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

Integrale bekostiging van de geboortezorg: *ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten*

Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ontwerp/lay-out
Xerox, Den Haag

Foto
RIVM Beeldbank (omslag)

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 nochtans 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: 2020-0124.

DOI 10.21945/RIVM-2020-0124

Inhoud

Publiekssamenvatting 7
Synopsis 8
Kernboodschappen 9

1. Inleiding 12

2. Wat zijn de ervaringen met integrale bekostiging na drie jaar? 16
2.1 Ervaringen van zorgprofessionals 17
2.2 Ervaringen van bestuurders 18
2.3 Ervaringen van zorgverzekeraars 21

3. Wat zijn de eerste effecten van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten? 24

4. Beschouwing 31
4.1 Resultaten samengevat 31
4.2 Resultaten in perspectief 32
4.3 Reflectie op methoden 33
4.4 Aanbevelingen 34

Referenties 35
Bijlagen (online)

Publiekssamenvatting

Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten

In Nederland zijn maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren. Aanleiding was het relatief hoge aantal baby's dat tijdens of vlak na de geboorte stierf. Het ministerie van VWS onderzoekt of een andere manier van betalen, zogeheten integrale bekostiging, de kwaliteit van de geboortezorg kan verbeteren. De zorg wordt hierbij zodanig georganiseerd dat zorgaanbieders meer samenwerken.

Bij de traditionele bekostiging wordt elke zorgaanbieder, zoals verloskundigen, gynaecologen, en kraamzorg, apart betaald. Sinds 2017 zijn er acht integrale geboortezorg-organisaties (igo's) opgericht, waarin alle zorgaanbieders voor de geboortezorg zijn vertegenwoordigd. Zij moeten het eens worden over de verdeling van de taken en het geld. De igo's hebben met zorgverzekeraars een bedrag afgesproken waarmee voor de zorg rondom de zwangerschap, bevalling en kraamzorg in zijn geheel, en niet per onderdeel, wordt betaald. Eind 2020 beslist de minister van VWS of integrale bekostiging wordt voortgezet.

Zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars zijn tot nu toe positief over de gestructureerdere en minder vrijblijvende samenwerking binnen de igo's. Door integrale bekostiging stegen de uitgaven per zwangerschap minder snel. Daarnaast zijn er wat verschuivingen in de zorg te zien, waarbij het soms onduidelijk is of die gewenst is of niet. Zo zijn er iets meer bevallingen in een ziekenhuis onder leiding van een verloskundige (poliklinisch) geweest en minder ziekenhuisbevallingen onder leiding van een gynaecoloog. Het percentage geplande keizersneden was iets lager en het percentage niet-geplande keizersneden iets hoger. Er zijn (nog) geen effecten op de gezondheid te zien. Om alle mogelijke effecten van integrale bekostiging in beeld te kunnen brengen en verklaren, is het belangrijk om de werkwijze de komende jaren te blijven volgen.

Volgens zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars kunnen de hoge administratieve lasten invloed hebben op het draagvlak. Zij noemen ook dat de invoering van integrale bekostiging in een overgangsfase zit, waardoor de effecten nog niet optimaal zijn. Bestuurders geven aan dat de onzekerheid over de toekomst van integrale bekostiging belemmerend werkt. Zorgverzekeraars benadrukken dat een te snelle landelijke invoering niet wenselijk is.

Kernwoorden: integrale bekostiging, integrale geboortezorg, geboortezorg, bevallingen, kraamzorg, verloskundigen, gynaecologen

Synopsis

Bundled payments in Dutch maternity care: insight in experiences after three years and early effects on healthcare utilization, spending and health outcomes
In the Netherlands, various policies have been implemented to improve the quality of maternity care to lower the relatively high perinatal mortality rates. In January 2017, the Dutch Ministry of Health approved the introduction of a new and experimental bundled payment model to improve the quality of maternity care through enhanced collaboration between maternity care providers.

The bundled payment model requires new provider-led entities, the Integrated Maternity Care Organization (IMCO), consisting of multiple providers (i.e. community midwives, obstetricians, a hospital and maternity care assistance providers). The IMCO negotiates a bundled fee with the health insurers, which covers the full range of maternity care services. To date, eight IMCOs have signed bundled payment contracts. A decision regarding the future of bundled payments for maternity care will be made at the end of 2020 by the Minister of Health.

Maternity care professionals, managers and health insurers reported having had positive experiences with bundled payments. The new bundled payments have resulted in a more intensified, structured and less informal collaboration. However, they also reported a large administrative burden which may reduce overall support for the bundled payment model. Professionals and managers expressed that implementation is still in the transition phase, implying that the full potential of the model will not yet have been achieved. Furthermore, uncertainty about the future of the bundled payment model is said to impede progress.

Participating in the bundled payment program was associated with a small increase in outpatient deliveries and a small decrease in hospital deliveries. We found a small decrease in primary caesarean sections and a small increase in secondary caesarean sections. In addition, participating in the bundled payment program was associated with a smaller increase in total maternity care spending compared to the control group. No effect on health outcomes was observed. More in-depth research and a longer follow-up period are needed to understand the full effects of bundled payments in maternity care.

Keywords: birth care, maternity care, integrated care, obstetricians, midwifes, maternity care assistance, pregnancy, bundled payments, alternative payment models

Kernboodschappen

Integrale bekostiging van de geboortezorg is vanaf 2017 mogelijk

In Nederland zijn de afgelopen jaren meerdere maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals te verbeteren, waaronder de invoering van de perinatale audit en het structureel echoscopisch onderzoek (seo), en de oprichting van verloskundige samenwerkingsverbanden (vsv's). Om de samenwerking tussen zorgprofessionals in de geboortezorg verder te stimuleren heeft het ministerie van VWS het vanaf 2017 mogelijk gemaakt om te experimenteren met integrale bekostiging van de geboortezorg. Het integrale bekostigingsmodel houdt in dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders contracten sluiten over integrale prestaties tijdens de gehele periode van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode waarbij onderscheid wordt gemaakt in negen deeltarieven. Integrale bekostiging vervangt de traditionele monodisciplinaire bekostiging waarbij zorgaanbieders ieder afzonderlijk een vergoeding ontvangen op basis van de geleverde prestaties. Om integrale bekostigingscontracten af te sluiten met zorgverzekeraars verenigen zorgaanbieders zich binnen integrale geboortezorgorganisaties (igo's). Het contract bevat afspraken over onder andere de minimale kwaliteitseisen van de zorg, vrij onderhandelbare tarieven, overheadkosten en de verantwoordingsinformatie voor de zorgverzekeraar. In 2017 zijn in zes regio's integrale bekostigingscontracten gesloten, namelijk in Beverwijk (IJmond Geboortezorg), Breda (Annature), Dirksland (Zuid aan Zee), Helmond (JijWij), Hoorn (Geboortehart) en Roosendaal-Bergen op Zoom (Qocon). In 2019 zijn ook integrale bekostigingscontracten gesloten in Deventer (Geboortezorg Salland) en Den Haag (Haga Juliana Geboortecentrum).

Eerste evaluatie van ervaringen en effecten van integrale bekostiging

Het RIVM monitort, in opdracht van het ministerie van VWS, de ontwikkelingen in de geboortezorg met betrekking tot de experimentele invoering van integrale bekostiging. Het doel van de monitor is om inzicht te krijgen in het proces en ervaringen van betrokken actoren, en in het effect van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten van de geboortezorg. Deze rapportage geeft inzicht in ervaringen van zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars na drie jaar werken met integrale bekostiging. Hiervoor zijn in de periode januari-maart 2020 meer dan 40 interviews gehouden met diverse actoren binnen de acht igo's. Daarnaast is in deze rapportage een 'difference-in-differences'-analyse uitgevoerd om inzicht te krijgen in de eerste effecten van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten voor de zes igo's die in 2017 zijn overgestapt naar integrale bekostiging. Deze analyses zijn gebaseerd op gekoppelde data van Perined, Vektis en het CBS over de periode 2015 tot en met 2018. Hierbij werden de jaren 2015-2016 als pre-interventieperiode en de jaren 2017-2018[1] als post-interventieperiode aangemerkt. De interventiegroep betrof de zes igo's die in 2017 zijn overgestapt naar integrale bekostiging, en de controlegroep bestond uit een selectie van vsv's.[2] Door de koppeling tussen de drie registraties is er een rijke dataset tot stand gekomen met variabelen over zowel sociaal-demografische gegevens, zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten. Gegevens over de kwaliteit van de kraamzorg en de ervaringen van zwangere vrouwen en hun partner met de geboortezorg ontbreken. Het huidige rapport is een vervolg op eerdere rapportages uit 2016 en 2018.

Vormgeving organisatiestructuur igo's en integrale bekostigingscontracten vrijwel onveranderd

De organisatiestructuur van de acht igo's komt sterk overeen en is onveranderd ten opzichte van de eerdere rapportage uit 2018. Zeven igo's zijn een zogenoemde coöperatie uitgesloten aansprakelijkheid (U.A.) en één igo is vormgegeven als een business unit vanuit het ziekenhuis. Alle igo's hebben een multidisciplinair bestuur bestaande uit verloskundigen, gynaecologen, ziekenhuizen en kraamzorgorganisaties. De igo's hebben zelf geen zorgprofessionals in dienst, maar contracteren zorgaanbieders voor het verlenen van de zorg. De igo-bestuurders gaven aan dat de huidige organisatiestructuur goed werkt en verwachten hierin dan ook geen veranderingen in de komende periode. Geïnterviewden gaven aan dat ook de integrale

[1] Follow-up-duur van de zorguitgaven beslaat tot en met het tweede kwartaal van 2018.

[2] Vsv's met een NICU en/of UMC werden geëxcludeerd. Daarna vond matching plaats op igo-vsv-niveau.

bekostigingscontracten niet veel zijn veranderd ten opzichte van de rapportage uit 2018. De contracten komen op hoofdlijnen overeen met het landelijke opgestelde model van negen deelprestaties. De contracten verschillen onderling op de uitwerking van onderdelen zoals de uitbetaling van de overhead en de manier waarop de vangnetconstructies[3] zijn vormgegeven. Ook bestaan er verschillen in hoe er wordt omgegaan met eventuele overschrijdingen of besparingen in relatie tot de integrale tarieven.

Zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars onveranderd positief over samenwerking...

Zorgprofessionals, bestuurders van de igo's en zorgverzekeraars waren positief over de zorginhoudelijke samenwerking rondom de igo. Vrijwel alle geïnterviewden vonden dat de samenwerking geïntensiveerd was, meer gestructureerd en minder vrijblijvend dan voorheen. De geïnterviewde zorgprofessionals benadrukten dat deze verbeterde samenwerking niet alleen gezocht moet worden in praktische voorbeelden, maar ook in de informele aspecten van samenwerking ('we weten elkaar nu makkelijker te vinden' en 'er zijn nu kortere lijntjes'). Hieraan gerelateerd werd ook veelvuldig benoemd dat de igo en integrale bekostiging hebben bijgedragen aan de eerste stappen naar een cultuuromslag waarin de gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gevoeld en men elkaar veel eerder aanspreekt indien wordt afgeweken van de gemaakte afspraken. De zorgprofessionals en bestuurders gaven aan dat de eerste vormen van taakdelegatie en taakherschikking, drie jaar na invoering van de integrale bekostiging, mondjesmaat worden toegepast. Zowel zorgprofessionals, bestuurders als zorgverzekeraars benadrukten dat dergelijke zorg-inhoudelijke veranderingen langer dan gehoopt naar de achtergrond zijn verdwenen doordat er veel tijd en energie is gegaan naar de financiële, juridische en organisatorische aspecten van de igo en integrale bekostiging.

...maar ervaren de administratieve last als grootste knelpunt en dit wordt genoemd als een risico voor het behoud van draagvlak

Door alle geïnterviewden werden de administratieve lasten van integrale bekostiging genoemd als het grootste ervaren knelpunt. Dit knelpunt werd ook in de interviewronde van het vorige rapport genoemd en is nog niet opgelost. De genoemde administratieve lasten worden door meerdere factoren veroorzaakt, waaronder de afwikkeling van bundelbrekers[4], het hanteren van een schaduwboek-houding[5] en het ontbreken van een uniformering in het volgbeleid van zorgverzekeraars. Betrokken zorgaanbieders en bestuurders benadrukken dat vereenvoudiging van de administratieve afhandeling een randvoorwaarde is voor een succesvolle verdere invoering en een landelijke uitrol. Ook geven met name de bestuurders aan dat de onduidelijk-heid over een structurele invoering van integrale bekostiging belemmerend werkt bij het verbinden van nieuwe zorgaan-bieders en -professionals aan de igo en bij het doorvoeren van structurele veranderingen binnen de igo. Desondanks gaf het overgrote deel van de geïnterviewden aan niet meer terug te willen naar de monodisciplinaire bekostiging.

Eerste data-analyses laten kleine effecten zien op zorggebruik en zorguitgaven, geen verschillen in gezondheidsuitkomsten

Uit de eerste data-analyses naar de effecten van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheids-uitkomsten blijkt dat de igo's kleine verschillen laten zien voor wat betreft de plaats van bevalling (meer poliklinisch, minder ziekenhuisbevallingen en geen verschil in thuisbevallingen) na invoering van integrale bekostiging. Ook nam het percentage inleidingen licht af en werd er een kleine verschuiving waargenomen in het aandeel primaire en secundaire keizersneden; de igo's deden gemiddeld minder primaire keizersneden, maar daarentegen meer secundaire keizersneden na invoering van integrale bekostiging welke een verhoogd risico op complicaties met zich meebrengt. De groei in de totale geboortezorg-uitgaven per zwangerschap was bij de igo's gemiddeld beperkter na invoering van integrale bekostiging. De beperktere groei in zorguitgaven is een lichte onderschatting aangezien de overheadkosten hierin zijn inbegrepen. Er werden geen effecten gevonden van integrale bekostiging op gezondheidsuitkomsten, zoals de BIG2 (een combinatie van laag geboortegewicht en vroeggeboorte), Apgar-score lager dan 7 na vijf minuten en fluxus post partum. De gevonden verschillen in zorggebruik en zorguitgaven konden niet worden toegeschreven aan verschillen in de populaties, aangezien de kenmerken van de interventiegroep en de controlegroep goed vergelijkbaar waren en er voor overgebleven verschillen in de analyses gecorrigeerd is. Sensitiviteitsanalyses (andere selectie van

[3] Afspraken om financiële risico's voor zorgaanbieders te minimaliseren.

[4] Indien zwangere vrouwen zorg gebruiken buiten de door de igo gecontracteerde zorgaanbieders vervalt de integrale prestatie en wordt de zorg via de monodisciplinaire bekostiging vergoed.

[5] De zorgaanbieders houden de monodisciplinaire declaraties bij zodat een vergelijking met de integrale (deel)tarieven kan worden gemaakt in verband met het afdekken van hun financiële risico's.

vsv's als controlegroep, effect van de afzonderlijke igo's) bevestigden grotendeels het beeld van onze hoofdanalyse waarbij op enkele indicatoren de resultaten niet eenduidig te interpreteren zijn.

Cultuuromslag nog niet afgerond, inzicht in de effecten nog beperkt

Het invoeren van integrale bekostiging lijkt een kwestie van een lange adem te zijn. Integrale bekostiging doorbreekt niet alleen de bestaande structuren, maar ook de bestaande culturen. De benodigde cultuuromslag naar 'samenwerken in een igo' vergt continue aandacht van alle betrokken partijen. Het hebben van onderling vertrouwen is van essentieel belang bij deze cultuuromslag. Binnen een igo blijkt 'de zorginhoud' de verbindende factor tussen de partijen. Als er tegenstrijdige belangen of grote onzekerheden zijn, weten de zorgprofessionals elkaar uiteindelijk te vinden op de zorginhoud. Wel moet de 'verdeling achter de voordeur'[6] nog plaatsvinden waardoor de zorgprofessionals nog niet volledig de prikkels van integrale bekostiging ervaren. Ook bij deze 'verdeling achter de voordeur' speelt het hebben van onderling vertrouwen in elkaar een essentiële rol. Gezien de cultuuromslag die nog niet volledig is voltooid, de beperkte follow-up van de kwantitatieve analyses, het ontbreken van gegevens over de ervaringen van zwangere vrouwen en hun partners en de kwaliteit van de kraamzorg, is momenteel nog beperkt zicht op de effecten van integrale bekostiging. Aanvullende dataregistratie en een langere doorlooptijd van de evaluatie zijn nodig om de langetermijneffecten in beeld te krijgen.

Conclusie

Het afgelopen decennium zijn er veel beleidsmaatregelen en interventies ingevoerd in de geboortezorg, waaronder de experimentele invoering van integrale bekostiging in 2017. Het RIVM beschrijft in deze rapportage de ervaringen met integrale bekostiging (drie jaar na de invoering), en de eerste inzichten in de effecten hiervan op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten (follow-up tot twee jaar). De geïnterviewden zijn positief over de samenwerking binnen de igo, maar ervaren een grote administratieve last. Daarnaast benadrukken de betrokkenen dat de invoering van integrale bekostiging een kwestie van een lange adem is. Om de volledige (cultuur) omslag naar integrale bekostiging te kunnen maken, lijkt een vereenvoudiging van de administratieve afhandeling een randvoorwaarde. Ook bestaat er in het zorgveld behoefte aan een duidelijke toekomstvisie over de structurele invoering van integrale bekostiging.
De eerste effectevaluatie laat zien dat in de igo's kleine verschuivingen in zorggebruik hebben plaatsgevonden, waarvan sommigen gewenst lijken en anderen niet. Daarnaast is de groei in zorguitgaven beperkter binnen de igo's na invoering van integrale bekostiging. Er zijn geen verschillen gevonden in gezondheidsuitkomsten gedurende de follow-up-periode. De huidige analyse had echter een beperkte follow-up-duur en een aantal variabelen zoals ervaringen van zwangere vrouwen en hun partner alsook kwaliteit van de kraamzorg ontbreken. Het is essentieel om de effecten van integrale bekostiging te blijven monitoren zodat in de komende jaren een breder beeld verkregen kan worden in hoeverre de beoogde doelstellingen van integrale bekostiging worden gerealiseerd.

[6] Gecontracteerde zorgaanbieders declareren vooralsnog op basis van de monodisciplinaire prestaties. Bij de 'verdeling achter de voordeur' zal een herverdeling van middelen plaatsvinden die gebaseerd is op de feitelijke zorgverlening na doorvoering van eventuele taakherschikkingen.

1. Inleiding

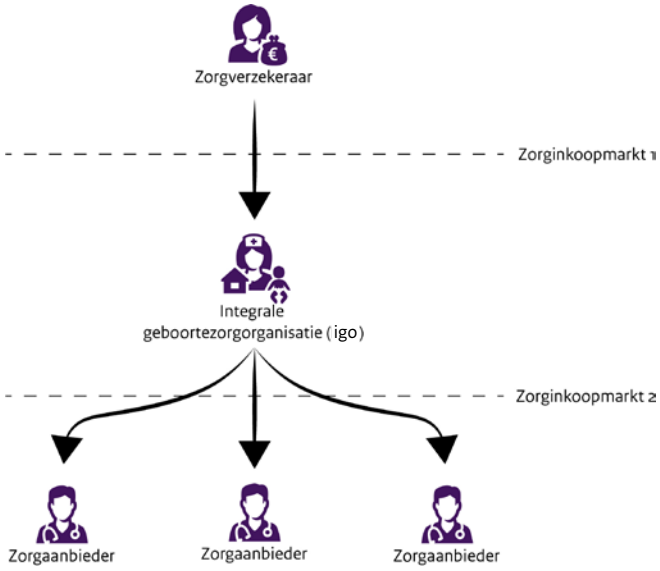
Veel beleidsmaatregelen en initiatieven gestart in de afgelopen jaren om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren

In de afgelopen jaren zijn tal van maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg en daarmee de gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind (verder) te verbeteren. Dit naar aanleiding van de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland [1-4]. Voorbeelden hiervan zijn het preconceptieconsult (2008), de oprichting van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2008), de uitbreiding van de neonatale screening (2008), de oprichting van de Perinatale Audit Nederland (2011), de instelling van het College Perinatale Zorg (CPZ) (2011) en de vaststelling van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (2016). Ook zijn er 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 landelijk dekkend netwerk van vsv's. Naast een betere samenwerking binnen de geboortezorg, worden ook een effectievere preventie en een betere verbinding tussen de geboortezorg en het sociale domein gezien als oplossingsrichtingen om de kwaliteit van de zorg en gezondheidsuitkomsten verder te verbeteren [5-12].

Integrale bekostiging sinds 2017 mogelijk met als doel de samenwerking tussen zorgprofessionals in de geboortezorg te stimuleren

Om de belemmeringen in de samenwerking in de geboortezorg weg te nemen, heeft het ministerie van VWS integrale bekostiging van de geboortezorg op experimentele basis mogelijk gemaakt per 1 januari 2017 [6, 8, 9, 12].

Het doel van integrale bekostiging is om de samenwerking tussen zorgprofessionals te stimuleren om op deze manier de kwaliteit van zorg, zorguitgaven en de gezondheidsuitkomsten van moeder en kind positief te beïnvloeden (zie Tekstbox 1.1) [13]. Het integrale bekostigingsmodel vervangt de traditionele monodisciplinaire bekostiging. Bij monodisciplinaire bekostiging ontvangen zorgaanbieders ieder afzonderlijk een vergoeding voor de geleverde zorg.
Bij integrale bekostiging wordt de geleverde zorg van de verschillende disciplines juist samengenomen (verloskunde, gynaecologie, kraamzorg) en vergoed aan een gezamenlijke groep van zorgaanbieders. Om integrale bekostigingscontracten af te sluiten verenigen zorgaanbieders zich binnen integrale geboortezorgorganisaties (igo's) (zie Figuur 1.1). De igo sluit een contract met zorgverzekeraars over de te leveren zorg tijdens de gehele periode van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Het contract bevat afspraken over onder andere de minimale kwaliteitseisen van de zorg, een vrij onderhandelbaar tarief (onderverdeeld in negen deelprestaties), overheadkosten en de verantwoordingsinformatie voor de verzekeraar. In 2017 zijn in zes regio's integrale bekostigingscontracten gesloten, namelijk in de regio's Beverwijk (IJmond Geboortezorg), Breda (Annature), Dirksland (Zuid aan Zee), Helmond (JijWij), Hoorn (Geboortehart) en Roosendaal-Bergen op Zoom (Qocon) (zie Figuur 1.2). In 2019 zijn ook in de regio's Deventer (Geboortezorg Salland) en Den Haag (het Haga Juliana Geboortecentrum) integrale bekostigingscontracten gesloten.



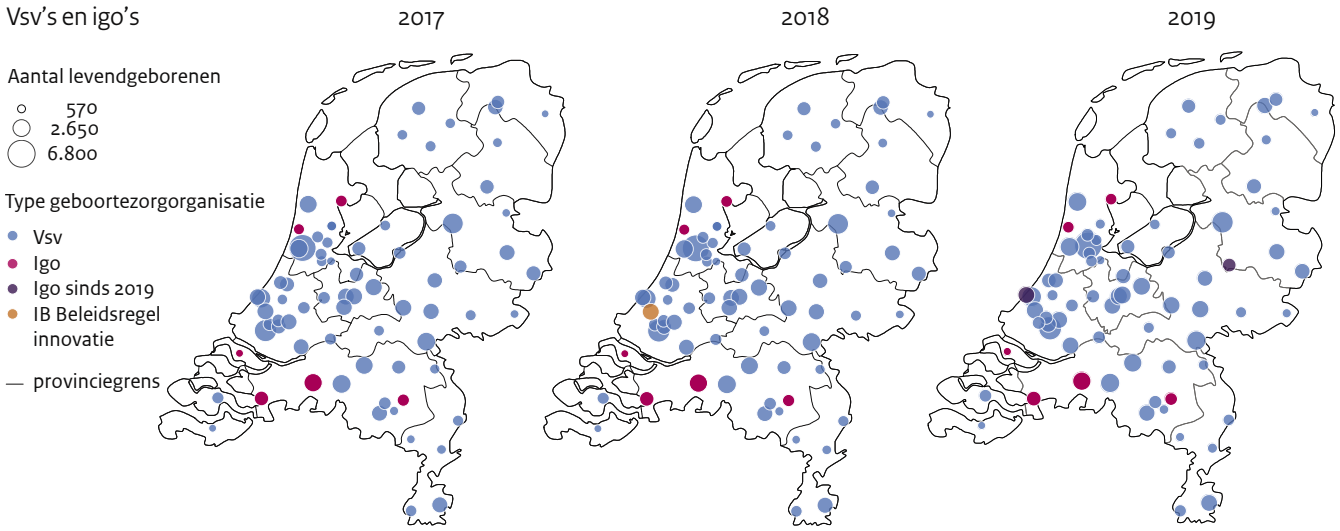
Figuur 1.1. Schematische weergave van de twee zorginkoopmarkten bij integrale bekostiging.

Het RIVM evalueert de invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg

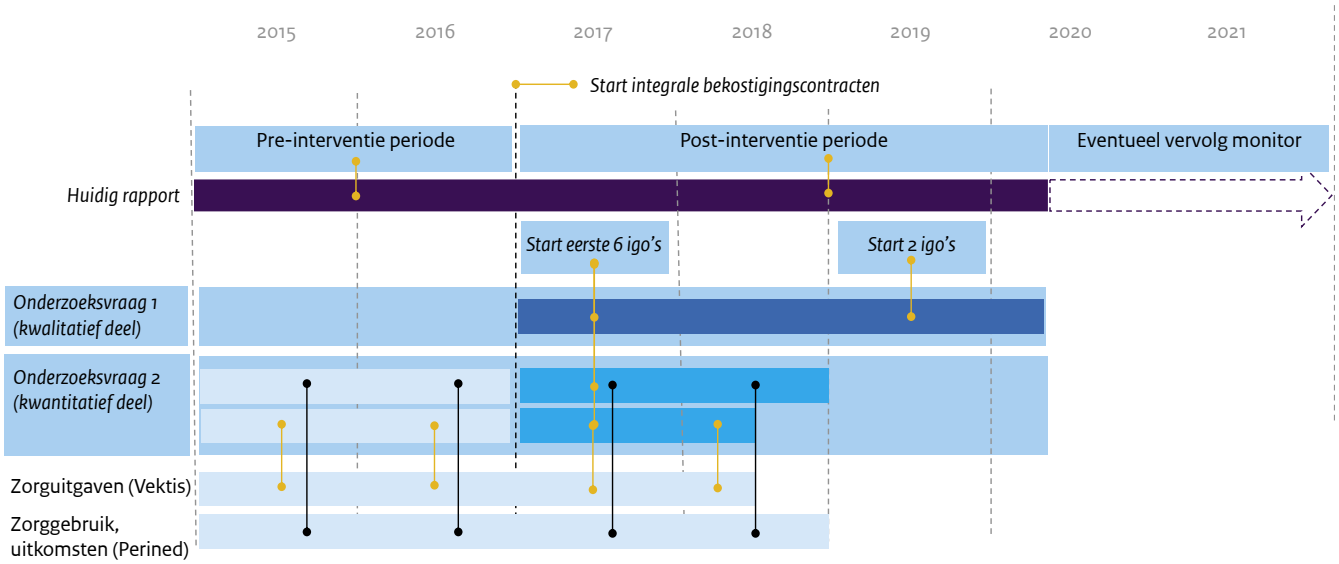
Het ministerie van VWS heeft het RIVM in 2015 gevraagd om het experiment van de invoering van integrale bekostiging te evalueren. De gehele monitor 'Integrale bekostiging van de geboortezorg', waar dit rapport een onderdeel van is, heeft als doel om inzicht te geven in: 1) ervaringen van actoren met de ontwikkeling van igo's en integrale bekostiging, en 2) effecten van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten. De monitor heeft twee rapportages opgeleverd in 2016 en 2018 die inzicht geven in de aanloop naar integrale bekostiging en de eerste ervaringen met het werken met integrale bekostiging [14, 15]. Daarnaast heeft het RIVM een inventarisatie gemaakt van alle bekostigingshervormingen in het buitenland [16].

Huidig rapport geeft inzicht in ervaringen na drie jaar werken met integrale bekostiging en in de eerste effecten op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten

Dit rapport geeft inzicht in de ervaringen van alle betrokken partijen met de oprichting van de igo's en met de invoering van integrale bekostiging gedurende de jaren 2017 tot en met het begin van 2020. Voor dit kwalitatieve gedeelte van het onderzoek zijn 42 interviews gehouden met betrokkenen bij de acht huidige igo's. De onderzoeksvraag voor het kwalitatieve gedeelte is: 'Wat zijn de ervaringen van alle betrokken partijen drie jaar na de invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg?' Daarnaast brengt dit rapport de effecten van de invoering van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten in de geboortezorg in kaart. Het kwantitatieve gedeelte van dit rapport gebruikt gegevens van de zes igo's die in 2017 integrale bekostigingscontacten hebben afgesloten. Hiervoor waren gegevens van de jaren 2015 tot en met 2018 beschikbaar (zie onderstaand Figuur 1.3 voor een overzicht van de verschillende onderzoeksperioden en beschikbare data). De follow-up-periode bedraagt twee jaar na de invoering van integrale bekostiging. De onderzoeksvraag voor het kwantitatieve gedeelte is: 'Wat zijn de eerste effecten van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten na twee jaar?'



Figuur 1.2. Locaties en grootte (het aantal levendgeborenen) van vsv's (blauw) en igo's (roze, oranje en paars) over de tijd. (Bron: Perined, databewerking door RIVM)

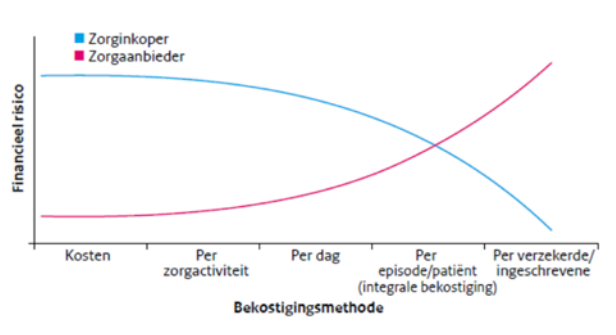


Figuur 1.3. Tijdlijn onderzoeksvragen, onderzoeksperioden en beschikbare data.

Leeswijzer
Hoofdstuk 2 beschrijft de ervaringen van alle betrokken actoren met het werken met integrale bekostigingscontracten en de oprichting en vormgeving van de igo's (onderzoeksvraag 1). Hoofdstuk 3 geeft inzicht in de effecten van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten in de jaren 2015-2018 (onderzoeksvraag 2). In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste conclusies beschreven en bediscussieerd.
In de online bijlagen worden de gebruikte onderzoeksmethoden voor dit rapport in detail weergegeven. Daarnaast worden in de online bijlagen verdiepende tabellen en figuren gepresenteerd.

Tekstbox 1.1: Mogelijke effecten van de bekostigingsmethode 'integrale bekostiging' op basis van de literatuur [15]

In verschillende wetenschappelijke artikelen zijn de mogelijk effecten van integrale bekostiging beschreven [17-27]. De evidentie is vooralsnog 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 volumeverhoging 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 en Mayes (2012) illustreert de verschuiving in financieel risico bij het aanpassen van de bekostigingsvorm [28]. 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 zorgprofessionals en kwaliteitsverbeteringen.



Figuur 1.4. Financieel risico voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars per bekostigingsmethode [28].

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 [17, 19]. 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 zo veel mogelijk cliënten te excluderen 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 een 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 ontdubbelen van activiteiten. Een dergelijk risico speelt ook bij de huidige vormgeving van integrale bekostiging met negen deelprestaties. De huidige vormgeving bevat een prikkel om in iedere fase het zorgvolume te verschuiven naar de deelprestatie met de meeste (winst)marge voor de igo. Het risico bestaat dat door de vrijgekomen capaciteit budgetten worden aangewend voor onnodige zorg.

Bij het invoeren van integrale bekostiging wordt er financieel risico verschoven van zorgverzekeraar naar zorgaanbieder [18]. De zorgaanbieder krijgt hiermee een prikkel tot meer doelmatig werken, tot betere coördinatie en samenwerking tussen zorgprofessionals 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 van 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. Wat zijn de ervaringen met integrale bekostiging na drie jaar?

Leeswijzer
Dit hoofdstuk beantwoordt de onderzoeksvraag *'Wat zijn de ervaringen van alle betrokken partijen drie jaar na de invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg?'* De ervaringen met integrale bekostiging en het werken binnen een igo worden hieronder per perspectief (zorgprofessionals, bestuurders, zorgverzekeraars) als volgt besproken: de kernbevindingen worden gepresenteerd in een tekstbox, waarna iedere kernbevinding in een alinea wordt toegelicht. In Tekstbox 2.1 worden eerst de onderzoeksmethoden kort toegelicht.

Tekstbox 2.1 Onderzoeksmethoden

Om de onderzoeksvraag voor het kwalitatieve deel van het rapport te beantwoorden zijn, in de periode januari tot begin maart 2020, 42 semigestructureerde interviews gehouden met zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars die betrokken zijn bij de acht igo's. Het aantal interviews per igo varieerde van drie tot zes. Bij alle igo's is zowel met zorgprofessionals als met bestuurders gesproken. Per igo is alle opgehaalde informatie uit de interviews verwerkt in één samenvatting. Voor de zorgverzekeraars is van elk interview een aparte samenvatting gemaakt. De samenvattingen zijn afgestemd met alle onderzoekers betrokken bij de desbetreffende interviews, tot er consensus werd bereikt over de inhoud. Voorafgaand aan het interview hebben alle geïnterviewden een informed consent-formulier getekend met betrekking tot de geluidsopname en vertrouwelijke verwerking van de resultaten. Informed consent-formulieren en geluidsopnames van alle interviews zijn zorgvuldig en geanonimiseerd opgeslagen volgens de richtlijnen die hiervoor gelden. Voor de start van de dataverzameling is het onderzoeksplan voorgelegd aan een medisch-ethische toetsingscommissie (metc) en als niet-wmo-plichtig verklaard (AW19.020/W15.093), wat inhoudt dat de monitor niet onder de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen valt. Omdat dit rapport erop gericht is om de ervaringen met integrale bekostiging op te halen, zijn vsv's niet geïncludeerd in deze interviewronde. Voor een uitgebreidere beschrijving van de methoden en interviewleidraden zie hier.

2.1 Ervaringen van zorgprofessionals

Kernbevindingen

- De zorgprofessionals zijn positief over de zorginhoudelijke samenwerking.
- De administratieve afhandeling wordt ervaren als grootste knelpunt en genoemd als een risico voor het behoud van draagvlak.
- De zorgprofessionals zien een stimulerende rol van de igo bij taakherschikking en innovatie, maar deze rol moet nog vorm krijgen.
- De vormgeving van integrale bekostiging vraagt om specifieke juridische, fiscale en bedrijfskundige expertise, waarbij het ervaren eigen kennisniveau varieert tussen de kerndisciplines.

Zorgprofessionals zijn positief over zorginhoudelijke samenwerking

De geïnterviewde zorgprofessionals zijn positief over de zorginhoudelijke samenwerking binnen de igo. Dit komt overeen met de eerdere bevindingen in 2018 [15]. Door een overgrote meerderheid van elke discipline (kraamzorg, verloskunde, gynaecologie) werd aangegeven dat – sinds deelname aan de igo – de samenwerking tussen zorgprofessionals geïntensiveerd en meer gestructureerd is, en hierdoor ook minder vrijblijvend dan voorheen.
De geïnterviewden gaven aan dat de samenwerking in de periode voorafgaand aan de igo al goed was en dat deze samenwerking door het werken in een igo verder is versterkt. De meer gestructureerde samenwerking heeft volgens de geïnterviewden bijgedragen aan de eerste stappen naar een cultuuromslag waarin een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gevoeld en men elkaar eerder aanspreekt indien er wordt afgeweken van gemaakte afspraken. Ook gaf men aan zich vrij te voelen om andere disciplines op een informele manier te benaderen voor (kort) overleg of advies ten behoeve van een cliënt.
Daarbij benadrukten de geïnterviewden dat de verbeterde samenwerking niet alleen gezocht moet worden in praktische voorbeelden, maar ook in de informele aspecten van samenwerking ('we weten elkaar nu makkelijker te vinden'; 'er zijn nu kortere lijntjes'). Daarnaast werd herhaaldelijk aangegeven dat het begrip en respect tussen de disciplines voor elkaar, zowel inhoudelijk als persoonlijk, is gegroeid binnen de igo en dat men niet meer terug wil naar de oude situatie met monodisciplinaire prestaties.

> *"Doordat je naast elkaar zit en zegt 'ok, in deze zorg, wat bied ik? wat bied jij?'. Dat zijn echt twee verschillende dingen. (...) Daarin vul je elkaar aan. Maar die gelijkwaardigheid is wel groter geworden. (...) Binnen dat team en die gelijkwaardigheid is er wel heel veel ongelijkheid, en dat is denk ik heel goed (...). En die ongelijkheid bestaat eruit dat je elkaar dus enorm aanvult in competenties waardoor je als totaliteit, als team, eigenlijk alle aspecten van zorg kan bieden. Dat is enorm mooi, want dan ga je elkaar veel meer waarderen in de competenties die je hebt."*
>
> Gynaecoloog igo F

Administratieve afhandeling wordt ervaren als grootste knelpunt en genoemd als een risico voor het behoud van draagvlak

Door alle geïnterviewden werden de administratieve lasten van integrale bekostiging genoemd als het grootste ervaren knelpunt. Dit is overeenkomstig met de interviews in 2018 [15]. Veel zorgprofessionals gaven aan dat zij hier vooraf onvoldoende op waren voorbereid. Ook gaven ze aan dat ze de eerste periode na de start van de igo als onwerkbaar hebben ervaren door de hoge administratieve lasten. Inmiddels is de situatie volgens hen wel wat verbeterd, maar zijn de lasten nog steeds groot. Volgens de geïnterviewden worden de administratieve lasten door meerdere factoren veroorzaakt, zoals de afwikkeling van bundelbrekers[7], het hanteren van een schaduwboekhouding[8] en het ontbreken van een uniformering in het volgbeleid[9] van zorgverzekeraars. Betrokken zorgprofessionals benadrukten dat vereenvoudiging van de administratieve afhandeling een randvoorwaarde is voor een succesvolle invoering en een eventuele landelijke uitrol.

[7] Indien zwangere vrouwen zorg gebruiken buiten de door de igo gecontracteerde zorgaanbieders vervalt de integrale prestatie en wordt de zorg via de monodisciplinaire bekostiging vergoed.

[8] De zorgaanbieders houden de monodisciplinaire declaraties bij zodat een vergelijking met de integrale (deel)tarieven gemaakt kan worden in verband met het afdekken van hun financiële risico's.

[9] Het volgbeleid impliceert dat zorgverzekeraars de contracten 'volgen' van de preferente zorgverzekeraar (de zorgverzekeraar met de meeste verzekerden in een bepaald gebied).

Zorgprofessionals zien een stimulerende rol van de igo bij taakherschikking en innovatie, maar deze rol moet nog vorm krijgen

Tijdens de interviews werd aangegeven dat de eerste vormen van taakherschikking en innovatie, drie jaar na invoering van de integrale bekostiging, mondjesmaat worden ingezet. Voorbeelden hiervan zijn: meer poliklinische bevallingen (onder begeleiding van een verloskundige), ook in het geval van een milde medische indicatie (onder andere meconiumhoudend vruchtwater; hypertensie bij de moeder; diabetes bij de moeder); standaard start van de zwangerschapsbegeleiding in de eerste lijn; cardiotocografie (CTG)-onderzoek in de eerste lijn en balloninleidingen in de eerste lijn. Zorgprofessionals uitten het gevoel te hebben dat ontwikkelingen rondom taakherschikking en innovatie en de benodigde 'slagkracht' hiervoor beter te realiseren zijn in een igo. Meerdere zorgprofessionals en ook bestuurders benoemden dat de structuur van een igo bijdraagt aan de voortgang van projecten, waardoor deze meestal gestructureerder en sneller verlopen dan in de periode voorafgaand aan de igo. Ook het toegenomen wederzijds vertrouwen speelt hierbij een positieve rol. Echter gaven vrijwel alle geïnterviewden aan dat de aandacht voor organisatorische en financiële aspecten van integrale bekostiging de afgelopen jaren dominant is geweest ten opzichte van taakherschikking en innovatie.

Vormgeving integrale bekostiging vraagt om specifieke juridische, fiscale en bedrijfskundige expertise, waarbij het ervaren eigen kennisniveau varieert tussen de kerndisciplines

Vrijwel alle zorgprofessionals benadrukten dat de oprichting van, en deelname aan, de igo specifieke juridische, fiscale en bedrijfskundige expertise vraagt die de meeste zorgprofessionals onvoldoende bezitten. Met name verloskundigen gaven aan behoefte te hebben (gehad) aan juridische, fiscale en bedrijfskundige ondersteuning. Sommige van hen ervaarden voldoende ondersteuning vanuit de igo en vertrouwden op het advies van de andere deelnemers. Daarentegen uitten andere verloskundigen het gevoel onvoldoende gehoord te worden en niet sterk te staan tegenover het desbetreffende ziekenhuis en de kraamzorg-organisaties. Gynaecologen herkenden zich in mindere mate in dit probleem, aangezien zij terug konden vallen op de bestaande expertise binnen het ziekenhuis.

"Wij zijn als verloskundigen natuurlijk heel erg hulpverlenend en niet bestuurlijk onderlegd. En opeens zit je aan tafel met een Raad van Bestuur, de directeur van de kraamzorg-organisatie, de manager van de afdeling en de manager van de groep specialisten. Allemaal mensen die hebben een soort van opleiding en ervaring met zich meegenomen, dat je denkt... ik weet het eigenlijk niet. Ik heb [een paar] man personeel in dienst en dat loopt gewoon zoals het loopt. En dat was ook een beetje dat we zeiden wij willen daar graag wat ondersteuning bij hebben en dat hebben ze ook allemaal gehonoreerd. Dus ik vind wel dat we heel goed gehoord worden en dat ze ook echt rekening met ons houden. Als wij dingen niet begrijpen zijn ze altijd bereid om dingen uit te leggen. Stel vooral je vragen, leg vooral je zorgen op tafel dan kunnen we daar inderdaad gewoon naar kijken." (...) "Ik heb dat zelf wel altijd ervaren die gelijkwaardigheid. Ik weet niet of dat voor iedere verloskundige zo voelt, als ik even voor de groep spreek. Dan denk ik dat er ook nog wel wat argwaan zit van worden we wel gehoord aan tafel en worden we niet vergeten, worden we niet overlopen door mensen die heel veel ervaring hebben."

Eerstelijnsverloskundige igo G

2.2 Ervaringen van bestuurders

Kernbevindingen

- De organisatiestructuur van de igo's is goed werkbaar.
- De integrale bekostigingscontracten zijn vrijwel onveranderd sinds 2018.
- De zorginhoud is de 'verbindende' factor.
- Integrale bekostiging wordt gezien als een randvoorwaarde om verder te kunnen innoveren, de operationalisatie hiervan bevindt zich nog in een transitiefase.
- Onduidelijkheid over de toekomst van integrale bekostiging belemmert.
- Het contracteringsproces met zorgverzekeraars is nog steeds moeizaam, de ervaringen verschillen per igo.

Organisatiestructuur igo's is goed werkbaar

Bestuurders gaven aan dat de huidige organisatiestructuur goed werkt en zij verwachten hierin geen veranderingen in de komende periode. Een gedetailleerde beschrijving van de organisatiestructuren van de igo's is hier te vinden. De organisatiestructuur van de igo's zorgt voor meer verbondenheid, minder vrijblijvendheid en meer slagkracht. Wel werd aangegeven dat het vormgeven van de organisatie een complex en intensief proces is geweest, dat meer tijd heeft gekost dan vooraf werd verwacht. Ook gaven sommige bestuurders aan dat zij vooraf meer ondersteuning verwacht hadden vanuit het CPZ. Zij hebben het gevoel dat ze in de beginperiode voornamelijk zelf 'het wiel moesten uitvinden' en dat het CPZ en de Taskforce geboortezorg[10] die hen hierbij moesten ondersteunen niet altijd deze ondersteuning konden bieden.

Integrale bekostigingscontracten zijn vrijwel onveranderd sinds 2018

Geïnterviewden gaven aan dat de contracten op hoofdlijnen overeenkomen met het landelijk opgestelde model van negen deelprestaties[11]. De contracten verschillen onderling op de uitwerking van onderdelen, zoals de uitbetaling van de overhead en de manier waarop de vangnetconstructies[12] zijn vormgegeven. Ook bestaan er verschillen in hoe er wordt omgegaan met eventuele overschrijdingen of besparingen in relatie tot de integrale tarieven (voor meer gedetailleerde info over de contracten zie hier). Tijdens de interviews gaven de zorgprofessionals en bestuurders van één igo aan dat zij de huidige vormgeving van integrale bekostiging met negen deelprestaties willen doorontwikkelen naar één integraal tarief. De voornaamste reden hiervoor is om het aantal bundelbrekers te reduceren. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de integrale bekostigingscontracten tussen de igo's en zorgverzekeraars uitgebreid geanalyseerd, zie de rapportage voor de resultaten hiervan [29-31].

Zorginhoud is de 'verbindende' factor

Bestuurders gaven aan dat de zorginhoud de verbindende factor is tussen de partijen in de igo. Wanneer er tegenstrijdige belangen of onzekerheden zijn, weten de zorgprofessionals elkaar te vinden op de zorginhoud. Wel varieert de bestuurlijke betrokkenheid van de zorgprofessionals bij de igo, volgens de bestuurders. Voor voldoende draagvlak is het belangrijk om ervoor te zorgen dat men in alle lagen van de organisatie op de hoogte blijft en de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg en de organisatie blijft voelen. Dit is ook essentieel voor het onderling vertrouwen en het verder kunnen doorvoeren van innovatie en taakherschikking, om de zorg uiteindelijk zo efficiënt en goed mogelijk te kunnen inrichten. Bestuurders benadrukten bovendien dat een vereenvoudiging van de administratieve afhandeling een randvoorwaarde is voor een succesvolle verdere implementatie van integrale bekostiging.

Integrale bekostiging gezien als randvoorwaarde om verder te kunnen innoveren, operationalisatie nog in transitiefase

Bestuurders gaven aan dat alternatieve bekostigingsmodellen essentieel zijn om verder te kunnen innoveren binnen de integrale geboortezorg. Hierbij werd wel benoemd dat, naast integrale bekostiging, ook andere bekostigingsmodellen wellicht mogelijk zijn. Integrale bekostiging wordt niet gezien als doel op zich, maar als (noodzakelijk) middel om de bekostiging aan te laten sluiten op de nieuwe, multidisciplinaire en geïntegreerde manier van werken in een igo en zo de samenwerking en taakherschikking binnen de geboortezorg verder te stimuleren. Veel bestuurders gaven aan dat met name op plekken waar de samenwerking tussen zorgprofessionals en het werken met integrale zorg al vergevorderd zijn, men op den duur tegen een plafond aan loopt omdat de monodisciplinaire manier van bekostigen niet aansluit bij de nieuwe manier van werken. Dit was dan ook de aanleiding om op zoek te gaan naar een alternatieve manier van bekostigen en om over te stappen op integrale bekostiging. Wel gaven veel van de bestuurders aan dat ondanks dat zij integrale bekostiging en de igo zien als de toekomst, integrale bekostiging niet te snel verplicht gesteld moet worden omdat men er nog niet overal in het land klaar voor is (bijvoorbeeld op plekken waar nog nauwelijks sprake is van vertrouwen en samenwerking tussen de lijnen). Daarnaast gaven de bestuurders aan dat de ontwikkelingen binnen de igo's de afgelopen jaren meer tijd hebben gekost dan verwacht en dat integrale bekostiging nog niet volledig is doorgevoerd in alle lagen van de organisatie. De igo's bevinden zich nog in een transitiefase. Al met al is er volgens de bestuurders meer tijd nodig om de igo's verder te laten

[10] Vanuit de CPZ Taskforce geboortezorg worden regio's die een igo willen vormen op maat ondersteund bij de overstap hiernaartoe en bij de implementatie van integrale bekostiging.

[11] De integrale prestatie is opgedeeld in negen deelprestaties. Voor elke zwangerschap wordt of één deelprestatie gedeclareerd (< 16 weken) of er worden vier deelprestaties gedeclareerd (prenataal, nataal, postnataal en kraamzorg per uur). Voor elke fase wordt onderscheid gemaakt tussen een reguliere en complexe prestatie [15].

[12] Een vangnetconstructie betreft additionele afspraken in het integrale bekostigings-contract om financiële risico's voor zorgaanbieders af te dekken. Het 'vangnet' zorgt ervoor dat eventuele afwijkingen in de optelsom van de deelprestaties ten opzichte van de declaraties op basis van de monodisciplinaire prestaties worden verrekend bij zowel eventuele besparingen als bij overschrijdingen.

ontwikkelen; om de 'verdeling achter de voordeur'[13] te realiseren en de schaduwboekhouding[14] los te kunnen laten.

> *"Die tijd en aandacht had moeten gaan naar het berekenen van een soort van integraal tarief waardoor je uiteindelijk met een ander tarief gaat rekenen, waardoor dingen zuiniger kunnen, beter kunnen, waardoor je misschien onderaan de streep wat overhoudt, waardoor je je overhead en je projecten kan faciliteren. Dat is helemaal nog niet eens begonnen en dan moeten we nu gaan bedenken wat we vinden van integrale bekostiging terwijl we van de werkelijke integrale bekostiging nog helemaal niks kunnen vinden, want dat is er nog helemaal niet. Dus het enige waar we iets van kunnen vinden zijn declaratieservices, dwarsliggende zorgverzekeraars, moeilijke contracten, kleine lettertjes, verplichtingen, ellende, dat is waar we wat van kunnen vinden. Maar van het werkelijke, dat waarvan we tweeënhalf jaar geleden dachten dat we daar aan zouden beginnen, en dat je dus met elkaar kan experimenteren met integrale tarieven en wat werkt nou en wat werkt niet, en is het nou onderaan de streep duurder, goedkoper. Dat hebben we helemaal niet gedaan de afgelopen jaren."*
>
> Manager igo C

Onduidelijkheid over de toekomst van integrale bekostiging belemmert

Bestuurders gaven in de interviews herhaaldelijk aan dat de onduidelijkheid over het vervolg van het experiment van integrale bekostiging belemmerend werkt. Dit merken de bestuurders vooral bij het verbinden van nieuwe zorgaanbieders en -professionals aan de igo en bij het doorvoeren van structurele veranderingen binnen de igo. Hierdoor zijn er situaties geweest waarbij partijen uit de igo dreigen te stappen zodra het bestuur van de igo veranderingen wil doorvoeren. De bestuurders gaven om deze redenen aan behoefte te hebben aan duidelijkheid over de toekomst van integrale bekostiging na de experimentfase (2017-2021). Als duidelijk wordt dat integrale bekostiging op termijn de standaard wordt, zullen de mogelijkheden voor de igo worden vergroot om zorginhoudelijke veranderingen door te voeren. Volgens de bestuurders is het dan pas mogelijk voor de igo om haar meerwaarde laten zien op het gebied van kwaliteitsverhoging en efficiëntie.

> *"We zien echt een heel verschillend declaratiegedrag binnen organisaties. Omdat we kleiner zijn dan de verzekeraar maar groot genoeg om het te kunnen vergelijken, kunnen we daar wat van gaan vinden in de toekomst. En ik denk dat na het experiment dat dat echt wel een stap gaat zijn die wij als igo gaan nemen. (...) Maar dat kan alleen maar op het moment dat de minister heeft gezegd 'de beleidsregel blijft bestaan en over zoveel jaar moet je allemaal'. (...) Het inzicht hebben we heel goed, maar als ik er nú met een gestrekt been in ga dan verlies ik m'n deelnemers, dan verlies ik m'n draagvlak. Dat ga ik dus nog niet doen, maar ik weet wel dat het kan."*
>
> Directeur igo F

Contracteringsproces met zorgverzekeraars nog steeds moeizaam, ervaringen verschillen per igo

De meeste bestuurders ervaren het contracteringsproces met zorgverzekeraars als moeizaam, waarbij opgemerkt wordt dat het onderhandelingsproces met de preferente zorgverzekeraars over het algemeen soepel(er) verloopt. Momenteel ligt het zwaartepunt van de onderhandelingen bij de hoogte van de overhead en tarieven voor de deelprestaties. De meerderheid van de bestuurders vindt dit niet passen bij een experiment en de huidige fase van de igo's. Een reductie van de overheadkosten is volgens veel bestuurders voorlopig niet te verwachten. De bestuurders gaven aan teleurgesteld te zijn dat het volgbeleid met de niet-preferente zorgverzekeraars onvoldoende tot stand komt. Volgens de bestuurders zijn hierover landelijke afspraken gemaakt, maar worden deze in de praktijk onvoldoende nagekomen (met uitzondering van de kwaliteitsafspraken). Met name op het gebied van bevoorschotting, afhandeling van bundelbrekers, vangnet-constructies en overhead verschilt het inkoopbeleid tussen zorgverzekeraars. Het gehele contracteringsproces met alle verschillende zorgverzekeraars is een tijdrovend proces voor de igo's. Met name bij de onderhandeling met de kleinere zorgverzekeraars, die veelal slechts een klein percentage verzekerden in de igo-regio hebben, vinden de bestuurders dat dit disproportioneel veel tijd en energie kost. De bestuurders gaven om deze redenen aan dat meerjarencontracten en een verbeterd volgbeleid wenselijk zijn.

[13] Gecontracteerde zorgaanbieders declareren vooralsnog op basis van de monodisciplinaire prestaties. Bij de 'verdeling achter de voordeur' zal een herverdeling van middelen plaatsvinden die gebaseerd is op de feitelijke zorgverlening na doorvoering van eventuele taakherschikkingen.

[14] De zorgaanbieders houden de monodisciplinaire declaraties bij zodat een vergelijking met de integrale (deel)tarieven kan worden gemaakt in verband met het afdekken van hun financiële risico's.

2.3 Ervaringen van zorgverzekeraars

Kernbevindingen

- Zorgverzekeraars zijn positief over het concept integrale bekostiging, maar geven aan dat er nog een lange weg te gaan is.
- Er is bezorgdheid over een te snelle landelijke uitrol.
- Een structurele oplossing voor de afhandeling en vormgeving van bundelbrekers is op korte termijn zeer gewenst.
- Zorgverzekeraars ervaren een mismatch tussen de wensen van de igo's en de mogelijkheden binnen de huidige wetgeving met betrekking tot het volgbeleid.
- Meer inzicht in de kwaliteit van geleverde zorg is wenselijk volgens zorgverzekeraars.
- Eén zorgverzekeraar geeft aan dat effecten van integrale bekostiging voorzichtig zichtbaar zijn, langere evaluatie is nodig volgens allen.

"Ik vind wel dat we ernaartoe moeten dat gewoon de overhead regulier opgenomen moet worden in de tarieven, dat dat een tijdelijke kwestie moet zijn. (...) Het kan niet zo zijn per definitie dat een igo blijvend duurder is, dan in de situatie waar we geen igo hebben. (...) Ik probeer daar nu al afspraken over te maken, maar daardoor lopen de onderhandelingen ook stroef."

Zorgverzekeraar 1

"Tot nu toe, de igo's die zijn gestart die hebben toch wel veel extra geld gekost. (...) Dat is echt wel een nadeel vind ik. Want het moest budgetneutraal worden ingezet, nou als je die overheadkosten en die transitiekosten gaat meerekenen dan weet ik niet of dat is gelukt." (...) "Maar dat betekent niet dat als je dat [integrale bekostiging] voortzet, dat je dat [overhead en transitiegelden] overal moet gaan betalen. En als uiteindelijk de zorg beter wordt en er minder gemedicaliseerd wordt dan wordt het uiteindelijk beter en goedkoper."

Zorgverzekeraar 3

Zorgverzekeraars zijn positief over het concept integrale bekostiging, maar geven aan dat er nog een lange weg te gaan is

Ook de geïnterviewde zorgverzekeraars waren positief over het concept integrale bekostiging; zij gaven aan te geloven in de stimulerende werking hiervan om de samenwerking in en de kwaliteit van de geboortezorg te verhogen. Echter benadrukten ook zij, net als de zorgprofessionals en bestuurders, dat het gehele proces van het opzetten van een igo en het vormgeven van de integrale bekostigings-contracten de afgelopen jaren veel tijd en energie heeft gekost. Volgens de zorgverzekeraars is er nog een aantal knel- en discussiepunten die opgelost moeten worden, voordat er gedacht kan worden aan een landelijke uitrol van integrale bekostiging van de geboortezorg. Een voorbeeld daarvan is dat de overheadkosten, die de igo's de laatste jaren hebben ontvangen, niet structureel mogen zijn volgens de zorgverzekeraars. Volgens de zorgverzekeraars moeten de overheadkosten afgebouwd worden of moeten deze kosten uit besparingen elders in de organisatie komen. De zorgverzekeraars gaven aan dat de igo's niet structureel duurder mogen zijn, omdat dit niet past bij het doel om de zorg betaalbaar te houden. Uit de interviews bleek verder dat de zorgverzekeraars de verwachting hebben dat nieuwe igo's kunnen leren van de 'best practices' van de eerste acht igo's en dat er hierdoor in de toekomst bij een eventuele opzet van nieuwe igo's veel tijd en geld bespaard kan worden. Daarnaast spraken sommige zorgverzekeraars hun zorgen uit over het risico dat igo's mogelijk een monopolie-positie zouden kunnen innemen in hun regio en daardoor op termijn de tarieven kunnen opdrijven. Als oplossing hiervoor werd het instellen van maximumtarieven geopperd.

Bezorgdheid over een te snelle landelijke uitrol

Zoals eerder benoemd geloven de zorgverzekeraars in een toekomst waarin integrale bekostiging een belangrijke rol zal spelen in de geboortezorg. Tijdens de interviews werd door meerdere zorgverzekeraars gesproken over het geloof in integrale bekostiging als middel om het doel van betere kwaliteit, samenwerking en efficiëntie in de geboortezorg te behalen. Volgens de zorgverzekeraars zijn er ook vsv's die actief werken aan integrale zorg, maar 'vastlopen' op het bekostigingsdeel; dit bewijst volgens hen wederom de behoefte aan integrale bekostiging. Zo is het complexer om taakherschikking in bestaande monodisciplinaire bekostiging door te voeren. Echter benadrukten zij ook dat een te snelle landelijke uitrol niet wenselijk is, omdat men er nog niet overal klaar voor is. In sommige regio's is er nog nauwelijks sprake van vertrouwen en samenwerking tussen de lijnen. Als het te vroeg landelijk wordt ingevoerd dan zal het alleen maar frustreren in deze regio's, aldus de zorgverzekeraars. Wel is er volgens hen behoefte aan een 'stip op de horizon' om integrale bekostiging verder te brengen. Zowel voor de igo-regio's alsook voor de overige regio's wordt dan duidelijk waar men naartoe moet werken. Nu ervaren de zorgverzekeraars dat de monodisciplinaire bekostiging de vooruitgang van integrale bekostiging hindert.

Een structurele oplossing voor afhandeling en vormgeving bundelbrekers op korte termijn zeer gewenst

Ook moet er volgens de zorgverzekeraars op korte termijn een structurele oplossing komen voor de afhandeling en vormgeving van bundelbrekers. Nu vervalt de integrale prestatie en wordt de zorg via de monodisciplinaire bekostiging vergoed, zodra de zwangere vrouw zorg gebruikt buiten de door de igo gecontracteerde zorgaanbieders. Ook hanteren de zorgverzekeraars nu ieder hun eigen parallelliteitslijst.[15] Over de manier waarop de afhandeling en vormgeving van bundelbrekers het beste verbeterd kan worden bestaan verschillende ideeën. Zo zou de bundel bijvoorbeeld leidend kunnen worden gemaakt, waarbij zorgaanbieders buiten de igo, die zorg hebben verleend aan een zwangere vrouw die ingeschreven staat bij de igo, die zorgactiviteit(en) declareren bij de igo. Momenteel zijn er gesprekken gaande tussen de igo's, zorgverzekeraars en ondersteunende partijen om samen te werken aan een oplossing. Verder gaven de zorgverzekeraars, net als de bestuurders, aan dat de landelijke sturing rondom het declaratieproces in hun ogen wat tekort is geschoten. Zij hadden bijvoorbeeld gehoopt op meer richtlijnen en regels vanuit de NZa.

Zorgverzekeraars ervaren een mismatch tussen wensen igo's en mogelijkheden binnen de huidige wetgeving met betrekking tot volgbeleid

In tegenstelling tot de bestuurders gaven de zorgverzekeraars aan dat zij het volgbeleid wel degelijk aanhouden, waar dit is toegestaan. Voor wat betreft de tarieven en overhead is volgbeleid echter niet toegestaan binnen de Mededingingswet, volgens de zorgverzekeraars. Naast verschillen in tarieven en overhead, verschilt het inkoopbeleid tussen zorgverzekeraars bijvoorbeeld ook op het gebied van bevoorschotting, afhandeling van bundelbrekers en vangnetconstructies. Wat betreft de kwaliteitsafspraken zit iedereen op één lijn; deze worden bepaald in overleg met de preferente zorgverzekeraar en gevolgd door de overige zorgverzekeraars.

[15] Lijst met prestaties die toegestaan zijn naast de integrale prestatie zonder een bundelbreker te veroorzaken.

Meer inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is wenselijk volgens zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars gaven aan het belangrijk te vinden om de effecten van de igo en integrale bekostiging op de kwaliteit van de zorg te kunnen meten. Hiervoor zouden zij meer inzicht willen hebben in het zorggebruik en de gezondheidsuitkomsten van de door de igo's geleverde zorg. Zij zouden graag in samenspraak met de igo's concretere kwaliteitsdoelen stellen en afspraken maken om de resultaten meetbaar en inzichtelijk te maken. De zorgverzekeraars pleitten hiermee voor meer transparantie vanuit de igo's over (de kwaliteit van) de geleverde zorg.

> *"Een ontwikkeling die we zien binnen de hele geboortezorg, en iets smaller binnen de hele zorg, is dat je echt een tendens krijgt dat wij worden gevraagd om volgbeleid. (...) Dat horen wij in de eerste lijn, maar ook van de igo's. Vanuit [naam zorgverzekeraar] vinden wij dat echt onwenselijk en zouden we heel graag de marktwerking en het gereguleerde marktwerkingsstelsel, binnen dit zorgstelsel, in stand houden. (...) Dat kost wel veel werk voor hen, maar dat is gewoon hoe het hoort in de zorg. Dit is gewoon hoe het systeem werkt."*
>
> Zorgverzekeraar 3

Eén zorgverzekeraar geeft aan dat effecten van integrale bekostiging voorzichtig zichtbaar zijn, langere evaluatie nodig volgens allen

Meerdere zorgverzekeraars gaven aan de afgelopen jaren voornamelijk het gevoel te hebben gehad dat de igo's vrij duur zijn, onder andere vanwege de overheadkosten. Sommige zorgverzekeraars gaven aan dit passend te vinden bij een experiment of opstartfase, terwijl andere zorgverzekeraars het hier minder mee eens waren. Hierbij is met name de duur van een experiment of opstartfase een discussiepunt. Volgens één zorgverzekeraar is er al een voorzichtige verschuiving te zien van complexe deelprestaties (hoge kosten) naar reguliere deelprestaties (lagere kosten) bij sommige igo's. Dit zou volgens hen kunnen wijzen op mogelijke besparingen. Alle zorgverzekeraars gaven aan dat het nog te vroeg is voor een definitieve evaluatie, omdat de effecten van integrale bekostiging nog niet volledig zichtbaar zijn. Hiervoor is het essentieel om langer te onderzoeken wat de effecten van integrale bekostiging zijn. De zorgverzekeraars gaven allen aan het zonde te zouden vinden als integrale bekostiging zou worden gestopt, omdat de effecten nu nog niet voldoende meetbaar zijn. Zij verwachten namelijk op termijn wel (grotere) effecten van integrale bekostiging op zowel zorggebruik, zorguitgaven als ook gezondheidsuitkomsten.

"Dat je dus eigenlijk nu pas resultaten uit het eerste jaar gaat zien. Nu zijn pas alle declaraties goed verwerkt. (...) Dus pas nu kun je 2017 [evalueren], en dat is dan nog maar pas een halfjaar wat je echt goed kan evalueren en op basis waarvan je conclusies kunt trekken. Dus dat is best wel een proces wat gewoon erg lang duurt.

Zorgverzekeraar 4

"Vooral omdat wij eigenlijk in onze voorlopige data zien dat er een afname is van complexe zorg, willen wij dat voortzetten. Er moet natuurlijk wel een resultaat zijn. Wat wel een beetje ingewikkeld is natuurlijk denk ik, omdat de aanloopfase best wel wat tijd heeft gekost. Dat zeggen de igo's zelf ook, [het heeft] best wel veel tijd gekost om überhaupt dingen aan het lopen te krijgen. En [we hebben] tot nu toe wellicht ook wat minder tijd en energie kunnen steken in het stukje kwaliteit. Dus ik vraag me ook af, kijk wij zien inderdaad wel in de cijfers dat het aandeel complexe zorg naar beneden gaat zeg maar. Maar ik hoop wel dat dat een lijn is die we straks breder kunnen zien, omdat andere partijen dan hier nu ook meer aandacht op gaan vestigen. Maar het is dan wel, ik vind dat wel een beetje een spannende in de evaluatie ook straks. Niet dat er wordt gezegd 'ja, we hadden een kwaliteitsverbetering gehoopt en dat zien we niet'. Ik denk dat er wel een nuancering in moet zijn."

Zorgverzekeraar 2

3. Wat zijn de eerste effecten van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten?

Leeswijzer
Dit hoofdstuk beantwoordt de onderzoeksvraag *'Wat zijn de eerste effecten van integrale bekostiging van de geboortezorg op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten?'* Het hoofdstuk bespreekt eerst de resultaten van de koppeling van de verschillende datasets en vervolgens worden per paragraaf de effecten van integrale bekostiging op, achtereenvolgens, zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten besproken. Tekstbox 3.1 beschrijft in het kort de gebruikte onderzoeksmethoden en Tekstbox 3.2 bespreekt de resultaten van de sensitiviteitsanalyses.

Tekstbox 3.1 Onderzoeksmethoden

Data

Voor het kwantitatieve deel van dit rapport is gebruik gemaakt van een dataset van verschillende bronnen: Vektis (zorguitgaven), Perined (zorggebruik en gezondheidsuitkomsten) en micro-databestanden van het CBS (sociaal-demografische gegevens). Deze verschillende datasets zijn gekoppeld binnen de beveiligde omgeving van het CBS. Voor meer informatie over de dataset klik hier. Gegevens over cliëntervaringen en de kwaliteit van de kraamzorg ontbreken.
De onderzoeksperiode beslaat de jaren 2015 tot en met 2018. Hierbij zijn de jaren 2015 en 2016 als pre-interventieperiode, en de jaren 2017 en 2018 als post-interventieperiode, aangemerkt. Vanwege een beperktere beschikbaarheid van de data is voor de uitkomstmaat 'zorguitgaven' een aangepaste onderzoek-periode gehanteerd: van het derde kwartaal van 2015 tot en met het tweede kwartaal van 2018. De interventie-groep bestaat uit de zes igo's die in 2017 zijn overgestapt naar integrale bekostiging, en de controlegroep is een selectie van vergelijkbare vsv's.

Difference-in-differences design

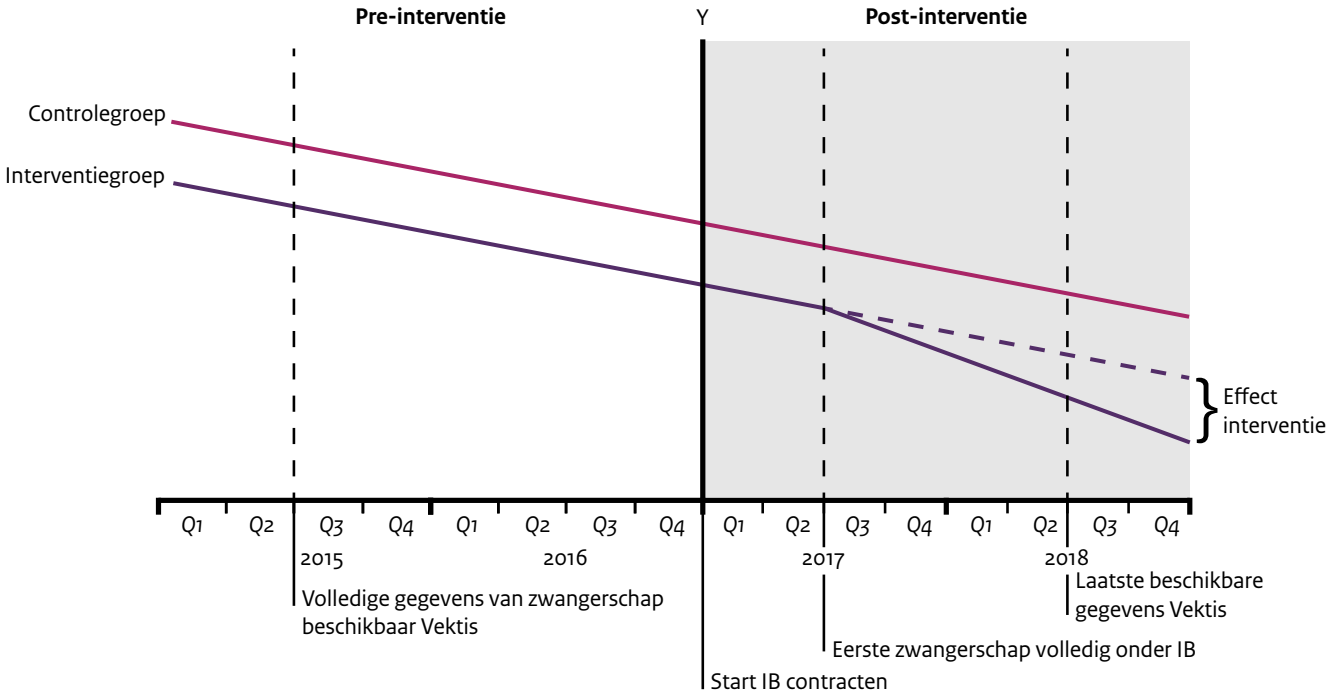
Voor de analyse is een difference-in-differences (DID) design gebruikt (zie figuur 3.1). Een belangrijk voordeel van een DID is dat het effect van de interventie (in dit geval: integrale bekostiging) geïsoleerd kan worden, zolang de interventiegroep (igo's) en de controlegroep (vsv's) vergelijkbaar zijn en vergelijkbaar reageren op externe prikkels die in relatie staan tot de interventie en de uitkomsten [32-37]. Vergelijkbare vsv's zijn geselecteerd door middel van matching via k-means clustering op basis van beschikbare karakteristieken op het niveau van de igo/vsv. Uit de kwalitatieve informatie blijken de belangrijkste verschillen tussen igo's en vsv's vooral de mate van samenwerking (om een igo te vormen moet al een hoge mate van samenwerking zijn bereikt, in een aantal vsv's is deze hoge mate van samenwerking ook bereikt maar in andere vsv's niet) en urbanisatiegraad (het is complexer om een igo op te starten in een grootstedelijk gebied met een hoge dichtheid van zorgaanbieders). Omdat op dit moment geen kwantitatieve informatie beschikbaar is over de mate van samenwerking binnen vsv's en igo's, is urbanisatiegraad als variabele gekozen om te matchen. Daarnaast is gekozen om het aantal zwangerschappen binnen een igo of vsv mee te nemen in de matchings-procedure, omdat dit iets kan zeggen over de mate van professionalisering en standaardisatie.
Aanvankelijk was het plan om nog een tweede matching uit te voeren op het niveau van de zwangere populatie. Na het matchen op het niveau van de igo/vsv bleek het matchen op het niveau van de zwangere populatie echter niet nodig te zijn, omdat de eerste matching al tot vergelijkbare populaties had geleid (op kenmerken zoals leeftijd, gezinssamenstelling, inkomen en opleidingsniveau).
In het DID design zijn de uitkomsten vóór en na de invoering van de integrale bekostiging vergeleken voor zowel de igo's als de vsv's (controlegroep). Het effect van integrale bekostiging is uitgerekend door 'het verschil van het verschil ('difference-in-differences') tussen de vsv's en de igo's te nemen (zie onderstaand figuur).
Er is hierbij gekeken naar uitkomstmaten met betrekking tot zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten.

Sensitiviteitsanalyses

Om de robuustheid van de resultaten te controleren, zijn twee sensitiviteitsanalyses uitgevoerd:

1. Een controlegroep bestaande uit tien vsv's met een hoge mate van samenwerking: De controlegroep in deze sensitiviteitsanalyse bestaat uit tien vsv's die door het bestuur van de Federatie van Vsv's zijn aangewezen als vsv's waarbinnen een hoge mate van samenwerking geldt. Voor de selectie van deze controlegroep is dus gebruik-gemaakt van 'expert opinion' en is niet gematcht. De reden hiervan is dat kwantitatieve gegevens over de mate van samen-werking ontbreken. De reden voor het uitvoeren van deze sensitiveiteitsanalyse is dat de mate van samen-werking invloed heeft op zowel het succesvol kunnen opzetten van een igo als op de uitkomstvariabelen.
2. Het effect per afzonderlijke igo: Wanneer voor alle afzonderlijke igo's eenzelfde effect wordt waargeno-men is het waarschijnlijk(er) dat het waargenomen effect toegeschreven kan worden aan integrale bekostiging. Indien de resultaten uit de hoofdana-lyse worden veroorzaakt door extreme waarden in één enkele igo (en niet in de overige igo's) is het waarschijnlijker dat de (contextuele) factoren specifiek voor die igo verantwoordelijk zijn voor het waargenomen effect.

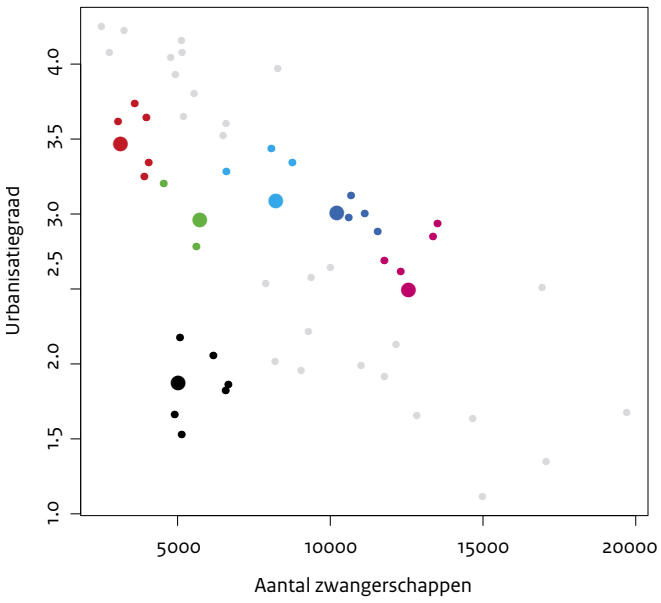
Voor een gedetailleerde beschrijving van de onderzoeks-methoden; zie hier.



Figuur 3.1. Conceptuele weergave van een difference-in-differences-analyse voor een fictieve variabele Y op basis van de tijdslijn van integrale bekostiging.

Meer dan 90% van de pasgeborenen gekoppeld, igo's en controlegroep goed vergelijkbaar

Van alle pasgeborenen in 2015 tot en met 2018 (CBS Statline) is 91,7% gekoppeld aan de Vektis-data en de Perined-data (zie Tabel B3.1a in de online bijlagen). Dit koppelpercentage is vrijwel constant over de jaren 2015-2018. De karakteristieken van de zwangere vrouwen en pasgeborenen in het gekoppelde bestand zijn vergelijkbaar met de karakteristieken van de totale populatie in deze periode (zie Tabel B3.1b in de online bijlagen). Na exclusie van vsv's met academische ziekenhuizen en/of een neonatale intensive care unit (NICU) en meerlingen is de matchingprocedure op het niveau van de igo's/vsv's uitgevoerd en dit heeft geleid tot een controlegroep bestaande uit 24 vsv's (Figuur 3.2). De beschrijvende statistieken voor de vsv's en de igo's, van zowel vóór als na het matchen (zie Tabel B3.2b in de online bijlagen), laten zien dat de populaties van de interventiegroep (igo's) en de controlegroep (vsv's) vergelijkbaar zijn wat betreft de gemeten karakteristieken.



Figuur 3.2. Selectie van vsv's voor de controlegroep (n=24) door middel van matching op basis van urbanisatiegraad en aantal zwangerschappen.

Beperkte verschuiving van klinische naar poliklinische bevallingen, kleine verschillen in verrichtingen

Na invoering van integrale bekostiging is het percentage poliklinische bevallingen (onder leiding van een verloskundige) licht toegenomen en is het percentage ziekenhuisbevallingen (onder leiding van een gynaecoloog) licht

afgenomen (zie Tabel 3.1 en Figuur 3.3A-C). Het percentage thuisbevallingen is gelijk gebleven. Daarnaast is het percentage inleidingen licht afgenomen en is er een kleine verschuiving waargenomen in het aandeel primaire en secundaire keizersneden; de igo's voeren gemiddeld minder primaire keizersneden uit, maar daarentegen meer secundaire keizersneden na invoering van integrale bekostiging. Voor een aantal verrichtingen, zoals ruggenprik, episiotomie (knip) en keizersnede (primair en secundair samen) is gemiddeld geen verschil gevonden.

Beperktere groei in zorguitgaven aan zwangerschap, bevalling en kraamzorg in igo's

De totale geboortezorguitgaven per zwangerschap zijn zowel in de interventie- als in de controlegroep gegroeid. De groei is bij de igo's gemiddeld beperkter na invoering van integrale bekostiging (Tabel 3.1 en Figuur 3.3D).
De beperktere groei in zorguitgaven is een lichte onderschatting, aangezien ook de overheadkosten van de igo's hier zijn inbegrepen. De uitgaven voor de prenatale fase, de natale fase en kraamzorg laten geen significant verschil zien. Wel is een significante toename van de groei van uitgaven in de postnatale fase gevonden. Een toename van de groei van de uitgaven van de postnatale fase lijkt haaks te staan op het resultaat van een beperktere groei voor de totale uitgaven. Het aandeel en de hoogte van het bedrag van de declaraties voor de postnatale fase is echter zeer beperkt en heeft daarom weinig invloed op de totale geboortezorguitgaven. De sensitiviteitsanalyses laten vergelijkbare resultaten zien (zie ook Tekstbox 3.2).

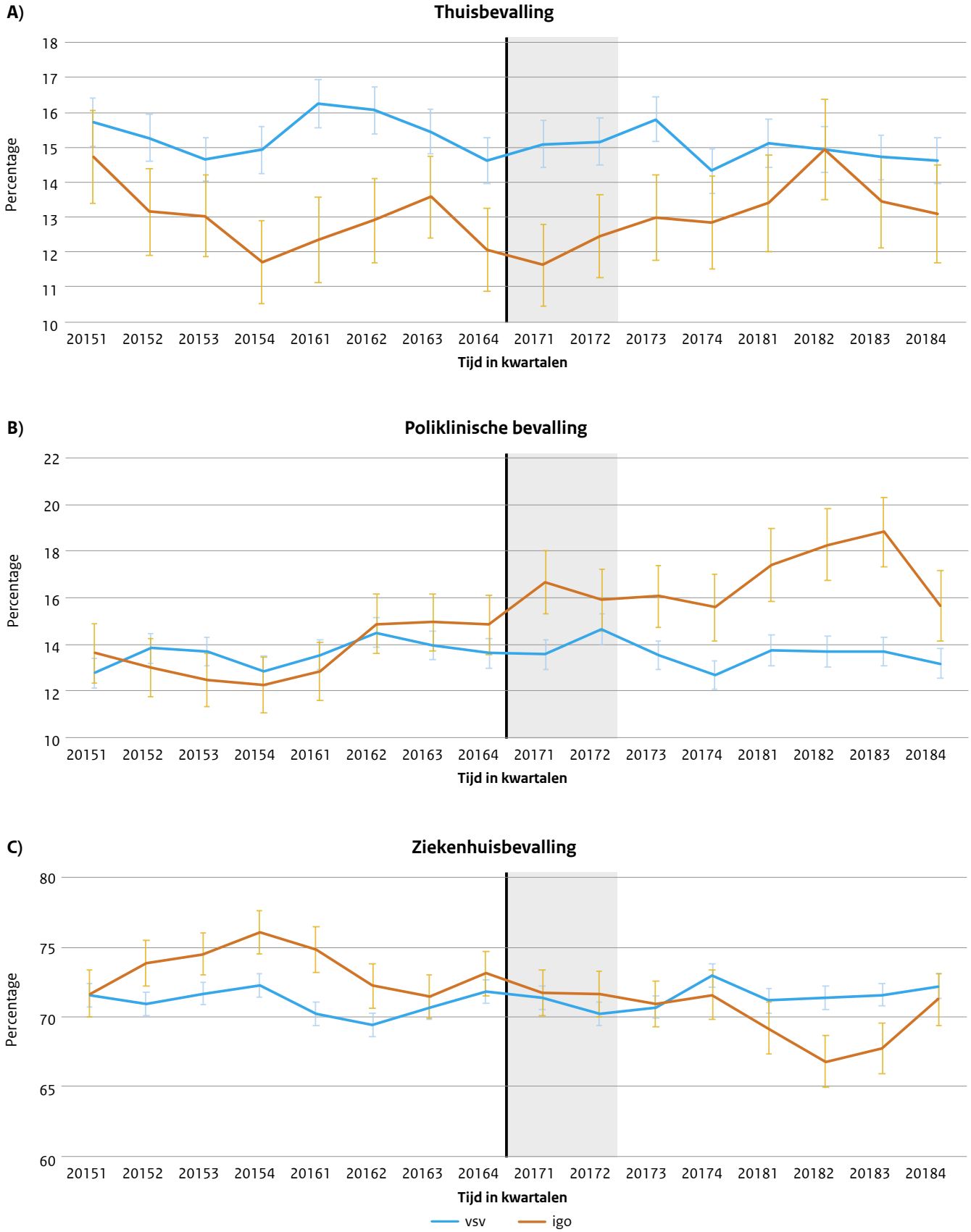
Geen verschillen in gezondheidsuitkomsten

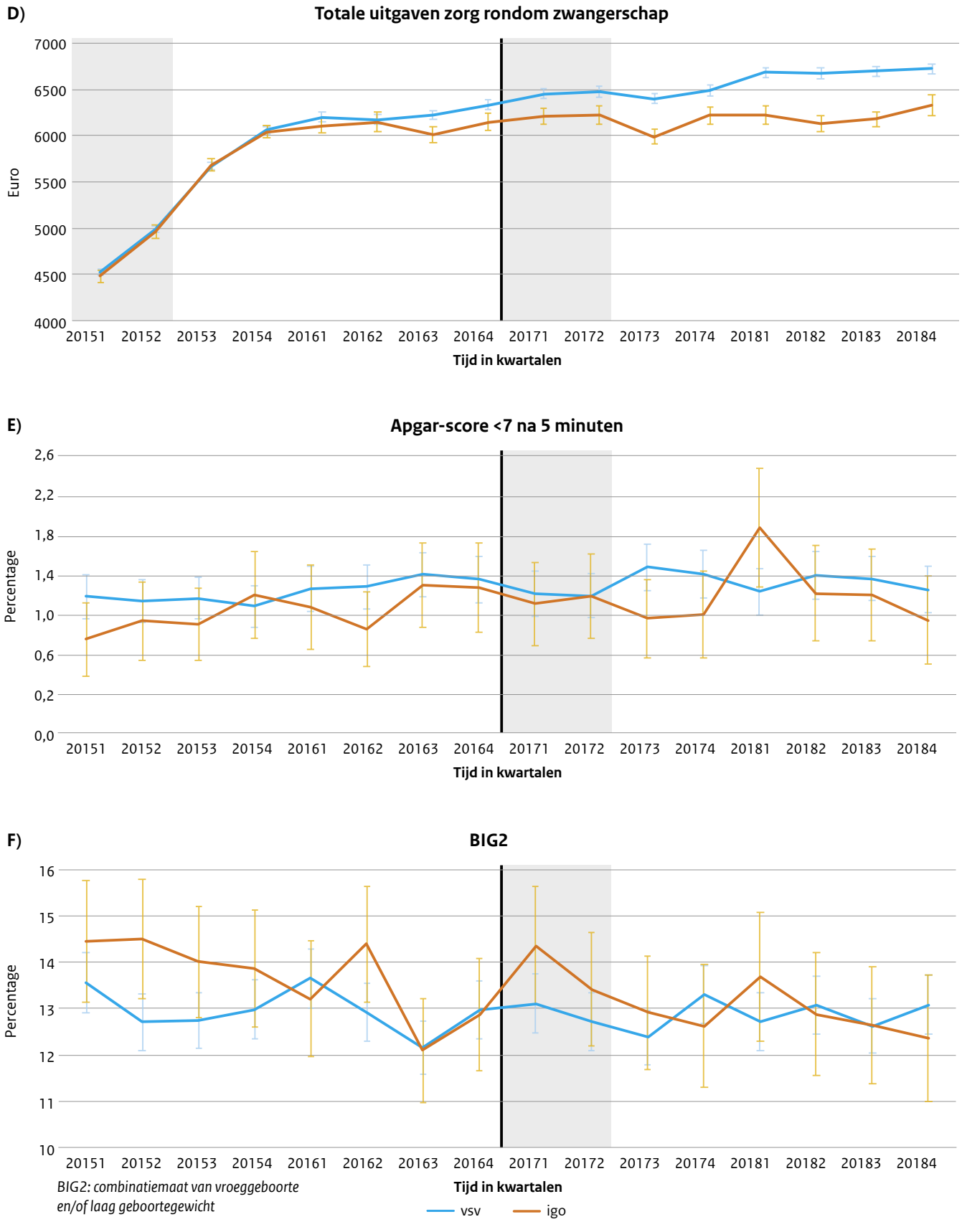
Er zijn geen effecten gevonden van integrale bekostiging op gezondheidsuitkomsten, zoals de BIG2 (een combinatie van laag geboortegewicht en vroeggeboorte), Apgar-score lager dan 7 na vijf minuten en fluxus post partum (Tabel 3.1 en Figuur 3.3E-F). De sensitiviteitsanalyses laten vergelijkbare resultaten zien (zie Tekstbox 3.2).

Tabel 3.1. Resultaten difference-in-differences-analyse.

Variabele	DID coefficiënt (standard error)	N
Verrichtingen		
Ruggenprik	-0,054 (0,028)	120.505
Inleiden	-0,014 (0,006)*	117.713
Keizersnede (totaal)	0,002 (0,005)	117.137
Primaire keizersnede	-0,011 (0,004)*	117.137
Secundaire keizersnede	0,014 (0,004)*	117.137
Thuisbevalling	0,007 (0,005)	120.097
Poliklinische bevalling	0,028 (0,005)*	120.097
Ziekenhuisbevalling	-0,035 (0,007)*	120.097
Uitgaven		
Totale uitgaven zorg rondom zwangerschap	-0,048 (0,007)*	97.245
Uitgaven prenatale fase	-0,022 (0,020)	96.816
Uitgaven natale fase	0,008 (0,014)	97.239
Uitgaven postnatale fase	0,298 (0,031)*	50.171
Uitgaven kraamzorg	-0,004 (0,005)	93.085
Gezondheidsuitkomsten		
Apgarscore <7 na 5 minuten	0,046 (0,144)	120.512
(Sub)totaalruptuur	0,166 (0112)	120.512
Fluxus post partum	-0,081 (0,062)	120.512
BIG2$	0,015 (0,047)	120.512
Vroeggeboorte (<37 weken zwangerschapsduur)	0,011 (0,077)	120.512
Laag geboortegewicht (<p10)	0,027 (0,055)	120.512

$ *BIG2: combinatiemaat van vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht.* * *Statistisch significant voor alpha < 0,05.*


A)
Thuisbevalling
Percentage
18
17
16
15
14
13
12
11
10
20151 20152 20153 20154 20161 20162 20163 20164 20171 20172 20173 20174 20181 20182 20183 20184
Tijd in kwartalen
B)
Poliklinische bevalling
Percentage
22
20
18
16
14
12
10
20151 20152 20153 20154 20161 20162 20163 20164 20171 20172 20173 20174 20181 20182 20183 20184
Tijd in kwartalen
C)
Ziekenhuisbevalling
Percentage
80
75
70
65
60
20151 20152 20153 20154 20161 20162 20163 20164 20171 20172 20173 20174 20181 20182 20183 20184
Tijd in kwartalen
vsv
igo



Figuur 3.3. Variabelen over de tijd (2015-2018) uitgesplitst naar igo's (oranje) en controlegroep van selectie van 24 vsv's (blauw), na matchen.

Tekstbox 3.2: Sensitiviteitsanalyses in lijn met hoofdanalyse

De sensitiviteitsanalyses laten over het algemeen vergelijkbare resultaten zien met de hoofdanalyse. Hieronder worden kort de resultaten besproken aan de hand van het zorggebruik, de zorguitgaven en de gezondheidsuitkomsten.

Zorggebruik

De eerste sensitiviteitsanalyse (met de top tien goed samenwerkende vsv's) laat vergelijkbare resultaten zien voor wat betreft de verschillen in de plaats van bevalling (na invoering van integrale bekostiging een groter aandeel poliklinische bevallingen en een kleiner aandeel ziekenhuisbevallingen) en het aandeel secundaire sectio's (zie Tabel B4.2a in de online bijlagen).
De tweede sensitiviteitsanalyse (alle igo's afzonderlijk) laat voor de poliklinische bevallingen net als in de hoofdanalyse een toename zien, waarbij het effect bij twee van de zes igo's significant is (zie Figuur 3.4A).
Voor de verrichtingen varieert het per igo voor welke indicatoren een toename of afname werd gevonden en of deze verschuivingen statistisch significant waren.

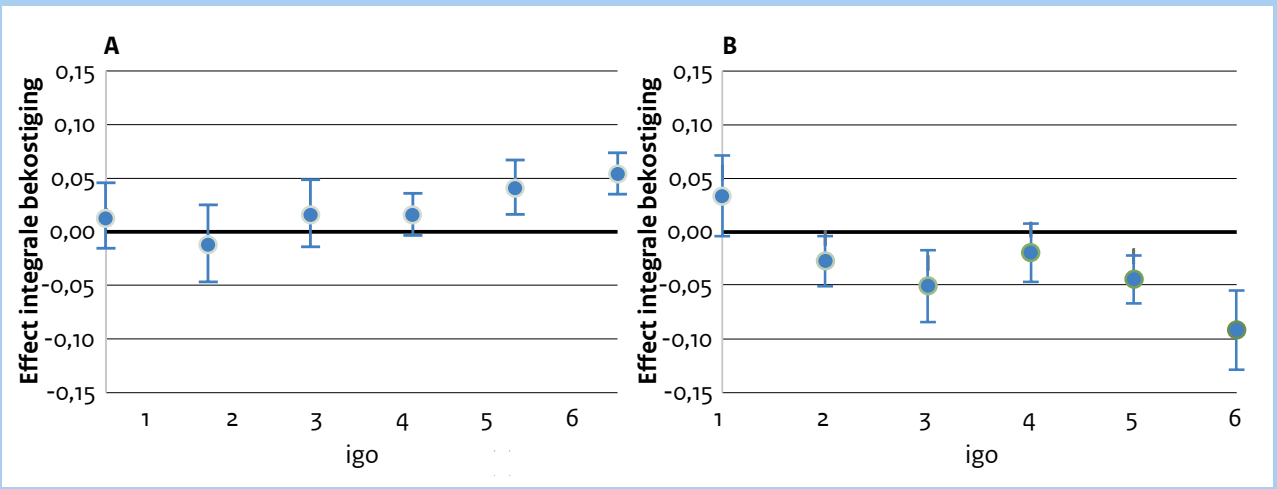
Zorguitgaven

Ook wat betreft de zorguitgaven laat de eerste sensitiviteitsanalyse (met de top tien goed samenwerkende vsv's) een vergelijkbaar beeld zien met de hoofdanalyse. De tweede sensitiviteitsanalyse (alle igo's afzonderlijk) laat eenzelfde beeld zien; in vier van de zes igo's werd ook een beperktere uitgavengroei gevonden voor de totale uitgaven (zie Figuur 3.4B).

Gezondheidsuitkomsten

Beide sensitiviteitsanalyses laten een vergelijkbaar beeld zien met de hoofdanalyse (Tabel B4.2a en Figuur 4.2 in de online bijlagen). Wel is in de sensitiviteitsanalyse bij één igo een significante toename van het percentage kinderen met een laag geboortegewicht (voor de duur van de zwangerschap) gevonden.

Voor uitgebreidere informatie zie hier.



Figuur 3.4. A: het effect van integrale bekostiging op poliklinische bevallingen per igo, B: het effect van integrale bekostiging op totale zorguitgaven per igo.

4. Beschouwing

Leeswijzer
Dit hoofdstuk vat de resultaten van voorgaande hoofstukken samen (paragraaf 4.1) en zet ze in perspectief (paragraaf 4.2). In paragraaf 4.3 plaatsen wij een aantal kanttekeningen bij de gehanteerde dataverzameling en onderzoeksmethoden. Tot slot bespreekt paragraaf 4.4 de aanbevelingen voor de invoering van integrale bekostiging in de geboortezorg.

4.1 Resultaten samengevat

Doel van dit onderzoek is om inzicht te geven in de ervaringen van de igo's tot en met drie jaar na de start van het experiment integrale bekostiging, waarbij de follow-up-periode voor het kwantitatieve deel twee jaar betreft. Naast de ervaringen van zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars beschrijven we de eerste effecten van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind.

Alle actoren positief over de samenwerking, grote administratieve lasten risico voor draagvlak
Zorgprofessionals en bestuurders van de igo's waren positief over de zorginhoudelijke samenwerking rondom de igo. Vrijwel alle geïnterviewden vonden dat de samenwerking geïntensiveerd was, meer gestructureerd en minder vrijblijvend dan voorheen. Veelvuldig werd benoemd door de zorgprofessionals en bestuurders dat de igo en integrale bekostiging hebben bijgedragen aan de eerste stappen richting een cultuur van gezamenlijke verantwoordelijkheid en aanspreekbaarheid op gemaakte afspraken. De geïnterviewden gaven aan dat de eerste vormen van taakherschikking en innovatie, drie jaar na invoering van de integrale bekostiging, mondjesmaat worden toegepast doordat er veel tijd en energie is gegaan naar de financiële, juridische en organisatorische aspecten van de igo en integrale bekostiging. Tijdens vrijwel ieder interview werden de administratieve lasten van integrale bekostiging genoemd als het grootste ervaren knelpunt. Betrokken zorgprofessionals en bestuurders benadrukten dat vereenvoudiging van de administratieve afhandeling een randvoorwaarde is voor een succesvolle verdere implementatie. Ook kost het onvoldoende nakomen van het volgbeleid van zorgverzekeraars (volgens de bestuurders) veel tijd en energie en leidt dit tot een toename van de administratieve lasten. Ook geven met name de bestuurders aan dat de onduidelijkheid over een structurele invoering van integrale bekostiging belemmerend werkt bij het verbinden van nieuwe zorgaanbieders en -professionals aan de igo en bij het doorvoeren van structurele veranderingen binnen de igo. Ditzelfde geldt voor het monodisciplinair declareren door de gecontracteerde zorgaanbieders ('verdeling achter de voordeur') en de huidige vormgeving van de vangnet-constructies in de integrale bekostigingscontracten. Ondanks de hierboven genoemde nadelen van het werken met integrale bekostiging, gaf het overgrote deel van de geïnterviewden aan niet meer terug te willen naar de monodisciplinaire bekostiging.

Kleine verschillen in zorggebruik, beperktere groei in zorguitgaven en geen verschillen in gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind

De eerste analyses van de effecten van integrale bekostiging op zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten laten kleine verschillen zien voor wat betreft de plaats van bevalling (meer poliklinische bevallingen, minder ziekenhuisbevallingen en geen verschil in thuisbevallingen). Ook werd een aantal kleine verschillen in verrichtingen waargenomen waarvan de interpretatie niet eenduidig is. Een voorbeeld van een ongunstig effect betreft de lichte toename van het aantal secundaire keizersneden, terwijl de daling in het aantal primaire keizersneden mogelijk als positief geïnterpreteerd kan worden. De groei in de totale geboortezorguitgaven per zwangerschap was bij de igo's beperkter na invoering van integrale bekostiging. Dit resultaat is een lichte onderschatting aangezien ook de overheadkosten hier zijn inbegrepen en komt niet overeen met het gevoel dat beschreven werd door sommige zorgverzekeraars. Er zijn geen effecten gevonden van de invoering van integrale bekostiging op gezondheidsuitkomsten. De gevonden verschillen in zorggebruik en zorguitgaven konden niet worden toegeschreven aan verschillen in de populaties, aangezien de kenmerken van de interventiegroep en de controlegroep goed vergelijkbaar waren en er voor overgebleven verschillen in de analyses gecorrigeerd is. Sensitiviteitsanalyses (andere selectie van vsv's als controlegroep; effect van de afzonderlijke igo's) bevestigden grotendeels het beeld van onze hoofdanalyse.

4.2 Resultaten in perspectief

Is de beoogde prikkel van integrale bekostiging volledig geïmplementeerd?

In veel interviews kwam naar voren dat de igo's zich nog in een transitiefase bevinden. De huidige vormgeving van integrale bekostiging en de hieruit voortvloeiende (financiële) prikkels voor zorgaanbieders komen nog niet volledig overeen met de beoogde prikkels van integrale bekostiging. Zo declareren de gecontracteerde zorgaanbieders nog via de monodisciplinaire prestaties, waardoor de prikkel feitelijk nog onveranderd is ten opzichte van de oude situatie. Ook de overeengekomen vangnetconstructies die momenteel zijn opgenomen in de integrale bekostigingscontracten om de financiële risico's voor de zorgaanbieders te minimaliseren, leiden ertoe dat zorgaanbieders vooralsnog een (te) beperkte financiële prikkel ervaren zoals beoogd met integrale bekostiging. Hetzelfde geldt voor de vormgeving van integrale bekostiging in negen deelprestaties. De prikkel die uitgaat van iedere deelprestatie beperkt zich tot alle zorg binnen de deelprestatie, zonder een prikkel tot doelmatig werken tussen deelprestaties. Hierdoor hebben zorgaanbieders minder prikkels tot samenwerking en kwaliteitsverbetering dan bij een volledig integraal tarief (c.q. een contract met minder deelprestaties). De huidige vormgeving draagt mogelijk bij aan de beperkte mate waarin taakherschikking momenteel is doorgevoerd.

De vertaling van integrale bekostiging naar het primaire zorgproces varieert tussen igo's

In alle igo's zijn de integrale bekostigingscontracten formeel ingegaan op 1 januari 2017. Vanaf dat moment werden de igo's zowel financieel als klinisch verantwoordelijk voor de levering van de geboortezorg aan de aan hen verbonden cliënten. Hoe deze verantwoordelijkheid zich vertaalt naar het primaire zorgproces kan variëren tussen de igo's. Zo kan een igo er voor kiezen om eerst te focussen op het vormgeven van het multidisciplinair trainen van de door haar gecontracteerde zorgaanbieders, terwijl een andere igo er voor kan kiezen om een geïntegreerd patiëntendossier in te voeren. Juist deze aanpassingen aan de lokale context en 'zorg-op-maatbenadering' zijn centrale uitgangspunten van integrale bekostiging. Als gevolg hiervan is een 'one size fits all'-vertaling van integrale bekostiging niet te verwachten en ook niet wenselijk.

Een igo zonder integrale bekostigingscontract bestaat (op dit moment) niet, effecten van een igo en integrale bekostiging kunnen dan ook niet los van elkaar gezien worden

Een randvoorwaarde om een integraal bekostigingscontract te kunnen sluiten is de opzet van een igo. Als gevolg hiervan kunnen de eventuele effecten van een igo niet los gezien worden van integrale bekostiging. Mogelijk worden er in de toekomst igo's opgericht die geen of een gedeeltelijk integraal bekostigingscontract zullen sluiten. Hierbij valt te denken aan igo's met een 'shared savings'-contract of igo's die alleen prestaties omtrent de natale fase willen afsluiten. Vooralsnog bestaan er geen igo's die geen integraal bekostigingscontract hebben afgesloten.

Is integrale bekostiging nodig voor het realiseren van een vergaande samenwerking?

Het doel van integrale bekostiging is om de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals te stimuleren om daarmee de kwaliteit van zorg te vergroten. Ook in vsv's die niet zijn overgestapt naar integrale bekostiging zijn in de laatste jaren verbeteringen in de samenwerking gerealiseerd. Zij betwisten daarom of integrale bekostiging wel noodzakelijk is om een vergaande samenwerking te bereiken. Het is dus van belang om inzicht te hebben in hoeverre integrale bekostiging een betere samenwerking realiseert in vergelijking met de situatie zonder integrale bekostiging. De igo-bestuurders geven aan dat de samenwerking in hun igo als gevolg van integrale bekostiging een stap verder is gekomen dan in de situatie voorafgaand hieraan.

Zij merken op dat er grote stappen in de samenwerking gezet kunnen worden zonder integrale bekostiging, maar dat de monodisciplinaire bekostiging steeds meer gaat belemmeren als je verder komt in de samenwerking. Om een vergaande samenwerking te realiseren lijkt een alternatief bekostigingsmodel nodig dat beter aansluit bij de gewenste samenwerking en organisatievorm. Hierbij wordt opgemerkt dat mogelijk een ander type bekostigings-model dan integrale bekostiging deze doelen ook kan realiseren.

Zorgverzekeraars lijken meer dan voorheen te (willen) sturen op uitkomsten en kwaliteit van de geleverde zorg
Uit de interviews met zorgverzekeraars komt naar voren dat zij behoefte hebben aan meer inzicht in de kwaliteit van de geleverde geboortezorg, omdat zij meer willen sturen op gezondheidsuitkomsten en kwaliteit van de geleverde zorg. Zorgverzekeraars laten hiermee een verschuiving zien ten opzichte van de vorige RIVM-rapportages, waarin zij aangaven via inkoopkaders en organisatorische randvoorwaarden (bijvoorbeeld het specificeren van competenties van de gecontracteerde zorgaanbieders) vooral op het proces en de structuur te willen gaan sturen. Deze verschuiving door de zorgverzekeraars is meer in lijn met een belangrijk uitgangspunt van het integrale bekostigings-model, namelijk de organisatorische vrijheid van igo's.

Is het effect van integrale bekostiging te meten?
Om inzicht in het effect van integrale bekostiging te krijgen is een difference-in-differences-analyse uitgevoerd. Eén van de assumpties hierbij is dat de interventiegroep (in dit geval: de zes igo's) en de controlegroep (in dit geval: een selectie van 24 vsv's) vergelijkbaar reageren op de interventie (in dit geval: integrale bekostiging), maar ook op andere 'externe prikkels'. Door te matchen op de karakteristieken 'urbanisatiegraad' en 'aantal zwangerschappen' (beide factoren waarvan de verwachting is dat ze zowel de interventie als de uitkomsten beïnvloeden) is getracht om vergelijkbare groepen te creëren. Idealiter hadden wij ook gematcht op de variabele 'mate van samenwerking'. Aangezien er geen gestructureerde en gevalideerde vragenlijst is die de 'mate van samenwerking' meet en kwantitatieve gegevens hierover ontbreken, is onduidelijk in hoeverre de mate van samenwerking tussen beide groepen verschilt. Om dit te controleren is een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd met een controlegroep bestaande uit de top tien van vsv's die goed samenwerken. Deze analyse liet geen andere effecten zien dan de hoofd-analyse, wat er mogelijk op duidt dat de gevonden effecten toe te schrijven zijn aan integrale bekostiging.

4.3 Reflectie op methoden

Hieronder volgt een aantal opmerkingen over de kwaliteit van de gegevens binnen de monitor integrale bekostiging van de geboortezorg in zijn geheel. Hierbij wordt eveneens een aantal methodologische kanttekeningen geplaatst.

Kwaliteit van de geleverde zorg en gezondheidsuitkomsten goed in beeld...
Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van een gekoppelde dataset die bestaat uit landelijk dekkende registraties. Deze gepseudonimiseerde dataset is ontwikkeld zonder dat dit heeft geleid tot extra administratieve lasten voor zorgaanbieders. In totaal kon 92% van de zwangerschappen worden teruggevonden in alle databronnen voor de gehele onderzoeksperiode. De karakteristieken van de gekoppelde zwangerschappen kwamen sterk overeen met de karakteristieken van alle zwangerschappen in Nederland. De gekoppelde dataset maakt longitudinale analyses op individueel niveau mogelijk. De verwachting is dat in de komende jaren deze dataset, na toestemming van de bronhouders, ook gebruikt zal worden voor ander onderzoek in de geboortezorg. Hierbij valt te denken aan onderzoek op het gebied van praktijkvariatie, oorzaken van neonatale sterfte en predictiemodellen voor risicofactoren.

..maar er ontbreken relevante gegevens voor een volledig beeld
Ondanks de vele gegevens ontbreekt er binnen de huidige dataset nog een aantal relevante gegevens. Het meest prominent is het ontbreken van gegevens over de ervaringen van, en gerapporteerde uitkomsten door, zwangere vrouwen en hun partners. Deze gegevens worden, ondanks de (inter)nationale initiatieven vanuit bijvoorbeeld het Zorginstituut Nederland en ICHOM (International Consortium of Health Outcomes Measurement) [38], niet structureel en eenduidig op individueel niveau gemeten. Daarnaast ontbreken ook de gegevens over de kwaliteit van de kraamzorg. Deze gegevens worden momenteel weliswaar door meerdere kraamzorgorganisaties op individueel niveau gemeten, maar zijn alleen op geaggregeerd niveau van de instellingen beschikbaar. Gezien het grote belang van de kraamzorg binnen de geboortezorg, zowel zorginhoudelijk als financieel, is het wenselijk om deze data ook te kunnen koppelen.

Langere follow-up-periode om langetermijn effecten te kunnen meten noodzakelijk
De huidige follow-up-periode is te kort om het volledige effect van integrale bekostiging op de verschillende uitkomstmaten te kunnen meten. Dit betreft zowel de huidige gepresenteerde uitkomstmaten met betrekking tot zorggebruik, zorguitgaven en gezondheidsuitkomsten, als ook de meer langetermijnuitkomsten zoals seksuele dysfunctie, incontinentie en depressie. Ook inzicht in dergelijke uitkomstmaten die verder reiken dan de geboortezorg zijn van groot belang om het volledige effect van integrale bekostiging van de geboortezorg te kunnen kwantificeren.

Alleen ervaringen van igo's meegenomen in deze rapportage
Voor het huidige rapport zijn alleen interviews gehouden met actoren betrokken bij de igo's. De reden hiervoor is dat deze rapportage expliciet gericht is op het ophalen van ervaringen met het werken met integrale bekostiging.

4.4 Aanbevelingen

Vereenvoudig de administratieve afhandeling
De administratieve lasten voor de igo's en hun gecontracteerde zorgaanbieders wordt door alle partijen genoemd als het grootste knelpunt en vormt een groot risico voor het behoud van draagvlak. Een vergaande vereenvoudiging en uniformering is dan ook essentieel. Veldpartijen en de NZa zijn hiervoor reeds in gesprek.

Verken wettelijke mogelijkheden met betrekking tot uniformering contracteerbeleid
Het contracteringsproces wordt door de igo's ervaren als een langdurig en complex proces mede als gevolg van het verschil in contracteerbeleid van zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars benoemen dat de huidige mogelijkheden van de wetgeving een vergaande uniformering beperkt. Het verkennen van de juridische (on)mogelijkheden voor een verdere verruiming van het uniformeringsbeleid lijkt gewenst.

Geef ruimte voor experimenten met doorontwikkeling van de vormgeving van integrale bekostiging
De gezondheidseconomische literatuur geeft aan dat de huidige vormgeving van integrale bekostiging (met negen deelprestaties) een suboptimale prikkel geeft voor een optimale samenwerking tussen zorgprofessionals. Het verdient daarom de aanbeveling om te gaan experimenteren met minder deelprestaties om zo inzicht te krijgen in hoeverre dit de samenwerking binnen igo's verder stimuleert. Experimenten binnen enkele igo's kunnen het inzicht vergroten in de voor- en nadelen van een dergelijke doorontwikkeling.

Faciliteer een betere 'verdeling achter de voordeur' en stimuleer integrale bekostigingscontracten zonder 'vangnetconstructie'
Bestuurders geven aan in de komende periode de 'verdeling achter de voordeur' te willen gaan vormgeven zodat de financiële prikkels voor de gecontracteerde zorgaanbieders beter aansluiten bij de zorginhoudelijke doelstellingen van de igo. Ook wat betreft de vangnetconstructies lijkt een doorontwikkeling wenselijk.

Inzicht in langetermijneffecten van integrale bekostiging en verdere verdiepende analyses zijn van groot belang
Het verlengen van de monitor om zodoende inzicht in de langetermijneffecten op systeemdoelen (kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de geboortezorg) is aan te bevelen. Hierbij zal aandacht uit moeten gaan naar de 'mate van samenwerking' in de igo's en vsv's en hoe deze 'mate van samenwerking' gemeten kan worden. Verder is het van belang om in de komende jaren inzicht te verkrijgen in de onderliggende mechanismen van integrale bekostiging.

Stimuleer een uniforme en landelijke gegevensverzameling van cliëntervaringen en de kwaliteit van de kraamzorg
De huidige monitor bevat een dataset met veel gegevens. Echter, ervaringen van en gerapporteerde uitkomsten door zwangere vrouwen en hun partners, en inzicht in de kwaliteit van de kraamzorg ontbreken. Deze gegevens zijn van essentieel belang om een volledig te beeld te krijgen van de invoering van integrale bekostiging. Het uniformeren van een landelijke gegevensverzameling is hierbij een essentiële voorwaarde.

Geef duidelijkheid aan het zorgveld over de periode na afloop van het experiment en creëer vervolgens beleidsrust
Op dit moment bestaat er in het zorgveld onduidelijkheid over de status van integrale bekostiging na afloop van de experimenteerperiode (eind 2021). Er is daarom bij alle veldpartijen een grote behoefte aan duidelijkheid over de formele uitgangspunten en precieze technische uitwerking van integrale bekostiging en het contracteerbeleid voor de periode na afloop van het experiment. Nadat deze duidelijkheid is verstrekt, is het aan te bevelen een periode van beleidsrust – een periode van minimale of geen beleidsverandering – aan te houden.

Referenties

1. Peristat, EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. European-Peristat: 2010.
2. Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: 2009.
3. IGZ, Inventarisatie stand van zaken implementatie advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in ziekenhuizen. IGZ, Utrecht: 2012.
4. Stichting PAN, A terme sterfte 2010. Perinatale audit: eerste verkenningen. PAN, Utrecht: 2011.
5. RIVM, Factsheet Kansrijke Start 2019. RIVM, Bilthoven: 2019. Verkregen via: https://www.rivm.nl/documenten/factsheet-kansrijke-start
6. VWS, Verslag Algemeen Overleg Zwangerschap en Geboorte. VWS, Den Haag: 2015.
7. VWS, Kamerbrief Zorg rond zwangerschap en geboorte. VWS, Den Haag: 2016a.
8. VWS, Kamerbrief Voorhang integrale bekostiging geboortezorg. VWS, Den Haag: 2016b.
9. VWS, Kamerbrief over Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake VSO toezeggingen AO Zwangerschap en geboorte. VWS, Den Haag: 2016c.
10. NZa, Advies Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het stimuleren van samenwerking. NZa, Utrecht: 2012.
11. VWS, Kamerbrief over stand van zaken geboortezorg en inzet voor de toekomst. VWS, Den Haag: 2018.
12. NZa, Vaststelling beleidsregel Integrale geboortezorg 2017. NZa, Utrecht: 2016.
13. VWS, Reactie op vragen voorhang integrale bekostiging. VWS, Den Haag: 2016.
14. RIVM, Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg. RIVM, Bilthoven: 2016. Verkregen via: https://www.rivm.nl/publicaties/op-weg-naar-integrale-bekostiging-van-geboortezorg
15. RIVM, Geboortezorg in beeld. RIVM, Bilthoven: 2018. Verkregen via: https://www.rivm.nl/publicaties/geboortezorg-in-beeld-nulmeting-en-eerste-ervaringen-met-werken-met-integrale
16. RIVM, Factsheet Bekostigingsmodellen Geboortezorg. RIVM, Bilthoven: 2017. Verkregen via: https://www.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/009961_105550_IVM_001_A4_Brochure_V2_TG.pdf
17. Eijkenaar, F. en Schut, F.T., Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg? Erasmus Universiteit, Rotterdam: 2015.
18. Miller, H.D., From volume to value: better ways to pay for health care. Health Affairs (Millwood), 2009. 28(5): p. 1418-1428.
19. Hussey, P.S., Ridgely, M.S. and Rosenthal, M.B., The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. Health Affairs (Millwood), 2011. 30(11): p. 2116-2124.
20. Struijs, J.N., De Vries, E.F., Baan, C.A., Van Gils, P.F., and Rosenthal, M.B., Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been. The Commonwealth Fund, 2020.
21. Conrad, D.A., The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. Health Services Research, 2015. 50 Supplement 2: p. 2057-89.
22. NEJM Catalyst, What Are Bundled Payments? NEJM Catalyst, 2018.
23. Struijs, J.N., Hayen, A.P., and Van der Swaluw, K., When Designing Bundled Payments, Don't Ignore The Lessons Of Behavioral Economics. Health Affairs, 2018.
24. Ruwaard, S., Purchasing healthcare. Beyond getting the financial incentives right. Tilburg University, Tilburg: 2018. Verkregen via: https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/purchasing-healthcare-beyond-getting-the-financial-incentives-rig
25. De Vries, E.F., Let's talk about value. Grasping the concept of value in a population health management context. Tilburg University, Tilburg: 2020. Verkregen via: https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/lets-talk-about-value-grasping-the-concept-of-value-in-a-populati
26. Cattel, D., Eijkenaar, F. and Schut, F.T., Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. Health Economics Policy Law, 2020. 15(1): p. 94-112.
27. Cattel, D. and Eijkenaar, F., Value-Based Provider Payment Initiatives Combining Global Payments With Explicit Quality Incentives: A Systematic Review. Medical Care Research and Review, 2019.
28. Frakt, A.B. and Mayes, R., Beyond capitation: how new payment experiments seek to find the 'sweet spot' in amount of risk providers and payers bear. Health Affairs (Millwood), 2012. 31(9): p. 1951-8.

29. NZa, Contractafspraken integrale bekostiging geboortezorg 2017. NZa, Utrecht: 2017.
30. NZa, Concept advies bekostiging integrale geboortezorg. NZa, Utrecht: 2020a.
31. NZa, Bijlage Concept evaluatierapport NZa Experiment integrale bekostiging geboortezorg. NZa, Utrecht: 2020b.
32. Dimick, J.B. and Ryan, A.M., Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. JAMA, 2014. 312(22): p. 2401-2402.
33. Wing, C., Simon, K. and Bello-Gomez, R.A., Designing difference in difference studies: best practices for public health policy research. Annual Review of Public Health, 2018. 39.
34. Daw, J.R. and Hatfield, L.A., Matching and regression to the mean in difference-in-differences analysis. Health Services Research, 2018a. 53(6): p. 4138-4156.
35. Daw, J.R. and Hatfield, L.A., Matching in Difference-in-Differences: between a Rock and a Hard Place. Health Services Research, 2018b. 53(6): p. 4111-4117.
36. Ryan, A.M., Well-Balanced or too Matchy–Matchy? The Controversy over Matching in Difference-in-Differences. Health Services Research, 2018. 53(6): p. 4106-4110.
37. Ryan, A.M., Burgess Jr, J.F. and Dimick, J.B., Why we should not be indifferent to specification choices for difference-in-differences. Health Services Research, 2015. 50(4): p. 1211-1235.
38. ICHOM, ICHOM Pregnancy and Childbirth Data Collection and Reference Guide. 2016.

Auteurs:
J.N. Struijs, E.F. de Vries, Z.T.M. Scheefhals,
J.M. Molenaar, C.A. Baan

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

augustus 2020

De zorg voor morgen begint vandaag

012245