

**Consultatiedocument**

## **Kraamzorg**

Een analyse van de mogelijkheden voor vrije  
prijsvorming

februari 2009



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doelstelling	14
1.3 Consultatieprocedure	14
1.4 Consultatie-informatie	14
1.5 Informatiebronnen	15
1.6 Opbouw consultatiedocument	15
<b>2. De markt voor kraamzorg</b>	<b>17</b>
2.1 Wat is kraamzorg?	17
2.1.1 Productomschrijving	17
2.1.2 Bevallen thuis, in het ziekenhuis of elders	18
2.1.3 Samenhang met andere zorgvormen	19
2.1.3.1 Keten geboortezorg	19
2.1.3.2 Keten jeugdgezondheidszorg	20
2.2 Prestatie- en tariefregulering	20
2.2.1 Beleidsregels NZa	20
2.2.2 Fonds arbeidsmarktbeleid	21
2.2.3 Tijdelijke bandbreedte tarieven	22
2.2.4 Basisverzekering en aanvullende verzekering	22
2.2.5 Ketenprestaties	23
2.3 De vraag naar kraamzorg	24
2.3.1 Vraagontwikkeling	24
2.3.2 Landelijk indicatieprotocol	24
2.3.3 Vraagsubstitutie	25
2.4 Het aanbod van kraamzorg	26
2.4.1 Soorten aanbieders	26
2.4.2 Arbeidsmarkt	27
2.4.3 Tijdelijke / regionale tekorten	27
2.4.4 Aanbodsubstitutie	28
2.4.5 Toetredingbarrières	29
2.5 Keuzemogelijkheden voor consumenten	30
2.5.1 Transparantie op de markt	30
2.5.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen	30
2.5.1.2 Transparantie van kwaliteit	30
2.5.1.3 Transparantie van prijs	32
2.5.2 Keuze- en overstap mogelijkheden	33
<b>3. Marktgedrag</b>	<b>37</b>
3.1 Inkoopprykkels	37
3.1.1 Prikkel verzekeraar	37
3.1.2 Prikkel verzekerde	38
3.1.3 Marktverhoudingen	39
3.1.3.1 Verzekeraar	40
3.1.3.2 Aanbieder	40
3.1.3.3 Verzekerde	40
3.2 Anticompetatieve gedragingen	41
3.2.1 Te hoge prijzen	41
3.2.2 Te lage prijzen	41
3.2.3 Onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders	42
3.2.4 Misbruik inkoopmacht	43
3.3 Externe prikkels	44

3.3.1	Afwentelgedrag	44
3.3.2	Ketenzorg/spillover effecten	45
3.3.3	Volume-effecten	46
<b>4.</b>	<b>Lastendruk</b>	<b>49</b>
4.1	Huidige lastendruk kraamzorg	49
4.2	Lastendruk geliberaliseerde kraamzorg	50
<b>5.</b>	<b>Monitoring door de NZa</b>	<b>53</b>
5.1	Wettelijke taken en bevoegdheden	53
5.1.1	Taken	53
5.1.2	Bevoegdheden	53
5.2	Relatie andere toezichthouders / regelgevers	53
5.3	Voorlopige risicoanalyse geliberaliseerde markt	54
<b>6.</b>	<b>Overzicht Consultatievragen</b>	<b>55</b>
	<b>Bijlage 1. Begrippenlijst</b>	<b>59</b>
	<b>Bijlage 2. Correspondentie ActiZ</b>	<b>61</b>
	<b>Bijlage 3. Interviews</b>	<b>65</b>
	<b>Bijlage 4. Beleidsregel CI-1086 (Tariefstructuur Kraamzorg)</b>	<b>67</b>

## Vooraf

Voor u ligt het consultatiedocument kraamzorg. Dit document bevat een analyse naar de mogelijkheden van vrije prijsvorming voor de markt van kraamzorg. Voor dit consultatiedocument is gebruik gemaakt van een meetlat die de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa) in februari 2007 heeft gepubliceerd. De invulling van de meetlat geeft antwoord op de vraag of de consumentenbelangen voldoende geborgd zijn in een markt met vrije prijsvorming. De meetlat is ook toegepast op de markten voor eerstelijns psychologie, oefentherapie, mondzorg, dieetadvisering. Gelijktijdig met dit consultatiedocument brengt de NZa het Consultatiedocument eerstelijns verloskundige zorg uit.

De hoofddoelstelling van het consultatiedocument is om de lezer uit te nodigen om te reageren. Zo kan de NZa toetsen of de in dit document gepresenteerde marktanalyse juist en volledig is. Dit rapport wordt ter consultatie voorgelegd aan overheidsorganisaties, verzekeraars, aanbieders, brancheorganisaties, onafhankelijke deskundigen en wetenschappelijke organisaties. Het document wordt ook op de internetsite van de NZa geplaatst. Wij nodigen iedere lezer uit om op de in dit document opgenomen vragen te reageren. Uw bijdrage helpt ons om een juiste weergave van de markt te schetsen en eventuele onjuistheden weg te nemen.

Dit consultatiedocument geeft nog geen advies over het al dan niet vrijgeven van de markt voor kraamzorg. Het presenteert wel een voorlopige conclusie. De in dit document gepresenteerde marktanalyse ligt hieraan ten grondslag. Aan deze voorlopige conclusie kunnen geen rechten worden ontleend. In het visiedocument Kraamzorg, dat wordt opgesteld op basis van het consultatiedocument en de reacties daarop, neemt de NZa wel een advies op over het al dan niet vrijgeven van de markt die is geanalyseerd.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit consultatiedocument.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter



## Managementsamenvatting

De laatste jaren is het Nederlandse gezondheidszorgstelsel flink gewijzigd met als doel een vraaggestuurd, kwalitatief goed en doelmatig zorgstelsel te realiseren.

De NZa heeft in het nieuwe stelsel een belangrijke taak als maker en bewaker van goed werkende zorgmarkten en beschermer van het consumentenbelang. In navolging van het experiment fysiotherapie, waar sinds 1 februari 2005 een experiment is gestart met vrije prijzen en waar nu vrije prijzen gelden, heeft de NZa de volgende consultatiedocumenten voor het liberaliseren van vrije beroepen gepubliceerd:

- Eerstelijns psychologische zorg, mei 2007;
- Oefentherapie, mei 2007;
- Mondzorg, december 2007;
- Extramuraal dieetadvisering, januari 2008;
- Eerstelijns verloskundige zorg, februari 2009.

Dit consultatiedocument Kraamzorg brengt de NZa gelijktijdig met het consultatiedocument eerstelijns verloskundige zorg uit.

ActiZ heeft de NZa verzocht om binnen het programma 'Liberalisering vrije beroepers in de zorg' ook kraamzorg mee te nemen. De NZa heeft hierop positief gereageerd (zie bijlage 2). Hoewel kraamzorg geen 'klassiek' vrij beroep is, vertoont de markt voldoende overeenkomsten met markten voor vrije beroepers om deze op een gelijke wijze te beoordelen. Tevens naast heeft de kraamzorgmarkt directe relaties met de markt voor verloskundige zorg. Gezamenlijk publiceren van de consultatiedocumenten Kraamzorg en Eerstelijns verloskundige zorg ligt daarom voor de hand.

'Concurrentie op kwaliteit, transparantie en vrije prijsvorming' is een van de aandachtspunten van Actiz.<sup>1</sup> Kraamzorgtarieven kunnen naar oordeel van Actiz vrijgegeven worden, onder een aantal randvoorwaarden:

- Kwaliteitsborging;
- Naleving van de CAO;
- Voldoende en voldoende goed opgeleide kraamverzorgenden;
- Goede toegang;
- Keuzevrijheid van cliënten;
- Ketenzorg;
- Innovatie;
- Meerjarencontracten.

### *De meetlat*

Om de verwachte effecten van vrije prijzen in te schatten, gebruikt de NZa 'de meetlat', zoals gepubliceerd is in 'Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg'. In de meetlat zijn aspecten van marktstructuur en marktgedrag opgenomen die bepalen of de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn. Ook kijkt de NZa naar mogelijke anticompetitieve gedragingen. Bij de inschatting van externe effecten hebben we ons beperkt tot de aspecten die voor de kraamzorgmarkt relevant zijn.

---

<sup>1</sup> *Kansen voor kwaliteit, strategienota kraamzorg 2007-2010*. Actiz publicatienummer 07.0006. Utrecht, april 2007.

Tabel 1 geeft de invulling van de meetlat voor de kraamzorgmarkt. In de meetlat geven '+' en '-' aan of vrije prijsvorming op het betreffende aspect van de markt tot een verbetering of verslechtering in het consumentenbelang leidt. Bij een '±' heeft de NZa geen eenduidige voorspelling kunnen doen. Kortom, des te meer '+', des te minder economisch-technische bezwaren tegen vrijgeven van de tarieven. Eenvoudigweg optellen van de plussen en minnen geeft geen antwoord op de vraag of een markt geliberaliseerd kan worden. De plussen en minnen geven aandachtspunten aan, waarmee rekening gehouden moet worden bij de vormgeving en begeleiding van de transitie naar een (meer) vrije markt. Als veel aspecten op '+' staan, zijn er minder begeleidende maatregelen nodig om de liberalisering tot een goed einde te brengen.

Per aspect is benoemd of het een start- of ingroeicriterium betreft.<sup>2</sup> Startcriteria zijn aspecten van de markt die iets zeggen over de neiging van marktpartijen om met elkaar de concurrentie aan te gaan. Om te zorgen dat concurrentie op een geliberaliseerde markt op gang komt, moeten ze op het moment van liberalisering bij voorkeur niet op '-' staan. Ingroeicriteria zijn aspecten die op een concurrerende markt kunnen ontstaan. De beoordeling van deze aspecten mag '-' zijn op het moment van liberalisering.

---

<sup>2</sup> In het visiedocument 'Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg' werden deze criteria respectievelijk *zacht* en *hard* genoemd.

## Meetlat kraamzorg

Criterion	Beoordeling	Start- of ingroei
Transparantie		
Heldere prestatieomschrijvingen	+	Ingroei
Kwaliteit geleverde zorg transparant	±	Ingroei
Prijs geleverde zorg transparant	+	Ingroei
Zorgpolis transparant	±	Ingroei
Markttoegang		
Voldoende aanbieders	±	Start
Lage of geen toetredingsdrempels	+	Start
De consument kan eenvoudig kiezen en overstappen	±	Ingroei
Marktgedrag partijen		
Prikkel zorgverzekeraar goed inkopen	+	Start
Prikkel consument goed inkopen	±	Start
Evenwichtige marktverhoudingen	±	Ingroei
Anticompetitieve gedragingen		
Te hoge prijzen	±	Ingroei
Te lage prijzen	±	Ingroei
Kartelvorming	±	Ingroei
Misbruik inkoopmacht	±	Ingroei
Negatieve externe effecten		
Keteneffecten	±	Start
Volume-effecten	+	Ingroei
Risicoselectie	+	Ingroei
Transactie- en veranderingskosten	±	Ingroei
Lastendruk prijsonderhandelingen	+	Ingroei
Lastendruk kwaliteitstoezicht	±	Ingroei
Lastendruk marktmonitoring	±	Ingroei

Zoals uit de meetalt valt af te leiden voldoet de markt voor kraamzorg aan veel van de voorwaarden voor een goed werkende markt. Geen enkel criterium zorgt voor een duidelijke verslechtering van het consumentenbelang.

### *Transparantie*

Er zijn signalen dat het voor verzekerden niet altijd duidelijk is waar ze recht op hebben. Desalniettemin wordt geïndiceerde kraamzorg – binnen duidelijk omschreven grenzen – vergoed uit de basis-verzekering. Daarnaast bieden zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen met extra dekking. De prestatieomschrijvingen voor kraamzorg zijn duidelijk. Voor zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders zijn ze bruikbaar bij de inkoop van zorg. Het project 'Verantwoorde kraamzorg' heeft in 2008 een set sectorbreed geaccepteerde indicatoren opgeleverd die momenteel worden getest. Dit is een stap voorwaarts die in andere (geliberaliseerde) sectoren vaak nog moet worden gezet. Inzicht in de metingen van volledig operationele indicatoren wordt desondanks niet voor 2011 verwacht.

### *Markttoegang*

De kraamzorgmarkt wordt gekenmerkt door een groot aantal kraamzorgorganisaties. In de meeste regio's zijn veel verschillende kraamzorgorganisaties actief, zodat consumenten en zorgverzekeraars een keuze hebben. Desondanks doen zich niet te negeren tekorten voor. Deze tekorten zijn regionaal en van tijdelijke aard.

De kraamzorgmarkt kent geen onredelijk hoge toetredingsdrempels. Nieuwe aanbieders zijn in staat toe te treden tot markten als er schaarste optreedt. De toetredingsbarrières die bestaan, dienen om de minimale kwaliteit van kraamzorg te waarborgen. Consumenten hebben keuze- en overstapmogelijkheden tussen aanbieders. De NZa schat ten slotte in dat er een aanzienlijk aantal potentiële toetreders tot de markt is, gelet op de verwantschap van het beroep kraamverzorgende met andere beroepen en de vergelijkbaarheid van het bedrijfsproces met andere sectoren.

### *Marktgedrag partijen*

Zorgverzekeraars hebben een sterke inkoopprikkel voor kraamzorg. Hoewel gemeten naar schadelast de sector maar een klein deel van de totale kosten veroorzaakt, is kraamzorg marketing-technisch een belangrijk product voor verzekeraars. Kraamzorg is interessant voor de 'jonge gezinnen', en dat zijn aantrekkelijke klanten. Een goed polisaanbod voor kraamzorg kan grote groepen aantrekkelijke verzekerden binnenlokken. Zorgverzekeraars hebben daarom belang bij een actieve zorginkoop – meer dan bij veel andere zorgvormen. Een specifieke groep verzekerden kent veel belang toe aan kraamzorg, en heeft daardoor een sterke prikkel om een goede polis in te kopen ter dekking van kraamzorgkosten. Voor een meerderheid van de verzekerden is kraamzorg echter niet van belang. Voor alle kraamzorgconsumenten geldt een vergelijkbare dekking in de basisverzekering. Overall is de inkoopprikkel van de consument minder sterk dan die van de zorgverzekeraar.

### *Anticompetitieve gedragingen*

De NZa schat de kans op anticompetitieve gedragingen niet groter of kleiner in dan in andere geliberaliseerde markten. De NZa heeft voorsnog geen aanmerkelijke marktmacht vastgesteld in de kraamzorgmarkt. Als zich desondanks toch mededingingsrechtelijke problemen voordoen, beschikken de NZa en de NMa over een wettelijk instrumentarium om in te grijpen ter bescherming van het consumentenbelang.

Kraamzorg kent een sterke samenhang met verloskundige zorg. Het is niet ondenkbaar dat consumenten hun voorkeur voor een kraamzorgaanbieder mede laten afhangen van de voorkeur van een andere zorgaanbieder in de geboortezorgketen, met name de verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Enkele marktpartijen hebben de NZa in gesprekken ter voorbereiding van dit consultatiedocument gewezen op de onevenredig grote invloed die verloskundigen zouden uitoefenen op zwangere vrouwen. De NZa heeft met een consumentenenquête onder andere deze invloed onderzocht. Een grote meerderheid van de consumenten heeft de keuze voor een kraamzorgaanbieder zelf gemaakt (83%). De invloed van verloskundigen is niet groter of kleiner dan de invloed van andere belangrijke informatiebronnen.

### *Negatieve externe effecten*

De NZa schat de kans op supplier induced demand ('overaanbod door de aanbieder') op de kraamzorgmarkt klein in. Kraamzorg kan maar één keer geleverd worden per bevalling. Tevens kan men geen invloed

uitoefenen op het aantal bevallingen en de hieruit voortvloeiende kraamzorg. De kraamzorgaanbieder stelt niet zelf de indicatie op, maar dit doet de verloskundige aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg (LIP).

De NZa verwacht geen afwentelgedrag, dat wil zeggen andersoortige zorgaanbieders laten opdraaien voor de zorgvraag die eigenlijk door de kraamzorgaanbieders beantwoord moet worden. Het is in de praktijk wel mogelijk om een deel van de kraamzorg, zoals huishoudelijke hulp te laten verrichten door een andere partij. De geïnterviewde kraamzorgaanbieders benadrukken dat dit slechts een noodmaatregel is geweest gedurende de tekorten.

De verschillende stadia van de natale zorg hangen sterk samen. Zorginkopende partijen kunnen er belang bij hebben om de gehele extramurale geboortezorg in de vorm van één prestatie in te kopen. Momenteel bestaat kraamzorg – evenals eerstelijns verloskundige zorg – uit meerdere losse prestaties. Op een geliberaliseerde markt voor geboortezorg zou de behoefte aan ketenprestaties sterker kunnen worden.

#### *Transactie- en veranderkosten*

De lastendruk is groter in een systeem met regulering dan in een systeem met vrije prijsvorming. Bij introductie van vrije prijzen zal de lastendruk voor korte tijd hoger zijn, vanwege de veranderkosten. De transactiekosten kunnen licht toenemen. Dit hangt samen met onderhandelingen over contracten en prijzen. Het is aan de marktpartijen om door een efficiënte invulling van het contractproces de lasten tot een minimum te beperken.

#### *Specifieke aandachtspunten kraamzorgmarkt*

In dit onderzoek van de kraamzorgmarkt constateert de NZa dat de 'administratieve uniformiteit' kan verbeteren:

- Er is geen landelijke registratie van kraamverzorgenden.
- Niet alle kraamzorgaanbieders zijn verplicht om het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording aan te leveren.
- Er is discussie of bemiddelingsbureaus vallen onder reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Tijdens het ontwikkeltraject van de indicatoren Verantwoorde Kraamzorg is gebleken dat er geen landelijk overeenstemming bestaat over onder andere landelijk richtlijnen en registratie.

#### *Voorlopige conclusie*

Op basis van bovenstaande analyse komt de NZa tot de voorlopige conclusie dat de juiste marktcondities aanwezig zijn voor vrije prijsvorming.

Er is geen reden om aan te nemen dat een vrije markt de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zal schaden. Het algemeen consumentenbelang zal baat hebben bij een meer competitieve kraamzorgmarkt. Deze markt wordt al meer dan veel andere zorgmarkten gekenmerkt door competitie tussen zorgaanbieders, én de inkoop van kraamzorg speelt een belangrijke rol in de competitie tussen zorgverzekeraars. Transparantie van kwaliteit is nog niet optimaal, maar kwaliteitsmetingen zijn in vergelijking met andere markten ver ontwikkeld. Vrijgeven van de huidige maximumtarieven leidt volgens deze economische analyse tot een betere aansluiting van het aanbod op de vraag naar kraamzorg. Dit komt ten goede aan de kwaliteit van zorg, vraaggerichtheid, doelmatigheid en innovatie.

De NZa brengt gelijktijdig met dit consultatiedocument Kraamzorg ook een consultatiedocument Eerstelijns verloskundige zorg uit. De voorlopige conclusies in beide consultatiedocumenten zijn onafhankelijk van elkaar geldig. Dus: een beslissing over vrijgave van de kraamzorgtarieven kan onafhankelijk van een beslissing over de verloskundetarieven genomen worden.

Deze voorlopige conclusie staat open voor consultatie. De NZa nodigt u van harte uit om te reageren. De NZa wil met dit consultatiedocument de feitelijke informatie, de gevolgde argumentatie en de getrokken conclusie toetsen aan de kennis en de mening van belanghebbenden en deskundigen. Dit document bevat consultatievragen die u kunt beantwoorden. Uw 'vrije tekst reactie' is ook welkom.

Consultatievraag 1

*Deelt u de voorlopige conclusie van de NZa dat vrije prijsvorming de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de markt voor kraamzorg zal bevorderen? Zo nee, waarom niet en wat is het alternatief?*

## Inleiding

### 1.1 Aanleiding

In februari 2007 heeft de NZa het visiedocument 'Liberalisering vrije beroepen in de zorg' gepubliceerd.<sup>3</sup> In dat document presenteert de NZa een meetlat die zij vanaf nu gaat gebruiken om te bezien of een markt kan worden vrijgegeven of niet. Deze meetlat is specifiek ontwikkeld voor de vrije beroepen. De invulling ervan voor een specifieke beroepsgroep geeft antwoord op de vraag of de consumentenbelangen voldoende geborgd zijn in een geliberaliseerde markt en of de markt kan worden vrijgegeven of niet. Op basis van de uitkomst van de meetlat adviseert de NZa de minister om een markt vrij te geven of niet. De minister neemt hier uiteindelijk een beslissing over.

Het College toezicht zorgverzekeringen heeft de minister van VWS in 2005 de aanbeveling gedaan om het vrijgeven van de tarieven van kraamzorg te overwegen. Deze aanbeveling heeft het ministerie echter nooit doorgezet in een aanwijzing daartoe aan het College tarieven gezondheidszorg. ActiZ heeft de NZa in 2007 verzocht om binnen het programma 'Liberalisering vrije beroepers in de zorg' ook kraamzorg mee te nemen. De NZa heeft hierop positief gereageerd (zie bijlage II). Kraamzorg is echter geen vrij beroep maar vertoont voldoende overeenkomsten met de markt voor vrije beroepers om deze op een gelijke wijze te beoordelen. Daarnaast heeft de kraamzorgmarkt direct relaties met de markt voor verloskundige zorg, waarvoor momenteel ook onderzocht wordt of de markt al dan niet kan worden vrijgegeven.

Bij het vrijgeven van een markt is het consumentenbelang leidend. Het introduceren van vrije prijsvorming in een sector moet ervoor zorgen dat de consument zijn zorg tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding kan inkopen.

Bij de introductie van vrije prijsvorming gaat het niet alleen om een nieuw financieringssysteem. Het vrijgeven van prijzen geeft verzekeraars en aanbieders meer vrijheden om klantgericht te werken en geeft partijen bijvoorbeeld de ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant en biedt meer mogelijkheden voor ondernemerschap. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich met deze producten en diensten ook beter van elkaar onderscheiden.

Marktwerking is dus geen doel op zich, maar een instrument om de welvaart voor de consument te vergroten. Meer marktwerking betekent niet dat er geen regels meer zijn, maar wel dat er andere regels zijn die meer vrijheid en flexibiliteit mogelijk maken en die de verantwoordelijkheden tussen partijen anders toedeelt. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. In plaats van het vaststellen van regels die bepalen wat er moet gebeuren voor welke prijs, gaat het erom duidelijk te maken welke prestaties worden verwacht en welke spelregels gelden.

---

<sup>3</sup> Dit visiedocument is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

## 1.2 Doelstelling

Dit consultatiedocument heeft als doel om:

- een marktanalyse te presenteren van de onderhavige markt (zijn de juiste marktcondities aanwezig voor vrije prijsvorming<sup>4</sup>);
- marktpartijen te consulteren over de door NZa uitgevoerde analyse;
- draagvlak verkennen voor het voorlopige advies;
- op basis van de reacties van partijen het consultatiedocument om te vormen tot een visiedocument.

## 1.3 Consultatieprocedure

Dit consultatiedocument wordt via een consultatieprocedure voorgelegd. Het wordt opgestuurd naar overheidsorganisaties, wetenschappers en brancheorganisaties met de vraag de in dit document gepresenteerde marktanalyse te toetsen. Daarnaast is het bedoeld om kennis te verzamelen om de marktanalyse aan te vullen en aan te scherpen. Kloppen onze bevindingen? Zijn de analyses en conclusies juist? Ontbreken er nog aspecten die meegenomen dienen te worden om een goede afweging te kunnen maken om deze markt al dan niet vrij te geven? De consultatievragen zijn opgenomen bij de paragraaf waarop de vraag betrekking heeft. U hoeft zich hierbij niet verplicht te voelen om op alle vragen een antwoord te geven.

Na verwerking van de reacties van partijen aan wie het consultatiedocument is voorgelegd, wordt het consultatiedocument omgezet in een visiedocument. Het visiedocument zal naar verwachting in de eerste helft van 2009 gepubliceerd worden.

## 1.4 Consultatie-informatie

De NZa nodigt u uit om uiterlijk 17 april 2009 schriftelijk uw eigen visie en commentaar in te sturen op de punten die in dit consultatiedocument aan de orde komen. Wij ontvangen uw commentaar bij voorkeur in elektronische vorm als bijlage bij een e-mail bericht.

Gelieve uw antwoord steeds te voorzien van een motivering en waar mogelijk van voorbeelden en onderbouwende (kwalitatieve en/of kwantitatieve) gegevens. Vanzelfsprekend kan ook commentaar gegeven worden op gerelateerde onderwerpen die niet in consultatievragen aan de orde komen.

U kunt uw reactie sturen aan het secretariaat van de directie Ontwikkeling van de NZa, via het volgende e-mail adres: [geboortezorg@nza.nl](mailto:geboortezorg@nza.nl), o.v.v. 'consultatie kraamzorg «uw naam of bedrijf»'.

Indien u uw reactie (ook) per post of fax in wilt sturen kunt u deze richten aan:

Nederlandse Zorgautoriteit  
secretariaat directie Ontwikkeling  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
fax: (030) 296 82 96  
o.v.v. 'consultatie kraamzorg «uw naam of bedrijf»'

---

<sup>4</sup> De invulling van de meetlat staat hierbij centraal.

Gelieve in uw bijdrage een contactpersoon te benoemen met naam, telefoonnummer en e-mail adres, voor het geval wij over uw bijdrage behoefte hebben aan een toelichting.

Voor verdere informatie of vragen kunt u contact opnemen met de projectleider: Mathijs Romme, [geboortezorg@nza.nl](mailto:geboortezorg@nza.nl).

Alle reacties op het consultatiedocument worden openbaar gemaakt op de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)). Indien u één duidelijk als zodanig gemarkeerde vertrouwelijke en één niet-vertrouwelijke versie van uw commentaar verstrekt, zal de NZa alleen de niet-vertrouwelijke versie openbaar maken.

## 1.5 Informatiebronnen

Voor het schrijven van dit consultatiedocument is gebruik gemaakt van bestaande literatuur over de markt van kraamzorg<sup>5</sup> en gegevens van Stipter bv (voorheen zorgveiling bv). Daarnaast zijn verschillende marktpartijen en belanghebbenden geïnterviewd. Voor een uitgebreide lijst wordt verwezen naar bijlage 2 van dit document. Tevens is een enquête onder consumenten uitgevoerd om beter inzicht te krijgen in het keuzeprocess van de zorgvragers.

## 1.6 Opbouw consultatiedocument

Hoofdstuk 2 begint met een uiteenzetting van wat de prestatie kraamzorg inhoudt en de hoe de markt voor kraamzorg op dit moment geordend is. In hoofdstuk 3 volgt een inschatting van het gedrag van partijen op de markt, indien de huidige maximumtarieven zouden worden vrijgegeven. In hoofdstuk 4 wordt beschreven welke gevolgen het vrijgeven van de tarieven zou hebben voor de (ondernemings-)lasten van zorgaanbieders en welke werkzaamheden verricht moeten worden om tot liberalisering te komen. In hoofdstuk 5 gaan we in op het toezicht op de zorgmarkt. Hoofdstuk 6 geeft een overzicht van alle consultatievragen.

---

<sup>5</sup> Onder andere informatie uit de monitors van het Nivel.



## 2. De markt voor kraamzorg

### 2.1 Wat is kraamzorg?

#### 2.1.1 Productomschrijving

Kraamzorg is een vorm van perinatale zorg.<sup>6 7</sup> Perinatale zorg betreft zorg die plaatsvindt rond de geboorte van een kind. De perinatale zorg wordt ingedeeld in drie stadia, namelijk voor, tijdens en na de bevalling (de zogenaamde prenatale, natale en postnatale zorg). Kraamzorg vindt plaats tijdens en na de bevalling. De beschikbaarheid van kraamzorg draagt bij aan het mogelijk maken van de thuisbevalling. Het beleid van het ministerie van VWS is gericht op het behoud van deze eerstelijns zorg. Kraamzorg vervult daarin een noodzakelijke rol.

Het doel van kraamzorg is:

- De vroege signalering en preventie van problemen bij moeder en pasgeboren kind, om hen zo een zo goed mogelijke start te kunnen geven;
- Een juiste verzorging van de pasgeborene en de voorbereiding van de moeder en de partner op deze taak.

De resultaten van kraamzorg zijn:

- Het leveren van een bijdrage aan een goed verlopende thuisbevalling.
- De moeder en het pasgeboren kind worden na de geboorte verzorgd en gecontroleerd, zoals vastgelegd in de basiskwaliteitseisen kraamzorg.
- De moeder is zodanig hersteld dat zij de taken, dan wel de regie op die taken, ten aanzien van de zorg voor haar pasgeboren kind en haar gezin op zich kan nemen.
- De moeder en de partner zijn voorgelicht en geïnstrueerd volgens de geldende inzichten over de (preventieve) zorg voor het kind en de moeder.
- De basis voor integratie van het pasgeboren kind in het gezin is gelegd.
- Vroegtijdige signalering van (potentiële) problemen bij het pasgeboren kind is doorgegeven aan de verloskundige / huisarts / jeugdgezondheidszorg (JGZ).
- Vroegtijdige signalering van risicogezinnen is – met in achtneming van de richtlijnen voor overdracht – doorgegeven aan de verloskundige / huisarts / JGZ.
- Het leggen van een basis voor een gezonde start van het pasgeboren kind.
- Het creëren van een doorlopende lijn in activiteiten (tussen kraamzorg en JGZ), gericht op de (preventieve) zorg en opvoedingsondersteuning van het pasgeboren kind en diens moeder / ouder(s) / verzorger(s).

De kraamzorg in de natale fase (gedurende bevalling) wordt partusassistentie genoemd. Partusassistentie houdt in:

- Begeleiding en ondersteuning van de zwangere vrouw en – zo nodig aan – de partner in de laatste fase van de ontsluiting, tijdens de baring en in de periode kort na de bevalling;

<sup>6</sup> Zoals ook verloskundige en gynaecologische zorg, en soms ook huisartsenzorg.

<sup>7</sup> De inhoudelijke beschrijving van het product kraamzorg in dit hoofdstuk is ontleend aan het Landelijk indicatieprotocol kraamzorg 2008 (LIP). Landelijk indicatieprotocol kraamzorg, Instrument voor toekenning van kraamzorg: *Partusassistentie en kraamzorg gedurende de kraamperiode*. Maart 2008.

- Assistentie van de verloskundige in haar werkzaamheden om de bevalling goed te (bege)leiden.

Kraamzorg in de postnatale fase (gedurende de kraamperiode) kan bestaan uit een combinatie van de volgende deelproducten:

- verzorging en controle van de kraamvrouw;
- verzorging en controle van het pasgeboren kind;
- voorlichting, instructie en integratie van het kind in het gezin;
- observeren, signaleren en rapporteren;
- waarborgen hygiëne;
- verzorging en/of opvang van huisgenoten;
- huishoudelijke taken basis;
- huishoudelijke taken extra.

Deze periode beslaat gewoonlijk de eerste tien dagen na de baring. Juist in de eerste tien dagen kunnen zich problemen voordoen bij de kraamvrouw die onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maken; vandaar dat de kraamvrouw extra begeleiding krijgt.

Belangrijke kenmerken van kraamzorg uit het perspectief van een kiezende consument zijn:

- Het is incidentele zorg.
  - Het is geen chronische zorg, maar er is een duidelijk begin en einde gedurende een beperkte periode.  
Vrouwen hebben doorgaans maar een paar keer in hun leven een kraamzorgvraag. Daarnaast zijn ze soms bij de keuzes betrokken die familieleden of vrienden maken.
- Het is noodzakelijke zorg.
  - Vrijwel alle zwangere vrouwen doen een beroep op kraamzorg voor de begeleiding tijdens het kraambed. In sommige gevallen verleent de kraamverzorgenden ook partusassistentie tijdens de bevalling.
- Het is slechts in een bepaalde fase spoedeisende zorg.
  - In het prenatale stadium is er veelal tijd om te kiezen tussen zorgaanbieders. De natale periode en de onmiddellijke postnatale periode is vooraf slechts bij benadering te bepalen en kent wel een spoedeisend karakter zodra de bevalling zich voordoet.
- De geografische nabijheid.
  - De kraamverzorgende moet binnen een uur na de oproep partusassistentie kunnen verlenen. Dit betekent dat niet elke kraamzorgaanbieder in aanmerking komt voor elke zwangere vrouw.
- Kraamzorg vergt samenwerking binnen een keten.
  - Er zijn raakvlakken met andere vormen van zorg, zoals verloskundige zorg, huisartsenzorg, thuiszorg en kind- en jeugdzorg.

#### Consultatievraag 2

*Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van door kraamverzorgenden geleverde zorg? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.*

### **2.1.2 Bevallen thuis, in het ziekenhuis of elders**

In totaal maakt 95% van de zwangere vrouwen gebruik van kraamzorg (LIP 2008). In Nederland mag je als zwangere vrouw zelf kiezen waar je wilt bevallen, met uitzondering van zwangere vrouwen met een medische indicatie. Nederland kent een lange traditie van thuis bevallen. Ongeveer 30% van de zwangere kiest hiervoor. Daarnaast is het ook mogelijk om in een ziekenhuis te bevallen onder begeleiding van een verloskundige

(poliklinische bevalling) of in een geboortehotel. De plaats van bevallen kan gevolgen hebben voor de vergoeding door de zorgverzekeraar.

Van de zwangere vrouwen die poliklinisch bevallen gaat het grootste deel direct na de bevalling naar huis en start de kraamzorg. Vrouwen die bevallen in een geboortehotel ontvangen de kraamzorg veelal in dit hotel. Indien zij naar een paar dagen naar huis gaan ontvangen zij aansluitend nog de resterende uren kraamzorg. Zwangere vrouwen met een medische indicatie moeten in het ziekenhuis bevallen onder begeleiding van een gynaecoloog. Na het ontslag uit het ziekenhuis volgt aansluitend kraamzorg. Het aantal dagen kraamzorg hangt af van het aantal dagen dat de vrouw in het ziekenhuis is opgenomen. Per opname dag wordt één achtste deel van de geïndiceerde uren kraamzorg, vastgesteld tijdens de zwangerschap, afgetrokken met uitzondering van de dag van ontslag (LIP 2008).

### 2.1.3 Samenhang met andere zorgvormen

Kraamzorg maakt deel uit van twee ketens: de keten van geboortezorg en de keten van de jeugdgezondheidszorg. In deze paragraaf beschrijven we kort de ketens. In de volgende paragraaf gaan we in op mogelijke ketenprestaties.

#### 2.1.3.1 Keten geboortezorg

##### *Eerstelijns verloskundige zorg*

Kraamzorg en eerstelijns verloskundige zorg zijn nauw met elkaar verbonden tijdens de thuisbevalling en het kraambed. De verloskundige is eindverantwoordelijk voor het primaire verloskundige proces, waaronder de beoordeling van de gezondheidssituatie van moeder en pasgeboren kind.

De kraamverzorgende verleent partusassistentie tijdens thuisbevallingen. Zij ondersteunt de verloskundige, maar in een samenwerkingsrelatie en met eigen verantwoordelijkheden. Het is dan ook belangrijk dat er goede ketenafspraken worden gemaakt. Basiskwaliteitseisen kraamzorg bevatten de onderwerpen waarover de kraamverzorgende en de verloskundige afspraken moeten maken.

Volgens de IGZ worden de geldende normen omtrent samenwerking en communicatie over het algemeen goed nageleefd, maar zijn de normen als zodanig niet altijd toereikend om tot voldoende geborgde kwaliteit van zorg te leiden. De IGZ verwacht verbeteringen op basis van de indicatoren Verantwoorde Kraamzorg.

Uit de interviews die de NZa heeft gehouden met diverse marktpartijen blijkt dat het beeld over de samenwerking tussen verloskundigen en kraamzorgaanbieders niet altijd positief is. Soms staat de samenwerking onder druk door een te grote werkdruk, een gebrekkig schriftelijke overdracht of persoonlijke conflicten.

##### *Ziekenhuizen*

Wanneer een bevalling op indicatie in het ziekenhuis plaatsvindt, verleent de kraamverzorgende geen partusassistentie. De samenwerking van de kraamzorg beperkt zich dan tot post-natale zorg die de verloskundige en de kraamverzorgende in samenwerking thuis leveren. Als de kraamvrouw lang opgenomen is geweest in het ziekenhuis, wordt er thuis geen kraamzorg meer verleend.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> De postnatale kraamzorg wordt verminderd met het aantal dagen dat de kraamvrouw in het ziekenhuis opgenomen is geweest.

Er moet een goede overdracht van zorg thuis naar ziekenhuis en terug zijn. De overdracht betreft zowel zorginhoudelijke als organisatorische aspecten van de zorg. De verloskundige is verantwoordelijk voor de overdracht. De kraamverzorgende 'volgt'.

De NZa heeft geen signalen over kraamzorggerelateerde problemen in overdrachtssituaties van thuisbevalling naar ziekenhuisbevalling.

### Consultatievraag 3

*Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van samenhang tussen de verschillende ketenpartners? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.*

#### 2.1.3.2 Keten jeugdgezondheidszorg

##### *Jeugdgezondheidszorg*

Na afloop van de kraamzorg moet de kraamverzorgenden het gezin informeren over de aansluitende zorgverlening. Daarnaast moet de zorg voor het pasgeboren kind overgedragen worden aan de jeugdgezondheidszorg/consultatiebureau. Het RIVM ontwikkelt een overdrachtsdocument voor de gegevensuitwisseling tussen verloskundige zorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg-verpleegkundigen<sup>9</sup>.

## 2.2 Prestatie- en tariefregulering

Het doel van de prestatieregulering is om een eenheid van taal te creëren op de zorginkoopmarkt. Zorgverzekeraars en consumenten moeten erop kunnen vertrouwen dat de prestatie kraamzorg bij elke kraamzorgaanbieder hetzelfde inhoudt.

Het onderhoud van de vastgestelde prestaties bestaat eruit dat de prestatieomschrijvingen worden aangepast indien de ontwikkelingen in de zorgmarkt daarom vragen. Gewoonlijk worden hiertoe (een- of tweezijdige) verzoeken door zorgaanbieders en zorgverzekeraars ingediend. De tarieven worden doorgaans jaarlijks geïndexeerd met een bepaald percentage, afgeleid van de algemene en zorgspecifieke inflatiecijfers.

Het doel van generieke tariefregulering is algemene kostenbeheersing. Zorgstelsels met universele verzekeringsdekking en vergaande solidariteit, hebben de keerzijde dat ze weinig stimuli kennen voor kostenbesparing en prijsefficiëntie (o.a. Schut 1999<sup>10</sup>).

### 2.2.1 Beleidsregels NZa

De NZa-beleidsregel CI-1086 is afgegeven op 1 januari 2009 als opvolger van eerdere beleidsregels. Deze beleidsregel bepaalt dat er ten aanzien van kraamzorg zes prestaties bestaan waarvoor een maximum geldt ten aanzien van het bedrag dat in rekening mag worden gebracht aan consumenten of zorgverzekeraars. Deze maximumtarieven worden vastgesteld door de NZa. De laatste wijziging in de prestatieregulering dateert van 1 januari 2007, toen partusassistentie een afzonderlijke per uur declarabele prestatie is geworden naast de

<sup>9</sup> Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. *Ketenzorg zwangerschap en geboorte*. 16 juli 2008. Kenmerk CZ-CB-U-2831796.

<sup>10</sup> Schut, 1999. 'Marktordening in de gezondheidszorg', in: Lapré, Rutten en Schut, 1999. 'Algemene economie van de gezondheidszorg'. Elsevier/De Tijdstroom.

eenmalige vergoeding voor partusassistentie. De reden hiervoor was dat partijen het wenselijk achten om inzicht te krijgen in het aantal uren kraamzorg (exclusief partusassistentie) en het aantal uren partusassistentie dat verleend wordt<sup>11</sup>.

De tarieven die per prestatie gelden zijn jaarlijks aangepast. De procentuele stijging van de tarieven is niet elk jaar en niet voor elke prestatie gelijk geweest.

### Tarief- en prestatieregulering kraamzorg 2006-2009

Beleidsregel	CI-1086	CI-1082	CI-1037	CI-956	CI-865 <sup>12</sup>
Geldigheid	1 jan 09 –	20 okt 08 –	1 jan 08 –	1 jan 07 –	1 jan 06 –
Prestatie	...	1 jan 09	19 okt 08	31 dec 07	31 dec 06
Per uur kraamzorg	€ 40,30	€ 39,40	€ 39,40	€ 37,90	€ 37,10
Per uur partusassistentie	€ 40,30	€ 39,40	€ 39,40	€ 37,90	-
Per inschrijving	€ 37,40	€ 36,50	€ 36,50	€ 35,20	€ 34,60
Per intake					
– bij de cliënt thuis	€ 56,10	€ 54,80	€ 54,80	€ 52,80	€ 51,00
– telefonisch	€ 18,70	€ 18,30	€ 18,30	€ 17,60	€ 17,30
Per partusassistentie	€ 74,80	€ 73,00	€ 73,00	€ 70,40	€ 68,90
Praktijkleerweg Kraamzorg					
3 maanden	-	€ 3.000-6.000	-	-	-
9 maanden	-	€ 6.400-10.400	-	-	-
18 maanden	-	€ 13.400-17.400	-	-	-

Bron: NZa-beleidsregels

De Wet marktordening gezondheidszorg (art. 35) bepaalt dat het zorgaanbieders verboden is om een tarief in rekening te brengen als dit tarief of die prestatie niet overeenkomen met de prestatiebeschrijving en het tarief in de beleidsregels.

#### 2.2.2 Fonds arbeidsmarktbeleid

Door beëindiging van de subsidieregeling voor het sectorfonds Zorg vielen voor de kraamzorg middelen vrij. Deze middelen werden tot 2005 op basis van een subsidieregeling via de sectorfondsen aan de zorgaanbieders beschikbaar gesteld. Het Ministerie van VWS heeft in 2004 verzocht deze gelden conform de reguliere financierings-systematiek in de beleidsregels op te nemen. De middelen zijn bedoeld voor arbeidsmarktbeleid. Sindsdien bevatten de maximumtarieven naast een bedrag ter dekking van de normale zorgkosten een toeslag van 1,86%. Dit betekent dat in de kraamzorgtarieven van 2009 de volgende additionele bedragen zijn opgenomen:

Per uur kraamzorg	€ 0,70
Per uur partusassistentie	€ 0,70
Per inschrijving	€ 0,70
Per intake:	
– of bij de cliënt thuis	€ 1,00
– of telefonisch	€ 0,30
Per partusassistentie	€ 1,30

<sup>11</sup> Circulaire CI/06/55c NZa

<sup>12</sup> Tarieven inclusief een tijdelijke toeslag tot 1 januari 2007.

### 2.2.3 Tijdelijke bandbreedte tarieven

Kraamzorgaanbieders en ook zorgverzekeraars hebben aangekaart dat er structurele tekorten aan kraamverzorgenden zijn bij de huidige en verwachte vraag aan kraamzorg. Met name in de zomerperiode 2008 is dit zichtbaar geworden. De minister van VWS heeft toegezegd om de ontstane problemen op te willen lossen door gebruik te maken van de middelen die voor 2008 in het Budgettair Kader Zorg voor de kraamzorg zijn gereserveerd maar in 2008 als gevolg van de ondercapaciteit niet zijn uitgegeven. Eén van de maatregelen welke partijen hebben aangeboden om de ontstane capaciteitsproblemen structureel op te lossen is het aanbieden van extra praktijkleerwegen tot kraamverzorgende. De minister van VWS heeft de NZa verzocht om mogelijk te maken dat de overgebleven middelen aan het opleiden van nieuwe kraamverzorgenden kon worden besteed. Dit heeft er toe geleid dat er drie tijdelijke prestaties met bandbreedtetarieven zijn toegevoegd aan de beleidsregel kraamzorg (CI-1082).

Om deze tijdelijke prestaties te kunnen declareren moest voldaan zijn aan een aantal voorwaarden:

- De dominante zorgverzekeraar (dit is de zorgverzekeraar waarvoor de kraamzorgaanbieder in 2007 de meeste kraamzorg heeft geleverd) moet akkoord zijn met het aantal extra praktijkleerwegen kraamzorg en de hoogte van de te declareren tarief.
- De praktijkleerwegen kraamzorg moeten gestart zijn voor 1 mei 2009.
- Kraamzorgaanbieders die de tijdelijke prestaties willen leveren moeten een door Calbris erkend leerbedrijf zijn en een contract bezitten met een Crebo-erkende opleidingsinstelling voor het uitvoeren van verzorgendenopleidingen op niveau 2 en 3.

### 2.2.4 Basisverzekering en aanvullende verzekering

#### *Basisverzekering*

Kraamzorg zit in Nederland in het basispakket. De kosten van kraamzorg worden vergoed binnen de Zorgverzekeringswet. Het Besluit zorgverzekering stelt ten aanzien van kraamzorg het volgende:

#### **Artikel 2.12 Besluit zorgverzekering**

1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verzorging, omdat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Dit betekent dat de geïndiceerde uren kraamzorg volgens het LIP, verleend tijdens de bevalling en in de eerste tien dagen na de bevalling<sup>13</sup> volledig worden vergoed. De minimale verzekerde aanspraak bedraagt 24 uur postnatale kraamzorg plus de benodigde omvang partusassistentie. De maximale verzekerde aanspraak bedraagt 80 uur kraamzorg (verdeeld over tien dagen, inclusief partusassistentie).

<sup>13</sup> Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. *Uitwerking afspraak kraamzorg in Coalitieakkoord*. 30 november 2007. Kenmerk CZ-EKZ 2807883.

## Omvang verzekerde aanspraak kraamzorg

	Partusassistentie	Postnatale kraamzorg	Totaal
Minimum	Naar behoefte	24 uur <sup>14</sup>	24 uur + partusassistentie naar behoefte
Gemiddeld	4 uur	49 uur <sup>15</sup>	53 uur
Maximum	Naar behoefte	Naar behoefte	80 uur verdeeld over 10 dagen

Bron: op basis van LIP

Volgens het LIP bedraagt de gemiddelde zorgomvang vier uur partusassistentie en 49 uur postnatale kraamzorg. De werkelijk geleverde en vergoede omvang varieert naar behoefte. De minimale omvang wordt het 'minimumpakket kraamzorg' genoemd. De gemiddelde omvang wordt 'basispakket kraamzorg' genoemd. Er is sprake van 'kraamzorg op maat' wanneer op grond van het LIP 'meer- of minderfactoren' onderscheiden worden die een afwijkende zorgomvang vereisen. Meer over de indicerende werking van het LIP leest u in paragraaf 2.3.

Er bestaat een wettelijke eigen bijdrage van € 3,80 per uur kraamzorg die de verzekerde moet betalen bij een thuisbevalling. Wanneer men in het ziekenhuis wil bevallen zonder medische indicatie dan moet er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage betaald worden van € 15 per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 108 per dag te boven gaat.

### Aanvullende verzekering

De zorgverzekeraars bieden verschillende aanvullende zorgverzekeringen waaronder vaak een specifiek voor jonge gezinnen. In deze aanvullende pakketten worden allerlei extra's aangeboden zoals:

- een gratis kraampakket;
- vergoeding van extra uren kraamzorg;
- volledig of gedeeltelijke vergoeding van de eigen bijdrage.

### 2.2.5 Ketenprestaties

Zorgverzekeraars die de regierol in de inkoop van kraamzorg oppakken, zouden een groeiende behoefte aan ketenprestaties kunnen krijgen. Momenteel stelt de NZa voor kraamzorg – evenals voor eerstelijns verloskundige zorg – losse prestaties vast. De samenstelling van deze prestaties in het uiteindelijke zorgaanbod voor de consument, wordt geregeld in op zichzelf staande regelingen, zoals het LIP. Als de zorginkoop- en regiefunctie van de zorgverzekeraars sterker wordt, zou ook de behoefte aan ketenprestaties sterker kunnen worden. Zorgverzekeraars onderhandelen in dat geval met één aannemer, die de ketenprestatie geboortezorg aanbiedt. Met hem worden afspraken gemaakt over kwaliteit, kosten, beschikbaarheid en dergelijke. Vervolgens kan deze aannemer de benodigde zorg binnen de keten organiseren. In de huidige situatie met 'losse prestaties' is de zorgverzekeraar de feitelijke aannemer die een samenhangend zorgaanbod moet samenstellen voor zijn verzekerden.

De verschillen tussen ketenprestaties en 'losse prestaties' is van belang, omdat de Wmg bepaalt dat zorg alleen gefactureerd en gedeclareerd mag worden, als er een prestatiebeschrijving van de NZa aan ten grondslag ligt. Zorgverleners of ondernemers kunnen op dit moment geen 'ketenprestatie Geboortezorg' aanbieden.

<sup>14</sup> 'Minimumpakket Kraamzorg'

<sup>15</sup> 'Basispakket Kraamzorg'

**Consultatievraag 3b**

*Is er in de huidige markt al vraag naar ketenprestaties geboortezorg? Kent u initiatieven voor het aanbieden van ketenprestaties? Vergroot vrije prijsvorming bij zorginkopers de behoefte aan ketenprestaties? Vergroot vrije prijsvorming bij zorgaanbieders de prikkel om geboortezorg in de vorm van een ketenprestatie aan te bieden?*

## 2.3 De vraag naar kraamzorg

### 2.3.1 Vraagontwikkeling

Het aantal geboorten fluctueert per jaar, maar de percentuele veranderingen zijn niet groot. De vraag naar kraamzorg is echter niet alleen afhankelijk van het aantal geboorten, maar ook van de wijzigingen in de vergoeding en afspraken over de omvang van het 'basispakket kraamzorg'.

De verwachting is enerzijds dat de vraag naar kraamzorg in de toekomst afneemt. De laatste jaren neemt het aantal geboorten af en de verwachting is dat deze trend doorzet (met uitzondering van 2008).<sup>16 17</sup> Anderzijds is het aantal uren kraamzorg in het basispakket verhoogd. De minister van VWS heeft per 2008 is het 'basispakket kraamzorg', zoals in het LIP geregeld, uitgebreid van 44 uur naar 49 uur.<sup>18</sup>

Uit de Nivel-monitor 2008 blijkt dat de daadwerkelijk geleverde gemiddelde zorgduur exclusief partusassistentie is afgenomen. De gemiddelde zorgduur inclusief partusassistentie is afgenomen in 2005 en 2006, maar in de eerste helft van 2007 weer licht gestegen. De zorgduur exclusief en inclusief partusassistentie bedroeg in de eerste helft van 2007 gemiddeld 38,07 resp. 39,64 uur.<sup>19 20</sup>

**Consultatievraag 4**

*Deelt u de inschatting van de vraagontwikkeling? Zo nee, beschikt u over cijfers die u met de NZa kunt delen?*

### 2.3.2 Landelijk indicatieprotocol

Het landelijke indicatieprotocol kraamzorg (LIP) is in 2005 vastgesteld. Het LIP is tot stand gekomen door een gezamenlijke inspanning van ActiZ, KNOV, Sting, BTN, ZN en LVG. Vanaf 2007 werken alle kraamzorgaanbieders, verloskundigen en zorgverzekeraars met het LIP en het inhoudelijke kader partusassistentie. Dit protocol is ontwikkeld om op landelijk uniforme wijze de inhoud en het aantal uren kraamzorg die nodig zijn te indiceren.

Er bestaan minimaal twee indicatiemomenten. De eerste indicatie doet meestal een consulent van een kraamzorgaanbieder in de zevende maand van de zwangerschap. De tweede indicatie doet de verloskundige

<sup>16</sup> Garssen en van Duin, Bevolkingsprognose 2006-2050: belangrijkste uitkomsten, 2006.

<sup>17</sup> Uit de laatste cijfers blijkt dat in de eerste negen maanden van 2008 140.000 kinderen zijn geboren, bijna 3.000 meer dan in dezelfde periode van 2007. Door deze ontwikkeling zal er over heel 2008 een breuk ontstaan in de trend van een jarenlange daling van het aantal geboorten. Een stijging is sinds 2000 niet meer voorgekomen. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2008/2008-073-pb.htm>

<sup>18</sup> Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. *Uitwerking afspraak kraamzorg in Coalitieakkoord*. 30 november 2007. Kenmerk CZ-EKZ 2807883.

<sup>19</sup> Het verschil tussen de zorgduur inclusief en exclusief partusassistentie zegt niets over de gemiddelde duur van de partusassistentie.

<sup>20</sup> Wiegers, T.A. 2008. Monitor Kraamzorg III: ontwikkelingen in het aanbod. Nivel

net na de bevalling (bij een ziekenhuisopname op de dag van thuiskomst), in overleg met de kraamverzorgende. De verloskundige ondertekent de tweede indicatie. De verloskundige moet altijd schriftelijk en goed gemotiveerd registreren of de tweede indicatie afwijkt van de eerste en. Op basis van de tweede indicatie stelt de kraamzorgaanbieder de kraamzorg zo nodig bij. Indien nodig kunnen meer herindicaties plaatsvinden (LIP, 2008).

Het Besluit zorgverzekeringen begrensd de vergoeding van kraamzorg tot ten hoogste tien dagen. Het LIP definieert het 'basispakket kraamzorg' als zorg verdeeld over acht dagen. In voorkomende gevallen is een negende of tiende dag kraamzorg nodig is. Indien door de verloskundige geïndiceerd, en goed gemotiveerd en schriftelijk vastgelegd, wordt dit op grond van het Besluit zorgverzekeringen vergoed vanuit de basisverzekering.

### 2.3.3 Vraagsubstitutie

Vraagsubstitutie houdt in dat consumenten kunnen overstappen naar een ander soort aanbieder om in hun vraag te voorzien.<sup>21</sup> De mogelijkheden voor vraagsubstitutie van kraamzorg worden ten eerste begrensd door de bepalingen van de zorgverzekering. Wil de verzekerde voor vergoeding van de kosten in aanmerking komen, dan moet de kraamzorg voldoen aan de prestatieomschrijving. De kraamzorg zal daarom ten minste door een kraamverzorgende moeten worden geleverd.<sup>22</sup>

Delen van de kraamzorg kunnen worden geleverd door niet-kraamverzorgenden. Wondverzorging zou door verpleegkundigen kunnen worden gegeven, lactatiedeskundigen zouden de begeleiding van borstvoeding kunnen overnemen en de coördinatie over het huishouden zou kunnen worden overgenomen door huishulpen.

Uit gesprekken met zorgaanbieders blijkt dat zij dit een onwenselijke opdeling van de zorg vinden. De meerwaarde van de kraamverzorgende is dat zij al deze functies kan combineren, en dat de kraamvrouw en het gezin niet geconfronteerd worden met een stoet zorgverleners. De inzet van huishulpen en stagiaires vindt daarom alleen plaats in tijden van tekorten.

De NZa heeft in de consumentenenquête hierover niet expliciet om de mening van de consument gevraagd, maar de verwachting is dat ook zij – als ze keus heeft en er geen financiële gevolgen zijn – liever zo min mogelijk verschillende zorgverleners over de vloer heeft.

#### Consultatievraag 5

*Kunt u zich vinden in de analyse dat er beperkte mogelijkheden zijn voor substitutie? Zo nee, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.*

<sup>21</sup> Bijvoorbeeld als consumenten brood gemakkelijk verruilen voor crackers, zijn de brood- en crackerproducten concurrenten door vraagsubstitutie.

<sup>22</sup> In theorie kan kraamzorg ook geleverd worden door verloskundigen en gynaecologen, maar zij zijn door hun hogere opleidingsniveau geen reëel substituut voor de kraamverzorgende.

## 2.4 Het aanbod van kraamzorg

### 2.4.1 Soorten aanbieders

Kraamverzorgenden werken veelal in loondienst van zorgorganisaties (hierna 'kraamzorgaanbieders'). Deze variëren in omvang en in mate van specialisatie. Er bestaan grosso modo vijf soorten kraamzorgaanbieders:

- Thuiszorginstellingen.
- Gespecialiseerde kraamzorgorganisaties.
- Bemiddelingsbureaus waarbij zelfstandige kraamverzorgenden (zelfstandige zonder personeel, zzp'er genoemd) zijn aangesloten.
- Kraamzorghotels en geboortehotels.
- Zzp'ers.

#### *Thuiszorginstellingen*

Thuiszorginstellingen leveren vooral extramurale AWBZ-zorgverlening. De wijze van zorgverlening, de organisatie van het logistieke proces en de benodigde medewerkers zijn enigszins vergelijkbaar met kraamzorg. Kraamzorg genereert binnen deze organisaties slechts een deel van de totale inkomsten, en dus niet-AWBZ gelden. De thuiszorginstellingen hebben binnen bepaalde grenzen de mogelijkheid om achterblijvende inkomsten van het ene bedrijfsonderdeel aan te vullen met inkomsten uit een ander onderdeel.

#### *Gespecialiseerde kraamzorgorganisaties*

Dit zijn zorgorganisaties die zich volledig hebben toegelegd op het leveren van kraamzorg. Ze kunnen hun organisatie hierdoor wellicht beter inrichten naar hun kennis van en ervaring met zaken die specifiek met de kraamperiode samenhangen. Nadeel is dat zij geen andere inkomstenbronnen hebben waarmee ze klappen kunnen opvangen, als het slecht gaat met de kraamzorg.

#### *Bemiddelingsbureau's voor zzp'ers*

Deze organisaties laten zich contracteren door zorgverzekeraars en spreken af kraamzorg te leveren tegen bepaalde tarieven. Vervolgens wordt deze zorg geleverd door als zzp'er ingehuurde kraamverzorgenden. Zij zijn niet in dienst van het bemiddelingsbureau, maar worden per zorgvraag ingehuurd. Het voordeel van deze constructie voor de zzp'er is meer zeggenschap over werktijden en hogere loonvergoeding. Voor het bemiddelingsbureau is het voordeel dat arbeidskosten meer flexibel zijn dan bij loondienst. Als er tijdelijk geen werk is, hoeven er geen lonen doorbetaald te worden.

#### *Kraamzorghotels / geboortehotels*

Deze zorgaanbieders bieden een 'thuisbevalling buitenshuis'. De bevalling en de kraamperiode vinden plaats in de verblijfsinstelling van de zorgaanbieder. De kraamverzorgenden die de natale en postnatale zorg leveren, zijn in dienst van de zorgaanbieder. Doordat alle kraamvrouwen bijeen zijn op dezelfde locatie, kunnen de kraamverzorgenden meer kraamvrouwen tegelijkertijd verzorgen. Uit dit kostenvoordeel wordt het verblijf bekostigd. Bevallen in een kraamhotel is een alternatief voor een thuisbevalling, als bijvoorbeeld de thuissituatie ongeschikt is.

#### *Zzp'ers*

Dit zijn veelal kraamverzorgenden die voorheen bij een van bovengenoemde soorten kraamzorgaanbieders hebben gewerkt en voor zichzelf begonnen zijn.

**Consultatievraag 6**

*Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van het huidige aanbod kraamzorgaanbieders? Zo nee, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding?*

**2.4.2 Arbeidsmarkt**

Kraamzorg wordt verleend door kraamverzorgenden, die minimaal op MBO-niveau 3 zijn opgeleid tot kraamverzorgende. Er werken naar schatting 9.000 kraamverzorgenden in Nederland. De gemiddelde leeftijd van de kraamverzorgenden is 45 jaar, waarvan 33% ouder dan 50 jaar. Gezien deze leeftijdsopbouw is er de komende jaren een uitstroom te verwachten van kraamzorgaanbieders.<sup>23</sup>

De in- en uitstroom van kraamverzorgenden was in de eerste helft van 2007 respectievelijk 7 en 6% van het personeelsbestand bij de deelnemende kraamzorgaanbieders aan het Nivel onderzoek. Dit komt overeen met een totale instroom van 214 en een totale uitstroom van 252 kraamverzorgenden. De kraamzorgaanbieders stellen dat weinig nieuwe kraamverzorgenden toetreden terwijl veel het vak verlaten. Dit is gebaseerd op schattingen van de kraamzorgaanbieders zelf en kan niet worden onderbouwd met cijfers. Daarnaast blijkt uit de Nivel-monitor 2008 dat er in oktober 2007 bij de geënquêteerde kraamzorgaanbieders op iedere 100 kraamverzorgenden ruim acht vacatures waren, waarvan zes moeilijk vervulbaar. De huidige situatie is niet bekend.

**Consultatievraag 7**

*Hebt u recente gegevens over de ontwikkeling van de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden die u met de NZa kunt delen?*

**2.4.3 Tijdelijke / regionale tekorten**

Een regelmatig terugkerend probleem in de kraamzorgmarkt, zijn de regionale en seizoensgebonden tekorten van kraamverzorgenden. Met name in de Randstad en Noord-Brabant is het gedurende de zomermaanden lastig om voldoende kraamzorg te krijgen. Naast de tekorten in de zomermaanden, lijkt er nog een tweede regelmatigheid te bestaan. Namelijk, dat eens in de zoveel jaren de zomertekorten ernstiger zijn dan anders. De zomer van 2008 hoorde daar schijnbaar ook bij. Dit lijkt wel kenmerken van een zogenaamde varkenscyclus te vertonen.<sup>24</sup>

Uit de monitor van het NIVEL 2006 blijkt dat er in 2006 nog geen sprake was van krapte op de kraamzorgmarkt. Door de daling in het aantal kraamzorguren en de daling van het aantal geboorten is de afgelopen jaren een overschot aan kraamverzorgenden ontstaan. Hierdoor is er bij de kraamzorgaanbieders minder aandacht geweest voor het opleiden van kraamverzorgenden. Door de ontstane overcapaciteit zijn kraamverzorgenden onder andere in de kinderopvang gaan werken. Toen het ministerie van VWS vorig jaar besloot om het aantal kraamzorguren te verruimen van 44 uur naar 49 uur ontstond bij de kraamzorgaanbieders een extra personeelsbehoefte.

Op uitnodiging van de Minister van VWS hebben de betrokken marktpartijen zelf een plan van aanpak geschreven om problemen

<sup>23</sup> Wiegiers, T.A. 2008. Monitor Kraamzorg III: ontwikkelingen in het aanbod. Nivel

<sup>24</sup> Zie bijvoorbeeld [http://en.wikipedia.org/wiki/Pork\\_cycle](http://en.wikipedia.org/wiki/Pork_cycle)

rondom de tekorten in de toekomst te voorkomen.<sup>25</sup> De huidige tekorten moeten in de komende jaren worden weggewerkt door onder andere verkorte opleidingen aan te bieden, door de instroom aan op te leiden kraamverzorgenden te verbeteren en de uitstroom van kraamverzorgenden terug te dringen.

Opgemerkt moet worden dat de overgrote meerderheid van de kraamvrouwen (73%) niets heeft gemerkt van de tekorten aan kraamverzorgenden, zo blijkt uit de consumentenenquête.

De NZa heeft in de periode oktober – december 2008 de mogelijkheid gecreëerd om extra geld te besteden aan het snel opleiden van nieuwe kraamverzorgenden, bovenop de normale kraamzorgtarieven.<sup>26</sup> De eerste signalen zijn er hierdoor 1.100 tot 1.300 nieuwe kraamverzorgenden worden opgeleid. De verwachting is dat de tekorten daardoor in 2009 niet meer (zo hevig als in 2008) terugkeren.

**Consultatievraag 8**

*Deelt u de inschatting dat de tekorten tijdelijk en regionaal optreden? Hebt u een verklaring voor het optreden gedurende de zomerperiode? Biedt de tijdelijke regeling om opleidingskosten te kunnen declareren bij zorgverzekeraars een oplossing? Kloppen de eerste signalen dat er 1.100 tot 1.300 kraamverzorgenden worden opgeleid? Zijn betere arbeidsvoorwaarden een optie om de tekorten op te lossen?*

#### **2.4.4 Aanbodsubstitutie**

Aanbodsubstitutie houdt in dat aanbieders van verwante producten hun productie aanpassen zodat ze ook kraamzorg kunnen leveren.<sup>27</sup> De mogelijkheden voor aanbodsubstitutie in de kraamzorg worden ten eerste ingeperkt door de opleidingseisen die gesteld worden aan kraamverzorgenden. Een zorgaanbieder zal kraamverzorgenden in dienst moeten nemen om zich op de kraamzorgmarkt te begeven.

Een tweede beperking van de aanbodsubstitutie is de contractering door zorgverzekeraars. Veel verzekerden hebben zorgpolissen die een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar vereisen om voor vergoeding in aanmerking te komen; vaak zal een verzekerde, als zij gaat naar een niet gecontracteerde aanbieder, slechts een deel van de gemaakte kosten vergoed krijgen. Als een kraamzorgaanbieder niet gecontracteerd wordt door zorgverzekeraars, wordt het leveren van kraamzorg een onzekere onderneming.

Ten derde is de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden van belang. Er zijn signalen dat veel kraamverzorgenden de laatste jaren zijn overstapt naar andere sectoren, zoals kinderdagverblijven. De arbeidsomstandigheden en verdiensten zouden beter zijn dan in de kraamzorg. Desondanks omschrijft iedereen het beroep van kraamverzorgende als een leuk, aantrekkelijk, zinvol en afwisselend beroep. Ondernemingen die vooralsnog niet actief zijn in de kraamzorgmarkt, maar wel potentiële kraamverzorgenden in dienst hebben, zouden tot de kraamzorgmarkt kunnen toetreden als dit voor hen zelf en hun medewerkers voldoende aantrekkelijk is.

<sup>25</sup> Plan van Aanpak 2008-2010 Arbeidscapaciteit kraamzorg. 2008. ActiZ, BTN, Sting, ZN en NBvK

<sup>26</sup> Ookal bevatten de normale tarieven al een vergoeding voor opleidingskosten.

<sup>27</sup> Bijvoorbeeld als een crackerproducent gemakkelijk kan overstappen naar broodproductie. In dat geval zijn crackerproducenten en bakkerijen concurrenten door aanbodsubstitutie.

Ten vierde, het bedrijfsproces van kraamzorgaanbieders van kraamzorgaanbieders wordt erdoor gekenmerkt dat de zorg planbaar is en bij de consument thuis geleverd wordt. Dit vertoont grote overeenkomsten met bijvoorbeeld de wijze waarop thuiszorg wordt geleverd. Buiten het in dienst nemen van kraamverzorgenden, vergt toetreding tot de kraamzorgmarkt voor veel soorten zorgaanbieders geen speciale of ingrijpende aanpassingen van het bedrijfsplan. Ook dit vergroot de mogelijkheden voor aanbodssubstitutie.

Naar inschatting van de NZa zijn de mogelijkheden voor aanbodssubstitutie *op dit moment* gering. Dit heeft vooral te maken met een onaantrekkelijke arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden. Indien vrijgeven van de tarieven ertoe leidt dat het beroep van kraamverzorgende aantrekkelijker wordt, zijn de mogelijkheden voor aanbodssubstitutie *in de toekomst* aanzienlijk gunstiger.

#### Consultatievraag 9

*Kunt u zich vinden in de conclusie dat er weinig mogelijkheden voor aanbodssubstitutie zijn? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.*

### **2.4.5 Toetredingsbarrières**

Er bestaan in de kraamzorgmarkt weinig toetredingsbarrières die het nieuwe kraamzorgaanbieders onmogelijk zou maken om zich te vestigen op de kraamzorgmarkt. De toetredingsbarrières die er zijn, zijn als waarborgen van de kwaliteit van zorg niet onredelijk te noemen.

Certificering, zoals HKZ<sup>28</sup> of BKE<sup>29</sup>, wordt door zorgverzekeraars in toenemende mate als voorwaarde gesteld voor contractering. Deze certificering zou een drempel kunnen zijn, aangezien dit een investering vraagt. In de huidige markt worden bijna alle kraamzorgaanbieders gecontracteerd, en ook zien de NZa en de IGZ sterk toegenomen kwaliteitscertificering. Blijkbaar vormen de certificeringseisen geen onoverkomelijke drempel voor bestaande aanbieders.

Toetreding voor solistisch werkende zzp'ers is lastiger dan voor organisaties, omdat een aantal zorgverzekeraars geen contract sluit met zzp'ers. Met het oog op de continuïteit van zorg (zoals bereikbaarheidseisen buiten kantooruren) lijkt dit de NZa geen onredelijke eis.

Dat er ondanks de tekorten in de kraamzorgmarkt geen grote toestroom van nieuwe kraamzorgaanbieders is waargenomen, lijkt erop te wijzen dat er toch een toetredingsdrempel bestaat. Een mogelijk vinden potentiële nieuwe toetreders de kraamzorgmarkt geen aantrekkelijke markt.

De tarifiering door NZa kan op zichzelf een toetredingsdrempel zijn. Ook als een tarief toereikend is om de kosten van het bieden van zorg te dekken, kan de prijs te laag gevonden worden om toetreding aantrekkelijk te maken. Bestaande aanbieders blijven dan weliswaar actief op de markt (immers de kosten worden gedekt), maar nieuwe toetreding blijft uit.

Als mogelijke toetredingsdrempel noemen verschillende marktpartijen de vermindering van het aantal uren kraamzorg in 2006. Hierdoor zou het

<sup>28</sup> Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector certificaat, zie begrippenlijst voor verdere uitleg.

<sup>29</sup> Basis Kwaliteitseisen Kraamzorg, zie begrippenlijst voor verdere uitleg.

voor kraamzorgaanbieders moeilijker zijn geworden om fulltime contracten aan te bieden. Dit zou onder meer hebben geleid tot een uitstroom van kraamverzorgenden naar andere markten (zie ook paragraaf 2.4.4.). Dit probleem is deels opgelost door de verruiming van het aantal kraamzorguren per 2008.

Concluderend ziet de NZa geen onredelijke toetredingsdrempels voor de kraamzorgmarkt.

Consultatievraag 10

*Kunt u zich vinden in de conclusie dat er geen onredelijke toetredingsdrempels tot de kraamzorgmarkt zijn? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.*

## 2.5 Keuzemogelijkheden voor consumenten

In een vraaggestuurd zorgstelsel is het belangrijk dat de consument kan kiezen voor de zorg die het beste aan zijn wensen voldoet, of dat de verzekeraar dit namens hem kan doen. Daarvoor is het belangrijk dat er inzicht bestaat in de zorg die door de verschillende zorgaanbieders wordt geleverd. Ook is het van belang dat de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg transparant zijn. Ten slotte moet de consument of de verzekeraar kunnen overstappen naar een andere aanbieder wanneer de geleverde zorg hem niet bevalt. Hieronder wordt op beide aspecten nader ingegaan.

### 2.5.1 Transparantie op de markt

#### 2.5.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen

Voor een goede werking van de markt is het allereerst belangrijk dat er eenduidige prestatiebeschrijvingen bestaan, zodat zowel de consument als de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder weten wat zij inkopen, respectievelijk aanbieden.

In de prestatieomschrijving bij beleidsregel CI-1086 voor kraamzorg wordt verwezen naar artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekeringen (zie paragraaf 2.2.4). In de prestatiebeschrijving wordt niet precies omschreven welke zorg kraamverzorgenden gedurende de kraamperiode horen te leveren. In de polisvoorwaarden van de verzekeraars is echter opgenomen dat het de omvang van de kraamzorg conform het landelijk indicatieprotocol kraamzorg (LIP) wordt vastgesteld. Voor de drie deelprestaties, inschrijving, intake en partusassistentie, wordt dit wel aangegeven.

Consultatievraag 11

*Bent u van mening dat met de huidige prestatieomschrijving zowel de consument en de zorgverzekeraar als wel de zorgaanbieder weten wat zij inkopen respectievelijk aanbieden? Zo niet, kunt u concreet aangeven hoe de huidige prestatieomschrijving verbeterd kan worden?*

#### 2.5.1.2 Transparantie van kwaliteit

Behalve een goede prestatiebeschrijving is het ook van belang dat de consument en de verzekeraar informatie hebben over de kwaliteit van de verleende zorg. Alleen door bij de keuze voor een aanbieder bewust te letten op de geleverde kwaliteit kunnen consumenten zorgaanbieders

stimuleren om die kwaliteit daadwerkelijk te leveren. Wanneer de consument/verzekeraar alleen op de prijs van de geleverde zorg let, bestaat er immers een risico dat zorgaanbieders niet investeren in de kwaliteit van de geleverde zorg.

De consument heeft enerzijds behoefte aan informatie over de borging van de kwaliteit en anderzijds aan informatie over kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders.

#### *Borging kwaliteit*

De vereiste kwaliteit voor kraamzorg wordt bepaald door:

- Kwaliteitswet zorginstellingen: definitie van verantwoorde zorg (artikel 2), verplicht gebruik kwaliteitssysteem (artikel 4), verplicht kwaliteitsjaarverslag (artikel 5).
- Nadere invulling van de eisen waaraan aanbieders ten minste moeten voldoen zijn vastgelegd in het LIP en de basiskwaliteitseisen kraamzorg.
- Kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen om in aanmerking te komen voor een contract, zoals HKZ-certificering, borstvoedingscertificaat en zorggarantie.
- Gefaseerd en proportioneel toezicht en handhaving door de IGZ.<sup>30</sup>

Aandachtspunt is de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen, namelijk 'het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg' (Kwaliteitswet zorginstellingen art. 1). Ter illustratie: Actiz heeft een kort geding aangespannen tegen het ministerie van VWS naar aanleiding van een convenant met betrekking tot AWBZ-gefinancierde zorg, gesloten door BTN, de Belastingdienst, het UWV en het ministerie van VWS. Uitvoering van het convenant zou tot een ongelijk speelveld leiden waarbij zorgaanbieders die zorgverleners in dienst hebben benadeeld worden ten opzichte van bemiddelingsbureaus. Een rechtelijke uitspraak is verwacht op 30 januari 2009.<sup>31</sup> Afhankelijk van de uitspraak zal onderzocht moeten worden of dit ook gevolgen heeft voor de kraamzorg, die immers Zvw-gefinancierd is.

Er is geen landelijk registratiesysteem voor kraamzorgaanbieders, kraamverzorgenden en zzp'ers. In tegenstelling tot vrije beroepsbeoefenaren in de zorg, kennen kraamverzorgenden geen registratieplicht noch beroeps(titel)bescherming op grond van de Wet Beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Als gevolg is er geen registratie bij bijvoorbeeld het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG: een agentschap van het ministerie van VWS). Bijvoorbeeld voor de toezichtstaak van de IGZ is het belangrijk om te weten welke kraamzorgaanbieders en zzp'ers actief zijn in de kraamzorg. Voor de NZa bevatten dergelijke registraties waardevolle informatie over de omvang en de spreiding van het aanbod, wat van belang is bij marktonderzoeken. IGZ meldt dat wordt overwogen om de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) ook van toepassing te maken alle kraamzorgaanbieders. Hierdoor zouden alle kraamzorgaanbieders verplicht worden een Jaardocument Zorg aan te leveren aan het CIBG. Dit vergroot de 'toezichtbaarheid'.

#### *Transparantie kwaliteit*

Hoewel de minimale kwaliteit redelijk gewaarborgd is, is er weinig inzicht in de kwaliteitsverschillen tussen de kraamzorgaanbieders. Het is voor de consument en de zorgverzekeraar moeilijk om een goede keuze te maken tussen de verschillende kraamzorgaanbieders. De verloskundige

<sup>30</sup> Het toezicht van de IGZ kent vier speerpunten: a. transparante zorg en transparant toezicht, b. preventie van onverantwoorde zorg, c. verbeterde patiëntveiligheid, d. betere zorg voor kwetsbare groepen.

<sup>31</sup> <http://www.actiz.nl/actueel/nieuws-van-actiz/349> [geraadpleegd 22-01-09].

kan op basis van haar ervaring met kraamzorgaanbieders meer inzicht bieden in de kwaliteit van de verschillende kraamzorgaanbieders. Echter, uit de consumentenenquête van TNS NIPO blijkt dat naast de verloskundige ook de zorgverzekeraar, familie en vrienden een belangrijke rol spelen bij het maken van de definitieve keuze voor een kraamzorgaanbieder.

Er is nog weinig inzicht in de kwaliteitsverschillen tussen de kraamzorgaanbieders, maar de laatste jaren zijn er wel kwaliteitsverbeteringen gemaakt. Op KiesBeter.nl is momenteel beperkt informatie beschikbaar over de kwaliteit, zoals kwaliteitskenmerken (HKZ, BKE-certificaat en borstvoedingscertificaat), lidmaatschap branchevereniging, aangeboden zorg en aanvullende diensten. Ook sommige zorgverzekeraars bieden op beperkte schaal kwaliteitsinformatie over klanttevredenheid en kwaliteitskenmerken (HKZ, BKE-certificaat en borstvoedingscertificaat). Echter, uit de consumentenenquête blijkt dat de respondenten vinden dat de transparantie van de kwaliteit voldoende is om een keuze te maken.

#### *Prestatie-indicatoren*

Meer transparantie is wenselijk om daadwerkelijk vraagsturing op gang te brengen en om te waarborgen dat er niet alleen geconcurrereerd wordt op prijs. Om dit te realiseren zijn marktpartijen samen met de IGZ (Zichtbare Zorg) bezig met het ontwikkelen van prestatie-indicatoren. Op dit moment is een eerste concept van de prestatie-indicatoren gereed en deze zal samen met de Consumer Quality (CQ)-index<sup>32</sup> halverwege 2009 op bredere schaal in de praktijk worden getest. Dit moet leiden tot een definitieve invoering van de prestatie-indicatoren en CQ-index per verslagjaar 2010. Vanaf midden 2011 komen de eerste resultaten beschikbaar in de jaarverslagen van kraamzorgaanbieders.

Tijdens het ontwikkeltraject van de indicatoren is gebleken echter dat er geen landelijke overeenstemming bestaat binnen de kraamzorgsector over onder andere landelijke richtlijnen en registratie. Dit heeft de indicatorontwikkeling bemoeilijkt, omdat hierbij de bestaande registratie als uitgangspunt wordt gebruikt. Het ontbreken van uniformiteit binnen de sector zal naar inschatting van ZichtbareZorg verder duidelijk worden. Met als mogelijk gevolg dat de implementatie van de indicatoren stapsgewijs zullen worden ingevoerd over een periode van circa vijf jaar.

#### *Consultatievraag 12*

*Kunt u zich vinden in de geschetste analyse over de transparantie van de kwaliteit? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.*

#### *Consultatievraag 13*

*Vindt u dat er een landelijke registratiesysteem en landelijke richtlijnen moeten komen voor de kraamzorg? Kunt u uw antwoord motiveren?*

#### *2.5.1.3 Transparantie van prijs*

Behalve aan informatie over de prestatie en kwaliteit hebben consumenten – vooral wanneer zij een deel van de behandeling zelf moeten betalen – behoefte aan informatie over de prijs van de geleverde zorg. De introductie van vrije prijsvorming geeft aanbieders van kraamzorg de mogelijkheid om hun eigen prijzen vast te stellen. Er ontstaat daardoor meer differentiatie in prijzen. Voor de consument is het belangrijk dat de prijzen en prijsverschillen transparant zijn. Alleen

<sup>32</sup> De CQ-index voor kraamzorg wordt door het NIVEL ontwikkeld, zie begrippenlijst.

dan kan deze een goede afweging maken tussen de prijs van een behandeling en de geleverde kwaliteit, mits deze laatste transparant is.

In beginsel is het de verantwoordelijkheid voor marktpartijen om deze transparantie te realiseren. Zo zouden aanbieders hun prijzen zelf openbaar kunnen maken. Ook kunnen onafhankelijke partijen websites oprichten die inzicht geven in prijsverschillen. Om een minimum aan transparantie te garanderen, zal de NZa aanbieders verplichten om een openbare prijslijst op te hangen als de minister besluit om de prijzen op de markt vrij te geven.<sup>33</sup>

Op de websites van kraamzorgaanbieders wordt niet altijd vermeld dat er een wettelijke eigen bijdrage per uur kraamzorg in rekening wordt gebracht bij de cliënt. Tevens wordt de hoogte van de eigen bijdrage niet op alle websites gespecificeerd. Op sites van de ziektekostenverzekeraars wordt aangegeven wat wel en wat niet wordt vergoed bij welke aanvullende zorgverzekering. Zo zijn er aanvullende zorgverzekeringen die de eigen bijdrage deels of volledig vergoeden.

#### Consultatievraag 14

*Ziet u reden voor nadere acties om prijstransparantie op een geliberaliseerde kraamzorgmarkt te bevorderen?*

### **2.5.2 Keuze- en overstap mogelijkheden**

Wanneer de consument of verzekeraars hebben besloten welke zorgaanbieder het beste aan hun wensen voldoet, is het vervolgens van belang dat zij ook daadwerkelijk voor deze zorgaanbieder kunnen kiezen.

#### *Verzekeraar*

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dit wil zeggen dat zij voldoende zorg moeten inkopen om aan de vraag van hun verzekerden te voldoen. Voor restitutieverzekeringen geldt dit in mindere mate.

Zolang er voldoende aanbod op de markt is en dit aanbod transparant is, kan de verzekeraar zelf kiezen welke kraamzorgaanbieder hij wil contracteren. Op dit moment bestaan er nog geen landelijke uniforme prestatie-indicatoren, waardoor de zorgverzekeraar zelf een inschatting moet maken van de kwaliteitsverschillen tussen kraamzorgaanbieders.

Dit doen ze op basis van het uitsturen van uitgebreide vragenlijsten aan de kraamzorgaanbieders. Er zijn in 2008 voor een aantal regio's echter tekorten aan kraamverzorgenden geconstateerd, waardoor het voor een zorgverzekeraars lastig is gebleken om voldoende zorg in te kopen voor haar verzekerden.

In 'traditionele zorginkoop' doorlopen zorgaanbieders een contracteringsronde bij zorgverzekeraars, die op grond van een aantal door hen geformuleerde criteria bepalen welke kraamzorgaanbieders voor een contract in aanmerking komen.<sup>34</sup> Vervolgens worden met gecontracteerde kraamzorgaanbieders prijsafspraken en vaak ook volumeafspraken (of op zijn minst volumeramingen) gemaakt. Een innovatie op het gebied van kraamzorginkoop is de kraamzorgveiling. In deze veiling worden individuele zorgvragen ter bieding aan gecontracteerde kraamzorgaanbieders aangeboden. Dit verschaft de

<sup>33</sup> Deze zogenoemde standaardprijslijst heeft tot doel om financiële duidelijkheid te geven aan onverzekerde consumenten of aan consumenten die zorg willen afnemen bij een aanbieder die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd.

<sup>34</sup> Dit is een belangrijke beslissing voor kraamzorgaanbieders, omdat in de 'basisverzekeringen met gecontracteerde zorg' de declaraties van niet-gecontracteerde kraamzorgaanbieders niet, of niet volledig, worden vergoed.

zorgverzekeraar (in dit geval Menzis) grotere flexibiliteit. In theorie kan de zorgverzekeraar per zorgvraag overstappen. In de Monitor Kraamzorgveiling (die gelijktijdig met dit consultatiedocument wordt gepubliceerd) wordt deze werkwijze in detail beschreven.

#### *Consument*

Zoals reeds is beschreven speelt bij de keuze voor een kraamzorgaanbieder onder andere de verloskundige, de zorgverzekeraar, familie en vrienden een rol. De definitieve keuze voor een kraamzorgaanbieder wordt in de meeste gevallen door de zwangere vrouw (en haar partner) gemaakt. Voor het maken van de keuze kan de consument gebruik maken van de websites van kiesbeter.nl. Ook op een aantal websites van verzekeraars is informatie te vinden over kraamzorgaanbieders per postcoderegio, waarbij tevens hun kwaliteitskenmerken en klanttevredenheidsscores wordt weergegeven.

Daarnaast wordt de keuze van de consument nog beïnvloed door het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars. In de polisvoorwaarden (naturapolis) is opgenomen dat verzekerden een deel van de kosten zelf moeten betalen wanneer zij kraamzorg ontvangen van een niet gecontracteerde kraamzorgaanbieder.

De consument heeft de mogelijkheid om over te stappen naar een andere kraamzorgaanbieder wanneer men niet tevreden is over de geleverde kraamzorg. Het overstappen naar een andere kraamzorgaanbieder in regio's waar een tekort aan kraamverzorgenden is, is moeilijk voor verzekerden. Daarnaast wordt kraamzorg slechts in een periode van tien dagen onmiddellijk na de bevalling geleverd. Dit is slechts een zeer korte periode waardoor tussentijds overstappen van aanbieder op praktische bezwaren stuit voor zowel de verzekerde, de zorgverzekeraar, als ook de kraamzorgaanbieder.

#### *Conclusie*

De NZa komt tot de conclusie dat er voor zorgconsumenten en zorgverzekeraars voldoende keuze- en overstapmogelijkheden aanwezig zijn. Zorgverzekeraars kunnen hun mogelijkheden nog vergroten door gebruik te maken van meer innovatieve inkooptechnieken, zoals een veiling van individuele zorgvragen. Keuze- en overstapmogelijkheden waren door tekorten tijdelijk beperkt in 2008, al is het 'minimumpakket kraamzorg' gegarandeerd gebleven. De consument heeft momenteel onvoldoende informatie over de kwaliteit, waardoor kraamzorgaanbieders onderling niet goed te vergelijken zijn.

Hoewel de markt op dit moment niet voldoende transparant is op het gebied van kwaliteit hoeft dit geen reden te zijn om een markt niet vrij te geven. Het vrijgeven van een markt kan namelijk tot een verbetering in transparantie leiden. Marktpartijen ervaren een stimulans om de transparantie te verbeteren om de toegevoegde waarde van hun product te laten zien ten opzichte van hun concurrenten. Als zij een hogere prijs vragen, willen zij laten zien dat zij ook een hogere kwaliteit leveren. Daarnaast zijn er prestatie-indicatoren in ontwikkeling die hier meer inzicht in moeten gaan geven .

Consultatievraag 15

Deelt u de analyse van de NZa dat de kwaliteit nog onvoldoende transparant is op de kraamzorgmarkt? Zo nee, waarom niet?

Consultatievraag 16

Deelt u de analyse van de NZa dat er voldoende overstapmogelijkheden zijn voor de consumenten? Zo nee, waarom niet?



### 3. Marktgedrag

Voor een goede werking van de markt is het niet alleen van belang dat er voldoende aanbod op de markt is en dat de markt transparant is. Het gedrag van de spelers op de markt is minstens even belangrijk. Kort samengevat is het van belang dat alle partijen – zorgverzekeraars, zorgaanbieders én de consument – gemotiveerd worden om de juiste zorg te leveren aan de juiste personen op het juiste moment (goede coördinatie). Dit alles dient te gebeuren tegen zo laag mogelijke transactiekosten. Wanneer er een groot risico bestaat dat het gedrag van marktspelers een goede werking van de markt belemmert, dan kan het noodzakelijk zijn maatregelen te nemen om zo de publieke belangen, kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid te beschermen.

Dit hoofdstuk gaat allereerst in op de prikkels die de zorginkopers hebben om goede en doelmatige zorg in te kopen. Deze prikkels zijn noodzakelijk om zorgaanbieders te stimuleren kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te leveren. Daarna wordt gekeken naar mogelijke anticompetitieve gedragingen van aanbieders en verzekeraars die een goede werking van de markt in de weg kunnen staan. Ten slotte wordt gekeken naar mogelijke externe effecten die zich kunnen voordoen als een markt wordt vrijgegeven.

#### 3.1 Inkooprikkels

Als een markt wordt vrijgegeven is het van belang dat de inkopers van zorg, dit kunnen zowel verzekeraars als verzekerden zelf zijn, prikkels ervaren om goed in te kopen. Hierdoor wordt de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg geborgd. Hierbij hoeven niet beide partijen deze prikkel te ervaren, maar in ieder geval wel één van de partijen. De inkopende partij moet idealiter alleen zorg afnemen bij de aanbieders met de beste prijs/kwaliteit verhouding. Daarnaast is het belangrijk dat de verzekeraar of de verzekerde over een zekere mate van inkoopmacht beschikt. Alleen dan worden aanbieders ook daadwerkelijk gestimuleerd om zorg tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding aan te bieden. Een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt zorgt er vervolgens voor dat verzekeraars de behaalde inkoopvoordelen doorgeven aan hun klanten.

Het is op voorhand moeilijk om te voorspellen of partijen prikkels ervaren om goed in te kopen. Dit hangt namelijk grotendeels samen met het vrijgeven van een markt. Een aantal indicatoren kan toch een voorspellende waarde hebben. In deze paragraaf wordt achtereenvolgens gekeken of verzekeraars of verzekerden een prikkel ervaren om goed in te kopen op de markt voor kraamzorg.

##### 3.1.1 Prikkel verzekeraar

Zoals in het visiedocument 'Theoretisch kader liberalisering' is aangegeven, kunnen verzekeraars externe en interne prikkels ervaren om goed in te kopen.

###### *Externe prikkel*

Hierbij gaat het om de vraag of verzekerden bij het kiezen van een polis letten op de door zorgverzekeraars ingekochte zorg, in dit geval kraamzorg. Dit vormt immers een belangrijke stimulans voor verzekeraars om zich op dit gebied te onderscheiden van elkaar en goed

in te kopen. Uit de consumentenenquête blijkt dat de meerderheid van de respondenten (59%) de ingekochte zorg op het gebied van kraamzorg meeneemt bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Daarentegen geeft 11% van de respondenten aan dat de dekking voor kraamzorg veel invloed heeft gehad op de keuze voor een zorgverzekeraar en nog eens 11% geeft aan dat de dekking tamelijk veel invloed heeft gehad op de keuze. Er bestaat voor de zorgverzekeraar een prikkel om zich te onderscheiden. Daarnaast is het ook een type zorg waar veel jonge vrouwen hopen gebruik van te maken, waardoor het voor de zorgverzekeraar een goed product is om zich op te profileren.

Een andere belangrijk aspect van kraamzorg is dat het voornamelijk wordt gebruikt door relatief jonge gezonde vrouwen. Dit maakt het een aantrekkelijke doelgroep voor zorgverzekeraars. Gezien het geringe overstappercentage (5%) is het zaak om een verzekerde zo vroeg mogelijk aan je te binden. Wanneer de (toekomstige) kraamvrouw als verzekerde is binnengehaald ook de partner en de kinderen mogelijk geschrikt kunnen worden.

#### *Interne prikkel*

Zorgverzekeraars kunnen met een scherp inkoopbeleid hun schadelast beperken en hun winst vergroten. Het belang van een scherp inkoopbeleid hangt in grote mate af van het financiële belang of de hoogte van de uitgave aan een specifiek zorgsoort. Hoe hoger de uitgaven zijn, hoe groter de potentiële besparingen die zorgverzekeraars kunnen verwezenlijken. De totale zorguitgave aan kraamzorg onder het Budgettair Kader Zorg bedroegen in 2007 233 miljoen euro<sup>35</sup>. Op de totale schadelast van de individuele zorgverzekeraar is dit relatief gezien een gering bedrag. De zorgverzekeraar ervaart daarom maar een beperkte prikkel om scherp in te kopen op de prijs. Verzekeraars zijn voor de inkoop van kraamzorg volledig risicodragend. De verwachting is dat dit geen risicoselectie tot gevolg zal hebben. Zoals eerder in deze paragraaf is aangegeven is het een aantrekkelijke doelgroep voor verzekeraars en is de schadelast zeer gering.

Zorgverzekeraars moeten wel voldoen aan de zorgplicht, omdat de kraamzorg onder de basisverzekering valt. Hiervan kan een prikkel uitgaan om voldoende zorg in te kopen. Voor de restitutieverzekering geldt dit in mindere mate.

### **3.1.2 Prikkel verzekerde**

De prikkel die een verzekerde ervaart om goed in te kopen, is in grote mate afhankelijk van de vraag of hij voor deze zorg verzekerd is. Als de verzekerde volledig verzekerd is voor een bepaalde zorgprestatie ervaart deze alleen een prikkel om op de kwaliteit van de geleverde zorg te letten. De verzekerde wil dan het liefst naar de aanbieder met de hoogste kwaliteit.

#### *Basisverzekering*

Voor de zorg die binnen het basispakket valt, ervaart de consument geen/weinig financiële prikkels om goede zorg in te kopen. Kraamzorg zit in Nederland in het basispakket. Dit betekent dat de geïndiceerde uren kraamzorg volledig worden vergoed. Er bestaat echter wel een wettelijke eigen bijdrage van € 3,80 (anno 2009) per uur kraamzorg die de verzekerde moet betalen bij een thuisbevalling. De hoogte van de eigen bijdrage is echter voor alle kraamzorgaanbieders gelijk. Hier gaat dus geen keuzebeïnvloeding voor verzekerden van uit.

---

<sup>35</sup> CVZ, zorgcijfers 2007

Uitzondering op bovenstaande is dat in de voorwaarde van sommige naturapolissen is opgenomen dat er een extra eigen bijdrage moet worden betaald wanneer men kraamzorg ontvangt van een niet gecontracteerde kraamzorgaanbieder. Hier kan wel een prikkel voor de consument vanuit gaan om te kiezen voor een gecontracteerde kraamzorgaanbieder.

Wegens de aard van de zorg zal er voor de consument wel een prikkel uitgaan om kwalitatief goede kraamzorg in te kopen.

#### *Aanvullende verzekering*

De ziektekostenverzekeraars bieden verschillende aanvullende zorgverzekeringen waaronder vaak een verzekeringspakket specifiek voor jonge gezinnen. In deze aanvullende pakketten worden allerlei extra's aangeboden zoals een gratis kraampakket, vergoeding van extra uren kraamzorg en volledig of gedeeltelijke vergoeding van de eigen bijdrage. Voor consumenten die gezinsuitbreiding overwegen kan het aantrekkelijk zijn om een aanvullende zorgverzekering af te sluiten. Dit blijkt ook uit de consumentenenquête. 11% van de respondenten geeft aan dat de dekking voor kraamzorg veel invloed heeft gehad op de keuze voor een zorgverzekeraar en nog eens 11% geeft aan dat de dekking tamelijk veel invloed heeft gehad op de keuze.

#### *Conclusie*

Zorgverzekeraars ervaren vooral een externe prikkel om goede kraamzorg in te kopen, omdat jonge gezinnen een aantrekkelijke doelgroep vormen. Zeker ook gezien het feit dat bijna een kwart van de respondenten uit de consumentenenquête aangeeft dat de dekking voor kraamzorg (tamelijk) veel invloed heeft gehad op de keuze voor een zorgverzekeraar. Daarnaast moeten zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen, omdat kraamzorg in het basispakket zit. Ook de beperkte schadelast voor de zorgverzekeraar maakt dat er slechts een beperkte interne prikkel bestaat om scherp in te kopen.

Verzekerden zullen, afhankelijk van de polis die zij hebben afgesloten, een beperkte prikkel ervaren om op de prijs te letten. Zij ervaren wel een prikkel om op de kwaliteit te letten, mits deze transparant is.

#### *Consultatievraag 17*

*Is de analyse over de prikkels van partijen om goed in te kopen volledig en correct? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verteerd kan worden?*

### **3.1.3 Marktverhoudingen**

'Een goede werking van de markt' betekent voor de NZa niet alleen maar het behalen van inkoopvoordelen door zorgverzekeraars. Bij een goed werkende markt stellen zorgverzekeraars zich op als belangenbehartiger van de consument, daartoe gedwongen door de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Een sterke positie van zorgverzekeraars ten opzichte van kraamzorgaanbieders is in het belang van de consument, zolang inkoopvoordelen doorgegeven worden in de vorm van een lagere premie of betere service.

In een goed werkende zorgmarkt is echter ook ruimte langere-termijnbelangen, zoals innovatie en kwaliteit. Deze vereisen investeringen in de toekomst. De marktverhoudingen zijn bepalend voor de mate waarin een geliberaliseerde markt aan deze verwachtingen zal voldoen. In deze paragraaf inventariseren wij de factoren die van belang zijn voor de (onderhandelings)verhoudingen tussen de verschillende marktpartijen.

### 3.1.3.1 Verzekeraar

De NZa heeft de indruk dat de inkooppositie van de zorgverzekeraars over het algemeen goed te noemen is.

- De tekorten die optreden in de kraamzorg verzwakken weliswaar de inkooppositie van zorgverzekeraars, maar deze tekorten treden slechts tijdelijk en regionaal op.
- De zorgverzekeraars maken nog weinig gebruik van mogelijkheden om consumenten te sturen richting bepaalde kraamzorgaanbieders. De consumentenenquête die de NZa heeft uitgevoerd geeft aanwijzingen dat een niet onaanzienlijke groep verzekerden wel interesse zou kunnen hebben in sturing door zorgverzekeraars.
- Zeker op een geliberaliseerde markt ziet de NZa toenemende mogelijkheden om nieuwe aanbieders tot de kraamzorgmarkt toe te laten treden. Als zorgverzekeraars hier actief werk van maken, versterkt dat hun onderhandelingspositie.

### 3.1.3.2 Aanbieder

Kraamzorgaanbieders zijn niet verplicht contracten te sluiten met zorgverzekeraars. Het sluiten van een contract biedt echter zekerheid over toestroom van consumenten en daarmee inkomsten. Hoewel contractering door zorgverzekeraars als sturingsinstrument ingezet zou kunnen worden, wordt het als zodanig (nog) niet of nauwelijks gebruikt. In de huidige situatie worden bijna alle kraamzorgaanbieders gecontracteerd.

Hoewel de inkooppositie van zorgverzekeraars over het algemeen goed te noemen is, kan de onderhandelingspositie van enkele zorgaanbieders sterk zijn, bijvoorbeeld doordat zij grote marktaandeelen hebben of een lange regionale historie kennen. Zolang er voldoende potentiële toetreders zijn, en zolang de consument en zorgverzekeraar keuzemogelijkheden hebben, hoeven individuele sterke zorgaanbieders geen probleem te vormen voor de werking van de markt.

### 3.1.3.3 Verzekerde

De individuele verzekerde beschikt niet zo snel over een sterke onderhandelingspositie ten opzichte van de kraamzorgaanbieder. De verzekerde heeft desondanks verschillende mogelijkheden om zijn oordeel over een specifieke kraamzorgaanbieder te laten gelden in de markt:

- Stemmen met de voeten: bij een volgende bevalling zal de consument een andere aanbieder kiezen als de zorg bij een vorige bevalling niet naar tevredenheid was;
- Mond-tot-mond reclame: kraamzorg is bij uitstek een zorgvorm waarover consumenten klantervaringen met elkaar uitwisselen. Eén ontevreden consument kan een aanbieder daardoor in de toekomst veel klanten kosten;
- Klanttevredenheidsonderzoeken: zorgverzekeraars verzamelen steeds meer informatie over klantervaringen. Binnenkort komt daar de CQ-index bij binnen Verantwoorde Kraamzorg.

### Conclusie

De NZa kan geen algemene uitspraak doen of de marktverhoudingen op de kraamzorgmarkt in het voordeel van zorgverzekeraars of in het voordeel van kraamzorgaanbieders zijn. Zorgverzekeraars en consumenten hebben mogelijkheden om een te sterke positie van kraamzorgaanbieders in te nemen.

**Consultatievraag 18**

*Kunt u zich vinden in de analyse over de marktverhoudingen? Zo niet, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden? Kunt u gegevens leveren die uw standpunt kunnen onderbouwen?*

**3.2 Anticompetitieve gedragingen**

Ook op een goed functionerende, evenwichtige markt kunnen individuele partijen een zodanig sterke positie innemen dat zij in hun eigen voordeel de mededinging op de markt kunnen beperken. Wanneer het risico op anticompetitieve gedragingen groot is en dit risico onvoldoende kan worden ingeperkt door ingrijpen van de overheid, kan dit een reden zijn om de markt als geheel te reguleren. De NZa beschikt echter over een wettelijk instrumentarium waarmee nadere regels kunnen worden opgelegd aan individuele marktpartijen die over aanmerkelijke marktmacht beschikken. In deze paragraaf geven we beschrijven we een aantal potentiële anticompetitieve gedragingen op de kraamzorgmarkt en proberen we het risico in te schatten.

**3.2.1 Te hoge prijzen**

Van te hoge of excessieve prijzen is sprake wanneer een onderneming met een economische machtspositie een dusdanig hoge prijs in rekening brengt dat deze niet in een redelijke verhouding staat tot de economische waarde van de geleverde prestatie.<sup>36</sup> Overigens wil het signaleren van een *hoge* prijs niet altijd zeggen dat de prijs ook daadwerkelijk *te hoog* is.<sup>37</sup>

De NZa is van mening dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor kraamzorg klein is. De anti-competitieve gedraging '*te hoge prijzen*' vereist dat nieuwe of elders werkende kraamzorgaanbieders slechts moeizaam tot de markt kunnen toetreden en dat consumenten niet bereid zouden zijn om naar eventuele nieuwe toetreders over te stappen. In de voorgaande analyses is ingeschat dat dit niet aan de orde is. De NZa schat voorlopig in dat zorgverzekeraars en consumenten voldoende *countervailing power* hebben te hoge prijzen te voorkomen.

**Consultatievraag 19**

*Deelt u de mening van de NZa dat er een beperkte kans bestaat op te hoge prijzen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?*

**3.2.2 Te lage prijzen**

Onder te lage prijzen (ook bekend als roofprijzen) verstaat de NZa dat een zorgaanbieder zijn prestaties voor een prijs onder het werkelijke kostenniveau aanbiedt. Dit leidt ertoe dat anders zorgaanbieders hier niet 'tegenop kunnen concurreren' en de markt verlaten. Daardoor krijgt de aanbieder die te lage prijzen vroeg, een monopolistische positie. Er is dan geen concurrentie meer. Dit stelt hem in staat om zijn prijs tot boven het competitieve niveau te verhogen. Daarmee verdient hij de geleden verliezen terug, en maakt hij een overwinst. Dit is een onwenselijke situatie, omdat de consument uiteindelijk slechter af is. Dus lage prijzen zijn in principe wenselijk, maar te lage prijzen zijn schadelijk.

<sup>36</sup> Arrest van het Europese Hof van Justitie op 14 februari 1978: United Brands vs. Europese Commissie, zaaknummer 27/76, jur. 1978, 207.

<sup>37</sup> Bijvoorbeeld scharste verhoogt de economische waarde van een product en kan daarom een prijsopdrijvend effect hebben.

Volgens de NZa is het risico op te lage prijzen in de kraamzorgmarkt beperkt vanwege het gebrek aan terugverdienmogelijkheden. Wanneer een kraamzorgaanbieder, zodra zijn concurrenten de markt verlaten hebben, de prijs verhoogt tot boven het competitieve niveau, zal dit snel leiden tot (nieuwe) toetreders tot de markt. Zorgverzekeraars hebben dan weer keuzemogelijkheden en de prijs zal niet zo hoog stijgen dat de oorspronkelijke kraamzorgaanbieder zijn geleden verliezen kan terugverdienen. De NZa verwacht dat kraamzorgaanbieders hierop anticiperen, en daarom niet zullen proberen hun concurrenten te verjagen met te lage prijzen.

Een speciaal geval van te lage prijzen treedt op, als een kraamzorgaanbieder in staat is om de geleden verliezen niet achteraf, maar gelijktijdig te compenseren. Dit is mogelijk als de kraamzorgaanbieder naast kraamzorg nog een andere inkomstenbron heeft. In de kraamzorgmarkt kunnen dit bijvoorbeeld thuiszorgaanbieders zijn.

Stel dat er geen of onvoldoende concurrentie in de thuiszorgmarkt is. Als gecombineerde thuiszorg- en kraamzorgaanbieders geloofwaardig<sup>38</sup> kunnen dreigen met roofprijzen op de kraamzorgmarkt, ontstaat uiteindelijk een situatie waarin alleen nog aanbieders actief kunnen zijn op de kraamzorgmarkt als ze ook een alternatieve inkomstenbron uit een niet of onvoldoende competitieve markt hebben. Het gevolg daarvan is een blijvend te hoge prijs voor kraamzorg. Toetreding van nieuwe kraamzorgaanbieders is in dit speciale geval geen remedie, omdat de zorgaanbieders met de te lage prijzen hun geleden verliezen niet in de kraamzorgmarkt hoeven terug te verdienen.

Dit is theoretisch risico. De NZa schat de kans op optreden in de praktijk klein in. AWBZ-gefinancierde instellingen staan onder toezicht van de NZa. Als een zorgaanbieder zowel AWBZ- als Zvw-gefinancierde zorg levert, moet hij een gescheiden boekhouding voeren.

Consultatievraag 20

*Deelt u de mening van de NZa dat het risico op te lage prijzen klein is, door de mogelijke toetreding van nieuwe kraamzorgaanbieders? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?*

Consultatievraag 21

*Deelt u de mening van de NZa dat er een beperkte kans bestaat op te lage prijzen gefinancierd uit alternatieve inkomstenbronnen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?*

### **3.2.3 Onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders**

Samenwerking tussen kraamzorgaanbieders kan belangrijke zorginhoudelijke voordelen hebben. Zo kan samenwerking bijvoorbeeld bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit en aan innovatie. Een andere vorm van samenwerking is het bundelen van ondersteunende administratieve processen.

Kartelvorming is een vorm van samenwerking waarin aanbieders overeenkomen niet elkaar niet (te sterk) te beconcurreren, een bepaalde concurrent 'uit de markt te jagen' of een bepaalde afnemer te boycotten. Dit soort afspraken beperkt de concurrentie op de markt en is daarom niet toegestaan.

<sup>38</sup> Als daartoe ze voldoende inkomsten hebben uit de AWBZ-gefinancierde thuiszorg.

### **Kartelvorming en transparantie**

Het vergroten van de transparantie op een markt kan kartelvorming in de hand werken. Om een kartel in stand te kunnen houden, moeten de deelnemers aan een kartel het kunnen waarnemen wanneer een van hen de kartelafspraken schendt. Er is een voorbeeld bekend waarin de Deense overheid de prijzen op de cementmarkt periodiek publiceerde. Dit faciliteerde een kartelafpraak en leidde daardoor niet tot de gewenste toename van marktwerking. De overheid moet daarom altijd voorzichtig zijn en zich afvragen of een bepaalde ingreep in een markt geen averechtse effecten kan hebben.

Zie ook: Albaek, Mollgaard & Overgaard. 1997. 'Government-assisted oligopoly coordination? A concrete case'. Journal of Industrial Economics, vol. XLV(4)429-443.

De volgende vormen van samenwerking zijn verboden op grond van de Mededingingswet (MW):<sup>39</sup>

- Prijsafspraken: Kraamzorgaanbieders mogen niet gezamenlijk een tarief bedingen bij inkopende zorgverzekeraars. Ook onderlinge afspraken over de minimale hoogte van prijzen, de maximale hoogte kortingen of de maximale kwaliteit van de prestatie zijn verboden.<sup>40</sup>
- Marktverdelingsafspraken: Het is kraamzorgaanbieders niet toegestaan om afspraken te maken over vestiging, werkgebied of consumentengroepen.<sup>41</sup>
- Gemeenschappelijke leveringsweigering: Kraamzorgaanbieders mogen niet gezamenlijk besluiten geen overeenkomst te tekenen met zorgverzekeraars. Elke kraamzorgaanbieder moet dit voor zichzelf beslissen.

De MW bepaalt vervolgens (artikel 7) dat het verbod op samenwerking niet geldt als de samenwerking ten hoogste acht ondernemingen betreft, én hun gezamenlijke omzet niet meer dan 1,1 miljoen euro bedraagt.

NZa heeft geen gegevens op grond waarvan wij het risico op kartelvorming kunnen inschatten.

#### Consultatievraag 22

*Hebt u aanwijzingen of signalen dat kartelvorming in de kraamzorgmarkt plaatsvindt of zal plaatsvinden? Heeft u voorbeelden van hoe kartelvorming zou kunnen plaatsvinden of plaatsgevonden heeft?*

### **3.2.4 Misbruik inkoopmacht**

Inkoopmacht is marktmacht aan de zijde van de zorgverzekeraar. Enige inkoopmacht is vaak wenselijk omdat de zorgverzekeraar dan beter zorg kan inkopen: op een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt komt dit ten goede aan de consument.

Een verzekeraar kan beschikken over inkoopmacht als de kraamzorgaanbieder afhankelijk is van een contract met een zorgverzekeraar voor het voortbestaan van de onderneming en geen uitwijkmogelijkheden heeft om zijn omzet op een andere manier binnen te halen. Hoewel er in Nederland meerdere zorgverzekeraars actief zijn – en de kraamzorgaanbieder dus in principe meerdere contractmogelijkheden heeft – is het wel zo dat per regio vaak één

<sup>39</sup> Mededingingswet, artikel 6.

<sup>40</sup> Met andere woorden: afspraken over de maximale prijs/kwaliteit-verhouding.

<sup>41</sup> Het onderling verdelen van markten naar productgroepen en geografische kenmerken.

verzekeraar een stuk groter is dan de rest.<sup>42</sup> Een contract met deze zorgverzekeraar kan voor de kraamzorgaanbieder daarom belangrijk zijn. De vraag is of een contract noodzakelijk is voor een kraamzorgaanbieder.

Als de contractvoorwaarden die een zorgverzekeraar voorstelt zo slecht zijn dat het verliesgevend is, moeten kraamzorgaanbieders geen contract aangaan. Als dit betekent dat zij hun onderneming moeten stoppen (in een bepaalde regio), dan is dat een legitieme ondernemersbeslissing. Zorgverzekeraars hebben er groot belang bij om de beschikbaarheid van zorg voor hun verzekerden op peil te houden. Zorgverzekeraars zullen daarom niet graag een kraamzorgaanbieder uit een gebied zien vertrekken, tenzij er voldoende alternatieve kraamzorgaanbieders zijn. Een zorgverzekeraar heeft er geen belang bij om het aantal kraamzorgaanbieders als zodanig terug te brengen. Als de voorgestelde contractvoorwaarden werkelijk ontoereikend zijn voor een specifieke kraamzorgaanbieder, kan het ook zijn dat deze kraamzorgaanbieder een hoger kostenniveau heeft dan zijn concurrenten.

De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht door kraamzorgaanbieders. De NZa schat het risico op onacceptabel gebruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars klein in.

[Consultatievraag 23](#)

*Deelt u de mening van de NZa dat het risico klein is dat zorgverzekeraars hun inkoopmacht onacceptabel gebruiken? Zo nee, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

[Consultatievraag 24](#)

*Mist u naast de hierboven genoemde anticompetitieve gedragingen nog andere gedragingen die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening gehouden moet worden?*

### 3.3 Externe prikkels

Vrijgeven van markten kan gepaard gaan met ongewenste, niet bedoelde bijeffecten; zogenoemde externe effecten of externaliteiten.<sup>43</sup> Deze effecten kunnen hun weerslag hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg en kunnen een reden zijn om een markt niet vrij te geven. Hierna worden deze externe effecten en de door de NZa verwachte kans dat deze effecten optreden, nader beschreven.

#### 3.3.1 Afwentelgedrag

Een risico in elke zorgmarkt (geliberaliseerd én gereguleerd) is dat zorgaanbieders – zeker wanneer zij zelf de indicatie kunnen stellen voor het leveren van zorg – voor hen financieel niet aantrekkelijke consumenten doorverwijzen naar de tweede lijn. Er is dan sprake van afwenteling op een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener. Ook voor zorgverzekeraars of voor consumenten kan er een prikkel zijn

<sup>42</sup> Dit is een 'historische erfenis' uit de tijd voor 1 januari 1992, toen de ziekenfondsen wettelijk toegewezen werkgebieden hadden waarbuiten ze geen verzekerden mochten aannemen. De meeste zorgverzekeraars omvatten een (of meer) voormalig(e) ziekenfonds(en) en hebben daardoor in specifieke regio's grote marktaandelen.

<sup>43</sup> Van externe effecten is sprake als een individu of organisatie profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van andere individuen of organisaties, en zij zelf niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen.

om de zorg te laten verlenen door een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener, als zij op die manier bijvoorbeeld een eigen betaling kunnen omzeilen. Afwentelgedrag kan dan ook een negatief effect hebben op de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg.

Op de kraamzorgmarkt is het risico op afwentelgedrag van kraamzorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten niet aanwezig, aangezien kraamzorg alleen in de eerste lijn wordt geleverd.

Consultatievraag 25

*Deelt u het standpunt van de NZa dat afwentelgedrag in de kraamzorg niet kan voorkomen, omdat kraamzorg alleen in de eerste lijn wordt geleverd? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse verscherpt of verbeterd kan worden?*

### 3.3.2 Ketenzorg/spillover effecten

Als een zorgverlener in een keten samenwerkt met andere soorten zorgverleners, kan de liberalisering van een groep binnen de keten negatieve externe effecten veroorzaken die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoren.

Kraamzorgaanbieders maken ketenafspraken met (een deel van de) verloskundige praktijken in de regio en met de jeugdgezondheidszorg. Daarnaast nemen een aantal kraamzorgaanbieders deel aan het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). Doel van een VSV is de organisatie van de verloskundige zorg op regionaal of lokaal niveau nader uit te werken en doelmatiger vorm te geven.

Ervaringen uit de markt voor fysiotherapie laten zien dat fysiotherapeuten meer zijn gaan samenwerken op het gebied van kwaliteit, innovatie en administratie na liberalisering. De huidige regulering biedt hiertoe minder mogelijkheden. Tarieven zijn namelijk gekoppeld aan vaste prestaties en zijn gemaximeerd. Hierdoor zijn er minder mogelijkheden voor differentiatie en ook minder prikkels om samen te werken met andere aanbieders.

*Conclusie*

De NZa verwacht op grond van bovenstaande overwegingen dat vrije prijsvorming én de daaruit volgende dynamiek in de markt de samenwerking tussen kraamzorgaanbieders onderling of met andere zorgaanbieders nog meer kan stimuleren om geboortezorg beter te organiseren.

Consultatievraag 26

*Bent u het eens met de analyse van de NZa dat de introductie van vrije prijsvorming geen negatieve effecten heeft op ketenzorg, maar juist een prikkel tot onderlinge samenwerking of samenwerking met andere zorgaanbieders kan geven? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse verscherpt of verbeterd kan worden?*

### 3.3.3 Volume-effecten

Kraamzorgaanbieders kunnen een prikkel om niet noodzakelijke zorg te leveren ervaren om extra inkomen te genereren. Dit kan zich uiten in het leveren van zorg die een consument helemaal niet nodig heeft, of in leveren van meer zorg dan een consument eigenlijk nodig heeft. Deze effecten worden ook wel aanbod geïnduceerde vraag of 'supplier induced demand' (SID) genoemd. SID kan ook optreden in de huidige situatie waarin de prijzen nog zijn gereguleerd. De vraag is dus of vrije prijsvorming de eventuele prikkel voor SID versterkt. Bovendien onderscheiden wij zorg die vanuit de Zvw wordt vergoed en zorg die consumenten zelf betalen, bovenop de Zvw-vergoeding.

De eerste vorm van SID (zorg aan consumenten die geen kraamzorg nodig hebben) is in de kraamzorg niet aan de orde. Het staat onomstreden vast wie kraamzorg nodig heeft, namelijk alleen bevallen vrouwen. Dit is voor zowel de zorgverzekeraar (in geval van Zvw-vergoeding) als de consument (in geval van zelf betalen) duidelijk.

De tweede vorm van SID kan in principe voorkomen, zowel bij Zvw-vergoeding als bij zelf betalen door de consument. Stel dat er een groter aanbod aan kraamzorg is dan nodig is om aan de totale vraag te voldoen. Kraamzorgaanbieders hebben dan een belang om elke consument zo veel mogelijk zorg te verlenen, ook al zou dat niet noodzakelijke zorg zijn.

Om SID in de situatie van Zvw-vergoeding ten uitvoer te brengen, moet de kraamzorgaanbieder de hoeveelheid vergoede zorg zien te verhogen. De hoeveelheid vergoede kraamzorg die een consument krijgt, wordt door de verloskundige geïndiceerd aan de hand van het LIP. Deze indicatie is leidend voor de vergoeding waarop de consument aanspraak kan maken. Om meer zorg dan noodzakelijk te kunnen leveren, zullen kraamzorgaanbieders de indicerende verloskundige 'ruimhartiger' moeten doen indiceren. Bijvoorbeeld door haar een deel van de extra inkomsten aan te bieden.

SID in de situatie dat de consument zelf betaalt, vereist dat de kraamzorgaanbieder de consument ervan overtuigt dat zij nog meer zorg nodig heeft dan de zorgverzekeraar op grond van de indicatie vergoedt. Dit is in principe een eigen keuze van de consument. Zij zal haar beslissing laten afhangen van het nut dat zij zelf toekent aan extra zorg, en de kosten die de kraamzorgaanbieder daarvoor in rekening brengt. Kraamzorg bovenop de geïndiceerde hoeveelheid zorg is naar mening van de NZa een prestatie waarover de consument goed zelf een 'aankoopbeslissing' kan nemen.

De enige problematische vorm van SID die de NZa onderkent in de kraamzorgmarkt, is de situatie waarin de kraamzorgaanbieder de verloskundige beweegt tot het afgeven van een groter dan noodzakelijke indicatie. De NZa heeft vertrouwen in de onafhankelijke indicatiestelling door de verloskundige.

Mocht een zorgverzekeraar toch vermoeden dat een kraamzorgaanbieder aan SID doet, dan kan hij dit inzichtelijk maken door bijvoorbeeld benchmarkstudies. Kraamzorgaanbieders die zonder een goede en aantoonbare reden veel omvangrijkere indicaties hebben dan gemiddeld, kunnen bijvoorbeeld om een uitleg gevraagd worden of een lagere prijs per uur aangeboden krijgen.

*Conclusie*

Op basis van het voorgaande verwacht de NZa dat er een zeer gering risico op volume-effecten bestaat. De indicatiestelling verloopt onafhankelijk en daarnaast beschikken verzekeraars over mogelijkheden om eventuele volume-effecten te beheersen.

*Consultatievraag 27*

*Bent u het eens met de analyse van de NZa dat er bij de introductie van vrije prijsvorming bij kraamzorg een zeer gering risico op volume-effecten bestaat?*

*Consultatievraag 28*

*Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening moet worden gehouden?*



## 4. Lastendruk

De liberalisering van een markt kan gepaard gaan met een toe- of afname, of een verschuiving van de lastendruk. De lasten van het huidige systeem met tariefregulering moeten worden afgezet tegen de lasten van het systeem onder vrije prijsvorming. Onderstaand geven wij een kwalitatieve analyse van de lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars die samenhangen met de regulering vanuit de overheid.

De NZa voert een project uit met de naam 'Wegnemen (onnodige) Administratieve Lasten door de Zorgautoriteit' (WALZ). In het kader van dit project heeft zij geïnventariseerd hoe hoog de administratieve lasten, de nalevings- en de uitvoeringslasten in de gezondheidszorg zijn. Daarnaast is er aandacht voor de beleefde lasten. Onderstaande analyse sluit aan bij deze methodiek.

Onder reguleringskosten vallen drie groepen van kosten:

- de administratieve lasten;
- de inhoudelijke nalevingskosten;
- de uitvoeringslasten van de NZa zelf.

### *Administratieve lasten*

De administratieve lasten zijn de kosten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te voldoen aan de informatieverplichtingen, die voortvloeien uit regelgeving van de overheid (in dit geval de NZa).<sup>44</sup> Het gaat om het verzamelen, bewerken en registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

### *Inhoudelijke nalevingskosten*

De inhoudelijke nalevingskosten zijn de kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen voortvloeiend uit de regels van de NZa (dus niet zijnde de administratieve verplichtingen).<sup>45 46</sup> Alleen de kosten die niet gemaakt zouden worden als de wet- en regelgeving er niet is, worden tot de inhoudelijke nalevingskosten gerekend.

### *Uitvoeringslasten*

De uitvoeringslasten zijn de kosten die de NZa maakt om uitvoering te geven aan de verplichtingen die de NZa oplegt aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars in door haar zelf uitgevaardigde regelgeving of regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk is. Daartoe worden ook de kosten gerekend die zijn gemoeid met de handhaving van verplichtingen.

### 4.1 Huidige lastendruk kraamzorg

De administratieve lasten voor kraamzorgaanbieders zijn momenteel laag. Er zijn geen landelijke registraties van kraamverzorgenden die

---

<sup>44</sup> De administratieve lasten worden bepaald door de kosten van een administratieve afhandeling te vermenigvuldigen met het aantal bedrijven of handelingen waarop deze van toepassing is. De kosten voor een administratieve afhandeling worden berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief.

<sup>45</sup> De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

<sup>46</sup> Een voorbeeld van inhoudelijke nalevingskosten in de automobielenindustrie zijn bijvoorbeeld de kosten die fabrikanten en consumenten maken om te voldoen aan de wettelijke verplichting voor het gebruik van autogordels.

onderhouden moeten worden. Evenmin zijn er verplichte registraties van geleverde zorgvolumes, onderhandelde prijzen, etc.

De inhoudelijke nalevingskosten van de bestaande tariefsregulering van de NZa schatten wij in op zeer laag tot afwezig. Er is ons geen regelgeving van de NZa bekend die tot lasten leidt die niet zouden bestaan als de regelgeving er niet zou zijn.

De uitvoeringslasten voor de NZa zijn eerder geïnventariseerd voor de vrije beroepsbeoefenaren (NZa-project WALZ) veroorzaakt. Het gaat om de kosten die zijn verbonden aan het berekenen en vaststellen van tarieven, en de handhaving van en de behandeling van bezwaren tegen maken tegen overheidsbesluiten. Tot deze lasten behoren ook de kosten van de kostenonderzoeken die aan de tariefsvaststelling ten grondslag liggen, en de lobby- en onderhandelingskosten die aan een tariefsvaststelling vooraf gaan. Wij schatten in dat de uitvoeringslasten voor kraamzorg vergelijkbaar zijn met de uitvoeringslasten die de NZa heeft in andere sectoren.

## 4.2 Lastendruk geliberaliseerde kraamzorg

Indien de voorlopige conclusie van dit consultatiedocument in beleid wordt omgezet, wordt tariefregulering gestaakt en prestatieregulering voortgezet. Er zullen ten behoeve van transparantie en monitoring mogelijk enkele nieuwe administratieve eisen worden gesteld aan kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars.

### Consultatievraag 29

*Deelt u de inschatting dat de administratieve lasten kunnen toenemen? Deelt u de opvatting dat deze toename verantwoord is in het kader van Verantwoorde Kraamzorg en monitoring? Heeft u suggesties om de toename zo beperkt mogelijk te houden?*

De administratieve belasting voor kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars kan toenemen. Metingen ten behoeve van de indicatoren Verantwoorde Kraamzorg moeten door kraamzorgaanbieders worden uitgevoerd en aangeleverd. Deze verandering staat los van de eventuele tariefsliberalisatie. De NZa zal voor de monitoring van de kraamzorgmarkt maximaal aansluiten bij bestaande gegevensverzamelingen. Er zullen afspraken worden gemaakt met andere overheidsorganisaties om gegevens te delen. Dit voorkomt dubbele uitvraag bij marktpartijen en houdt de administratieve belasting zolaag mogelijk.

De inhoudelijk nalevingskosten door regelgeving van de NZa is al minimaal. Deze zal door het liberaliseren van het tarief niet toenemen.

### Consultatievraag 30

*Deelt u de inschatting dat de inhoudelijke nalevingskosten momenteel op een zeer laag niveau zijn? Deelt u de inschatting dat de inhoudelijke nalevingskosten niet zullen toenemen bij tariefsliberalisatie?*

De uitvoeringslasten van de NZa zullen afnemen als tariefsregulering gestaakt wordt. Medewerkers van de NZa besteden op dit moment tijd aan het bepalen van de juiste tariefshoogte. Hierover wordt onderhandeld en gediscussieerd met brancheorganisaties en adviescommissies. Dit leidt ook tot kosten voor marktpartijen,

bijvoorbeeld in de vorm van lidmaatschapskosten voor brancheverenigingen die lobby- en onderhandelingskosten maken. De uitvoeringslasten zullen toenemen als de NZa de kraamzorgmarkt gaat monitoren. Wij schatten in dat de kosten daarvan beduidend lager zijn dan de uitvoeringslasten van tariefregulering.

Consultatievraag 31

*Deelt u de inschatting de afname van uitvoeringslasten (door staken van tariefsregulering) groter is dan de toename van uitvoeringslasten (door het starten van monitoring)? Hebt u suggesties om de uitvoeringslasten zo beperkt mogelijk te houden?*

Consultatievraag 32

*Bent u van mening dat onze analyse van de lastendruk (administratieve lasten + inhoudelijke nalevingskosten + uitvoeringslasten) volledig is? Zo nee, kunt u uw aanvullingen zo concreet mogelijk aangeven?*

Consultatievraag 33

*Kunt u zich vinden in bovenstaande analyse over lastendruk en veranderingskosten? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*



## 5. Monitoring door de NZa

Als de minister besluit om een markt vrij te geven, dan ligt er een belangrijke taak voor de NZa om een markt te monitoren. Via de monitor kunnen marktontwikkelingen worden gevolgd en wordt de borging van de publieke belangen in de gaten gehouden. Als partijen ongewenste gedragingen vertonen die de concurrentie verstoren, kan de NZa ingrijpen. Monitors leveren daarmee de basis voor oordeelsvorming over het inzetten van instrumenten op de markt. Het monitoren en de intensiteit van de inzet van dit instrument worden grotendeels bepaald door de risico's die een goede werking van de kraamzorgmarkt in de weg staan. Het gaat dan vooral om mogelijke anticompetitieve gedragingen van partijen. Deze gedragingen staan deels in dit consultatiedocument en kunnen anticiperend mogelijk onderscheiden worden tijdens de consultatieronde. De consultatieronde heeft als belangrijk doel om de prioriteiten in de monitor te bepalen.

### 5.1 Wettelijke taken en bevoegdheden

#### 5.1.1 Taken

##### *Regelgevend kader*

Het regelgevend kader geeft de NZa de taak om ook na de introductie van vrije prijsvorming mededingingsproblemen die op de kraamzorgmarkt ontstaan, te adresseren. De NZa kan, als de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid of toegankelijkheid bijvoorbeeld door een te grote inkoopmacht van verzekeraars in het geding zouden komen, verplichtingen op grond van aanmerkelijke marktmacht opleggen. De NMa kan tegen gerealiseerd misbruik van een economische machtspositie optreden.

#### 5.1.2 Bevoegdheden

##### *Inzet instrumentarium NZa*

De NZa bezit via de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verschillende instrumenten om toezicht te houden op de markt. Zo kan de NZa via artikel 38 van de Wmg aanbieders verplichten om informatie over de kwaliteit, de prijs en de omschrijving van de aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken. Hiermee kan de transparantie in een markt dus worden bevorderd. Ook kan de NZa via artikel 45 van de Wmg regels stellen voor de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg en de voorwaarden in die overeenkomsten. Zo kunnen eisen worden gesteld met betrekking tot een redelijke antwoordtermijn op onderhandelingsvoorstellen. Daarnaast kan de NZa op grond van artikel 48 van de Wmg partijen die beschikken over aanmerkelijke marktmacht (AMM) preventief verplichtingen opleggen.<sup>47</sup>

### 5.2 Relatie andere toezichthouders / regelgevers

Naast de NZa zijn er op de zorgmarkt andere toezichthouders en adviesorganen actief zoals de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa),

---

<sup>47</sup> Aanmerkelijke marktmacht doet zich voor als een partij zich onafhankelijk van zijn concurrenten, document en/of leveranciers en afnemers kan gedragen. Zie ook het consultatiedocument 'Aanmerkelijke marktmacht in de zorg', te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Met deze toezichthouders en adviesorganen werkt de NZa intensief samen. Wanneer de taken en bevoegdheden van deze toezichthouders raken aan de taken en bevoegdheden van de NZa, zijn hierover afspraken gemaakt. Deze zijn vastgelegd in verschillende samenwerkingsconvenanten. Deze samenwerkingsconvenanten zijn te vinden op de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

### 5.3 Voorlopige risicoanalyse geliberaliseerde markt

De NZa zal de kraamzorgmarkt monitoren als de tarieven worden vrijgegeven. In deze paragraaf geven we een voorlopige inschatting van aandachtspunten voor de werking van de markt.

#### *Tekorten kraamverzorgenden*

Door ingrepen in 2008 ziet het er naar uit dat de tekorten in 2009 opgelost worden. In een monitor zal de NZa onderzoeken of dit inderdaad het geval is, of dat nieuwe tekorten ontstaan. Tijdige informatie over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden en andere markten die voor kraamverzorgenden aantrekkelijk kunnen zijn, kunnen indicaties geven voor problemen in de werking van de markt.

#### *Registraties*

De kraamzorgmarkt kent weinig registraties. Complete overzichten van werkzame kraamverzorgenden en kraamzorgaanbieders zijn momenteel niet beschikbaar. Evenmin beschikt de NZa over informatie over prijs- en volumeontwikkelingen. Deze informatie is nodig om een oordeel te kunnen vormen over de effectiviteit van vrije prijsvorming.

#### *Transparantie kwaliteit*

Prestatie-indicatoren Verantwoorde Kraamzorg bevinden zich in een gevorderd ontwikkelstadium. NZa zal zich blijven informeren over de voortgang.

#### *Signalen aanmerkelijke marktmacht*

Marktpartijen met aanmerkelijke marktmacht kunnen in hun eigen voordeel de consumentenbelangen schaden. De NZa verwelkomt alle signalen over mogelijke anticompetitieve gedragingen. Voor een beoordeling van casussen bieden eerder genoemde registraties bruikbare informatie.

#### *Ketenrelaties*

Het is mogelijk dat de samenwerking tussen verloskundigen en kraamzorgaanbieders intensiveert. Dit zou zelfs tot verticaal geïntegreerde geboortezorgondernemingen kunnen leiden. Dergelijke ontwikkelingen kunnen in het belang zijn van de consument. De NZa zal monitoren welke gevolgen dit heeft voor zowel de werking van de markt als de prestatieregulering.

#### [Consultatievraag 34](#)

[Heeft u aanvullingen op bovenstaande risico-inventarisatie?](#)

## 6. Overzicht Consultatievragen

### Consultatievraag 1

Deelt u de voorlopige conclusie van de NZa dat vrije prijsvorming de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de markt voor kraamzorg zal bevorderen? Zo nee, waarom niet en wat is het alternatief?

### Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van door kraamverzorgenden geleverde zorg? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

### Consultatievraag 3

Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van samenhang tussen de verschillende ketenpartners? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

### Consultatievraag 3b

Is er in de huidige markt al vraag naar ketenprestaties geboortezorg? Kent u initiatieven voor het aanbieden van ketenprestaties? Vergroot vrije prijsvorming bij zorginkopers de behoefte aan ketenprestaties? Vergroot vrije prijsvorming bij zorgaanbieders de prikkel om geboortezorg in de vorm van een ketenprestatie aan te bieden?

### Consultatievraag 4

Deelt u de inschatting van de vraagontwikkeling? Zo nee, beschikt u over cijfers die u met de NZa kunt delen?

### Consultatievraag 5

Kunt u zich vinden in de analyse dat er beperkte mogelijkheden zijn voor substitutie? Zo nee, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

### Consultatievraag 6

Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van het huidige aanbod kraamzorgaanbieders? Zo nee, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding?

### Consultatievraag 7

Hebt u recente gegevens over de ontwikkeling van de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden die u met de NZa kunt delen?

### Consultatievraag 8

Deelt u de inschatting dat de tekorten tijdelijk en regionaal optreden? Hebt u een verklaring voor het optreden gedurende de zomerperiode? Biedt de tijdelijke regeling om opleidingskosten te kunnen declareren bij zorgverzekeraars een oplossing? Kloppen de eerste signalen dat er 1.100 tot 1.300 kraamverzorgenden worden opgeleid? Zijn betere arbeidsvoorwaarden een optie om de tekorten op te lossen?

### Consultatievraag 9

Kunt u zich vinden in de conclusie dat er weinig mogelijkheden voor aanbods substitutie zijn? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

Consultatievraag 10

Kunt u zich vinden in de conclusie dat er geen onredelijke toetredingsdrempels tot de kraamzorgmarkt zijn? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

Consultatievraag 11

Bent u van mening dat met de huidige prestatieomschrijving zowel de consument en de zorgverzekeraar als wel de zorgaanbieder weten wat zij inkopen respectievelijk aanbieden? Zo niet, kunt u concreet aangeven hoe de huidige prestatieomschrijving verbeterd kan worden?

Consultatievraag 12

Kunt u zich vinden in de geschetste analyse over de transparantie van de kwaliteit? Zo niet, wilt u de verbeteringen zo concreet mogelijk aangeven en indien mogelijk voorzien van een bronvermelding.

Consultatievraag 13

Vindt u dat er een landelijke registratiesysteem en landelijke richtlijnen moeten komen voor de kraamzorg? Kunt u uw antwoord motiveren?

Consultatievraag 14

Ziet u reden voor nadere acties om prijstransparantie op een geliberaliseerde kraamzorgmarkt te bevorderen?

Consultatievraag 15

Deelt u de analyse van de NZa dat de kwaliteit nog onvoldoende transparant is op de kraamzorgmarkt? Zo nee, waarom niet?

Consultatievraag 16

Deelt u de analyse van de NZa dat er voldoende overstapmogelijkheden zijn voor de consumenten? Zo nee, waarom niet?

Consultatievraag 17

Is de analyse over de prikkels van partijen om goed in te kopen volledig en correct? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verteerd kan worden?

Consultatievraag 18

Kunt u zich vinden in de analyse over de marktverhoudingen? Zo niet, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden? Kunt u gegevens leveren die uw standpunt kunnen onderbouwen?

Consultatievraag 19

Deelt u de mening van de NZa dat er een beperkte kans bestaat op te hoge prijzen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

Consultatievraag 20

Deelt u de mening van de NZa dat het risico op te lage prijzen klein is, door de mogelijke toetreding van nieuwe kraamzorgaanbieders? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

**Consultatievraag 21**

Deelt u de mening van de NZa dat er een beperkte kans bestaat op te lage prijzen gefinancierd uit alternatieve inkomstenbronnen? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt of verbeterd kan worden?

**Consultatievraag 22**

Hebt u aanwijzingen of signalen dat kartelvorming in de kraamzorgmarkt plaatsvindt of zal plaatsvinden? Heeft u voorbeelden van hoe kartelvorming zou kunnen plaatsvinden of plaatsgevonden heeft?

**Consultatievraag 23**

Deelt u de mening van de NZa dat het risico klein is dat zorgverzekeraars hun inkoopmacht onacceptabel gebruiken? Zo nee, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

**Consultatievraag 24**

Mist u naast de hierboven genoemde anticompetitieve gedragingen nog andere gedragingen die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening gehouden moet worden?

**Consultatievraag 25**

Deelt u het standpunt van de NZa dat afwentelgedrag in de kraamzorg niet kan voorkomen, omdat kraamzorg alleen in de eerste lijn wordt geleverd? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse verscherpt of verbeterd kan worden?

**Consultatievraag 26**

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat de introductie van vrije prijsvorming geen negatieve effecten heeft op ketenzorg, maar juist een prikkel tot onderlinge samenwerking of samenwerking met andere zorgaanbieders kan geven? Zo nee, kunt u aangeven waar de analyse verscherpt of verbeterd kan worden?

**Consultatievraag 27**

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat er bij de introductie van vrije prijsvorming bij kraamzorg een zeer gering risico op volume-effecten bestaat?

**Consultatievraag 28**

Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening moet worden gehouden?

**Consultatievraag 29**

Deelt u de inschatting dat de administratieve lasten kunnen toenemen? Deelt u de opvatting dat deze toename verantwoord is in het kader van Verantwoorde Kraamzorg en monitoring? Heeft u suggesties om de toename zo beperkt mogelijk te houden?

**Consultatievraag 30**

Deelt u de inschatting dat de inhoudelijke nalevingskosten momenteel op een zeer laag niveau zijn? Deelt u de inschatting dat de inhoudelijke nalevingskosten niet zullen toenemen bij tariefsliberalisatie?

**Consultatievraag 31**

Deelt u de inschatting de afname van uitvoeringslasten (door staken van tariefsregulering) groter is dan de toename van uitvoeringslasten (door het starten van monitoring)? Hebt u suggesties om de uitvoeringslasten zo beperkt mogelijk te houden?

**Consultatievraag 32**

Bent u van mening dat onze analyse van de lastendruk (administratieve lasten + inhoudelijke nalevingskosten + uitvoeringslasten) volledig is? Zo nee, kunt u uw aanvullingen zo concreet mogelijk aangeven?

**Consultatievraag 33**

Kunt u zich vinden in bovenstaande analyse over lastendruk en veranderingskosten? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

**Consultatievraag 34**

Heeft u aanvullingen op bovenstaande risico-inventarisatie?

## Bijlage 1. Begrippenlijst

Afwenteleffecten	Het door de zorgaanbieder (1ste of 2de lijn) of zorgverzekeraar doorverwijzen van economisch niet-rendabele cliënten.
Anticompetitieve gedragingen	Gedragingen door marktpartijen (aanbieders, verzekeraars) die een goede werking van de markt kunnen belemmeren. Voorbeelden hier van zijn kartelvorming, te hoge of te lage prijzen en misbruik maken van inkoopmacht.
BKE	BasisKwaliteitsEisen kraamzorg. Dit certificaat wordt na een beoordeling afgegeven door TNO en is drie jaar geldig. Wanneer een kraamzorgaanbieder dit certificaat bezit dan weet de zorgverzekeraar dat de zorgaanbieder aantoonbaar voldoet aan de volgende kwaliteitseisen: de informatie die bij de aanmelding en intake wordt verstrekt is van voldoende kwaliteit, de kwaliteit van de zorg is voldoende en kwaliteit van de zorgafsluiting is voldoende.
Borstvoedingscertificaat	Dit certificaat wordt na een externe beoordeling afgegeven. Elke drie jaar wordt de kraamzorgaanbieder opnieuw beoordeeld door de stichting Zorg voor Borstvoeding. Wanneer een kraamzorgaanbieder in het bezit is van dit certificaat voldoen ze aan de tien vuistregels voor het succesvol geven van borstvoeding, die ontwikkeld zijn door de WHO en Unicef. Zie voor de tien vuistregels: <a href="http://www.zorgvoorborsvoeding.nl/index.php?page=/php/page_4.html">http://www.zorgvoorborsvoeding.nl/index.php?page=/php/page_4.html</a>
Collusie	Het door zorgaanbieders maken van ongewenste onderlinge afspraken over prijs of verdeling van de markt.
CQ-index	De Consumer Quality Index is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.
Economische machtspositie	Een aanbieder beschikt over een economische machtspositie als hij/zij in staat is om zich in belangrijke mate onafhankelijk van concurrenten, aanbieders, verzekeraars of cliënten te gedragen.
Externe effecten	Van externe effecten is sprake als een individu of organisatie profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van andere individuen of organisaties, en zij zelf niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen.
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Het HKZ is een kwaliteitsmodel dat verbonden is aan het internationale ISO-systeem. Kraamzorgaanbieders krijgen een HKZ-certificaat na een onderzoek door een onafhankelijke instelling. Deze instelling toets om de drie jaar de kraamzorgaanbieders en elke half jaar vindt een tussentijdse controle plaats. Wanneer een kraamzorgaanbieder in het bezit is van een HKZ-certificaat heeft de aanbieder intern de zaken goed op orde, staat de klant principieel centraal, kan de zorgaanbieder betrouwbare resultaten presenteren en werkt voortdurend aan het verbeteren van de zorg- en dienstverlening.
Kartelvorming	Het door zorgaanbieders maken van ongewenste onderlinge afspraken over prijs of verdeling van de markt.
Keteneffecten	Mogelijke negatieve externe effecten die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort.
Restitutieverzekering	Een verzekering waar de consument op basis van de gemaakte ziektekosten geheel of gedeeltelijk krijgt vergoed (na aftrek van het eventuele bedrag van het eigen risico).
Substituten	Een zorgaanbieder die als een vervanger kan dienen voor een andere zorgaanbieder vanuit het oogpunt van de consument.
Toetredingsdrempels	Omstandigheden die de toegang tot een markt belemmeren.
Transparantie	De mate waarin informatie inzichtelijk, open en beschikbaar is.
Transactiekosten	De kosten die gemaakt moeten worden om een contract tot stand te brengen en de kosten die daarna gemaakt worden om de overeenkomst te bewaken en zo nodig af te dwingen.
Upcoding	Het door zorgaanbieders leveren van duurdere/complexere behandelingen dan noodzakelijk.
Volume-effecten	De prikkel voor een zorgaanbieder om meer volume te draaien omdat er sprake is van een informatieasymmetrie tussen enerzijds de zorgaanbieder en anderzijds verzekeraars en cliënten ten aanzien van (de noodzaak van) de geadviseerde behandeling. Een voorbeeld hiervan is supplier induced demand.

Vrije prijsvorming	Marktvorm waarbij zorgaanbieder en verzekeraar onderhandelen over de prijs van het geleverde product. Hierbij ontstaat meer vrijheid om klantgericht te werken en transparantie. Het loslaten van prijzen geeft partijen bijvoorbeeld de ruimte om nieuwe producten, diensten en/of technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich hierdoor ook beter van elkaar onderscheiden.
Zorgplicht	De verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van de zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.

## Bijlage 2. Correspondentie ActiZ

In onderstaande brief meldt Actiz dat het CTG in 2005 de minister geadviseerd zou hebben om de mogelijkheid van vrije prijsvorming in de kraamzorg te onderzoeken. Hier is CTZ bedoeld in plaats van CTG.

**actiz**  
organisatie van zorgondernemers

Nederlandse Zorgautoriteit  
T.a.v. de heer mr. F.H.G. de Grave  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

NZa

01 JUNI 2007

Raad van Bestuur

RIO

FGRE  
CIBEK  
ABAT  
ALAD  
LHON  
MMUR (afh.)

**Onderwerp** Vrije prijsvorming kraamzorg

**datum**

31 mei 2007

Geachte heer De Grave,

**ons kenmerk**

HY/GF/552

In de afgelopen jaren hebben in de Tweede Kamer, bij het ministerie van VWS en bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) discussies plaatsgevonden over de mogelijkheid van vrije prijsvorming in de kraamzorg. Dit in navolging van het experiment vrije tarieven in de fysiotherapie. In 2005 heeft het toenmalige CTG de minister van VWS geadviseerd te onderzoeken of vrije prijsvorming mogelijk zou zijn in de kraamzorg. De minister stond open voor dit onderzoek en heeft betrokken partijen gemeld dat hij het CTG hiertoe opdracht zou geven. Dit verzoek aan het CTG is echter nooit expliciet uitgegaan. ActiZ heeft inmiddels een uitgebreide discussie met leden gevoerd over vrije prijzen in de kraamzorg, mede in het licht van de toenemende marktwerking in de kraamzorg en de noodzaak om tarieven goed te kunnen differentiëren. Dit heeft er toe geleid dat ActiZ in beginsel positief is over vrije prijsvorming in de kraamzorg, mits aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. ActiZ vindt het derhalve van belang dat bij voorkeur in 2007, maar uiterlijk in 2008 onderzoek door de NZa wordt verricht naar de mogelijkheden en wenselijkheid van vrije prijsvorming in de kraamzorg en roept u op om dit onderzoek zo spoedig mogelijk te organiseren.

**in behandeling bij**

Dhr. G. Fidder

**doorkiesnummer**

(030) 273 97 81

**pagina**

1/2

Naast het lopende experiment in de fysiotherapie, wordt door de NZa reeds onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor vrije prijsvorming in andere sectoren. In het Visiedocument *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg* van februari 2007 is reeds een Quick scan hiernaar uitgevoerd. Een uitgebreider onderzoek en consultatie is door de NZa in 2007 aangekondigd. Helaas wordt de kraamzorg hierin niet meegenomen.

ActiZ betreurt dit en zou graag zien dat ook de kraamzorg alsnog hierin betrokken wordt. Wellicht is het mogelijk om onderzoek naar vrije prijsvorming in de kraamzorg te koppelen aan de consultatie die in het najaar van 2007 zal worden uitgevoerd naar de verloskundige zorg. Deide markten sluiten immers op elkaar aan. Het zal duidelijk zijn dat ActiZ bereid is een actieve rol te spelen in het onderzoek naar vrije prijsvorming in de kraamzorg en al het mogelijke wil doen om dit onderzoek efficiënt te laten verlopen.

Een brief met bovenstaande inhoud heb ik overigens ook gezonden aan minister Klink van VWS.

Met vriendelijke groet,  
namens de directie



drs. A. Koster  
lid directie



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Actiz  
drs. A. Koster  
Postbus 8258  
3503 RG UTRECHT

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

<b>Behandeld door</b> drs. A.J.F. Pellikaan	<b>Telefoonnummer</b> 030 296 82 55	<b>E-mailadres</b> fpellikaan@nza.nl	<b>Kenmerk</b> FPEN/MZEE/A/349
<b>Onderwerp</b> Vrije prijsvorming Kraamzorg			<b>Datum</b> 16 juli 2007

Geachte heer Koster,

Hartelijk dank voor uw brief d.d. 31 mei 2007 met als kenmerk HY/GF/552 waarin u de NZa vraagt om de mogelijkheden naar vrije prijsvorming in de kraamzorg te onderzoeken.

Voor de NZa is een belangrijke taak weggelegd om te bekijken of de huidige regulering op markten het beste de consumentenbelangen borgt en of liberalisering niet tot een beter consumentenresultaat kan leiden.

In uw brief verwijst u naar het onderzoek dat de NZa op dit moment uitvoert naar de mogelijkheden van vrije prijsvorming voor de vrije beroepen en specifiek de markt voor verloskunde die dit najaar nader wordt onderzocht. De markt voor kraamzorg is niet onder de vrije beroepen geschaard en valt daarom buiten de reikwijdte van de beroepsgroepen die in het Visiedocument *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg* zijn onderzocht. Ik ben echter van mening dat de markt voor kraamzorg een logische kandidaat is om onderzocht te worden al dan niet in directe relatie tot de markt voor verloskunde. Ik kan u daarom medelen dat wij uw suggestie om deze markt te onderzoeken zullen opvolgen. Wij informeren u bijtijds over de start van het onderzoek.

Hoogachtend,  
De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit

mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Actiz  
Drs. A. Koster  
Postbus 8258  
3502 RG Utrecht

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
T www.nza.nl

**Uw brief van**  
31 mei 2007

**Uw kenmerk**  
HY/GF/552

**Behandeld door**  
M.C.J. Romme

**Telefoonnummer**  
030 296 83 72

**E-mailadres**  
mromme@nza.nl

**Kenmerk**  
MROE/MZEE/2008/A/420

**Onderwerp**  
Verzoek vrijgeven tarieven kraamzorg

**Datum**  
12 juni 2008

Geachte heer Koster,

Actiz heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) per brief (d.d. 31-5-07) verzocht om de tarieven voor kraamzorg vrij te geven. Kraamzorg behoort niet tot de vrije beroepen. De NZa heeft echter geoordeeld dat er voldoende overeenkomsten met de markten van vrije beroepen zijn, om het instrument Meetlat liberalisering vrije beroepen ook op de markt van kraamzorg toe te passen (brief aan Actiz d.d. 16-7-07, kenmerk FPEN/MZEE/A/349). Met deze brief deel ik u mee dat de NZa onlangs het project Consultatiedocument liberalisering kraamzorg is gestart.

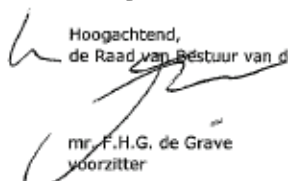
Het doel van het project is:

- Uitvoeren van een marktanalyse naar de kraamzorgmarkt;
- Marktpartijen consulteren;
- Uitvoeren van een monitor/evaluatie naar de kraamzorgveiling;
- Onderbouwing leveren voor het visiedocument kraamzorg.

Het Consultatiedocument bevat een analyse van de mogelijkheden voor liberalisering van de markt voor kraamzorg. Na afstemming met de marktpartijen en andere stakeholders, zal het Visiedocument kraamzorg in het eerste kwartaal van 2009 worden uitgebracht. Dit visiedocument bevat een advies aan de minister van VWS over de wenselijkheid van het vrijgeven van de markt voor kraamzorg.

De voor u merkbare start van het project is een rondetafelbijeenkomst die wij deze zomer zullen organiseren. De projectleider van het Consultatiedocument is beleidsmedewerker Mathijs Romme. U kunt hem via bovenstaande contactgegevens bereiken. Uiteraard houden wij u op de hoogte van alle relevante ontwikkelingen.

Hoogachtend,  
de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit

  
Mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter

## Bijlage 3. Interviews

De analyse van de kraamzorgmarkt is mede gebaseerd op inbreng van de volgende partijen:

- ActiZ, medewerkers en leden
- BTN (Branchebelang thuiszorg Nederland), medewerkers en leden
- LHV (Landelijke huisartsenvereniging)
- KNOV (Koninklijke Nederlandse organisatie van verloskundigen)
- SPOT (Samenwerkende professionele organisaties thuiszorg)
- STING (Landelijke beroepsvereniging voor verzorging en zorgprojecten)
- Stuurgroep Zwangerschap en geboorte (externe stuurgroep in opdracht van VWS)
- NBvK (Nederlandse beroepsvereniging voor kraamverzorgenden)
- Consumentenbond
- IGZ (Inspectie gezondheidszorg)
- NPCF (Nederlandse patiënten/consumenten federatie)
- Nivel
- VVAH (Vereniging van verloskundig actieve huisartsen)
- ZN, zorginkoopcommissie



## Bijlage 4. Beleidsregel CI-1086 (Tariefstructuur Kraamzorg)

### BELEIDSREGEL CI-1086

#### Tariefstructuur kraamzorg

##### 1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw en wordt geleverd door zorgaanbieders die kraamzorg bieden.
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2009. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20 lid 2 sub b van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 1 januari 2009, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na uitgifte van de Staatscourant waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot 1 januari 2009.
- c. De beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel tariefstructuur kraamzorg'.
- d. Deze beleidsregel is de opvolger van de beleidsregel CI-1082 'tariefstructuur kraamzorg', welke dan ook beëindigd wordt per 1 januari 2009.

##### 2. TARIEFSTRUCTUUR

Deze beleidsregel vordert dat de tarieven op grond van artikel 57 van de Wmg door de NZa ambtshalve worden vastgesteld. De op basis van deze beleidsregel overeengekomen tarieven dienen ieder te worden beschouwd als een maximumtarief.

Per uur kraamzorg <sup>1)</sup>	€ 40,30
Per uur partusassistentie <sup>2)</sup>	€ 40,30
Per inschrijving	€ 37,40
Per intake <sup>3)</sup> :	
– of bij de cliënt thuis	€ 56,10
– of telefonisch	€ 18,70
Per partusassistentie <sup>4)</sup>	€ 74,80

<sup>1)</sup> Kraamzorg zoals omschreven in artikel 2.12 van het besluit zorgverzekering.

<sup>2)</sup> Met ingang van 2007 is dit tarief toegevoegd.

<sup>3)</sup> Per verzorging kan slechts één intake worden gedeclareerd.

<sup>4)</sup> Dit tarief wordt eenmalig per bevalling naast het uurtarief in rekening gebracht.

Het aandeel van de overheveling van de middelen uit het sectorfonds Zorg (= arbeidsmarkt beleid) bedraagt 1,86% van de maximumtarieven exclusief de tijdelijke toeslag.

##### Prestatiebeschrijvingen

###### Kraamzorg

Kraamzorg zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Inschrijving

Bij inschrijving worden de volgende handelingen verstaan:

- het verwerken van de (telefonische) aanmelding;
- het toesturen van informatiemateriaal en het inschrijfformulier;
- op basis van het ingevulde inschrijfformulier verrichten van diverse administratieve handelingen;
- het plannen van het op termijn in te zetten personeel.

Intake bij de cliënt thuis en telefonische intake

Het verkennen en verduidelijken van de hulpvraag van de cliënt, het inventariseren van de zorgbehoefte en het met inachtneming van de volgende criteria (noodzakelijkheidsprincipe, aanvullend op eigen mogelijkheden, ontbreken van deskundigheid, preventie, bijsturing) objectief bepalen welke hulp naar inhoud en omvang en kwaliteit nodig is op grond waarvan verantwoorde beslissingen omtrent inzet en financiering van zorg mogelijk zijn, mede ter effectuering van de zorgaanpakken.

Partusassistentie

Het voorbereiden op, het assisteren bij de bevalling en het verzorgen van moeder en kind direct na de bevalling. De partusassistentie wordt verricht onder leiding van een verloskundige of huisarts. Locatie: thuis, in een vervangende thuissituatie of in een poliklinische situatie.