage 3 gebruikt.

Basiskenmerken en interventies van VSV's naar fasering

Tabel B3.1: Basiskenmerken van eenlingen in VSV's naar fasering (peildatum: maart 2016) (N= 159.840) (Bron: Landelijke perinatale registratie 2014; databewerking Perined).

	VSV's totaal (N=77)		VSV's (fase 0) N=54		VSV's (fase 1) N=25		P-waarde
	N	%	N	%	N	%	
Aantal bevallingen	159.840	100	96.026	61,6	55.607	38,4	
Gemiddelde leeftijd moeder (Standaarddeviatie)			30,02 (4,47)		30,38 (4,43)		< 0,0001
Zwangerschapsduur							< 0,0001
22.0 - 31.6 weken	1.759	1,1	817	0,8	929	1,6	
32.0 - 36.6 weken	7.396	4,7	4.487	4,7	2.751	4,6	
37.0 - 41.6 weken	147.189	92,9	88.616	93,2	54.952	92,3	
>= 42.0 weken	2.109	1,3	1.172	1,2	906	1,5	
Onbekend	1.387	0,01	934		433		
Pariteit							0.17
Nulliparae	72.811	45,4	43.616	45,4	27.454	45,8	
Multiparae	87.029	54,5	52.410	54,6	32.517	54,2	

	VSV's totaal (N=77)		VSV's (fase 0) N=54		VSV's (fase 1) N=25		P-waarde
	N	%	N	%	N	%	
Etniciteit							< 0,0001
Westers	128.398	80,9	77.961	82,0	47.221	79,0	
Niet-westers	30.338	19,1	17.152	18,0	12.563	21,0	
Onbekend	1.104	0,01	913		187		
Behorend tot NTSV groep*							< 0,01
Ja	62.753	39,3	37.607	39,2	23.621	39,4	
Nee	97.087	60,7	58.419	60,8	36.350	60,6	
Sociaal-economische status:							< 0,0001
Laag	53.121	33,5	36.030	37,9	16.548	27,7	
Midden	67.712	42,3	38.475	40,4	27.105	45,3	
Hoog	37.910	23,9	20.666	21,7	16.083	26,9	
Wijze baring							< 0,0001
Spontane bevalling	120.102	75,4	71.746	75	45.554	76,2	
Kunstverlossing	13.808	8,7	8.525	8,9	4.932	8,3	
Geplande sectio	12.132	7,6	7.333	7,7	4.530	7,6	
Ongeplande sectio	13.284	8,3	8.087	8,5	4.785	8	
Onbekend	514		335		170		

*Er is één VSV uit fase 1 waarbij het ziekenhuis het item 'ligging kind' niet goed heeft aangeleverd. Voor dit ziekenhuis zijn alle kinderen op 'hoofdligging' gezet. Er zitten daarmee voor de kinderen geboren in dit ziekenhuis potentieel meer kinderen in de NTSV groep dan in werkelijkheid (NTSV=nulliparous term singleton vertex, een referentiegroep van voldragen (≥ 37 weken) bevallingen waarbij vrouwen hun eerste kind baren en waarbij het een éénling betreft in hoofdligging).

Bijlage 4 Interviewleidraden

In de periode november 2015 - april 2016 zijn met verschillende veldpartijen interviews afgenomen (zie Bijlage 2.2.1). Hieronder volgt een samenvatting van de vragen die aan bod zijn gekomen tijdens de interviews met VSV-bestuursleden/manager (M) en zorgverleners (ZV) naar fasering van VSV's. Uitleg over de verschillende faseringen van VSV's wordt beschreven in paragraaf B2.1.

Vragen met een VSV-bestuurslid of manager (M) of zorgverlener (ZV) binnen een VSV in fase 0:

Huidige situatie:

1. Wat zijn de kenmerken van het VSV in de huidige situatie? (M)
 - b. Welke disciplines maken deel uit van het VSV?
 - c. Wat is de omvang van het VSV?
 - d. Wie voert welke taken uit? Zowel de zorgtaken als coördinerende taken?
 - e. Zijn er gezamenlijke protocollen/multidisciplinaire richtlijnen?
 - f. Beschrijving van zorgpad(en) beschikbaar?
 - g. Wordt bij- en nascholing georganiseerd? Voor wie?
 - h. Worden zorgverleners voorzien van spiegelinformatie? (Bijvoorbeeld sterfte, complicaties, cliënttevredenheid)
2. Hoe ziet de taakverdeling eruit binnen het VSV? (M, ZV)
3. Zijn er elementen van integrale geboortezorg al onderdeel van het zorgproces? Zo ja, welke? (M, ZV)
4. Voor wie en op welke wijze zijn de medische/verloskundige zorggegevens beschikbaar? (M, ZV)
5. Hoe verloopt het contracteren van de zorg in de huidige situatie? (M, ZV)
6. Wat is uw ervaring met betrekking tot de toegankelijkheid van de geboortezorg voor patiënten? (M, ZV)
7. Wat zijn succesfactoren van de huidige situatie/wat zou u willen borgen in de toekomst? (M, ZV)

Transitie naar geboortezorgorganisatie

8. Waarom is er (nog) niet gekozen voor het opzetten van een regionale geboortezorg organisatie/gebruik te maken van de module integrale geboortezorg? (M)
9. Wat is uw verwachting van integrale bekostiging voor de geboortezorg? (M, ZV)
10. Welke toekomstige succes- en knelpunten verwacht u? (M, ZV)
11. Als u moet kiezen, wat zijn volgens u dan de drie belangrijkste knelpunten met betrekking tot het succesvol opzetten van een regionale geboortezorgorganisatie/het invoeren van integrale bekostiging van de geboortezorg? (M, ZV)
12. Zijn er nog zaken die niet besproken zijn, maar wel van belang zijn in dit kader? (M, ZV)

Lijst met een VSV-bestuurslid of manager (M) of zorgverlener (ZV) binnen een VSV in fase 1:

Huidige situatie:

Zie vragen bij fase 0.

Toekomstige situatie:

1. Waarom is er voor gekozen gebruik te maken van de module integrale zorg? (M, ZV)
2. Wat houdt de aangevraagde module integrale geboortezorg precies in? (M)
3. Wat zijn de ervaringen met het volgeleid van verre zorgverzekeraars? (M)
4. Zijn er naar aanleiding van de module integrale geboortezorg al veranderingen in de zorgverlening (m.a.w. het primaire zorgproces)? Zo ja, welke veranderingen zijn doorgevoerd? (M, ZV)
5. Welke juridische vorm (stichting, bv, etc.) wordt er overwogen voor de geboortezorgorganisatie? (M)
6. Wat is uw verwachting van integrale bekostiging voor de geboortezorg? (M, ZV)
7. Wat zijn de (grootste) knelpunten en nadelen in de situatie zoals deze nu georganiseerd is? (M, ZV)
8. Als u moet kiezen, wat zijn volgens u dan de drie belangrijkste knelpunten met betrekking tot het succesvol opzetten van een regionale geboortezorgorganisatie/het invoeren van integrale bekostiging van de geboortezorg? (M, ZV)
9. Zijn er nog zaken die niet besproken zijn, maar wel van belang zijn in dit kader? (M, ZV)

Vragen met een VSV-bestuurslid of manager (M) of zorgverlener (ZV) binnen een VSV in fase 2:

Oude situatie:

1. Hoe was de taakverdeling/samenwerking tussen zorgverleners voor de invoering van integrale bekostiging? (M, ZV)
2. Wat waren de grootste knelpunten en nadelen in de oude situatie? (M, ZV)
3. Waarom is ervoor gekozen een regionale geboortezorg organisatie op te zetten? (M)
4. Hoe verliep het transitieproces? (M)

Nieuwe situatie:

5. Hoe is de geboortezorgorganisatie (GO) samengesteld (M)
6. Wat zijn de kenmerken van het GO in de huidige situatie? (M)
 - a. Welke disciplines maken deel uit van het GO?
 - b. Wat is de omvang van het GO?
 - c. Wie voert welke taken uit? Zowel de zorgtaken als coördinerende taken?
 - d. Zijn er gezamenlijke protocollen/multidisciplinaire richtlijnen?
 - e. Beschrijving van zorgpad(en) beschikbaar?
 - f. Wordt bij- en nascholing georganiseerd? Voor wie?
 - g. Worden zorgverleners voorzien van spiegelinformatie? (bijv. sterfte, complicaties, cliënttevredenheid)

7. Welke verschillende disciplines zorgverleners hebben een overeenkomst met de GO? (M, ZV)
8. Welke voor- en nadelen verwacht of ziet u van deze nieuwe organisatiestructuur ten opzichte van de oude situatie? (M, ZV)
9. Welke zorg is gecontracteerd binnen het contract op basis van integrale bekostiging? (M, ZV)
10. Wat zijn de ervaringen met het volgebeleid van verre zorgverzekeraars? (M)
11. Wat is uw ervaring met integrale bekostiging van de geboortezorg? (M, ZV)
12. Wat zijn de (grootste) knelpunten en nadelen in de situatie zoals deze nu georganiseerd is? (M, ZV)
13. Als u moet kiezen, wat zijn volgens u dan de drie belangrijkste knelpunten met betrekking tot het succesvol opzetten van een regionale geboortezorgorganisatie/het invoeren van integrale bekostiging van de geboortezorg? (M, ZV)
14. Zijn er nog zaken die niet besproken zijn, maar wel van belang zijn in dit kader? (M, ZV)


Bijlage 5 Overzicht bekostigingsregels geboortezorg per 2016

Tabel B5.1: Overzicht van de bekostigingsregels in de geboortezorg per 2016
(Bron: Nza Quicksan 2015; Tariefbeschikking verloskundige zorg 2016).

Sector	Methode	Regulering tarief?
Eerstelijns- verloskundige zorg	Per gehele bevalling of delen ervan (prenatale, natale of postnatale zorg)*	maximumtarief
	Per verrichting (algemene termijnen echo, specifieke diagnose echo, prenatale screening SEO/nekplooi-meting/counseling)	maximumtarief
	Regionale tariefopslag op basis van: achterstandswijken, compensatie mindere capaciteit 2 ^e lijn	vrij onderhandelbaar
	Module geboortecentrum (natale en postnatale zorg in geboortecentrum)	max-max tarief (tarief boven maximum bij aantoonbare kostenbesparing in keten)
	Module integrale geboortezorg (verbetering kwaliteit verloskunde, ketensamenwerking)	maximumtarief
	Module lachgassedatie (pijnbestrijding in geboortecentrum)	maximumtarief
Tweedelijns- verloskundige zorg	Dbc** trajecten gynaecologie (gynaecologie (21 dbc's), verloskunde (27 dbc's), oncologie (8 dbc's), infertiliteit (3 dbc's), endocrinologie (1 dbc)).	vrij onderhandelbaar
Kraamzorg	Per uur kraamzorg	max-max tarief (+<10% op max.tarief)
	Per uur partusassistentie	max-max tarief (+<10% op max.tarief)
	Per inschrijving	max-max tarief (+<10% op max.tarief)
	Per intake	max-max tarief (+<10% op max.tarief)
	Per partusassistentie	max-max tarief (+<10% op max.tarief)
Integrale zorg	Per geboorte (NZa beleidsregel Innovatie)	vrij onderhandelbaar

* Opsplitsingen: 1) bij spontane abortus of verwijzing tweedelijns in prenatale fase ontvangt de eerstelijns vastgesteld deel van het tarief; 2) bij overgang naar andere zorgaanbieder in prenatale fase wordt tarief gedeeld tussen zorgaanbieders volgens vastgestelde verdeling.

** Dbc's zijn integrale tarieven, m.a.w. inclusief beloning specialisten en andere professionals en materiële kosten.



.....
J.N. Struijs, M. de Bruin-Kooistra,
R. Heijink, C.A. Baan
.....

RIVM Rapport 2016-0031

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

juni 2016

De zorg voor morgen begint vandaag