



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

Bekostigings- hervormingen *in de* geboortezorg

Wat kunnen we leren van het
buitenland?

Inleiding

Integrale bekostiging van de geboortezorg per 1 januari 2017 mogelijk

In de afgelopen jaren zijn in Nederland diverse stappen gezet om de invoering van integrale geboortezorg en de hieraan gerelateerde integrale bekostiging te realiseren (zie Figuur 1). Het doel van integrale geboortezorg is de onderlinge samenwerking en afstemming tussen verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden en kinderartsen verder te stimuleren om zo uiteindelijk verbetering van kwaliteit van zorg en vermindering van de morbiditeit en mortaliteit te realiseren [1]. Om de onderlinge samenwerking tussen aanbieders nog verder te stimuleren, is sinds 1 januari 2017 integrale bekostiging van de geboortezorg mogelijk [2, 3]. Recentelijk zijn de eerste integrale bekostigingscontracten gesloten. Een beknopte beschrijving van de uitgangspunten van het Nederlandse integrale bekostigingsmodel is beschreven in Tekstbox 1.

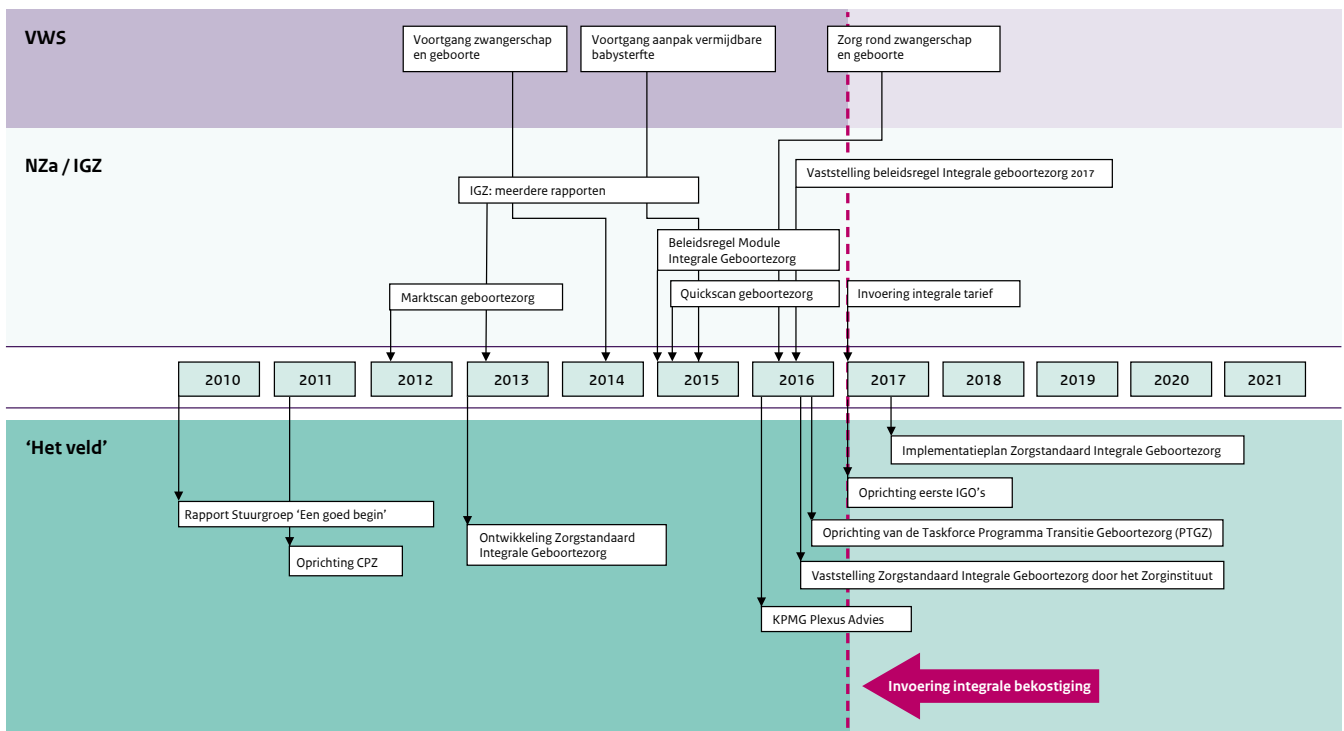
Theoretische onderbouwing van effecten van integrale bekostiging

Op dit moment is er in de literatuur nog weinig empirisch bewijs voor een effect van integrale bekostiging op de kwaliteit en doelmatigheid van de (geboorte)zorg. Wel worden in de literatuur de theoretische effecten van integrale bekostiging op kwaliteit en doelmatigheid van de (geboorte)zorg beschreven [4-9]. In deze studies zijn de

effecten van integrale bekostiging veelal afgezet tegen het meer traditionele model van 'betalen per verrichting' (het zogeheten fee-for-service (FFS) model). In het FFS-model ligt het financiële risico grotendeels bij de betaler (in Nederland is dat de zorgverzekeraar). Dat betekent dat zorgaanbieders geen financieel risico lopen over de hoeveelheid geleverde zorg, waardoor de prikkel ontstaat om meer (en dus mogelijk teveel en daarom onnodige) zorg te leveren. Bij integrale bekostiging verdwijnt de prikkel tot volumeverhoging grotendeels, omdat de zorgaanbieders die het contract sluiten de financiële verantwoordelijkheid op zich nemen voor de hoeveelheid zorg en de gemiddelde kosten per cliënt. Dit biedt een prikkel tot het vermijden van onnodige zorg per cliënt en het stimuleren van kostenbewust gedrag via bijvoorbeeld substitutie, taakherschikking of betere afstemming tussen zorgverleners binnen het zorgprogramma. Wel blijft bij integrale bekostiging de prikkel bestaan om zoveel mogelijk cliënten te behandelen, omdat er nog steeds per cliënt een integraal tarief wordt vergoed.

Inzicht in buitenlandse bekostigingshervormingen van de geboortezorg wenselijk

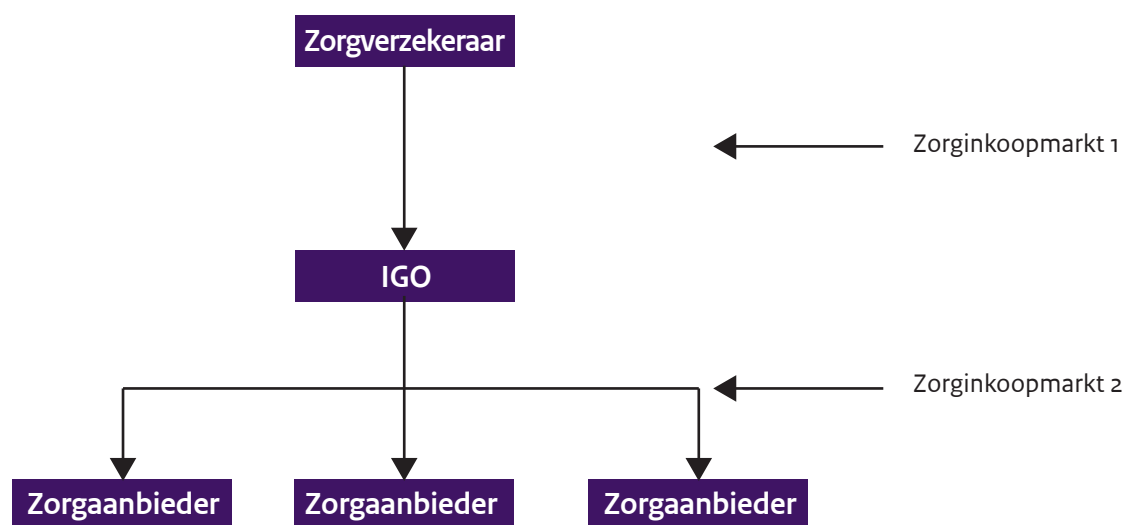
Ook in andere landen vinden bekostigingshervormingen in de geboortezorg plaats. Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om buitenlandse alternatieve bekostigingsmodellen van de geboortezorg te inventariseren. Concrete aanleiding hiervoor is de toezegging van de minister om



Figuur 1. Tijdslijn van de ontwikkelingen op het gebied van integrale geboortezorg.

Tekstbox 1: Uitgangspunten van Integrale Bekostiging en Integrale Geboortezorg Organisaties

Integrale bekostiging biedt de mogelijkheid om alle geboortezorg binnen een bundel en de activiteiten die nodig zijn om de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners te bevorderen in te kopen tegen één integraal tarief. De zorgverzekeraars sluiten hiervoor een contract af met een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) (zie figuur). Dit wordt het 'integrale bekostigingscontract' tussen de zorgverzekeraar en de IGO genoemd en vindt plaats op zorginkoopmarkt 1. Een IGO is een juridische entiteit die fungeert als hoofdcontractant en zorgt ervoor dat de integrale geboortezorg wordt geleverd.



IGO's contracteren de meeste onderdelen van geboortezorg bij individuele zorgaanbieders (eerstelijns verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraamzorginstanties, etc.) of zorginstellingen (zorginkoopmarkt 2), maar kunnen ook (een deel van) de zorg zelf leveren door zorgverleners in dienst te nemen [1]. De IGO stemt met alle zorgverleners af welke zorg zij verlenen, maar ook wanneer zij bijvoorbeeld cliënten doorverwijzen, welke gegevens zij moeten registreren en welke bij- en nascholing noodzakelijk is. De minimale kwaliteitseisen aan de zorg die geleverd moet worden staan beschreven in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg die in 2016 is vastgesteld door het Zorginstituut Nederland.

De invoering van integrale bekostiging geboortezorg gebeurt op vrijwillige basis. Daarnaast zal de bestaande sectorspecifieke bekostiging blijven bestaan voor regio's die (nog) niet over willen stappen naar een integraal bekostigingsmodel. Dit impliceert wel dat voor zorgaanbieders die niet over willen stappen naar IB en in een regio werkzaam zijn waar er voor IB is gekozen, de vrijwilligheid voor de zorgverleners wel onder druk komt te staan. Hetzelfde geldt indien de zorgverzekeraars de bestaande tarieven gaan verlagen, waardoor het minder aantrekkelijk wordt om niet over te stappen naar IB. Momenteel zijn de eerste IGO's formeel opgericht en hebben zes IGO's een (IB-contract) gesloten. Deze IB-contracten zijn opgebouwd uit negen deelprestaties, die zijn onderverdeeld in een prenatale, natale en postnatale fase [10].

alternatieve bekostigingsmodellen van de geboortezorg die in het buitenland zijn ingevoerd te analyseren [11, 12]. Ook het concept 'persoonsvolgende bekostiging' zoals dat in Nieuw-Zeeland binnen de geboortezorg zou zijn ingevoerd en waarover specifieke kamervragen werden gesteld, is onderdeel van deze analyse [11, 13]. Alternatieve bekostigingsmodellen worden in deze factsheet gedefinieerd als 'alle andere bekostigingsmodellen dan het FFS-model'. Het doel van deze factsheet is om een overzicht te geven van de alternatieve

bekostigingsmodellen in de geboortezorg in andere Westerse landen. Hierbij zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1 Hoe zijn de alternatieve bekostigingsmodellen in het buitenland vormgegeven?
- 2 Wat is er bekend ten aanzien van de empirische effecten van deze bekostigingsmodellen op kwaliteit, toegankelijk en betaalbaarheid?

De gehanteerde onderzoeksmethode is beknopt beschreven in Tekstbox 2.

Hoe zien alternatieve bekostigingsmodellen uit het buitenland eruit?

De geboortezorg initiatieven waarin gewerkt wordt met een alternatief bekostigingsmodel zijn beschreven aan de hand van een aantal algemene kenmerken (land, jaar van invoering en de huidige status van het initiatief) en kenmerken van het bekostigingsmodel (definitie van de populatie, definitie van de zorgepisod, de geïnccludeerde zorgactiviteiten, het aantal betrokken organisaties, het bekostigingsmodel zelf en de eventuele link tussen de bekostiging met kwaliteit). Bij het beschrijven van de initiatieven gebruiken wij de afkortingen van de initiatieven zoals weergegeven in Tabel 1.

Algemene kenmerken van de geboortezorg-initiatieven

Veertien buitenlandse bekostigingsmodellen in de geboortezorg, voornamelijk uit de Verenigde Staten

In totaal zijn veertien initiatieven in de literatuur gevonden waarin een bekostigingsmodel werd ingevoerd (Tabel 1). Het overgrote deel van de initiatieven komt uit de Verenigde Staten (n=11). Ook in Engeland (n=2) en Nieuw-Zeeland (n=1) zijn alternatieve bekostigingsmodellen van de geboortezorg ingevoerd. De eerste twee vonden plaats in 2007 (GHSPPCI, LMC). De meest recente bekostigingshervormingen zijn ingevoerd in 2015 (CHCBPP en OEBPM) en 2016 (DSRIP-MB). Het merendeel van de initiatieven zijn op structurele basis ingevoerd (n= 10), terwijl drie initiatieven pilots betreffen (Tabel 1).

Kenmerken bekostigingsmodellen

Geïnccludeerde populatie verschilt tussen de initiatieven

Tussen de initiatieven verschilt de populatie waar het bekostigingsmodel betrekking op heeft (Bijlage 1). Zeven initiatieven (THCIII, AHCPII, PHSPCP, GHSPPCI, BC, MBCBB, OEBPM) includeren uitsluitend 'laag risico zwangerschappen', terwijl bij een viertal andere initiatieven (CHCBPP, PECP, DSRIP-MB, MPMP) de doelpopulatie uit zowel 'laag risico zwangerschappen' als 'hoog risico zwangerschappen' bestaat. In PBGHBCR worden alleen 'zwangerschappen die leiden tot een ziekenhuisbevalling' geïnccludeerd. De populatie in CQUIN is het smalst; dit initiatief beperkt zich alleen tot 'zwangerschappen die leiden tot een electieve of spoedkeizersnede'. Bij alle initiatieven geldt dat de zorg buiten de geïnccludeerde populatie van de bekostigingshervorming via het bestaande bekostigingsmodel wordt vergoed.

Duur zorgepisod vergelijkbaar bij het overgrote deel van de initiatieven

Het startmoment van de zorgepisod van het bekostigingsmodel, komt sterk overeen, maar wordt vaak per initiatief net iets anders geoperationaliseerd (Bijlage 1). Zo wordt deze geoperationaliseerd als '40 weken voor de bevalling' (THCIII, AHCPII), '270 dagen voor de bevalling' (CHCBPP, MBCBB, DSRIP-MB), '280 dagen voor de bevalling' (OEBPM) en 'identificatie gedurende het eerste trimester' (initiatief PHSPCP, GHSPPCI, BC, MPBP, LMC). Hetzelfde geldt voor de einddatum. Deze is geoperationaliseerd als 'een periode van 6 weken' (PHSPCP, BC,

Tekstbox 2: Methode van onderzoek

Om zoveel mogelijk buitenlandse initiatieven te vinden waarbij alternatieve bekostigingsmodellen in de geboortezorg zijn ingevoerd, is in drie stappen een literatuuronderzoek uitgevoerd. In de eerste stap is gezocht in de literatuuurdatabases EMBASE, Pubmed en EconLit waarbij relevante Engelse zoektermen zijn gebruikt. Alle referenties uit de geselecteerde wetenschappelijke literatuur werden gecontroleerd en nieuwe geschikte literatuur werd toegevoegd aan de selectie. In stap twee is gezocht in grijze literatuur via de zoekmachine Google, door te zoeken naar de initiatieven uit de factsheet van de Health Care Payment Learning & Action Network (HCP-LAN [14]) en andere grijze literatuur. Ook werden visiedocumenten en andere overzichtspublicaties gescreend, die afkomstig zijn van buitenlandse onderzoeksinstituten (HCP-LAN, Integrated Health care Association (IHA), Health Care Incentives Improvement Institute (HCIII), Catalyst for Payment Reform (CPR), Center for Healthcare Quality & Payment Reform (CHQPR), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), de RAND Corporation (RAND), Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)). Door de Kamervragen over persoonsvolgende bekostiging in Nieuw Zeeland hebben we specifiek naar dit initiatief gezocht. In stap 3 werden verschillende experts op dit terrein benaderd met als doel zoveel mogelijk aanvullende bekostigingshervormingen van de geboortezorg te vinden. Vervolgens zijn de initiatieven op een systematische wijze geanalyseerd. Eerst beschreven aan de hand van de volgende kenmerken (naam, land, jaar van invoering, status). Daarna in het raamwerk geplaatst dat is gebaseerd op HCP-LAN raamwerk [14] en aangepast door De Vries et al. [15]. Dit raamwerk biedt de mogelijkheid om op een systematische wijze bekostigingsmodellen te kunnen classificeren aan de hand van de populatie, duur zorgepisod, inhoud zorgbundel, bekostigingsmodel, betrokken zorgaanbieders, link met kwaliteit. Tot slot zijn effectstudies uit de wetenschappelijke literatuur geanalyseerd.

Tabel 1: Buitenlandse bekostigingshervormingen in de geboortezorg

Nummer	Naam (afkorting)	Land (staat/stad)	Jaar van invoering	Status
1	Tennessee Health Care Improvement Innovation Initiative (THCII)	VS (Tennessee)	2013	Structureel
2	Arkansas Health Care Payment Improvement Initiative (AHCPII)	VS (Arkansas)	2013	Structureel
3	Community Health Choice Bundled Payment Pilot (CHCBPP)	VS (Texas)	2015	Pilot
4	Providence Health & Services The Pregnancy Care Package (PHSPCP)	VS (Oregon)	2013	Structureel
5	Geisinger Health System Perinatal ProvenCare Initiative (GHSPPCI)	VS (Pennsylvania)	2007	Structureel
6	Pacific Business Group on Health Blended Case Rate (PBGHBCR)	VS (Southern California)	2014	Pilot
7	Baby+ Company (BC)	VS (North Carolina, Tennessee, Colorado, Arkansas)	2013	Structureel
8	Minnesota Birth Centers BirthBundle (MBCBB)	VS (Minnesota)	2012	Structureel
9	Ohio Episode-Based Payment Model (OEBPM)	VS (Ohio)	2015	Structureel
10	Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey Pregnancy Episodes of care program (PECP)	VS (New Jersey)	2013	Structureel
11	New York Department of Health Delivery System Reform Incentive Payment Program – Maternity Bundle (DSRIP-MB)	VS (New York state)	2016	Pilot
12	Maternity Pathway Bundled Payment (MPBP)	Engeland	2013	Structureel
13	Commissioning Quality and Innovation Payment Framework (CQUIN)	Engeland	2010	Structureel
14	Leading Maternity Carer (LMC)	Nieuw-Zeeland	2007	Structureel

MPBP, LMC), ‘56 dagen’ (initiatief MBCBB) ‘60 dagen’ (THCII, AHCPII, CHCBPP, OEBPM, DSRIP-MB, MPBP) en ‘afsluitend bezoek in de periode 21 dagen tot 56 dagen post partum’ (GHSPPCI). Bij PECP zijn de begin- en startdatum van de zorgepisode niet beschreven. Twee initiatieven (PBGHBCR, CQUIN) wijken af van de overige initiatieven voor wat betreft de begin- en einddatum van de zorgepisode, aangezien hier alleen de zwangerschappen die leiden tot een ziekenhuisbevalling of keizersnede worden geïnccludeerd. De zorgepisode betreft dan de periode dat de vrouwen in het ziekenhuis verblijven voor de bevalling.

Inhoud prenatale en natale zorg komt overeen, postnatale zorg varieert

Voor prenatale en natale zorg komen de zorgactiviteiten binnen de bundel sterk overeen voor prenatale zorg en natale zorg tussen de initiatieven. De inhoud van de prenatale zorg bestaat over het algemeen uit consulten, screenings, echo’s en laboratoriumonderzoeken. In alle initiatieven maakt vrijwel alle zorg gerelateerd aan de bevalling onderdeel uit van het contract. De inhoud van de postnatale zorg vertoont wel variatie tussen de initiatieven. Zo omvat in een aantal initiatieven de bundel ook de zorg voor pasgeborenen (CHCBPP, PHSPCP, MBCBB, DSRIP-MB, MPBP) terwijl anderen deze zorg excluseren en vergoeden via het reguliere bekostigingssysteem. Het Nieuw-Zeelandse initiatief Leading Maternity Carer (LMC) wijkt af van de overige initiatieven voor wat betreft de reikwijdte van de zorginhoud. In het Nieuw-Zeelandse initiatief LMC wordt een (door de zwangere vrouw zelf gekozen) zorgaanbieder

verantwoordelijk voor de coördinatie van het gehele traject. Deze LMC fungeert als een zorgcoördinator. In ongeveer 80% van de gevallen is dit een verloskundige, maar kan de LMC kan ook een gynaecoloog of huisarts zijn [16]. Indien de LMC de zorg zelf levert, valt de zorg binnen het bekostigingsmodel. Indien de zorg wordt geleverd door een andere zorgaanbieder, dan maakt het geen onderdeel uit van het bekostigingsmodel (zie ook alinea ‘Nieuw-Zeelandse bekostigingshervorming wijkt enigszins af’.

Bekostigingsmodellen

In Figuur 2 zijn de bekostigingsmodellen van de verschillende initiatieven weergegeven. Hierbij is het raamwerk aangehouden van het Amerikaanse ‘Health Care Payment Learning & Action Network’ (HCPLAN) [14], aangepast door De Vries et al. (in voorbereiding). De bekostigingsmodellen in de veertien initiatieven zijn onder te verdelen in drie categorieën; 1) Fee-for service (n=1), 2) pay-for-performance (P4P) (n= 1), 3) shared savings (n=6), en 4) integrale bekostiging (‘bundled payment’) (n=6). Hieronder worden de kenmerken van de veertien initiatieven besproken per categorie.

	Categorie 1	Categorie 2				Categorie 3			Categorie 4		
	FFS (per verrichting)	FFS (per verrichting)				FFS (per verrichting)			Bundled payment (prospectief)		
	Geen link met kwaliteit	A Opslag voor infrastructuur en coördinatie	B Opslag voor rapporteren kwaliteit (Pay for Reporting)	C Opslag voor realiseren kwaliteit (Pay for Performance)	D Opslag/afslag voor wel/niet realiseren kwaliteit (rewards and penalties for performance)	A Shared savings (one sided)	B Shared savings (two-sided)	C Bundled payment (retrospectief)	A Per episode	B Per diagnose	C Totale populatie (global payment)
I Één zorgverlener									LMC*		
II Één zorgaanbieder (met meerdere zorgverleners)	PBGHBCR			CQUIN		BC		MBCBB	PHSPCP**		
III Één lijn (met meerdere zorgaanbieders)											
IV Één domein (met meerdere lijnen en zorgaanbieders)							THCIII AHCPII CHCBPP OEBPM DSRIP-MB	PECP	GHSPPCI MPBP***		
V Meerdere domeinen (met meerdere lijnen met meerdere zorgaanbieders)											

* indien de LMC ook daadwerkelijk de zorg zelf verleend

** episode is beperkt tot slechts de daadwerkelijke bevalling in het ziekenhuis.

*** bundel bevat drie afzonderlijke deelprestaties (3 bundels voor prenataal, bevalling, postpartum).

Figuur 2: Schematische weergave van de 14 buitenlandse initiatieven binnen het raamwerk van HCP LAN [14], aangepast door de Vries et al. [15].

Fee-for-service (categorie 1 in Figuur 2): PBGHBCR

In PBGHBCR wordt een vast tarief onderhandeld voor de bevalling, ongeacht het een vaginale bevalling of een keizersnede betreft. Omdat door deze constructie een financiële prikkel bestaat om minder (duurdere) keizersneden uit te voeren, kan gesteld worden dat het financiële risico hier deels is verschoven van betaler naar aanbieder. Om deze reden hebben wij dit bekostigingsmodel toch geclassificeerd als een alternatief bekostigingsmodel en opgenomen in deze inventarisatie.

Pay-for-performance (categorie 2c in Figuur 2)

Één initiatief heeft een pay-for-performance-model gebruikt

Binnen het Engelse CQUIN wordt een bonus aan het ziekenhuis uitgekeerd als zij voldoen aan een bepaalde score op een set van kwaliteitsindicatoren ten aanzien van electieve en spoedkeizersneden. Dit P4P-systeem is bovenop het bestaande FFS-model ingevoerd en vervangt de bestaande bekostigingsstructuur niet.

Shared savings (categorie 3a en 3b in Figuur 2)

Meer dan de helft van de initiatieven betreft shared savings

In zes initiatieven zijn shared savings-contracten afgesloten (THCIII, AHCPII, CHCBPP, BC, OEBPM, DSRIP-MB). Dit zijn

contracten waarbij eventueel gerealiseerde besparingen worden gedeeld tussen zorgaanbieders en betaler. Deze besparingen worden berekend door de zorguitgaven van de populatie die onder het bekostigingsmodel valt (interventiepopulatie) te vergelijken met de zorguitgaven van een vooraf gedefinieerde controlegroep of met de zorguitgaven van de interventiepopulatie uit eerdere jaren (historische gegevens). Indien de interventiepopulatie besparingen realiseert ten opzichte van de controlegroep of de historische benchmark worden de besparingen gedeeltelijk terugbetaald aan de zorgaanbieders, bijvoorbeeld 50% voor de zorgaanbieders en 50% voor de betaler.

Zowel one-sided als two-sided shared savings-modellen ingevoerd

In hoeverre zorgaanbieders financieel risico dragen bij eventuele overschrijdingen, verschilt tussen de shared savings-contracten. BC heeft een zogenoemd 'one-sided' shared savings-model. Daarbij bestaat geen financieel risico voor de zorgaanbieder bij overschrijdingen, maar worden alleen de eventueel gerealiseerde besparingen gedeeld. Bij THCIII, AHCPII, OEBPM is in de contracten overeengekomen dat de zorgaanbieders een deel moeten terugbetalen bij overschrijdingen. Dergelijke contracten worden in de literatuur 'two-sided' modellen genoemd. Bij two-sided modellen lopen de zorgaanbieders dus meer financieel risico in vergelijking met de one-sided modellen. Echter, bij two-sided modellen wordt het deel dat de

zorgaanbieders krijgen uitbetaald als zij besparingen realiseren groter. In de recentelijk ingevoerde initiatieven (CHCBPP en DSRIP-MB) betreffen de shared savings-contracten in het eerste jaar een one-sided model, maar gaat deze in het tweede jaar over in een two-sided model. Op deze manier wordt er geleidelijk meer financieel risico verplaatst richting de zorgaanbieders.

Integrale bekostiging (categorie 3c en categorie 4a in Figuur 2)

Integrale bekostiging in zes initiatieven ingevoerd

In zes initiatieven zijn integrale bekostigingscontracten (bundled payments) gesloten (PHSPCP, GHSPPCI, MBCBB, PECP, MPBP, LMC). Deze integrale bekostigingsmodellen verschillen onderling van elkaar. Zo is het bekostigingsmodel in de initiatieven MBCBB en PECP *retrospectief*. Dit houdt in dat het integrale tarief een 'virtueel' tarief per zwangerschap is. Hierbij worden de zorguitgaven (op basis van alle FFS-verrichtingen) berekend na afloop van de zorgepisode. Indien de zorguitgaven lager zijn dan het virtuele tarief dan krijgen de zorgaanbieders het verschil uitbetaald. Bij overschrijdingen van het virtuele tarief wordt dit verrekend door de zorgverzekeraars. In een dergelijk integraal bekostigingsmodel wordt de onderliggende FFS-structuur echter niet vervangen.

In vier initiatieven (PHSPCP, GHSPPCI, MPBP, LMC) wordt alle zorg binnen een zorgprogramma als één product gecontracteerd, geleverd en gedeclareerd. Deze prospectieve integrale bekostigingsmodellen vervangen het bestaande FFS-model. Bij deze prospectieve bekostigingsmodellen vindt er geen nacalculatie meer plaats zoals dit wel het geval is bij de retrospectieve modellen.

Nieuw-Zeelandse bekostigingshervorming wijkt enigszins af

In het Nieuw-Zeelandse LMC-model wordt de zorgcoördinator (de LMC) betaald voor het coördineren van de zorg via 4 modules (eerste en tweede trimester, derde trimester, bevalling en geboorte, postnatale zorg). Indien de LMC zelf de zorg levert wordt deze direct vergoed via een prospectief integraal bekostigingsmodel. Indien een andere aanbieder de zorg levert wordt deze betaald via een FFS bekostigingsmodel [17]. Dit betekent dat er alleen sprake lijkt te zijn van een bekostigingshervorming als de LMC zelf de zorg levert. Het is onduidelijk in hoeveel procent van de zwangerschappen dit het geval is.

Koppeling tussen bekostiging en kwaliteit wordt bepaald door bekostigingsmodel

In hoeverre de initiatieven inspanningen om de kwaliteit te verbeteren koppelen aan de bekostiging, hangt af van het bekostigingsmodel. Zo wordt bij het P4P-model de bonus alleen uitbetaald als de streefwaarden van de kwaliteitsindicatoren zijn behaald. Ook bij de shared savings-modellen is (de hoogte van) de uitbetaling van gerealiseerde bespa-

ringen afhankelijk van het realiseren van kwaliteitsverbeteringen. Bij DSRIP-MB wordt het bedrag dat terugbetaald dient te worden bij overschrijdingen verminderd of zelfs kwijtgescholden als er hoge scores zijn behaald op de kwaliteitsindicatoren. Bij de prospectieve integrale bekostigingscontracten zijn zorgaanbieders volledig risicodragend voor de eventuele overschrijdingen en besparingen waardoor deze contracten een (financiële) prikkel tot het leveren van kwalitatieve goede zorg bevatten. Immers, de zorgaanbieders zijn ook verantwoordelijk voor (de kosten) van eventuele complicaties en heropnames die binnen de bundel vallen. Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg, verplichten betalende zorgaanbieders doorgaans om jaarlijks kwaliteitsinformatie te rapporteren ('verantwoordingsinformatie').

Wat zijn de effecten van de buitenlandse bekostigingsmodellen op kwaliteit, toegankelijk en betaalbaarheid?

Drie initiatieven hebben een effectevaluatie uitgevoerd en eerste resultaten laten overwegend verbeteringen in de kwaliteit van de zorg zien

Voor drie initiatieven zijn evaluaties beschikbaar (CHCBPP, GHSPPCI en CQUIN) (zie Bijlage 2). Bij de overige tien initiatieven worden effectevaluaties momenteel nog uitgevoerd of is dit (nog) niet gedaan. De drie beschikbare evaluaties lieten positieve resultaten zien met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de daaraan gerelateerde uitkomsten. Zo leidde de bekostigingshervorming in CHCBPP (shared savings) tot een toename van het gemiddelde geboortegewicht en de zwangerschapsduur. Bij GHSPPCI (prospectief integraal bekostigingsmodel) leidde het tot een afname van 25% in opnames op de Neonatale Intensive Care Unit (NICU). Daarnaast werd een afname van 26% in het aantal uitgevoerde keizersneden zonder medische indicatie gerealiseerd ten opzichte van de jaren voorafgaand aan de bekostigingshervorming. Dit zijn echter eerste resultaten van studies met een beperkte follow-up duur. Daarnaast is er een beperkte selectie van kwaliteitsindicatoren gebruikt en zijn cliëntervaringen voor zover bekend niet meegenomen.

Inzicht in effecten op zorguitgaven en toegankelijkheid ontbreekt

In slechts één evaluatie (CHCBPP) werden de effecten op de zorguitgaven geëvalueerd en deze liet een wisselend beeld zien, namelijk een kostenstijging én een kostenreductie bij de verschillende zorgaanbieders. Momenteel ontbreken evaluaties waarin de (langetermijn)effecten zijn geëvalueerd, waardoor inzicht in het effect van de bekostigingshervormingen op de zorguitgaven vooralsnog ontbreekt. Ook zijn er geen effecten bekend op toegankelijkheid van de zorg.

Discussie

Bij alle bekostigingshervormingen verschuift financieel risico van betaler naar zorgaanbieders, de mate waarin verschilt

Bij alle bekostigingshervormingen uit deze inventarisatie verschuift het financieel risico (gedeeltelijk) van de betaler naar de zorgaanbieders. De mate waarin deze verschuiving plaatsvindt, verschilt per bekostigingsmodel. Opmerkelijk is dat in het merendeel van de initiatieven de FFS-structuur blijft bestaan, terwijl deze structuur in veel initiatieven genoemd wordt als een belemmering en aanleiding vormt voor de bekostigingshervorming. In de meeste hervormingen wordt bovenop het bestaande FFS-model een ander model (P4P, shared savings of retrospectief integrale bekostiging) ingevoerd.

Onderscheid in het concept ‘shared savings’ en ‘retrospectieve bundled payments’ diffuus

Met regelmaat wordt bij het beschrijven van een initiatief de term ‘shared savings’ en ‘bundled payments’ door elkaar gebruikt. Dit is het geval bij initiatieven die een two-sided shared savings-model of een retrospectieve bundled payments model hebben. Het vermoeden bestaat dat het door elkaar gebruiken van beide termen wordt veroorzaakt door de conceptuele overeenkomsten tussen beide bekostigingsmodellen. Wij hanteren echter het volgende conceptuele verschil: de mate waarin zorgaanbieders risicodragend zijn. Dit is 100% bij integrale bekostigingscontracten, en minder bij shared savings (bijvoorbeeld 50% of 70%). Dit onderscheid werd in meerdere beschrijvingen niet als zodanig aangehouden waardoor beide termen als synoniem werden gebruikt.

Concept ‘persoonsvolgende bekostiging’ niet uitgekristalliseerd

Tijdens de debatten in de Tweede Kamer werd het concept ‘persoonsvolgende bekostiging’ meerdere malen genoemd als mogelijk interessant model voor Nederland. Echter, een eenduidige operationalisatie van het concept is in de (wetenschappelijke) literatuur niet voorhanden. De Patiëntenfederatie Nederland, de Geboortebeweging en de Clara Wichman stichting hebben in een gezamenlijke brief een aantal uitgangspunten van persoonsvolgende bekostiging beschreven. Zij geven aan dat hierbij de zwangere vrouw centraal staat en dat het zorggeld gaat naar waar de zwangere vrouw haar zorg wil ontvangen. Zij bepaalt zelf wie de zorg verleent en waar ze bevalt, en kan zo nodig tussentijds wisselen van zorgverlener’ (ref). Op basis van de huidig beschikbare formulering en uitgangspunten van persoonsvolgende bekostiging blijft onduidelijk hoe het bijbehorende bekostigingsmodel er dan uit zou moeten komen te zien, alsook de vertaalslag naar mogelijke organisatievormen.

Nieuw-Zeelands LMC model en Nederlandse Integrale Bekostigingsmodel vertonen grote overeenkomsten voor wat betreft het borgen van de keuzevrijheid van de zwangere

In het Nieuw-Zeelands LMC model is de zorgcoördinatie belegd bij een door de zwangere vrouw zelf gekozen zorgverlener (de LMC). De keuzevrijheid van de zwangere is in het Nieuw-Zeelands model geborgd doordat de zwangere vrouw hiernaast zelf de zorgverlener voor de daadwerkelijke zorgverlening kiest. Dit kan een andere zorgverlener zijn dan de LMC. Als de zorg door een andere zorgverlener wordt geleverd dan de LMC, dan wordt de zorg vergoed door het bestaande FFS-bekostigingsmodel (in plaats van door de prospectieve bundel). Deze systematiek lijkt sterk op de ‘bundelbreker’ binnen het huidige Nederlandse integrale bekostigingsmodel. In het Nederlandse model vervalt het integrale tarief (de bundel ‘breekt’) indien de zwangere vrouw voor een niet door de IGO gecontracteerde zorgverlener kiest. De zorg wordt dan vergoed via het bestaande FFS-bekostigingsmodel. Ook bestaat in het Nederlandse model de mogelijkheid voor de zwangere om (tussentijds) over te stappen van IGO, waarbij de IGO’s onderling de verschillende deelprestaties verrekenen. Beide modellen bieden de mogelijkheid om te kiezen voor een zelfgekozen zorgverlener waarborgen zo de keuzevrijheid van zwangere vrouwen. Verschil tussen beide landen is dat de zorgcoördinatie binnen het Nederlandse model is belegd bij een multi-disciplinaire organisatie (de IGO), terwijl dit in het Nieuw-Zeelands model een individuele zorgaanbieder betreft.

Financiële prikkels in Nederlandse bekostigingsmodel en Engelse MPBP model vertonen grote gelijkens

Wat betreft financiële prikkels komt het Engelse MPBP sterk overeen met het Nederlandse facultatief ingevoerde Integrale Bekostiging van de geboortezorg. Analoot aan het Nederlandse model (zie Tekstbox 1) verdeelt het Engelse bekostigingsmodel een zwangerschap in een prenatale fase, natale fase en een postnatale fase. In de tarieven, wordt in ieder stadium rekening gehouden wordt met laag, middel en hoog risico zwangerschappen. De hoogte van het tarief per stadium en type zwangerschap is afhankelijk van de zorgbehoefte en de kenmerken van de populatie die wordt gebaseerd op criteria zoals Body Mass Index (BMI), leefstijl, comorbiditeit en informatie uit eerdere zwangerschappen (bijvoorbeeld een miskraam of laag geboortegewicht bij een eerdere bevalling).

In beide bekostigingsmodellen verschuift er meer financieel risico naar de zorgaanbieders dan in retrospectieve integrale modellen en shared savings-modellen. Daardoor bevatten het Nederlandse en het Engelse model theoretisch gezien meer prikkels tot leveren van doelmatige zorg (reduceren van overgebruik, substitutie, taakdelegatie en dubbele handelingen), het bevorderen van de samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders en het realiseren van kwaliteitsverbeteringen ter voorkoming van complicaties.

Ook andere beleid mogelijk voor het realiseren van doelmatige geboortezorg

Naast bekostigingshervormingen worden er in het buitenland ook andere beleidsmaatregelen genomen om doelmatige geboortezorg te realiseren. Tijdens het analyseren van de huidige bekostigingsmodellen kwam ook een aantal beleidsmaatregelen naar voren. Een voorbeeld hiervan is het niet vergoeden van zogenaamde 'low-value care' activiteiten. De meest genoemde maatregel hierbij betrof het niet meer vergoeden van keizersneden vóór 39 weken zonder dat daar medische noodzaak voor was gerapporteerd. Onduidelijk is of dergelijke beleidsmaatregelen voor het reduceren van 'low-value care' activiteiten relevant zijn in de Nederlandse geboortezorg.

Conclusie

Uit de inventarisatie blijkt dat in Verenigde Staten, Nieuw Zeeland en Engeland bekostigingshervormingen in de geboortezorg plaatsvinden. Al deze nieuwe bekostigingsmodellen beogen in ieder geval de kwaliteit en de betaalbaarheid van de geboortezorg te verbeteren door financiële risico's van betalers naar zorgaanbieders te verschuiven. De effecten van de huidig ingevoerde bekostigingshervormingen op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid zijn vooralsnog beperkt beschikbaar. Momenteel worden in verschillende landen evaluaties uitgevoerd naar verschillende bekostigingsmodellen. Inzicht in de specifieke financiële prikkels van de afzonderlijke bekostigingsmodellen, reikwijdte van de populatie en de lokale context is noodzakelijk om de effecten van deze ingevoerde bekostigingshervormingen op waarde te kunnen schatten. Ook inzicht in de keuze van de kwaliteits-indicatoren die hierbij gebruikt worden is van belang. De buitenlandse prospectieve integrale bekostigingsmodellen lijken zinvol om te blijven volgen, omdat deze sterk overeenkomen met het Nederlandse integrale bekostigingsmodel. De uitgangspunten van het concept van persoonsvolgende bekostiging, zoals geformuleerd door de Patiëntenfederatie Nederland, de Geboortebeweging en de Clara Wichman-stichting geven momenteel onvoldoende aanknopingspunten om te veronderstellen dat het Nederlandse integrale bekostigingsmodel hier niet aan voldoet.

Referenties

1. RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg*. Bilthoven: RIVM, 2016.
2. NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht: NZa, 2016.
3. VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Tweede Kamer brief inzake voorhang integrale bekostiging geboortezorg (Kamerstuk 32 279, nr. 84)*. Den Haag: VWS, 2016.
4. Eijkenaar, F. en Schut, E. *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?* Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2015.
5. Hussey, P.S., Ridgely, M.S., en Rosenthal, M.B. *The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models*. *Health Aff (Millwood)*, 2011. **30**(11): p. 2116-24.
6. Miller, H.D. *From volume to value: better ways to pay for health care*. *Health Aff*, 2009. **28**(5): p. 1418-1428.
7. Mechanic, R.E. en Altman, S.H. *Payment reform options: episode payment is a good place to start*. *Health Aff (Millwood)*, 2009. **28**(2): p. w262-71.
8. OECD. *Better ways to pay for health care*, in *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD, 2016.
9. Schneider, E.C., Hussey, P.S., en Schnyer, C. *Payment Reform: Analysis of Models and Performance Measurement Implications*. *Rand Health Q*, 2011. **1**(1): p. 3.
10. NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. *Vaststelling beleidsregel Integrale geboortezorg 2017*, Utrecht: NZa, 2016.
11. VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kamerbrief over Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake VSO toezeggingen AO Zwangerschap en geboorte (32279-104)*, Den Haag, VWS, 2017.
12. Patiëntenfederatie NPCF. *Brief Persoonsvolgende bekostiging in de geboortezorg 16 juni 2016*. Utrecht: Patiëntenfederatie NPCF, 2016.
13. VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Verslag Algemeen Overleg Zwangerschap en Geboorte van 23 juni 2016*. Den Haag: VWS, 2016.
14. APM FPT, Alternative Payment Model Framework and Progress Tracking. *Alternative payment model (APM) framework: final white paper*. 2016, Health Care Payment & Learning Action Network, via <https://hcp-lan.org/workproducts/apm-whitepaper.pdf>.
15. De Vries, E.F., Drewes, H.W., Struijs, J.N., Heijink, R., Baan, C.A. *Barriers and Facilitators in payment reform: Insights from nine Dutch pioneer sites*. in preparation.
16. Grigg, C.P. en Tracy, S.K. *New Zealand's unique maternity system*. *Women Birth*, 2013. **26**(1): p. e59-64.
17. Coleman, J. *Primary Maternity Services Amendment Notice (No 2)* 2017. New Zealand, Ministry of Health, 2017.
18. Jarlenski, M., et al. *Episode-Based Payment for Perinatal Care in Medicaid: Implications for Practice and Policy*. *Obstet Gynecol*, 2016. **127**(6): p. 1080-4.
19. HCIII, Health Care Incentives Improvement Institute. *Detailed business requirement. Perinatal Episode. v2.7*. Division of Health Care Finance & Administration, 2017.
20. Lally, S. *Transforming Maternity Care: A Bundled Payment Approach. Issue Brief*. Integrated Healthcare Association, 2013.
21. De Brantes, F. en Love K. *A process for structuring bundled payments in maternity care.*, in *NEJM Catalyst*. 2016.
22. Dahlen, H.M., et al. *Texas Medicaid Payment Reform: Fewer Early Elective Deliveries And Increased Gestational Age And Birthweight*. *Health Aff (Millwood)*, 2017. **36**(3): p. 460-467.
23. Whitman, E. *Bundles of joy? How new payment models for maternal care could deliver lower costs*. *Modern Healthcare*, 2016.
24. Berry, S.A., et al. *ProvenCare perinatal: a model for delivering evidence/ guideline-based care for perinatal populations*. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2011. **37**(5): p. 229-39.
25. Rubinstein, B. *Case Study: Maternity Payment and Care Redesign Pilot*. Pacific Business Group on Health, 2015.
26. Anderson, J. en Brown, J. *Horizon's Maternity Bundled-Payment Program Shows Savings*. *Value Based Care News*, 2016. **7**(5).
27. Department of Health. *A Path toward Value Based Payment: Annual Update. June 2016: Year 2. New York State Roadmap for Medicaid Payment Reform. Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP) Program*. 2016, Department of Health, 2016.
28. Henderson, J. *Maternity Pathway Bundled Payment. Maternity Pathway Bundled Payment*. Department of Health, 2016.
29. Ertok, M. *Evaluation of a Pay for Performance Scheme in Maternity Care: The Commissioning Quality and Innovation Payment Framework in England*. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2015(195): p. 93-102.

Bijlage 1: Beknopte beschrijving van de geïnventariseerde buitenlandse bekostigingsmodellen

Initiatief (afkorting)	Populatie	Duur zorgepisode	Inhoud zorgbundel (zorgactiviteiten die onderdeel uitmaken van de bekostiging)	Bekostigingsmodel	Betrokken zorgaanbieders binnen de bundel	Link met kwaliteit
Tennessee Health Care Improvement Innovation Initiative (THCIII) [14, 18, 19]	Laag risico zwangerschappen met levend geborene <i>Exclusie:</i> - bepaalde comorbiditeiten - sterfte moeder - indicatie voor 'het verlaten van de American Medical Association (AMA)' - bevalling bij bepaalde gezondheidscentra die geen onderdeel uitmaken van het THCIII netwerk	40 weken voor de bevalling tot en met 60 dagen postpartum	<i>Prenataal:</i> gerelateerde medische zorg, medicijnen, spoedeisende acute zorg <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg <i>Postnataal:</i> - tot en met 30 dagen: heropname, spoedeisende acute zorg (zonder heropname), andere medicatie, zorgverlener en organisatie kosten met een inclusie code - 31 tot en met 60 dagen: alle gerelateerde medische zorg en medicatie <i>Exclusief:</i> zorg voor pasgeborene	Shared savings (two-sided)	Meerdere	Ja, de uitbetaling van besparingen is afhankelijk van gerealiseerde kwaliteitsverbeteringen
Arkansas Health Care Payment Improvement Initiative (AHCPII) [14, 18, 20]	Laag risico zwangerschappen met levend geborene <i>Exclusie:</i> - bepaalde comorbiditeiten - hoog risico zwangerschap	40 weken voor de bevalling tot en met 60 dagen postpartum	<i>Prenataal:</i> alle prenatale zorg <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg <i>Postnataal:</i> - postpartum zorg van de moeder inclusief laboratoriumonderzoek, specialist consultatie en ziekenhuiszorg <i>Exclusie:</i> - zorg moeder die niet gerelateerd zijn aan de zwangerschap - zorg van pasgeborene	Shared savings (two-sided)	Meerdere	Ja, de uitbetaling van besparingen is afhankelijk van gerealiseerde kwaliteitsverbeteringen
Community Health Choice Care Bundled Payment Pilot (CHCBPP) [14, 21, 22]	Laag risico en hoog risico zwangerschappen	270 dagen voor de bevalling tot en met 60 dagen postpartum	<i>Prenataal:</i> alle prenatale zorg <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg (met afkappunt tot percentages keizerssneede) <i>Postnataal:</i> - zorg moeder - zorg voor kind tot niveau 1, 2, 3 (30 dagen post partum) <i>Exclusie:</i> zorg voor level 4 NICU verblijf	Wisselt tussen het eerste jaar en het tweede jaar: <i>Jaar 1:</i> Shared savings (one-sided) <i>Jaar 2:</i> Shared saving (two-sided) Benchmark is berekend op basis van historische data gecombineerd met een jaarlijkse groeitrend	Meerdere	Wisselt tussen het eerste jaar en het tweede jaar. <i>Jaar 1:</i> Ja, hoewel de uitkomsten geen financiële consequenties hebben, moeten zorgaanbieders wel verantwoordingsinformatie rapporteren <i>Jaar 2:</i> Ja, de uitbetaling van besparingen is afhankelijk van gerealiseerde kwaliteitsverbeteringen.

Initiatief (afkorting)	Populatie	Duur zorgepisode	Inhoud zorgbundel (zorgactiviteiten die onderdeel uitmaken van de bekostiging)	Bekostigingsmodel	Betrokken zorgaanbieders binnen de bundel	Link met kwaliteit
Providence Health & Services The Pregnancy Care Package (PHSPCP) [14, 23]	Laag risico zwangerschappen	Vanaf identificatie zwangerschap is aangetoond tot 6 weken postpartum	<i>Prenataal:</i> alle prenatale zorg waaronder inclusief controles, prenatale screening, voorlichting, psychosociale ondersteuning <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg <i>Postnataal:</i> - alle postpartum zorgkosten voor moeder en kind - Mobiele app (Doulas) waarmee vrouwen worden begeleid	Bundled payment (prospectief)	Één zorgorganisatie	N.v.t.
Geisinger Health System Perinatal ProvenCare Initiative (GHSPPCI) [14, 18, 20, 24]	Laag risico zwangerschappen Exclusie: - late verwijzingen - hoog risico zwangerschappen - leden zonder permanente inschrijving gedurende het gehele zorgtraject	Vanaf identificatie zwangerschap tot een consult in periode 21-56 dagen postpartum	<i>Prenataal:</i> alle extramurale zorg <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg <i>Postnataal:</i> extramurale en intramurale zorg waaronder heropnamen Exclusie: kosten voor neonatale zorg gemaakt door niet-GHS-aanbieders.	Bundled payment (prospectief)	Meerdere	N.v.t.
Pacific Business Group on Health Blended Case Rate (PBGHBCR) [14, 20, 25]	Laag en hoog risico zwangerschappen	Geen; alleen ziekenhuisbevallingen	<i>Prenataal:</i> n.v.t. <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg Exclusie: zorg voor pasgeborene <i>Postnataal:</i> n.v.t.	FFS (één gemiddeld tarief per zwangere voor alle ziekenhuisbevallingen ongeacht type)	Één zorgorganisatie	Geen

Initiatief (afkorting)	Populatie	Duur zorgepisode	Inhoud zorgbundel (zorgactiviteiten die onderdeel uitmaken van de bekostiging)	Bekostigingsmodel	Betrokken zorgaanbieders binnen de bundel	Link met kwaliteit
Baby+ Company (BC) [14]	Laag risico zwangerschappen	Vanaf eerste bezoek aan het geboortecentrum tot en met 6 weken postpartum	<p><i>Prenataal:</i> alle prenatale zorg inclusief geboortepan Exclusie: - echo's - laboratoriumonderzoek</p> <p><i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg</p> <p><i>Postnataal:</i> - check-up voor de pasgeborene - metabolische screening en medicatie inclusief bijdrage voor de overhead en personeel</p>	Shared savings (one-sided)	Één zorgorganisatie	Ja, onduidelijk hoe dit is vormgegeven
Minnesota Birth Centers BirthBundle (MBCBB) [14]	Laag risico zwangerschappen	270 dagen voor de bevalling tot en met 56 dagen postpartum	<p><i>Prenataal:</i> - alle perinatale consulten - echo's - laboratoriumonderzoeken Gedefinieerd als 'binnen het normale obstetrische spectrum'</p> <p><i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg</p> <p><i>Postnataal:</i> - assessment van de baby tot en met 24 uur postpartum - postpartum consulten (1-2 + 6 weken)</p> <p>Exclusie: bijdrage voor geboortecentrum (afstemming en coördinatie) als de bevalling in het ziekenhuis plaatsvindt.</p>	Bundled payment (retrospectief)	Één zorgorganisatie	N.v.t.

Initiatief (afkorting)	Populatie	Duur zorgepisode	Inhoud zorgbundel (zorgactiviteiten die onderdeel uitmaken van de bekostiging)	Bekostigings-model	Betrokken zorgaanbieders binnen de bundel	Link met kwaliteit
Ohio Episode-Based Payment Model (OEBPM) [6, 14, 18]	Laag risico zwangerschappen met levend geborene Exclusie: - bepaalde comorbiditeiten (niet gespecificeerd) - bij gebruikmaken andere zorgverlener tijdens zwangerschap	280 dagen voor de bevalling tot 60 dagen postpartum	<i>Prenataal:</i> relevante prenatale zorg en complicaties Exclusie: medicatie <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg <i>Postnataal:</i> complicaties tijdens de postpartumperiode inclusief heropnames (gerelateerd aan de bevalling) voor moeder Exclusie: zorg voor pasgeborenen	Shared savings (two-sided)	Meerdere	Wisselt tussen het eerste en tweede jaar en volgenden. <i>Jaar 1:</i> Ja, de uitbetaling van besparingen is afhankelijk van gerealiseerde kwaliteitsverbeteringen en het rapporteren van bepaalde indicatoren: de drempel is zo ingesteld dat 75% van de aanbieders aanspraak maken op de bonus. <i>Vanaf jaar 2:</i> Ja, de uitbetaling van besparingen is afhankelijk van gerealiseerde kwaliteitsverbeteringen en het rapporteren van bepaalde indicatoren: de drempel is zo ingesteld dat het beste quintiel aanspraak maakt op de bonus.
Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey Pregnancy Episodes of care program (PECP) [26]	Laag en hoog (vanaf 2015) -risico zwangerschappen, Exclusie: comorbiditeiten waaronder HIV en kanker	Onbekend	<i>Prenataal:</i> alle extramurale zorg <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg Exclusie: zorg voor kind <i>Postnataal:</i> Onbekend	Bundled payment (retrospectief)	Meerdere organisaties uit meerdere lijnen	N.v.t.
New York Department of Health Delivery System Reform Incentive Payment Program – Maternity Bundle (DSRIP-MB) [27]	Laag en hoog risico zwangerschappen Exclusie: - miskraam - pasgeborene opname op NICU level 4 - sterfte - comorbiditeiten waaronder HIV, kanker, zelfmoord, nieraandoeningen	270 dagen voor de bevalling en 60 dagen postpartum	<i>Prenataal:</i> alle prenatale zorg <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg <i>Postnataal:</i> - zorg voor moeder (60 dagen) - zorg voor kind (30 dagen)	Wisselt tussen eerste jaar en 2e jaar; - <i>Jaar 1:</i> Shared savings (one-sided) - <i>Jaar 2:</i> Shared savings (two-sided)	Meerdere	Ja, wisselt tussen het eerste en tweede jaar. <i>Jaar 1:</i> de besparingen worden alleen uitgekeerd als is voldaan aan specifieke kwaliteitsverbeteringen <i>Jaar 2:</i> de besparingen worden alleen uitgekeerd als is voldaan aan specifieke kwaliteitsverbeteringen; overschrijdingen worden verminderd of kwijtgescholden wanneer voldaan is aan specifieke kwaliteitsverbeteringen.

Initiatief (afkorting)	Populatie	Duur zorgepisode	Inhoud zorgbundel (zorgactiviteiten die onderdeel uitmaken van de bekostiging)	Bekostigingsmodel	Betrokken zorgaanbieders binnen de bundel	Link met kwaliteit
Maternity Pathway Bundled Payment (MPBP) [28]	Laag, midden en hoog risico zwangerschappen	Vanaf 10 weken tot en met 6 weken postpartum	<i>Prenataal:</i> alle prenatale zorg <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg <i>Postnataal:</i> - zorg voor moeder - zorg voor kind Exclusie: kosten voor gezondheidsproblemen kind	Bundled payment (prospectief) Verschillende deelprestaties voor de periode (prenataal, nataal, postnataal) waarbij verder wordt gestratificeerd naar standaard, middel en intensieve categorieën	Meerdere	N.v.t.
Commissioning Quality and Innovation Payment Framework (CQUIN) [29]	Zwangerschappen die leiden tot een electieve – of spoedkeizersnede Exclusie: alle overige zwangerschappen	n.v.t.	<i>Prenataal:</i> n.v.t. <i>Nataal:</i> alle ziekenhuiszorg <i>Postnataal:</i> n.v.t.	Pay-for-performance	Een organisatie (ziekenhuis)	Ja, door een proportie van het inkomen van de NHS-aanbieder te koppelen aan het behalen van bepaalde drempels van bepaalde kwaliteitsindicatoren
Leading Maternity Carer (LMC) [16]	Laag en hoog risico zwangerschappen	Vanaf identificatie zwangerschap tot en met 6 weken postpartum	<i>Prenataal:</i> alle prenatale zorg <i>Nataal:</i> alle bevallingsgerelateerde zorg <i>Postnataal:</i> complicaties tijdens de postpartumperiode inclusief heropnames (gerelateerd aan de bevalling) voor moeder Exclusie: zorg voor pasgeborenen	Indien LMC ook zorgverlener: bundled payment (prospectief)	Indien LMC ook zorgverlener: een zorgaanbieder	N.v.t.

Bijlage 2: Effect van bekostigingshervormingen binnen de geboortezorg op kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg

Initiatief (afkorting)	Onderzoeksmethode	Periode dataverzameling	Resultaten – kwaliteit	Resultaten – toegankelijkheid	Resultaten – kosten
Community Health Choice Care Bundled Payment Pilot (CHCBPP) [21, 22]	Observationele vergelijkingsstudie (quasi-experimenteel design) met Difference-in-Difference analyse Experimentele groep: Texas (n=894.709) Controlegroepen: 20 staten zonder wetswijzigingen of andere samenwerkingsinitiatieven (n=2.799.044); 14 staten met wetswijzigingen of andere samenwerkingsinitiatieven (n=4.427.768); Californië (vergelijkbaar met Texas qua demografie, % electieve bevallingen (voor de hervorming) en lopende samenwerkingsinitiatieven (n=2.050.221)	2009 - 2013	Vroege electieve bevallingen: -10-14% - ↑5 dagen zwangerschapdsuur - ↑172 gram geboortegewicht Zorgaanbieder A: +2% keizersneden Zorgaanbieder B: -3% keizersneden	Onbekend	Na 1 jaar: Provider A: +34% boven budget; Provider B: 4% onder budget
Geisinger Health System Perinatal ProvenCare Initiative (GHSPPCI) [14, 20, 24]	Observationeel onderzoek: Pre-interventieperiode (n=101); post-interventieperiode (n=1.010)	Pre-interventie populatie: januari 2008-oktober-2008 Post-interventie populatie: april 2009-juni 2010.	Voorlopige resultaten: verbetering zichtbaar in bijna alle 103 indicatoren: - vermindering van NICU (Neonatologie Intensive Care Unit) opname met 25% - % screening op en preventie-activiteiten roken is van 45% tot 88% toegenomen - vermindering van 23% van NICU gebruik - aantal keizersneden nam af met 26%; - afname van letsels aan de pasgeborene met 68% - Sinds 2011, heeft GHSPPCI geen inleidingen of electieve keizersneden vóór 41 weken gedaan, tenzij medisch geïndiceerd	Onbekend	Onbekend
Commissioning Quality and Innovation Payment Framework (CQUIN)	Lineaire regressie analyses Experimentele groep: organisaties waarbij de geboortezorg specifiek onder de aandacht staat en indicator is % c-secties. Controlegroep: organisaties waarbij de geboortezorg specifiek onder de aandacht staat en indicator van belang is niet % keizersneden.	2007-2011 (post-interventie periode: 2010-2011)	Bij ziekenhuizen waar CQUIN geïntroduceerd is, lijkt er een zwak afnemend effect te zijn op de spoedkeizersneden, maar het electieve keizersnedenpercentage bleef onveranderd	Onbekend	Onbekend

Meer informatie

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het RIVM, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg: Jeroen Struijs (jeroen.struijs@rivm.nl)

Auteurs:

JN Struijs, EF de Vries, M de Bruin-Kooistra, CA Baan

Dit publicatie is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

september 2017

De zorg voor morgen
begint vandaag