

Leidt substitutie van zorg tijdens de baring tot minder kosten voor de gezondheidszorg?

Ank de Jonge, Suze Jans, Hilde Perdok, Judith Bosmans

Substitutie van tweedelijns zorg door eerstelijns verloskundigen past in het overheidsbeleid om de toenemende medicalisering om te buigen. Ank de Jonge en collega's berekenden de kosten van een integraal zorgsysteem en vergeleken dit met de kosten van het huidige systeem. Bij hun onderzoek stuitten de auteurs op verrassende kostenverschillen in de tweedelijns verloskundige zorg. Het gevolg is een 'grote' en een 'kleine' besparing.

Steeds meer vrouwen worden tijdens de baring verwezen van eerste- naar tweedelijns zorg. Het aantal niet urgente verwijzingen tijdens de ontsluiting steeg in de periode 2000-2008 onder primigravidae van 28,7% naar 40,7% en onder multigravidae van 10,5% naar 16,5%^[1]. Meer dan 80% van alle intrapartum verwijzingen is voor medium risk indicaties. Hierbij wordt de vrouw om een medische reden verwezen, maar is de kans op een normale vaginale baring nog steeds groot. Deze indicaties zijn: behoefte aan medische pijnbehandeling, meconiumhoudend vruchtwater, langdurig gebroken vliezen en niet vorderende ontsluiting^[2]. In de tweede lijn nemen klinisch verloskundigen vaak de zorg over voor deze vrouwen, waarvan vervolgens 63% na verwijzing spontaan bevalt (zonder kunstverlossing) en ook zonder dat microbloedonderzoek (MBO) of ST-analyse van het foetale ECG (STAN) wordt uitgevoerd bij een onrustbarend CTG^[3]. Binnen deze groep kan de continuïteit van zorg verbeterd worden als eerstelijns verloskundigen de zorg blijven geven.

dr. Ank de Jonge is verloskundige en universitair docent, afdeling Midwifery Science AVAGI EMGO+, VUMC; dr. Suze Jans is verloskundige onderzoeker en medewerker bij de KNOV; Hilde Perdok is MSc verloskundige en junior onderzoeker, afdeling Midwifery Science, AVAGI EMGO+, VUMC; dr. Judith Bosmans is universitair docent, Faculteit Aard- en Levenswetenschappen, Afdeling Gezondheidswetenschappen, Sectie Gezondheidseconomie en Health Technology Assessment VU en EMGO+, VUmc,

correspondentie: j.dejonge1@vumc.nl

Een voorwaarde hiervoor is dat eerstelijns verloskundigen bijgeschoold zijn in onder andere het interpreteren van CTG-monitoring en het toedienen van oxytocine^[3].



Verschuiving van specialistische naar generale zorg

Substitutie van tweedelijns zorg door eerstelijns verloskundigen past in het overheidsbeleid om de toenemende medicalisering om te buigen en onnodige specialistische zorg te voorkomen^[4]. Een van de doelen van de overheid is daarbij om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Als onderdeel van het project *Integrated Care System during labour (INCAS)* hebben wij een zeer globale schatting gemaakt van de mogelijke verschuiving van kosten, wanneer de zorg voor barende vrouwen met een medium risk indicatie gecontinueerd wordt door de eerstelijns verloskundige^[3].



Uitgangspunten bij de kostenberekeningen

In de berekening is ervan uitgegaan, dat de eerstelijns verloskundige verantwoordelijk blijft voor vrouwen die verwezen worden voor de vier belangrijkste medium risk situaties (zie boven), al dan niet na consultatie van de gynaecoloog. Er is aangenomen dat een gynaecoloog alleen de zorg overneemt als een MBO, STAN of instrumentele bevalling noodzakelijk is. Verder is uitgegaan van de huidige organisatie en financieringsstructuur van de zorg.

Er is geprobeerd om de tarieven te achterhalen die ziekenhuizen hebben afgesproken met de zorgverzekeraars. Echter, ziekenhuizen maken deze tarieven niet bekend, omdat dit concurrentiegevoelige informatie is. Bij de berekeningen zijn daarom de passantentarieven gebruikt van de perinatologische centra in Nederland en vier willekeurig gekozen tweedelijns ziekenhuizen. Deze tarieven staan op de websites van ziekenhuizen. Zij worden gehanteerd als patiënten niet verzekerd zijn of als hun zorgverzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis (tabel 1). Volgens de NRC gaat de NZa ervan

uit dat deze tarieven gemiddeld 10 tot 15% boven de gecontracteerde tarieven liggen¹⁵.

Het partustarief voor de eerstelijns verloskundige (kosten plus honorarium) was in 2013 479,35. Bij een verwijzing tijdens de baring worden in de huidige situatie zowel het partustarief voor de eerste lijn als de kosten voor een spontane partus in de tweede lijn gedeclareerd (de kosten voor een poliklinische partus vervallen in deze situatie). Voor het berekenen van de kosten van integrale zorg zijn verschillende aannames gedaan. Voor de 63% spontane partus zonder MBO of STAN werd het ziekenhuistarief voor een poliklinische partus gerekend en twee keer het partustarief van de eerstelijns verloskundige. Dit dubbele

tarief moet de kosten dekken van de extra tijd die de eerstelijns verloskundige besteedt bij integrale zorg en de kosten voor gebruik van CTG, infuus, anesthesist en medicatie. De berekeningen werden uitgevoerd voor de situatie met en zonder een standaard consult van de gynaecoloog.

In 37% van de gevallen wordt een vrouw alsnog overgedragen naar de tweede lijn en werd, in onze berekening, twee keer het partustarief van de eerstelijns verloskundige gedeclareerd en de kosten van een spontane partus in de tweede lijn. Er is vanuit gegaan dat alle andere kosten gelijk blijven, zoals de kosten voor het uitvoeren van een keizersnede.

Tabel 1: Overzicht passantentarieven van 14 ziekenhuizen

Ziekenhuis	Spontane partus tweede lijn (code 159899019, 15B265) en honorarium gynaecoloog	Consult 'polikliniek zwangerschap' 159999027 (15B282); honorarium gynaecoloog	Spontane eerstelijns partus in ziekenhuis (poliklinische partus, code 190045 of 190037 OZP) ^o
VUmc	1405,84 [¥] 200,41 [¥]	84,67	569,47 [§]
AMC	3651,35 [§] 222,21	93,27	509,87
LUMC*	2224,63 224,17	92,55	?
Erasmus MC*	1708,82 235,00	84,71	509,87
UMCU*	3562,63 222,88	83,20 [¥]	509,87
UMCG	1939,49 258,50 [§]	84,40	509,87
UMCN	2021,61 252,79	85,99	474,81 [¥]
MUMC*	2679,55 225,18	83,94	509,87
Isala kliniek Zwolle	1870,62 209,00	87,59	509,87
MMC Veldhoven	2318,99 254,70	91,42	509,87
Amstelland, Amstelveen*	1999,20 217,11	94,25 [§]	?
MC Leeuwarden	2252,04 236,21	87,36	?
Jeroen Bosch, Den Bosch*	2724,38 222,90	93,51	509,87
Groene Hart, Gouda	2590,18 210,47	83,20	?
Gemiddeld	2353,52 227,97	87,86	512,32

Alle prijzen in euro's voor 2013, tenzij anders weergegeven.

* Prijzen 2012

Consult polikliniek zwangerschap is als uitgangspunt genomen voor een consult tijdens de bevalling omdat de laatste niet in de tarievenlijst voorkomt.

φ Kosten verloskamers, exclusief kosten en honorarium eerstelijns verloskundige.

? = Niet bekend, ¥ = laagste tarieven, § = hoogste tarieven

In 2010 zijn 21.578 vrouwen verwezen tijdens de baring voor medium risk indicaties⁶¹. Op basis van dit aantal zijn de hypothetische kosten voor zorg aan deze vrouwen berekend in een integraal zorgsysteem en vergeleken met de kosten in het huidige systeem. Als standaard een consult wordt aangevraagd bij de tweede lijn zouden de kosten op basis van 21.758 medium risk indicaties per jaar € 1.181.987 lager zijn op basis van de laagste passantentarieven en € 30.270.429 lager op basis van de hoogste tarieven. Als bij geen van de vrouwen een consult in de tweede lijn zou worden aangevraagd zouden de kosten € 2.313.008 lager zijn op basis van de laagste tarieven en € 31.551.663 lager op basis van de hoogste tarieven.



Zorgkosten niet transparant

Uit de berekeningen blijkt dat de kosten voor verloskundige zorg op dit moment niet transparant zijn. Het is onduidelijk waarom passantentarieven voor dezelfde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) zo enorm verschillen tussen ziekenhuizen. De nationale ombudsman heeft onlangs vragen gesteld aan de minister van VWS over het gebrek aan transparantie over zorgkosten¹⁷ en dagblad NRC heeft een serie artikelen gewijd aan de zeer uiteenlopende passantentarieven^{15, 8-10}. Als reactie daarop heeft DBC-onderhoud dit jaar de gemiddelde tarieven van een aantal behandelingen op hun website gepubliceerd¹¹. DBC-onderhoud is een stichting die zorgprestaties beschrijft voor tweedelijns zorg en gegevens verzamelt over geleverde zorg. Transparantie van de kosten van de verloskundige zorg is essentieel om te beoordelen wat de financiële gevolgen zijn van het integreren van eerste- en tweedelijns verloskundige zorg. Onze berekeningen zijn zeer globaal en hebben een aantal belangrijke beperkingen. Ten eerste is uitgegaan van de huidige organisatie en financiering van de verloskundige zorg in Nederland. De kosten kunnen anders zijn bij andere zorgmodellen en vormen van financiering. Hoewel integrale zorg aan de ene kant tot minder dubbele kosten kan leiden omdat er minder verwijzingen zijn, kan deze ook leiden tot een toename van de kosten door een grotere tijdsbesteding aan multidisciplinair overleg. De tijd die professionals besteden aan overleg kunnen zij namelijk niet besteden aan een spreekuur of begeleiding van een bevalling. Ook kunnen extra middelen nodig zijn voor het op peil houden van de kwaliteit van zorg voor vrouwen in de tweede en derde lijn. Immers wanneer de eerstelijns verloskundigen meer vrouwen begeleiden met een medium risk zal de zorg in het ziekenhuis intensiever worden omdat voornamelijk high risk vrouwen in de tweede lijn zullen bevallen. Het is daarom aan te bevelen om in regionale pilotstudies het verschil in zorgkosten voor en na invoering van

integrale zorg als belangrijke uitkomstmaat mee te nemen. Daarbij zijn de daadwerkelijk gemaakte kosten van personeel, materiaal en overhead van belang, omdat deze niet overeen hoeven te komen met de gedeclareerde kosten. In het INCAS-2 project wordt daarom een economische evaluatie uitgevoerd in regio's die experimenteren met de invoering van integrale zorg. Dit gebeurt naast een onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Hoewel de globale berekening interessante vragen oproept, is evaluatie van integrale zorg in de praktijk noodzakelijk om de werkelijke kostenverschuivingen in kaart te brengen. ■

Met dank aan

De INCAS-projectgroep; dr. Ronald Batenburg; dr. Jeroen van Dillen; Corrie Hartog; dr. Anne van Kempen; prof. dr. Ben Willem Mol; Marianne Nieuwenhuijze, MPH; Pien Offerhaus, MSc.; dr. Marlies Rijnders, dr. Corine Verhoeven; ir. Rachel Verweij; dr. Therese Wiegers.

Literatuur

1. Offerhaus PM, Hukkelhoven CWPM, Jonge A de, Pal-de Bruin KM van der, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM. Persisting rise in referrals during labor in primary midwife-led care in the Netherlands. *Birth* 2013; 40(3): 193-201.
2. Perdok H, Jans S, Verhoeven CJ, Dillen J van, Mol BW, Jonge A de. Intrapartum referral from primary to secondary care in the Netherlands: a retrospective cohort study on management of labour and outcomes; aangeboden.
3. Jans S, Perdok H, Mol BW, Jonge A de. Integratie van zorg tijdens de baring: de INCAS-studie. *Tijdschrift voor Verloskundigen*; 2014; 1; 47-51.
4. Mw.dr.s.E.I.Schippers. Kamerbrief: Zorg en ondersteuning in de buurt. 14 oktober 2011. Ministerie van VWS.
5. Wester J. 3.109 euro voor de een, 223 voor de ander. *NRC Handelsblad* 3 januari 2014.
6. Stichting Perinatale Registratie Nederland. *Perinatal Care in the Netherlands 2010 [Perinatale Zorg in Nederland]*. Stichting Perinatale Registratie Nederland. 2013. Utrecht, Stichting Perinatale Registratie Nederland.
7. Brenninkmeijer A. Brief van Nationale ombudsman aan Minister Schippers, Ministerie van VWS. 18 juli 2013.
8. Weeda F. Elke klacht heeft zijn prijskaartje. *NRC Handelsblad* 5 juni 2013.
9. Wester J. Onderzoek NRC: prijsverschillen tussen ziekenhuizen extreem groot. *NRC Handelsblad* 30 december 2013.
10. Wester J. Openheid over tarieven in de zorg is in ieders belang. *NRC Handelsblad* 21 januari 2014.
11. DBC onderhoud. DBC special: Hoeveel kost mijn behandeling? 2014. www.dbconderhoud.nl, geraadpleegd 01 februari 2014.