



College Perinatale Zorg

Handreiking

Oprichting integrale geboortezorg-organisatie (IGO) en integrale bekostiging (IB) in grote steden en gebieden met meerdere VSV's

Groeidocument november 2018

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding: introductie varianten A, B en C	4
Alle vragen op een rij	7
Hoofdstuk 1: vragen bij variant A	10
Hoofdstuk 2: vragen bij variant B	19
Hoofdstuk 3: vragen bij variant C	21
Hoofdstuk 4: vragen over declaraties (alle varianten)	22

Voorwoord

Deze handreiking is ontwikkeld naar aanleiding van vragen die spelen bij VSV's die overwegen om een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) op te richten op basis van Integrale Bekostiging (IB) en die zich bevinden in grote steden en gebieden met meerdere VSV's.

In deze handreiking worden de vragen beantwoord zoals die zijn gesteld door de regio's Den Haag en Rotterdam in hun verkenning van het oprichten van een IGO en IB in hun regio.

Dit document is tot stand gekomen met de inbreng van velen, met speciale dank aan:

- Jeannette van Capelleveen, projectleider VSV Haga Juliana Geboorte Centrum
- Annelies de Vries, senior-adviseur bij Zorg Impuls, afgevaardigde van het District Verloskundig Platform Rijnmond.
- Margret Hink, Zorginkoper Zilveren Kruis Achmea.
- De zorgprofessionals in Den Haag en Rotterdam voor hun vragen en inbreng vanuit de praktijk in de grote stad.
- Rik Riemens, manager bedrijfsvoering en ICT a.i. van Geboortezorg Midden Kennemerland, en Susanne Zuidhof, directeur Geboortehart, voor het becommentariëren van de voorlaatste versie van dit document vanuit hun kennis en ervaring met de integrale contractering.
- Mariska Shekary, directeur zorg Annature, voor haar input op het gebied van MSB's.

Deze handreiking is een dynamisch document. Op basis van nieuwe organisatiemodellen en nieuwe inzichten in de komende periode, vanuit onder andere het werkveld en beroeps/belangenorganisaties, zal het telkens weer verder worden aangevuld en aangescherpt. Alle suggesties om deze handreiking te verbeteren, worden op prijs gesteld. Als u daarnaast meent dat er onjuistheden in staan, dan vragen wij u om die aan ons door te geven (t.hollman@collegepz.nl).

CPZ Taskforce
Corine van Geffen, adviseur
Titia Hollman, juridisch adviseur
November 2018

Inleiding Introductie varianten A, B en C

In deze handreiking wordt onder een IGO verstaan een organisatie (juridische entiteit) die op basis van één integraal tarief een contract sluit met de zorgverzekeraar. Dit is sinds 1 januari 2017 mogelijk op basis van de NZa beleidsregel integrale geboortezorg. Contracteren op basis van een integraal tarief is niet verplicht. Contractering op basis van monodisciplinaire bekostiging blijft daarnaast bestaan.

Als een regio besluit om te gaan werken met één integraal tarief, is het logisch om vanaf dat moment een rechtsvorm te kiezen waarmee de deelnemers gezamenlijk, als IGO, naar buiten treden. De meeste rechtsvormen (stichting, coöperatie, BV, maatschap of andere vorm) zijn geschikt voor IB maar afstemming over de rechtsvorm met de zorgverzekeraar in een vroeg stadium is verstandig omdat zorgverzekeraars soms eisen stellen aan de rechtsvorm.

Daarbij is het van belang of de IGO wordt gekwalificeerd als zorgaanbieder in de zin van de wet of niet. De meeste IGOs¹ die in 2017 zijn gestart hebben gekozen voor het model waar de IGO zelf géén zorgaanbieder is op grond van bijvoorbeeld de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Ook zal moeten worden nagedacht over de verdere inrichting van de IGO: wat wordt de samenstelling van het bestuur, welke werkgroepen of commissies worden ingericht, welke toetredingseisen worden gesteld, op welke wijze wil men besluiten met elkaar nemen, hoe wordt de bedrijfsvoering vormgegeven (informatie, declaratie, administratie, verantwoordelijkheden etc.).

Individuele geboortezorgaanbieders kunnen altijd kiezen of én hoe zij willen samenwerken met een IGO in hun regio. Daarin zijn in ieder geval de volgende varianten denkbaar:

Variant A:

Zorg verlenen in IGO-verband en actieve participatie als lid of deelnemer van de IGO²

Variant B:

Zorg verlenen op basis van een overeenkomst van onderlinge dienstverlening zonder actieve participatie als lid of deelnemer van de IGO

Variant C:

Geen zorg verlenen voor de IGO en geen actieve participatie in de IGO

De drie varianten worden op de volgende bladzijde toegelicht:

¹ In 2017 hebben de eerste 6 IGO's de overstap gemaakt naar IB, zij worden ook wel de 6 'pioniers' genoemd.

Variant A:

De geboortezorgaanbieder verleent zorg op basis van de binnen de IGO vastgestelde zorgpaden, richtlijnen en protocollen én participeert actief als lid of deelnemer.
Lid of deelnemer kunnen zijn:

- Een individuele geboortezorgaanbieder, zoals een verloskundepraktijk of kraamzorgaanbieder, of
- Samenwerkingsverbanden van een bepaalde beroepsgroep, zoals een coöperatie van kraamzorgaanbieders of van verloskundepraktijken of een coöperatie of maatschap Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB)².

Actieve participatie houdt in:

- Meedenken en meebeslissen (zeggenschap) over het (strategisch) beleid van de IGO, kwaliteit, organisatorische inrichting etc. Dit kan door deelname in bestuur of werkgroepen/commissies, stem uitbrengen, als individuele zorgaanbieders afzonderlijk of via het samenwerkingsverband van de eigen bloedgroep etc.
- Inspraak hebben als geboortezorgaanbieder in de financiële verdeelsleutel, bijvoorbeeld wie verleent welke zorg en ontvangt daarvoor de bijbehorende vergoeding.
- Een collectief verantwoordelijkheidsgevoel voor de gezamenlijke organisatie en het realiseren van het beoogde resultaten.

In deze variant maakt het overigens niet uit of alleen de IGO het contract op basis van IB met de zorgverzekeraar sluit of dat de afzonderlijke geboortezorgaanbieders het contract met de zorgverzekeraar mee ondertekenen, dus IGO én de zorgaanbieders samen.

Bij variant A en B kan de geboortezorgaanbieder in bepaalde situaties monodisciplinair declareren bij de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld in geval van bundelbrekers (zie hoofdstuk 4).

Variant B

De geboortezorgaanbieder verleent zorg op basis van de binnen de IGO vastgestelde zorgpaden, richtlijnen en protocollen maar *zonder* de actieve participatie zoals in variant A.

Dit houdt in:

- De geboortezorgaanbieder wordt geen lid of deelnemer van de IGO.
- De geboortezorgaanbieder is geen contractspartij van de zorgverzekeraar voor het contract op basis van IB, zoals in variant A wel kan voorkomen.
- De geboortezorgaanbieder sluit een zgn. *overeenkomst van onderlinge dienstverlening* met de IGO (prestatie 10 van de NZa beleidsregel Integrale Geboortezorg) af, waarin kwaliteits- en financiële afspraken zijn vastgelegd.

Bij variant B kan net als bij variant A de geboortezorgaanbieder in bepaalde situaties monodisciplinair declareren bij de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld in geval van bundelbrekers (zie hoofdstuk 4).

² Als een IGO voor het uitsluitend aansluiten van dergelijke samenwerkingsverbanden kiest, dient aan strikte mededingingsrechtelijke voorwaarden te zijn voldaan. De samenwerking binnen een samenwerkingsverband van een beroepsgroep, die immers in principe uit concurrenten bestaat, dient aan dezelfde mededingingsrechtelijke eisen te voldoen als de samenwerking binnen een IGO. Deze voorwaarden zijn opgenomen in de Handreiking Mededinging van de CPZ Taskforce van 31 december 2016.

Variant C:

De geboortezorgaanbieder verleent geen zorg voor en participeert niet actief in een bepaalde IGO.

In tegenstelling tot de varianten A en B, declareert de geboortezorgaanbieder in deze variant alle door haar verleende zorg in het werkgebied van de IGO rechtstreeks bij de zorgverzekeraar, oftewel 'monodisciplinair.'

In de volgende hoofdstukken worden de vragen die zijn gesteld door de regio's Den Haag en Rotterdam beantwoord. De vragen zijn gerangschikt naar de varianten A, B en C. In een apart hoofdstuk wordt ingegaan op de vragen rondom declaraties voor de drie varianten. Op de volgende pagina zijn alle vragen opgenomen die in deze handreiking worden beantwoord in de hoofdstukken 1 t/m 4.

Alle vragen op een rij

Hoofdstuk 1: Vragen bij variant A

Toetreden, uittreden en vertegenwoordiging

1. Wat kunnen redenen zijn om aan te sluiten bij een IGO middels variant A?
2. Hoe kun je toetreden tot de IGO?
3. Contracteert de zorgverzekeraar de IGO, de zorgaanbieders of beide?
4. Aan welke toetredingseisen moet een zorgaanbieder voldoen om aan te kunnen sluiten bij een IGO?
5. Mag een IGO entreegeld vragen?
6. Hoe kan het MSB aansluiten?
7. Kan een echocentrum of kraamhotel zelfstandig aansluiten?
8. Voor een IGO heb je minimaal één ziekenhuis, één verloskunde praktijk en één kraamzorgaanbieder nodig. Wat is een reëel minimumaantal zorgaanbieders in grootstedelijk gebied?
9. Wat als alleen kleine kraamzorgaanbieders zich willen aansluiten bij de IGO?
10. Kun je elk moment uittreden uit een IGO?
11. Moet er een vertrekpremie worden betaald wanneer een geboortezorgaanbieder zich terugtrekt uit een IGO?
12. Hoe worden klinisch verloskundigen en waarnemers/ZZP'ers in een IGO vertegenwoordigd?

Participatie in meerdere IGO's

13. Kun je als zorgaanbieder in meerdere IGO's actief participeren?
14. Kan een echocentrum of kraamhotel werkzaam in een grootstedelijk gebied met meerdere VSV's/IGO's het beste kiezen voor aansluiting middels variant A of B of anders?
15. Kunnen IGO's in eenzelfde regio voor een verschillende juridische vormen kiezen?
16. Heeft aansluiting bij meerdere IGO's nog consequenties voor het behoud van het zelfstandig ondernemerschap van de verloskundigen/kraamverzorgenden?
17. Mag een IGO verbieden dat je je als zorgaanbieder ook bij een andere IGO aansluit?

Keuzevrijheid cliënt en IGO

18. Kan een zwangere die zich aanmeldt bij een verloskunde praktijk die is aangesloten bij een bepaalde IGO kiezen voor een ziekenhuis of een kraamzorgaanbieder die niet is aangesloten bij deze IGO?
19. Hoe bepaal je als verloskunde praktijk of kraamzorgaanbieder als je aangesloten bent bij meerdere IGO's (in de varianten A of B) bij welke IGO de thuispartus hoort?
20. Wat is het effect van financieel-gedreven sturing door zorgverleners op de keuzes van een zwangere voor een bepaalde IGO?
21. Wat als je als geboortezorgaanbieder bent aangesloten bij een of meerdere IGO's en je krijgt te maken met een zwangere die helemaal niet wil kiezen voor een ziekenhuis? Omdat ze niet besproken wil worden in een Multidisciplinair overleg (MDO) of omdat ze uitsluitend thuis wil bevallen ondanks een medische indicatie.

Hoofdstuk 2: Vragen bij variant B

- 22. *Kan je als zorgaanbieder ervoor kiezen om in geen enkel IGO actief te participeren, maar wel zorg te verlenen in opdracht van een IGO?*
- 23. *Wat kunnen redenen zijn om voor variant B te kiezen?*
- 24. *Wie sluit het contract met de zorgverzekeraar in geval van variant B?*
- 25. *Heb je als zorgaanbieder dan een aparte overeenkomst met de zorgverzekeraar nodig?*

Hoofdstuk 3: Vragen bij variant C

- 26. *Kan je als zorgaanbieder ervoor kiezen om in geen enkel IGO actief te participeren en geen overeenkomst van onderlinge dienstverlening te sluiten met de IGO?*
- 27. *Zijn er verder nog belangrijke spelregels of aandachtspunten bij variant C?*

Hoofdstuk 4: Vragen over declaraties en financiën (alle varianten)

- 28. *Kan er per fase maar één integrale declaratie worden ingediend bij de zorgverzekeraar?*
- 29. *Zijn er nog uitzonderingen op de regel dat er per fase maar één integrale prestatie gedeclareerd mag worden?*
- 30. *Wat als een parallelle declaratie wordt geweigerd?*
- 31. *Op welke wijze kunnen de declaraties van de prestaties ingediend worden?*
- 32. *Hoe is de declaratiewijze in de situatie dat de gehele prestatie door zorgaanbieders in de IGO is geleverd (zie kader 1)?*
- 33. *Hoe is de declaratiewijze in de situatie dat de gehele prestatie is geleverd door IGO-1 samen met onderaannemer (zie kader 2)?*
- 34. *Hoe is de declaratiewijze als de gehele zorg buiten de eigen IGO wordt geleverd? In de situaties dat het IGO-ziekenhuis vol ligt of dat een cliënt toch in een ander ziekenhuis wil bevallen (zie kader 3)?*
- 35. *Hoe is de declaratiewijze als er binnen een prestatie zowel zorgaanbieders van de eigen IGO als van buiten de IGO betrokken zijn (zie kader 4)?*
- 36. *Heeft iedere IGO met deze declaratiestromen te maken (zoals in het schema bij vraag 31) of betreft dit alleen vraagstukken voor de grote steden?*
- 37. *Hebben bundelbrekers effect op het inkomen van zorgprofessionals in de IGO?*
- 38. *Zwangeren wisselen tussen eerstelijns praktijk en ziekenhuis maar ook tussen ziekenhuizen. Hoeveel bundelbrekers kan een IGO maximaal hebben zonder verlies te lijden?*
- 39. *Hoe kan de declaratiewijze van integrale en monodisciplinaire prestaties vereenvoudigd worden?*
- 40. *Wat gebeurt er als de natura-polis van de zorgverzekeraar uitwijst dat de zwangere niet in zorg mag in het IGO-ziekenhuis?*
- 41. *Stel dat er twee IGO's zijn. De ene heeft de prijsafspraken IB gebaseerd op de huidige monodisciplinaire bekostiging en verwacht over 2-3 jaar over te gaan op IB op basis van de daadwerkelijke kostprijs en de andere IGO start gelijk met IB op basis van kostprijs. Kun je deze prijsafspraken dan wel met elkaar vergelijken?*
- 42. *Kun je na verloop van tijd inzichtelijk krijgen welke veranderingen er hebben plaatsgevonden bij de overstap van VSV naar IGO in een grootstedelijk gebied? Bijvoorbeeld: is het aantal thuispartus gedaald of gestegen ten opzichte van voorgaande jaren?*

- 
43. Hoe kan een begroting opgesteld en vastgesteld worden voor een IGO als de deelnemers (hoeveel en aantal cliënten waarvoor zij intekenen) nog niet bekend zijn?
44. Hoe kunnen de overheadkosten en administratieve lasten voor een IGO/IGO's in de grootstedelijke gebieden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot een minimum beperkt worden?
45. Stel dat de IGO's van verschillende ICT-programma's gebruik gaan maken van het gezamenlijk dossier en voor de declaratiestructuur. Hoe ga je dit als verloskunde praktijk en als kraamzorgaanbieder regelen qua organisatie en kosten?
46. Als het bij de IGO aangesloten ziekenhuis een academisch ziekenhuis betreft met een derdelijns functie, is het dan mogelijk om daarmee afspraken te maken over minimaal beschikbare capaciteit voor tweedelijns partus?

Hoofdstuk 1: vragen bij variant A

In variant A verleen je als geboortezorgaanbieder de zorg in IGO-verband en ga je actief participeren in de IGO. Dit laatste betekent dat je als (of namens de) geboortezorgaanbieder deelneemt in het bestuur of werkgroepen van de IGO, inspraak hebt in het beleid van de organisatie over strategie, kwaliteit etc. En ook dat je inspraak hebt in de financiële verdeelsleutel, bijvoorbeeld wie verleent welke zorg en ontvangt daarvoor de bijbehorende vergoeding.

Als de IGO besluit dat uitsluitend samenwerkingsverbanden van de eigen beroepsgroep kunnen aansluiten als lid of deelnemer van de IGO, dan kan de inspraak via dat samenwerkingsverband verlopen. Dan wordt namens het samenwerkingsverband stem uitgebracht in de IGO-organisatie.

De meeste pioniers hebben gekozen voor variant A waarin de IGO zelf geen zorgaanbieder is. De zorg wordt aangeboden door de deelnemers/leden.

In variant A kan een IGO ook zorgaanbieder zijn. Deze optie wordt momenteel verder uitgewerkt door CPZ Taskforce, i.s.m. de Belastingdienst. In dit model is de IGO de hoofdaannemer en wordt gekwalificeerd als zorgaanbieder.

Hieronder worden de vragen die door de regio's Den Haag en Rotterdam zijn gesteld inzake variant A beantwoord.

Voor de leesbaarheid van dit hoofdstuk zijn de vragen als volgt geclusterd:

1. Toetreden, uittreden en vertegenwoordiging
2. Participatie in meerdere IGO's
3. Keuzevrijheid cliënt

1. Toetreden, uittreden en vertegenwoordiging

1. Wat kunnen redenen zijn om aan te sluiten bij een IGO middels variant A?

Geboortezorgaanbieders die actief participeren in de IGO middels variant A zitten als gelijkwaardige partners met elkaar om tafel om goede afspraken te maken over gezamenlijke zorg voor de zwangeren in het adherentiegebied van de IGO. Men is gezamenlijk verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid van de zorg in de hele keten.

Ook in variant A hebben de individuele geboortezorgaanbieders inspraak in de financiële verdeelsleutel.

2. Hoe kun je toetreden tot een IGO?

IGO's (in oprichting) kunnen de keuze maken om geboortezorgaanbieders op individuele basis te laten aansluiten bij de IGO, en/of samenwerkingsverbanden van de eigen beroepsgroep te laten aansluiten.

Bij aansluiting van individuele geboortezorgaanbieders, kan dit zijn:

- Een natuurlijk persoon zijn, in geval van een praktijk in de vorm van een eenmanszaak.
- Een rechtsvorm zonder rechtspersoonlijkheid, bijvoorbeeld een praktijk in de vorm van een maatschap.
- Een rechtspersoon, zoals een ziekenhuis, kraamzorgaanbieder of echocentrum in de vorm van een stichting of BV.

Bij aansluiting van samenwerkingsverbanden van de eigen beroepsgroep kan dit een rechtspersoon zijn, bijvoorbeeld een coöperatie van verloskundepraktijken of van kraamzorgaanbieders, of een rechtsvorm zonder rechtspersoonlijkheid, zoals een maatschap van bijvoorbeeld medisch specialisten.

3. Contracteert de zorgverzekeraar de IGO, de zorgaanbieders of beide?

Zie hiervoor ook de eerdere toelichting bij variant A, zie pagina 5.

De IGO stelt het contract op met de zorgverzekeraars. Twee varianten zijn mogelijk:

1. Alleen de IGO (bijvoorbeeld de coöperatie) tekent het contract met de zorgverzekeraar.
2. De IGO ondertekent het contract met de zorgverzekeraar en alle individuele geboortezorgaanbieders tekenen mee.

4. Aan welke toetredingseisen moet een zorgaanbieder voldoen om aan te kunnen sluiten bij een IGO?

De toetredingseisen stel je als IGO (in oprichting) zelf vast. Belangrijk is dat ze zijn gebaseerd op kwaliteit en dat de eisen algemeen gangbaar zijn binnen de eigen beroepsgroep. Bij het formuleren van de toetredingseisen dient de IGO wel rekening te houden met wat wel en niet toegestaan is ten aanzien van het mededingingsrecht.

Zie hiervoor de [Handreiking Mededinging van de CPZ Taskforce](#), versie 31 december 2016 (p. 5 en 6) te vinden op www.kennisnetgeboortezorg.nl

5. Mag een IGO entreegeld vragen?

Ja, dat mag. IGO's (in oprichting) doen er wel goed aan om te onderbouwen waarom er entreegeld gevraagd wordt en om ervoor te zorgen dat de hoogte van het bedrag redelijk is.

6. Hoe kan het MSB aansluiten?

Ter inleiding: sinds 2015 zijn integrale tarieven ingevoerd in de medisch specialistische zorg. Dat betekent onder andere dat er niet meer apart voor de ziekenhuiskosten en voor de honoraria van de medisch specialist betaald hoeft te worden, maar dat alles in één tarief is ondergebracht. De prijs- en kwaliteitsonderhandelingen van de zorgverzekeraars vinden alleen nog maar plaats met de ziekenhuizen, die vervolgens intern verantwoordelijk zijn voor de afspraken met het MSB (dat weer verantwoordelijk is voor de afspraken met vrijgevestigde medisch specialisten) of de medisch specialisten in loondienst.

Voor deelname van medisch specialisten in de IGO kunnen de volgende varianten gekozen worden:

- Het MSB sluit niet apart aan bij de IGO, maar 'lift mee' op de aansluiting van het ziekenhuis. Het ziekenhuis en MSB maken dan onderling afspraken over de wijze waarop stem wordt uitgebracht in de IGO en op welke wijze het MSB een actieve rol kan vervullen in bijvoorbeeld werkgroepen.

Toelichting:

Dit is een complexe constructie. Voor onder andere gynaecologen moet dan op twee plaatsen worden afgestemd/onderhandeld over het honorarium: eerst in de afstemming tussen ziekenhuis en IGO en vervolgens binnen het MSB. Dit kan de flexibiliteit om binnen de IGO onderling veranderingen/verschuivingen in te voeren, bemoeilijken. Veel MSB's maken intern gebruik van de Logex verdeelsystematiek die werkt met een landelijke benchmark. Op het moment dat gynaecologen gaan deelnemen aan een IGO is deze benchmark niet goed meer mogelijk omdat iedere IGO eigen afspraken maakt over bijvoorbeeld de verdeling van zorg en tarief.

- Als dit voor partijen wenselijk is, kunnen zowel MSB als het ziekenhuis apart aansluiten bij de IGO. MSB en ziekenhuis maken onderling afspraken hoe de geldstromen gaan lopen.

Het eerste jaar is dit complex: bij de start van de IGO wordt het totale ziekenhuisbedrag plus honorarium van gynaecologen en de inzet anesthesiologen, etc. op het terrein van verloskunde eenmalig geschoond uit het medisch specialistisch budget. Men is al gewend dit bedrag intern te verdelen tussen ziekenhuis en MSB, dus de hoogte van het bedrag dat afgesplitst moet worden is al bekend. Eventueel wordt het honorarium bedrag nog aangepast op basis van de hoogte van de (Logex) verdeling binnen het MSB. Het MSB onderhandelt vervolgens met de IGO voor de inzet van medisch specialistische zorg in de IGO. Het ziekenhuis onderhandelt met de IGO voor de inzet van het ziekenhuisdeel in de IGO. De IGO onderhandelt over het totale budget met de zorgverzekeraar.

7. Kan een echocentrum of kraamhotel zelfstandig aansluiten?

Het is aan de IGO (in oprichting) om te bepalen of een echocentrum of kraamhotel apart kan aansluiten. Als de eigenaren, bijvoorbeeld een aantal verloskunde praktijken van een echocentrum of kraamzorginstelling als eigenaar van een kraamhotel zelf al aangesloten zijn bij de IGO, zou dat een reden kunnen zijn deze organisaties niet apart te laten aansluiten. Het is echter een keuze van de regio zelf.

8. Voor een IGO heb je minimaal één ziekenhuis, één verloskunde praktijk en één kraamzorgaanbieder nodig. Wat is een reëel minimumaantal zorgaanbieders in grootstedelijk gebied?

Dat bepaal je zelf als IGO samen met je zorgverzekeraar.

Het is voor de IGO van belang om voldoende omvang en variëteit in zorgaanbod te hebben. Het vergt tijd, energie en financiële middelen om een IGO op te zetten en te sturen. Bij een te kleine organisatieomvang vraagt dit een onevenredige investering van de zorgaanbieders.

Ook heeft het volume structureel gevolgen voor de overheadkosten per zwangere. Er worden binnen een IGO altijd kosten gemaakt voor de organisatie (overheadkosten) die onafhankelijk zijn van het volume. Een kleiner volume betekent hogere overheadkosten per zwangere.

De zorgverzekeraars beoordelen de offerte op basis van bovenstaande aspecten.

9. Wat als alleen kleine kraamzorgaanbieders zich willen aansluiten bij de IGO?

Integrale geboortezorg kan optimaal geleverd worden wanneer het hele geboortezorgtraject kan worden geboden binnen de IGO, van preconceptie t/m kraamzorg. Zorgverzekeraars willen dan ook dat de kraamzorg participeert in de IGO en in het integraal tarief. Ze eisen overigens niet dat alle kraamzorgaanbieders in de regio meedoen. Als geen grote kraamzorgaanbieders aangesloten zijn, maar wel kleinere, mag je jezelf nog steeds een IGO noemen. IGO's streven ernaar tot betere zorg te komen door gelijk gerichtheid in zowel de samenwerking als integrale tarifiering. Met het oog op dit doel zal een IGO blijven streven naar een brede aansluiting van kraamzorgaanbieders in de regio.

10. Kun je elk moment uittreden uit een IGO?

Over de mogelijkheden en onmogelijkheden om als geboortezorgaanbieder tussentijds, dus gedurende de looptijd van het contract met de zorgverzekeraars uit de IGO te stappen, zal je met elkaar binnen de IGO op voorhand heldere afspraken moeten maken en vastleggen, in bijvoorbeeld de statuten en/of overige juridische documenten. Uiteraard is het van belang dat de continuïteit van

zorg aan de zwangere geen gevaar loopt. Daarnaast kunnen andere overwegingen zoals de continuïteit van de bedrijfsvoering van de IGO ook een rol spelen. Ook zal je moeten nagaan welke eventuele afspraken de zorgverzekeraar hieromtrent zou willen opnemen in het contract.

11. Moet er een vertrekpremie worden betaald wanneer een geboortezorgaanbieder zich terugtrekt uit een IGO?

Het is verstandig om hierover op voorhand afspraken te maken. Afgesproken kan worden dat eventueel betaald entreegeld niet zal worden terugbetaald aan de vertrekkende zorgaanbieder. Een 'vertrekpremie' afspreken is niet ondenkbaar, zolang dit goed verdedigbaar is, en de hoogte van het bedrag alleszins redelijk en te onderbouwen is. De spelregels hierover zullen hierover vooraf helder moeten zijn.

12. Hoe worden klinisch verloskundigen en waarnemers/ZZP'ers in een IGO vertegenwoordigd?

Klinisch verloskundigen zijn doorgaans in loondienst van het ziekenhuis en worden formeel vertegenwoordigd door hun werkgever, het ziekenhuis. Waarnemers/ZZP'ers worden vertegenwoordigd door hun opdrachtgever, met name de praktijkhouder/kraamzorginstelling/ ziekenhuis.

Overigens kunnen alle zorgverleners, ongeacht hun arbeidsverhouding, participeren in (zorginhoudelijke) werkgroepen of commissies.

2. Participatie in meerdere IGO's

13. Kun je als zorgaanbieder in meerdere IGO's actief participeren?

Ja, dit is mogelijk. Een zorgaanbieder kan ook kiezen voor een combinatie van varianten, zoals deelname in IGO-1 middels variant A, deelname in IGO-2 in variant B, etc.

Overigens kun je als zorgaanbieder ook actief participeren via het samenwerkingsverband van de eigen beroepsgroep die vervolgens aansluit bij een of meerdere IGO's. Hoe je de taken onderling in dat eigen samenwerkingsverband verdeelt, is aan het samenwerkingsverband zelf.

14. Kan een echocentrum of kraamhotel werkzaam in een grootstedelijk gebied met meerdere VSV's/IGO's het beste kiezen voor aansluiting middels variant A of B of anders?

Het is allereerst aan de IGO (in oprichting) om te bepalen of een echocentrum of kraamhotel apart kan aansluiten middels variant A. Zie vraag 7.

Als dit kan, zal het echocentrum of kraamhotel vervolgens een afweging moeten maken of aansluiting in variant A toegevoegde waarde heeft voor de IGO en/of voor het echocentrum/kraamhotel. Zie vraag 1.

Vergelijkbaar met de andere geboortezorgaanbieders zijn verschillende mogelijkheden denkbaar (zie ook de eerdere toelichting bij de varianten A, B en C):

- Aansluiten bij alle IGO's middels variant A.
- Aansluiten bij alle IGO's middels variant B³.
- Een combinatie van de varianten A en B.

Ook hier geldt dat het handig kan zijn om met alle VSV's/IGO's zoveel mogelijk uniformiteit in kwaliteitsafspraken en zorgpaden af te spreken, zodat het echocentrum of kraamhotel volgens één werkwijze kan werken. Het zou mooi zijn om, naar voorbeeld van Den Haag, een groot VSV in te stellen waar protocollen en dergelijke gezamenlijk worden afgesproken. Of naar voorbeeld van Rotterdam op regionaal niveau zorgpaden-overleggen te hebben.

15. Kunnen IGO's in eenzelfde regio voor een verschillende juridische vormen kiezen?

Elke IGO kan zelf bepalen voor welke juridische vorm zij kiest. Elke juridische vorm heeft zijn eigen specifieke kenmerken, ook wat betreft de wijze van aansluiting van de geboortezorgaanbieders:

- Een coöperatie kent leden en een algemene ledenvergadering (een ALV).
- Bij een stichting kan aansluiting plaatsvinden in de vorm van deelnemerschap. Een stichting heeft geen leden en dus geen ALV.
- Het businessunit model werkt met een samenwerkingsovereenkomst en overeenkomsten van opdracht met de deelnemende zorgaanbieders.

Voor de eenduidigheid kan het voor de geboortezorgaanbieders handig zijn als alle IGO's in eenzelfde regio voor eenzelfde juridische vorm kiezen met vergelijkbare afspraken.

³ Binnen enkele pioniers-regio's is hiervoor gekozen.

16. Heeft aansluiting bij meerdere IGO's nog consequenties voor het behoud van het zelfstandig ondernemerschap van de verloskundigen/kraamverzorgenden?

Aansluiting bij meerdere IGO's leidt tot meerdere opdrachtgevers maar ook dan blijft het relevant om na te gaan of het zelfstandig ondernemerschap overeind blijft. Voor de modellen waarbij de IGO geen zorgaanbieder is, kan hiervoor de [Handreiking Fiscaliteit](#) worden gebruikt (versie 23 januari 2017, te vinden op www.kennisnetgboortezorg.nl).

17. Mag een IGO verbieden dat je je als zorgaanbieder ook bij een andere IGO aansluit?

Als een IGO over een sterke positie in een regio beschikt, dan zou sprake kunnen zijn van een machtspositie in de zin van de Mededingingswet. Een dergelijke machtspositie is op zich niet verboden maar de IGO mag die machtspositie niet misbruiken. Het afspreken van exclusiviteit zou gezien kunnen worden als misbruik als hiermee de toegang tot de markt voor andere IGO's wordt belemmerd. Het afspreken van exclusiviteit is daarom voor geen van de betrokken partijen verstandig

3. Keuzevrijheid cliënt

18. Kan een zwangere die zich aanmeldt bij een verloskunde praktijk die is aangesloten bij een bepaalde IGO kiezen voor een ziekenhuis of een kraamzorgaanbieder die niet is aangesloten bij deze IGO?

Voor iedere IGO geldt dat de keuze van de cliënt te allen tijde leidend is⁴. Dit betekent dat de zwangere altijd kan kiezen voor een ziekenhuis of een kraamzorgaanbieder die niet aangesloten is bij deze IGO. Voor de declaratiewijze zie hoofdstuk 4 van deze handreiking.

19. Hoe bepaal je als verloskunde praktijk of kraamzorgaanbieder als je aangesloten bent bij meerdere IGO's (in de varianten A of B) bij welke IGO de thuispartus hoort?

Hierover moet je heldere afspraken maken met de IGO(s), zeker als er binnen de verschillende IGO's verschillende prijsafspraken zijn.

Binnen een IGO is het verstandig om, zoals ook nu al gebruikelijk is, in het begin van de zwangerschap aan de zwangere te vragen in welk ziekenhuis zij eventueel wil bevallen, mocht dit aan de orde zijn.

⁴ Dit leidend principe wordt ook onderschreven/bevestigd door de uitspraak van College van Beroep voor het bedrijfsleven van 4 september 2018 (ECLI:NL:CBB:2018:426).

Er zijn twee situaties mogelijk:

- Als de zwangere op dat moment een keuze maakt, wordt zij vervolgens cliënt van de IGO waar het ziekenhuis van keuze bij is aangesloten. Natuurlijk kan de partus om uiteenlopende redenen uiteindelijk toch in een ander ziekenhuis plaatsvinden. Zie hierover ook hoofdstuk 4 van deze handreiking.
- Als de zwangere nog niet wil of kan kiezen, dan kan zij voorlopig worden toebedeeld aan een IGO/ziekenhuis op basis van postcode (het dichtstbijzijnde ziekenhuis). De zorgaanbieder zal dit in overleg met de cliënt doen.
- Met het volgende moet echter wel rekening worden gehouden:
- De administratieve belasting kan complexer worden: zorgaanbieders en IGO moeten goed opletten wie/wat declareert en bij wie wordt gedeclareerd.
- Een eerste begroting maken kan complex zijn omdat de eerste keer niet duidelijk is welke zwangere aan welk VSV/IGO is toegekend.

In theorie zou een zorgaanbieder in de verleiding kunnen komen om de thuispartus toe te kennen aan de IGO waar het tarief voor haar/hem het meest gunstig is, althans de zwangere te stimuleren om voor dat ziekenhuis c.q. die IGO te kiezen.

Hierbij 2 nuanceringen:

- *Het percentage thuispartus ligt landelijk rond de 15% en het financieel risico op het totaal van de IGO lijkt daarmee beperkt;*
- *De zes pioniers maken voor hun interne verdeling nog gebruik van een integraal tarief op basis van de monodisciplinaire tarieven. Deze tarieven zijn voor de eerstelijns verloskundigen landelijk gelijk. Als gedurende de eerste jaren van integrale bekostiging de IGO's hiervoor kiezen, zal de toewijzing van de thuispartus aan een andere IGO dan ook geen effect hebben op de tarieven van de eerstelijns verloskundigen. Naar verwachting zal het verdeelmodel op termijn wel gebaseerd worden op de echte kostprijzen per eigen beroepsgroep. Vanaf dat moment zal toewijzing aan een ander IGO effect kunnen hebben op inkomsten van de eerstelijns verloskundigen.*

Voor de declaratiewijze zie verder hoofdstuk 4 van deze handreiking.

20. Wat is het effect van financieel-gedreven sturing door zorgverleners op de keuzes van een zwangere voor een bepaalde IGO?

Als de ene IGO een hoger tarief heeft afgesproken voor de thuispartus dan de andere, zou het kunnen dat meer thuispartus bij de 'financieel gunstigste' IGO gedeclareerd worden. De andere IGO zal dan een lager percentage thuispartus hebben en daardoor in verhouding een groter volume complexere zorg. Dit heeft dan effect op de financiële resultaten van de IGO. Voor de zwangere heeft dit alleen effect als er tussen de IGO's een verschil in zorgaanbod is waardoor andere zorg of zorg op een andere manier wordt geleverd, bijvoorbeeld door substitutie van zorg.

21. Wat als je als geboortezorgaanbieder bent aangesloten bij een of meerdere IGO's en je krijgt te maken met een zwangere die helemaal niet wil kiezen voor een ziekenhuis? Omdat ze niet besproken wil worden in een Multidisciplinair overleg (MDO) of omdat ze uitsluitend thuis wil bevallen ondanks een medische indicatie.

Als zorgprofessional kun je alleen adviseren en informeren. Op basis daarvan komen de zwangere en haar partner tot een weloverwogen keuze. Dat kan toestemming of weigering zijn van aangeboden of geadviseerde behandeling. Als de zwangere niet wil kiezen, dan kan zij voor de financiële afhandeling worden toebedeeld aan een bepaalde IGO, zoals vermeld bij vraag 19.

Hoofdstuk 2: vragen bij variant B

22. Kan je als zorgaanbieder ervoor kiezen om in geen enkel IGO actief te participeren, maar wel zorg te verlenen in opdracht van een IGO?

Ja, dat is mogelijk.

In deze variant sluit je als zorgaanbieder een *overeenkomst van onderlinge dienstverlening* (prestatie 10 van de beleidsregel IG).

- Er is geen sprake van actieve participatie:
- Je neemt geen zitting in bestuur/werkgroepen,
- Je hebt geen inspraak in het beleid van de organisatie, en
- Je hebt geen inspraak in de totstandkoming van de financiële verdeelsleutel binnen de IGO.
- Je komt met de IGO een tarief overeen voor het verlenen van jouw prestaties (het betreft een vrij tarief).

23. Wat kunnen redenen zijn om voor variant B te kiezen?

Actieve participatie kan veel tijd kosten en zeker wanneer er meerdere IGO's in je werkgebied zijn waarbij je zou moeten aansluiten.

Voor deze variant zou je kunnen kiezen als je over een onafhankelijke onderhandelingspositie wilt beschikken. Variant B kent een vrij tarief.

24. Wie sluit het contract met de zorgverzekeraar in geval van variant B?

De IGO sluit het contract met de zorgverzekeraar voor te leveren zorg op basis van integrale tarieven. Vervolgens sluit de IGO een overeenkomst van onderlinge dienstverlening met alle zorgaanbieders die kiezen voor variant B. Daarin worden afspraken gemaakt over de te leveren prestaties voor de IGO, het bijbehorend tarief en afspraken over de kwaliteit.

25. Heb je als zorgaanbieder dan een aparte overeenkomst met de zorgverzekeraar nodig?

Je hebt als zorgaanbieder sowieso een contract nodig met de zorgverzekeraars voor de monodisciplinaire tarieven (bijvoorbeeld bij bundelbrekers, zie vragen 30, 37 en 38). Nu is het zo dat de IGO onderhandelt voor de onderaannemers over de integrale tarieven. De IGO moet transparant naar de zorgverzekeraars over dat er gewerkt wordt met onderaannemerschap en wie de

onderaannemers zijn. De IGO is dan ook verantwoordelijk voor de inhoud van het contract op basis van integrale tarieven en het nakomen van afspraken. Zorgverzekeraars vinden dat onderaannemers ook een contract zouden moeten hebben met hen en zijn op dit moment bezig om een gezamenlijk volgbeleid te maken waarin ook de contractuele voorwaarden afgesproken zullen worden.

Hoofdstuk 3: vragen bij variant C

26. Kan je als zorgaanbieder ervoor kiezen om in geen enkel IGO actief te participeren en geen overeenkomst van onderlinge dienstverlening te sluiten met de IGO?

Ja dat kan.

Als je als geboortezorgaanbieder besluit om geen zorg te verlenen in IGO verband, dan besluit je voor variant C. Dan kun je op basis van de monodisciplinaire beleidsregels uiteraard zorg blijven verlenen en 'monodisciplinair declareren' bij de zorgverzekeraar.

In deze variant committeert een zorgaanbieder zich niet aan een IGO. Dit betekent overigens niet dat de zorgaanbieder zich distantieert van de zorginhoudelijke keuzes van de IGO.

27. Zijn er verder nog belangrijke spelregels of aandachtspunten bij variant C?

De volgende punten zijn belangrijk om rekening mee te houden.

- De zorginhoudelijke werkafspraken van de IGO moeten ook voor zorgaanbieders in variant C altijd in te zien zijn, zodat ook deze zorgaanbieders bij incidentele verwijzingen op de hoogte zijn van het afgesproken beleid binnen de IGO. Dit om de naadloze overdracht en wederzijdse verwachtingen inzake het bieden van (continuïteit van) zorg te bevorderen.

Dit kan bijvoorbeeld door een grootstedelijk VSV in te zetten rondom protocollen en regionaal te implementeren landelijk beleid. Zo kunnen ook zorgaanbieders die niet aangesloten zijn bij de IGO(s) wel aansluiten bij de afspraken rond kwaliteit van zorg in de regio maar met een beperkte tijdsinvestering en daarmee toch voldoen aan de landelijke verplichting voorwaarde vanuit zorgverzekeraars om deel te nemen aan het VSV. De IGO(s) focust dan op onderwerpen die alleen de eigen, bij de IGO aangesloten zorgaanbieders betreffen

- Als variant C kun je niet meeliften op de collectieve voordelen, zoals ICT- investeringen, van de IGO.

Hoofdstuk 4: vragen over declaraties en financiën (alle varianten)

Er zijn 3 fasen in de geboortezorg te onderscheiden: de prenatale, de natale en de postnatale fase. Iedere fase bestaat uit drie mogelijke prestaties, twee daarvan zijn voor niet-complexe zorg (blauwe vakjes) en een voor complexe zorg (witte vakjes), zoals weergegeven in onderstaand schema. Voor alle negen integrale zorgprestaties wordt een apart integraal tarief afgesproken met de zorgverzekeraar. Er is ook nog een tiende prestatie. Deze is bedoeld om onderlinge dienstverlening binnen de integrale zorg te kunnen verrekenen.

Prenatale fase	Natale fase	Postnatale fase
1. Begeleiding zwangere vrouw eindigen vóór 16 weken incl. nazorg	4. Geboortezorg nataal	7. Geboortezorg postnataal
2. Geboortezorg Prenataal (>16 weken)	5. Geboortezorg nataal intramuraal op eigen verzoek	8. Geboortezorg postnataal complex
3. Geboortezorg prenataal complex	6. Geboortezorg nataal complex	9. Kraamzorg postnataal per uur

28. Kan er per fase maar één integrale declaratie worden ingediend bij de zorgverzekeraar?

Er kan per fase maar één integrale prestatie ingediend worden met uitzondering van prestatie 9, in de postnatale fase. De cliënt kan namelijk ook nog kraamzorguren krijgen als zij postnataal nog even in het ziekenhuis moest blijven.

29. Zijn er nog uitzonderingen op de regel dat er per fase maar één integrale prestatie gedeclareerd mag worden?

Om integraal te kunnen declareren moeten alle zorgaanbieders via de IGO declareren. Zodra er binnen één en dezelfde fase (prenataal, nataal of postnataal) zowel een declaratie voor integrale geboortezorg als een of meer declaraties voor niet-integrale (monodisciplinaire) geboortezorg gedaan wordt, wordt eerst gekeken of dit een zogeheten **parallele declaratie** betreft. Een geaccepteerde parallele declaratie houdt in dat in dezelfde fase een monodisciplinaire prestatie naast een integrale declaratie geaccepteerd wordt.

Een parallele declaratie wordt bijvoorbeeld bij een van de zorgverzekeraars alleen geaccepteerd als het gaat om een van de onderstaande prestaties:

000000001603	Specifieke diagnose echo: groeistagnatie (maximaal 2 echo's)
000000001604	Specifieke diagnose echo: bloedverlies (maximaal 2 echo's)
000000001605	Specifieke diagnose echo: uitwendige versie (maximaal 2 echo's)
000000001606	Specifieke diagnose echo: ligging (maximaal 1 echo)
000000001607	Specifieke diagnose echo: placentacontrole (maximaal 1 echo)
000000001401	Uitwendige versie bij stuitligging
000000196202	Inschrijving kraamzorg
000000196203	Intake kraamzorg bij de cliënt thuis
000000196205	Intake kraamzorg telefonisch
000000039485	Echografie à-vue in verband met zwangerschap.
000000088770	Echografie à vue in verband met zwangerschap mits de röntgenoloog het fluorescentiebeeld persoonlijk beoordeelt
000159999030 15E416	1 of 2 polikliniekbezoeken voor advies bij zwangerschap
000159999027 15B282	1 of 2 polikliniekbezoeken bij begeleiding zwangerschap
000150101011 15B253	1 of 2 polikliniekbezoeken bij problemen in de vroege zwangerschap of zwangerschap eindigend in een miskraam

Omdat hierin soms nog verschillen bestaan tussen zorgverzekeraars zijn zij op dit moment bezig om ook over dit onderwerp een gezamenlijk volgebeleid te maken.

Zorgverzekeraars accepteren parallele prestaties alleen wanneer deze gedeclareerd worden door een zorgaanbieder die niet aangesloten is bij de IGO (variant C).

Zorgverzekeraars verwachten dat de IGO zich inspant om de parallele declaraties van een niet bij deze IGO aangesloten zorgaanbieder tot een minimum te beperken. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door **onderlinge verrekening**. De IGO sluit dan overeenkomsten van onderlinge dienstverlening bij voorkeur met die zorgaanbieders waar veel mee wordt samengewerkt.

De kosten voor de zorg die door de niet bij de IGO aangesloten zorgaanbieder is geleverd wordt door deze zorgaanbieder onderling verrekend met de IGO die het integrale tarief declareert. De zorgaanbieder declareert dus zelf dan niet monodisciplinair beleidsregels bij de zorgverzekeraar.

30. Wat als een parallelle declaratie wordt geweigerd?

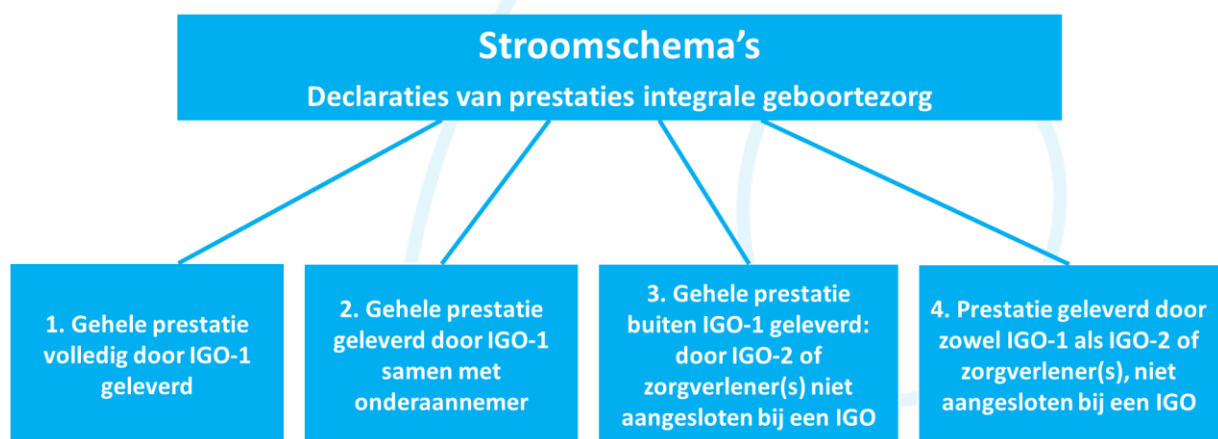
Dan is er sprake van een bundelbreker. De declaratie voor deze fase kan dan alleen nog monodisciplinair (en dus niet via de IGO) ingediend worden bij de zorgverzekeraar.

Het heet een bundelbreker omdat je de bundel in het integrale tarief breekt. Een deel uit die bundel wordt namelijk monodisciplinair gedeclareerd.

Zie ook vragen 37 en 38 over bundelbrekers en de effecten ervan.

31. Op welke wijze kunnen de declaraties van de prestaties ingediend worden?

Als één van de prestaties volledig is geleverd gaat er een declaratie naar de zorgverzekeraar. Het maakt voor het indienen van de declaratie verschil door wie de zorg in de prestatie geleverd is:

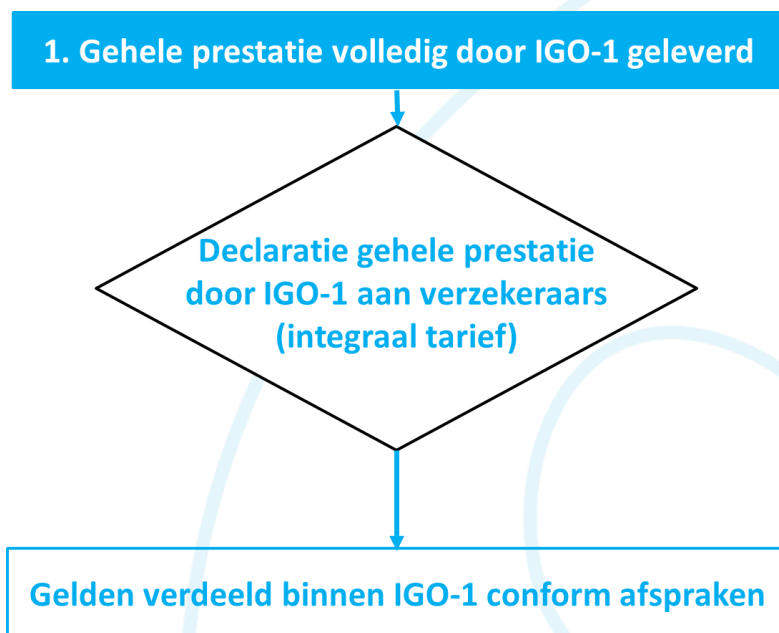


Belangrijk: in het schema hierboven en in dit hoofdstuk wordt onder het begrip onderaannemer verstaan: een geboortezorgaanbieder die middels variant B samenwerkt met de IGO. De IGO sluit met deze zorgaanbieder een overeenkomst van onderlinge dienstverlening.

Hieronder worden de 4 mogelijkheden (zie bovenstaande kaders 1, 2, 3 en 4) achtereenvolgens toegelicht, in de vragen 32 t/m 46.

32. Hoe is de declaratiewijze in de situatie dat de gehele prestatie door zorgaanbieders in de IGO is geleverd (zie kader 1)?

Als de zorg in één fase geheel door zorgaanbieders is geleverd die aangesloten zijn bij jouw IGO kan het hiervoor afgesproken integrale tarief gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Om integraal te kunnen declareren moeten dan ook alle zorgaanbieders bij de IGO declareren. Zij krijgen de afgesproken vergoeding voor de zorg dan conform de afspraken door de IGO uitgekeerd.



33. Hoe is de declaratiewijze in de situatie dat de gehele prestatie is geleverd door IGO-1 samen met onderaannemer (zie kader 2)?

Als de zorg in één fase geheel door zorgaanbieders is geleverd die aangesloten zijn bij jouw IGO dan kan hier het afgesproken integrale tarief voor gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.

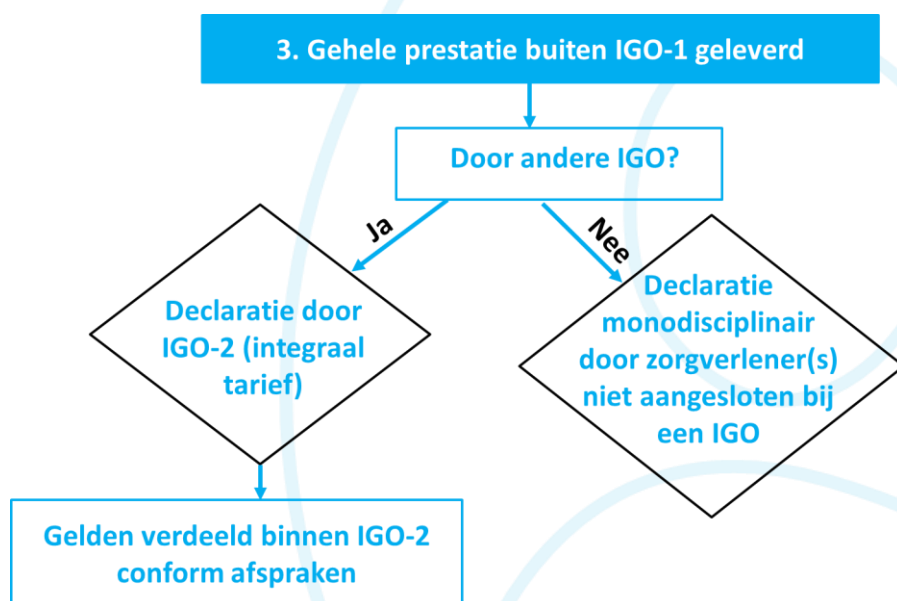


34. Hoe is de declaratiewijze als de gehele zorg buiten de eigen IGO wordt geleverd? In de situaties dat het IGO-ziekenhuis vol ligt of dat een cliënt toch in een ander ziekenhuis wil bevallen (zie kader 3.)?

Als de gehele zorg in een bepaalde fase, bijvoorbeeld de natale fase, door een zorgaanbieder buiten de eigen IGO wordt geleverd, dan kan de zorg in deze fase niet worden gedeclareerd door de eigen IGO. De vraag is dan of de zorg in deze natale fase geheel door een andere IGO is geleverd of (deels) door een zorgaanbieder die niet bij een IGO aangesloten is.

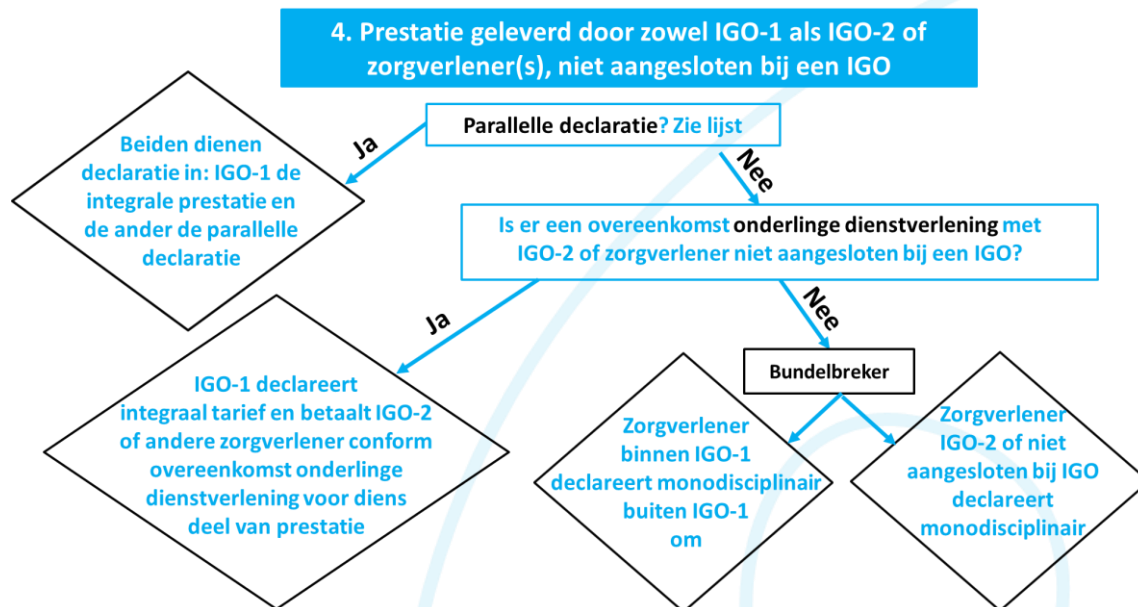
Als de zorg in deze fase geheel door een andere IGO is geleverd, kan die IGO haar integrale tarief voor de bijbehorende integrale prestatie in deze fase declareren bij de zorgverzekeraar en de afgesproken vergoeding voor de zorg dan conform eigen afspraken via de IGO uitkeren aan de betreffende zorgaanbieders binnen de IGO.

Als de zorg door een zorgaanbieder is geleverd die niet aangesloten is bij een IGO, dan kan deze zorgaanbieder de zorg gewoon monodisciplinair declareren zoals deze gewend is te doen.



35. Hoe is de declaratiewijze als er binnen een prestatie zowel zorgaanbieders van de eigen IGO als van buiten de IGO betrokken zijn (zie kader 4.)?

Zie onderstaand schema.



Om dit schema te verduidelijken, hieronder een aantal voorbeelden:

- Een cliënt van een verloskundige binnen de IGO komt in partu. Omdat deze cliënt eigenlijk een thuisbevalling wil start de verloskundige met de begeleiding van de partus in de thuissituatie. Als deze cliënt thuis bevalt wordt er een natale prestatie gedeclareerd door de eigen IGO. Maar stel nu dat de ontsluiting bij deze cliënt niet vordert en de cliënt voor zorg naar het ziekenhuis moet. Dan kan het gebeuren dat het IGO-ziekenhuis vol ligt of dat de cliënt zelf naar een ziekenhuis buiten de IGO wil. Dan wordt de zorg in de natale fase dus geleverd door een zorgaanbieder binnen de eigen IGO en een buiten de eigen IGO.
- Een cliënt wordt verwezen voor een onderzoek, zoals een echo, naar een zorgaanbieder buiten de IGO, terwijl ze de rest van de zorg in die prenatale prestatie gewoon binnen de IGO ontvangt. Als eerste stap wordt er, conform bovenstaand schema, gekeken of dit onderzoek onder een parallelle declaratie valt. Zo niet, dan worden de volgende stappen in het schema genomen.

36. Heeft iedere IGO met deze declaratiestromen te maken (zoals in het schema bij vraag 31) of betreft dit alleen vraagstukken voor de grote steden?

Deze vraagstukken spelen het meest in een grootstedelijk gebied, omdat daar meerdere VSVs en/of IGO's in een gebied zijn en de genoemde situaties vaker voor zullen komen. Maar ook andere VSV's of IGO's hebben hier mee te maken. Vrijwel ieder VSV heeft te maken met een gebied aan de rand van het adherentiegebied waarin bijvoorbeeld de cliënt kan kiezen voor ziekenhuis A of ziekenhuis B in een andere IGO of VSV.

37. Hebben bundelbrekers effect op het inkomen van zorgprofessionals in de IGO?

Bundelbrekers hebben met name gevolgen voor de overheadkosten in de IGO indien de afspraak is dat deze gedeclareerd worden als een percentage op te declareren prestaties. Bij bundelbrekers worden de zorgkosten monodisciplinair gedeclareerd, waardoor het bedrag als percentage op het integrale tarief wegvalt voor de IGO.

Hier zijn de volgende oplossingen voor te bedenken:

- Indien de IGO met de zorgverzekeraar overeenkomt dat de overheadkosten berekend zullen worden als percentage bovenop de tarieven voor de integrale prestaties, is het verstandig dit te koppelen aan de prestatie waarvan men weet dat er weinig geshopt wordt, mogelijk natale of postnatale prestatie (die zijn korter in duur dus minder kans om van zorgaanbieder te wisselen).
- Een andere optie is om te proberen met de zorgverzekeraar een apart tarief voor de overheadkosten overeen te komen (en niet als percentage op je integrale tarief)

38. Zwangeren wisselen tussen eerstelijns praktijk en ziekenhuis maar ook tussen ziekenhuizen. Hoeveel bundelbrekers kan een IGO maximaal hebben zonder verlies te lijden?

Het wisselen van zorgaanbieders kan met name gevolgen hebben voor de overheadkosten in de IGO en hangt af van hoe je het financieel inricht. (Overhead als percentage op de tarieven versus losstaand overheadtarief: zie vraag 37).

Hoe meer bundelbrekers, des te hoger het inkomstenverlies aan overheadkosten. Elke IGO kan zelf een berekening maken.

39. Hoe kan de declaratiewijze van integrale en monodisciplinaire prestaties vereenvoudigd worden?

Als een declaratieservice is ingezet door de IGO (declaratie onder AGB-code IGO) is het mogelijk om, na overleg met de zorgverzekeraar, de monodisciplinaire declaraties binnen de IGO ook door deze declaratieservice te laten doen (declaratie onder AGB-code monodisciplinaire organisatie/praktijk).

In dit geval declareert de betreffende zorgaanbieder de deelprestatie aan de IGO zoals afgesproken tussen de IGO en haar deelnemers.

40. Wat gebeurt er als de natura-polis van de zorgverzekeraar uitwijst dat de zwangere niet in zorg mag in het IGO-ziekenhuis?

Enkele situaties kunnen zich voordoen, zoals:

- Als er een medische indicatie is voor de tweede lijn zal dat inderdaad moeten bij een ziekenhuis dat aangewezen is onder de natura-polis (dit zijn er vaak wel drie in één grootstedelijke regio). Als het ziekenhuis dat participeert in de IGO geen contract heeft voor die zorg met de zorgverzekeraar is sprake van een bundelbreker (zie vragen 30, 37 en 38).
- Als er een medische indicatie is voor de derde lijn (academische zorg) dan kun je met een natura polis altijd bij het aangewezen academische ziekenhuis terecht.

De geboden zorg binnen de IGO valt bij zorgverzekeraars geheel buiten natura-polis/budget polis. Het is verstandig om dit ieder jaar opnieuw aan de orde te stellen in de contractbespreking met iedere zorgverzekeraar en vast te stellen.

41. Stel dat er twee IGO's zijn. De ene heeft de prijsafspraken IB gebaseerd op de huidige monodisciplinaire bekostiging en verwacht over 2-3 jaar over te gaan op IB op basis van de daadwerkelijke kostprijs en de andere IGO start gelijk met IB op basis van kostprijs. Kun je deze prijsafspraken dan wel met elkaar vergelijken?

Nee, deze prijzen zijn niet goed met elkaar te vergelijken. De methode waarbij de prijs wordt bepaald op basis van monodisciplinaire bekostiging wordt eigenlijk door alle startende IGO's gekozen omdat dit de deelnemers inkomenszekerheid geeft in de beginfase. Daarna wordt op basis van daadwerkelijke zorgpaden toegewerkt naar integrale kostprijzen. Het kan dus inderdaad zo zijn dat je als verloskundige of kraamzorgaanbieder met verschillende prijzen per IGO te maken krijgt die ook nog eens niet vergelijkbaar zijn. Het is daarom van belang om als individuele zorgaanbieder inzicht te hebben in je eigen financiën en te waarborgen dat er geen grote/onvoorziene wijzigingen zullen zijn qua inkomsten.

42. Kun je na verloop van tijd inzichtelijk krijgen welke veranderingen er hebben plaatsgevonden bij de overstap van VSV naar IGO in een grootstedelijk gebied? Bijvoorbeeld: is het aantal thuispartus gedaald of gestegen ten opzichte van voorgaande jaren?

Perined-Insight is ervoor om dit soort informatie inzichtelijk te krijgen. Het is belangrijk om de huidige situatie van het VSV qua volume, in- en uitstroom in kaart te hebben en dit na vorming van de IGO en na de overstap op IB te blijven monitoren.

Als er een verschuiving zichtbaar is tussenzorgaanbieders binnen de IGO is het goed om hier binnen het gesprek over aan te gaan.

43. Hoe kan een begroting opgesteld en vastgesteld worden voor een IGO als de deelnemers (hoeveel en aantal cliënten waarvoor zij intekenen) nog niet bekend zijn?

Hier zijn verschillende opties voor:

- Prijs per cliënt voor zorg en overhead

Start met het maken van een reële maar ideale begroting (los van het aantal deelnemende zorgaanbieders). Maak daarnaast voor de IGO een zeer uitgeklede versie met het minimum dat men verwacht nodig te hebben. Door deze twee begrotingen naast elkaar te leggen, kun je het ideale aantal deelnemers (inclusief volume zorggevallen) en het minimumaantal deelnemers afleiden. Als dit bekend is, is ook zichtbaar wat ongeveer de overheadkosten zijn. Indien de deelnemers vervolgens hun cijfers (volume zorggevallen) aanleveren, kan op basis van het totaal een keuze gemaakt worden of het haalbaar is om te starten.

- Prijs per cliënt op zorgniveau en overhead toegerekend per zorgverzekeraars

De basis met de huidige zorgkosten vertaald naar integrale tarieven en de overheadkosten voor de IGO. De basis is in beginsel een dekkend tarief voor de declaraties (zorg) van de deelnemend zorgaanbieders. Hierover kunnen met zorgverzekeraars ook vangnetten afgesproken worden (oude en nieuwe systematiek mogen dan niet leiden tot substantiële verschillen in financiën, uitgaande van vergelijkbare dienstverlening). Hiermee ondervangt men de risico's op afwijkende aantallen cliënten; immers de integrale tarieven dekken de onderliggende kosten of anders wordt een beroep gedaan op het vangnet.

De overhead is een begroot bedrag wat op basis van marktaandeel per zorgverzekeraar (cijfers vanuit het deelnemende ziekenhuis bijvoorbeeld) wordt verdeeld. Een keuze kan ook zijn om de overhead toe te rekenen aan de tarieven, dan is echter wel sprake van een volumerisico (minder cliënten dan begroot leidt tot onderdekking van de overhead).

Zie ook www.kennisnetgeboortezorg.nl voor het meest actuele 'Format begroting' met onderwerpen betreffende overheadkosten waar rekening mee gehouden kan worden.

44. Hoe kunnen de overheadkosten en administratieve lasten voor een IGO/IGO's in de grootstedelijke gebieden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot een minimum beperkt worden?

Als er goed overleg is tussen de verschillende VSV's/IGO's kan hier vooraf aandacht aan besteed worden: Welke zaken kunnen we uniformeren binnen de mededingingsregels?

Voorbeelden: binnen een regio/stad kunnen kiezen voor eenzelfde declaratiesysteem (met behulp van een declaratieservice) zodat één methodiek kan worden gehanteerd voor het declaratieproces. Vanuit de CPZ Taskforce wordt met de IGOs gewerkt aan oplossingen voor de declaratieproblemen vanuit verschillende systemen. Krachten kunnen gebundeld worden door bijvoorbeeld de meest voorkomende zorgpaden op minimum gelijk in te richten. Een ander voorbeeld kan zijn om gezamenlijk je cliëntevaluatie in te richten, om zowel de zorgaanbieder niet te belasten met heel veel verschillende instrumenten maar ook de cliënt maar een lijst te laten invullen.

45. Stel dat de IGO's van verschillende ICT-programma's gebruik gaan maken van het gezamenlijk dossier en voor de declaratiestructuur. Hoe ga je dit als verloskunde praktijk en als kraamzorgaanbieder regelen qua organisatie en kosten?

Het is verstandig om te proberen om tot dezelfde ICT/ECD-systemen te komen. Echter, de meeste zorgaanbieders hebben hun ECD-systemen reeds langere tijd in gebruik en deze keuze dus al gemaakt. Daarom wordt landelijk ook de mogelijkheid onderzocht om te komen tot een generieke ECD-oplossing waarbij eenieder in het eigen dossier kan blijven werken en men toch (veilige) toegang krijgt tot de benodigde informatie van de andere zorgaanbieder.

46. Als het bij de IGO aangesloten ziekenhuis een academisch ziekenhuis betreft met een derdelijns functie, is het dan mogelijk om daarmee afspraken te maken over minimaal beschikbare capaciteit voor tweedelijns partus?

Dat is mogelijk. Omdat het academische ziekenhuis één van de deelnemers is aan de IGO kunnen hierover binnen de IGO afspraken gemaakt en vastgelegd worden.