



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

Geboortezorg in beeld

een nulmeting en
de eerste ervaringen



Geboortezorg in beeld

een nulmeting en eerste ervaringen met het werken
met integrale bekostiging

Auteurs

JN Struijs

EF de Vries

HDCA van Dorst

EAB Over

CA Baan

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ontwerp/lay-out

Xerox/OBT, Den Haag

EnOf, Utrecht

Foto

Stockbyte (omslag)

Fotoabbonnementen.nl (H2)

Fotoabbonnementen.nl (H3)

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 veeelvoudigd, 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: 2018-0109.

ISBN 978-90-6960-292-9

DOI 10.21945/RIVM-2018-0109

Inhoud

Publiekssamenvatting	4
Synopsis	5
Kernboodschappen	6
1 Inleiding	10
1.1 Achtergrond	11
1.2 RIVM-monitor	16
1.3 Leeswijzer	17
2 Kwantitatieve analyse van de jaren 2015-2016: de pre-interventieperiode	18
2.1 Beschrijving studiepopulatie	22
2.2 Is er een verschil, in de gezondheidsuitkomsten en verrichtingen, tussen de vsv's die in 2017 overstappen naar integrale bekostiging en de vsv's die niet overstappen?	25
2.3 Is er een verschil, in zorguitgaven rondom zwangerschap, tussen de vsv's die in 2017 overstappen naar integrale bekostiging en de vsv's die niet overstappen?	34
3 Eerste ervaringen met het werken met integrale bekostiging	38
3.1 Hoe zijn de integrale geboortezorgorganisaties vormgegeven?	40
3.2 Hoe zien de integrale bekostigingscontracten eruit?	43
3.3 Ervaringen na één jaar	47
4 Beschouwing	54
4.1 Resultaten samengevat	55
4.2 Resultaten in perspectief	56
4.3 Reflectie op methoden	61
4.4 Aanbevelingen	63
Literatuur	66
Bijlagen	70
Bijlage 1 Auteurs, WAC en referenten, met dank aan	71
Bijlage 2 Methode van onderzoek van kwantitatieve analyses	72
Bijlage 3 Methode van onderzoek kwalitatief deel	91
Bijlage 4 Additionele figuren en data	97
Bijlage 5 Wat vinden zwangere vrouwen belangrijk in de geboortezorg? Een discretekeuze-experiment	133

Publiekssamenvatting

Geboortezorg in beeld

In Nederland zijn de afgelopen jaren meerdere maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners te verbeteren. Aanleiding waren de relatief hoge sterftecijfers rond geboortes in Nederland. Om de samenwerking tussen zorgaanbieders te verbeteren kunnen alle onderdelen van de geboortezorg sinds 2017 gezamenlijk worden gecontracteerd in één zogenoemd integraal bekostigingscontract. Deze nieuwe bekostiging vraagt om organisatorische veranderingen, waaronder de vorming van een integrale geboortezorg organisatie (igo). Hier zijn de zorgaanbieders zoals verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg, en een ziekenhuis in ondergebracht. In de bestaande bekostigingssystematiek vergoeden de zorgverzekeraars de onderdelen van de zorg rondom zwangerschap en geboorte afzonderlijk aan de verschillende zorgaanbieders.

Per 1 januari 2017 hebben zes igo's vrijwillig integrale-bekostigingscontracten gesloten met zorgverzekeraars. Als nulmeting heeft het RIVM de gezondheid, verrichtingen en zorguitgaven van de geboortezorg in kaart gebracht in de periode voorafgaand aan de overstap naar integrale bekostiging (2015-2016). Uit dit onderzoek blijkt dat de uitgaven aan de geboortezorg voor de igo's in deze periode iets lager lijken te zijn (ongeveer 180 euro per zwangerschap minder) dan in de regio's die niet zijn overgestapt in 2017. Verder verschillen de igo's van de overige regio's, in de periode voorafgaand aan de overstap in de zorg die zij leverden: meer ruggenprikken (25% versus 21%) en minder keizersnedes (14% versus 16%)– de beschikbaarheid van ruggenprikken en zo min mogelijk keizersnedes zijn positieve graadmeters voor de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind. Wat de gezondheid van moeder en kind betreft zijn er geen verschillen gevonden.

De partijen die bij de igo's zijn betrokken, zijn positief over het integrale tarief. Het levert in hun regio een intensievere, meer gestructureerde samenwerking tussen de zorgverleners op. Ook is de samenwerking minder vrijblijvend dan voorheen. Wel is het een zeer complexe en tijdrovende klus om de integrale bekostiging in te voeren. Specifieke kennis blijft nodig op organisatorisch, fiscaal en financieel vlak.

Het RIVM monitort de komende jaren in opdracht van het ministerie van VWS de overgang naar integrale bekostiging in de geboortezorg. In 2020 wordt een eindrapport gepubliceerd, waarvoor de gegevens uit onderliggend onderzoek als nulmeting dienen.

Synopsis

Insight in outcomes, utilization and medical spending of maternity care and the first experiences with bundled payments

In recent years, various policies have been implemented to improve quality of maternity care and collaboration between maternity care providers aiming to lower the relatively high mortality rates in the Netherlands. Currently, within the existing payment model, providers are paid on a fee-for-service basis. In 2017, a voluntary payment reform was implemented to enhance the collaboration between care providers. The new payment model, a bundled payment model, includes all antenatal and perinatal care services delivered by midwives, obstetricians and maternity care assistance providers. The bundled payment model leads to a new provider-led entity, the integrated maternity care organization (imco) in which community midwives, obstetricians, a hospital and in most cases maternity care assistance providers (in Dutch: kraamzorgorganisaties) participate.

Per 1 January 2017, six imco's have signed a bundled payment contract. We performed a baseline measurement in which we examined whether these six regions differed in terms of health outcomes, utilization and medical spending from the other regions in the period before the introduction of the bundled payments. This study showed that – corrected for case-mix - the six regions that have adopted the bundled payment model had lower birth care spending levels as compared to the other regions in the years before the implementation of the bundled payment model. On average the regions had about €180 (3.5%) lower expenditures per pregnancy in 2015 and 2016. Furthermore, future imco's executed more epidurals (25% vs. 21%), yet less C-sections (14% vs. 16%). No differences in health outcomes were observed.

In interviews, all maternity care providers and managers reported a positive attitude towards working with the bundled payments model. The bundled payment has led to a more intense, more structured and less informal collaboration between the different providers in their region. The interviewees mentioned that the implementation was complex and time-consuming and there still is a need for in-depth knowledge regarding governance, taxes and finance.

In the coming years, the National Institute for Public Health and the Environment will monitor developments regarding payment models for maternity care. A final report will be published in 2020.

Key words: *birth care - maternity care - pregnancy - bundled payments - organizational reform*

Kernboodschappen

Veel ontwikkelingen in de geboortezorg en eerste integrale bekostigingscontracten geboortezorg afgesloten

De afgelopen decennia zijn veel maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen te verbeteren, waaronder de invoering van de perinatale audit en de oprichting van lokale verloskundige samenwerkingsverbanden (vsv's). Deze vsv's vormen lokale overlegvormen waarin verschillende beroepsgroepen samen werken aan kwaliteitsverbetering van de zorg. Hiervoor stellen zij bijvoorbeeld een gezamenlijke visie op, ontwikkelen ze protocollen en houden ze multidisciplinaire bijeenkomsten. Om de samenwerking (verder) te versterken en daarmee de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren, heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangegeven integrale bekostiging per 2017 mogelijk te maken via het experiment integrale geboortezorg [1]. Onder integrale bekostiging worden verschillende zorgactiviteiten, uitgevoerd door verschillende zorgverleners – en disciplines, samengevoegd in één tarief. Hiervoor is een juridische entiteit nodig, de integrale geboortezorgorganisatie (igo), die een contract over het integrale tarief afsluit met de zorgverzekeraar.

Per 1 januari 2017 hebben zes igo's een integraal bekostigingscontract gesloten met zorgverzekeraars. Het RIVM monitort tot medio 2020, in opdracht van het ministerie van VWS, ontwikkelingen in de geboortezorg inzake integrale bekostiging. Doel van de monitor is om inzicht te krijgen in het proces en de ervaringen van betrokken actoren, en in het effect van integrale bekostiging op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg. Deze tussentijdse rapportage beschrijft de gezondheidsuitkomsten, kwaliteit van zorg en zorguitgaven van de vsv's die in 2017 zijn overgestapt naar integrale bekostiging (de toekomstige igo's) en de overige vsv's in de periode voorafgaand aan de invoering van integrale bekostiging. Ook zijn de eerste ervaringen met het werken met integrale bekostiging beschreven. De bevindingen zijn gebaseerd op gekoppelde data; declaratiegegevens van Vektis, registratiedata van Perined en verdere beschikbare gegevens bij het CBS uit de jaren 2015 en 2016. Daarnaast zijn in de periode december 2017 – april 2018 interviews gehouden met alle veldpartijen (zorgverleners, bestuurders van zorginstellingen, zorgverzekeraars) binnen elf regio's (zes igo's en vijf van de overige vsv's). Ook zijn focusgroepen georganiseerd met geboortezorgprofessionals en zwangere vrouwen.

Verschillen in zorguitgaven en verrichtingen, geen verschillen in gezondheidsuitkomsten

De zes vsv's die in 2017 zijn overgestapt naar integrale bekostiging weken in totale geboortezorguitgaven per zwangerschap in 2015 en 2016 licht af van de overige vsv's. De totale geboortezorguitgaven per zwangerschap waren gemiddeld bij de zes igo's €183 (3,5%) lager dan bij de overige vsv's. De ontwikkeling van zorguitgaven over de tijd in 2015 en 2016 was wel vergelijkbaar voor beide groepen. In het aantal verrichtingen verschilden de zes

(toekomstige) igo's ten opzichte van de overige vsv's in de periode voorafgaand aan de invoering van integrale bekostiging. De toekomstige igo's gaven vaker een ruggenprik (25,0% versus 20,5%), terwijl zij juist minder keizersnedes uitvoerden (14,4% versus 16,4%). De ontwikkeling van de verrichtingen over de tijd was vergelijkbaar. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat de toekomstige igo's verschilden in gezondheidsuitkomsten van de overige vsv's. De gevonden verschillen in zorgkosten en verrichtingen konden niet worden toegeschreven aan verschillen in de populaties, aangezien in de analyses gecorrigeerd werd voor de belangrijkste populatiekenmerken (leeftijd van de moeder, zwangerschapsduur, pariteit, etniciteit, urbanisatiegraad en sociaal economische status van de moeder). Gegevens over ervaringen van de zwangere vrouwen met de geboortezorg ontbreken.

Grote overeenkomsten tussen organisatievormen igo's en contracten

De zes igo's vertoonden grote overeenkomsten qua organisatorische vormgeving. Vijf igo's zijn een zogenoemde coöperatie uitgesloten aansprakelijkheid en één igo is vormgegeven als een business unit. Alle igo's hebben een multidisciplinair bestuur; de verloskundigen, gynaecologen en ziekenhuizen zijn daar op basis van gelijkwaardigheid vertegenwoordigd. De kraamzorg is, met uitzondering van twee, bij alle igo's vertegenwoordigd in de entiteit. De igo's hebben zelf geen zorgverleners in dienst, maar contracteren zorgaanbieders voor het verlenen van de zorg.

Ook de integrale bekostigingscontracten vertoonden grote overeenkomsten. Zo volgden alle contracten het landelijke opgestelde model met negen deelprestaties. De tarieven van de deelprestaties zijn vrij onderhandelbaar. Wel verschilden de contracten tussen zorgverzekeraars op de uitwerking van de onderdelen zoals de duur van de extra governancekosten (2 versus 3 jaar). Daarnaast wisselt de manier waarop de zogenoemde vangnetconstructies (afspraken om de financiële impact voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te minimaliseren) zijn vormgegeven tussen zorgverzekeraars.

Zorgverleners van igo's positief over samenwerking

Genoemde redenen om over te stappen op integrale bekostiging waren het opheffen van bestaande financiële barrières bij het ontwikkelen van integrale zorg en het willen vormgeven van innovaties binnen de geboortezorg. Alle geïnterviewden die verbonden waren aan een igo vonden dat de samenwerking geïntensiveerd was, gestructureerder en minder vrijblijvend dan voorheen. Wel gaven zij aan dat de samenwerking in de periode voorafgaand aan de invoering van integrale bekostiging al goed was. Zij benoemden het onderlinge vertrouwen in elkaar, voorafgaand aan de invoering van integrale bekostiging, als een essentiële voorwaarde om te komen tot een igo met integrale bekostigingscontracten. Dit vertrouwen was bij de meeste igo's aanwezig doordat zij in voorgaande jaren al vergaand samenwerkten in bijvoorbeeld een gezamenlijk echocentrum of geboortehuis, vaak in een bedrijfsmatige setting. Daarnaast kwam naar voren dat er niet alleen een groter vertrouwen is ontstaan tussen de verschillende domeinen, maar ook tussen de verschillende zorgaanbieders van één domein. Een dergelijke cultuuromslag vereist continue aandacht en kost hierdoor veel tijd. Het overgrote deel van de geïnterviewden gaven aan niet meer terug te willen naar de monodisciplinaire bekostiging. De eerste vormen van taakdelegatie en taakherschikking worden momenteel nog beperkt toegepast; de igo's zijn dit thema nu aan het verkennen. Doordat in 2017 veel energie naar de

financiële, juridische en organisatorische aspecten van de igo en integrale bekostiging is gegaan, bleef minder tijd over voor de zorginhoudelijke innovaties.

Grote behoefte aan integrale informatievoorziening en uniformering van het contracteerbeleid van zorgverzekeraars

Ondanks de integrale bekostigingscontracten gaven de geïnterviewden aan dat er nog steeds barrières bestaan om integrale geboortezorg te kunnen leveren. Deze barrières liggen zowel binnen de igo zelf als daarbuiten. Genoemde barrières zijn bijvoorbeeld het gebrek aan een integraal elektronisch patiëntendossier, uniformering van het volgebeleid van zorgverzekeraars en tijdige benchmark- en spiegelinformatie van zowel de gezondheidsuitkomsten, kwaliteit en zorguitgaven. Daarnaast heeft de zogenaamde verdeling achter de voordeur (nog) niet plaatsgevonden. Hiermee wordt bedoeld dat de gecontracteerde zorgaanbieders vooralsnog op basis van de monodisciplinaire prestaties worden uitbetaald waardoor er nog weinig is veranderd in de financiële situatie van de betrokken zorgaanbieders. De verwachting is dat in de toekomst deze verdeling achter de voordeur meer gebaseerd zal zijn op de feitelijke zorgverlening waarbij mogelijk taakherschikking plaats gaat vinden. Dit kan volgens meerdere geïnterviewden van invloed zijn op de goede onderlinge samenwerking binnen de igo. Toch verwachten de meeste geïnterviewden niet dat het voortbestaan van een igo hierdoor in gevaar komt.

Redenen om niet over te stappen divers, maar onveranderd

Behalve met de igo's, is gesproken met zorgverleners die aangesloten zijn bij vsv's die niet van plan zijn om over te stappen. De argumenten hiervoor komen sterk overeen met de redenen zoals wij deze in de rapportage van 2016 hebben beschreven [2]. Belangrijke argumenten waren het gebrek aan empirisch bewijs dat integrale bekostiging leidt tot kwaliteitsverbetering en betere gezondheidsuitkomsten, het gebrek aan onderling vertrouwen tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen, inkomensonzekerheid en mededingingsvraagstukken. Dit betrof ook kostenverhogende aspecten zoals de initiële investeringskosten en de in de toekomst mogelijk hoge(re) overheadkosten van de igo. Daarnaast stelden meerdere zorgverleners zich terughoudend op vanwege een mogelijk verlies aan professionele autonomie. Tot slot werd vaak ook de mogelijke gevolgen voor de keuzevrijheid van de zwangere vrouw benoemd. Meerdere geïnterviewden gaven wel aan dat in de huidige situatie de keuzevrijheid in veel regio's al beperkt is. De geïnterviewden gaven eveneens aan dat als blijkt dat integrale bekostiging daadwerkelijk leidt tot kwaliteitsverbeteringen en betere gezondheidsuitkomsten, zij bereid zijn om over te stappen naar integrale bekostiging.

Conclusie

De afgelopen jaren is de Nederlandse geboortezorg sterk in beweging, zowel in beleid als in de praktijk. Het RIVM beschrijft gezondheidsuitkomsten, verrichtingen en zorguitgaven van de geboortezorg in de periode voordat integrale bekostiging werd ingevoerd (2015-2016). Deze gegevens laten zien dat de vsv's die in 2017 zijn overgestapt naar integrale bekostiging mogelijk een selectieve groep zijn. Daarnaast beschrijft dit rapport de eerste- voornamelijk (positieve) ervaringen van de igo's en zorgverzekeraars met integrale bekostiging. Om de volledige omslag naar integrale bekostiging te kunnen maken zullen een aantal randvoorwaarden voor succesvolle invoering en doorontwikkeling van integrale bekostiging en de hieraan gerelateerde integrale geboortezorg nodig zijn, waaronder een (verdere) invoering van multidisciplinaire elektronisch patiëntendossiers, benchmark- en spiegelinformatie en de uniformering van het volgsbeleid van verre zorgverzekeraars. De komende jaren zal het RIVM de ontwikkelingen in de geboortezorg blijven monitoren om een beeld te kunnen geven van het proces naar integrale bekostiging en van de effecten ervan in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.



1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Veel initiatieven ontwikkeld om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren

In het afgelopen decennium zijn tal van maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg (verder) te verbeteren en de perinatale sterfte te laten dalen. 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 en de instelling van het College Perinatale Zorg (CPZ) (beide in 2011). 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. Mogelijke oplossingsrichtingen om de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren, en daarmee de gezondheidsuitkomsten, zijn een effectievere preventie en betere samenwerking in de zorg [3-6].

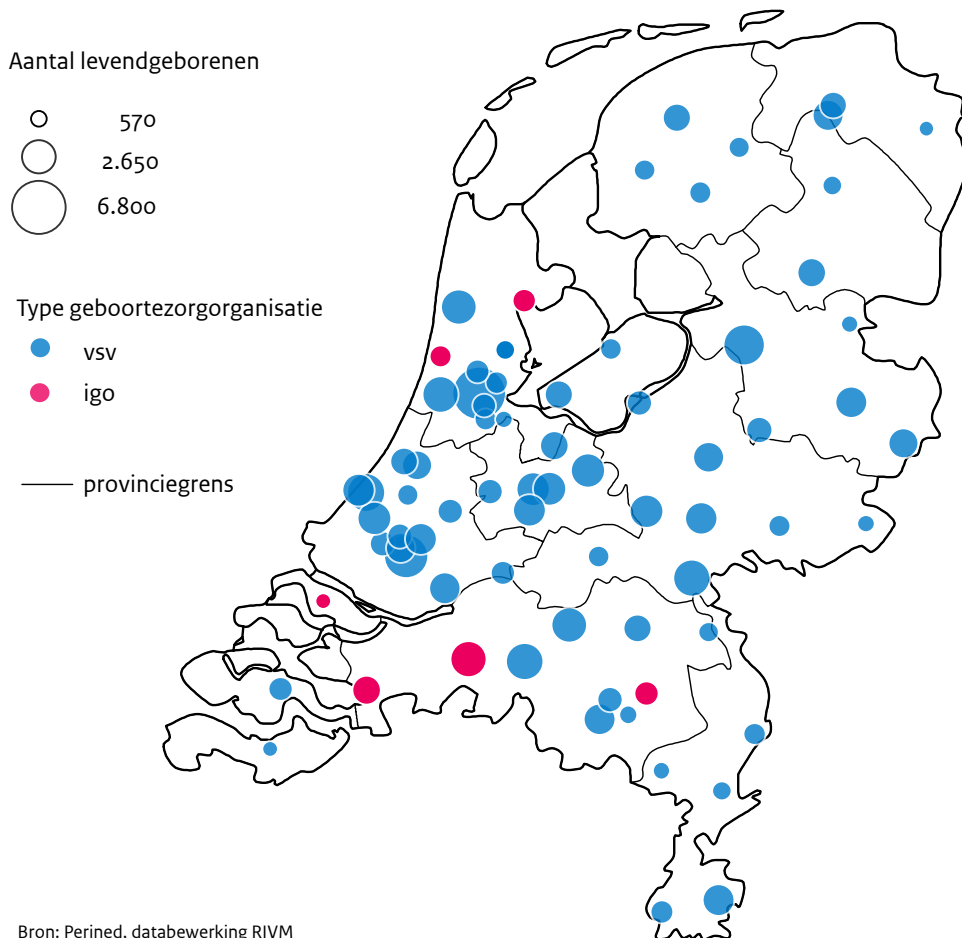
Bekostiging van de zorg is gefragmenteerd wat de samenwerking tussen zorgverleners niet stimuleert

De verschillende onderdelen van de geboortezorg, waaronder eerstelijnsverloskunde, tweedelijns verloskundige zorg en kraamzorg, worden apart bekostigd. Deze fragmentatie lijkt een (verdere) verbetering van een doelmatige samenwerking, coördinatie en afstemming tussen de verschillende professionals te belemmeren. Door de bekostigingssystematiek aan te passen kan de samenwerking tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg worden gestimuleerd (zie ook tekstbox 1.1 en 1.2), en daarmee betere gezondheidsuitkomsten opleveren [7, 8]. Daarom streeft VWS naar integrale bekostiging [7, 9], analoog aan ontwikkelingen binnen de chronische zorg (integrale bekostiging voor diabetes, COPD, CVRM [10, 11]. Dergelijke bekostigingshervormingen vinden momenteel ook plaats in andere westerse landen [12].

Integrale bekostiging mogelijk per 1 januari 2017 via de NZa-beleidsregel 'experiment integrale geboortezorg'

VWS heeft integrale bekostiging van de geboortezorg per 1 januari 2017 mogelijk gemaakt [13-15]. Het concept 'integrale bekostiging' en de vormgeving hiervan in verschillende deeltarieven wordt toegelicht in Tekstbox 1.1 en 3.2. In zes regio's zijn integrale bekostigingscontracten gesloten, te weten de regio's Beverwijk (Midden Kennemerland), Breda (Annature), Dirksland (Zuid aan Zee), Helmond (JijWij), Hoorn (Geboortehart) en Roosendaal-Bergen op Zoom (Qocon) (Figuur 1.1). In deze geografische regio's is nu de igo verantwoordelijk voor het coördineren en leveren van geboortezorg aan zwangere vrouwen.

Figuur 1.1 Locaties en grootte (het aantal levendgeborenen in 2016) van vsv's (blauw) en igo's (rood) in 2017.



Bron: Perined, databewerking RIVM

Koplopers bij vrijwillige bekostigingshervormingen vaak systematisch anders; inzicht hierin gewenst

Bij de evaluatie van bekostigingshervormingen die vrijwillig worden ingevoerd is het van groot belang om in kaart te brengen in hoeverre de zorgaanbieders die als eerste overstappen vergelijkbaar zijn met de zorgaanbieders die niet overstappen. De zorgaanbieders die als eerste overstappen blijken veelal systematisch te verschillen van de zorgaanbieders die later overstappen of in zijn geheel niet overstappen (selectie bias) [16, 17]. Zo zullen zorgaanbieders sneller overstappen als zij verwachten dat zij hier baat bij zullen hebben. Het kan dus zijn dat de zorgaanbieders die als eerste vrijwillig overstappen een positief effect laten zien op bijvoorbeeld uitkomsten of kosten, terwijl dit voor de overige zorgaanbieders niet het geval zal

zijn, bijvoorbeeld omdat andere factoren aan de orde zijn zoals leefstijl of verschillen in organisatie en samenwerking. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de (structurele) invoering, vormgeving en de evaluatie van integrale bekostiging.

Tekstbox 1.1: Integrale geboortezorgorganisaties en integrale bekostiging nader toegelicht

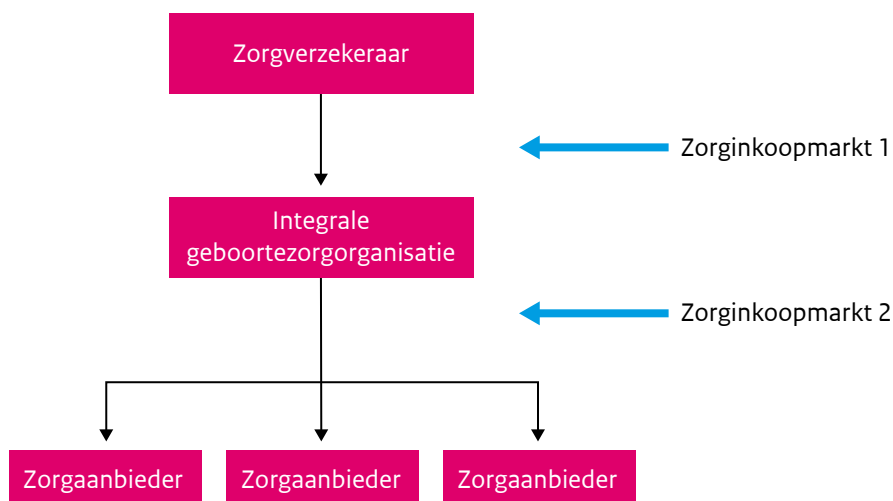
Een integrale geboortezorgorganisatie (igo) is een organisatie met een rechtspersoonlijkheid waarin een of meerdere zorgaanbieder(s) zijn verenigd, die verantwoordelijk is voor het coördineren en leveren van geboortezorg aan zwangere vrouwen (in een bepaalde geografische regio). Hierbij wordt gebruikt gemaakt van een integraal bekostigingscontract. Dit contract wordt gesloten tussen de igo en een zorgverzekeraar (zorginkoopmarkt 1 zoals schematisch weergegeven in onderstaand Figuur) en bevat afspraken over onder andere:

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

De igo levert de gecontracteerde zorg zélf of sluit hiervoor overeenkomsten met individuele zorgaanbieders of -instellingen (zorginkoopmarkt 2). Hierin staan afspraken over:

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

Figuur 1.2: Schematische weergave van de twee zorginkoopmarkten bij integrale bekostiging.

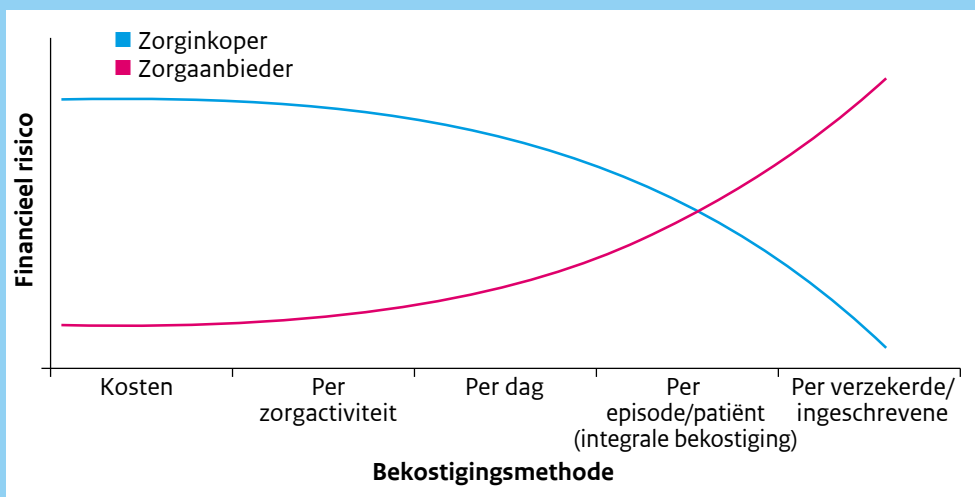


Tekstbox 1.2: Mogelijke effecten van de bekostigingsmethode ‘integrale bekostiging’ op basis van de literatuur

In verschillende wetenschappelijke artikelen zijn de mogelijk effecten van integrale bekostiging beschreven [18-20]. 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 om binnen het eigen domein een hoger volume te realiseren. Het financiële risico ligt in dit model vooral bij de betaler (zorgverzekeraar). Bij een integraal tarief verdwijnt deze prikkel tot volume-verhoging grotendeels, aangezien de zorgaanbieder(s) die het contract met een integraal tarief sluit(en), de financiële verantwoordelijkheid op zich neemt(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 [21] illustreert de verschuiving in financieel risico bij het aanpassen van de bekostigingsvorm. Hoe meer zorgactiviteiten onder één tarief vallen (naar rechts in het figuur), hoe meer financieel risico de zorgaanbieder gaat dragen, waardoor deze een prikkel krijgt tot meer coördinatie en samenwerking tussen zorgverleners en kwaliteitsverbeteringen.

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



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 [18, 20]. Het risico op ondergebruik kan optreden als zorgaanbieders minder zorg gaan verlenen dan noodzakelijk is, waardoor wordt ingeleverd op kwaliteit. Het kan ook zo zijn dat het besparen op zorggebruik binnen de bundel samengaat met betere kwaliteit, bijvoorbeeld door minder complicaties en daaraan gerelateerde ziekenhuiszorgkosten, waardoor de prikkel tot kostenbewust gedrag samengaat met kwaliteitsverbetering. Het daadwerkelijke risico op ondergebruik zal worden bepaald door de reikwijdte (‘scope’) van de bundel in combinatie met de hoogte van het tarief. Ook bestaat het potentiële nadeel dat zorgaanbieders door middel van risicoselectie trachten zoveel mogelijk cliënten te excluseren waarvan de verwachte kosten hoger zijn dan het integrale tarief. Het risico bestaat dat cliënten met een zwaardere casemix worden doorverwezen naar andere zorgaanbieders. Dit risico wordt groter naarmate de kosten van een cliënt op voorhand beter zijn te voorspellen door een zorgaanbieder (een vrouw met tweede zwangerschap waarvan de eerste zwangerschap een keizersnede betrof, heeft bijvoorbeeld een grotere kans op hogere kosten). Uiteindelijk geldt ook voor dit potentiële nadeel dat de mate waarin het optreedt in de praktijk wordt bepaald door de hoogte van het uiteindelijke tarief. Een derde potentieel nadeel is het mogelijke compensatiegedrag dat optreedt *buiten* de bundel bij bepaalde zorgaanbieders als gevolg van taakverschuiving, substitutie of het ontdebellen van activiteiten. Het risico bestaat dat door de vrijgekomen capaciteit budgetten worden aangewend voor onnodige zorg.

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

Bij het invoeren van integrale bekostiging wordt er financieel risico verschoven van zorgverzekeraar naar zorgaanbieder [19]. De zorgaanbieder krijgt hiermee een prikkel tot meer doelmatig werken, tot betere coördinatie en samenwerking tussen zorgverleners en kwaliteitsverbeteringen. Idealiter worden risico’s waarover de zorgaanbieder controle heeft, zoals het uitvoeren van onnodige behandelingen (‘performance risk’), verschoven naar de zorgaanbieder. Dit gaat om keuzes qua behandelingen en de inrichting van het zorgproces. Dit impliceert ook dat aspecten waar de zorgaanbieder geen invloed op heeft *niet* verschoven dienen te worden. Zo worden financiële risico’s die samenhangen met het voorkomen van gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld het aantal diabetes) 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.

1.2 RIVM-monitor

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

Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om de transitie naar igo's en de invoering van integrale bekostiging te monitoren. De RIVM monitor 'integrale bekostiging van de geboortezorg' beslaat de periode 2015 tot en met medio 2020. De gehele monitor, waar dit rapport een onderdeel van is, heeft twee hoofddoelstellingen. Ten eerste: inzicht geven in de ervaringen in het transitieproces naar integrale bekostiging en de ervaringen van actoren met de ontwikkeling van igo's en integrale bekostigingscontracten. Ten tweede inzicht geven in het effect van integrale bekostiging op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg. Het plan van aanpak voor de RIVM-monitor beschrijft dit in detail [22].

Geen effectevaluatie

Dit rapport geeft inzicht in de gezondheidsuitkomsten, verrichtingen en zorguitgaven van de geboortezorg in de periode *voorafgaand* aan de invoering van integrale bekostiging.

De kwantitatieve gegevens gaan over de jaren 2015-2016. Specifiek wordt onderzocht in hoeverre de igo's die in 2017 zijn overgestapt afwijken van de vsv's die niet zijn overgestapt. Inzichten in deze eventuele verschillen in de pre-interventieperiode, inclusief de patronen over de tijd, zijn van belang om in de jaren na invoering de effecten van integrale bekostiging te kunnen meten. Daarnaast zijn de ervaringen met de oprichting van de igo's en met de invoering van integrale bekostiging in het eerste jaar na de invoering beschreven. Hiermee worden de onderzoeksvragen beantwoord zoals beschreven in Tekstbox 1.3. Het rapport is nadrukkelijk geen effectevaluatie van integrale bekostiging van de geboortezorg. In de rapportage van 2020 zal aandacht zijn voor het uiteindelijke effect van integrale bekostiging op de samenwerking tussen zorgverleners, zorginkoopproces en op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg.

Tekstbox 1.3: Onderzoeksvragen in dit rapport

Periode voorafgaand aan het sluiten van een integraal bekostigingscontract

1. Wijken de gezondheidsuitkomsten en verrichtingen en de trend hierin in de vsv's die in 2017 overstappen naar integrale bekostiging af van de vsv's die niet overstappen?
2. Wijken de uitgaven rondom zwangerschap en de trend hierin in vsv's die in 2017 overstappen naar integrale bekostiging af van de vsv's die niet overstappen?

Periode na het afsluiten van een integraal bekostigingscontract

1. Hoe zijn de integrale geboortezorg organisaties ingericht?
2. Hoe verloopt het zorginkoopproces met integrale bekostiging van de geboortezorg?
3. Wat zijn de ervaringen na één jaar van alle betrokken partijen?

Afweging tussen kwaliteit en keuzevrijheid binnen de geboortezorg

Bij de invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg komt met regelmaat de gevolgen voor de keuzevrijheid van de zwangere vrouwen naar voren. Inzicht in hoe zwangere vrouwen de afweging tussen (ervaren) kwaliteit en keuzevrijheid binnen de geboortezorg maken is onbekend. Om deze reden heeft het ministerie van VWS het RIVM een additionele opdracht gegeven om dit aspect te onderzoeken. Bijlage 5 beschrijft het uitgevoerde discretekeuze-experiment naar keuzevrijheid van zorgverlener en kwaliteit van geboortezorg.

1.3 Leeswijzer

In dit rapport gaan we in op de onderzoeksvragen van de monitor waarbij onderscheid wordt gemaakt in; 1) de periode *voorafgaand* aan de invoering van integrale bekostiging, en 2) de eerste ervaringen met de invoering van integrale bekostigingscontracten. In hoofdstuk 2 wordt inzicht gegeven in de gezondheidsuitkomsten, verrichtingen en zorguitgaven in de jaren 2015-2016, waarbij gekeken wordt in hoeverre de (toekomstige) igo's in deze periode afwijken van de overige vsv's. Hoofdstuk 3 beschrijft de eerste ervaringen van partijen met het werken met integrale bekostigingscontracten en de oprichting en vormgeving van de igo's. Ten slotte worden in Hoofdstuk 4 de belangrijkste conclusies weergegeven en bediscussieerd. Daarnaast worden in Hoofdstuk 4 bestaande vraagstukken ten aanzien van integrale bekostiging van de geboortezorg besproken. In Bijlage 1 worden de auteurs, de leden van de Wetenschappelijke Advies Commissie (WAC) en de interne referenten vermeld. Bijlage 2 presenteert de gebruikte gegevens van Perined, Vektis en het CBS, de opzet en gehanteerde onderzoeksmethoden van het kwantitatieve deel van dit rapport in detail. Bijlage 3 beschrijft de opzet en onderzoeksmethoden van het kwalitatieve deel van dit rapport, inclusief de gebruikte itemlijsten tijdens de semigestructureerde interviews weer. In Bijlage 4 worden verdiepende tabellen en figuren gepresenteerd. Bijlage 5 beschrijft tot slot een discreet keuze-experiment dat is uitgevoerd onder recent zwangere vrouwen over keuzevrijheid en kwaliteit van zorg.



2 Kwantitatieve analyse van de jaren 2015-2016: de pre-interventieperiode

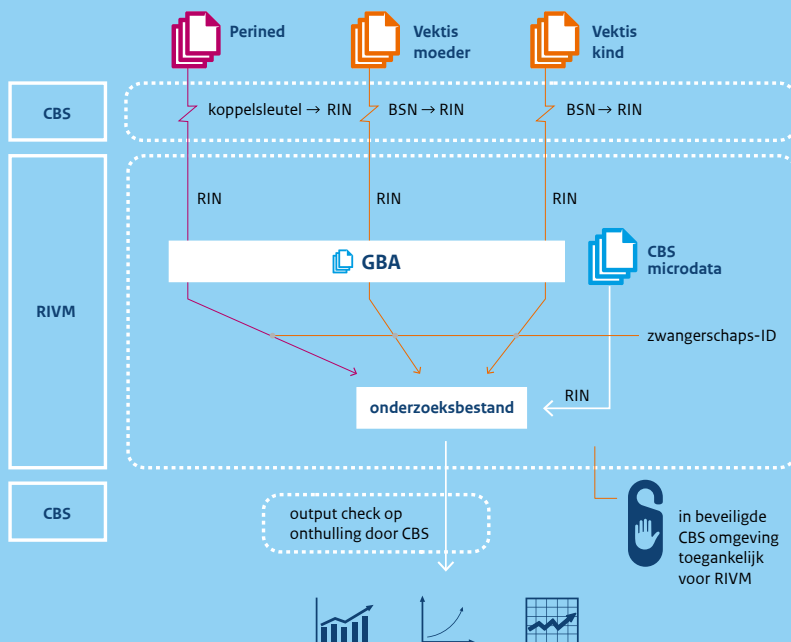
Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen de bevindingen van het kwantitatieve deel van dit rapport. De analyses geven inzicht in de periode *voorafgaand* aan de invoering van integrale bekostiging (jaren 2015-2016) en bevat geen informatie over (mogelijke) effecten van integrale bekostiging van de geboortezorg. Wij geven een beschrijving van de toekomstige igo's (die overstappen naar integrale bekostiging in 2017) en de overige vsv's (die niet zijn overgestapt in 2017). Specifieke aandacht is hierbij voor verschillen in de ontwikkeling over de tijd tussen de toekomstige igo's en de vsv's. Tekstbox 2.1 beschrijft kort de koppelingsprocedure van de databronnen.

Tekstbox 2.1: Koppeling van declaratiegegevens van zorgverzekeraars (Vektis), gezondheidsuitkomsten en kwaliteit van de geboortezorg (Perined) binnen de beveiligde CBS omgeving

Voor dit onderzoek is data van verschillende bronnen gekoppeld binnen de beveiligde omgeving van het CBS. Onderstaand figuur geeft de koppeling schematisch weer. Er zijn declaratiegegevens van de geboortezorg (Vektis) in de jaren 2015 en 2016 opgevraagd. Om te bepalen welke declaratiegegevens relevant zijn voor deze analyse, is een indeling gemaakt van alle prestaties in de verloskundige zorg, medisch specialistische obstetrische zorg en kraamzorg naar de negen deelprestaties (zie ook Tekstbox 3.2 voor toelichting op de deelprestaties). Ook bij Perined zijn gegevens opgevraagd over de verrichtingen en uitkomsten van de zorg van dezelfde jaren. De indicatoren zoals opgesteld door ICHOM [23] en de ketenindicatoren zoals vastgesteld door het Zorginstituut Nederland [24], zijn hierbij als leidraad genomen (zie Tabel B2.5 in Bijlage 2 voor een gedetailleerde beschrijving).

Zowel Vektis als Perined heeft de gevraagde gegevens geüpload naar het CBS. Vervolgens heeft het CBS de data gepseudonimiseerd door het BSN te vervangen door het Random Identificatie Nummer (RIN). Daarna zijn binnen de beveiligde omgeving van het CBS de gepseudonimiseerde data beschikbaar gesteld aan het RIVM (zie onderstaand figuur). Het verkregen bestand is verrijkt met gegevens over sociaaleconomische status (op basis van inkomen, opleiding en werkstatus) en migratieachtergrond afkomstig uit de CBS microdatabestanden [25]. Dit is een sterk vereenvoudigde beschrijving van het koppelingsproces. Meer informatie over de gehanteerde koppelprocedure en de methoden van onderzoek is te vinden in Bijlage 2.

Figuur: Schematische weergave van de koppeling van de verschillende gegevensbronnen



Ongeveer 92% van de pasgeborenen gekoppeld

Van alle pasgeborenen in 2015 en 2016 zoals bekend bij het CBS kon 92% (N=315.708) gevonden worden in zowel de Vektis-gegevens als in de Perined-gegevens (Tekstboxtabel). Dit koppelpercentage varieerde vrijwel niet tussen het gegevensjaar 2015 en 2016. De karakteristieken van het gekoppelde bestand weken niet af van de totale populatie zwangere vrouwen en pasgeborenen in 2015 en 2016. Meer informatie over het koppelproces, de koppelresultaten en de gewenste verbeteringen voor een volgende koppeling in Bijlage 2.2.

Tabel: Aantal levend- en doodgeborenen (gekoppeld) onderzoeksbestand en totaal aan data

	% (aantal) levend- en doodgeborenen		
	2015	2016	Totaal
CBS Statline	100 (171.010)	100 (173.013)	100 (344.023)
Onderzoeksbestand gekoppeld CBS, Vektis en Perined)	91 (155.757)	92 (159.951)	92 (315.708)

Ongeveer 8% van de pasgeborenen in CBS Statline kon dus niet gevonden worden in het gekoppelde bestand. Dit houdt in dat voor deze zwangerschappen geen Vektis gegevens aan Perined gekoppeld konden worden of andersom. De belangrijkste reden hiervoor was het ontbreken van een BSN binnen Perined; hierdoor is bij het toekennen van een RIN bij de Perined-gegevens gebruikgemaakt van een koppelsleutel gebaseerd op geboortedatum moeder, geboortedatum pasgeborenen, geslacht pasgeborene en viercijferige postcode (zie Bijlage 2 voor meer informatie). Deze koppelsleutel is niet 100% uniek waardoor er administratieve tweelingen ontstaan, die niet gekoppeld konden worden. Ook is het mogelijk is dat er door het gebruik van een niet-unieke koppelsleutel foutieve koppelingen zijn ontstaan. Daarnaast had het RIVM niet de beschikking over een geboortedatum of bevallingsdatum in de Vektis-gegevens. Dit zorgde voor problemen bij het definiëren van het aantal zwangerschappen per moeder. Dat geldt in het bijzonder bij de identificatie van miskramen (en abortussen). Ook blijkt dat het overgrote deel van de pasgeborenen die tijdens of vlak na de bevalling overlijden (binnen 24 uur) niet wordt geregistreerd in de GBA en hebben hierdoor geen BSN waardoor een koppeling niet mogelijk is. Deze pasgeborenen komen echter wel voor in de Perined-gegevens in de Vektis-data, maar kunnen door het ontbrekende BSN van het kind dus niet gekoppeld worden. Deze gevallen van perinatale sterfte zijn hierdoor onterecht als miskraam aangemerkt, met als gevolg dat perinatale sterfte is ondervertegenwoordigd in het onderzoeksbestand van deze studie. Dit geldt niet voor de pasgeborenen die na enkele dagen of weken overlijden; voor deze pasgeborenen kon wel een BSN gevonden worden, waardoor zij wel gekoppeld konden worden aan de Vektis-gegevens. Hoofdstuk 4 bespreekt de implicaties en welke verbeteringen nodig zijn in het vervolg van de monitor.

2.1 Beschrijving studiepopulatie

Populatiekenmerken van toekomstige igo's wijken af van de vsv's die niet overstappen

De toekomstige igo's verschillen significant van de vsv's die niet overstappen met betrekking tot vrijwel alle populatiekenmerken in de periode voorafgaand aan de invoering van integrale bekostiging (Tabel 2.1). De zwangere vrouwen in de toekomstige igo's waren in 2015 en 2016 jonger (30,7 jaar versus 31,2 jaar), hadden een hogere SES (86,8% versus 79,5%), meer westers (85,8% versus 80,2%) en woonden minder vaak in stedelijk gebied (12,8% versus 26,6%). Ook de zwangerschapsduur was vaker tussen de 37 en 42 weken (93,6% versus 92,1%) en het percentage geboren eenlingen week af (98,6% versus 98,5%). Voor de verschillen in populatiekenmerken is rekening gehouden bij de beantwoording van hoofdvragen in de paragrafen 2.2 en 2.3. In Tabel 2.1 is niet gecorrigeerd voor populatiekenmerken.

Ook verschillen de toekomstige igo's in zorguitgaven, gezondheidsuitkomsten en verrichtingen van de overige vsv's

In de toekomstige igo's liggen de gemiddelde totale Zvw-uitgaven voor zowel moeder (€4501 versus €4694 in 2015, €3668 versus €4010 in 2016 en €8354 versus €8684 in 2015 en 2016 samen), als kind (€2397 versus €3345 in 2017 en €1802 versus €2291 in 2016) lager dan in de overige vsv's. Dat geldt ook voor de gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap en geboorte. Voor de toekomstige igo's was dat gemiddeld €4984 per zwangerschap en in de overige vsv's €5242 per zwangerschap. De gezondheidsuitkomsten waren in de toekomstige igo's gemiddeld iets gunstiger dan in de overige vsv's; ongewenste uitkomsten ('*adverse outcomes*') kwamen wat minder vaak voor (9,2% versus 9,7%) en het geboortegewicht lag iets hoger; gemiddeld 6 gram (3728 gram versus 3422 gram). In de toekomstige igo's is gemiddeld een hoger percentage vrouwen dat tijdens de bevalling een ruggenprik (25,1% versus 20,5%) ontvangt en worden er iets minder keizersnedes uitgevoerd (13,7% versus 16,4%). Voor de pariteit, het geslacht van het kind en het percentage bevallingen met een fluxus post partum zijn geen verschillen gevonden tussen toekomstige igo's en de vsv's.

Alle zwangerschappen met een pasgeborene met een nicu¹-opname geëxcludeerd

Zwangerschappen waarbij de pasgeborene is opgenomen op een nicu-afdeling zijn niet in de analyses betrokken als gevolg van de toewijzingsmethodiek van een zwangerschap aan een vsv (zie Bijlage 2.2, Tekstbox). Iedere bevalling die leidt tot een nicu-opname wordt toegeschreven aan het vsv waaraan het desbetreffende ziekenhuis deelneemt, én niet aan het vsv waar deze zwangerschap in zorg was. Dit impliceert dat bijna alle verwijzingen naar een nicu worden toegewezen aan een vsv met een nicu, waardoor deze vsv's een veel zwaardere case-mix hebben in vergelijking met de overige vsv's.

¹ Nicu = Neonatale Intensive Care Unit

Tabel 2.1 Beschrijvende statistieken van zwangerschappen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar vsv's en toekomstige igo's

Variabele		Vsv's per zwangere	Toekomstige igo's per zwangere	Totale studiepopulatie per zwangere
Aantal vsv's		80	6	86
Aantal zwangerschappen		289.972	21.970	311.942
		Gemiddelde (se) / %	Gemiddelde (se) / %	Gemiddelde (se) / %
Case-mix				
Moeder				
	Leeftijd*	31,2 (0,0)	30,7 (0,0)	31,2 (0,0)
	SES*			
	Laag	20,6	13,3	20,0
	Hoog	79,5	86,8	80,0
	Etniciteit*			
	Westers	80,2	85,8	80,6
	Niet-Westers	19,9	14,2	19,4
	Urbaniteit*			
	1	26,6	12,8	25,6
	2	25,5	25,9	25,5
	3	17,9	26,5	18,5
	4	16,8	18,9	16,9
	5	13,3	15,8	13,5
Zwangerschap				
	Pariteit^			
	Primiparae	43,8	44,0	43,8
	Multiparae	56,2	56,0	56,2
	Zwangerschapsduur*^			
	32-34 weken	0,7	0,7	0,7
	34-37 weken	4,3	4,1	4,2
	37-42 weken	92,1	93,6	92,2
	> 42 weken	2,1	1,6	2,1
	NTSV-groep*^	37,3	38,5	37,4

Variabele		Vsv's per zwangere	Toekomstige igo's per zwangere	Totale studiepopulatie per zwangere
	Eenling/meerling*^			
	Eenling	98,5	98,6	98,5
	Meerling	1,5	1,4	1,5
Kind				
	Geslacht			
	Jongen	51,3	50,9	51,2
	Meisje	48,7	49,2	48,8
Zorguitgaven in euro's				
Moeder				
	Zvw uitgaven in 2015*	4694 (9,1)	4501 (26,1)	4680 (8,6)
	Zvw uitgaven in 2016*~	4010 (9,3)	3868 (27,4)	4000 (8,9)
Kind				
	Zvw uitgaven in 2015*	3345 (36,2)	2397 (64,1)	3277 (33,9)
	Zvw uitgaven in 2016*~	2291 (18,1)	1802 (37,3)	2256 (17,0)
Zwangerschap				
	Totaal*#	5242 (4,8)	4984 (15,7)	5223 (4,6)
Gezondheidsuitkomsten in procenten				
Moeder / kind				
	AOI-4*^	9,7	9,2	9,7
Moeder				
	Fluxus post partum^	6,5	6,5	6,5
	(sub)totaalruptuur*^	2,2	2,0	2,2
Kind				
	Neonatale sterfte > 2500 gram of > 37,0 weken *^	0,1	0,0	0,1
	Nicu-opname bij > 37,0 weken^	-	-	-
	Apgar <7 na 5 min*^	1,4	1,0	1,4
	Geboortegewicht in grammen*^	3422 (1,1)	3428 (3,5)	3422 (1,0)

Variabele	Vsv's per zwangere	Toekomstige igo's per zwangere	Totale studiepopulatie per zwangere
Verrichtingen			
Moeder			
Ruggenprikken*^	20,5	25,1	20,8
Keizersnedes*^	16,4	16,2	16,2

* AOI-4 (Adverse Outcome Index-4): een score van 1 of 0 als er sprake is van neonatale sterfte > 2500 gram of > 37,0 weken, nicu-opname bij > 37,0 weken, apgar <7 na 5 min, fluxus post partum en/of (sub)totaalruptuur; *voor alpha < 0,05 is per variabele de hypothese verworpen dat gemiddelde van de toekomstige igo's gelijk is aan het gemiddelde van de overige vsv's; # totaal zwangerschap voor alle deelprestaties met uitzondering van de deelprestatie miskraam. -Niet volledig; het jaar 2016 was nog niet volledig uitgedeclareerd bij Vektis ten tijde van de dataverzameling van dit onderzoek. ^bron: Perined

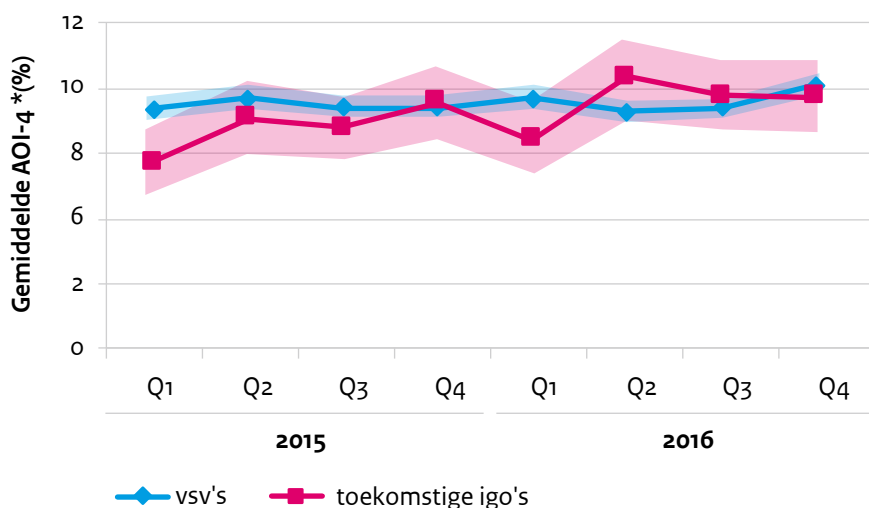
2.2 Is er een verschil, in de gezondheidsuitkomsten en verrichtingen, tussen de vsv's die in 2017 overstappen naar integrale bekostiging en de vsv's die niet overstappen?

Geen verschillen in gezondheidsuitkomsten

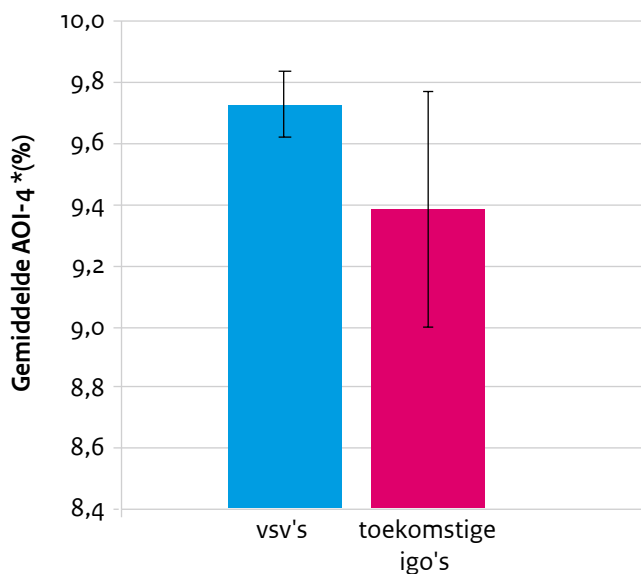
Na correctie voor verschillen in case-mix (populatiekenmerken; leeftijd moeder, zwangerschapsduur, pariteit, etniciteit, urbanisatiegraad en sociaal economische status van de moeder) zijn er geen verschillen gevonden, in gezondheidsuitkomsten van moeder en kind na de zwangerschap, tussen de toekomstige igo's en de vsv's in de jaren 2015 en 2016 (Figuren 2.1- 2.4). Zowel de ongecorrigeerde als de gecorrigeerde puntschattingen voor alle figuren worden getoond in Bijlage 4.

De puntschattingen van de samengestelde Adverse Outcome Index-4 (AOI-4) (neonatale sterfte bij > 2500 gram of >37,0 weken, Apgar-score <7 na 5 minuten, fluxus post partum en/of (sub)totaalruptuur) liggen bij de toekomstige igo's iets lager dan de puntschattingen van de vsv's (9,4% versus 9,7%), maar verschillen niet significant. Ook voor de ontwikkeling in de tijd werden geen verschillen gevonden (Figuur 2.1B). Dit geldt ook voor het percentage bevallingen met een pasgeborene met een Apgar-score <7 na 5 minuten en het percentage bevallingen met fluxus post partum (Figuur 2.2-2.3). Alleen voor het percentage bevallingen met een (sub)totaalruptuur is een significant verschil (1,9% versus 2,3%) gevonden (Figuur 2.4A) wanneer de onderzoeksjaren 2015 en 2016 samen werden genomen. In de analyse van de ontwikkeling over de tijd verdween dit verschil.

Figuur 2.1a: Percentage zwangerschappen met een score op de Adverse Outcome Index-4 (AOI-4)* (neonatale sterfte bij ≥ 2500 gram of $\geq 37,0$ weken, apgar score ≤ 7 na 5 minuten, fluxus post partum en/of (sub)totaalruptuur) weergegeven als percentage over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robynrood) en vsv's (blauw)

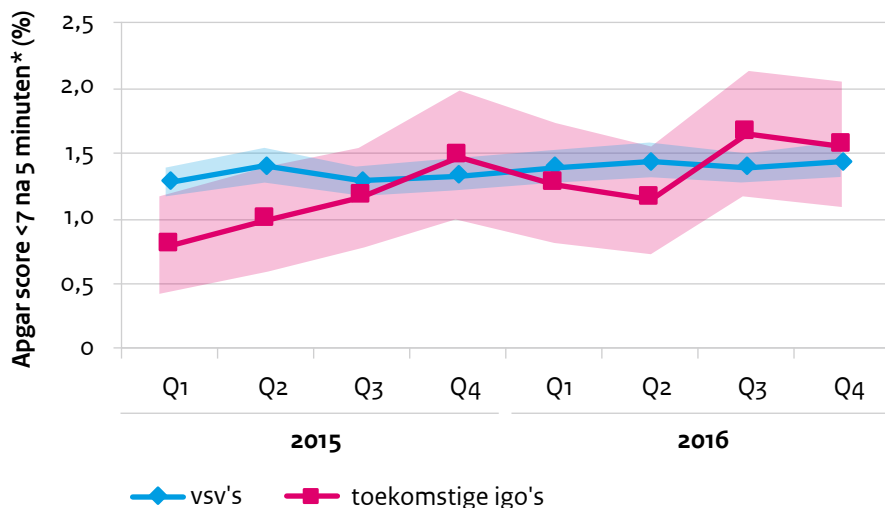


Figuur 2.1b: Percentage zwangerschappen met een score op de Adverse Outcome Index-4 (AOI-4)* weergegeven als percentage in de totale onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robynrood) en vsv's (blauw)

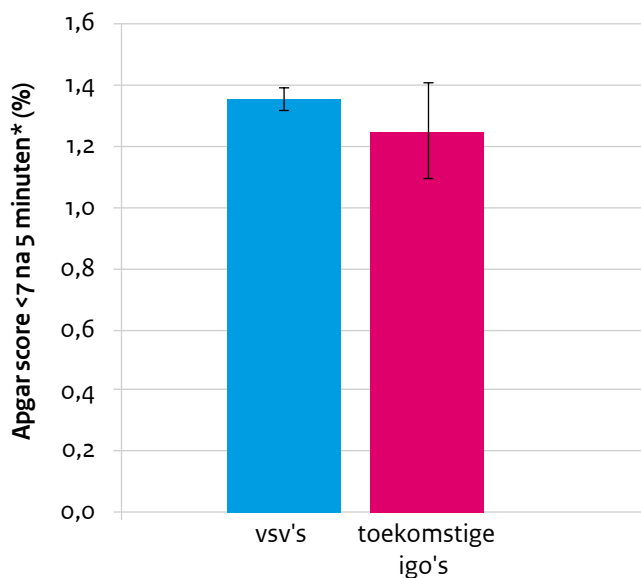


*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

Figuur 2.2a: Percentage pasgeborenen met een Apgar score <7 na 5 minuten* over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robynrood) en vsv's (blauw)

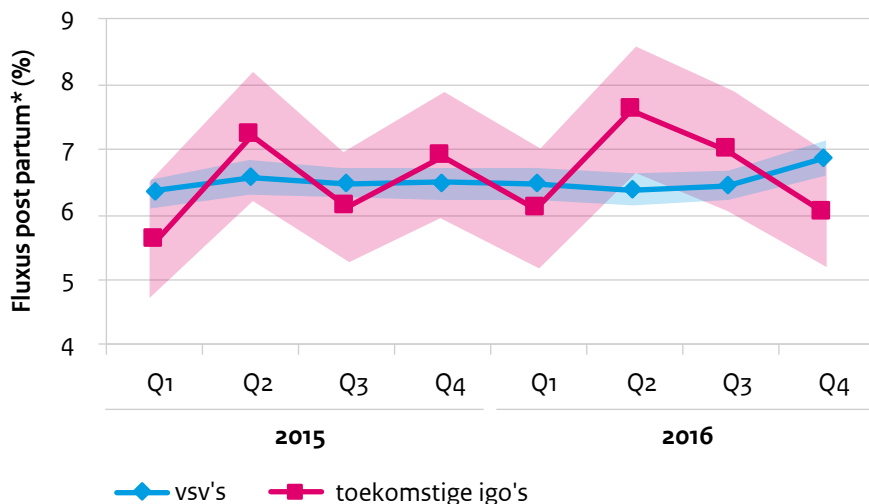


Figuur 2.2b: Percentage pasgeborenen met een Apgar score <7 na 5 minuten* in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robynrood) en vsv's (blauw)

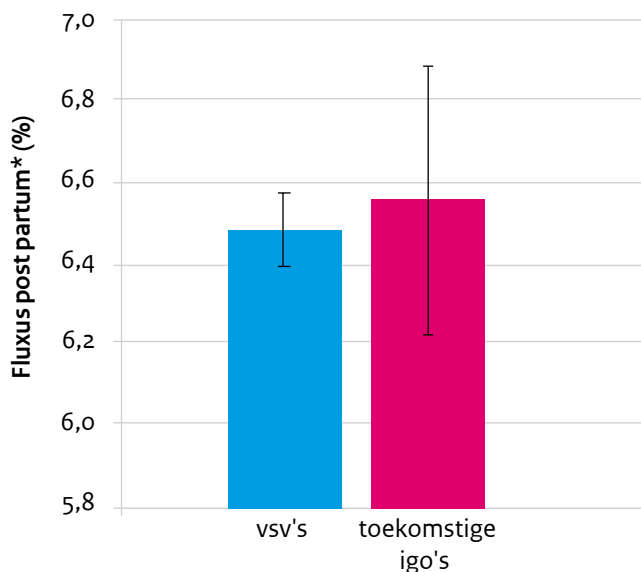


*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

Figuur 2.3a: Percentage vrouwen met een fluxus post partum* over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

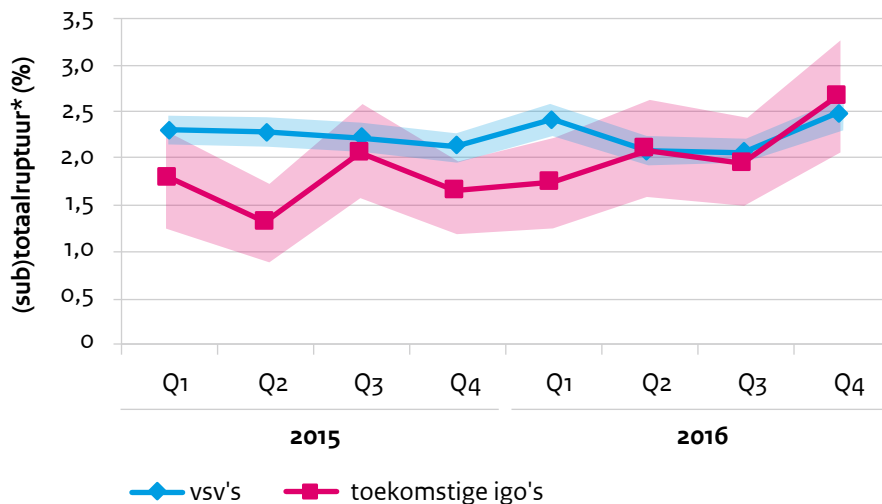


Figuur 2.3b: Percentage vrouwen met een fluxus post partum* in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

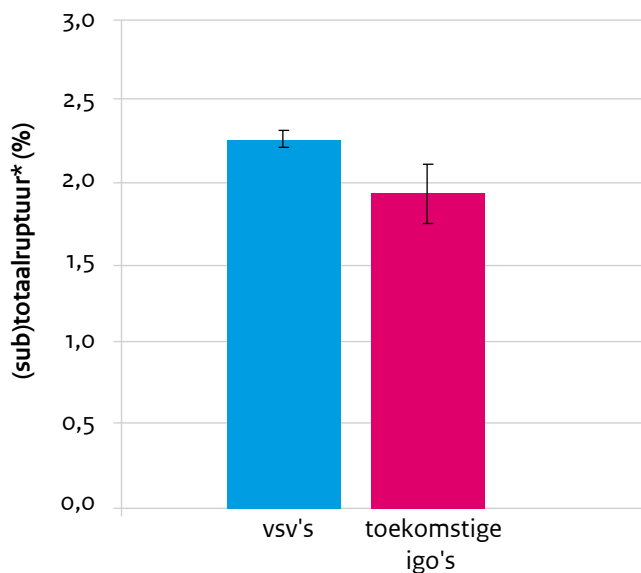


*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

Figuur 2.4a: Percentage vrouwen met een (sub)totaalruptuur* over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)



Figuur 2.4b: Percentage vrouwen met een (sub)totaalruptuur* in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

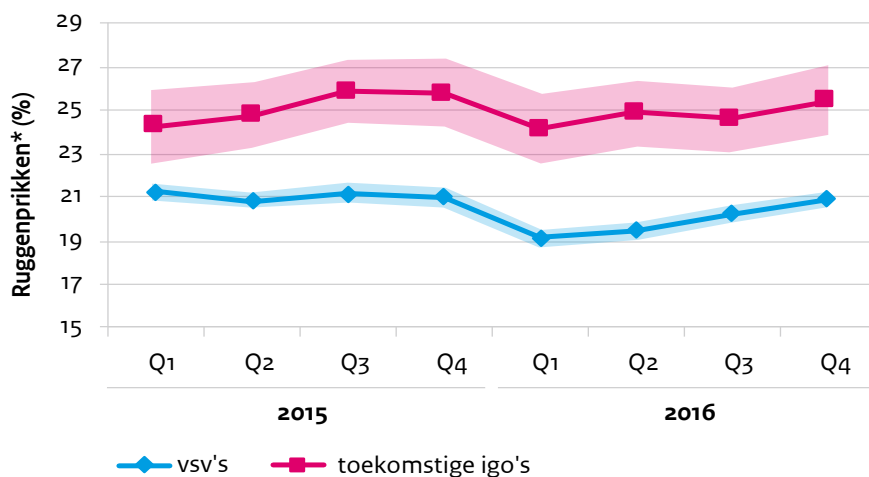


*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

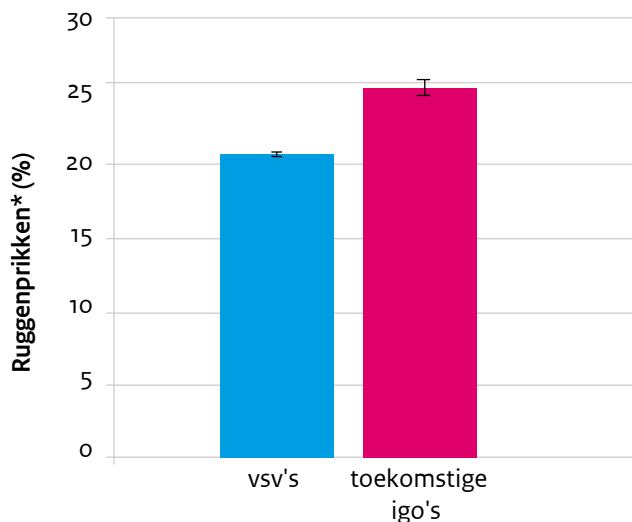
Toekomstige igo's hebben meer ruggenprikken uitgevoerd, maar minder keizersnedes dan de overige vsv's

Er zijn verschillen gevonden tussen toekomstige igo's en de overige vsv's in het percentage bevallingen met een ruggenprik en keizersnede. De toekomstige igo's hebben in 2015 en 2016 meer ruggenprikken (25% versus 20,5%, Figuur 2.4B) en minder keizersnedes (14,4% versus 16,4%, Figuur 2.5B) uitgevoerd ten opzichte van de overige vsv's. Ook de puntschattingen van het percentage ruggenprikken over de tijd ligt voor de toekomstige igo's significant hoger dan de puntschattingen voor de vsv's (Figuur 2.5A). De puntschattingen voor het percentage keizersnedes lijken in het jaar 2015 voor de toekomstige igo's niet te verschillen van de vsv's, maar in 2016 is er wel een klein statistisch significant verschil zichtbaar (Figuur 2.6a). Voor zowel ruggenprikken als keizersnedes zijn geen aanwijzingen gevonden voor verschillen in het patroon over de tijd.

Figuur 2.5a: Percentage bevallingen met een ruggenprik* over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (roze) en vsv's (blauw)

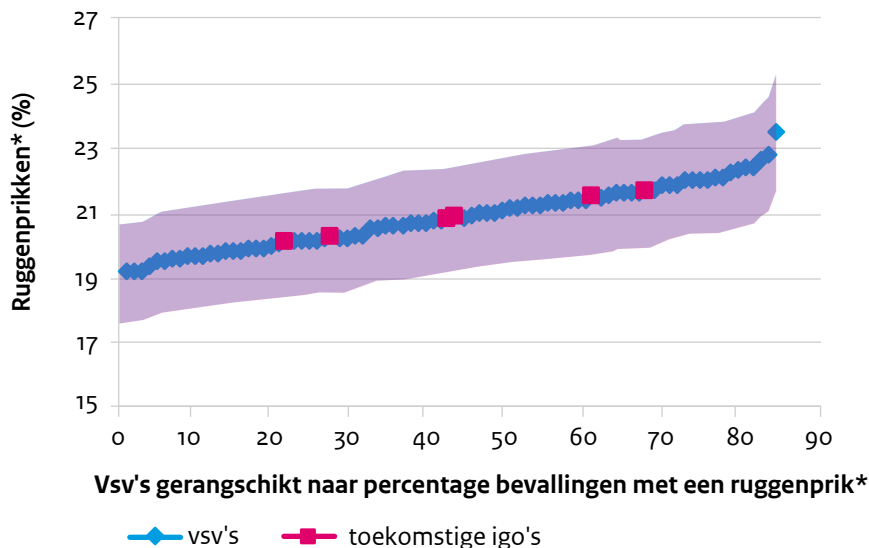


Figuur 2.5b: Percentage bevallingen met een ruggenprik* in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robynrood) en vsv's (blauw)



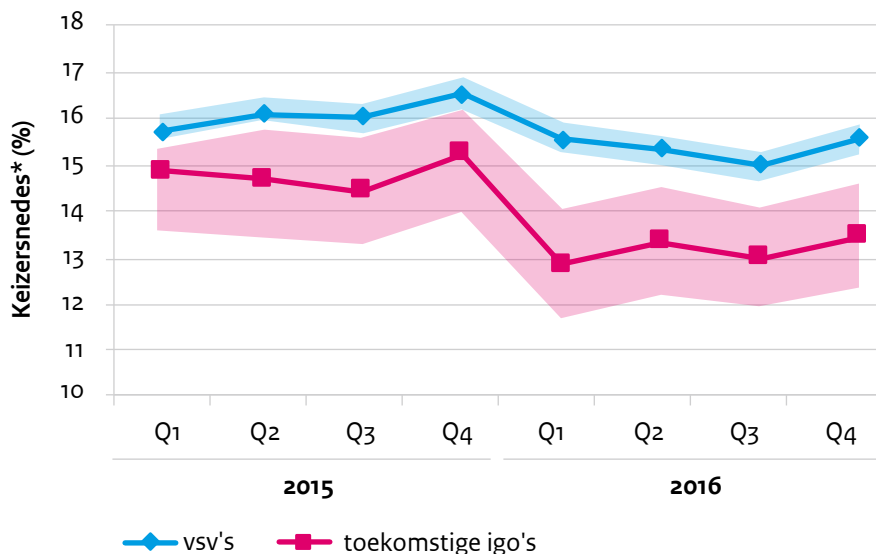
*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

Figuur 2.5c: Variatie in percentage bevallingen met een ruggenprik* tussen toekomstige igo's en vsv's in de onderzoeksperiode 2015-2016

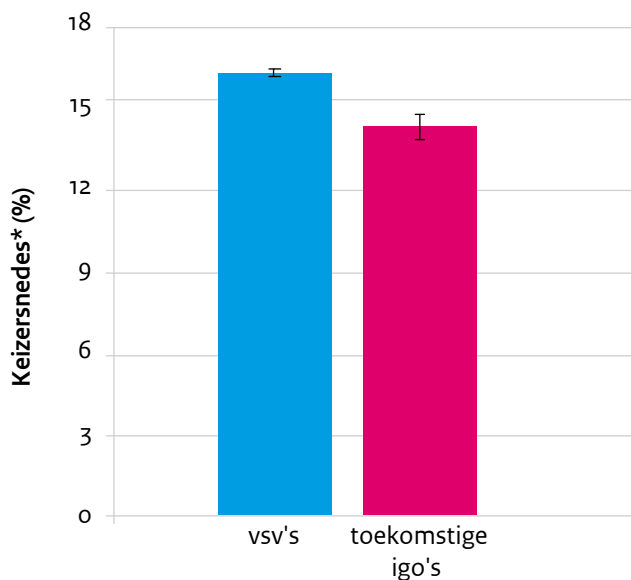


*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

Figuur 2.6a: Percentage bevallingen met een keizersnede* over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

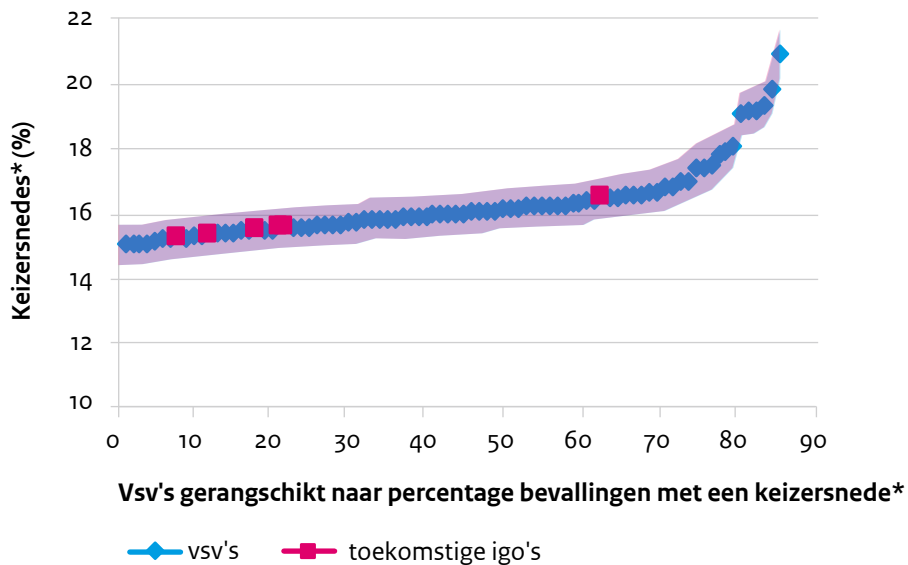


Figuur 2.6b: Percentage bevallingen met een keizersnede* in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)



*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

Figuur 2.6c: Variatie in percentage bevallingen met een keizersnede* tussen toekomstige igo's en vsv's in de onderzoeksperiode 2015-2016



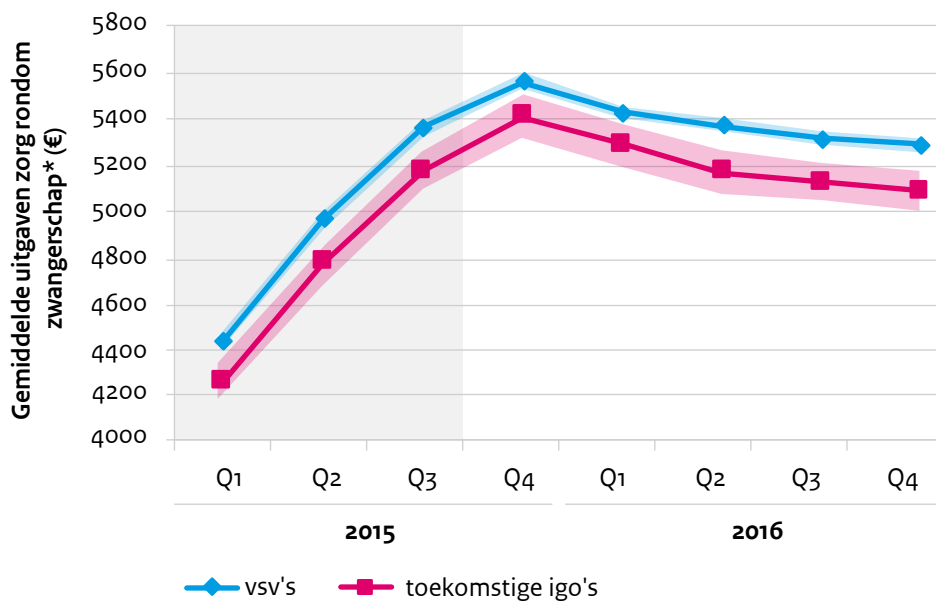
*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

2.3 Is er een verschil, in zorguitgaven rondom zwangerschap, tussen de vsv's die in 2017 overstappen naar integrale bekostiging en de vsv's die niet overstappen?

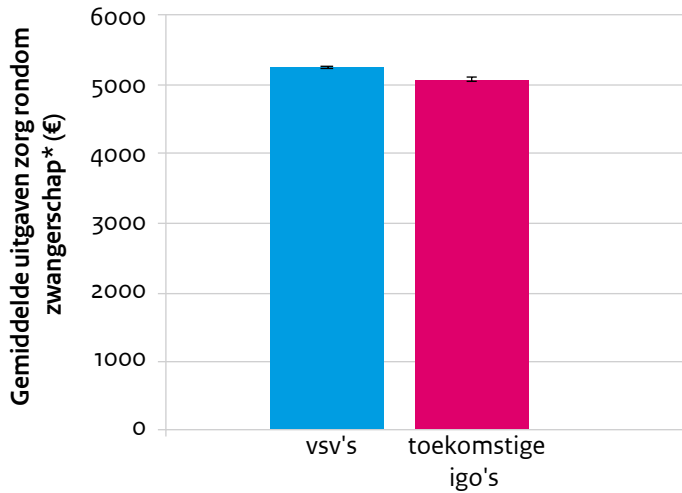
Lagere gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap en geboorte in toekomstige igo's

Toekomstige igo's hadden 3,5 procent lagere zorguitgaven rondom zwangerschap dan de overige vsv's in de jaren 2015 en 2016 (Figuur 2.6A). Deze verschillen zijn ook zichtbaar in de analyse per kwartaal (Figuur 2.7B). Hierbij wordt opgemerkt dat de zorguitgaven in de eerste drie kwartalen niet volledig zijn omdat de declaraties uit 2014 ontbreken (grijs gearceerd vlak). Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat het patroon over de tijd verschillend was. Figuur 2.7C laat zien dat de verschillen tussen de vsv's onderling niet groot zijn, met uitzondering van negen vsv's. Wanneer deze negen buiten de analyse worden gelaten zijn de kosten bij toekomstige igo's gemiddeld 3,0% lager (niet weergegeven). In alle figuren is gecorrigeerd voor verschillen in case-mix tussen de toekomstige igo's en de vsv's.

Figuur 2.7a: Gemiddelde uitgaven aan zorg rondom zwangerschap* per zwangerschap over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (rood) en vsv's (blauw)

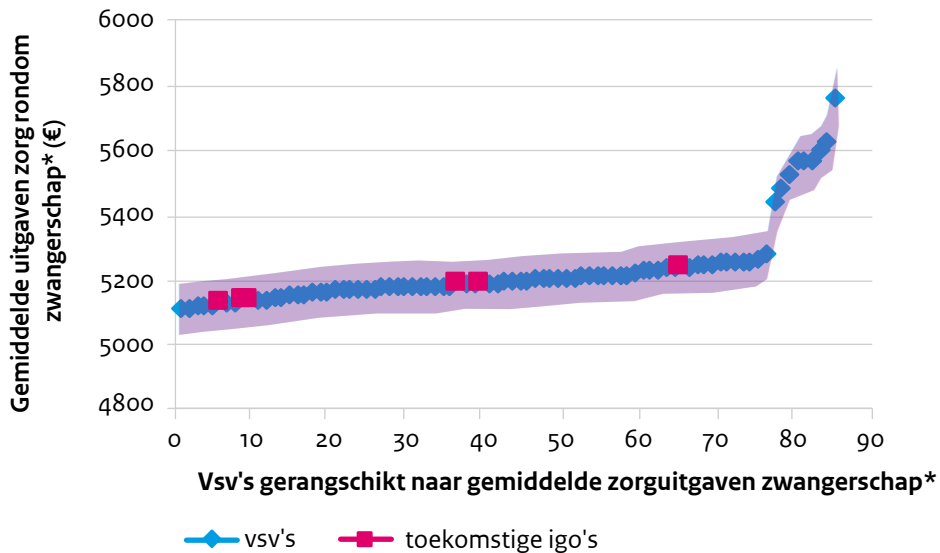


Figuur 2.7b: Gemiddelde uitgaven aan zorg rondom zwangerschap* per zwangerschap in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)



*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

Figuur 2.7c: Variatie in gemiddelde uitgaven aan zorg rondom zwangerschap* per zwangerschap tussen toekomstige igo's en vsv's in de onderzoeksperiode 2015-2016

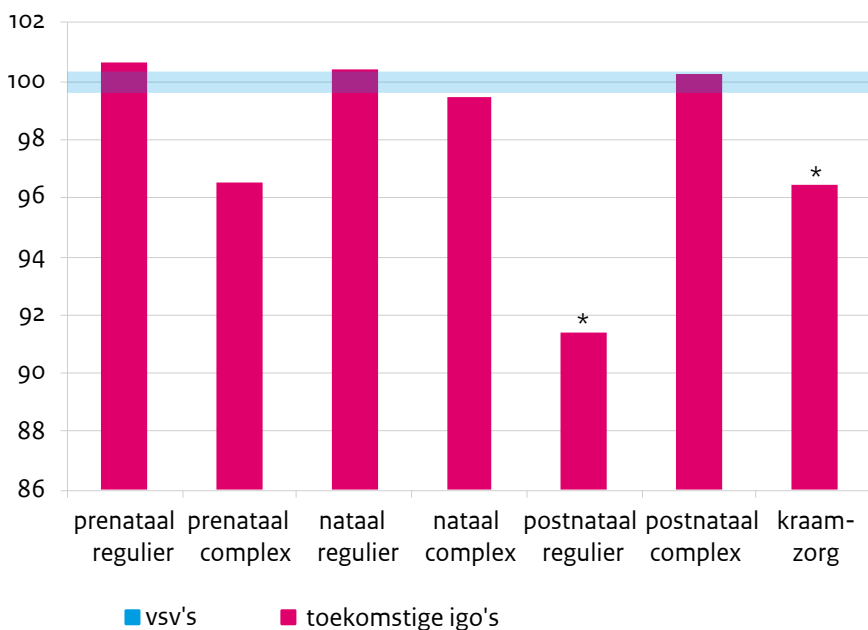


*gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

Verskil in gemiddelde zorguitgaven zwangerschap door deelprestatie postnataal regulier en kraamzorg

De zorguitgaven rondom zwangerschap zijn opgebouwd uit acht deelprestaties, die worden onderverdeeld in prenatale, natale en de postnatale fase (zie ook Tekstbox 3.2). In figuur 2.8 worden deze deelprestaties gepresenteerd om inzicht te geven in de verschillen tussen de toekomstige igo's en de vsv's. De uitgaven van twee deelprestaties (postnataal regulier en kraamzorg) waren in de toekomstige igo's significant lager dan in de overige vsv's. De zorguitgaven voor de deelprestatie postnataal regulier zijn gemiddeld 9% lager in toekomstige igo's dan in de vsv's in 2015 en 2016. Ook zijn de zorguitgaven van de deelprestatie kraamzorg 4% lager in de toekomstige igo's ten opzichte van de overige vsv's. Voor de overige deelprestaties zijn deze verschillen niet significant. Meer figuren van de afzonderlijke deelprestaties zijn te vinden in Bijlage 4.

Figuur 2.8: Verhouding van zorguitgaven# van deelprestaties van (toekomstige) igo's ten opzichte van de overige vsv's (op 100 gezet) in procenten



#gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

Iets minder complexe deelprestaties in toekomstige igo's

Toekomstige igo's hebben in verhouding iets minder complexe deelprestaties in 2015 en 2016 gedeclareerd dan de overige vsv's. Het gaat hier nadrukkelijk om zorguitgaven (prestaties) in 2015 en 2016 die zijn ingedeeld naar de negen deelprestaties. Tabel 2.2 toont het aandeel van de complexe deelprestaties per fase voor deze groepen. In de prenatale fase kon bij de toekomstige igo's 2,7% van de zwangerschappen als complex worden gelabeld, ten opzichte van 3,7% bij de overige vsv's. In de natale fase gaat het om 19,7% versus 21,7%. In de postnatale fase is dit respectievelijk 2,9% en 3,4%. Bijlage 4 geeft meer informatie over de opbouw van de deelprestaties. De deelprestatie miskramen wordt niet getoond (zie voor informatie over miskramen in Bijlage 4).

Tabel 2.2 Aandeel regulier en complex per fase in de zwangerschap voor de jaren 2015 en 2016 gecombineerd, voor toekomstige igo's en vsv's (miskramen niet meegeteld)

	Vsv's		Toekomstige igo's		Totaal	
	%	n	%	n	%	n
Prenatale fase	100	278.505	100	21.082	100	299.587
Regulier	96	268.216	98	20.566	96	288.782
Complex	4	10.289	2	516	4	10.805
Natale fase	100	275.912	100	20.488	100	296.400
Regulier	78	215.976	80	16.450	78	232.426
Complex	22	59.936	20	4.038	22	63.974
Postnatale fase	100	148.546	100	10.433	100	158.979
Regulier	97	143.453	97	10.131	97	153.584
Complex	3	5.093	3	302	3	5.395



3 Eerste ervaringen met het werken met integrale bekostiging

Leeswijzer

Dit hoofdstuk geeft inzicht in;

- 1) Hoe zijn de integrale geboortezorg organisaties ingericht?,
- 2) Hoe verloopt het zorginkoopproces met integrale bekostiging van de geboortezorg?, en
- 3) Wat zijn de ervaringen van alle betrokken partijen na één jaar? Deze inzichten zijn gebaseerd op semigestructureerde interviews en focusgroepen. Tekstbox 3.1 beschrijft kort de gehanteerde onderzoeksmethode.

Tekstbox 3.1: Kwalitatieve onderzoeksmethoden

Gegevens voor dit onderzoek zijn op twee manieren verzameld: 1) via semigestructureerde interviews met zorgverleners, bestuurders, zorgverzekeraars en andere relevante actoren, en 2) via focusgroepen met zorgverleners (o.a. verloskundigen, gynaecologen, kraamzorgmanagers) en recent bevallen of zwangere vrouwen. Een uitgebreide beschrijving van de methoden is terug te vinden in Bijlage 3.

Semigestructureerde interviews

In totaal zijn er met 55 professionals semigestructureerde interviews afgenomen verdeeld over vijf vsv's en de zes eerste igo's gedurende de periode december 2017 tot april 2018. De vijf vsv's zijn door het RIVM willekeurig gekozen na stratificatie op verstedelijking, preferente zorgverzekeraar en plannen tot overstappen op integrale bekostiging. Bij elke geboortezorgorganisatie zijn in ieder geval bestuursleden, verloskundigen, gynaecologen, kraamzorgmanagers en een zorginkoper bij de zorgverzekeraar geïnterviewd. Daarnaast zijn er semigestructureerde interviews gehouden met een afdelingshoofd verloskundige, klinisch verloskundigen, externe projectleiders en financiële managers. In veel gevallen bekleedde dezelfde professionals meerdere functies, zoals zorgverlener én bestuurslid of eerste- én tweedelijns verloskundige. Interviews zijn met goedkeuring van geïnterviewden opgenomen en vervolgens uitgewerkt door een onderzoeker van het RIVM. Ook zijn gevulde tabellen voorgelegd aan – en goedgekeurd door – contactpersonen van de igo's (peildatum oktober 2018).

Expertpanel en focusgroep

Er zijn twee bijeenkomsten gehouden: een multidisciplinair expertpanel met geboortezorgprofessionals en een focusgroep met pas bevallen (minder dan twee jaar geleden) vrouwen en zwangere vrouwen. Voor het expertpanel is via het CPZ een oproep gedaan aan de aangesloten beroepsgroepen. In het expertpanel waren verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg en zorgmanagement vertegenwoordigd. Tijdens het expertpanel is getoetst of de resultaten en conclusies uit de interviews representatief zijn voor de Nederlandse geboortezorg en zijn eventueel onderbelichte thema's geïdentificeerd. In de focusgroep met pas bevallen en zwangere vrouwen is besproken welke thema's zij als belangrijk ervaren voor de (her)organisatie van de geboortezorg.

3.1 Hoe zijn de integrale geboortezorgorganisaties vormgegeven?

Vijf igo's juridisch vormgegeven als coöperatie uitgesloten aansprakelijkheid, één igo als business unit

Tabel 3.1 toont de karakteristieken van de igo's in 2017. In dat jaar bestonden er drie juridische vormen van de igo's; vof (vennootschap onder firma) (n=1), business unit (n=1) en coöperatie u.a. (uitgesloten aansprakelijkheid) (n=4). De vof is inmiddels omgezet tot een coöperatie u.a. De coöperaties u.a. kennen geen toezichthoudend orgaan. Daarnaast zijn de leden niet aansprakelijk voor een eventueel financieel tekort [26]. De business unit is onderdeel van een holding waar ook het ziekenhuis onder valt. Door deze organisatiestructuur is er een formeel toezichthoudend orgaan, controlerend op zowel kwaliteit van zorg(coördinatie) als financiële stabiliteit. Zowel in de coöperatie u.a. als de business unit blijven de deelnemende partijen hun zelfstandigheid behouden, waardoor de zelfstandigen-aftrek blijft bestaan [27].

Tabel 3.1 Karakteristieken van igo's in 2017 (peildatum: oktober 2018)

	igo	igo	igo	igo	igo	igo
Juridische vorm	Coöperatie u.a.	Vof	Coöperatie u.a.	Coöperatie u.a.	Business Unit	Coöperatie u.a.
Formeel toezichthoudend orgaan	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Multidisciplinair bestuur (Alle kerndisciplines aanwezig)	Ja (nee, geen kraamzorg)	Ja (ja)	Ja (ja)	Ja (ja)	Ja (ja)	Ja (ja)
Alle verloskundepraktijken aangesloten	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
Eerstelijns verloskundigen in igo als...	Per praktijk	Coöperatie	Per praktijk	Per praktijk	Coöperatie	Coöperatie
Kraamzorg onderling georganiseerd in...	Ksv	Coöperatie	Nee	Nee	Coöperatie	Coöperatie
Vsv is opgegaan in igo	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
Multidisciplinair EPD	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee

Coöperatie u.a.: coöperatie uitgesloten aansprakelijkheid, EPD: elektronisch patiënten dossier, igo: integrale geboortezorg organisatie, vsv: verloskundig samenwerkingsverband, ksv: kraamzorg samenwerkingsverband.

Verloskundigen, gynaecologen en ziekenhuizen zijn altijd vertegenwoordigd in igo, kraamzorg in 5 van de 6 igo's

In alle igo's zijn eerstelijnsverloskundigen, gynaecologen en het ziekenhuis vertegenwoordigd in het bestuur. Kraamzorgorganisaties hebben in vijf van de zes gevallen plaats in het bestuur (zie Tabel 3.1). Deelname aan de igo is in alle gevallen op basis van gelijkwaardigheid; dat houdt in dat de zeggenschap van alle deelnemende partijen gelijk is. In de igo waar de kraamzorgorganisatie niet in het bestuur zit, is deze kerndiscipline wel inhoudelijk betrokken geweest bij het vormgeven van de juridische entiteit en zorginhoudelijke ontwikkelingen. Deelname aan een igo vindt op twee manieren plaats; 1) alle individuele zorgaanbieders en organisaties participeren zelf in de igo, of 2) alle zorgaanbieders en of instellingen van een kerndiscipline verenigen zich éerst samen in een monodisciplinaire nieuwe juridische entiteit. Vervolgens participeren deze nieuwe monodisciplinaire entiteiten in de igo. Dit speelt vooral bij de kraamzorgorganisaties en eerstelijnsverloskundigen. Gynaecologen waren al verenigd in een maatschap. Deze maatschap participeert in de igo. Cliëntenparticipatie, in bijvoorbeeld de vorm van een cliëntenraad (of moederraad), wordt aangemoedigd, geven alle igo's aan. Ondanks grote inspanningen blijkt het vaak moeilijk om vrouwen te werven die zich hiervoor inzetten. In één igo was in 2017 een cliëntenraad actief op het organisatieniveau van de igo.

Deelname uit kerngebieden groot

In vier igo's zijn alle eerstelijnsverloskunde praktijken uit het kerngebied (een kerngebied is waar de meerderheid van de zwangeren naar het bij de igo aangesloten ziekenhuis verwezen wordt) vertegenwoordigd in de juridische entiteit. In twee igo's neemt een enkele verloskundepraktijk uit het kerngebied van de igo daar niet aan deel. De reden hiervan is een afwijkende visie op de weg naar integrale zorg en onzekerheid over mededinging en autonomie. De zogenoemde randpraktijken (dat zijn eerstelijnsverloskunde praktijken waarvan de meerderheid van de doorverwezen zwangere vrouwen niet in het participerende ziekenhuis bevalt) nemen vrijwel nooit deel aan de juridische entiteit. Wel zijn deze randpraktijken zorginhoudelijk betrokken bij de igo via bepaalde werkgroepen of deelname aan het vsv. Eerstelijnsverloskunde praktijken die geen onderdeel zijn van de igo, worden in zorginkoopmarkt 2 dus ook niet gecontracteerd door de igo. De zorg die zij leveren wordt vergoed via het bestaande bekostigingssysteem. Geen van de igo's heeft zorgverleners in dienst voor de verlening van patiëntenzorg en alle zorg wordt gecontracteerd via zorginkoopmarkt 2. In alle igo's vinden organisatorische en coördinerende activiteiten plaats en zijn er meerdere multidisciplinaire werkgroepen actief. Deze werkgroepen richten zich op een specifiek onderdeel, zoals het ontwikkelen van zorgpaden, de governance structuur, contractering, de kostprijsberekening van de integrale tarieven en ICT.

In twee igo's blijft het vsv bestaan

In twee igo's blijft het vsv voortbestaan. In de andere gevallen gaat het vsv op in de igo. In de situatie dat er een vsv naast een igo bestaat, worden de taken gescheiden; de zorginhoudelijke ontwikkelingen worden belegd bij het vsv en financiële afspraken, organisatorische en beleidsvraagstukken vallen onder de igo (zie quote). Als voordeel hiervan werd genoemd dat partijen die niet participeren in de igo toch betrokken blijven bij de zorginhoudelijke ontwikkelingen in de regio. Een nadeel is dat niet altijd helder is wat de verantwoordelijkheid

is van het vsv en wat van de igo. Er kunnen bijvoorbeeld spanningen ontstaan, doordat afspraken over kwaliteit van zorg met de zorgverzekeraar gemaakt door de igo, gerealiseerd moeten worden door het 'breder' vsv. Geïnterviewden benadrukken dat dit spanningsveld in het huidige beginstadium beperkt blijft omdat veelal dezelfde personen, of personen in nauwe samenwerking, in het bestuur van beide organisaties zitten.

“Nou, dat hebben we heel bewust gedaan [voortbestaan van vsv naast igo] omdat we heel graag 'het geld' en 'de inhoud' willen scheiden. Omdat het anders vertroebelt... En ik zie elders waar dat niet zo is. Op termijn gaat dat goed hoor, maar dat zorgt er wel voor dat je gewoon inhoudelijk één jaar vertraging oploopt, minstens. Dus wij zijn gewoon doorgedaan met ontwikkelingen op inhoud terwijl elders ben je alleen maar bezig met geld.”

Manager van een kraamzorgorganisatie

3.2 Hoe zien de integrale bekostigingscontracten eruit?

Tekstbox 3.2. Het landelijke model: 9 deelprestaties verdeeld over prenatale, natale en postnatale fase

Het integrale tarief bestaat uit 9 deelprestaties (zie onderstaand Figuur). Voor elk van deze prestaties is het tarief vrij onderhandelbaar en zijn de minimale zorgactiviteiten vastgelegd in de Zorgstandaard integrale geboortezorg [28]. De NZa heeft een indeling gemaakt van welke monodisciplinaire prestaties tot welke van de negen deelprestaties behoort [1].

Figuur: Het landelijke model met de negen deelprestaties (gebaseerd op [1])

Prenataal	Nataal	Postnataal
1. Eindigend voor 16 wkn (inclusief nazorg)		
2. Regulier	4. Regulier	7. Regulier
3. Complex	5. Intramuraal op eigen verzoek	8. Complex
	6. Complex	9. Kraamzorg per uur

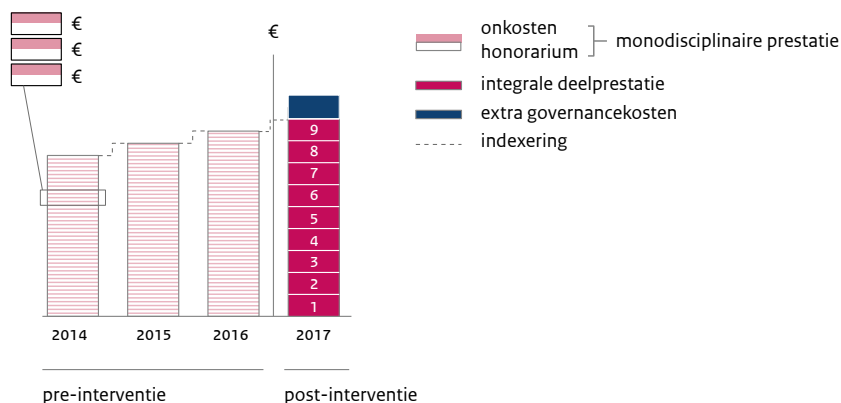
Wanneer een zwangerschap voor 16 weken eindigt, wordt een aparte deelprestatie gedeclareerd en vergoed. Bij een zwangerschap met een zwangerschapsduur langer dan 16 weken wordt per fase (prenataal, nataal en postnataal) één deelprestatie gedeclareerd. Binnen een fase wordt onderscheid gemaakt tussen een reguliere of een complexe prestatie. Voor een reguliere bevalling die poliklinisch plaatsvindt zonder medische indicatie is een aparte deelprestatie (deelprestatie intramuraal op eigen verzoek). Tot slot vindt een declaratie plaats voor kraamzorg (per uur). De declaratie voor iedere volrdagen zwangerschap bestaat dus uit vier deelprestaties: een deelprestatie in de prenatale fase, de natale fase, de postnatale fase en de kraamzorg.

Budgetneutrale overgang is uitgangspunt

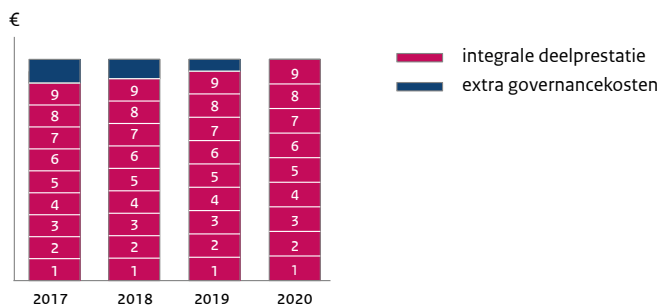
De deelprestaties bestaan uit een optelsom van de monodisciplinaire prestaties in combinatie met de jaarlijkse indexering (zie Figuur 3.1A). In de integrale bekostigingscontracten zijn de verschillende deelprestaties berekend op basis van 'historische data'. In de meeste gevallen is hierbij het gegevensjaar 2014 gebruikt, omdat de jaren 2015 en 2016 op het moment van berekenen niet eenduidig of volledig uitgedeclareerd waren. In alle onderhandelingen is afgesproken om 'budgetneutraal' over te gaan. Dit betekent dat de optelsom van de monodisciplinaire prestaties gelijk is gesteld aan de optelsom van de integrale deelprestaties (per zwangerschap) (Figuur 3.1A).

Figuur 3.1: Schematische weergave van (A) de opbouw van de deelprestaties ten opzichte van monodisciplinaire prestaties en (B) de mogelijke afbouw van de extra governancekosten ten opzichte van de ontwikkeling van de deelprestaties

A



B



Veel overeenkomsten tussen integrale bekostigingscontracten, verschillen op onderdelen

Alle contracten volgen grotendeels het landelijke model met de negen deelprestaties (Textbox 3.2). In twee igo's is de deelprestatie kraamzorg niet gecontracteerd. Ook zijn in alle contracten vergoedingen van de extra governancekosten opgenomen. Hierbij valt te denken aan kosten om de nieuwe organisatie op te zetten zoals het aanpassen van ICT en administratiesystemen. De zorgaanbieders en de zorgverzekeraars gebruiken niet dezelfde terminologie; zowel overheadkosten als transitiekosten worden door elkaar gebruikt. In de meeste gevallen is voor de extra governancekosten per igo een lumpsum bedrag afgesproken dat per zwangerschap wordt uitbetaald ('de tiende deelprestatie'). De intentie is dat na enkele jaren (bijvoorbeeld 2 of 3 jaar) de extra kosten van de igo niet apart vergoed worden, maar door doelmatigheidswinst uit de deelprestaties gefinancierd worden (zie de schematische weergave in Figuur 3.1B). De exacte invulling van deze afspraak verschilt per contract. De meeste igo's (n=5) krijgen een voorschot. Het voorschot wordt verrekend na het indienen van de declaraties van de deelprestaties. Daarnaast zijn overal vangnetconstructies afgesproken (in de alinea hieronder verder toegelicht). En tot slot is er in geen van de contracten een expliciete koppeling gemaakt tussen de kwaliteit van de zorg en het tarief.

Tabel 3.2 Karakteristieken van IB contracten in 2017 (de volgorde waarin igo's zijn weergegeven is willekeurig bepaald en komt niet overeen met de volgorde in Tabel 3.1)

	igo	igo	igo	igo	igo	igo
Landelijk model	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kraamzorg in het contract	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
Voor 2017 alle zorgverzekeraars gecontracteerd? (peildatum 10-2018)	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Extra governancevergoeding van verzekeraar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bevoorschotting	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Vangnetconstructie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Expliciete koppeling kwaliteit van zorg en het tarief	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Igo: integrale geboortezorgorganisatie

Drie igo's hebben contracten met alle grote zorgverzekeraars, contracten verschillen tussen preferente en verre zorgverzekeraar

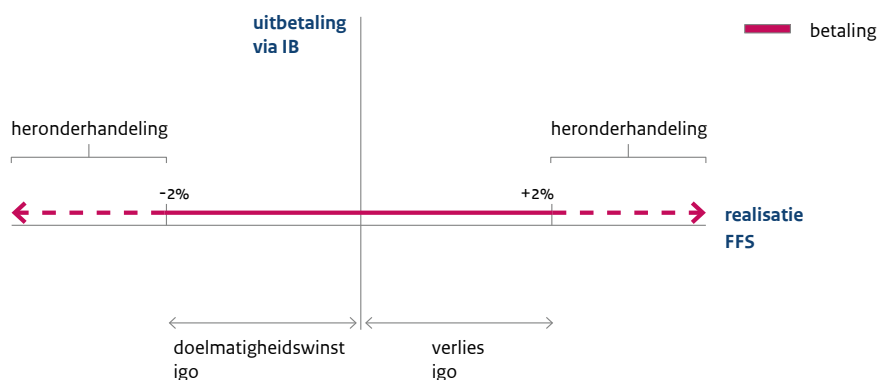
Drie igo's hebben met alle zorgverzekeraars contracten gesloten (peildatum oktober 2018). Na het sluiten van het eerste contract met de preferente zorgverzekeraar, heeft elke igo met de andere zorgverzekeraars onderhandeld over de inhoud van het contract en de prijzen. Hierdoor bestaan nuanceverschillen tussen contracten, maar in grote lijnen zijn dezelfde typen afspraken gemaakt. Door deze verschillen neemt de bureaucratie en de tijdsinvestering voor de igo wel toe. De overige drie igo's hadden wel met hun preferente zorgverzekeraar een contract gesloten, maar nog niet met alle zorgverzekeraars.

'Vangnetconstructie' in alle contracten om financiële risico's voor de igo's te verkleinen

Om de financiële risico's te verzachten, voor zowel igo's als zorgverzekeraars, is in alle contracten een 'vangnetconstructie' overeengekomen. Een vangnetconstructie zorgt ervoor dat de optelsom van de deelprestaties van het nieuwe model tot op zekere hoogte kan afwijken van de monodisciplinaire 'fee-for-service' (FFS) systematiek. Er zijn twee typen vangnetconstructie waargenomen; 1) heronderhandeling bij overschrijden van een specifieke bandbreedte, en 2) een aanneemsom. In het eerste type (zie figuur 3.3) is een bandbreedte afgesproken waarbinnen géén heronderhandeling plaatsvindt. Meerdere geïnterviewden spraken over een afgesproken symmetrische bandbreedte van 2%. Dit betekent dat wanneer de optelsom van de monodisciplinaire prestaties volgens de schaduwboekhouding (FFS op de x-as) minder dan 2% afwijkt van de deelprestaties, er niet wordt heronderhandeld over een correctie van de deelprestaties. Pas wanneer de vooraf afgesproken afwijking wordt overschreden, kan worden heronderhandeld over het tarief. Geïnterviewden geven aan dat niet is vastgelegd welke financiële acties er dan ondernomen kunnen worden.

In het tweede type is een ‘aanneemsom’ afgesproken. De igo is zodoende verzekerd van deze inkomsten, maar neemt de volledige verantwoordelijkheid voor het volume aan zorg voor de populatie van de igo-regio op zich. Dit betreft alleen het contract met de preferente zorgverzekeraar. De contracten met de overige zorgverzekeraars zijn vergelijkbaar met de vangnetconstructie met een tariefherijking.

Figuur 3.2 Heronderhandelingen over tarief bij het overschrijden van de bandbreedte afspraak



Enmalige vergoeding vanuit VWS

De zes igo's die in 2017 van start gingen hebben, naast de gehonoreerde declaraties van deelprestaties, ook een vergoeding ontvangen vanuit het ministerie van VWS. Deze igo's hebben verschillende producten, waaronder handreikingen en documenten, ter beschikking gesteld aan het College Perinatale Zorg (CPZ) voor het vertalen van de door hen opgedane kennis naar producten voor alle vsv's. Hieronder vallen handreikingen en documenten rondom de thema's: kwaliteitssysteem, kostprijsberekening, juridische entiteit, cliëntparticipatie en grootstedelijke situatie. Deze documenten zijn beschikbaar voor alle vsv's en terug te vinden op de website www.kennisnetgeboortezorg.nl.

Bekostiging van door igo gecontracteerde zorgaanbieders nog onveranderd

Het integrale bekostigingscontract is het contract tussen de igo en de zorgverzekeraar. Igo en de individuele zorgaanbieders en zorginstellingen onderhandelen echter over de verdeling van de inkomsten. Uit de interviews kwam naar voren dat zorgaanbieders in 2017 nog steeds de bestaande monodisciplinaire prestaties aan de igo declareerden. Voor de gecontracteerde zorgaanbieders veranderde het bekostigingsmodel dus niet. De monodisciplinaire prestaties die door onderaannemers gedeclareerd zijn, wordt door de igo gebruikt om de deelprestaties per zwangere af te leiden. De afgeleide deelprestaties zijn vervolgens bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.

“We gaan nu weer terug naar de inhoud, en nu komt dan natuurlijk de uitdaging. Van ja, als geld dus geen rol meer speelt; hoe gaan we het dan doen? Daar gaan we nu mee spelen. Nu wordt het leuk voor de spelers. Nu gaan we over transitie en verschuiving van zorg...”

Verloskundige verbonden aan een igo

“Maar die (financiële onzekerheid) heb ik nou nog niet, want wij zijn met een pilot begonnen, het is nog steeds een pilot. 2017 hebben we gebruikt als jaar voor schaduwboekhouding, dus ik heb exact hetzelfde verdiend wat ik daarvoor verdiend zou hebben.”

Verloskundige verbonden aan een igo

3.3 Ervaringen na één jaar

Ervaringen in igo's

Alle zorgverleners positief over verbeterde samenwerking

Alle geïnterviewden, die verbonden waren aan een igo, gaven aan dat door de integrale bekostiging de onderlinge samenwerking verbeterd is. In meerdere interviews kwam naar voren dat de samenwerking gestructureerder, intensiever en minder vrijblijvend was dan voorheen. Een belangrijk aspect was dat zorgverleners elkaar nu veel eerder aanspreken indien zorginhoudelijke of organisatorische zaken niet naar behoren verlopen (zie quotes). Alle zorgverleners zijn hier positief over en ervan overtuigd dat dit de kwaliteit van zorg ten goede komt. De verbeterde samenwerking is ook terug te vinden buiten de igo; ook monodisciplinair hebben de zorgaanbieders zich verenigd en zijn bijvoorbeeld kraamzorgsamenwerkingsverbanden (ksv's) opgericht. Dit draagt volgens geïnterviewden niet alleen bij aan een betere samenwerking in de regio, maar ook aan meer slagkracht bij het vormgeven en implementeren van integrale zorg.

“Je gaat strikter kijken naar wanneer je iemand verwijst, op welk tijdstip in de zwangerschap je verwijst en wanneer je iemand terug krijgt als het kan en mag en dat we daar strenger op zijn en daar sneller actie ondernemen als we vinden dat er niet gehandeld wordt zoals het hoort.”

Verloskundige verbonden aan een igo

“We leggen sneller contact met de tweede lijn als dingen niet gaan zoals ze volgens ons zouden moeten gaan. Waar we voorheen ook wel communiceerde, maar sneller dachten van nou ja ik ga dat nu even niet terugkoppelen daar heb ik geen zin in. Denken we nu: maar ja ho even, jouw geld is mijn geld en mijn geld is jouw geld dus. Je wordt scherper op een ander en kijkt minder snel weg.”

Verloskundige verbonden aan een igo

Voorgaande (bedrijfseconomische) successen cruciaal voor overstap

Geïnterviewden van alle igo's gaven aan dat een historie van samenwerking en gezamenlijke economische activiteit essentieel is om tot een succesvolle vorming van de igo en integrale bekostigingscontracten te komen. Voorbeelden hiervan zijn een gezamenlijk echocentrum, moeder-kind-centrum of zorginhoudelijke pilot met substitutie van zorg. Als gevolg van deze activiteiten was er voldoende onderling vertrouwen om de stap naar de oprichting van een igo te kunnen maken. Het goede vertrouwen is een noodzakelijke basis om met integrale bekostiging te pionieren. Dit vertrouwen is nog verder toegenomen door de samenwerking in het kader van de integrale bekostiging.

Verbindende rol onafhankelijke partij

De kennis en bemiddeling van een onafhankelijke partij heeft bij de vorming van de meeste igo's, volgens alle geïnterviewden, een heel belangrijke rol gespeeld (zie quote). De externe onafhankelijke partij is ingehuurd vanwege juridische en financiële kennis, maar ook vanwege de onafhankelijke bemiddelende rol om partijen bij elkaar te brengen en te houden. Dat deze bemiddeling van een onafhankelijke partij kwam, was hierbij volgens veel geïnterviewden noodzakelijk. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat deze bemiddelende rol ook bij de onderhandelingen tussen een igo en de zorgverzekeraars van groot belang was.

“Nou, ik ben heel blij met die externe begeleiders want ... heeft echt een hele positieve impuls gegeven en had ik niet geweten of we het zonder gered hadden. Dus daar ben ik echt heel blij mee. Die brachten de expertise mee en voor mij de rust, die zeiden van 'dit is het stappenplan; zo gaan we het doen'. We zijn als werkgroepen gaan zitten en die hebben ze mee getrokken, die hebben de juridische expertise met de belastingdienst.... met, ja he daar moet je ook allemaal over nadenken.”

Bestuurder bij een igo

“Wij hebben de expertise niet om een integraal tarief op te stellen... Kunnen wij niet, kunnen de gynaecologen ook niet en kan het ziekenhuis ook niet. Daar heb je echt écht externe begeleiders voor nodig.”

Bestuurder bij een igo

Eerste onderhandelingen met preferente zorgverzekeraar complex en tijdrovend, maar nieuwe onderhandelingen lijken beter te verlopen

Zowel igo's als zorgverzekeraars gaven aan dat de eerste onderhandelingen moeizaam verliepen. Dit speelde zowel bij het contracteren van de preferente zorgverzekeraar als de verre zorgverzekeraars.

Tijdens deze eerste onderhandelingen hebben zowel de igo's als de zorgverzekeraars gepionierd met de vormgeving van de igo's en de contracten. De eerste contractonderhandelingen bleken complex en tijdrovend, maar hebben wel veel informatie en kennis opgeleverd. Ook gaven de meeste geïnterviewden aan dat dit mogelijk opstartproblemen waren. De onderhandelingen met de preferente zorgverzekeraar voor het jaar 2018 verliepen

sneller en soepeler. Volgens zowel de geïnterviewden van de zorgverzekeraar als de igo's is dit een gevolg van de opgedane kennis die zich tijdens de eerste onderhandelingen ontwikkelde. Een verschil van inzicht bestaat nog wel over de vormgeving van de igo. Meerdere zorgverzekeraars gaven aan dat zij op langere termijn een andere organisatievorm met meer aansprakelijkheid voor zich zien dan de huidige coöperatie u.a..

Volgbeleid verre zorgverzekeraars een moeizaam proces

Uit de interviews kwam naar voren dat de onderhandelingen met de verre zorgverzekeraars moeizaam verliepen. De igo's hadden verwacht dat de onderhandelingen minder uitgebreid zouden zijn, omdat de zorgverzekeraars op landelijk niveau een zorginhoudelijk volgbeleid hadden afgesproken onder leiding van Zorgverzekeraars Nederland. Naast de onderhandelingen over de deeltarieven bleken echter ook andere onderdelen van het contract (opnieuw) onderhandeld te moeten worden, zoals de hoogte van de vergoeding van de extra governancekosten, de omzetting van monodisciplinaire prestaties naar integrale tarieven volgens de tabel van de NZa [1] en het debiteurenrisico (het risico dat de consument niet betaalt). Geïnterviewden gaven aan dat door deze tijdrovende onderhandelingen, ontwikkelingen in de igo voor bijvoorbeeld het opzetten van een integrale klachtenregeling en multidisciplinaire nascholing moesten opschuiven in jaarplannen.

De zorginkopers van zorgverzekeraars gaven ook aan dat de contractering moeizaam verliep en dat eerst aan de relatie met de igo's is gewerkt moest worden. Als gevolg hiervan hebben de onderhandelingen met de verre zorgverzekeraars in meerdere gevallen meer dan anderhalf jaar geduurd. De meeste contracten startten dan wel met terugwerkende kracht per 1 januari 2017.

“We doen het allemaal voor het eerst, zowel de igo's als wij. Er leek in het land een beetje het idee te bestaan dat er een volgbeleid is waarbij de zorgverzekeraar gewoon tekent bij het kruisje. De igo's hadden zelf een contract opgesteld met hun eigen voorwaarden. En als je daar je opmerkingen of vragen over had kwam je als snel in een situatie waar heel veel weerstand ontstond.”

Zorginkoper zorgverzekeraar

Informatievoorziening en multidisciplinair elektronisch patiëntendossier speerpunt bij alle igo's

In drie igo's werd in 2017 niet met een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier (EPD) gewerkt, bij drie igo's was dit al wel gelukt. Bij de implementatie van een EPD, zoals gebeurd is in drie igo's, geeft dit eenmalig een hoge administratielast omdat veel zaken handmatig in het nieuwe systeem gezet of gecontroleerd moeten worden. Overal is de wens groot om een EPD in te voeren, aangezien hierdoor de informatieoverdracht tijdens het primaire zorgproces en de benodigde managementinformatie voor de igo verbetert.

Inzichten in de relatie kwaliteit, gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven worden door geïnterviewden genoemd als belangrijke randvoorwaarde om de zorg (verder) te kunnen verbeteren. Op dit moment is het inzicht in prestaties op het gebied van kosten, kwaliteit van zorg en gezondheidsuitkomsten binnen een igo gering. Dit geldt nog meer voor de samenhang tussen deze drie. Wel is via Perined op geaggregeerd niveau informatie over kwaliteit van zorg en gezondheidsuitkomsten voor de igo's beschikbaar [29]. De verschillende zorgaanbieders moeten hiervoor wel toestemming geven. Tot op een persoon herleidbare informatie is alleen beschikbaar op het niveau van de individuele zorgaanbieder (ziekenhuis, verloskundepraktijk). Deze (spiegel)informatie wordt noodzakelijk gezien door de zorgaanbieders en bestuurders om te kunnen sturen binnen de igo.

Diverse redenen voor overstap naar igo

De meerderheid van geïnterviewde zorgverleners die betrokken zijn bij een igo, gaven aan te ervaren dat de monodisciplinaire bekostiging de integrale zorg in de weg stond. Zij zijn ervan overtuigd dat de bekostiging anders ingericht moet worden om integrale zorg te kunnen realiseren. Vanuit de wens om aan het front van zorginnovatie te staan, willen de igo's vanaf het begin meedenken en een voorbeeld geven van hoe integrale zorg met behulp van integrale bekostiging kan worden vormgegeven. Geïnterviewden gaven hierbij concrete voorbeelden van mogelijkheden voor integrale zorg die binnen het integrale bekostigingsmodel gerealiseerd kunnen worden en niet met de bestaande bekostigingsmodellen. Zo zagen zij mogelijkheden voor taakdelegatie (bijvoorbeeld tweeling controles en bevallen met infuus onder begeleiding van eerstelijnsverloskundige) en taaksubstitutie (bijvoorbeeld gezamenlijke eerste intake en integraal huisbezoek), maar ook verbeteringen in nascholing en informatievoorziening. Het uitblijven van duidelijkheid omtrent structurele invoering van integrale bekostiging wordt echter als belemmering ervaren.

“Dan zou ik heel verdrietig worden denk ik als integrale bekostiging nog stopt, nee ik mag het toch hopen van niet.... Ik denk, weet je, het is niet meer van deze tijd hoe sommige dingen geregeld waren.”

Gynaecoloog verbonden aan igo

“De motivatie van binnenuit is gewoon dat, we hebben gezien hoe we het niet willen, en wij denken dus dat we iets te brengen hebben, noem het een missie, klinkt zweverig, maar die motivatie moet je het zoeken. En we hopen ook echt dat we verloskundigen in Nederland hiermee vooruit helpen. Dat we kunnen laten zien van jongens, het kan zo; kijk tadaa!!”

Verloskundige verbonden aan een igo

Ervaringen in vsv's

Behalve bij igo's zijn interviews gehouden bij vsv's die niet overgestapt zijn en/of niet het voornemen hebben over te stappen op integrale bekostiging. Hier beschreven staan ervaringen en redenen die er voor deze vsv's toe hebben geleid om niet over te stappen.

Onzekerheid weerhoudt zorgaanbieders om over te stappen

Uit interviews blijkt dat er op veel fronten onzekerheden zijn die vsv's ervan weerhouden integrale bekostiging in hun regio in te voeren. Het gaat om zaken als mededinging, btw, zelfstandigenaftrek, nog niet uitonderhandelde contracten met de zorgverzekeraar, het debiteurenrisico, het verdeelmodel achter de voordeur en de inrichting van ICT- en administratiesystemen. Daarnaast is er onzekerheid of integrale bekostiging structureel wordt ingevoerd (zie quote). Deze onderwerpen vormen mogelijke risico's voor de doorgang van de igo en kunnen ook grote impact geven op organisaties die deelnemen aan de igo. Zo zou een besluit van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) over mededinging kunnen leiden tot het ontbinden van de igo en besluiten van de belastingdienst over vraagstukken over btw en zelfstandigenaftrek tot vergaande gevolgen voor de begrotingen.

Voor kraamzorgorganisaties die in meerdere regio's werkzaam zijn, geeft de aansluiting bij een integraal tarief een grote administratieve last. Verschillende kraamzorgmanagers geven aan dat de verschillende regelingen van het integrale tarief bij de igo's betekent dat zij elke keer hun systemen, vaak handmatig, aan moeten passen. Kraamzorgorganisaties zijn hierdoor terughoudend om met (nog een) integraal tarief te werken in een igo.

“Dat (de onduidelijkheid in de koers van VWS) is funest.” ... “Als je eenmaal een escape geeft om geen verandering toe te staan moet je wel heel idealistisch zijn om dit ingewikkelde pad te willen volgen. We hebben nu vijf jaar dat je vrijwillig over mag en dat is eigenlijk vijf jaar vertraging.”

Manager van een kraamzorgorganisatie verbonden aan een vsv

Gebrek aan onderling vertrouwen belemmert een eventuele overstap

Meermaals is in interviews bij vsv's naar voren gekomen dat een gebrek aan vertrouwen tussen zorgverleners en organisaties hen tegenhoudt om over te stappen naar integrale bekostiging. Dit speelt zowel tussen de eerstelijnszorgaanbieders en tweedelijnszorgaanbieders als binnen de eerstelijnsverloskunde. Zowel bij vsv's als bij igo's wordt een goede samenwerkingsrelatie en vertrouwen in elkaar genoemd als voorwaarde om integrale bekostiging succesvol te implementeren.

“Als je dit niet doet, dan wordt je straks overgenomen door het ziekenhuis. En wij denken dat wij die zorg fysiologischer kunnen bieden in de eerste lijn dan in de tweede lijn.”

Verloskundige verbonden aan een vsv

“Straks in de igo’s krijgen we [de eerste lijn] al het werk meteen, maar het geld houden zij [de ziekenhuizen]. Daar gaat het allemaal om: de verloskundigen uit de markt concurreren.”

Verloskundige verbonden aan een vsv

Concept ‘integrale zorg’ wordt door iedereen ondersteund, rol van integrale bekostiging wordt verschillend ervaren

Alle partijen zowel, vsv’s, igo’s als andere veldpartijen die bevroegd zijn, juichen integrale zorg toe, alleen zijn ze het niet altijd eens over de weg ernaartoe. Sommige vsv’s vinden dat integrale bekostiging geen geschikt instrument is om integrale zorg te stimuleren. Meerdere geïnterviewden geven aan te ervaren dat integrale bekostiging een doel op zich is geworden, terwijl kwaliteitsverbetering voorop moet staan. Voornamelijk in grootstedelijk gebieden ervaren verloskundigen dat er een scheve machtsverhouding ten opzichte van het ziekenhuis is waardoor zij verwachten niet genoeg zeggenschap in onderhandelingen over integrale tarieven te krijgen. Wanneer bewezen is dat kwaliteitsverbetering een gevolg kan zijn van integrale bekostiging zal er meer draagvlak zijn voor een nieuw bekostigingssysteem.

Wat vinden zwangere vrouwen?

Zwangere vrouwen die deel willen nemen aan focusgroep moeilijk te bereiken

De ervaringen van zwangere vrouwen zijn van groot belang om integrale geboortezorg verder vorm te geven. Het bleek erg lastig om zwangere of recent bevallen vrouwen te vinden voor deelname aan een focusgroep. Uiteindelijk is een focusgroep gehouden met zwangere of bevallen (maximaal twee jaar geleden) medewerkers van het RIVM. Geen van hen ontving geboortezorg in een igo-regio. In de discussie werden (onder meer) de onderwerpen besproken zoals in onderstaande alinea’s is beschreven. Deze aspecten zijn aanvullend ten opzichte van bovengenoemde ervaringen. Over het geheel genomen waren de deelnemers aan de focusgroep tevreden over de geboortezorg. Daarnaast presenteren we in Bijlage 5 een zelfstandig onderzoek naar de voorkeuren van zwangere vrouwen op het gebied van kwaliteit en keuzevrijheid van de geboortezorg.

Continuïteit tijdens bevalling gewenst

Alle aanwezigen bij de focusgroep gaven aan veel waarde te hechten aan een duidelijk vast aanspreekpunt tijdens de bevalling. De deelnemers gaven aan weinig ervaring te hebben met situaties waarin expliciete samenwerking tussen zorgaanbieders nodig was. Toch werd het gebrek aan integratie als aandachtspunt benoemd. Voornamelijk bij complexe bevallingen zijn voorbeelden genoemd waar communicatie en samenwerking tussen verloskundige, ziekenhuis en kraamzorg niet optimaal waren. Zo moest de situatie telkens opnieuw uitgelegd worden, waren afspraken over medicijnen onduidelijk en waren zorgverleners onbekend met protocollen van een andere organisatie of locatie.

Keuzevrijheid belangrijk gevonden maar ingeperkt door praktische overwegingen

Alle deelnemers gaven aan het van groot belang te vinden te kunnen kiezen voor een zorgverlener waar zij zich prettig bij voelen. Momenteel ervaren zij de keuzevrijheid als goed, ondanks beperkingen door geografie, bestaande samenwerkingen, onvoldoende capaciteit bij de zorgaanbieder en afspraken over aanrijtijden. Over het algemeen vinden ze de keuze voor het ziekenhuis het belangrijkste; vaak gevoed door voorgaande ervaringen met dat ziekenhuis op andere afdelingen, ervaringen van kennissen en algemene indruk. Voor de keuze van zorgaanbieders gaven ze aan praktische overwegingen als reisafstand en capaciteit als belangrijkste factoren te zien. Kwaliteit van zorg wordt niet in deze overweging meegenomen omdat hierover erg beperkt informatie beschikbaar is.

Kwaliteit vergelijken niet eenvoudig

De zwangere vrouwen vinden het moeilijk om zorgaanbieders te vergelijken. Wat is kwaliteit en waar moet je op letten? Ook vonden ze het niet duidelijk welke samenwerkingen er bestaan en wat dit exact inhoudt. Veelal gaven ze aan af te gaan op ervaringen van kennissen en de verloskundige om advies te vragen voor de keuze van een kraamzorgorganisatie. De deelnemers gaven aan dat de verloskundigen soms geen advies willen geven welke kraamzorgorganisatie te benaderen.

4 Beschouwing

Leeswijzer

Dit hoofdstuk vat de resultaten van voorgaande hoofdstukken samen (paragraaf 4.1) en plaatst ze in perspectief (paragraaf 4.2). In paragraaf 4.3 zijn een aantal kanttekeningen geplaatst bij de gehanteerde onderzoeksmethoden. Tot slot bespreekt paragraaf 4.4 de aanbevelingen voor de invoering van integrale bekostiging.

4.1 Resultaten samengevat

Doel van dit onderzoek is om inzicht te geven in hoeverre de toekomstige igo's in de periode *voorafgaand* aan de invoering van integrale bekostiging afwijken van de overige vsv's in termen van gezondheidsuitkomsten, verrichtingen en zorguitgaven van de geboortezorg. Daarnaast zijn de ervaringen beschreven met de oprichting van de igo's en de invoering van integrale bekostiging in het eerste jaar na de start van het experiment integrale bekostiging.

Verschillen in verrichtingen en zorguitgaven tussen toekomstige igo's en overige vsv's, maar ontwikkeling over de tijd verloopt parallel

In Hoofdstuk 2 zijn gezondheidsuitkomsten, verrichtingen en zorguitgaven van de geboortezorg beschreven van zowel de toekomstige igo's als de overige vsv's in de periode voorafgaand aan de invoering van integrale bekostiging. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat de ontwikkeling over de tijd van de toekomstige igo's en de vsv's niet een vergelijkbaar patroon volgt voor de zorguitgaven, verrichtingen en gezondheidsuitkomsten over de jaren 2015 en 2016. Wel wijken de (toekomstige) igo's op een aantal variabelen licht af van de overige vsv's. De totale zorguitgaven per zwangerschap waren 3,5% lager in de toekomstige igo's ten opzichte van de overige vsv's. Ook verschilde het percentage verrichtingen in deze toekomstige igo's ten opzichte van de overige vsv's; de igo's gaven vaker een epiduraal (25,0% vs. 20,5%) en voerden juist minder sectio's uit (14,4% vs. 16,4%). De gezondheidsuitkomsten van de toekomstige igo's verschilden niet ten opzichte van de overige vsv's. De gevonden verschillen in zorguitgaven en verrichtingen konden niet worden toegeschreven aan verschillen in populatiekenmerken. Data over de ervaren kwaliteit van zorg door zwangere vrouwen was niet beschikbaar.

Grote overeenkomsten tussen organisatievormen igo's en contracten

De zes igo's vertoonden grote overeenkomsten bij de inrichting van de organisaties: vijf igo's hebben een coöperatie u.a. als rechtsvorm. Alle igo's hebben een multidisciplinair bestuur waar de verloskundigen, de gynaecologen en het ziekenhuis op basis van gelijkwaardigheid zijn vertegenwoordigd. De kraamzorg is in vijf van de zes igo's vertegenwoordigd in de entiteit. De zes igo's worden niet aangemerkt als zorgaanbieders, aangezien zij voor het verlenen van de zorg zorgaanbieders hebben gecontracteerd en geen zorgverleners in dienst hebben genomen. Wel verschilden de organisatievormen van de igo's op een aantal onderdelen. Zo is in vier igo's het vsv komen te vervallen en opgegaan in de igo, terwijl dit bij twee igo's niet het geval was. Daar is het vsv blijven voortbestaan naast de igo. Ook zijn er verschillen waargenomen wat betreft het hebben van een toezichthoudend orgaan en de inrichting van het bestuur.

Ook de inhoud van de contracten kwam grotendeels overeen. Zo volgden alle contracten het landelijke opgestelde model met negen deelprestaties wat betreft de zorginhoud. Wel verschilden de contracten over de duur van de vergoeding 'extra governancekosten' (2 versus 3 jaar), het wel of niet verstrekken van voorschotten door de zorgverzekeraar en de manier waarop de vangnetconstructie is vormgegeven.

Positieve ervaringen over samenwerking: intensiever, meer gestructureerd en minder vrijblijvend

Tijdens de interviews kwam naar voren dat de onderlinge samenwerking binnen de igo's voorafgaand aan de invoering van integrale bekostiging al goed was. Toch gaven alle geïnterviewden aan dat door de oprichting van de igo en het integrale bekostigingscontract de samenwerking is verstevigd. De samenwerking wordt als intensiever, meer gestructureerd en minder vrijblijvend ervaren. Het ontbreken van multidisciplinaire elektronisch patiëntendossiers (indien van toepassing) vinden ze een groot gebrek. Dit geldt voor zowel de zorginhoudelijke aspecten, maar ook vanwege de administratieve processen bij igo's, zoals het verkrijgen van management- en spiegelinformatie. Op dit moment zijn dergelijke sturingsmechanismen nog verre van optimaal gerealiseerd.

De geïnterviewden van de igo's en de zorgverzekeraars bestempelden de contractonderhandelingen in 2017 als complex, zeer intensief en tijdrovend. Zowel de igo's als zorgverzekeraars gaven aan tijd nodig te hebben gehad om expertise op dit terrein op te bouwen. Veel geïnterviewden gaven aan dat de onderhandelingen voor 2018 sneller verliepen. Dit was vooral bij het contracteren van de preferente zorgverzekeraar het geval. Daarnaast waardeerden alle geïnterviewde zorgaanbieders en bestuurders de ingehuurde onafhankelijke externe expertise. De externe partijen brachten specifieke kennis en expertise mee en hadden een verbindende functie tussen de participerende partijen in de igo. Deze verbindende rol is ook genoemd bij het onderhandelingsproces tussen igo en zorgverzekeraar.

Diverse redenen om niet over te stappen

Vsv's die niet van plan zijn om over te stappen op integrale bekostiging geven als belangrijkste reden dat er een gebrek is aan empirisch bewijs dat integrale bekostiging leidt tot kwaliteitsverbetering en betere gezondheidsuitkomsten. Ook speelt onzekerheid over een structurele invoering van integrale bekostiging mee. Daarnaast werd een gebrek aan onderling vertrouwen genoemd. De geïnterviewden gaven wel aan dat zij bereid zijn om over te stappen als blijkt dat integrale bekostiging daadwerkelijk leidt tot kwaliteitsverbeteringen en verbeteringen in gezondheidsuitkomsten.

4.2 Resultaten in perspectief

Aansluitend op de korte samenvattende beschrijving van de resultaten in Paragraaf 4.1 zijn hieronder de onderzoeksresultaten in perspectief geplaatst. Hierbij is een onderscheid gemaakt naar de implicaties van de resultaten wat betreft de kwantitatieve gegevens, en de vormgeving van het integrale bekostigingscontract en igo's.

Implicaties kwantitatieve gegevens

Hoe het zuivere effect van integrale bekostiging meten?

Zoals in tekstbox 4.1 wordt beschreven zal de effectevaluatie in de eindevaluatie worden gebaseerd op een difference-in-difference design. Daarvoor moeten aan een aantal voorwaarden worden voldaan (zie tekstbox 4.1). Uit hoofdstuk 2 komt naar voren dat de toekomstige igo's weliswaar op een aantal aspecten systematisch afwijken van de overige vsv's, maar dat er geen aanwijzingen zijn gevonden dat de trends niet parallel verlopen. Op basis van deze analyses lijkt het erop dat aan een belangrijke voorwaarde van een *difference-in-difference* analyse wordt voldaan. Een aspect in de vervolgevaluatie zal echter zijn in hoeverre ook de andere assumptie van een difference-in-difference analyse stand houdt (*common shock assumptie*) (zie Tekstbox 4.1). Deze assumptie gaat ervan uit dat de invoering van de beleidsmaatregel precies dezelfde invloed heeft op de experimentgroep als op de controlegroep. De vraag rijst of deze assumptie stand houdt. Immers, doordat er (mogelijkerwijs) al intensiever werd samengewerkt binnen de (toekomstige) igo's, zal de invoering van integrale bekostiging mogelijk een ander effect hebben dan bij overige vsv's waar de samenwerking minder goed was. De keuze van de controlegroep in de eindevaluatie is hierdoor van groot belang. Alleen als aan beide assumpties wordt voldaan kan het zuivere effect van integrale bekostiging worden gemeten.

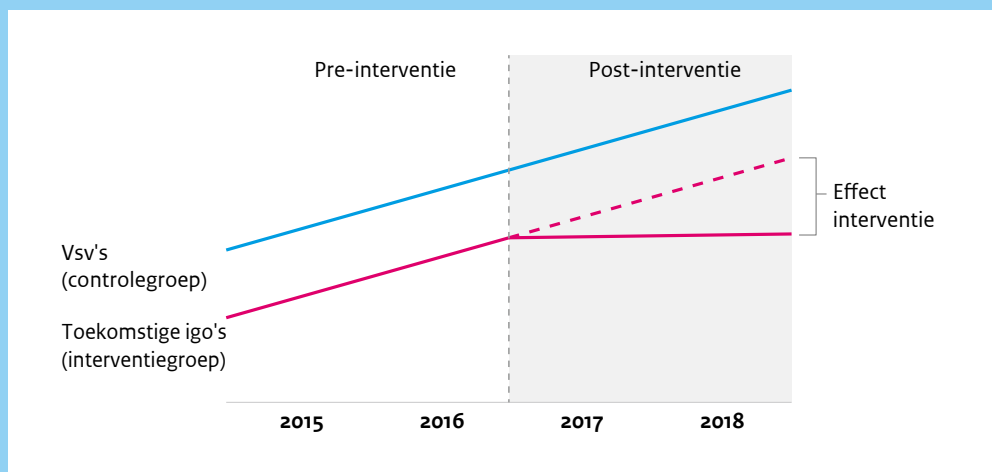
Tekstbox 4.1: Effectevaluatie heeft een difference-in-difference design; twee assumpties waaraan voldaan moet worden

Voor de evaluatie van het effect van een beleidsmaatregel wordt regelmatig de 'difference-in-difference methode' (D-i-D) toegepast [30-32]. Een belangrijk voordeel van deze methode is dat rekening wordt gehouden met een onafhankelijke of autonome trends. Deze autonome trends betreffen andere maatregelen of gebeurtenissen die invloed hebben op de uitkomsten, maar die gelijk zijn voor zowel de experimentgroep als de controlegroep. Binnen D-i-D-analyses worden de uitkomsten vóór en na invoering van de beleidsmaatregel vergeleken voor zowel de interventiegroep als de controlegroep (zie figuur). Door de beide groepen met elkaar te vergelijken en gelijktijdig rekening te houden met de autonome trend, wordt inzicht verkregen in het zuivere effect van de beleidsmaatregel. In een dergelijke analyse zijn twee uitkomsten van belang: het verschil tussen vóór en ná de invoering van de beleidsmaatregel ($B_2 - B_1$) en het verschil in de controlegroep op dezelfde tijdstippen ($A_2 - A_1$). Het verschil in uitkomsten wat alleen is toe te schrijven aan de invoering van de beleidsmaatregel kan vervolgens worden uitgerekend door: $(B_2 - B_1) - (A_2 - A_1)$. Als er geen samenhang is tussen de beleidsmaatregel en de uitkomsten, is de uitkomst van de D-i-D analyse gelijk aan 0. Als er wel een samenhang is, dan zal er een ander getal uitkomen.

Aannames van een difference-in-difference

Een D-i-D analyse gaat uit van twee aannames: 1) de parallelle trend assumptie en 2) *common shocks* assumptie. De parallelle trend assumptie gaat ervanuit dat de trend in uitkomsten hetzelfde patroon vertoont voor de experimentgroep en de controlegroep vóór de invoering van de beleidsmaatregel. Als dat het geval is, dan wordt verondersteld dat deze parallelle trend op dezelfde manier zou doorzetten, ook als de beleidsmaatregel niet zou zijn geïmplementeerd. Dit kan worden gecontroleerd door de trends te vergelijken voor de invoering van de beleidsmaatregel. In Hoofdstuk 2 is de trend van de zorguitgaven, verrichtingen en gezondheidsuitkomsten van de toekomstige igo's en de overige vsv's geanalyseerd. Hierbij zijn geen significante verschillen in de patronen van de trends gevonden, met uitzondering voor de patronen van de trend in het percentage epiduralen. Hierdoor kon geconcludeerd worden dat aan de parallelle trend assumptie wordt voldaan.

De tweede assumptie betreft de *common shocks* assumptie. Deze assumptie gaat ervanuit dat andere zaken dan de invoering van de beleidsmaatregel, maar die invloed hebben op de uitkomsten, precies dezelfde invloed heeft op de experimentgroep en de controlegroep. Het lastige van een DiD-analyse is om een controlegroep te vinden waaraan deze voorwaarde wordt voldaan. Idealiter hebben de experimentgroep en de controlegroep maar één verschil, namelijk de beleidsmaatregel zelf (in dit geval: wel/geen integrale bekostigingscontract) [30]. De vraag rijst in hoeverre dergelijke controlegroepen binnen de overige vsv's (controlegroepen) geïdentificeerd kunnen worden. Het zal vooral het lastig zijn om inzicht te hebben in verschillen in hoeverre de mate waarin wordt samengewerkt en andere zorginhoudelijke aspecten die van invloed zijn op de uitkomsten. In de toekomstige effectevaluatie zullen daarom kwalitatieve gegevens worden gebruikt die inzicht kunnen bieden in een optimale selectie van de controlegroepen.



Vormgeving igo's en contracten

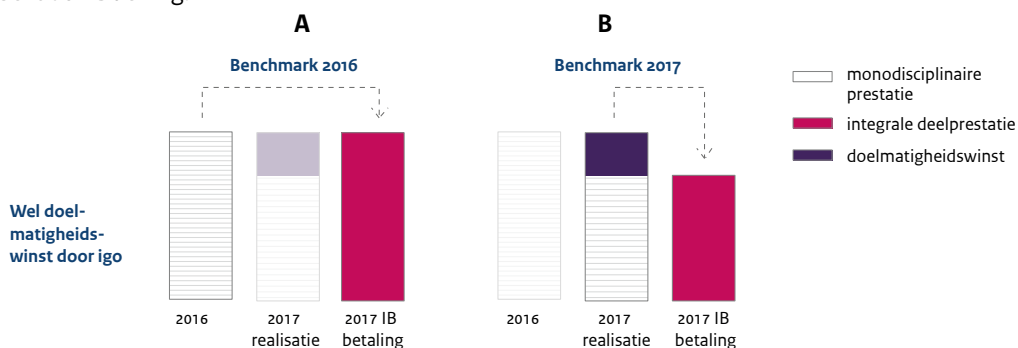
Prikkels voor samenwerking nog niet optimaal

De prikkel in de huidige integrale bekostigingscontracten beperkt zich tot alle zorg binnen iedere deelprestatie, zonder een prikkel tot doelmatig werken *tussen* deelprestaties. Het financieel risico dat met deze prikkel samenhangt, blijft grotendeels voor rekening van de zorgverzekeraar. Zorgaanbieders binnen de igo's hebben als gevolg hiervan in de huidige integrale contracten met negen deelprestaties minder prikkels tot samenwerking en kwaliteitsverbetering dan een volledig integraal tarief (c.q. een contract met minder deelprestaties). Dit heeft mogelijke consequenties voor het gedrag van zorgaanbieders. Ten eerste blijft als gevolg van de beperkte reikwijdte van de afzonderlijke deelprestaties de prikkel tot kwaliteitsverbetering en preventieve interventies niet optimaal. De financiële risico's van de complicaties en verrichtingen zijn immers gedeeltelijk voor rekening van de igo. Ten tweede leidt de huidige vormgeving van de contracten met negen deelprestaties tot de prikkel om zorgvolume te verschuiven naar de deelprestaties met de meeste (winst)marge voor de igo. Dit speelt in zowel de prenatale, natale en postnatale fase. Conceptueel bevat een contract met minder deelprestaties meer prikkels tot samenwerking en kwaliteitsverbetering. Een dergelijk contract bevat echter ook risico's voor bijvoorbeeld risicoselectie zoals beschreven in [2]. In 2018 heeft een igo een contract met slechts twee deelprestaties gesloten. In de komende jaren zal blijken in hoeverre dergelijke (conceptuele) verschillen in financiële prikkels tussen integrale bekostigingscontracten zal leiden tot verschil in gedrag van zorgaanbieders en tot verschillen in kwaliteit van zorg, gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven.

Budgetneutrale overgang als uitgangspunt bij contractonderhandelingen, maar budgetneutraal ten opzichte van wat?

Zoals besproken in Hoofdstuk 3 bevatten alle integrale bekostigingscontracten een vangnetconstructie om de financiële risico's voor zowel igo's als zorgverzekeraars te verminderen. Zo wordt voorkomen dat de uitbetaling van de deelprestaties via het integrale bekostigingscontract niet (te)veel afwijkt van de optelsom van de monodisciplinaire prestaties. Hiervoor dienen alle igo's een schaduwboekhouding bij te houden zodat inzichtelijk wordt in hoeverre financiële verschillen bestaan door de uitbetaling van de deelprestaties (in vergelijking met de monodisciplinaire prestaties). De vangnetconstructies zijn in de contracten echter verschillend vormgegeven (zie ook hoofdstuk 3). Een belangrijk verschil is het jaar waarmee wordt vergeleken; het jaar van declaratie (2017) of het voorafgaande jaar (2016).

Figuur 4.1 Vormgeving van de vangnetconstructie en de relatie met het jaar van de schaduwboeking.



Wanneer 2016 als benchmark wordt gebruikt (Figuur 4.1A), is de vergoeding via de deelprestaties niet afhankelijk van (het volume) van de monodisciplinaire prestaties in 2017. De totale declaraties van de deelprestaties van 2016 wordt immers gebruikt als benchmark. Dus indien de igo minder monodisciplinaire prestaties levert in 2017, blijft de uitbetaling via de deelprestaties gelijk aan de optelsom van monodisciplinaire prestaties in het benchmark jaar (2016). Een eventueel gerealiseerde doelmatigheidswinst in 2017 kan de igo dus behouden. Bij de benchmark van 2017 (hetzelfde jaar als het contractjaar), is bij een doelmatigheidswinst (Figuur 4.1B) de som van monodisciplinaire prestaties lager dan een voorgaande periode. Via de tariefherijking wordt de hoogte van de integrale tarieven gelijk gesteld aan de optelsom van de monodisciplinaire prestaties van de schaduwboekhouding. De totale omzet via de deelprestaties zal dan naar beneden worden bijgesteld, waardoor eventuele gerealiseerde doelmatigheidswinsten niet kunnen worden behouden door de igo. Bij een toename van monodisciplinaire prestaties (doelmatigheidsverlies, niet weergegeven in Figuur 4.1) wordt deze extra zorgverlening vergoed. De benchmark met hetzelfde jaar binnen de vangnetconstructie leidt tot een volumeprikkel om meer monodisciplinaire prestaties te leveren en mogelijk op het gedrag van de igo en de gecontracteerde zorgaanbieders.

Perspectief van zwangere vrouwen onderbelicht vanwege beperkte deelnamebereidheid van zwangere vrouwen

In 2017 was in slechts één igo's een cliënten- of moederraad ingericht binnen de nieuwe juridische entiteit ondanks dat de igo's hier wel degelijk oog voor hadden. Ook de geïnterviewden van de vsv's hadden moeite om voor de cliëntenparticipatie voldoende zwangere vrouwen te vinden. Als gevolg hiervan zijn igo's (en vsv's) momenteel op zoek naar manieren om het cliëntenperspectief binnen de igo's verder vorm te geven. Ook voor de focusgroep die wij binnen dit onderzoek hebben uitgevoerd was het zeer lastig om zwangere vrouwen of recentelijk bevallen vrouwen bereid te vinden. Hierdoor blijft het perspectief van zwangere vrouwen onderbelicht. Aandacht voor dit aspect door middel van het delen van *best practices* op dit specifieke gebied lijkt dan ook zinvol.

De ‘verdeling achter de voordeur’ is nog niet gerealiseerd maar wellicht ook helemaal niet nodig...

Alle zes igo's hebben zorgaanbieders als onderaannemers gecontracteerd voor de daadwerkelijke zorgverlening (zie hoofdstuk 3). Deze gecontracteerde zorgaanbieders worden per verrichting uitbetaald door de igo. Als gevolg hiervan blijft de volume prikkel voor de zorgaanbieder bestaan. De igo's hebben door de integrale bekostigingscontracten voor het eerst een (financiële) prikkel om doelmatige zorg te realiseren. De igo's dragen immers het financiële risico indien de onderaannemers onnodig veel zorg gaan leveren. De vraag rijst hoe de igo's dit risico van de volume prikkel van de onderaannemers kunnen gaan beheersen. Mogelijk sturen de igo's door andere (niet-financiële) sturingsmechanismen zoals de implementatie van zorgpaden, spiegelinformatie en het trainen en bijscholen van de zorgaanbieders. Ook kan het zo zijn dat het voor onderaannemers mogelijk niet meer interessant is om het zorgvolume te verhogen doordat ze participeren in de igo (als 'hoofdaannemer'). Zij dragen daarmee zelf de financiële risico's. In de komende jaren zal blijken in hoeverre de igo's de volume prikkel van de onderaannemers zullen beheersen en welke instrumenten zij hierbij in gaan zetten.

4.3 Reflectie op methoden

Hieronder volgen allereerst een aantal opmerkingen over de monitor integrale bekostiging van de geboortezorg in zijn geheel. Daarna worden een aantal methodologische kanttekening geplaatst bij de gegevensverzameling.

Goed beeld van de kwaliteit en gezondheidsuitkomsten in de periode voorafgaand aan integrale bekostiging

Het kwantitatieve deel van de monitor geeft momenteel uitsluitend de prestaties van de geboortezorg weer in de periode *voorafgaand* aan de invoering van integrale bekostiging (2015-2016). Een dergelijke koppeling tussen de gegevens van zowel Vektis, Perined als CBS was nog niet eerder uitgevoerd. Deze koppeling heeft veel informatie opgeleverd over de technische mogelijkheden en verbeterpunten bij een eventuele volgende koppeling. Daarnaast bestaat er meer inzicht in de (on)mogelijkheden van het gebruik van dergelijke routinematige verzamelde gegevens voor het evalueren van beleid(sveranderingen).

In totaal kon 92% van de zwangerschappen (>22 weken) worden teruggevonden in alle databronnen. De karakteristieken van de gekoppelde zwangerschappen kwamen sterk overeen met de karakteristieken van alle zwangerschappen in Nederland. Geconcludeerd kan worden dat het koppelingsproces niet heeft geleid tot een selectieve groep in de monitor. Sterke punten van de monitor zijn: 1) het gebruik van landelijk dekkende bestaande registraties leidt niet tot extra administratieve belasting voor de zorgaanbieders, en 2) de koppeling van de gegevens van gezondheidsuitkomsten, kwaliteit van zorg, zorguitgaven als cliëntkarakteristieken zijn op individueel niveau beschikbaar.

Veel gegevens ontbreken nog of niet beschikbaar

Wel ontbreken binnen de huidige monitor nog veel relevante gegevens. Dit betreft onder andere de cliëntervaringen, het ontbreken van het BSN (of ander uniek identificatienummer) in Perined van moeder en kind en de bevallingsdatum of geboortedatum in Vektis data. Daarnaast is de registratie van pasgeborenen die tijdens of kort na de bevalling overlijden in de gemeentelijke basisadministratie onvolledig (zie ook Bijlage 2 voor verdere informatie). Naast het ontbreken van relevante gegevens zijn er methodologische kanttekeningen te plaatsen. Zo leidt de huidige manier van toewijzen van zwangerschappen aan een vsv ertoe dat alle pasgeborenen met een nicu-opname uit de analyses gelaten moesten worden. Ook lukt het niet om miskramen en abortussen op basis van de declaratiegegevens te onderscheiden. Daarnaast leidt een dergelijk, op individueel niveau gekoppeld, onderzoekbestand tot nieuwe juridische vragen: wie mag welke gegevens inzien en wanneer? Hoe past een dergelijke dataset binnen de nieuwe Europese privacywet, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)? En vervolgens: hoe kunnen de beschikbare gegevens optimaal gebruikt worden binnen de bestaande juridische kaders?

Hoe de waarde van geboortezorg te meten?

In dit rapport is voor zover mogelijk aangesloten bij de bestaande kwaliteitsindicatoren van ICHOM en de ketenindicatorenset [23, 24]. Het bij elkaar brengen van gegevens over verrichtingen, uitkomsten en uitgaven, roept nieuwe vragen op over hoe de informatie over kwaliteit van zorg, gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven tegen elkaar kunnen worden afgezet. De gekoppelde dataset biedt mogelijkheden om aanvullende indicatoren te gaan ontwikkelen die meer gericht zijn op het in kaart brengen van waarde ('value') dan de bestaande indicatoren die slechts één afzonderlijk aspect in beeld brengen.

Ondervertegenwoordiging van vsv's die niet willen overstappen

In het kwalitatieve deel van deze monitor is een steekproef van vsv's bevraagd. Eén van deze vsv's heeft in 2018 via de NZa-beleidsregel Innovatie de overstap naar integrale bekostiging gemaakt. Daarnaast wilde een vsv ondanks eerdere toezegging niet deelnemen aan de monitor. Als gevolg hiervan is het inzicht in de redenen waarom vsv's niet willen overstappen gebaseerd op een beperkt aantal vsv's (n=2). Mogelijk zijn hierdoor deze resultaten vertekend. Echter de resultaten uit het kwalitatieve onderzoek komen sterk overeen met de resultaten uit het eerdere rapport (ref RIVM, 2016) waardoor deze mogelijke vertekening wellicht beperkt is.

Focusgroepen met zwangere vrouwen niet representatief; mogelijk aspecten onderbelicht gebleven

Voor de focusgroep met zwangere vrouwen (en recentelijk bevallen vrouwen) is in eerste instantie geworven bij verschillende verloskundepraktijken, geboortecentra en de afdeling verloskunde van een ziekenhuis. Dit resulteerde echter in onvoldoende respons, waardoor uiteindelijk is besloten om een beroep te doen op collega's bij het RIVM. Hierdoor zijn de resultaten van de focusgroep mogelijk niet representatief. De deelnemers waren alle van westerse afkomst, hoog opgeleid, werkend en niet woonachtig in het verzorgingsgebied van een igo. Mogelijk heeft deze selectie ertoe geleid dat relevante aspecten van zwangere vrouwen onderbelicht zijn gebleven.

4.4 Aanbevelingen

Geef duidelijkheid over structurele invoering en creëer beleidsrust

Op dit moment bestaat er in het zorgveld onduidelijkheid over de structurele invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg. Deze onduidelijkheid vertraagt het opzetten van nieuwe igo's. Daarom is er bij alle veldpartijen een grote behoefte aan duidelijkheid over de formele uitgangspunten en precieze technische uitwerking van integrale bekostiging en contracteerbeleid. Nadat deze duidelijkheid is verstrekt, is het aan te bevelen een periode van beleidsrust – een periode van minimale of geen beleidsverandering – aan te houden. Duidelijkheid in combinatie met beleidsrust vermindert de kans op risicomijdend gedrag en verhoogt de kans dat integrale bekostiging (indien gewenst) wordt ingevoerd.

Uniformeer het volgebeleid van verzekeraars op zorginhoud

Het contracteren van de verre verzekeraars door de igo's wordt ervaren als een langdurig en complex proces. Om dit proces beter te stroomlijnen lijkt een intentie tot volgen van de preferente verzekeraar, op zowel zorginhoud als contracteerbeleid, vanuit betrokken landelijke organisaties dan ook gewenst. De tarieven zijn hiervan uitgesloten. Deze uniformering op zorginhoud zal verwarring wegnemen voor de regio's die de stap willen maken naar integrale bekostiging. De eerste stappen om deze uniformering beter te stroomlijnen zijn recentelijk gezet; Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgverzekeraars zullen hiertoe een eerste aanzet doen in de komende periode.

Ondersteun igo's en vsv's bij hun informatiebehoefte en de juridische (on)mogelijkheden

De informatiebehoefte van zorgaanbieders is als gevolg van het ontstaan van de igo's en integrale bekostigingscontracten toegenomen. Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg, gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven is van belang om de gewenste verbeteringen te realiseren, de doelstellingen van de igo's te formuleren en de effecten te monitoren. Goede én tijdige data zijn hierbij randvoorwaarden. Ondersteuning van de igo's wat betreft de toegang tot data en het realiseren van de gegevenskoppelingen is daarom wenselijk. Hetzelfde geldt voor het beantwoorden van nieuwe juridische vragen over privacy die ontstaan bij gekoppelde datasets, zoals in dit rapport. De dataset vanuit dit RIVM-project zal de igo's niet kunnen ondersteunen, aangezien de data hiervoor niet 'tijdig' genoeg zijn en meer dan een jaar achterlopen. Deze gegevens kunnen en zullen wel een belangrijke rol spelen bij het evalueren en monitoren van de invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg.

Ontwikkel indicatoren voor het concept 'value'

In dit onderzoek is aangesloten bij de indicatoren voor kwaliteit van zorg zoals opgesteld door de verschillende veldpartijen, waaronder de ketenindicatoren door het Zorginstituut en ICHOM (voor zover beschikbaar in de huidige registraties). Deze kernindicatoren zijn gebaseerd op een enkele databron (Perined). De monitor integrale bekostiging biedt mogelijkheden om andere (typen) indicatoren te ontwikkelen waarin gegevens uit alle bronnen worden gebruikt. Het lijkt wenselijk deze mogelijkheden te verkennen om op deze manier meer inzicht te krijgen in de 'value' van de geleverde geboortezorg.

Volg en leer van de buitenlandse bekostigingshervormingen

Uit een inventarisatie van het RIVM uit 2017 blijkt dat ook in Verenigde Staten, Nieuw Zeeland en Engeland bekostigingshervormingen in de geboortezorg plaatsvinden [12]. Al deze bekostigingshervormingen beogen de kwaliteit en de betaalbaarheid van de geboortezorg te verbeteren door financiële verantwoordelijkheden van betalers (zorgverzekeraars of een publieke betaler) naar (een groep) zorgaanbieders te verschuiven. De effecten van de ingevoerde bekostigingshervormingen in het buitenland op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de geboortezorg zijn vooralsnog zeer beperkt beschikbaar, al is er een studie waarin vooral de uitgaven rondom zwangerschap afnamen na de invoering van integrale bekostiging [32]. Het lijkt dan ook zinvol om de buitenlandse integrale bekostigingsmodellen te blijven volgen. Specifieke aandacht voor het Engelse model lijkt dan gewenst, aangezien het Engelse model grote overeenkomsten vertoont met Nederlandse model.

Literatuur

1. NZa, Integrale geboortezorg - BR/REG-18150. NZa, Utrecht, 2015.
2. RIVM, Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg. RIVM, Bilthoven, 2016.
3. IGZ, Inventarisatie stand van zaken implementatie advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in ziekenhuizen. IGZ, Utrecht, 2012.
4. CPZ, Plan van aanpak. CPZ, Utrecht, 2011.
5. PAN, A terme sterfte 2010- perinatale audit: eerste verkenningen. PAN, Utrecht, 2011.
6. geboorte, S.z.e., Een goed begin. 2009.
7. VWS, Zorg rond zwangerschap en geboorte. VWS, Den Haag, 2015.
8. NZa, Advies Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte - het stimuleren van samenwerking. NZa, Utrecht, 2012.
9. CPZ, Vsv's op koers. CPZ, Utrecht, 2014.
10. RIVM, Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. RIVM, Bilthoven, 2012.
11. RIVM, De organisatie van zorggroepen anno 2011. RIVM, Bilthoven, 2012.
12. RIVM, Bekostigingshervormingen in de geboortezorg. Wat kunnen we leren van het buitenland? RIVM, Bilthoven, 2017.
13. VWS, Voorhang integrale bekostiging geboortezorg, VWS, Den Haag, 2016.
14. VWS, Toezeggingen AO zwangerschap en geboorte, VWS, Den Haag, 2016.
15. NZa, Vaststelling beleidsregel Integrale geboortezorg 2017. NZa, Utrecht, 2016.
16. Finkelstein A et al., Mandatory medicare bundled payment program for lower extremity joint replacement and discharge to institutional postacute care: Interim analysis of the first year of a 5-year randomized trial. JAMA, 2018. 320(9): p. 892-900.
17. Ryan AM, Medicare bundled payment programs for joint replacement: Anatomy of a successful payment reform. JAMA, 2018. 320(9): p. 877-879.
18. Eijkenaar F en Schut E, Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg? Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2015.
19. Miller, HD, From volume to value: better ways to pay for health care. Health Aff (Millwood), 2009. 28(5): p. 1418-28.
20. Hussey, PS et al., The PROMETHEUS Bundled Payment Experiment: Slow Start Shows Problems In Implementing New Payment Models. Health Affairs, 2011. 30(11): p. 2116-2124.
21. Frakt A 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, 2012. 31(9).
22. RIVM, Evaluatie van de oprichting van geboortezorgorganisaties en de invoering van integrale bekostiging van geboortezorg - plan van aanpak op hoofdlijnen, RIVM, Bilthoven, 2015.
23. ICHOM, ICHOM Pregnancy and Childbirth Data Collection and Reference Guide. ICHOM, Cambridge, 2016.
24. ZIN, Indicatorenset Integrale Geboortezorg, ZIN, Diemen, 2017.
25. CBS, www.cbs.nl.
26. Ministerie van Justitie, Burgerlijk Wetboek BES Boek 2, in Titel 4. De coöperatie en de onderlinge waarborgmaatschappij. Ministerie van Justitie, den Haag, 2010.
27. Belastingdienst. Fiscale positie bij integrale bekostiging geboortezorg, Belastingdienst, Rotterdam, 2016.

28. CPZ, Zorgstandaard 'Integrale geboortezorg' Versie 1.0 d.d. 11 januari 2016 (11e concept). CPZ, Utrecht, 2016.
29. PeriNed. www.perined.nl.
30. Dimick, JB and Ryan AM, Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. *JAMA*, 2014. 312(22): p. 2401-2.
31. McWilliams, JM et al., Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. *N Engl J Med*, 2016. 374(24): p. 2357-66.
32. Carroll C, et al., Effects of episode-based payment on health care spending and utilization: Evidence from perinatal care in Arkansas. *J Health Econ*, 2018. 61: p. 47-62.
33. PeriNed, Jaarboek Zorg PeriNed 2015. PeriNed, Utrecht, 2015.
34. Hermus, MAA et al., Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study. *BMJ Open*, 2017. 7(11): p. e016958.
35. Hitzert M et al., Cost-effectiveness of planned birth in a birth centre compared with alternative planned places of birth: results of the Dutch Birth Centre study. *BMJ Open*, 2017. 7(9): p. e016960.
36. Waelpuut AJM et al., Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017. 17(1): p. 254.
37. CBS, www.cbs.nl.

Bijlagen

Bijlage 1 Auteurs, WAC en referenten, met dank aan

Auteurs

Dhr. dr. J.N. Struijs, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg/RIVM, LUMC Campus Den Haag
Mevr. E.F. de Vries, MSc., Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg/ RIVM, Tilburg University
Mej. H.D.C.A. van Dorst, MSc., Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg/ RIVM
Dhr. dr. E.A.B. Over, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg/ RIVM
Mevr. prof. dr. C.A. Baan, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg/ RIVM, Tilburg University

Wetenschappelijke adviescommissie

Dhr. prof. dr. A. Franx, gynaecoloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht (voorzitter)
Dhr. prof. dr. ir. E. van Raaij, Rotterdam School of Management, Erasmus universiteit
Mevr. prof. dr. C. de Groot, gynaecoloog-perinatoloog, VU medisch centrum
Mevr. dr. T.A. Wiegers, NIVEL
Dhr. dr. J. van der Velden, faculteit der Medische Wetenschappen, Radboud universiteit
Dhr. prof. dr. F.T. Schut, school of health policy & management, Erasmus universiteit
Mevr. L. Broeders, Msc., Perined
Mevr. dr. E. de Miranda, universiteit van Amsterdam, academisch medisch centrum Amsterdam
Mevr. dr. C. Verhoeven, midwifery science, VU medisch centrum
Mevr. dr. ir. C.W.P.M. Hukkelhoven, Perined, Wageningen University and Research
Dhr. dr. R. Heijink, Nederlandse Zorgautoriteit

Interne referenten

Mevr. dr. T.L. Feenstra, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg/RIVM, Rijks universiteit Groningen/ UMCG
Dhr. dr. P. Achterberg, Centrum Gezondheid & Maatschappij/ RIVM
Mevr. dr. ir. S. R. de Bruin, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg/RIVM
Prof. dr. J.J. Polder, RIVM, Tilburg University
Dhr. R. J. Hendriks, MSc., Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg/RIVM, Tilburg University

Met dank aan

De geïnterviewde geboortezorgprofessionals van verschillende organisaties en beroepsgroepen waaronder gynaecologen, verloskundigen, klinisch verloskundigen, teamleiders, kraamzorgmanagers, bestuurders, financieel managers, zorginkopers van zorgverzekeraars en deelnemers aan de focusgroepen.

Bijlage 2 Methode van onderzoek van kwantitatieve analyses

Leeswijzer

In Bijlage 2 worden de toegepaste onderzoeksmethoden in detail beschreven voor het kwantitatieve deel van het rapport. Hierbij wordt ingegaan op de gegevensbronnen inclusief periode van onderzoek en variabelen (paragraaf B2.1), de koppeling waarbij zowel de procedure als de resultaten van de koppeling worden besproken (paragraaf B2.2), de analysemethoden voor de onderzoeksvragen (paragraaf B2.3) en informatie over de gebruikte indicatoren (paragraaf B2.4).

B2.1 Verzameling gegevens

Voor dit rapport zijn de declaratiegegevens van de zorgverzekeraars rondom zwangerschap (Vektis) en de data over de kwaliteit van zorg (Perined) uitgevraagd voor de jaren 2015 tot en met 2016.

Declaratiegegevens van Vektis

Voor het analyseren van de zorguitgaven is gebruik gemaakt van databestanden van Vektis over de verslagjaren 2015 en 2016. Deze databestanden zijn gebaseerd op de registraties (van declaratiegegevens) van zorgverzekeraars. De bestanden bevatten gegevens over de totale gedeclareerde zorgkosten per verzekerde in een jaar binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), inclusief kosten die vanuit verplicht of vrijwillig eigen risico zijn betaald. Daarnaast bevatten de bestanden gegevens over meer declaraties met betrekking tot specifieke verrichtingen in de geboortezorg zoals epiduralen, sectio's en screenings. Tabel B2.1a presenteert de variabelen zoals uitgevraagd bij Vektis.

Perined

De Perinatale Registratie bevat registratiedata van de vier beroepsgroepen die zich bezighouden met geboortezorg: verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen/neonatologen. De registratie wordt door Perined beheerd namens hun vier beroepsverenigingen: de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging, waaronder ook de verloskundig actieve huisartsen verenigd in de VVAH), de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) en de NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde). In de database staan gegevens over de zwangere vrouw, zoals leeftijd, pariteit en andere achtergrondkenmerken, maar ook gegevens zoals vastgelegd gedurende de zwangerschap en bevalling. Perined heeft een dekkingsgraad van 99,7% van alle dood- en levend geboren kinderen vanaf 24.0 zwangerschapsweken in Nederland [33]. Tabel B2.1b presenteert de variabelen zoals uitgevraagd bij Perined over de jaren 2015 en 2016.

CBS

De dataset is verder verrijkt met de registratie van de juridische ouders met hun kinderen (Kindoudertab) en gegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie (Persoonstab) van het CBS. Hierbij zijn in de analyses de variabelen inkomen, opleiding, werkstatus en urbanisatiegraad gebruikt.

Tabel B2.1a met variabelen uitgevraagd bij Vektis met onderscheid naar zwangere vrouwen en kinderen

Bestand	Veld	Omschrijving
Databestand 1: Moeders, bevallingen en miskramen	Bsn	BSN Moeder
	Bevallings- maand*	Maand van miskraam of bevallingsmaand, zie onder voor meer uitleg
	Plaats bevalling	Ziekenhuis, Poliklinisch, Geboortecentrum, Thuis of Onbekend
	Vsv	Toegewezen verloskundig samenwerkingsverband
	Ziekenhuis	Toegewezen ziekenhuis
	Nicu	Indicator 'Ja' als ziekenhuis een nicu heeft, anders 'Nee'
	Praktijk	Toegewezen verloskundige praktijk
Databestand 2: Zvw kosten moeders	Bsn	Bsn Moeder
	Jaar	Jaar van prestatie
	Kwartaal	Kwartaal van prestatie
	Prestatiegroep	Prestatiegroep, zie onderstaande tabel voor welke worden opgeleverd
	Vergoedings- bedrag	Vergoedingsbedrag in centen
Databestand 3: Geboortezorg moeders	Bsn	Bsn Moeder
	Prestatiemaand	Maand van de begindatum prestatie
	Zorgdomein	Op basis van indeling prestatiecodes
	Indeling RIVM#	Op basis van indeling prestatiecodes

Bestand	Veld	Omschrijving
Databestand 7: Geboortezorg kinderen	Achterstandswijk	Indicator 'J'/'N' op basis van indeling prestatiecodes
	Poliklinische bevalling	Indicator 'J'/'N' op basis van indeling prestatiecodes
	Miskraam	Indicator 'J'/'N' op basis van indeling prestatiecodes
	Periode	
	Complex	Indicator 'J'/'N' op basis van indeling prestatiecodes
	Epiduraal	Indicator 'J'/'N' op basis van indeling prestatiecodes
	Screening medische indicatie	Indicator 'J'/'N' op basis van indeling prestatiecodes
	Vergoedingsbedrag	Vergoedingsbedrag in centen
	Tijdseenheid	Alleen gevuld bij 'kraamzorg postnataal per uur'
	Aantal	Alleen gevuld bij 'kraamzorg postnataal per uur'
Databestand 4: Geboortezorg moeders detail	Bsn	Bsn Moeder
	Zorgdomein	Op basis van indeling prestatiecodes
	Prestatie	Op basis van indeling prestatiecodes
	Begindatum	
Databestand 5: Kinderen	Bsn	BsnKind
Databestand 6: ZVW kosten kinderen	Bsn	Bsn Kind
	Jaar	
	Kwartaal	
	Prestatiegroep	
	Vergoedingsbedrag	Vergoedingsbedrag in centen
Databestand 7: Geboortezorg kinderen	Bsn	Bsn
	Prestatie	Zorgproductcode of declaratiecode
	Prestatie omschrijving	Omschrijving van zorgproduct of declaratie

Bestand	Veld	Omschrijving
	Binnen 30 dagen	Indicator valt de begindatum van het zorgproduct binnen 30 dagen van de geboorte?
	Binnen 60 dagen	Indicator valt de begindatum van het zorgproduct binnen 60 dagen van de geboorte?
	Vergoedingsbedrag	Vergoedingsbedrag in centen

* Vektis heeft de bevallingsdatum behorend bij een zwangerschap niet uitgeleverd. De daadwerkelijke bevallingsdatum is niet goed te bepalen op basis van de gegevens die Vektis heeft. Toch is een variabele die aangeeft wanneer een vrouw bevallen is (ook aan de kant van Vektis) van belang voor het identificeren van een zwangerschap. Vektis heeft de bevallingsmaand afgeleid aan de hand van begindatum van een declaratie van een prestatie die kan worden geassocieerd als een prestatie in de natale fase.

Om te bepalen welke declaratiegegevens rondom geboortezorg relevant zijn voor deze analyse, is er een indeling gemaakt van alle prestaties in de verloskundige zorg, medisch specialistische obstetrische zorg en kraamzorg naar de negen deelprestaties IB. Die indeling is gemaakt in overleg met de NZa, QConsult en Vektis.

Tabel B2.1b Perined variabelen

Omschrijving	Variabele	Operationalisatie
Geboortemaand kind	geboortemaand	1=januari, 2=februari enz
Geboortemaand kind	geboortemaand	Hele jaren.
Geslacht kind	geslacht_totaal2	1=Jongen, 2=Meisje, ".M" staat voor onbekend
Leeftijd moeder in jaren	lft_totaal2	
VSV-bekostiging	IB	1=niveau 1 integrale bekostiging, 0=niveau 0 integrale bekostiging
VSV-ID-Perined	VSVanoniem	Ieder VSV heeft een eigen nummer
Zwangerschapsduur bij geboorte	zwdd_totaal	Aantal weken + dagen, waarde 9999 staat voor onbekend
Pariteit	pariteit2_totaalperi	"." staat voor onbekend
Graviditeit	v_grav en g_grav	"." staat voor onbekend
Eenling/meerling	vgn_meerling	0=eenling, 1=meerling
Ligging bij geboorte	ligcat2	1=achterhoofd, 2=kruin, 3=aangezicht, 4=voorhoofd, 5=hoofdligging anders, 6=stuit, 7=dwars, 8=overig, 9=onbekend
Bijzonderheden eerdere zwangerschappen:	preterminanamnese, sectioanamnese, miskraaminamnese, fluxusinanamnese	Alle variabelen hebben als codering 0=nee, 1=ja
Bijzonderheden medische geschiedenis relevant voor zwangerschap/baring	medischebijzonderheden	0=geen diabetes of hypertensie (>= 90 mm Hg) 1=hypertensie (>= 90 mm Hg), geen geregistreerde diabetes, 2=diabetes (pre-existent of zwangerschap), geen geregistreerde hypertensie, 3=zowel diabetes als hypertensie geregistreerd
Rookgedrag	roken	0=nee, 1=ja
Alcoholgebruik	alcoholmisbruik	0=nee, 1=ja
Congenitale afwijkingen binnen 28 dagen na geboorte (specifieke opsomming)	n_cgm1_1 t/m n_cgm20_z, v_probk1, v_probk2, v_probk3, g_cgm1, g_cgm2, g_cgm3	

Omschrijving	Variabele	Operationalisatie
Plaats aanvang zwangerschap	zorgzwangerschap	1=1e lijn, 0=2e lijn
Overdracht tijdens de zwangerschap	overdrachtzwangerschap	0=geen overdracht (blijft in 1e of 2e lijn), 1=overdracht, .=onbekend
Start baring	zorgbaring	1=start baring in 1e lijn, 0=start baring in 2e lijn, .= onbekend
Overdracht baring	overdrachtbaring	0=geen overdracht (blijft in 1e of 2e lijn), 1=overdracht, .= onbekend
Einde zwangerschap	zorgtotaal	1= einde baring in 1e lijn, 0=einde baring in 2e lijn, .=onbekend
Wijze waarop de baring begon	st_bar2c	1=spontane weeën / vliesscheur, 2=inleiding amniotomie, 3=inleiding prostaglandines, 4=inleiding oxytocine, 5=inleiding prostaglandines of oxytocine, 6=bijstimulatie, 7=primaire sectio, 8=inleiding balloncatheter
Wijze baring	wz_bar2	1='spontaan', 2= vacuum of forceps, 3=stuitextractie, 4=primaire sectio, 5=secundaire sectio, .=onbekend
Verantwoordelijke bevalling	vg_superv	0=Verloskundige 2e lijn, 1=huisarts, 3=Assistent (2e lijn), 4=Gynaecoloog, 9=Overig, 10=Einde baring in 1e lijn, 11=Einde baring in 2e lijn, functie verantwoordelijke in 2e lijn onbekend
Sectio caesarea	Graag zelf afleiden uit wz_bar2	
Indicatie sectio	G_indsectio	1=electief; 2=conditie kind, 3=conditie moeder, 4=conditie moeder en kind, 5=geen (primaire of secundaire) sectio uitgevoerd
Epiduraal analgesie	pijnlvr2	0=nee, 1=ja
Post partum overgedragen	Overdrachtpostpartum	1=Einde baring in 1e lijn, postpartum overdracht aan gynaecoloog, 2= Einde baring in 1e lijn, geen postpartum overdracht aan gynaecoloog, 3=Einde baring niet in 1e lijn, 4= Einde baring in 1e lijn, maar onbekend of er een postpartum overdracht heeft plaatsgevonden.

Omschrijving	Variabele	Operationalisatie
Aantal kinderen met zwangerschapsduur >= 22.0 weken of - indien zwangerschapsduur onbekend - geboortegewicht >= 500 gram	Geen specifieke variabele, alle kinderen in deze database voldoen aan dit criterium.	
Geboortegewicht	gew_totaal	Gewicht in gram. ".M" staat voor onbekend
Neonatale sterfte	neonatale_sterfte	0='nee' 1='<24 uur' 2='dag 2-7' 3='dag 8-28'
Intrapartum sterfte	foetale_sterfte	0='nee' 1='ante partum' 2='durante partu'
Opname op NICU >= 37.0 weken	nicuopnameaterm	0=nee, 1=ja, .=onbekend
APGAR < 7 na 5 minuten	apgar_totaal	"." en ".M" staan voor onbekend
Fluxus post partum	fluxus_totaal	1=ja, 0=nee
3e of 4e graad perineum-ruptuur	peri_ruptuur	0=geen perineum ruptuur, 1=perineum ruptuur, 2=subtotaal perineum ruptuur, 3=totaal perineum ruptuur
Borstvoeding	v_voed	.= onbekend, 1=borstvoeding, 2=kunstvoeding, 3=borst- + kunstvoeding
Sterfte vrouw	mat_sterfte	1=moeder overleden, 0=moeder niet overleden
Zuurstof toediening langer >= 1 dag in de eerste 28 dagen	O2-dagen	Aantal dagen dat O2 is toegediend
Opnameduur neonaat in de eerste 28 dagen	Opnameduur	Aantal dagen opname op NICU of algemene kinderafdeling. Waarde 0 houdt in dat opname- en ontslagdatum op dezelfde dag vallen. Een "." staat voor onbekend.

Tekstbox B2.1: Komen de gegevens van Vektis en Perined overeen?

Vsv-indeling

Een indeling van zwangerschappen naar alle in Nederland aanwezige vsv's is aangeleverd door zowel Perined als Vektis. Volgens de Perined-indeling zijn er 86 verschillende vsv's in de jaren 2015 en 2016. Volgens de Vektis-indeling zijn dat er 73. Een aantal vsv's wordt samengenomen in de Vektis-indeling. De vsv-indeling van Perined en Vektis (voor zwangerschappen die zijn ingedeeld) overlappen voor 95,6%.

Ruggenprik, keizersnede

De onderstaande tabel toont het aantal vrouwen waarbij een ruggenprik of een keizersnede is geregistreerd in 2015 of 2016 in zowel Vektis als Perined. Voor ruim 94% van de vrouwen die wel of geen ruggenprik hebben ondergaan volgens de gegevens van Perined zijn overeenkomstige declaraties in Vektis gevonden. 15,9% hadden volgens beide bronnen een ruggenprik ondergaan. 3,9% had wel een ruggenprik ondergaan volgens Perined, maar die was vervolgens niet gedeclareerd. En voor 1,7% was wel een ruggenprik gedeclareerd, maar niet geregistreerd bij Perined.

Voor ruim 98% van de vrouwen die wel of geen keizersnede hebben ondergaan volgens de gegevens van Perined zijn overeenkomstige declaraties in Vektis gevonden. 15,4% hadden volgens beide bronnen een keizersnede ondergaan. 0,4% had wel een keizersnede ondergaan volgens Perined, maar die was vervolgens niet gedeclareerd. En voor 1,1% was wel een keizersnede gedeclareerd, maar niet geregistreerd bij Perined.

In de berekening voor de kruistabellen is ervanuit gegaan dat in jaren 2015 en 2016 één moeder één bevalling heeft doorgemaakt. Bij meerdere zwangerschappen is de zwangerschap met een 'ja' voor ruggenprik of keizersnede bewaart voor de kruistabel.

Tekstbox Overeenkomsten tussen gegevens van Perined en Vektis voor ruggenprik en keizersnede in procenten (en aantallen)

Ruggenprik	Perined			
		Ja	Nee	Totaal
Vektis	Ja	16 (51.763)	2 (5.624)	18 (57.387)
	Nee	4 (12.680)	78 (253.678)	82 (266.358)
	Totaal	20 (64.443)	80 (259.302)	100 (323.745)

Keizersnede	Perined			
		Ja	Nee	Totaal
Vektis	Ja	15 (49.703)	1 (3.667)	16 (53.370)
	Nee	0 (1.178)	83 (269.197)	84 (270.375)
	Totaal	16 (53.370)	84 (272.864)	100 (323.745)

B2.2 Koppeling van gegevens van Perined en Vektis via het CBS

Proces van koppeling

De infographic in Figuur B2.2 geeft schematisch het koppelingsproces van de verschillende databestanden weer. De cijfers in de infographic verwijzen naar onderstaande stappen:

1. Uploaden van de databestanden naar de beveiligde CBS-omgeving

De databeheerders (Vektis en Perined) hebben de aangevraagde databestanden geüpload naar de beveiligde CBS-omgeving.

2. Verrinnen van de data op individueel niveau door het CBS

Het CBS heeft de data “verrind” (lees: BSN gepseudonimiseerd). Omdat Perined-data geen BSN bevat, moest voor (de combinatie van) moeder en kind, een koppeling gemaakt worden met de GBA op basis van een koppelsleutel (geboortedatum moeder, geboortedatum kind, geslacht kind en viercijferige postcode). Koppelpercentage: 95% voor 2015 en 97,4% voor 2016. Vektis heeft voor de moedergegevens en de bestanden met de kindgegevens BSN aangeleverd. Daarom konden deze records direct verrind worden. Koppelpercentage: 99,9%.

3. Data beschikbaar gesteld aan het RIVM in de beveiligde CBS omgeving

Vervolgens heeft het CBS de bestanden binnen de beveiligde omgeving aan het RIVM beschikbaar gesteld. Binnen de beveiligde CBS omgeving is het mogelijk om via het RIN een koppeling te maken met microdatabestanden. Het RIVM heeft de bestanden van Vektis en Perined gekoppeld met behulp van informatie over kinderen en ouders uit de GBA (Kindoudertab).

4. Definiëren van unieke zwangerschappen (zwangerschapsid) nodig voor de koppeling

Daartoe was het nodig unieke zwangerschappen (die konden resulteren in zowel een geboorte als een miskraam) per moeder te definiëren. Van een declaratie is het namelijk niet bekend bij welke zwangerschap het hoort (bevallingsdatum is onbekend in de Vektis data). De geboortedatum van het kind vanuit de GBA (bron: CBS) is als leidend genomen. De werkwijze was als volgt:

- a. De declaratiegegevens op detailniveau van de moeders (bron: Vektis) zijn als uitgangspunt genomen.
- b. Vervolgens zijn via het Kindoudertab (bron: CBS) alle kinderen bij de moeders gezocht. Omdat het voorkomt dat biologische moeders als vaders zijn geregistreerd in het Kindoudertab is gekeken of er op deze wijze meer moeder-kind combinaties gevonden konden worden.
- c. Meerlingen zijn geïdentificeerd op basis van moeder, RIN en geboortemaand kind op basis van de GBA (bron: CBS). Per record is een zwangerschap; meerlingen zijn dus als één zwangerschap behandeld.
- d. De overige moeders (waarbij de zwangerschap niet heeft geleid tot een geregistreerd kind) hebben mogelijk een miskraam, abortus of neonatale sterfte gehad.

- e. De zwangerschappen per moeder hebben een identificatienummer gekregen op chronologische volgorde waarbij een onderscheid is gemaakt tussen een zwangerschap met een geboorte tot gevolg zoals geregistreerd in de GBA en een zwangerschap eindigend in een (vroeg) miskraam, abortus of neonatale sterfte.

5. Toewijzen van de declaraties aan een zwangerschap.

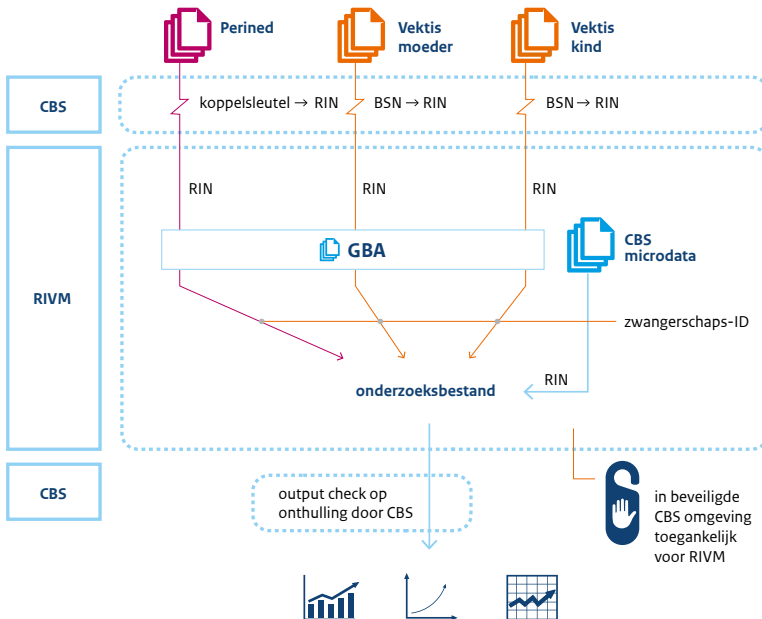
Vervolgens werden de losse declaraties aan een zwangerschap toegewezen. Hiervoor hebben wij de geboortedatum van het kind (volgens de GBA van het CBS) als leidend genomen. Van de declaraties is de maand waarin de declaratie is gedaan wel bekend. De declaratiemaand is gebruikt voor het toewijzen van de declaratie aan een kind of een miskraam. Declaraties behorend bij één zwangerschap zijn toegewezen als de declaratiedatum in de tijdspanne viel van de geboortedatum (GBA) minus 9 maanden tot de geboortedatum (GBA) plus twee maanden. De resterende declaraties zijn gelabeld als declaraties horend bij een miskraam. Daarbij is de aanname gedaan dat declaraties in opeenvolgende maanden horen bij dezelfde miskraam.

6. Koppeling aan Perined-data

Door middel van de moeder en kindcombinaties die zijn ontstaan in stap 4, is het mogelijk geworden om de Vektis-data aan de Perined-data te koppelen.

7. Verrijken van het onderzoeksbestand

Het onderzoeksbestand dat was verkregen door de koppeling in bovenstaande stappen kon worden verrijkt met microdatabestanden. De GBA persoonstab (bron: CBS) is gebruikt om voor zowel de kinderen als de moeders in het bestand het geboortjaar, de geboortemaand en de migratieachtergrond te koppelen.



Koppelresultaten

Van alle pasgeborenen in 2015 en 2016 volgens CBS Statline konden 92% (N=315.708) gekoppeld worden aan zowel gegevens van Vektis als aan gegevens van Perined (Tabel B2.2a). Het percentage varieerde vrijwel niet tussen het gegevensjaar 2015 en 2016. De records die niet gekoppelde konden worden bevatten onder andere: miskramen, abortussen, neonatale sterfte (zie hieronder bij gewenste verbeteringen).

Tabel B2.2a aantal levend- en doodgeborenen (gekoppeld) onderzoeksbestand

	% (aantal) levend- en doodgeborenen		
	2015	2016	Totaal
CBS Statline	100 (171.010)	100 (173.013)	100 (344.023)
Onderzoeksbestand (gekoppeld CBS, Vektis en Perined)	91 (155.757)	92 (159.951)	92 (315.708)

Door het koppelingsproces is een subgroep ontstaan van alle beschikbare data van de bronbestanden aangezien 8% niet gekoppeld konden worden. Door voor zowel het gekoppelde bestand, als het totaal – dus inclusief de data waarvoor de koppeling niet is gelukt, de gemiddelden van CBS-variabelen te vergelijken, is bekeken of de gekoppelde subgroep een andere samenstelling heeft dan de totale populatie. Voor een groot deel van de variabelen (leeftijd van de moeder, SES en het geslacht van het kind) zijn er geen significante verschillen gevonden tussen het gekoppelde bestand en de totale populatie (Tabel B2.2b). Voor de variabele etniciteit wijken de proporties in het gekoppelde bestand wel significant af van de totale data respectievelijk 81%, vs. 80%. Mogelijk komt dit omdat neonatale sterfte is ondervertegenwoordigd in het koppelbestand. Voor verdere analyse is het gekoppelde bestand gebruikt (dus zonder miskramen en zonder de niet-gekoppelde zwangerschappen met neonatale sterfte).

Tabel B2.2b beschrijving van het onderzoeksbestand op basis van CBS-variabelen en het totaal aan data voor de jaren 2015 en 2016 samen

Niveau	Variabele	Onderzoeksbestand (n=315,708)		Totaal data (inclusief miskramen) (n=506,310)	
		n	%	n	%
Vsv					
	Aantal postcodes (4 cijfers)	3859		3905	
Moeder					
	Leeftijd (gemiddelde en standaardafwijking)	31,2 (0,0)		31,2 (0,0)	
	SES (SCP definitie)				
	Laag (<p20)	63.353	20	100.995	20

Niveau	Variabele	Onderzoeksbestand (n=315,708)		Totaal data (inclusief miskramen) (n=506,310)	
		n	%	n	%
	Hoog	252.355	80	405.315	80
	Etniciteit*				
	Westers	254.228	81	406.862	80
	Niet-Westers	61.480	19	99.448	20
Kind	Geslacht				
	Jongen	161.888	51	259.795	51
	Meisje	153.820	49	246.515	49

* voor alpha <,05 dat de hypothese verworpen kan worden dat het gemiddelde van het gekoppelde bestand gelijk is aan het gemiddelde van de totale observaties van de gecombineerde datasets.

Tekstbox B2.2a: Exclusie van zwangerschappen eindigend met een pasgeborene op een nicu-afdeling

De onderzoekspopulatie omvat zwangerschappen van alle vsv's in Nederland met een bevallingsdatum in de periode 2015 tot en met 2016 en omvat alleen zwangerschappen die in zowel Perined als Vektis voorkomen en aan elkaar gekoppeld kunnen worden via de GBA (n=315.708).

Voor verdere analyse zijn nog twee exclusies gedaan:

- Alle zwangerschappen waarbij het kind is opgenomen op een nicu-afdeling (bron: Perined) (n=2.529). De reden is dat onterecht veel complicaties worden toegeschreven aan vsv's met een nicu-afdeling. De toewijzingsmethodiek van een zwangerschap aan een vsv wordt in beginsel gedaan aan de hand van de locatie van de bevalling (volgens indeling vsv Perined en Vektis). Dat betekent dat als een zwangere vrouw wordt overgebracht naar een ander ziekenhuis (lees: ander vsv) met nicu om daar te bevallen, deze zwangerschap wordt toegewezen aan dat vsv. Ook als de zwangere de gehele zwangerschap zorg heeft ontvangen in een ander vsv. Daarom is te verwachten dat onterecht veel complicaties worden toegewezen aan de vsv's waar zich een nicu bevindt. Geen enkele toekomstige igo heeft een nicu-afdeling, dus is er geen enkele zwangerschap toegewezen aan een toekomstige igo met een nicu-afdeling. Daarom is besloten om de zwangerschappen in 2015 en 2016 met een nicu-opname (volgens de Perined-indeling) te excluderen van verdere analyse in dit rapport.
- Alle zwangerschappen zonder toewijzing aan een vsv en indeling Integrale Bekostiging (n=1.237)

Daarom bevat de totale studiepoulatie 311.942 zwangerschappen.

Gewenste verbeteringen

Bij het vervolg van de monitor zijn verbeteringen wenselijk. Deze verbeteringen vertalen zich in specifieke databehoeften, methodologische verbeteringen en de ontwikkeling van indicatoren voor integrale geboortezorg en worden hieronder kort toegelicht.

De belangrijkste databehoeften zijn:

1. Het registreren van pasgeborenen die tijdens of kort na de bevalling zijn overleden; Op dit moment zijn deze kinderen vaak niet ingeschreven in de GBA, waardoor het niet lukte om de declaraties van Vektis toe te wijzen aan deze zwangerschap en de koppeling te maken tussen zwangerschappen in Vektis en Perined.
2. Het gebruik van de geboortedatum of bevallingsdatum in de Vektis declaraties behorend bij de zwangerschap. De geboortedatum en bevallingsdatum zijn in de meeste gevallen wel beschikbaar bij Vektis maar niet toegankelijk voor RIVM-onderzoekers vanwege privacy redenen. Deze informatie kan echter wel gebruikt worden om 1 (deels) op te lossen, maar ook om het toewijzen van de declaraties aan één zwangerschap te verbeteren. Dat geldt in het bijzonder bij de identificatie van miskramen (en abortussen). Op dit moment is het identificeren van miskramen aan de hand van declaratiegegevens ingewikkeld en foutgevoelig. Mogelijk zijn declaraties die in werkelijkheid horen bij een zwangerschap met een geboorte na 16 weken, in de koppeling voor de monitor ingedeeld bij een miskraam en andersom. Onderzocht kan worden in hoeverre Vektis behulpzaam kan zijn bij het toewijzen van de zwangerschappen aan de declaratiegegevens zodat de beschikbare informatie wel gebruikt wordt zonder dat RIVM-onderzoekers deze gegevens inzien.
3. Het registreren van het BSN van zowel moeder als kind in Perined. In de huidige koppeling is via een koppelsleutel het BSN toegewezen door het CBS. Het is mogelijk dat hierdoor foutieve koppelingen zijn ontstaan, en zijn gegevens verloren gegaan. Daarnaast kunnen via het BSN meerlingen worden geïdentificeerd. In de huidige koppeling zijn meerlingen wel meegenomen, maar is het onduidelijk welke gezondheidsuitkomsten bij welk kind horen. De eerste stappen hiertoe zijn reeds gezet (NICTIZ) en de verwachting is dat dit gaat leiden tot een verbeterde koppeling van de gegevens.
4. Het registreren van cliëntervaringen. Op dit moment ontbreken cliëntervaringen in de monitor. Ook worden hiervoor momenteel meerdere pilots ontwikkeld. In de komende periode wordt verkend in hoeverre deze gegevens bij een volgende gegevens uitvraag gebruikt kan worden.

Naast verbeteringen in de data zijn er ook 'methodologische' verbeteringen te realiseren.

1. De toewijzing van een zwangerschap aan een vsv moet verbeterd worden. Zwangerschap worden toegewezen aan het vsv waar de uiteindelijke bevalling heeft plaatsgevonden en houdt geen rekening met de mogelijkheid dat vrouwen de prenatale fase hebben ontvangen in een ander vsv. In de huidige versie van de monitor levert dat vooral problemen op bij bevallingen op een nicu. De 13 vsv's (volgens de Perined-indeling) die over een nicu-afdeling beschikken hebben als gevolg van de toewijzingsmethodiek een veel zwaardere populatie en slechtere gezondheidsuitkomsten. In de analyses hebben wij zwangerschappen eindigend met een pasgeborene op een nicu-afdeling geëxcludeerd.

2. De toewijzing van zwangerschappen aan vsv's en igo's door zowel Perined als Vektis komt ondanks dezelfde gehanteerde methode niet altijd overeen (95.6%). Een verdere afstemming en verbeteringen zijn gewenst.
3. De deelprestaties miskraam is nu in veel gevallen niet te identificeren. Met de declaratie van deze deelprestaties door de igo's kan mogelijk veel geleerd worden hoe dit beter te doen bij de vsv's.

Tekstbox B2.2b: Identificeren miskramen (en vroege neonatale sterfte) is complex

Het gekoppelde bestand bevat geen miskramen. Wel is het mogelijk om een voorzichtige schatting te geven van het aantal miskramen op basis van de declaratiegegevens van Vektis die overblijven na het koppelen van het Vektis-bestand aan gegevens over kinderen en ouders van het CBS (en vervolgens aan Perined). Er is aangenomen dat het overgebleven deel aan declaraties rondom verloskundige zorg toe te schrijven is aan miskramen (en aan neonatale sterfte waarbij het kind niet in het GBA is geregistreerd (zie gewenste verbeteringen). Omdat niet met zekerheid te zeggen is welke declaratie bij welke miskraam hoort, is verondersteld dat declaraties in twee opeenvolgende maanden bij dezelfde miskraam horen. Een voorzichtige schatting is dat er landelijk ongeveer 32 duizend miskramen zijn per jaar. Dit hebben wij berekend door cijfers over een half jaar te bekijken; het laatste kwartaal van 2015 en het eerste kwartaal van 2016*. Onderstaande tabel toont het aantal miskramen over deze twee kwartalen. Bij de interpretatie van deze gegevens is het van belang dat deze cijfers ook abortussen en neonatale sterfte bevatten, wat leidt tot een overschatting van het aantal miskramen. Dat is te zien aan het type declaraties dat is gedaan; niet alleen voor de prenatale fase is gedeclareerd, ook voor de natale fase en de postnatale fase (en kraamzorg). Aan de andere kant is het aantal miskramen waarbij geen verloskundige zorg is verleend, niet meegenomen. Deze factoren maken het schatten van het werkelijke aantal miskramen complex.

Tekstbox: Aantal miskramen per deelprestatie voor twee kwartalen (eind 2015 en begin 2016)

Fase	Deelprestatie	%	n
Prenataal		100	15.781
	Regulier	99	15.709
	Complex	1	72
Nataal		100	1.012
	Regulier	70	707
	Complex	30	302
	Poli	0	3
Postnataal		100	951
	Regulier	96	910
	Complex	4	41
Kraamzorg		100	288

* Omdat de declaratiegegevens behorend bij een miskraam (zoals wij die hebben gedefinieerd) in werkelijkheid ook kunnen horen bij een geboorte die in 2017 nog moet plaatsvinden, of een geboorte in 2014, hebben we besloten alleen gegevens over miskramen in 2015Q4 en 2016Q1 te laten zien.

B2.3 Analyses

Beschrijvende statistiek

Beschrijvende statistiek is gebruikt om de case-mix en uitkomstindicatoren voor de studipopulatie; de toekomstige igo's en de overige vsv's in kaart te brengen. Deze indicatoren zijn gepresenteerd in een tabel als gemiddelden met standaardfouten (Tabel 2.2 en Bijlage 4). Er is getest of het gemiddelde van de toekomstige igo's en de overige vsv's gelijk is aan elkaar voor $\alpha < 0,05$.

Daarnaast zijn gemiddelden getoond in trendanalyses over acht kwartalen en 24 maanden in 2015 en 2016 (Bijlage 4) met bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen.

Gecorrigeerde gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven voor toekomstige igo's versus overige vsv's

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen in Hoofdstuk 2, zijn voor case-mix gecorrigeerde uitkomstindicatoren (gezondheidsuitkomsten, verrichtingen en zorguitgaven) gebruikt. De samenstelling van de populatie binnen de vsv's die over zijn gegaan op integrale bekostiging in 2017 kan immers verschillen van de vsv's die niet zijn overgegaan op integrale bekostiging in 2017. Voor de gezondheidsuitkomsten en verrichtingen zijn logit-modellen – op individueel niveau – geschat, waarbij de kans op de gebeurtenis (0 of 1) wordt voorspeld aan de hand van toegevoegde variabelen. Voor de zorguitgaven rondom zwangerschap is een glm-model geschat, waarbij rekening is gehouden met de typische verdeling van zorgkosten

(scheef en niet-negatief). Case-mix variabelen waarvan bekend is uit de literatuur dat zij invloed hebben op de uitkomsten van een zwangerschap [34-36] zijn als *fixed effects* toegevoegd aan de regressies. Zo is rekening gehouden met de effecten van leeftijd van de moeder op het moment van de bevalling, sociaal economische status, etniciteit, pariteit, zwangerschapsduur, de tijd en urbanisatiegraad op de gezondheidsuitkomsten en de uitgaven rondom zwangerschap. Voor deze effecten is gecorrigeerd door twee keer een voorspelling te doen; alsof alle individuen in de populatie geen onderdeel zijn van een toekomstige igo, en alsof alle individuen in de populatie wel onderdeel zijn van een toekomstige igo. Bij trendanalyses (per kwartaal en per maand) is ook rekening gehouden met de factor tijd als interactie met het zitten in een toekomstige igo of niet.

Gecorrigeerde gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven per vsv

Voor de analyse van de gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven per vsv (in Hoofdstuk 2 en in Bijlage 4) is op een vergelijkbare wijze te werk gegaan. Het verschil is dat het vsv hier het onderwerp van analyse was, in plaats van het wel of niet overgaan op integrale bekostiging in 2017. Daarom zijn hier mixed effect modellen geschat waarbij het vsv was meegenomen als random effect.

Extra toelichting op AOI-5

Tijdens het schrijven van onderhavig rapport was er nog geen consensus over berekening van de AOI-5. Daarnaast is één van de vijf onderdelen van de AOI-5 (nicu-opname) in dit rapport niet meegenomen. Aangezien neonatale sterfte in trendanalyses tot onthulling kan leiden (gebeurtenissen komen minder dan 10 keer voor per puntschatting), is deze indicator niet los gepresenteerd, maar alleen als onderdeel van de AOI-4 score. De integrale AOI-4 (neonatale sterfte bij > 2500 gram of > 37.0 weken, apgar score <7 na 5 minuten, fluxus en/of (sub) totaalruptuur) gepresenteerd en de losse onderdelen.

B2.4 Beschikbaarheid van ICHOM en ketenindicatoren in de data

Voor de monitor integrale bekostiging geboortezorg zijn de kwaliteitsindicatoren voor de geboortezorg zoals die zijn ontwikkeld door ICHOM [23] samen met de ketenindicatoren, als leidraad genomen voor de uitvraag van de data bij Perined. De ketenindicatoren zijn geformuleerd door de Werkgroep Kaderontwikkeling Monitoring Kwaliteit Perinatale Zorg. In de werkgroep zitten experts/vertegenwoordigers van de perinatale beroepsverenigingen (KNOV, LHV, NVK en NVOG), de kraamzorg (ActiZ, BTN), de patiënten/consumenten (NPCF, Kind & Ziekenhuis), de zorginstellingen (NVZ), de zorgverzekeraars (ZN, namens de ZN-Wg Kwaliteit, Zilveren Kruis en VGZ, evenals een informatieverwerker van Vektis) en Perined. Voor zover beschikbaar zijn de gevraagde gegevens overgedragen aan het CBS voor gebruik door het RIVM. Tabel B2.1 toont welke indicatoren uit ICHOM en de ketenindicatoren beschikbaar bleken.

Tabel B2.4a Beschikbaarheid indicatoren ICHOM en ketenindicatoren voor de monitor IB

		Beschikbaar	Herkomst
ICHOM-indicatoren			
case-mix			
demographics			
	age	ja	GBA
	education level	ja	GBA
	race/ethnicity	ja	GBA
	social support	nee	
	parity	ja	Perined
obstetric and medical history			
	obstetric history	ja	Perined
	medical history	ja	Perined
	multiple gestations	ja	Perined
	body height	nee	
	body weight	nee	
	substance use	ja	Perined
	congenital anomaly	ja	Perined
treatment variables			
	facility type	ja	Perined
	route of delivery	ja	Perined
outcomes			
survival			
	maternal death	ja	GBA, Perined
	still birth	ja	Perined
	neonatal death	ja	Perined
severe maternal morbidity			
	maternal need for intensive care	ja	Vektis
	maternal length of stay	ja	Perined, Vektis
	late maternal complication	ja	Vektis
	transfusion	nee	
neonatal morbidity			
	spontaneous pre-term birth	ja	Perined
	iatrogenic pre-term birth	ja	Perined
	oxygen dependence	ja	Perined

		Beschikbaar	Herkomst
	neonate length of stay	ja	Perined
	birth injury	nee	
	patient-reported health status		
	health related quality of life	nee	
	incontinence	nee	
	pain with intercourse	nee	
	breastfeeding		
	success with breastfeeding	ja	Perined
	confidence with breastfeeding	nee	
	role transition		
	mother-infant attachment	nee	
	confidence with role as mother	nee	
	mental health		
	postpartum depression	nee	
	satisfaction with care		
	satisfaction with the results of care	nee	
	healthcare responsiveness		
	confidence as an active participant in healthcare decisions	nee	
	confidence in healthcare providers	nee	
	birth experience		
	birth experience	nee	
Ketenindicatoren geboortezorg			
	AOI5 (Adverse Outcome Index) een combinatie van:	ja	Perined
	Neonatale of intrapartum sterfte bij > 2500 gram of > 37.0 weken	ja	Perined
	Opname op NICU > 37.0 weken	ja	Perined
	Apgar < 7 na 5 minuten	ja	Perined
	Fluxus post partum	ja	Perined
	3e of 4e graad perineumruptuur	ja	Perined
	Aard zorg		
	spontane partus in NTSV-groep (Nulliparous Term Singleton Vertex – à terme nulliparae met eenling in hoofdligging)	ja	Perined

		Beschikbaar	Herkomst
	percentage sectio's (totaal, ongepland/gepland) in NTSV-groep (Nulliparous Term Singleton Vertex – à terme nulliparae met eenling in hoofdligging)	ja	Perined
	vrouwen met epidurale analgesie (totaal, 's nachts/in het weekend) in NTSV-groep	ja	Perined
	Borstvoeding	ja	Perined
	Plaats zorg		
	start zwangerschapsbegeleiding vóór 10 weken (algemeen, c.q. uit achterstandssituatie)	nee*	
	bevallingen: totaal, thuis/poliklinisch/klinisch, type baring bij klinische bevalling (normaal vaginaal/instrumenteel/met sectio)	ja	Perined
	bevallingen durante partu overgedragen (een medische indicatie verkregen): totaal, type baring (normaal vaginaal/instrumenteel/met sectio), reden overdragen (een medische indicatie verkrijgen): wegens niet vorderende ontsluiting, sedatie en/of pijnstilling	ja	Perined
	kinderen direct post partum overgedragen	ja	Perined
	Clïëntervaringen: ReproQ	nee	
	Klantpreferenties	nee	
	Samenwerking binnen vsv		
	Zorgaanbod vsv		
	Organisatie en zorgaanbod verloskundigenpraktijk		
	Zorgaanbod kraamzorg	nee	

* bleek wel beschikbaar in bronbestanden

Bijlage 3 Methode van onderzoek kwalitatief deel

Leeswijzer

Hier worden de toegepaste onderzoeksmethoden in detail beschreven voor het kwalitatieve deel van het rapport. Hierbij wordt ingegaan op de onderzoekspopulatie (paragraaf B3.1, gegevensverzameling (paragraaf B3.2), periode van onderzoek (paragraaf B3.2) en ten slotte de gebruikte interviewleidraden (paragraaf B3.3).

B3.1 Onderzoekspopulatie en periode

De onderzoekspopulatie omvat alle vsv's in Nederland. Een lijst van alle in Nederland aanwezige vsv's is aangeleverd door het CPZ. Gedurende de periode tussen december 2017 en juli 2018 zijn alle interviews en focusgroepen afgenomen.

B3.2 Verzameling gegevens

Door middel van interviews en focusgroepen is kwalitatieve data verzameld. Hierbij waren de aanloop naar en eerste ervaringen met integrale bekostiging onderdeel van de onderwerpen tijdens interviews bij igo's. De interviews bespraken de situatie in 2017, door de snelle dynamische aard van het veld kunnen opgehaalde gegevens inmiddels verouderd zijn. Daarnaast zijn tijdens de interviews documenten opgevraagd bij de door ons bezochte vsv's en igo's. Feitelijkeheden over de situatie in 2017 zoals weergegeven in Tabel 3.1 en 3.2 zijn voorgelegd aan en goedgekeurd door de contactpersonen van de igo's.

Semigestructureerde interviews

Selectie van geboortezorgorganisaties

Bij de selectie van geboortezorgorganisaties zijn er twaalf benaderd. De zes igo's die per 1-1-2017 integrale bekostiging ingevoerd hebben zijn gevraagd deel te nemen en hebben allen toegezegd. Daarnaast zijn er zes vsv's willekeurig geselecteerd, waarbij is gestratificeerd naar verstedelijking, preferente zorgverzekeraar en in hoeverre zij wel of niet wilden overstappen naar integrale bekostiging. Zo zijn drie vsv's benaderd waar wel overwogen is om over te stappen naar integrale bekostiging, maar dit in 2017 niet gebeurd is. Daarnaast zijn ook vsv's benaderd die geen plannen hadden om over te stappen.

Één van de benaderde vsv's gaf aan deel te willen nemen aan het onderzoek, maar na meerdere herinneringen per e-mail en telefoon is het niet gelukt om dit vsv te includeren. Er is iet verder actief geworven bij het bereiken van data saturatie. De preferente zorgverzekeraars van de geworven vsv's en igo's waren, in willekeurige volgorde, CZ, Zilveren Kruis, Achmea, DSW, Menzis en Zorg en Zekerheid.

Veel verschillende zorgverleners geïnterviewd op basis van ‘purposive sampling’

De vsv's en igo's die deelnamen aan het onderzoek werden gevraagd een bestand van alle betrokken zorgverleners en bestuurders aan te leveren, met daarin naam, functie en e-mailadres. Uit deze lijst is een willekeurige selectie gemaakt door het RIVM, waarbij het uitgangspunt was om alle deelnemende actoren te interviewen, namelijk bestuurders/managers, eerstelijnsverloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, teamleiders verloskunde, kraamzorgmanagers, financieel managers, projectleiders en zorginkopers van zorgverzekeraars. Per igo of vsv zijn maximaal vijf interviews gehouden waarbij ten minste bestuurders, eerstelijns verloskundigen en gynaecologen vertegenwoordigd waren. In enkele gevallen (n=8) gaven de geboortezorgorganisaties zelf aan wie bereid was geïnterviewd te worden en heeft het RIVM geen blinde selectie kunnen maken. Daarnaast hebben er interviews plaatsgevonden met inkopers van geboortezorg werkzaam bij vier grote zorgverzekeraars (Zilveren Kruis, Menzis, CZ, VGZ) en twee kleinere (DSW en Zorg en Zekerheid).

In totaal zijn 55 professionals geïnterviewd in de periode december 2017 – april 2018. De interviews zijn gehouden door vier onderzoekers (JS, HvD, PK en CB). Respondenten waren betrokken bij de geboortezorg als bestuursleden (n=10), afdelingshoofden verloskunde (n=2), kinderarts (n=1), eerstelijnsverloskundigen (n=14), klinisch verloskundigen (n=4), gynaecologen (n=10), extern projectleider (n=3), kraamzorgmanager (n=11), financieel manager (n=1) en zorginkoper bij een zorgverzekeraar (n=8). Respondenten bekleeden vaak meerdere functies zoals zorgverlener en bestuurslid of eerstelijns en klinisch verloskundige, deze aparte functies zijn hier apart meegeteld. Het overgrote deel van de 55 respondenten zijn in persoon geïnterviewd (n=48), de overige 7 telefonisch. Tijdens zes interviews waren twee respondenten aanwezig, de overige gesprekken waren één op één of tussen twee onderzoekers en één respondent. Interviews zijn met goedkeuring van geïnterviewden opgenomen. Voorafgaand aan het interview hebben alle geïnterviewden een informed consent-formulier getekend met betrekking tot de geluidsopname en vertrouwelijke verwerking van de resultaten. De anonimisering van de resultaten heeft in een enkel geval ertoe geleid dat de informatie minder gedetailleerd is gepresenteerd (op hoger aggregatieniveau). Bij de quotes in dit rapport is wel het type actor beschreven, maar niet het betrokken vsv met als doel de anonimiteit van de geïnterviewde te waarborgen.

Inhoud interviews aan de hand van vooraf opgestelde interview leidraden

De besproken onderwerpen tijdens de interviews is gebaseerd op vooraf opgestelde interview leidraden, waarbij verschillende leidraden werden gebruikt voor interviews bij vsv's, igo's en zorgverzekeraars (zie Bijlage 3.3 Interviewleidraden). In de interviews zijn de volgende aspecten structureel aan bod gekomen: het vormgeven van geboortezorgorganisaties, het zorginkoopproces, het werkproces en de verwachtingen van de invoering van integrale bekostiging. Afhankelijk van het type actor werd in de interviews in meer of mindere mate ingegaan op specifieke aspecten. Zo is bij bestuurders dieper ingegaan op het vormgeven van de geboortezorgorganisatie en het zorginkoopproces, terwijl bij een klinisch verloskundige de focus meer lag op het werkproces en zorginhoud. Op basis van ervaringen uit de eerste vijf interviews hebben de onderzoekers de itemlijsten nog aangepast, waarna deze definitief zijn gemaakt.

Naast interviews ook meerdere (in)formele gesprekken met relevante stakeholders

Naast de individuele interviews zijn veel (in)formele gesprekken gevoerd met relevante stakeholders, zoals het College voor Perinatale Zorg (CPZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Perined, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging van Obstetrie & Gynaecologie (NVOG), Bo Geboortezorg en diverse academici in het veld. Dit betroffen zowel individuele gesprekken als bijeenkomsten met meerdere personen. Daarnaast zijn meerdere presentaties van de voorlopige resultaten gegeven op speciaal georganiseerde bijeenkomsten en congressen.

Focusgroepen

In juli 2018 zijn twee focusgroepen geweest met verschillende geboortezorgprofessionals (n=5) en zwangeren (n=11). Doel van de focusgroepen was om te toetsen in hoeverre de uitkomsten van de individuele interviews binnen de vijf geselecteerde vsv's en zes igo's representatief waren voor de overige vsv's in Nederland. Tijdens deze focusgroepen zijn de voorlopige resultaten van de semigestructureerde interviews gepresenteerd, waarna inhoudelijke discussie plaatsvond over de resultaten.

Om deelnemers voor de focusgroep met experts uit het veld te werven is een oproep gedaan via de kanalen van CPZ. Alle belangstellenden zijn uitgenodigd voor een expert panel om te reflecteren op de onderzoeksresultaten. Hierbij waren experts aanwezig met achtergrond in zowel vsv's en igo's, grootstedelijk en landelijk gebied, eerste- en tweede lijn als ook de verschillende geboortezorgdisciplines kraamzorg, verloskunde, gynaecologie en zorgmanagement. De deelnemers aan de focusgroepen namen geen deel aan individuele interviews. Voor de werving van de focusgroep met zwangeren die recentelijk geboortezorg kregen zijn veel verloskundepraktijken, geboortecentra en verloskunde afdelingen in en rondom Utrecht benaderd. Hierop kwam geen respons en is in overleg met de Patiëntenfederatie gekozen om te gaan werven onder medewerkers bij het RIVM.

B3.3 Interviewleidraden

Hieronder worden de interviewleidraden zoals gehanteerd tijdens de semigestructureerde interviews. Dit betreffen specifieke leidraden voor de igo's (A), vsv's (B) en zorgverzekeraars (C).

A) Interviewleidraad igo's

Algemene beschrijving geboortezorgorganisatie

1. Hoeveel zwangerschappen worden binnen uw organisatie begeleidt?
2. Hoeveel medewerkers van de verschillende geboortezorgdisciplines zijn hier werkzaam?
3. Hoe ziet het bestuur eruit m.b.t. aantal leden, vertegenwoordiging van verschillende disciplines en aangesloten/ meekijkende organisaties?
4. Vragen m.b.t. de integratiemeter

Voorafgaand aan igo en integrale bekostiging

1. Zijn er volgens u knelpunten in de zorg voorafgaand aan integrale bekostiging? Zo ja, welke knelpunten waren dit?
2. Verwacht u dat integrale bekostiging gaat bijdragen aan oplossingen voor de eerder genoemde knelpunten?

Huidige situatie met integrale bekostiging

1. Welke rechtsvorm heeft de igo?
2. Welke en hoe zijn zorgaanbieders onderdeel van de hoofdaannemer?
3. Is er een toezichthoudend orgaan?
4. Hoe wordt tot toetreding van een nieuw lid besloten? Wat zijn de criteria?
5. Is de IGO aangemerkt als zorgaanbieder?
6. Waar ligt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg?
7. Waar ligt de verantwoordelijkheid voor (zorg) kosten?
8. Wat voor ondersteuning aan de organisatie vindt er plaats? (evt. door derden)
9. Hoe was het contact met cpz/ de taskforce?
10. Is de module integrale geboortezorg gecontracteerd geweest?
11. Hoe zag extra financiering vanuit de zorgverzekeraar voor de IGO eruit?

Integraal bekostigingscontract – zorginkoopmarkt 1

1. Welke in- en exclusiecriteria worden toegepast om de populatie te bepalen?
2. Wordt er gebruik gemaakt van een prospectief of retrospectief model?
3. Welke zorg maakt onderdeel uit van het IB contract?
4. Welke zorg valt niet onder het contract?
5. Worden er kosten niet vergoed door de zorgverzekeraar? Hoe worden deze kosten gedekt?
6. Wat is de duur van het contract?
7. Hebben alle kernpartners/ organisaties deelnemend aan de igo het integrale tarief geaccepteerd?
8. Bevat het contract een heronderhandelingsclausule? Wat houdt deze in?
9. Zijn tarieven van de deelprestaties openbaar

10. Worden transitiegelden ontvangen van de verzekeraar?
11. Wat veroorzaakt een bundelbreker?
12. Hoe verloopt het onderhandelingsproces met de preferente zorgverzekeraar?
13. Waaruit bestaat de onderhandelingsdelegatie?
14. Wat zijn de ervaringen met het vol beleid van verre verzekeraars?

Inkoop van zorg door igo- zorginkoopmarkt 2

1. Hoeveel onderaannemers zijn betrokken per discipline?
2. Hoe verloopt het onderhandelingsproces met de zorgaanbieders?
3. Voor hoe lang worden overeenkomsten met onderaannemers aangegaan?
4. In hoeverre hebben zorgaanbieders (als onderaannemers) invloed op het beleid van de igo?
5. Hoe declareren zorgaanbieders bij de igo?
6. Hoe worden de organisatiekosten bij zorgaanbieders van de igo gefinancierd?
7. Is het zelfstandig declaratierecht van zorgaanbieders behouden?

Gevolgen van IB

1. Wat zijn de gevolgen van IB voor het primaire zorgproces?
2. Hoe stuurt de igo op kwaliteit van zorg?
3. Hoe wordt spiegelinformatie/ verbetercycli ingezet?
4. Wat wordt er aan gezamenlijke scholing gedaan?
5. Is er beleid op low value care?
6. Wat zijn obstakels t.a.v. IB in deze regio?
7. Wat moet opgelost worden om IB (hier) succesvol te maken?
8. In relatie tot IB, wat uit de oude situatie moet volgens u vooral behouden blijven?
9. Welke (spiegel-/benchmark-) informatie over kwaliteit en kosten van geboortezorg zou u graag raadplegen?
10. Zijn er nog zaken die niet besproken zijn, maar wel van belang zijn in dit kader?

B) Interviewleidraad vsv's

Algemene beschrijving geboortezorgorganisatie

Zie vragen bij interviewleidraad igo's

Stand van zaken aangaande integrale bekostiging

1. Wat is de stand van zaken met betrekking tot integrale bekostiging momenteel?
2. Waren/ zijn er plannen om IB binnen dit vsv in te voeren? Waarom wel/ niet?
3. Is geprobeerd de module integrale geboortezorg te contracteren?
4. Is er contact geweest met cpz/ de taskforce?
5. Is met de zorgverzekeraar gesproken over IB?
6. Hoe ziet u de toekomst van IB in het vsv?
7. Wat zijn obstakel t.a.v. IB in deze regio?
8. Wat moet opgelost worden om IB succesvol bij uw vsv in te voeren?

9. In relatie tot IB, wat uit de huidige situatie moet volgens u vooral behouden blijven?
10. Welke (spiegel-/benchmark-) informatie over kwaliteit en kosten van geboortezorg zou u graag raadplegen?
11. Zijn er nog zaken die niet besproken zijn, maar wel van belang zijn in dit kader?

C) Interviewleidraad zorgverzekeraars

Ontwikkeling van het IB contract

1. Hoe verloopt het onderhandelingsproces met de preferente zorgverzekeraar?
2. Waaruit bestaat de onderhandelingsdelegatie?
3. Wanneer u de 'verre verzekeraar' bent, volgt u dan ten alle tijden de preferente zorgverzekeraar?
4. Bij hoeveel vsv's heeft u de module 'integrale geboortezorg' gecontracteerd?
5. Wat is de rol en het belang van een onafhankelijke projectleider?

Integraal bekostigingscontract – zorginkoopmarkt 1

Zie vragen bij interviewleidraad igo's

Gevolgen van IB

1. Hoe verantwoord de geboortezorgorganisatie de geleverde zorg aan jullie?
2. Waar bestaat deze verantwoordingsinformatie uit?
3. Wie wordt aangemerkt als zorgaanbieder?
4. Hoe worden 'dubbele declaraties' uitgesloten?
5. Draagt IB volgens u actief bij aan taakherschikking?
6. Zijn er succes- en faalfactoren te benoemen voor de invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg?
7. Ziet u integrale bekostiging als een belangrijk instrument in het realiseren van integrale geboortezorg?

Rol verzekeraar

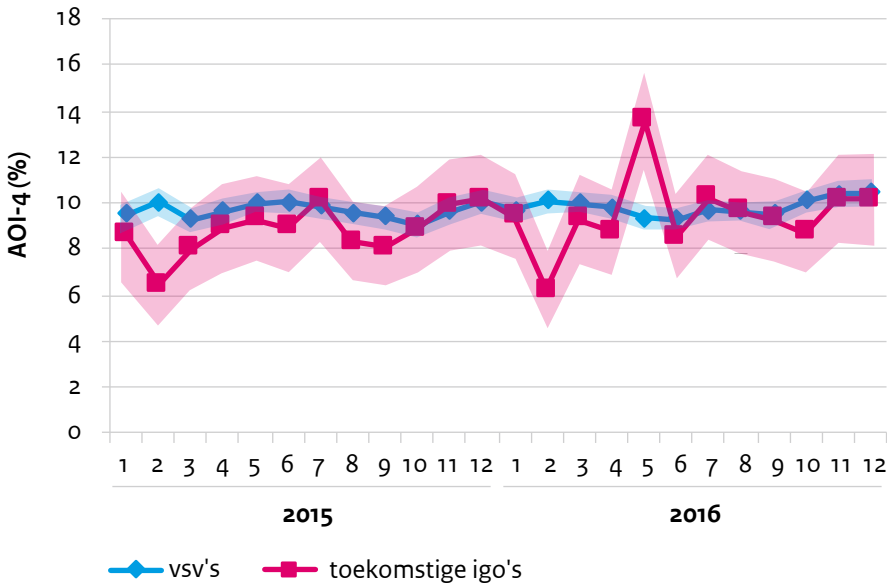
1. Waar eindigt de rol van de verzekeraar?
2. Stelt u de verplichting dat kraamzorg integraal gecontracteerd wordt bij een igo voor hen IB aan te bieden?
3. Waar begint en eindigt de geboortezorg?
4. Wat is uw visie ten aanzien van prospectieve- en retrospectieve betaling?
5. Wat is uw visie ten aanzien van de 9 deeltarieven, 3 deeltarieven en het kpmg-model?
6. Wat moet opgelost worden om IB succesvol in te voeren?
7. In relatie tot IB, wat uit de huidige situatie moet volgens u vooral behouden blijven?
8. Welke (spiegel-/benchmark-) informatie over kwaliteit en kosten van geboortezorg zou u graag raadplegen?
9. Zijn er nog zaken die niet besproken zijn, maar wel van belang zijn in dit kader?

Bijlage 4 Additionele figuren en data

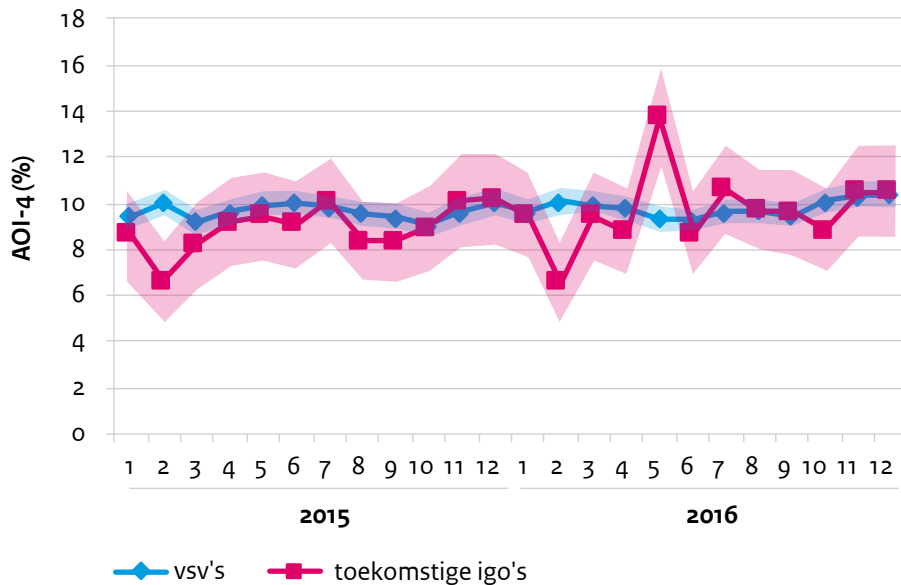
Gezondheidsuitkomsten

Figuur B4.1a: Gemiddelde Adverse Outcome Index-4 (AOI-4) (neonatale sterfte bij ≥ 2500 gram of $\geq 37,0$ weken, Apgar score <7 na 5 minuten, fluxus post partum en/of (sub)totaalruptuur) weergegeven als percentage over 24 maanden in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

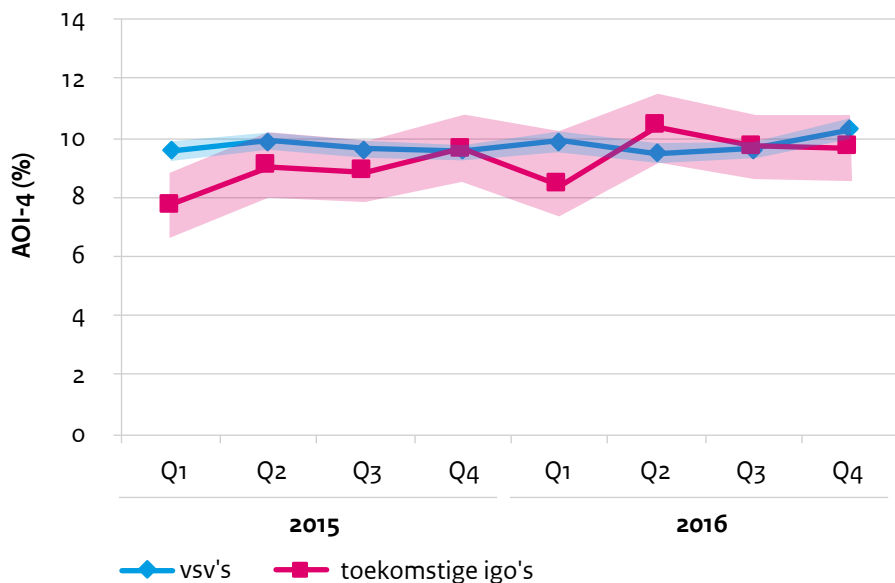


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

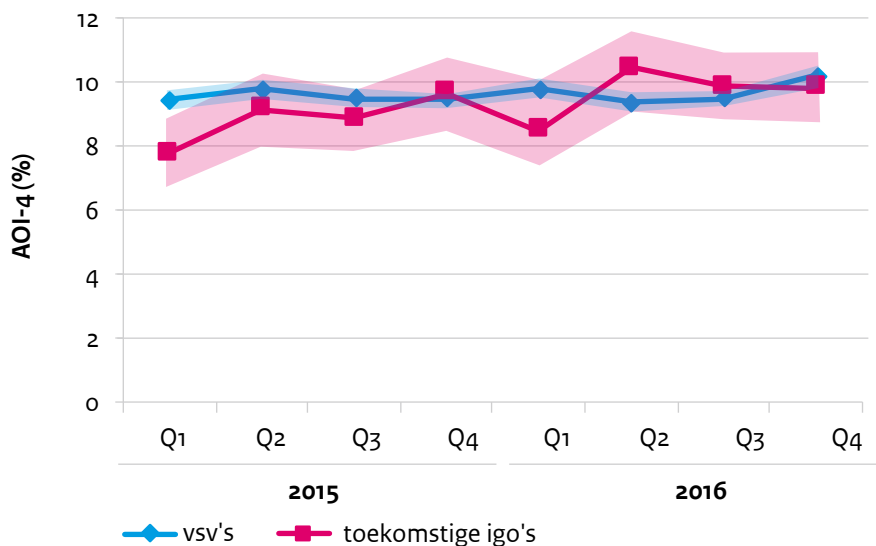


Figuur B4.1b: Gemiddelde Adverse Outcome Index-4 (AOI-4) (neonatale sterfte bij ≥ 2500 gram of $\geq 37,0$ weken, Apgar score <7 na 5 minuten, fluxus post partum en/of (sub)totaalruptuur)) weergegeven als percentage over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robynrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

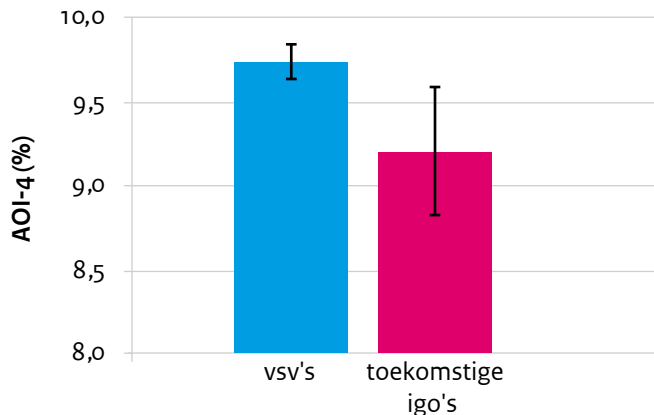


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

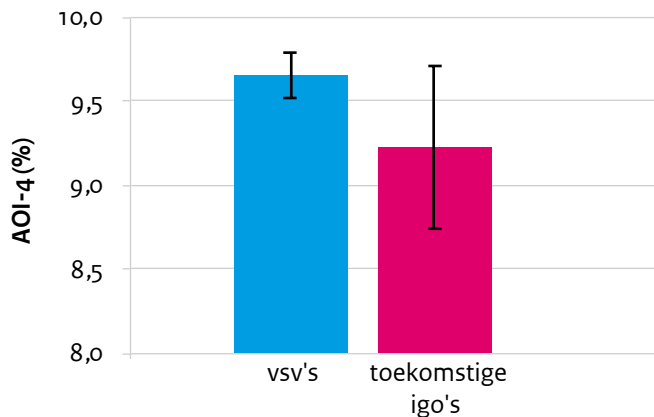


Figuur B4.1c: Gemiddelde Adverse Index-4 (AOI-4) (neonatale sterfte bij ≥ 2500 gram of $\geq 37,0$ weken, apgar score < 7 na 5 minuten, fluxus post partum en/of (sub)totaalruptuur) weergegeven als percentage in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

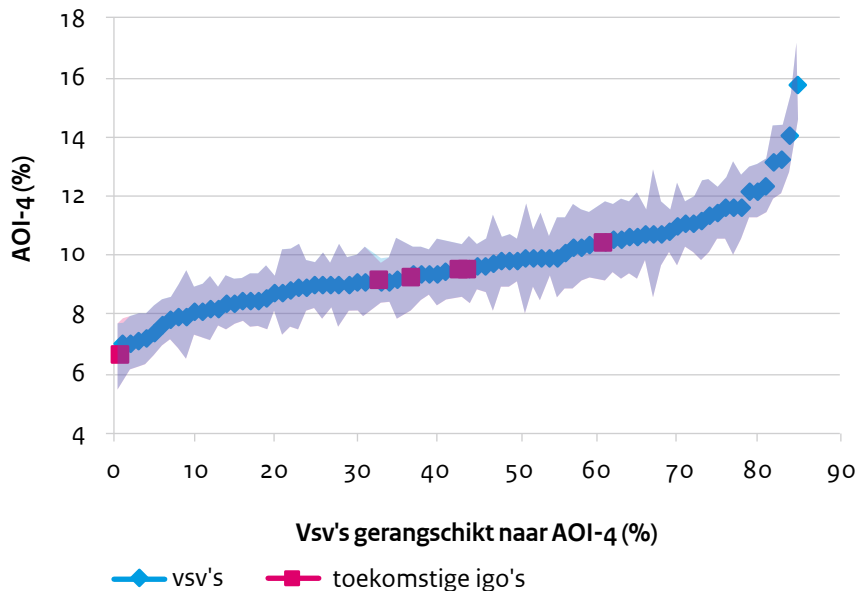


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

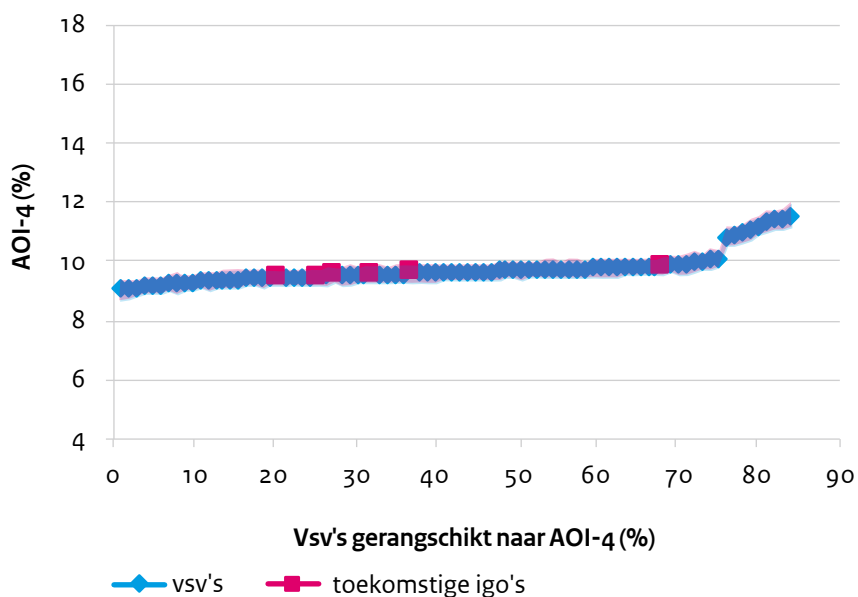


Figuur B4.1d: Variatie in gemiddelde Adverse Outcome Index-4 (AOI-4) tussen vsv's in de onderzoeksperiode 2015-2016

1. Ongecorrigeerd

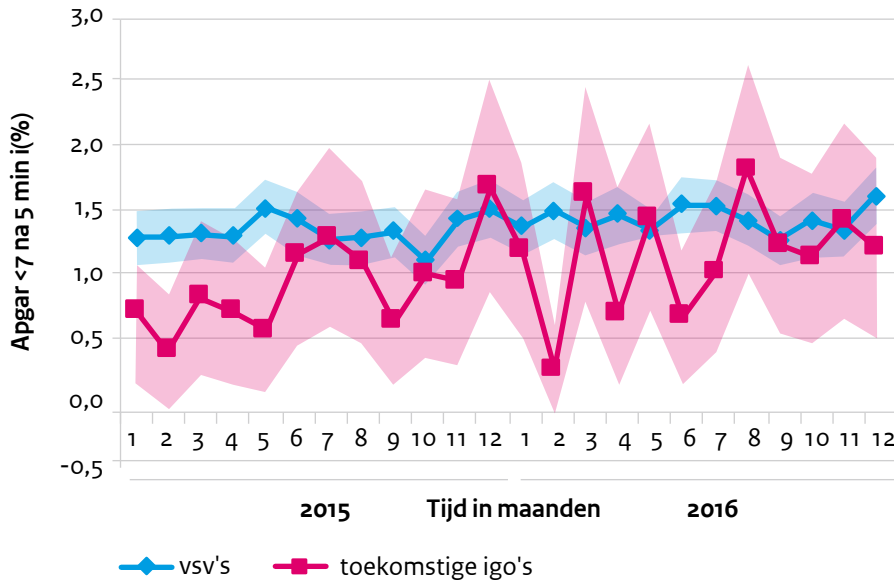


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd (indien van toepassing).

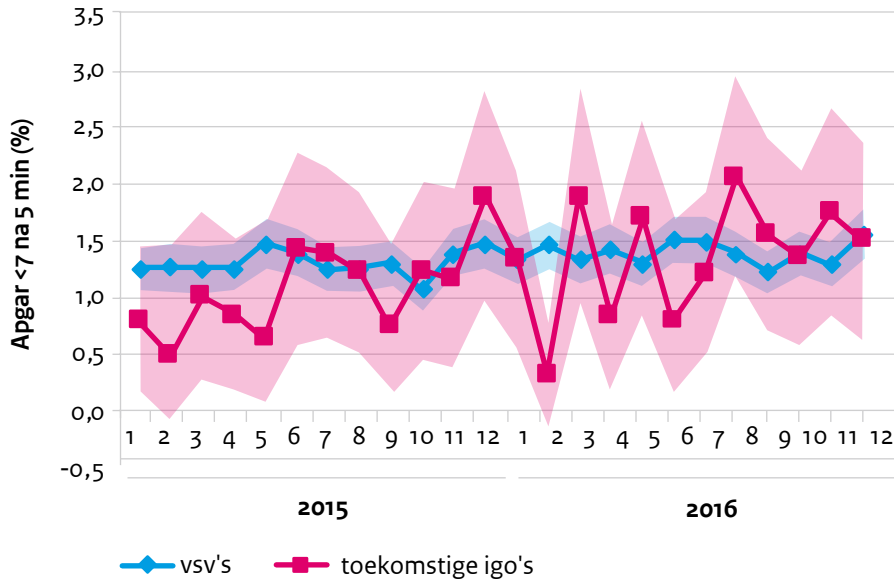


Figuur B4.2a: Gemiddelde Apgar score <7 na 5 minuten weergegeven als percentage over 24 maanden in 2015 en 2016 voor toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

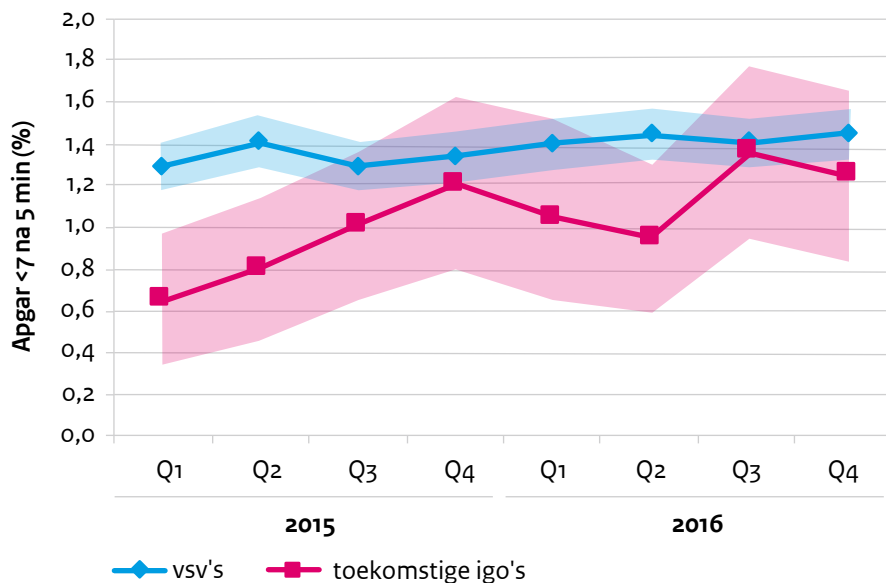


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

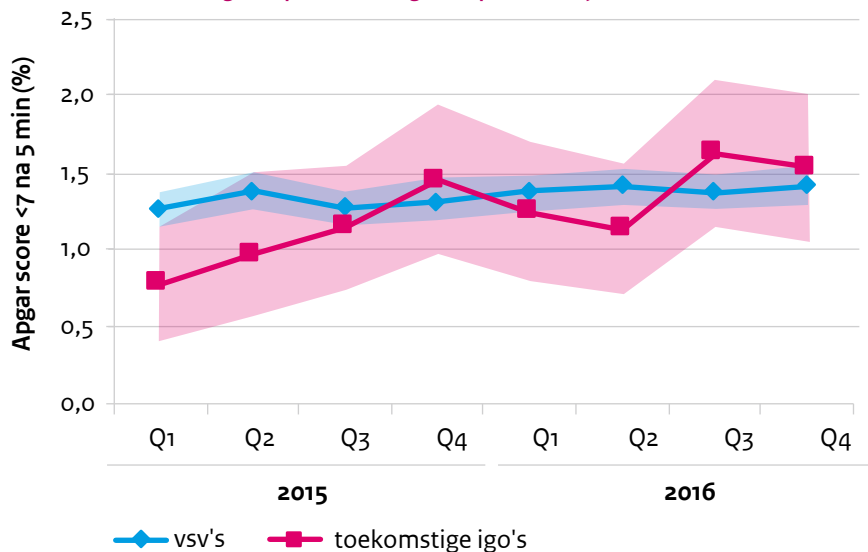


Figuur B4.2b: Gemiddelde Apgar score <7 na 5 minuten weergegeven als percentage over acht kwartalen in 2015 en 2016 voor toekomstige igo's (robynrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

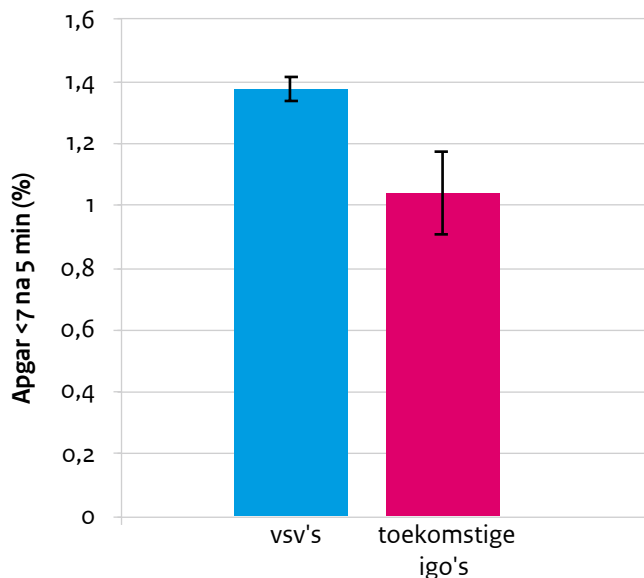


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

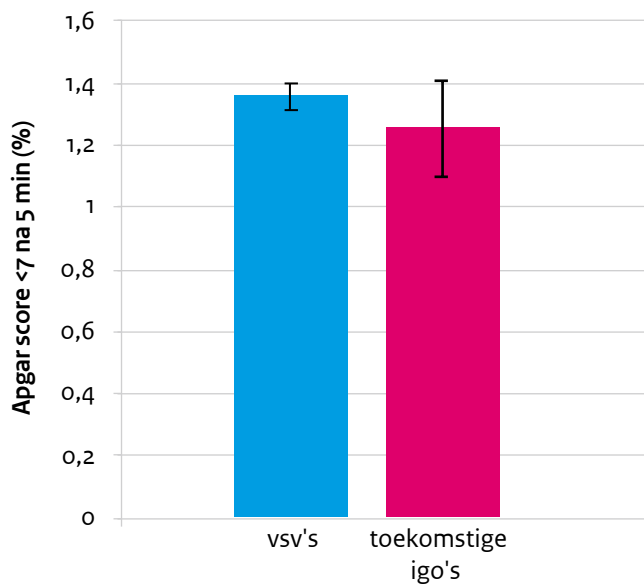


Figuur B4.2c: Percentage bevallingen met een pasgeborene met een Apgar score <7 na 5 minuten van de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (roze) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

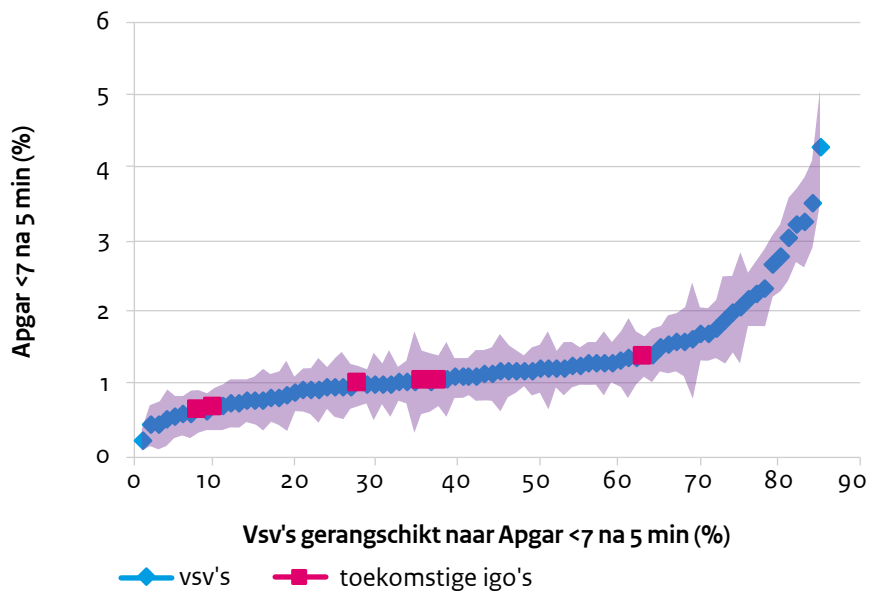


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

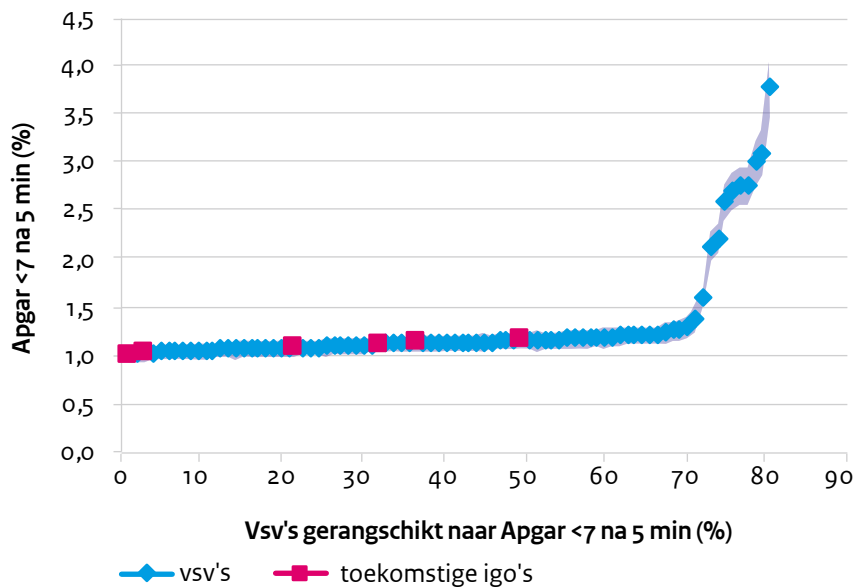


Figuur B4.2d: Variatie percentage bevallingen met een pasgeborene met Apgar score <7 na 5 minuten weergegeven per vsv in de onderzoeksperiode 2015-2016

1. Ongecorrigeerd

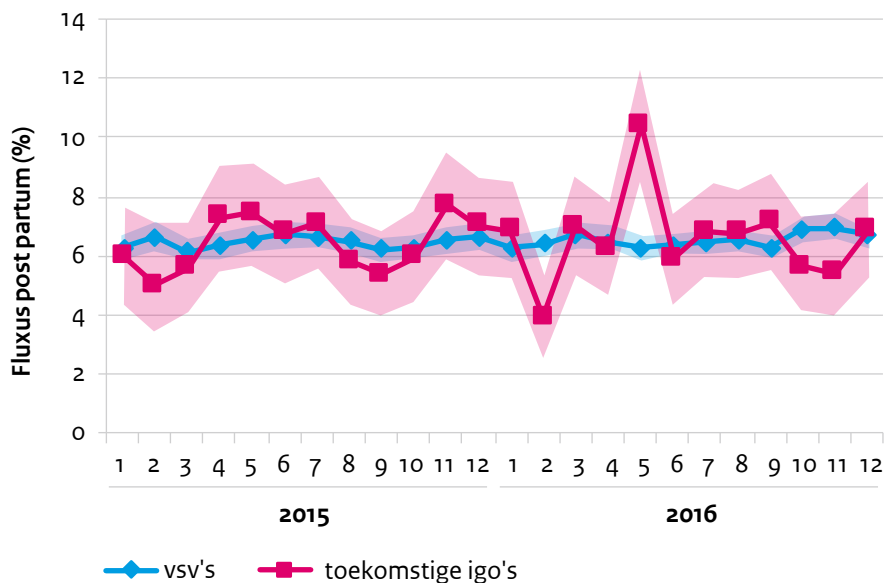


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

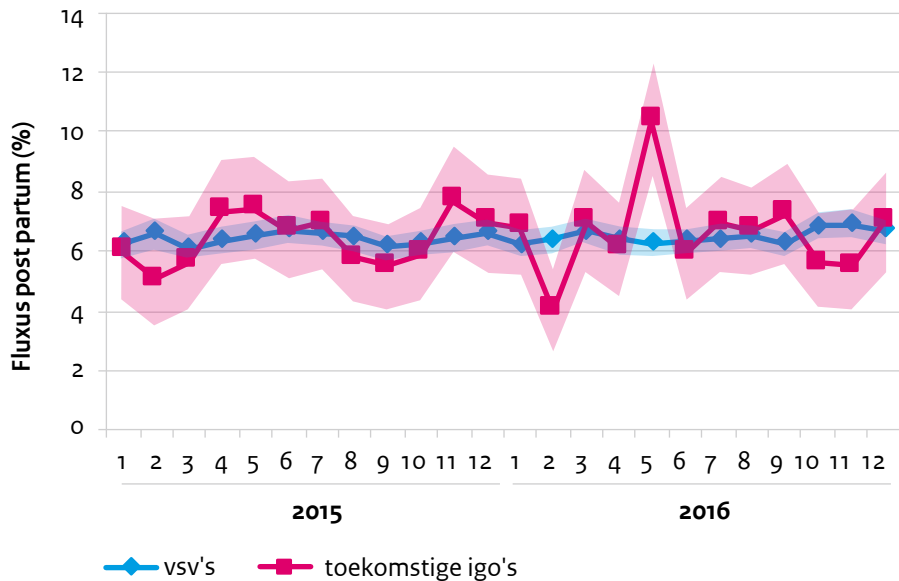


Figuur B4.3a: Percentage bevallingen met een fluxus post partum over 24 maanden in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

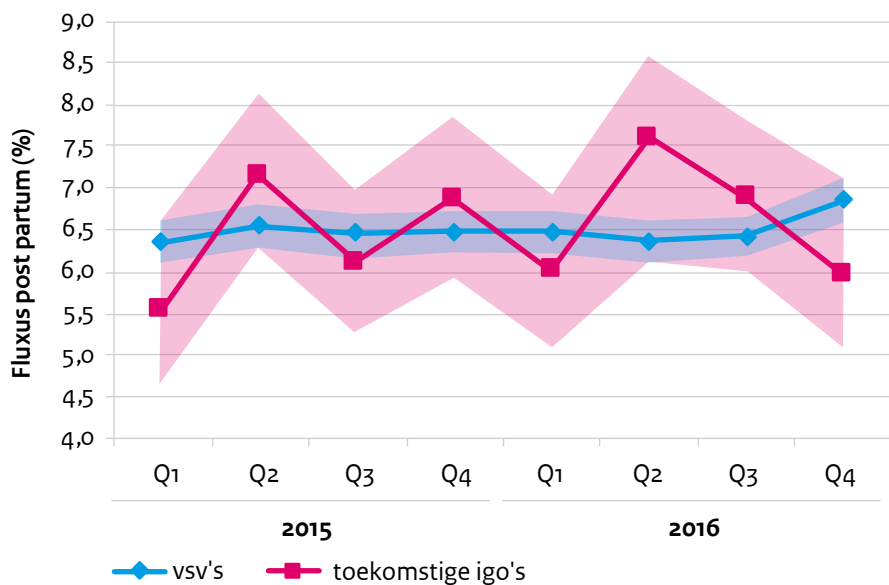


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

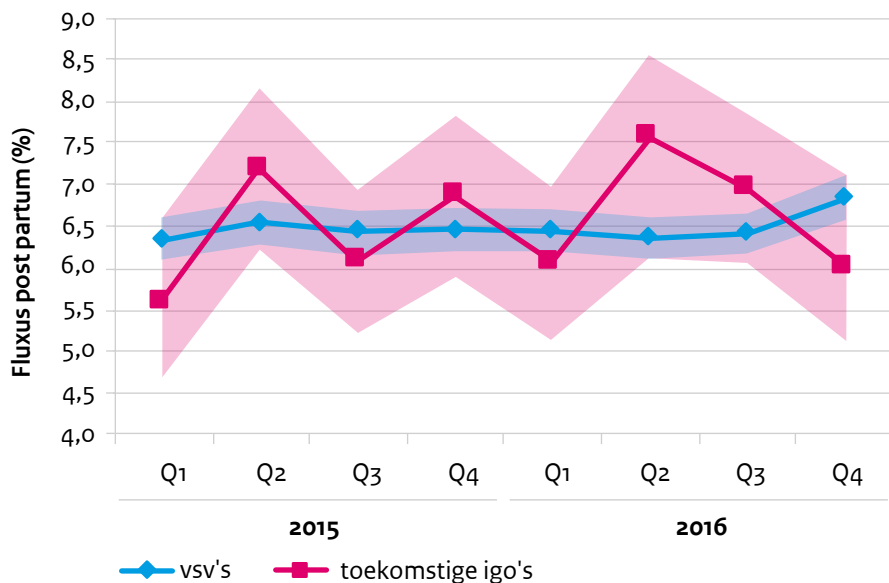


Figuur B4.3b: Percentage bevallingen met een fluxus post partum weergegeven over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

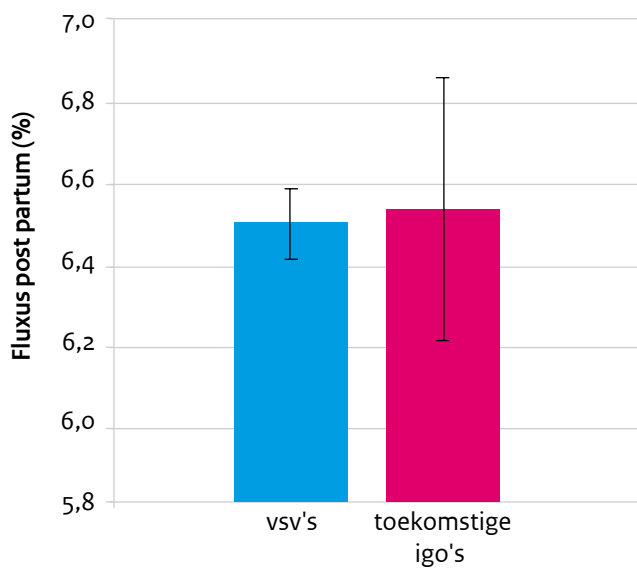


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

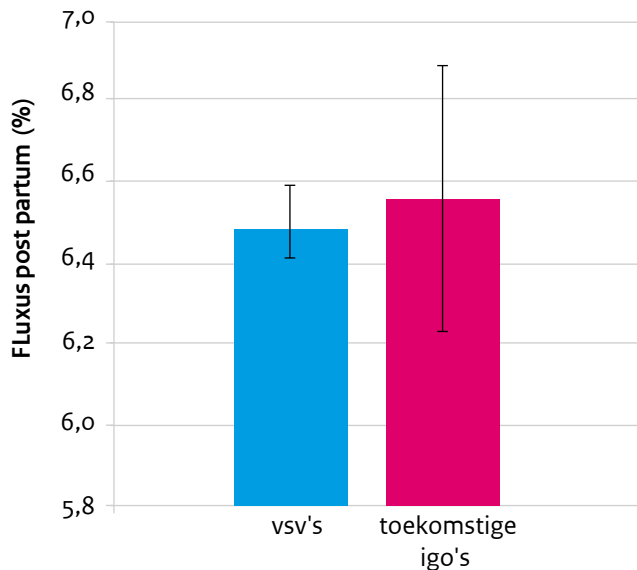


Figuur B4.3c: Percentage bevallingen met een fluxus post partum in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (roze) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

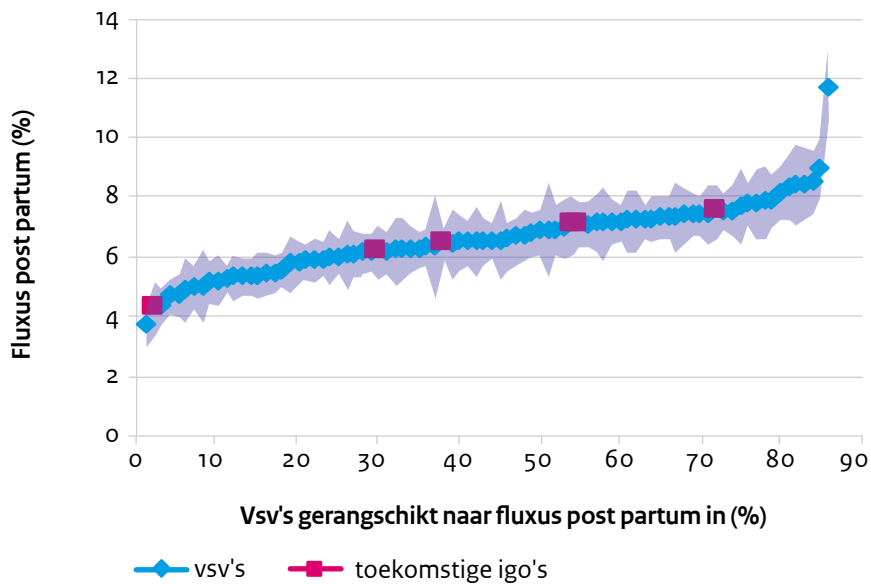


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

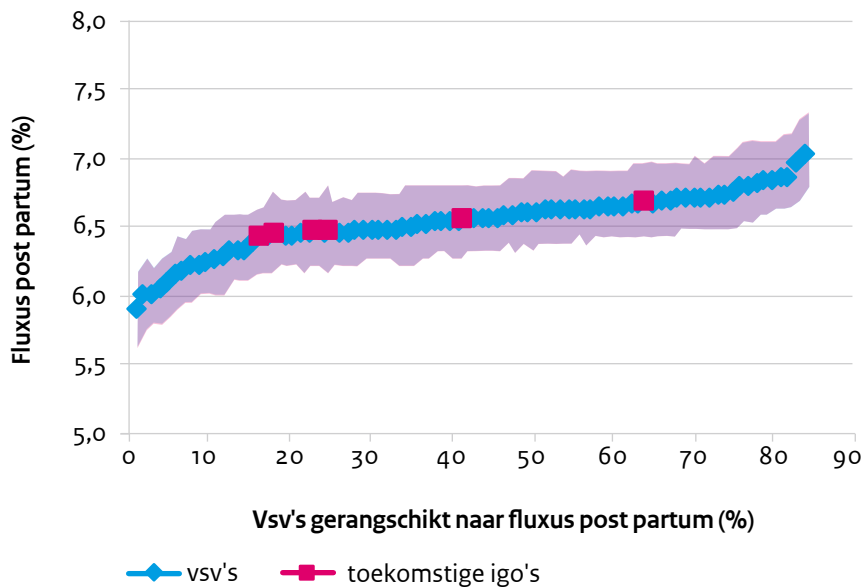


Figuur B4.3d: Variatie in percentage bevallingen met een fluxus post partum weergegeven per vsv in de onderzoeksperiode 2015-2016

1. Ongecorrigeerd

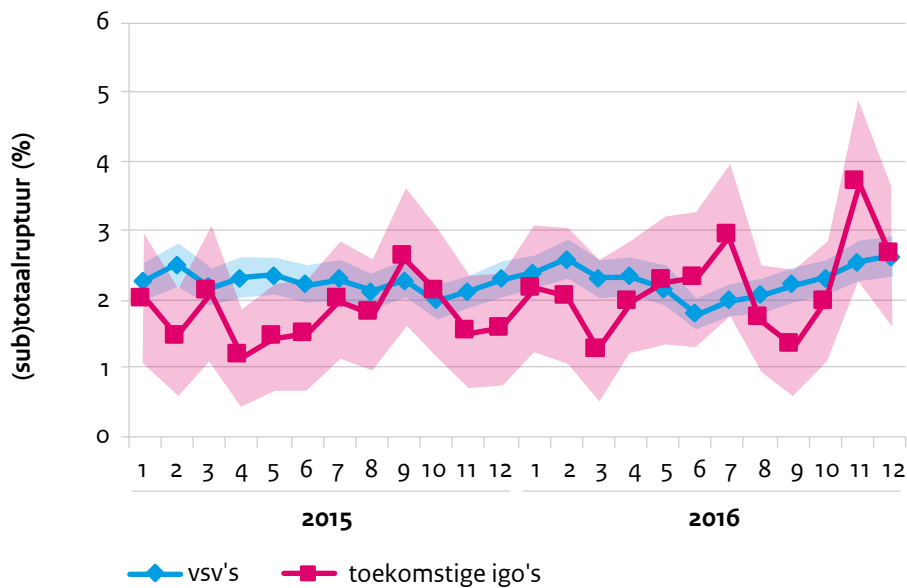


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

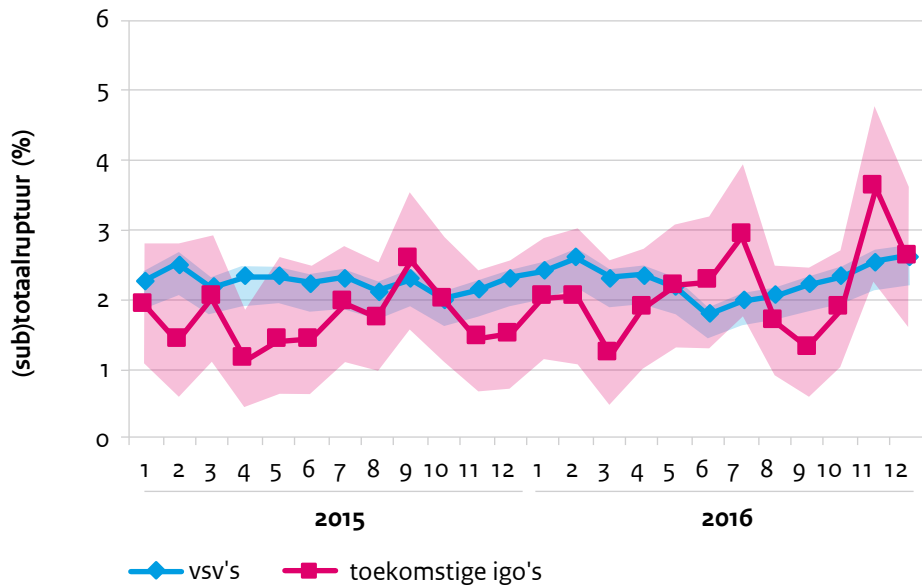


Figuur B4.4a: Percentage bevallingen met een (sub)totaalruptuur over 24 maanden in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robijnrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

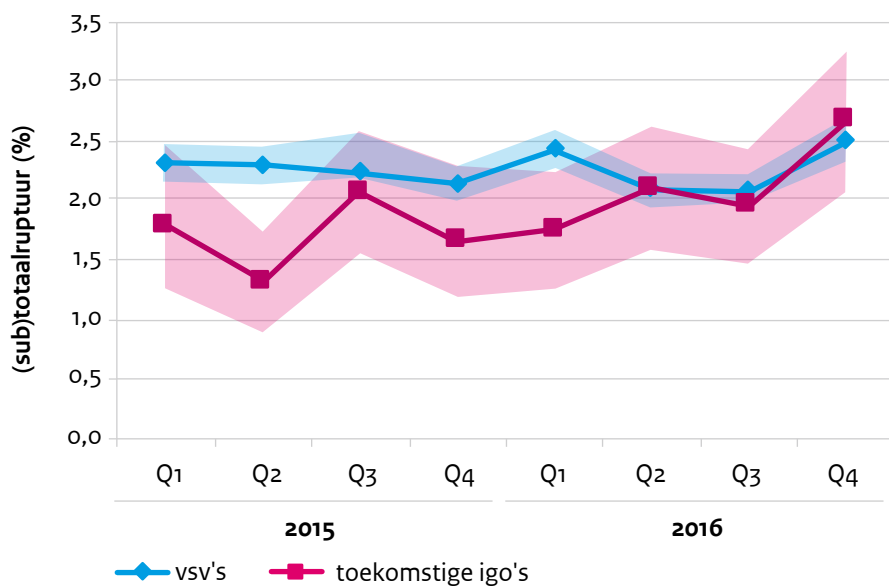


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

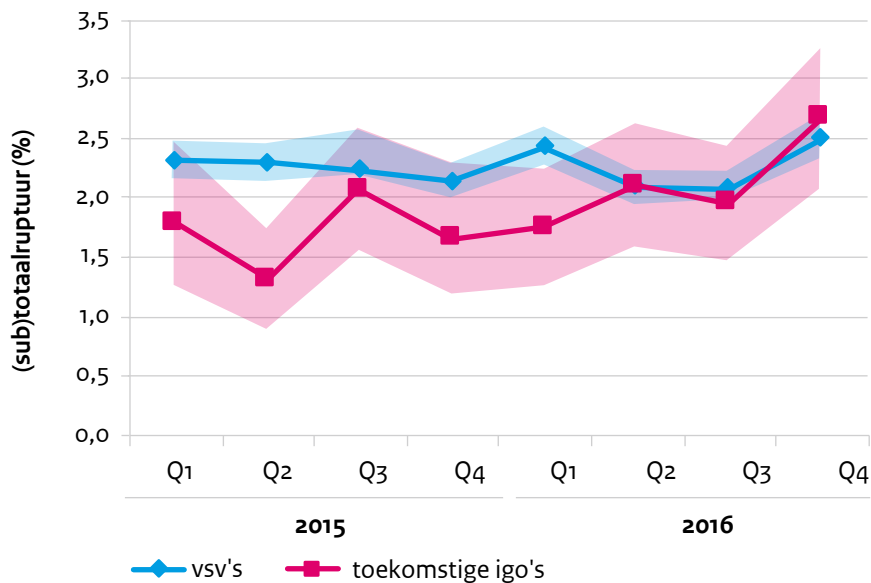


Figuur B4.4b: Percentage bevallingen met een (sub)totaalruptuur over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

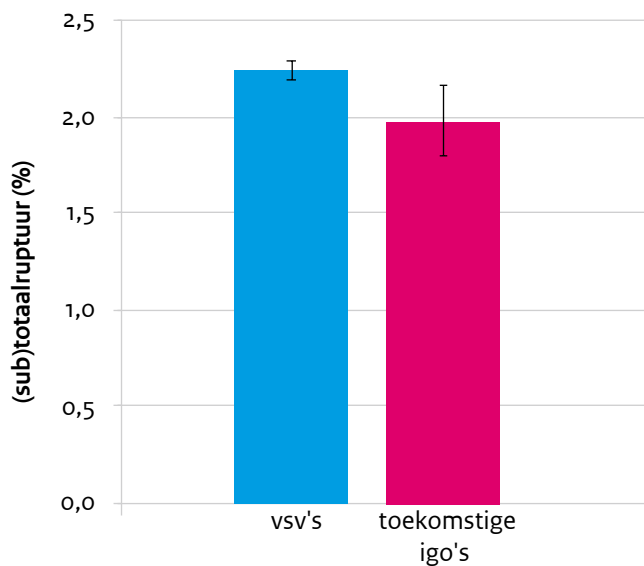


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

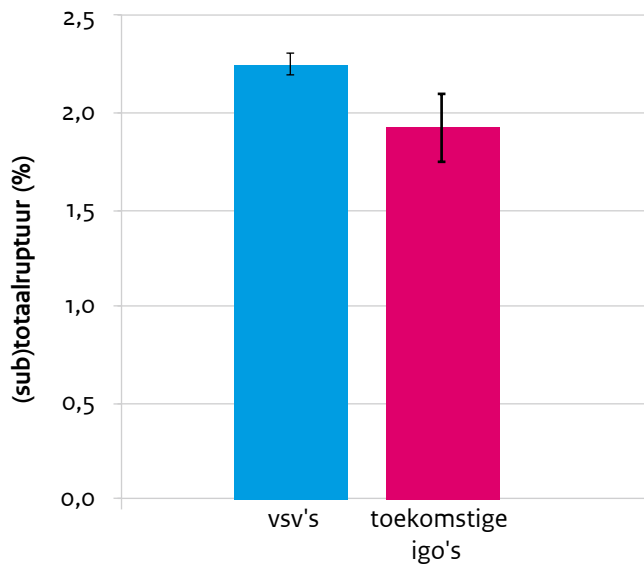


Figuur B4.4c: Percentage bevallingen met een (sub)totaalruptuur in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (roze) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

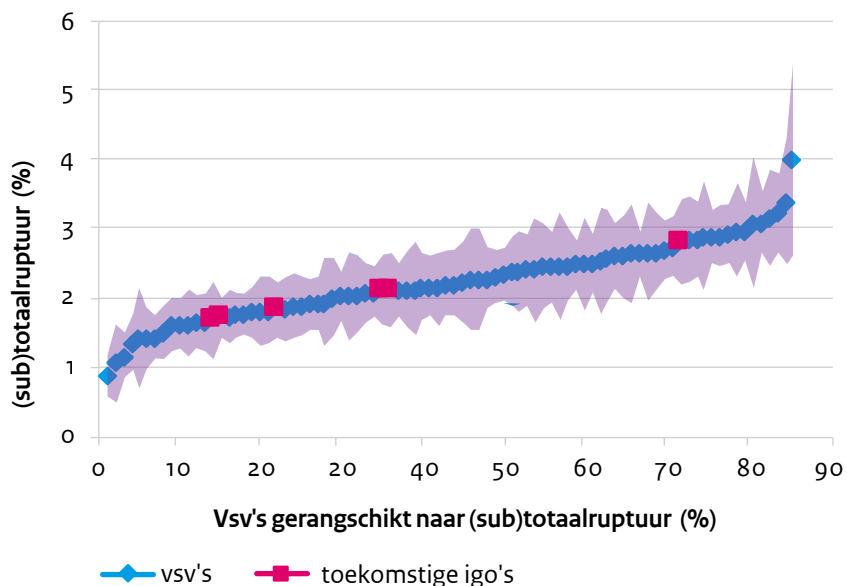


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

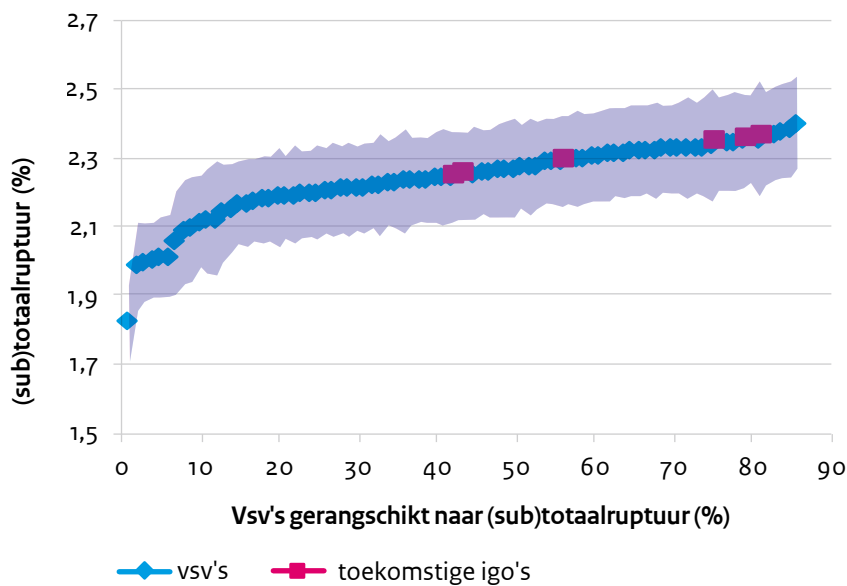


Figuur B4.4d: Variatie in percentage bevallingen met een (sub)totaalruptuur weergegeven per vsv in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd



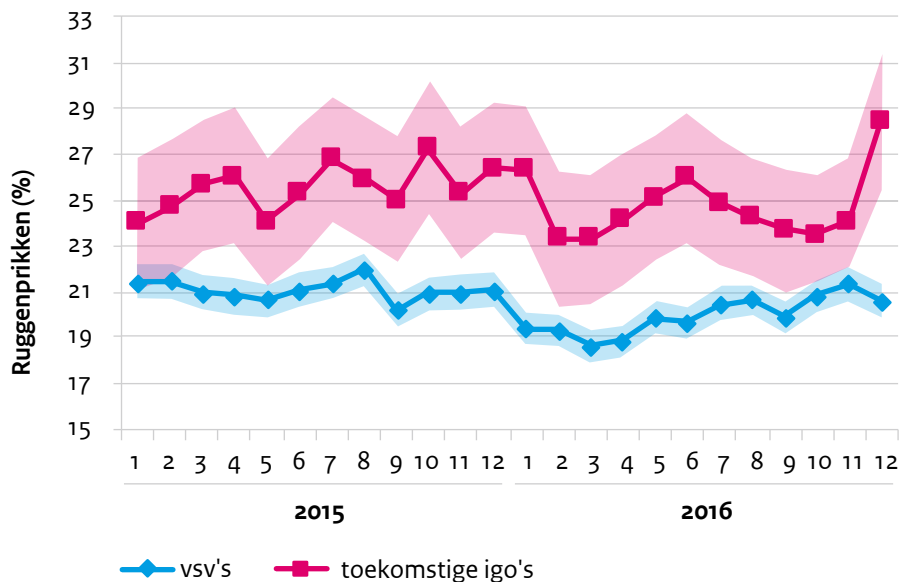
2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.



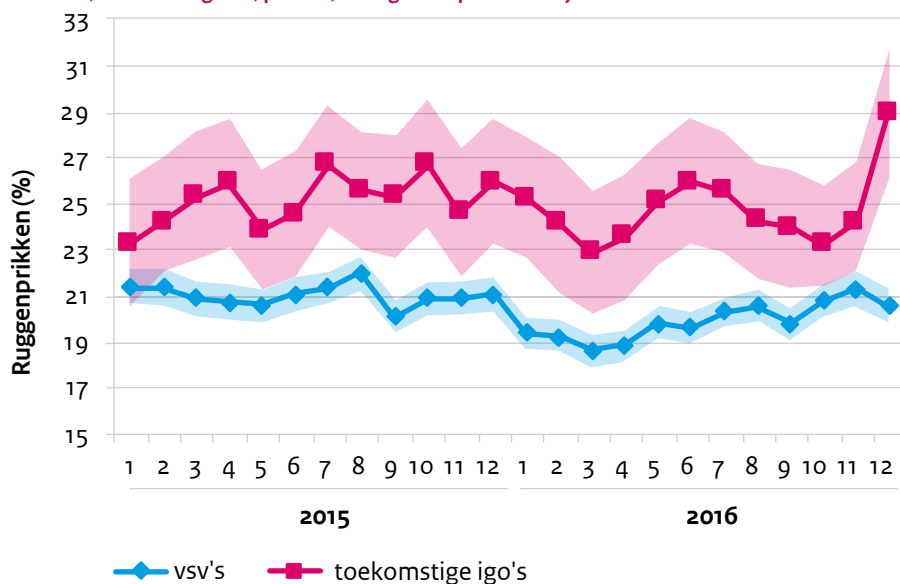
Verrichtingen

Figuur B4.5a: Percentage bevallingen met een ruggenprik weergegeven over 24 maanden in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robijnrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

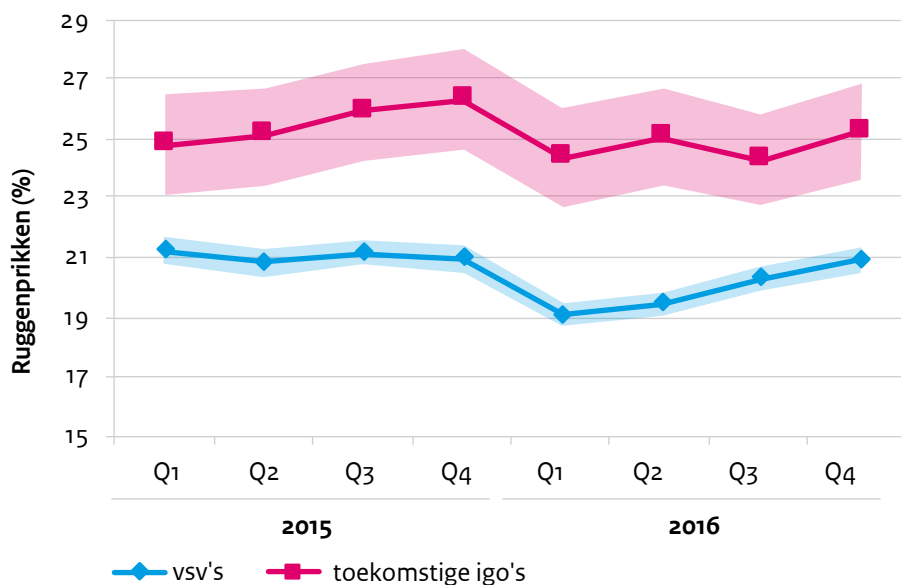


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

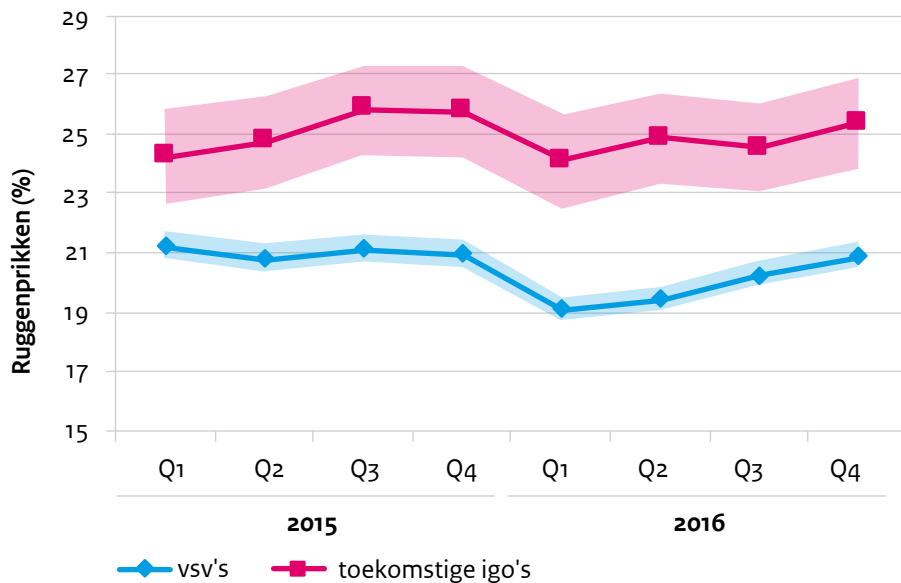


Figuur B4.5b: Percentage bevallingen met een ruggenprik weergegeven over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robijnrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

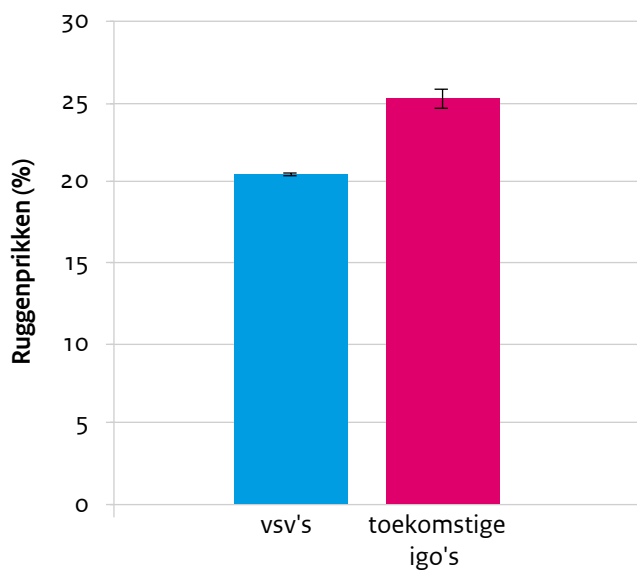


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

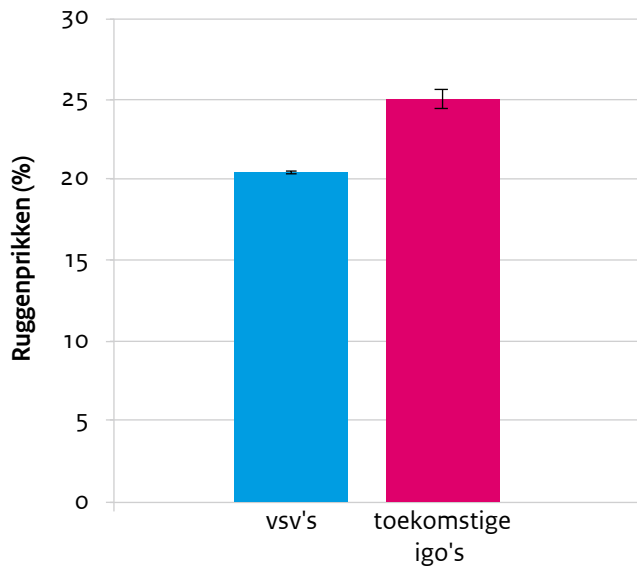


Figuur B4.5c: Percentage bevallingen met een ruggenprik in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robijnrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

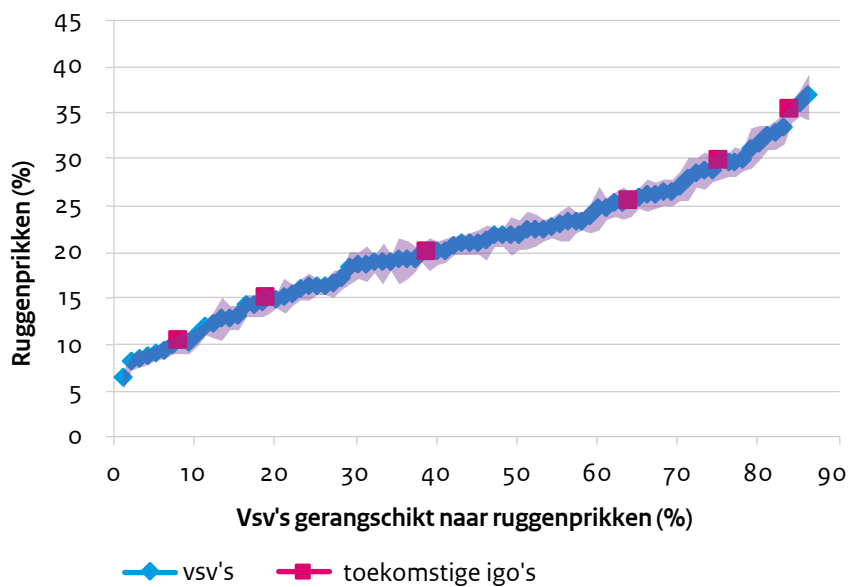


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

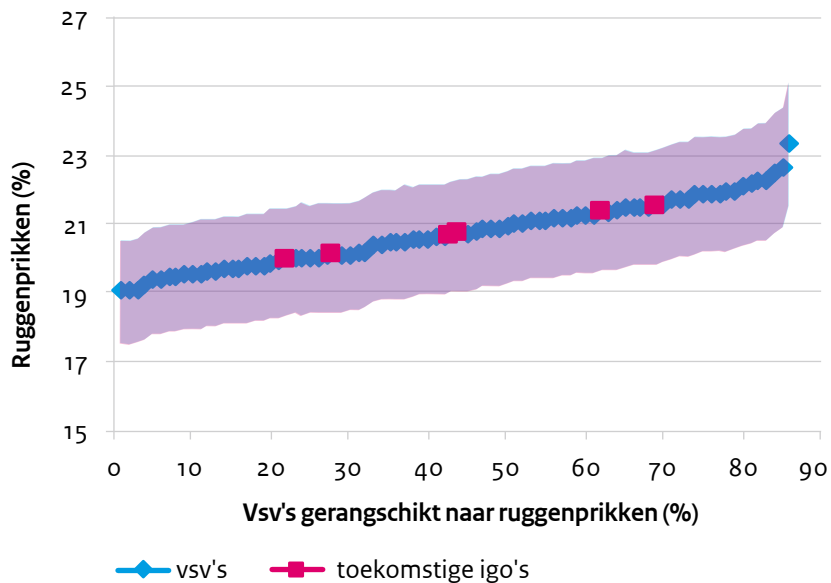


Figuur B4.5d: Variatie in percentage bevallingen met een ruggenprik per vsv in de onderzoeksperiode 2015-2016

1. Ongecorrigeerd

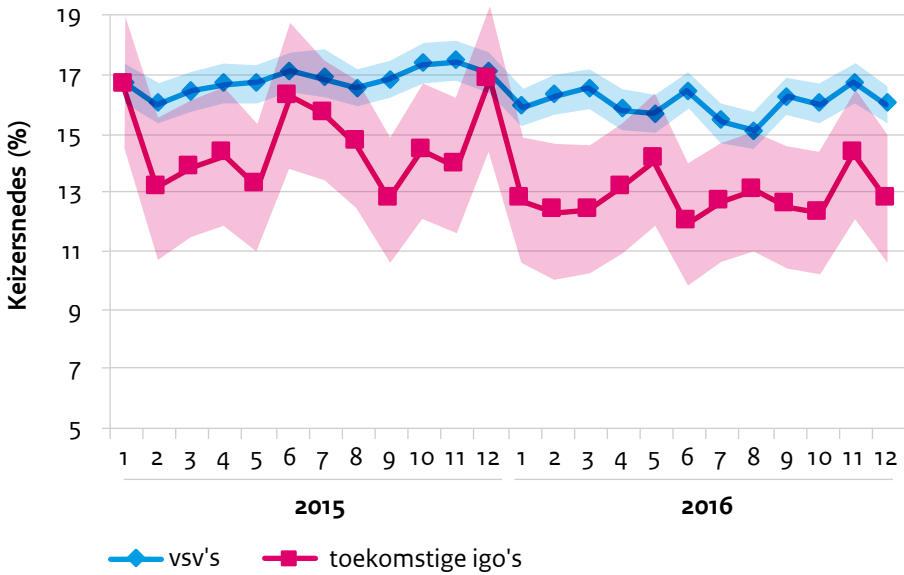


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

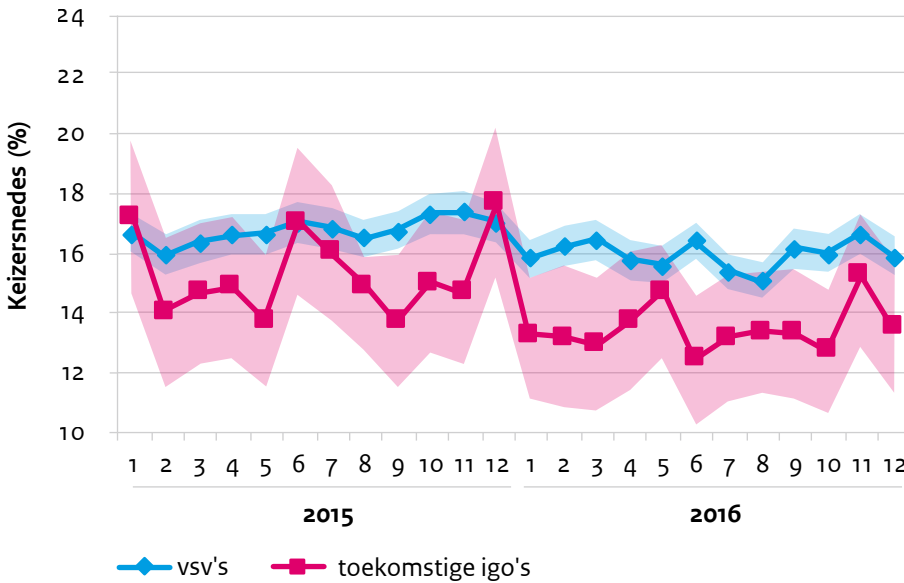


Figuur B4.6a: Percentage bevallingen met een keizersnede weergegeven over 24 maanden in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robijnrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

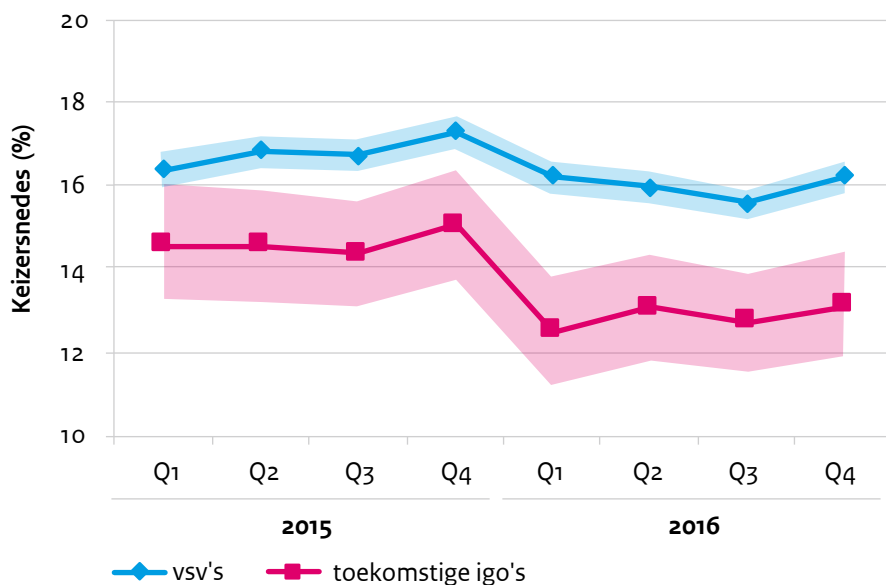


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

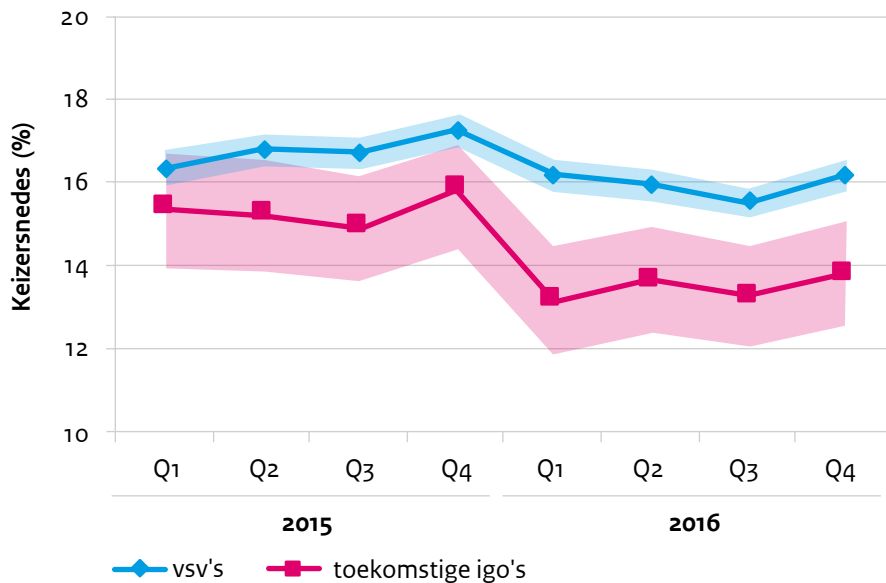


Figuur B4.6b: Percentage bevallingen met een keizersnede weergegeven over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

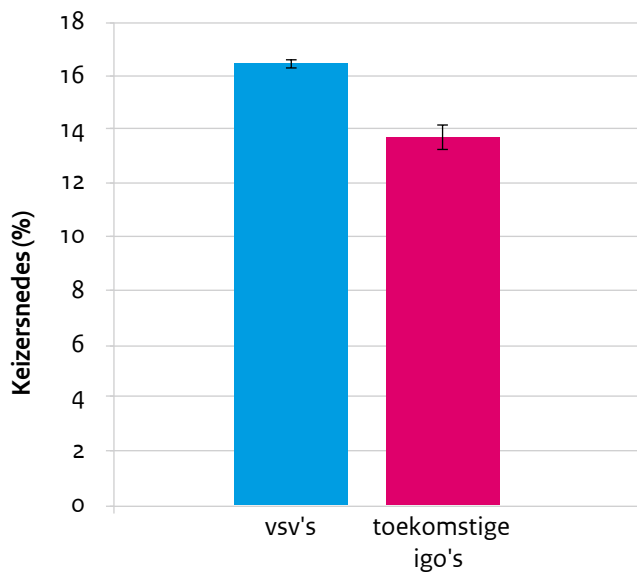


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

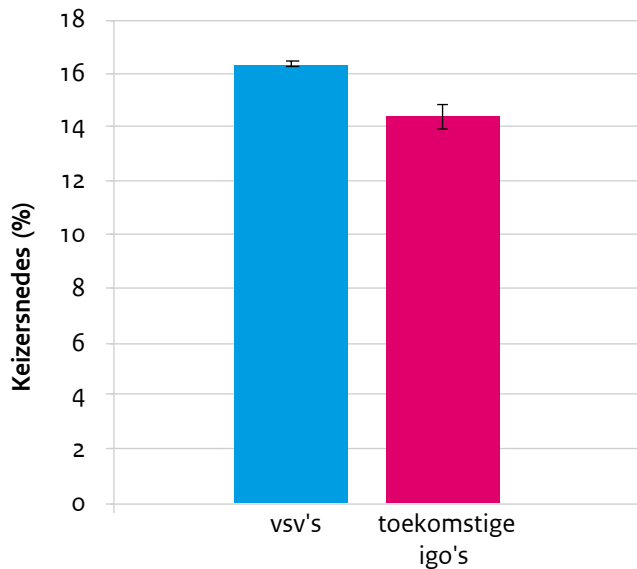


Figuur B4.6c: Percentage bevallingen met een keizersnede in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

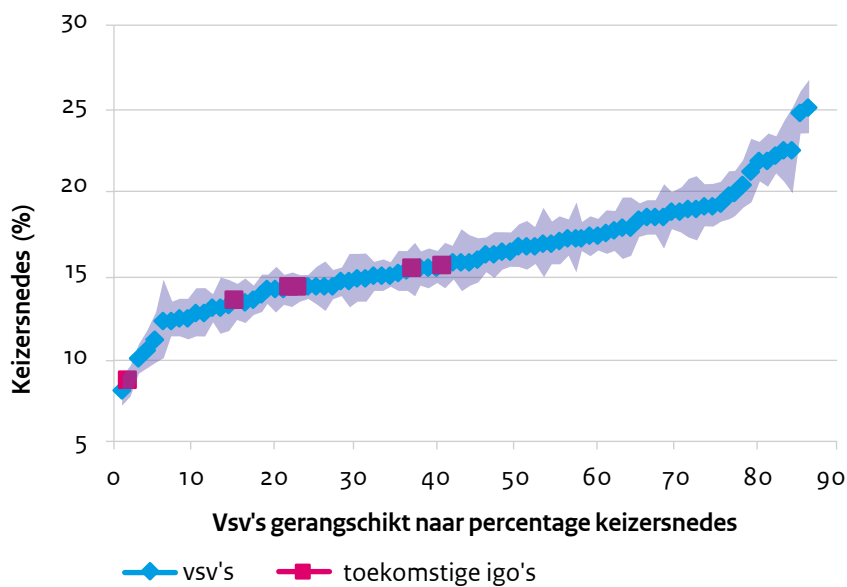


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

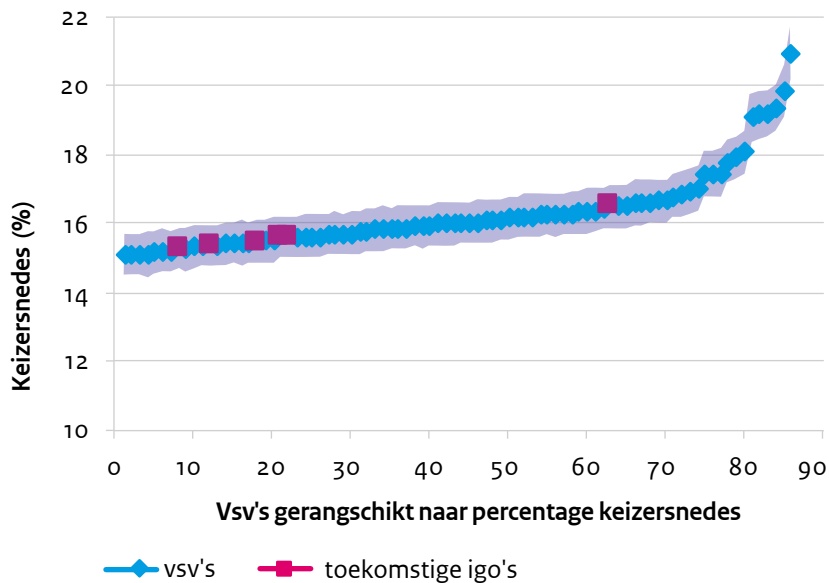


Figuur B4.6d: Variatie in bevallingen met een keizersnede weergegeven als percentage per vsv in de onderzoeksperiode 2015-2016

1. Ongecorrigeerd



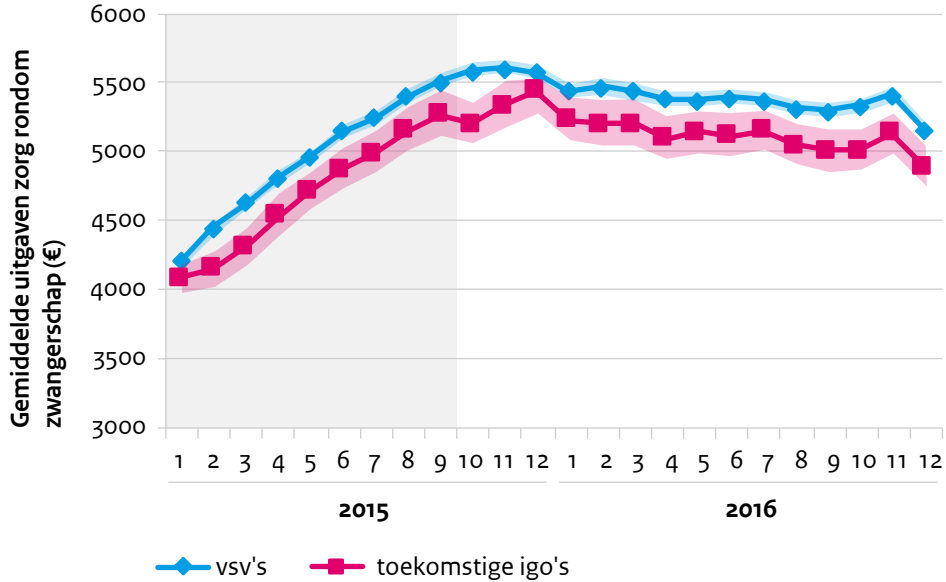
2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.



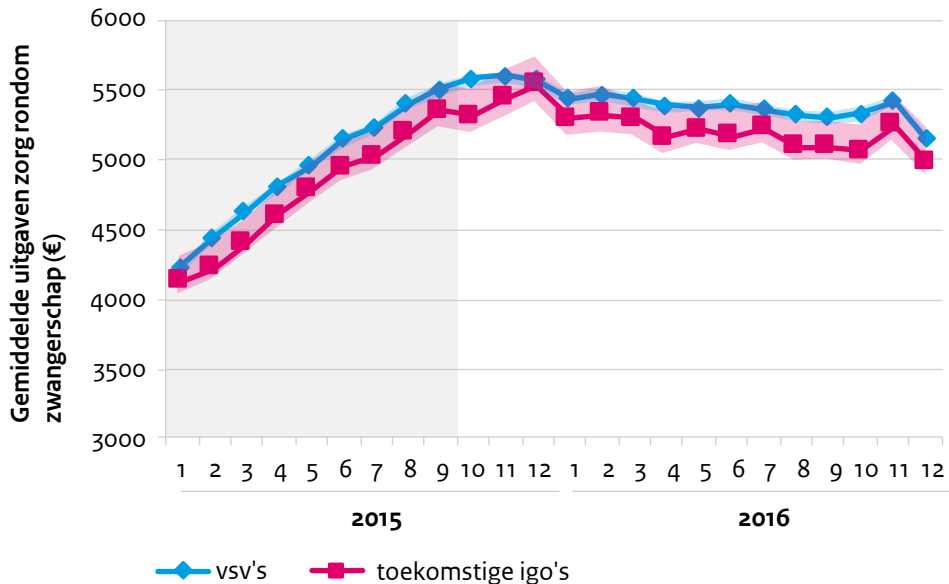
Zorguitgaven

Figuur B4.7a: Gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap per zwangerschap in euro's over 24 maanden in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robinrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

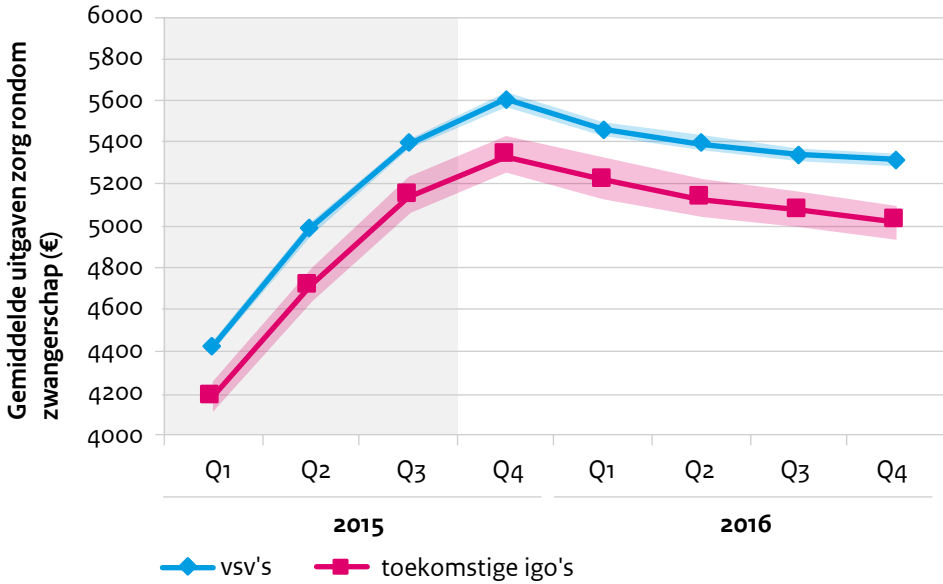


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

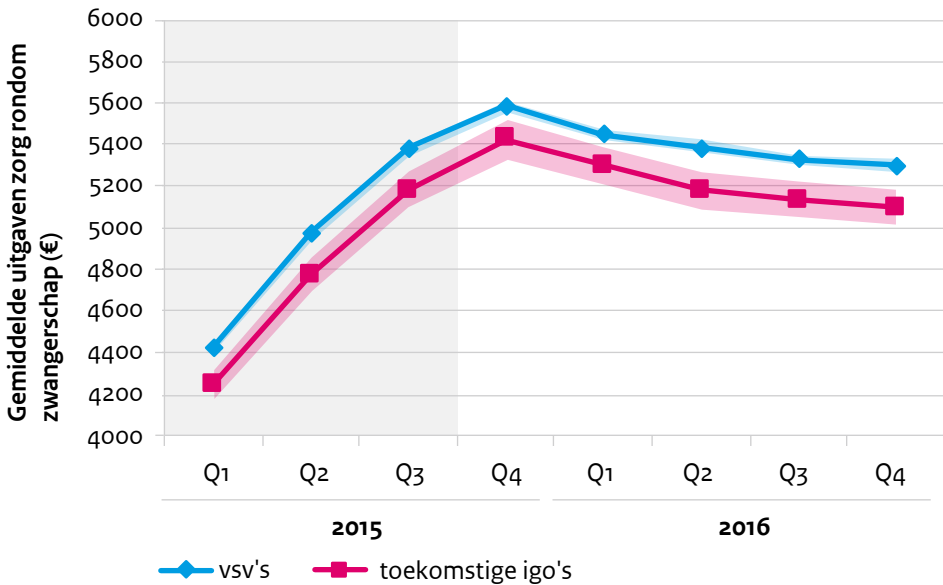


Figuur B4.7b: Gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap per zwangerschap in euro's over acht kwartalen in 2015 en 2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (robynrood) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

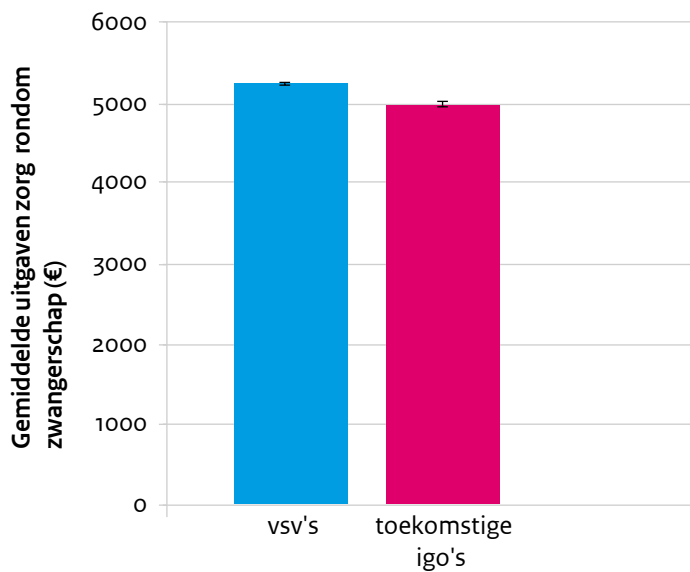


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit, zwangerschapsduur en tijd.

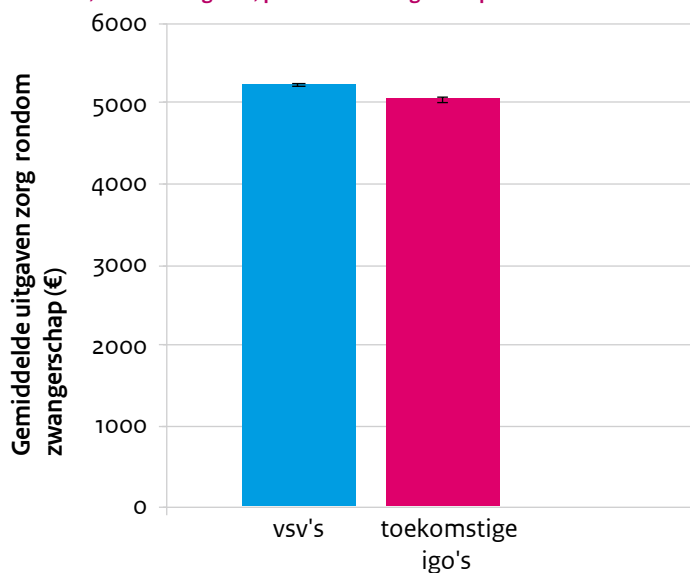


Figuur B4.7c: Gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap per zwangerschap in euro's in de onderzoeksperiode 2015-2016 uitgesplitst naar toekomstige igo's (roze) en vsv's (blauw)

1. Ongecorrigeerd

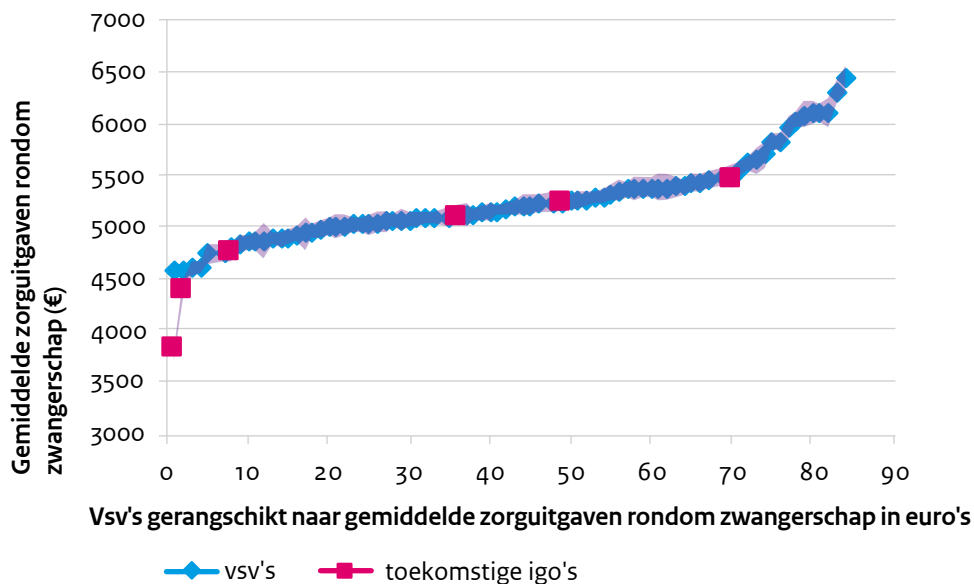


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

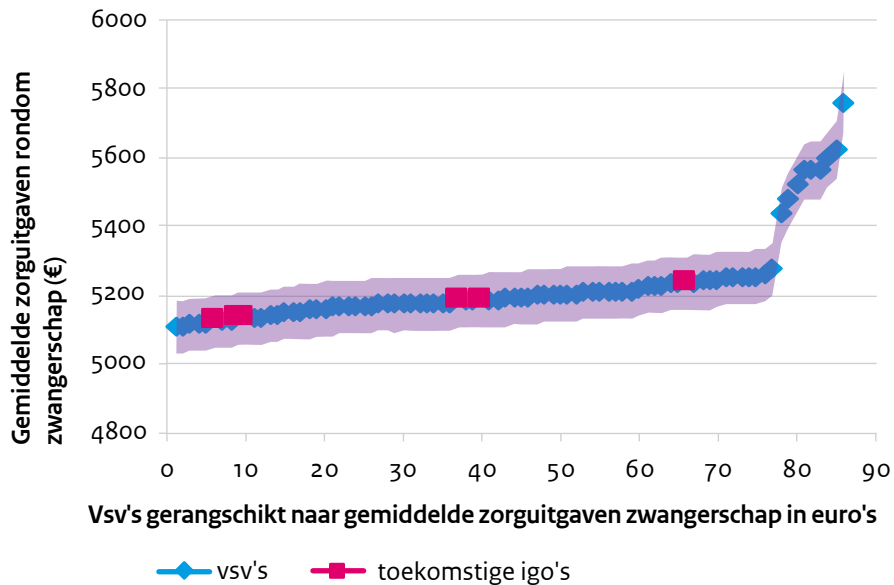


Figuur B4.7d: Variatie in gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap (per zwangerschap) per vsv in de onderzoeksperiode 2015-2016

1. Ongecorrigeerd

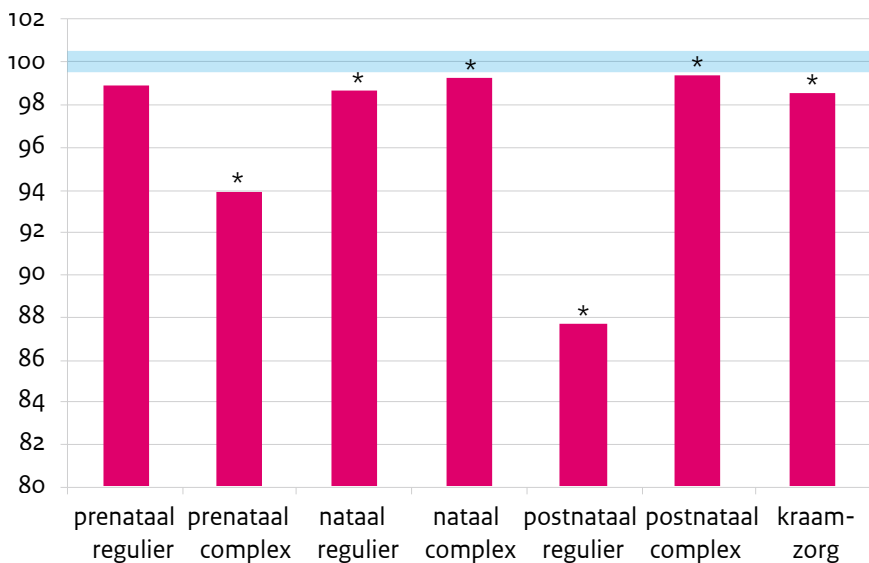


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

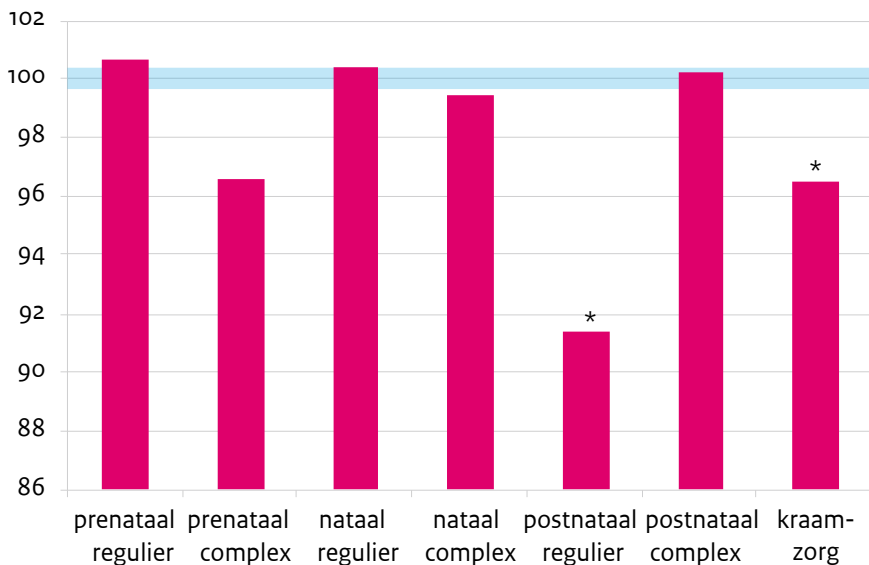


Figuur B4.8: Verhouding van zorguitgaven van deelprestaties van (toekomstige) igo's ten opzichte van de overige vsv's (op 100% gezet) in procenten

1. Ongecorrigeerd



2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

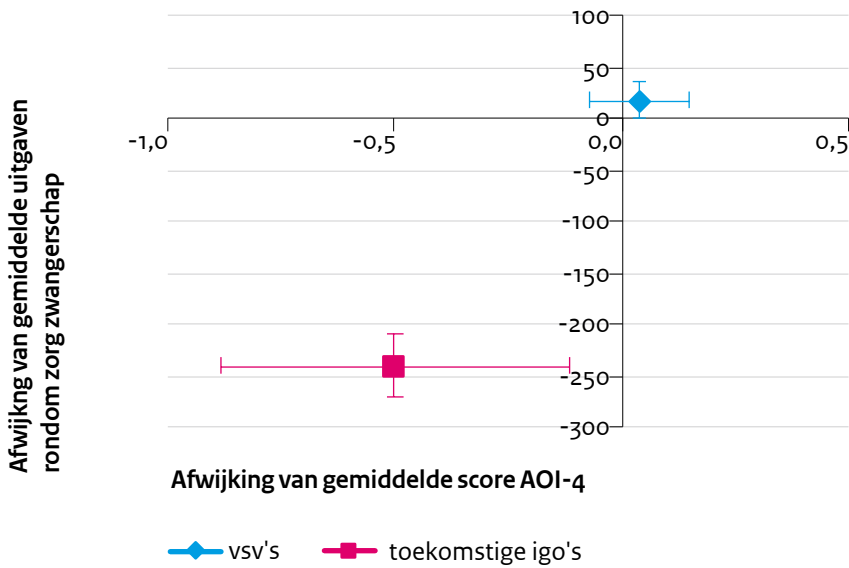


*significant verschil tussen toekomstige igo's en vsv's

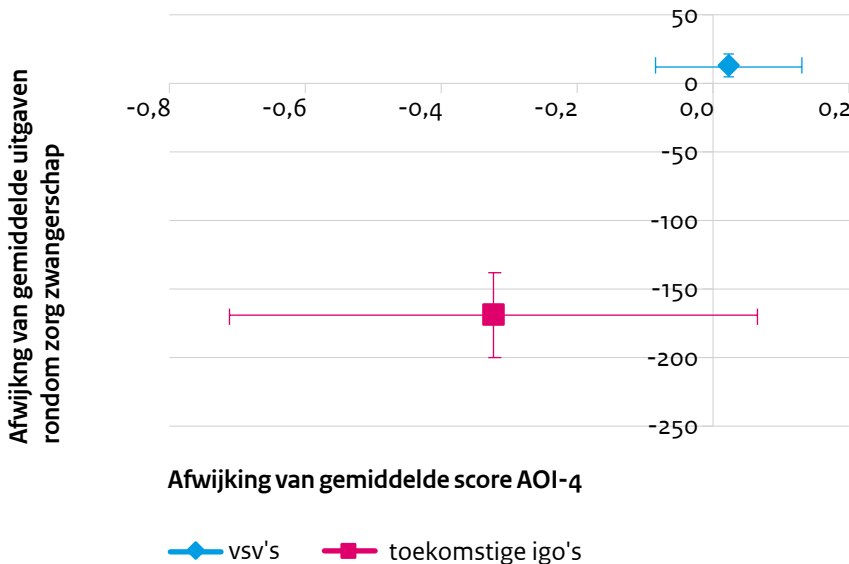
Value

Figuur 4.9a: Afwijking van het gemiddeld percentage AOI-4 afgezet ten opzichte van de afwijking gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap per zwangerschap uitgesplitst naar de (toekomstige) igo's en de overige vsv's

1. Ongecorrigeerd

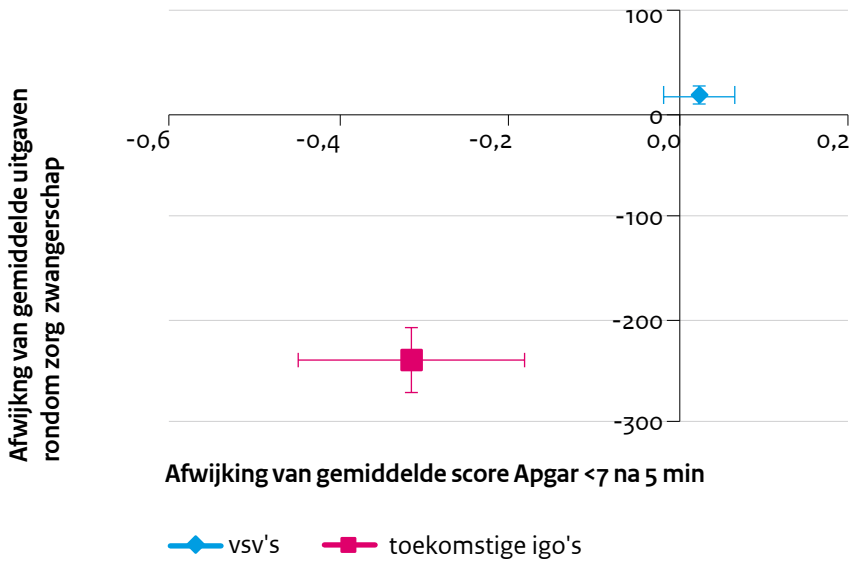


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

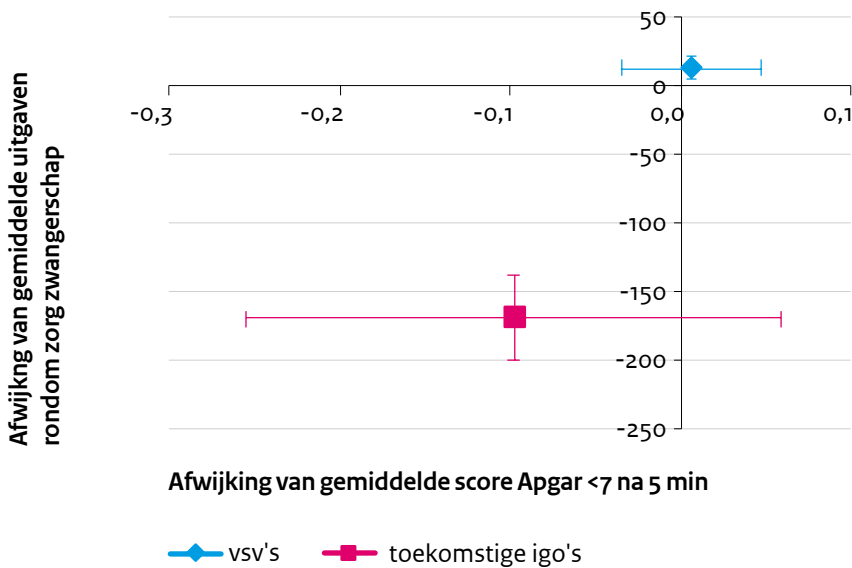


Figuur 4.9b: Afwijking van het gemiddeld percentage Apgar <7 na 5 min afgezet ten opzichte van de afwijking gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap per zwangerschap uitgesplitst naar de (toekomstige) igo's en de overige vsv's

1. Ongecorrigeerd

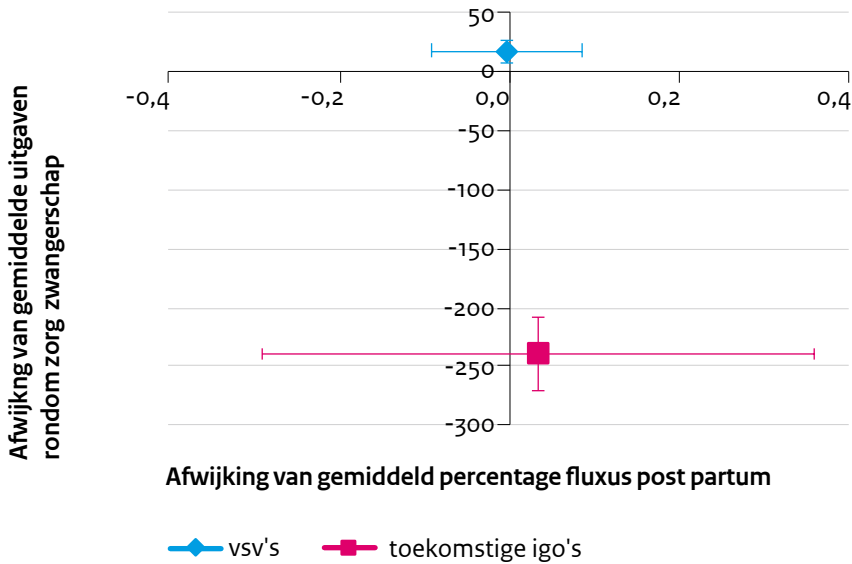


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

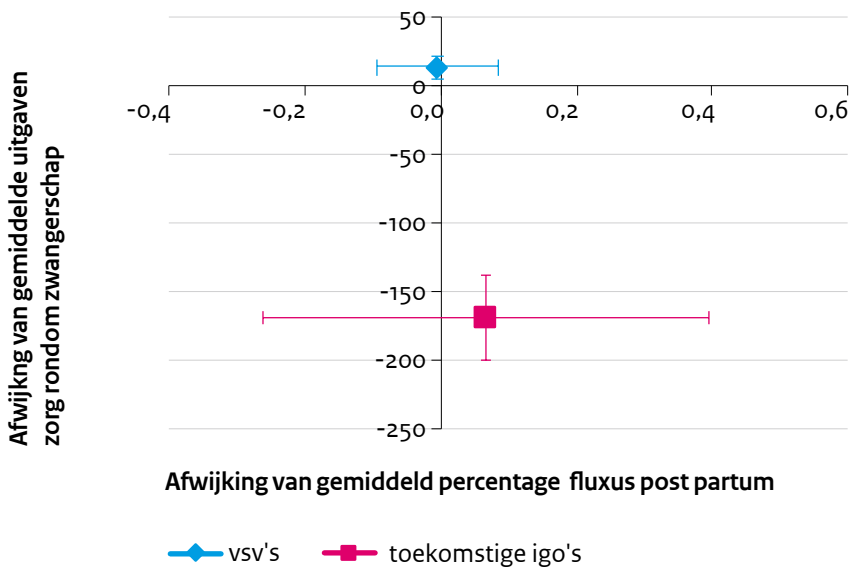


Figuur 4.9c: Afwijking van het gemiddeld percentage fluxus post partum afgezet ten opzichte van de afwijking gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap uitgesplitst naar de (toekomstige) igo's en de overige vsv's

1. Ongecorrigeerd

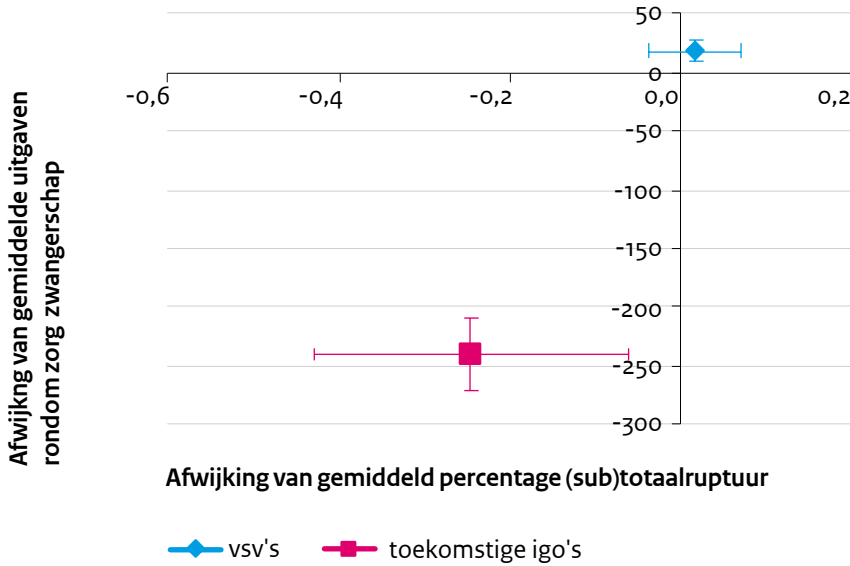


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

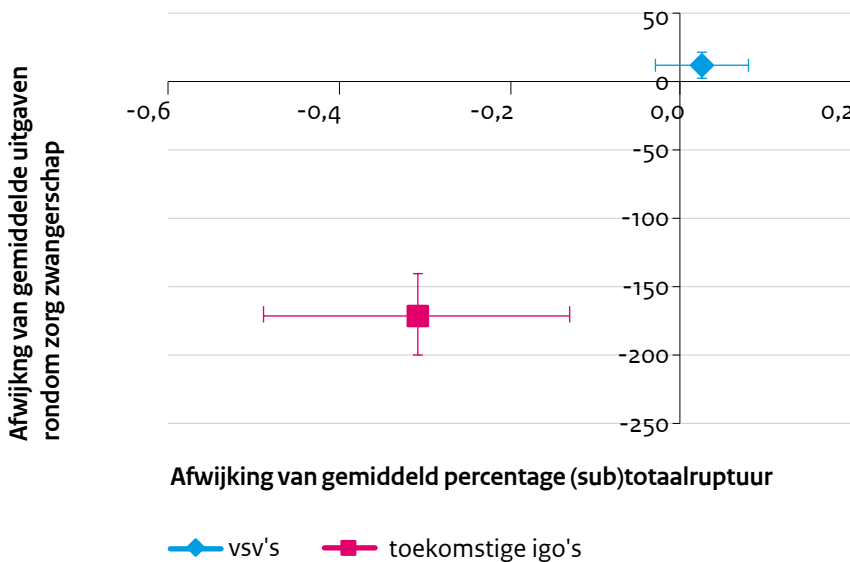


Figuur 4.9d: Afwijking van het gemiddeld percentage (sub)totaalruptuur afgezet ten opzichte van de afwijking gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap uitgesplitst naar de (toekomstige) igo's en de overige vsv's

1. Ongecorrigeerd

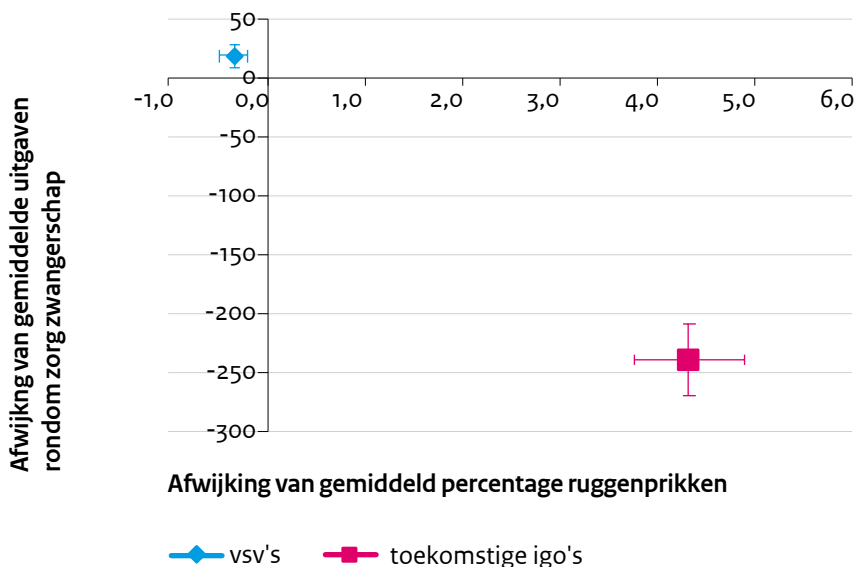


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

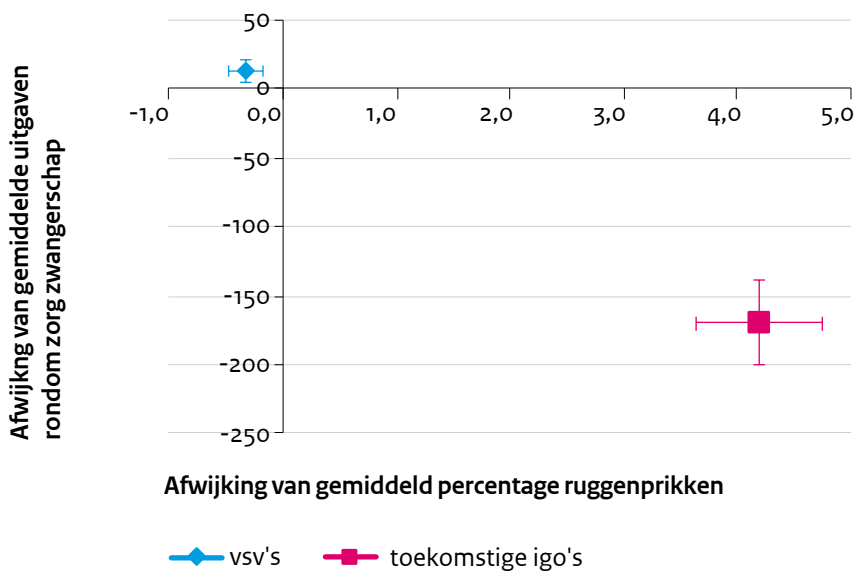


Figuur 4.9e: Afwijking van het gemiddeld percentage ruggenprikken afgezet ten opzichte van de afwijking gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap uitgesplitst naar de (toekomstige) igo's en de overige vsv's

1. Ongecorrigeerd

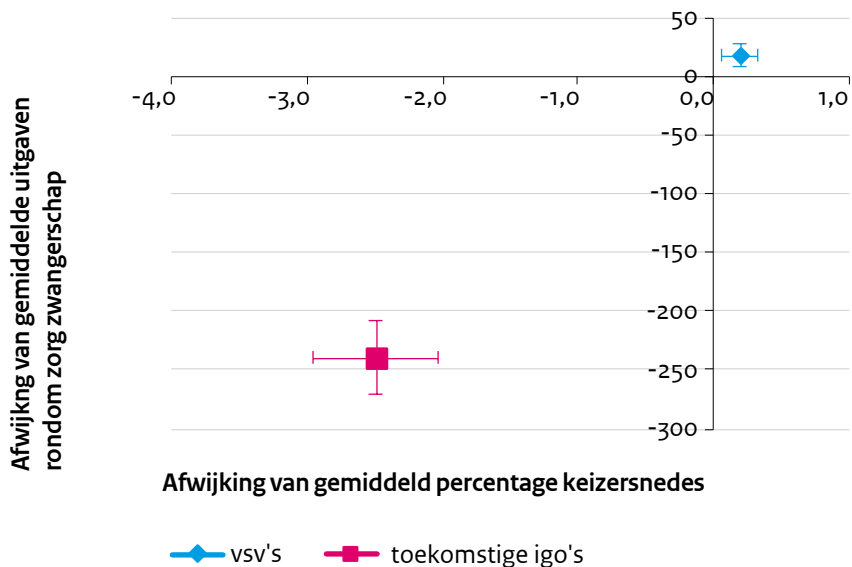


2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.

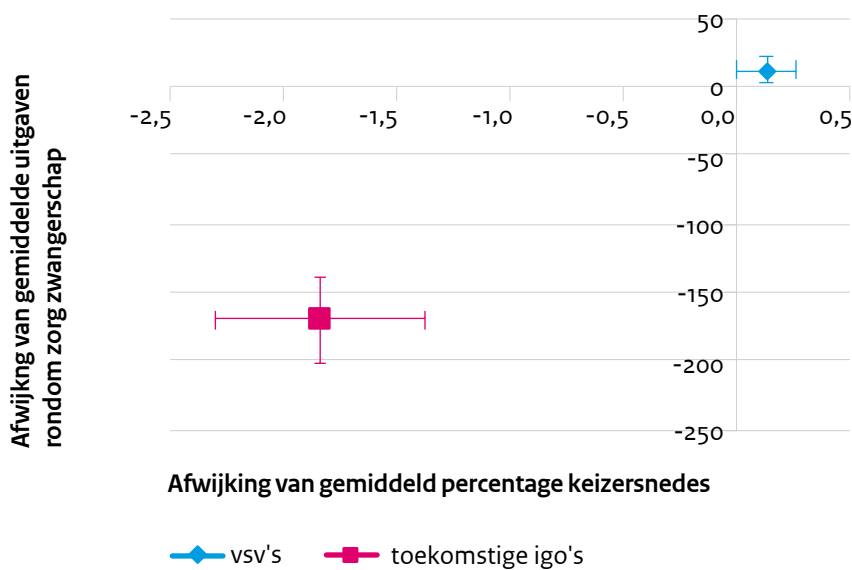


Figuur 4.9f: Afwijking van het gemiddeld percentage keizersnedes afgezet ten opzichte van de afwijking gemiddelde zorguitgaven rondom zwangerschap uitgesplitst naar de (toekomstige) igo's en de overige vsv's

1. Ongecorrigeerd



2. Gecorrigeerd voor leeftijd moeder op het moment van bevalling, sociale economische status (SCP definitie), etniciteit, urbanisatiegraad, pariteit en zwangerschapsduur.



Bijlage 5 Wat vinden zwangere vrouwen belangrijk in de geboortezorg? Een discretekeuze- experiment

Leeswijzer

Bij de invoering van integrale bekostiging van de geboortezorg komt met regelmaat de gevolgen voor de keuzevrijheid van de zwangere vrouwen naar voren. Inzicht in hoe zwangere vrouwen de afweging tussen (ervaren) kwaliteit en keuzevrijheid binnen de geboortezorg maken is onbekend. Om deze reden heeft het ministerie van VWS het RIVM de opdracht gegeven om dit aspect te onderzoeken. Deze bijlage beschrijft het uitgevoerde discretekeuze-experiment (zie ook Tekstbox B5.1) naar keuzevrijheid van zorgverlener en kwaliteit van geboortezorg. Het is te lezen als een zelfstandig document en is gebaseerd op het Engelstalige wetenschappelijke artikel van Lambooij *et al.* (in voorbereiding)

B5.1 Inleiding

Integrale bekostiging van de geboortezorg mogelijk sinds 1 januari 2017

Sinds 1 januari 2017 bestaat de mogelijkheid voor integrale bekostiging van de geboortezorg en recent zijn de eerste integrale bekostigingscontracten getekend. Integrale bekostiging van de geboortezorg biedt de mogelijkheid om alle zorg van de zwangerschap en geboorte als één product in te kopen, waarbij een integrale geboortezorgorganisatie (igo) fungeert als hoofdaannemer en een coördinerende rol heeft. De igo contracteert vervolgens diverse zorgaanbieders voor (onderdelen van) de zorgverlening.

Mogelijke inperking van keuzevrijheid als gevolg van invoering integrale bekostiging

Met de komst van igo's ontstaat er een impliciete 'koppeling' tussen de (keuze voor een) verloskundige en (de keuze van) het ziekenhuis waar de zwangere eventueel wil bevallen. Deze koppeling leidt tot een inperking van de keuzevrijheid van de zwangere. Om de keuzevrijheid van de zwangere vrouw te waarborgen bestaat er de mogelijkheid van een 'bundelbreker'. Dit houdt in dat, indien een zwangere vrouw zorg van een niet-door de igo gecontracteerde zorgverlener wenst te ontvangen, het integrale bekostigingscontract 'vervalt' (de bundel 'breekt'). Deze zorg wordt vervolgens vergoed via de bestaande monodisciplinaire prestaties. Conceptueel gezien verschuift de zorg coördinatie bij een 'bundelbreker' van de igo naar de zwangere vrouw. De vraag rijst in hoeverre zwangere vrouwen deze 100% keuzevrijheid wegen ten opzichte van een zorgtraject gecoördineerd door een igo met een mogelijke beperkte inperking van de keuzevrijheid.

Tekstbox B5.1: Wat is een discretekeuze experiment?

Een discretekeuze-experiment (DCE) is een onderzoekstechniek die inzicht in de voorkeuren van mensen geeft. Bij een DCE wordt aan respondenten gevraagd om een aantal keren een keuze te maken tussen twee of meer hypothetische alternatieven. Deze alternatieven zijn opgebouwd uit verschillende kenmerken van het product/de dienst van de studie. De resultaten maken duidelijk wat het relatief belang is van ieder kenmerk in de voorkeur van de respondenten bij het kiezen van het product of de dienst van de studie. Deze DCE laat zien op welke kenmerken zwangere vrouwen letten wanneer ze beslissen welke aanbieder van geboortezorg ze kiezen.

Doel en vraagstelling

Het doel van deze studie is inzicht te geven in de afweging tussen (ervaren) kwaliteit en keuzevrijheid van zwangere vrouwen binnen de geboortezorg. De centrale onderzoeksvraag is als volgt geformuleerd:

Welke kenmerken van geboortezorg zijn het meest belangrijk voor zwangere vrouwen bij de keuze van een aanbieder van geboortezorg?

Hierbij zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Vinden zwangere vrouwen keuzevrijheid belangrijker dan (ervaren) kwaliteit van zorg of andersom?
- Verschillen de voorkeuren van vrouwen bij de keuze van vormen van geboortezorg tussen vrouwen die in meer of minder verstedelijkte gebieden wonen?
- Verschillen de voorkeuren van vrouwen bij de keuze van geboortezorg naarmate hun opleidingsniveau hoger of lager is?

Leeswijzer

In de onderstaande Tekstbox B5.2 worden de onderzoeksmethoden kort beschreven, waarna een voorbeeld volgt van een van de keuzes tussen twee fictieve vormen van geboortezorg die de respondenten voorgelegd kregen. Daarna worden de inhoudelijke resultaten beschreven. Tot slot bevat de bijlage conclusies en discussie.

Tekstbox B5.2: Methode en stappen in een DCE (inclusief tijdspad)

Stap 1: het bepalen van de kenmerken die moeten worden opgenomen in de hypothetische alternatieven (december 2017- januari 2018)

Op basis van onderzoek van wetenschappelijke literatuur en rapporten over geboortezorg is een lijst met belangrijke kenmerken van geboortezorg samengesteld. Alle kenmerken die door zwangere vrouwen in eerder kwalitatief en kwantitatief onderzoek relevant werden bevonden, zijn in deze lijst opgenomen. Deze lijst is gebruikt als leidraad bij interviews van experts.

Stap 2: interviews met experts (februari – maart 2018)

Er zijn vier experts die vanuit hun werk kennis hebben over de organisatie van geboortezorg (van de NZA, Patiëntenfederatie, Nivel en een directeur van een geboortezorgorganisatie) geïnterviewd. Het doel van de interviews was te horen wat volgens hun inschatting de meest relevante kenmerken van geboortezorg voor de zwangere vrouwen zijn.

Stap 3: Pilot op basis van ‘think aloud’ interviews en vaststellen definitieve vragenlijst (april-juni 2018)

Op basis van deze nieuwe lijst is een concept vragenlijst ontworpen. Deze bestond uit achtergrondvragen zoals opleiding, en verloop van zwangerschap en een aantal keuzesets waarin de respondenten moesten kiezen tussen twee fictieve vormen van geboortezorg. In elf ‘think aloud’ interviews met vrouwen die zwanger waren of recent zwanger waren, een verloskundige en een praktijkassistent(e) is gevraagd om de vragenlijst in te vullen en te vertellen of alle relevante kenmerken in de fictieve keuzesets van vormen van geboortezorg waren opgenomen, of ze iets misten en of er kenmerken op stonden die ze niet belangrijk vonden. Op basis daarvan zijn aanpassingen gemaakt en is de vragenlijst definitief vastgesteld. In de eerste kolom van Tabel B5.4 staan de kenmerken van de fictieve vormen van geboortezorg weergegeven, zoals ze in het onderzoek zijn gebruikt

Stap 4: Uitzetten vragenlijst (juni – juli 2018)

De vragenlijst is verstuurd naar 35.016 random geselecteerde zwangere vrouwen.

Stap 5: Analyses

De data van de DCE zijn geanalyseerd met zogenoemde latenteklasse-analyse. Met deze methode is het mogelijk om verschillende ‘structuren’ van voorkeuren van de respondenten te onderscheiden. Daarnaast kan worden bepaald welke karakteristieken van respondenten deze verschillen in voorkeuren veroorzaken.

De hypothetische vormen van geboortezorg in de vragenlijst

In Tekstbox B5.3 een voorbeeldkeuzeset zoals de respondenten die hebben beantwoord. Iedere keuzeset bestaat uit twee fictieve vormen van geboortezorg die in kenmerken (in de eerste kolom van tabel 1) systematisch zijn gevarieerd. Aan respondenten is gevraagd om te kiezen tussen twee verschillende vormen van geboortezorg. In Tabel B5.4 staan alle kenmerken van de fictieve vormen geboortezorg en bijbehorende varianten weergegeven. De keuze is voorafgegaan aan een introductietekst en een uitleg van de variatie in de beschrijving van de fictieve geboortezorgorganisaties (zie paragraaf B5.1, na discussie en conclusie) voor weergave van de introductietekst). Een keuze zoals in tabel B5.1, waarin de zwangere vrouwen moesten kiezen tussen twee vormen van geboortezorg, is per vragenlijst twaalf maal herhaald. Iedere respondent heeft dus 12 keuzes gemaakt tussen steeds 2 systematisch gevarieerde fictieve vormen van geboortezorg.

Tabel B5.3: Voorbeeld van keuze zoals gepresenteerd aan de respondenten

We vragen u zich voor te stellen dat u net zwanger bent en moet beslissen welke zorgverleners u gaat kiezen voor de begeleiding van uw zwangerschap en tijdens de bevalling. We vragen u in deze vragenlijst steeds te kiezen uit twee opties.

Keuze 1

Stelt u zich voor dat u moet kiezen tussen de volgende **twee vormen** van geboortezorg. Welke van de onderstaande twee zou u kiezen?

Kenmerken	Optie 1	Optie 2
Informatie tussen zorgverleners	Al uw zorgverleners werken vanuit hetzelfde dossier en zijn goed geïnformeerd over uw situatie	Al uw zorgverleners werken vanuit hetzelfde dossier en zijn goed geïnformeerd over uw situatie
Informatievoorziening aan u van de verloskundige	Informatie zwangerschap bevalling, vragen stellen, folders	Informatie zwangerschap bevalling, vragen stellen, folders websites, later meer vragen
Informatie van vrienden of familie	U hoort positieve verhalen over deze zorgverleners van uw vrienden of familie	U hoort zowel goede als slechte verhalen over deze zorgverleners van uw vrienden of familie
Organisatie van geboortezorg	Alle zorg in één organisatie. U heeft daarnaast ook vrije keuze buiten deze organisatie	Alle zorg verplicht in één organisatie. U heeft géén vrije keuze buiten deze organisatie
Reistijd	De verloskundige heeft praktijk op 10 minuten fietsen van uw huis; ziekenhuis op 10 minuten met de auto	De verloskundige heeft praktijk op 15 minuten fietsen van uw huis; ziekenhuis op 15 minuten met de auto
Ik kies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zou u deze vorm van geboortezorg in het echt ook kiezen?

- Ja, in het echte leven zou ik deze vorm ook echt kiezen
- Nee, ik zou deze vorm in het echte leven niet accepteren

Resultaten

1,7% van de vrouwen heeft vragenlijst volledig ingevuld; karakteristieke studiepopulatie wijken af van alle zwangere vrouwen in Nederland

De vragenlijst is verstuurd naar een random sample van zwangere vrouwen (N=35.016). Van deze vrouwen hebben ongeveer een derde de e-mail geopend (n=12.956) en meer dan 2000 vrouwen zijn aan de vragenlijst begonnen. Ongeveer een derde van deze vrouwen hebben de vragenlijst daadwerkelijk volledig ingevuld (n=611). De respons bedraagt hiermee 1,7%. De studiepopulatie bevat meer hoogopgeleiden dan gemiddeld in Nederland (Tabel B5.2). Hetzelfde geldt voor vrouwen uit weinig grootstedelijk gebied. Ook bevat de onderzoekspopulatie relatief meer moeders die zwanger zijn van hun eerste kind. De gemiddelde leeftijd van de respondenten komt overeen met de gemiddelde leeftijd van alle zwangere vrouwen in Nederland (30,8 vs. 31,1 jaar (zie ook hoofdstuk 2).

Tabel B5.2 Vergelijking steekproef met Nederland voor opleidingsniveau, urbanisatiegraad, eerste of meerdere zwangerschap, complicaties

Opleidingsniveau	Steekproef	Nederland 2017*
Hbo, wo master, doctor	23,7	10,7
Hbo, wo bachelor	38,5	18,5
Havo, vwo, mbo2-4	31,8	37,8
Vmbo, havo,- vwo-onderbouw, mbo1	5,2	21,0
Basisonderwijs	0,8	10,5

Urbanisatiegraad	Steekproef	Zwangere vrouwen NL 2015-2016 ^[1]
Zeer sterk stedelijk	18,8	24,8
Sterk stedelijk	24,1	25,6
Matig stedelijk	19,3	19,1
Weinig stedelijk	20,6	16,7
Niet stedelijk	17,2	13,7
Eerste kind	73%	43,80%
Tweede kind of meer	27%	56,20%

* Bron: [electronic source/web page: CBS, Statline \(HYPERLINK "https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82816NED/table?ts=1538117985765" https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82816NED/table?ts=1538117985765\)](https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82816NED/table?ts=1538117985765). Visited on October 2nd 2018.

^[1] Bronvermelding onderzoek Eline

* [37; data huidige rapport (hoofdstuk 2 en bijlage 4)

Beantwoording onderzoeksvragen

Vier categorieën (klassen) voorkeuren te onderscheiden

Op basis van de analyses zijn vier klassen, of categorieën, van voorkeuren van zwangere vrouwen te onderscheiden. Iedere respondent heeft een bepaalde kans om bij één van de vier categorieën te horen. Deze kans is deels afhankelijk van opleiding en de urbanisatiegraad van de vrouwen.

In Figuur B5.1 staan de 4 klassen weergegeven, op basis van het relatief belang van ieder kenmerk van de vormen van geboortezorg per klasse en voor alle klassen gemiddeld. De cijfers in de onderdelen van de staven geven het relatief belang aan binnen de populatie of de klasse. Het kenmerk met waarde '1' wordt binnen de klasse het belangrijkste gevonden en hoe kleiner het getal, hoe minder zwaar het betreffende kenmerk is meegewogen in de keuze. Klasse 1 hecht de meeste waarde aan de informatieoverdracht tussen de zorgverleners, daarna aan de reistijd en als derde de keuzemogelijkheid van zorgverleners. Klasse 2 vindt de keuzevrijheid het meest belangrijk, gevolgd door informatie door de verloskundige en de reistijd. Klasse 3 hecht de meeste waarde aan de informatieoverdracht tussen de zorgverleners, gevolgd door keuze van zorgverlener en de reistijd. Klasse 4 vindt de reistijd het belangrijkste, gevolgd door keuzevrijheid voor zorgverlener en de mening van vrienden en bekenden over de zorgorganisatie.

Opleiding en urbanisatiegraad voorspellen deels de klassen

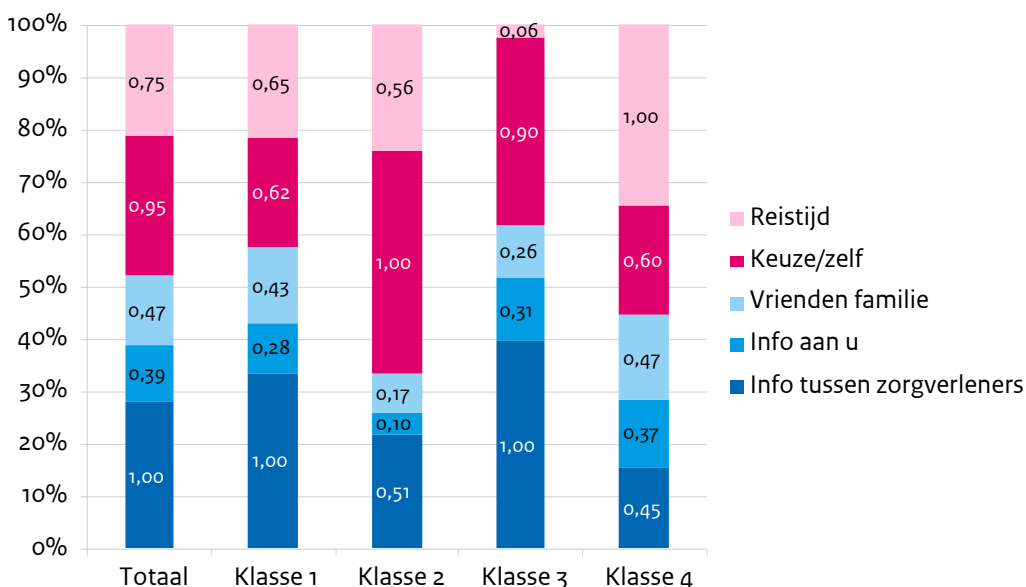
Alle vier de klassen vinden we in meer of mindere mate terug in de verschillende opleidingsniveaus en stedelijke of minder stedelijke gebieden. De 'hoogopgeleide stedeling' heeft de grootste kans om in klasse 4 terecht te komen. De lager opgeleide stedeling heeft een grotere kans om klasse 3 aan terecht te komen, en een geringe kans om klasse 2 te komen. Mensen die in dorpen of buiten dorpen wonen, zien we het sterkst in klassen 2 en 3, zowel de hoog als laag opgeleiden. Het belangrijkste verschil tussen deze twee klassen is de bereidheid om verder te reizen naar verloskundige en ziekenhuis.

Wat is het belangrijkste bij de keuze voor geboortezorg?

Afgaande op het gemiddelde van de hele totale studiepopulatie (Figuur B5.1, staaf 'Totaal') zien we dat de kenmerken die de kwaliteit van zorg meten, uitgedrukt in informatievoorziening tussen zorgverleners, informatie door de verloskundige en informatie door vrienden en familie, samen iets belangrijker wordt gevonden dan de kenmerk van de keuzevrijheid en reistijd, maar dat keuzevrijheid door de meeste vrouwen ook zeer belangrijk wordt gevonden. De blauwe delen drukken kwaliteit van zorg uit en dit deel van de staaf komt opgeteld een klein beetje over de helft van de totale staaf. Deze resultaten zeggen nog niets over op welke manier keuzevrijheid en kwaliteit wordt afgewogen door de zwangere vrouwen. Bij het vergelijken van de klassen valt een aantal zaken op. Klasse 1 heeft qua structuur van voorkeuren veel overeenkomsten met het totaal van de respondenten. Vrouwen met een voorkeursstructuur die overeenkomt met klasse 1 hechten iets meer belang aan informatieoverdracht tussen zorgverleners dan het totaal en vervolgens aan keuzevrijheid. Vrouwen met voorkeuren die overeenkomen met klasse 2 hechten juist meer waarde aan

keuzevrijheid dan gemiddeld in de hele studiepopulatie. Ze wegen de informatieoverdracht tussen zorgverleners minder mee in hun keuze en ook de informatie die ze krijgen van de verloskundige en de meningen van vrienden en bekenden. Vrouwen met een voorkeursstructuur die overeenkomt met klasse 3 vinden zowel de informatieoverdracht tussen de zorgverleners als de keuzevrijheid heel belangrijk. Op de reistijd wordt door vrouwen in deze klasse bijna niet gelet. Voor vrouwen met een voorkeursstructuur als Klasse 4 is reistijd juist het belangrijkste kenmerk bij de keuze voor geboortezorg. Daarna letten ze op keuzevrijheid van zorgverlener en de kenmerken die kwaliteit van zorg uitdrukken.

Figuur B5.1: Relatief belang van de kenmerken van de geboortezorg, uitgesplitst per klasse gemiddelde van totale studiepopulatie.



Waardering van zorg

In Tabel B5.3 staat de kans weergegeven dat een aantal ideaaltypische vormen van geboortezorg wordt gekozen door de vrouwen in de studiepopulatie, totaal en naar klasse. Hoe groter de kans (uitgedrukt in een getal tussen 0 en 1), hoe aantrekkelijker de vrouwen de betreffende vorm van geboortezorg vinden. Het is alleen mogelijk om binnen kolommen te vergelijken.

Tabel B5.3: Zes ideaaltypische scenario's* op volgorde van kans om gekozen te worden

Scenario	Kwaliteit ^a	Keuzevrijheid ^b	Gemiddelde alle klassen	Kans klasse 1	Kans klasse 2	Kans klasse 3	Kans klasse 4
1	+	+ ^d	0,77	0,87	0,65	0,82	0,70
2	+	+ ^c	0,59	0,67	0,50	0,69	0,48
3	+	- ^e	0,46	0,61	0,42	0,43	0,38
4	+	+	0,31	0,15	0,49	0,44	0,17
5	+	+	0,18	0,05	0,34	0,27	0,07
6	+	-	0,11	0,04	0,27	0,11	0,05

a: + betekent: zorgverleners werken met één EPD, de verloskundige geeft informatie en kan nadien gebeld, gemaïld en ge-appt worden en vrienden/familie hebben een positief oordeel over de geleverde zorg.

- betekent: de zorgverleners werken niet vanuit één EPD, dat de verloskundige geeft informatie, zonder aan te geven later gebeld, gemaïld of geappt te kunnen worden en de oordelen van de vrienden en familie over de geleverde zorg zijn wisselend.

b: + betekent: de vrouwen kunnen alle zorg zelf kiezen en regelen en de reistijd is 5 minuten.

± betekent: de zorg wordt deels geregistreerd door de zorgaanbieder en de patiënt kiest zelf voor één zorgverlener buiten de zorgorganisatie en de reistijd is 15 minuten.

- betekent: de keuze voor de zorgorganisatie alle typen geboortezorgverleners wordt vanuit de organisatie toegewezen en de reistijd is 20 minuten..

Kwaliteit van zorg sterk gewaardeerd door alle klassen....

Gemiddeld hebben zwangere vrouwen in de hele onderzoekspopulatie de sterkste voorkeur voor scenario 1 in tabel B5.3. Dat is het scenario met optimale kwaliteit en de middelste waarde van aanbiederkeuze voor keuzevrijheid (0,75); de minste voorkeur hebben ze voor scenario 6, het scenario met suboptimale kwaliteit en minimale keuzevrijheid (kansscore: 0,25 bij scenario 6 in de kolom Gemiddelde alle klassen). Dit geldt ook voor alle vier de klassen apart. Verder zien we dat de meeste respondenten alle scenario's met een suboptimale kwaliteit (scenario's 4,5 en 6) lager waarden dan de scenario's met een optimale kwaliteit (scenario's 1,2 en 3). Hier concluderen we uit dat kwaliteit van zorg de meeste invloed heeft op de voorkeuren van vrouwen wanneer ze vormen van geboortezorg kiezen, gemiddeld over alle klassen.

Deze algemene conclusie geldt ook voor klassen 1 en 4. Maar respondenten met een voorkeursstructuur van klasse 2 hebben de voorkeur voor een zorgorganisatie met suboptimale kwaliteit en middel keuze (kansscore 0,96 bij scenario 4) boven een scenario met optimale kwaliteit en minimale keuze (kansscore 0,95 bij scenario 3). Vrouwen met een voorkeursstructuur als klasse 3 waarden scenario's 3 en 4 ongeveer hetzelfde (kansscore 0,27).

Niet afstaan van keuzevrijheid vooral voor klassen 2 en 3 belangrijk

Voor vrouwen met voorkeuren als klasse 2 weegt keuzevrijheid zwaarder dan de kwaliteit van zorg. Uit Figuur 1 bleek dat voor vrouwen met voorkeuren als klasse 3 de keuzevrijheid ook zwaar weegt, maar zij wegen kwaliteit van zorg zwaarder dan klasse 2. In tabel B5.3 zien we dat voor beide klassen de keuzevrijheid doorwerkt in voorkeuren voor scenario's. In beide klassen kan het zijn dat een vorm van geboortezorg met een mate keuzevrijheid die beter aansluit op de wensen de voorkeur krijgt boven een vorm van geboortezorg met minder keuzevrijheid, uitgaande van scenario's met een vergelijkbaar kwaliteitsniveau. Verder valt op de vrouwen met deze voorkeuren maximale keuzevrijheid (scenario's 2 en 5 van het gemiddelde) niet als meest aantrekkelijk zien, maar de scenario's waarbij een deel van de organisatie van zorg bij de aanbieder ligt en voor een deel bij de vrouwen zelf (scenario's 1 en 4 van het gemiddelde).

Opleidingsniveau van invloed, urbanisatiegraad niet

Een tweede element van het analyses met latenteklasse-analyse is het toevoegen van voorspellers van de klassen. Hiermee kan worden onderzocht of kenmerken van respondenten vaker voorkomen in bepaalde klassen. In dit onderzoek is gekeken of opleiding en urbanisatiegraad invloed hebben op de voorkeuren van de zwangere vrouwen. We hebben geen significante verschillen waargenomen in voorkeuren tussen vrouwen die in stedelijke gebieden of op het platteland wonen. Mensen met een hogere opleiding willen graag de geboortezorg dichtbij huis ontvangen.

Discussie en conclusie

'De zwangere' bestaat niet, verschillende vrouwen waarderen verschillende aspecten van de zorg verschillend

Dit onderzoek beschrijft een discretekeuze-experiment naar de voorkeuren van zwangere vrouwen over de geboortezorg die ze willen ontvangen. In het algemeen vinden zwangere vrouwen kwaliteit van zorg iets belangrijker dan de keuzevrijheid in het zorgproces. Toch wordt de keuzevrijheid belangrijk gevonden. Een deel van de zwangere vrouwen vindt de inperking van keuzevrijheid onaantrekkelijk en belangrijker dan kwaliteit van zorg. Door andere zwangere vrouwen wordt enige beperking van de keuzevrijheid niet zo zwaar gewogen.

Inzicht in kwaliteit van de geboortezorg in de werkelijkheid onvoldoende

Uit dit onderzoek blijkt dat een deel van de vrouwen de keuzevrijheid belangrijker vindt dan kwaliteit, zelfs als de verbeteringen kwaliteit van zorg benoemd werden in de hypothetische scenario's. In de praktijk zal dit inzicht in kwaliteitsverbeteringen er niet zijn, waardoor de voorkeuren voor keuzevrijheid in de realiteit waarschijnlijk sterker zijn dan uit dit onderzoek blijkt. Echter, voor een ander deel van de vrouwen geldt dit niet en werden kenmerken van kwaliteit van zorg belangrijker gevonden dan keuzevrijheid.

Steekproef niet representatief

De onderzoekspopulatie bevatte meer hoger opgeleide vrouwen, minder vrouwen uit steden en relatief veel vrouwen die zwanger waren van hun eerste kind. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de generaliseerbaarheid van de resultaten. We zagen dat het opleidingsniveau invloed heeft op de voorkeuren van vrouwen. Het is dus mogelijk dat de voorkeuren van lager opgeleide vrouwen niet goed tot uitdrukking komen in deze resultaten. Ook kunnen vrouwen die zwanger zijn van een tweede kind of meer, andere voorkeuren hebben voor vormen van geboortezorg op basis van eerdere ervaringen.

Woordgebruik en vormgeving in DCE van invloed op resultaten

Bij iedere DCE heeft het woordgebruik en vormgeving van de keuzesets invloed op de resultaten. Dat geldt ook voor dit onderzoek. Tijdens de ontwikkeling van de fictieve vormen van geboortezorg is de informatie uit literatuur, experts en proefpersonen gecombineerd tot een lijst met kenmerken en variaties. Daarnaast is de meest gebruikte vormgeving bij het presenteren van de fictieve vormen van geboortezorg aangehouden. Het is mogelijk dat resultaten op punten anders zouden zijn uitgevallen als in het ontwikkelproces andere keuzes waren gemaakt.

Kwaliteit van zorg gemiddeld het belangrijks, maar voor een deel van de vrouwen is keuzevrijheid belangrijkst

Het doel van dit onderzoek was om beleidsmakers informatie te geven over hoe zwangere vrouwen de verschillende aspecten van de geboortezorg waarderen. Uit dit onderzoek blijkt dat de zwangere vrouwen zowel kwaliteit van zorg als keuzevrijheid belangrijk vinden. Wanneer we kijken naar de gemiddelden van de hele groep zwangere vrouwen blijkt dat kwaliteit van zorg iets belangrijker wordt gevonden dan keuzevrijheid. Echter voor een deel van de vrouwen is keuzevrijheid het meest belangrijk. Deze bevinding onderstreept het belang van de mogelijkheid van de bundelbreker.

Tabel B5.4: Kenmerken (Attributen) en mogelijke waarden (levels) op DCE geboortezorg

Kenmerken van de fictieve geboortezorgorganisaties, die systematisch voor de vragenlijst zijn gevarieerd	Mogelijke waarde 1	Mogelijke waarde 2	Mogelijke waarde 3
Informatie tussen zorgverleners	Uw zorgverleners informeren elkaar middels mail, telefoon en fax, waardoor de kans bestaat dat zorgverleners niet altijd alle informatie hebben	Al uw zorgverleners werken vanuit hetzelfde dossier en zijn goed geïnformeerd over uw situatie	
Informatie-voorziening aan u van de verloskundige	Informatie zwangerschap en bevalling, vragen stellen, bellen, mailen, appen	Informatie zwangerschap bevalling, vragen stellen, folders	Informatie zwangerschap bevalling, vragen stellen, folders websites, later meer vragen
Informatie van vrienden of familie	U hoort positieve verhalen over deze geboortezorgorganisatie van uw vrienden of familie	U hoort zowel goede als slechte verhalen over deze geboortezorgorganisatie van uw vrienden of familie	
Organisatie van geboortezorg	Alle zorg verplicht in één organisatie. U heeft géén vrije keuze buiten deze organisatie	Alle zorg apart geregeld.	Alle zorg in één organisatie. U heeft daarnaast ook vrije keuze buiten deze organisatie
Reistijd	De verloskundige heeft praktijk op 15 minuten fietsen van uw huis; ziekenhuis op 15 minuten met de auto	De verloskundige heeft praktijk op 20 minuten fietsen van uw huis; ziekenhuis op 20 minuten met de auto	

B5.1: Introductietekst respondenten

Onderstaande tekst werd gebruikt om de respondenten te informeren over de keuzes die zouden volgen. Voor deze weergave is gewerkt met cursivering. De niet-cursieve teksten verschenen direct op het scherm. De niet-gecursiveerde uitleg verscheen op het scherm nadat de respondenten klikten op de tekst hier weergegeven in niet-cursief.

Wat vragen we u?

We vragen u zich voor te stellen dat u net zwanger bent en moet beslissen welke zorgverleners u gaat kiezen voor de begeleiding van uw zwangerschap en tijdens de bevalling. We vragen u in deze vragenlijst steeds te kiezen uit twee opties.

We leggen u in dit onderzoek 12 keuzes voor. U kunt steeds kiezen tussen twee vormen van geboortezorg. In iedere keuze komt steeds een aantal vaste keuzes aan bod:

Informatie tussen zorgverleners

De geboortezorgverleners kunnen op verschillende manieren informatie over patiënten met elkaar delen. In dit onderzoek kunt u twee situaties aantreffen:

- Al uw zorgverleners werken vanuit hetzelfde dossier en zijn goed geïnformeerd over uw situatie.
- Uw zorgverleners informeren elkaar middels mail, telefoon en fax, waardoor de kans bestaat dat zorgverleners niet altijd alle informatie hebben.

Informatievoorziening voor zwangere van verloskundige

De verloskundige geeft informatie aan zwangere vrouwen over de zwangerschap en bevalling. Dat kan in verschillende vormen gebeuren. In dit onderzoek treft u de volgende mogelijkheden aan:

- Informatie zwangerschap en bevalling, vragen stellen, bellen, mailen, appen: *De verloskundige geeft informatie over zwangerschap en bevalling zoals bloedonderzoek en echo's, verricht controles en gaat in op alle vragen. Contact is altijd mogelijk via telefoon, mail of app.*
- Informatie zwangerschap bevalling, vragen stellen, folders websites, later meer vragen: *De Verloskundige geeft informatie over zwangerschap en bevalling: zoals bloedonderzoek en echo's, verricht controles, vragen worden beantwoord tijdens het consult, verder verwijst de verloskundige naar folders en websites. Bij een volgend consult kunt u meer vragen stellen.*
- Informatie zwangerschap bevalling, vragen stellen, folders: *De verloskundige geeft informatie over zwangerschap en bevalling zoals bloedonderzoek en echo's en verricht controles. Voor vragen verwijst de verloskundige naar folders en websites*

Informatie van vrienden of familie

- U hoort positieve verhalen over deze zorgverleners van uw vrienden of familie.
- U hoort zowel goede als slechte verhalen over deze zorgverleners van uw vrienden of familie.

Organisatie van de zorg rondom zwangerschap en geboorte, kortweg 'geboortezorg' genoemd

Er bestaan verschillende manieren om de geboortezorg te organiseren. In dit onderzoek kunt u de volgende organisatievormen tegenkomen:

- Alle zorg verplicht in één organisatie. U heeft géén vrije keuze buiten deze organisatie:
U kunt zich inschrijven bij enkele verloskundige praktijken die samenwerken met één ziekenhuis en met één kraamzorginstelling. U kunt uitsluitend terecht bij een verloskundige van deze praktijken en u kunt niet bevallen in een ander ziekenhuis en de kraamzorg komt van deze kraamzorginstelling.
- Alle zorg in één organisatie. U heeft daarnaast ook vrije keuze buiten deze organisatie:
U kunt zich inschrijven bij enkele verloskundige praktijken die samenwerken met één ziekenhuis en met één kraamzorginstelling. Op eigen initiatief kunt u overstappen naar een verloskundige van een andere praktijk, u kunt in een ander ziekenhuis bevallen en u kunt ook andere kraamzorg regelen.
- Alle zorg apart geregeld:
U schrijft zich apart in bij een verloskundige praktijk, een ziekenhuis en een kraamzorginstelling, alles naar uw eigen keuze.

Reistijd

- De verloskundige heeft praktijk op 5 minuten fietsen van uw huis; ziekenhuis op 5 minuten met de auto
- De verloskundige heeft praktijk op 10 minuten fietsen van uw huis; ziekenhuis op 10 minuten met de auto
- De verloskundige heeft praktijk op 15 minuten fietsen van uw huis; ziekenhuis op 15 minuten met de auto
- De verloskundige heeft praktijk op 20 minuten fietsen van uw huis; ziekenhuis op 20 minuten met de auto

Pijnbestrijding

Uit eerder onderzoek weten we dat de beschikbaarheid van pijnbestrijding (ook wel bekend als verdoving), belangrijk is voor vrouwen tijdens de bevalling. De beschikbaarheid hiervan is echter niet zozeer afhankelijk van de organisatie, maar meer van de plaats waar u zult bevallen. We vragen u daarom ervan uit te gaan dat de pijnbestrijding bij iedere keuze kan worden uitgevoerd zoals u dat graag wilt.