



Normenkader Beheersing Capaciteit Kraamzorg

juli 2026

1. Aanleiding en context

De arbeidsmarktkrapte in de kraamzorg is geen tijdelijk verschijnsel. Ondanks eerdere landelijke convenantafspraken (2023–2025) en belangrijke stappen zoals extra opleidingsplaatsen, nieuwe tarieven, loonherstel, een landelijke wachtlijsttool en structurele inzet van digitale zorg, blijft de druk op de capaciteit hoog. Tegelijkertijd is gewerkt aan een gezamenlijke toekomstvisie voor de kraamzorg, vastgelegd in de versnellingsagenda *Passende Kraamzorg*. Zie hiervoor www.passendekraamzorg.nl

Vanaf 2026 is de periode van landelijke convenantafspraken afgesloten. In plaats daarvan wordt gekozen voor **regionaal maatwerk**: regio's maken zelf afspraken tussen kraamzorgaanbieders en preferente zorgverzekeraars over hoe zij omgaan met schaarste. Het normenkader beschrijft niet langer gedetailleerd *hoe* afschalen moet plaatsvinden, maar *wat minimaal geborgd moet zijn* om te garanderen dat cliënten ten minste minimale zorg ontvangen.

Probleemstelling

De kraamzorgsector kampt al meerdere jaren met structurele personeelstekorten, waardoor het leveren van het geïndiceerde en soms zelfs het minimale aantal zorguren onder druk staat. Waar capaciteitsproblemen zich eerder vooral voordeden in de zomer en in specifieke regio's, is er inmiddels sprake van een breder en meer permanent probleem dat ook nieuwe regio's treft. Voor 2026 wordt regionaal opnieuw aanzienlijke krapte verwacht. Dit vraagt om een andere manier van organiseren, waarbij regionale samenwerking met de zorgverzekeraar centraal staat. Zonder actieve maatregelen vanuit en ondersteuning door de zorgverzekeraar, op afspraken uit dit normenkader, is het ten uitvoer brengen van dit normenkader en daaruit volgende regioplannen door de kraamzorgaanbieders en KSV niet mogelijk.

Doel en functie van het normenkader

Het normenkader is bedoeld als **handreiking en structuurdocument** voor kraamzorgaanbieders en kraamzorgsamenwerkingsverbanden (KSV's). Het helpt hen om beschikbare capaciteit zo effectief mogelijk in te zetten en ervoor te zorgen dat iedere cliënt minimaal **24 uur fysieke kraamzorg** ontvangt.

Belangrijke functies van het normenkader:

- Richting geven aan handelen bij (dreigende) schaarste.
- Ondersteunen van afspraken binnen organisaties, KSV's en met verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's).

- Faciliteren van regionale plannen waarin wachtlijstbeheer, zorgverdeling en capaciteitsinzicht zijn vastgelegd.
- Bieden van een gemeenschappelijke taal en werkwijze voor alle betrokken partijen.

Het normenkader is nadrukkelijk een **doorontwikkeldocument** dat in de toekomst kan worden aangepast op basis van nieuwe inzichten en uitkomsten van de versnellingsagenda.

2. Categorisering van de situatie: kleurcodering

Om de ernst van de capaciteitsproblematiek te duiden en hier tijdig op te kunnen handelen, werkt het normenkader met een **kleurcoderingssysteem**. Deze systematiek maakt het mogelijk om, door het beoordelen van capaciteit in de regio, situaties te voorspellen, te beoordelen en passende maatregelen te nemen.

Code groen

De situatie is stabiel. Kraamzorg kan geleverd worden volgens het geldende indicatieprotocol. Er zijn geen bijzondere capaciteitsproblemen.

Code oranje

Er is sprake van (dreigende) capaciteitskrapte die het leveren van zorg bemoeilijkt. Met gerichte maatregelen, beschreven in bijlage “Handreiking Beheersen capaciteit kraamzorg” kan niet worden gegarandeerd dat iedere cliënt minimaal **de in de regio geldende gemiddelde zorgduur voor de betreffende periode** ontvangt. KSV-overleg en inventarisatie, met als doel om code rood te voorkomen. Bij dreiging code rood kan een Regioplan nodig zijn.

Code rood

Zelfs met maximale inzet van maatregelen zoals in bijlage “Handreiking Beheersen capaciteit kraamzorg” lukt het één of meer aanbieders in de regio niet meer om **zelfstandig minimale zorg** te leveren. De hele KSV-regio wordt dan als code rood aangemerkt en cliënten worden via een regionale wachtlijst verdeeld over alle gecontracteerde aanbieders, aan de hand van het opgestelde regioplan. Zie bijlage “Format regioplan”.

Scenario zwart

Dit is een achteraf vastgesteld scenario waarin één of meer cliënten daadwerkelijk geen minimale zorg hebben ontvangen. Het normenkader is primair gericht op het voorkómen van dit scenario.

Deze categorisering helpt regio's om vroegtijdig te schakelen, escalatie te voorkomen en transparant te communiceren naar cliënten en ketenpartners.

3. Inschrijving en zorgvormen

De preferente verzekeraars stellen Vektis-data ter beschikking over gemiddelde zorgduur per regio per maand van het voorgaande jaar. KSV's kunnen in regionale afspraken regionaal gemiddelde voor betreffende (piek)periodes (incl. risicomarge) gebruiken als input voor inschrijvingsrichtlijn voor de maanden met verwachte krapte om zo regionaal minimale zorg te kunnen blijven leveren, gecombineerd met inzicht in verwachte veranderingen in beschikbare capaciteit. Deze regionale inschrijvingsrichtlijn geldt voor alle zorgaanbieders die kraamzorg leveren in de regio.

Minimale zorg als ondergrens

Centraal in het normenkader staat het principe dat **iedere cliënt recht heeft op minimale zorg**. Deze minimale zorg bestaat uit:

- Minimaal 24 uur fysieke kraamzorg, waarbij het uitgangspunt minimaal 3 uur fysieke kraamzorg per dag is. In het geval van ziekenhuisdagen worden deze hiervan afgetrokken.¹
- Dagelijkse controles van moeder en kind.
- Signalering, voorlichting en instructie.

Digitale zorg kan de noodzakelijke fysieke zorg **aanvullen**, maar niet vervangen. Het normenkader benadrukt dat minimale zorg altijd gewaarborgd moet blijven.

Het kan voorkomen dat de uitgangspunten voor minimale zorg in bepaalde periodes bij extreme tekorten anders ingevuld moet worden teneinde iedereen van zorg te kunnen voorzien. Mits vastgelegd in de regioafspraken kan in dit geval afgeweken worden.

In regio's waarbij door voorlopers al volgens de KLIM gewerkt wordt gelden de afspraken over minimale zorg zoals vastgelegd voor de KLIM (zie onderstaand Addendum Normenkader LIP t.b.v. KLIM).

Digitale zorg

Digitale zorg is een structureel onderdeel geworden van het kraamzorgaanbod. Denk aan:

- Voorlichting en instructies via apps of video's.
- Beeldbellen als aanvulling bij beperkte fysieke inzet.

Bij het verlenen van digitale zorg is de "Richtlijn Digitale kraamzorg – handreiking voor inzet en declaratie" van toepassing.

¹ Voor het LIP staat deze beschreven in LIP H3

Kraamcentra

Kraamcentra kunnen een goede aanvulling zijn op het regionale aanbod van kraamzorg thuis. In regio's waar het in bepaalde periodes, ondanks alle maatregelen uit het normenkader, niet meer mogelijk is om minimale zorg te bieden kan het inrichten van een (tijdelijk) kraamcentrum een oplossing zijn. Afspraken hierover worden opgenomen in het regioplan.

Van belang is dat cliënten, verloskundigen en andere belanghebbenden goed worden geïnformeerd over de mogelijkheden en dat zij op basis hiervan een goede afweging kunnen maken of deze oplossing bij hen past.

4. Samenwerking als sleutel tot continuïteit

Goede samenwerking is een kernvoorwaarde om met schaarste om te gaan. Het normenkader benadrukt samenwerking op meerdere niveaus:

Tussen gecontracteerde kraamzorgaanbieders in de regio

- Regelmatig overleg, zeker bij toenemende krapte.
- Alle aanbieders zijn geïnformeerd over de geldende afspraken in de regio

Binnen het KSV zijn er eenduidige afspraken over

- Inschrijvingen verdelen op basis van gemiddelde zorgduur in de regio voor periodes met verwachte krapte. Wanneer er door één kraamzorgaanbieder niet meer ingeschreven kan worden op basis van regionale inschrijvingsrichtlijn, meldt deze dit bij het KSV waarna capaciteit wordt opgevraagd door het KSV i.s.m. zorgverzekeraar bij alle kraamzorgaanbieders in de regio.
- Aanleveren van capaciteit volgens de methodiek die in het regionale KSV gebruikt wordt (evt. In kaart brengen capaciteit).
Bij code oranje zijn aanbieders verplicht hun capaciteit te delen.
- Afspraken over zorgverdeling, wachtlijstbeheer en rolverdeling (bijv. een wachtlijstcoördinator), door middel van een Regioplan.
- Gezamenlijke monitoring van capaciteit en prognoses en procesafspraken om hier proactief op te kunnen sturen.
- Hoe en wanneer er wordt geëscaleerd bij het niet nakomen van afspraken. Bo Geboortezorg kan hierbij in overleg ondersteunen.

Met VSV en andere ketenpartners

- KSV-vertegenwoordiging in VSV zorgt voor tijdige afstemming over verwachte knelpunten en informeert VSV en ketenpartners over genomen maatregelen in de regio.

- KSV-vertegenwoordiging in VSV zorgt voor gezamenlijke afspraken over indiceren, , partusassistentie, ontslagmomenten en medische controles.
- KSV-vertegenwoordiging in VSV organiseert eenduidige communicatie richting de cliënt in de regio. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de landelijke Q&A (zie link).
- Begrip en gedeelde verantwoordelijkheid zijn essentieel voor de verdeling van de beschikbare capaciteit in lijn met de zorgbehoefte van de gezamenlijke cliënt en daarmee de continuïteit van zorg.

Met zorgverzekeraars

- Gezamenlijk opstellen van regioplannen volgens landelijke procesafspraken met preferente zorgverzekeraar(s) in de regio. Zie bijlage “Landelijke procesafspraken Bo-ZN tbv regionale aanpak schaarste korte en lange termijn” voor afspraken over opzet en bekostiging.
- Inzicht in gecontracteerde zorgaanbieders in de regio (indien mogelijk inclusief postcode-indeling) via (preferente) zorgverzekeraars
- Maandelijks (of vaker) overleg in regio’s met risico op schaarste, waarbij ondersteuning bij de invulling van het regioplan (o.a. wachtlijstbeheer) en toezicht op gelijke inspanning geëvalueerd wordt
- Zolang er geen code oranje van kracht is, bemiddelt de zorgverzekeraar tussen cliënten en gecontracteerde partijen

De rode draad is dat capaciteitsproblemen geen individueel probleem zijn, maar een **gezamenlijke regionale opgave** van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders.

5. Tot slot

Met dit normenkader zorgen we ervoor dat kraamzorg beschikbaar blijft voor iedere cliënt, waarbij tenminste minimale zorg geleverd kan worden.

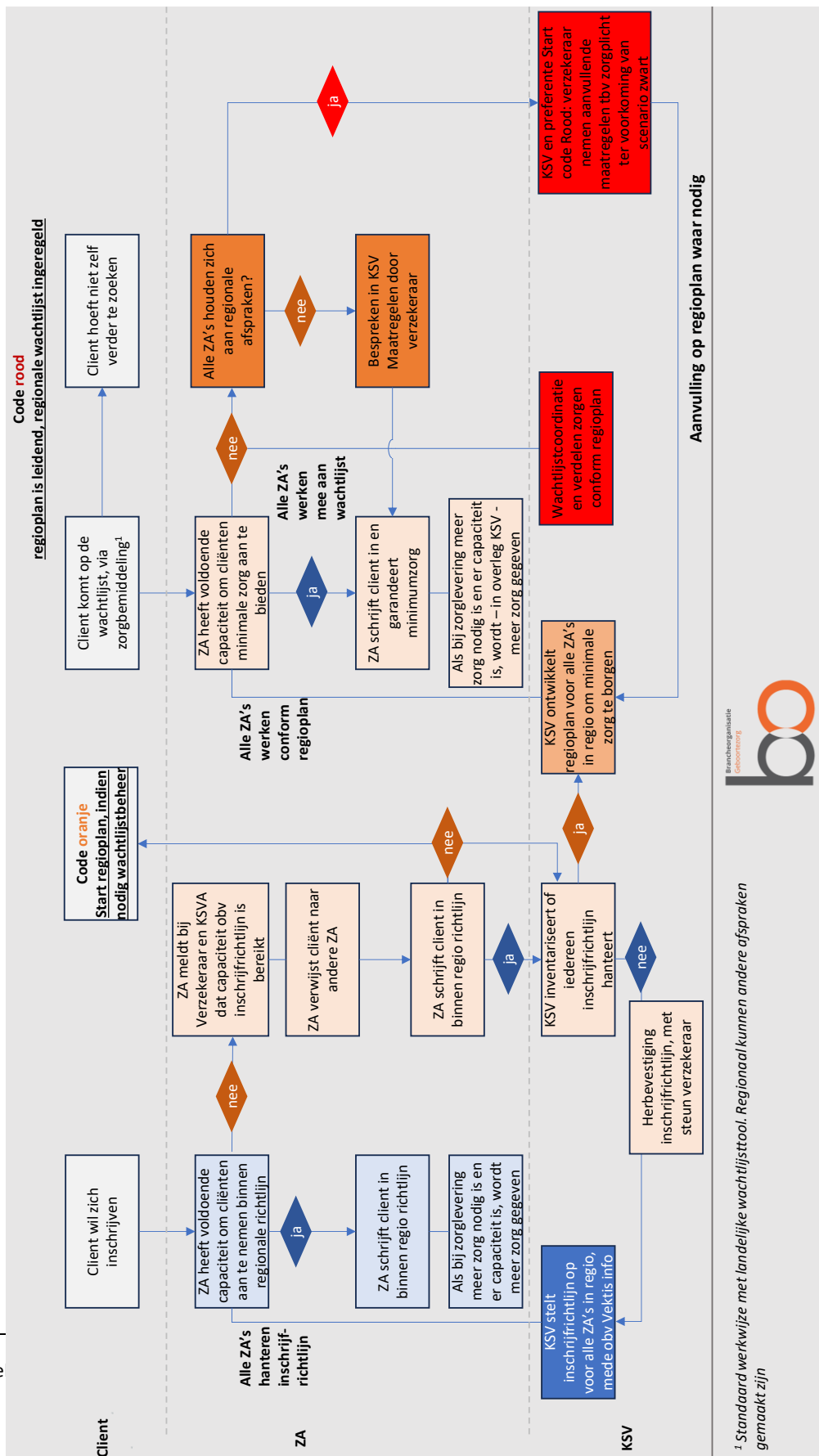
In 2026 zullen uitkomsten van de projecten uit de versnellingsagenda veranderingen met zich meebrengen die ook impact zullen hebben op onderdelen van het normenkader. Zo wordt een dashboard capaciteit ontwikkeld; een basiskader KSV’s beschreven en wordt gestart met de implementatie van de KLIM. Met elkaar moeten we continu monitoren of en welke bijstellingen dit behoeft in gemaakte afspraken. Ook is gebleken dat het nodig is, bij het niet nakomen van gezamenlijk gemaakte afspraken, om maatregelen te treffen. In de huidige context zullen dit veelal maatregelen zijn die door verzekeraars moeten worden genomen.

Het normenkader 2026 markeert een verschuiving van landelijke noodafspraken naar structurele regionale verantwoordelijkheid. Door duidelijke ondergrenzen (minimale zorg), een gedeelde taal (kleurcodering) en sterke regionale samenwerking biedt het kader houvast om ook in tijden van

aanhoudende krapte de continuïteit van kraamzorg te waarborgen, met het belang van cliënt en zorgprofessional voorop.

Op de volgende pagina staat de werkwijze van het normenkader visueel weergegeven.

Visualisatie werkwijze Normenkader



Bijlage 1: Addendum Normenkader LIP t.b.v. KLIM

Addendum Normenkader LIP ten behoeve van KLIM cliënten Minimaal noodzakelijk (te leveren) zorg bij schaarste

Het Normenkader in verhouding tot de KLIM

In Q3 van 2026 starten zeven voorloperorganisaties met de pilot van de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM).

Het Normenkader en de KSV-afspraken LIP gelden voor de regio's die niet vallen onder KLIM-pilot. Voor de regio's waar de KLIM-pilot wordt uitgevoerd zijn de uitgangspunten van dit Addendum Normenkader van toepassing.

In het geval van capaciteitsproblemen wordt afgeschaald volgens het Normenkader. Pas in het noodscenario wordt afgeschaald naar minimaal noodzakelijke zorg. Dit is het absolute minimum aan zorg dat fysiek geleverd wordt als er onvoldoende capaciteit is voor passende zorg en is de absolute ondergrens bij afschaling.

Afschaling van zorg bij capaciteitstekort

- Indien er te weinig capaciteit is om passende zorg te bieden, is afschalen vereist waarbij wordt aangesloten bij de afschaalafspraken in de regio (Landelijke procesafspraken/Normenkader).
- Indien de regionale inschrijfrichtlijn onder de gemiddelde KLIM max. uren ligt (rekening houden met de verdeling van cliënten over de zorgzwaartepakketten), wordt dit gecommuniceerd naar cliënten. In deze communicatie verwachtingsmanagement dat mogelijk niet alle zorgdoelen behaald kunnen worden. Minimaal noodzakelijk zorg bij drukte moet wel worden gegarandeerd.
- Per zorgzwaartepakket wordt er verhoudingsgewijs afgeschaald.
- Zodra er ruimte komt qua capaciteit, wordt weer opgeschaald, zoveel als mogelijk richting passende zorg. Prioritering in opschaling vindt plaats op basis van zorgbehoefte.

Minimaal noodzakelijk te leveren zorg bij drukte KLIM

- Minimaal noodzakelijke zorg is geen passende zorg.
 - Passende zorg (klaar-is-klaar principe) is de zorg die de cliënt zou moeten ontvangen.
 - Minimaal noodzakelijke zorg is het absolute minimum dat fysiek geleverd wordt als er onvoldoende capaciteit is voor passende zorg en is de absolute ondergrens bij afschalen.
- Het uitgangspunt is dat minimaal noodzakelijke zorg met de KLIM qua uren gemiddeld genomen in lijn is met minimale zorg met het LIP.

Doelen voor minimaal noodzakelijke zorg bij sterk capaciteitstekort (KLIM t.o.v. LIP)

- Afschalen met de KLIM is op basis van prioritering van zorgdoelen en/of activiteiten in overleg met cliënt en verloskundige. Dit is cliëntgebonden en kan daarmee verschillen. Minimaal noodzakelijke zorg bevat tenminste de activiteiten:
 - Voorlichting en instructie

- Controles van moeder en kind
Deze hebben een omvang van 3 uur per dag (dit is conform LIP).
- Niet bereikte zorgdoelen worden in overleg met de verloskundige overgedragen de Jeugdgezondheidszorg en indien nodig aan andere betrokken zorgprofessionals. Dit is conform de gebruikelijke werkwijze KLIM.
- Gerelateerd aan het aantal zorgdagen (7, 8 of 9), afhankelijk van het zorgzwaartepakket.
 - Pakket 1 en 2: 21 uur (7 dagen x 3 uur)
Zorgzwaartepakket 2 is qua uren bij minimale zorg gelijk aan zorgpakket 1 (beide 21 uur).
Goed meenemen in Monitoring.
 - Pakket 3: 24 uur (8 dagen x 3 uur)
 - Pakket 4: 27 uur (9 dagen x 3 uur)
- In de communicatie wordt binnen de KLIM zo veel mogelijk over pakketten gesproken en niet over uren. Echter voor verwachtingsmanagement richting cliënten (ook t.a.v. de eigen bijdrage) en voor de planning van de kraamzorgaanbieders wordt 3 uur per zorgdag aangehouden.
- Afhankelijk van zorgzwaartepakket en context van de cliënt kan de minimaal noodzakelijk fysieke zorg worden aangevuld met digitale zorg, zie:
 - *Addendum Richtlijn digitale kraamzorg*
 - *Digitale zorg bij capaciteitsproblemen* en het Project Digitale Zorg.