

Kostprijsonderzoek prostaglandine

(Deel B)

Addendum bij kostenonderzoek abortuszorg

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Barneveld, 25 september 2015

Referentie: NB/rg/15.245

Versie: 1

Auteur(s): Nienke Boneschansker, Coby Peeters en Ruud Plu

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1 Achtergrond en aanleiding	7
1.2 Doelstelling en afbakening van het onderzoek	7
1.3 Onderzoeksverantwoording	8
1.3.1 Onderzoeksproces	8
1.3.2 Toelichting op de rapportage	10
2. Gebruik van prostaglandine in de klinieken	12
2.1 Implementatie richtlijn	12
2.2 Impact van het gebruik van prostaglandine	12
2.2.1 Kosten van medicijnen	12
2.2.2 Tijdsbesteding door professionals	13
2.2.3 Impact op de bedrijfsvoering van klinieken	14
2.3 Gebruik van prostaglandine in ziekenhuizen	15
3. Kostprijsanalyse prostaglandine	16
3.1 Model voor kostentoerekening en gebruikte verdeelsleutels	16
3.2 Berekening van kostprijzen	17
3.3 Scenario-analyse tarieven	20
3.4 Gevoeligheidsanalyse bedrijfsvoering	21

Managementsamenvatting

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) heeft Significant onderzocht wat de kosten zijn die gerelateerd zijn aan het gebruik van prostaglandine in abortusklinieken. Klinieken gebruiken het middel misoprostol. Momenteel worden de meerkosten van behandelingen met prostaglandine gefinancierd in een aparte opslag bovenop het basistarief, de prostaglandine opslag. Dit onderzoek is een aanvullend onderzoek op het eerder uitgevoerde kostenonderzoek abortuszorg. Deze rapportage is daarom opgesteld als addendum (deel B) bij de eerdere rapportage.

Aanleiding voor het aanvullende onderzoek is de door de beroepsgroep aangekondigde aanpassing van de bestaande richtlijn 'Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan'. In de herziene richtlijn wordt het gebruik van prostaglandine geadviseerd voor alle instrumentele zwangerschapsafbrekingen. Het onderzoek richt zich op de werkwijze in vijf van de dertien klinieken die sinds 2013, het referentiejaar van het eerdere onderzoek, in toenemende mate gebruikmaken van prostaglandine.

Het voorliggende onderzoek is gericht op een tijdelijke aanpassing van de opslag voor prostaglandine bij toepassing van de richtlijn, welke overigens nog niet gepubliceerd is. Deze opslag kan daarom alleen gebaseerd worden op een mix van kwalitatieve en kwantitatieve inzichten. Vervolgens beschrijven we wat de impact kan zijn van de richtlijn op de bedrijfsvoering in de klinieken om het gelijke cliëntenaantal te kunnen realiseren.

De medicijnkosten (het middel misoprostol en eventuele extra pijnstilling) bij prostaglandinebehandelingen zijn laag. Groter is de impact op de tijdsbesteding van professionals en daarmee op de bedrijfsvoering van de klinieken. Het gebruik van prostaglandine was in 2013 al gangbaar bij tweede trimesterbehandelingen (hierna: T2). Met de herziene richtlijn gaat dit ook van toepassing zijn op eerste trimesterbehandelingen (hierna: T1). Het effect van de toepassing van prostaglandine op het behandelproces betekent vooral een grotere tijdsbelasting van professionals in de activiteiten voorafgaand aan de zwangerschapsafbreking. Belangrijkste impact op het behandelproces is de uitleg over de werking van het middel, de langere doorlooptijd van de behandeling en de extra zorg die nodig is bij het optreden van bijwerkingen tussen het toedienen van de prostaglandine en de zwangerschapsafbreking. Deze effecten zijn zowel kwalitatief als kwantitatief in kaart gebracht.

Het onderzoek is uitgevoerd onder vijf klinieken, zowel grote als kleine. De keuze voor de vijf klinieken is ingegeven door ervaring met het gebruik van prostaglandine. Daardoor zijn in dit onderzoek klinieken met tweede trimesterbehandelingen oververtegenwoordigd.

De kwantitatieve informatie in het eerdere onderzoek is aangevuld met nieuwe inzichten over de tijdsbesteding van verpleegkundigen en artsen in de vijf klinieken. Ook zijn inschattingen gemaakt van het aantal prestaties onder de herziene richtlijn, gebaseerd op de productiecijfers in 2013. Met deze aanpassingen is een kostentoerekening gemaakt alsof de klinieken werken volgens de richtlijn. Dit vormt een hypothetische productie bij 100% toepassing van prostaglandine. Daarbij is het totaal aantal behandelingen gelijk verondersteld.

Net als in de eerdere rapportage berekenen we de kostprijzen van de verschillende prestaties door de tijdsbestedingsgegevens op verschillende manieren mee te nemen:

1. Directe loonkosten op basis van tijdsbesteding per kliniek, niet directe kosten gelijkelijk verdeeld;
2. Directe loonkosten en niet directe kosten op basis van tijdsbesteding per kliniek;
3. Directe loonkosten en niet directe kosten op basis van Q1¹ tijdsbesteding;
4. Directe loonkosten en niet directe kosten op basis van mediane tijdsbesteding;
5. Directe loonkosten en niet directe kosten op basis van Q3 tijdsbesteding.

In het eerdere onderzoek is ervoor gekozen met de rekenwijzen 3 tot 5 verder te werken. In tabel 1 hieronder zijn daarom de berekende kostprijzen per prestatie weergegeven voor rekenwijzen 3 tot en met 5, waarbij de verschillende type behandelingen op volgorde van zwaarte van de behandeling in kolommen staan weergegeven. 'T1zonder' staat bijvoorbeeld voor een eerste trimesterbehandeling zonder aanvullende behandeling. 'T1pros' staat voor een eerste trimesterbehandeling met prostaglandine, bij 'T1narc' wordt geen prostaglandine maar wel narcose toegepast en 'T2beiden' staat voor een vergevorderde tweede trimesterbehandeling (T2b) met zowel narcose als prostaglandine. Omdat bij T2b-behandelingen bijna altijd narcose wordt toegepast, was de kostentoerekening voor de prestatie met alleen prostaglandine niet voldoende betrouwbaar te bepalen. Deze kolom in tabel 1 is daarom leeg gelaten.

In elk van de drie gehanteerde rekenwijzen vormt de tijdsbesteding van professionals de basis voor de toerekening van de kosten. Hierdoor is aan de zwaardere behandelingen, die meer tijd vragen van professionals, naar verhouding een groter aandeel van de kosten toegerekend. Door hypothetische toepassing van de richtlijn zijn geen kosten toegerekend aan prestaties zonder prostaglandine, immers dit aantal zal met toepassing van de richtlijn laag worden.

wijze van toerekening	consult	T1zonder	T1pros	T1narc	T1beiden	T2zonder	T2apros	T2anarc	T2beiden	T2bzonder	T2bpros	T2bnarc	T2bbeiden
3. Directe loonkosten en niet directe kosten obv Q1 tijdsbesteding	€ 96	geen productie op deze prestatie	€ 409	geen productie op deze prestatie	€ 481	geen productie op deze prestatie	€ 620	geen productie op deze prestatie	€ 657	geen productie op deze prestatie	onvoldoende gegevens beschikbaar	geen productie op deze prestatie	€ 729
4. Directe loonkosten en niet directe kosten obv mediane tijdsbesteding	€ 121		€ 407		€ 475		€ 603		€ 640				€ 706
5. Directe loonkosten en niet directe kosten obv Q3 tijdsbesteding	€ 132		€ 402		€ 473		€ 567		€ 628				€ 707
Huidig tarief	€ 82	€ 364	€ 710	€ 480	€ 827	€ 562	€ 908	€ 678	€ 1.025	€ 562	€ 908	€ 678	€ 1.025

T1 = eerste trimester zwangerschapsafbreking, T2a = tweede trimester zwangerschapsafbreking fase 2A, T2b = tweede trimester zwangerschapsafbreking fase 2B zonder = ingreep zonder aanvullingen, pros = ingreep met prostaglandine behandeling, narc = ingreep onder narcose,

Tabel 1. Toegerekende kosten per prestatie voor verschillende combinaties van verdeelsleutels².

Rekenwijze 3 in tabel 1 laat een patroon van toenemende toegerekende kosten zien dat passend lijkt te zijn vanwege enerzijds het lagere consulttarief en anderzijds de toenemende kosten voor zwaardere behandelingen. Dit is de rekenwijze die daarom in de verdere analyses wordt gehanteerd.

¹ Kwartielen verdelen de geordende waargenomen kosten in vier gelijke delen met elk 25% van de waarnemingen. Hierbij geeft Q1 de getswaarde aan waaronder 25% van de waarnemingen liggen, de mediaan is de getswaarde waaronder 50% van de waarnemingen liggen en Q3 de getswaarde waaronder 75% van de waarnemingen liggen.

² Er wordt in de huidige tarieven bij de tweede trimester zwangerschapsafbrekingen geen onderscheid gemaakt tussen de fase 2A en 2B ingrepen.

De kosten gerelateerd aan het gebruik van prostaglandine alleen zijn door de onderzoeksopzet niet direct af te leiden uit tabel 1. Wel geeft de tabel inzicht in enerzijds de toegerekende kosten aan de verschillende prestaties met prostaglandine en anderzijds het huidige tarief, met en zonder prostaglandine. Voor een T1-behandeling zonder narcose is dit verschil € 45 (€ 409 - € 364). Voor de T1-behandeling met narcose is dit verschil € 1 (€ 481 - € 480). Dat deze bedragen zo van elkaar verschillen is waarschijnlijk een gevolg van de wijze waarop de bestaande tarieven tot stand zijn gekomen. Omdat de opslag voor narcose als extra onzekere factor geldt in de vergelijking met huidige tarieven, hanteren we steeds het verschil ten opzichte van het basistarief zonder prostaglandine. Met een keuze voor een eerste trimesterbehandeling als grondslag zou de opslag voor prostaglandine € 45 zijn. Als T2a wordt gekozen als grondslag komt de opslag voor prostaglandine neer op € 58 (€ 620 - € 562). Omdat bij de verder gevorderde zwangerschappen, de zogenaamde T2b-behandelingen, vrijwel altijd narcose wordt toegepast, laten we de berekende opslag voor prostaglandine voor T2b-behandelingen buiten beschouwing.

De uitkomsten met een tweede trimesterbehandeling als grondslag zijn hoger dan met een eerste trimesterbehandeling als grondslag. Een deel van de verklaring hiervoor kan zijn dat door de langere inwerktijd bij een T2-behandeling meer ad hoc-zorg van de verpleegkundige nodig is dan bij een T1-behandeling. Een andere verklaring voor deze verschillende uitkomsten ligt waarschijnlijk grotendeels in de wijze waarop de huidige tarieven tot stand zijn gekomen. De tarieven voor de componenten eerste trimester, tweede trimester en narcose zijn nu niet gebaseerd op een kostenonderzoek. Ook maakt het huidige tarief voor een tweede trimesterbehandeling geen onderscheid tussen de fase 2A en 2B-ingrepen.

Een keuze voor een passende opslag prostaglandine kan gebaseerd worden op een vergelijking van de totale opbrengsten van de vijf klinieken en de kosten van deze klinieken. Immers, voor zowel VWS als de klinieken is het relevant of nieuwe tarieven kostendekkend zijn. Wij hebben daarom verschillende opties voor de tariefgrondslag doorerekend in een scenario-analyse. Daarbij zijn steeds de opbrengsten van de vijf klinieken samen vergeleken met de aan abortuszorg toegerekende kosten van deze vijf klinieken. De conclusies van deze scenario-analyse zijn:

- a. De aangepaste, hypothetische productieaantallen waarbij prostaglandine in vrijwel alle behandelingen wordt toegepast, in combinatie met de tarieven in 2015 leidt tot een opbrengst voor klinieken die 61% hoger is dan de kosten in 2013. Ook met het ontbreken van een index voor stijging van kosten tussen 2013 en 2015 is duidelijk dat een aanpassing van de opslag voor prostaglandine nodig is;
- b. Wanneer tarieven worden gebaseerd op de uitkomsten in tabel 1 (met zowel rekenwijzen 3, 4 als 5) zijn de opgetelde opbrengsten voor abortuszorg in de vijf klinieken 2% hoger dan de opgetelde kosten toegerekend aan abortuszorg. Dit betekent dat met de uitkomsten, zoals opgenomen in tabel 1, alle kosten zijn toegerekend aan de verschillende prestaties;
- c. Wanneer het ministerie ervoor kiest om alleen de opslag prostaglandine aan te passen zijn er drie opties: € 45, € 58 of een gedifferentieerde opslag met € 45 in T1 en € 58 in T2. In de hypothetische situatie dat alle behandelingen met prostaglandine worden uitgevoerd, zijn de opbrengsten van de vijf klinieken, met gelijkblijvende aantallen cliënten, respectievelijk 6%, 8% of 7% hoger dan de kosten. De kostendekkendheid per kliniek kan afwijken van het beeld van de vijf klinieken samen.

Zoals eerder opgemerkt is door de keuze voor de onderzoeksgroep een oververtegenwoordiging ontstaan van T2-behandelingen. Dit is de reden waarom de uitkomsten van dit onderzoek zoals weergegeven in tabel 1 niet de basis kunnen zijn voor een herijking van alle abortustarieven.

Op basis van de verzamelde inzichten, inclusief de aannames zoals hierboven benoemd, lijkt een gedifferentieerde opslag voor prostaglandine passend. Dit betekent een tijdelijke opslag prostaglandine in het eerste trimester van € 45 en in het tweede trimester van € 58. Het gebruik van prostaglandine bij alle behandelingen heeft ook impact op de bedrijfsvoering van de klinieken. Vanwege de sterk wisselende hulpvraag en het relatief groot aantal vrouwen dat niet op de gemaakte afspraak komt opdagen (no-show), is de abortuszorg in het algemeen lastig te plannen. Hierdoor is de impact van prostaglandine op de bedrijfsvoering niet exact aan te geven. Wel is duidelijk dat door de inwerktijd van prostaglandine het gehele programma in de kliniek naar achteren verschuift. Klinieken geven aan dat het 'met hangen en wurgen' lukt om momenteel hetzelfde aantal cliënten te kunnen behandelen. Dit vraagt flexibiliteit van personeel en cliënten. De klinieken geven aan ook na te denken over meer structurele oplossingen zoals ruimere openingstijden, een extra halve dag open of het draaien van een extra programma. De exacte impact van de richtlijn op de bedrijfsvoering, en daarmee ook van de noodzaak van deze structurele oplossingen zal ook afhangen van de voorgeschreven inwerktijd en de dosering van prostaglandine in de richtlijn. Mogelijk wijkt die af van de inwerktijd van prostaglandine die nu bij de klinieken in ons onderzoek wordt gehanteerd.

Indien de klinieken hun huidige openingstijden ongewijzigd zouden laten, verwachten zij bij toepassing van de aangekondigde richtlijn een afname van 10% tot 20% van het aantal cliënten dat ze per dag kunnen behandelen. Een belangrijke bepalende variabele voor deze schattingen is de duur van de inwerktijd van prostaglandine, die op dit moment nog niet uniform wordt toegepast. Een andere belangrijke bepalende variabele is de mate waarin de klinieken via flexibiliteit in de organisatie kunnen compenseren voor het gewijzigde werkproces bij toepassing van de richtlijn. De exacte impact op de bedrijfsvoering is daarom op dit moment niet te bepalen. Wij adviseren het ministerie om een nieuwe herijking van alle tarieven uit te voeren op het moment dat de klinieken hun nieuwe processen hebben aangepast, zodat feitelijke gegevens beschikbaar zijn over zowel aantallen behandelingen als de daaraan verbonden kosten.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond en aanleiding

01 Abortusklinieken worden op twee manieren bekostigd: voor WLZ-verzekerden (voor 2015: AWBZ-gerechtigden) ontvangen klinieken een subsidie, niet WLZ-verzekerden (voor 2015: niet AWBZ-gerechtigden) betalen de verleende diensten zelf. De subsidieregeling voor abortusklinieken is vastgelegd in de Regeling subsidies AWBZ binnen de Kaderwet VWS-subsidies³.

02 De hoogte van de subsidie is direct gekoppeld aan het aantal verrichte zwangerschapsafbrekingen, waarbij vooraf vastgestelde tarieven en opslagen worden gehanteerd. In de abortuszorg zijn in de subsidieregeling per termijn van zwangerschapsafbreking vier prestaties benoemd: een behandeling zonder enige aanvulling, een behandeling met prostaglandine, een behandeling onder narcose en een behandeling met prostaglandine onder narcose. De gehanteerde tarieven voor de behandelingen gaan uit van een basistarief voor de zwangerschapsafbreking in een termijn, waarbij de aanvullingen een vast tarief krijgen waarmee deze vergoeding wordt verhoogd.

03 Om deze tarieven te evalueren en eventueel aangepaste tarieven te onderbouwen, heeft het ministerie van VWS een kostenonderzoek laten uitvoeren onder alle abortusklinieken. Hiervoor zijn de gegevens over 2013 gebruikt. Aangezien in dit jaar een aantal behandelingen niet of nauwelijks is uitgevoerd, was het op basis van dit onderzoek niet voor alle tariefcomponenten mogelijk eventuele aanpassingen in de tarieven te doen die goed onderbouwd zijn. Een voorbeeld hiervan is de opslag voor prostaglandine. Het gebruik van prostaglandine is tussen 2013 en medio 2015 echter sterk toegenomen vanwege de door de beroepsgroep aangekondigde aanpassing van de richtlijn 'Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan'. Dit vormt de aanleiding voor VWS om aanvullend onderzoek te laten doen, specifiek naar de kosten gerelateerd aan prostaglandine.

1.2 Doelstelling en afbakening van het onderzoek

04 VWS heeft als hoofdvraag geformuleerd: 'Wat zijn de kosten gerelateerd aan het gebruik van prostaglandine bij eerste trimester zwangerschapsafbrekingen met of zonder gebruik van narcose en bij tweede trimester zwangerschapsafbrekingen met of zonder het gebruik van narcose?'.

05 Dit onderzoek is een aanvullend onderzoek om de kosten inzichtelijk te maken die voortkomen uit de extra tijd die verschillende professionals besteden boven de tijd die zij besteden aan een zwangerschapsafbreking zonder prostaglandine. Met deze informatie kan VWS een eventuele aanpassing van de prostaglandine opslag onderbouwen. Het onderzoek maakt ook de verschillen in bovenstaande extra tijdsbesteding in de verschillende fasen (eerste trimester, trimester 2A en trimester 2B) van de zwangerschap inzichtelijk. Met deze informatie kan VWS kiezen of een gedifferentieerde opslag nodig is voor deze verschillende fasen.

³ Omdat dit onderzoek gebruikmaakt van de gegevens over 2013, is in de uitvraag naar het aantal behandelingen per prestatie wel een onderscheid gemaakt tussen AWBZ en niet-AWBZ.

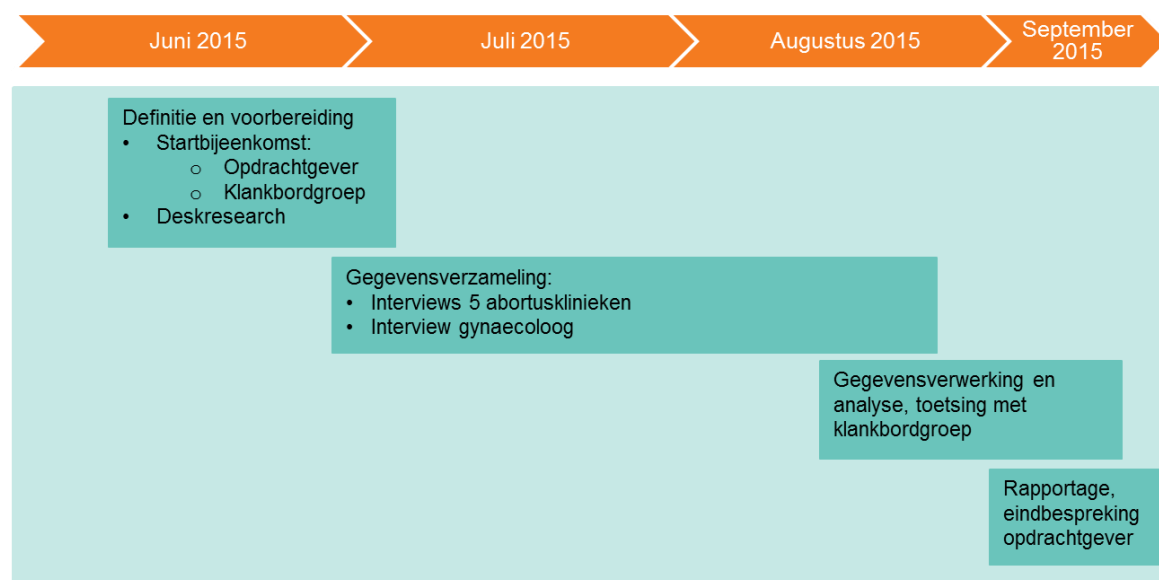
06 De focus in dit onderzoek is erop gericht meer inzicht te krijgen in de reële tijdsbesteding die gemoeid gaat met het toepassen van prostaglandine, in elk van de prestaties zoals hierboven genoemd. De salariskosten zijn in het eerdere onderzoek voldoende in beeld gebracht voor een toekomstige tariefonderbouwing. Overige mogelijke extra kosten zijn gerelateerd aan het gebruik van bewakingsapparatuur. Deze bewakingsapparatuur behoort tot de vaste kosten van een kliniek en deze zijn in het afgeronde kostenonderzoek toegeschreven aan alle behandelingen waarin een zwangerschap wordt afgebroken, ongeacht het gebruik van narcose en/of prostaglandine. De bewakingsapparatuur is hiermee geen onderdeel van de prostaglandine opslag. Ook het normatieve huisvestingscomponent (hierna: NHC) wordt in dit aanvullende onderzoek buiten beschouwing gelaten.

07 Het onderzoek gaat niet in op de medische aspecten van de toepassing van prostaglandine en doet geen uitspraken over het professioneel handelen in de klinieken.

1.3 Onderzoeksverantwoording

1.3.1 Onderzoeksproces

08 Figuur 1 geeft een overzicht van het onderzoeksproces. Per onderdeel is een korte beschrijving opgenomen.



Figuur 1. Onderzoeksproces.

Definitie en voorbereiding

09 Het onderzoek is gestart met een bijeenkomst met de opdrachtgever, een beperkte aanvullende documentenstudie en een bijeenkomst met de klankbordgroep die ook heeft meegewerkt aan het eerdere kostenonderzoek. Samen met de opdrachtgever en de klankbordgroep is besproken welke klinieken

prostaglandine toepassen en daarom worden betrokken in het aanvullende onderzoek. Vijf van de dertien klinieken zijn geselecteerd.

10 Onder de vijf klinieken zijn zowel grote als kleine klinieken geselecteerd. De selectie van vijf klinieken dekt 38% van alle abortuszorg in 2013, en vrijwel 100% van de behandelingen die in 2013 zijn uitgevoerd met prostaglandine. De vijf klinieken hebben een relatief groter aandeel tweede trimesterbehandelingen (34%) ten opzichte van de totale groep abortusklinieken (18%). In dit onderzoek zijn de klinieken waar tweede trimesterbehandelingen worden uitgevoerd oververtegenwoordigd. Dit is een direct gevolg van de keuze voor klinieken die ervaring hebben met prostaglandine. De selectie van vijf klinieken is daarom niet geheel representatief voor de dertien klinieken in deel A van het onderzoek en de resultaten van beide onderzoeken zijn onderling niet vergelijkbaar. Het effect van de selectie van vijf klinieken op de interpretatie van de uitkomsten wordt besproken in hoofdstuk 3.

Aantal prestaties (som AWBZ en niet-AWBZ)	13 klinieken	5 klinieken	Aandeel in onderzoek
Consult	9773	3381	35%
1e trimester: zonder aanvullende behandeling	11030	3470	31%
1e trimester: met prostaglandine	231	224	97%
1e trimester: onder narcose	11600	3585	31%
1e trimester: met prostaglandine en onder narcose	Geen productie op deze prestatie		
2e trimester: zonder aanvullende behandeling (2a)	111	35	32%
2e trimester: met prostaglandine (2a)	5	5	100%
2e trimester: onder narcose (2a)	2379	1435	60%
2e trimester: met prostaglandine en onder narcose (2a)	362	362	100%
2e trimester: zonder aanvullende behandeling (2b)	Geen productie op deze prestatie		
2e trimester: met prostaglandine (2b)	16	11	69%
2e trimester: onder narcose (2b)	Geen productie op deze prestatie		
2e trimester: met prostaglandine en onder narcose (2b)	2025	1882	93%
Totaal	37532	14390	38%

Tabel 2. Representativiteit van de vijf geselecteerde klinieken.

Gegevensverzameling

11 De voor dit onderzoek relevante informatie is verkregen tijdens interviews bij deze vijf klinieken. In elke kliniek is gesproken met een verpleegkundige en een arts. Tijdens het interview is een topiclijst gehanteerd met het behandelingsproces als uitgangspunt. Per deelactiviteit is professionals gevraagd om zowel de taakverdeling als de daadwerkelijk aan de cliënt bestede tijd op te geven. Hierbij is ook de tijd meegenomen van activiteiten die de professional bij slechts een deel van de cliënten uitvoert, zoals bijvoorbeeld de nacontrole. De professionals hebben hiervoor een schatting gegeven van de benodigde tijd voor de activiteit en het percentage cliënten waarbij de activiteit van toepassing is. Een beschrijving van een doorsneedag, het aantal cliënten met verschillende behandelingen helpt om de consistentie in de antwoorden te controleren. Aandacht is besteed aan voor de prostaglandine specifieke deelactiviteiten, het verschil tussen een eerste en tweede, 2A en 2B, trimesterbehandeling en het verschil tussen een aanvulling met prostaglandine die met of zonder narcose plaatsvindt.

12 Om te toetsen in hoeverre de door de klinieken geschetste tijdsbesteding aannemelijk is, is ook gesproken met een gynaecoloog die niet werkzaam is bij een abortuskliniek maar in een reguliere ziekenhuis te maken heeft met zwangerschapsafbreking.

Gegevensverwerking en analyse

13 De informatie verzameld in de interviews is eerst in kwalitatieve zin geanalyseerd. Het analysebestand met daarin alle verzamelde informatie van het eerdere onderzoek vormt het startpunt van de analyses. Daarin zijn achtereenvolgens de volgende acties uitgevoerd:

- a. **Aantal klinieken.** Informatie van de niet-geselecteerde klinieken is verwijderd. De resultaten van de vijf geselecteerde klinieken zijn vergeleken met de resultaten uit het eerdere onderzoek om de impact van de stap, en daarmee de representativiteit van deze stap te beoordelen;
- b. **Tijd en aantallen.** De verzamelde tijdsinschattingen in de vijf klinieken zijn opgenomen in het analysebestand. Omdat gegevens ontbreken over het aantal prestaties bij toepassing van de richtlijn, werken we met de hypothese dat elke behandeling uitgevoerd in 2013 zal worden uitgevoerd met prostaglandine. Het totaal aantal prestaties per kliniek is in deze stap ongewijzigd, alleen de verdeling over de verschillende soorten behandelingen is aangepast, met uitzondering van consulten. Met deze hypothetische productiecijfers maken we een kostentoerekening 'alsof' de klinieken volgens de richtlijn werken;
- c. **Medicijnkosten.** De medicijnkosten prostaglandine zijn gebaseerd op de catalogusprijs in plaats van de medicijnkosten in boekhouding van 2013.

14 Tijdens de eerste klankbordgroepbijeenkomst kwam naar voren dat een toename van het gebruik van prostaglandine in de klinieken ook invloed heeft op hun bedrijfsvoering. Dit onderwerp is aan de orde gesteld tijdens de interviews én in de tweede klankbordgroepbijeenkomst. De klankbordgroepleden hebben inschattingen gemaakt voor het aantal cliënten dat minder behandeld kan worden in de kliniek bij bredere toepassing van prostaglandine indien de huidige openingstijden gehandhaafd blijven. Deze schattingen zijn vertaald in een gevoeligheidsanalyse op de uitkomsten van het kostenonderzoek.

Rapportage

15 De uitkomsten van dit onderzoek zijn vastgelegd in deze rapportage als addendum (deel B) op het eerdere onderzoek. Voor een beschrijving van het analysemodel en de methodiek voor kostentoerekening verwijst dit rapport naar de rapportage van het eerdere onderzoek.

1.3.2 Toelichting op de rapportage

16 De resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd in hoofdstuk 2 en 3. Hoofdstuk 2 start met een toelichting over de richtlijn en beschrijft vervolgens kwalitatief welke invloed het gebruik van prostaglandine heeft op de kosten van de klinieken. Daarbij komen achtereenvolgens aan de orde de geneesmiddelen, de tijdsbesteding en de bedrijfsvoering.

- 17 Hoofdstuk 3 beschrijft de kwantitatieve resultaten. Daarbij is een combinatie gemaakt van de kosteninformatie verzameld over het referentiejaar 2013 en hypothetische productiecijfers bij toepassing van de richtlijn. Voor deze situatie zijn immers nog geen betrouwbare productiecijfers bekend. Doel van deze analyse is het berekenen van de kosten gerelateerd aan de verschillende prestaties in de verschillende trimesters (1, 2A en 2B), waarbij de kostentoerekening plaatsvindt conform de rekenregels uit het eerdere onderzoek.
- 18 In aanvulling hierop wordt in hoofdstuk 3 een gevoeligheidsanalyse beschreven die inzichtelijk maakt wat de gevolgen zijn voor de bedrijfsvoering wanneer het merendeel van de cliënten behandeld wordt met prostaglandine.

2. Gebruik van prostaglandine in de klinieken

2.1 Implementatie richtlijn

¹⁹ Een werkgroep van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) werkt momenteel aan een revisie van het hoofdstuk priming uit de richtlijn 'Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan'. Aanleiding voor herziening van de richtlijn is de recente ontwikkeling van richtlijnen door andere organisaties zoals de RCOG en de WHO en daarnaast nieuwe evidence voor het gebruik van prostaglandine in recente wetenschappelijke publicaties. De richtlijn zegt dat bij alle abortusbehandelingen geprimed dient te worden tenzij er sprake is van contra-indicaties. De richtlijn is in mei 2015 aangenomen door het bestuur van de NGvA. In het najaar volgt een nadere uitwerking van de specificaties voor het gebruik.

²⁰ De prostaglandine die in de klinieken in het onderzoek wordt gebruikt heet misoprostol, merknaam Cytotec. Sinds 2015 is het gebruik van prostaglandine bij een deel van de geïnterviewde klinieken sterk toegenomen. De herziene richtlijn vormt hiervoor de aanleiding. Het gebruik van prostaglandine in het tweede trimester was voor klinieken die tweede trimesterbehandelingen uitvoeren al gangbaar. Daardoor is het aantal behandelingen met prostaglandine vooral in het eerste trimester toegenomen. Een aantal klinieken is dit voorjaar in één keer overgegaan naar het uitvoeren van alle behandelingen met prostaglandine, tenzij er sprake is van contra-indicaties. Genoemde voorbeelden van contra-indicaties zijn onder andere hartziekten, astma, bronchitis, allergieën, als de cliënt al drie keer een keizersnede heeft gehad of als er een spiraal wordt geplaatst na de abortus.

2.2 Impact van het gebruik van prostaglandine

²¹ De praktische werking van misoprostol is dat de baarmoedermond door het primen verder open gaat staan. Hierdoor kan de abortusarts soepeler met de zuigapparatuur in de baarmoeder, zonder gebruik te hoeven maken van een instrument voor het openen van de baarmoedermond. Dit moet leiden tot een afname van de (korte termijn) complicaties bij de cliënt. Voor een nadere medische toelichting verwijzen wij naar de richtlijn van de NGvA/NGOV.

²² Het gebruik van misoprostol heeft voor de klinieken een effect op het gebruik van medische middelen, de tijdsbesteding van de professionals en de gehele bedrijfsvoering. Dit lichten wij hieronder nader toe.

2.2.1 Kosten van medicijnen

²³ Misoprostol bestaat uit tabletten van 200mcg die oraal, buccaal (oplossen onder de tong) of vaginaal ingenomen kunnen worden. De wijze van toediening heeft een effect op de inwerktijd van het middel en daarmee op het tijdstip waarop het middel de beste werking heeft. Als te lang wordt gewacht, neemt het effect van het middel weer af. Buccale toediening heeft de kortste inwerktijd en is daarom het meest gangbaar in de klinieken. De inwerktijd is verschillend per cliënt en is vooral afhankelijk van het aantal weken dat de cliënt zwanger is. Bij korte zwangerschappen wordt soms één tablet toegediend, maar toediening van twee tabletten is het meest gebruikelijk in de klinieken. Bij zwangerschappen in het tweede trimester wordt soms een extra

pil toegediend. Dit onderzoek richt zich op instrumentele zwangerschapsafbrekingen in de klinieken. Bij gebruik van de abortuspil door de cliënten wordt misoprostol doorgaans vaginaal ingebracht.

24 In het afgelopen jaar heeft de kliniek in Zwolle een pilotstudie uitgevoerd in de eigen kliniek. Daarbij is onderzocht of een lichtere dosis prostaglandine (één tablet van 200mcg) leidt tot eenzelfde werkzaam effect als twee tabletten van 200mcg en minder bijwerkingen. De resultaten van de pilot lijken positief, maar gezien de geringe omvang van de studie wordt nog niet overgestapt naar een standaard lagere dosis prostaglandine. Wel worden op basis van de resultaten uit de pilot plannen ontwikkeld voor een landelijk onderzoek.

25 Het middel misoprostol is relatief goedkoop. De kosten per pil verschillen per kliniek, maar zijn circa € 1. Door een toename van het gebruik van prostaglandine worden in sommige klinieken ook meer pijnstillers verstrekt dan voorheen. De kosten van pijnstillers zijn per cliënt verschillend en verwaarloosbaar ten opzichte van de overige (medicijn)kosten.

2.2.2 Tijdsbesteding door professionals

26 Zoals eerder genoemd was het gebruik van prostaglandine al gangbaarder bij tweede trimesterbehandelingen dan bij eerste trimesterbehandelingen. Met de herziene richtlijn gaat dit veranderen. Het effect van de toepassing van prostaglandine op het behandelproces is daarom vooral zichtbaar bij de eerste trimesterbehandelingen in de klinieken.

27 In de interviews zijn de volgende aspecten bij het gebruik van prostaglandine genoemd welke een effect hebben op de tijdsbesteding van de professionals:

- a. De artsen en verpleegkundigen moeten uitleg geven aan de cliënt over prostaglandine. In eerste instantie betreft dit informatie over de toegevoegde waarde van het middel. Hierbij wordt onder andere besproken wat het middel doet, hoe het wordt gebruikt en wat de bijwerkingen kunnen zijn. Benadrukt wordt dat de behandeling begint op het moment van toediening van de prostaglandine (priming). Het is belangrijk dat de vrouw dit goed begrijpt;
- b. Priming heeft als gevolg dat cliënten langer moeten wachten voordat de ingreep plaatsvindt. In praktijk duurt de priming in het eerste trimester circa 45 minuten tot 1,5 uur en in het tweede trimester circa 2 tot 4 uur (mede afhankelijk van de toedieningswijze). De cliënten moeten dus na priming met prostaglandine langer wachten op de ingreep (de instrumentele zwangerschapsafbreking);
- c. Het gebruik van prostaglandine kent verschillende bijwerkingen. De geïnterviewde abortusartsen noemen onder andere buikpijn, koud en rillerig gevoel, diarree en overgeven. De bijwerkingen kunnen al kort na gebruik van prostaglandine optreden. Na de instrumentele behandeling (de ingreep) is er minder verschil tussen vrouwen die wel of niet geprimed (voorbehandeld) zijn met prostaglandine voor wat betreft de bijwerkingen. De verpleegkundigen verzorgen in de klinieken de toediening van prostaglandine en zij monitoren de cliënten tijdens de priming. De arts is eindverantwoordelijk en wordt ingeschakeld bij vragen of complicaties. Het gebruik van prostaglandine zorgt daarom vooral voor een grotere tijdsbelasting van professionals in de activiteiten voorafgaand aan de ingreep (de zwangerschapsafbreking). Dit geldt ook voor behandelingen die plaatsvinden met narcose (sedatie).

- d. Door het gebruik van prostaglandine is de zwangerschapsafbreking voor de arts iets eenvoudiger. De tijdswinst die daarmee wordt geboekt is op de totale behandelduur in de behandelkamer echter zeer beperkt.

28 De taakverdeling tussen de professionals verschilt tussen de klinieken. Voorbeelden hiervan zijn het maken van de echo en het voeren van het intakegesprek door de verpleegkundige of door de arts en het wel of niet werken met een anesthesist bij narcosebehandelingen. De meningen van geïnterviewde professionals over de juiste behandelwijze lopen uiteen, maar vallen buiten de scope van dit onderzoek. Wel heeft de behandelwijze van de klinieken effect op de tijdsbesteding van de professionals in het behandelproces en daarmee op de wijze van toerekening van de kosten over de prestaties. De werkwijze zoals professionals deze beschrijven en de bijbehorende tijdsbesteding zijn daarom onverkort toegepast in het kostenmodel. Het kostenmodel wordt nader toegelicht in hoofdstuk 3.

2.2.3 Impact op de bedrijfsvoering van klinieken

29 De inwerktijd van prostaglandine betekent naast een effect op de tijdsbesteding van de professionals ook dat er later begonnen kan worden met de behandeling. Uit de interviews komt naar voren dat er bij een eerste trimesterbehandeling circa 1,5 uur later begonnen kan worden met de behandeling. Na het uitvoeren van de eerste ingreep kunnen behandelingen achtereenvolgens plaatsvinden in de behandelkamer. De eerder genoemde bijwerkingen van prostaglandine bij de cliënt zorgen er ook voor dat de verpleegkundige vaker ad hoc-hulp moet bieden aan de cliënt, ook als de verpleegkundige op dat moment ergens anders mee bezig is. Deze factoren hebben een effect op de gehele bedrijfsvoering.

30 Tijdens de interviews bij de vijf klinieken is besproken wat de impact is van de toepassing van de herziene richtlijn op de werkwijze in de klinieken. Klinieken gaan hier verschillend mee om. Omdat de toepassing van de richtlijn in sommige klinieken nog maar enkele maanden van kracht is, wordt in de klinieken momenteel vooral geëxperimenteerd met de planning. De meeste klinieken geven aan dat het met een goede planning en het flexibel reageren van professionals tot nu toe lukt om het aantal cliënten per dag gelijk te houden. Daarbij wordt wel benadrukt dat dit soms een zware wissel trekt op de flexibiliteit van medewerkers. Hoe de klinieken dit organiseren verschilt per kliniek. Voorbeelden zijn het zoeken van de meest effectieve mix van eerste en tweede trimesterbehandelingen op één dag, het vroeger laten starten van de werkdag van verpleegkundigen en artsen, het plannen van de intake op de dag voorafgaand aan de behandeling en het thuis laten toedienen van prostaglandine op de dag van de behandeling in de kliniek. Tijdens de tweede klankbordgroep is het effect van het gebruik van prostaglandine op de bedrijfsvoering van de klinieken nader besproken. Hierbij is specifiek gekeken naar het aantal cliënten dat op een dag behandeld kan worden als er wel of niet gebruik wordt gemaakt van prostaglandine. De volgende aspecten kwamen tijdens de klankbordgroep naar voren:

- a. De abortuszorg is lastig te plannen. De sterk wisselende hulpvraag en hoge 'no show' zorgen ervoor dat de planningsuitdaging waar de klinieken voor staan niet alleen terug is te voeren op het wel of niet gebruiken van prostaglandine bij behandelingen;
- b. Door inwerktijd bij behandelingen met prostaglandine kan het personeel niet optimaal worden ingezet. Vanaf het moment van priming moet er een arts aanwezig zijn in de kliniek. De zorg voor de cliënt ligt tijdens de inwerktijd bij de verpleegkundige, waardoor de arts moet 'wachten'. Dit effect geldt alleen aan het begin van de dag;

- c. Door het naar achteren schuiven van het gehele programma bij behandelingen met prostaglandine moeten de professionals vaker overwerken. De klinieken proberen structurele oplossingen te vinden om het toenemende overwerk tegen te gaan. Voorbeelden zijn het draaien van een extra programma of de overweging om een extra halve dag open te gaan.

31 Omdat op voorhand niet duidelijk is in welke mate de richtlijn daadwerkelijk betekent dat in 2016 minder cliënten kunnen worden geholpen tegen de bestaande kosten, maken wij in paragraaf 3.4 middels een schatting van de klinieken de impact inzichtelijk.

2.3 Gebruik van prostaglandine in ziekenhuizen

32 Ook in ziekenhuizen vinden zwangerschapsafbrekingen plaats. Van alle zwangerschapsafbrekingen vindt circa 92% plaats in abortusklinieken en 8% ziekenhuizen⁴.

33 De groep cliënten die deze behandeling krijgen in een ziekenhuis is met name in het tweede trimester anders dan de cliënten in abortusklinieken (onder andere relatie prenatale diagnostiek, comorbiditeit). Met name in het tweede trimester vindt in het ziekenhuis de zwangerschapsafbreking als regel medicamenteus plaats. De cliënt wordt daarvoor opgenomen in het ziekenhuis. Die behandeling kan meerdere dagen duren.

34 Een klein aantal behandelingen in ziekenhuizen is in het eerste trimester. In dat geval is er meestal sprake van een dagopname. De behandeling van deze cliënten lijkt sterk op de behandeling die cliënten krijgen in abortusklinieken. Het advies vanuit de richtlijn is bij deze behandelingen prostaglandine toe te passen. De behandeling wordt in het operatieprogramma van het ziekenhuis opgenomen, afgestemd op de inwerktijd van de prostaglandine. Omdat in het ziekenhuis een veel lager aantal abortussen plaatsvindt dan in de abortusklinieken heeft het primen niet de versturende impact op de bedrijfsvoering, zoals beschreven voor de abortusklinieken in paragraaf 2.2.3.

⁴ Bron: IGZ Jaarrapport 2012 Wet afbreking zwangerschap

3. Kostprijsanalyse prostaglandine

35 In het vorige hoofdstuk hebben wij kwalitatief inzichtelijk gemaakt wat het gebruik van prostaglandine betekent voor het behandelproces van de abortusklinieken. In dit hoofdstuk bespreken wij het effect van het gebruik van prostaglandine op de kostprijs van de behandelingen.

36 Omdat het kwantitatieve effect niet objectief is vast te stellen, doen wij dit voor een deel met inschattingen van professionals. We maken gebruik van de kostengegevens van de klinieken uit 2013, de door artsen en verpleegkundigen geschatte tijdsbesteding van de verschillende activiteiten binnen een behandeling, een aangepast aantal behandelingen met prostaglandine bij toepassing van de richtlijn en de kosten van prostaglandine op basis van prijzen van leveranciers.

37 Deze informatie vullen wij aan met de kosteninformatie over het jaar 2013 en het kostenmodel zoals toegepast in het eerdere kostenonderzoek. Dit hoofdstuk start met een toelichting op dit kostenmodel en beschrijft vervolgens de nieuwe data die in dit aanvullende onderzoek is toegepast. De resultaten van dit kostenmodel zijn beschreven in paragraaf 3.2. De mogelijke scenario's voor een nieuwe tijdelijke prostaglandine opslag zijn vervolgens doorgerekend in paragraaf 3.3.

38 Zoals beschreven in paragraaf 2.2.3 heeft de toepassing van prostaglandine ook invloed op de bedrijfsvoering in de klinieken. De exacte impact hiervan is nog niet objectief vast te stellen. Om toch enig inzicht te geven in dit mechanisme beschrijft paragraaf 3.4 een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd op basis van schattingen van de klinieken tijdens de tweede klankbordgroepbijeenkomst.

3.1 Model voor kostentoerekening en gebruikte verdeelsleutels

39 In het gehanteerde kostenmodel worden de zorgkosten die direct en indirect kunnen worden toegeschreven aan de prestaties (de verschillende behandelingen) verschillend toegerekend. Directe kosten, zoals de verbruikskosten van het middel misoprostol, worden alleen toegeschreven aan de prestaties waarbij misoprostol wordt gebruikt. Indirecte kosten zoals energiekosten worden verdeeld over alle prestaties. Echter, omdat bepaalde behandelingen langer duren dan andere behandelingen zijn de energiekosten per prestatie niet gelijk. We gebruiken daarom de totale tijdsbesteding per prestatie om deze kosten toe te kunnen rekenen. Een zelfde werkwijze wordt gevolgd voor de loonkosten van de verschillende professionals in de klinieken. Een deel van de loonkosten van bijvoorbeeld een verpleegkundige kunnen direct worden toegeschreven aan een behandeling, waarbij rekening wordt gehouden dat de verpleegkundige voor sommige behandelingen meer tijd kwijt is dan voor andere behandelingen (op basis van tijdsbestedingsgegevens van de klinieken). De overige tijd dat de verpleegkundige werkzaam is in de kliniek wordt verdeeld over de prestaties op basis van dezelfde tijdsbestedingsgegevens. Dit geldt ook voor de loonkosten van professionals die niet direct bij het behandelproces betrokken zijn, zoals de administratie. Voor een uitgebreide toelichting op het kostenmodel en gehanteerde verdeelsleutels verwijzen wij naar de eerdere rapportage (deel A).

3.2 Berekening van kostprijzen

40 Het analysebestand met daarin alle verzamelde informatie van het eerdere onderzoek vormt het startpunt van de analyses. Daarin zijn achtereenvolgens de volgende acties uitgevoerd:

- a. **Aantal klinieken.** Informatie van de niet geselecteerde klinieken is verwijderd uit het analysebestand. De representativiteit van de vijf geselecteerde klinieken is inzichtelijk gemaakt in tabel 2 in paragraaf 1.3.1. Drie klinieken voeren zowel eerste als tweede trimesterbehandelingen uit en twee klinieken alleen eerste trimesterbehandelingen. Onder de vijf klinieken zijn zowel kleine als grote klinieken variërend van 1745 tot 3704 zwangerschapsafbrekingen in 2013. De tweede trimesterklinieken zijn oververtegenwoordigd vanwege de keuze om in ieder geval klinieken te selecteren die in 2013 al prostaglandine bij behandelingen gebruikten;
- b. **Tijd en aantallen.** De verzamelde tijdsinschattingen in de vijf klinieken zijn opgenomen in het analysebestand. Ook zijn inschattingen gemaakt van het aantal prestaties onder de richtlijn gebaseerd op de productiecijfers in 2013. Door deze productiecijfers in het analysebestand toe te voegen wordt de hypothetische situatie gesimuleerd waarin prostaglandine wordt toegepast bij alle behandelingen, aansluitend op de richtlijn. Deze hypothese maakt het mogelijk een berekening van de tarieven te maken alsof de klinieken volgens de richtlijn werken. Het totaal aantal prestaties per kliniek is in deze stap ongewijzigd. Alleen de verdeling over de verschillende soorten behandelingen is aangepast, met uitzondering van de consulten. Vanwege het beperkte aantal prestaties T2b (11) kunnen we voor deze prestatie met prostaglandine geen kostenonderbouwing rapporteren;
- c. **Medicijnkosten.** De kosten voor het middel misoprostol zijn gebaseerd op de catalogusprijs in plaats van de medicijnkosten in de boekhouding van 2013 waarop deel A van het kostenonderzoek is gebaseerd. De middelenkosten van prostaglandine zijn per behandeling circa € 2. De meerkosten door het gebruik van extra pijnstilling laten we in deze analyse buiten beschouwing, zie paragraaf 2.2.1.

41 Stap (b) hierboven betekent dat we er in dit onderzoek uitgaan van de aanname dat alle behandelingen die in 2013 'zonder aanvullende behandeling' waren nu 'behandelingen met prostaglandine' zijn. De behandelingen 'met narcose' zijn nu behandelingen 'met narcose en prostaglandine' geworden. Dit betekent dat er naast het consult nog sprake is van zes verschillende behandelingen:

- a. Eerste trimesterbehandeling met prostaglandine;
- b. Eerste trimesterbehandeling met prostaglandine en narcose;
- c. Tweede trimesterbehandeling (a) met prostaglandine;
- d. Tweede trimesterbehandeling (a) met prostaglandine en narcose;
- e. Tweede trimesterbehandeling (b) met prostaglandine;
- f. Tweede trimesterbehandeling (b) met prostaglandine en narcose.

42 Als voorbeeld: Indien een kliniek in 2013 95 narcosebehandelingen uitvoerde in het eerste trimester, dan zijn dat nu 95 behandelingen met narcose en prostaglandine geworden. De resulterende productieaantallen bij de vijf klinieken zoals gebruikt in de analyses zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Aantal prestaties (som AWBZ en niet-AWBZ)	5 klinieken	5 klinieken bij toepassing richtlijn
Consult	3381	3381
1e trimester: zonder aanvullende behandeling	3470	0
1e trimester: met prostaglandine	224	3694
1e trimester: onder narcose	3585	0
1e trimester: met prostaglandine en onder narcose	0	3585
2e trimester: zonder aanvullende behandeling (2a)	35	0
2e trimester: met prostaglandine (2a)	5	40
2e trimester: onder narcose (2a)	1435	0
2e trimester: met prostaglandine en onder narcose (2a)	362	1797
2e trimester: zonder aanvullende behandeling (2b)	0	0
2e trimester: met prostaglandine (2b)	11	11
2e trimester: onder narcose (2b)	0	0
2e trimester: met prostaglandine en onder narcose (2b)	1882	1882
Totaal	14390	14390

Tabel 3. Aantal behandelingen met hypothetische 100% toepassing van de richtlijn.

43 De diverse kosten uit het boekjaar 2013 zijn verdeeld over deze aangepaste verdeling van de behandelingen met toepassing van het kostentoerekeningsmodel uit het eerdere onderzoek. In de rapportage (deel A) berekenen we de kostprijzen van de verschillende prestaties door de tijdsbestedingsgegevens op verschillende manieren mee te nemen:

1. Directe loonkosten op basis van tijdsbesteding per kliniek, niet directe kosten gelijkelijk verdeeld;
2. Directe loonkosten en niet directe kosten op basis van tijdsbesteding per kliniek;
3. Directe loonkosten en niet directe kosten op basis van Q1 tijdsbesteding;
4. Directe loonkosten en niet directe kosten op basis van mediane tijdsbesteding;
5. Directe loonkosten en niet directe kosten op basis van Q3 tijdsbesteding.

44 In het eerdere onderzoek is ervoor gekozen met de rekenwijzen 3 tot 5 verder te werken. In tabel 4 is daarom voor rekenwijze 3, 4 en 5 de mediane waarde van de kostprijzen over alle (5) klinieken weergegeven. In elk van deze rekenwijzen vormt de tijdsbesteding van professionals de basis voor de toerekening van de kosten. Hierdoor is aan de zwaardere behandelingen, die meer tijd vragen van professionals, naar verhouding een groter aandeel van de kosten toegerekend. Door hypothetische toepassing van de richtlijn zijn geen kosten toegerekend aan prestaties zonder prostaglandine, immers dit aantal zal met toepassing van de richtlijn laag worden.

wijze van toerekening	consult	T1zonder	T1pros	T1narc	T1beiden	T2zonder	T2apros	T2anarc	T2beiden	T2bzonder	T2bpros	T2bnarc	T2bbeiden
3. Directe loonkosten en niet directe kosten obv Q1 tijdsbesteding	€ 96	geen productie op deze prestatie	€ 409	geen productie op deze prestatie	€ 481	geen productie op deze prestatie	€ 620	geen productie op deze prestatie	€ 657	geen productie op deze prestatie	onvoldoende gegevens beschikbaar	geen productie op deze prestatie	€ 729
4. Directe loonkosten en niet directe kosten obv mediane tijdsbesteding	€ 121		€ 407		€ 475		€ 603		€ 640				€ 706
5. Directe loonkosten en niet directe kosten obv Q3 tijdsbesteding	€ 132		€ 402		€ 473		€ 567		€ 628				€ 707
Huidig tarief	€ 82	€ 364	€ 710	€ 480	€ 827	€ 562	€ 908	€ 678	€ 1.025	€ 562	€ 908	€ 678	€ 1.025

T1 = eerste trimester zwangerschapsafbreking, T2a = tweede trimester zwangerschapsafbreking fase 2A, T2b = tweede trimester zwangerschapsafbreking fase 2B
 zonder = ingreep zonder aanvullingen, pros = ingreep met prostaglandine behandeling, narc = ingreep onder narcose,
 beiden = ingreep met prostaglandine behandeling en onder narcose

Tabel 4. Mediane totale kosten per prestatie voor verschillende combinaties van verdeelsleutels.

45 Rekenwijze 3 laat een patroon van toenemende toegerekende kosten zien dat passend lijkt te zijn vanwege enerzijds het lagere consulttarief en anderzijds de toenemende kosten voor zwaardere behandelingen. Dit is de rekenwijze die daarom in de verdere analyses wordt gehanteerd.

46 In de huidige tariefssystematiek hanteert het ministerie vier verschillende bedragen: een bedrag voor een zwangerschapsafbreking in de eerste termijn (T1), een bedrag voor de tweede termijn (T2), een opslag voor behandeling met prostaglandine en een opslag voor behandeling met narcose⁵. De kosten gerelateerd aan alleen de toepassing van prostaglandine zijn door de onderzoeksopzet niet direct af te leiden uit tabel 1. Dit sluit aan bij de intentie van het ministerie om per 2016 tijdelijk alleen de opslag voor prostaglandine aan te passen. Tabel 1 geeft daarom inzicht in enerzijds de toegerekende kosten aan de verschillende prestaties met prostaglandine en anderzijds het huidige tarief, met en zonder prostaglandine. Voor een T1-behandeling zonder narcose is dit verschil € 45 (€ 409 - € 364). Voor de T1-behandeling met narcose is dit verschil € 1 (€ 481 - € 480). Dat deze bedragen zo afwijken is waarschijnlijk een gevolg van de wijze waarop de bestaande tarieven tot stand zijn gekomen. Omdat de opslag voor narcose als extra onzekere factor geldt in de vergelijking met huidige tarieven, hanteren we steeds het verschil ten opzichte van het basistarief zonder prostaglandine. Met een keuze voor het eerste trimester als grondslag zou de opslag voor prostaglandine bij rekenwijze 3 € 45 zijn. Als T2a wordt gekozen als grondslag komt de opslag voor prostaglandine neer op € 58 (€ 620 - € 562). Zoals eerder genoemd laten we de berekende opslag voor prostaglandine voor T2b-behandelingen buiten beschouwing, omdat bij deze verder gevorderde zwangerschappen vrijwel altijd narcose wordt toegepast en er dus nauwelijks behandelingen worden gedaan met alleen prostaglandine.

47 De uitkomsten met een tweede trimester als grondslag zijn hoger dan de uitkomsten met een eerste trimester als grondslag. Een deel van de verklaring kan zijn dat door de langere inwerktijd bij een T2-behandeling meer ad hoc-zorg van de verpleegkundige nodig is dan bij een T1-behandeling. Een andere verklaring voor deze verschillende uitkomsten ligt waarschijnlijk grotendeels in de wijze waarop de huidige tarieven tot stand zijn gekomen. De tarieven voor de componenten eerste termijn, tweede termijn en narcose zijn nu niet gebaseerd op een kostenonderzoek. Ook maakt het huidige tarief voor een tweede trimester zwangerschapsafbrekingen geen onderscheid tussen de fase 2A en 2B ingrepen.

⁵ Er wordt in de huidige tarieven bij de tweede trimester zwangerschapsafbrekingen geen onderscheid gemaakt tussen de fase 2a en 2b ingrepen.

48 In paragraaf 3.3 maken we inzichtelijk welke impact een aangepaste prostaglandine opslag naar verwachting zal hebben op de totale kosten van de abortuszorg betaald door WVS. Ook bekijken we hoe een aangepaste opslag zich vertaalt in inkomsten voor de klinieken, vergeleken met de kosten die de klinieken maken voor abortuszorg. Deze berekeningen beogen te illustreren hoe een aangepaste opslag doorwerkt in de bekostiging van abortuszorg.

3.3 Scenario-analyse tarieven

49 Voor zowel WVS als de klinieken is het relevant of toepassing van de tarieven kostendekkend is. Op dit moment is nog niet helder op welke wijze het ministerie de verzamelde inzichten over kosten zal vertalen in tarieven. Om die reden zijn verschillende mogelijke scenario's en tariefgrondslagen weergegeven in tabel 5 hieronder.

Totale kosten abortuszorg vijf klinieken (exclusief NHC)		€ 6.014.315	
		Totale opbrengst op basis van prestaties 2013 en tarieven betreffende scenario	Percentage tov totale kosten abortuszorg (exclusief NHC)
1.	Hypothetische productie tegen huidige tarieven (2015)	€ 9.682.891	161%
2.	Alle tarieven gebaseerd op kostentoerekening (rekenwijze 3) met hypothetische productie	€ 6.143.837	102%
3a	Hypothetische productie met 100% prostaglandine tegen huidige tarieven met alleen de opslag prostaglandine aangepast naar €45	€ 6.368.851	106%
3b	Hypothetische productie met 100% prostaglandine tegen huidige tarieven met alleen de opslag prostaglandine aangepast naar €58	€ 6.511.968	108%
3c	Hypothetische productie met 100% prostaglandine tegen huidige tarieven waarbij opslag prostaglandine T1 = €45 en T2 = €58	€ 6.417.341	107%

Tabel 5. Analyse opbrengsten versus kosten bij verschillende tariefgrondslagen.

50 Bovenaan in deze tabel staat het totaal aan kosten die de vijf klinieken in 2013 hebben gemaakt voor abortuszorg. Dit is circa 6 miljoen, exclusief de huisvestingskosten. In de eerste regel van de tabel is de situatie weergegeven die ontstaat wanneer het ministerie geen aanpassingen doet in de opslag van prostaglandine. De aangepaste, hypothetische productieaantallen waarbij prostaglandine in alle behandelingen (met uitzondering van consult) wordt toegepast, gecombineerd met de tarieven in 2015 leidt tot een opbrengst voor klinieken die 61% hoger is dan de kosten in 2013. Ook met het ontbreken van een index voor stijging van kosten tussen 2013 en 2015 is duidelijk dat een aanpassing van de opslag voor prostaglandine nodig is.

51 De opbrengst in de tweede regel is berekend door de tarieven te baseren op de toegerekende kosten in ons onderzoek met rekenwijze 3 in tabel 4 en een hypothetische toepassing van prostaglandine in alle behandelingen, uitgezonderd het consult. Daaruit blijkt dat tarieven gebaseerd op deze rekenwijze voor het totaal van de vijf klinieken kostendekkend zijn. De opgetelde opbrengsten voor abortuszorg in de vijf klinieken zijn 2% hoger dan de opgetelde kosten toegerekend aan abortuszorg. Op instellingsniveau kan dit anders zijn.

52 De opbrengst in regels 3a, 3b en 3c zijn gebaseerd op een aangepaste opslag prostaglandine van respectievelijk € 45, € 58 en een gedifferentieerde opslag van € 45 in T1 en € 58 in T2. Ook hierbij is uitgegaan van een hypothetische toepassing van prostaglandine in alle behandelingen, uitgezonderd het consult. Daaruit blijkt dat in met 100% toepassing van de richtlijn en een opslag van prostaglandine van € 45 de opbrengsten van de vijf klinieken 6% hoger zijn dan de kosten. Een opslag van € 58 leidt voor de vijf klinieken samen tot opbrengsten die 8% hoger zijn dan de kosten. Met een gedifferentieerde opslag met € 45 in T1 en € 58 in T2 zijn de opbrengsten 7% hoger dan de kosten.

3.4 Gevoeligheidsanalyse bedrijfsvoering

53 In de kwantitatieve analyse zoals beschreven in paragraaf 3.3 is de veronderstelling gemaakt dat met toepassing van de richtlijn het aantal behandelingen in de kliniek gelijk blijft. Zoals beschreven in paragraaf 2.2.3 heeft de langere inwerktijd echter ook impact op de bedrijfsvoering, waardoor het aantal cliënten dat kan worden behandeld per dag lager kan zijn.

54 In een sessie met de klankbordgroep is onderzocht in hoeverre het aantal behandelingen kan wijzigen door toepassing van de richtlijn. Hierbij hebben de aanwezige klinieken een percentage geschat waarmee naar verwachting het aantal behandelingen per dag zal afnemen als bij alle behandelingen prostaglandine wordt gebruikt en de huidige openingstijden gehandhaafd blijven. In een inhoudelijke discussie zijn deze percentages vervolgens onderbouwd en uitgedaagd. De door de klinieken genoemde percentages variëren van 10% tot 20%. Belangrijkste bepalende variabelen zijn enerzijds de duur van de inwerktijd, die op dit moment nog niet uniform wordt toegepast en anderzijds de mate waarin de klinieken via flexibiliteit in de organisatie kunnen compenseren voor het gewijzigde werkproces, zie de kwalitatieve bevindingen in paragraaf 2.2.3. Ook is gezocht naar verklaringen voor een hoger of lager percentage in de aard of de omvang van klinieken. Hieruit bleek dat de relatief lange wachttijd bij tweede trimesterbehandelingen in principe het grootste effect heeft op de bedrijfsvoering. Echter, als een kliniek op een dag een mix van tweede trimesterbehandelingen en eerste trimesterbehandelingen kan uitvoeren, wordt dit effect beperkt en zal daarmee vergelijkbaar zijn met een kliniek die alleen eerste trimesterbehandelingen uitvoert.

55 Omdat de aard van de kosten in de klinieken bijna volledig vaste kosten betreft (personeelskosten, energiekosten etc.) worden deze kosten bij een lager aantal cliënten omgeslagen over een lager aantal behandelingen. Paragraaf 3.3 laat zien dat wanneer het de klinieken lukt om bij gelijkblijvende openingstijden een gelijk cliëntenaantal te blijven behandelen, de aangepaste opslag voor prostaglandine T1: € 45 en T2 € 58 de kostendekkendheid van de vijf klinieken uitkomt op 107%. Indien het cliëntenaantal zal dalen met 10% daalt deze kostendekkendheid naar 96% en bij een cliëntendaling van 20% komen de klinieken samen uit op een kostendekkendheid van 85%. Op kliniekniveau kan dit verschillen. Deze percentages zijn slechts een gevoeligheidsanalyse omdat de werkelijke impact van de richtlijn op de bedrijfsvoering van klinieken nog niet bekend is. Ook is nog onduidelijk in welke mate de klinieken voor de impact op hun bedrijfsvoering kunnen compenseren.

56 Wij adviseren het ministerie om een nieuwe herijking van alle tarieven uit te voeren op het moment dat de klinieken hun nieuwe processen hebben aangepast, zodat feitelijke gegevens beschikbaar zijn over zowel het aantal behandelingen als de daaraan verbonden kosten.