**Leidraad integrale bekostiging contracteerjaar 2023 zorgverzekeraars en IGO’s**

 **Januari 2023**

**Inleiding**

De leidraad integrale bekostiging (hierna leidraad) is een product van zorgverzekeraars en IGO’s, voortgekomen uit de werkgroep bundelbrekers met vertegenwoordigers van IGO’s en zorgverzekeraars. Dit product heeft de steun van de achterbannen van de zorgverzekeraars en de IGO’s. Voor de IGO’s en de zorgverzekeraars is de aanleiding van dit product erin gelegen dat per 1 januari 2023 een nieuwe NZa beleidsregel integrale bekostiging ingaat. De leidraad gaat over het contracteerjaar 2023.

Alle relevante documenten over de integrale bekostiging zijn te vinden op de website van de NZa. In deze documentatie op de website van de NZa is het WAT van de integrale bekostiging vastgelegd. Deze leidraad geeft richting in het HOE.

Deze leidraad beoogt uitdrukkelijk niet het maken van prijsafspraken, marktafspraken in de zin van het verdelen van klanten en of afzetgebieden en beoogt evenmin om de capaciteit te beperken. De leidraad moet dan ook gelezen worden in nauwe samenhang met de CPZ Handreiking mededinging samenwerking binnen en via geboortezorgnetwerken van 2021. Kort gezegd is de strekking van de handreiking dat zorginhoudelijke kennis en ervaring kan worden uitgewisseld. Dit is namelijk in het belang van patiënten.

Overige vormen van samenwerking mogen niet verder gaan dan strikt noodzakelijk voor de samenwerking en de voordelen moeten ten goede komen aan de patiënten. Meer concreet heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) voor die situatie in de Beleidsregel JZOJP (Juiste Zorg Op de Juiste Plek) aangegeven dat als wordt voldaan aan vijf voorwaarden (regiobeeld, betrokkenheid belanghebbenden, doelstellingen publieke belangen, proportionaliteit en openbaarheid) iedere samenwerking is toegestaan en dat de ACM geen boete zal opleggen. Het advies is dan ook dat zorgverzekeraars en IGO’s ervoor kiezen om zich bij de toepassing van de Leidraad integrale bekostiging te houden aan voorwaarden van de Beleidsregel JZOJP, waardoor zij op voorhand de zekerheid hebben dat de ACM geen onderzoek zal verrichten en dat voor hen geen boete dreigt.

Deze leidraad is gemaakt in het belang van de patiënt. De leidraad is ondersteunend voor zorgverzekeraars en IGO’s. Door uniformering van de werkwijze van de uitvoering van de integrale beleidsregel - het HOE- aan de zijde van de zorgverzekeraars en de IGO’s, verminderen de administratieve lasten voor zorgverzekeraars en IGO’s wat ten bate komt aan de betaalbaarheid van de zorg. De kwaliteit van zorg is het vertrekpunt voor het maken van de afspraken tussen zorgverzekeraar en IGO. Hiermee wordt gestart in deze leidraad.

De leidraad is vormgegeven volgens de volgende tweeslag;

* Kwaliteit en innovatie
* Informatie, input en richtinggevende items ten behoeve van een waardebepaling van de integrale prestaties

De leidraad wordt jaarlijks onderhouden door zorgverzekeraars en IGO’s. Belangrijk aandachtspunt hierbij is het jaarlijks bijstellen van de uitzonderingenlijst.

Ter afsluiting van de inleiding ten slotte; een leeswijzer om het begrip IGO in deze leidraad goed te duiden. Waar in deze leidraad Integrale Bekostiging voor het leesgemak wordt gesproken over ‘IGO’, moet de duiding hiervan worden bepaald aan de hand van de context: a) soms alleen IGO; b) soms IGO én haar IGO leden; en c) soms alleen IGO leden.

Bij de meeste IGO’s is er sprake van het volgende; De IGO verleent géén integrale geboortezorg, niet als hoofd- of onderaannemer. De IGO is géén zorgaanbieder in de zin van de Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg (WKKGZ) en evenmin een hulpverlener is in de zin van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De IGO leden zijn zorgaanbieders en zij verlenen in onderlinge samenhang en samenwerking integrale geboortezorg. De IGO leden zijn wél zorgaanbieder in de zin van de Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg (WKKGZ) en wél een hulpverlener in de zin van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). IGO en de IGO leden leggen afspraken vast; zodanig dat er sprake is van gemandateerde contratering van zorgverzekeraars én er sprake is van ‘via declareren’ met als doel dat de zorgaanbieder zijn zelfstandig declaratierecht behoudt.

1. **Kwaliteit en innovatie**

De tweeslag van de leidraad start bij de kwaliteit van de zorg. Basisuitgangspunt is de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (verder ZIG) waar JZOJP naadloos in past. De kwaliteit van de zorg is de hoeksteen van de afspraken tussen de individuele zorgverzekeraar en de IGO. De insteek hierbij is een balans tussen kosten, kwaliteit van zorg en een tevreden klant. De basis voor de afspraken ligt bij het continu willen verbeteren van de kwaliteit van de zorg en transparantie over de hieraan verbonden kosten. Elk jaar wordt op IGO niveau, met inachtneming van wet- en regelgeving, inzicht gegeven aan de zorgverzekaars in de behaalde resultaten van het afgelopen jaar en de te doorlopen PDCA cyclus op diverse items en de van daaruit opgestelde innovatiekalender. Ook wordt op IGO niveau inzicht gegeven op de hieronder bepaalde items van de landelijke indicatoren op basis van Perined data. De zorgverzekeraar krijgt daarmee zicht op de kwaliteit én de kwaliteitsverbetering van de ingekochte zorg voor de populatie in de IGO-regio ten opzichte van de gemaakte afspraken met de IGO en ten opzichte van andere regio’s .

De IGO bespreekt met de zorgverzekeraars de resultaten van de ambities op de kwaliteit en ambities op de doelmatigheid. Zorg op de juiste plek interventies worden concreet uitgewerkt waardoor ze objectief en transparant te monitoren zijn voor de IGO, de deelnemende partijen in de IGO en de zorgverzekeraars. Plannen met betrekking tot zorgbesparing, zorgverschuiving, innovatie en preventie worden vooraf voorzien van een financiële paragraaf. In de financiële paragraaf wordt door de IGO toegelicht wat de benodigde randvoorwaarden zijn om de ambitie te kunnen realiseren. Denk hierbij o.a. aan kennis, scholing, transitie- en onderzoeks/monitoringsinzet. Daarnaast wordt inzicht gegeven in wat de verwachte opbrengsten zijn voor kwaliteit en doelmatigheid. Door met de individuele zorgverzekeraars vooraf te bespreken wat de financiële gevolgen van zo’n plan zijn, kan voorcalculatorisch per inkoopjaar een passende prijs worden afgesproken tussen de IGO en individuele zorgverzekeraar. Daarnaast betrekt de IGO de cliënt (vertegenwoordiging) op beleidsniveau bij de wijze van levering van zorg en de client (vertegenwoordiging) bij de evaluatie van zorg.

Onderwerpen in de kwaliteitsparagraaf en innovatiekalender 2023

IGO’s en individuele zorgverzekeraars kunnen gezamenlijk per jaar met elkaar afspraken maken over de inhoud van de kwaliteitsparagraaf en de innovatie kalender. Praktisch gezien maken de IGO en de marktleider zorgverzekeraar primair hierover afspraken. Vervolgens kan de IGO dit met de andere zorgverzekeraars bespreken en de andere zorgverzekeraars vragen om deze afspraken te volgen, met de mogelijkheid dat de andere zorgverzekeraars ,het verzoek om te volgen, naast zich neer leggen. De inzet van de IGO’s en zorgverzekeraars is om de klant centraal te zetten. De doorontwikkeling van kwaliteit van zorg is gericht op de tevreden klant waarbij een evenwicht wordt bereikt tussen de kosten en de kwaliteit van de zorg.

2023 is een overgangsjaar. De kwaliteit- en innovatieparagraaf is nu vooral gebaseerd op onderwerpen die reeds concreet voorhanden zijn en beschikbaar in de systemen en registraties , ook gezien de korte doorlooptijd. Stap 1 is om als individuele zorgverzekeraars en IGO’s voor 2023 in gesprek te gaan over de kwaliteitsdata, inrichting PDCA cyclus en kwaliteitsprojecten. Voor 2024 en 2025 bestaat de intentie om de kwaliteitsdata plenair per IGO met alle zorgverzekeraars te bespreken waardoor er betere inzage komt in de daadwerkelijk geleverde kwaliteit. Het is de bedoeling dat de afsprakenset per jaar wordt aangepast en doorgroeit en ontwikkelt op dit soort voorbeelden. Een deel van de IGO’s kan voor 2023 op onderdelen al meer inzage geven. De ontwikkeling per IGO zal voor een deel op dezelfde onderwerpen liggen, maar voor een deel ook andere onderwerpen betreffen, juist ook vanwege individuele PDCA cyclus met aandachtpunten die uit de kwaliteitsdata volgen. Het delen van informatie en ervaringen tussen IGO’s is een pré. Die trend zal in 2024 en 2025 verder toenemen.

Indicatoren per drie fasen van de zwangerschap en bevalling; prenatale, natale en postnatale zorg.

|  |
| --- |
| Kwaliteitsresultaten in de Prenatale fase 2023 |
| Goede samenwerking in de prenatale fase is belangrijk. Dit leidt tot betere zorguitkomsten. In ieder geval komt aan de orde:1. Invulling van de zorg aan kwetsbare patiënten en waar relevant preventie activiteiten.
 |

|  |
| --- |
| Kwaliteitsresultaten in de Natale en postnatale fase 2023 |
| 1. Perined data

De IGO’s delen voor 2023 de volgende kwaliteitsdata en aantallen over de natale- en postnatale fase. De bron hiervoor is Perined.* Fluxus
* Ruptuur
* Sectio
* Manuele placentaverwijdering
* Thuisbevalling
* Pijnstilling

Over bovenstaande punten worden data gedeeld en van een toelichting voorzien. Voor 2024 en 2025 is de ambitie om deze data in combinatie met relevante andere data te presenteren waardoor de data representatiever worden. |
| 1. Partusassistentie

IGO’s geven inzage over zorgverlening partusassistentie; in de aantallen en vormgeving |
| 1. Pijnstilling

De IGO’s formuleren hun visie en beleid op pijnstilling. Daarbij is er aandacht voor beleid rondom het overdragen van zorg naar de tweede lijn. Pijnstilling is een breed onderwerp waar ook innovatie in plaatsvindt. Denk bijvoorbeeld aan de toediening van lachgas en het gebruik van VR- brillen. Er wordt inzage gegeven in de aantallen lachgas en epidurale anesthesie en de durante partu verwijzingen naar de tweede lijn bij deze vormen van pijnbestrijding. |

|  |
| --- |
| Kwaliteitsresultaten in de Postnatale fase |
| In de postnatale fase is de samenwerking met de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg een belangrijke onderdeel/aspect. Er wordt inzage gegeven in:1. Samenwerking van de kraamzorg met de andere partners en de terugkoppeling van zorgverlening. Extra aandachtspunt hierbij is de zorg aan kwetsbare gezinnen.
2. Samenwerking met de Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
 |

1. **Informatie, input en richtinggevende items ten behoeve van waardebepaling van de integrale prestaties.**

**2.1 Inleiding**

Om ervoor zorg te dragen dat IGO’s en zorgverzekeraars goed en zorgvuldig het contracteringsoverleg kunnen voeren, wordt in dit tweede deel van de leidraad inhoud gegeven aan een aantal concrete uitgangspunten. Deze uitgangspunten geven houvast in het bepalen van de afbakening van de hoeveelheden (Q) van de prestaties. De Q wordt bepaald voor de hele en de halve bakjes. (verdere uitleg over bakjes volgt hieronder) Op basis daarvan wordt ook de prijs (P) bepaald voor de hele en halve bakjes. De P en Q van de hele en halve bakjes leidt tot een gewogen gemiddelde die de basis vormt voor de offerte van de IGO naar de individuele zorgverzekeraar. Met deze methode wordt voorkomen dat er gegevens op BSN nummer niveau hoeven te worden gedeeld.

**2.2 Beleidsregel integrale beleidsregel van de NZa**

Er is in de nieuwe NZa beleidsregel toegewerkt naar eenduidige en goed uitvoerbare definities. Hoofdprincipe van de leidraad is dat er per zwangerschapsfase (prenataal, nataal en postnataal) eerste en/of tweedelijns verloskundige zorg is geleverd door een IGO deelnemer. Dit noemen we de minimum voorwaarden. Dit leidt voor de IGO tot een integrale prestatie voor de betreffende fase, ook als er daarnaast nog door een niet-IGOlid zorg wordt geleverd. In de experiment beleidsregel leidde dit tot een bundelbreker. In de reguliere beleidsregel 2023 bestaan er geen bundelbrekers meer door het vervallen van het parallelliteitsverbod. De geleverde zorg wordt daardoor in dat geval door het niet-IGO lid gedeclareerd bij de zorgverzekeraar en betaald door de zorgverzekeraar. De integrale prestatie van de IGO en de monodisciplinaire declaratie van het niet-lid worden naast elkaar betaald. In de berekening van het tarief wordt door IGO en zorgverzekeraar hiermee rekening gehouden. In tegenstelling tot de eerste en/of tweedelijns verloskundige zorg leidt het leveren van kraamzorg door een IGO kraamzorglid niet automatisch tot een integrale prestatie. Als er een integrale prestatie tot stand komt, dan maken de inschrijving en partusassistentie automatisch onderdeel uit van de integrale prestatie en het integrale tarief.. Kraamzorguren worden integraal gedeclareerd als er ook in de postnatale fase een integrale declaratie tot stand komt.

 In het onderstaande schema staan de prestaties grafisch weergegeven. Het vervallen van het parallelliteitsverbod heeft tot gevolg dat de IGO alle zorg moet declareren die voldoet aan de minimumvoorwaarden. Indien een cliënt alle zorg krijgt van een IGO-lid, dan wordt dit een heel bakje genoemd. Dat is de definitie van een integrale prestatie in de experiment fase. Ook als die cliënt in voorkomende gevallen naar een extern ziekenhuis of - verloskundige gaat valt de zorg onder de beleidsregel IB. Dit wordt in de leidraad een half bakje genoemd. Dit waren in de experiment fase de zogenaamde bundelbrekers en zijn vanaf 2023 integrale prestaties.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| prenataal ​ | 1ste en/of 2de lijns verloskundige zorg prenataal door IGO-lid​ |  ​ |  ​ |
| prenataal complex​ | 1ste en/of 2de lijns verloskundige zorg prenataal door IGO-lid​ |  ​ | OK of minimaal 6 ligdagen​ |
| nataal​ | 1ste en/of 2de lijns verloskundige zorg nataal door IGO-lid​ |  ​ |  ​ |
| nataal intramuraal op eigen verzoek​ | 1ste en/of 2de lijns verloskundige zorg nataal door IGO-lid​ | én polikliniek/GB-centrum​ |  ​ |
| mnataal complex​ | 1ste en/of 2de lijns verloskundige zorg nataal door IGO-lid​ |  ​ | OK ​ |
| postnataal ​ | 1ste en/of 2de lijns verloskundige zorg postnataal door IGO-lid​ |  ​ |  ​ |
| postnataal complex​ | 1ste en/of 2de lijns verloskundige zorg postnataal door IGO-lid​ |  ​ | OK of minimaal 6 ligdagen​ |
|  ​ |  ​ |  ​ |  ​ |

De IGO maakt gemandateerde contractering afspraken met de zorgverzekeraar. In principe is alle eerste- of tweedelijns verloskundige zorg die door de IGO verloskundige of het IGO ziekenhuis wordt geleverd IGO zorg. In specifieke situaties kunnen hierover bij uitzondering afspraken worden gemaakt tussen IGO en zorgverzekeraar. De IGO leden hebben (reeds) voor 2023 ook ieder een individuele monodisciplinaire overeenkomst ontvangen.

**2.3 Welke zorgactiviteiten leiden niet tot een bundel?**

In de beleidsregel staat omschreven wat een integrale prestatie inhoudt. Zie ook 2.2. Het hoofdprincipe voor een integrale prestatie is dat er voor die fase verloskundige zorg door eerste en/of tweedelijns zorgverlener wordt geleverd.

Er zijn ook uitzonderingen die niet tot een integrale prestatie leiden. Daar gaat deze paragraaf over.. Deze prestaties staan op de uitzonderingenlijst en dit zijn mono-prestaties. Onderstaande prestaties leiden noch alleen, noch in combinatie, tot een integrale prestatie. Door de toevoeging van de uitzonderingslijst ten opzichte van de oude beleidsregel komen er mogelijk vanaf 2023 minder hele bakjes in de prenatale fase tot stand.

De contractering van de uitzonderingenlijst wordt behandeld in paragraaf 2.8.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Verloskundige prestatie | Kraamzorg | Polikliniek/ geboortecentra | Medisch Specialistische Zorg |
|  |  |  |  |  |  |
| 1401 | Uitwendige versie | 196202 | Inschrijving  | 190043 | Poliklinische Bevalling zonder MI met PA | 37512 | TTSEO 1e kind 2e lijn |
| 1602 | Algemene termijnecho | 196211 | Inschrijving (opslagwijk) | 190044 | Poliklinische Bevalling zonder MI zonder PA | 37516 | TTSEO 2e kind 2e lijn |
| 1603 | SDE: groei | 196203 | Intake thuis  | 190045 | Poliklinische Bevalling met MI met PA | 37521 | Counseling |
| 1604 | SDE: bloed | 196212 | Intake thuis (opslagwijk) | 190046 | Poliklinische Bevalling met MI zonder PA | 88770 | Echografie a vue |
| 1605 | SDE: versie | 196205 | Intake op afstand  | 190047 | Verplichte Poliklinische Bevalling zonder MI met PA | 39485 | Echografie a vue |
| 1606 | SDE: liging | 196214 | Intake op afstand (opslagwijk) | 190048 | Verplichte Poliklinische Bevalling zonder MI zonder PA | 199803 | Toeslag lachgassedatie |
| 1607 | SDE: placenta | 196206 | Partusassistentie uur | 1703 | Module Geboortecentrum | 159999027 | 1 of 2 polikliniekbezoeken bij begeleiding zwangerschap |
| 1721 | SDE: vitaliteit | 196215 | Partusassistentie uur (opslagwijk) | 1705 | Module Geboortecentrum Doorverwezen Bevalling | 159999030 | Verloskundig adviesconsult |
| 1610 | Counseling | 196204 | Partusassistentie  | 1706 | Bevalling in een geboortecentrum op sociale indicatie | 150101011 | Licht ambulant |
| 1612 | TTSEO 1e kind | 196213 | Partusassistentie (opslagwijk) | 1714 | Bevalling met lachgassedatie in een geboortecentrum |  |  |
| 1622 | TTSEO 2e kind | 196239 | Partusassistentie uur (polikl.) | 1716 | Module Geboortecentrum Post Partum doorverwezen bevalling |  |  |
| 1722 | CTG | 196238 | Partusassistentie (polikl.) | 1720 | Module Geboortecentrum doorverwezen lachgas bevalling |  |  |
| 1723 | Tijdelijke toeslag inzet tolk | 196249 | Tijdelijke toeslag inzet tolk | 196207 | Module Geboortecentrum |  |  |
|  |  |  |  | 196209 | Module Geboortecentrum Doorverwezen Bevalling |  |  |
|  |  |  |  | 196216 | Bevalling in een geboortecentrum op sociale indicatie |  |  |
|  |  |  |  | 196228 | Bevalling met lachgassedatie in een geboortecentrum |  |  |
|  |  |  |  | 196229 | Module Geboortecentrum Post Partum doorverwezen bevalling |  |  |
|  |  |  |  | 196232 | Module geboortecentrum doorverwezen lachgasbevalling |  |  |

**2.4 Welke zorgactiviteiten leiden tot complexe prestaties**

Het hoofdprincipe van het kunnen declareren van een integrale prestatie voor de betreffende fase is het leveren van eerste en/of tweede lijns verloskundige zorg. Voor het leveren van complexe prestaties moet er in de betreffende fase sprake zijn;

1. Zes of meer afzonderlijke of aaneengesloten verpleegdagen in een fase

En/of

1. Een complexe operatieve ingreep op de OK per fase. Dit betekent dat medische handelingen die niet op de OK plaatsvinden afleiden naar reguliere prestaties.

**2.5 Afbakening fasen in tijd**

De afbakening voor 2023 blijft zoals deze is beschreven in de experiment beleidsregel. Uitgangspunt voor een declaratie is dat de einddatum van de integrale prestatie ingevuld wordt met de werkelijke einddatum van de prenatale of natale fase. Dit is van belang voor het goed kunnen berekenen van de integrale tarieven. Zes weken na start van de postnatale fase wordt deze integrale prestatie afgesloten. In het geval dat na zes weken zorg rondom de diagnose placentarest wordt geleverd, behoort deze toe tot de postnatale fase. Indien na zes weken sprake blijkt te zijn van een placentarest wordt vanwege praktische redenen de reeds ingediende declaratie gecorrigeerd van postnataal regulier naar postnataal complex.

Belangrijk onderwerp hierbij is de toerekening van de verpleegdagen over de fasen. De IGO’s en de verzekeraars volgen de afbakening van de fasen en wijzen de ligdagen toe aan de fase waar ze toe behoren. Zie ook 2.6

Het is van belang dat definities voor het jaar 2024 opnieuw door geboortezorgpartijen worden bekeken en worden meegenomen in de beleidscyclus van de NZa. Dit betreft de beleidsregel integrale bekostiging maar ook de beleidsregels voor mono bekostiging. Dit zou kunnen betekenen dat de leidraad voor 2024 verandert op dit punt indien definities veranderen.

**2.65** **Contractering en methode waardebepaling integrale prestaties**

De IGO en de individuele zorgverzekeraar maken voorcalculatorisch afspraken over de nieuwe situatie per 2023. Het aantal prestaties dat nu onder de definitie van een integrale prestatie valt, stijgt doordat het verbod op parallelliteit is opgeheven en daarmee verandert de prijs. Een aantal thema’s heeft gevolgen voor de stijging van het volume van de integrale prestaties. Er wordt een gewogen gemiddelde bepaald van de P en Q van de hele en halve bakjes.

De volgende thema’s zijn relevant om in beeld te brengen:

1. *Zorg tot 16 weken:*

In de beleidsregel 2023 is de zorg tot 16 weken onderdeel van prenataal regulier en prenataal complex. De IGO geeft inzicht in het aantal cliënten dat valt onder de zorg tot 16 weken.

1. *Toepassing van de verpleegdagen*

Uitgangspunt is dat de verpleegdagen worden toebedeeld aan de fase waartoe ze behoren. Dit geldt voor de hele en halve bakjes. Bij halve bakjes zijn dit prestaties die vanaf 2023 onder de integrale prestatie van de beleidsregel vallen, maar in de experiment regel tot een bundelbreker leidden. Het geldt ook voor de hele bakjes. Het was door organisatorische en ICT technische omstandigheden afgelopen jaren voor sommige IGO’s moeilijk om de beleidsregel correct toe te passen. Er wordt in 2023 uitvoering gegeven aan afbakening volgens de definities van de beleidsregel per 2023. Dit betekent dat ook de halve bakjes soms herberekend moeten worden. Dit kan verschillend uitvallen voor de IGO’s. De IGO en zorgverzekeraar delen met elkaar de informatie over de toedeling van de verpleegdagen over de fasen.

Per fase betekent dit het volgende:

|  |  |
| --- | --- |
| Prenataal | * Verpleegdagen vóór de geboortedag zijn onderdeel van het prenataal tarief.
* De verpleegdag van de geboortedag is nataal.
* Verpleegdagen ná de geboortedag worden overgeheveld naar postnataal.
 |
| Nataal | * De verpleegdagen vóór de geboortedag zijn onderdeel van prenataal.
* De verpleegdag van de geboortedag is nataal.
* Verpleegdagen ná de geboortedag worden overgeheveld naar postnataal.
 |
| Postnataal | * De verpleegdagen na de geboortedag zijn postnataal.
 |

1. *Switchers*

Elk jaar zijn er cliënten die van zorgverzekeraar wisselen. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij het maken van de afspraken tussen de zorgverzekeraar en de IGO. Er zijn cliënten die instromen en cliënten die uitstromen.

Over cliënten die van zorgverzekeraar wisselen is bij zorgverzekeraars te weinig informatie beschikbaar om goed in beeld te hebben wat de kosten zijn. Voor de kosten dienen de instromers en de uitstromers in de verschillende fasen niet meegenomen te worden omdat je geen zicht hebt op de totale kosten. Voor de volumeberekening dienen de uitstromers wel meegenomen te worden.. Om dit goed te kunnen uitrekenen zijn drie declaratiejaren nodig.

Bijvoorbeeld om voor 2019 de kosten uit te kunnen rekenen is de volgende informatie nodig om een goede selectie van cliënten te kunnen maken;

2018; dit is nodig om te weten of de zorg uit 2019 reeds gestart is in 2018, in het geval dat zorg in 2018 is gestart dienen ze voor de kosten **niet** meegenomen te worden in 2019

2019; het peiljaar

2020; dit is nodig om te weten of de zorg die in 2019 is gestart nog doorloopt in 2020, in het geval dat de zorg nog doorloopt in 2020 dienen ze qua kosten **niet** te worden meegenomen 2019.

**2.7 Overgang beleidsregel experiment naar reguliere beleidsregel**

De nieuwe beleidsregel gaat in per 1 januari 2023. Dat betekent dat voor zorg gestart in 2022 nog de beleidsregel van 2022 geldt. De zorg die gestart wordt 1 januari in de prenatale, natale fase of de postnatale fase valt onder de beleidsregel van 2023.

Centraal staat de peildatum in combinatie met de fase. Zorg die gestart is eind december en doorloopt in 2023 valt onder de beleidsregel 2022. Dit betekent dat tot september 2023 declaraties uit het jaar 2022 kunnen doorlopen. Er kan dus ook nog sprake zijn van een bundelbreker ook als de monodisciplinaire zorg in 2023 is geleverd.

**2.8 Contractering en declaratie uitzonderingenlijst**

De administratieve lasten hebben in de experimenteerperiode van de beleidsregel veel van de IGO’s en de zorgverzekeraars gevraagd. Om de IGO leden administratief te ontlasten maken de IGO en de individuele zorgverzekeraar afspraken over het contracteren van de uitzonderingenlijst. Middels gemandateerde contractering onderhandelt de IGO namens haar verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen over de uitzonderingenlijst. De prestaties op de uitzonderingenlijst zijn mono prestaties. In een specifieke situatie en bij uitzondering kan daarvan worden afgeweken in overleg tussen zorgverzekeraar en IGO.

Voor de kraamzorg worden per kraamzorglid en IGO afspraken gemaakt wie de prestaties van de uitzonderingenlijst contracteert. De IGO kan namens haar kraamzorglid contracteren en declareren, maar er is ook de mogelijkheid dat de kraamzorgaanbieders zelf de prestaties monodisciplinair contracteert en declareert. De verwachting is dat met name de kleinere, lokaal werkende, kraamzorgaanbieders gebruik zullen maken om via de IGO te contracteren en te declareren.

De mono declaraties van de uitzonderingenlijst worden via de 53 AGB code van de IGO gedeclareerd. Er wordt geen uitvoerende zorgverlener gekoppeld aan de declaratie. De informatie is wel op te vragen bij de IGO.

**2.9 Monitoring afspraken en nacalculatie**

Het toepassen van de leidraad helpt om te komen tot een passend tarief. IGO’s en zorgverzekeraars monitoren de afspraken op drie onderwerpen:

* de vulling van de hele en de halve bakjes
* monitoring van het volume
* monitoren op totstandkoming van de prijs

Er zijn drie groepen patiënten;

*1. Klanten waarvoor alleen een IB declaratie is gedeclareerd.*

Hiervoor is bij IGO en zorgverzekeraar historie beschikbaar. Het overzicht van de zorgverzekeraar en de informatie van de IGO komen samen bij het overleg tussen IGO en individuele zorgverzekeraar.

*2. Klanten waarvoor naast IB ook mono door aanbieders buiten de IGO is gedeclareerd*

De zorgverzekeraar kan per integrale prestatie kijken naar de gemiddelde kosten per cliënt gesplitst naar binnen en buiten de IGO. De IGO heeft geen informatie van declaraties van aanbieders buiten de IGO. De IGO kijkt naar afwijkingen van de vulling van de halve bakjes (per fase) ten opzichte van de historie. Het overzicht van de zorgverzekeraar en de informatie van de IGO komen samen bij het overleg tussen individuele zorgverzekeraar en IGO.

*3. Voor de uitzonderingenlijst speelt dit probleem niet.* Hierbij wordt alleen het volume gemonitord*.*

Het is mogelijk dat achteraf blijkt dat het afgesproken tarief te hoog of te laag is. Er is door de werkwijze in de leidraad toegewerkt om zoveel mogelijk voorcalculatorisch afspraken tussen IGO en zorgverzekeraar te maken, om dit risico zo klein mogelijk te houden. Belangrijke regionale ontwikkelingen zoals toetreden van nieuwe IGO leden of een regioziekenhuis dat sluit heeft grote consequenties. Deze ontwikkelingen worden meegenomen in de besprekingen tussen IGO en individuele zorgverzekeraar. Er blijven onzekerheden die in het overleg tussen individuele zorgverzekeraar en IGO kunnen uitmonden in afspraken over nacalculatie. Deze leidraad gaat hier verder niet op in.