

FAQ uitvoering convenant afspraken 2025

A FAQ over financiële afspraken

1. Is er nog sprake van een generieke toeslag in 2025?

Nee, deze afspraak liep af op 31 december 2024. De afspraak is gemaakt om voor 2025 weer terug te gaan naar individuele contractafspraken, waaronder ook individuele afspraken over de max-max toeslag. De afspraak is wel gemaakt om bij de individuele contractafspraken, rekenschap te geven van de feiten en omstandigheden die voor kraamzorgorganisaties ook in 2025 gelden. Bo heeft kunnen constateren dat verzekeraars zich aan deze afspraken hebben gehouden.

2. Is er al iets duidelijk over hoe dit in 2026 verder gaat?

Hiervoor is het kostenonderzoek kraamzorg van de NZa bepalend. Uiterlijk 1 juli 2025 wordt duidelijk wat de hoogte van het nieuwe tarief is per 1 januari 2026.

3. Komen hierbij ook de afspraken over het delen van zorgen en spreiden van zorguren te vervallen?

Nee, deze afspraken zijn nog steeds van kracht en zijn nu opgenomen in een nieuwe bijlage bij het convenant 2024-2025: Afspraken over zorglevering bij schaarste kraamzorg 2025.

B FAQ over het verdelen en spreiden van zorgen

4. Moet iedereen zich houden aan de afspraken over het verdelen van zorgen en het spreiden van zorguren?

Het is niet zo dat men zich dan kan onttrekken aan de opgave om in tijden van schaarste in gezamenlijkheid af te stemmen hoe cliënten toch de best mogelijke zorg kunnen krijgen. Daarbij is men enerzijds ook gehouden aan de reguliere contractafspraken met verzekeraars en anderzijds het “normenkader continuïteit kraamzorg in tijden van krapte”. Deze sectornorm geldt voor alle kraamzorgaanbieders die gecontracteerd zijn in een postcodegebied.

5. Wat kan er gebeuren wanneer mijn organisatie zich onttrekt aan de afspraken in het convenant/normenkader?

Gecontracteerde zorgaanbieders die zich onttrekken aan de afspraken lopen het risico om hier door de gecontracteerde verzekeraar op aangesproken te worden. Dit kan verstrekende consequenties hebben v.w.b. de afspraken over de max-max en/of contractering voor 2025 en 2026. De zorgverzekeraar kan over gaan tot terugvordering.

6. Hoe zit het met ZZP'ers en Platforms/Coöperaties waar ZZP'ers aan verbonden zijn?

Van iedere zorgaanbieder/gecontracteerde in een regio wordt verwacht om een bijdrage te leveren aan het verdelen van zorg en spreiden van zorguren. Ook platforms en coöperaties zijn gecontracteerd op werkgebieden/postcodereksen. Het is van belang dat partijen elkaar opzoeken om af te stemmen hoe ook ZZP'ers hierin een bijdrage leveren. Zo nodig kan de begeleidingscommissie hierin ondersteuning bieden.

7. Hoe weten we wie er gecontracteerd is in onze regio?

Aan KSV's die al een wachtlijst hebben of op korte termijn krijgen wordt het overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders per postcodereeks aangeleverd. Het overzicht van de preferente zorgverzekeraar is leidend. Uitzonderingen m.b.t. tot de andere zorgverzekeraars worden door de zorgaanbieder bij het KSV gemeld. Het overzicht wordt intern gedeeld met alle betrokken zorgaanbieders maar wordt verder als vertrouwelijk beschouwd. Aanlevering vindt zonder vorm van discussie plaats op basis van een aanvraag van de contactpersoon van het KSV.

8. Hoe weten we wie de preferente verzekeraar voor onze regio is?

Hiervoor volgt op korte termijn een overzicht postcodereeksen, contactpersonen KSV's en preferente verzekeraars.

9. Wat als de aanbieders in een regio ook geen 24 uur fysieke zorg meer kunnen leveren?

Het doel is aan alle cliënten minimaal 24 uur zorg bieden; wanneer dit niet haalbaar is dan is het zaak om te vragen aan het begeleidingscommissie team om mee te denken en indien nodig te escaleren. De preferente zorgverzekeraar wordt hierbij ook betrokken, zie ook de afspraken in het normenkader.

10. Waaruit bestaat het leveren van 24 uur fysieke zorg en wat als er sprake is van aftrek ziekenhuisdagen?

De inhoud van minimale zorg staat beschreven in het LIP onder het minimum zorgpakket. Dit betreft dagelijkse verzorging en controles van moeder en kind, en signaleren en voorlichting en instructie. Uitgangspunt is drie uur per dag zorg gedurende 8 dagen. Mocht er sprake zijn van aftrek ziekenhuisdagen dan vervalt de verzorging, controles en observaties van deze dagen. De resterende dagen wordt dan minimaal 3 uur zorg geboden waarbij overall minimaal 10 uur voorlichting en instructie wordt geboden.

11. Kan digitale zorg in de plaats komen van fysieke zorg?

Er dient in ieder geval 24 uur fysieke zorg geleverd te worden. Daarboven aangevuld met uren digitale voorlichting en instructie. Het leveren van digitale zorg dient te voldoen aan de richtlijn digitale zorg 2025.

12. Hoeveel uren digitale voorlichting en instructie kan ik aanbieden?

Dit hangt af van het aantal uren fysieke zorg wat u levert en of het om een eerste-, tweede- of volgende kind gaat.

Aantal uren fysieke kraamzorg	Totaal aantal uren voorlichting	Aantal uren fysieke voorlichting en instructie	Aantal uren digitale voorlichting en instructie middels beeldbellen	Aantal uren digitale voorlichting en instructie middels app of digitaal beeldmateriaal
24 uur*	10 uur	Minimaal 4 uur	Maximaal 6 uur	1 uur
Meer dan 24 uur bij een eerste kind	12 uur	Minimaal 6 uur	Maximaal 6 uur	1 uur

Meer dan 24 uur bij een tweede of- volgende kind	8 uur	Minimaal 4 uur	Maximaal 4 uur	1 uur
--	-------	----------------	----------------	-------

*Dit betekent dat u indien u noodgedwongen 24 uur fysieke zorg kunt aanbieden en u aanvullend 6 uur beeldbellen aanbiedt, dat u nog 18 uur over heeft om andere fysieke zorg dan voorlichting en instructie te bieden.

C FAQ overige zaken en bijlagen

13. Waar kan ik alle informatie vinden over het convenant?

Bo heeft [een openbare pagina op de website](#) ingericht met alle relevante documenten en informatie. Deze bijbehorende FAQ wordt op basis van nieuwe vragen en issues continu verversd en is ook te vinden op deze pagina.

14. Wat is er gecommuniceerd naar zwangeren en cliënten?

Naast een woordvoeringslijn en een gezamenlijk persbericht, is er een FAQ voor zwangeren en cliënten opgesteld. Persverzoeken en andere media-aandacht loopt zoveel mogelijk via Bo. Op korte termijn wordt afgesproken via welke kanalen deze informatie verder wordt verspreid.

15. Waar moet het wachtlijstbeheer aan voldoen?

Van belang is dat de privacy van cliënt gegevens is geborgd en dat niet meer personen/organisaties inzicht hebben in de wachtlijst dan strikt noodzakelijk is om zorgen te kunnen verdelen en uren te kunnen spreiden. Mogelijk volgt er nog nadere instructie in het kader van de privacy. De cliënt moet de mogelijkheid hebben om een 1^e en 2^e aanbieder van voorkeur mee te geven op de wachtlijst. De vorm is verder vrij en zal ook afhangen van de aantallen cliënten die het betreft. Deze FAQ zal verder worden aangevuld met tools die in de verschillende regio's worden gebruikt en die werkbaar zijn gebleken.

16. Wat als cliënten zich bij een verzekeraar melden wanneer zij zich niet kunnen inschrijven?

De verzekeraar houdt zelf geen wachtlijsten meer bij. Zij dienen deze cliënten door te geleiden naar de regionale wachtlijst van het betreffende KSV.

17. Wat als we er als KSV niet uit komen met de preferente verzekeraar(s) of als de verdeling binnen een KSV niet goed verloopt ?

Hiervoor zijn afspraken vastgelegd in het document 'Inzet van de begeleidingscommissie'. Uiteraard is het wel zaak om het idee dat zaken niet conform de spelregels lopen eerst bij de direct betrokkenen bespreekbaar te maken. Ook is het doel van de begeleidingscommissie om denkracht toe te voegen in het geval de capaciteit in zijn totaliteit ontoereikend is voor de zorgvraag in een periode. Bij de begeleidingscommissie is in beeld welke regio's het meest nijpend zijn en de commissie monitort ook de voortgang binnen de regio's.

18. Hoe zit het met de uitkomsten op indicatoren waarvan de uitkomsten mogelijk slechter zijn en die als norm gelden in het inkoopbeleid?

Bij de kwaliteitsuitvraag via Desan is de mogelijkheid geboden om aan te geven welke uitkomsten slechter uit zijn gevallen door de capaciteitsproblematiek en de gemaakte afspraken in het convenant over het verdelen van zorgen/spreiden van uren. Te denken valt bijvoorbeeld aan aantal ingezette ZZP'ers, de indicator continuïteit van zorg en geleverde zorg t.o.v. geïndiceerde zorg etc. Met alle verzekeraars is dit besproken en de teneur is dat hier rekening mee zal worden gehouden. Bo zal op basis van de aangeleverde gegevens een analyse en rapportage maken die in het najaar zal worden meegenomen in de 2^e gespreksronde met de verzekeraars.