



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

**Systematische studie naar de
verschillende opvattingen rondom
bekostigingshervorming in de
geboortezorg**

RIVM-briefrapport 2022-0033
E. de Vries et al.



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

Systematische studie naar de verschillende opvattingen rondom bekostigingshervorming in de geboortezorg

RIVM-briefrapport 2022-0033
E. de Vries et al.

Colofon

© RIVM 2022

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Systematische studie naar de verschillende opvattingen rondom bekostigingshervorming in de geboortezorg. Bilthoven: 2022.

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van zijn producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook www.rivm.nl/toegankelijkheid.

DOI 10.21945/RIVM-2022-0033

E. de Vries (auteur), RIVM
Z. Scheefhals (auteur), RIVM
J. van Exel (auteur), ESHPM (EUR)
J. Struijs (auteur), RIVM

Contact:

Jeroen Struijs

Voeding, Preventie en Zorg (VPZ), Kwaliteit van Zorg en
Gezondheidseconomie (KZG)

jeroen.struijs@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van de monitor passende bekostiging geboortezorg (projectnummer V/060521/01).

Studie niet WMO-plichtig bevonden door het Klinisch Expertise Centrum (KEC) bij het RIVM te Bilthoven (studienummer: VPZ-492)

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Systematische studie naar de verschillende opvattingen rondom bekostigingshervorming in de geboortezorg

In Nederland zijn de afgelopen jaren maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren. Er stierven relatief veel baby's tijdens of vlak na de geboorte vergeleken met andere westerse landen. Het ministerie van VWS onderzoekt onder andere of een andere manier waarop de zorgaanbieders worden betaald, de zogeheten integrale bekostiging, de kwaliteit van de geboortezorg kan verbeteren. De zorg wordt hierbij zodanig georganiseerd dat zorgaanbieders meer gaan samenwerken. Dit om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en dubbele zorg vanuit de verschillende vakgebieden te voorkomen.

Al lange tijd is er discussie onder de betrokken vakgebieden of het wenselijk is dat integrale bekostiging wordt ingevoerd, naast de al bestaande manier van betalen. Om de verschillende opvattingen in kaart te brengen heeft het RIVM de opvattingen van de betrokken partijen over de bekostiging op een rij gezet. VWS kan de resultaten gebruiken om de alternatieve bekostiging verder vorm te geven met betrokken partijen.

De betrokken vakgebieden zijn het eens dat een andere vorm van bekostiging nodig is. Bij de bestaande bekostiging wordt elke zorgaanbieder, zoals verloskundigen, gynaecologen, en kraamzorg, apart betaald, en dat belemmert samenwerking. Maar de meningen verschillen over hoe de bekostiging precies moet worden vormgegeven en onder welke voorwaarden. Het onderzoek maakt duidelijk dat de beroepsgroepen niet zo lijnrecht tegenover elkaar staan als in de media soms het geval lijkt. Wel moet er aandacht zijn voor het gevoel van ongelijkwaardigheid dat leeft bij verloskundigen. Ook is er vaak spraakverwarring over begrippen zoals doelmatigheid en bekostigingshervorming. Het is belangrijk dat iedereen hetzelfde bedoelt met deze begrippen om verder te komen in de discussie over nieuwe bekostiging in de geboortezorg.

Het kost tijd om te zien of integrale bekostiging de gezondheid van moeder en kind verbetert. Het RIVM zal daarom de effecten de komende jaren blijven volgen.

Kernwoorden: integrale bekostiging, geboortezorg, zorgaanbieders, prenatale zorg, perinatale zorg, alternatieve bekostiging, integrale geboortezorg, samenwerking, zorgverschuiving, financiële prikkels

Synopsis

Systematic study into the different perspectives on payment reform in Dutch maternity care

In the Netherlands, various policies have been implemented to improve the quality of maternity care to lower the relatively high perinatal mortality rates in comparison to other Western countries. In January 2017, the Dutch Ministry of Health approved the introduction of a new and experimental bundled payment model to improve the quality of maternity care through enhanced collaboration between maternity care providers. In 2022 eight regions are using the bundled payment model.

For a long time now, there has been discussion among the different stakeholders in maternity care whether it is desirable to introduce the bundled payment model, in addition to the existing fee-for-service payment model. To provide further insights into the different perspectives on payment reform in maternity care, we have used Q-methodology to identify and describe the range of existing perspectives on this topic. The Ministry of Health can use the results of this study as input for its policy regarding payment reform in maternity care and for the design and continuous development of the alternative payment model with the relevant parties.

Stakeholders in maternity care agree that a different payment model is needed. Within the traditional payment model, all maternity care providers (such as gynecologists and midwives) are paid separately, which hinders collaboration between the different disciplines according to respondents. However, opinions differ about the preferred design of the new payment model and which conditions it must meet. The results of this study show that the different disciplines are not as opposed to each other as they sometimes seem in the media. Nonetheless, attention must be paid to the feeling of inequality that exists among midwives. Moreover, key-concepts such as efficiency and payment reform are not always interpreted and used in the same way by all involved parties. It is important that everyone uses the same definitions for these concepts in order to move forward in the discussion about a new payment model in maternity care.

Keywords: birth care, maternity care, integrated care, payment reform, perspectives, pregnancy, bundled payments, alternative payment models

Inhoudsopgave

Samenvatting – 9

1 Inleiding – 11

2 Drie opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg – 17

3 Discussie en conclusie – 25

3.1 Resultaten samengevat – 25

3.2 Resultaten in perspectief – 26

3.3 Tot slot – 28

Literatuur – 29

Lijst van afkortingen – 31

Bijlage 1 Auteurs, interne referenten, wetenschappelijke adviescommissie – 33

Bijlage 2 Kenmerken van de respondenten – 34

Bijlage 3 Gemiddelde rangschikking van de 46 aspecten per opvatting – 35

Bijlage 4 Q-methodologie verder toegelicht – 38

Samenvatting

Vanaf 2006 zijn er meerdere beleidsmaatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren. Dit naar aanleiding van de relatief hoge perinatale sterftcijfers in Nederland. Onderdeel van de beleidsmaatregelen is het onderzoeken van de effecten van een alternatieve manier van bekostigen van de geboortezorg, op de kwaliteit van de zorg. Het Ministerie van VWS heeft het vanaf 1 januari 2017 mogelijk gemaakt om te experimenteren met een zogeheten integrale bekostiging. Bij integrale bekostiging worden de zorgaanbieders niet meer apart betaald (zoals bij de huidige bekostiging) maar als samenwerkingsverband. Op die manier worden zorgaanbieders gestimuleerd om meer samen te werken, onderling af te stemmen en over- en ondergebruik te reduceren. In 2022 waren er acht integrale geboortezorgorganisaties (igo's) met integrale bekostigingscontracten.

Sinds de start van het experiment met integrale bekostiging is er onrust onder betrokken partijen over de wenselijkheid van deze nieuwe manier van bekostigen. De afgelopen maanden is deze discussie extra aangewakkerd door het voornemen van de minister van VWS om integrale bekostiging permanent in te voeren naast de bestaande bekostiging. Er is geen consensus onder de veldpartijen over de toekomst van integrale bekostiging van de geboortezorg. Om meer inzicht te krijgen in de verschillende opvattingen van de betrokken partijen op bekostigingshervorming in de geboortezorg, heeft het RIVM deze opvattingen in kaart gebracht door middel van een Q-methodologie studie. De resultaten van dit onderzoek kunnen door het ministerie van VWS gebruikt worden om de bekostiging verder vorm te geven samen met de betrokken partijen.

Deze studie heeft drie opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg geïdentificeerd. De eerste groep is vooral gericht op de verbetering van de gezondheid van moeder en kind. De bekostiging wordt gezien als mogelijk middel om dit doel te bereiken. De tweede groep stelt als voorwaarde dat met de bekostiging de gelijkwaardigheid van de zorgaanbieders gegarandeerd moet worden omdat dit nodig is om de gezondheid van moeder en kind te kunnen verbeteren. Ook wil men in de tweede groep eerst zien tot welke verbeteringen de integrale bekostiging in staat is. De derde groep legt de nadruk op de samenwerking van de zorgverleners. Alleen samenwerken en vertrouwen kan de gezondheid van moeder en kind verbeteren, en daarvoor is een nieuw bekostigingsmodel nodig volgens hen.

Er blijkt consensus te zijn over de belemmerende werking van de huidige, monodisciplinaire bekostiging en de behoefte aan een ander bekostigingsmodel dat de samenwerking tussen de disciplines beter ondersteunt. Er zijn echter verschillende ideeën over de precieze vormgeving en over het doel van bekostigingshervorming. Verder is duidelijk dat de beroepsgroepen in de geboortezorg niet zo lijnrecht tegenover elkaar staan als vaak lijkt in de publieke discussie en in de media. Wel zal er continu aandacht moeten zijn voor het gevoel van ongelijkwaardigheid tussen de disciplines, dat met name sterk ervaren

wordt door verloskundigen. Bovendien is er vaak spraakverwarring over kernbegrippen zoals doelmatigheid en bekostigingshervorming. Duidelijke en eenduidige definities van dergelijke begrippen zijn essentieel om elkaar goed te begrijpen en verder te komen in de discussie over een nieuw bekostigingsmodel.

Dit briefrapport geeft inzicht in de verschillende opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg. Op basis van de drie geïdentificeerde opvattingen kan gesteld worden dat een bekostigingshervorming in de geboortezorg gewenst is, maar dat er continu aandacht zal moeten zijn voor de gelijkwaardigheid tussen de disciplines en het onderling vertrouwen tussen zorgverleners om zodoende draagvlak onder alle partijen te vergroten en vervolgens te behouden. Verder blijkt uit deze studie dat het belangrijk is om eenheid van taal te creëren over de kernbegrippen omtrent bekostigingshervorming. Ook lijkt het monitoren van de effecten van integrale bekostiging op gezondheidsuitkomsten van belang aangezien dit als belangrijkste einddoel wordt gezien van bekostigingshervorming. Het zal echter tijd kosten voordat dergelijke effecten goed zichtbaar en meetbaar zullen zijn. Het is van groot belang om te leren van succesvolle en minder succesvolle voorbeelden en oplossingen te delen met alle veldpartijen om zo te komen tot een passend bekostigingsmodel dat bijdraagt aan een verbeterde samenwerking tussen disciplines en daarmee betere uitkomsten voor moeder en kind.

1 Inleiding

Vanaf 2006 zijn er meerdere beleidsmaatregelen genomen om kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren

In Nederland zijn er de afgelopen jaren verschillende maatregelen genomen met als doel de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals binnen de geboortezorg te verbeteren. Aanleiding hiervoor was de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland (1, 2). Ook is er meer aandacht gekomen voor een 'kansrijke start' voor kinderen en ondersteuning van kwetsbare gezinnen (3-6). Voorbeelden van de genomen maatregelen zijn het invoeren van het preconceptieconsult (2008), de invoering van de Perinatale Audit Nederland (2011), de invoering van het structureel echoscopisch onderzoek (seo) (2006) en de vaststelling van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (2016) (7, 8). Ook wordt vanaf 2006 ingezet op de professionele ontwikkeling van de verloskundige samenwerkingsverbanden (vsv's) 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 71 vsv's (9).

Experimenteren met integrale bekostiging sinds 2017 mogelijk

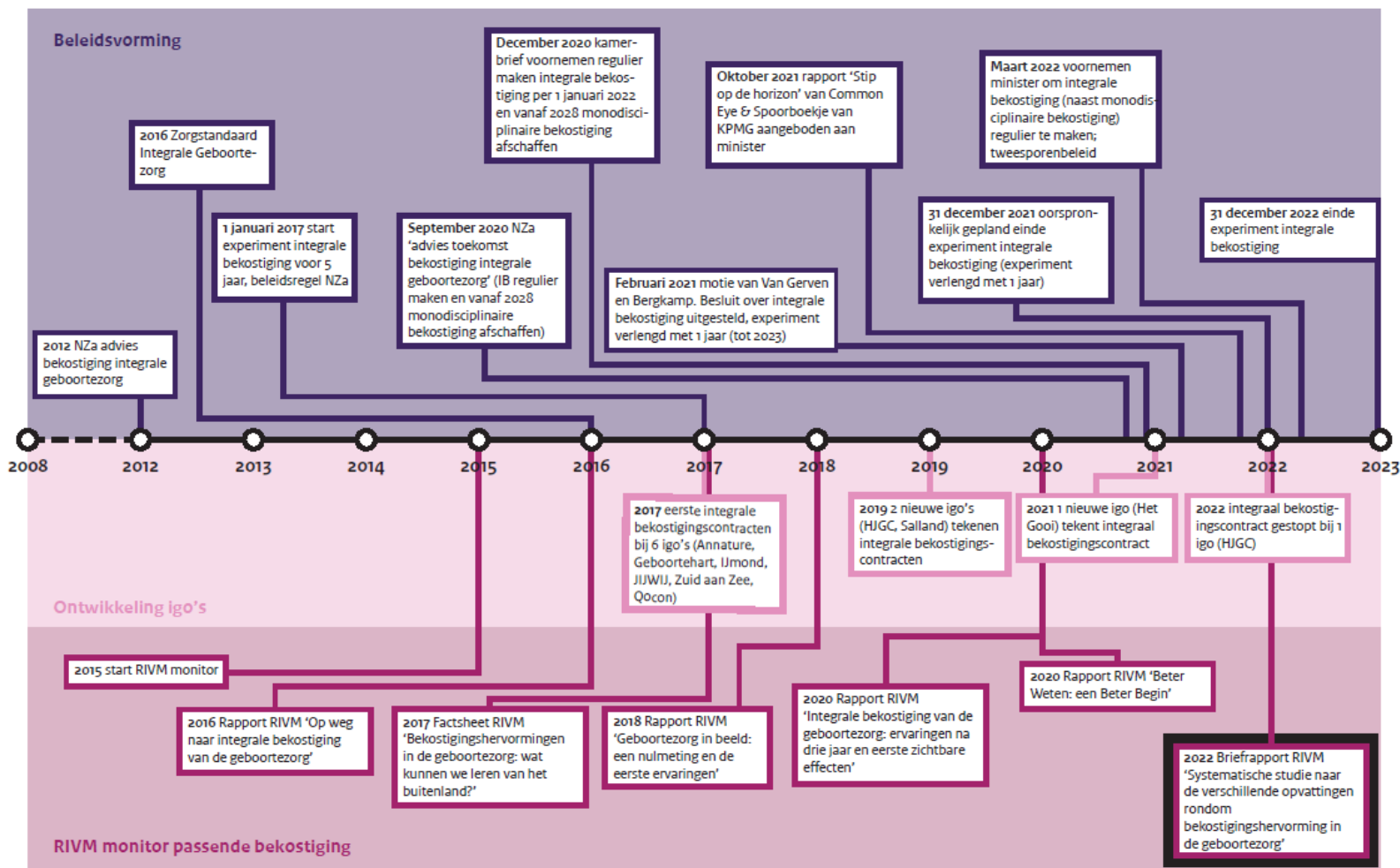
Om de samenwerking tussen zorgprofessionals in de geboortezorg te stimuleren, en daarmee de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) het vanaf 2017 mogelijk gemaakt om te experimenteren met integrale bekostiging van de geboortezorg (10-17). In deelnemende regio's vervangt het integrale bekostigingsmodel de bestaande monodisciplinaire bekostiging. Bij monodisciplinaire bekostiging ontvangen zorgaanbieders ieder afzonderlijk een vergoeding voor de door hen geleverde zorg. Bij integrale bekostiging wordt de geleverde zorg van de verschillende disciplines (o.a. verloskunde, gynaecologie, kraamzorg) juist samengenomen en integraal vergoed aan een gezamenlijke groep van zorgaanbieders. Om een integraal bekostigingscontract af te kunnen sluiten, verenigen zorgaanbieders zich in een integrale geboortezorgorganisatie (igo). De igo sluit contracten met zorgverzekeraars over de te leveren zorg tijdens de gehele periode van zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Het contract bevat afspraken over onder andere de minimale kwaliteitseisen van de zorg, een vrij onderhandelbaar tarief, overheadkosten en de verantwoordingsinformatie voor de zorgverzekeraar. De igo sluit vervolgens contracten met zorgaanbieders die de daadwerkelijke zorg verlenen. Het experiment met integrale bekostiging in de geboortezorg zou oorspronkelijk op 31 december 2021 eindigen, maar is verlengd met 1 jaar en loopt dus door tot eind 2022. In mei 2022 is besloten om de integrale bekostiging per 1 januari 2023 regulier in te voeren, naast de bestaande monodisciplinaire bekostiging. Regio's kunnen ook dan zelf kiezen welk bekostigingsmodel (integraal of monodisciplinair) zij gebruiken.

In 2022 acht igo's met integrale bekostigingscontracten

Op dit moment (juni 2022) zijn er acht igo's met integrale bekostigingscontracten actief. In 2017 zijn in zes regio's integrale bekostigingscontracten afgesloten, namelijk in de regio's Beverwijk (IJmond Geboortezorg), Breda (Annature), Dirksland (Zuid aan Zee), Helmond (JijWij), Hoorn (Geboortehart) en Roosendaal-Bergen op Zoom (Qocon). In 2019 zijn ook in de regio's Deventer (Geboortezorg Salland) en Den Haag (het Haga Juliana Geboortecentrum (HJGC)) integrale bekostigingscontracten gesloten. In 2021 is de Gooi en Vechtstreek (Geboorteteam het Gooi) ook gestart. Den Haag (HJGC) is per 1 januari 2022 gestopt met het sluiten van integrale bekostigingscontracten.

Geen consensus bij veldpartijen over toekomst van integrale bekostiging geboortezorg

Omdat er geen consensus is over het structureel invoeren van integrale bekostiging bij de beroepsgroepen (zie Figuur 1), startte het ministerie van VWS in 2021 een traject onder begeleiding van Common Eye om tot een gemeenschappelijk perspectief op een toekomstige bekostigingsvorm in de geboortezorg te komen (18). De partijen (Bo Geboortezorg, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en Patiëntenfederatie Nederland) zijn in dit traject tot uitgangspunten voor een gezamenlijke 'stip op de horizon' gekomen, maar er is geen breed gedragen consensus over de vormgeving van de bekostigingshervorming in de geboortezorg. Om tot een consensus te kunnen komen, is meer inzicht nodig in de aspecten die de betrokken partijen in de geboortezorg belangrijk vinden bij een bekostigingshervorming, en hoe deze aspecten met elkaar samenhangen. Dit inzicht kan helpen om het onderlinge begrip voor elkaars (uiteenlopende) standpunten te vergroten, maar ook om de communicatie en informatievoorziening verder te verbeteren. Het belang hiervan wordt benadrukt door de onrust die onder betrokken partijen is ontstaan naar aanleiding van een brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. In deze brief spreekt de minister het voornemen uit om, naast de bestaande monodisciplinaire bekostiging, integrale bekostiging structureel in te voeren per 1 januari 2023 (19).



Figuur 1 Schematische weergave tijdslijn van de ontwikkelingen op het gebied van integrale bekostiging van de geboortezorg

Huidig briefrapport geeft inzicht in verschillende opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg

Dit briefrapport beschrijft de verschillende opvattingen over bekostigingshervorming onder betrokken partijen in de geboortezorg. Via een Q-methodologie studie wordt samenhang aangebracht in welke aspecten men belangrijk vindt bij de keuze voor een bekostigingsmodel in de eigen regio. De onderzoeksvraag hierbij is:

Wat zijn de verschillende opvattingen van eerstelijnsverloskundigen, gynaecologen, vertegenwoordigers van kraamzorg, zorgverzekeraars en bestuurders over bekostigingshervorming in de geboortezorg?

Voor een uitleg van de gehanteerde Q-methodologie, zie Tekstbox 1. Hierbij is zowel aandacht voor bekostigingshervorming in algemene zin (dus over het veranderen van de bekostiging van de geboortezorg *an sich* – in welke vorm dan ook) als voor de integrale bekostiging van de geboortezorg zoals deze is vormgegeven in de igo's.

Dit onderzoek is onderdeel van de RIVM monitor passende bekostiging van de geboortezorg (zie Tekstbox 2 voor verdere toelichting) en zal binnenkort met alle wetenschappelijke details gepubliceerd worden als Engelstalig artikel (Scheefhals et al. *in voorbereiding*).

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg die geïdentificeerd zijn door middel van de Q-methodologie studie. Hierbij komen zowel opvattingen over bekostigingshervorming in algemene zin aan bod (dus in welke vorm dan ook) als specifieke opvattingen over integrale bekostiging (een vorm van bekostigingshervorming waarmee op dit moment wordt geëxperimenteerd in de igo's). In hoofdstuk 3 worden de resultaten in een breder kader geplaatst en de belangrijkste conclusies en implicaties hiervan beschreven.

Tekstbox 1: Q-methodologie toegelicht

Wat is Q-methodologie?

Q-methodologie is een onderzoeksmethode die een brug slaat tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Deze methode is geschikt voor het identificeren, beschrijven en vergelijken van opvattingen over onderwerpen waarbij veel aspecten een rol spelen of die complex en/of controversieel zijn (20). Voorbeelden hiervan zijn onderzoeken naar de opvattingen over de uitbreiding van Schiphol (21), HPV-vaccinatie (22), het stopzetten van vergoedingen uit het basispakket van de zorgverzekering (23) en orgaandonatie (24). Deze methode maakt het mogelijk om niet alleen de gangbare opvattingen te identificeren, maar juist ook de opvattingen van kleinere of minder prominente groepen belanghebbenden. De methode is niet geschikt om uitspraken te doen over welk percentage mensen in een groep de geïdentificeerde opvattingen heeft, of hoe opvattingen samenhangen met kenmerken van personen of de context. Hiervoor is aanvullend vragenlijstonderzoek nodig (20).

Aanpak huidig onderzoek naar opvattingen over bekostigingshervorming
Voor dit onderzoek zijn de respondenten gevraagd om een set van 46 aspecten te rangschikken naar mate van belang voor de beslissing om integrale bekostiging in te voeren in hun regio (zie Figuur T2.1). Daarna is de respondenten gevraagd om hun rangschikking in een interview verder toe te lichten.

De set aspecten is door de auteurs ontwikkeld op basis van wetenschappelijke literatuur (25-30) en inzichten uit de Nederlandse geboortezorgpraktijk, online opiniestukken, podcasts en petities. De set van aspecten is getoetst op volledigheid door experts op het gebied van alternatieve bekostigingsmodellen (n=2) en de geboortezorg (n=2). Vervolgens is de set aspecten in een pilotstudie getest op volledigheid, eenduidigheid en begrijpelijkheid door vier respondenten uit de geboortezorg (gynaecoloog (n=1), bestuurder (n=2), verloskundige (n=1)). Op basis hiervan zijn enkele tekstuele aanpassingen gedaan.

De respondenten zijn via beroepsverenigingen (KNOV, NVOG, Bo Geboortezorg), het College Perinatale Zorg (CPZ), de Patiëntenfederatie (niet gereageerd) en het netwerk van respondenten benaderd, waarbij gelet is op de verdeling van de respondenten naar karakteristieken die van invloed kunnen zijn op de mening over bekostigingshervorming in de geboortezorg (zoals leeftijd, discipline, en urbanisatiegraad en bekostigingsmodel in eigen regio). We zijn gestopt met het werven van nieuwe respondenten nadat nieuwe interviews geen nieuwe informatie meer opleverden (saturatie was bereikt).

De set van 46 aspecten is voorgelegd aan 33 respondenten. Voor de kenmerken van de respondenten, zie Bijlage 2, tabel B.2.1. De respondenten is gevraagd om de aspecten te rangschikken naar eigen voorkeur van 'minst belangrijk' naar 'meest belangrijk'. Het *sorting-grid* voor de rangschikking is te zien in Figuur 2. Voor een overzicht van de set van aspecten, zie Bijlage 3, tabel B.3.1.

Na het rangschikken van de aspecten zijn de respondenten in een interview gevraagd om een toelichting te geven op hun rangschikking. Het interview werd (na toestemming) vastgelegd middels een audio-opname.

Met behulp van (*by-person*) factoranalyse zijn patronen geïdentificeerd in de manier waarop respondenten de aspecten hebben gerangschikt. De aanname hierbij is dat respondenten die de aspecten op een vergelijkbare manier rangschikken, ook een vergelijkbare opvatting over het onderwerp hebben. De kwantitatieve resultaten uit de factoranalyse zijn samen met de resultaten uit de interviews gebruikt om de groepen respondenten met samenhangende, gedeelde opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg te identificeren, deze te beschrijven en onderling te vergelijken. Een gedetailleerde beschrijving van de gehanteerde methode is te vinden in Bijlage 4.

MINST BELANGRIJK		Hoe belangrijk zijn de volgende aspecten volgens u in uw regio bij de beslissing of integrale bekostiging geïmplementeerd moet worden (of blijven)?							MEEST BELANGRIJK	
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

Figuur 2 Sorting-grid

Tekstbox 2: RIVM monitor passende bekostiging geboortezorg

Het ministerie van VWS heeft het RIVM in 2015 gevraagd om het experiment van de invoering van integrale bekostiging in de geboortezorg te evalueren met een monitor. Na afloop van de oorspronkelijke monitoringstermijn in 2020 heeft het ministerie van VWS het RIVM gevraagd om de monitor te continueren tot en met 2025. Ook werd gevraagd om experimenten met andere alternatieve bekostigingsmodellen van de geboortezorg te volgen. De monitor heeft als doel om inzicht te geven in ervaringen van actoren met de ontwikkeling van igo's en de effecten van alternatieve bekostiging in de geboortezorg op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Tot op heden heeft de RIVM monitor drie rapportages opgeleverd, die inzicht geven in de aanloop naar integrale bekostiging (27, 28) en de eerste ervaringen met het werken met integrale bekostiging (29). Daarnaast heeft het RIVM een inventarisatie gemaakt van bekostigingshervormingen in de geboortezorg in het buitenland (26, 30). Eind 2022 zal het RIVM een nieuwe rapportage opleveren met daarin een kwantitatieve evaluatie met een follow-up duur van vier jaar integrale bekostiging (gegevensverzameling: 2017-2020).

2 Drie opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg

Op basis van de verzamelde gegevens (rangschikkingen van de aspecten en daarna interviews) zijn er drie verschillende opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg geïdentificeerd. Elke opvatting is een gemiddelde van de meningen van respondenten die gecorreleerd zijn met deze opvatting. Sommige respondenten zijn sterker gecorreleerd met een opvatting dan andere respondenten. Dat betekent dat respondenten gecorreleerd met een opvatting ongeveer hetzelfde denken over dit thema, maar dat niet alle details overeen zullen komen. Tabel 1 vat de kernelementen van de drie opvattingen samen.

Tabel 1 De drie opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg samengevat

Opvatting	1 - Uitkomsten	2 - Gelijkwaardigheid	3 - Samenwerken
Naam	Bekostigingshervorming als middel om uitkomsten te verbeteren.	Bekostigingshervorming alleen als gevoel van gelijkwaardigheid tussen disciplines reeds bestaat of hiermee tot stand komt.	Bekostigingshervorming op basis van vertrouwen en met als doel om samenwerking tussen disciplines verder te verbeteren.
Kern	Centraal staat het doel van bekostigingshervorming, namelijk het verbeteren van de gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind.	Centraal staat de ervaren (on)gelijkwaardigheid tussen zorgdisciplines. Hierdoor voelt men de behoefte om de autonomie van zorgverleners en zorgaanbieders, en de keuzevrijheid voor cliënten als randvoorwaarden voor bekostigingshervorming te stellen.	Centraal staat dat bekostigingshervorming moet leiden tot verbeterde samenwerking tussen zorgdisciplines. Bekostigingshervorming kan alleen op basis van vertrouwen en gelijkwaardige samenwerking, maar een gebrek hieraan moet geen excuus zijn om niet in beweging te komen.
Bekostigingshervorming gewenst?	Ja, huidige bekostiging belemmert samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines, en hiermee verbetering van uitkomsten en doelmatigheid.	Ja, huidige bekostiging belemmert zorgverschuiving naar de eerste lijn. Bekostigingshervorming wenselijk onder randvoorwaarden (autonomie van zorgverleners en zorgaanbieders en keuzevrijheid van cliënten).	Ja, huidige bekostiging belemmert samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines; bekostigingshervorming wenselijk als deze samenwerking verder bevordert.

Opvatting	1 - Uitkomsten	2 - Gelijkwaardigheid	3 - Samenwerken
Beoogd doel van (een vorm van) bekostigingshervorming?	De gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind verbeteren.	Het versterken van de eerste lijn en het terugdringen van onnodig zorggebruik in de tweede lijn (medicalisering), en hiermee het verbeteren van gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind.	Samenwerking tussen zorgaanbieders bevorderen en daarmee gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind verbeteren.
Integrale bekostiging gewenst?	Ja, huidige vormgeving integrale bekostiging is niet ideaal, maar wel de enige optie voorhanden. Evaluatie en doorontwikkeling is gewenst.	Nee, huidige vormgeving van integrale bekostiging wordt ervaren als bedreiging voor autonomie zorgverleners en zorgaanbieders en keuzevrijheid cliënt. Wens om constructief mee te denken over de precieze vormgeving van nieuwe bekostiging.	Ja, als er een basis van onderling vertrouwen is. Een gebrek aan vertrouwen moet echter niet als reden gebruikt worden om af te zien van de invoering van integrale bekostiging. Niet wachten met hervorming tot er voldoende wetenschappelijk bewijs is.

Hieronder volgt een beschrijving van de drie opvattingen over bekostigingshervorming op basis van de gemiddelde rangschikking van de aspecten door de respondenten en de toelichting van de respondenten uit de interviews. In Bijlage 3 is de gemiddelde rangschikking van alle 46 aspecten per opvatting te vinden.

Opvatting 1: Bekostigingshervorming als middel om uitkomsten voor moeder en kind te verbeteren

Kenmerkend voor opvatting 1 ten opzichte van de andere twee opvattingen is dat het *waarom* van bekostigingshervorming centraal staat, en dat minder op de voorgrond staat *hoe* de bekostigingshervorming wordt vormgegeven en *wat* dit betekent voor de betrokken partijen. Er wordt dus met name gereflecteerd op bekostigingshervorming in algemene zin.

"Kijk op zich maakt het mij helemaal niet zo uit wat voor vorm daar (red. de bekostigingshervorming) aan zit, als het maar leidt tot het doel." (Interview 3)

In opvatting 1 vindt men de objectief gemeten gezondheid van (aanstaande) moeder en kind (aspect 14 en 15 in Bijlage 3) het meest belangrijk bij de keuze voor een bekostigingsmodel in de geboortezorg. Respondenten met opvatting 1 geven aan dat om de gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind te kunnen verbeteren de identificatie en de preventie van (hoog)risico zwangerschappen (aspect 11) een belangrijk aspect is bij het vormgeven van de bekostiging. Daarnaast vinden respondenten met opvatting 1 de tevredenheid over de zorg (aspect 21) en de ervaren gezondheid van de (aanstaande) moeder (aspect 7) belangrijk.

"Wat ik heel belangrijk vind is dat het (red. bekostigingshervorming) leidt tot grotere gezondheidsuitkomsten, en dan objectief gemeten." (Interview 3)

De belangen van zorgverleners, zoals autonomie (aspect 1) en het inkomen (aspect 35), en de visies van beroepsverenigingen en zorgverzekeraars (aspect 23 en 24) vinden respondenten met opvatting 1 ondergeschikt aan het doel van bekostigingshervorming. Deze aspecten worden nadrukkelijk minder belangrijk gevonden bij de keuze voor een bekostigingsmodel in opvatting 1, dan in de andere twee opvattingen. Respondenten met opvatting 1 geven aan dat de bekostigingshervorming geen doel op zich is, maar een middel om uitkomsten te verbeteren.

Respondenten met opvatting 1 vinden het bovendien belangrijk dat de verbetering in uitkomsten voor moeder en kind op een doelmatige manier gerealiseerd wordt. Doelmatigheid (aspect 5) wordt in deze opvatting uitgelegd als een samenwerking tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg, waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise. Hierbij is een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier (aspect 30) ondersteunend.

Ook vindt men in opvatting 1 dat het monodisciplinaire bekostigingsmodel (aspect 17) de samenwerking tussen zorgverleners en -aanbieders van verschillende disciplines in de geboortezorg belemmert, omdat het taakherschikking en initiatieven tot verregaande samenwerking tussen de disciplines niet kan faciliteren. Respondenten met opvatting 1 geven in de interviews aan dat door monodisciplinaire bekostiging de verbetering van de uitkomsten voor moeder en kind wordt belemmerd en dat dit voor hen de belangrijkste reden is dat bekostigingshervorming wenselijk is.

"Die monodisciplinaire bekostiging vind ik het minst belangrijk (red. in de rangschikking van de aspecten in dit onderzoek) omdat die ons enorm in de weg zit om samen te werken. Dus daar, vind ik persoonlijk, moeten we zo snel mogelijk van af." (Interview 5)

Uit de interviews blijkt dat respondenten met opvatting 1 integrale bekostiging niet per se als ideale oplossingsrichting zien, maar op dit moment wel als de beste optie die voorhanden is. Ook benoemt men dat integrale bekostiging vervolgens doorlopend geëvalueerd moet worden om te zien of het inderdaad leidt tot de verbeterde uitkomsten voor moeder en kind en verder ontwikkeld moet worden.

"Op het moment dat iemand anders een ander briljant plan heeft dan staan we daar volgens mij ook best wel open voor met elkaar, maar ik vind het zonde om dit dan maar aan de kant te leggen omdat er een soort van taboe begint te komen op de term (red. integrale bekostiging)." (Interview 15)

Opvatting 2: Bekostigingshervorming alleen als gevoel van gelijkwaardigheid tussen disciplines bestaat of hiermee tot stand komt

Kenmerkend voor opvatting 2 is dat centraal staat *wat* een bekostigingshervorming betekent voor de betrokken zorgverleners en zwangere vrouwen. Hierbij wordt met name gereflecteerd op de huidige vormgeving van integrale bekostiging.

In opvatting 2 wordt het gevoel van gelijkwaardigheid (aspect 33) tussen de zorgverleners van de verschillende disciplines het belangrijkste gevonden bij een bekostigingshervorming. De respondenten van opvatting 2 geven aan op dit moment *geen* gelijkwaardigheid te ervaren tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg. Dit geldt met name voor eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen die niet participeren in een igo. Deze eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen geven aan dat dit de belangrijkste reden is waarom integrale bekostiging van de geboortezorg in hun regio niet tot stand is gekomen.

"Het gevoel van gelijkwaardigheid tussen verloskundigen en gynaecologen om daarin samen te werken en naar integrale bekostiging te gaan. Dat lukt tot op heden niet en dat probleem ligt in de gelijkwaardigheid, in de onderhandeling daarover." (Interview 8)

Uit interviews blijkt dat eerstelijnsverloskundigen (die niet deelnemen aan een igo) met opvatting 2 ervaren of verwachten dat zij geen gelijkwaardig stemrecht hebben ten opzichte van de vertegenwoordiging van de tweede lijn in een igo (gynaecologen en het ziekenhuis). Zij zien de huidige vormgeving van integrale bekostiging als bedreiging. Zij vrezen namelijk dat de stem van gynaecologen en ziekenhuis tezamen de marktmacht van de tweede lijn zal vergroten waarvan zij meerdere negatieve gevolgen voorzien. Ten eerste verwachten eerstelijnsverloskundigen met opvatting 2 dat meer zorg en bevallingen zullen verschuiven naar de tweede lijn met ondoelmatig zorggebruik als gevolg. Eerstelijnsverloskundigen met opvatting 2 denken dat dit ook de keuzevrijheid (aspect 26 en 27) van de cliënt zou kunnen beperken en dat de thuisbevalling minder toegankelijk zal worden. Ten tweede verwachten zij dat de vergrote marktmacht van de tweede lijn op bestuurlijk niveau het gevoel van ongelijkwaardigheid tussen disciplines op de werkvloer zal versterken, wat effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg voor de cliënt.

"Er is nu best wel een gat tussen de eerste en de tweede lijn. In ieder geval, die ervaar ik zelf. Soms en dan vooral op het moment van overdracht en dan in het meeste geval op het moment dat de tweede lijn het niet eens is met het beleid van eerste lijn. En ik zou bang zijn dat als je integrale bekostiging gaat doen, dat je zegt we zijn met z'n allen één bij wijze van spreken, dan vind ik het gevoel van gelijkwaardigheid daarin heel belangrijk, dat we ook echt het gevoel hebben dat we allemaal één zijn en dat we niet gevoel hebben van oh de tweede lijn bepaalt." (Interview 1)

Ten derde verwachten eerstelijnsverloskundigen met opvatting 2 dat de vergrote marktmacht van de ziekenhuizen in een igo ervoor zal zorgen dat de toegankelijkheid van zorg verleend door niet-igo verloskundepraktijken zal verminderen. Om dit te voorkomen is het voor deze respondenten essentieel dat de keuzevrijheid van cliënten voor de zorgverlener en de keuzevrijheid voor de plaats van de bevalling van cliënten geborgd blijven bij bekostigingshervorming.

"En de vrijheid voor de keuze voor de zorgverlener van de moeder. Ik vind het gewoon belangrijk dat iedereen zelf kan kiezen bij welke zorgverlener hij terecht kan waar hij zich het meest op het gemak voelt. Dat is wel eerstelijns gericht natuurlijk, want je kan niet in een ziekenhuis zeggen, van nou ja, ik wil die gynaecoloog." (Interview 1)

Ten vierde geven praktijkhoudende eerstelijnsverloskundigen met opvatting 2 aan bang te zijn dat de vergrote marktmacht van de ziekenhuizen zal zorgen dat ze minder vrijheid ervaren om hun praktijk vorm te geven zoals zij dit willen en dat de dreiging bestaat dat ze op de langere termijn hun praktijk zullen verliezen.

Het gebrek aan een gevoel van gelijkwaardigheid maakt dat eerstelijnsverloskundigen met opvatting 2 de behoefte voelen om de autonomie (aspect 1) van zorgverleners te waarborgen en als randvoorwaarde voor een bekostigingshervorming te stellen. Autonomie wordt in opvatting 2 ingevuld als de vrijheid die een zorgverlener heeft om - door hen zelf weloverwogen - beleid in te zetten direct in relatie tot de zorg voor de cliënt tijdens de zwangerschap, de bevalling en in het kraambed. Daarnaast wordt met autonomie bedoeld dat een zorgaanbieder de vrijheid ervaart om zijn of haar onderneming naar eigen inzicht vorm te geven.

"De twijfel over de autonomie en de negen deelmodellen (red. de negen deelprestaties van integrale bekostiging), en dan met name voor de eerste lijn, dat dat enorm veel onrust gaf. Beide kanten op, zowel de financiële autonomie, het zelfstandig ondernemer kunnen blijven [...] en het inkomen hangt daar heel erg aan vast." (Interview 30)

Waar eerstelijnsverloskundigen bang zijn voor een verschuiving van zorg richting de tweede lijn, zien gynaecologen met opvatting 2 juist een verschuiving van zorg richting de eerste lijn en zijn bang dat de huidige vormgeving van integrale bekostiging een negatief effect zal hebben op hun inkomen als hier geen vergoeding voor komt, zoals voor hun beschikbaarheid en het op de achtergrond meedenken met de zorgverleners in de eerste lijn.

"Er is al een hele hoop verschuiving [...] terwijl daar geen vergoeding voor is. En wat dan nu een beetje gaat tegenstaan, en dat is dan met name wat de tweede lijn tegen gaat staan, is dat wij dus al een heleboel dingen hebben "weggegeven" en daar krijgen we maar heel erg weinig voor terug." (Interview 19)

Zowel eerstelijnsverloskundigen als gynaecologen en bestuurders met opvatting 2 vinden het belangrijk om doelmatige zorg te leveren. Met doelmatigheid (aspect 5) wordt in opvatting 2 het terugdringen van

onnodige zorg in de tweede lijn bedoeld (medicalisering) en het versterken van de eerste lijn. Uit interviews blijkt dat volgens respondenten met opvatting 2 veel winst te behalen valt door het terugdringen van onnodige zorg.

Net als in opvatting 1, stelt men in opvatting 2 dat monodisciplinaire bekostiging (aspect 17) belemmerend werkt, zeker bij het terugdringen van onnodige zorg door substitutie van zorg (aspect 41) naar de eerste lijn, en dat een bekostigingshervorming nodig is om dit beter te organiseren. Ook geeft men in opvatting 2 aan graag constructief te willen meedenken over de vorm van bekostigingshervorming die in hun regio het best zou werken in plaats van 'ja' of 'nee' te moeten zeggen tegen een bestaand of voorgesteld model, zoals men dit ervaart bij de huidige vormgeving van integrale bekostiging. Hierbij is wetenschappelijk bewijs (aspect 43) minder belangrijk bij de keuze voor een bekostigingsmodel dan goed te kijken wat past in de regio samen met zorgverleners van de verschillende disciplines.

"Ik vind dat (red. in de keuze voor integrale bekostiging in de regio) echt het minst belangrijke, of er wetenschappelijk bewijs voor is. Ik denk dat het belangrijker is dat de regio waar je in werkt dat het zowel voor zorgverlener als cliënt haalbaar is en ook nuttig dan dat er wetenschappelijk bewijs voor is." (Interview 1)

Opvatting 3: Bekostigingshervorming op basis van vertrouwen om de samenwerking verder te verbeteren

Opvatting 3 schetst een duidelijk beeld over *hoe* bekostigingshervorming vormgegeven moet worden.

Uit de interviews blijkt dat respondenten met opvatting 3 vinden dat zonder vertrouwen (aspect 36) en gevoel van gelijkwaardigheid (aspect 33) tussen zorgverleners van verschillende disciplines geen bekostigingshervorming kan plaatsvinden, omdat betrokken partijen dit juist gezamenlijk moeten aanpakken. Inspirerend leiderschap (aspect 44) in de regio vindt men in opvatting 3 waardevol bij dergelijke hervormingen, omdat dit kan bijdragen tot een gedeelde gezamenlijke visie en het vergroten van onderling vertrouwen. Tegelijkertijd vindt men in opvatting 3 dat (het gebrek aan) een basis van vertrouwen niet als excuus gebruikt mag worden om niet te starten met bekostigingshervorming.

"Voor elke vorm van verandering zul je een behoorlijke basis van vertrouwen moeten hebben, om die verandering met elkaar te doorstaan. [...] Maar dat kan ook als een excuus gebruikt worden om die transitie niet in te gaan. We hebben geen vertrouwen. We moeten eerst werken aan vertrouwen. Sommige regio's is men al tien jaar aan het werken aan vertrouwen en dat schiet gewoon niet op. Dus ik ben er zelf voorstander van dat er een verplichting komt voor integrale bekostiging. Omdat anders de scheiding tussen de goedlopende regio's en de slechtlopende regio's, dat die steeds groter wordt." (Interview 6)

Net als in de andere opvattingen, ziet men in opvatting 3 monodisciplinaire bekostiging als belemmerend voor de vormgeving van de samenwerking tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg. Respondenten geven aan dat zij verwachten dat de verbeterde samenwerking een vliegwiel zal zijn voor verbeterde uitkomsten voor moeder en kind en vinden daarom bekostigingshervorming noodzakelijk. Een verdere versterking van de samenwerking tussen de disciplines (aspect 19) vinden respondenten met opvatting 3 dan ook het belangrijkste aspect bij de keuze van een bekostigingsmodel. Respondenten geven hierbij aan dat er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs (aspect 43) is om te sturen op uitkomsten en dat men niet moet wachten met hervorming tot er voldoende bewijs is. Dit aangezien het naar verwachting nog een aantal jaar zal duren voordat er voldoende empirisch wetenschappelijk bewijs is over de effecten van integrale bekostiging in de praktijk.

"Ik denk dat de objectieve gezondheid van moeder of kind speelt volgens mij in die keuze geen rol, of althans een ondergeschikte rol, terwijl we dat uiteindelijk wel belangrijk vinden als resultaat van onze zorg. [...] Maar ik denk, dit is echt een traject dat door de zorgverleners doorlopen moet worden, zo'n transitie. En daar kan uiteindelijk de patiënt van profiteren." (Interview 6)

In opvatting 3 wordt meer dan in de andere opvattingen belang gehecht aan aspecten die te maken hebben met het vergroten van het werkplezier (aspect 42) van zorgverleners, zoals het reduceren van administratieve lasten (aspect 10). Respondenten geven daarbij aan dat informele communicatie (aspect 12) erg belangrijk is, terwijl formele communicatie (aspect 9) minder belangrijk wordt gevonden. Uit de interviews bleek dat de reden hiervoor is dat als de informele communicatie goed is, formele communicatie helemaal niet nodig is.

3 Discussie en conclusie

3.1 Resultaten samengevat

Drie opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg geïdentificeerd

Deze studie heeft drie opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg geïdentificeerd. De respondenten van de drie opvattingen zijn het met elkaar eens dat de bekostiging van de geboortezorg moet veranderen. Er bestaan verschillende ideeën over wat het doel is van de bekostigingshervorming en hoe de weg naar dit doel eruit ziet.

Consensus over belemmerende werking van monodisciplinaire bekostiging en dat doel is om de samenwerking tussen de disciplines te verbeteren

Deze studie laat zien dat er consensus bestaat over de belemmerende werking van de monodisciplinaire bekostiging voor het vormgeven van de samenwerking tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg en dat een hervorming gewenst is. Daarnaast bestaat er consensus over dat het verbeteren van de gezondheidsuitkomsten van moeder en kind en de ervaringen met de zorg het ultieme doel is van bekostigingshervorming. Ook bestaat er consensus dat, om dit te bereiken, een samenwerking tussen de verschillende disciplines vormgegeven moet worden die gebaseerd is op een gevoel van gelijkwaardigheid en onderling vertrouwen.

Maar verschillende ideeën over vormgeving van bekostigingshervorming...

Hoewel er consensus bestaat over de toegevoegde waarde van een andere vorm van bekostiging in de geboortezorg, zijn er verschillende gedachten over de vormgeving hiervan. Zo is men in opvatting 1 en 3 bereid om integrale bekostiging van de geboortezorg in te voeren in de regio, ook al geeft men hierbij aan de huidige vormgeving van integrale bekostiging niet ideaal te vinden. Respondenten met opvatting 1 en 3 vinden het vooral belangrijk dat er een beweging op gang komt, waarbij men in opvatting 3 aangeeft dat er eerst een basis van vertrouwen moet zijn voordat men instapt. Al wordt hierbij ook expliciet aangegeven dat een gebrek aan vertrouwen geen reden moet zijn om niet in beweging te komen. Belangrijk is dat er een continu proces van evalueren en doorontwikkelen gewenst is met betrekking tot het bekostigingsmodel. In opvatting 2 ziet men de huidige vormgeving van integrale bekostiging als een bedreiging voor de autonomie van de zorgverlener en de keuzevrijheid van de zwangere vrouw, omdat men de gelijkwaardigheid tussen de disciplines nu onvoldoende geborgd vindt. Daarom is men in tegenstelling tot opvatting 1 en 3 niet direct geneigd om integrale bekostiging te implementeren in hun regio. Wel geeft men in opvatting 2 aan graag constructief mee te willen denken over de vormgeving van de bekostiging in hun regio, waarbij volgens hen vooral aandacht moet zijn voor de substitutie van zorg naar de eerste lijn.

En verschillende ideeën over doel van bekostigingshervorming

Ook met betrekking tot de doelen van bekostigingshervorming vindt men verschillende aspecten belangrijk. In opvatting 1 is het doel om de gezondheidsuitkomsten van de (aanstaande) moeder en het kind en de tevredenheid over de zorg te verbeteren. Hoewel de andere opvattingen het hiermee eens zijn, bestaat er wel verschil van mening over wat meer directe doelen van bekostigingshervorming zijn. Zo zien respondenten met opvatting 2 de versterking van de eerste lijn en het terugdringen van de medicalisering (interpretatie van doelmatigheid in opvatting 2) als het belangrijkste doel van bekostigingshervorming en gelooft men dat via dit mechanisme de gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind en de tevredenheid over de zorg verbeterd zullen worden. Respondenten met opvatting 3 zien het intermediaire doel juist als het verder vormgeven van een gelijkwaardige samenwerking tussen de disciplines.

3.2 Resultaten in perspectief

Deze studie brengt opvattingen over bekostiging van de geboortezorg in beeld

In het publieke debat lijken de branchepartijen in de geboortezorg tegenover elkaar te staan, maar uit deze studie blijkt dat geen enkele opvatting alleen of hoofdzakelijk wordt aangehouden door een bepaalde beroepsgroep. Ook blijkt er consensus te bestaan over de belemmerende werking van de huidige monodisciplinaire bekostiging voor het verbeteren van gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind, en dat bekostigingshervorming gewenst is. Over *hoe* de bekostigingshervorming vormgegeven moet worden bestaan verschillende ideeën. Afhankelijk van de opvatting over bekostigingshervorming staat men meer of minder open voor de huidige vormgeving van integrale bekostiging. In opvatting 1 en 3 wordt bekostigingshervorming als een proces gezien, waarbij de verwachting van continue monitoring en doorontwikkeling van het model maakt dat ook mogelijke negatieve consequenties van het bekostigingsmodel opgelost kunnen worden. Men vindt het hierbij vooral belangrijk om in beweging te komen en aan verandering te werken. In opvatting 2 wordt bekostigingshervorming gelijk gesteld aan de huidige vormgeving van integrale bekostiging waarbij veelal wordt gereflecteerd op de verwachte consequenties ervan op de (langere) termijn, vanuit een gevoel van ongelijkwaardigheid tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg. Deze inzichten kunnen helpen om elkaars standpunten beter te begrijpen en een gezamenlijke, volgende stap te zetten. Het door de minister van VWS gekozen 'tweesporenbeleid' lijkt goed aan te sluiten bij de verschillende opvattingen zoals geïdentificeerd in dit onderzoek. Partijen worden door dit beleid in staat gesteld om zelf te kiezen voor een bekostigingsmodel en er wordt ruimte geboden om de nieuwe bekostigingsvorm verder te ontwikkelen.

Eenheid van taal in gebruikte kernbegrippen ontbreekt; eenduidige definities nodig

Uit dit onderzoek komt naar voren dat een aantal kernbegrippen in de praktijk verschillend wordt geïnterpreteerd, zoals doelmatigheid en bekostigingshervorming. Dit is niet anders dan bij andere complexe veranderingen, zoals bijvoorbeeld Juiste Zorg Op de Juiste Plek (31). Als

gevolg hiervan ligt bij de inhoudelijke discussies miscommunicatie op de loer. Zo blijkt dat sommige respondenten het begrip doelmatigheid interpreteren als integrale zorg, waarbij de samenwerking tussen de verschillende disciplines dusdanig is afgestemd dat de zwangere vrouw de zorg krijgt die zij wenst en nodig heeft. Andere respondenten interpreteren het begrip doelmatigheid specifiek als het versterken van de eerste lijn en het reduceren van medicalisering wat men uitlegt als gebruik van (onnodige) tweedelijnszorg en dubbele zorg. Daarnaast bleken de termen integrale zorg, integrale geboortezorg(organisaties) en integrale bekostiging als synoniem te worden gebruikt. Dit toont aan dat het verhelderen van de verschillende begrippen en concepten nodig is; eenheid van taal is essentieel bij de inhoudelijke discussie over integrale bekostiging. Het gezamenlijke (intermediaire) doel van bekostigingshervorming, namelijk een gelijkwaardige samenwerking tussen de disciplines, zal dan ook helderder worden.

Gevoel van gelijkwaardigheid tussen zorgdisciplines essentieel bij een bekostigingshervorming

De gelijkwaardigheid tussen de verschillende zorgdisciplines van de geboortezorg wordt in alle opvattingen belangrijk gevonden. Momenteel wordt niet door alle zorgverleners gelijkwaardigheid ervaren, wat maakt dat de huidige vormgeving van integrale bekostiging door deze zorgverleners als bedreigend wordt ervaren. Dit uit zich in het benoemen van risico's met betrekking tot autonomie van zorgaanbieders en zorgverleners en keuzevrijheid van zwangere vrouwen door een geïntensiverde samenwerking in de regio. Ondanks dat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) toeziet op voldoende concurrentie in de regio en dat de keuzevrijheid van zwangere vrouwen wordt geborgd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Zorgverzekeringswet (Zvw), is het belangrijk om aandacht te blijven besteden aan deze thema's en zorgen waar mogelijk weg te nemen. Dit kan bijvoorbeeld door het blijven monitoren van de ervaren autonomie (zowel met betrekking tot de zorginhoud als het ondernemerschap) en de ervaren keuzevrijheid in de regio's en bij te sturen waar nodig. Daarnaast is het belangrijk om aandacht te blijven schenken aan de formele gelijkwaardigheid van de zorgdisciplines, waarvoor het Berenschot-rapport en de vsv-spiegel handvatten bieden (32, 33). Het is van belang dat alle betrokken partijen de ervaren ongelijkwaardigheid bij bepaalde disciplines erkennen.

Discussie over bekostigingshervorming in beeld gebracht, maar geen beeld over hoe vaak welke opvatting voorkomt

Dit briefrapport geeft inzicht in welke opvattingen in het veld bestaan over bekostigingshervorming in de geboortezorg door het toepassen van Q-methodologie. Deze methode heeft ons in staat gesteld om beschrijvingen van de verschillende opvattingen op te stellen. Door de factoranalyse van de rangschikkingen van de aspecten aangevuld met de interviews zijn de opvattingen op een systematische manier geïdentificeerd en vergeleken. Een beperking van Q-methodologie is dat het geen inzicht geeft in *hoe vaak* een bepaalde opvatting voorkomt onder alle betrokkenen (generaliseerbaarheid) en wat de eventuele samenhang is met karakteristieken van respondenten. Daarnaast is de compleetheid van het spectrum aan opvattingen afhankelijk van de geïncludeerde respondenten. Het is daardoor mogelijk dat een

additionele opvatting buiten beeld is gebleven. Door de variatie in respondenten (met betrekking tot discipline, geslacht, regio, mate van stedelijkheid, en experimentregio (ja/nee)) en het bereiken van saturatie (uit nieuwe rangschikkingen en interviews kwam geen nieuwe informatie) is dit risico beperkt.

3.3 Tot slot

Dit briefrapport geeft inzicht in de verschillende opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg. Op basis van de drie geïdentificeerde opvattingen kan gesteld worden dat een bekostigingshervorming in de geboortezorg gewenst is, maar dat er continu aandacht zal moeten zijn voor het gevoel van gelijkwaardigheid tussen de disciplines en het onderling vertrouwen tussen zorgverleners om zodoende draagvlak onder alle partijen te vergroten en te behouden. Verder blijkt uit deze studie dat het belangrijk is om eenheid van taal te creëren over de kernbegrippen omtrent bekostigingshervorming. Ook lijkt het monitoren van de effecten van integrale bekostiging op gezondheidsuitkomsten essentieel aangezien dit als belangrijkste einddoel wordt gezien van bekostigingshervorming. Het is van groot belang om te leren van succesvolle en minder succesvolle voorbeelden en oplossingen te delen met alle veldpartijen. Zo kan gekomen worden tot een passend bekostigingsmodel dat bijdraagt aan een verbeterde samenwerking tussen disciplines en daarmee betere uitkomsten voor moeder en kind.

Literatuur

1. Peristat. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. 2010.
2. Stichting PAN. A terme sterfte 2010 Perinatale audit: eerste verkenningen. Utrecht: Stichting Perinatale Audit Nederland; 2011.
3. RIVM. Factsheet Kansrijke Start 2019. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2019.
4. RIVM. Factsheet Monitor Kansrijke Start Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020.
5. RIVM. Factsheet Monitor Kansrijke Start. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021.
6. VWS. Actieprogramma Kansrijke Start. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn & Sport; 2018.
7. CPZ. Zorgstandaard 'Integrale geboortezorg' Versie 1.0 d.d. 11 januari 2016 (11e concept). Utrecht: College Perinatale Zorg; 2016.
8. CPZ. Implementatieplan van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. 2016.
9. CPZ. Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) [Available from: <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/geboortezorg-landschap/verloskundig-samenwerkingsverband/>].
10. NZa. Advies Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het stimuleren van samenwerking. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2012.
11. NZa. Quicksan en beleidsbrief Integrale geboortezorg: Samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns zorgaanbieders. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2015.
12. NZa. Contractafspraken integrale bekostiging geboortezorg 2017. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2017.
13. NZa. Vaststelling beleidsregel Integrale geboortezorg 2017. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2016.
14. NZa. Integrale geboortezorg - BR/REG-18150. NZa, Utrecht. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2015.
15. VWS. Kamerbrief rapporten zwangerschap en geboorte en reactie op Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn & Sport; 2016.
16. VWS. Kamerbrief - Voorhang integrale bekostiging geboortezorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; 2016.
17. VWS. Reactie op vragen voorhang integrale bekostiging. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn & Sport; 2016.
18. Common Eye. Stip op de horizon geboortezorg. 2021.
19. VWS. Voorhangbrief - passende bekostiging voor integrale geboortezorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn & Sport; 2022.
20. Watts S, Stenner P. Doing Q methodology: theory, method and interpretation 2012.
21. Van Eeten MJG. Recasting Intractable Policy Issues: The Wider Implications of The Netherlands Civil Aviation Controversy. J Policy Anal Manage 2001.

22. Patty NJS, van Dijk HM, Wallenburg I, Bal R, Helmerhorst TJM, van Exel J, et al. To vaccinate or not to vaccinate? Perspectives on HPV vaccination among girls, boys, and parents in the Netherlands: a Q-methodological study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):872.
23. Rotteveel AH, Reckers-Droog VT, Lambooij MS, de Wit GA, van Exel NJA. Societal views in the Netherlands on active disinvestment of publicly funded healthcare interventions. *Soc Sci Med*. 2021;272:113708.
24. Truijens D, van Exel J. Views on deceased organ donation in the Netherlands: A q-methodology study. *PLoS One*. 2019;14(5):e0216479.
25. Conrad DA, Vaughn M, Grembowski D, Marcus-Smith M. Implementing Value-Based Payment Reform: A Conceptual Framework and Case Examples. *Med Care Res Rev*. 2016;73(4):437-57.
26. de Vries EF, Scheefhals ZTM, de Bruin-Kooistra M, Baan CA, Struijs JN. A Scoping Review of Alternative Payment Models in Maternity Care: Insights in Key Design Elements and Effects on Health and Spending *International Journal of Integrated Care*. 2021.
27. RIVM. Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2016. Contract No.: RIVM-rapportnummer 2016-013.
28. RIVM. Geboortezorg in beeld. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018.
29. RIVM. Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 2020-09-09.
30. RIVM. Factsheet Bekostigingsmodellen Geboortezorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2017.
31. De juiste zorg op de juiste plek [Available from: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/>].
32. Berenschot. Samen (net)werken in de zorg: doorbreken van patronen. 2021.
33. CPZ. De VSV-spiegel [Available from: <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/organisatie-bekostiging/de-vsv-spiegel/>].
34. Frakt AB, Mayes R. Beyond capitation: how new payment experiments seek to find the 'sweet spot' in amount of risk providers and payers bear. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(9):1951-8.
35. J.N. Struijs EFdV, C.A. Baan, P.F. van Gils, M.B. Rosenthal. Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been. *The Commonwealth Fund*. 2020.

Lijst van afkortingen

ACM	Autoriteit Consument & Markt
CPZ	College Perinatale Zorg
HJGC	Haga Juliana Geboortecentrum
igo	integrale geboortezorgorganisatie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Seo	Structureel echoscopisch onderzoek
vsv	Verloskundig samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 1 Auteurs, interne referenten, wetenschappelijke adviescommissie

Auteurs

Dr. Eline de Vries, RIVM/VPZ/KZG en LUMC Campus Den Haag
Zoë Scheefhals, MSc, RIVM/VPZ/KZG en LUMC Campus Den Haag
Prof. Dr. Job van Exel, ESHPM
Dr. Jeroen Struijs , RIVM/VPZ/KZG en LUMC Campus Den Haag

Interne en externe referenten

Prof. Dr. Ardine de Wit, RIVM/VU Amsterdam
Dr. Adriënné Rotteveel, RIVM
Dr. Inge Boesveld, RIVM
Thom Bongaerts, MSc, LUMC
Prof. Dr. Caroline Baan, Tilburg University
Lisanne Kouwenberg, MD, MSc, RIVM

Wetenschappelijke adviescommissie

Prof. Dr. Arie Franx (voorzitter)
Prof. Dr. Corine Verhoeven
Prof. Dr. Jan Jaap Erwich
Prof. Dr. Koos van der Velden
Prof. Dr. Erik Schut
Dr. Esteriek de Miranda
Prof. Dr. Erik van Raaij
Dr. Jasper Been
Dr. Fleur Lambermon
Lisa Broeders, MSc

Met dank aan

De respondenten van de Q-methodologie studie waaronder bestuurders/managers, eerstelijnsverloskundigen, gynaecologen, onderzoekers, beleidsmedewerkers, zorgverzekeraars, kraamzorgbestuurders en vertegenwoordigers vanuit de betrokken beroepsverenigingen.

Bijlage 2 Kenmerken van de respondenten

Tabel B.2.1 Kenmerken respondenten

Kenmerk	n (%)
Geslacht	
Man	9 (27,3)
Vrouw	24 (72,7)
Leeftijd	
Gemiddelde	45,8
18-40	9 (27,3)
41 en ouder	24 (72,7)
Achtergrond	
Bestuurders kraamzorg	4 (12,1)
Eerstelijnsverloskundige / bestuurder	5 (15,2)
Eerstelijnsverloskundigen	5 (15,2)
Gynaecoloog / bestuurder	7 (21,2)
Gynaecologen	3 (9,1)
Zorgverzekeraars	3 (9,1)
Bestuurders	6 (18,2)
Actief in regio	
Stedelijk	21 (63,6)
Niet stedelijk	6 (18,2)
Landelijk	6 (18,2)
Ervaring met bekostigingsmodel	
Integrale bekostiging (en monodisciplinaire bekostiging)	7 (21,2)
Monodisciplinaire bekostiging	26 (78,8)

Bijlage 3 Gemiddelde rangschikking van de 46 aspecten per opvatting

De respondenten is gevraagd om 46 aspecten te rangschikken naar eigen voorkeur van 'minst belangrijk' naar 'meest belangrijk'. In Tabel B.3.1 is de gemiddelde rangschikking weergegeven per opvatting. Hierbij betekent +4 welke aspecten het meest belangrijk worden gevonden in de opvatting en -4 welke aspecten het minst belangrijk worden gevonden. 0 geeft aan dat een aspect als neutraal wordt gezien of dat men hier geen (duidelijke) mening over heeft. De extremen van de rangschikking (aspecten die het meest of juist het minst belangrijk worden gevonden; i.e. karakteriserend voor de opvatting) zijn vetgedrukt.

Tabel B.3.1 Gemiddelde rangschikking van de 46 aspecten per opvatting

Aspect no.	Aspect	Opvatting 1 (uitkomsten)	Opvatting 2 (gelijkwaardigheid)	Opvatting 3 (samenwerking)
1	De autonomie van zorgverleners	0	3	2
2	De bestaande onderlinge verhoudingen binnen de regio	-1	-1	4
3	De cliëntenparticipatie bij het vormgeven van de organisatie van de zorg in de regio	1	0	-1
4	De cliëntgerichtheid van de zorg voor iedere (aanstaande) moeder	2	2	0
5	De doelmatigheid van de zorg	3	4	-1
6	De eigen bijdrage aan de zorgkosten voor de (aanstaande) ouders	0	-1	-4
7	De ervaren gezondheid van de (aanstaande) moeder	2	1	-3
8	De financiële prikkels voor zorgaanbieders	0	0	2
9	De formele communicatie tussen zorgverleners	-1	-3	0
10	De hoeveelheid administratie	-1	-1	0
11	De identificatie en preventie van (hoog)risico zwangerschappen	3	0	2
12	De informele communicatie tussen zorgverleners	-2	0	2
13	De invloed van integrale bekostiging op het gedrag van zorgverleners	0	2	-1
14	De objectief gemeten gezondheid van de (aanstaande) moeder	4	1	-2
15	De objectief gemeten gezondheid van het kind	4	1	-3
16	De ondersteuning bij het invoeren en doorontwikkelen van integrale bekostiging	0	-2	2
17	De monodisciplinaire bekostiging	-4	-2	0

Aspect no.	Aspect	Opvatting 1 (uitkomsten)	Opvatting 2 (gelijkwaardigheid)	Opvatting 3 (samenwerking)
18	De samenwerking tussen de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg/het sociaal domein	1	-2	1
19	De samenwerking tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg	2	1	3
20	De stedelijkheid van de regio	-3	-2	-3
21	De tevredenheid met de zorg van de (aanstaande) moeder en haar partner	3	2	0
22	De toegankelijkheid van de zorg	2	1	-1
23	De visie van de verschillende beroepsverenigingen op integrale bekostiging	-3	0	0
24	De visie van zorgverzekeraars op integrale bekostiging	-4	-3	-2
25	De vormgeving van het integrale bekostigingsmodel in deelprestaties	-2	-4	-2
26	De vrijheid van de (aanstaande) moeder in de keuze van plaats en manier van bevallen	1	3	-1
27	De vrijheid van de (aanstaande) moeder in de keuze van zorgverlener(s)	0	3	-2
28	De werklust van het invoeren van integrale bekostiging	-2	-1	2
29	De zorguitgaven per zwangerschap	1	-2	-3
30	Een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier	3	-1	3
31	Eén of een team vaste zorgverlener(s) voor de (aanstaande) moeder	1	1	0
32	Het beperken van financiële risico's voor zorgaanbieders	-2	0	0
33	Het gevoel van gelijkwaardigheid tussen de verschillende disciplines in de geboortezorg	1	4	3
34	Het gevoel van zingeving van zorgverleners	-2	-1	1
35	Het inkomen van zorgverleners	-3	2	1
36	Het onderling vertrouwen tussen zorgverleners	2	2	4
37	Het proces van zorginkoop tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar	-2	-4	1
38	Het risico op monopolievorming in de regio	-3	1	-4
39	Het spanningsveld tussen samenwerking en competitie	-1	3	-1

Aspect no.	Aspect	Opvatting 1 (uitkomsten)	Opvatting 2 (gelijkwaardigheid)	Opvatting 3 (samenwerking)
40	Het stimuleren van innovatie	2	-3	1
41	Het verschuiven van taken naar andere zorgverleners	0	0	1
42	Het werkplezier van zorgverleners	1	2	1
43	Het wetenschappelijk bewijs voor de effecten van integrale bekostiging	0	-1	-2
44	Inspirerend leiderschap binnen de regio	-1	-3	3
45	Ondergebruik van zorg	-1	-2	-1
46	Overgebruik van zorg	-1	0	-2

Bijlage 4 Q-methodologie verder toegelicht

B.4.1 Q-methodologie

Voor het identificeren van de verschillende opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg is gebruik gemaakt van Q-methodologie. Dit is een methode die ontwikkeld is om het volledige spectrum aan opvattingen over een bepaald onderwerp te identificeren en beschrijven (20). Hierbij wordt gebruik gemaakt van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden. Met Q-methodologie kan subjectiviteit op een wetenschappelijke manier onderzocht worden. Het kan toegepast worden op vrijwel elk onderwerp waar mensen een mening over kunnen hebben en wordt steeds vaker gebruikt binnen de gezondheidswetenschappen en gezondheidseconomie (22-24).

Tijdens de dataverzameling worden respondenten gevraagd een set van aspecten te rangschikken naar eigen voorkeur (kwantitatieve data) en vervolgens wordt hen gevraagd om deze rangschikking toe te lichten tijdens een interview (kwalitatieve data) (20). In de kwantitatieve analyse worden clusters van gecorreleerde rangschikkingen geïdentificeerd door middel van *by-person* factor analyse. De impliciete aanname hierbij is dat respondenten die de aspecten op een vergelijkbare manier rangschikken, ook een vergelijkbare opvatting op het onderwerp in kwestie hebben.

B.4.2 Ontwikkeling van de aspecten set

Om er voor te zorgen dat alle deelnemers hun opvatting goed kunnen uitdrukken met het materiaal, is het belangrijk om een evenwichtige en volledige aspecten set te ontwikkelen. Daarom hebben we een theoretisch raamwerk ontwikkeld met als basis het conceptuele model van Conrad et al. (2016) (25) over de implementatie van *value-based* bekostigingshervorming. Dit model hebben we verder aangevuld op basis van de wetenschappelijke literatuur over alternatieve bekostigingsmodellen in het algemeen en specifiek in de geboortezorg (26, 34, 35). Vervolgens hebben we het raamwerk verder uitgewerkt op basis van kwalitatieve data uit eerder onderzoek rondom integrale bekostiging van de Nederlandse geboortezorg (28, 29) en met informatie uit overheidsdocumenten, brieven, nieuwsberichten en online fora. Vier experts (twee experts op het gebied van alternatieve bekostiging en twee experts uit de geboortezorg) hebben het theoretisch raamwerk gecontroleerd op compleetheid.

Op basis van het raamwerk is een eerste versie van de aspecten set ontwikkeld door de onderzoekers. Hierbij is een selectie gemaakt van de meest relevante elementen uit het raamwerk waarbij vervolgens een aspecten set is opgesteld. De selectie van aspecten en formulering van de verschillende aspecten is besproken en verbeterd door de onderzoekers in drie consensus bijeenkomsten. Dit heeft geleid tot een set van 46 aspecten. Vervolgens is de concept aspecten set voorgelegd aan twee onderzoekers, die niet betrokken waren bij het onderzoek, om te controleren op duidelijkheid, eenduidigheid, overlap en formulering van de aspecten. Op basis van hun commentaar zijn er nog enkele kleine aanpassingen doorgevoerd in de aspecten set. Hierna is de pilot

gestart met vier respondenten uit verschillende regio's en disciplines om al het materiaal voor de dataverzameling nog een keer te testen. Naar aanleiding van hun commentaar zijn er nog een aantal kleine wijzigingen in de aspecten set gemaakt (drie aspecten zijn aangepast: 17, 18, 41) en de toelichting vooraf voor respondenten is nog wat uitgebreid en verduidelijkt. Ook hebben we de onderzoeksvraag aan respondenten boven het *sorting-grid* (zie Figuur 2) geschreven als herinnering tijdens het rangschikken van de aspecten.

B.4.3 Dataverzameling

Voor aanvang van de dataverzameling is dit onderzoek voorgelegd aan het Klinisch Expertise Centrum (KEC) bij het RIVM. De KEC heeft geoordeeld dat dit onderzoek niet WMO-plichtig is (studienummer: VPZ-492).

In totaal hebben 33 respondenten deelgenomen aan dit onderzoek. Deelnemers zijn geworven via de verschillende beroepsverenigingen, via het CPZ en via andere deelnemers aan dit onderzoek. Voor de selectie van deelnemers is gebruik gemaakt van *purposive sampling* en is gelet op een goede verdeling op kenmerken die invloed kunnen hebben op hun opvatting op bekostigingshervorming in de geboortezorg (zoals leeftijd, functie, regio, jaren ervaring, geslacht en het type bekostigingsmodel waarmee ze werken).

Vanwege de COVID-19 pandemie is gekozen voor een hybride aanpak voor de dataverzameling. Hierbij is het materiaal voor de rangschikking per post opgestuurd naar de respondenten, zodat zij de rangschikking fysiek uit konden voeren tijdens het interview. De interviews zijn uitgevoerd via Microsoft Teams. Na een korte introductie en toelichting is de respondenten gevraagd de envelop te openen en de rangschikking uit te voeren. Hierbij moesten zij de 46 aspecten rondom bekostigingshervorming in de geboortezorg rangschikken van 'minst belangrijk' naar 'meest belangrijk'. Na afloop hiervan is een interview afgenomen waarin de respondenten is gevraagd hun rangschikking toe te lichten en daarnaast naar enkele achtergrondkenmerken is gevraagd. Dit gedeelte van het gesprek is opgenomen (alleen audio) na toestemming van de respondent.

B.4.4 Analyse en interpretatie

By-person factor analyse is gebruikt om patronen te identificeren in de rangschikkingen van de aspecten en vervolgens is een gemiddelde, ideale rangschikking voor elk cluster opgesteld (20). Op basis van deze resultaten van de kwantitatieve analyse en het kwalitatieve materiaal uit de interviews, is een interpretatie gemaakt van de verschillende clusters en bijbehorende, unieke opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg.

Voor de kwantitatieve analyse is gekozen voor *principal axis factoring* als extractiemethode voor de factoren in verband met de aanwezigheid van een algemene factor (opvatting waar vrijwel alle respondenten mee correleren). Daarnaast is gekozen voor *direct oblimin* als rotatiemethode. Vanaf twee rangschikkingen met een negatieve lading op een factor werd de factor gemarkeerd als bipolair en op twee

manieren geïnterpreteerd. Dit was echter niet het geval bij de factoren in dit onderzoek.

Er is uiteindelijk gekozen voor een 3-factoroplossing, oftewel drie unieke opvattingen over bekostigingshervorming in de geboortezorg. Statistisch gezien waren er 8 factoren mogelijk (Eigenvalue >1, dit houdt in dat een factor meer verklaart dan één afzonderlijke rangschikking). Vervolgens is gekeken naar de verklaarde variantie en de inhoud van de factoren en hieruit bleken er maximaal 5 factoren relevant. Hierna is het criterium van 'minimaal 2 gecorreleerde rangschikkingen per factor' getoetst, waarbij de vijfde factor is afgevallen. Daarna zijn de 4- en 3-factoroplossingen vergeleken. De eerste drie factoren uit de 4-factoroplossing bleken sterk gecorreleerd te zijn (>0.90) met de factoren uit de 3-factoroplossing. Dit houdt in dat die eerste 3 factoren vrijwel hetzelfde zijn in de twee verschillende oplossingen. Alleen de vierde factor onderscheidt de twee oplossingen dus van elkaar. Deze vierde factor bleek veel overlap te hebben met factor 1. Om die reden is gekozen voor de 3-factoroplossing.

Deze drie factoren verklaren samen 51% van de variantie in de data en er zijn respectievelijk 17, 6 en 5 rangschikkingen geassocieerd met de drie factoren. Drie rangschikkingen waren met geen van de drie factoren significant geassocieerd. De rangschikking van een respondent is significant gecorreleerd met een factor wanneer de correlatie groter of gelijk is aan 0.29 (bij 46 aspecten) en $p < 0.05$. Eigenvalues varieerden van 7.5 tot 2.1. Correlaties tussen de drie factoren waren matig (factoren 1-2, 0.40) tot zwak (factoren 1-3, 0.08; factoren 2-3, 0.02). Voor de interpretatie en beschrijving van de verschillende opvattingen is afwisselend gebruik gemaakt van zowel het kwantitatieve en kwalitatieve materiaal. Hierbij is gekeken naar de aspecten die bij elke opvatting het hoogste (+4 en +3) en het laagste (-4 en -3) zijn gerangschikt. Ook is gekeken naar de aspecten die significant anders gerangschikt waren dan bij de andere opvattingen. In het interview materiaal is vervolgens gekeken naar de juiste duiding hiervan voor elke opvatting. Ook is gezocht naar illustrerende quotes om de opvatting nog beter te kunnen beschrijven. Tot slot, is gekeken naar de aspecten die vergelijkbaar waren gerangschikt in alle opvattingen omdat dit een aanwijzing is voor de onderwerpen waar, alleen op basis van de rangschikking, al consensus over is. Dit waren de aspecten over taakverschuiving (aspect 41; 0-1), werkplezier (aspect 42; 1-2), ondergebruik (aspect 45; -1--2) en stedelijkheid (aspect 20; -2--3).

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag