



# Toolkit IGO Verdeelmodel

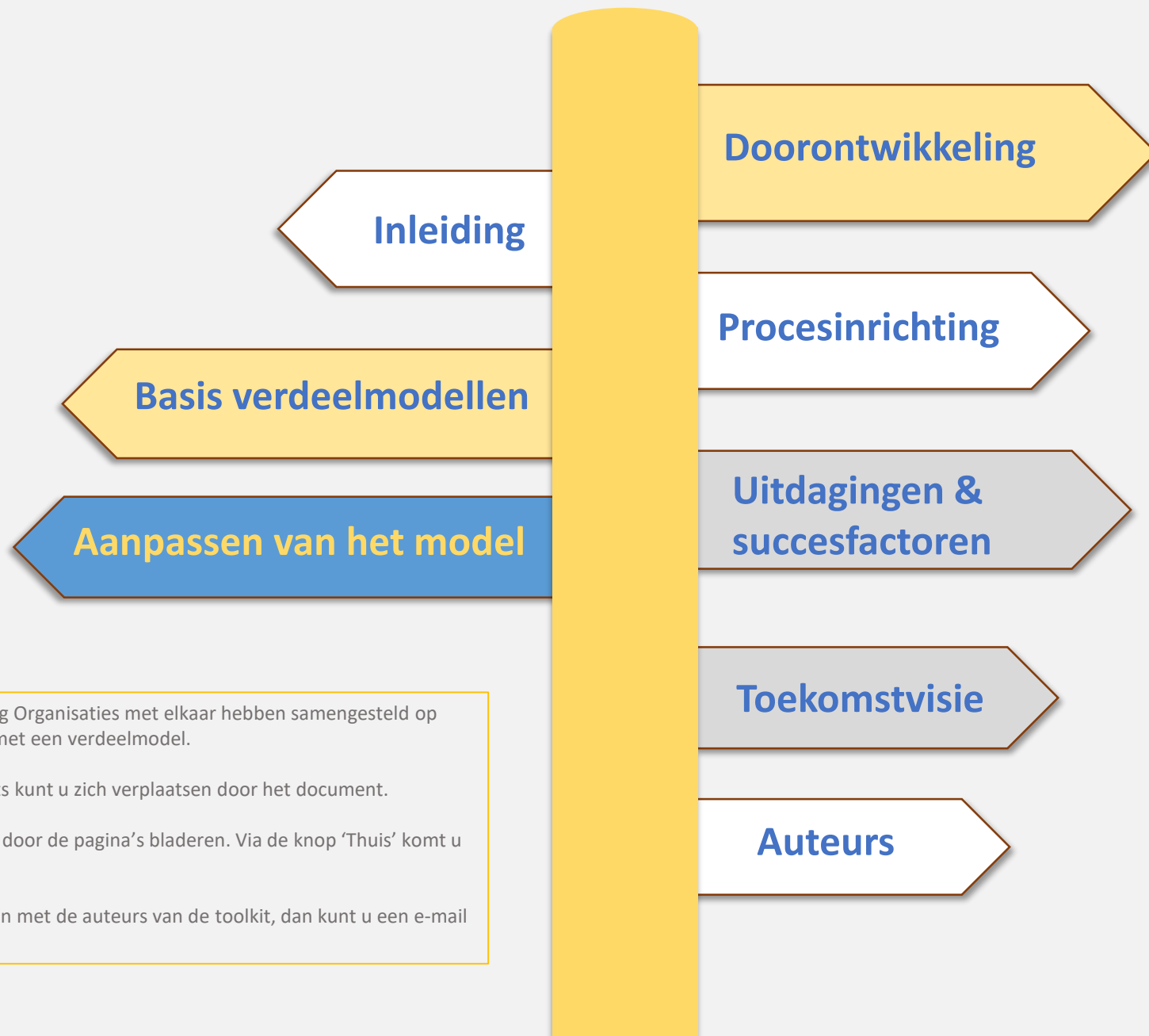
*Een toolkit voor het gebruik van een intern verdeelmodel, voor de transformatie naar meer passende zorg, binnen de kaders van integrale bekostiging.*

Voor u ligt de Toolkit die de Integrale Geboortezorg Organisaties met elkaar hebben samengesteld op basis van hun kennis en ervaring met het werken met een verdeelmodel.

Door te klikken op de pijlers op de wegwijzer rechts kunt u zich verplaatsen door het document.

Binnen het document kunt u met de pijltjes < en > door de pagina's bladeren. Via de knop 'Thuis' komt u terug op deze thuispagina.

Mocht u vragen hebben of contact op willen nemen met de auteurs van de toolkit, dan kunt u een e-mail sturen naar: [info@annature.nl](mailto:info@annature.nl)



# Inleiding

Bij integrale bekostiging wordt een zorgprogramma of zorgketen bekostigd. Alle betrokken zorgaanbieders ontvangen samen een integraal tarief voor alle zorgactiviteiten. Dit is één tarief per cliënt. De zorgaanbieders delen dus samen één portemonnee en er moeten achter de voordeur per fase afspraken gemaakt worden over de verdeling van die portemonnee. Het vraagt veel vertrouwen in elkaar en samenwerking op basis van gelijkwaardigheid, om dit te kunnen doen zonder dat conflicten ontstaan. Het uitgangspunt van integrale bekostiging is dat het samenwerking stimuleert en bijdraagt aan kwalitatief goede en veilige zorg waarbij de cliënt centraal staat en een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gevoeld en gedragen voor de doelgroep.

In een aantal regio's in Nederland maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over integrale bekostiging van geboortezorg. Dit kan aan de hand van de [Beleidsregel integrale geboortezorg](#) (BR/REG-23130) of met behulp van de [Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten](#) (BR/REG-19158).

Deze regio's hebben een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) opgericht waarin de deelnemers intensief samenwerken, ondersteund door integrale bekostiging. De meeste IGO's zijn in 2017 van start gegaan toen de mogelijkheid ontstond voor integrale bekostiging, destijds nog in de vorm van experimentele bekostiging. In 2023 is het een reguliere vorm van bekostiging geworden, naast monodisciplinaire bekostiging in de geboortezorg.

De IGO's hebben inmiddels de nodige kennis en ervaring opgedaan met integrale bekostiging. Op verzoek van met ministerie van VWS hebben zij hun kennis en ervaring met het werken met een verdeelmodel achter hun eigen voordeur op een gestructureerde manier uiteengezet, zodat IGO's

onderling hun voordeel hiermee kunnen doen. Het resultaat is de voorliggende **IGO Toolkit Verdeelmodel**, welke ook ter inspiratie kan dienen voor andere geboortezorgregio's of sectoren in de zorg die bezig zijn met de ontwikkeling naar meer passende zorg, waarbij ook verschuiving van financiën een rol speelt.

Terug



Verder

Thuis



# Starten met een Verdeelmodel: basismodellen

## Introductie

Bij het starten met integrale bekostiging kan de keuze worden gemaakt om achter de voordeur wel of niet meteen een verandering aan te brengen in de betalingswijze die de deelnemers gewend zijn. Beide opties worden hierna kort uiteengezet.

## Starten zonder verandering: MONO als basis

Zes IGO's zijn bij aanvang met integrale bekostiging gestart met een intern verdeelmodel dat gelijk is aan de MONO bekostiging van de deelnemende partners. Dit is gedaan omdat dit de betrokken partijen het comfort gaf om onderdeel te worden van de IGO en integrale bekostiging, zonder direct te maken te hebben met een verandering van de wijze van bekostiging voor geleverd werk. Al deze zes de IGO's hebben MONO bekostiging anno 2023 nog steeds als basis voor het verdelen achter de voordeur.

## Starten met een verandering

Eén IGO heeft vanaf het moment van starten met integrale bekostiging, een verdeelmodel geïntroduceerd met vaste percentages gebaseerd op de historische omzet van de betreffende partner in de geboortezorg in de regio. Deze keuze is gemaakt, omdat MONO bekostiging als belemmerend werd ervaren voor het introduceren van zorgverschuivingen waarvoor reeds meerdere plannen aanwezig waren in het kader van de juiste zorg op de juiste plaats. De betreffende IGO gebruikt het verdeelmodel op basis van vaste verdeelpercentages anno 2023 nog steeds als basis voor het verdelen achter de voordeur.

Terug



Verder

Thuis

# Gebruik van het MONO verdeelmodel als basis

## Introductie

Bij het werken met een MONO verdeelmodel als basis, wordt er integraal gefactureerd aan de zorgverzekeraars en achter de voordeur van de IGO volgens de bestaande MONO bekostigingssystemen en bestaande MONO tarieven betaald aan de deelnemers. Veel van de IGO's met deze werkwijze als basis, maken gebruik van een externe partij voor uitvoering van de facturatie aan verzekeraars en de betaling aan de deelnemers.

## Indexaties & MONO tariefaanpassingen

Jaarlijkse indexaties worden één op één overgenomen in de MONO tarieven achter de voordeur, dus iedere deelnemer ontvangt indexatie conform de MONO systematiek van de betreffende beroepsgroep. Het zelfde geldt voor MONO tariefaanpassingen, zoals bijvoorbeeld de ophoging van het MONO tarief voor verloskundigen voor uitvoering van counseling voor de nieuw ingevoerde 13 weken echo.

## Comfort van MONO verdeelmodel als basis

- Partners die instappen in de IGO hebben niet meteen met een verandering te maken in de wijze van bekostiging

## Risico's & Uitdagingen

- Een risico van het werken met een MONO verdeelmodel als basis, is dat de inkomsten (IGO) en betaling aan de deelnemers (MONO) negatief uit elkaar gaan lopen, oftewel dat er minder geld binnenkomt dan waar men achter de voordeur op rekent.
- Voor het verkleinen van dit risico wordt in sommige IGO's niet alleen bij aanvang van de IGO,

maar veel langer vastgehouden aan het afspreken van een MONO vangnet met zorgverzekeraars. Dit heeft als grote nadeel dat het belemmerend kan werken voor het doen van zorgverschuivingen omdat in de MONO systematiek grotere bedragen vastzitten aan bijvoorbeeld het verschuiven van een bevalling naar een andere zorgprofessional, dan er feitelijk aan kostenreductie plaatsvindt bij de partner die de bevalling loslaat.

- Als in deze situatie de zorgverschuivingen toch in gang worden gezet zonder aanpassingen, ontstaat er voor de partner die de bevalling loslaat een niet-kostendekkende situatie en valt de zorgverzekeraar mogelijk een saving toe die niet in verhouding staat tot de feitelijke verandering van kosten in de IGO.
- Om toch zorgverschuivingen te kunnen doen in deze situatie kunnen IGO's maatwerk uitvoeren in afstemming met zorgverzekeraars. Dit is arbeidsintensief omdat een IGO met veel verschillende zorgverzekeraars te maken heeft en er in deze situatie overeenstemming gezocht moet worden met alle verzekeraars over toedeling van kosten en het verdelen van een eventuele besparing (onderhandeling). Een aanvullend risico is dat slechts met een deel van de zorgverzekeraars overeenstemming wordt bereikt.
- In een IGO ontstaan vanuit de toenemende intensiteit van samenwerken ook verschuivingen die niet vooraf heel bewust, weloverwogen en bemeten in gang worden gezet. Dit vraagt om monitoring en bij grotere afwijkingen zullen maatwerk aanpassingen gedaan moeten worden.
- In een IGO wordt zorg in toenemende mate in gezamenlijkheid uitgevoerd (shared care). In een MONO systeem leidt dat al snel tot dubbele declaraties en kosten, terwijl het uitgangspunt van integrale geboortezorg is om betere zorg tegen dezelfde of lagere kosten te leveren. Als het MONO systeem als basis voor verdeling achter de voordeur wordt gebruikt zullen op maat aanpassingen moeten worden gemaakt achter de voordeur.

Terug



Verder

Thuis

# Gebruik van een verdeelmodel met vaste percentages als basis

## Introductie

Bij het werken met dit verdeelmodel als basis, wordt er integraal gefactureerd aan de zorgverzekeraars en achter de voordeur van de IGO volgens een vast percentage betaald aan de deelnemers.

## Vaststelling percentage

Het percentage kan bepaald worden op basis van het historische aandeel van de betrokken partners in de omzet Geboortezorg in de regio.

## Indexaties & MONO tariefaanpassingen

Jaarlijks wordt indexatie toegepast op de interne tarieven. MONO indexatiecijfers worden hierbij gevolgd en ook per IGO-partner toegepast. Dus bijvoorbeeld in geval van een hogere indexatie in de 1<sup>e</sup> lijn, vloeit deze indexatie één-op-één terug naar de 1<sup>e</sup> lijn en niet naar de 2<sup>e</sup> lijn.

Het zelfde geldt voor specifieke tariefaanpassingen, zoals bijvoorbeeld bij de introductie van een counseling die enkel door de 1<sup>e</sup> lijn wordt uitgevoerd.

## Comfort van verdeelmodel met vast percentage als basis

- Partners die instappen in de IGO en met elkaar zorg willen verschuiven, kunnen dat doen zonder dat er direct een verandering van inkomsten bij de partners optreedt en verschuiving van geld op maat en op een zelf gekozen tijdstip laten volgen
- Partners die instappen in de IGO en met elkaar shared care willen introduceren, kunnen dat eenvoudig doen zonder een risico op hogere kosten voor de IGO door dubbele facturaties
- Er wordt direct een stap gezet in het veranderproces om een niet-integraal (MONO)

verdeelmodel los te gaan laten en een integraal verdeelmodel te leren kennen en gaan omarmen

## Risico's & Uitdagingen

- Het werken met een verdeelmodel met een vast percentage van de omzet als basis, heeft als nadeel dat er een lange doorlooptijd is voordat de IGO en de partners zicht krijgen op hun financiële resultaat. Om deze situatie te verbeteren kan er worden doorontwikkeld naar een verdeelmodel op basis van percentages per integraal deeltarief. Deze doorontwikkeling staat verderop in deze toolkit beschreven.
- In principe wordt in een verdeelmodel met vaste percentages als basis, voorkomen dat inkomsten (IGO) en betaling aan de deelnemers negatief uit elkaar gaan lopen, behalve als er achter de voordeur van een partner nog MONO bevoorschot en/of verdeeld wordt. Oftewel het is van belang dat het verdeelmodel in de IGO en de wijze van bevoorschotten en verdelen achter de voordeur van een partner gelijkgericht zijn.
- Wanneer zorgverschuivingen of shared care wordt geïntroduceerd, zal er wel op enig moment ook gekeken moeten worden of de verdeelpercentages nog voldoende eerlijk zijn en zo niet hier op moeten worden geherijkt. Bij een grote verandering kan ook overwogen worden om voorafgaand een aanpassing te maken.

Terug



Verder

Thuis

# Mutatiesystematiek bij verdeelmodel met MONO als basis

## Introductie

Drie IGO's werken anno 2023 nog steeds met MONO bekostiging achter hun voordeur zonder dat hier aanpassingen op zijn gedaan. De andere IGO's hebben aanpassingen gedaan, onder meer in relatie tot ontwikkelingen naar meer passende zorg. Hierna staan een aantal voorbeelden hiervan beschreven. Er zijn veel meer voorbeelden van zorgverschuivingen in IGO's en het doel is hier niet om die allemaal in beeld te brengen, maar voldoende inzicht te geven in hoe in de verdeelsystematiek wordt omgegaan met dit soort ontwikkelingen in het kader van passende zorg.

## Voorbeelden

### 1. Pilot passende zorg bij consult minder leven

De uitvoering van een consult minder leven met uitvoering van een CTG en echo is van oudsher medische zorg. In een aantal IGO's wordt, vooralsnog in de vorm van een pilot, voor laagrisico zwangeren dit consult door de eerstelijns verloskundigen uitgevoerd, onder supervisie van de gynaecoloog. Dit heeft voor de zwangere het voordeel dat zij voor het consult terecht kan in de voor haar vertrouwde verloskundigenpraktijk en niet naar het ziekenhuis hoeft. In het ziekenhuis wordt de druk op de spoedzorg hierdoor iets verlaagd.

In aansluiting op deze pilot wordt in de IGO een aanpassing gemaakt op het MONO verdeelmodel, te weten:

- De uitkering aan ziekenhuis/gynaecoloog is omlaag bijgesteld door de introductie van een algemeen overlegtarief of supervisietarief. Dit tarief is door de IGO deelnemers vastgesteld. Daarvoor is gekeken naar de feitelijke tijdsinvestering en DBC/MONO tarieven.
- Voor geleverd werk door de 1<sup>e</sup> lijns verloskundige is een nieuw tarief voor de verloskundige geïntroduceerd. Dit is gebaseerd op het honorarium deel van een NZa MONO tarief voor deze zorg. Er is ook een IGO waarin 1<sup>e</sup> lijns verloskundigen geen vergoeding krijgen voor hun tijdsinzet gedurende de pilot. Deze investeren ze zelf, omdat de IGO bereid is gevonden alle investeringskosten op zich te nemen
- Er zijn investeringskosten voor scholing en CTG apparatuur eerste lijn. Deze worden in de meeste pilots door de IGO's bekostigd. Alle pilots lopen nog en moeten nog financieel geëvalueerd worden.

Groep B Streptokokken (GBS) is een vaginale bacterie waar baby's erg ziek van kunnen worden. Als er geen andere risico's spelen is de kans hierop echter klein en is de keuze aan de zwangere om wel of geen antibiotica te nemen bij de bevalling als aangetoond is dat zij GBS-drager is. Als er andere risico's aan de orde zijn of ontstaan, zoals langdurig gebroken vliezen, dan is het advies om antibiotica te nemen tijdens de bevalling.

De behandeling en begeleiding van een zwangere met GBS is van oudsher medische zorg, wat betekent dat de zwangerschap en bevalling worden begeleid in het ziekenhuis. In meerdere IGO's wordt, al dan niet in de vorm van een pilot, deze zorg in shared care uitgevoerd. De 1<sup>e</sup> lijns verloskundige begeleidt de zwangere met GBS zonder andere risico factoren gedurende de zwangerschap en begeleidt ook de bevalling in het ziekenhuis. Dit gebeurt onder supervisie van de tweede lijn, die zorgdraagt voor het voorschrijven, klaarmaken en toedienen van antibiotica.

In aansluiting op deze werkwijze declareert de eerstelijns verloskundige bij de IGO de begeleiding van de zwangerschap en bevalling. De tweede lijn declareert bij de IGO een verrichting voor het voorschrijven, klaarmaken en toedienen van antibiotica. Hiervoor is een aparte declaratiecode ingericht in het declaratieproces van de IGO. Het tarief voor de verrichting is gebaseerd op de tijdsinvestering en een marktconform tarief.

**TIP:** Er kan discussie ontstaan over wat een marktconform uurtarief is. Voer die discussie als er ook zicht is op de tijdsinvestering, zodat het als een geheel gewogen kan worden.

### 3. Passende zorg bij medium-risk bevallingen

Bevallingen met medium risico's vinden van oudsher plaats onder leiding van de eerstelijnsverloskundige in aanwezigheid van een tweedelijns obstetrie verpleegkundige. De medium risk indicatie kan bijvoorbeeld te maken hebben met een verhoogd risico door een medische voorgeschiedenis, bijzonderheden bij een eerdere bevalling of bijzonderheden die zijn ontstaan tijdens de zwangerschap. In een van de IGO's is vanuit kwaliteitsoogpunt de aanpassing gemaakt om deze bevallingen te laten begeleiden door een kraamverzorgende, welke na afloop van de bevalling ook met moeder en kind mee naar huis gaat om kraamzorg thuis op te starten. Deze aangepaste werkwijze is ook helpend voor het personeelstekort bij gespecialiseerd personeel in het ziekenhuis. Het NZa MONO tarief voor partusassistentie wordt gebruikt voor vergoeding van de kraamzorg.

Terug



Verder

Thuis

### 2. Pilot passende zorg bij GBS-positieve kweek

# Mutatiesystematiek bij verdeelmodel met MONO als basis

## 4. Waardevolle zorgactiviteiten

Er zijn zorgactiviteiten die van (grote) meerwaarde zijn voor integrale zorg, maar in de MONO systematiek niet leiden tot een betaling, terwijl de activiteit wel een aanzienlijke inspanning van de zorgprofessional vraagt. Een voorbeeld hiervan is het multidisciplinair overleg (MDO) of supervisie. In een IGO kan de keuze worden gemaakt om een dergelijke zorgactiviteit te vergoeden. Net als bij voorbeeld 1 wordt het door de IGO vastgestelde algemene overleg- of supervisie tarief toegepast in het verdeelmodel voor deze zorgactiviteiten. Zoals benoemd is dit gebaseerd op de feitelijke tijdsinvestering en DBC/MONO tarieven. Met de inzet van deze zorgactiviteiten wordt fysiologie bevordert en medisch zorg verminderd. Dit biedt de financiële ruimte in de IGO voor het vergoeden van de waardevolle zorgactiviteiten.

## 5. Integrale organisatie echo's

In een aantal IGO's zijn vanuit kwaliteitsoogpunt de uitvoering van medische echo's en 1<sup>e</sup> lijns echo's ondergebracht in een integraal echocentrum. Hier worden de echo's uitgevoerd door state-of-the art geschoolde echoscopisten in dienst van het echocentrum. In de verdeelsystematiek is hiervoor de (DBC) vergoeding aan het ziekenhuis herijkt vanwege de overheveling van de medische echo's. Hiervoor is een waardebeoordeling gedaan. De 1<sup>e</sup> lijn is gestopt met het uitvoeren en in rekening brengen van echo's, dit wordt nu PxQ\* door het integrale echocentrum gedaan.

\*prijs x aantal

Terug



Verder

Thuis

# Doorontwikkeling: vaste percentages of vast bedrag per IGO fase

## Introductie

Zoals beschreven heeft een verdeelmodel met vaste percentages voordelen t.o.v. een verdeelmodel met het MONO verdeelmodel als basis. Wanneer de percentages in het verdeelmodel echter moeten worden toegepast op de omzet van de IGO, betekent dit voor de IGO partners dat er veel tijd overheen gaat voordat er zicht is op de financiële resultaten, omdat het schadelastjaar volledig afgesloten moet zijn en ver afgewikkeld met zorgverzekeraars. Om die reden heeft de IGO met dit verdeelmodel als basis gezocht naar een doorontwikkeling en die gevonden in het idee van een andere IGO: een verdeelmodel met vaste percentages of een vast bedrag per integrale fase.

## Zorgpaden als vertrekpunt

In een van de IGO's is een verdeelmodel bedacht waarin de inkomsten van de IGO verdeeld worden op basis van een vast bedrag per integrale fase dat voortkomt uit een proces waarin op zorgpadniveau is bekeken welke partner welke bijdrage in tijd levert aan een integrale fase. Die werkwijze is zorginhoudelijk een mooi vertrekpunt. Het is voor de betreffende IGO wel een arbeidsintensief proces gebleken, omdat partijen met elkaar in gesprek moeten en tot overeenstemming moeten komen over ieders aandeel in de zorgpaden. Als uitkomst van dit proces bleken de bedragen in lijn te liggen met de (historisch) financiële aandelen in de omzet geboortezorg van de regio.

## Financieel aandeel in de regio als vertrekpunt

De IGO die bij aanvang van start is gegaan met een verdeelmodel op basis van vaste percentages gebaseerd op historische aandeel in de omzet geboortezorg in de regio, is geïnspireerd geraakt door het idee van vaste bedragen per deelfase. Vanwege de bevinding dat het proces met zorgpaden niet tot heel andere verdeelpercentages leidt, dit arbeidsintensief is en omdat er in de IGO al gewinning was met het werken met verdeelpercentages, is besloten om een rekenexercitie op te zetten om door te ontwikkelen naar deelpercentages per integrale fase. Deze rekenexercitie is ook een proces waar de nodige tijd en aandacht voor uitgetrokken moet worden, met toetsingsmomenten en nauwe betrokkenheid van alle partners.

## Eenvoud versus precisie

Uit het oogpunt van beheer, onderhoud en transparantie is het advies om het verdeelmodel zo eenvoudig mogelijk te houden. Bij het verdelen achter de voordeur van een IGO partner (bijvoorbeeld de cooperatie verloskundigen) kan er echter een enkele verfijning nodig zijn. Voorbeelden hiervan zijn de extra toeslag voor zorg aan zwangeren in een achterstandswijk, omdat enkele praktijken een groter aandeel zorg verleent aan deze doelgroep dan gemiddeld. Een ander voorbeeld is het meer dan gemiddeld leveren van 'losse kraambed' zorg, bijvoorbeeld omdat een (grens)praktijk ook veel zwangeren bedient die bevallen in een andere regio. Hiervoor kan een verfijning in de verdeelsystematiek worden aangebracht door te werken met een los tarief en telcodes, buiten de vaste verdeelpercentages om.

## Schaduwdraaien

Bij de overgang naar een nieuwe manier van verdelen wordt veelal gekozen voor schaduwdraaien t.o.v. de oude systematiek, om de deelnemende partijen comfort te geven. Dit kan worden gedaan voorafgaand aan de implementatie van de nieuwe verdeelsystematiek of parallel aan de implementatie. De ervaring leert dat op totaalniveau van de IGO partners (bijvoorbeeld de cooperatie verloskundigen) bij een goed uitgevoerde berekening de verschillen tussen de inkomsten uit het oude en nieuwe verdeelmodel beperkt zullen zijn. Echter achter de voordeur van deze partner (bijvoorbeeld per verloskundige praktijk) kunnen er verschillen ontstaan die op langere termijn moeten worden beoordeeld om vast te stellen of deze in de loop der tijd nivelleren over alle praktijken of een enkele praktijk voordeel of nadeel blijft ondervinden van de nieuwe systematiek.

## Vangnet

Wanneer ervoor wordt gekozen om parallel aan de invoering van een nieuwe verdeelsystematiek schaduw te draaien en niet vooraf, kan dit heel spannend worden gevonden door IGO partners, met name degenen voor wie de inkomsten uit de IGO de enige inkomsten zijn. Om de stap comfortabeler te maken kan worden overwogen om een vangnet af te spreken op verschillen t.o.v. de oude systematiek en dit vangnet in een aantal jaren af te bouwen naar nul. Daarmee is er meer tijd en comfort om aan de nieuwe verdeelsystematiek te wennen.

Terug



Verder

Thuis





# Doorontwikkeling: vaste percentages of vast bedrag per IGO fase

## Evaluatie en bijstelling

Ongeacht in welke fase van de doorontwikkeling er schaduw wordt gedraaid, zal monitoring en evaluatie van bevindingen moeten plaatsvinden. Het is van belang om de deelnemers hierbij te betrekken. Uit de evaluaties kan naar voren komen dat bijstelling van de vaste percentages wenselijk is.

## Nulmeting

Wanneer protocollen veranderen en/of zorg verschuift kan dit leiden tot verandering van de inspanningen van IGO partners. Voor het kunnen uitvoeren van gedegen evaluaties en om discussies over de feitelijkheid in het verleden te voorkomen, is het een goed idee om voor het verdeelmodel een nulmeting op te maken. Het is raadzaam om dit te doen met betrokkenheid van alle partners, formele besluitvorming en de nulmeting goed vast te leggen. Het advies is om hierbij gezamenlijk te bepalen welke zorgactiviteiten relevant zijn, huidig en/of toekomst en een dashboard te ontwikkelen voor monitoring.

## Uitvoering van bijstellingen

Zoals reeds benoemd is uit oogpunt van beheer, onderhoud en transparantie het advies om het verdeelmodel zo eenvoudig mogelijk te houden en bijstellingen die nodig zijn zoveel als mogelijk te laten landen in de vaste verdeelpercentages.

Een tussenstap kan altijd zijn om eerst te werken met losse tarieven en telcodes, bijvoorbeeld voor zorg die nieuw wordt toegevoegd voor een IGO partner (bijvoorbeeld de cooperatie verloskundigen) die achter haar eigen voordeur moet verdelen en nog geen zicht heeft of deze zorg over een langere periode gemiddeld genomen door alle praktijken ongeveer evenveel zal worden uitgevoerd.

## Herijking

Indien er feitelijk zorg wordt verschoven van de ene naar de andere IGO partner zal herijking van de verdeelpercentages moeten plaatsvinden.

Een voorbeeld hiervan is veranderde zorginzet rondom miskraamzorg, waardoor de gynaecoloog minder vaak betrokken is met een operatieve handeling en de fysiologisch verloskundigen meer van deze zorg zijn gaan uitvoeren. Met hulp van kostprijsinformatie en aantallen kan op maat bekeken worden welke verschuiving van middelen er passend is bij de zorgverschuiving. De te verschuiven bedragen kunnen vervolgens verdisconteerd worden in de verdeelpercentages, zodat de eenvoud van die werkwijze blijft bestaan.

Terug



Verder

Thuis



# Doorontwikkeling: uitkomstgericht organiseren en betalen

## Introductie

Het doel van een verdeelsystematiek in een IGO is het verdeelmodel aan te sluiten op de integrale manier van werken. In een van de IGO's is een stap verder gezet: het verdeelmodel is ingezet als extra stimulans voor het werken aan integrale kwaliteitsdoelen. Deze stimulans is onderdeel gemaakt van het verdeelmodel onder de noemer kwaliteitsprijkkels. Deze vorm van uitkomstgericht organiseren en betalen wordt hierna beschreven.

## Kwaliteitsprijkkels

De IGO die kwaliteitsprijkkels in haar verdeelsystematiek heeft geïntroduceerd is als eerste op zoek gegaan naar een aantal kwaliteitsdoelen die voor alle deelnemers aan het verdeelmodel relevant zijn. Er is gekozen voor:

- Verlaging % sectio's
- Verhoging % fysiologische bevallingen
- Stimulans MDO\*
- Stimulans ICHOM\*\*

\*MDO = multidisciplinair overleg

\*\*ICHOM = international consortium for Health Outcomes Measurement = vragenlijsten voor het meten van ervaringen van cliënten

Vervolgens is data verzameld voor het opstellen van een nulmeting en meetbare doelstellingen. Dat bleek tijdrovender dan gedacht. Enerzijds omdat er keuzes gemaakt moesten worden tussen verschillende databases met een verschillende afbakening van de IGO zorg. Daarnaast moest er gezocht worden naar meetbare doelen die voldoende ambitieus, maar ook haalbaar zijn.

Er is gekozen voor twee soorten uitkomstbetalingen: naar rato van het aandeel en een gelijk bedrag per IGO partner.

Voor de verlaging van sectio's en verhoging van fysiologische bevallingen is een uitkomstbetaling afgesproken naar rato van het financieel aandeel in de IGO. Dit is gedaan omdat het behalen van de doelstellingen in de tweede lijn een vermindering van inkomsten te weeg brengt en in de eerste lijn een toename van inkomsten. De deelnemende partners ontvangen op beide doelstellingen een uitkomstbetaling, omdat het idee is dat zowel voor het verminderen van sectio's (in de tweede lijn) als het bevorderen van fysiologische bevallingen (in de eerste lijn) gezamenlijke inspanningen nodig zijn. De doelstellingen hebben een doorlooptijd van 3 jaar, wat betekent dat er drie jaar de tijd is om de doelen te behalen en de uitkomstbetaling te bemachtigen.

Voor het stimuleren van het MDO en het stimuleren van het gebruik van ICHOM is gekozen voor uitkering van een voor iedere partner gelijk gesteld bedrag. Dit is gedaan omdat de inspanningen voor het bereiken van deze doelstelling vergelijkbaar zijn en de doelstelling geen effect heeft op de inkomsten van de partners. Ook hier is gekozen voor een doorlooptijd van 3 jaar, echter per jaar is een meetbaar doel gesteld en per jaar kan dus een uitkomstbetaling worden gedaan.

Naast de uitkomstbetaling bij het behalen van doelstellingen is een stimuleringsbetaling geïntroduceerd. Dit is een betaling die gedurende de looptijd van de doelstellingen van de kwaliteitsprijkkels wordt uitgekeerd om partners ruimte te bieden om tijd vrij te maken voor het werken aan de doelstellingen.

Het is zoeken welke bedragen te koppelen aan de diverse doelstellingen en hoe die te bekostigen. Op het moment dat die worden betaald door een inhouding op bijvoorbeeld de jaarlijkse index dan zal dit voor de deelnemers voelen als een sigaar uit eigen doos en het werken met de prikkels een negatieve lading kunnen geven. Idealiter worden ze bekostigd uit een stukje ruimte dat de IGO heeft kunnen creëren met doelmatiger werken in de IGO. Daarbij moet worden gezocht naar bedragen die voldoende voelbaar zijn voor de deelnemers en betaalbaar voor de IGO.

Terug



Verder

Thuis

# Doorontwikkeling: uitkomstgericht organiseren en betalen

## Andere initiatieven

Naast de introductie van kwaliteitsprikkels zijn er nog een paar initiatieven op het gebied van uitkomstgericht organiseren en betalen. Zo wordt in een IGO nagedacht over het maken van een verdeelmodel waarin de betaling van geleverde zorg in de IGO in de toekomst deels afhankelijk wordt gemaakt van PREM\* uitkomsten. De denkrichting hierbij is om een deel van de uitkering aan de deelnemers variabel te maken, gekoppeld aan uitkomsten. Het idee is om met staffels te werken onder en boven de landelijke benchmark. Echter, de PREM is een nieuw landelijk meetinstrument en de landelijke uitkomsten zijn onvoldoende differentiërend, waardoor het meetinstrument niet geschikt is om verschillen per regio's goed naar boven te halen en daarmee ook niet geschikt is voor koppeling aan het verdeelmodel. De betreffende IGO beraad zich nog op dit vraagstuk.

\*PREM = patient reported experience measures

Een ander relevant initiatief is de BUZZ-2 studie.

## BUZZ-2

In een van de IGO's is in het kader van het ZonMw programma uitkomstgericht organiseren en betalen de BUZZ-2 studie uitgevoerd. BUZZ staat in dit kader voor Bekostigen Uitkomsten Zorg voor Zwangere. Het doel van deze studie was om voor twee interventies eenvoudige en uitkomstgerichte betaalafspraken te ontwikkelen en implementeren. De kennis en ervaring die daarmee is opgedaan is vastgelegd in een Toolkit. Deze is te vinden middels deze link: [Bekostigen Uitkomsten Zorg van de Zwangere \(BUZZ2\) | ZonMw Projects](#). Het maken van uitkomstgerichte betaalafspraken was in deze studie gericht op de afspraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, met als intentie om uit oogpunt van gelijkgerichtheid dezelfde lijn door te trekken in de interne verdeelsystematiek. De kennis en ervaring die is opgedaan in deze studie is relevant voor zowel externe als interne betaalsystematiek, gericht op het introduceren van uitkomstmaten.

Terug



Verder

Thuis



# Doorontwikkeling: ‘under construction’

Op het moment van schrijven van deze Toolkit zijn een aantal IGO's bezig met aanpassing of herontwerp van hun verdeelmodel. Hieronder staan ze kort beschreven.

- Een van de IGO's is aan het ‘droogzwemmen’ met het verdeelmodel met verdeelpercentages per IGO fase.
- Een van de IGO's heeft het verdeelmodel met verdeelpercentages per IGO fase per 2022 geïmplementeerd met een afbouwend vangnet en is dit aan het monitoren en evalueren.
- Een van de IGO's is onder begeleiding van adviesbureau Sirm bezig met herontwerp van het verdeelmodel. Als onderdeel van dit proces wordt een kijkje genomen in de keuken van de andere IGO's. In de huidige fase is vooral sprake van oriëntatie op de mogelijkheden, daarna zullen de voors en tegens van de verschillende modellen worden afgewogen om vervolgens keuzes te maken voor het verdeelmodel.
- Een van de IGO's is bezig met kostprijsanalyses waar herijkingen van de verdeelsystematiek uit kunnen voortvloeien. Eén herijking is reeds uitgevoerd.
- IGO's zijn regelmatig bezig met het in kaart brengen van zorgverschuivingen die hebben plaats gevonden tussen de verschillende zorgaanbieders. Dit kan gaan om zorgverschuivingen die bewust zijn ingezet zonder directe aanpassing van het verdeelmodel of om zorgverschuivingen die als onderdeel van integraal werken meer onbewust zijn ontstaan. Op deze analyses kan een evaluatie en bijstelling van de verdeelsystematiek volgen.

Terug



Verder

Thuis

# Procesinrichting

## Introductie

Naast het ontwerpen en inrichten van een IGO verdeelmodel is het ook raadzaam om processen in te richten rondom het gebruik van het model en onderhoud en besluitvorming. Verdeling van geld is over het algemeen een onderwerp waar partners nauw bij betrokken willen zijn en de gemoederen snel kunnen oplopen. Transparantie op inhoud en proces is van belang om rust en vertrouwen te borgen in het met elkaar delen van één portemonnee.

## Gebruik van een IGO verdeelmodel

Voor het werken met een verdeelmodel met MONO als basis, is een IGO administratie nodig voor facturatie aan zorgverzekeraars en een MONO administratie voor interne verdeling van middelen.

Meerdere IGO's met dit verdeelmodel maken gebruik van een extern administratiekantoor voor uitvoering van de facturatie aan verzekeraars en de betaling aan de deelnemers. Deze partij verzorgt tegen betaling de volledige financiële administratie en rapporteert hierover periodiek aan de IGO. Je bent als IGO dan ontzorgd op de financiële administratie, maar nog wel aan zet voor het uitvoeren van toetsingen en afwikkelen van retour informatie en correcties vanuit zorgverzekeraars.

Wanneer een IGO over een integraal dossier beschikt zal deze, voor zover als mogelijk, daar uit doelmatigheidsoogpunt wellicht ook de benodigde administraties voor externe facturatie en interne uitbetaling in integreren. Er is dan geen externe partij nodig of enkel voor datgene dat niet in de administratie van het integraal dossier kan worden ondergebracht. De IGO is in dat geval zelf verantwoordelijk voor het inrichten van de benodigde administratieve processen, het afwikkelen van retourinformatie en correcties vanuit zorgverzekeraars en rapportage aan de deelnemers.

Ongeacht het soort verdeelmodel en waar de financiële administratie is ondergebracht, is het van belang om de administratieve processen op papier vast te leggen en goede afspraken te maken over wie wanneer welke informatie krijgt ter informatie, toetsing of accordering.

Wanneer, al dan niet in de vorm van een pilot, zorgverschuivingen in gang worden gezet zullen afspraken gemaakt moeten worden over hoe hiermee om te gaan in het verdeelmodel. Een

afweging kan zijn om de impact van de zorgverschuiving eerst te monitoren alvorens tot aanpassing van het verdeelmodel over te gaan. Met name daar waar de verwachte impact gering is, is dit een logische volgorde. Bij een verwachte aanzienlijke impact zullen er vooraf reeds aanpassingen moeten worden gemaakt in het verdeelmodel voordat partners mee willen in de aanpassing van een zorgpad. De feitelijke impact zal dan alsnog moeten worden gemonitord om te kijken hoe die zich verhoudt tot de inschatting die vooraf is gemaakt. Het is in dit kader ook een idee om drempelwaardes te definiëren voor wel of niet vooraf danwel feitelijk aanpassen van het verdeelmodel.

## Onderhoud van een IGO verdeelmodel

Het is raadzaam om periodiek het verdeelmodel of specifieke onderdelen daarvan te evalueren uit het oogpunt van de vraag of de wijze van verdelen nog voldoende aansluit bij de integrale manier van werken in de IGO en/of er verandering is opgetreden in kostprijzen. Ook kan het opsporen van aanwijzingen voor zorginnovaties in de toekomst een item zijn in de evaluatie van monitoringscijfers. De evaluatie dient te worden uitgevoerd met vertegenwoordiging van alle IGO partners waarbij ook financiële kennis aanwezig is. In bepaalde gevallen wordt in de IGO's een breder gremium aanvullend betrokken in de evaluatie, zoals een bestuur of algemene leden vergadering (ALV).

Bij de IGO's die werken met een MONO systeem als basis, wordt de vulling (declaraties van leden) van de integrale (IGO) prestaties over de jaren bekeken. Daarbij wordt gekeken naar trends/veranderingen en die worden voor zover mogelijk gekoppeld aan de zorginhoudelijke ontwikkelingen en zorgverschuivingen. Iets concreter wordt in één van de IGO's bijvoorbeeld per verzekeraar de MONO productie afgezet tegen de integrale productie. Deze informatie wordt gebruikt om de mix te beoordelen en te kijken of er een verzwaring heeft plaatsgevonden, indien de MONO omzet hoger is dan de IGO omzet. Als de IGO omzet hoger is dan wordt gekeken of zorgverschuivingen als gevolg van kwaliteitsprojecten hebben plaatsgevonden.

Terug



Verder

Thuis



# Procesinrichting

## Besluitvorming

In alle IGO's geldt dat voor aanpassing van de interne verdeelsystematiek unaniem akkoord nodig is van alle deelnemende partijen (pijlers/partners) van de IGO. Dat is ook logisch aangezien partijen samen één portemonnee delen.

Voordat een voorstel voor aanpassing van de verdeelsystematiek wordt voorgelegd aan het bestuur of de ALV van een IGO ter besluitvorming, wordt er een proces van toetsing doorlopen die past bij de governance en organisatie inrichting van de IGO. Besluitvorming over financiën is voor de deelnemers aan een IGO over het algemeen een belangrijk en gevoelig onderwerp, zeker voor partijen die met vrijwel hun hele omzet onderdeel zijn van de IGO. Voldoende tijd en aandacht inruimen voor het informeren van en toetsen op draagvlak in de achterbannen is meestal van groot belang.

## Kennisuitwisseling tussen IGO's

IGO's hebben met elkaar een denktank waarbinnen, informeel en op persoonlijke titel, kennis en ervaring wordt uitgewisseld over het werken met een intern verdeelmodel en de doorontwikkeling daarvan. De denktank heet 'IGO denktank verdelen achter de voordeur.' De denktank is tot en met 2023 ondersteund door het college perinatale zorg (CPZ).

Terug



Verder

Thuis



# Uitdagingen & Succesfactoren

## Inleiding

Het werken met een intern verdeelmodel brengt uitdagingen met zich mee. Op basis van de ervaringen van IGO's zijn er een aantal op een rij gezet, om uw voordeel mee te doen door er op voorbereid te zijn.

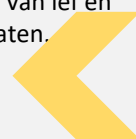
## Transparantie en Vertrouwen

Zoals hiervoor reeds beschreven is verdeling van geld over het algemeen een onderwerp waar partners nauw bij betrokken willen zijn en de gemoederen snel kunnen oplopen. Transparantie en vertrouwen zijn nodig om dit te voorkomen. Hier zal continu tijd en aandacht voor moeten zijn. En op het moment dat er veranderingen aan de orde zijn zal hier extra tijd en aandacht voor moeten worden uitgetrokken. Het is van belang om partners en hun achterban continu te betrekken en eventuele obstakels met elkaar te bespreken. Transparantie (controlebaarheid) kan een uitdaging zijn in de overgang naar een nieuw of aangepast verdeelmodel, maar zal voor een bepaalde periode moeten worden nagestreefd om vertrouwen te creëren in het verdeelmodel. Bijvoorbeeld in de vorm van een schaduwrapportage of andere gewenningsinformatie. Vertrouwen komt natuurlijk te voet en gaat te paard, met name op het moment dat zich een negatieve ervaring voordoet. Bij het verkennen of inzetten van veranderingen t.a.v. het verdeelmodel kan een bewuste overweging zijn om een onafhankelijke externe partij mee te laten kijken en adviseren, als dat voor de deelnemende partijen wenselijk is voor het maken van afwegingen en keuzes en/of wegen van belangen van alle partijen. Het is ook helpend als er aandacht is voor het feit dat verloskundige praktijken voor hun hele bedrijfsvoering afhankelijk zijn geworden van de IGO en niet terug kunnen vallen op een professionele organisatie met financiële expertise.

## Durven loslaten

Het doel van een IGO is om de Geboortezorg rondom de zwangere zo goed mogelijk te organiseren d.m.v. samenwerkingen tussen de verschillende zorgverleners met als doel zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te leveren. Integrale bekostiging faciliteert hierin. Indien wordt vastgehouden aan een MONO verdeling achter de voordeur worden hier maar beperkte stappen in gezet en heeft de IGO last van beperkingen van de MONO systematiek. Dat verdeelmodel belemmert de doorontwikkeling van zorgverschuivingen en innovaties binnen de IGO en leidt tot minder kansen voor het verhogen of behouden van kwalitatief goede zorg. Het is van belang om een goed evenwicht te zoeken tussen comfort en kleine stappen voorwaarts versus het kweken van lef en voldoende vertrouwen om het oude systeem in toenemende mate met elkaar los te laten.

Terug



Verder

Thuis

## Randvoorwaarden

Voor het goed kunnen inzetten en doorontwikkelen van een verdeelmodel is financiële ruimte nodig. Enerzijds voor de tijd van mensen die zijn belast met taken en verantwoordelijkheden rondom het dagdagelijks gebruik. Anderzijds voor het creëren van tijd en aandacht voor benodigde aanpassingen of doorontwikkeling. Zoals aangegeven kan hierbij soms wat onafhankelijke, externe ondersteuning of advisering nodig zijn. Daarnaast is het van belang om wat speelruimte te hebben voor bijvoorbeeld het werken met een tijdelijk vangnet bij de overgang naar een nieuwe systematiek of voor het introduceren van uitkomstgerichte parameters in de verdeelsystematiek waarbij de beleving van een sigaar uit eigen doos moet worden voorkomen.

Wanneer lang met MONO vangnetten wordt gewerkt terwijl er ook getransformeerd wordt naar passende zorg, bestaat het risico dat alle besparingen die daaruit volgen wegvloeien naar zorgverzekeraars en een IGO niet de kans krijgt om reserves op te bouwen die nodig zijn voor continuïteit van de IGO en om te kunnen blijven innoveren. Er zijn voorbeelden van IGO's die stoeien met die situatie.

Er is een bepaalde rust en stabiliteit nodig om te werken aan doorontwikkeling van een verdeelmodel. Wanneer bepaalde omstandigheden veranderen, zoals bijvoorbeeld de beleidsregel integrale bekostiging per 2023 is veranderd, kan dit betekenen dat er onvoldoende ruimte overblijft voor andere aanpassingen zoals doorontwikkeling van het verdeelmodel. Ook het vertrekken of tijdelijk uitvallen van sleutelpersonen kan een bottleneck zijn. Een IGO is natuurlijk een netwerkorganisatie met zeer geringe overhead. Het opvangen van dit soort veranderingen brengt over het algemeen vertragen met zich mee op het jaarplan.

Voor een IGO is het van belang om jaarlijks de contractering met verzekeraars tijdig af te wikkelen, zodat inkomsten geborgd zijn. Wanneer dit proces veel tijd en aandacht vraagt gaat dat ook vaak ten koste van tijd die kan worden besteed aan het verdeelmodel, aangezien het vaak dezelfde collega's zijn die hierbij nodig zijn. Het wisselt per jaar en per verzekeraar, maar de arbeidsintensiteit en doorlooptijd van contracteren voor IGO's is over het algemeen hoog. Het afsluiten van meerjarencontracten kan een manier zijn om hierin tijdswinst te boeken.

# Toekomstvisie

## Doorontwikkeling naar minder integrale fases

In de ontwerpfasen van integrale bekostiging in de Geboortezorg was het oorspronkelijk plan om met één of twee prestaties te gaan werken. Met name zorgverzekeraars vonden de overgang naar een dergelijk systeem te spannend, omdat er voor hen daarmee financieel gezien weinig inzicht overblijft. Uiteindelijk is er voor gekozen om een indeling te maken met drie fases, te weten een prenatale, natale en postnatale fase. Binnen deze fases wordt onderscheid gemaakt naar reguliere en complexe fases. Tot slot is er een separate prestatiecode ingericht voor kraamzorguren.

Het bestaande onderscheid tussen reguliere en complexe fases en een separate fase voor kraamzorguren, staat de ontwikkeling naar meer passende zorg in de weg.

Bijvoorbeeld in het samenvoegen van de natale fases zijn voordelen te vinden. De prikkel voor het leveren van complexe zorg vervalt en het geeft een betere prikkel voor het ontwikkelen van alternatieven voor complexe zorg. Er liggen kansen en mogelijkheden voor het voorkomen van complexe OK zorg. Bijvoorbeeld door implementatie van continue zorg tijdens de baring, wat leidt tot minder gebruik van pijnstilling en minder keizersneden (studie MUMC: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03336-6>).

Of bijvoorbeeld inzetten op scholing in hands on technieken tijdens de uitdrijving, wat leidt tot minder totaal rupturen.

De omzetstroom van kraamzorguren is zeer omvangrijk en leent zich door het "P x Q" karakter ook minder voor innovatieve zorgverschuivingen en het transformeren naar meer passende zorg op maat. Bundelbekostiging met een vast tarief per zwangere maakt het mogelijk om zorg op maat te leveren. Het bestaan van een wettelijke eigen bijdrage (WEB) op deze kraamzorguren is op dit moment een aanvullende belemmering om hier een verdere ontwikkeling op in te zetten. Er is overigens bij de kraamzorgorganisaties ook nog geen breed draagvlak voor het opheffen van de PxQ in de bekostiging.

IGO's zien samenvoeging van fases als een mogelijk stip op de horizon voor de toekomst. Anno 2024 zijn nog niet alle IGO's klaar voor een dergelijke aanpassing van de beleidsregel integrale bekostiging geboortezorg.

## Mislukt plan voor experiment

In één van de IGO's is in de periode 2020/2021 geprobeerd om een vorm van populatiebekostiging als pilot met de NZa door te voeren. Het idee was om één prijs per bevalling voor alle zorgverzekeraars in gebruik te nemen. Hiervoor was integrale data nodig om het uniforme tarief goed te berekenen. Het beoogde experiment is gestrand op compliance issues en het vrijgeven van data in het kader van de AVG.

## Nieuw experiment in de pijnlijn

Anno 2024 is bij één van de IGO's, in navolging op de ZonMw BUZZ-2 studie uitkomstgericht organiseren en betalen, een ontwikkeling in gang gezet voor het verminderen van het aantal integrale fases. Deze IGO heeft met een aantal zorgverzekeraars het onderscheid tussen complexe en reguliere fases opgeheven voor de prenatale en postnatale fase, door de prijzen van die fases gelijk te stellen. Dit is een eerste kleine stap onderweg naar de ambitie om een experiment in te zetten waarbij dit onderscheid ook in de natale fase wordt opgeheven. Dat is een spannende stap, omdat in die fase veel omzet zit. Maar juist in die fase liggen zoals hiervoor beschreven, kansen voor meer passende zorg op het moment dat het onderscheid complex en regulier wordt opgeheven. Het plan is om met ondersteuning van de NZa een experiment hiervoor op te zetten. De NZa juicht dit initiatief toe en ook de meeste zorgverzekeraars lijken open te staan voor deze ontwikkeling.

Terug



Verder

Thuis



# Auteurs



“Durf het oude en vertrouwde los te laten om nieuwe zorginnovaties te kunnen implementeren.”

Jack van Mechelen, manager IGO Qocon



"Nederland heeft een verdeelmodel voor integrale bekostiging van geboortezorg nodig dat ervoor zorgt dat het geld de zorg volgt. Door deze benadering kunnen we de middelen optimaal inzetten waar ze het meest nodig zijn, zodat aanstaande moeders en hun baby's de best mogelijke zorg ontvangen gedurende de gehele zwangerschap en bevalling. Dit model bevordert niet alleen efficiëntie, maar ook kwaliteit en continuïteit van zorg, wat uiteindelijk resulteert in betere gezondheidsuitkomsten voor zowel moeder als kind."

Susanne Zuidhof, directeur bestuurder IGO Geboortehart



“Delen van achtergrond en motivatie bij verschillende verdeelmodellen achter de voordeur helpt om een keuze te maken welke past bij de deelnemers van een IGO en de fase waarin de organisatie zich bevindt.”

Evelien van de Mortel, stafmedewerker IGO JijWij, Samen in geboortezorg



“De sleutel tot toekomstbestendigheid in de geboortezorg ligt in domeinoverstijgende samenwerking, waarbij doelmatigheid niet alleen een streven is, maar de basis vormt voor het leveren van excellente zorg voor moeder en kind. Deze aanpak dient tevens als voorbeeldfunctie voor nieuwe integrale initiatieven, waarbij grenzen tussen disciplines worden doorbroken om gezamenlijke doelen te bereiken.”

Michel van der Voort, directeur bedrijfsvoering/bestuurder IGO Salland en IGO IJmond



“De benodigde transformatie naar meer passende zorg, vraagt om integrale samenwerking en daarbij passende verdeling van middelen. IGO's brengen dit reeds op kleine schaal in de praktijk, met zorgvuldigheid, ambitie en lef. In deze toolkit delen we de geleerde lessen van ons pionieren.”

Linda Nijenhuis, directeur bedrijfsvoering IGO Annature

Terug



Verder

Thuis