



College Perinatale Zorg

Handreiking bekostiging van zorgverschuiving

Versie 1 juni 2024



Inhoudsopgave

Over de handreiking ‘Bekostiging van zorgverschuiving’	4
1. Module: Landelijke ontwikkelingen passende zorg.....	6
1.1 Wat is passende zorg?.....	6
1.1.1 Integraal Zorgakkoord	6
1.1.2 Passende zorg op de Juiste Plek	6
1.1.3 Middelen voor regionale transformatieplannen	6
1.1.4 Veel kennis beschikbaar via handreikingen.....	6
1.2 Ontwikkelingen geboortezorg.....	7
1.2.1 Invoering Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG)	7
1.2.2 Bekostiging die samenwerking beter faciliteert	7
1.2.3 Vrije keuze voor passende bekostiging	7
1.2.4 Eerste verkenning geboortezorg naar zorgverschuiving	8
1.2.5 Uitvoeringsvariatie vraagt maatwerk	8
2. Module: Voorbereiding voorafgaand aan de zorgverschuiving	9
2.1 Overwegingen om wel of niet een project zorgverschuiving te starten	9
2.2 Randvoorwaarden.....	10
2.2.1 Randvoorwaarde 1: gezamenlijke ambitie, wederzijds vertrouwen en draagvlak	10
2.2.2 Randvoorwaarde 2: kwaliteit en continuïteit van zorg	10
2.2.3 Randvoorwaarde 3: organisatie en logistiek	11
2.2.4 Randvoorwaarde 4: de Mededingingswet biedt ruimte voor samenwerking	11
2.3 Helpende en belemmerende factoren.....	12
2.3.1 Welke factoren helpen?	12
2.3.2 Welke factoren belemmeren?.....	12
3. Module: Over de monodisciplinaire bekostiging en contractering van geboortezorg	13
3.1 Monodisciplinaire bekostiging van geboortezorg.....	13
3.1.1 Eerstelijns verloskunde.....	13
3.1.2 Eerstelijns Kraamzorg	14
3.1.3 Tweedelijns medisch specialistische zorg.....	14
Hoe komen de tarieven tot stand?.....	15
3.2 Contractering	15
4. Module: De business case (financiële onderbouwing)	16
4.1 Wat is een businesscase?.....	16
4.2 Financiële onderbouwing.....	17
Doelmatigheid voor de gehele geboortezorgketen	17
4.2.1 Bouwstenen financiële onderbouwing.....	17
5. Module: de bekostiging van zorgverschuiving	21
5.1 Vier mogelijkheden voor declaratie zorgverschuiving voor eerste lijn.....	21
5.1.1 Het max max tarief inzetten:	21
5.1.2 Toeslag Integrale Geboortezorg:	21
5.1.3 Nieuw (kleinschalig) experiment:	21
5.1.4 Onderlinge dienstverlening:	22
5.2 Vier bekostigingsopties voor ziekenhuis/gynaecologie	23
5.3 Transitiekosten en frictiekosten.....	23

6. Module: Contracteren	25
6.1 Rol van verzekeraar bij zorgverschuiving	25
6.2 Wat vinden verzekeraars verder belangrijk bij projecten voor zorgverschuiving?	26
6.3 Wat willen zorgverzekeraars terugzien in een bekostigingsaanvraag?	27
Bijlage : Uitwerking voorbeeld 1.....	28

Over de handreiking 'Bekostiging van zorgverschuiving'

Welkom bij de handreiking Bekostiging van zorgverschuiving! Deze handreiking is bedoeld voor zorgverleners en andere professionals, samenwerkingsverbanden, praktijken en organisaties in de geboortezorg die in (regionale) samenwerking met elkaar de kwaliteit van integrale geboortezorg willen verbeteren door bepaalde vormen van zorg of zorgprocessen zo optimaal mogelijk vorm te geven, daartoe zorg willen verschuiven binnen de kaders van de monodisciplinaire bekostiging¹ en de financiële consequenties met elkaar in kaart willen brengen.

Deze handreiking:

- Brengt bestaande informatie bij elkaar en biedt handvatten om het verschuiven van zorg ook financieel goed in beeld te brengen en vervolgens met elkaar en met zorgverzekeraars hierover het gesprek te kunnen voeren.
- Richt zich op één van de doelen binnen de landelijke beweging richting Passende zorg; het verplaatsen van zorg naar dichtbij de cliënt als het kan en verder weg als het moet. In de handreiking laten we de andere twee doelen van passende zorg buiten beschouwing, te weten het vervangen van zorg door nieuwe vormen van zorg zoals eHealth en domotica en onnodig dure zorg of overbodige zorg voorkomen die niet passend is (ook wel bekend als de 3 V's)².
- Gaat over 'verplaatsing van zorg' binnen netwerken van (klinisch) verloskundigen, kraamverzorgenden, gynaecologen, verpleegkundigen O&G en ziekenhuizen, die met wederzijds goedvinden en blijvende betrokkenheid samenwerkingen aangaan. Samenwerking waarbij de zwangere, haar partner en de (ongeboren) baby boven alles gaan. Waar partijen ernaar streven het ook financieel op een voor alle partijen passende én doelmatige manier met elkaar te regelen. Dat wil zeggen goede zorg op het juiste moment aan de juiste zwangere, waarbij de kosten en investeringen in balans zijn met de kwaliteit. Denk aan verschuivingen van zorg naar de juiste plek, van de tweede naar de eerste lijn of thuissituatie, van de eerste lijn naar de thuissituatie, de nulde of de eerste lijn (kraamzorg of verloskundige) naar de tweede lijn of vice versa. Of bijvoorbeeld meer gezamenlijk aangeboden zorg op gebieden waar de zorg voorheen monodisciplinair werd gerealiseerd.
- Gaat ervan uit dat de bekostiging de zorginhoud en organisatie van de zorg volgt. De bekostiging is een middel om de zorginhoudelijke visie waar te maken en uiteraard geen doel op zich. Het is daarom handig te begrijpen hoe de bekostiging kan werken om inhoudelijke dromen te verwezenlijken.
- Gaat niet in op de organisatie van het Verloskundige Samenwerkingsverband (hierna: VSV) en/of de zorginhoudelijke verschuiving (kwaliteit).
- Biedt geen rekenschema om een business case door te rekenen.

Doel van deze handreiking

Uit een raadpleging van VSV's door het CPZ blijkt dat partijen/ zorgverleners in een aantal regio's aan de slag zijn om met elkaar concrete stappen te zetten ten aanzien van zorgverschuiving, ieder op zijn eigen wijze en in zijn eigen tempo. Vanuit de inhoud van zorg kijken zij samen hoe zij de zorg passend kunnen verlenen, maar het 'mee schuiven' van geld blijkt daarbij vaak een uitdaging, zowel bij de monodisciplinaire als integrale bekostiging. Zodra het over de financiën gaat, wordt het spannend. Dat is aan de ene kant begrijpelijk, maar aan de andere kant is de financieringsvorm niet meer dan een middel om dat wat de zorgverleners voor ogen hebben mogelijk te maken. Het financiële vraagstuk als een hete aardappel teveel vooruit schuiven is soms verspilling van tijd; maar te snel en zonder de benodigde tussenstappen de financiën proberen te regelen, geeft ook onnodige spanningen.

¹ De definitie van de NZa luidt "het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie"

Definitie NZa rapport Advies Substitutie 2012 / D. Wiersma, H. Kluiters, F. Nienhuis, M. Rüphan, R. Giel, 'Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ', Tijdschrift voor Psychiatrie 31(9), 1989"

² Bron: Zorginstituut Nederland, kader Passende zorg, 2020. Link: [Kader Passende zorg | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

Dus: hoe zorg je dat het regelen van de bekostiging geen belemmering is, maar juist helpt om je doelen te bereiken? Er zijn ook binnen de monodisciplinaire bekostiging enkele mogelijkheden.

Mocht je vragen hebben die niet beantwoord worden in deze handreiking, neem dan contact met ons op.

Marleen Kruijt – de Ruijter, marleenkruijt@collegepz.nl of

Margreet Vroomen, margreetvroomen@collegepz.nl.

Daarnaast kun je ook terecht bij de zorginkopers van je eigen zorgverzekeraar(s).

1. Module: Landelijke ontwikkelingen passende zorg

In deze module lees je eerst informatie over landelijke ontwikkelingen van passende zorg en vervolgens informatie specifiek voor passende zorg binnen de geboortezorg

1.1 Wat is passende zorg?

Sinds een aantal jaren wordt landelijk ingezet op de transitie naar '[Passende Zorg](#)'. Passende zorg moet ervoor zorgen dat iedereen de zorg kan blijven krijgen die nodig is. Met passende zorg verbeteren zorgverleners, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de overheid de manier waarop de zorg wordt aangeboden en betaald. Passende zorg is³ (1) zorg die werkt tegen een redelijke prijs (waardegedreven) en (2) wordt – waar mogelijk – dichtbij de cliënt georganiseerd, (3) waarbij cliënten en hun zorgverlener samen beslissen over wat voor hen de best mogelijke behandeling is (passende zorg op de juiste plek) en (4) gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en de aandacht voor wat iemand wél kan.

1.1.1 Integraal Zorgakkoord

De beweging richting 'passende zorg' kent een langere aanlooptijd. 'Passende zorg' is als term in 2020 geïntroduceerd door het Zorginstituut Nederland (ZiN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en kwam in het najaar 2022 in een versnelling met het sluiten van het [Integraal Zorgakkoord \(IZA\)](#). In combinatie met de programma's het [Gezond en Actief Leven Akkoord \(GALA\)](#), [Wonen, Ondersteuning en Zorg Ouderen \(WOZO\)](#) en [Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg \(TAZ\)](#) werken alle partijen samen aan transitie naar passende zorg. Een samenvatting van de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord staat in [deze infographic](#) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De beweging uit zich in documenten van bijvoorbeeld de NZa en het ZiN, waarin ambities voor de toekomst zijn geformuleerd (bijvoorbeeld [het actieplan Passende Zorg](#)) en in een aantal landelijke programma's zoals het Programma [De Juiste Zorg op de Juiste Plek](#) en het [programma Uitkomstgerichte Zorg](#).

1.1.2 Passende zorg op de Juiste Plek

Het ministerie van VWS zet zich in om de beweging richting Juiste Zorg op de Juiste Plek als één van de pijlers van passende zorg te vergroten en te versterken. Met het [programma De Juiste Zorg op de Juiste Plek](#) stimuleert ze partijen in het veld om dit gedachtegoed naar de praktijk te vertalen.

1.1.3 Middelen voor regionale transformatieplannen

Eén van de afspraken binnen het IZA is dat zorgaanbieders, zorgprofessionals, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten samen plannen maken voor zorgtransformaties. Voor deze zorgtransformaties stelt het ministerie van VWS tijdelijk 2,8 miljard euro aan transformatiemiddelen beschikbaar⁴. Ook regionale samenwerkingsverbanden uit de geboortezorg kunnen via dit programma subsidie ontvangen voor het realiseren van hun transformatieplannen. Meer informatie over het aanvragen van deze IZA subsidie is hier te vinden bij het doorlopen van de website. Ga daarnaast in gesprek met je zorgverzekeraar.

1.1.4 Veel kennis beschikbaar via handreikingen

Er is gaandeweg in de transitie naar passende zorg veel expertise opgebouwd over het onderwerp zorg verschuiven, die ook heel goed bruikbaar is in de geboortezorg.

³ Bron: Zorginstituut, website: [Passende zorg | Zorginstituut Nederland](#)

⁴ Bron: [Transformatiegelden | Federatie Medisch Specialisten \(demedischspecialist.nl\)](#)

Voor meer informatie zie:

- [Handreiking substitutie, FMS en LHV \(2017\)](#)
- [Handreiking implementatie Juiste zorg op de juiste plek, FMS en LHV \(2019\)](#)
- [Handreiking implementatie Passende zorg, bouwstenen voor de praktijk, FMS en LHV \(2023\)](#)

1.2 Ontwikkelingen geboortezorg

Zorgverleners en andere professionals, samenwerkingsverbanden, praktijken en organisaties in de geboortezorg zijn op talloze plekken en in verschillende vormen in samenwerking bezig met het vormgeven van integrale geboortezorg in algemene zin, conform de zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG). Hierbij spelen een goede samenwerking en het organiseren en professionaliseren van het Verloskundig Samenwerkingsverband een belangrijke rol. Om de kwaliteit en samenwerking te verbeteren is ook zorgverschuiving aan de orde en bekostiging die dat faciliteert.

Zorgverschuiving is dan ook een onderwerp waarover veel wordt gesproken. De aanleiding hiervoor kan per regio of samenwerkingsverband verschillen. Soms wordt zorg verschoven om meer continuïteit van zorgverlener te bieden aan de zwangere, vaak omdat het past bij de gezamenlijke visie op geboortezorg in de regio. Soms is het simpelweg efficiënter of zelfs nodig om zorg te verschuiven, bijvoorbeeld in het kader van de capaciteitsproblematiek.

1.2.1 Invoering Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG)

Met de **invoering van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG)** in 2016 kregen VSV's een grote rol toebedeeld. Om deze rol goed te kunnen vervullen, hebben steeds meer VSV's behoefte aan het verder ontwikkelen van hun VSV. Bijvoorbeeld het verstevigen van de eigen VSV-cultuur, het (krachtiger) neerzetten van de toekomstvisie en strategische koers of het verder formaliseren van de samenwerkingsafspraken en organisatiestructuur. In de [VSV Toolkit Professionalisering](#) van het CPZ staan onderdelen die een VSV kan gebruiken als ze stappen wil zetten op deze thema's. Om meer duidelijkheid te geven over de verantwoordelijkheden en taken van het VSV die voortvloeien uit de ZIG heeft de [Federatie van VSV's](#) het initiatief genomen om een basiskader op te stellen. In april 2023 is dit [basiskader voor Verloskundige Samenwerkingsverbanden](#) bestuurlijk vastgesteld door alle landelijke geboortezorgpartijen. Daarnaast is er een landelijke [stimuleringsprogramma](#) om VSV's te helpen met het implementeren van de verantwoordelijkheden en taken uit het basiskader.

1.2.2 Bekostiging die samenwerking beter faciliteert

Landelijk zijn partijen in de geboortezorg al enige tijd met elkaar in gesprek over een bekostiging die samenwerking in de regio beter faciliteert. In de periode 2017-2022 is om die reden geëxperimenteerd met [de beleidsregel integrale bekostiging](#). Per 1 januari 2023 is deze experimentbeleidsregel regulier geworden. Met de invoering van deze beleidsregel zijn er voor de geboortezorg twee hoofdvormen van bekostiging mogelijk:

1. De monodisciplinaire bekostiging én;
2. integrale bekostiging.

Daarnaast is er ruimte om te experimenteren met andere vormen van passende bekostiging voor integrale geboortezorg, via de NZa innovatieve beleidsregel voor kleinschalige projecten. (zie verder in deze handreiking).

1.2.3 Vrije keuze voor passende bekostiging

VSV's hebben daarmee de vrijheid om te kiezen voor een passende bekostiging. [Enkele regio's](#) hebben gekozen de zorg via de integrale bekostiging te bekostigen. Veel andere regio's zien daarin nog te veel nadelen. Zij realiseren de samenwerking en eventuele verschuiving van zorg binnen de kaders van de prestaties van de monodisciplinaire bekostiging of maken gebruik van de NZa innovatieve beleidsregel voor kleinschalige projecten⁵.

⁵ Bron: [Handreiking versterken netwerksamenwerking in de geboortezorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Om netwerkvorming verder te stimuleren en faciliteren stelt het ministerie van VWS sinds een aantal jaar ook gelden beschikbaar in de vorm van de toeslag 'Integrale Geboortezorg' (voorheen bekend als modulegelden) die in de beleidsregels verloskunde ([Beleidsregel verloskunde BR/REG-24109](#)) en kraamzorg ([Beleidsregel kraamzorg BR/REG-24108](#)) is opgenomen. Deze toeslag schept extra tariefruimte die de VSV-partijen gezamenlijk kunnen aanvragen via de tarieven van de verloskundigen en kraamzorg. Zorgverzekeraars gaan verschillend om met de inzet van deze toeslag. Zie voor eventuele voorwaarden het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars of neem contact op met de zorgverzekeraars en vraag hoe zij hiermee omgaan.

1.2.4 Eerste verkenning geboortezorg naar zorgverschuiving

Hoewel er veel over zorgverschuiving wordt gesproken in het kader van integrale geboortezorg, bestaat er weinig informatie over in welke mate daar daadwerkelijk aan wordt gewerkt en welke resultaten worden geboekt in de geboortezorg. Vandaar dat het CPZ een [eerste verkenning naar zorgverschuiving](#) (onderwerpen en volume) liet uitvoeren.

1.2.5 Uitvoeringsvariatie vraagt maatwerk

Uit deze analyse blijkt dat er veel uitvoeringsvariatie is, per protocol ook nog zeer verschillend. Ook de onderbouwing en kwaliteit van protocollen is heel wisselend. Zo zijn er uitgebreide protocollen gevonden met wetenschappelijke onderbouwing. Hierin is weergegeven tussen wie de verschuiving plaatsvindt en waar de verplaatsing plaatsvindt. Er zijn ook documenten waarin kort en bondig het onderwerp staat beschreven zonder dat duidelijk wordt wat er precies wordt verschoven qua zorg en door wie. En er zijn voorbeelden waarin wordt verwezen naar protocollen van andere regio's.

Daarnaast gaat het in de meeste gevallen om protocollen met een relatief beperkte omvang aan cliënten. Het gaat vooral om zorgverschuiving van de mid-risk groep. Verder laat de inventarisatie verschillen zien in het moment waarop de verantwoordelijkheid voor de zorg tussen zorgverleners onderling wordt overgedragen. Soms verschuift de zorg in zijn geheel, maar meestal is er sprake van meer gedeelde zorg of gaat het om verschillen die beperkt zijn qua omvang of impact. De uitvoeringsvariatie komt mede doordat er in de geboortezorg nog slechts op zeer beperkte schaal integrale landelijke zorgpaden zijn ontwikkeld. Bij regionale verschuiving op beperkte schaal dienen maatwerkafspraken over de financiën op regionaal niveau gemaakt te worden. Het moment van de overdracht van de verantwoordelijkheid van de ene zorgverlener naar de andere zorgverlener heeft consequenties voor de afspraken over het schuiven van geld. In theorie kan het zo zijn dat op de langere termijn meerdere regio's dezelfde zorgverschuiving implementeren. In dat geval is de verwachting dat daar in de reguliere bekostiging een aanpassing in de bekostiging voor komt die landelijk toepasbaar is.

2. Module: Voorbereiding voorafgaand aan de zorgverschuiving

Voordat over geld gesproken wordt, is het verstandig met elkaar aandacht te besteden aan een aantal overwegingen, factoren en randvoorwaarden voor bekostiging van zorgverschuiving. In deze module komen deze overwegingen en randvoorwaarden⁶ kort aan de orde, omdat zij in principe buiten het kader van deze handreiking staan. Daarnaast hebben we in deze module een samenvatting opgenomen van een aantal ervaringen vanuit zorgverschuivingsprojecten uit andere zorgsectoren: welke factoren helpen en welke factoren belemmeren⁷. De module sluit af met de Mededingingswet: wat mag wel en niet als het gaat om de bekostiging van zorgverschuiving?

2.1 Overwegingen om wel of niet een project zorgverschuiving te starten

Bij de keuze voor het wel of niet uitwerken van een voorstel voor een zorgverschuiving is het goed om in het achterhoofd te houden:

- **Loont het de moeite?** Het vraagt werk en tijd om met elkaar goed inzichtelijk te maken welke impact de aanpassing van een zorgpad heeft op de inkomsten en kosten voor de latende en ontvangende partij en de zorgverzekeraars. De vraag is dus waar richt je je energie op? Bedenk van tevoren of de inspanningen voor het project in relatie staan tot de opbrengst.
- **Beschikbaarheid gegevens:** soms kan je met elkaar pas achteraf concluderen of de verschuiving doelmatig was. Landelijk is er op dit moment nog maar beperkt informatie over beschikbaar. Ook zal de cliëntenmix per regio invloed hebben (aantallen cliënten). De verwachting is dat op termijn meer inzicht en onderbouwing (evidence) zal komen welke zorgverschuiving meer of minder doelmatig is. Een belangrijk aspect hierbij is de beschikbaarheid van gegevens over de kwaliteit. Als een zorgverschuiving op grotere schaal wordt geïmplementeerd, is de verwachting dat ook op het punt van de kwaliteit meer bekend zal worden.
- **Omvang van de cliëntengroep is voldoende groot.** Zorgverzekeraars zijn terughoudend bij verschillende specifieke afspraken voor té kleine doelgroepen. Dit levert hen veel administratieve lasten op en het effect op de zorg is gering, terwijl zij via de IZA-afspraken juist willen inzetten op substantiële transformaties van zorg. Zij werken liever mee aan zorgpaden die relatief grote groepen cliënten treffen (bijvoorbeeld pijnstilling) of die een grote investering vragen van (een van de) geboortezorg-organisaties (bijvoorbeeld bij preventie).
- **Klein beginnen.** Tegelijkertijd kan het voor een samenwerkingsverband zinvol en waardevol zijn om met kleine verschuivingen te starten om zo met elkaar verder ervaring op te doen met dit onderwerp en het proces ernaartoe.
- **Contact met andere regio's.** Als je als regio hier mee begint, kan je ook andere regio's raadplegen: regio's werken vaak aan dezelfde zorgpaden, zoals zwangeren met GBS, zwangeren met diabetes, screenen en behandelen van bilirubine thuis, pre-eclampsie screening et cetera.
- **Voldoende financieel effect?** de verschuiving zal niet alleen voor één individuele cliënt dienen te worden bekeken, maar de effecten moeten worden doorgerekend naar de hele cliëntengroep (gehele zorgketen). Als er zorg wordt verschoven en er uiteindelijk bij een aanzienlijke groep alsnog sprake is van terugverwijzing, dan bestaat de kans dat de zorg niet goedkoper wordt en er sprake is van dubbele kosten. Het is dan de vraag hoe doelmatig de verschuiving per saldo is. Klik [hier](#) voor een voorbeeld ter illustratie.

⁶ [Handreiking Implementatie Juiste zorg op de juiste plek.pdf \(demedischspecialist.nl\)](#)

⁷ [cases-zorg op de juiste plek meer dan transitiekosten berenschot 1 juni 2018.pdf](#)

2.2 Randvoorwaarden

Als er voldoende aandacht wordt besteed aan een aantal randvoorwaarden en in gezamenlijkheid onderlinge afspraken worden gemaakt, is er een belangrijke basis gelegd om aan de slag te gaan met de financiële onderbouwning.

De randvoorwaarden zijn:

- Randvoorwaarde 1: gezamenlijke ambitie en vertrouwen.
- Randvoorwaarde 2: gezamenlijke afspraken over de kwaliteit en continuïteit van zorg.
- Randvoorwaarde 3: gezamenlijke afspraken over organisatie en logistiek.
- Randvoorwaarde 4: mededinging.

Deze randvoorwaarden bieden tevens de kapstok voor het opstellen van een plan van aanpak⁸.

2.2.1 Randvoorwaarde 1: gezamenlijke ambitie, wederzijds vertrouwen en draagvlak

Een belangrijke basis voor een succesvol project van zorgverschuiving is een gezamenlijke ambitie. Meestal heeft het samenwerkingsverband of hebben de samenwerkende partijen deze al geformuleerd. Er ontstaat enthousiasme als er binnen dit kader stappen worden gezet om de ambitie te concretiseren en in samenwerking de zorg te verbeteren.

Andere pijlers zijn vertrouwen en gelijkwaardigheid. Het gaat om vertrouwen tussen personen én onderling vertrouwen tussen organisaties en praktijken. Dit bevordert de ontwikkeling en implementatie van de zorgverschuiving. Als er vertrouwen is, leren betrokkenen meer van en met elkaar en wordt de samenwerking doorgaans als minder risicovol gezien. Ook is de kans op conflicten kleiner en zijn er minder dichtgetimmerde contracten en controlemechanismen nodig. Daarnaast is het belangrijk om de besluitvorming op basis van gelijkwaardigheid te organiseren.

Bij samenwerkingsprojecten waar zorginhoud én financiën aan de orde zijn, is het van belang om elkaar te leren kennen en ook met elkaar de belangen en ieders zorgen te delen. Begrip voor elkaars vragen en het benoemen van mogelijke zorgen voorkomen discussie en gedoe in een later stadium van het project.

Tenslotte is stevig draagvlak van alle relevante achterbannen nodig om een project van zorgverschuiving in te gaan. Tenzij wordt gekozen voor een tijdelijke pilot met een beperkte omvang - in dat geval is het handig minimaal de achterbannen hierover te informeren.

2.2.2 Randvoorwaarde 2: kwaliteit en continuïteit van zorg

Een belangrijke voorwaarde om zorg te kunnen verschuiven is dat het VSV de geboden integrale zorg goed heeft omschreven in protocollen en/of zorgpaden. Om vast te stellen welke zorgactiviteiten verplaatst kunnen worden van de ene partij naar de andere partij of in meer onderlinge samenhang tussen zorgverleners kunnen worden uitgevoerd, is een goede afbakening van de verschuiving van zorg relevant.

Maak concreet afspraken met elkaar:

- Voor welke zorgactiviteit(en)
- Voor welke cliëntengroep
- Bij welke indicatie en
- In welke omstandigheden zorg verschuift

Verantwoordelijkheidsverdeling

Het VSV is gezamenlijk verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg. Vanzelfsprekend worden afspraken gemaakt over verantwoordelijkheidsverdeling, onderlinge communicatie en regie. Uiteraard dient ook de (aanstaande moeder) zwangere en haar partner geïnformeerd te worden.

Bij het verdelen van verantwoordelijkheden en taken wordt in de zorg onderscheid gemaakt in taakdelegatie en taakherschikking. Hoewel beiden gericht zijn op het optimaliseren van de zorgverlening en het benutten van de vaardigheden van verschillende zorgverleners, verschillen ze in hun benadering.

In het geval van **taakdelegatie** draagt een zorgverlener specifieke activiteit(en) over aan een andere zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor de activiteit(en) blijft echter bij de zorgverlener die de activiteit(en) delegeert.

⁸ Bron: [Handreiking Implementatie Juiste zorg op de juiste plek.pdf \(demedischspecialist.nl\)](#)

Taakherschikking gaat een stap verder doordat het tevens de herschikking is van de verantwoordelijkheid voor specifieke activiteit(en). Het betreft het herverdelen van de verantwoordelijkheid voor een bepaald aspect van de zorg.

In essentie gaat taakdelegatie over het overdragen van individuele taken waarbij de overdragende partij verantwoordelijk blijft, terwijl taakherschikking een bredere verschuiving van verantwoordelijkheid inhoudt.

Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van medisch handelen

Bij zorgverschuiving dragen de betrokken zorgverleners gezamenlijk de verantwoordelijkheid om een aantal zaken te borgen:

- Is er voldoende kennis en vaardigheden bij alle betrokken zorgverleners? Degene die zorgactiviteiten overneemt, dient hiertoe bevoegd en bekwaam te zijn. Eventueel worden er aanvullende afspraken gemaakt over de overgangperiode, bijscholing en eventueel beschikbaarheid en bereikbaarheid van degene die in de 'oude situatie' de zorg verleende in geval van zorg gerelateerde vragen of complicaties.
- Verschuiving van zorg en intensievere samenwerking rond specifieke cliëntgroepen betekent ook dat alle betrokkenen inzicht en vertrouwen hebben in elkaars kennis en vaardigheden.
- Kwaliteit hangt vaak samen met 'aantallen' (aantal keren op bijvoorbeeld jaarbasis dat zorg wordt geleverd): goed om te checken of er voldoende volume is om ofwel bij de oude ofwel bij de nieuwe zorgverlener de kwaliteit te borgen.

Locatie gebonden afspraken

Wat is er verder nodig aan bijvoorbeeld ruimtes en instrumenten? Hoe wordt voorzien in adequaat onderhoud en vervanging van technisch materiaal? Deze informatie helpt ook in een volgend stadium bij het doorrekenen van de financiële consequenties van de zorgverschuiving.

Evaluatie van kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg

Het is verstandig om vooraf met elkaar te bepalen op welke wijze de kwaliteit van de verplaatste zorg wordt getoetst of geëvalueerd. Neem daar ook indirecte effecten in mee, zoals wijzigingen in verwijspatronen, mogelijke dubbele inzet van zorg en eventuele toe- of afname van complicaties.

Een ander belangrijk element is het evalueren van de beleving en ervaringen van zowel de zorgverleners als de cliënten. Met de uitkomsten van deze evaluaties kunnen zorginhoudelijke aspecten, organisatie en financiering indien nodig worden bijgesteld.

2.2.3 Randvoorwaarde 3: organisatie en logistiek

- **Projectorganisatie:** besef dat er bij het verschuiven van zorg het nodige komt kijken. Zie het als een project, waarbij het van belang is dat duidelijk is wie de opdrachtgever en wie de projectleider is. De opdrachtgever (dit kunnen in de praktijk meerdere personen zijn) zorgt dat helder is wat er wanneer dient te zijn gerealiseerd met welke randvoorwaarden (tijd, geld, anderszins) en trekt het project zo nodig vlot als er dilemma's zijn of stagnatie optreedt. De projectleider – intern of extern – stelt het plan op samen met het projectteam, coördineert de voortgang, faciliteert het projectteam en eventuele werkgroepen en rapporteert aan de opdrachtgever.
- **Samenwerkingsafspraken:** voor een goede organisatie van verschuiving van zorg is het handig na te gaan of er andere afspraken gemaakt moeten worden over het verwijzbeleid tussen de betrokken partijen/ zorgverleners, want de cliënt-stromen zullen deels anders verlopen. Een ander punt om afspraken over te maken is de bereikbaarheid voor consultatie en de handelwijze in geval van complicaties en/of spoedzorg voor de betreffende cliënten.
- **Beschikbaarheid cliëntgegevens:** in de geboortezorg wordt hard gewerkt aan naadloze digitale uitwisseling van cliënt-gegevens. Bij projecten die zich richten op het verschuiven van zorg is het te meer van belang dat de uitwisseling van informatie optimaal en op maat is tussen de betrokken professionals.

2.2.4 Randvoorwaarde 4: de Mededingingswet biedt ruimte voor samenwerking

Geboortezorgnetwerken krijgen bij samenwerking op het gebied van integrale geboortezorg te maken met de Mededingingswet en ook de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De Mededingingswet heeft tot gevolg dat geboortezorgnetwerken hun marktgedrag niet zonder meer onderling mogen afstemmen, maar zich dienen te onderscheiden naar (aanstaande) ouders. Zij moeten in beginsel dus met elkaar concurreren.

Het uitgangspunt is dat effectieve concurrentie zorgt voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg. In sommige gevallen is het zo dat niet concurrentie, maar juist samenwerking tussen geboortezorgnetwerken, zorgt voor innovatievere, betere en efficiëntere zorgverlening. De ACM omschrijft dit treffend: samenwerking en concurrentie zijn geen tegenpolen. Samenwerking is noodzakelijk. Juist bij integrale geboortezorg is samenwerking vaak cruciaal. Op die manier kan goed worden ingespeeld op de wensen, verwachtingen en behoeften van (aanstaande) moeders.

Het CPZ heeft een handreiking gemaakt over mededinging, specifiek over de samenwerking binnen en via geboortezorgnetwerken. Deze handreiking geeft adviezen aan geboortezorgnetwerken waarmee mogelijke mededingingsrechtelijke risico's kunnen worden beperkt. De handreiking is een hulpmiddel voor VSV's en geboortezorgorganisaties om te beoordelen wat mogelijk is in de onderlinge samenwerking tussen zorgprofessionals. In het kader van zorgverschuiving is echt véél meer mogelijk dan vaak wordt gedacht. Dit wordt uitgewerkt en toegelicht in de handreiking. Deze is [hier](#) te vinden.

2.3 Helpende en belemmerende factoren

In dit onderdeel van de module is uitgewerkt wat belangrijke factoren zijn bij verschuiving van zorg. Niet alleen in de geboortezorg, maar ook in veel andere sectoren is hier ervaring mee opgedaan. Berenschot heeft dit als volgt samengevat⁹:

2.3.1 Welke factoren helpen?

- Begin bij kansen die zorgverleners zien.
- Een gedeelde verwachting dat verschuiving van zorg leidt tot betere kwaliteit.
- Netwerksamenwerking, waarbij de zorgverleners die taken overnemen ondersteund worden met expertise van de zorgverleners die de cliënten tot nu toe deze zorg boden.
- Een noodzaak en urgentie gevoel om zorg te verplaatsen bij alle partijen. Deze is overigens groter naarmate er sprake is van een dreigend faillissement, tekort aan personeel, het niet realiseren van volume-normen.
- Overeengekomen gezamenlijk totaalplan van aanbieders van alle betrokken partijen en zorgverzekeraars.
- Capaciteit voor projectmanagement bij alle betrokken partijen.
- Meer-jaren-zekerheid vanuit verzekeraars.
- Een gezamenlijk belang bij alle partijen die betrokken zijn.
- Gelijkblijvende omzet van de partij die verrichtingen overdraagt door groei (bijvoorbeeld in het kader van capaciteitsproblematiek) bijvoorbeeld door uitruilen van zorg of een plan bij omzetsdaling.

2.3.2 Welke factoren belemmeren?

- Wel bereidheid verrichtingen over te dragen, geen bereidheid omzet over te dragen.
- Onvoldoende capaciteit of expertise bij de partij die meer zorg gaat leveren.
- Zorgverleners doen te weinig verrichtingen om de vaardigheden op peil te kunnen houden (partij die verrichtingen overdraagt) of op peil te brengen (partij die verrichtingen overneemt).
- Investerings nodig in bijvoorbeeld de nulde lijn die op macroniveau wel doelmatig zijn, maar niet binnen de samenwerkende partijen via tarieven worden terugverdiend.

⁹ Bron: [Zorg op de juiste plek - Meer dan alleen transitie- en frictiekosten \(Berenschot\)](#)

3. Module: Over de monodisciplinaire bekostiging en contractering van geboortezorg

Om de financiële consequenties goed met elkaar in beeld te kunnen brengen, helpt het als partijen begrijpen hoe de bekostiging van de ander in elkaar zit en hoe de inkomsten van de organisaties en praktijken en inkomens van de zorgverleners tot stand komen. Ook is het handig om te weten hoe in het algemeen tarieven tot stand komen en zijn opgebouwd. Hierdoor ontstaat een overeenstemming in de financiële taal die partijen gebruiken. Partijen doen de kennis van elkaars bekostiging het beste op als zij hiervoor een gezamenlijke bijeenkomst beleggen en met elkaar in gesprek kunnen gaan. Deze module is daarvoor een leidraad en gebaseerd op de NZa-handreiking [‘gluren bij de burens’](#).

Als het gaat om het in kaart brengen van de financiële effecten van een zorgverschuiving, helpt het om het verschil tussen de volgende begrippen te kennen:

- **Bekostiging:** de manier waarop de zorgaanbieder zijn inkomsten ontvangt om de zorg te kunnen betalen. Het gaat concreet over de zorgprestaties en de bijbehorende tarieven die zorgverleners kunnen declareren bij de zorgverzekeraar voor geboortezorg. De kosten voor zorg worden opgebracht uit de zorgprestaties en tarieven en zorgen voor de ‘financiële overdracht van geld’.
- **Contractering:** gaat over de afspraken die zorgaanbieders met zorgverzekeraars maken over het leveren van zorg en de betaling daarvoor.

3.1 Monodisciplinaire bekostiging van geboortezorg

Binnen de geboortezorg zijn er drie bekostigingsvormen:

- Eerstelijns verloskunde
- Eerstelijns kraamzorg
- Tweedelijns medisch specialistische zorg

Elke bekostigingsvorm kent zijn eigen zorgprestaties en tariefsoorten¹⁰.

3.1.1 Eerstelijns verloskunde

Een eerstelijnsverloskundigenpraktijk kan een aantal basis verloskundige prestaties en overige zorgprestaties declareren:

- De ‘basis verloskundige prestaties’ zijn vaste bedragen per zwangere. Het gaat bijvoorbeeld om ‘Volledige verloskundige zorg’ of ‘Begeleiding week 0-14’ . Ook kan de eerstelijnsverloskundige toeslagen in rekening brengen voor zwangeren die bijvoorbeeld uit achterstandswijken komen of in een asielzoekerscentrum wonen.
- Bij de ‘overige prestaties’ declareert de verloskundige per zorgactiviteit. Denk aan een algemene termijnecho of prenatale screening counseling.

Voor de prestaties in de eerstelijnsverloskunde stelt de NZa maximumtarieven vast. Dit betekent dat de tarieven die verloskundigen met zorgverzekeraars afspreken niet hoger mogen zijn dan de door de NZa vastgestelde bovengrens.

¹⁰ Bron: [Handreiking versterken netwerksamenwerking in de geboortezorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\) vanaf hoofdstuk 4 bekostigingsvormen.](#)

3.1.2 Eerstelijns Kraamzorg

Een kraamzorgorganisatie declareert vooral per uur en daarnaast per zorgactiviteit:

- Per uur kraamzorg en per uur partusassistentie.
 - Per inschrijving, per intake (bij de zwangere thuis of telefonisch) en partusassistentie
- Voor de prestaties in de kraamzorg stelt de NZa maximumtarieven vast. Dit betekent dat de tarieven die kraamzorgorganisaties met zorgverzekeraars afspreken niet hoger mogen zijn dan de door de NZa vastgestelde bovengrens.

Een overzicht van alle prestaties en tarieven voor 2024 voor eerstelijns verloskunde en eerstelijns kraamzorg is te vinden op de website van [de NZa](#)

3.1.3 Tweedelijns medisch specialistische zorg

Het ziekenhuis kan ongeveer 30 verschillende DBC-producten en 15 overige zorgproducten voor geboortezorg declareren:

DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. Een DBC-zorgproduct is het geheel van consulten, onderzoeken en behandelingen die een patiënt gemiddeld ondergaat in een ziekenhuis bij een bepaalde diagnose. Een voorbeeld is het DBC-zorgproduct 'Begeleiding spontane partus'. Per zwangere of ouder kan in de prenatale, natale en postnatale fase één DBC-zorgproduct per fase worden gedeclareerd.

- 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.
- Voor de ziekenhuizen en gynaecologen gelden deels maximumtarieven, deels vrije tarieven. Voor de gynaecologie/ obstetrie zijn de tarieven vrijwel allemaal vrij. Dit betekent dat zorgverleners met de zorgverzekeraars zelf in de onderhandelingen een tarief mogen afspreken. Per verzekeraar kunnen verschillende tarieven gelden.
- Alle informatie over de monodisciplinaire prestaties en tarieven staat in [de beleidsregels die zijn vastgesteld](#) en gepubliceerd door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Schematische weergave prestaties van de drie bekostigingsvormen:



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

Bron: [Handreiking versterken netwerksamenwerking in de geboortezorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Hoe komen de tarieven tot stand?

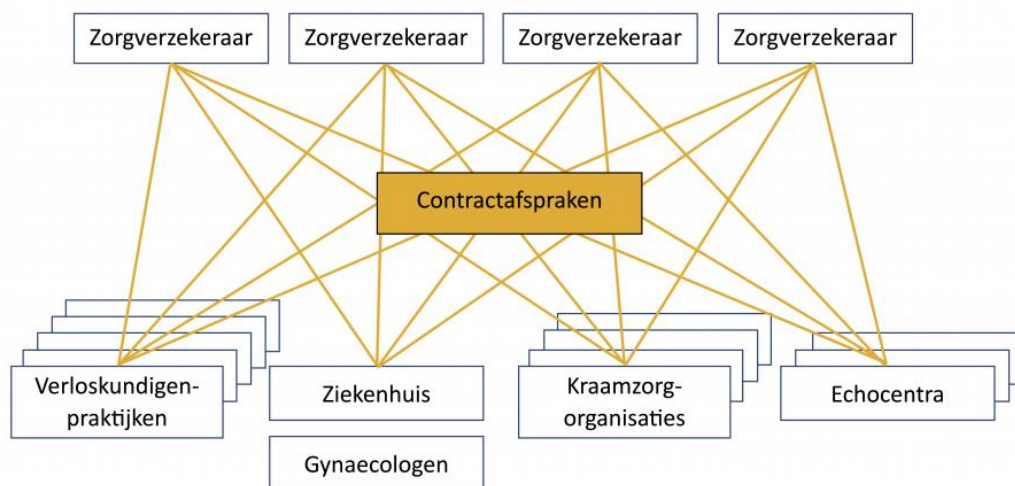
De NZa stelt de hoogte van (vrijwel alle) maximumtarieven vast op basis van periodieke landelijke kostenonderzoeken:

- De abonnementstarieven voor de prestaties basis verloskundige zorg zijn daarmee gebaseerd op het gemiddeld aantal uur dat eerstelijns verloskundigen in Nederland in 2015 aan de begeleiding van een zwangere en ouder besteedden. De NZa indexeert de tarieven ieder jaar.
- De tarieven voor de prestaties kraamzorg zijn vrijwel allemaal bepaald op basis van kraamzorg kostprijsonderzoek.

Voor meer informatie over de totstandkoming van tarieven, zie de informatiekaart van de NZa met uitleg. De NZa is voornemens om in het derde kwartaal van 2024 een nieuw kostprijsonderzoek voor de eerstelijns verloskunde en eerstelijns kraamzorg te starten. De verwachting is dat op basis hiervan in 2026 nieuwe tarieven gaan gelden.

3.2 Contractering

Binnen de monodisciplinaire bekostiging sluiten alle individuele organisaties en praktijken contracten met de verschillende zorgverzekeraars. Een schematische weergave staat hieronder:



In deze contracten leggen zij afspraken over de kwaliteit en tarieven van de te leveren zorgprestaties vast.

Ziekenhuizen en medisch specialisten onderhandelen (jaarlijks of soms voor een periode van meerdere jaren) met de zorgverzekeraars over de tarieven van de DBC's en overige zorgproducten. Meestal zijn de individuele zorgproducten van ziekenhuizen voor de tweedelijnsverloskunde overigens geen expliciet onderwerp van gesprek tijdens de onderhandelingsgesprekken. Het ziekenhuis en de zorgverzekeraar kijken over het algemeen naar de totale omvang van de kosten die worden gemaakt voor de totale productie van alle specialismen, plus een marge voor het risico.

4. Module: De business case (financiële onderbouwing)

Deze module beschrijft de opbouw van een business case en de bouwstenen voor een financiële onderbouwing van een voorgenomen zorgverschuiving. Deze business case kunnen partijen gebruiken om vast te stellen of ze al of niet door willen gaan met een project.

4.1 Wat is een businesscase?

Een business case is een document waarin staat wat de inhoud en waarde is van een voorgenomen zorgverschuiving en wat de financiële consequenties c.q. voordelen zijn van een zorgverschuiving. De betrokken partijen gebruiken de businesscase om vast te stellen of ze al dan niet moeten doorgaan met het project.

De business case beantwoordt doorgaans de volgende vragen:

WHY: waarom werken aan deze verschuiving (wat is het doel en winst?)?

- Hoe verhoudt deze verschuiving zich tot de gezamenlijke visie, ambitie en doelstellingen van het samenwerkingsverband?
- Wie zijn er betrokken bij de verschuiving? Wie gaan de stap zetten?

HOW: wat zijn jullie doel(stellingen) van de zorgverschuiving? Denk aan:

- Vanuit cliëntperspectief: zorg van minimaal dezelfde kwaliteit dichterbij huis/ thuis geleverd en/of
- als oplossing van een capaciteitstekort en/of
- zorg van minimaal dezelfde kwaliteit voor een lagere prijs.

WHAT: wat gaan jullie precies doen?

- Beschrijven van de zorgverschuiving:
- Hoe is het huidige zorgpad?
- Hoe ziet het toekomstige zorgpad eruit?
- Omschrijf de zorg die verschoven wordt.
- Wie is waarvoor verantwoordelijk in het nieuwe zorgpad? Is er sprake van taakherschikking of taakdelegatie?
- Is de kwaliteit geborgd? Is de ontvangende partij bevoegd en bekwaam?
 - Omschrijf of de te verschuiven zorg binnen/buiten het domein van de ontvangende zorgverlener valt.
 - Omschrijf of de handelingen ten behoeve van de te verschuiven zorg binnen/buiten het domein van de ontvangende zorgverlener valt.
 - Omschrijf voor de te verschuiven zorg welke afspraken er worden gemaakt om de kwaliteit te borgen.
 - Omschrijf wie deze zorg mogen leveren. Denk bij zorgverschuiving van een kleine populatie aan subspecialisatie. Niet alle zorgverleners kunnen dan deze zorg gaan leveren, in verband met te kleine aantallen per zorgverlener. Indien er sprake is van subspecialisatie; welke afspraken worden er dan over zorgverdeling gemaakt onder de ontvangende zorgverleners?
- Hoe wordt de kwaliteit en het succes van de verschuiving gemeten?
 - Denk hierbij aan de kosten van de zorg, kwaliteit van de verschoven zorg en impact op de capaciteit en werkbeleving van zorgverleners.
- Hoe ziet het financiële plaatje eruit?
 - Welke financiële afspraken zijn er gemaakt?
 - Welk tarief wordt er voor de zorg in de zorgverschuiving gerekend?
 - Wat zijn de kosten voor de ontvangende zorgverleners?
- Wat betekent de verschuiving voor de administratie van zorgverzekeraars en zorgverleners?

Naast de onderwerpen uit de business case is het van belang om, mede ten behoeve van het gesprek met zorgverzekeraars, te laten zien dat in de onderbouwing ook rekening gehouden is met:

- Eventuele 'extra zorg' die ontstaat omdat er door de uitvoering van een project extra aandacht is voor een bepaalde cliëntengroep.
- Het effect van het project op het eigen risico van cliënten.
- Het percentage cliënten voor wie alsnog verwijzing naar medisch specialistische zorg nodig blijkt (flankerend beleid), met het gevaar van dubbele kosten.
- De beschikbare capaciteit, onder andere het aantal zorgprofessionals, acute zorgbedden, et cetera.

Niet elke zorgverschuiving heeft een businesscase nodig. Bouw alleen een businesscase voor initiatieven of investeringen die significante middelen vereisen of consequenties hebben. Beperk het anders tot een eenvoudige financiële onderbouwing.

4.2 Financiële onderbouwing

Onderdeel van de businesscase is een financiële onderbouwing die inzicht biedt in de inkomsten, investeringen en kosten van een zorgverschuiving. Het vormt daarmee de onderbouwing van de financiële kant van de zorgverschuiving en vervolgens van het besluit om deze al dan niet te realiseren. Het uitgangspunt is uiteraard een sluitend of (op termijn) positief financieel resultaat, waarbij de kwaliteit van zorg ten minste gelijk blijft en de zorg voldoende toegankelijk, betaalbaar en doelmatig is.

Positief financieel resultaat niet altijd gelijk te realiseren

Dat wil niet zeggen dat het financieel resultaat in het eerste jaar altijd positief uitpakt. Als gevolg van onder andere investerings- en opstartkosten kan een zorgverschuiving op korte termijn een negatief resultaat hebben en een investering van zorgverleners vragen. Soms ligt een goede spin-off niet (alleen) in een 'hard' financieel positief resultaat, maar in afgeleide 'waarde-creatie'. Denk aan een intensievere samenwerking, de zorg die meer is georganiseerd rond de (aanstaande) ouder(s) en hun wensen en met meer (middelen voor) zelfmanagement en/ of het oplossen van capaciteitsproblemen.

Doelmatigheid voor de gehele geboortezorgketen

Toch is het vooral ook goed om naar de lange termijn effecten te kijken en na te gaan met elkaar of de zorgverschuiving op de langere termijn doelmatig is in de gehele geboortezorgketen. Bijvoorbeeld: tijdens de bevalling wordt de zorg verschoven van de gynaecoloog naar de verloskundige. Als uiteindelijk blijkt dat een groot deel van de bevallende cliënten tijdens de bevalling niet door de verloskundige kan worden begeleid en weer moet worden overgedragen, kunnen er vragen worden gesteld over de doelmatigheid van de verschuiving.

4.2.1 Bouwstenen financiële onderbouwing

De financiële onderbouwing gebeurt bij voorkeur met alle bij de zorgverschuiving betrokken partijen, in gezamenlijkheid. Het advies van het CPZ is om een samenwerkingsverband-breed gedragen aanpak te maken.

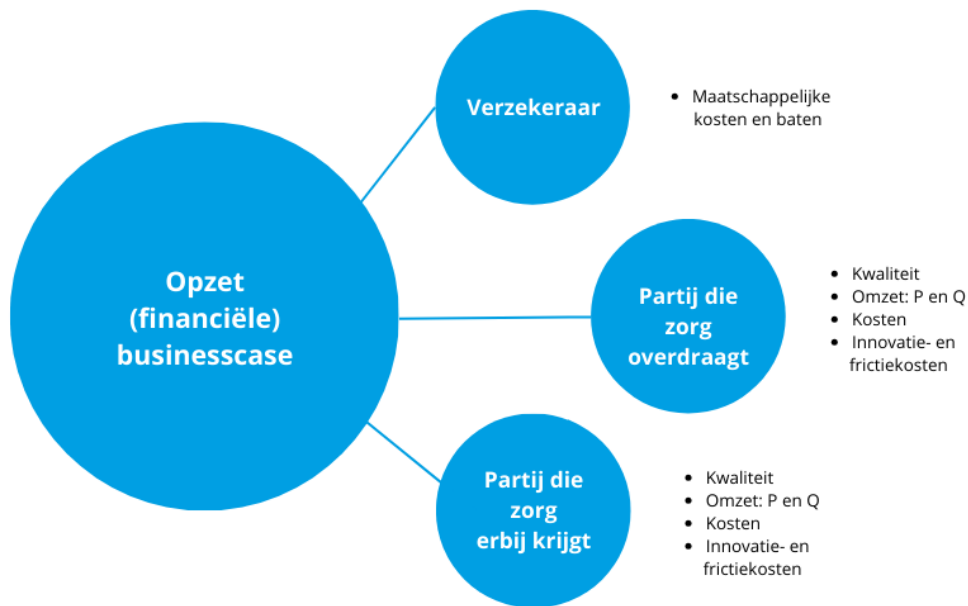
In de financiële onderbouwing staat welk effect de zorgverschuiving heeft op¹¹:

1. De kwaliteit.
2. De inkomsten (P(rijs) en Q(aantallen)).
3. De structurele kosten.
4. De eenmalige kosten (transitie- en frictiekosten).

De bovenstaande vier elementen worden inzichtelijk gemaakt voor de partij die zorg overdraagt en de partij die de zorg erbij krijgt en de verzekeraar inclusief de effecten voor de (aanstaande) ouder(s) en (ongeboren) baby's. De vier elementen worden per afzonderlijke zorgverschuiving apart in beeld gebracht: elke verschuiving heeft immers zijn eigen kenmerken en vraagt maatwerk.

¹¹ Bron: [cases-juiste zorg op de juiste plek naar concrete financiële afspraken in 7 stappen.pdf \(berenschot.nl\)](#)

Schematisch ziet dit er als volgt uit¹²:



Het maken van een financiële onderbouwing bestaat uit vier stappen:

Stap 1 – aanbod zorg en aantallen cliënten:

Uitgangspunt voor de financiële onderbouwing is de afbakening van de zorg. Partijen starten dus met de vraag welke zorg er wordt verschoven (welke zorgactiviteiten) en hoeveel cliënten deze zorg betreft (eventueel over meerdere jaren, indien sprake zal zijn van groei of krimp).

Te beantwoorden vragen:

- Welke zorgactiviteit(en) worden precies verplaatst en van wie naar wie?
- Maak hiervoor het huidige zorgpad en het nieuwe zorgpad inzichtelijk (en wat elke partij hierin doet en welke zorg(activiteit(en)) verschuift(ven).
- Welke onderdelen uit welke zorgprestaties en/of zorgactiviteiten betreft dit?
- Wat zijn de tarieven (of als die niet bestaan de kosten) van deze zorgactiviteiten in de betreffende prestaties?
- Zijn er historische gegevens aanwezig om op basis hiervan prognoses te berekenen (hoeveel cliënten in de huidige situatie en hoeveel cliënten in de nieuwe situatie)?

Nulmeting: Ook als partijen uiteindelijk besluiten om geen financiële consequenties te verbinden aan de zorgverschuiving (en kiezen voor alleen een kwaliteitsverbetering 'met gesloten beurzen'), dan is het verstandig om deze stap te zetten met elkaar en te archiveren; bij wijze van nulmeting. Dit voorkomt dat er op een later moment discussie ontstaat, als er alsnog geld dient te worden verschoven.

Stap 2 - effect kwaliteit:

Uitgangspunt is dat de kwaliteit bij zorgverschuiving minimaal gelijk blijft of verbetert. Het is dus belangrijk om met elkaar te kijken wat de verschuiving voor effect heeft op de kwaliteit van de zorg en dit effect ook met elkaar te beschrijven. Dit is ook zeker de wens van verzekeraars. Wanneer aanbieders in de regio door verplaatsingen van zorg onder een overeengekomen kritische ondergrens van minimaal noodzakelijke capaciteit of aantallen komen, maak dan een concreet actieplan hoe daarmee om te gaan en pas de bekostiging daarop aan.

¹² Bron: [cases-juiste zorg op de juiste plek naar concrete financiële afspraken in 7 stappen.pdf \(berenschot.nl\)](#)

Stap 3 - effect inkomsten:

In deze stap brengen partijen de effecten van de zorgverschuiving in kaart voor de inkomsten (omzet) bij de partij die zorg overdraagt, de partij die de zorg ontvangt en de verzekeraar.

Aan de hand van het huidige en nieuwe zorgpad brengen partijen in kaart welke inkomsten vervallen of erbij komen door de zorgverschuiving. Verloskundigen en de kraamzorg maken inzichtelijk welke prestaties of zorgactiviteiten zij eventueel meer of minder declareren en hoeveel uur extra of minder (in het geval van kraamzorg). Voor het ziekenhuis betekent dit bij de meeste nieuwe zorgpaden dat het moet inschatten hoeveel DBC- en overige zorgproducten (of in geval van een verschuiving van delen van de prestatie: welke zorgactiviteiten) het meer of minder declareert en in hoeverre een wijziging in de cliëntenmix (ook wel casemix genoemd) leidt tot een wijziging van de DBC-tarieven.

Niet in alle gevallen is het mogelijk om de te verschuiven zorg in termen van zorgprestaties te beschrijven. In het geval onderdelen van de zorgprestaties (de zogenaamde zorgactiviteiten) worden verschoven, dan wordt daar naar gekeken. Partijen kiezen er soms voor de verschuiving door middel van tijdschrijven in beeld te brengen. Dit is echter een tijdrovende (relatief lange doorlooptijd) en administratieve klus. Het is daarnaast de vraag of deze tijdsregistratie de vragen voldoende beantwoordt en partijen niet verzanden in gedetailleerde discussies waar zij samen niet uitkomen.

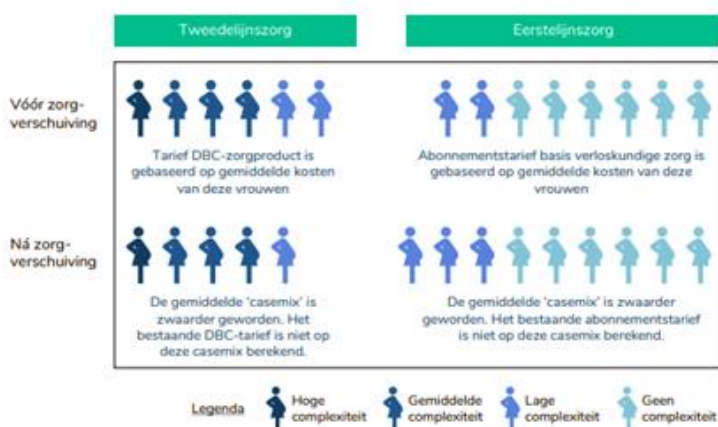
Nadat de zorgprestaties of zorgactiviteiten in beeld zijn gebracht, dient vervolgens de P(rijs) van de prestaties of zorgactiviteiten bepaald te worden. Dit kan bijvoorbeeld door zoveel mogelijk uit te gaan van de vastgestelde (gemiddelde) tarieven (voor het ziekenhuis en de gynaecoloog) of vastgestelde tarieven (voor kraamzorg en verloskunde).

Neveneffecten: cliëntenmix-verzwaring en dubbele bekostiging

Wanneer partijen in een regio zorg willen verschuiven, leidt dit vaak tot een verzwaring van de cliëntenpopulatie. Daarnaast is er ook een risico op dubbele bekostiging. Dit wordt hieronder toegelicht.

Verzwaring cliëntenpopulatie (casemixverzwaring)

In haar handreiking '[Gluren bij de burens voor inspiratie](#)', handreiking voor het versterken van netwerksamenwerking' signaleert SIRM het fenomeen dat kan ontstaan na zorgverschuiving. 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 zwangere, ouder besteedden. Wanneer eerstelijnsverloskundigen (aanstaande) ouders blijven begeleiden die meer tijd en aandacht vragen, voldoet dit gemiddeld aantal uur niet meer. De mix van zwangeren aan wie zij zorg verlenen – de zogenaamde casemix – is zwaarder geworden.



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.

Bron: [Handreiking versterken netwerksamenwerking in de geboortezorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#).

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 zwangeren in het ziekenhuis. Als de zwangeren met een minder complexe zorgvraag in de eerste lijn blijven, verzwart ook de casemix in het ziekenhuis.

Het is dus handig om ook het effect op de inkomsten in de breedte van de zorgproductie voor een verloskundigenpraktijk of ziekenhuis/ gynaecoloog te bekijken en indien nodig hiervoor in de gesprekken met de verzekeraars een aanpassing in de tarieven af te spreken.

Dubbele bekostiging

Een zorg van verzekeraars is dat door de zorgverschuiving dubbele bekostiging ontstaat. Hiermee wordt bedoeld dat er wel geld bij komt bij de ontvangende partij, maar er niet evenredig geld af gaat bij de partij die de zorg overdraagt. Zij wijzen erop dat in geval van een verschuiving er dus ook inkomsten bij de partij die de zorg overdraagt af dienen te gaan óf dienen te worden vervangen door andere zorgprestaties ten gevolge van groei/ capaciteitsproblematiek of het uitruilen van zorg.

Stap 4 - effect kosten:

Indien sprake is van verschuivingen waarbij er substantieel extra kosten worden gemaakt of substantiële investeringen worden gedaan om de zorg door een andere partij te kunnen laten leveren, is het verstandig om na te gaan hoeveel extra kosten er gemaakt worden (per partij). Dikwijls (bij overzichtelijke verschuivingen) volstaat een globale inschatting van het aantal uur dat partijen meer of minder gaan bieden en daar de tarieven marginaal op aan te passen (in onderlinge afstemming). Soms past het beter om in te zoomen op de werkelijke personele, facilitaire en overige kosten. Denk daarbij aan:

- Inzet verloskundige en/ of kraamverzorgende en/of gynaecoloog.
- Inzet ondersteunend personeel.
- Materialen en medicatie (lakens, verband etc.).
- Huisvestingskosten c.q. gebruik/ huur ruimte.
- Investeringskosten (instrumenten, opleiding/ scholing, ICT-voorzieningen etc.).
- Kosten van (extra) diagnostiek.
- Kosten/honorarium van (onderlinge) consultatie van gynaecoloog/ verloskundige.
- Jaarlijks terugkerende kosten van bijvoorbeeld opleiding/ certificering/ ICT-licentie, et cetera.
- Kosten voor de organisatie van het project (projectteam, structureel overleg, extern advies/ begeleiding).

5. Module: de bekostiging van zorgverschuiving

Wanneer je als partijen kiest voor monodisciplinaire bekostiging kun je met elkaar nagaan welke mogelijkheden er zijn binnen de bekostiging en contractering om inkomsten te verschuiven. Naast de monodisciplinaire bekostiging zijn er ook alternatieve vormen van bekostiging. Een toelichting hierop staat in deze module. Als je twijfelt over welke bekostiging het beste past bij jullie zorgverschuiving, bespreek dit dan met de zorgverzekeraars welke mogelijkheid het beste past en ga na welke voorwaarden gelden per zorgverzekeraar. De hierna volgende tekst is mede gebaseerd op [de Handreiking versterken netwerksamenwerking in de geboortezorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#).

5.1 Vier mogelijkheden voor declaratie zorgverschuiving voor eerste lijn

5.1.1 Het max max tarief inzetten:

Verloskundigen en kraamzorgorganisaties kunnen met de zorgverzekeraars max max tarieven afspreken. Dit betekent dat de maximumtarieven voor de prestaties (maximaal) met 10% kunnen worden verhoogd.

5.1.2 Toeslag Integrale Geboortezorg:

De NZa-beleidsregel eerstelijns 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. 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.

Bij een enkele verzekeraar kan deze toeslag ook voor zorginhoudelijke verschuiving worden ingezet, weliswaar onder voorwaarden. Het advies van het CPZ is om hierover contact op te nemen met de zorginkoper(s) van de betreffende zorgverzekeraar(s).

5.1.3 Nieuw (kleinschalig) experiment:

De NZa heeft een '[Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten](#)'. Het doel hiervan is om zorgverleners en zorgverzekeraars ruimte te geven om tijdelijk en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Deze innovaties moeten gericht zijn op het verbeteren van de prijs-kwaliteitverhouding van de geboortezorg en is naar gelang zijn doelstelling beperkt tot een specifieke patiëntengroep, prestatie, een of meerdere zorgaanbieders, een of meerdere zorgverzekeraars of een beperkte regio.

Deze bekostigingsvorm is alleen geschikt als er nog geen passende zorgprestatie door de NZa is vastgesteld die de lading van de nieuw te leveren zorg dekt. Het is bedoeld om – alleen als het experiment slaagt én als de betrokken brancheorganisaties het eens zijn over de zorgverschuiving in alle regio's – het om te zetten in een regulier tarief. Verken vooral eerst met de zorgverzekeraar welke prestatie of welk tarief al beschikbaar is en wellicht bruikbaar voor de specifieke eigen plannen voor zorgverschuiving. Vaak zijn de definities van de prestaties breed geformuleerd en kunnen max-tarieven worden afgesproken die veel ruimte bieden.

Aanbieders en zorgverzekeraar(s) vragen in deze optie de innovatieve zorgprestatie samen aan bij de NZa. In de aanvraag staat beschreven hoe het experiment wordt uitgevoerd, met welke indicatoren de doelstellingen van het experiment worden gemeten en bij welke uitkomst op voorgenoemde indicatoren de doelstellingen van het experiment zijn behaald. Het experiment bestrijkt een periode van maximaal drie jaar (in totaal) en eventueel maximaal vijf jaar bij afgifte van een verlengingsbeschikking door de NZa. Het experiment dient

verder beperkt te zijn tot een specifieke cliëntengroep, prestatie, een of meerdere zorgaanbieders, een of meerdere ziektekostenverzekeraars of een beperkte regio.

Voorbeelden uit het verleden waarbij voor de nieuwe te leveren zorg nog geen zorgprestatie door de NZa was vastgesteld en om die reden een experiment werd gestart, zijn een passend tarief voor een Geboortecentrum en recent CTG in de eerste lijn.

5.1.4 Onderlinge dienstverlening:

Stel dat partijen ervoor kiezen om met een relatief kleine verschuiving (in termen van cliëntengroep en effect op inkomsten en kosten) te implementeren en een aanpassing van de bestaande tarieven is niet passend, dan kunnen zorgverleners ook kiezen om de zorg onderling te verrekenen. Dit gebeurt in de geboortezorg nog beperkt, omdat de mogelijkheid nog relatief onderbelicht en/of onbekend is. Toch is het een praktische en formele mogelijkheid.

Er is sprake van onderlinge dienstverlening als de zorg die een zorgaanbieder (onderaannemer of ook wel uitvoerende zorgaanbieder) verleent onderdeel is van de beschrijving van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren zorgprestatie.

De uitvoerende zorgaanbieder heeft daarmee de mogelijkheid om (onderdelen van) de prestaties op het gebied van de zorg met inachtneming van de geldende tarieven, op basis van afspraken met de oorspronkelijke (of initiële) zorgverlener via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen bij de oorspronkelijke zorgaanbieder.

Deze prestatie heeft een vrij tarief en is vormvrij: de aanvrager en uitvoerder spreken vooraf onderling af om welke zorg het gaat. Ook moeten zij vooraf afspraken maken over het tarief.

Voorbeeld 1

Het onderstaande voorbeeld is een theoretisch voorbeeld en bedoeld om na te denken over de mogelijkheden en de werking van het mechanisme van de bekostiging. De afspraken over de zorginhoud blijven uiteraard het basisgesprekspunt en de bekostiging is volgend. In het voorbeeld is gewerkt met fictieve bedragen. Inhoudelijk kunnen er dus ook geen rechten aan worden ontleend. Betrek bij de uitwerking van een project ook in een vroeg stadium de zorgverzekeraar om hierover mee te denken.

Stel: in dit voorbeeld is bij een cliënt sprake van een milde indicatie voor een bevalling waarbij CTG-monitoring nodig is (we laten in het midden om welke indicatie het gaat). De gynaecologen, het ziekenhuis en (klinisch) verloskundigen willen afspreken dat de eigen eerstelijnsverloskundige de begeleiding van de bevalling doet (in poliklinische setting) en dat de CTG-monitoring door de gynaecoloog wordt gedaan.

Schematisch ziet dit er als volgt uit:

Huidige zorgpad (natale fase)

Start natale fase

Verloskundige

Einde natale fase

Gynaecoloog/ klin. Vk.

Beoogde zorgpad

Start

Verloskundige

Gynaecoloog/ klin. Vk.

CTG monitoring

Rekenvoorbeeld

Huidige situatie:

De overdracht van de verloskundige is durante partu:

- De verloskundige declareert de deelprestatie natale zorg: € 750,-
- Gynaecoloog en ziekenhuis declareren prestatie 'Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling' (code 159899019) € 2.700,-

Totaal: € 3.450,-

Beoogde situatie:

- Gynaecoloog en ziekenhuis declareren prestatie 'Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling' (code 159899019) € 3.450,-

Totaal: € 3.450,-

In dit geval kiezen de verloskundige en gynaecoloog ervoor om onderling de kosten te verrekenen. Met elkaar spreken zij een gemiddelde vergoeding af per cliënt waarbij de verloskundige de baring begeleidt in plaats van de gynaecoloog. De verloskundige stuurt een factuur (conform de overeenkomst die ziekenhuis en verloskundige hiervoor hebben afgesloten) voor haar geleverde zorgprestatie.

5.2 Vier bekostigingsopties voor ziekenhuis/gynaecologie

Hieronder volgt een uitleg over de bekostigingsopties die er voor het ziekenhuis/ gynaecologen zijn voor de geboortezorg.

In feite kennen ziekenhuizen en gynaecologen nagenoeg dezelfde mogelijkheden voor declaratie als voor de eerste lijn:

1. Andere tarieven afspreken voor de DBC's of overige zorgproducten.
2. Aanvragen nieuw kleinschalig experiment.
3. Onderlinge dienstverlening.

Met daarbij nog een extra optie voor bekostiging: de 'facultatieve prestatie'.

4. Extra optie: facultatieve prestatie.

Via een facultatieve prestatie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken over lokale initiatieven die lastig te bekostigen zijn met de reguliere landelijke DBC's. Meer informatie staat op [deze pagina](#) van de NZa.

Schoning

Wanneer er zorg van het ziekenhuis wordt verschoven naar een andere partij en hiervoor een aanpassing in het budget en/of de tarieven gemaakt dient te worden, wordt gesproken over 'schoning' (aanpassing) van het budget van het ziekenhuis.

In het geval van schoning is het handig om rekening te houden met:

- Mogelijke groei van het aantal zwangeren in de regio, voldoende beschikbare gynaecologen voor diensten, een hogere kostprijs voor complexe patiënten die 'achterblijven'.
- Wat te doen als verschuiving minder is dan verwacht.
- Betaling van de tweede lijn als deze taken van de eerste lijn overneemt (bijv. via meekijkconsulten).
- Kosten die doorlopen.

5.3 Transitiekosten en frictiekosten

Om uiteindelijk ook echt tot zorgverschuiving te komen, maken samenwerkingsverbanden ook (eenmalige) kosten om de overstap (transitie) van de huidige situatie naar de nieuwe situatie te kunnen maken. Denk aan kosten voor: programmamanager, ontwerpen samenwerking- en bedrijfsprocessen, onderzoek businesscase, verhuiskosten, overbrengen van data van het ene ICT-systeem naar het andere ICT-systeem et cetera.

Transitiekosten

Er zijn verschillende manieren om deze transitiekosten gefinancierd te krijgen:

- Ga na hoeveel deelnemers bereid zijn en in hoeverre zij de mogelijkheid hebben om zelf financiering te organiseren voor de samenwerking.
- Kijk of projectgelden georganiseerd kunnen worden. Bijvoorbeeld via zorgverzekeraars vanuit de transformatiemiddelen uit het Integraal Zorg Akkoord (IZA) of ROS-gelden. IZA-transformatiegelden: voor regionale plannen (regionaal, complexer, multidisciplinair) kunnen transformatiegelden aangevraagd worden.
- Toeslag Integrale Geboortezorg: een aantal zorgverzekeraars is bereid deze middelen in te zetten voor procesmatige begeleiding van de zorgverschuiving.
- Zoek voor samenwerking rond kennisactiviteiten uit welke onderzoeksubsidies eventueel beschikbaar zijn via ZonMw.

Frichtiekosten

Frichtiekosten zijn de kosten die doorlopen bij de zorg-overdragende partij terwijl de daarbij behorende inkomsten wegvallen. Een voorbeeld hiervan is als verloskundigen in een geboortecentrum eerstelijns bevallingen begeleiden met gebruikmaking van lachgas. Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn zal naar verwachting dalen; dit betekent dat het ziekenhuis minder DBC's declareert.

Deze kosten kunnen mogelijk worden vermeden c.q. opgelost worden door bijvoorbeeld personeel van werk naar werk te begeleiden, alternatieve bestemming voor vastgoed te zoeken, apparatuur aan verkrijgende partij over te dragen et cetera. Wat daarna overblijft zijn alleen de significante, reële en onvermijdbare frictiekosten (vervroegde afschrijvingen, afbouw overhead, eventuele afvloeiingsregeling et cetera). Berenschot maakte hierover [een onderzoeksrapport](#), waarin veel informatie en adviezen zijn uitgewerkt.

Zorgverzekeraars kunnen voor frictiekosten gebruik maken van de **transformatiegelden**. Dit is een onderwerp om te bespreken met de zorgverzekeraar. Als meer cliënten zich melden dan het ziekenhuis op kan nemen vanwege capaciteitsproblemen kan de vrijgekomen capaciteit worden opgevuld. Het ziekenhuis declareert dan evenveel DBC- en overige zorgproducten, maar wel voor cliënten met een andere/ zwaardere zorgvraag. Aanbevelingen om frictiekosten te voorkomen, accepteren of compenseren zijn op pagina 32 van dit [onderzoeksrapport](#) te vinden.

6. Module: Contracteren

Contractering gaat over de afspraken die zorgverleners maken met zorgverzekeraars over het leveren van zorg en de betaling daarvan. In deze module gaan we in op de rol van zorgverzekeraars bij zorgverschuiving, de vraag wat verzekeraars belangrijk vinden bij projecten voor zorgverschuiving en welke vragen zij graag beantwoord zien in een bekostigingsaanvraag.

6.1 Rol van verzekeraar bij zorgverschuiving

De inzet van zorgverschuiving kan drie doelen; vanuit patiëntbehoefte de zorg dichtbij huis organiseren, als oplossing voor een capaciteitsprobleem of zorg tegen een lagere prijs met dezelfde kwaliteit elders kan worden geleverd. Zorgverzekeraars toetsen of een zorgverschuiving meerwaarde oplevert voor hun cliënten in de vorm van kwaliteit en doelmatigheid van zorg, op basis van de bovengenoemde doelen. Uit onderzoek is gebleken dat voor een succesvolle zorgverschuiving het van belang is dat er bewijs is voor de verschuiving. Het advies van verzekeraars is dus om tijdens een eventuele pilotfase goed in beeld te brengen wat de effecten zijn op kwaliteit en doelmatigheid.

Voor wat betreft de betaalbaarheid van de zorg: het uitgangspunt is dat de transitie naar passende zorg macro-neutraal verloopt. Dit betekent dat de zorg in totaliteit niet duurder mag worden. Maar mogelijk wel goedkoper. Men kijkt niet alleen naar de kosten van de zorg in de eigen lijn, maar ook van de ander. Per specifieke zorgverschuiving is het dus verstandig om met elkaar na te gaan of de zorg voor de totale cliëntengroep niet duurder wordt, bijvoorbeeld door dubbele bekostiging. Verzekeraars vragen in principe om een positieve businesscase waarbij de kosten van alle betrokken zorgverleners zijn opgenomen.

Rol zorgverzekeraar bij zorgverschuiving

Zorgverzekeraar toetst de kwaliteit en doelmatigheid van zorg, maar ook het effect op de zorgplicht

Kwaliteit van zorg

- Is het vanuit patiënten perspectief gelijk of beter?
- Is de zorg na de zorgverschuiving van minimaal dezelfde kwaliteit?
- Zijn de zorgverleners bevoegd en bekwaam om de zorg te leveren?
- Is dit geborgd in samenwerkingsafspraken, registers, etc.?

Toegankelijkheid

- Is de zorg door deze zorgverschuiving beschikbaar voor alle verzekerden in de regio?
- Draagt het bij aan het oplossen van de capaciteitsproblematiek?

Doelmatigheid

- Is de zorg in ieder geval niet duurder geworden?
- Wegen de kosten op tegen de baten?

Bron: VGZ

6.2 Wat vinden verzekeraars verder belangrijk bij projecten voor zorgverschuiving?

Verzekeraars vinden de volgende punten belangrijk:

Samenwerkings-breed gedragen aanpak

Zorgverzekeraars hechten aan een 'samenwerkings-breed' gedragen visie en aanpak voor zorgverschuiving. Belangrijke vraag die zij daarin ook beantwoord willen zien is, of er een balans is tussen de energie die erin gestoken wordt en de omvang van de zorgverschuiving. Je kunt je namelijk afvragen of een zorgverschuiving voor een geringe groep zorgverleners of cliëntenpopulatie of een beperkt totaalbedrag het waard is om veel tijd en geld in te investeren. Voorkom dat veel energie wordt gestoken in voorstellen voor zorgverschuiving die voortkomen uit incidenten of persoonlijke interesse van zorgverleners en/of zich richten op aandoeningen die relatief weinig voorkomen.

Voor verzekeraars is het belangrijk dat alle verzekerden in de regio gebruik kunnen maken van de zorgverschuiving. Dit betekent concreet dat zij verwachten dat alle praktijken in een VSV meewerken of onderling verwijzen als er voor specialisatie wordt gekozen. Daarnaast geven zorgverzekeraars in principe de voorkeur aan meerjarenafspraken.

Advies: betrek verzekeraars tijdig, bijvoorbeeld zodra de contouren voor de visie en aanpak er liggen. Zodat zij kunnen meedenken en kunnen bezien of de plannen binnen het inkoopbeleid passen en welke financieringsmogelijkheden passend zijn.

Opschaalbaarheid

Verzekeraars adviseren na te gaan wat er in andere regio's gebeurt of wordt verschoven, alvorens zelf aan de slag te gaan met een project om een business case op te stellen. Er zijn veel voorbeelden uit andere regio's beschikbaar die prima te gebruiken of te vertalen zijn. Dit voorkomt dat het wiel op meerdere plekken wordt uitgevonden en bevordert opschaling naar andere regio's.

Impactvolle transformaties

Voor zorgverschuivingen die verder reiken dan de samenwerking tussen enkele regionale geboortezorgaanbieders geldt dat het mogelijk is dat deze beoordeeld worden als impactvolle transformatie conform de afspraken in het Integraal Zorgakkoord. Meer informatie over het proces van indienen en beoordelen van de transformatieplannen is te vinden op de websites van de zorgverzekeraars.

Verzekeraars nemen in hun inkoopbeleid vaak specifieke wensen of eisen op ten aanzien van zorgverschuivingen. Screen vooraf dus ook het inkoopbeleid van de voor de regio belangrijkste zorgverzekeraars met betrekking tot zorgverschuiving op eventuele specifieke eisen of wensen.

6.3 Wat willen zorgverzekeraars terugzien in een bekostigingsaanvraag?

Na het opstellen van de business case met daarin de financiële onderbouwing kom je uiteindelijk tot de contractering middels een bekostigingsaanvraag. Verzekeraars willen onderstaande onderdelen graag terugzien in een bekostigingsaanvraag:

Bekostigingsaanvragen zorgverschuivingsprojecten¹³	
Beschrijf doel en urgentie van zorgverschuiving binnen VSV.	Hier evalueer je op, wordt dit doel bereikt door de zorgverschuiving?
Beschrijf huidige en beoogde zorgpad. Beschrijf bij het beoogde zorgpad ook de verschillende scenario's ¹⁴ die kunnen plaatsvinden.	Hiermee wordt duidelijk wat er verschoven wordt en hoe dat geborgd wordt (afspraken etc.)
Beschrijf beoogde doelgroep en werk uit wat dit per scenario kan betekenen.	Hoeveel zwangeren betreft dit? Geef ook aan wat de beoogde groep is en bij hoeveel zwangeren dit gerealiseerd wordt.
Beschrijf hoe de kwaliteit wordt geborgd.	Zorg dat dit aansluit op beschrijving zorgpad, met duidelijkheid over hoe het in het VSV georganiseerd wordt.
Ontvangende zorgverlener: hoe passen de gevraagde handelingen binnen het deskundigheidsgebied.	Is dit voor iedere zorgverlener van toepassing, of slechts voor een deel hiervan? Hoe zijn zij te herkennen?
Wat is de niet-financiële impact van de zorgverschuiving?	Denk aan vrijspelen (personeels)capaciteit, verbeteren toegankelijkheid, passend bij wensen/behoefte van zwangere
Wat is de financiële impact van de zorgverschuiving?	Wat zijn de kosten van het nieuwe zorgpad? Wat zijn implementatiekosten? Waar vervallen kosten?

¹³ Verschillende scenario's, bv dat er toch een medische indicatie ontstaat waardoor zwangere alsnog naar de tweede lijn gaat. Bron figuur: VGZ

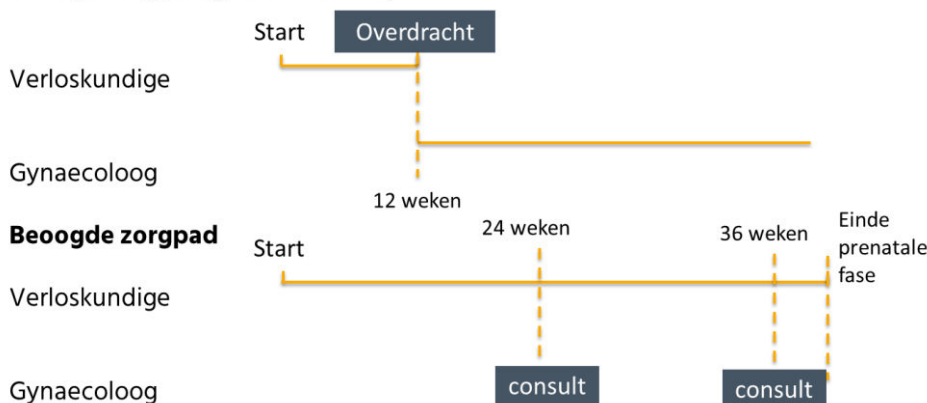
Bijlage : Uitwerking voorbeeld 1

Het onderstaande voorbeeld is een theoretisch voorbeeld en bedoeld om na te denken over de mogelijkheden en de werking van het mechanisme van de bekostiging. De afspraken over de zorginhoud blijven uiteraard het basisgesprekspunt en de bekostiging is volgend. In het voorbeeld is gewerkt met louter fictieve bedragen, percentages of verhoudingen. Het voorbeeld is geen doel op zich. Inhoudelijk kunnen er dus ook geen rechten aan ontleend worden. Er zijn ook zeker andere theoretische voorbeelden mogelijk. Betrek bij de uitwerking van een project ook de zorgverzekeraar om hierover mee te denken.

In dit theoretische voorbeeld constateert de verloskundige bij een cliënt tijdens de prenatale fase dat sprake is van een milde indicatie voor de bevalling (we laten hier in het midden om welke indicatie het gaat). De gynaecologen, het ziekenhuis en verloskundigen willen afspreken om de cliënt nog niet met 12 weken over te dragen, maar de begeleiding van de hele zwangerschap (prenatale fase) door de verloskundige te laten doen, waarbij de zwangere daarnaast twee keer op consult komt bij de gynaecoloog (bijv. met 24 weken en 36 weken).

Schematisch ziet dit er als volgt uit:

Huidige zorgpad (prenatale fase)



Rekenvoorbeeld

Huidige situatie:

- Verloskundige declareert de deelprestatie prenatale zorg 0 – 14 weken: € 235,-
 - Gynaecoloog en ziekenhuis declareren prestatie 'Begeleiding van een zwangerschap' € 1.200,-
- Totaal: € 1.435,-**

Beoogde situatie:

- Verloskundige declareert de prestatie prenatale zorg: € 700,-
 - Gynaecoloog en ziekenhuis declareren prestatie 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand voor advies bij zwangerschap € 350,-
- Totaal: € 1.050,-**

Toelichting:

Voor één individuele cliënt die volgens de afspraak het zorgpad volgt, is de besparing per cliënt door deze zorgverschuiving: 385,- euro. **Echter**; stel dat het in het totaal om 100 cliënten (dit aantal is fictief en kan uiteraard ook anders zijn) met deze milde indicatie gaat, van wie er 40% (dit percentage is fictief, je zal met elkaar in beeld proberen te brengen welk deel van de cliënten wordt verwezen) tijdens de zwangerschap alsnog onder behandeling van de gynaecoloog komt.

In dat geval is de besparing op het totaal en per cliënt minder, namelijk: $40\% * (\text{€ } 1200,- + \text{€ } 700,-) + 60\% * \text{€ } 1050,- = \text{€ } 1390,-$. Totale besparing voor 100 cliënten is $\text{€ } 143.500 - \text{€ } 139.000 = \text{€ } 4.500$.

Let op; als er met andere totalen en percentages gewerkt wordt, is de besparing uiteraard hoger of lager. De percentages zijn afhankelijk van de het type protocol of de cliëntengroep. Soms is deze informatie vooraf niet beschikbaar en is het belangrijk om deze bij te gaan houden. Mochten bij de uitwerking vragen bestaan, vraag dan ook de verzekeraar om mee te denken/ kijken of is het in elk geval handig hen te informeren.lk