

# Acute verloskundige zorg betaalbaar voor de Nederlandse ziekenhuizen?

**Drs. L. Timmermans** huisarts in opleiding, MSc Public Health, Universiteit Maastricht

**Drs. M. Hessel** fertiliteitsarts, UMC St Radboud

**Dr. M.I. Pavlova** assistent professor gezondheidseconomie, Universiteit Maastricht

**Prof. dr. J.G. Nijhuis** gynaecoloog, afd. Ob/Gyn, GROW - School for oncology and developmental biology, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht

**De relatief hoge perinatale sterfte in Nederland is de laatste jaren een 'hot item'. Via verschillende wegen wordt geprobeerd deze sterfte terug te dringen, onder andere door het verhogen van de beschikbaarheid van professionals. Het voornaamste probleem is de grote kostenpost die hieraan verbonden is. Dit werd al snel duidelijk en heeft de minister doen besluiten de adviezen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte niet om te zetten in harde kwaliteitsnormen. Wij hebben onderzocht wat de financiële consequenties zijn voor de Nederlandse ziekenhuizen, als ze maatregelen nemen om te voldoen aan de adviezen van de Stuurgroep en concluderen dat voor met name kleinere ziekenhuizen verloskundige zorg dan niet langer betaalbaar is.**

*'Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte'*

De organisatie van de verloskundige zorg in Nederland staat onder druk. Het feit dat de perinatale sterfte in ons land hoger ligt dan in de meeste omliggende westerse landen en de unieke organisatiestructuur in Nederland, waar nog steeds ruim 30% van de vrouwen onder leiding van de eerste lijn bevalt (PRN 2008: 21% thuis, 11% poliklinisch)<sup>1</sup>, heeft veel discussie teweeg gebracht.<sup>2-4</sup> Verschillende voorstellen en initiatieven zijn geformuleerd om de perinatale sterfte te reduceren. Prominent is het rapport van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte dat eind 2009 is aangeboden aan de minister. Dit rapport bevat zeven concrete aanbevelingen die als doel hebben de perinatale sterfte als gevolg van standaard factoren binnen vijf jaar te halveren.<sup>5</sup>

## Veilige zorg, betaalbare zorg?

Twee van deze aanbevelingen hebben grote financiële consequenties voor de Nederlandse ziekenhuizen, te weten het advies om de bevallende vrouw continue begeleiding te bieden door een kraamverzorgende of verpleegkundige en het advies om als ziekenhuis 24/7 een verloskundige behandeling binnen 15 minuten te kunnen starten. Dat betekent niet alleen beschikbaar-

heid van de gynaecoloog, maar van de gehele keten (kinderarts, OK-team, anesthesist, etc).

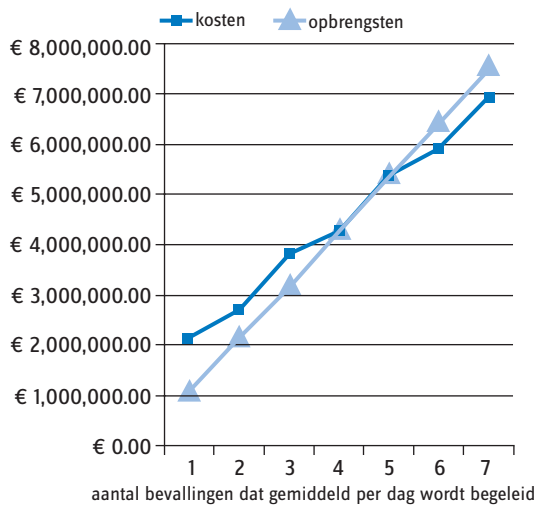
Implementatie van deze adviezen zal voor veel Nederlandse ziekenhuizen een investering in extra personeel betekenen. Uit een recent onderzoek is namelijk gebleken dat 90% van de 72 ondervraagde ziekenhuizen onvoldoende personeel ingeroosterd heeft om aan de bovengenoemde aanbevelingen te voldoen.<sup>6</sup> Het is denkbaar dat het realiseren van de aanbevelingen van de Stuurgroep een relatief zwaardere financiële last veroorzaakt voor kleine ziekenhuizen in vergelijking met grote ziekenhuizen. Ieder ziekenhuis moet immers meerdere specialisten continue beschikbaar hebben ongeacht het aantal bevallingen dat per dag wordt begeleid.

## Kosten-batenanalyse

Wij hebben onderzocht of het mogelijk is de kosten en baten zodanig in beeld te brengen, dat duidelijk wordt bij welk aantal bevallingen ('volume') verloskunde minimaal kostendekkend is voor de Nederlandse ziekenhuizen.

Om dit in kaart te kunnen brengen zijn zeven categorieën gedefinieerd waarbij respectievelijk gemiddeld één tot zeven bevallingen per dag begeleid worden. De opbrengsten zijn berekend uit de DBC-prijzen van 2011. Voor de vier meest relevante verloskundige DBC's zijn de prevalenties en gemiddelde prijzen vastgesteld.<sup>6-8</sup> Met deze gegevens kunnen de opbrengsten voor het leveren van de verloskundige zorg per categorie worden berekend.

De kosten zijn onderverdeeld in voorzieningen, personeel en faciliteiten op basis van de Nota praktijknormen klinische verloskunde van de NVOG.<sup>9</sup> Deze nota bevat de minimale eisen waaraan ziekenhuizen moeten voldoen, willen ze adequate acute verloskundige zorg kunnen leveren. Hieronder vallen bijvoorbeeld het aantal verloskamers, de benodigde apparatuur en het aantal zorgverleners dat 24/7 per dag aanwezig moet zijn. Van de verschillende middelen, bijvoorbeeld de verloskamers en echoapparatuur, is de prijs per eenheid per jaar bepaald. Met de informatie over de middelen, het benodigde aantal en de



Figuur 1. De kosten en de opbrengsten van de verloskundige zorg tegen elkaar afgezet voor de verschillende Nederlandse ziekenhuizen.

prijs per eenheid per jaar, hebben we vervolgens een kostenberekening voor de verschillende categorieën uitgevoerd.<sup>10</sup>

Naast de kosten van de categorieën werd een overheadpercentage bepaald waaronder diensten zoals ICT, apotheek, laboratorium en sterilisatie vallen.

### Resultaten

De resultaten van de opbrengsten en de kosten per categorie zijn tegen elkaar afgezet. Dit is weergegeven in figuur 1. Hieruit blijkt dat de financiële consequenties van de nieuwe kwaliteitsnormen verschillen voor de zeven categorieën. Kleine ziekenhuizen die gemiddeld tot drie bevallingen per dag begeleiden zullen, indien ze willen voldoen aan de adviezen van de Stuurgroep en met de huidige DBC-prijzen, verlies maken op dit zorgproduct. Ziekenhuizen met vier of vijf bevallingen per dag zullen geen verlies maken maar ook geen winst, wat mogelijk ten koste gaat van innovatie. Alleen voor ziekenhuizen die gemiddeld zes of meer bevallingen per dag begeleiden zal de verloskundige zorg rendabel zijn.

Wanneer deze uitkomsten worden afgezet tegen informatie over de bevallingen die begeleid worden in de Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat 60% van de ziekenhuizen financieel niet in staat zal zijn te voldoen aan de aanbevelingen uit het rapport.<sup>11</sup>

### Conclusie en discussie

In deze studie laten we zien dat implementatie van de adviezen van de Stuurgroep grote financiële gevolgen zal hebben voor een deel van de Nederlandse ziekenhuizen. Voor de ziekenhuizen die relatief weinig bevallingen begeleiden zal dit betekenen dat de acute verloskundige zorg verliesgevend wordt als er geen extra maatregelen getroffen worden. Minister Schippers heeft, naar aanleiding van de

eerder genoemde rapporten, de Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) medio 2011 de opdracht gegeven een plan op te stellen voor implementatie van de gegeven adviezen. In maart 2012 kwamen deze partijen gezamenlijk tot de conclusie dat de adviezen van de Stuurgroep betreffende de 24-uurs beschikbaarheid, vooralsnog niet kunnen worden omgezet in kwaliteitsnormen. Enerzijds vanwege de huidige krapte op de arbeidsmarkt, waarbij het voor de krimpregio's moeizaam is voldoende professionals te werven. Anderzijds om te voorkomen dat er een spanningsveld ontstaat tussen de kwaliteits- en bereikbaarheidsnorm, omdat ziekenhuizen genoodzaakt zijn, samen te werken dan wel te fuseren om aan de kwaliteitseisen te voldoen. Concentratie van zorg verhoogt in dit geval de aanrijdtijd en vermindert de keuzevrijheid van patiënten. En dat wil de minister niet in de hand werken.<sup>12</sup> Over vijf jaar zal worden herzien of invoering van dergelijke kwaliteitsnormen alsnog gewenst is.

Ondanks het feit dat de adviezen van de Stuurgroep (nog) niet zijn omgezet tot kwaliteitsnormen, is het van groot belang om deze discussie te continueren. Hoewel in acht moet worden genomen dat het onderzoek een aantal beperkingen kent, vormen de resultaten een goede basis voor verdere discussie in het veld. De macro-analyse laat duidelijk zien dat kleinere ziekenhuizen moeite zullen hebben de verloskundige zorg rendabel te houden.<sup>13</sup>

Voor de verschillende spelers op de markt ligt er een grote uitdaging om in de toekomst vorm te geven aan de organisatie van de verloskundige zorg in Nederland. Centralisatie en extra financiële steun zullen hierin onvermijdelijk zijn. Over vijf jaar zal blijken of het voeren van deze discussie tot betaalbare verloskundige zorg heeft geleid, met verbeterde kwaliteit en daarmee een verlaging van de perinatale sterfte.

### Rekenvoorbeeld:

Ziekenhuis A is een klein ziekenhuis waar gemiddeld twee bevallingen per dag worden begeleid. Een gynaecoloog en anesthesist zijn 24/7 in huis of kunnen binnen 15 minuten aanwezig zijn in het ziekenhuis. Ook de operatiekamer moet binnen 15 minuten in gereedheid kunnen zijn. Daarnaast moeten er 24/7 een verloskundige of arts-assistent en twee verpleegkundigen aanwezig zijn. Het ziekenhuis dient te beschikken over goede faciliteiten om de moeder en baby op te vangen en in te kunnen grijpen bij spoedgevallen. Dit houdt in: voldoende ingerichte verloskamers, reanimatieruimtes, aanwezige echo- en CTG-apparatuur, maar ook de beschikbaarheid van het laboratorium en de apotheek.

Ziekenhuis B is een groter ziekenhuis waar gemiddeld zes bevallingen per dag worden begeleid. Volgens de nieuwe normen moet ook dit ziekenhuis, net als ziekenhuis A 24/7 een gynaecoloog en anesthesist in

**Tabel 1. Rekenvoorbeeld van de kosten en opbrengen van twee verschillende ziekenhuizen.**

	ziekenhuis A	ziekenhuis B
	Kosten	
Personeel	€ 1.834.000,00	€ 3.863.000,00
Faciliteiten	€ 144.000,00	€ 412.000,00
Medische uitrusting	€ 45.000,00	€ 84.000,00
Overhead (35%)	€ 708.050,00	€ 1.525.650,00
Totaal	€ 2.731.050,00	€ 5.884.650,00
	Opbrengsten	
DBC	€ 2.190.000,00	€ 6.570.000,00

\* kosten zijn afgeronde getallen (15)

huis hebben en moet de OK gereed staan. Ziekenhuis B moet echter vanwege de hogere productie drie verloskundigen of arts-assistenten en zes verpleegkundigen 24/7 aanwezig laten zijn. Daarnaast moeten er zes compleet uitgeruste verloskamers beschikbaar zijn. Tabel 1 geeft overzichtelijk weer wat de kosten zijn voor de twee genoemde ziekenhuizen. De opbrengsten voor ziekenhuis A en B zijn berekend middels de DBC prijzen. Een gemiddelde DBC-prijs van ongeveer 3000 euro werd berekend (14). De uiteindelijke opbrengen voor ziekenhuis A en B zijn tevens in tabel 1 opgenomen.

#### Literatuur

1. Stichting Perinatale Registratie Nederland. *Perinatale Zorg in Nederland 2008*. Utrecht, 2008.
2. de Jonge, A., B.Y. van der Goes, A.C. Ravelli, et al., *Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births*. BJOG 2008, 116(9), 1177-1184.
3. Evers, A., H. Brouwers, C. Hukkelhoven, et al., *Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study*. BMJ 2010, 341:c5639.
4. Tromp, M., M. Eskes, J.B. Reitsma, et al., *Regional perinatal mortality differences in the Netherlands; care is the question*. BMC Public Health 2009, 9, 102.
5. *Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte*. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht, 2009.
6. Van der Putten, J., L. Lemmens & D. Rooijmans, *Acute Verloskunde: Praktijkonderzoek naar gevolgen van 'Een goed begin': NVZ Vereniging van ziekenhuizen, 2010*.
7. Evers, M.G.J.M., H.A.M. Brölmann, *Jaarverslag*

2008-2009 Afdeling verloskunde & Gynaecologie. Amsterdam VU medisch centrum, 2009.

8. *Academisch ziekenhuis Maastricht*. Standaard-prijslijst academisch ziekenhuis Maastricht per 1-1-2011. Beschikbaar via [http://www.azm.nl/29762/Publicatie\\_standandaardprijsli6.pdf](http://www.azm.nl/29762/Publicatie_standandaardprijsli6.pdf).
9. *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie*. Nota praktijknormen klinische verloskunde. Utrecht, 2009
10. Hakkaart-van Roijen, L., S. Tan & C. Bouwmans, *Handleiding voor kostenonderzoek: Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: College voor zorgverzekeringen*. Instituut voor Medical Technology Assessment Erasmus Universiteit Rotterdam, 2010.
11. Kwartel van der, A., *Herverdeling van tweedelijns verloskundige zorg: een verkenning van de effecten van concentratie*. Utrecht: Regieraad kwaliteit van zorg, 2010.
12. Minister E.I. Schippers. *Acute zorg; zorg rondom zwangerschap en geboorte*. Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Nr 171. Den Haag, maart 2012.
13. Timmermans, L., *Reducing the perinatal mortality in the Netherlands: Are the new requirements financially feasible for the Dutch hospitals?* Master thesis, Maastricht University, 2012.