



> Gluren bij de buren voor inspiratie

Handreiking voor het versterken
van netwerksamenwerking

Maart 2022

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

1	Inleiding	2
1.1	Aanleiding en aanpak	2
1.2	Doelgroep en inhoud	2
2	Investeren in een goede samenwerkingsrelatie	4
2.1	De gezamenlijke ambitie als startpunt nemen	4
2.2	Werken aan gelijkwaardigheid	5
2.3	Elkaars zorgen kennen en als gezamenlijke uitdaging zien	6
3	Samenwerking professioneel organiseren	9
3.1	Tijdig betrekken van alle belanghebbenden	9
3.2	Inrichten transparante governance en besluitvorming	10
4	Financiële belemmeringen bij verbetering zorgpaden wegnemen	13
4.1	Elkaars bekostiging en totstandkoming van inkomen begrijpen	13
4.2	Alleen grotere veranderingen in kosten verrekenen	17
4.3	Wezenlijke extra kosten verrekenen en (tijdelijk) vangnet creëren	18
5	Met vertrouwen verdelen achter de voordeur	21
5.1	Samen met belanghebbenden het verdeelmodel ontwikkelen	22
5.2	Gebruik maken van bestaande modellen als basis	23
5.3	Stapsgewijs implementeren van zekerheid naar innovatie	24
	Bijlage 1. Huidige monodisciplinaire prestaties per type aanbieder	25
	Bijlage 2. Toelichting SiRM-instapverdeelmodel	31

I Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de aanleiding van de handreiking en hoe deze tot stand is gekomen (§1.1). Daarna lichten we toe voor wie de handreiking bedoeld is en welke informatie je in deze handreiking kunt vinden (§1.2).

1.1 Aanleiding en aanpak

Partijen in de geboortezorg zijn met elkaar in gesprek over bekostiging die samenwerking in de regio beter faciliteert. Een experiment met integrale bekostiging is gestart. De acht regio's die meedoen aan dit experiment willen hier in principe mee door. Andere regio's die niet meedoen aan het experiment vragen zich af of integrale bekostiging een goede manier is om netwerksamenwerking te faciliteren. Zij faciliteren de samenwerking liever met een andere bekostiging. Koepelorganisaties in de geboortezorg hebben in augustus 2021 onder leiding van Common Eye afgesproken om samen te werken aan passende bekostiging rondom cliëntprofielen. De handreiking gaat niet over het ontwikkelen van deze passende bekostiging.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wil partijen in de geboortezorg helpen om ervaren belemmeringen bij netwerksamenwerking weg te nemen. Hierbij wil de NZa aandacht besteden aan de financiële belemmeringen die partijen ervaren, wanneer zij onderling zorg verschuiven. Daarnaast wil de NZa regio's die werken met integrale bekostiging ondersteunen bij het ontwikkelen van een model voor de onderlinge verdeling van de integrale geboortezorg inkomsten.

De NZa heeft adviesbureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) in dit licht gevraagd om een handreiking op te stellen. De inhoud ervan is tot stand gekomen op basis van inbreng van geboortezorgverleners in interviews en (werk)sessies, deskresearch en eerdere projectervaring en expertise van SiRM. Hierbij is geput uit ervaringen van bestaande samenwerkingsverbanden¹ in de geboortezorg en is gebruik gemaakt van wereldwijde literatuur over succesvolle samenwerkingsverbanden in diverse sectoren. SiRM is verantwoordelijk voor de inhoud van de handreiking.

1.2 Doelgroep en inhoud

De handreiking is geschreven voor geboortezorgverleners en andere professionals in de geboortezorg die inspiratie zoeken om de netwerksamenwerking in hun regio te versterken.

We merkten tijdens de interviews en werksessies dat partijen in een regio vaak helemaal niet toekomen aan een gesprek over financiële belemmeringen. Vooral regio's waar de samenwerking nog meer vrijblijvend is, lijken eerst vooral baat te hebben bij het verbeteren van de samenwerkingsrelatie. Ook is in veel regio's nog een professionaliseringsslag in de organisatie van de samenwerking gewenst. We richten deze handreiking daarom niet alleen op financiële

¹ Waar we in de handreiking spreken over samenwerkingsverbanden bedoelen we onder andere VSV's.

verdelingsvraagstukken, maar ook op de samenwerkingsrelatie en organisatie van netwerksamenwerking:

- In Hoofdstuk 2 doen we suggesties en noemen we voorbeelden voor een goede samenwerkingsrelatie.
- Hoofdstuk 3 gaat in op hoe je de samenwerking professioneel organiseert.
- Hoofdstuk 4 gaat over het wegnemen van financiële belemmeringen bij verbetering van zorgpaden.
- Hoofdstuk 5 gaat over hoe je met vertrouwen de inkomsten uit integrale bekostiging kunt verdelen over de organisaties in je regio.

Hoofdstukken 2 en 3 zijn vooral nuttig voor samenwerkingsverbanden met een nog meer vrijblijvend karakter. Hoofdstuk 4 is met name gericht op samenwerkingsverbanden die al een sterk netwerk vormen, zoals IGO's. Zij kunnen ook inspiratie halen uit hoofdstukken 2 en 3. Hoofdstuk 5 is vooral relevant voor IGO's, omdat het de verdeling van inkomsten uit de integrale bekostiging beschrijft.

De hoofdstukken kunnen goed afzonderlijk gelezen worden. Afhankelijk van welke behoeftes jouw regio heeft, kun je kiezen welke hoofdstukken en welke paragrafen je leest. Het is hierbij goed om je te realiseren dat het bouwen van een sterke samenwerkingsrelatie vaak vele jaren kost. Er is tijd nodig om elkaar te leren kennen en te vertrouwen.

Met de titel van de handreiking 'Gluren bij de burens voor inspiratie' willen we benadrukken dat er veel inspirerende voorbeelden zijn in de geboortezorg in Nederland. We hebben geprobeerd zoveel mogelijk van deze voorbeelden in deze handreiking te noemen. Om er echt mee aan de slag te gaan, is er nog een vertaalslag nodig naar concrete stappen. We raden geïnteresseerden daarvoor onder andere aan om contact op te nemen met collega's in andere regio's. Deelnemers aan de werksessies gaven aan dat de vertaling van voorbeelden naar een plan met concrete stappen voor de regio wel om (externe) ondersteuning vraagt.

2 Investeren in een goede samenwerkingsrelatie

Een goede samenwerkingsrelatie is cruciaal voor sterke netwerksamenwerking. Het loont dus om daarin te investeren. Ten eerste helpt het om de gezamenlijke ambitie als startpunt te nemen (§2.1). Het helpt ook om te werken aan een gelijkwaardige relatie (§2.2). Ten slotte verbetert een samenwerkingsrelatie als je elkaars zorgen kent en die als een gezamenlijke uitdaging ziet (§2.3).

2.1 De gezamenlijke ambitie als startpunt nemen

Onderzoek naar succesvolle samenwerkingsverbanden laat zien dat het erg helpt om een gezamenlijke ambitie te hebben. Het stimuleert partijen om in beweging te komen, samenwerking aan te gaan en door te zetten als er uitdagingen zijn. Met een gezamenlijke ambitie kun je in gesprekken met elkaar de nadruk leggen op overeenkomsten in plaats van op verschillen. Als partijen tegen uitdagingen aanlopen of een verschil van inzicht hebben, kunnen zij terugrijpen op de gezamenlijke ambitie. Ook kunnen ze te nemen besluiten steeds hieraan toetsen.

Een gezamenlijke ambitie gaat over kansen en uitdagingen die partners niet alleen kunnen grijpen of oplossen en waar zij een gezamenlijke oplossing voor zien. De ambitie moet zowel voor het samenwerkingsverband als voor iedere individuele partij iets opleveren. Anders ontstaat er onvoldoende commitment (Common Eye, 2019). Hierbij is het belangrijk dat partijen elkaars zogenaamde 'beste plan B' kennen. Op die manier snappen partijen beter of de gezamenlijke ambitie echt voor iedere individuele partij iets oplevert. Met 'beste plan B' bedoelen we wat het alternatief voor de partij is als hij besluit om niet aan de samenwerking mee te doen.

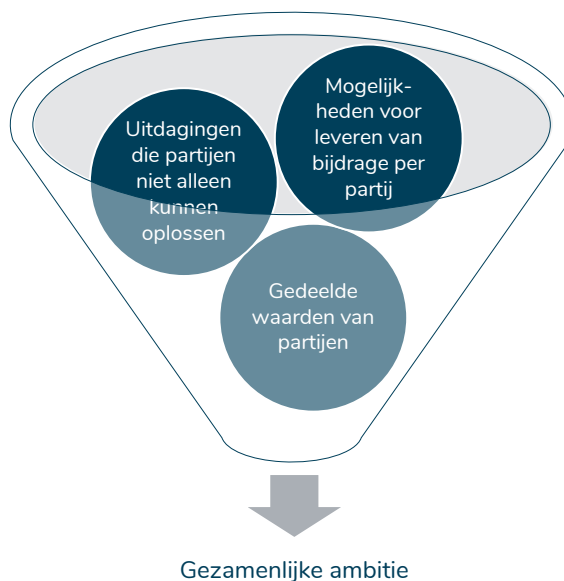
De ambitie is concreet geformuleerd en de bijdrage van iedere individuele partij aan het realiseren ervan, staat expliciet beschreven. Ten slotte is het behulpzaam als de gezamenlijke ambitie ook kernwaarden voor de samenwerking bevat. Denk hierbij aan waarden als transparantie, onderling respect en integriteit (Figuur 1).

Voorbeelden van (onderdelen van) een gezamenlijke ambitie zijn:

- Gezondheidsuitkomsten verbeteren. Denk bijvoorbeeld aan het verbeteren van PREM's² rond de continuïteit van zorg.
- Bieden van waardegedreven zorg: het werken aan betere kwaliteit geboortezorg tegen lagere of gelijkblijvende kosten door het bieden van de juiste zorg op de juiste plek. Hierbij wordt zoveel mogelijk zorg dichtbij de vrouw en haar partner en kind geleverd. Alleen de complexe zorg wordt in het ziekenhuis geboden.

² De PREM is de Patient Reported Experience Measure. Dit is een landelijk afgestemde meetmethode om patiëntervaringen te meten.

- Zo efficiënt mogelijk inzetten van mensen en middelen. Dit om zo ondanks de gegeven arbeidsmarktkrapte kwalitatief goede zorg aan de vrouw, haar partner en kind te kunnen blijven leveren.



Figuur 1. Een gezamenlijke ambitie beschrijft uitdagingen die partijen niet alleen kunnen oplossen, maar die voor alle partijen van betekenis is en waaraan verschillende partijen kunnen bijdragen.

Een plotseling toenemende arbeidskrapte – bijvoorbeeld door ziekteverzuim als gevolg van COVID-19 – kan een kans zijn om de samenwerking in het samenwerkingsverband versterken. Partijen hebben elkaar dan nodig om het ontstane probleem op te lossen. Ze hebben veel te winnen bij de samenwerking.³ Het kan helpen om zelf een dergelijke urgentie te creëren in de gezamenlijke ambitie, waardoor het voor partijen aantrekkelijker wordt om samen te werken. Denk aan het afspreken van een duidelijke deadline, en deze ook te communiceren met de bestuurders en zorgverzekeraars.

2.2 Werken aan gelijkwaardigheid

Voor een goede samenwerkingsrelatie is het werken aan gelijkwaardigheid belangrijk. Er bestaan verschillen tussen partijen in de grootte van hun organisatie en in de (ervaren) status van de organisatie en de geboortezorgverleners die er werken. Dit bemoeilijkt een goede samenwerking. Voorbeelden van verschillen zijn:

- Gynaecologen en klinisch verloskundigen werken in ziekenhuizen die heel centraal georganiseerd en bestuurd worden. Zij ontvangen hierdoor ook veel juridische en financiële ondersteuning. Eerstelijnsverloskundigen werken in praktijken in de wijk met veel minder juridische en financiële ondersteuning.
- Eerstelijnsverloskundigen zijn afhankelijk van (de faciliteiten van) andere partijen met wie zij samenwerken. Ze hebben deze (faciliteiten van) andere partijen nodig om alle zorg rondom een bevalling te kunnen bieden.

³ Hierbij is wel goede communicatie, onderlinge afstemming en vooral vertrouwen nodig. Anders kan toenemende krapte leiden tot eenzijdige beslissingen om zorg niet meer te leveren en hiermee juist tot conflicten en lagere kwaliteit van zorg.

- Ziekenhuizen hebben een veel grotere geboortezorgomzet dan eerstelijnsverloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties. Ziekenhuizen voeren daarmee altijd individuele contracteringsgesprekken met zorgverzekeraars over de geboortezorg in de regio. Voor (kleinere) eerstelijnsverloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties geldt dit niet altijd. Zij krijgen regelmatig alleen de mogelijkheid om te kiezen tussen verschillend soort contracten met de zorgverzekeraar.

Voor een succesvolle samenwerking is bewust werken aan het opbouwen van een meer gelijkwaardige relatie nodig. Hierbij moeten geboortezorgverleners en hun organisaties zich realiseren dat zij elkaar in de huidige arbeidskrachte hard nodig hebben. Iedere geboortezorgverlener en -organisatie is nodig om de vraag naar geboortezorg te kunnen blijven beantwoorden. Daarnaast helpt het als partijen beseffen dat een lagere omzet in de geboortezorg niet betekent dat de bijdrage in de zorglevering minder belangrijk is. Iedere zorgverlener levert een essentiële bijdrage en heeft daarom een belangrijke stem (zie ook §3.2).

Eerstelijnsverloskundigen zien zichzelf soms als minder belangrijke partij in het samenwerkingsverband. Dit vinden veel andere partijen niet terecht. Zij geven aan dat ze eerstelijnsverloskundigen ervaren als een sterke partij in de samenwerking, zeker als zij hun krachten bundelen door bijvoorbeeld een coöperatie te vormen. In een coöperatie kunnen zij samen juridische en financiële ondersteuning organiseren. Ook zijn ze hiermee qua grootte meer gelijkwaardig aan de andere partijen, en hebben andere partijen hierdoor een duidelijk aanspreekpunt voor de eerstelijnsverloskundige. Daarnaast helpt het als andere partijen in hun gedrag laten zien dat ze eerstelijnsverloskundigen op waarde schatten. Het draagt sterk bij aan een gevoel van gelijkwaardigheid als geboortezorgverleners naar elkaar uitspreken dat ze elkaars kennis en expertise erkennen en waarderen, en zich daar ook naar gedragen.

Parafrasering gynaecoloog: *“Eerstelijnsverloskundigen onderschatten soms hoe belangrijk zij zijn in de samenwerking. We leveren allemaal een heel belangrijke bijdrage aan de zorg en zijn dan ook qua inhoudelijke bijdrage gelijkwaardige partners.”*

2.3 Elkaars zorgen kennen en als gezamenlijke uitdaging zien

Een intensievere samenwerking aangaan biedt kansen, maar kan ook uitdagingen opleveren. Voor een goede samenwerkingsrelatie is het cruciaal dat netwerkpartners elkaars zorgen en uitdagingen kennen en deze individuele zorgen als een gezamenlijke uitdaging zien. Dit leidt tot een verplaatsing in elkaars belangen en tot nieuwe invalshoeken (Common Eye, 2019). Het is hiervoor nodig dat partijen zich verdiepen in elkaars zorgen en hier onderling open over zijn. Denk bijvoorbeeld aan openheid over hoe de betrokken organisatie werkt en wat risico's of nadelen van samenwerking voor de zorgverlener en zijn/haar organisatie zijn (zie ook §4.1).

Wanneer partijen zorgen hebben, uiten zij dit vaak als standpunten. Het is hierbij goed om te proberen met elkaar te ontdekken wat de achterliggende belangen en waarden zijn (Figuur 2). Een voorbeeld is dat geboortezorgverleners aangeven dat zij 'tegen' een andere – dan op basis van de huidige monodisciplinaire bekostiging – verdeling van inkomsten uit geboortezorg zijn (standpunt). Een belang wat daaronder kan liggen is dat zij bang zijn voor grote schommelingen in inkomsten

(belang). Wanneer zo'n belang uitgesproken wordt, is het mogelijk om hierop in te spelen. Er komt hiermee meer ruimte om samen over oplossingen na te denken.



Figuur 2. Het helpt om bij samenwerkingspartners de achterliggende belangen en waarden bij standpunten te achterhalen.

Om te kunnen ontdekken welke belangen schuilgaan achter standpunten, moeten partijen écht naar elkaar luisteren, zich proberen in elkaar te verplaatsen en met elkaar meedenken. Een probleem van één van de partijen aan tafel, moet als gezamenlijk probleem voelen, waarbij partijen samen werken aan de oplossing. Het is daarbij goed om je tijdens gesprekken met elkaar bewust te zijn van je eigen vooroordelen. Vraag altijd door naar de redenen voor bepaalde standpunten of bepaald gedrag.

Parafrasering kraamverzorgende: *“Het is behulpzaam als grotere partijen, zoals het ziekenhuis, zich bescheiden opstellen en geduld hebben voor kleinere partijen.”*

Voorbeelden van mogelijke zorgen en gezamenlijke oplossingsrichtingen die hierbij passen, zijn:

- Bij aanpassing van zorgpaden zijn zorgorganisaties en -verleners, bijvoorbeeld in het ziekenhuis, vaak bang voor verlies van omzet of inkomen. Hierbij kan het helpen om aan te geven dat bestaande IGO's die inkomsten herverdelen, ervaren dat er in de eerste jaren netto nauwelijks een verschuiving van omzet heeft plaatsgevonden. Het effect van aanpassing van zorgpaden is eerder geweest dat professionals steeds meer de zorg leveren waar zij voor opgeleid zijn. Een andere manier om deze angst te verminderen, is om vooruit te kijken naar vraag en aanbod de komende jaren. Door de arbeidskrapte zal er voor geboortezorgverleners veel werk te doen zijn, met nauwelijks inkomensverlies als gevolg.
- Kraamzorgorganisaties werken vaak in meerdere regio's, waardoor ze bij meerdere samenwerkingsverbanden aansluiten. Dit leidt tot zorgen over hogere administratieve lasten. Het helpt als andere partijen hiervoor begrip tonen en zich inspannen voor zoveel mogelijk overeenstemming van administratieve processen tussen regio's.
- Er bestaan zorgen over het voortbestaan van de thuisbevalling en het beroep van de eerstelijnsverloskundige bij toenemende samenwerking. Er bestaat vrees dat het vak van zelfstandig eerstelijnsverloskundige op termijn mogelijk zal verdwijnen. Het is belangrijk om deze vrees uit te spreken en met elkaar in het samenwerkingsverband na te denken of dit inderdaad een risico is in de regio. Als het risico bestaat, kun je samen bespreken hoe het ondervangen kan worden.

- Veel geboortezorgorganisaties hebben zorgen over de capaciteit die zij kunnen bieden. Zij kampen bij drukte met een capaciteitstekort. De netwerksamenwerking kan hierin een kans bieden. Organisaties kunnen namelijk bij capaciteitsproblemen voor elkaar inspringen.
- Eerstelijnsverloskundigen kunnen zorgen hebben over de kwaliteit van zorg die zij bieden als zij complexere zorg gaan leveren, die eerst in het ziekenhuis geleverd werd. Hierbij kan bijvoorbeeld een buddygynaecoloog uitkomst bieden. Deze buddygynaecoloog is beschikbaar voor meekijken en -denken.⁴

Parafrazering gynaecoloog: *“Als buddygynaecoloog ben ik een vast aanspreekpunt voor de verloskundigenpraktijk. Ik kom elke 6 weken een dagdeel op de praktijk langs en verzorg dan samen met de eerstelijnsverloskundige een spreekuur. Daarnaast bespreken we samen alle nieuwe zwangeren en bespreken we uitdagingen in onder andere de samenwerking met elkaar. Deze feedback neem ik ook mee naar mijn collega’s. We merken dat dit alles de samenwerking versterkt en ervoor zorgt dat vrouwen minder vaak verwezen worden naar het ziekenhuis.”*

⁴ Een buddygynaecoloog komt regelmatig een dagdeel op de verloskundigenpraktijk langs. De eerstelijnsverloskundige en buddygynaecoloog kunnen samen een spreekuur verzorgen, bijvoorbeeld voor zwangeren die eerder een traumatische bevalling hebben gehad of voor zwangeren met een zorgvraag die niet in de richtlijn beschreven is. De gynaecoloog en verloskundigen bespreken samen alle nieuwe zwangeren. Door middel van een integraal patiëntendossier kan de eerstelijnsverloskundige vragen stellen aan de buddygynaecoloog over een zwangere. Eerstelijnsverloskundigen en de gynaecoloog kunnen tot slot uitdagingen met elkaar bespreken. De eerstelijnsverloskundige kan via de gynaecoloog dingen terugkoppelen richting het ziekenhuis en vice versa.

3 Samenwerking professioneel organiseren

Als de samenwerking professioneel georganiseerd wordt, leidt dit vaak tot een soepeler proces. In dit proces voelen alle partijen zich betrokken, is duidelijk wie wanneer waarover beslist en wordt sneller voortgang geboekt. Om deze professionele samenwerking te organiseren, is het aan te raden om alle belanghebbenden tijdig te betrekken (§3.1). Daarnaast loont het om een transparante governance en besluitvorming in te richten (§3.2). Het helpt hierbij om bij de start met elkaar af te spreken dat iedereen zich volop inzet om tot een echte netwerksamenwerking te komen. Deelnemers aan de werksessies gaven daarbij aan dat de opstart van de samenwerking om een extra investering en om extra (externe) ondersteuning vraagt.

3.1 Tijdig betrekken van alle belanghebbenden

Om de netwerksamenwerking goed te laten functioneren, helpt het als iedereen die vanuit de zorginhoud belang heeft bij de samenwerking in het samenwerkingsverband goed en tijdig betrokken wordt. In de geboortezorg zijn dit:

- Eerstelijnsverloskundigen.
- Klinisch verloskundigen, O&G verpleegkundigen, gynaecologen, kinderartsen (inclusief neonatologen) en managers verloskunde in het ziekenhuis.
- Kraamzorgorganisaties.
- Eventueel zelfstandige echocentra. Als afspraken gemaakt worden over verschuiving van zorg naar echocentra, kun je deze centra vragen om aan te sluiten bij de samenwerking.

Daarnaast is het aan te raden om degenen met een financieel belang in de samenwerking frequent te betrekken. Denk hierbij aan (ziekenhuis)bestuurders en het medisch specialistisch bedrijf (MSB) en zorgverzekeraars. Deze betrokkenen kunnen namelijk financiële zorgen, belangen of ambities bij de samenwerking hebben. Het is voor de samenwerking nuttig om deze te kennen, zodat het samenwerkingsverband hier goed op in kan spelen.

Parafrasering gynaecoloog: “Uit ervaring van bestaande IGO’s blijkt dat de financiële impact van verbetering van zorgpaden in de eerste jaren vaak beperkt is voor het ziekenhuis en de gynaecologie vakgroep. Het helpt om dit te noemen in gesprekken met ziekenhuisbestuurders en het MSB als zij zorgen hebben over omzet- of inkomensverlies.”

Hoewel het essentieel is om iedereen met een belang te betrekken, moet je oppassen dat het aantal deelnemers aan het directe overleg van het samenwerkingsverband niet te groot wordt. Het aangaan van een goede samenwerkingsrelatie is eenvoudiger bij een kleiner aantal deelnemers. Belangen kunnen eenvoudiger geïnventariseerd en samengebracht worden. Daarnaast is het makkelijker om focus aan te brengen en voortgang te boeken. Zorg daarom voor een goede vertegenwoordiging van de betrokken geboortezorgorganisaties en -zorgverleners. Uit ervaring lijkt maximaal twee vertegenwoordigers of ambassadeurs per discipline optimaal. Deze

vertegenwoordigers bereiden de overleggen met het samenwerkingsverband goed voor met hun eigen achterban.⁵

Bij de totstandkoming van de samenwerking hebben de vertegenwoordigers of ambassadeurs een belangrijke rol in het breed ophalen van de zorgen, belangen en ambities die leven in hun achterban. Daarvoor kunnen zij bijvoorbeeld de volgende werkvormen gebruiken:

- Brede inventarisatie van zorgen, belangen en ambities per thema: In deze inventarisatie stel je de thema's waarop het samenwerkingsverband mogelijk een ambitie wil formuleren centraal. Per thema vraag je de achterban om hun zorgen, belangen en ambities te beschrijven.
- SWOT-sessies: In een SWOT-sessie breng je eerst met elkaar de sterktes en zwaktes van je eigen discipline in kaart. Denk hierbij bijvoorbeeld aan sterktes en zwaktes in de kwaliteit van zorg en de beschikbare capaciteit. Daarna inventariseer je wat de kansen en bedreigingen zijn in de omgeving waarin je werkt. Denk hierbij aan kansen en bedreigingen in de vraag naar geboortezorg, regelgeving en bekostiging en in de samenwerking met andere partijen.

De vertegenwoordigers luisteren goed naar de zorgen van de achterban en brengen deze zorgen in bij het samenwerkingsverband. Hiermee investeren ze ook in het op één lijn krijgen van de achterban. Bij de uitvoering van de samenwerking halen zij inbreng op bij de achterban. Ook leggen zij gemaakte afspraken in het samenwerkingsverband goed aan hen uit. Wanneer nodig, verdedigen ze de gemaakte afspraken in het samenwerkingsverband richting de achterban.

Parafrazering eerstelijnsverloskundige: *“In onze regio tonen de eerstelijnsverloskundige en gynaecoloog die ons vertegenwoordigen in het samenwerkingsverband leiderschap en zij worden ook gerespecteerd door hun collega's. Ze zijn niet bang om af en toe hun nek uit te steken, richting hun eigen achterban, maar ook binnen het samenwerkingsverband.”*

3.2 Inrichten transparante governance en besluitvorming

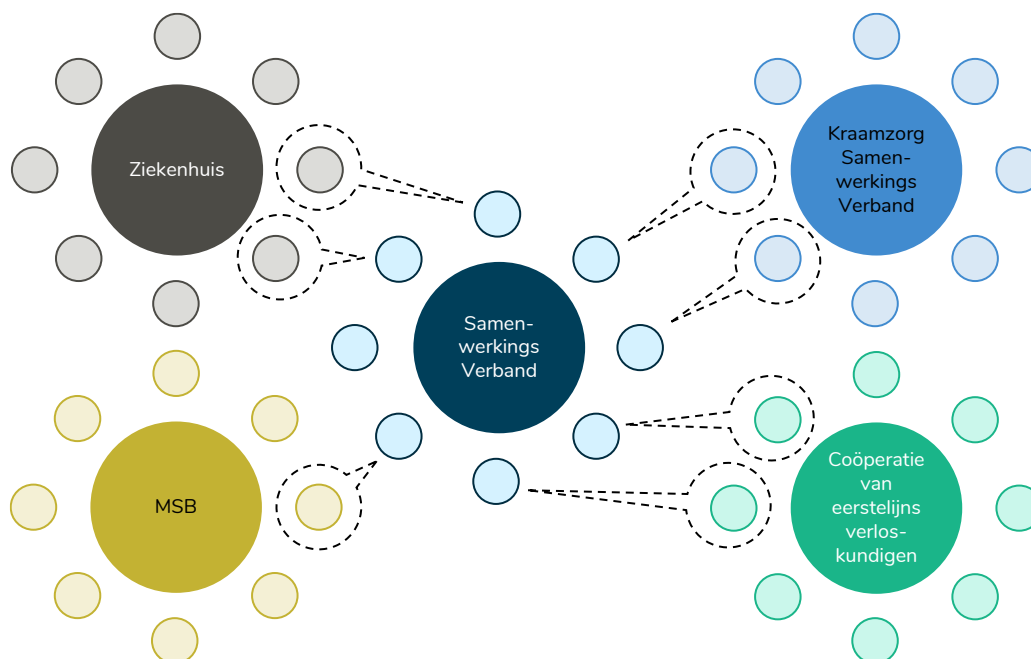
Voor een professionele samenwerking is het belangrijk om een transparante governance in te richten. Denk hierbij aan het duidelijk onderscheiden van taken en het ervoor zorgen dat voor iedereen duidelijk is wat zijn of haar verantwoordelijkheid is. Een transparante governance houdt ook in dat het samenwerkingsverband duidelijke afspraken of spelregels vastlegt over:

- **Welke informatie partijen in het samenwerkingsverband onderling delen en wat het samenwerkingsverband hiermee doet.** Het CPZ heeft samen met de Autoriteit Consument en Markt (ACM) een handreiking opgesteld.⁶ Deze handreiking is een hulpmiddel voor samenwerkingsverbanden en geboortezorgorganisaties om te beoordelen wat mogelijk is. De handreiking gaat onder andere in op welke informatiedeling mogelijk is om samen de resultaten van de samenwerking te kunnen bekijken en bij te kunnen sturen. In het kader van juiste zorg op de juiste plek is veel meer mogelijk dan vaak wordt gedacht. De handreiking licht dit verder toe.

⁵ Binnen de sociokratie hebben de twee vertegenwoordigers een verschillende functie. De ene vertegenwoordiger brengt de zorgen, belangen en ambities van de achterban naar voren in het samenwerkingsverband, de andere rapporteert aan de achterban terug wat in het samenwerkingsverband is afgesproken.

⁶ Bron: CPZ, Handreiking mededinging – Samenwerking binnen en via geboortezorgnetwerken, 2021.

- **Wie wanneer waarover beslist en hoe besluiten worden genomen.** Partijen kunnen baat hebben bij sociokratische besluitvorming. Dit is een proces waarbij besluiten op basis van consent worden genomen. Iedere partij heeft hierbij een even grote stem in de besluitvorming, ongeacht de omzet in de geboortezorg. Als een partij tegen het voorstel is, moet hij of zij met een alternatief voorstel komen. Wanneer een samenwerkingsverband al een juridische entiteit is, kan in de statuten vastgelegd worden dat iedereen een gelijke stem heeft en dat dit niet afhangt van het aandeel in de omzet of inkomsten. Dit kan trouwens ook behulpzaam zijn bij een samenwerking binnen een discipline. Denk bijvoorbeeld aan een coöperatie van eerstelijnsverloskundigen.
- **Wie aanwezig is bij de overleggen,** en hoe partijen omgaan met afwezigheid van deelnemers bij overleggen. Denk hierbij aan afspraken over het regelen van vervanging of het ervoor zorgen dat een andere deelnemer je vertegenwoordigt. Een andere mogelijkheid is om af te spreken dat deze deelnemer vooraf schriftelijke inbreng levert.
- **Welk mandaat of toestemming van de achterban** personen aan de samenwerkingstafel hebben:
 - Namens wie nemen personen deel? Zijn alle relevante partijen hiermee vertegenwoordigd? Denk hierbij aan de vraag of de zorgverleners uit het ziekenhuis ook het MSB en het ziekenhuis vertegenwoordigen.
 - Tot hoe ver reikt het mandaat of de toestemming van de achterban?
 - Hoe is de verzameling van inbreng uit en terugkoppeling naar de achterban georganiseerd? Op welk moment en waarover wordt de achterban geraadpleegd?
- Daarbij is het belangrijk om de besluitvormingsprocessen aan de andere tafels waar de vertegenwoordigers aan zitten te kennen (Figuur 3).



Figuur 3. Om het mandaat van personen aan de samenwerkingstafel goed af te kunnen spreken, is het cruciaal om de besluitvormingsprocessen van de andere tafels waaraan zij zitten te kennen. In de figuur staan voorbeelden van veelvoorkomende besluitvormingstafels.

Parafasering deelnemer IGO: *“Bij ons zitten zorgverleners in het bestuur. Iedere zorgverlener heeft een gelijk stemrecht. We betrekken de financials van ziekenhuizen via een algemene ledenvergadering. De ervaringen hiermee zijn positief.”*

De ervaring leert dat het erg behulpzaam is om een onafhankelijk begeleider van de samenwerking aan te stellen. Een onafhankelijk begeleider heeft geen directe belangen bij de activiteiten van het samenwerkingsverband. Het belang van de onafhankelijk begeleider is dat alle geboortezorgorganisaties en -zorgverleners betrokken zijn en mee willen (blijven) werken. Hij kan dan ook helpen om steeds weer terug te grijpen op de gezamenlijke ambitie en kernwaarden. Ook kan deze begeleider eventuele kennis en opgedane ervaring in andere regio's inbrengen.

Betrokkenen bij het opstellen van de handreiking gaven daarnaast aan dat het voor succesvolle samenwerking in de geboortezorgregio noodzakelijk is dat regionale afspraken op landelijk niveau gerespecteerd worden.

4 Financiële belemmeringen bij verbetering zorgpaden wegnemen

De gezamenlijke ambitie kan leiden tot de wens om geboortezorgpaden in de regio aan te passen. Vaak leidt dit tot een verandering van de ureninzet van zorgverleners en van cliëntgebonden kosten, zoals diagnostiek en geneesmiddelen. Een verandering van deze kosten leidt meestal niet tot eenzelfde verandering in betaling door de zorgverzekeraar.

Dat een verandering van ureninzet en cliëntgebonden kosten niet direct voor eenzelfde verandering in de betaling zorgt, kan ertoe leiden dat partijen minder positief kijken naar aanpassing van een zorgpad. Om deze financiële belemmeringen weg te nemen, is het om te beginnen prettig om elkaars bekostiging te begrijpen en te snappen hoe inkomens van geboortezorgverleners tot stand komen (§4.1). Daarnaast is het aan te raden om alleen grotere veranderingen in kosten onderling te verrekenen (§4.2). Wanneer het gaat om een grotere verandering, is het belangrijk om te verrekenen voor de extra kosten en om als het nodig is (tijdelijk) een vangnet te creëren voor inkomstenverlies (§4.3).

4.1 Elkaars bekostiging en totstandkoming van inkomen begrijpen

Het helpt als partijen begrijpen hoe elkaars bekostiging in elkaar zit en hoe de inkomens van geboortezorgverleners tot stand komen. Hierdoor ontstaat een overeenstemming in de financiële taal die partijen gebruiken, bijvoorbeeld over inkomsten, tarieven, inkomens en kosten. Partijen doen de kennis van elkaars bekostiging het beste op als zij een gezamenlijk project over inkomsten en kosten van geboortezorg in de regio uitvoeren. Maar omdat daar niet altijd tijd en geld voor is, geven we hieronder alvast een beknopte uitleg.

4.1.1 Ziekenhuis declareert zorgproducten per vrouw en baby, eerstelijnsverloskunde vooral per vrouw, en kraamzorg vooral per uur en daarnaast per zorgactiviteit

Geboortezorgorganisaties worden op verschillende manieren bekostigd en declareren daarom verschillende soorten prestaties bij de zorgverzekeraar (Figuur 4)⁷:

- Het **ziekenhuis** kan ongeveer 30 verschillende DBC-producten en 15 overige zorgproducten voor geboortezorg voor vrouwen en kinderen⁸ declareren:
 - Een DBC-zorgproduct is een combinatie van de toestand waarin de vrouw of baby zich bevindt, gecombineerd met alle activiteiten die hiervoor worden uitgevoerd in het ziekenhuis en de ziekenhuisfaciliteiten die hiervoor worden gebruikt. Een voorbeeld is het DBC-zorgproduct ‘Begeleiding spontane partus’ (159899019). Per vrouw kan in de

⁷ We beperken ons tot het beschrijven van de bekostiging van ziekenhuizen, eerstelijnsverloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties, omdat deze drie geboortezorgorganisaties altijd deelnemen aan een samenwerkingsverband.

⁸ We beperken ons in deze handreiking tot en met 8 dagen na de bevalling.

- prenatale, natale en postnatale fase maar één DBC-zorgproduct per fase gedeclareerd worden.
- Een overig zorgproduct (OZP) is een prestatie die het ziekenhuis los van het DBC-zorgproduct kan declareren. Bij OZP's wordt gebruik gemaakt van de activiteiten en faciliteiten in het ziekenhuis, waarbij de gynaecoloog vaak niet betrokken is. Een voorbeeld van een OZP is 'Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie' (190045).
 - Een **eerstelijnsverloskundigenpraktijk** kan zes basis verloskundige prestaties en acht overige zorgprestaties declareren:
 - De basis verloskundige prestaties zijn vaste bedragen per vrouw. Het gaat bijvoorbeeld om 'Volledige verloskundige zorg'. Ook kan de eerstelijnsverloskundige toeslagen in rekening brengen voor vrouwen die bijvoorbeeld uit achterstandswijken komen of in een asielzoekerscentrum wonen.
 - Bij de overige prestaties declareert de verloskundige per zorgactiviteit. Denk aan een algemene termijnecho om de zwangerschapsduur te bepalen of prenatale screening counseling. Ook kan de eerstelijnsverloskundige onderlinge dienstverlening declareren.⁹
 - De **kraamzorgorganisatie** declareert vooral per uur en daarnaast per zorgactiviteit:
 - Per uur kraamzorg en per uur partusassistentie.
 - Per inschrijving, per intake (bij de vrouw thuis of telefonisch) en per partusassistentie. Net als de eerstelijnsverloskundige kan de kraamzorg daarnaast onderlinge dienstverlening declareren.



Figuur 4. Het ziekenhuis declareert bij de zorgverzekeraar per vrouw en baby, eerstelijnsverloskunde per vrouw en zorgactiviteit en kraamzorg vooral per uur en daarnaast per zorgactiviteit.

In Bijlage 1 staat een overzicht met alle prestaties per type aanbieder zoals deze gelden in maart 2022.

Ziekenhuizen onderhandelen (jaarlijks) met de zorgverzekeraar over de tarieven van de 30 DBC- en 15 overige zorgproducten. Meestal zijn de individuele zorgproducten van ziekenhuizen voor de

⁹ Met onderlinge dienstverlening wordt de levering van prestaties door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder bedoeld. De uitvoerende zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om de prestaties op het gebied van de verloskundige zorg met inachtneming van de geldende maximumtarieven, in opdracht van de opdrachtgevende zorgverlener via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. Bron: Beleidsregel verloskunde - BR/REG- 21121.

tweedelijnsverloskunde overigens geen expliciet onderwerp van gesprek tijdens de onderhandelingsgesprekken. Het ziekenhuis kijkt over het algemeen naar de totale kosten die zij maken voor de totale productie van alle specialismen, plus een marge voor het risico.

De tarieven van de prestaties die zorgverzekeraars afspreken met de eerstelijnsverloskunde en kraamzorg zijn gebaseerd op landelijke kostprijsonderzoeken. De abonnementstarieven voor de zes prestaties basis verloskundige zorg zijn daarmee gebaseerd op het gemiddeld aantal uur dat eerstelijnsverloskundigen in Nederland in 2015 aan de begeleiding van een vrouw besteedden. De NZa indexeert de tarieven wel ieder jaar.

4.1.2 Klinisch verloskundigen, O&G-/kraamverpleegkundigen en kraamverzorgenden zijn in loondienst, eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen meestal zelfstandig ondernemer

Geboortezorgorganisaties gebruiken de inkomsten van de zorgverzekeraar voor het betalen van hun personeel, cliëntgebonden kosten en overheadkosten. Zestig tot tachtig procent van de inkomsten gaat daarbij naar directe personeelskosten. De salarissen van klinisch verloskundigen, O&G verpleegkundigen en kraamverzorgenden liggen vast, omdat zij over het algemeen in loondienst zijn. Zij krijgen betaald volgens de CAO.

Eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen zijn vaak zelfstandig ondernemer. Gynaecologen die in umc's werken, zijn wel in loondienst. Daarnaast zijn er een aantal algemene ziekenhuizen waar alle medisch specialisten in loondienst zijn. Ook zijn er eerstelijnsverloskundigen die in loondienst zijn bij praktijken of bij ziekenhuizen. Gynaecologen en eerstelijnsverloskundigen in loondienst krijgen betaald volgens de CAO.

Het uiteindelijke inkomen van zelfstandige eerstelijnsverloskundigen is afhankelijk van hoeveel personeel zij in loondienst hebben en wat hun cliëntgebonden en overheadkosten zijn.¹⁰ De inkomsten die na aftrek van deze kosten overblijven, vormen het inkomen, waaruit verloskundigen ook moeten betalen voor zorgverzekeringspremies en loonbelasting en sparen voor het pensioen.

Bij vrijgevestigd gynaecologen is het iets ingewikkelder. Sinds 2015 zijn vrijgevestigd medisch specialisten in een ziekenhuis samengegaan in een zogenaamd Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Van de inkomsten die het ziekenhuis ontvangt voor het leveren van medisch specialistische zorg krijgt het MSB een deel (Figuur 5). Vaak spreken het ziekenhuis en MSB af dat het MSB een percentage van de totale omzet krijgt.

Het MSB verdeelt deze inkomsten vervolgens over de vakgroepen in het ziekenhuis. Dit gebeurt meestal via een verdeelsleutel die afhangt van de productie en declaraties van een vakgroep. De vakgroep obstetrie en gynaecologie betaalt vanuit de inkomsten eventueel personeel dat zij in loondienst hebben. De overige inkomsten vormen het inkomen voor de gynaecologen in de maatschap. Uit dit inkomen moeten gynaecologen ook betalen voor zorgverzekeringspremies en loonbelasting en sparen voor het pensioen.

¹⁰ Het kostenonderzoek op basis waarvan de tarieven in de eerstelijnsverloskunde zijn gebaseerd gaat wel uit van de CAO (fwg 60) en daarop toeslagen als pensioen, ondernemersrisico, et cetera. Daarnaast zit in het tarief een tegemoetkoming voor de gemiddelde vaste lasten.



Figuur 5. Binnen veel algemene ziekenhuizen ontvangen gynaecologen hun inkomen via het Medisch Specialistisch Bedrijf, waar alle zelfstandig medisch specialisten van het ziekenhuis in deelnemen

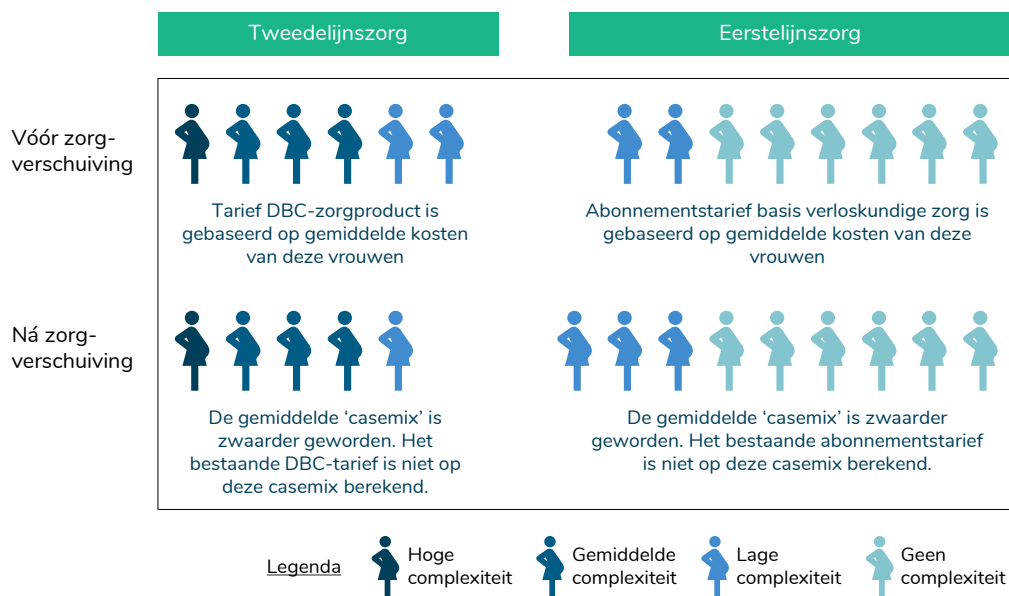
4.1.3 Bij preventie, zorgverschuiving of shared care doen beide lijnen vaak werk zonder dat ze hier inkomsten voor ontvangen, en vindt in beide lijnen een 'casemixverzwaring' plaats

De huidige monodisciplinaire bekostiging werkt als een rem voor preventie, zorgverschuiving of shared care¹¹. Wanneer partijen in een regio zorgpaden willen verbeteren, leidt dit vaak tot extra werk zonder extra inkomsten en een 'casemixverzwaring' in beide lijnen. We lichten dit hieronder toe.

Zowel de eerste als de tweede lijn doen bij aanpassing van zorgpaden vaak (extra) werk zonder dat ze hier (extra) inkomsten voor ontvangen. Bij veel zorgverschuivingen blijven eerstelijnsverloskundigen bijvoorbeeld (langer) verantwoordelijk voor de begeleiding van de vrouw. De eerstelijnsverloskundigen besteden daarmee meer tijd aan de verschoven vrouw. Zij krijgen hiervoor echter niet extra betaald, doordat ze een vast abonnementstarief per vrouw ontvangen. Dit tarief wordt niet hoger bij een langere begeleiding. De gynaecoloog in de tweede lijn kijkt vaak mee in een MDO of houdt spreekuren in eerstelijnspraktijken. Maar het ziekenhuis ontvangt geen inkomsten meer voor de verschoven vrouw, want deze blijft in de eerste lijn. Hierdoor kan het ziekenhuis geen DBC declareren.

Zorgverschuiving leidt in beide lijnen ook tot een casemixverzwaring. Het abonnementstarief voor de basis verloskunde zorg is gebaseerd op het gemiddeld aantal uur dat eerstelijnsverloskundigen in Nederland in 2015 aan de begeleiding van een vrouw besteedden. Wanneer eerstelijnsverloskundigen vrouwen blijven begeleiden die meer tijd en aandacht vragen, voldoet dit gemiddeld aantal uur niet meer. De mix van vrouwen aan wie zij zorg verlenen – de zogenaamde casemix – is zwaarder geworden (Figuur 6).

¹¹ De coördinatie en uitvoering van de geboortezorg wordt door de eerste en tweede lijn gedeeld.



Figuur 6. Zorgverschuiving van de tweede naar de eerste lijn zorgt voor een casemixverzwaring in beide lijnen. De bestaande tarieven per vrouw zijn niet berekend op deze zwaardere casemix.

Omdat de zorgverschuiving niet in elke regio gebeurt, wordt deze casemixverzwaring niet automatisch gerepareerd bij een eventueel nieuw kostenonderzoek eerstelijnsverloskunde. Voor de tweede lijn geldt hetzelfde. Daar is het tarief voor het DBC-zorgproduct gebaseerd op een gemiddelde over de vrouwen in het ziekenhuis. Als de vrouwen met een minder complexe zorgvraag in de eerste lijn blijven, verzwaart ook de casemix in het ziekenhuis.

Parafrasering eerstelijnsverloskundige: “Op het moment dat de tweede lijn doorkreeg dat wij niet extra betaald krijgen voor de extra tijd die wij besteden aan een vrouw met GBS¹² (ten opzichte van een ‘gemiddelde’ vrouw), werd het voor hen duidelijker dat het bij ons echt alleen om de kwaliteitsverhoging gaat. Omgekeerd wisten wij niet dat de gynaecologen uit het ziekenhuis niet betaald krijgen voor MDO’s met ons of voor gezamenlijke spreekuren in de eerste lijn.”

4.2 Alleen grotere veranderingen in kosten verrekenen

Als je in een regio zorgpaden aanpast, wil je dat partijen ervoor betaald krijgen als zij door de aanpassing extra uren zorg leveren of meer cliëntgebonden kosten maken. Het is hierbij wel aan te bevelen om alleen ‘grotere’ veranderingen in kosten te verrekenen. Denk aan zorgpaden die relatief grote groepen vrouwen treffen (bijvoorbeeld pijnstilling) of die een grote investering vragen van (een van de) geboortezorgorganisaties (bijvoorbeeld bij preventie).

We raden aan om alleen ‘grotere’ veranderingen in kosten te verrekenen, omdat het een flinke klus blijkt te zijn om goed inzichtelijk te maken welke impact de aanpassing van een zorgpad heeft op de inkomsten en kosten voor geboortezorgorganisaties:

- Aan de hand van het huidige en nieuwe zorgpad moet je precies in kaart brengen welke **inkomsten** vervallen of erbij komen door introductie van het nieuwe zorgpad. Voor het ziekenhuis betekent dit bij de meeste nieuwe zorgpaden dat het moet inschatten hoeveel

¹² Groep B-streptokokkeninfecties.

DBC- en overige zorgproducten het minder declareert. De eerstelijnsverloskunde en de kraamzorg maken inzichtelijk welke zorgactiviteiten zij eventueel meer declareren en hoeveel extra uur (in het geval van de kraamzorg).

- Tegelijkertijd moet je nagaan hoeveel **kosten** je maakt in het huidige zorgpad en in de nieuwe situatie. Daarbij is het vooral belangrijk om een inschatting te maken van het aantal uur zorg dat je meer of minder gaan leveren. Dit blijkt lastig. In sommige regio's is voor de gehele geboortezorg geprobeerd gedetailleerd in kaart te brengen hoeveel uur iedere geboortezorgverlener besteedt aan welke activiteiten.¹³ Het blijkt omslachtig en moeilijk om dan alle activiteiten goed te vatten.

Bovendien vraagt dit voor iedere zorgpadaanpassing weer opnieuw een bijna even grote tijdsinvestering, omdat elke aanpassing weer zijn eigen kenmerken heeft.

Parafrasering deelnemer IGO: "Wij hebben een commissie samengesteld met geboortezorgverleners en financials, die de verwachte financiële impact inschat van een zorgpadverbetering. Als deze commissie inschat dat de impact onder een bepaalde grens blijft, spreken partijen af om de aanpassing van het zorgpad niet onderling te verrekenen. Als de inschatting boven de grens uitkomt, maakt de commissie een gedetailleerdere business case van de zorgpadverbetering. Zo besteden we onze schaarse tijd aan de onderwerpen met de meeste impact."

Regio's kunnen met de zorgverzekeraar afspraken maken over betaling van extra kosten waarvoor geboortezorgorganisaties via de huidige monodisciplinaire bekostiging geen vergoeding ontvangen (zie ook §4.3). Houd er daarbij wel rekening mee dat zorgverzekeraars niet enthousiast zijn over verschillende specifieke afspraken voor soms kleine doelgroepen. Dit levert hen namelijk veel administratieve lasten op. Regio's die integraal bekostigd worden, hoeven geen afspraken te maken met de zorgverzekeraar. Zij kunnen de extra kosten zelf 'achter de voordeur' onderling verrekenen. Overigens blijft het voor hen ook een uitdaging om te bepalen hoeveel er verrekend moet worden.

Er zijn meerdere regio's die al gerekend hebben aan de inkomsten- en kostenverschuiving als gevolg van zorgpadverbetering. Als je als regio hier net mee begint, is het daarom aan te raden om eerst rond te vragen. Regio's werken vaak aan dezelfde zorgpaden, zoals vrouwen met GBS, vrouwen met diabetes, screenen en behandelen van bilirubine thuis, pre-eclampsie screening et cetera. Ook wordt er op landelijk niveau aan zorgpaden gewerkt.

4.3 Wezenlijke extra kosten verrekenen en (tijdelijk) vangnet creëren

Als verbetering van een zorgpad wel wezenlijke impact heeft op de inkomsten en kosten van geboortezorgorganisaties, is het goed om deze te verrekenen. Als je dit niet doet, kun je niet verwachten dat partijen de zorgpadaanpassing implementeren.

¹³ Bijvoorbeeld via time driven activity based costing, waar geboortezorgverleners voor al hun activiteiten bijhouden hoeveel tijd ze eraan besteden.

Het gaat er vaak om dat de eerstelijnsverloskunde gecompenseerd moeten worden. Zij maken extra uren en cliëntgebonden kosten door aanpassing van het zorgpad, maar worden daar vanuit het abonnementstarief niet voor betaald (zie §4.13). Daarnaast kan ook het ziekenhuis compensatie van kosten nodig hebben. Dit is zo wanneer het ziekenhuis minder DBC- en overige zorgproducten declareert, maar nog wel kosten maakt voor de naar de eerste lijn 'verschoven' vrouwen, bijvoorbeeld door meekijkconsulten te organiseren.

Regio's die integraal bekostigd worden, kunnen de verdeelsleutel achter de voordeur aanpassen om de verandering door de zorgpadaanpassing op te vangen. Regio's die monodisciplinaire bekostiging ontvangen, kunnen afspraken maken met zorgverzekeraars.¹⁴ Binnen de huidige monodisciplinaire bekostiging zijn er drie mogelijkheden om afspraken te maken over de extra kosten als gevolg van zorgpadverbetering:¹⁵

- 1 Het **max max tarief** inzetten. Zowel in de eerstelijnsverloskunde als in de kraamzorg, kunnen aanbieders met de zorgverzekeraar max max tarieven afspreken. Dit betekent dat de maximumtarieven voor de prestaties (maximaal) met 10% worden verhoogd. Zorgverzekeraars willen deze afspraken meestal wel maar voor een beperkte duur maken.
- 2 **Integrale geboortezorg toeslag** aanvragen. De NZa-beleidsregel verloskunde bevat een 'Toeslag integrale geboortezorg'. Deze toeslag biedt aanvullende tariefruimte om de kwaliteit van verloskundige zorg te verbeteren, inclusief de bevordering van de samenwerking en professionalisering binnen de verloskundige keten. Een onderdeel hiervan kan de inzet van een medisch specialist tijdens het eerstelijns verloskundig traject zijn (het meekijkconsult). Aanbieders kunnen de toeslag alleen in rekening brengen als ze hierover een overeenkomst afsluiten met de zorgverzekeraar. In de overeenkomst zijn de inhoud van de te leveren zorg en de hoogte van het in rekening te brengen tarief vastgelegd.
- 3 Een verzoek indienen voor een **nieuw (kleinschalig) experiment**. De NZa heeft een 'Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten'. Het doel hiervan is om aanbieders en zorgverzekeraars ruimte te geven om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Deze innovaties moeten gericht zijn op het verbeteren van de prijskwaliteitverhouding van de zorg. Aanbieders en zorgverzekeraars vragen de innovatieve zorgprestatie samen aan bij de NZa. Het experiment voor het uitvoeren van een cardiocografie (CTG) door een verloskundige in de eerste lijn is bijvoorbeeld via deze prestatie bekostigd.

Vaak zijn nieuwe zorgpaden gericht op het leveren van zoveel mogelijk geboortezorg in de nabije omgeving van de vrouw en het kind. Verwijzing van de vrouw naar de tweede lijn wordt voorkomen of uitgesteld en opname van het kind wordt voorkomen. Dit betekent dat het ziekenhuis minder DBC- en overige zorgproducten declareert. Dit zogenaamde omzet- of productieverlies kan bedreigend zijn voor het ziekenhuis en de gynaecologie vakgroep. Zij zien vaak niet de mogelijkheid om de kosten direct af te schalen. Als de aanpassing van het zorgpad bijvoorbeeld betekent dat er 0,3 fte O&G verpleegkundige minder nodig is op de afdeling, levert

¹⁴ Geboortezorgorganisaties in een regio kunnen er ook voor kiezen om de totale inkomsten voor de geboortezorg op basis van huidige monodisciplinaire prestaties te poolen, zonder dat zij integraal bekostigd worden.

¹⁵ Bronnen: Beleidsregel verloskunde - BR/REG- 21121 en Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten - BR/REG-19158

dat in het aantal verpleegkundigen dat ingeroosterd wordt niet meteen winst op. Daarnaast speelt dat er vaak wel nog kosten voor de naar de eerste lijn verschoven vrouw of kind gemaakt moeten worden.

Om ervoor te zorgen dat het gevoel van bedreiging bij ziekenhuizen en vakgroepen vermindert, kan het helpen om af te spreken dat de zorgverzekeraar het verlies in omzet eerst nog compenseert. Zorgverzekeraar en ziekenhuis kunnen bijvoorbeeld afspreken dat de omzet in een aantal jaar afgebouwd wordt. Dit stelt het ziekenhuis en de vakgroepen in de gelegenheid om de kosten geleidelijk af te bouwen. Daarbij is het goed om ook afspraken te maken over de kosten die het ziekenhuis nog wel blijft maken in het nieuwe zorgpad.

Zorgverzekeraars kunnen hiervoor bijvoorbeeld gebruik maken van de **transformatiegelden**. Om initiatieven te ondersteunen op het gebied van de juiste zorg op de juiste plek, zijn in het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022 transformatiegelden beschikbaar gesteld. In totaal gaat het om € 425 miljoen over de hele periode.¹⁶

Overigens is een dergelijk vangnet niet altijd nodig, bijvoorbeeld wanneer de vrijgekomen productie vanuit de wachtlijst wordt opgevuld. Oftewel wanneer het ziekenhuis nu regelmatig nee moet zeggen tegen bevallingen of opnames van kinderen. In dat geval wordt de vrijgekomen capaciteit opgevuld. Het ziekenhuis declareert dan net zoveel DBC- en overige zorgproducten, maar wel voor vrouwen die het meer nodig hebben. Het ziekenhuis kan hiermee betere zorg leveren.

¹⁶ Bron: Monitor Transformatiegelden medisch-specialistische zorg 2019, Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2019.

5 Met vertrouwen verdelen achter de voordeur

Regio's die integraal bekostigd worden maken via een IGO of een andere juridische entiteit zoals een zorggroep,¹⁷ contractafspraken met de zorgverzekeraar (Figuur 7). Dit wordt ook wel 'via contracteren' genoemd. De geboortezorgorganisaties leveren de geboortezorg en declareren via de IGO zorgprestaties bij de zorgverzekeraar. Ze behouden dus hun zelfstandig declaratierecht. Er zijn negen integrale geboortezorg (IG)-prestaties waarvoor de regio tarieven afspreekt met de zorgverzekeraar. Acht daarvan zijn tarieven per vrouw (per fase en per complexiteit). Eén prestatie is geleverde kraamzorg per uur.



Figuur 7. Bij integrale bekostiging ontvangt de IGO/zorggroep geboortezorginkomsten van de zorgverzekeraar en betaalt deze op haar beurt de geboortezorgorganisaties voor de geleverde geboortezorg. De individuele geboortezorgorganisaties behouden wel hun zelfstandig declaratierecht: ze blijven zelfstandig ondernemer.

De IGO verdeelt de inkomsten uit de IG-prestaties vervolgens onder de deelnemende geboortezorgorganisaties. Dit doen de IGO's op verschillende manieren:

- In een deel van de IGO's krijgt iedere discipline een percentage van de IG-prestatie. De percentages verschillen per prestatie. Deze percentages waren bij aanvang grotendeels gebaseerd op de monodisciplinaire bekostiging.
- In andere IGO's declareren de deelnemende geboortezorgorganisaties de geleverde zorg nog volgens de huidige monodisciplinaire bekostiging bij de IGO. Deze IGO's lopen daarmee tegen financiële belemmeringen bij zorgpadaanpassing aan (zie Hoofdstuk 4). Dit hoofdstuk biedt handvatten voor een verdeling achter de voordeur voor deze groep IGO's.

Ten eerste is het belangrijk om met alle belanghebbenden in de IGO samen een verdeelmodel te ontwikkelen (§5.1). Vervolgens raden we IGO's aan om gebruik te maken van modellen die er al

¹⁷ Waar we hierna over een IGO spreken, bedoelen we ook een andere juridische entiteit zoals een zorggroep waarin geboortezorgorganisaties in de regio deelnemen.

zijn in andere regio's en van het SiRM-instapverdeelmodel (§5.2). Ten slotte is het belangrijk om de verdeling stapsgewijs te implementeren om eerst zekerheid te creëren en vervolgens samen te kunnen innoveren (§5.3).

5.1 Samen met belanghebbenden het verdeelmodel ontwikkelen

Het is cruciaal om alle belanghebbenden goed te betrekken bij het ontwikkelen van een verdeelmodel achter de voordeur, zodat er vertrouwen ontstaat. Je bepaalt als je als geboortezorgorganisatie deelneemt aan een IGO namelijk samen met de andere organisaties hoe de inkomsten van jezelf en je samenwerkingspartners verdeeld worden. Hierbij is het belangrijk om een betrouwbaar verdeelmodel te hebben als hulpmiddel. Een verdeelmodel wordt stabiel naarmate de deelnamegraad van disciplines in de regio hoger wordt.

Aan de start van de ontwikkeling van het verdeelmodel kan het helpen om samen uitgangspunten af te spreken, waarin de eerder geformuleerde gezamenlijke ambitie terugkomt (zie §2.1). Enkele voorbeelden van uitgangspunten voor een verdeelmodel zijn:

- Zorgverleners ervaren een prikkel tot het verhogen van kwaliteit (en niet tot behoud of verhogen van de eigen productie).
- Het verdeelmodel is objectief en transparant voor alle zorgverleners.
- Het verdeelmodel moet niet te complex zijn, maar tegelijkertijd wel voldoende detail bevatten om de impact van een wezenlijke zorgpadaanpassing adequaat door te rekenen.

De belangrijkste keuze die partijen vervolgens samen moeten maken is de manier van verdeling van inkomsten. Grofweg zijn er theoretisch drie manieren en combinaties ervan mogelijk:

- 1 Geboortezorgorganisaties krijgen een **vast bedrag per vrouw** waaraan zij zorg leveren. Hierbij kan je verschillende categorieën maken die verschillen in complexiteit van de zorgvraag en de fase. De IGO's waarbij op dit moment iedere discipline een percentage van de IG-prestatie krijgt, verdelen in feite op deze manier. Een voordeel van deze bekostiging is dat aanbieders een prikkel ervaren om zo efficiënt mogelijk zorg te leveren. Ze krijgen immers een vast bedrag per vrouw. Een nadeel kan zijn dat vrouwen niet genoeg tijd krijgen, omdat de aanbieder daar niet voor wordt betaald.
- 2 Geboortezorgorganisaties krijgen **betaald voor de geleverde zorg**. Geboortezorgverleners krijgen hierbij betaald voor de uren zorg en zorgactiviteiten die zij leveren. Om te voorkomen dat aanbieders teveel productie gaan draaien, is benchmarking gewenst. Een benchmark vergelijkt hoeveel uren zorg en zorgactiviteiten aanbieders hebben geleverd voor een bepaald type vrouw. Omdat in een IGO maar één of enkele ziekenhuizen deelnemen, is een landelijke benchmark nodig. Daarin kan de geleverde zorg van voldoende ziekenhuizen tegen elkaar afgezet worden.
- 3 Geboortezorgverleners in een regio krijgen een **vast inkomensdeel** voor het leveren van geboortezorg. De insteek van dit model is dat geboortezorgverleners, zoals zelfstandige eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen, een vast inkomensdeel krijgen als zij voldoen aan voorwaarden. Voorbeelden van voorwaarden zijn het behalen van een minimale productie per geboortezorgverlener en het voldoen aan kwaliteitsnormen. Hierbij kan worden afgesproken dat het inkomensdeel naar beneden wordt aangepast, als

geboortezorgverleners de voorwaarden niet realiseren. Hiermee blijven geboortezorgverleners ondernemersrisico lopen.

Wanneer je er als IGO voor kiest om waardegedreven zorg te leveren, is het van belang om naast de financiële verdeling na te denken over welke uitkomsten je gaat meten.

Voor het SiRM-instapverdeelmodel (zie ook §5.2) zijn de eerste en derde manier uitgewerkt. De tweede manier hebben we om twee redenen niet uitgewerkt:

- Er zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar in de IGO-regio's om het model op te baseren. Op basis van de huidige monodisciplinaire declaratiegegevens kun je onvoldoende achterhalen hoeveel uur iedere geboortezorgverlener per activiteit aan een vrouw besteedt. Het is met name onduidelijk in het ziekenhuis. Maar ook voor de eerstelijnsverloskunde biedt het landelijke kostenonderzoek uit 2015 onvoldoende aanknopingspunten voor de regio.
- Een landelijke benchmark van ziekenhuizen is lastig te realiseren. Benchmarking is gewenst om te voorkomen dat geboortezorgorganisaties teveel productie gaan draaien bij een verdeelmodel gebaseerd op geleverde zorg. Maar een landelijke benchmark is niet realistisch, omdat maar een beperkt deel van de regio's in Nederland integraal bekostigd wordt. Vooral benchmarking van geleverde zorg door ziekenhuizen is daardoor lastig, door het kleine aantal en de verschillende profielen van ziekenhuizen (algemeen ziekenhuis, STZ-ziekenhuis, umc).

Tijdens het project merkten we dat de derde manier, 'vast inkomensdeel', erg gevoelig ligt. Deze verdeeloptie betekent niet dat geboortezorgverleners in loondienst gaan en geen ondernemer meer zijn, maar deze associatie werd wel gewekt. We hebben daarom besloten om deze verdeeloptie uit het SiRM-instapverdeelmodel weg te laten. Voor meer informatie over de verdeeloptie kan contact gezocht worden met de NZa.

5.2 Gebruik maken van bestaande modellen als basis

Bij de ontwikkeling van een model voor verdeling achter de voordeur raden we aan om gebruik te maken van bestaande verdeelmodellen. Er zijn IGO's die al een verdeelmodel hebben opgesteld voor verdeling naar inkomsten per IG-prestatie (manier 1 uit §5.1). SiRM heeft ook voor deze manier van verdelen een instapverdeelmodel opgesteld. Een enkele IGO heeft zelfs de basis staan voor verdeling op basis van geleverde zorg (manier 2 uit §5.1).

We gaan hieronder iets verder in op de gegevens die nodig zijn voor het SiRM-instapverdeelmodel en de werking ervan. Meer toelichting over de inputs, berekeningen en outputs van het model staan in Bijlage 2.

Voor het model heeft SiRM gebruik gemaakt van landelijk beschikbare bronnen: beleidsregels NZa, geboortezorgdeclaraties van de NZa, Nivel, Capaciteitsorgaan, www.volksgezondheidszorg.info, cao's en peristat.nl. We verwachten dat de benodigde gegevens ook op regionaal niveau zonder al te grote inspanning te verzamelen zijn. De handreiking mededinging van het CPZ beschrijft welke gegevens partijen met elkaar mogen delen.¹⁸

¹⁸ Deze handreiking is geactualiseerd in 2021 en beschikbaar via <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/nieuwe-handreiking-mededinging-2021/>.

De volgende inputs zijn nodig: het aantal IG-prestaties per discipline, het tarief van de IG-prestaties, de overheadkosten van de IGO en de verrichtingen buiten de IGO als die er zijn. De overheadkosten van de IGO bestaan uit beheerskosten, budget voor innovatie- en kwaliteitskosten en overige overheadkosten.

Daarnaast vormen de historische declaratiegegevens van de monodisciplinaire bekostiging een goed startpunt voor de eerste verdeling naar percentages. Deze declaraties worden eerst naar IG-prestaties ingedeeld. We doen dit op basis van indelingen die eerder gemaakt zijn door het CPZ, het RIVM en de NZa. De indeling kan op regionaal niveau ook nog aangepast worden. Dit leidt tot een verdeelsleutel per IG-prestatie per discipline. Vervolgens worden van de IGO-inkomsten per IG-prestatie eerst de beheerskosten, het budget voor innovatie- en kwaliteitskosten en overige overheadkosten afgetrokken. Als er verrichtingen buiten de IGO zijn, bijvoorbeeld van echoscopisten buiten de IGO of een partus in een geboortecentrum, dan worden deze ook nog van de inkomsten afgetrokken. De overgebleven inkomsten worden via de verdeelsleutel toegewezen aan de organisaties in de IGO.

5.3 Stapsgewijs implementeren van zekerheid naar innovatie

Het kan erg spannend zijn om op een andere manier dan via de huidige monodisciplinaire bekostiging de inkomsten te verdelen. Het is daarom belangrijk om het verdelen van inkomsten stapsgewijs te implementeren. Op deze manier krijgen de betrokkenen vertrouwen in het verdeelmodel.

Stapsgewijze implementatie kan betekenen dat je de eerste paar jaar financiële zekerheid biedt door deelnemers hetzelfde uit te betalen als toen de monodisciplinaire bekostiging nog gold. Daarbij kun je het beste vooraf een datum afspreken vanaf wanneer de inkomsten niet meer 'gematcht' worden aan monodisciplinaire bekostiging. Het is belangrijk om ook met de zorgverzekeraar afspraken te maken over minimale inkomstengaranties om deze financiële zekerheid te kunnen garanderen als IGO. In de jaren daarna – wanneer de historische verdeling langzaam losgelaten wordt – kun je afspreken dat je te grote omzetschommelingen op praktijk- of vakgroepniveau voorkomt. Je kunt hiervoor in het verdeelmodel clausules inbouwen. Deze zijn nog niet opgenomen in het SiRM-instapverdeelmodel.

Na verloop van tijd, als het vertrouwen verder gegroeid is, kun je samen kijken of je het realiseren van de gezamenlijke ambitie ook financieel kunt stimuleren. Dit kan bijvoorbeeld door samen streefwaarden af te spreken voor kwaliteitsnormen en daar bonussen aan te verbinden. De bonussen kunnen betaald worden vanuit het budget voor innovatie- en kwaliteitskosten. Sommige Perined uitkomsten kunnen gebruikt worden als kwaliteitsnorm. Daarnaast zijn er regio's die de ICHOM uitkomstenset zwangerschap & geboorte implementeren in het kader van het BuZZ project. Ook voor deze uitkomstenset kunnen IGO-deelnemers streefwaarden afspreken en daar een bonus aan verbinden.

Bijlage 1. Huidige monodisciplinaire prestaties per type aanbieder

In deze bijlage geven we een overzicht van de prestaties die geboortezorgorganisaties kunnen declareren bij de zorgverzekeraar binnen de huidige monodisciplinaire bekostiging. De onderstaande tabel is gebaseerd op declaratiegegevens die SiRM van de NZa heeft ontvangen ten behoeve van het opstellen van het SiRM-instapverdeelmodel. Hieraan ten grondslag liggen de prestatiecodelijsten van Vektis nummer 11, 32 en 41.¹⁹

Type aanbieder	Prestatiecode	Omschrijving
Eerstelijns verloskunde	1001	Volledige verloskundige zorg, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1011	Volledige verloskundige zorg, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1101	Volledige prenatale zorg, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1102	Volledige natale zorg, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1103	Volledige postnatale zorg, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1111	Volledige prenatale zorg, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1112	Volledige natale zorg, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1113	Volledige postnatale zorg, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1201	Prenatale zorg in de periode van 0 t/m 14 weken, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1203	Prenatale zorg in de periode na 29 weken doch vóór de bevalling, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1204	Prenatale zorg in de periode van 15 t/m 29 weken, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1211	Prenatale zorg in de periode van 0 t/m 14 weken, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1213	Prenatale zorg in de periode na 29 weken doch vóór de bevalling, verzekerden woonachtig in achterstandswijken

¹⁹ De prestaties zijn te vinden in het landelijke mapping ZVW Handboek (<https://tog.vektis.nl/TogDownloads.aspx>), hier zijn ook de prestatiecodelijsten te downloaden.

Type aanbieder	Prestatiecode	Omschrijving
Eerstelijns verloskunde	1214	Prenatale zorg in de periode van 15 t/m 29 weken, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1301	In de periode van 0 t/m 14 weken, eerste zorgaanbieder, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1302	In de periode van 15 t/m 29 weken, eerste zorgaanbieder, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1303	In de periode na 29 weken doch vóór de bevalling, eerste zorgaanbieder, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1311	In de periode van 0 t/m 14 weken, eerste zorgaanbieder, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1312	In de periode van 15 t/m 29 weken, eerste zorgaanbieder, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1313	In de periode na 29 weken doch vóór de bevalling, eerste zorgaanbieder, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1351	In de periode van 0 t/m 14 weken, tweede zorgaanbieder, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1352	In de periode van 15 t/m 29 weken, tweede zorgaanbieder, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1353	In de periode na 29 weken doch vóór de bevalling, tweede zorgaanbieder, verzekerden niet woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1361	In de periode van 0 t/m 14 weken, tweede zorgaanbieder, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1362	In de periode van 15 t/m 29 weken, tweede zorgaanbieder, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1363	In de periode na 29 weken doch vóór de bevalling, tweede zorgaanbieder, verzekerden woonachtig in achterstandswijken
Eerstelijns verloskunde	1401	Het van buitenaf draaien van het ongeboren kind van stuitligging naar hoofdligging
Eerstelijns verloskunde	1602	Termijnecho om vast te stellen hoe lang iemand zwanger is
Eerstelijns verloskunde	1603	Specifieke diagnose echo: groeistagnatie
Eerstelijns verloskunde	1604	Specifieke diagnose echo: bloedverlies
Eerstelijns verloskunde	1605	Specifieke diagnose echo: uitwendige versie bij stuitligging
Eerstelijns verloskunde	1606	Specifieke diagnose echo: ligging
Eerstelijns verloskunde	1607	Specifieke diagnose echo: placentacontrole
Eerstelijns verloskunde	1610	Prenatale screening: counseling
Eerstelijns verloskunde	1612	Prenatale screening Tweede Trimester Structureel Echoscopisch Onderzoek (TTSEO) (echo rond 20 weken zwangerschap) bij eenlingen en bij het eerste kind van een meerlingenzwangerschap

Type aanbieder	Prestatiecode	Omschrijving
Eerstelijns verloskunde	1622	Prenatale screening Tweede Trimester Structureel Echoscopisch Onderzoek (TTSEO) (echo rond 20 weken zwangerschap) bij elk volgend kind van een meerlingenzwangerschap
Eerstelijns verloskunde	1625	Prenatale screening Nuchal Translucentie (NT-)meting (nekplooiemeting) met medische indicatie bij eenlingen en bij het eerste kind van een meerlingenzwangerschap
Eerstelijns verloskunde	1626	Prenatale screening Nuchal Translucentie (NT-)meting (nekplooiemeting) zonder medische indicatie bij eenlingen en bij het eerste kind van een meerlingenzwangerschap
Eerstelijns verloskunde	1627	Prenatale screening Nuchal Translucentie (NT-)meting (nekplooiemeting) met medische indicatie bij elk volgend kind van een meerlingenzwangerschap
Eerstelijns verloskunde	1703	Toeslag 1e lijns geboortecentrum
Eerstelijns verloskunde	1705	Module geboortecentrum Doorverwezen bevalling
Eerstelijns verloskunde	1706	Bevalling in een geboortecentrum op sociale indicatie of medische indicatie
Eerstelijns verloskunde	1708	Consult lactatiekundige
Eerstelijns verloskunde	1713	Module Open Project
Eerstelijns verloskunde	1714	Toeslag 1e lijns geboortecentrum met beschikbaarheid lachgas
Eerstelijns verloskunde	1715	Toeslag integrale geboortezorg
Eerstelijns verloskunde	1716	Module geboortecentrum post partum doorverwezen bevalling
Eerstelijns verloskunde	1717	Consult voor vrouw met kinderwens, korter dan 20 minuten
Eerstelijns verloskunde	1718	Consult voor vrouw met kinderwens, 20 minuten en langer
Eerstelijns verloskunde	1719	IUD (spiraaltje) of etonogestrel implantatiestaafje aanbrengen/implanteren of verwijderen
Eerstelijns verloskunde	1720	Module geboortecentrum doorverwezen lachgas bevalling
Eerstelijns verloskunde	1721	Specifieke diagnose echo: verminderde vitaliteit
Eerstelijns verloskunde	9019	Consult CTG diagnostiek voor zwangere door verloskundige in eerste lijn
Kraamzorg	196217	Verblijf geboortecentrum
Kraamzorg	196201	Uur kraamzorg (K 201) (niet in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196202	Inschrijving (K 202) (niet in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196203	Intake bij de client thuis (K 203) (niet in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196204	Partusassistentie (K 204) (niet in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196205	Intake telefonisch (K 205) (niet in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196206	Uur partusassistentie (K 206) (niet in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196207	Module geboortecentrum
Kraamzorg	196209	Module geboortecentrum Doorverwezen tijdens bevalling
Kraamzorg	196210	Uur kraamzorg (K 201) (in een achterstandswijk)

Type aanbieder	Prestatiecode	Omschrijving
Kraamzorg	196211	Inschrijving (K 202) (in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196212	Intake bij de client thuis (K 203) (in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196213	Partusassistentie (K 204) (in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196214	Intake telefonisch (K 205) (in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196215	Uur partusassistentie (K 206) (in een achterstandswijk)
Kraamzorg	196219	Telefonisch consult lactatiekundige
Kraamzorg	196220	Consult aan huis lactatiekundige
Kraamzorg	196226	Huishoudelijke hulp na Kraamzorg
Kraamzorg	196227	Kraamzorg digitale voorlichting en instructie
Kraamzorg	196228	Bevalling met lachgassedatie in een geboortecentrum
Kraamzorg	196230	Kraamzorg niet via de biologische moeder
Kraamzorg	196233	Uur kraamzorg SOS (interventiegroep)
Kraamzorg	196234	Uur kraamzorg SOS achterstandswijken (interventiegroep)
Kraamzorg	196235	Uur kraamzorg SOS (controlegroep)
Kraamzorg	196236	Uur kraamzorg SOS achterstandswijken (controlegroep)
Ziekenhuis	37510	Prenatale screening: Nuchal Translucentie (NT-) meting (nekplooiemeting) bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap.
Ziekenhuis	37512	Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap.
Ziekenhuis	37514	Prenatale screening: Nuchal Translucentie (NT-) meting (nekplooiemeting) bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap.
Ziekenhuis	37516	Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap.
Ziekenhuis	37521	Prenatale screening: counseling.
Ziekenhuis	39485	Echografie A -vue in verband met zwangerschap.
Ziekenhuis	190032	Verblijf gezonde moeder.
Ziekenhuis	190033	Verblijf gezonde zuigeling.
Ziekenhuis	190043	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.
Ziekenhuis	190044	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.
Ziekenhuis	190045	Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.
Ziekenhuis	190046	Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.
Ziekenhuis	190047	Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.

Type aanbieder	Prestatiecode	Omschrijving
Ziekenhuis	190048	Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.
Ziekenhuis	150101002	Oper wegens extra-uteriene zwangerschap Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte
Ziekenhuis	150101003	Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte
Ziekenhuis	150101004	Klin kort Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte
Ziekenhuis	150101006	(Abortus) curettage/ Therapeutische hysteroscopie Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte
Ziekenhuis	150101007	Dag/ Poli >2/ Routine onderzoek >2 Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte
Ziekenhuis	150101009	Klin middel Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte
Ziekenhuis	150101011	Licht ambulantly Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte
Ziekenhuis	159899004	Partus met complexe fluxusbehandeling OK Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899007	Sectio caesarea Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899008	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Dag/ Klin cumulatief kort Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899010	Partus met (manuele) placentaverwijdering/ oper cervixscheur Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899012	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Dag/ Klin cumulatief middel Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899013	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Complexe fluxusbehandeling OK Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899014	Begeleiding spontane partus stuit/ meerling Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899016	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties (Manuele) placentaverwijdering/ oper cervixscheur Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899017	Vaginale kunstverlossing Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899019	Begeleiding spontane partus Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159899020	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Ambulant Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl
Ziekenhuis	159999010	Begeleiding zwangerschap Aanbrengen cerclage Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap

Type aanbieder	Prestatiecode	Omschrijving
Ziekenhuis	159999016	Begeleiding zwangerschap Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Ziekenhuis	159999017	Begeleiding zwangerschap Klin kort Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Ziekenhuis	159999019	Begeleiding zwangerschap Dag/ Poli >2 Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Ziekenhuis	159999020	Begeleiding zwangerschap Klin (zeer) lang Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Ziekenhuis	159999021	Begeleiding zwangerschap Klin middel Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Ziekenhuis	159999023	Begeleiding zwangerschap Routine onderzoek >2 Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Ziekenhuis	159999027	Begeleiding zwangerschap Licht ambulantly Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Ziekenhuis	159999030	Verloskundig adviesconsult 1-2 consulten Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Ziekenhuis	159999032	Begeleiding zwangerschap Intra-uteriene shuntchirurgie Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Ziekenhuis	159999033	Begeleiding zwangerschap Vruchtwaterpunctie/ chorionbiopsie Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap

Bijlage 2. Toelichting SiRM- instapverdeelmodel

In deze bijlage gaan we in op het SiRM-instapverdeelmodel dat in het kader van deze handreiking in Excel is ontwikkeld. Het model is beschikbaar voor alle geïnteresseerden.

Het model biedt de mogelijkheid om de inkomsten uit integrale geboortezorg (IG)-prestaties te verdelen. Dit gebeurt op basis van een verdeelsleutel per IG-prestatie die de inkomsten per prestatie verdeelt onder de betrokken zorgaanbieders.

Het model bestaat uit zeven tabbladen (Figuur 8):

- Een tabblad om het model toe te lichten.
- Twee tabbladen met de uitkomsten van het model.
- Drie tabbladen waarop de gegevens ingevoerd kunnen worden.
- Een tabblad voor de berekeningen.

Hieronder lichten we per tabblad toe wat er te vinden is en hoe het tabblad gebruikt kan worden.

Tabblad Modeltoelichting

Op het tabblad 'Modeltoelichting' staat een korte toelichting van het SiRM-instapverdeelmodel (Figuur 8). Daarnaast wordt hier per tabblad kort omschreven wat er te vinden is. Door te klikken op de gekleurde knoppen, ga je direct naar het juiste tabblad.

Outputtabbladen: 'Regiokenmerken' en 'Uitkomsten verdeling'

De outputtabbladen bevatten de regiokenmerken en de uitkomsten van de verdeling. Op de outputtabbladen is het niet mogelijk om dingen aan te passen. Dit kan alleen via de invoertabbladen.

Op het tabblad 'Regiokenmerken' vind je de kenmerken van vrouwen en kinderen in de IGO- of zorggroep:

- De verantwoordelijke tijdens de zwangerschap en bevalling.
- De redenen voor overdracht.
- Opnames.

Sommige van deze gegevens zouden ook als kwaliteitsindicator kunnen dienen. Daarnaast is deze informatie behulpzaam bij het inschatten van de impact van de verandering van geboortezorgpaden.

Om op het tabblad 'Regiokenmerken' uitkomsten te zien, is het nodig om het tabblad 'Invoertabblad – regiokenmerken' in te vullen.

SiRM-instapverdeelmodel: Inkomstenverdeling integrale geboortezorg

Versie 7-2-2022

Toelichting SiRM-instapverdeelmodel - Inkomsten per integrale geboortezorg (IG-)prestatie	
Dit instapverdeelmodel biedt de optie om de inkomsten uit integrale geboortezorg (IG-)prestaties te verdelen. De inkomsten van de IGO / zorggroep / ... worden op basis van een verdeelsleutel per IG-prestatie verdeeld naar de zorgaanbieders. Hieronder vind je per tabblad een toelichting over wat je daar kunt vinden. Door het klikken op de naam van het tabblad ga je naar het desbetreffende tabblad.	
De tabbladen zijn beveiligd om het functioneren van het model te waarborgen. Om de beveiliging van een tabblad af te halen: 1) klik met de rechtermuisknop op het tabblad 2) klik op "beveiliging blad opheffen" 3) klik op "OK" . Deze stappen moeten herhaald worden voor alle tabbladen waar je de beveiliging af wilt halen.	
Regiokenmerken	Op dit tabblad vind je de kenmerken van de vrouwen en kinderen in de regio van de IGO / zorggroep / ... : de verantwoordelijke tijdens de zwangerschap en bevalling, overdrachtsmomenten, overdrachtsredenen en opnames van pasgeborenen. Sommige van deze gegevens kunnen ook fungeren als kwaliteitsindicator. Daarnaast kan deze informatie behulpzaam zijn om de impact van verandering van geboortezorgpaden in te schatten.
Uitkomsten verdeling	Op dit tabblad vind je de uitkomsten van de berekende verdeling. Je ziet de totale inkomsten van de IGO / zorggroep / ..., welk deel van deze inkomsten nodig zijn voor beheerskosten van de IGO, innovatie- en kwaliteitsprojecten, overige kosten en de inkomsten per type zorgaanbieder. Tot slot zijn de totale inkomsten per type zorgaanbieder verdeeld over de individuele zorgaanbieders.
Invoertabblad - regiokenmerken	Op dit tabblad kun je de gegevens invoeren over de regiokenmerken. Deze gegevens zijn bijvoorbeeld bij Perined op te vragen. Het is niet noodzakelijk om dit tabblad in te vullen om de verdeling door te rekenen.
Invoertabblad - geleverde zorg	Op dit tabblad kun je de gegevens invoeren over de geleverde zorg in de IGO / zorggroep / ... Deze gegevens zijn nodig om de verdeling door te rekenen. De belangrijkste inputs hiervoor zijn het aantal IG-prestaties en het gemiddelde tarief per IG-prestatie. Ook kun je hier de namen van de organisaties in de IGO / zorggroep / ... invoeren. Het is noodzakelijk om dit tabblad in te vullen om de verdeling door te rekenen.
Invoertabblad - verdeling	Op dit tabblad kun je de gegevens invoeren die, naast de gegevens over geleverde zorg, specifiek nodig zijn voor de verdeling. De belangrijkste input is de verdeelsleutel per IG-prestatie. Deze kan bijvoorbeeld gebaseerd worden op de (historische) aantallen en kosten per monodisciplinaire prestatie. Het is noodzakelijk om dit tabblad in te vullen om de verdeling door te rekenen.
Berekening van de verdeling	Op dit tabblad wordt de verdeling doorgerekend. Vanuit dit tabblad worden de grafieken in het tabblad "Uitkomsten verdeling" gevoed.

Figuur 8. Tabblad "Modeltoelichting" met overzicht van alle tabbladen in het SiRM-instapverdeelmodel.

Op het tabblad 'Uitkomsten verdeling' vind je de uitkomsten van de verdeling op basis van een verdeelsleutel per IG-prestatie. Je ziet de totale inkomsten van de IGO of zorggroep. Daarnaast zie je welk deel van de totale inkomsten nodig is voor:

- De beheerskosten van de IGO, zoals: bestuur, scholing, communicatie, administratie, accountant, kantoor en faciliteiten.
- Innovatie- en kwaliteitsprojecten, zoals implementatie van een wijziging in een zorgpad.
- Overige kosten, zoals eenmalige projectondersteuning.
- De inkomsten per type zorgaanbieder.

Tot slot zijn de totale inkomsten per type zorgaanbieder verdeeld over de individuele zorgaanbieders.

Om op het tabblad 'Uitkomsten verdeling' uitkomsten te zien, is het nodig om het 'Invoertabblad - geleverde zorg' en het 'Invoertabblad - verdeling' in te vullen.

Invoertabbladen: 'Regiokenmerken', 'Geleverde zorg' en 'Verdeling'

Het is noodzakelijk om de invoertabbladen in te vullen om de uitkomsten van de verdeling te zien. Om de verdeling door te rekenen, moeten de tabbladen 'Invoertabblad - geleverde zorg' en 'Invoertabblad - verdeling' ingevuld worden.

Daarnaast is het mogelijk om ook regiokenmerken in te vullen op het 'Invoertabblad - regiokenmerken'. Voor de werking van het model is het niet noodzakelijk om deze in te vullen.

Het model biedt ruimte om te verdelen over maximaal drie ziekenhuizen, maximaal vijftien eerstelijnsverloskundigenpraktijken en vijf kraamzorgorganisaties. Wanneer er minder aanbieders van een type zijn, kunnen de velden hiervoor leeggelaten worden.

Op het 'Invoertabblad - regiokenmerken' kun je de gegevens invoeren over de kenmerken van de regio. Specifiek gaat het om:

- Het aantal zwangere vrouwen met de eerste of tweede lijn als verantwoordelijke tijdens de zwangerschap, inclusief het moment voor eventuele overdracht van de eerste naar de tweede lijn en het type partus.
- Het aantal (NICU-)opnames en (NICU-)opnamedagen
- Het aantal zwangere vrouwen per reden voor overdracht van de eerste naar de tweede lijn.

Deze gegevens zijn bijvoorbeeld bij Perined op te vragen voor de regio. Het is voor het berekenen van de verdeling niet nodig om dit tabblad in te vullen.

Op het 'Invoertabblad - geleverde zorg' kun je de gegevens invoeren over de geleverde zorg in de IGO of zorggroep. Deze gegevens zijn nodig om de verdeling door te rekenen. De gegevens die op dit tabblad ingevuld moeten worden, zijn:

- Het aantal IG-prestaties. Deze informatie moet worden verzameld in de IGO of zorggroep.
- Het gemiddelde gecontracteerde tarief per IG-prestatie.
- De overheadkosten van de IGO of zorggroep. Dit is onderverdeeld in beheerskosten, innovatie- en kwaliteitsprojecten en overige kosten. Deze kosten moeten ingeschat worden door de IGO of zorggroep.

- De mogelijke activiteiten buiten de IGO voor echoscopie en het geboortecentrum. Hiermee kunnen diensten van zorgaanbieders buiten de IGO of zorggroep meegenomen worden in het budget. Deze input hoeft alleen ingevuld te worden, wanneer er in de IGO of zorggroep sprake is van deze situatie.

Op het 'invoertabblad – verdeling' kun je de gegevens invoeren die, naast de gegevens over geleverde zorg, nodig zijn voor verdeling. De belangrijkste input is de verdeelsleutel per IG-prestatie. Iedere IG-prestatie wordt via een percentage verdeeld. Er is de mogelijkheid om een percentage in te vullen voor de eerstelijnsverloskunde, het ziekenhuis en de kraamzorg. Deze percentages per IG-prestatie kunnen direct ingevuld worden. Ook is er de mogelijkheid om deze te baseren op de (historische) aantallen en kosten per monodisciplinaire prestatie.

Berekeningstabblad: 'Berekening'

Op het berekeningstabblad hoeft de gebruiker niets te doen. Dit tabblad is voornamelijk bedoeld om de onderliggende berekeningen te zien. Het berekeningstabblad voedt de tabbladen met de uitkomsten van de verdeling.

Op het tabblad 'Berekening' wordt de verdeling doorgerekend. Vanuit dit tabblad worden de grafieken op het tabblad 'Uitkomsten verdeling' gevoed. Het is niet noodzakelijk om dit tabblad te bekijken voor het doorrekenen van de verdeling.