

Visiedocument
Kraamzorg

Een advies over vrije prijsvorming

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting en advies	7
1. Inleiding	15
1.1 Doelstelling	15
1.2 Aanleiding	15
1.3 Verhouding tot het consultatiedocument	16
1.4 Opbouw	16
2. Kraamzorg	17
2.1 De inhoud van kraamzorg	17
2.2 Kraamzorg als schakel in zorgketens	18
2.3 Aanbieders van kraamzorg	19
2.4 Huidige regulering	21
3. Marktstructuur	25
3.1 Vraag en aanbod	25
3.2 Marktverhoudingen	27
3.3 Keuzemogelijkheden voor de consument	28
3.4 Conclusie	31
4. Marktgedrag	33
4.1 Inkooprikkels	33
4.2 Anticompetitieve gedragingen	34
4.3 Externe effecten	37
4.4 Lastendruk en veranderkosten	39
4.5 Conclusie	41
5. Monitoren van marktontwikkelingen	43
Bijlage 1. Begrippen en afkortingen	45
Bijlage 2. Toegevoegde waarde van vrije prijsvorming	47
Bijlage 3. Correspondentie ActiZ	57
Bijlage 4. Beleidsregel CI-1086	61

Vooraf

Voor u ligt het Visiedocument Kraamzorg. Dit document bevat een analyse van de markt voor kraamzorg. Op basis van deze analyse adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de mogelijkheid en wenselijkheid om de markt voor kraamzorg te liberaliseren. Het is aan de minister om te besluiten of liberalisering van deze markt al dan niet kan plaatsvinden. Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en voor het advies aan de minister van VWS verwijzen wij u naar de managementsamenvatting.

In deze analyse is gebruik gemaakt van de meetlat die de NZa in februari 2007 heeft gepubliceerd in het Visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg. Invulling van de meetlat helpt de vraag te beantwoorden of in een geliberaliseerde markt voor kraamzorg de consumentenbelangen voldoende zijn geborgd of dat regulering op deze markt noodzakelijk is. Uit de analyse volgen tevens de aandachtspunten die de NZa in ieder geval in de marktmonitor betreft als de minister van VWS zou besluiten om de tarieven op de markt voor eerstelijns verloskundige zorg te liberaliseren.

De markt voor kraamzorg is niet geïsoleerd onderzocht. In haar marktanalyse heeft de NZa rekening gehouden met de verbondenheid tussen de markten voor kraamzorg en eerstelijns verloskundige zorg, waarover zij gelijktijdig met dit document eveneens een visiedocument heeft gepubliceerd.

De eerstelijns geboortezorg is een sector in beweging. Dit blijkt ook uit de instelling van een Stuurgroep Zwangerschap en geboorte door de minister van VWS.¹ Deze Stuurgroep heeft de brede opdracht om vóór 1 januari 2010 adviezen uit te brengen over de inhoudelijke kwaliteit van de zorg, de transparantie van kwaliteit, de zorg in achterstandswijken en de organisatie binnen de geboortezorgketen. De NZa heeft na overleg met de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte geconstateerd dat zorginhoudelijk gezien de focus van de Stuurgroep en de bekostigingstechnische focus van de NZa niet interfereren. Het advies van de NZa is gebaseerd op een analyse van de marktstructuur, het marktgedrag en de regelgeving, terwijl de Stuurgroep adviseert over de kwaliteit van de zorg en over de organisatie van de keten. Het feit dat de inhoudelijke focus van de twee adviezen verschilt, maakt het mogelijk dat de Stuurgroep en de NZa hun adviezen parallel aan de minister uitbrengen.

Op grond van haar analyse van de markt voor kraamzorg concludeert de NZa dat de tarieven kunnen worden vrijgegeven. Uit de analyse volgt tevens een aantal adviezen voor flankerend beleid en voor maatregelen van de NZa zelf om de werking van de geliberaliseerde markt te bevorderen.

Aan dit visiedocument is het Consultatiedocument Kraamzorg voorafgegaan. Dat document ging in op de vraag of op de kraamzorgmarkt de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn. Consumentenorganisaties, brancheverenigingen van

¹ VWS, Eerste voortgangsrapportage zwangerschap en geboorte, Brief met bijlage, kenmerk CZ-EZK/2907532 (<http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2009/voortgangsrapportage-zwangerschap-en-geboorte.asp>).

zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgverleners, en overheidsorganisaties hebben op het consultatiedocument gereageerd. Tijdens een consultatiebijeenkomst op 11 mei 2009 hebben de partijen hun reactie toegelicht en kennis genomen van elkaars standpunten. Hierover is onderling en met de NZa gediscussieerd. De schriftelijke reacties en het verslag van de bijeenkomst zijn te vinden op de website van de NZa.²

Dit visiedocument is tot stand gekomen op basis van het consultatiedocument, de reacties daarop en aanvullend onderzoek door de NZa. Wij stellen het bijzonder op prijs dat alle partijen de moeite hebben genomen om op het consultatiedocument te reageren. Deze reacties zijn de kwaliteit van dit visiedocument erg ten goede gekomen.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. E.J. Mulock Houwer
lid Raad van Bestuur a.i.

mw. drs. C.C. van Beek MCM
voorzitter a.i.

² <http://www.nza.nl/nza/Publicaties/consultaties>.

Managementsamenvatting en advies

De afgelopen jaren heeft het Nederlandse zorgstelsel ingrijpende wijzigingen ondergaan. Doel van deze wijzigingen is de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te vergroten. Om dit doel te bereiken wordt de Nederlandse zorg geleidelijk getransformeerd van een aanbodgestuurd in een vraaggestuurd stelsel.

Aanbodsturing houdt in dat de overheid of de zorgaanbieder beslist welke zorg in welke hoeveelheden tegen welke prijs beschikbaar moet zijn. Vraagsturing houdt in dat zorggebruikers (of verzekeraars namens hen) zelf kiezen voor de zorg die het beste bij hen past. Dat vergt dat er alternatieven zijn en dat vergt dat duidelijk is waarin die alternatieven zich van elkaar onderscheiden.

Keuzevrijheid van zorggebruikers stimuleert de aanbieders van zorg om hun zorgaanbod goed aan te sluiten op de behoeften van de gebruikers. Aanbieders die dat goed doen, zijn aantrekkelijk voor hun klanten en kunnen zo hun bestaanrecht bewijzen. Zo komt marktwerking de kwaliteit van de zorg in Nederland ten goede.

De NZa heeft de taak om het consumentenbelang te beschermen. Vanuit dat perspectief beziet de NZa of aan de voorwaarden voor vraagsturing is voldaan en of tot liberalisering van zorgmarkten kan worden overgegaan.

In dit kader heeft de NZa onderzoek verricht naar de markten voor verloskunde en kraamzorg. Over verloskundige zorg is een afzonderlijk visiedocument verschenen. In onderhavig visiedocument gaat de NZa in op de markt voor kraamzorg. Het document mondt uit in een advies aan de minister van VWS om de tariefregulering in de kraamzorg met ingang van 1 januari 2011 te beëindigen. Tevens adviseert de NZa de minister over flankerend beleid en kondigt zij zelf ook een aantal maatregelen aan om bij vrije prijsvorming een goede werking van de markt te bevorderen.

Kraamzorg

Kraamzorg vormt een essentieel onderdeel van de geboortezorg in Nederland. De zorg wordt geleverd in nauwe samenwerking met de eerstelijns verloskundige en in goede communicatie met huisarts en jeugdgezondheidszorg. De zorg is opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering, zodat voor elke kraamvrouw kraamzorg naar behoefte is verzekerd.

Kraamzorg wordt geleverd door zorgorganisaties en zelfstandige zorgverleners. De organisaties zijn zowel thuiszorgorganisaties als gespecialiseerde kraamzorgorganisaties. De zelfstandigen werken veelal via bemiddelingsbureaus, maar kunnen ook individueel contracten met zorgverzekeraars afsluiten.

Toetreding tot de markt voor kraamzorg is vrij. Zo zou kraamzorg ook kunnen worden geleverd door het geboortehotel waar de bevalling heeft plaatsgevonden, door ziekenhuizen, door verzorgingshuizen, door verpleeghuizen en door andere aanbieders. Wel moeten aanbieders van kraamzorg voldoen aan de kwaliteitseisen voor verantwoorde zorg, waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toeziet.

De tarieven voor kraamzorg zijn gereguleerd, net als die voor eerstelijns verloskundige zorg. Er zijn afzonderlijke tarieven voor de inschrijving, de intake, de partusassistentie en de kraamzorg.

De meetlat

Om de mogelijkheid en wenselijkheid van liberalisering van zorgmarkten te beoordelen hanteert de NZa de 'meetlat'. Deze meetlat bestaat uit criteria op grond waarvan de 'liberaliseerbaarheid' van een markt wordt beoordeeld. Aan een criterium is voldaan wanneer dat aspect bij een vrije prijsvorming naar het oordeel van de NZa bijdraagt aan een betere prijs/kwaliteitverhouding vanuit het perspectief van de consument.

De criteria hebben betrekking op aspecten van transparantie, marktstructuur, marktgedrag en externe effecten.

De transparantie wordt afgemeten aan de inzichtelijkheid en eenduidigheid van prestatieomschrijvingen, kwaliteit, prijs en polisvoorwaarden. Zowel consumenten als zorgverzekeraars moeten weten wat ze krijgen en hoeveel ze daarvoor betalen.

Ten aanzien van de marktstructuur is van belang dat er voldoende aanbod is, zodat er echt wat te kiezen valt. Daarnaast is van belang dat nieuwe aanbieders vrij zijn om de markt te betreden.

Ten aanzien van het marktgedrag is van belang dat verzekeraars en zorggebruikers bij vrije prijzen worden gestimuleerd om een goede afweging te maken tussen prijs en kwaliteit en daarop scherp in te kopen. Daarnaast is van belang dat de mogelijkheden voor anticompetitieve gedragingen zoals kartelvorming en misbruik van economische machtsposities beperkt zijn.

Ten aanzien van de externe effecten is van belang dat marktwerking niet ten koste gaat van samenwerking in de keten en geen ongewenste gevolgen heeft voor het zorggebruik in de kraamzorg zelf of elders in de keten van perinatale zorg.

De meetlat maakt onderscheid tussen startcriteria en ingroeicriteria.³ Startcriteria zijn voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voordat marktwerking wordt geïntroduceerd, omdat marktwerking anders mogelijk negatieve effecten heeft. Ingroeicriteria zijn voorwaarden waaraan niet direct hoeft te zijn voldaan, maar waaraan op termijn wel moet worden voldaan om een optimaal marktresultaat te realiseren.

Een markt die aan alle criteria voldoet kan zonder meer worden geliberaliseerd. Een markt die aan geen van de criteria voldoet moet gereguleerd blijven. In de praktijk is echter sprake van plussen én minnen die in een nadere analyse tegen elkaar moeten worden afgewogen. De minnen op ingroeicriteria wegen daarbij minder zwaar. De score op deze criteria verbetert vaak door de introductie van marktwerking. Bovendien kan een negatieve score vaak worden ondervangen door flankerend beleid.

De meetlat is ontwikkeld voor de toetsing van de mogelijkheden voor liberalisering van de vrije beroepen. Kraamzorg behoort niet tot de vrije beroepen. Kraamverzorgenden zijn immers meestal in loondienst bij een zorgaanbieder. Bij de analyse van de markt voor kraamzorg moet

³ In het visiedocument 'Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg' werden deze criteria respectievelijk *hard* en *zacht* genoemd.

daarom niet alleen rekening worden gehouden met de meetlatcriteria. Er moet ook rekening worden gehouden met de invloed die de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden heeft op het aanbod van kraamzorg. De arbeidsmarkt is daarom speciaal voor deze marktanalyse onder het kopje markttoegang toegevoegd aan de meetlat.

Kraamzorg langs de meetlat

In het onderzoek dat aan dit visiedocument ten grondslag ligt, is nagegaan in hoeverre kraamzorg voldoet aan de criteria van de meetlat. De resultaten zijn weergegeven in tabel 1. In de eerste kolom staan de criteria. In de tweede kolom staat per criterium of het gaat om een start- of een ingroei-criterium. In de derde kolom staat of er wel (+), niet (-) of slechts gedeeltelijk (±) aan het betreffende criterium is voldaan.

Tabel 1. Score van kraamzorg op de NZa-liberaliseringsmeetlat

Criterion	Start- of ingroei	Beoordeling
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	+
Arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden	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		
Lastendruk prijsonderhandelingen	Ingroei	+
Lastendruk kwaliteitstoezicht	Ingroei	+
Lastendruk marktmonitoring	Ingroei	+

Transparantie

Uit de marktanalyse in dit Visiedocument blijkt dat de prestatiebeschrijvingen voor de kraamzorg helder zijn, zodat

zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over volume, kwaliteit en prijs van de zorg.

Ten aanzien van de transparantie van de kwaliteit zijn in de consultatieprocedure belangrijke twijfels naar voren gebracht. Ten eerste ontbreekt een landelijk registratiesysteem van kraamzorgaanbieders. Dat belemmert het toezicht. Ten tweede gelden er verschillende regels voor de organisaties die kraamzorg aanbieden, voor bemiddelingsbureaus en voor zelfstandig werkende kraamverzorgsters. Dit bemoeilijkt het maken van weloverwogen keuzen door verzekeraars en consumenten.

Hier tegenover staat dat grote vooruitgang wordt geboekt in het kraamzorgproject van het programma Zichtbare Zorg. Dit project voorziet in informatie over het kwaliteitsniveau van de zorg en over klantervaringen. De indicatorontwikkeling is voltooid. Het project gaat de implementatiefase in. De eerste meetresultaten zullen naar verwachting in 2011 beschikbaar zijn.

De gesignaleerde tekortkomingen in de transparantie van de kwaliteit staan liberalisering van de markt voor kraamzorg niet in de weg, maar vergen wel flankerende maatregelen. De NZa geeft de minister van VWS in dit Visiedocument concrete adviezen om de transparantie te verbeteren.

Transparantie van de prijs stelt verzekeraars en zorggebruikers in staat de prijzen van aanbieders met elkaar te vergelijken. Als de minister besluit de prijs van kraamzorg vrij te geven, is het aan verzekeraars en aanbieders van kraamzorg om in onderling overleg prijzen vast te stellen. De NZa zal dan regels stellen om die transparantie te verzekeren voor consumenten die zelf kraam zorg inkopen, bijvoorbeeld bij een aanbieder die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd. Dit betekent een de verplichting voor aanbieders van kraamzorg om een standaardprijslijst openbaar te maken. Dit voorkomt verrassingen achteraf voor de consument.

De transparantie van de zorgpolis is voldoende. Verzekerden kunnen weten dat ze recht hebben op kraamzorg en ze kunnen weten dat ze daarvoor een eigen bijdrage betalen. Maar er zijn verbeteringen mogelijk. Vaak is namelijk onvoldoende duidelijk dat het verzekerde aantal uren kraamzorg individueel wordt vastgesteld. De meeste verzekeraars hebben in hun polisvoorwaarden opgenomen dat zij dit aantal uren (laten) bepalen op basis van het Landelijk Indicatieprotocol (LIP).

Markttoegang

In marktanalyses maakt de NZa onderscheid tussen zorgverleners (in dit geval kraamverzorgenden) en zorgaanbieders (de organisaties die contracten afsluiten met verzekeraars en consumenten). Het begrip markttoegang heeft betrekking op de zorgaanbieders.

Op de markt voor kraamzorg zijn voldoende aanbieders actief. Bovendien zijn de toetredingsdrempels laag. Wel kennen grote aanbieders voordelen ten opzichte van kleinere aanbieders. Zorgverzekeraars zijn in verband met de transactiekosten sneller geneigd grote organisaties te contracteren dan kleine zelfstandigen. Dat draagt bij aan de efficiëntie van het inkoopproces, maar het werpt drempels op voor kleinere aanbieders.

Om kraamzorg te kunnen aanbieden moeten organisaties kunnen beschikken over kraamverzorgenden. In de consultatieprocedure is door

verschillende partijen aandacht gevraagd voor de arbeidsmarkt-problematiek. Op de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden wisselen overschotten en tekorten elkaar af. De afwisselende tekorten en overschotten kunnen na liberalisering leiden tot ongewenst sterke prijsfluctuaties, ook al omdat de vraag naar kraamzorg relatief ongevoelig is voor prijsveranderingen. Marktwerking kan bijdragen aan een betere werking van de arbeidsmarkt en daarmee van de zorgmarkt.

Kraamzorg is niet spoedeisend gedurende de keuze van een aanbieder. Consumenten hebben voldoende tijd om zich te oriënteren en een weloverwogen keuze te maken. De aard van de zorg brengt met zich mee dat overstappen van aanbieder gedurende de kraamtijd geen optie is. Hooguit kan bij dezelfde aanbieder een andere kraamverzorgende worden gevraagd. Wel kan de kraamvrouw bij een volgende zwangerschap voor een andere aanbieder kiezen.

Marktgedrag

Voor verzekeraars vormen (potentiële) kraamvrouwen een aantrekkelijke doelgroep. Voor deze doelgroep is de kwaliteit van de zorg zeer belangrijk. De kosten van kraamzorg wegen daarentegen niet erg zwaar in de totale kosten van het basispakket. Per saldo ondervinden verzekeraars van marktwerking een sterke prikkel om bij de inkoop scherp te letten op de kwaliteit. Er is dus geen reden om te vrezen dat prijsconcurrentie bij marktwerking in de kraamzorg ten koste zou gaan van de kwaliteit.

Verzekerden ondervinden daarentegen geen prikkel om bij hun keuze voor een zorgaanbieder op de prijs te letten. Weliswaar betalen ze een eigen bijdrage voor de zorg, maar dat is een bedrag per uur dat bij alle kraamzorgaanbieders hetzelfde is. De doelmatigheidsprikkel moet dus van de zorgverzekeraar komen.

De verhoudingen op de markt voor kraamzorg zijn redelijk evenwichtig, waardoor misbruik van marktmacht noch aan de vraagkant noch aan de aanbodkant aan de orde lijkt. Een en ander neemt niet weg dat net als op andere markten na de liberalisering ook op de markt voor kraamzorg goed toezicht noodzakelijk is.

Anticompetitieve gedragingen

De lage toetredingsdrempels tot de markt voor kraamzorg geven vertrouwen in de mogelijkheden voor een goede marktwerking. Zowel te hoge als te lage prijzen zijn hierdoor minder waarschijnlijk, net als kartelvorming. De evenwichtige marktverhoudingen en de prikkel voor verzekeraars om bij de inkoop te letten op kwaliteit maken misbruik van inkoopmacht minder waarschijnlijk.

Negatieve externe effecten

De aard van de zorg brengt met zich mee dat afwenteleffecten (risicoselectie) en volume-effecten niet aan de orde zijn. Positieve keteneffecten zijn vooral te verwachten wanneer ook de markt voor eerstelijns verloskundige zorg zal worden geliberaliseerd. Maar liberalisering van de eerstelijns verloskundige zorg is geen voorwaarde voor de liberalisering van de markt voor kraamzorg.

Transactiekosten

De sectorstructuur met vooral grote kraamzorgaanbieders impliceert dat de transactiekosten op een vrije markt naar verhouding beperkt blijven. Hetzelfde geldt voor andere aanpassingskosten. Het markttoezicht is risicogerelateerd, waardoor de toezichtkosten lager uitvallen op markten waar het risico op ongewenst marktgedrag kleiner is.

Stakeholders

Met uitzondering van de Nederlandse Bond van Kraamverzorgenden (NBvK) zijn de belangrijkste stakeholders niet afwijzend over liberalisering van de kraamzorgtarieven. De stakeholders wijzen op voorwaarden of flankerende maatregelen die kunnen bijdragen aan de positieve effecten die NZa van liberalisering verwacht.

- De Consumentenbond onderschrijft dat vrijere prijsvorming de belangen van de consument kan dienen, maar wijst erop dat verbeteringen in de registratie, kwaliteitsverantwoording en continuïteit van zorg noodzakelijk zijn. De Consumentenbond onderschrijft tevens dat vrijgave van de tarieven tot een aantrekkelijker arbeidsmarkt kan leiden, wat kan bijdragen aan de oplossing van de tekorten.
- ActiZ is voor snelle liberalisering van de tarieven, mits op de geliberaliseerde markt aan vijf randvoorwaarden voldaan wordt: borging van de kwaliteit van zorg, voldoende contractering van zorgaanbieders, mogelijkheden tot prijsdifferentiatie / geen standaardcontracten, geen toename van de administratieve lasten en meer ruimte voor meerjarencontracten. De NZa heeft het standpunt dat de invulling van verschillende voorwaarden in beginsel aan de markt overgelaten moet worden, zoals de mate van contractering en differentiatie.
- Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) kan zich vinden in het advies voor liberalisering, en vraagt om eenduidigheid van zorgverzekeraars in de contractering, en voldoende voorbereidingstijd voor alle partijen. BTN stelt voorts ook dat het niet mogelijk zou moeten zijn dat een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zorg levert. De NZa deelt dat standpunt niet. Het is de vrije keuze van een verzekerde om te kiezen voor een niet-gecontracteerde aanbieder – ook als dat betekent dat zij geen volledige restitutie van de zorgkosten krijgt.
- NBvK heeft sterke twijfels over de meerwaarde van vrije prijsvorming geuit. NBvK stelt dat de zwakste posities op de markt worden ingenomen door de consument en de kraamverzorgenden. De NZa deelt dit standpunt niet en onderbouwt in het advies waarom vrije prijsvorming niet alleen goed is voor de consumentenbelangen, maar ook voor een evenwichtiger arbeidsmarkt.
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is niet tegen liberalisering in de kraamzorg, maar wijst erop dat op het gebrek aan kwaliteitstransparantie en een instabiele arbeidsmarkt liberalisering vóór 2011 niet wenselijk maken. ZN verwacht meer transparantie op zijn vroegst per 2011 door bijvoorbeeld de CQ-index. De NZa verwacht dat geliberaliseerde tarieven bijdragen aan de stabiliteit van de arbeidsmarkt.

De integrale reacties en het verslag van de consultatiebijeenkomst zijn gepubliceerd op de website van de NZa.⁴

⁴ <http://www.nza.nl/nza/Publicaties/consultaties>.

Advies

De NZa adviseert om tot liberalisering van de tarieven van kraamzorg over te gaan. De zorgmarkt is daar in voldoende mate voor ontwikkeld. De NZa komt tot de conclusie dat vrije prijsvorming bijdraagt aan de afstemming van het aanbod van kraamzorg op de behoefte. Vrije prijsvorming maakt betere beloning van zorglevering in tijden van schaarste mogelijk, wat bevorderlijk is voor het innovatief, vraaggestuurd en klantgericht werken. Dat komt de gebruikers van kraamzorg ten goede.

De NZa adviseert om de tarieven van kraamzorg en eerstelijns verloskundige zorg in ieder geval gelijktijdig te liberaliseren vanwege de sterke ketensamenhang van deze zorgmarkten.

De markt is in principe klaar voor liberalisering per 1 januari 2011. Echter de tarieven zouden ook uiterlijk op 1 januari 2013 geliberaliseerd kunnen worden, om uitvoering te geven aan het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, alsmede om het invoertraject van de tariefverhoging in de eerstelijns verloskundige zorg eerst te voltooien.

Dit advies heeft betrekking op de tarieven van alle prestaties die zijn genoemd in de 'Beleidsregels tariefstructuur kraamzorg' (CI-1086).

De NZa ziet geen reden om aan te nemen dat een vrijere markt de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zal schaden. Gezien de huidige marktverhoudingen is het niet waarschijnlijk dat anticompetitieve gedrag van marktpartijen een bedreiging vormen voor de maatschappelijke belangen. Als dat toch mocht gebeuren, beschikt de overheid over voldoende middelen om in te grijpen.

Op basis van contacten met de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft de NZa geconstateerd dat het advies van de Stuurgroep en het voorliggende advies niet interfereren. De minister kan het definitieve advies van de Stuurgroep betrekken in zijn besluitvorming op het voorliggende advies.

De NZa signaleert de volgende onderwerpen die de aandacht van de minister vragen:

- De NZa adviseert de minister van VWS om vóór 2011 een registratiesysteem te laten ontwikkelen van kraamzorgaanbieders, kraamverzorgenden en zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers).
- De NZa adviseert de minister van VWS te onderzoeken of in de regelgeving een gelijke behandeling van de verschillende typen aanbieders van kraamzorg kan worden gerealiseerd.
- De NZa constateert dat het LIP niet in de verzekeringsregulering is verankerd, hoewel op grond van dit protocol direct de verzekerde aanspraak van individuele consumenten wordt bepaald. De NZa zal in overleg met het ministerie van VWS en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bezien of hierbij knelpunten optreden en hoe deze kunnen worden weggenomen.

Daarnaast neemt de NZa zich de volgende flankerende maatregelen voor om de goede werking van de markt te bevorderen:

- De NZa vraagt verzekeraars en overheid aandacht voor de effecten van beleidswijzigingen op de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden.
- Als tot vrije prijsvorming wordt overgegaan zal de NZa kraamzorgaanbieders verplichten om vergelijkbare standaardprijslijsten te publiceren waarop de maximumprijzen zijn vermeld die de aanbieders in rekening brengen voor niet-gecontracteerde zorg.

De NZa zal de markt voor kraamzorg na de liberalisering van de tarieven blijven volgen. Daarbij zal zij bijzondere aandacht besteden aan:

- seizoensgebonden tekorten;
- transparantie van kwaliteitsverschillen;
- gelijke spelregels voor verschillende typen zorgaanbieders.

1. Inleiding

1.1 Doelstelling

Het tarief voor kraamzorg is gereguleerd. Doel van dit visiedocument is om de minister van VWS te adviseren over de mogelijkheid en wenselijkheid om deze regulering los te laten.

1.2 Aanleiding

Kraamzorg vormt een essentieel onderdeel van de geboortezorg in Nederland. De zorg wordt geleverd in nauwe samenwerking met de eerstelijns verloskundige en in goede afstemming met de huisarts en de jeugdgezondheidszorg.

In overeenstemming met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die bepaalt dat prestaties functiegericht omschreven worden, gaat dit document uit van de prestaties 'kraamzorg' en niet van de aanbieder 'de kraamverzorgende' of 'de kraamzorginstelling'. Prestaties kunnen in de praktijk dus door verschillende (daarvoor gecertificeerde) aanbieders worden geleverd. Het advies over het vrijgeven van de prijzen op de markt voor kraamzorg in dit visiedocument heeft op al die aanbieders betrekking.

In februari 2007 heeft de NZa het Visiedocument Liberalisering vrije beroepen in de zorg gepubliceerd.⁵ In dat document presenteert de NZa een meetlat die zij gebruikt 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 in een geliberaliseerde markt voldoende geborgd zijn en of de markt kan worden vrijgegeven of niet. Dit sluit aan bij de functie van de NZa, namelijk het stimuleren en bewaken van een goede werking van zorgmarkten. Op basis van de uitkomst van de meetlat adviseert de NZa de minister om een markt vrij te geven of niet. Het is de minister die hier uiteindelijk een beslissing over neemt.

In het visiedocument uit 2007 is de meetlat ingevuld voor alle vrije beroepen, om op die manier vast te stellen welke beroepsgroepen of markten mogelijk kandidaat zijn om daar vrije prijsvorming te introduceren. Deze invulling was vooral bedoeld om prioriteiten aan te brengen in de volgorde waarin de NZa de verschillende beroepsgroepen zou onderzoeken.

In die eerste analyse heeft de NZa de markt voor kraamzorg niet meegenomen. De reden is dat de kraamverzorgenden binnen de reguleringssystematiek van de NZa niet tot de traditionele vrije beroepen behoren. Op verzoek van ActiZ en gezien de nauwe verwevenheid met de eerstelijns verloskundige zorg heeft de NZa de kraamzorgmarkt ook in het onderzoeksprogramma opgenomen.⁶

Voor het vrijgeven van een markt is het consumentenbelang leidend. De introductie van vrije prijsvorming in een sector moet ervoor zorgen dat

⁵ http://www.nza.nl/7113/10057/Visiedoc_Theoretisch_kader_1.pdf.

⁶ Zie de correspondentie tussen ActiZ en de NZa hierover in de bijlagen bij het Consultatiedocument Kraamzorg.

de consument zijn zorg kan inkopen in de beste prijs-kwaliteitverhouding. Marktwerking is dus geen doel op zich, maar een instrument om vanuit het perspectief van de consument tot betere zorg te komen. Deze invalshoek is nader uitgewerkt in bijlage 2: De toegevoegde waarde van vrije prijsvorming.

1.3 Verhouding tot het consultatiedocument

Voorafgaand aan dit visiedocument heeft de NZa een Consultatiedocument Kraamzorg gepubliceerd. In dit consultatiedocument heeft zij gedetailleerd geanalyseerd of de markt voor kraamzorg zich leent voor vrije prijsvorming. Bij deze analyse stond de invulling van de meetlat centraal.⁷

Dit visiedocument is de uitkomst van een consultatietraject. Op verzoek van de NZa hebben zorgaanbieders, verzekeraars, overheidsinstellingen, brancheorganisaties en wetenschappelijke organisaties vanuit hun kennis en deskundigheid schriftelijk op het consultatiedocument gereageerd. In mei 2009 hebben de respondenten tijdens een consultatiebijeenkomst de gelegenheid gekregen om hun schriftelijke reactie toe te lichten. Het verslag van die bijeenkomst en de schriftelijke reacties zijn openbaar.⁸

In de reacties hebben diverse partijen veel bruikbare nuanceringen aangebracht en opmerkingen geplaatst. Deze opmerkingen hebben geleid tot aanpassingen van dit visiedocument ten opzichte van het consultatiedocument. Voorbeelden daarvan zijn de extra aandacht die besteed is aan de transparantie van de kwaliteit en aan de arbeidsmarktproblematiek.

1.4 Opbouw

Het advies aan de minister van VWS is geformuleerd in de managementsamenvatting. Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de kraamzorg. Er wordt ingegaan op de plaats van de kraamzorg binnen de keten van de perinatale zorg en op de regulering waaraan de kraamzorg is gebonden. Hoofdstuk 3 gaat in op de marktstructuur. Welke factoren bepalen de vraag en het aanbod, wat is transparantie, en hebben zorggebruikers en zorgverzekeraars keuzemogelijkheden? In hoofdstuk 4 staat het marktgedrag van aanbieders en vragers van kraamzorg centraal, inclusief mogelijke anticompetitieve gedragingen en administratieve lastendruk. In hoofdstuk 5 volgt een korte typering van de monitoractiviteiten van de NZa. In de bijlagen is onder andere de regelgeving van de NZa opgenomen zoals die op dit moment geldt.

⁷ http://www.nza.nl/7113/9233/DEF_codo_kraamzorg_zHandt.pdf.

⁸ <http://www.nza.nl/nza/Publicaties/consultaties>.

2. Kraamzorg

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van kraamzorg. Het concentreert zich op de elementen die van belang zijn voor de beoordeling van de mogelijkheden voor liberalisering. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de inhoud van de zorg, de verhouding van de zorg tot de verloskundige zorg en de jeugdzorg, een kwalitatieve beschrijving van de aanbieders van kraamzorg, de huidige regulering van de zorg en de actuele zorginhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen op het gebied van de kraamzorg.

2.1 De inhoud van kraamzorg

Kraamzorg is de hulp bij de bevalling en gedurende de kraamtijd voor de thuis verblijvende moeder.⁹ Kraamzorg vormt een onderdeel van de totale perinatale zorg.¹⁰ Bij perinatale zorg gaat het om zorg die plaatsvindt rond de geboorte van een kind. Deze zorg wordt ingedeeld in drie stadia, namelijk vóór, tijdens en na de bevalling (de zogeheten prenatale, natale en postnatale zorg). Kraamzorg speelt zich af tijdens en na de bevalling.

Het doel van kraamzorg is:

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

De resultaten van kraamzorg zijn:

- Er is een bijdrage geleverd aan het goed verlopen van een thuisbevalling.
- De moeder en het pasgeboren kind worden na de geboorte verzorgd en gecontroleerd zoals dat is vastgelegd in de basiskwaliteitseisen kraamzorg.
- De moeder is zodanig hersteld dat zij de taken op het gebied de zorg voor haar pasgeboren kind en haar gezin, dan wel de regie ten aanzien van die taken, op zich kan nemen.
- De moeder en de partner zijn volgens de geldende inzichten voorgelicht en geïnstrueerd over de (preventieve) zorg voor kind en 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, de huisarts of de jeugdgezondheidszorg (JGZ).
- Vroegtijdige signalering van risicogezinnen is – met in achtneming van de richtlijnen voor overdracht – doorgegeven aan de verloskundige, de huisarts of de jeugdgezondheidszorg.
- Er is een basis gelegd voor een gezonde start van het pasgeboren kind.
- Er is een doorlopende lijn gecreëerd in de activiteiten (tussen de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg), die gericht is op de

⁹ 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.

¹⁰ Zoals ook verloskundige en gynaecologische zorg, en soms ook huisartsenzorg.

(preventieve) zorg en opvoedingsondersteuning van het pasgeboren kind en diens moeder, ouder(s) of verzorger(s).

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

- begeleiding en ondersteuning van de zwangere vrouw en – zo nodig – de partner in de laatste fase van de ontsluiting, tijdens de baring en in de periode kort na de bevalling;
- assistentie van de verloskundige in haar werkzaamheden om de bevalling goed te (bege)leiden.

Kraamzorg in de postnatale fase (dat is 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, signalering en rapporteren;
- waarborgen van de 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 deze tien dagen kunnen zich bij de kraamvrouw problemen voordoen die snel ingrijpen noodzakelijk maken; dit is de reden dat de kraamvrouw extra begeleiding krijgt.

Kraamzorg heeft vanuit het perspectief van een kiezende consument een aantal bijzondere kenmerken. Bij een analyse van de mogelijkheden voor marktwerking moeten met deze kenmerken van kraamzorg rekening worden gehouden. Het gaat om de volgende kenmerken:

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

2.2 Kraamzorg als schakel in zorgketens

Kraamzorg staat niet op zichzelf, maar vormt een onderdeel van een zorgketen waarvan ook de verloskundige zorg en de jeugdgezondheidszorg deel uitmaken.

2.2.1 Geboortezorg

Het Nederlandse stelsel van geboortezorg is erop gericht om de juiste zorg op het juiste moment te leveren. De kraamverzorgende vervult een ondersteunende functie voor de verloskundige in de natale en postnatale fase van laag-risicobevingen.

In de natale fase wordt de kraamverzorgende uitsluitend ingezet voor partusassistentie bij thuisbevallingen.¹¹ Bij bevallingen die met een medische indicatie in de tweede en derde lijn plaatsvinden, verlenen kraamverzorgenden geen partusassistentie.

In de postnatale fase treedt de kraamverzorgende alleen op wanneer er geen sprake is van acute medische risico's voor moeder en kind. Zijn die acute risico's er wel, dan blijven moeder en/of kind immers in het ziekenhuis opgenomen. Het komt regelmatig voor dat de medische risico's gedurende de kraamtijd afnemen en moeder en kind naar huis gaan. De afspraak is dan om de geïndiceerde hoeveelheid postnatale kraamzorg voor elke ziekenhuisopnamedag met 1/8 te verminderen.¹² Als de bevalling in een geboortecentrum of kraamhotel heeft plaatsgevonden, ontvangen de moeder en het kind de kraamzorg vaak aansluitend daar. Het is echter ook mogelijk om de postnatale kraamzorg thuis te ontvangen.

2.2.2 Jeugdgezondheidszorg

Na afloop van de kraamzorg informeert de kraamverzorgende het gezin over aansluitende zorgverlening. Daarnaast moet zij de zorg voor het pasgeboren kind overgedragen aan de jeugdgezondheidszorg of het consultatiebureau. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) ontwikkelt een overdrachtsdocument voor de gegevensuitwisseling tussen de verloskundige, de kraamverzorgende en de verpleegkundigen van de jeugdgezondheidszorg.¹³

2.3 Aanbieders van kraamzorg

De NZa maakt onderscheid tussen de begrippen 'zorgverlener' en 'zorgaanbieder'. Een zorgverlener is een persoon die op grond van bepaalde (opleidings)eisen bevoegd is om aan patiënten, cliënten of consumenten een bepaalde zorgvorm te verlenen. Een zorgaanbieder is de economische entiteit (die behalve een natuurlijke persoon ook een rechtspersoon kan zijn) die overeenkomsten aangaat met zorgverzekeraars en consumenten.

Het begrip 'de kraamzorgaanbieder' gebruikt de NZa in deze analyse als aanduiding voor de marktpartij die een contractsrelatie aangaat met één of meerdere zorgverzekeraars voor het leveren van natale en/of postnatale kraamzorg. Hoewel kraamverzorgenden de kraamzorg feitelijk verlenen, zijn zij meestal niet de kraamzorgaanbieder.

¹¹ Een laag-risicobeving vindt niet altijd thuis plaats. Deze kunnen ook in een geboortecentrum, kraamhotel of ziekenhuis (polikliniek) plaatsvinden. Ook dan kunnen kraamverzorgenden (al dan niet in dienst van een kraamzorginstelling) partusassistentie verlenen.

¹² De ontslagdag uit het ziekenhuis wordt niet meegerekend als opnamedag.

¹³ Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. *Ketenzorg zwangerschap en geboorte*. 16 juli 2008. Kenmerk CZ-CB-U-2831796.

Kraamverzorgenden werken namelijk veelal in loondienst van een kraamzorgaanbieder.¹⁴

Kraamzorgaanbieders variëren in omvang en in mate van specialisatie. Er bestaan grosso modo vijf soorten kraamzorgaanbieders:

- thuiszorgorganisaties;
- gespecialiseerde kraamzorgorganisaties;
- bemiddelingsbureaus waarbij zelfstandige kraamverzorgenden (zelfstandigen zonder personeel: zzp'ers) zijn aangesloten;
- geboortecentra.
- zzp'ers.

Thuiszorgorganisaties

Thuiszorgorganisaties zijn veelal geïntegreerde VVT-organisaties (dat wil zeggen verpleeg- en verzorginghuizen en thuiszorgorganisaties) die zowel intra- en extramurale AWBZ-zorg bieden als WMO-zorg in opdracht van de gemeenten. Daarnaast leveren deze VVT-organisaties zorg die vanuit de Zorgverzekeringswet wordt gefinancierd, zoals kraamzorg en dieetadvies. De manier van zorgverlening, de organisatie van het logistieke proces en de benodigde medewerkers voor thuiszorg zijn redelijk vergelijkbaar met die voor kraamzorg. Kraamzorg genereert binnen de VVT-organisaties een deel van de totale inkomsten. Deze zorgaanbieders hebben dus deels inkomsten uit de AWBZ en deels uit de Zorgverzekeringswet. Zij hebben daardoor te maken met zorgkantoren en zorgverzekeraars als inkopers van zorg. Dit is een relevant gegeven, omdat het mogelijkheden biedt voor kruissubsidiëring tussen 'bedrijfsonderdelen'.

Gespecialiseerde kraamzorgorganisaties

Dit zijn zorgorganisaties die zich volledig hebben toegelegd op het leveren van kraamzorg. Deze zorgorganisaties zijn hierdoor wellicht in staat om hun organisatie beter in te richten naar hun kennis van zaken die specifiek met de kraamperiode samenhangen en de ervaring die zij hebben opgedaan. Nadeel is dat deze zorgorganisaties geen andere inkomstenbronnen hebben waarmee zij financiële klappen kunnen opvangen als het met de kraamzorg slecht gaat. Zij missen dus de mogelijkheden voor kruissubsidiëring die thuiszorginstellingen wel hebben.

Bemiddelingsbureaus voor zzp'ers

Bemiddelingsbureaus laten zich contracteren door zorgverzekeraars en spreken af dat zij tegen bepaalde tarieven kraamzorg leveren. Vervolgens vindt de levering van deze zorg plaats door kraamverzorgenden die de bemiddelingsbureaus als zzp'ers inhuurt. Deze kraamverzorgenden zijn niet in dienst van het bemiddelingsbureau, maar worden per zorgvraag ingehuurd. Het voordeel van deze constructie voor de zzp'er is dat zij meer zeggenschap heeft over werktijden en inkomsten. Als type kraamzorgaanbieder is het onderscheidende kenmerk van bemiddelingsbureaus dat zij een flexibeler kostenstructuur hebben dan kraamzorgaanbieders die kraamverzorgenden in loondienst hebben. Als er tijdelijk geen werk is, hoeven bemiddelingsbureaus immers geen lonen door te betalen.

Geboortecentrum

Geboortecentra bieden een 'thuisbevalling buitenshuis'. Bevallen in een geboortecentrum vormt, net als een poliklinische bevalling in het

¹⁴ Dit onderscheidt kraamverzorgenden van de 'vrije beroepsbeoefenaren', die naast zorgverlener voor patiënten/cliënten tevens de contracterende partij zijn voor zorgverzekeraars.

ziekenhuis, een alternatief voor een thuisbevalling als bijvoorbeeld de thuissituatie ongeschikt is. De bevalling en de kraamverzorging vinden plaats in de verblijfsinstelling van de zorgaanbieder. De kraamverzorgenden die de natale en postnatale zorg leveren, kunnen in loondienst zijn; zij kunnen echter ook als zzp'er zijn ingehuurd. Onderscheidend kenmerk van dit type kraamzorgaanbieders is dat zij een verblijfslocatie voor kraamvrouwen in stand moeten houden. Dit brengt kapitaalslasten met zich mee die de andere typen zorgaanbieders niet kennen. Kraamzorghotels of geboortehotels hebben echter ook een kostenvoordeel, doordat alle kraamvrouwen bijeen zijn op dezelfde locatie. Daardoor hebben de kraamverzorgenden een grotere arbeidsproductiviteit, want zij kunnen meer kraamvrouwen tegelijkertijd verzorgen.

Zzp'ers

Zzp'ers kunnen in theorie als zelfstandige kraamzorgaanbieder functioneren, namelijk wanneer zij rechtstreeks een contract aangaan met een zorgverzekeraar. In dat geval vertonen zzp'ers grote overeenkomsten met de klassieke 'vrije beroepsbeoefenaar' die bij andere zorgvormen bekend is. Wanneer een zzp'er geen zelfstandige contractsrelatie met een zorgverzekeraar aangaat, is zij geen kraamzorgaanbieder in de zin van deze analyse.

2.4 Huidige regulering

2.4.1 Prestatieregulering

Het doel van prestatieregulering is om op de zorginkoopmarkt een eenheid van taal te creëren. Zorgverzekeraars en consumenten moeten erop kunnen vertrouwen dat de zorg die kraamzorgaanbieders als kraamzorg 'verkopen', bij elke kraamzorgaanbieder hetzelfde inhoudt. Hiertoe bepaalt de Wmg (art. 35) dat het verboden is om kosten voor zorgverlening in rekening te brengen als hieraan geen prestatiebeschrijving ten grondslag ligt die door de NZa is vastgesteld. De NZa legt de prestatieomschrijvingen vast in beleidsregels.

Het onderhoud van de vastgestelde prestaties bestaat eruit dat de NZa de prestatieomschrijvingen inhoudelijk aanpast wanneer de ontwikkelingen in de zorgmarkt daarom vragen. Gewoonlijk dienen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hiertoe (een- of tweezijdige) verzoeken in.

De NZa heeft de prestaties die in het kader van kraamzorg in rekening gebracht mogen worden, vastgelegd in beleidsregel CI-1086.¹⁵ Deze beleidsregel bepaalt dat er ten aanzien van kraamzorg zes prestaties bestaan. Deze prestaties zijn opgesomd in tabel 2.

De prestatie 'per uur partusassistentie' is op 1 januari 2007 toegevoegd. Vóór die tijd werden de geleverde uren partusassistentie als kraamzorguren gedeclareerd. Financieel is er niets veranderd, want de NZa heeft het tarief voor één uur partusassistentie gelijkgesteld aan dat van één uur kraamzorg. De wijziging maakte het echter mogelijk om het aantal uren kraamzorg en het aantal uren partusassistentie afzonderlijk inzichtelijk te maken.¹⁶

¹⁵ Beleidsregel CI-1086 is afgegeven op 1 januari 2009 en vervangt voorgaande beleidsregels.

¹⁶ Circulaire CI/06/55c NZa.

In 2008 heeft de NZa aan de beleidsregel tijdelijk drie niet-zorginhoudelijke prestaties toegevoegd. Het ging hierbij om de uitzonderlijke maatregel dat kraamzorgaanbieders opleidingskosten voor nieuwe kraamverzorgenden in rekening mochten brengen bij zorgverzekeraars.¹⁷

Ketenprestaties

Op dit moment stelt de NZa voor kraamzorg – evenals voor eerstelijns verloskundige zorg – losse prestaties vast. De verschillen tussen ketenprestaties en 'losse prestaties' zijn 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. Op dit moment kunnen zorgverleners of ondernemers geen 'ketenprestatie geboortezorg' aanbieden.

De samenstelling van de huidige losse prestaties in het uiteindelijke zorgaanbod voor de individuele consument, is geregeld in op zichzelf staande regelingen, zoals het LIP. Als de zorginkoopfunctie en de regiefunctie van de zorgverzekeraars sterker worden, zou ook de behoefte aan ketenprestaties kunnen toenemen. Zorgverzekeraars onderhandelen in dat geval met één aannemer, die de ketenprestatie geboortezorg aanbiedt. Met hem maken zorgverzekeraars afspraken over onder andere de kwaliteit, de kosten en de beschikbaarheid van de kraamzorg. Hierbij moet de consument of de cliënt centraal staan. 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 voor zijn verzekerden moet samenstellen.

2.4.2 Tariefregulering

Tariefregulering bestaat in soorten en maten. Behalve 'punttarieven' of 'vaste tarieven' zijn er minimumtarieven, maximumtarieven en bandbreedtetarieven. Voor kraamzorg gelden maximumtarieven. Het doel van maximumtarieven is algemene kostenbeheersing. In het Budgettair Kader Zorg (BKZ) stelt het ministerie van VWS een maximumkostenomvang voor kraamzorg vast. Door het kraamzorgtarief aan een maximum te binden, is de overheid in staat de totale kosten van de kraamzorg in de hand te houden.

Doorgaans vindt jaarlijks een indexering van de tarieven plaats met een percentage dat is afgeleid van de inflatiecijfers. De procentuele stijging van de tarieven is niet elk jaar en niet voor elke prestatie gelijk geweest.

Tabel 2 geeft een overzicht van de prestaties, de tarieven en de beleidsregels die sinds 2006 gegolden hebben.

¹⁷ Door tekorten aan kraamverzorgenden werden binnen het BKZ 'gereserveerde' middelen niet besteed. Op verzoek van de minister van VWS heeft de NZa tijdelijk drie prestaties gedefinieerd zodat deze niet-bestede middelen aan het opleiden van nieuwe kraamverzorgenden te besteden en zo de ontstane problemen op te lossen. Om deze tijdelijke prestaties te kunnen declareren, moest voldaan zijn aan een aantal voorwaarden: akkoord van de dominante zorgverzekeraar; start van de opleiding voor 1 mei 2009; Calbris erkend leerbedrijf; Crebo-erkende opleidingsinstelling voor het uitvoeren van verzorgendenopleidingen op niveau 2 en 3.

Tabel 2. Tarief- en prestatieregulering kraamzorg 2006-2009

Beleidsregel	CI-1086	CI-1082	CI-1037	CI-956	CI-865 ¹⁸
Geldigheid	1 jan 09 – ...	20 okt 08 – 1 jan 09	1 jan 08 – 19 okt 08	1 jan 07 – 31 dec 07	1 jan 06 – 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 tarieven bevatten in alle jaren een toeslag voor arbeidsmarktbeleid van ongeveer 1,9%. De middelen hiervoor zijn afkomstig uit de overheveling van een subsidieregeling van het Sectorfonds Zorg naar de reguliere tarieven.¹⁹

2.4.3 Verzekeringsregulering

Basisverzekering

Kraamzorg behoort tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet. De kosten van kraamzorg worden vergoed onder aftrek van een wettelijke eigen bijdrage.²⁰ Het Besluit zorgverzekering stelt met betrekking tot 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.

Op grond hiervan vormt kraamzorg 'gedurende tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling' onderdeel van het basispakket dat verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet. Deze aanspraak geeft echter geen recht op tien dagen kraamzorg. Op basis van de systematiek van de Zorgverzekeringswet vindt toewijzing van zorg (in casu kraamzorg) plaats op basis van zorgbehoefte. Het Besluit zorgverzekering regelt dat de verzekerde uitsluitend recht heeft op een vorm van verzekerde zorg voor zover zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Indicering van de behoefte aan kraamzorg gebeurt door middel van het LIP. Het LIP maakt hiermee feitelijk onderdeel uit van de

¹⁸ Tarieven inclusief een tijdelijke toeslag tot 1 januari 2007.

¹⁹ NZa Circulaire AGOB/thok/CI/07/71c d.d. 13 december 2007.

²⁰ De wettelijke eigen bijdrage bedraagt € 3,80 per uur kraamzorg (ultimo 2009).

aanspraak van de Zorgverzekeringswet.²¹ Dit betekent dat de geïndiceerde uren kraamzorg volgens het LIP die verleend zijn tijdens en na de bevalling, volledig worden vergoed. Iedere kraamvrouw bepaalt dus afzonderlijk de omvang van de verzekerde aanspraak.²² 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).

Tabel 3. Omvang verzekerde aanspraak kraamzorg

	Partusassistentie	Postnatale kraamzorg	Totaal
Minimum	Naar behoefte	24 uur	24 uur exclusief partusassistentie
Gemiddeld	4 uur	49 uur	53 uur
Maximum	Naar behoefte	Naar behoefte	80 uur verdeeld over 10 dagen, inclusief partusassistentie

Bron: op basis van LIP

Aanvullende verzekering

De aanspraken in de aanvullende verzekering zijn niet gereguleerd. Zorgverzekeraars bieden uiteenlopende aanvullende zorgverzekeringen, waaronder vaak één specifiek voor jonge gezinnen. In deze aanvullende pakketten bieden de verzekeraars allerlei extra's, zoals:

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

²¹ Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. *Uitwerking afspraak kraamzorg in Coalitieakkoord*. 30 november 2007. Kenmerk CZ-EKZ 2807883.

²² Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. *Uitwerking afspraak kraamzorg in Coalitieakkoord*. 30 november 2007. Kenmerk CZ-EKZ 2807883.

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk analyseert de structuur van de markt voor kraamzorg. Het gaat in op de kwantitatieve aspecten van vraag en aanbod. Daarnaast komt de transparantie van het aanbod aan de orde. Die transparantie is van belang voor het nut van liberalisering. Zorgverzekeraars en zorggebruikers kunnen immers betere keuzen maken wanneer de alternatieven onderling goed vergelijkbaar zijn.

3.1 Vraag en aanbod

3.1.1 Arbeidsmarkt

Kraamzorg wordt verleend door kraamverzorgenden, die minimaal op MBO-niveau 3 tot kraamverzorgende zijn opgeleid. Er werken in Nederland naar schatting 9.000 kraamverzorgenden. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat de gemiddelde leeftijd van kraamverzorgenden 45 jaar is. 33% van de kraamverzorgenden is ouder dan 50 jaar. Gezien deze leeftijdsopbouw is er de komende jaren een uitstroom van kraamverzorgenden te verwachten.²³

De arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden is krap en het aanbod neemt af. Uit het onderzoek van het NIVEL blijkt dat de uitstroom van kraamverzorgenden bij de kraamzorgaanbieders die aan het onderzoek deelnamen, in de eerste helft van 2007 groter was dan de instroom. In die periode traden 214 kraamverzorgenden in dienst, terwijl er 252 uit dienst gingen. Dat is 6%, respectievelijk 7% van het totale personeelsbestand van 3.430 kraamverzorgenden.²⁴ Daarnaast blijkt uit de NIVEL-monitor 2008 dat er in oktober 2007 bij de geënquêteerde kraamzorgaanbieders op iedere 100 kraamverzorgenden sprake was van ruim acht vacatures, waarvan er zes moeilijk vervulbaar waren. Over de ontwikkelingen sindsdien zijn geen gegevens beschikbaar.

Uit een consumentenenquête die de NZa heeft uitgevoerd, blijkt dat 27% van de ondervraagden op één of andere manier gemerkt heeft dat er in 2008 tekorten aan kraamverzorgenden waren.

3.1.2 Tijdelijke/regionale tekorten

Een regelmatig terugkerend probleem in de kraamzorgmarkt zijn de regionale en seizoensgebonden tekorten aan kraamverzorgenden. Vooral 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. Deze is dat eens in de zoveel jaren de zomertekorten ernstiger zijn dan anders. De laatste zomer met een ernstig tekort was die van 2008. De arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden heeft blijkbaar een sterk cyclisch karakter.

Uit de monitor van het NIVEL blijkt dat er in 2006 op de kraamzorgmarkt nog geen sprake was van krapte. Door de daling in het aantal kraamzorguren en de daling van het aantal geboorten is de afgelopen

²³ Wiegers, T.A. 2008. Monitor Kraamzorg III: ontwikkelingen in het aanbod. NIVEL

²⁴ Let wel: het getal van 3.430 heeft betrekking op het personeelsbestand van de instellingen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Het totale aantal kraamverzorgenden is aanzienlijk groter (circa 9.000).

jaren een overschot aan kraamverzorgenden ontstaan. Hierdoor is er bij de kraamzorgaanbieders minder aandacht geweest voor het opleiden van kraamverzorgenden. Bovendien heeft een aantal kraamverzorgenden de sector verlaten.

Na de verruiming van de gemiddelde kraamzorgindicatie van 44 uur tot 49 uur en een 'geboortegolfje' in 2008 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 de problemen van tekorten aan personeel in de toekomst te voorkomen.²⁵ De huidige tekorten moeten in de komende jaren worden weggewerkt door onder andere verkorte opleidingen aan te bieden, door de instroom van kraamverzorgenden die moeten worden opgeleid te verbeteren en de uitstroom van kraamverzorgenden terug te dringen. In de periode van oktober tot en met december 2008 is in de vorm van een tijdelijk declareerbare prestatie 'Praktijkleerweg kraamzorg' de tijdelijke mogelijkheid gecreëerd om niet-bestede financiële kraamzorgmiddelen die in het BKZ wel voor kraamzorg zijn geoordeeld, te gebruiken om snel nieuwe kraamverzorgenden op te leiden. Dit heeft ertoe geleid dat er in de verkorte opleidingen tot kraamverzorgende 1372 leerlingen zijn ingestroomd.

3.1.3 Toetredingsbarrières

Er bestaan in de kraamzorgmarkt weinig toetredingsbarrières. Het is voor nieuwe kraamzorgaanbieders dus vrij gemakkelijk om zich op de kraamzorgmarkt te vestigen. De toetredingsbarrières die er zijn, vormen de waarborgen voor de kwaliteit van de zorg.

Zorgverzekeraars stellen steeds vaker certificering, zoals HKZ²⁶ of BKE²⁷, als voorwaarde voor contractering. Deze certificering zou een drempel kunnen betekenen, aangezien dit een investering vraagt. In de huidige markt contracteren zorgverzekeraars bijna alle kraamzorgaanbieders. Tegelijkertijd zien de NZa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een sterke toename van de kwaliteitscertificering. Blijkbaar vormen de certificeringseisen voor bestaande zorgaanbieders geen te hoge drempel.

Toetreding voor solistisch werkende zzp'ers is lastiger dan voor zorgaanbieders; de reden is dat een aantal zorgverzekeraars geen contracten met zzp'ers sluiten. Een belangrijk argument hiervoor is het belang van de continuïteit van zorg (zoals bereikbaarheidseisen buiten kantooruren).

Dat er ondanks de tekorten in de kraamzorgmarkt geen grote toestroom van nieuwe kraamzorgaanbieders is waargenomen, hoeft niet het gevolg te zijn van toetredingsbelemmeringen. Het kan ook komen doordat potentiële toetreders de kraamzorgmarkt geen aantrekkelijke markt vinden. De tariefregulering door NZa kan het aanbod van kraamzorg beperken. Ook als een tarief toereikend is om de kosten van zorgverlening te dekken, kunnen potentiële toetreders de prijs te laag vinden om toetreding aantrekkelijk te maken. Bestaande aanbieders blijven dan weliswaar actief op de markt (de kosten worden immers gedekt), maar nieuwe toetreding blijft uit.

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

²⁶ Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector certificaat.

²⁷ Basis Kwaliteitseisen Kraamzorg.

3.2 Marktverhoudingen

Goed werkende zorgmarkten betekenen dat zorgverzekeraars bij zorgaanbieders hoogwaardige zorg kunnen bedingen tegen redelijke tarieven. Bovendien worden verzekeraars gestimuleerd die voordelen op de zorgverzekeringsmarkt aan de consument door te geven. Bij goed werkende zorgmarkten stellen zorgverzekeraars zich dus op als belangenbehartiger van de consument.

In goed werkende zorgmarkten is bovendien ruimte voor 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. Deze paragraaf analyseert de verhoudingen op de markt voor kraamzorg.

3.2.1 Zorgverzekeraars

Op de zorginkoopmarkt voor kraamzorg hebben de zorgverzekeraars een voldoende sterke positie:

- Er is geen sprake van een structureel en onoplosbaar tekort aan kraamverzorgenden. De tekorten die optreden zijn tijdelijk en regionaal van aard.
- Zorgconsumenten staan niet negatief tegenover sturing door verzekeraars in de richting van kraamzorgaanbieders. Dit versterkt de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders.
- Op een geliberaliseerde markt is het voor nieuwe aanbieders gemakkelijker om tot de kraamzorgmarkt toe te treden. Als zorgverzekeraars toetreding stimuleren, versterkt dat hun onderhandelingspositie.

3.2.2 Zorgaanbieders

Voor kraamzorgaanbieders zijn contracten met zorgverzekeraars van groot belang. Deze contracten bieden immers zekerheid over de omzet gedurende de contractperiode. Zonder contract zijn de aanbieders aangewezen op de veel kleinere en veel onzekerder markt van consumenten met een restitutiepolis.

Toch blijken zorgaanbieders niet eenzijdig afhankelijk van zorgverzekeraars. Om aan hun zorgplicht te voldoen, moeten de zorgverzekeraars immers bijna alle kraamzorgaanbieders contracteren. Doordat het aanbod van kraamzorg veel meer geconcentreerd is dan het aanbod in markten met veel vrije beroepsbeoefenaren, hebben kraamzorgaanbieders een relatief sterke onderhandelingspositie.

In sommige gevallen hebben zorgaanbieders zelfs een uitgesproken sterke onderhandelingspositie, bijvoorbeeld doordat zij een groot marktaandeel hebben of een lange regionale historie kennen. Zolang er sprake is van voldoende potentiële toetreders, en zolang de consument en de zorgverzekeraar keuzemogelijkheden hebben, vormt een sterke positie van enkele individuele zorgaanbieders geen bedreiging voor een goede marktwerking.

3.2.3 Verzekerden

Kraamzorg wordt volledig uit het basispakket vergoed; hierdoor speelt de consument geen directe rol in de onderhandelingen over de inkoop van kraamzorg. Desondanks heeft de verzekerde verschillende

mogelijkheden om zijn oordeel over een specifieke kraamzorgaanbieder te laten gelden in de markt:

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

Ten opzichte van de zorgverzekeraar kan een verzekerde zich laten gelden door op de zorgverzekeringsmarkt met de voeten te stemmen.

3.3 Keuzemogelijkheden voor de consument

3.3.1 Transparantie van de prestatie

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

De prestatieomschrijving bij beleidsregel CI-1086 voor kraamzorg onderscheidt vier deelprestaties, te weten inschrijving, intake, partusassistentie en uren kraamzorg. De prestatiebeschrijving geeft niet precies aan welke zorg kraamverzorgenden gedurende de kraamperiode behoren te leveren.

De prestatieomschrijving verwijst naar artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekeringen (zie paragraaf 2.4.3). Dit besluit laat de beslissing over het feitelijke aantal uren kraamzorg over aan de zorgverzekeraar. In de polisvoorwaarden van de verzekeraars is opgenomen dat zij de omvang van de kraamzorg vaststellen in overeenstemming met het LIP. Het LIP bevat een uitgebreide inhoudelijke beschrijving van kraamzorg.

Behalve een goede prestatiebeschrijving is het ook van belang dat de consument en de zorgverzekeraar er zeker van kunnen zijn dat de geleverde zorg voldoet aan de inhoudelijke beschrijving uit het LIP.

De kwaliteit van kraamzorg wordt geborgd door:

- de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ): Deze regelt de definitie van verantwoorde zorg (artikel 2), het verplichte gebruik van een kwaliteitssysteem (artikel 4) en het verplichte kwaliteitsjaarverslag (artikel 5);
- het LIP en de basiskwaliteitseisen kraamzorg die een nadere invulling geven van de eisen waaraan zorgaanbieders ten minste moeten voldoen;
- de kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen om in aanmerking te komen voor een contract, zoals HKZ-certificering, het borstvoedingscertificaat en een zorggarantie;
- gefaseerd en proportioneel toezicht en gefaseerde en proportionele handhaving door de IGZ.²⁸

²⁸ 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.

Verbetering van deze borging is nog op een aantal punten mogelijk:

- De reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen schiet te kort. Artikel 1 van de wet beperkt deze reikwijdte tot 'het organisatorische verband dat strekt tot de verlening van zorg'. Dit betekent dat zzp-ers die niet in organisatorisch verband werken, niet aan de bepalingen van deze wet gehouden zijn.
- Er is geen landelijk registratiesysteem voor kraamzorgaanbieders, kraamverzorgenden en zzp-ers. In tegenstelling tot vrije beroepsbeoefenaren in de zorg, kennen kraamverzorgenden een registratieplicht noch een beroeps(titel)bescherming op grond van de Wet Beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Het is onder andere voor de toezichtstaak van de IGZ belangrijk om te weten welke kraamzorgaanbieders en zzp'ers in de kraamzorg actief zijn.²⁹ Voor de NZa bevatten dergelijke registraties waardevolle informatie over de omvang en de spreiding van het aanbod, die van belang is voor marktonderzoeken. Uit de consultatie van de veldpartijen blijkt dat de brancheorganisaties ook voor een landelijk registratiesysteem pleiten.

3.3.2 Transparantie van de kwaliteit

De IGZ ziet onder andere toe op de veiligheid van zorg en grijpt in als de kwaliteit onder het verantwoorde niveau dreigt te zakken. Dit maakt dat de consument kan vertrouwen op veilige en verantwoorde zorg. Er bestaat echter weinig inzicht in de kwaliteitsverschillen tussen de kraamzorgaanbieders. Op KiesBeter.nl is op dit moment beperkt informatie beschikbaar over de kwaliteit, zoals HKZ, BKE-certificaat en borstvoedingscertificaat. Ook sommige zorgverzekeraars bieden op beperkte schaal kwaliteitsinformatie over klanttevredenheid en kwaliteitskenmerken. Uit de consumentenenquête die de NZa heeft gehouden voor haar Monitor Kraamzorgveiling 2006-2008 blijkt dat de respondenten vinden dat de transparantie van de kwaliteit voldoende is om een keuze te maken.

Om daadwerkelijk vraagsturing op gang te brengen en om te waarborgen dat kraamzorgaanbieders niet uitsluitend concurreren op prijs, is naar de mening van de NZa meer transparantie echter wenselijk. Om dit te bereiken zijn marktpartijen in het project Zichtbare Zorg kraamzorg bezig om prestatie-indicatoren te ontwikkelen. Deze indicatoren geven een aanwijzing voor de kwaliteit van de zorg. Op dit moment vindt er met de kwaliteitsindicatoren een eerste vrijwillige landelijke meting plaats. Die moet leiden tot definitieve invoering van de prestatie-indicatoren en de CQ-index in het voorjaar van 2010.³⁰ Vanaf midden 2011 komen de eerste resultaten in de jaarverslagen van kraamzorgaanbieders beschikbaar.

3.3.3 Transparantie van de prijs

Kraamzorg is opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekering. Consumenten betalen de zorg niet zelf, op een eigen bijdrage van € 3,80 per uur na. Op deze regel zijn echter twee uitzonderingen. De eerste is dat consumenten soms een deel van de kosten zelf moeten betalen wanneer zij voor een zorgaanbieder kiezen die niet door de verzekeraar is gecontracteerd. De tweede uitzondering is

²⁹ IGZ meldt dat wordt overwogen om de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) ook van toepassing te maken op alle kraamzorgaanbieders. Hierdoor zouden alle kraamzorgaanbieders verplicht worden een Jaardocument Zorg aan te leveren aan het CIBG. Dit vergroot de 'toezichtbaarheid'.

³⁰ De CQ-index voor kraamzorg wordt door het NIVEL ontwikkeld, zie begrippenlijst.

dat consumenten de kosten van kraamzorg volledig zelf moeten dragen wanneer het gaat om extra zorg bovenop de geïndiceerde zorg.

In die uitzonderingsgevallen hebben consumenten 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 in prijzen meer differentiatie. Voor de consument is het belangrijk dat de prijzen en prijsverschillen transparant zijn, zodat hij een goede afweging kan maken tussen de prijs en de geleverde kwaliteit.

In beginsel is het de verantwoordelijkheid van marktpartijen om voor deze transparantie zorg te dragen. Zorgaanbieders zouden hun prijzen zelf openbaar kunnen maken. Sommige zorgaanbieders vermelden op hun website uitsluitend de hoogte van de eigen bijdrage en de tarieven voor extra uren kraamzorg die de basisverzekering niet vergoedt. Ook kunnen onafhankelijke partijen websites opzetten die in prijsverschillen inzicht geven. De NZa legt bij het vrijgeven van tarieven aan zorgaanbieders de verplichting op om standaardprijzlijsten te publiceren. Op deze prijslijsten leggen zorgaanbieders voorafgaand aan de zorgverlening vast welke prijs zij maximaal in rekening zullen brengen wanneer zij door de zorgverzekeraar van de consument niet gecontracteerd mochten zijn.

3.3.4 Keuze- en overstapmogelijkheden

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

Verzekeraar

De gangbare procedure bij zorginkoop is dat zorgverzekeraars eens per jaar een contracteringsronde organiseren. Tijdens die ronde kunnen de zorgaanbieders een aanbod doen, waarna de verzekeraars op grond van een aantal criteria bepalen welke aanbieders zij een contract aanbieden.³¹ Vervolgens maken verzekeraars met de kraamzorgaanbieders die zij willen contracteren prijsafspraken en vaak ook volumeafspraken (of op zijn minst volumeramingen).

Zorgverzekeraars maken hun keuzen en stappen gedurende het zorginkoopproces eventueel over. Dit zorginkoopproces loopt het hele jaar, maar kent een intensieve periode in de laatste maanden van het jaar, wanneer de verzekeraars hun nieuwe polissen vormgeven.

Een innovatie op het gebied van kraamzorginkoop is de kraamzorgveiling. In deze veiling veilen verzekeraars individuele zorgvragen aan gecontracteerde kraamzorgaanbieders. Dit verschaft de zorgverzekeraars grotere flexibiliteit. In theorie kunnen zij per zorgvraag overstappen. In de Monitor Kraamzorgveiling (die in februari 2009 gelijktijdig met het Consultatiedocument Kraamzorg is gepubliceerd) beschrijft de NZa deze werkwijze in detail.

Consument

Bij de keuze van de consument voor een kraamzorgaanbieder spelen onder andere de verloskundige, de zorgverzekeraar, familie en vrienden een rol. De definitieve keuze voor een kraamzorgaanbieder wordt in de

³¹ 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.

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 www.kiesbeter.nl. Ook op een aantal websites van zorgverzekeraars is per postcoderegio informatie over kraamzorgaanbieders te vinden, waarbij de verzekeraars ook hun kwaliteitskenmerken en klanttevredenheidsscores weergegeven.

Daarnaast wordt de keuze van de consument beïnvloed door het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars. In de polisvoorwaarden van naturapolissen kunnen verzekeraars opnemen dat verzekerden wanneer zij kraamzorg ontvangen van een niet-gecontracteerde kraamzorgaanbieder, een deel van de kosten zelf moeten betalen.

Wanneer een consument over de geleverde kraamzorg niet tevreden is, heeft zij in theorie de mogelijkheid om over te stappen naar een andere kraamzorgaanbieder. In de praktijk zal zij dit niet doen, omdat kraamzorg plaatsvindt in een periode van tien dagen onmiddellijk na de bevalling. Hooguit zal de kraamzorgaanbieder de kraamverzorgende vervangen wanneer de kraamvrouw dat wenst. Wel is denkbaar dat de consument bij een volgende zwangerschap voor een andere kraamzorgaanbieder kiest.

3.4 Conclusie

De markt voor kraamzorg onderscheidt zich van de markten waarop vrije beroepsbeoefenaren actief zijn door een veel meer geconcentreerd aanbod. Dit betekent dat de marktverhoudingen op deze markt redelijk evenwichtig zijn. De zorgaanbieders kunnen weliswaar om de meeste zorgverzekeraars niet heen, maar de verzekeraars kunnen ook moeilijk om de zorgaanbieders heen. De marktverhoudingen staan een goede marktwerking dus niet in de weg.

De prestatiebeschrijving van de kraamzorg voldoet aan de eisen die daaraan in een situatie van vrije prijsvorming mogen worden gesteld.

Ook de kwaliteit van de kraamzorg is goed geborgd, zij het dat daar op een aantal punten nog wel verbetering mogelijk is. Het gaat dan om een landelijk registratiesysteem van zorgaanbieders, een grotere reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen en overeenstemming over de landelijke richtlijnen voor de kraamzorg.

Consumenten menen nu al over voldoende informatie te beschikken om zelf een kraamzorgaanbieder te kunnen selecteren. De hoeveelheid beschikbare informatie neemt met het beschikbaar komen de prestatie-indicatoren uit het Zichtbare-Zorgproject en de CQ-index van NIVEL nog toe.

Transparantie van de prijs is voor de meeste consumenten niet van belang, omdat de zorg is opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Voor consumenten die niet (volledig) verzekerde zorg afnemen (extra zorg bovenop het basispakket of zorg van niet-gecontracteerde aanbieders) is een grotere transparantie wenselijk. De NZa neemt daartoe maatregelen.

4. Marktgedrag

Dit hoofdstuk gaat in op het te verwachten gedrag van vragers en aanbieders op de zorgmarkt. Het gaat in op de stimulans die uitgaat op zowel consumenten als verzekeraars om bij de keuze van een zorgaanbieder te letten op kwaliteit en prijs. Vervolgens komt aan de orde hoe groot de kans is op anticompetitieve gedragingen van aanbieders en verzekeraars die een goede marktwerking zouden kunnen frustreren. Het hoofdstuk sluit af met externe effecten die bij het vrijgeven van de tarieven voor kraamzorg zouden kunnen optreden.

4.1 Inkooprikkels

Het vrijgeven van een markt heeft uitsluitend zin als de afnemers van zorg – verzekeraars, consumenten of beide – prikkels ervaren om bij de keuze van een zorgaanbieder goed te letten op de kwaliteit en de prijs. Alleen dan worden immers de aanbieders van zorg gestimuleerd om op een doelmatige manier de best mogelijke zorg te bieden.

De NZa onderscheidt inkooprikkels voor zorgverzekeraars en voor zorgconsumenten. De prikkels voor zorgverzekeraars zijn onder te verdelen in externe en interne prikkels. De prikkels voor zorgconsumenten hangen samen met de manier waarop de zorg is verzekerd (in de basisverzekering, in de aanvullende verzekering of helemaal niet).

4.1.1 Prikkel zorgverzekeraar

Externe prikkel

Van een externe prikkel voor een verzekeraar is sprake als verzekerden bij de keuze van een polis letten op de kraamzorg die de zorgverzekeraars hebben ingekocht. Dit vormt immers een belangrijke stimulans voor zorgverzekeraars om zich op dit gebied van anderen te onderscheiden en scherp in te kopen. Uit de consumentenenquête blijkt dat de meerderheid van de respondenten (59%) de ingekochte zorg op het gebied van kraamzorg niet betreft bij hun keuze voor een zorgverzekeraar. 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. Er bestaat voor de zorgverzekeraar dus een prikkel om zich te onderscheiden.

Daarnaast is het zo dat kraamzorg een type zorg is waar veel jonge vrouwen gebruik van denken te maken, waardoor het voor de zorgverzekeraar een goed product is om zich op te profileren. Gezien het geringe overstappercentage (5%) is het voor een verzekeraar zaak om een verzekerde zo vroeg mogelijk aan zich te binden. Wanneer een (toekomstige) kraamvrouw als verzekerde is binnengehaald, kan de verzekeraar mogelijk ook de partner en de kinderen als klant werven.

Interne prikkel

Van een interne prikkel is sprake als zorgverzekeraars met een scherp inkoopbeleid hun schadelast kunnen beperken en hun winst kunnen vergroten. Het belang van een scherp inkoopbeleid hangt in grote mate af van het financiële belang of van de hoogte van de uitgave voor een specifiek zorgsoort. Hoe hoger de uitgaven zijn, des te groter de potentiële besparingen die zorgverzekeraars kunnen verwezenlijken. De

totale uitgaven aan kraamzorg binnen de Zorgverzekeringswet bedroegen in 2008 € 268 miljoen.³² Op de totale schadelast van de individuele zorgverzekeraar is dit een relatief gering bedrag. De zorgverzekeraar ervaart daarom slechts een beperkte prikkel om scherp in te kopen op de prijs.

Zorgverzekeraars zijn voor de inkoop van kraamzorg volledig risicodragend. De verwachting is dat dit geen risicoselectie tot gevolg zal hebben. Zoals eerder is aangegeven, gaat het bij kraamzorg om een aantrekkelijke doelgroep voor verzekeraars en is de schadelast erg 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.

4.1.2 Prikkel verzekerde

De prikkel die een verzekerde ervaart bij de keuze voor een zorgaanbieder, is in grote mate afhankelijk van de vraag of hij voor deze zorg verzekerd is. Is hij niet verzekerd, dan spelen de kosten van de zorg in de afweging een belangrijke rol. Als hij voor een bepaalde zorgprestatie wel verzekerd is, dan ervaart de verzekerde vooral een prikkel om op de kwaliteit van de zorg te letten.

Basisverzekering

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

In de voorwaarden van sommige naturapolissen is opgenomen dat de verzekerde een eigen bijdrage moet betalen wanneer zij kraamzorg kiest van een niet-gecontracteerde kraamzorgaanbieder. Hier kan wel een prikkel voor de consument vanuit gaan om voor een gecontracteerde kraamzorgaanbieder te kiezen. De prikkel om te kiezen voor kwaliteit blijft altijd aanwezig, los van de vraag of de consument moet bijbetalen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Aanvullende verzekering

De zorgverzekeraars bieden verschillende aanvullende zorgverzekeringen, waaronder vaak één verzekeringspakket dat specifiek bedoeld is voor jonge gezinnen. In deze aanvullende pakketten bieden verzekeraars allerlei extra's aan, zoals een gratis kraampakket, vergoeding van extra uren kraamzorg en volledige of gedeeltelijke vergoeding van de eigen bijdrage. Voor consumenten die gezinsuitbreiding overwegen, kan het aantrekkelijk zijn om een aanvullende zorgverzekering af te sluiten.

4.2 Anticompetitieve gedragingen

Ook op een evenwichtige markt zijn anticompetitieve gedragingen denkbaar, zoals te hoge of te lage prijzen, kartelvorming, of misbruik

³² CVZ, Zorgcijfers Kwartaalbericht 4^e kwartaal 2008.

van inkoop- of verkoopmacht. Wanneer het risico op anticompetitieve gedragingen groot is en het niet mogelijk is om dit risico voldoende in te perken door ingrijpen van de overheid, dan kan dit een reden zijn om de markt als geheel te reguleren. De NZa beschikt echter over een wettelijk instrumentarium waarmee zij aan individuele marktpartijen nadere regels kan opleggen die over aanmerkelijke marktmacht beschikken. Deze paragraaf gaat in op anticompetitieve gedragingen en maakt een schatting van het risico daarop op de kraamzorgmarkt.

4.2.1 Te hoge prijzen

Van te hoge of excessieve prijzen is sprake wanneer een onderneming met een economische machtspositie een prijs in rekening brengt die boven het niveau ligt dat tot stand zou komen op een concurrerende markt. Overigens wil het signaleren van een *hoge* prijs niet altijd zeggen dat de prijs ook daadwerkelijk *te hoog* is. Schaarste op de markt kan bijvoorbeeld ook een tijdelijk prijsopdrijvend effect hebben, wat juist nodig is om extra aanbod uit te lokken.

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 er op de markt voor kraamzorg sprake is van onvoldoende aanbod en onvoldoende toetredingsmogelijkheden. Uit de analyse in dit visiedocument blijkt dat dit niet aan de orde is. De NZa meent dan ook dat zorgverzekeraars (en consumenten) voldoende tegenwicht kunnen bieden om te hoge prijzen te voorkomen.

De NZa waarschuwt dat na vrijgeven van de tarieven prijsstijgingen niet uitgesloten zijn. Dit duidt niet altijd op een mededingingsprobleem en maakt ingrijpen van de overheid niet altijd noodzakelijk. Als door de invoering van prestatie-indicatoren kwaliteitsverschillen voldoende transparant zijn en er geen problematische schaarste bestaat, is het aan zorgverzekeraars (en consumenten) om te bepalen wat de gewenste kwaliteit is en welke prijs acceptabel is.

4.2.2 Te lage prijzen

Onder te lage prijzen (ook bekend als 'rooftprijzen') verstaat de NZa dat een zorgaanbieder zijn prestaties voor een prijs onder het werkelijke kostenniveau aanbiedt. Dit leidt ertoe dat andere 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 de zorgaanbieder de geleden verliezen terug en maakt hij een overwinst. Dit is een onwenselijke situatie, omdat de consument uiteindelijk slechter af is.

Het risico van een rooftprijstrategie is op de markt voor kraamzorg klein. Dit komt doordat de toetredingsbelemmeringen laag zijn. Wanneer een aanbieder zijn prijzen verhoogt tot boven het competitieve niveau, lokt hij toetreding van nieuwe aanbieders uit. Concurrentie dwingt de prijs dan terug tot het competitieve niveau. Rooftprijstrategieën zijn op de kraamzorgmarkt dan ook waarschijnlijk niet lonend.

Een ander risico op de markt voor kraamzorg is het risico van kruissubsidiëring. Dit is mogelijk als de kraamzorgaanbieder naast kraamzorg nog een andere inkomstenbron heeft. In de kraamzorgmarkt kunnen dit bijvoorbeeld thuiszorgaanbieders zijn. Overwinsten op de ene markt kunnen deze aanbieders gebruiken om op een andere markt met lage prijzen marktaandeel te winnen. Ook deze strategie is alleen zinvol

als die marktwinst zich op de één of andere manier uitbetaalt, en biedt op de kraamzorgmarkt dus eveneens weinig perspectief.

4.2.3 Onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders

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

Sommige vormen van samenwerking beperken de concurrentie op de markt en zijn daarom niet toegestaan (kartelvorming). De volgende vormen van samenwerking zijn op grond van de Mededingingswet (MW) verboden:³³

- Prijsafspraken: Kraamzorgaanbieders mogen niet gezamenlijk bij inkopende zorgverzekeraars een tarief bedingen. Ook onderlinge afspraken over de minimale hoogte van prijzen, de maximale hoogte van kortingen of de maximale kwaliteit van de prestatie zijn verboden.³⁴
- Marktverdelingsafspraken: Het is kraamzorgaanbieders niet toegestaan om afspraken te maken over vestiging, werkgebied of consumentengroepen.³⁵
- Gemeenschappelijke leveringsweigering: Kraamzorgaanbieders mogen niet gezamenlijk besluiten om met zorgverzekeraars geen overeenkomst te tekenen. Elke kraamzorgaanbieder moet dit voor zichzelf beslissen.

Hoewel de genoemde afspraken op grond van artikel 6, eerste lid van de Mededingingswet bijna altijd verboden zijn, kan er sprake zijn van uitzonderingen (art 6, derde lid). In dit verband kan worden gewezen op de bagatelbepaling.³⁶ Dit kan zorgaanbieders helpen om countervailing power (tot in de mate dat het de onderlinge concurrentie niet schaadt) te organiseren ten opzichte van de verzekeraar.

Het risico van kartelvorming op de kraamzorgmarkt is beperkt. Weliswaar is het aantal aanbieders op de markt beperkt, maar het aantal afnemers (verzekeraars) is dat ook; daardoor is het mogelijk om mededingingsbeperkende gedragingen snel te signaleren. De Mededingingswet bevat de instrumenten die nodig zijn om eventuele kartelvorming te adresseren. Dit is een expliciete taak van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Daarnaast let de NZa bij haar monitoring van de kraamzorgmarkt op mogelijke ongeoorloofde vormen van samenwerking.

4.2.4 Misbruik inkoopmacht

Inkoopmacht is marktmacht aan de kant 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.

³³ Mededingingswet, artikel 6. De opsomming is niet uitputtend.

³⁴ Met andere woorden: afspraken over de maximale prijs-kwaliteitsverhouding.

³⁵ Het onderling verdelen van markten naar productgroepen en geografische kenmerken is niet toegestaan. Voor een nadere toelichting zie de Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa, te vinden op www.nma.nl.

³⁶ Voor een nadere toelichting zie de Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa, te vinden op www.nma.nl.

Een verzekeraar beschikt over inkoopmacht als de kraamzorgaanbieder voor het voortbestaan van de onderneming afhankelijk is van een contract met een zorgverzekeraar en geen uitwijkmogelijkheden heeft om zijn omzet op een andere manier te realiseren. Hoewel er in Nederland verschillende zorgverzekeraars actief zijn – en de kraamzorgaanbieder in principe dus meerdere contractmogelijkheden heeft – is het wel zo dat per regio vaak één zorgverzekeraar dominant is.³⁷ Een contract met deze zorgverzekeraar is voor de kraamzorgaanbieder daarom belangrijk. Daarmee is echter niet gezegd dat de kraamzorgaanbieder van deze zorgverzekeraar eenzijdig afhankelijk is.

Zorgverzekeraars hebben er groot belang bij om de beschikbaarheid van zorg voor hun verzekerden op peil te houden. Daarom zullen verzekeraars niet graag een kraamzorgaanbieder uit een gebied zien vertrekken, tenzij er voldoende alternatieve aanbieders van kraamzorg zijn. Een zorgverzekeraar heeft er geen belang bij om het aantal kraamzorgaanbieders als zodanig terug te brengen. De NZa acht misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars op de kraamzorgmarkt dan ook niet waarschijnlijk.

4.3 Externe effecten

Vrijgeven van markten kan gepaard gaan met ongewenste, niet bedoelde bijeffecten, zogeheten externe effecten of externaliteiten.³⁸ Deze effecten kunnen hun weerslag hebben op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg en kunnen een reden zijn om een markt niet vrij te geven. Deze paragraaf gaat in op de mogelijkheid en waarschijnlijkheid van positieve en negatieve externe effecten van marktwerking in de kraamzorg.

4.3.1 Afwenteleffecten

Een risico in elke zorgmarkt (geliberaliseerd én gereguleerd) is dat zorgaanbieders – zeker wanneer zij zelf de indicatie voor het leveren van zorg kunnen stellen – consumenten die voor hen financieel niet aantrekkelijk zijn, doorverwijzen naar andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld in 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 om de zorg te laten verlenen door een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener, bijvoorbeeld als zij op die manier 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 plaatsvindt.

³⁷ Dit is een 'historische erfenis' uit de tijd vóór 1 januari 1992, toen de ziekenfondsen wettelijk toegewezen werkgebieden hadden waarbuiten ze geen verzekerden mochten aannemen. De meeste zorgverzekeraars omvatten één (of meer) voormalig(e) ziekenfonds(en) en hebben daardoor in specifieke regio's grote marktaandelen.

³⁸ 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.

4.3.2 Ketenzorg- of spillovereffecten

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

De IGZ heeft in haar rapport 'Kraamzorg in ontwikkeling, weinig risico's in de kraamzorg, veel risico's in de keten' geconstateerd dat de vorm van samenwerking tussen verloskundigen en kraamzorgaanbieders uiteenloopt. Dit leidde tot tegenstrijdigheden in visie op bepaalde handelingen en op de uitvoering daarvan. Daarnaast was er nauwelijks schriftelijk beleid over samenwerkingsverbanden. Er bestond geen uniforme werkwijze bij de uitwisseling van gegevens van de zorgaanbieder met de verloskundige, de jeugdgezondheidszorg of de huisarts.³⁹ Dit betekent dat alle partijen intensief moeten samenwerken om de ketenzorg te verbeteren.

Vrije prijsvorming kan in positieve zin bijdragen aan een betere samenwerking tussen de verschillende ketenpartners doordat er in de keten bijvoorbeeld geen verschillende bekostigingssystemen van toepassing zijn wanneer de overheid zowel kraamzorg als eerstelijns verloskunde vrijgeeft. Op dit momenteel kennen de tweede- en derdelijns verloskundige zorg vrije prijzen en de eerstelijns verloskundige zorg niet.

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

4.3.3 Volume-effecten

In zorgmarkten waar bekostiging van zorgprestaties 'per stuk' plaatsvindt (al dan niet met vrije prijzen) en de zorg voor de consumenten via de basisverzekering en/of een aanvullende zorgverzekering wordt vergoed, bestaat het risico van volume-effecten.

Kraamzorgaanbieders kunnen een prikkel ervaren om met het oog op het genereren van extra inkomen niet noodzakelijke zorg te leveren. Dit kan zich uiten in levering van zorg die een consument helemaal niet nodig heeft of in levering van meer zorg dan een consument eigenlijk nodig heeft. Deze effecten noemt men wel 'aanbodgeïnduceerde vraag' of 'supplier induced demand' (SID). 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.

Er zijn twee vormen van SID. De eerste vorm (zorg aan consumenten die geen kraamzorg nodig hebben) is niet aan de orde. Het staat onomstreden vast wie kraamzorg nodig heeft, namelijk alleen vrouwen die net zijn bevallen. Dit is voor zowel de zorgverzekeraar (in het geval van vergoeding uit de Zorgverzekeringswet) als de consument (in het geval waarin hij zelf moet betalen) duidelijk.

De tweede vorm van SID (meer zorg dan de consument nodig heeft) kan in principe voorkomen, zowel bij vergoeding uit de Zorgverzekeringswet als wanneer de consument zelf betaalt. Als het aanbod aan kraamzorg op

³⁹ IGZ, Kraamzorg in ontwikkeling, weinig risico's in de kraamzorg, veel risico's in de keten, 2009.

een gegeven moment groter is dan de vraag, dan hebben kraamzorgaanbieders er belang bij om hun overcapaciteit te benutten door elke consument zoveel mogelijk zorg te bieden, ook als die zorg niet noodzakelijk is.

De NZa schat de kans op de tweede vorm van SID klein in, omdat de verloskundige de benodigde hoeveelheid kraamzorg vaststelt op basis van het LIP. Om meer zorg dan noodzakelijk te kunnen leveren, moeten kraamzorgaanbieders de indicerende verloskundige zien over te halen om 'ruimhartiger' te indiceren. De indicatiestelling is leidend voor de vergoeding waarop de consument aanspraak kan maken. De NZa heeft vertrouwen in de onafhankelijke indicatiestelling door de verloskundige.

Het is ook mogelijk dat de consument zelf meent meer zorg nodig te hebben 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 aan extra zorg toekent, en de kosten die de kraamzorgaanbieder daarvoor in rekening brengt. Kraamzorg bovenop de geïndiceerde hoeveelheid zorg is naar de mening van de NZa een prestatie waarover de consument goed in staat is zelf een 'aankoopbeslissing' te nemen.

Mocht een zorgverzekeraar vermoeden dat een kraamzorgaanbieder toch aan SID doet, dan kan hij dit inzichtelijk maken door bijvoorbeeld benchmarkstudies. De verzekeraar kan kraamzorgaanbieders die zonder een goede en aantoonbare reden veel indicaties hebben die omvangrijker zijn dan gemiddeld, uitleg vragen of een lagere prijs per uur aanbieden.

Op basis van het voorgaande verwacht de NZa dat het risico op volume-effecten in de kraamzorg bij vrije prijzen gering is. De indicatiestelling verloopt onafhankelijk en daarnaast beschikken verzekeraars over mogelijkheden om eventuele volume-effecten te beheersen.

4.4 Lastendruk en veranderkosten

Wanneer een markt wordt vrijgegeven, verandert de lastendruk. Bovendien treden eenmalig veranderingskosten op. Het is nodig om deze kosten mee te nemen in de afweging of een markt al dan niet moet worden vrijgegeven. Waar het om gaat, is de baten en lasten van het huidige systeem met regulering af te zetten tegen de baten en lasten van een systeem met vrije prijsvorming. In deze paragraaf volgt een kwalitatieve analyse van de kosten voor aanbieders en verzekeraars die samenhangen met de regulering vanuit de overheid.

De NZa draagt zorg voor het terugbrengen van reguleringslasten in de zorg. Zij heeft een methodiek ontwikkeld voor de inschatting van lasten. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen administratieve lasten, nalevingskosten en uitvoeringslasten. Daarnaast is er aandacht voor de belevingslasten.

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).⁴⁰ Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

⁴⁰ 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.

Inhoudelijke nalevingskosten

De inhoudelijke nalevingskosten zijn de kosten die zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten maken om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen die voortvloeien uit de regels van de NZa (dus geen administratieve verplichtingen).⁴¹ Tot de inhoudelijke nalevingskosten worden alleen de kosten gerekend die zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet maken als er geen wet- en regelgeving zou zijn.

Uitvoeringslasten

De uitvoeringslasten zijn de kosten die de NZa maakt om uitvoering te geven aan de (informatie)verplichtingen die zij aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars oplegt in regelgeving die door haar zelf is uitgevaardigd of regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk is.⁴² Daartoe behoren ook de kosten die gemoeid zijn met de handhaving van verplichtingen.

Huidige lastendruk kraamzorg

In de huidige regulering is er voor kraamzorgaanbieders nagenoeg geen sprake van administratieve en inhoudelijke nalevingslasten. De uitvoeringslasten voor de NZa zijn eerder geïnventariseerd voor de vrije beroepsbeoefenaren (in het NZa-project WALZ). De NZa schat dat de uitvoeringslasten voor kraamzorg vergelijkbaar zijn. Het gaat om de kosten die verbonden zijn aan de berekening en het vaststellen van tarieven, aan de handhaving en aan de behandeling van bezwaren tegen overheidsbesluiten. Tot deze lasten behoren ook de kosten van de kostenonderzoeken die aan de tariefsvaststelling ten grondslag liggen.

Lastendruk kraamzorg onder vrije prijsvorming

De relevante vraag is of de lastendruk voor de kraamzorg verandert wanneer de tarieven worden vrijgegeven. Bij vrije prijsvorming vervalt de tariefregulering. De NZa zet de prestatieregulering echter voort. Dit betekent een afname van haar uitvoeringslasten. Daar staat een toename van de uitvoeringslasten tegenover voor het monitoren van de ontwikkelingen op de kraamzorgmarkt. Deze monitoring leidt ook tot extra administratieve lasten voor kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het is mogelijk dat de NZa ten behoeve van de monitoring enkele nieuwe administratieve eisen aan hen stelt. Zij zal proberen daarbij zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande gegevensverzameling, bijvoorbeeld metingen voor de prestatie-indicatoren 'verantwoorde kraamzorg'. De NZa zal bezien of het mogelijk is om met andere overheidsorganisaties afspraken te maken over het delen van gegevens. Dit voorkomt dubbele uitvraag bij marktpartijen en houdt de administratieve belasting zo laag mogelijk.

Vrije prijsvorming leidt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot enige extra administratieve lasten in verband met de noodzaak om de marktontwikkelingen te monitoren. Het is mogelijk om deze lastenstijging te beperken door bij bestaande gegevensverzamelingen aan te sluiten. De NZa ziet in deze beperkte extra lasten geen reden om de markt niet vrij te geven.

⁴¹ De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

⁴² De uitvoeringslasten worden berekend door de kosten van een bestuurlijke behandeling te vermenigvuldigen met het aantal handelingen waarop deze van toepassing is.

4.5 Conclusie

Zorgverzekeraars ervaren vooral een externe prikkel om goede kraamzorg in te kopen omdat jonge gezinnen een aantrekkelijke doelgroep vormen. Dit is zeker ook het geval omdat 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. 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.

5. Monitoren van marktontwikkelingen

Als de minister besluit om een markt vrij te geven, dan zal de NZa de markt monitoren. Via een monitor kan zij marktontwikkelingen volgen en de borging van de publieke belangen in de gaten houden. 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. De manier van monitoren en de intensiteit waarmee de NZa dit instrument inzet, worden grotendeels bepaald door de risico's die een goede werking van de kraamzorgmarkt in de weg staan. Het gaat dan vooral om de mogelijke anticompetitieve gedragingen van partijen die in dit visiedocument beschreven zijn.

Regelgevend kader

Het regelgevende kader geeft de NZa de taak om ook na de introductie van vrije prijsvorming mededingingsproblemen die op de kraamzorgmarkt ontstaan, te adresseren. Als de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid of toegankelijkheid in het geding zouden komen, bijvoorbeeld door een te grote inkoopmacht van verzekeraars, dan kan de NZa op grond van aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen. Op basis van de Wmg en het samenwerkingsverband met de NMa treedt de NZa op tegen gerealiseerd misbruik van een economische machtspositie.

Inzet instrumentarium NZa

De NZa bezit via de Wmg verschillende instrumenten om toezicht te houden op de markt. Zo kan zij via artikel 38 van deze wet aanbieders verplichten om informatie over de kwaliteit, de prijs en de omschrijving van de aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken. Hiermee kan de NZa de transparantie in een markt dus bevorderen. Ook kan zij via artikel 45 van de Wmg regels stellen voor de manier waarop overeenkomsten over zorg tot stand komen en voor de voorwaarden in die overeenkomsten. Zo kan de NZa eisen van redelijkheid stellen aan de antwoordtermijn voor onderhandelingsvoorstellen. Daarnaast kan zij op grond van artikel 48 van de Wmg partijen die over aanmerkelijke marktmacht beschikken preventief verplichtingen opleggen.⁴³

Relatie andere toezichthouders en regelgevers

Naast de NZa zijn er op de zorgmarkt andere toezichthouders en adviesorganen actief zoals de NMa, de IGZ en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Met deze organisaties werkt de NZa intensief samen. Wanneer de taken en bevoegdheden van deze toezichthouders raken aan de taken en bevoegdheden van de NZa, dan zijn hierover afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn vastgelegd in samenwerkingsconvenanten, die te vinden zijn op de website van de NZa (www.nza.nl).

⁴³ Aanmerkelijke marktmacht doet zich voor als een partij zich onafhankelijk van zijn concurrenten, consumenten en/of leveranciers en afnemers kan gedragen. Zie ook het consultatiedocument 'Aanmerkelijke marktmacht in de zorg', te vinden op www.nza.nl.

Bijlage 1. Begrippen en afkortingen

Gebruikte begrippen

Begrip	Betekenis
Afwenteleffecten	Doorverwijzing van economisch niet-rendabele cliënten door zorgaanbieders (eerste of tweede lijn) of zorgverzekeraars.
Anticompetitieve gedragingen	Gedragingen door marktpartijen (zorgaanbieders, verzekeraars) die een goede werking van de markt kunnen belemmeren. Voorbeelden hiervan 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 zij bij de aanmelding en intake verstrekt is van voldoende kwaliteit, de kwaliteit van de zorg is voldoende en de kwaliteit van de zorgafsluiting is voldoende.
Borstvoedingscertificaat	Dit certificaat geeft de stichting Zorg voor Borstvoeding af na een externe beoordeling van een kraamzorgaanbieder. Elke drie jaar wordt de kraamzorgaanbieder opnieuw beoordeeld. Wanneer een kraamzorgaanbieder in het bezit is van dit certificaat, voldoet zij aan de tien vuistregels voor het succesvol geven van borstvoeding die ontwikkelt zijn door de WHO en Unicef. Zie voor de tien vuistregels: http://www.zorgvoorborstvoeding.nl/index.php?page=/php/page_4.html
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 of 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 zelf niet in staat is 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 toetst de kraamzorgaanbieders om de drie jaar en elk 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 hij voortdurend aan de verbetering van zijn zorg- en dienstverlening.
Kartelvorming	Zorgaanbieders maken ongewenste onderlinge afspraken over de prijs of verdeling van de markt.
Keteneffecten	Mogelijke negatieve externe effecten die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoren.
Restitutieverzekering	Een verzekering waar de consument op basis waarvan de gemaakte ziektekosten geheel of gedeeltelijk krijgt vergoed (na aftrek van het eventuele bedrag van het eigen risico).
Substituten	Een zorgaanbieder die vanuit het oogpunt van de consument als een vervanger kan dienen voor een andere zorgaanbieder.
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.
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 krijgt (of vergoeding van de kosten van de zorg en desgevraagd zorgbemiddeling) waar hij behoefte aan heeft en wettelijk aanspraak op kan maken. 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.
------------	--

Gebruikte afkortingen

Afkorting	Betekenis
AMM	Aanmerkelijke marktmacht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKE	Basiskwaliteitseisen
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
CVZ	College voor zorgverzekeringen
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KWZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LIP	Landelijk indicatieprotocol kraamzorg
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MW	Mededingingswet
NBvK	Nederlandse Bond van Kraamverzorgenden
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SID	Supplier induced demand
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
Wet BIG	Wet Beroepen individuele gezondheidszorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WMO	Wet op de maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
zzp'er	zelfstandige zonder personeel

Bijlage 2. Toegevoegde waarde van vrije prijsvorming

Deze bijlage gaat in op de verschillen tussen gereguleerde en geliberaliseerde zorgmarkten. Achtereenvolgens worden de rol van de NZa, de effecten van regulering, de effecten van vrije prijsvorming en de toepasbaarheid van marktwerking in de zorg besproken.

Het belangrijkste argument voor liberalisering van markten in de zorg is dat prijsregulering in een aantal sectoren niet nodig is en zelfs niet wenselijk. Als marktpartijen hun rol op de markt goed kunnen spelen, kan overheidsregulering verstrend werken.

Het is de taak van de NZa om de voorwaarden te scheppen om markten goed te laten functioneren. Een instrument daarvoor is liberalisering. De introductie van vrije prijsvorming houdt primair in dat de regels van het financieringssysteem veranderen. Het belang van de consument staat voorop, ongeacht het financieringssysteem. Vrije prijsvorming moet de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg bevorderen, en in ieder geval niet in gevaar brengen. Wanneer marktpartijen in staat zijn om zelf de markt adequaat te laten werken, is regulering niet meer nodig. In het recente verleden zijn goede ervaringen opgedaan met vrije prijsvorming, onder andere in de fysiotherapie. Dat geeft aanleiding om te veronderstellen dat vrije marktwerking ook in andere sectoren perspectief biedt.

Met vrije marktwerking wordt niet *volledig* vrije marktwerking bedoeld. In de zorg heeft iedere markt een zekere mate van regulering nodig. Daarom spreekt men in de zorg van 'gereguleerde concurrentie', zoals de wetgever dat heeft vastgesteld in de Wmg. Onder gereguleerde concurrentie verstaat de NZa in dit rapport dat de tarieven niet meer gereguleerd worden, alleen de prestaties. Deze bijlage beschrijft binnen dat kader de mogelijke voor- en nadelen van vrije tarieven in de zorg.

Het is zowel bij tariefregulering als bij vrije prijsvorming noodzakelijk om het consumentenbelang optimaal borgen. De NZa streeft ernaar de betaalbaarheid in de zorgsector te optimaliseren en tegelijkertijd het bestaande kwaliteits- en toegankelijkheidsniveau van de zorg in Nederland te behouden.

Vrije prijsvorming is geen doel op zich. De NZa ziet vrije prijsvorming als een instrument om publieke doelen te bereiken. Die publieke doelen zijn de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg voor de consument. Vanuit het perspectief van deze publieke doelen gaat de NZa hieronder in op de voor- en nadelen van zowel tariefregulering als vrije prijsvorming voor de zorg.

1. Regulering en het publieke belang

In deze paragraaf komen de voor- en nadelen van tariefregulering aan de orde en het effect van regulering op het publieke belang.

1.1. Voordelen van regulering

Lage transactiekosten

Een belangrijk voordeel van tariefregulering is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet zelf hoeven te onderhandelen over de tarieven en over de inhoud van de te vergoeden prestaties. Dit heeft lagere transactiekosten van de zorg tot gevolg, wat mogelijk weer leidt tot lagere zorgkosten voor de consument of de premiebetaler.

Inkomenszekerheid

Vaste prijzen of maximumtarieven geven zorgaanbieder een bepaalde mate van inkomenszekerheid, hoewel hun omzetvolume onzeker blijft. Voor de zorgverzekeraar geeft het een grotere zekerheid over de zorguitgaven.

Lage kans op prijsstijgingen

Het belangrijkste voordeel van tariefregulering voor de consument is dat bij gereguleerde prijzen en prestaties de kans op prijsstijgingen kleiner is dan bij vrije prijzen. Ook de kans op verhoging van de eigen bijdragen, verlies van kwaliteit en verslechtering van de toegankelijkheid is bij regulering beperkt. Gereguleerde vaste of maximumtarieven beteugelen eventuele marktmacht van zorgaanbieders.

Transparantie

Een eenduidige omschrijving van prestaties door de NZa kan ook bijdragen aan transparantie in wat er aan zorg geboden wordt. In dat geval moet wel aan twee aanvullende voorwaarden zijn voldaan: de kwaliteit van de zorg dient meetbaar te zijn en de tarieven moeten hoog genoeg zijn om het voorgeschreven kwaliteitsniveau te kunnen realiseren.

Handhaven bereikbaarheid

Regulering van tarieven kan verder bijdragen aan het handhaven van de bereikbaarheid van de zorg, dit door de tarieven zo vast te stellen dat ook zorgaanbieders met een lager omzetvolume dan gemiddeld kostendekkend kunnen werken.

1.2 Nadelen van regulering

Regulering kan leiden tot overwinsten of continuïteitsrisico's

Regulering van de tarieven is afgestemd op het kostenniveau van de gemiddelde praktijk. Dat kostenniveau blijkt lastig te meten. Het is dan ook erg moeilijk om een systeem van centraal gereguleerde tarieven goed te onderhouden. Hierdoor bestaat voortdurend het risico van te hoge of te lage tarieven, waardoor er sprake is van overwinsten of juist verliezen worden gemaakt. In het eerste geval is de zorgpremie te hoog, terwijl er in het tweede geval risico's zijn voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg.

Gemiddelde versus individuele kosten

Een ander probleem bij het bepalen van de kosten bij regulering is dat kostprijsonderzoek resulteert in gemiddelde kosten. De werkelijke kosten van een zorgaanbieder wijken hiervan af als gevolg van onder andere lokale kostprijsverschillen en verschillen in schaal als gevolg van verschillen in bevolkingsdichtheid. Bij de vaststelling van tarieven is het

voor een toezichthouder onmogelijk om met al deze verschillen rekening te houden, en dat gebeurt dan ook niet.

Beperkt onderscheid zorgaanbieders

Bij landelijke regulering is het voor zorgaanbieders moeilijk om zich van de concurrentie te onderscheiden op basis van kwaliteitsargumenten of prijsverschillen. Landelijke regulering prikkelt partijen ook minder om op lokaal niveau serieus over deze kwaliteits- en prijsverschillen te onderhandelen.

Beperkte innovatieprikkel

Een belangrijke nadeel van regulering is dat het moeilijk is om hiermee innovatie te stimuleren. Wanneer zorgaanbieders weinig of geen prikkels ondervinden om zich te onderscheiden op basis van kwaliteit en kosten, ontbreekt ook de directe prikkel om te innoveren.

Beperkte sturingsmogelijkheden consument

Het is niet eenvoudig om in een systeem van volledig gereguleerde tarieven en prestaties alle relevante prestaties te dekken. Gereguleerde tarieven zullen dan ook nooit voor elke activiteit de werkelijke individuele kostprijs weerspiegelen. Daardoor bevat een gereguleerd tariefsysteem allerlei kruissubsidies. Sommige activiteiten zijn winstgevend, andere zijn dat niet.

Als gevolg van deze kruissubsidies kunnen activiteiten die voor de consument erg belangrijk zijn, voor de zorgaanbieder juist onaantrekkelijk zijn, en omgekeerd. Op een vrije markt kunnen consumenten (en hun verzekeraars) sturen op wat zij belangrijk vinden; in een gereguleerd is dat niet mogelijk.

Informatieproblemen

Regulering van tarieven en prestaties van zorgaanbieders stelt hoge eisen aan de informatie waarover de toezichthouder kan beschikken. Hij dient goed in staat te zijn om te bepalen wat de diensten van de betreffende zorgaanbieder precies inhouden. Dit is in de zorg vele malen ingewikkelder dan in sectoren die een min of meer homogeen product leveren, zoals nutsbedrijven.

Om tarieven te kunnen vaststellen, moet de toezichthouder beschikken over informatie over kosten. Het verzamelen van zulke informatie is niet eenvoudig. Wat zijn redelijke kosten van huisvesting en personeel? Wat is een redelijk inkomen voor de zorgaanbieder? Wat is een redelijke vergoeding voor het ondernemersrisico? Op welk kwaliteitsniveau moet de vergoeding zijn afgestemd? In hoeverre zijn de huidige kosten het gevolg van een doelmatige bedrijfsvoering? Het antwoord op deze vragen vergt diepgaand en kostbaar onderzoek, dat bovendien niet op alle vragen antwoord geeft. Inkomen en risico-opslag laten zich immers nauwelijks objectief bepalen.

2. Vrije prijsvorming en het publieke belang

In deze paragraaf staan de voor- en nadelen van vrije prijsvorming centraal en het effect van vrije prijzen op het publieke belang.

2.1 Voordelen van vrije prijsvorming

In een goed werkende markt met gereguleerde concurrentie is sprake van onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders, en baseren zorgverzekeraars hun contracteerbeleid op voldoende informatie over prijs en kwaliteit. Randvoorwaarden zijn dat de publieke doelen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid zijn geborgd.

Maatwerk

In een goed werkende markt zijn individuele marktpartijen zelf in staat om afspraken te maken over (een deel van) de te vergoeden prestaties en over de bijbehorende tarieven. De toezichthouder hoeft hierdoor geen (of in ieder geval niet alle) prestaties te definiëren en geen (of niet alle) tarieven te bepalen.

Anders dan een toezichthouder, hoeft een zorgverzekeraar geen gedetailleerde informatie te verzamelen over kostprijzen. Als de markt goed werkt, zullen zorgaanbieders met elkaar concurreren om een contract te kunnen sluiten met een zorgverzekeraar. Het is niet nodig dat een toezichthouder informatie-uitwisseling over prestaties en centraal regelt; dit kan decentraal tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar plaatsvinden. De lijnen zijn hierdoor korter en voor de betrokken partijen ook transparanter.

Ruimte voor toegevoegde waarde individuele zorgaanbieder

Het heeft belangrijke voordelen om de vergoeding voor zorgverlening over te laten aan onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Bij individuele onderhandelingen is het mogelijk om de toegevoegde waarde van de dienstverlening van zorgaanbieders en de mogelijkheden om nieuwe investeringen in de dienstverlening te doen, gemakkelijker mee te nemen.

Daarnaast beschikt de zorgverzekeraar in een situatie van vrije prijzen over een instrument om via een tarief vraag en aanbod beter in evenwicht te brengen.⁴⁴ De zorgverzekeraar kan regionaal een hoger tarief afspreken om het voor aanbieders aantrekkelijk te maken zich in een bepaalde regio te vestigen. Op deze manier kan het vrije tarief regionale tekorten oplossen.

Sturingsmogelijkheden zorgaanbieders en verzekerden: stemmen met de voeten

Een belangrijk voordeel van vrije prijsvorming is dat de markt zichzelf corrigeert. Individuele zorgverzekeraars moeten de polisvoorwaarden die zij consumenten aanbieden op elkaar afstemmen; datzelfde geldt voor de inkoopcontracten die zij met zorgaanbieders sluiten. Wanneer de polisvoorwaarden voor de consument onaantrekkelijk zijn, kan hij overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Wanneer de inkoopvoorwaarden voor zorgaanbieders onaantrekkelijk zijn, kunnen zij besluiten met de betreffende zorgverzekeraar geen contract meer af te sluiten. De mogelijkheden voor zowel consumenten als zorgaanbieders om met de voeten te stemmen disciplineert het marktgedrag van de zorgverzekeraar.

Meer inzicht in prijs-kwaliteitverhouding

Een voordeel van een systeem van vrije prijsvorming voor zowel de zorgverzekeraar als de verzekerde is dat het voor de zorgaanbieder een stimulans vormt om een goede prijs-kwaliteitsverhouding te bieden. Als een zorgaanbieder immers een relatief ongunstig aanbod doet, loopt hij het risico geen contract te krijgen en omzet te verliezen.

Prikkels innovatie

Een ander belangrijk voordeel van marktwerking is dat de prikkels om te innoveren sterker zijn dan bij regulering. Bij vrije prijsvorming zullen duurdere innovaties eerder worden vergoed dan onder een regime van tariefregulering.

⁴⁴ De vraag laat zich niet beïnvloeden. Prijsmechanisme kan slechts meer aanbod uitlokken om tegemoet te komen aan vraagoverschot.

Risicospreiding

Een voordeel van individuele afspraken ten opzichte van centrale aansturing is ook dat fouten bij het vaststellen van prestaties of tarieven minder ernstige gevolgen hebben. Als de toezichthouder verkeerde beslissingen neemt over tarieven en prestaties, dan treft dit de hele markt. Als een individuele zorgverzekeraar een verkeerd contract afsluit (te lage tarieven, te hoge tarieven, te weinig honorering van kwaliteit of te grote reisafstand), dan blijft de schade beperkt tot 'zijn' deel van de markt.

2.2 Nadelen van vrije prijsvorming*Risico prijsstijgingen*

Het belangrijkste nadeel van vrije prijsvorming voor de consument is dat de kans op prijsstijgingen hoger is dan bij gereguleerde tarieven. Dat geldt ook voor de kans op verhoging van de eigen bijdragen, op kwaliteitsverlies en op verslechtering van de toegankelijkheid. Bij tariefregulering beteugelt de toezichthouder de marktmacht van zorgaanbieders. Bij vrije marktwerking moeten de zorgverzekeraar en de consument dat doen door hun inkoopmacht te gebruiken.

Risico inkoopmacht

Een negatief aspect van vrije prijsvorming kan zijn dat de inkopende partij (de zorgverzekeraars) te veel op prijs stuurt, en te weinig op kwaliteit. De oorzaak kan een gebrek aan transparantie over de geleverde kwaliteit zijn, en onduidelijkheid over de meerwaarde hiervan. Verbeteringen in de transparantie van kwaliteit zijn daarom gewenst.

Informatieproblemen

Als de onderhandelingen volledig worden open gelaten, en er dus ook geen regulering van prestatieomschrijvingen plaatsvindt, kan er bij consumenten onduidelijkheid ontstaan over wat zij aan zorg kunnen krijgen. Consumenten weten dan niet meer op welke zorg zij aanspraak kunnen maken, en borging van een minimumkwaliteitsniveau wordt hierdoor problematisch.

Hetzelfde geldt voor de inkopers van zorg: de zorgverzekeraars. Zij moeten goed in staat zijn om te bepalen wat de diensten van de betreffende zorgaanbieder precies omvatten. Wil een markt goed kunnen werken, dan is het noodzakelijk om de prestaties helder te omschrijven.

Verminderde toegankelijkheid

In een situatie van vrije marktwerking kan het voorkomen dat zorgaanbieders met een beperkt omzetvolume niet langer kostendekkend kunnen werken. De schaalvoordelen zijn dan te gering. Wanneer hier voor de zorgverzekeraar en de verzekerden te weinig voordelen tegenover staan (bijvoorbeeld het feit dat de betreffende zorgaanbieder de enige in de omgeving is, en dat het dus wenselijk is dat hij zich kan handhaven), dan bestaat de mogelijkheid dat de praktijk van de betreffende zorgaanbieders omvalt. Dit zou ten koste kunnen gaan van de toegankelijkheid van de zorg.

3. Gaan zorg en markt wel samen?

In deze paragraaf komen vragen over de toepasbaarheid van marktwerking in de gezondheidszorg aan de orde. Daarbij wordt ingegaan op principiële, ideologische, officiële en praktische standpunten waarvan in dit verband sprake is.

Uit de reacties op het consultatiedocument blijkt dat veel partijen bij marktwerking in de zorg principiële vraagtekens zetten.

Deze paragraaf gaat in op de vraag of zorg en markt elkaar wel verdragen.

Marktwerking óf regulering?

In de zorg gaat het niet om de keuze tussen markt of regulering, maar om het vinden van de juiste combinatie van beide sturingsconcepten. Uitgangspunt daarbij is het voordeel voor de consument. Om de publieke doelen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen, is (ook) regulering nodig. De term 'gereguleerde concurrentie', wat het leidende principe van het nieuwe zorgstelsel vormt, vat dit goed samen. De uitdaging voor beleidsmakers is om de juiste mix van markt en regulering te vinden. Marktwerking voor de volle 100% (dat wil zeggen, volledige afwezigheid van regulering van prijs, kwaliteit en toegankelijkheid) zou grote risico's met zich meebrengen en is dan ook onwenselijk.

Staat de marktmoraal op gespannen voet met de zorgmoraal?

Een vaak gehoorde stelling is dat de invoering van marktprikkels op gespannen voet staat met de normen en waarden in de zorg, ofwel met wat zou kunnen worden aangeduid als de 'zorgmoraal'.

In een ongunstig scenario kunnen vrije tarieven leiden tot het doorschieten naar concurrentie op uitsluitend de prijs, waardoor zorgaanbieders min of meer gedwongen worden te beknibbelen op verliesgevendende activiteiten. Op termijn kan dit de normen en waarden in de zorg aantasten, met kwaliteitsverlies als gevolg. Naarmate de kwaliteit van de zorg transparanter wordt, neemt dit risico af. Het is dan immers mogelijk om over de inhoud en de kwaliteit van de te verlenen zorg goede en verifieerbare afspraken te maken.

Marktwerking in de zorg zou ertoe kunnen leiden dat zorgaanbieders vergeten dat de zorg draait om goede zorg voor mensen. Sommige zorgaanbieders zouden het ware doel van zorgverlening vergeten en alleen nog maar denken aan winstmaximalisatie. Op den duur zou hierdoor de menselijkheid geheel uit de zorgsector verdwijnen. Dat dit een misverstand is, spreekt voor zich. Hoe kan iemand denken dat een sector die bestaat uit zo veel mensenwerk op den duur zijn menselijkheid verliest? Het gaat hier om zorg en om zorgaanbieders die hun ziel en zaligheid leggen in het helpen van mensen. Zouden al deze mensen dit opeens vergeten als er in de zorg sprake is van marktwerking? Het idee achter het middel van marktwerking is dat prijzen informatie geven – enerzijds over de kosten van de dienstverlening en anderzijds over de behoeften van de consument. Daardoor is het mogelijk om efficiënter te werken en zal dit ook gebeuren, met als doel dat de kosten afnemen en de kwaliteit verbetert. Ook kunnen wachtlijsten worden opgelost, waardoor het mogelijk is meer mensen te behandelen. Daarnaast kunnen meer mensen worden geholpen met behulp van verbeterde technieken. Met andere woorden: meer marktwerking in de zorg moet winst opleveren voor de consument.

Vergt marktwerking vrije prijzen?

Ook bij vaste tarieven concurreren zorgaanbieders met elkaar. Consumenten kiezen immers zelf hun zorgaanbieder, mogelijk op basis van het advies van de huisarts of van bekenden. Als consumenten over de geleverde zorg ontevreden zijn, kunnen zij (afhankelijk van het type zorg) stemmen met de voeten en anderen negatief over de betreffende zorgaanbieder adviseren. Dit dwingt zorgaanbieders om de kwaliteit van de zorg op peil te houden. Bij vaste tarieven kan dus ook sprake zijn van marktwerking.

Ook in andere sectoren dan de zorg komt dit type concurrentie voor. Een voorbeeld is het onderwijs. Scholen concurreren niet op prijs (afgezien van de vrijwillige ouderbijdrage), maar wel op kwaliteit: ouders vergelijken scholen op basis van hun CITO-scores, sfeer en reisafstand. De vraag bij dit type concurrentie met centraal vastgestelde prijzen is: wat is het juiste prijsniveau? Een te lage prijs resulteert in een te lage kwaliteit en minder zorgaanbod, waardoor ook de toegankelijkheid in het gedrang komt. Omgekeerd leidt een te hoge prijs juist tot een te hoge kwaliteit: allemaal dure franje waar consumenten niet voor zouden willen betalen als zij de keus hadden. Daar komt bij dat de technologie in de zorg in hoog tempo vooruitgaat, waardoor de kostprijzen voortdurend veranderen.

Hebben zorgverzekeraars niet teveel inkoopmacht?

De NMa stelt met betrekking tot inkoopmacht het volgende:

"Inkoopmacht is marktmacht aan de inkoopzijde van de markt. Er is sprake van marktmacht als de inkoper zich min of meer onafhankelijk van zijn leveranciers kan opstellen. Dit kan erin resulteren dat de inkoper onredelijke inkoopvoorwaarden kan afdwingen zonder dat de leverancier daar iets tegen kan doen. Overigens hoeft het hebben van marktmacht niet te betekenen dat daarvan misbruik wordt gemaakt. Ook een partij met een machtige positie mag scherp inkopen en stevig onderhandelen."⁴⁵

Of zorgverzekeraars over inkoopmacht beschikken, is geen uitgemaakte zaak. Los daarvan maakt het tweede deel van het bovenstaande citaat van de NMa duidelijk dat inkoopmacht op zich geen probleem hoeft te zijn. Ook een partij met inkoopmacht mag scherp inkopen en stevig onderhandelen. Problemen ontstaan op het moment dat de stevige onderhandelingen of het scherpe inkopen ten koste gaan van de toegankelijkheid of de kwaliteit van de zorg.

Aangezien de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is (zie NZa-monitor zorgverzekeringsmarkt 2008), heeft de consument direct belang bij een zorgverzekeraar die op de diverse zorgmarkten goed inkoopt. Pas als eventuele inkoopmacht ten koste zou gaan van de kwaliteit of de toegankelijkheid van de zorg, zullen de NZa of de IGZ ingrijpen of de minister van VWS adviseren passende maatregelen te treffen.

Als verzekeraars zorgaanbieders selectief contracteren, kunnen consumenten dan niet langer gebruik maken van de zorgaanbieder van hun keuze?

Selectief contracteren is niet synoniem met het contracteren van een beperkt aantal zorgaanbieders. Zelfs bij 100% contractering kan sprake zijn van selectief contracteren. Waar het vooral om gaat, is dat verzekeraars het dreigement om niet te contracteren geloofwaardig moeten kunnen uiten als zij hiermee enig effect willen bereiken in de onderhandelingen. Deze dreiging is veelal voldoende om tot een contract te komen dat voor beide partijen acceptabel is. In de praktijk sluiten dan toch alle zorgaanbieders een contract.

Hoort bij marktwerking dat verzekeraars onderhandelen met individuele zorgaanbieders?

De NMa heeft hierover een aantal jaren geleden al het volgende opgemerkt: "Dit berust op een misverstand. De Mededingingswet dwingt niet tot individuele onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, ook niet als een zorgverzekeraar een economische

⁴⁵ http://www.nmanet.nl/images/veelgestelde%20vragen%20inkoopmacht_tcm16-55025.pdf.

machtspositie heeft. Het staat een zorgverzekeraar vrij zijn eigen inkoopbeleid vorm te geven, mits de criteria die hij hierbij hanteert objectief, transparant en non-discriminatoir zijn. Er kan wel sprake zijn van misbruik als hij onredelijke voorwaarden wil opleggen, zoals bepaalde betalings- of leveringsvoorwaarden.⁴⁶ De laatste zin in dit citaat sluit aan op wat hierboven is opgemerkt over inkoopmacht. De conclusie luidt dat onderhandelingen door zorgverzekeraars met individuele zorgaanbieders geen voorwaarde zijn voor gezonde marktwerking.

Omgekeerd staat het zorgaanbieders vrij gezamenlijk te onderhandelen met verzekeraars, mits zij zich hierbij aan de bagatelbepaling uit de Mededingingswet houden.⁴⁷

Leidt marktwerking tot Amerikaanse taferelen?

Een veel gehoorde opvatting is dat het Nederlandse zorgsysteem door de invoering van meer elementen van marktwerking zou gaan lijken op het Amerikaanse zorgsysteem. Onverzekerden zouden niet meer behandeld worden en de gezondheidszorg zou alleen nog maar iets voor de rijken zijn. De Nederlands gezondheidszorg zou daarmee zijn identiteit verliezen.

Deze angst is ongegrond. Het Nederlandse zorgsysteem bevat voldoende waarborgen om de solidariteit te behouden. Zo is er een basisverzekering. Verzekeraars hebben in dat verband een acceptatieplicht. Bovendien worden lage inkomens geholpen met een zorgtoeslag en is risicoselectie verboden. De NZa ziet hier ook op toe.

4. Conclusie

In onderstaande tabel staan de voor- en nadelen van de regulering van de tarieven voor de zorg samengevat.

Tabel 1. Voor- en nadelen regulering

Voordelen	Nadelen
Lage transactiekosten	Risico overwinsten
Inkomenszekerheid	Gemiddelde versus individuele kosten
Lage kans op prijsstijgingen	Beperkt onderscheid zorgaanbieders
Transparantie	Beperkte innovatieprikkel
Handhaving bereikbaarheid	Beperkte sturingsmogelijkheden consument
	Informatieproblemen

Bron: NZa

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de voor- en nadelen van vrije prijsvorming voor de zorg.

⁴⁶ Persbericht NMa 27-05-2005, 'NMa wijst klachten zorgaanbieders tegen zorgverzekeraars af.'

⁴⁷ Artikel 7 Mededingingswet.

Tabel 2. Voor- en nadelen vrije prijsvorming

Voordelen	Nadelen
Maatwerk	Risico van prijsstijgingen
Meer ruimte voor toegevoegde waarde van een individuele zorgaanbieder	Risico van inkoopmacht
Meer sturingsmogelijkheden voor zorgaanbieders en verzekerden: stemmen met de voeten	Informatieproblemen
Meer inzicht in de prijs-kwaliteitverhouding	Verminderde bereikbaarheid
Prikkels tot innovatie	
Risicospreiding	

Bron: NZa

Invoering van vrije tarieven in de zorg kan dus positieve effecten hebben voor zowel de consument als de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar:

- Zorgaanbieders kunnen zich meer richten op activiteiten met een hoge toegevoegde waarde voor de consument.
- Doordat marktpartijen zelf de tarieven bepalen, is er voor de consument sprake van redelijke tarieven en voor de zorgaanbieder van kostendeekkende tarieven.
- Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om zich door individuele onderhandelingen te onderscheiden van hun concurrenten.
- Zorgaanbieder krijgen de kans om hun toegevoegde waarde in de vorm van prestaties helder te maken en voor die toegevoegde waarde te worden beloond.
- Er is sprake van meer innovaties die de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg verder verbeteren. Innovatie wordt niet afgeremd door centraal vastgestelde prestaties en tarieven.

Deze voordelen ontstaan in een scenario waarin aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Informatie over prijs en kwaliteit van de zorg is voldoende transparant.
- Zorgverzekeraars contracteren op basis van zowel prijs als kwaliteit en/of patiënten stemmen met de voeten.
- Zorgaanbieders concurreren op basis van prijs en kwaliteit.

Bijlage 3. Correspondentie ActiZ

In onderstaande brief meldt ActiZ dat het College tarieven gezondheidszorg (CTG) in 2005 de minister geadviseerd zou hebben om de mogelijkheid van vrije prijsvorming in de kraamzorg te onderzoeken. Bedoeld is hier is het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ). Inmiddels zijn het CTG en het CTZ gefuseerd tot de NZa.

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

RID

FGRE
CIBEK
ABAT
ALAD
LHON
MMIR (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. Fiddler

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

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

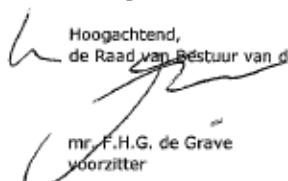
Het doel van het project is:

- Uitvoeren van een marktanalyse naar de kraamzorgmarkt;
- Marktpartijen consulteren;
- Uitvoeren van een monitor/evaluatie naar de kraamzorgveiliging;
- 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 4. Beleidsregel CI-1086

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

¹⁾ Kraamzorg zoals omschreven in artikel 2.12 van het besluit zorgverzekering.

²⁾ Met ingang van 2007 is dit tarief toegevoegd.

³⁾ Per verzorging kan slechts één intake worden gedeclareerd.

⁴⁾ 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.

Nederlandse Zorgautoriteit

Kenmerk

CI-1086

Pagina

2 van 2

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.