**Position Paper**

‘Beleidsregel integrale bekostiging’ ten behoeve van hoorzitting op 20 juni 2016

**Inleiding**

Minister Schippers heeft opdracht gegeven om excellente geboortezorg te organiseren met moeder en kind in de hoofdrol en uitkomsten die kunnen concurreren met de best presterende landen in Europa. De Minister vult dit in door per 1 januari 2017 de mogelijkheid te bieden voor het contracteren van een integraal tarief, middels de ‘Beleidsregel Integrale Bekostiging’. De zorgkosten stijgen. Een doorsnee gezin betaalt al € 11.000,- per jaar aan zorg. Dat bedrag wordt steeds hoger. Een beheerste uitgavenontwikkeling en een doelmatig zorgstelsel staan centraal in de in 2006 ingevoerde Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). De beleidsregel Integrale Bekostiging is gebaseerd op de WMG en zou dus in elk geval ook moeten bijdragen aan de kostenbeheersing in de zorg. In deze position paper laat ik u graag kennismaken met de wijze waarop in Amsterdam invulling is gegeven aan de opdracht van de minister en waarom we juist ook in het licht van de kostenbeheersing vragen om uitstel van de beleidsregel.

**Regionale experimenten**

De Minister heeft ruimte geboden aan de marktpartijen om regionale experimenten in de geboortezorg te initiëren, middels de NZa-module integrale geboortezorg.

**Ontwikkelingen in de regio Amsterdam en omstreken**

Veilige zorg voor moeder en kind op de juiste plek is het uitgangspunt voor de bottom-up ontwikkeling van de Amsterdamse geboortezorgorganisatie, bestaande uit de vereniging Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam Amstelland (EVAA), AMC en VUmc. Hiertoe hebben zij een gezamenlijk integraal bedrijf ingericht, op basis van de visie van midwifery led care. De geboortezorgorganisatie bestaat uit **twee zelfstandige geboortecentra in de UMC’s**, met meerderheidsaandelen voor de verloskundigen. Naast de integrale geboortencentra voorziet de geboortezorgorganisatie in integrale wijkcentra volgens hetzelfde principe.

**Samenwerking**

Gynaecologen, klinisch verloskundigen, verloskundigen en kraamverzorgsters werken op basis van dienstverleningsovereenkomsten als integraal team samen voor de gemeenschappelijke geboortezorgorganisatie. Door multidisciplinaire heldere afspraken en gezamenlijk uitgewerkte zorgpaden vastgelegd in de multidisciplinaire en integrale medische governance van het gemeenschappelijke bedrijf.

**Midwife led care en de nieuwe vroedvrouw**

In het Amsterdamse model wordt in het zorgaanbod onderscheid gemaakt tussen gezonde vrouwen en vrouwen met zwaardere problematiek.

**Gezonde vrouwen**

Na een scholings- en transitieperiode van drie jaar zullen allround geschoolde verloskundigen alle zorg aan gezonde vrouwen verlenen, waaronder de continue begeleiding bij pijnstilling (epiduralen, lachgas). Per 1 juli 2016 een start gemaakt met een ‘Stedelijk CTG-project in de Wijk’, waardoor 106 verloskundigen veilige prenatale zorg kunnen verlenen. Dit innovatieve zorgaanbod in de wijk vindt plaats in samenwerking met de UMC’s via E-health monitoring.

**Vrouw met zwaardere problematiek**

Vroeggeboorten, hypertensieve problematiek, aangeboren afwijkingen, of langdurige opnames zijn in de eerste plaats het werk van hooggespecialiseerde professionals in de geboortezorg.

**Bottom-up ontwikkelde geboortezorgorganisatie in Amsterdam: Evidence en value based**

In opdracht van de Minister is in Amsterdam 3 jaar gewerkt aan een regionaal model dat de cliënt en de inhoud van de zorg voorop stelt. In Amsterdam is het gelukt om de tegenstellingen, die bij de landelijke koepels aanwezig zijn, te overbruggen. In deze innovatie is ruimschoots mankracht en gemeenschapsmiddelen geïnvesteerd. Uitgangspunten voor de visie in regio Amsterdam-Amstelland zijn evidence based en value based zorg die populatie en gebiedsgericht is:

**Evidence based**

Evaluatie van het model wordt vormgegeven door Midwifery Science (INCAS) in samenwerking met de partners van AMC en VUmc. *Evidence* zorginhoudelijk wordt ontleend aan Lancet Series on Midwifery (2014) en Cochrane database (2015).

**Value based**

Gezamenlijk met zorgverzekeraar Zilveren Kruis is in de prestatie inkoop de *value* voor de cliënt op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid, veiligheid, klanttevredenheid uitgewerkt en met uitkomstindicatoren meetbaar gemaakt.

**Economische evaluatie**

Uit het onderzoek van SIRM (Strategies in Regulated Markets)[[1]](#footnote-1) blijkt dat er geen onderbouwing is voor een volledig integraal tarief. De duurste zorg is in het Amsterdamse model uit de integrale financiering gehouden, vanwege het feit dat er in dat deel van de zorg geen dubbele zorg, noch kosten plaatsvinden. De nieuwe geboortezorgorganisatie in Amsterdam gaat alleen over tot integrale financiering in dat deel van de geboortezorg waar ook in de praktijk veel interdisciplinair wordt samengewerkt. Door een innovatief model te ontwikkelen, met bijbehorend integraal innovatietarief, worden de *all round* opgeleide verloskundigen in Amsterdam in staat gesteld om de volledige (pre-)natale zorg voor de gezonde vrouw te leveren. Toetsing van het model qua investering en kostenontwikkeling heeft plaatsgevonden aan de beleidsontwikkeling en scenario’s, zoals uitgewerkt in de Maatschappelijke Kosten Baten Analyse van SIRM.. De scenario’s B en C leveren na een transitieperiode scholing en samenwerking van eerstelijns verloskundige, klinisch verloskundige en kraamzorg aanzienlijke maatschappelijke baten op. Het Amsterdamse model sluit aan bij scenario B en C daarmee ook bij de doelstellingen van de Minister; excellente zorg, goede samenwerking en beheersing van kosten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Beleidsvariant B | Beleidsvariant C |
| Scenario laag | € 11 miljoen | € 12 miljoen |
| Scenario midden | € 14 miljoen | € 14 miljoen |
| Scenario hoog | € 17 miljoen | € 16 miljoen |

Tabel 1. Saldo kosten baten voor beleidsvarianten per scenario (SIRM, 2015)

**Impact en aanbevelingen ten aanzien van de Beleidsregel Integrale Geboortezorg**

De nieuwe top-down prestatiebeschrijving moet volgens de Minister toepasbaar zijn van Friesland tot Limburg. Dat verhoudt zich niet tot regionaal maatwerk. De tijdspanne voor de voorbereiding van de ‘Beleidsregel integrale bekostiging’ is heel kort geweest. Er is onvoldoende ruimte om de resultaten van de regionale experimenten te effectueren, waardoor de onderbouwing en doorrekening van de scenario’s in de regio’s nihil zijn.

EVAA is van mening dat de Minister met de prestatiebeschrijvingen in de ‘Beleidsregel integrale bekostiging’ voorzieningen treft die zowel excellente zorg met moeder en kind in de hoofdrol als beheersing van de uitgaven onder druk zetten. Terwijl overal in de zorg het streven is om de zorg terug te brengen naar de eerste-lijn en de wijk, wordt in de geboortezorg topdown budgetten bij de grootste aanbieder gezet, die het verzekerde risico van de zorgverzekeraars over kunnen nemen. *De Minister neemt een zeker risico door het met deze beleidsregel mogelijk maken dat ziekenhuizen zelfstandig eerstelijns zorg in kunnen kopen.*

EVAA constateert dat een ingrijpende transitie in de geboortezorg zal plaatsvinden, zonder dat de Minister heeft voorzien in voldoende onderbouwing van de te verwachten effecten. Er is geen *evidence* voor het organisatiemodel met slechts één contractant; de *value* voor de cliënt en prikkels voor een doelmatige inrichting van de geboortezorg zijn, anders dan dat de markt het werk zal doen, niet ingebouwd. De Minister richt het systeem in met voorspelbare gevolgen, namelijk het verdwijnen van een zelfstandige eerstelijn.

Omdat hervormingen in de geboortezorg kostbaar – en moeilijk terug te draaien zijn – doen wij de aanbeveling om vóór de invoering van de volledige integrale bekostiging, aanvullend op het onderzoek van SIRM, een MKBA uit te laten werken voor de volledige integrale bekostiging van de geboortezorg. Parallel daaraan zien wij dat de resultaten van de huidige experimenten eerst worden geeffectueerd.

EVAA pleit voor:

* Uitstel van de invoering van de ‘Beleidsregel integrale bekostiging’ totdat de resultaten van de experimenten in de regio’s zijn geeffectueerd (bijv. aan de hand van INCAS)
* Uitbreiding van het rapport SIRM voor volledig integraal tarief.
* Onderscheid naar een gezonde en zieke populatie.
* Mogelijkheid om de zorgverkoop van prestatiebeschrijvingen bij meerdere contractanten te beleggen, mits dit aansluit bij het regionaal ontwikkelde geboortezorgconcept.
* Ruimte om te experimenteren met een innovatietarief voor het Amsterdamse model.

1. http://www.sirm.nl/maatschappelijke-kosten-baten-afweging-voor-de-geboortezorg/ [↑](#footnote-ref-1)