

Vergaderjaar 2013–2014

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 58

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 7 november 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 oktober 2013 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 april 2013 inzake de voortgang over de zorg rond zwangerschap en geboorte (Kamerstuk 32 279, nr. 54);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juni 2013 inzake aanbieding van het rapport van het EURO-PERISTAT project over de gezondheid van en zorg aan zwangere vrouwen en hun baby's in 2010 in Europa (Kamerstuk 32 279, nr. 56);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 september 2013 over verloskundige zorg regio Meppel en Dokkum (Kamerstuk 32 279, nr. 57).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Neppérus

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Van Gerven, Klever, Anne Mulder, Neppérus en Wolbert,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 15.00 uur

De **voorzitter**: Goedemiddag. Ik open dit algemeen overleg over zwangerschap en geboorte. Ik heet minister Schippers en haar medewerkers van harte welkom, alsmede de belangstellenden op de tribune en de mensen die thuis dit overleg volgen. Uiteraard ook een woord van welkom aan mijn collega's.

De leden krijgen twee interrupties per persoon, maar die hoeven zij natuurlijk niet te gebruiken. Als er enige terughoudendheid wordt betracht, kan ik in eerste aanleg vijf minuten spreektijd geven.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik maak mij zorgen over de gezondheid van aanstaande moeders en hun baby's. Het is echt zorgelijk dat het welvarende Nederland slechter scoort op babysterfte dan een hoop andere Europese landen. De verschillen worden weliswaar langzaam kleiner, maar ze zijn nog steeds veel te groot. Nederland kan en moet beter. Niet iedere zwangerschap in Nederland verloopt goed en een deel van de problemen lijkt vermijdbaar. De aanbevelingen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte worden inmiddels onder regie van het College Perinatale Zorg (CPZ) geïmplementeerd. Wij zien langzaam een positieve ontwikkeling, maar wij zijn er nog lang niet. De PvdA wil een stevige vinger aan de pols bij de voortgang. Zijn de huidige ontwikkelingen in lijn met de ambities van de minister of had zij op positievere trends in het laatste PERISTAT-rapport gerekend? Ik hoop het laatste. Ook binnen Nederland zijn er grote en vaak vermijdbare verschillen in geboorte-uitkomsten en keuzevrijheid in de geboortezorg. Die verschillen zijn er vooral tussen vrouwen met een hoog en vrouwen met een laag inkomen en tussen autochtone vrouwen en vrouwen met een niet-westerse afkomst. De PvdA vindt deze verschillen onacceptabel. Een gezonde zwangerschap mag niet afhangen van afkomst of inkomen. Het is belangrijk om kwetsbare groepen in een zo vroeg mogelijk stadium adequate hulp te bieden. Welke inspanningen verricht de minister om sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de geboortezorg te verkleinen? Kan de Kamer een tussenrapportage krijgen van de stand van zaken in Healthy Pregnancy 4 All? Wat vindt de minister in dit verband van CenteringPregnancy, dat goede resultaten lijkt te hebben voor vrouwen met een lage sociaaleconomische status (SES)?

Als je alle stukken leest, dan zie je een enorm aantal activiteiten op een groot aantal plaatsen tegelijk, maar brede rivieren stromen traag. Zou het niet beter zijn om er per jaar een paar doelen uit te lichten om deze te versnellen? Het tijdstip waarop je uiteindelijk alle doelen verwezenlijkt, blijft dan hetzelfde, maar onderweg haal je er dan al een paar. Het moet sneller en beter voor onze moeders en baby's.

De PvdA heeft twee voorstellen om de kwaliteit van geboortezorg te verbeteren. Hiervoor hebben wij een initiatiefnota opgesteld, die ik bij dezen aan de griffier overhandig. De PvdA is groot voorstander van het afschaffen van de eigen bijdrage voor niet-medische bevallingen. De bijdrage is voor vrouwen met een lage SES nu reden om ongewenst thuis te bevallen of om een ruggenprik te vragen. Elke zwangere vrouw moet van ons zonder belemmeringen kunnen bevallen op de plek waar zij dit het prettigst vindt, en de zorg kunnen ontvangen die zij wenst. Bovendien

vindt de PvdA dat wij per 2015 een integraal tarief moeten invoeren voor bevallingen. Een integraal tarief stimuleert een betere samenwerking en een betere risicoselectie en dus betere zorg. Voor goede geboortezorg, invoering van het integraal tarief en afschaffing van de eigen bijdrage zijn goed werkende regionale samenwerkingsverbanden en een integrale zorgstandaard van groot belang. Hoe kan het zijn dat van de 92 regionale samenwerkingsverbanden slechts een derde afspraken heeft gemaakt over integrale geboortezorg? Heeft de minister nagedacht over mogelijkheden om ziekenhuizen sneller tot samenwerkingsafspraken te dwingen? Dat het zo lang duurt, ervaar ik als een grote teleurstelling. Onvoldoende integrale samenwerking tussen disciplines leidt tot vermijdbare negatieve uitkomsten. Zou de minister op dit punt niet meer regie moeten voeren? Kan de inspectie een rol spelen? Wat zouden zorgverzekeraars op dit punt kunnen toevoegen? Ik vraag de minister vanwege die zorg en vanwege die teleurstelling daarom om binnen een maand met een stand-van-zakenbrief te komen, waarin zij meldt wat er nu nog precies nodig is om per 2015 die regionale samenwerkingsverbanden tot stand te brengen, zorgstandaarden op te stellen en een integraal tarief in te voeren. Wanneer zijn deze drie punten gereed en wie pakt nu eigenlijk welke rol? Op die manier weet de Kamer precies wat er dit jaar moet gebeuren en wie er aan de slag gaat. Ik neem aan dat het CPZ daarin zijn verantwoordelijkheid neemt. De PvdA wil graag in het voorjaar van 2014, in mei, een tweede brief ontvangen, waarin de Kamer geïnformeerd wordt over de voortgang. Dan kan de Kamer vóór de invoering van het integrale tarief nog voldoende bijsturen.

De PvdA wil graag weten wanneer de resultaten van het Nederlandse NIPT-onderzoek (non-invasieve prenatale testen) verwacht mogen worden en wanneer het wettelijk traject daaromtrent geregeld gaat worden. De PvdA wil graag dat de minister een positief besluit neemt over het vervroegd invoeren van NIPT in Nederland. Wat kan de minister hierover zeggen?

De **voorzitter**: Tussen 17.15 uur en 17.30 uur zal er mogelijk in de plenaire zaal moeten worden gestemd. Laten wij met het oog daarop proberen de zakelijkheid erin te houden, want voor na 17.30 uur staan de agenda's ook weer vol.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. De aanbevelingen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte in 2009 waren erop gericht om de babysterfte in vijf jaar tijd te halveren. Wij zijn inmiddels vier jaar verder. Van een stijging van de 27ste naar de 24ste plek in Europa (van de 29) ben ik niet onder de indruk. Gaan wij de doelstelling van halvering van de babysterfte nog halen? Ik heb daar grote twijfels over, met name omdat een aantal noodzakelijke acties wel erg lang op zich laat wachten. Ik noem de ontwikkeling van een zorgstandaard, uitkomstindicatoren ten aanzien van kwaliteit en integrale bekostiging. Ik constateer dat er de afgelopen jaren tal van bureaucratische overlegorganen zijn opgericht: het CPZ, de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN), de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) en 92 regionale Verloskundige Samenwerkingsverbanden (vsv's). Het CPZ zegt dat de multidisciplinaire samenwerking in veel regio's nog onvoldoende van de grond komt. Hebben wij het aan die organisaties te danken dat de babysterfte ietsje is gedaald of ligt het simpelweg aan de invoering van de twintigwekenecho of het feit dat er minder tienerzwangerschappen zijn? Ik geloof nooit dat al die organisaties de halvering van de babysterfte voor elkaar gaan krijgen.

In het vorige AO vroeg ik de minister of het in het kader van het terugdringen van de babysterfte niet beter was geweest om te investeren in het opleiden van extra gynaecologen. Nu vraag ik de minister of het niet beter zou zijn om te investeren in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis opdat de afdeling Acute Verloskunde open kan blijven. Het laatste nieuws is

namelijk dat deze afdeling op 1 oktober gesloten zou worden, maar dat dit wegens werkzaamheden aan de Hartelbrug is uitgesteld tot 4 november. Door de gedeeltelijke sluiting van de brug komt opeens toch de acute verloskundige zorg in de regio in gevaar. Ik kan dit beleid niet meer volgen. Kan de minister het uitleggen? Wat als blijkt dat die cruciale brug door een aanrijding geblokkeerd wordt of er opnieuw onderhoudswerkzaamheden aan de brug uitgevoerd moeten worden? Hoe wordt in de toekomst de acute verloskunde in die regio gewaarborgd?

De minister gaf eerder aan dat het probleem van de 50.000 bevallingen die jaarlijks dubbel gedeclareerd worden, zal worden opgelost zodra er een integraal tarief is. Daar was ik blij mee, want een bevalling kost tussen de € 2.000 en € 4.000, dus wij hebben het over een bedrag van 100 miljoen tot 200 miljoen aan dubbele declaraties. Tot mijn verbazing lees ik in de brief van de minister dat er pas over drie tot vier jaar integrale tarieven komen. Hoe worden in de tussentijd die dubbele declaraties aangepakt?

Ik kom op de NIPT. Deze schijnt een doorbraak te zijn als het gaat om het screenen op foetale afwijkingen, maar er zijn nog te weinig grote onderzoeken gedaan. Zwangere vrouwen gaan er nu voor naar het buitenland, terwijl bijvoorbeeld het Radboudziekenhuis de NIPT zou kunnen aanbieden, maar hiervoor geen vergunning heeft. De minister is toch voorstander van voorwaardelijke toelating van innovatieve behandelingen? Ik stel daarom voor om vergunningen te verlenen aan een aantal geselecteerde centra voor prenatale diagnostiek, waar alles wetenschappelijk gemonitord kan worden. Ook stel ik voor om de test uit het basispakket te vergoeden voor alle zwangeren met een hoog risico.

De minister wil een verruiming van de zorggerelateerde criteria. Hierdoor kunnen zwangeren in schrijnende thuissituaties zonder betaling van de eigen bijdrage in een ziekenhuis bevallen. Ik vind dit een verkeerde weg. Wij schieten niks op met het formuleren van uitzonderingen of ruimere begrippen. Dat lokt discussie en misbruik uit. Schaf dan de eigen bijdrage voor bevallingen gewoon voor iedereen af. Elke baby verdient een goede start zonder financiële belemmeringen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. We spreken vandaag over zwangerschap en geboorte in Nederland. Dit land is zeer hoogontwikkeld, maar de risico's op babysterfte zijn relatief hoog. Wij bungelen ergens onderaan in de Europese ranglijst. Dat moet te denken geven. Ik noem één cijfer dat mij heel erg triggerde: 1,8 op de 1.000 voldragen in principe gezonde baby's overlijdt. Er zijn in Nederland jaarlijks 175.000 bevallingen, dus wij hebben het over enkele honderden gezonde baby's die bij een beter beleid een gezonde toekomst zouden hebben. Dat zijn heel hoge cijfers. Hoe kunnen wij hier iets aan doen? Hoe organiseren wij dat? Er zijn voortdurend tegenstellingen tussen verloskundigen en gynaecologen. Overal zijn er discussies. Vrijwel altijd winnen de gynaecologen en treedt concentratie op. Ik denk aan Meppel en Dokkum. Ik denk aan het Ruwaard van Putten Ziekenhuis; het is natuurlijk een groot schandaal wat er in Spijkenisse is gebeurd. Door specialisten en anderen wordt de bereikbaarheid van de zorg, ook verloskundige zorg, gefrustreerd. Het is heel makkelijk op te lossen. Waarom leiden wij niet meer gynaecologen op? Dat is echt bikkelhard nodig. Wij hebben een tekort, maar wij zien ook dat er steeds meer vrouwen gynaecoloog worden. Dat is helemaal niet erg, dat vinden wij heel fijn, maar wij weten allemaal dat vrouwen kinderen krijgen. Mannen niet, die moeten op de kinderen passen. Vrouwelijke gynaecologen hebben vaak minder mogelijkheden om fulltime te werken. Ook om die reden hebben wij meer gynaecologen nodig dan wij thans opleiden. Kunnen wij er niet een schepje bovenop doen? Ik geloof dat de opleidingscapaciteit nu 66 is. Dat moet gewoon flink omhoog. Wil de minister daar werk van maken? Kom niet aan met het argument dat er geen opleidingsplaatsen zijn. Wij moeten voorkomen dat de beroeps-

groep de deur kunstmatig op slot houdt, omdat men bang is dat er anders te veel gynaecologen uit dezelfde trog moeten eten. Wij moeten niet willen dat er financiële motieven achter zitten.

Kan de minister ingaan op de ontwikkelingen in Amsterdam? Ik heb begrepen dat daar drie verloskundige units dichtgaan. Drie ziekenhuizen moeten daar hun afdeling verloskunde sluiten. Achmea en andere verzekeraars zijn daarmee bezig. Hoe beoordeelt de minister dat? Hoe zit het met Sittard-Geleen en Heerlen? Waarom moet daar concentratie plaatsvinden, terwijl het in mijn optiek heel goed mogelijk is om beide plekken volwaardig overeind te houden? Hoe wil de minister voorkomen dat iets om praktische en niet om kwalitatieve redenen wordt gedaan? Er mag niets gebeuren omdat specialisten er geen zin in hebben of omdat verzekeraars het afdwingen.

Verloskundigen hebben er belang bij om vrouwen die moeten bevallen, zo lang mogelijk vast te houden. Tijdens het baren krijgen zij namelijk een volledig tarief en daarvoor niet. Dat is een ongezonde prikkel, waar wij een einde aan moeten maken. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat verloskundigen gewoon fatsoenlijk betaald worden voor het werk dat zij doen en dat er geen perverse prikkels zijn om vrouwen te laat «in te sturen»? Wanneer kunnen wij een beter financieringssysteem verwachten? Is het een idee om af te spreken dat verloskundigen en gynaecologen van tevoren een gezamenlijk consult hebben, zodat van tevoren beoordeeld wordt of een vrouw thuis of in het ziekenhuis moet bevallen? Het is onverdraaglijk dat de helft of meer van de vrouwen die thuis willen bevallen uiteindelijk toch in het ziekenhuis belandt. Dan hebben wij het gewoon niet goed geregeld.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het is al eerder gezegd: de babysterfte in Nederland behoorde tot de hoogste in Europa. Vanaf 2008 zijn wij bezig om dit probleem aan te pakken. De inzet van professionals heeft geleid tot 15% minder babysterfte. Dat lijkt een prima resultaat, maar Nederland bezet slechts de 24ste plaats als het gaat om de kwaliteit van geboortezorg. Er is dus nog heel veel werk te doen. Wat is het doel van de minister? Op welke plaats wil zij bij de volgende rapportage staan? Er moet mij iets van het hart. Ik heb nagelezen wat wij tijdens het vorige AO over geboortezorg in december 2012 hebben besproken. Eigenlijk valt het op dat er nu, negen maanden later, een veelzeggende periode, op veel punten nauwelijks vooruitgang is geboekt. Het lijkt alsof iedereen op iedereen wacht. Het moet dus echt sneller. Ik vraag de minister om strakkere deadlines te stellen. D66 wil zo snel mogelijk toe naar een integrale geboortezorg. Helaas zien wij nog steeds die domeinstrijd tussen verloskundigen en gynaecologen. Mijn fractie wil daarom dat het CPZ zo snel mogelijk met het veld de uitgangspunten van integrale samenwerking vastlegt. Wil de minister daarvoor de deadline 1 juli 2014 stellen? Hoe staat het met de ontwikkeling van de geboortecentra, de anderhalve-lijnszorg? In dit kader is ook een landelijk netwerk van regionale zorgstandaarden belangrijk, ook om inzicht te krijgen in de kwaliteit. Dit lijkt te verzanden. Welke impuls gaat de minister hieraan geven?

Integrale geboortezorg kun je stimuleren door financieringsschotten te doorbreken. Daarom wil D66 toe naar die integrale bekostiging. Dat kan de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen bespoedigen en maakt een einde aan het probleem van de dubbele betaling als een bevalling in de eerste lijn start en in de tweede lijn eindigt. De minister wil wachten met integrale bekostiging, maar in december zegde zij toe dat zij experimenten zou starten. Graag hoor ik hoeveel experimenten op dit moment lopen en wat de eerste resultaten zijn. Wat doen de verzekeraars? De NZa heeft vastgesteld dat de sector klaar is voor vrije tarieven voor de eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg. Dat vinden wij gunstig, zowel voor de prijs als voor de kwaliteit, maar de minister wil hiermee wachten. Zij zegt niet tot wanneer zij hiermee wil wachten. Wil zij duidelijk

maken wanneer die vrije tarieven ingevoerd worden of op zijn minst wanneer zij daarover een besluit wil nemen?

Voor D66 is beter inzicht in de kwaliteit van geboortezorg voor patiënten en zorgverzekeraars belangrijk. De gynaecologen en de ziekenhuizen gaan zich samen inzetten voor uitkomstindicatoren voor de kwaliteit van de acute verloskundige zorg. Wanneer zullen die indicatoren gereed zijn? Hoe stimuleert de minister dit proces?

Wij hebben daarnet een initiatiefnota van de PvdA gekregen. Ik had al vernomen dat de PvdA af wil van de eigen bijdrage die vrouwen betalen als zij zonder medische noodzaak in een verloskamer bevallen. Dat moet de keuzevrijheid verhogen en de perverse prikkel beperken dat vrouwen onnodig kiezen voor een ruggenprik. Ik vind dat een heel interessant plan. Om die reden vind ik het overigens ook heel belangrijk dat die anderhalve-lijnsgeboortecentra snel van de grond komen. Weet de minister hoeveel vrouwen er op dit moment onnodig voor een ruggenprik kiezen? Zo nee, wil zij daarnaar onderzoek doen?

De minister heeft het CPZ gevraagd de zorgcriteria voor een noodzakelijke ziekenhuisbevalling te verbreden. Wanneer zijn die criteria klaar en hoeveel zou het de schatkist kosten om die eigen bijdrage volledig te schrappen? Voor hoe lang is er nog financiering voor de belangrijke aanjager CPZ?

Fertiliteitsklinieken stellen in Nederland de eis dat bij draagmoederschap de ei- en zaadcellen van de wensouders zelf zijn. Echtparen, waaronder vaak homostellen, wijken daarom uit naar het buitenland. Wat vindt de minister daarvan? Is zij bereid om te onderzoeken of deze eis kan vervallen?

De heer **Van Gerven** (SP): We kennen D66 als een partij van echte liberalen. Die zijn voor vrije tarieven, bijvoorbeeld bij geboortezorg. Op grond waarvan komt mevrouw Dijkstra tot de conclusie dat vrije prijsvorming bij geboortezorg leidt tot betere en goedkopere geboortezorg?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Met vrije tarieven komt er meer concurrentie tussen de verschillende aanbieders. Dan kijk je niet alleen naar de prijs, maar ook naar de kwaliteit. Het is heel belangrijk dat wij beide bevorderen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het lijkt mij helemaal niet bevorderlijk voor een goede geboortezorg dat wij concurrentie gaan organiseren. Misschien is er al een gebrek aan samenwerking. Door vrije prijsvorming zal die samenwerking verder gefrustreerd worden. Dit lijkt mij dus niet de goede weg. Kan mevrouw Dijkstra behalve een algemeen ideologisch verhaal in de trant van «concurrentie is goed en verlaagt de prijzen» ook concrete voorbeelden noemen waarin dit werkt?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wij hebben daar pogingen toe gedaan bij de mondzorg. Dat experiment is door de Kamer veel te vroeg afgebroken. Dat leek geen succes, maar dat kreeg ook niet de kans om te laten zien of het een succes zou worden. Ik vind dat heel erg jammer, want er waren factoren aan de orde die genoeg in zich droegen om een succes te worden. Het zal zich dus ook moeten bewijzen. Het is een bekend feit dat er, als de tarieven worden losgelaten, veel meer mogelijk is in aanbod en vraag. Dat heeft gevolgen voor de kwaliteit.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. Andere sprekers hebben het al gezegd: de perinatale sterfte in Nederland is de afgelopen jaren gedaald. Het gaat de goede kant op, maar Nederland bevindt zich nog steeds in de onderste regionen. Wanneer is de minister tevreden? Met hoeveel moet de perinatale sterfte de komende jaren dalen om de minister te laten zeggen dat het beleid een succes is?

De ontwikkelingen gaan de goede kant op, maar het gaat nog niet snel genoeg. Hoe gaat het met de vsv's? Het zijn er bijna 90, maar de voorde-
ringen verschillen. Het ene samenwerkingsverband heeft een intentiever-
klaring opgesteld, terwijl andere samenwerkingsverbanden al heuse
zorgstandaarden hebben. Hoe kan het tempo omhoog? Volgens de VVD
kan dat bijvoorbeeld door transparantie te betrachten. Wij zijn dan ook blij
met de toezegging in een van de brieven om via kiesBeter de kwaliteit van
de perinatale zorg inzichtelijk te maken. Welke gegevens moeten
ziekenhuizen daarvoor aanleveren bij kiesBeter.nl? Werken alle zieken-
huizen daaraan mee, zodat ouders kunnen kiezen voor het beste
ziekenhuis?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik weet dat de VVD een groot voorstander is
van meer keuzevrijheid voor mensen en dat zij kiesBeter daarvoor een
oplossing vindt, maar hoe wordt de keuzevrijheid van ouders in dit
verband gezien? Wij hebben regelmatig discussies over streekzieken-
huizen waar de geboortezorg wordt gecentreerd. Ouders mogen allang
blij zijn als zij überhaupt nog op tijd in een ziekenhuis terechtkomen. Hoe
stelt de VVD die keuzevrijheid zich dan voor? Het lijkt een beetje op
Randstedelijk denken.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Er zijn natuurlijk kwaliteitsverschillen
tussen ziekenhuizen. Daar kan best een reden voor zijn, maar maak dat
inzichtelijk. Waar kun je 24 uur per dag terecht voor geboortezorg, waarbij
er binnen een kwartier een ok-team en een gynaecoloog zijn? Dat wil je
weten, want niet alle ziekenhuizen hebben dat. Dat is nu totaal niet
inzichtelijk. Als ouder wil je gewoon 24 uur per dag ergens terechtkunnen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat snap ik goed, maar zou een ziekenhuis dat
zich überhaupt profileert op het bieden van geboortezorg, niet gewoon
aan standaarden moeten voldoen, zoals die 7x24 uur zorg? In het vorige
debat hebben wij daar uitvoerig bij stilgestaan naar aanleiding van een
heel treurig incident. Zouden ziekenhuizen die zich op dit punt profileren,
dit niet gewoon in de aanbieding moeten hebben?

De heer **Anne Mulder** (VVD): We hebben het de afgelopen keren gehad
over normen. Het rapport van de stuurgroep uit 2010 bevatte een aantal
van die normen. De minister zei toen: het zijn op zich goede normen, maar
niet alle ziekenhuizen kunnen daaraan voldoen. Het zou jaren kosten en
bovendien heel veel geld. Maar er zijn ziekenhuizen die wél aan die
normen voldoen. Laat dat inzichtelijk zijn.
Rapporten geven aan dat samenwerking in de geboortezorgketen van
groot belang is om de perinatale sterfte te doen dalen. Daarom vindt de
VVD het schokkend om te moeten constateren dat er blijkbaar binnen de
beroepsgroepen nog steeds geen eenduidigheid is over wat integrale
geboortezorg is. Wat de VVD betreft is integrale geboortezorg gewoon dat
je goed met elkaar samenwerkt. Ik permitteer mij een opmerking richting
de zaal. Wij krijgen in de aanloop naar een debat als dit heel veel brieven.
Wat mij opviel, is dat wij een aparte brief kregen van de gynaecologen en
van de verloskundigen. Eigenlijk zou je willen dat je van die beroeps-
groepen gezamenlijk één brief krijgt. De brieven verschillen ook in toon. In
de brief van de gynaecologen lezen wij vaak de woorden «samenwerking»
en «integraal». De verloskundigen – ik kies mijn woorden zorgvuldig –
lijken zich wat te distantieëren van samenwerking en hebben het vooral
over de eigen positie. Ik vind het een gemiste kans dat ik geen gezamen-
lijke brief heb gekregen. Maar goed, over een halfjaar hebben wij weer
een overleg en misschien gaat het dan beter.
Wij hebben een brief ontvangen van het CPZ met een aantal goede
voorbeelden van vsv's. Ik ben ook benieuwd naar de slechte voorbeelden.
Misschien helpen transparantie en de druk van publiciteit om hierin

verbetering aan te brengen. Is het mogelijk om aan te geven waar het niet goed genoeg gaat?

Waarom komt de integrale bekostiging niet van de grond? Het lijkt eigenlijk heel simpel. De NZa zegt dat er nog zorgstandaarden ontbreken. Nou, laat die er dan komen. Is het daarvan afhankelijk? Als de zorgverzekeraars en de NZa doorpakken, dan moet het lukken om tot één integraal tarief te komen. Wellicht kun je dan ook bezuinigen. Collega Van Gerven wees al op de perverse prikkels die kunnen leiden tot dubbele declaraties. Wat dat betreft een compliment voor de initiatiefnota van de PvdA. Een heel klein beetje cynisch zeg ik: er zit een dekking in. Ik heb geleerd dat je de PvdA altijd moet complimenteren als zij een dekking geeft. De nota is goed geschreven. Ik weet hoeveel tijd en moeite het opstellen van zo'n nota kost.

Mijn collega van D66 vroeg al naar de vrije tarieven. Wanneer komen die er? Het echte liberale antwoord op de vraag waarom ze er moeten komen, is gewoon socialistisch. Met vrije tarieven kun je namelijk maatwerk aanbieden. In Rotterdam-Zuid, een achterstandswijk, kun je constateren dat er meer geboortezorg nodig is. Dan kan de prijs omhoog. Voor die mensen wil je opkomen. Als je echt socialistisch bent, ben je dus voor vrije tarieven.

In Den Haag hebben de inwoners een brief gekregen over het kindersprekuur. Veel mensen bleken daar niet van gediend. Het wordt gezien als opdringerigheid en bemoeizucht van de overheid. Men denkt dan: moet ik van de overheid zwanger worden? Vrouwen die niet zwanger kunnen worden, voelen zich gekwetst. Moet die voorlichting over het kindersprekuur worden gegeven door de gemeente? Nee, volgens de gemeente moet het van het ministerie van VWS. Kan die voorlichting gericht worden verzorgd?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dank voor de complimenten voor het initiatief van de PvdA om de eigen bijdrage op de geboortezorg af te schaffen. Ook de VVD ziet dat met het invoeren van een integraal tarief de dubbele declaraties van tafel zijn en dat dat dus geld oplevert. Is de heer Mulder het met mij eens dat die besparing moet worden ingezet om de eigen bijdrage in de geboortezorg af te schaffen?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik kan niet goed beoordelen hoe groot die besparing is, maar als je kunt besparen, moet je dat doen. Er is een eigen bijdrage voor geboortecentra. Dat is de anderhalve lijn, zoals collega Dijkstra het uitdrukte. Maar is dit wel echt een eigen bijdrage? Iemand gaat op niet-medische indicatie naar het ziekenhuis. Volgens mij betaal je dan geen eigen bijdrage, maar de meerkosten. Als liberaal zeg ik enerzijds dat een eigen bijdrage goed is voor het kostenbewustzijn, maar verwijs ik anderzijds bijvoorbeeld naar Rotterdam-Zuid. Daar zie je dat moeders thuis bevallen in huizen waar bijvoorbeeld niet eens een box is waar het kind in kan slapen. Misschien komt afschaffing van de eigen bijdrage voor geboortecentra ten goede aan het kind. Tegelijkertijd zijn wij niet principieel tegen eigen bijdrages, want zorg kost geld en daar mag je best wat voor over hebben. Ik aarzel dus nog wat.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): In strikte zin is deze eigen bijdrage niet een eigen bijdrage zoals wij die kennen in de Zorgverzekeringswet. Dit is een bijdrage in de meerkosten die gemaakt worden voor het gebruik van ruimtes in het ziekenhuis. De PvdA vindt dat geld geen overweging zou moeten zijn als het gaat om de plek waar je zou willen bevallen. Dat is de kern waarom wij zo'n eigen bijdrage niet willen. Je kunt wel differentiëren tussen groepen vrouwen, maar dat levert weer een enorme administratieve rompslomp op. Daarom zeggen wij: stop er gewoon mee. De inkomsten aan eigen bijdragen zijn volgens onze berekeningen ongeveer 6,3 miljoen. Wij denken dat dat alleszins kan worden gecompenseerd met

het invoeren van een integraal tarief. Van de 88 miljard die wij aan zorg besteden, is de geboortezorg sowieso al een heel klein onderdeel. Het afschaffen van de eigen bijdrage van vrouwen is een heel gering onderdeel, waarmee wel een grote winst wordt behaald in de keuzevrijheid, waar de VVD zo'n groot voorstander van is.

De heer **Anne Mulder** (VVD): In mijn woorden klonk sympathie door. Ik heb ook het dilemma geschetst. Mijn fractie wacht het debat af en bekijkt of die rekensommen kloppen. Zo gauw er in de Kamer een concreet voorstel ligt, kunnen wij het definitief zeggen, maar men hoort een zekere sympathie.

De **voorzitter**: De initiatiefnota komt in de procedurevergadering aan de orde. We gaan daar nu niet inhoudelijk over discussiëren.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een vraag aan de ultraliberaal, de enige echte liberaal in ons midden, de heer Mulder. Hij begint over vrije tarieven en concurrentie. Dan zou er maatwerk geleverd kunnen worden. Nu gaan wij even naar Dokkum. Daar zit een verloskundigengroep voor Noordoost-Friesland. Die mensen racen van hot naar her, omdat de voorziening in Dokkum is dichtgegaan. Hoe ziet de heer Mulder de concurrentie en vrije prijsvorming daar voor zich?

De heer **Anne Mulder** (VVD): De heer Van Gerven moet iets duidelijker zijn over wat hij bedoelt. Ziet hij een probleem in Dokkum? Vreest hij dat de prijzen omhooggaan omdat er te weinig verloskundigen zijn?

De heer **Van Gerven** (SP): De heer Mulder heeft altijd de mond vol over concurrentie. Dan gaan de prijzen omlaag en dan wordt alles beter, enz. In de regio Dokkum is er één verloskundige groep. Meer is er niet. Die mensen verlenen verloskundige hulp in Noordoost-Friesland. Hoe kun je dan praten over concurrentie en vrije prijsvorming? Zij moeten gewoon fatsoenlijk betaald worden voor het werk dat zij doen. Zij moeten nu veel verder reizen als zij een bevalling in Drachten of Leeuwarden willen begeleiden. Er moet ook achtervang zijn. Ik zou zeggen: daar betalen wij een fatsoenlijke prijs voor of wij zorgen voor een extra verloskundige. Daar heb je toch geen vrije prijsvorming voor nodig? Wat is dat toch voor flauwekul.

De heer **Anne Mulder** (VVD): De heer Van Gerven begint al met een opmerking die aangeeft dat hij vrije prijzen eigenlijk niet begrijpt. Vrije prijzen betekenen niet per definitie dat de prijs omlaaggaat. Vrije prijzen kunnen ook leiden tot een hogere prijs, bijvoorbeeld in delen van Nederland waar schaarste is. Daar is mijn fractie helemaal niet tegen. Als je een maxumprijs hebt waarmee mensen niet uit de kosten komen, dan zul je zien dat er geen zorgaanbod is. Kijk naar scoliose. Dat zat in het A-segment, maar is naar het B-segment gegaan. De prijzen zijn gestegen en de wachtlijsten zijn korter. Het gaat nog niet snel genoeg, maar juist door het loslaten van de prijs, zie je maatwerk en zie je de wachtlijsten korter worden. Het hoeft niet altijd tot daling van prijzen te leiden, nee, de prijzen kunnen ook stijgen. Als de prijzen bij schaarste omhooggaan, zullen verloskundigen denken: hé, daar is werk, daar ga ik naartoe. En dan kunnen de prijzen weer dalen. Zo werkt de markt. Vrije prijzen werken dus heel goed.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik geloof er helemaal niks van dat die markt werkt. We hebben in de thuiszorg kunnen zien hoe de markt werkt. Er is daar sprake van grootschalige loondump. Vrouwen moeten voor een hongerloontje werken. Allerlei schoonmaakbedrijven zijn als hyena's op die markt gedoken, waarbij de kwaliteit en continuïteit van de huishoude-

lijke verzorging ernstig in het geding zijn. Moeten wij ons een dergelijk scenario voor ogen stellen bij de verloskundige zorg? Nogmaals, via een normaal, regulier systeem zijn wij heel goed in staat te bepalen wat een reguliere, eerlijke prijs is voor het werk dat verloskundigen doen. Zij zijn niet gebaat bij een concurrentiemodel, bij het uitspelen van de ene verloskundige groep tegen de andere. Zij zijn gebaat bij een fatsoenlijke prijsvaststelling, bijvoorbeeld door de Nederlandse Zorgautoriteit en bijvoorbeeld in regio's waar de zorg zwaarder is of waar de afstanden groter zijn. Daar kan de prijs dan wat hoger zijn. Dat kun je gewoon afspreken en dat hoeft je niet via een concurrentiemodel en het uitspelen van groepen tegen elkaar te doen.

De heer **Anne Mulder** (VVD): De heer Van Gerven zegt het al: hij gelooft dat het zo is. Je moet gewoon rationeel denken. Hij spreekt van een overheid die een reguliere, eerlijke prijs vaststelt. Nou, dat hebben wij bij scoliose gezien. Die prijs was te laag. Ziekenhuizen boden het niet aan en er ontstonden wachtlijsten. Laat niet de overheid de prijs betalen, maar laat het zo veel mogelijk door de markt gebeuren. Pas dan krijg je een prijs waar vraag en aanbod elkaar treffen. Als de overheid het doet, is de prijs óf te hoog – dan betalen wij te veel – of te laag, en dan krijg je wachtlijsten. Laat vraag en aanbod dat bepalen. Dan komt het bij elkaar. Het is geen kwestie van geloven, het is gewoon simpele economie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. In Nederland gaan we met babystapjes vooruit als het gaat over de kwaliteit van de geboortezorg. Er is een daling van de babysterfte en dat is positief. Het is te danken aan de inzet van de sector. Men heeft er hard voor gewerkt. Maar Europees gezien staat Nederland nog laag op de ladder. Wij zijn van de derde plaats van onderen naar de zesde plaats van onderen gegaan. Waar ligt de ambitie van de minister? Waar wil zij uiteindelijk terechtkomen? Mijn collega van D66 stelde de vraag ook al.

De eigen bijdrage meerkosten van geboortezorg is mijn tweede onderwerp. Allereerst complimenteer ik mijn collega van de PvdA met de initiatiefnota. Ik heb de nota nog niet gelezen, maar het is altijd te prijzen als een collega zich inspant voor zo'n nota. De minister heeft een voorstel gedaan voor de eigen bijdrage meerkosten. Ik had daar in de vorige kabinetsperiode om gevraagd. Wij zien ook het probleem dat vooral moeders uit kansarme gezinnen heel erg in de problemen komen met bevallingen. Dan gaat het inderdaad om slechte woonomstandigheden en slechte hygiëne. Daar wil je een kind gewoon niet in geboren laten worden. Soms is de afstand tot het ziekenhuis echt te groot. De minister heeft het voorstel gedaan om een leidraad te maken met een uitbreiding van de criteria voor de vrijstelling van de eigen bijdrage. Wanneer is die leidraad gereed? Moeten straks alle verzekeraars zich aan deze leidraad houden of mogen zij er ook van afwijken? Het zou jammer zijn als de minister straks iets heeft liggen – misschien werkt het voorstel van de PvdA ook wel – maar dat de verzekeraars zich er vervolgens niet aan houden.

De minister verwacht dat de integrale tarieven er pas over vier of vijf jaar komen. Ondertussen zijn er heel veel berichten over onterechte dubbele declaraties in de geboortezorg. Hoe gaat de minister dit probleem tussentijds aanpakken? Soms worden moeders te laat «ingestuurd». Uit het veld hoor ik ook een andere beweging. Ziekenhuizen doen heel erg hun best om sommige zwangeren versneld in een ziekenhuis te laten komen, omdat dat gewoon geld oplevert. Dat gaat ten koste van de eerstelijnszorg die gewoon ook goede zorg probeert te leveren. Ik zeg het wat hard, maar is dit geen vorm van broodroof? Die omgekeerde beweging is er dus ook. Herkent de minister dit signaal en, zo ja, wat verwacht zij eraan te kunnen doen?

Elke keer als wij debatteren over zwangerschap en geboorte maakt het CDA er een punt van dat er een zwangerschapslogo op alcohol moet komen. Drinken en zwangerschap gaan gewoon niet samen. Andere partijen staan hier ook achter. Als je overmatig drinkt tijdens de zwangerschap – soms is een beetje al voldoende – dan kunnen kinderen een foetaal alcoholsyndroom krijgen. Dat is echt een onderbelicht probleem in Nederland. Kinderen die dat krijgen, staan hun hele leven op achterstand. De staatssecretaris zou na de zomer met een brief komen over het overleg met de dranksector om het logo op alcohol te krijgen. De minister heeft daar tijdens het vorige overleg warme woorden over gesproken. Kan zij aangeven of de brief inmiddels op weg naar de Kamer is? Ik hoor signalen uit het veld dat in ieder geval de eerste brouwer over de brug is. Wanneer krijgt de Kamer de brief?

Tijdens het vorige overleg heeft het CDA er een punt van gemaakt dat de geboortezorg in de omgeving van Meppel en Dokkum zo goed mogelijk georganiseerd moet blijven nu daar de verloskunde verdwenen is. De IGZ heeft een prima rapport opgesteld over de stand van zaken rond de geboortezorg na het verdwijnen van de verloskundige afdeling. Dank voor het nakomen van de toezegging aan het CDA, maar het baart ons zorgen dat er nog geen afspraken zijn gemaakt over de inzet van extra capaciteit op de lange termijn. Het is nu wel goed geregeld, maar er ligt geen enkele afspraak over de extra inzet over een jaar. Als het gaat over het behouden van goede zorg in krimpregio's, dan is dit echt de basis. Kan de minister een bijdrage leveren om ervoor te zorgen dat die extra capaciteit er komt? Ik sluit mij aan bij de vraag van mevrouw Klever over de stand van zaken bij de geboortezorg in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Daar lijkt echt nog steeds een knelpunt te bestaan.

De voorzitter: Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De minister heeft tien minuten nodig voor de voorbereiding van haar antwoord. Zij moet ook even overleg voeren met de staatssecretaris, omdat sommige punten op zijn terrein liggen.

De vergadering wordt van 15.45 uur tot 15.55 uur geschorst.

De voorzitter: De minister begint met haar antwoord. Alle leden mogen maximaal tweemaal interrumperen.

Minister Schippers: Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng en ik sluit mij aan bij de complimenten voor de nota van de Partij van de Arbeid. Ik heb de nota nog niet kunnen lezen, maar ik heb er als Kamerlid zelf eens een gemaakt en dat viel mij niet mee. Het is een enorme klus. Ik vind het altijd heel erg te waarderen als mensen die klus oppakken. Uit het feit dat zo'n nota wordt gemaakt, spreekt urgentie. En die urgentie deel ik, deelt de Kamer, deelt de hele politiek en de samenleving. Iedereen schrok namelijk enorm toen de eerste cijfers kwamen en Nederland zo ontzettend slecht bleek te scoren. Er werd enorm gepuzzeld: waarom scoren wij nou zo slecht? In het begin was dat moeilijk vast te stellen.

De laatste jaren is de babysterfte in Nederland gelukkig geleidelijk gedaald. In tien jaar tijd is de perinatale sterfte met 21% afgenomen. Dat is het goede nieuws. Tegelijkertijd constateer ik dat Nederland in verhouding met andere Europese landen nog steeds geen goede positie heeft bereikt. Wij hebben allemaal een brief gekregen van de gynaecologen, die dat ook constateren. Het gaat om Europees onderzoek van PERISTAT op basis van gegevens over 2010. Ik zeg dat laatste er uitdrukkelijk bij, want vele leden hebben gevraagd naar het gebrek aan progressie ten opzichte van het vorige AO. De cijfers van PERISTAT gaan over 2010 en laten zien dat de Nederlandse positie in de Europese rangorde is verbeterd van de onderste plaats naar een gemiddelde positie voor de sterfte tijdens de zwanger-

schap en de bevalling. Dat wordt met name veroorzaakt door de verbeterde uitkomsten van bevallingen na een zwangerschap van 28 weken of meer. De verbetering is niet op alle onderdelen van de perinatale sterfte bereikt. Op het gebied van de neonatale sterfte, binnen vier weken na de bevalling, veranderde de slechte Nederlandse positie namelijk niet. Ik vind het zorgwekkend dat wij niet meer verbeteringen hebben gezien, terwijl andere landen, ook landen die het al goed deden, meer vooruitgang boeken. Maar ik wil ook niet te somber zijn. Het PERISTAT-onderzoek gaat over 2010 en dat is het jaar waarin wij in Nederland aan de slag gingen met de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Sindsdien is er wel heel veel gebeurd. Ik heb er goede hoop op dat wij veel sneller gaan stijgen in de komende onderzoeken.

De stuurgroep adviseerde een aantal maatregelen te nemen en normen op te stellen voor veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Gewezen werd op de noodzaak van meer en betere samenwerking in de hele keten, vooral in acute situaties. Moeder en kind moeten meer centraal staan. Van de meer dan 36 normen die de stuurgroep heeft voorgesteld, is het merendeel door het veld opgepakt. Ik noem de drie belangrijkste: de invoering van de perinatale audit, de functionerende vsv's en afspraken over parallelle acties van verloskundigen en gynaecologen bij de bevalling. Het CPZ jaagt het veld aan om ervoor te zorgen dat de adviezen van de stuurgroep worden uitgevoerd. Later dit jaar komt het CPZ met een belangrijk document. Het houdt eind november zijn jaarcongres en presenteert daar de eerst versie van een multidisciplinaire zorgstandaard. Dit vereist nog wel consultatie en de instemming van partijen, maar ik wil dit wel markeren, want zo'n zorgstandaard klinkt simpeler dan het is. Hiervoor zijn namelijk 80 monodisciplinaire behandelrichtlijnen geanalyseerd. Het kost natuurlijk tijd om dat zorgvuldig en degelijk te doen, want je wilt een goed resultaat.

De multidisciplinaire zorgstandaard is een belangrijke voorwaarde voor verdergaande samenwerking binnen de sector en kan dienen als uitgangspunt voor het vaststellen van een integraal tarief door de NZa. Integrale bekostiging van de geboortezorg neemt naar mijn idee veel van de huidige belemmeringen voor integrale samenwerking weg. Bekostiging is voor mij geen doel op zich – dat is het nooit – maar een middel om betere zorg te bereiken. De NZa is met een aantal verzekeraars en ziekenhuizen bezig met de vormgeving van pilots integrale bekostiging. Breed leeft de gedachte dat sprake is van een eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen. Dat ligt een stuk genuanceerder; een aantal leden maakten daar al opmerkingen over. Wij kennen geen eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen. Iedereen die een medische noodzaak heeft om poliklinisch te bevallen, gaat daar gewoon heen en hoeft daar zelf niet voor te betalen. Het gaat erom dat je de meerkosten betaalt als je geen indicatie hebt. Dat is niets raars, afwijkends of nieuws, want dat geldt in de hele zorg. Als je ergens geen medische indicatie voor hebt en je wilt die zorg toch hebben, dan moet je het uit eigen zak betalen.

Betrokkenen in alle schakels van de keten van zwangerschap en geboorte zetten zich met veel energie en passie in om een gezamenlijk doel te bereiken: het verder terugdringen van perinatale sterfte in Nederland. Daar zie je in de praktijk mooie voorbeelden van. Er zijn verloskundige samenwerkingsverband die integrale zorg leveren, bijvoorbeeld door een gezamenlijke verloskundige en gynaecologische intake, maar ook door het verlenen van assistentie door een kraamverzorgende bij een bevalling die de verloskundige begeleidt.

Maar wij zijn er nog niet. Tijdens het vorige AO hebben wij uitgebreid stilgestaan bij de soms moeilijke balans tussen bereikbaarheid en kwaliteit. Wij hadden toen de voorbeelden uit Meppel en Dokkum, waarover ik vorige week een inspectierapport heb gestuurd. In het voorjaar sprak ik met de Kamer over de sluiting in Spijkenisse. Van de inspectie heb ik begrepen dat de ontwikkelingen in de geboortezorg de

goede kant op gaan. De dekkingsgraad van de vsv's is inmiddels 100%. De inspectie heeft daar zojuist een onderzoek over afgerond. Het overall-beeld van de verloskundige samenwerkingsverbanden is positief, maar er zijn wel verbeterpunten, zoals de bewaking tijdens de bevalling en het acuut kunnen ingrijpen bij bevallingen. De inspectie zal voor het eind van het jaar een publicatie over dit onderzoek naar buiten brengen. Het brede onderzoek naar de geboortezorg wordt medio 2014 afgerond. Dus ook de inspectie heeft geboortezorg uitdrukkelijk als belangrijk thema voor onderzoek. Ik verwacht dus zeer binnenkort resultaten.

Ik zal de vragen per onderwerp beantwoorden. Dat heeft het risico dat een vraag tussen wal en schip valt, maar het lijkt mij bij dit onderwerp het meest voor de hand liggend.

Ik begin met het CPZ. Pakt het college de taken voortvarend op? Zijn al verbeteringen zichtbaar? Het CPZ is geen bureaucratische organisatie die wij als een soort tussenlaag hebben ingevoerd. Het is van, voor en door het veld. In het CPZ zit iedereen die ergens betrokken is bij het geven van zorg aan zwangere vrouwen, barende vrouwen en vrouwen na een bevalling. Verloskundigen, gynaecologen, verzekeraars en kinderartsen zijn er allemaal bij betrokken. En daar moeten wij het van hebben, want zij doen het werk en zij hebben er het meeste verstand van. Veel van de activiteiten van het CPZ worden dan ook uitgevoerd in verschillende commissies. Zichtbaar voor het algemene publiek is vooral het portal Goed geboren. Dat is bedoeld als kennisportaal voor iedereen die geïnteresseerd is in geboortezorg. Momenteel wordt gewerkt aan het verbeteren van de vindbaarheid van documenten. Het CPZ heeft de website www.strakswangerworden.nl van het RIVM overgenomen.

Daarbij gaat het over preconceptiezorg. Eind dit jaar zal het eerste concept van een landelijke multidisciplinaire zorgstandaard gereed zijn. Het was een heel omvangrijke exercitie en het betekent heel veel in het bereiken van integrale zorg. Daarnaast werkt het CPZ aan een leidraad bij concentratie van geboortezorg en aan een leidraad van uitbreiding bij criteria van vrijstelling van de eigen bijdrage. Onder anderen mevrouw Bruins Slot vroeg daarnaar. Ik heb eerder aangegeven dat ik die leidraad wilde hebben, omdat je niet alleen een medische indicatie kunt hebben, maar juist bij geboortezorg ook een sociale indicatie waardoor je niet thuis kunt bevallen. Dat moet dan elders, bijvoorbeeld in een geboortecentrum. Die leidraad verschijnt nog dit jaar.

Mevrouw Wolbert zei dat het allemaal veel te traag gaat. Ik kan dat begrijpen, zeker als je naar de cijfers kijkt. Het onderzoek betreft heel Europa, dus daar zit altijd een vertraging in. Het is eind 2013 en de cijfers waar wij over spreken, zijn van 2010. Al die tijd dat ik minister ben en met de Kamer vergaderd heb over wat er moet verbeteren, is helemaal niet meegenomen in de onderzoeksresultaten. Het is lastig dat die cijfers niet actueel zijn. Nogmaals, ik begrijp het ongeduld van mevrouw Wolbert. Je merkt dat er heel veel belangen spelen die ontwikkelingen vertragen. Het gaat niet om niks, het gaat om een heel belangrijk thema waar wij gewoon niet goed op scoren, maar waarop wij zo snel mogelijk wel goed willen scoren. Wij praten erover, maar het veld moet het oppakken. Het CPZ jaagt dat aan. Het CPZ is een bureau van twee of drie mensen. Ik zie dat in de praktijk diverse zaken van de grond zijn gekomen. De perinatale audit en het gezamenlijke elektronische dossier van gynaecoloog en verloskundige kunnen echt het verschil maken. Het is een belangrijke kwalitatieve vooruitgang, maar er moet veel meer gebeuren om echt invulling te geven aan de adviezen van de stuurgroep. Ik spreek wel eens met het CPZ, maar ik zal nogmaals de urgentie van de Kamer overbrengen. Wij zullen bekijken of op onderdelen sneller resultaat geboekt kan worden. Welke resultaten willen wij wanneer? Mevrouw Wolbert vroeg om een brief over een maand. Ik zou die exercitie grondiger willen doen en willen combineren met een reactie op de nota van mevrouw Wolbert. In januari komen wij met de gevraagde brief. Dan

hebben wij even tijd om het echt scherp op een rijtje te zetten en scherp te bekijken of wij realistische doelstellingen kunnen neerzetten die wij daadwerkelijk kunnen waarmaken met onderliggende acties. Wij hebben niets aan doelstellingen die uit de lucht gegrepen zijn en die op papier worden gezet omdat de Kamer het wil. Eerder hebben wij overleg gevoerd over doelstellingen voor het aantal suicides. Die hebben wij wel vastgesteld, maar vervolgens kwamen wij niet in de buurt. Wij streefden naar 5% reductie, maar wij kregen 2% stijging. Dat kwam omdat er onvoldoende maatregelen onder lagen. Dat hebben wij inmiddels hersteld. Ik wil op dit gebied echt een doelstelling vaststellen waarbij ik zie welke maatregelen daarvoor moeten zorgen. Zo'n beeld zal ik in januari naar de Kamer kunnen sturen.

Mevrouw **Klever** (PVV): De cijfers over de geboortesterfte zijn van 2010. Omdat wij Europese vergelijkingen maken zouden wij een aantal jaren achterlopen. Ik neem aan dat de minister wel recente Nederlandse cijfers heeft. In hoeverre komen wij dan bij de doelstelling van halvering van de babysterfte, die de stuurgroep in 2009 heeft geformuleerd?

Minister **Schippers**: Ik refereerde eraan omdat een aantal sprekers het onderzoek van Europa aanhaalden, inclusief onze plaats op de ranglijst. Daar ging mijn reactie over. Ik ben het volstrekt eens met iedereen die vindt dat het te langzaam gaat en dat wij sneller moeten. Ik ben het ook met iedereen eens dat belangen ondergeschikt moeten zijn aan resultaten. Dus ik deel die urgentie met de Kamer. Dat is ook de reden waarom ik hier toezeg om samen met het CPZ rond de tafel te gaan zitten en om samen met het college een plan van aanpak, een brief, een document op te stellen waarin staat wat er echt sneller moet en hoe wij dat willen bereiken. Ik sta niet naast het bed, dus ik ben afhankelijk van het veld. Het veld moet het uiteindelijk doen. Ik moet dus realistisch zijn als het gaat om de vraag hoe ik een versnelling voor elkaar krijg.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat er een versnelling moet komen, maar heeft de minister recentere cijfers over de babysterfte in Nederland, recentere dan 2010?

Minister **Schippers**: Onze cijfers dateren van één jaar na de cijfers van PERISTAT.

Mevrouw **Klever** (PVV): En waar wijzen die cijfers op?

Minister **Schippers**: Die wijzen op een daling, zeker als je het bekijkt over de periode van 21%. Als je ziet wat onze uitgangspositie was, is het nog steeds niet goed. Wij zitten in de goede lijn, maar het tempo, de steilheid van de lijn is nog onvoldoende.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik ben blij dat de minister een brief gaat schrijven waarin zij een aantal doelstellingen prioriteit wil geven. Ik snap heel goed dat het realistische doelstellingen moeten zijn met een helder pad om ze te bereiken. Niemand heeft er wat aan als wij hier met elkaar dingen afspreken waarvan wij van tevoren weten dat wij ze niet gaan halen. Het grappige is dat de minister nu eigenlijk twee dingen die ik vroeg, samentrekt. Ik heb gevraagd of zij kan prioriteren op de doelstellingen van het college. Dat is het verhaal van de brede rivieren die heel traag stromen. Kan de minister daarin niet een aantal prioriteiten aanbrengen? Daarnaast heb ik gevraagd om een brief over het integraal tarief: wat is er nu nog nodig om dat te bereiken? De minister pakt die twee dingen nu samen. Daar ben ik blij mee, maar dan wil ik graag weten of zij voornemens is om in die brief over het integraal tarief en de prioritering ook de volgende vraag te beantwoorden. Komt het integraal

tarief tot stand in de lijn van het akkoord van de huisartsen? Neemt de minister daarin de substitutie van de eerste naar de tweede lijn mee? Dat zijn belangrijke zaken om mee te nemen als je tot een integraal tarief komt. De bedoeling is, net als bij het convenant van de huisartsen, substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Wil de minister dat uitgangspunt ook toepassen bij de geboortezorg? Gaat zij dat ook in de brief zetten?

Minister **Schippers**: Ik heb een enorme hekel aan een lading brieven die versnipperd, dus ik kom straks terug op de integrale tarieven. Ik zei ook dat ik op de nota van mevrouw Wolbert zou ingaan. Dan gaat dat automatisch ook over de integrale tarieven. Die neem ik dus in dezelfde brief mee, net als het tijdpad. Voor ik het vergeet, kan ik ook aan mevrouw Klever toezeggen dat ik in die brief de allernieuwste cijfers zal geven. Zij vroeg namelijk wat de nieuwste cijfers zijn en wat die zeggen. Ik zal die cijfers in de brief meenemen, dan hebben we een zo volledig mogelijk verhaal. Ik deel het gevoel van urgentie over het integrale tarief.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Nu heb ik nog geen antwoord op mijn vraag of de minister het algemene principe van substitutie van de tweede naar de eerste lijn meeneemt in de verhandeling over het tot stand komen van het integraal tarief.

Minister **Schippers**: Bij een integraal tarief voegen wij twee tarieven samen en maken daar één tarief van. We schuiven ze dus in elkaar. Daarbij moet je, als je de prikkels goed gebruikt, natuurlijk uitgaan van «stepped care»: wat zo laag mogelijk in de keten kan, moet je zo laag mogelijk in de keten doen. Je moet pas opschalen als dat medisch noodzakelijk is. Dat zit dus automatisch versleuteld in de integrale tarieven en in de berekeningen die we daarvoor maken. Mevrouw Wolbert denkt waarschijnlijk aan de dekking voor de betalingen die we nu hebben, maar daar heb ik een probleem mee. Ik kan dat nu behandelen of straks, wat mevrouw Wolbert wil. Straks? Dan ga ik eerst in op het integrale tarief. Of nee, ik moet eerst het CPZ nog even afmaken.

Hoe staat het met de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte? De stuurgroep heeft 36 adviezen gegeven om de verloskundige zorg te verbeteren. De woordvoerders zijn allemaal ongelofelijk goed ingelezen, dus ik zal die in verband met de tijd niet allemaal opsommen. De Kamer kent de hoofdlijn. Ik heb de Kamer een gedetailleerd voortgangsoverzicht toegestuurd in april 2013. Het is een doorlopend proces. Ik ga nu in op het integraal tarief. Ik sta daar uiteraard sympathiek tegenover. Ik ben daar een groot voorstander van, want ik denk dat het enorm veel oplost. Ik ben op werkbezoek geweest in maatschappen van verloskundigen en gynaecologen samen, bijvoorbeeld in Terneuzen. Daar werkt de samenwerking echt prachtig. Er is geen wanklank te horen en men is blij met elkaar. De kinderartsen zitten er ook bovenop. Het zou heel mooi zijn als we dat in heel Nederland voor elkaar zouden krijgen. Ik sta dan ook heel sympathiek tegenover de verzoeken om dit te versnellen. De NZa heeft mij eerder geadviseerd om hiertoe nog niet over te gaan, omdat het veld er nog niet klaar voor was. Het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden tussen partijen blijkt een ingewikkelde klus. Een zorgstandaard is nog niet beschikbaar en partijen moeten het eens worden over de precieze inhoud van de prestatie, het tarief van die prestatie en de verdeling van het tarief over de verschillende zorgverleners in de keten. Ook kan het integraal organiseren van zorg leiden tot een verschuiving van taken tussen de verschillende zorgverleners in de keten, bijvoorbeeld van de gynaecoloog naar de verloskundige, zoals we dat eigenlijk overal in de zorg doen.

Uit de gesprekken die de NZa heeft gevoerd met een aantal veldpartijen blijkt dat deze vraagstukken niet eenvoudig zijn op te lossen en dat

partijen hiervoor tijd nodig hebben. Dit geldt zelfs voor de partijen die als voorloper kunnen worden beschouwd. De NZa heeft mij dus geadviseerd om eerst ervaring op te doen via experimenten en via de beleidsregel innovatie. De innovatie komt uit het veld en de bekostiging zou daar dan volgend op moeten zijn. Het mag echter niet zo zijn dat het veld bijvoorbeeld vanwege bepaalde belangen niet in beweging komt, want dan zou de zaak vastzitten. Dan zou je het kunnen omkeren: de bekostiging zou kunnen dienen als motor tot verandering. Het invoeren van integrale tarieven dwingt alle partijen namelijk tot samenwerken. Het risico bestaat echter dat partijen niet tijdig tot afspraken kunnen komen waarmee alle zorgverleners het eens zijn, en dat gaat ten koste van het onderlinge vertrouwen.

De NZa schat in dat dit een aanzienlijk risico is voor de succesvolle implementatie van integrale bekostiging in de geboortezorg. Ik zeg dat hier uitdrukkelijk, omdat ik in deze commissie eensluidend een neiging voel naar de integrale tarieven. Ik voel die neiging ook, want het is de beste manier van bekostigen, maar de NZa waarschuwt echt voor een boemerangeffect. Ik zou dus het volgende willen voorstellen. Er loopt een aantal experimenten. Dat gaat nog niet hard, want toen we begonnen had zich pas één experiment aangemeld. Ter vergelijking: bij de huisartsenzorg hebben we er 26 en daar zijn er nog een aantal afgevallen omdat die experimenten zonder ons bleken te kunnen bestaan. Dit is dus teleurstellend. Er is bij de NZa één aanvraag gemeld voor een experiment in de geboortezorg, van zorgverzekeraar CZ en het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland. De NZa heeft gesproken met zorgverzekeraar VGZ, die verschillende pilots aan het ontwikkelen is. Per mail is er contact geweest met zorgverzekeraar Menzis, die in de regio Groningen een experiment wil opzetten. CZ wil nog dit jaar aan de slag. VGZ mikt op medio volgend jaar.

Een experiment op basis van de beleidsregel innovatie duurt maximaal drie jaar en wordt aansluitend geëvalueerd. Daar komen die lange termijnen vandaan. We zouden natuurlijk kunnen zeggen: dit gaat ons allemaal echt te lang duren. We weten wat het betekent als een verzekeraar een experiment opzet. Dat is niet volgende maand in gang gezet. We zullen dus op een andere manier de druk op de ketel moeten houden. Ik ben echter ook gevoelig voor een uitdrukkelijke waarschuwing van de NZa. Dus zou ik met deze puzzel aan de gang willen gaan om de Kamer in januari, ook in reactie op mevrouw Wolbert, een verstandig voorstel te doen. Wat is verstandig en hoe voorkomen we dat we met zijn allen zitten te wachten op het veld, dat niet komt?

Ik ga nu door op de vrije prijzen. Ik heb heel goede ervaringen met experimenten daarmee. De Kamer zal begrijpen dat ik daar reuze enthousiast over ben! Die ervaring is wel een waarschuwing voor mij geweest, en een heel belangrijke les. Als je een experiment begint, zoals bij de tandheelkunde, en dat experiment wordt afgebroken voordat er echt resultaten zijn die we kunnen beoordelen, dan heb je heel veel schade aangericht en heel veel werk verzet voor niets. Dat is een belangrijke les. Vrije prijzen zijn natuurlijk wel een goed instrument om de reden die een aantal woordvoerders hebben genoemd, namelijk dat de prijzen omhoog gegooid kunnen worden in wijken waar men veel meer werk en intensiteit heeft, zoals in achterstandswijken. Ergens anders, waar men sneller en makkelijker kan werken, kunnen de prijzen dan omlaag. Lokale omstandigheden kunnen dus heel goed worden meegewogen. De gynaecologische dbc is vrij onderhandelbaar; dat is al een vrije prijs. De eerstelijnsverloskundigen en de kraamzorg zijn echter niet vrij. Gezien de vele ontwikkelingen en de vernieuwingen die momenteel spelen in de geboortezorg, vind ik het, met de ervaringen die ik heb met de tandheelkunde, te vroeg om de prijzen vrij te geven. Dat kan altijd worden heroverwogen als we denken dat de sector rijp is, maar in dit stadium ben ik daar niet toe bereid.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister is aan het schuiven. Begin dit jaar, in januari, heeft ze gezegd: ik voel niets voor vrije prijzen en dat ga ik motiveren. Nu laat ze de weg naar vrije prijsvorming toch open. Ze wil dat alleen niet op dit moment, omdat het echec met de tandheelkunde haar nog erg zwaar op de maag ligt. Dat is terecht en dat moeten we ook niet meer herhalen. De minister zegt echter ook iets anders en daar gaat mijn vraag over. Ze zegt dat je geen maatwerk kunt leveren als je prijzen vaststelt en dus niet vrij laat. Maar in een gebied waar veel mensen wonen die meer zorg nodig hebben of waarin de risico's of de afstanden groter zijn, kun je de prijzen voor verloskundige hulp toch hoger vaststellen? Dat hoeft toch niet per se via een vrijeprijnsmechanisme? Je kunt gewoon door de NZa laten vaststellen dat een hogere prijs nodig is. Dat is dan toch ook zorg op maat?

Minister **Schippers**: Ja, je kunt altijd categorieën maken, maar ze zijn nooit zo precies als wanneer je een vrije prijs kunt afstemmen op lokale omstandigheden. Ik kan mij niet voorstellen dat we, als we straks een integraal tarief hebben, besluiten dat dit niet in het B-segment zit maar in het A-segment. Een integraal tarief zou dus automatisch een vrije prijs zijn, en ik zou de vrije prijzen dus moeten invoeren voordat we naar een integraal tarief gaan. Ik zie daar dus niet zo veel in. Misschien zeg ik het de ene keer wat harder en wat «bolder» dan de andere keer, maar ik zie er gewoon niet zo veel in. Een integraal tarief in een A-segment voor verloskundige zorg lijkt mij heel gek, want verloskundige zorg is gangbare zorg. Dat is geen heel speciale zorg, die een A-segment zou kunnen rechtvaardigen. Dat zien we nu ook bij gynaecologische zorg. Dat zit ook gewoon in het B-segment. Ik zie dus niet in waarom de verloskundige niet in het B-segment zou zitten. Dat is evident. Ik voel er echter weinig voor om energie te gaan steken in vrije prijzen. Ik wil eigenlijk alles zetten op de integrale bekostiging.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat je zorg op maat gewoon kunt organiseren via een reguliere prijsvaststelling, bijvoorbeeld door de NZa. Daar heb je echt de vrije prijsvorming niet voor nodig. Er komt nu echter een nieuw element bij. Begrijp ik de minister goed dat integrale bekostiging vrije prijsvorming inhoudt? Dat zou nieuw voor mij zijn. Je kunt in mijn optiek heel goed integrale bekostiging afspreken: één totaalpakket voor één prijs. Voor mij houdt integrale bekostiging niet mutatis mutandis vrije prijsvorming in.

Minister **Schippers**: Nee, maar dan is de termijn van vier of vijf jaar absoluut. Je kunt namelijk niet nu besluiten om aan integrale bekostiging te gaan doen en vervolgens een prijs laten vaststellen als het veld niet binnen twee of drie jaar zelf tot integrale tarieven is gekomen, met al die elementen die daarbij spelen. Hoe moet de NZa dan een prijs berekenen? Kan de heer Van Gerven mij dat vertellen? Dat kan toch helemaal niet? Óf je houdt het tijdpad aan van de NZa, waarbij je aan het eind nog een keuze hebt, óf je zegt: daar voelen wij als Kamer of als beleidsmakers weinig voor. Dan is het echter onrealistisch om te denken dat je het voor elkaar gaat krijgen. We weten allemaal hoe ontzettend veel werk een kostenherberekening is. Dat zijn allemaal dingen die allang bestaan en die je opnieuw gaat berekenen. Dan moeten we de termijnen dus in ieder geval aanpassen.

Minister **Schippers**: Mij is gevraagd om in te gaan op de overbodige declaraties. Ik weet niet of daar sprake van is. Er wordt nu over gesproken alsof er niet fair gedeclareerd zou worden, maar het is niet gek dat er meer declaraties zijn dan geboortes. Een verloskundige kan een zwangere tijdens een bevalling overdragen aan een gynaecoloog. Dan zijn er voor één geboorte meer declaraties. Beiden verrichten daadwerkelijk werk voor

hetgeen zij declareren en krijgen daar dus evident voor betaald. Dat vervalt natuurlijk bij een integrale bekostiging, want dan doen beiden een deel van de integrale bekostiging.

Mevrouw **Klever** (PVV): We hebben het over 50.000 dubbele declaraties. Dat cijfer komt van de heer Rouvoet van Zorgverzekeraars Nederland. Het College Perinatale Zorg had het eerder over 75.000 dubbele declaraties. Uit het verhaal van de heer Rouvoet bleek ook dat lang niet al die dubbele declaraties komen doordat mensen halverwege de bevalling naar een ziekenhuis gaan. Dat verklaart een deel van die 50.000, maar niet alles. Er zit dus een deel in dat niet klopt, en daar gaat mijn vraag over. Hoe gaat de minister dat aanpakken?

Minister **Schippers**: De heer Rouvoet meldt iets waarvan hij denkt dat het niet klopt, en hoe ga ik dat aanpakken? De heer Rouvoet is naar mijn laatste informatie voorzitter van de koepel van de zorgverzekeraars. Als de zorgverzekeraars denken dat er ergens declaratiefraude voorkomt, is het de taak van de zorgverzekeraars om dat op te sporen. Dus wat ga ik daaraan doen? Als de heer Rouvoet iets constateert, zou ik dus zeggen: mijnheer Rouvoet, aan de slag! Ik zou dan wel willen weten waarop de cijfers gebaseerd zijn, want ik vind het heel naar dat we in de zorg de hele tijd doen alsof de sector geld verdient zonder daar werk tegenover te stellen. We hebben geen meldingen gekregen van fraude hiermee. Ik wil daar dus niet van uitgaan totdat het bewezen is. Tegen de zorgverzekeraar die fraude vermoedt, zou ik zeggen: opsporen, aan de slag en terughalen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Een jaar geleden hadden we het al over de dubbele declaraties en nu nog steeds. Ik ben het helemaal met de minister eens dat de zorgverzekeraars erachteraan moeten gaan, maar blijkbaar gaan ze er niet achteraan. Op dat moment komt toch de minister in beeld. Als zij ziet dat zorgverzekeraars hun werk niet doen, moet zij daar druk achter zetten.

Minister **Schippers**: Als wij hierover volgend jaar spreken en er nog geen integrale tarieven zijn, zijn er nog steeds dubbele declaraties. Er zullen namelijk altijd overdrachten zijn. Als mensen denken dat er meer wordt gedeclareerd dan er overdrachten zijn, is het de taak van de zorgverzekeraars om daarachteraan te zitten. Wat voor maatregelen neem ik opdat de zorgverzekeraars daar harder achteraan zitten? Zij krijgen geen ex-postverevening meer. Die wordt ieder jaar afgebouwd en in 2015 is die voor deze zorg afgelopen. Als de zorgverzekeraars er dus niet achteraan zitten, hebben zij daar zelf verdriet van. De enige manier om mensen harder te laten lopen, is door hen in hun portemonnee te raken en dat doen we bij de zorgverzekeraars. Ik heb de Kamer een algemeen plan van aanpak voor fraude gestuurd, maar het is niet zo dat dit ons is gemeld of dat wij een bepaald vermoeden hebben. De NZa zoekt momenteel in een studie naar zwakheden in het systeem. Ik wacht even af waar de NZa mee komt en als er echt zwakheden worden geconstateerd, ga ik daarmee natuurlijk aan de slag.

De eigen bijdrage hangt hiermee samen. Dat is overigens geen eigen bijdrage zoals we die bij heel veel andere zorgvormen hebben. Iemand die een medische indicatie heeft, of straks via de leidraad een andere indicatie heeft, kan bijvoorbeeld in een ziekenhuis of geboortecentrum bevallen zonder daaraan zelf bij te dragen. Als de Kamer van mening is dat de eigen bijdrage in de meerkosten moet worden teruggedraaid, kan dat volgens onze inschatting oplopen tot 14 miljoen euro. Dan zal de Kamer dus een dekking moeten vinden voor 14 miljoen euro. Ik zit daar heel strikt in, want we leven in tijden waarin het financieel heel erg schrapen is voor ieder departement. Ik heb die 14 miljoen euro niet liggen. Als de Kamer dus van mening is dat dit anders moet, zal die 14 miljoen euro gedekt

moeten worden. Ikzelf heb ervoor gekozen om een leidraad te maken, omdat ik van mening ben dat mensen in bepaalde sociale omstandigheden beter niet thuis kunnen bevallen en we die mensen vooral moeten doorsturen naar bijvoorbeeld een geboortecentrum.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De leidraad kan inderdaad een oplossing bieden, maar zijn verzekeraars ook gebonden om die leidraad te volgen? Er kan straks wel een mooie leidraad liggen, maar als de verzekeraar niet van plan is om iemand vanwege slechte woonomstandigheden geen bijdrage te laten betalen, dan zijn we weer terug bij nul.

Minister **Schippers**: Ja. Zij zijn, samen met de zorgaanbieders, medeopsteller van de leidraad. De leidraad is dus ook van hen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Maar het zijn 27 of 29 verzekeraars in totaal. Kan de minister de garantie geven dat zorgverzekeraars zich straks echt aan die leidraad gaan houden? Anders hebben we een oplossing die niet werkt.

Minister **Schippers**: Ja, het is net als bij medische noodzaak. Dat staat ook niet in de wet en daar houdt men zich ook aan. Dat zal hierbij ook het geval zijn.

De **voorzitter**: Mevrouw Wolbert?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Nee, de minister heeft al gezegd dat ze op een ander moment terugkomt op de initiatiefnota. Ik laat dus haar indicatie van de kosten van afschaffing even voor wat die is. Die kunnen we op een ander moment bespreken.

Minister **Schippers**: Als wij een reactie geven op de nota van mevrouw Wolbert, heeft zij er uiteraard recht op dat wij niet zomaar cijfers opschrijven, maar erbij vertellen hoe die tot stand zijn gekomen. Dat is evident.

Mevrouw Dijkstra en de heer Mulder hebben gevraagd of het tempo omhoog kan bij de samenwerkingsverbanden. Het hebben van een landelijke zorgstandaard en de regionale uitwerking daarvan in zorgpaden zullen het tempo waarin men komt tot samenwerking aanzienlijk verhogen. Daar ben ik van overtuigd. In de regio's waarin nu al wordt samengewerkt aan de zorgpaden, zien we dat effect al ontstaan. Dat heb ik begrepen van de inspectie en van het CPZ. Zorgverzekeraars spelen natuurlijk ook een belangrijke rol. Er zijn zorgverzekeraars die van plan zijn om vanaf 2015 alleen nog verloskundige samenwerkingsverbanden te contracteren.

Kan ik aangeven waar het goed gaat en waar het niet goed gaat? Ik heb zelf geen zicht op de 92 verloskundige samenwerkingsverbanden (vsv's) en op de precieze voortgang van hun samenwerking. Het CPZ is bezig om de verschillende niveaus van samenwerking nader in kaart te brengen. Ik zal het CPZ vragen of daar meer informatie over te geven is in de januaribrief.

De heer Van Gerven heeft gevraagd of ik kan zorgen voor een gezamenlijk consult. Er zijn voorbeelden waarbij verloskundigen en gynaecologen een gezamenlijk consult of een gezamenlijke intake verrichten. Regionaal kunnen beroepsbeoefenaren hierover afspraken maken via de zorgpaden en via de vsv's. Het komt dus wel op gang. Het mag sneller, maar het komt wel op gang.

Mijn volgende punt is de NIPT. Ik heb mij er deze zomer enorm aan gestoord dat in de kranten stond dat ik tegen een test zou zijn die beter is voor vrouwen en die de kans op een miskraam verkleint. Ik dacht: welk zinnig mens kan nu tegen invoering van zo'n test zijn? Ik ben echter

minister en ik ben, net als iedere Nederlander, gebonden om de wet te handhaven. In de wet staat voorgeschreven dat ik de Gezondheidsraad om advies moet vragen voordat ik zo'n test mag toelaten in Nederland. Dat heb ik dus gedaan. We hebben de Gezondheidsraad gevraagd om dit als speciaal geval te beschouwen en tempo te maken, omdat we hierop zitten te wachten. De Gezondheidsraad heeft laten weten, half november klaar te zijn met het advies. Ik heb dat dus nog niet gezien. Als het advies positief is, ben ik er nog niet, want dan moet ik naar het CVZ, omdat de test dan onderdeel moet worden van het pakket. Ik heb het CVZ nu al gevraagd om contact op te nemen met de Gezondheidsraad, zodat het CVZ al een beetje weet wat erin staat. Een spoedprocedure bij het CVZ duurt ook nog drie maanden, maar het kan misschien sneller als het CVZ alvast meeleeft met de Gezondheidsraad. Dat is nu allemaal gaande. Ik kan de Kamer één ding verzekeren. Ik zet er volledige druk op en ik probeer de procedures in elkaar te laten grijpen om dit voor elkaar te krijgen. Het is overigens niet zo dat de NIPT vergoed wordt in de landen waar de vrouwen nu naartoe gaan.

Hier spelen nog allerlei zaken omheen. Kunnen er nog andere dingen met die test worden gevonden? Worden ouders daarvan dan op de hoogte gebracht omdat zij misschien drager van een bepaalde ziekte zijn? Ga je de ouders dan informeren? Dat soort ethische vragen horen bij zo'n test. Daarom hebben we ook in de wet vastgelegd dat dit altijd via de Gezondheidsraad gaat. Maar stel dat de procedure positief uitvalt en de Gezondheidsraad positief is in zijn advies. Dan wil ik ook graag dat de test vergoed wordt. Daarom proberen we om de procedures zo veel mogelijk in elkaar te laten grijpen.

Ik ga nu in op de voorlichting en het kindervensspreekuur. Kan die voorlichting door gemeenten niet wat gericht gebeuren? We hebben het programma Healthy Pregnancy 4 All, dat in veertien gemeenten, waaronder Den Haag, wordt uitgevoerd. In dit programma wordt geëxperimenteerd met verschillende vormen van een kindervensspreekuur. Uit de evaluatie van dit programma zal blijken welke manier het beste werkt. Signalen zoals die van de heer Mulder zullen daarbij zeker worden meegenomen. Het is niet zo dat VWS voorschrijft aan Den Haag in welke vorm het moet gebeuren. Die brief is dus geen idee van ons. Wij hebben niet tegen die veertien gemeenten gezegd: u gaat uw hele inwonersbestand een brief sturen. Ik weet niet of die brief naar alle inwoners is gegaan of alleen naar vrouwen of gehuwden. Ik heb geen idee hoe ze het in Den Haag doen. Ik weet wel dat we in iedere stad monitoren hoe het gebeurt en dat uit de evaluatie zal blijken of een bepaalde manier effectief is. Als het gaat zoals de heer Mulder beschrijft, vind ik het zelf ook nogal ongericht, maar dat terzijde.

KiesBeter.nl is ingezet mede in overleg met de Kamer. In het vorige algemeen overleg werd gevraagd of er vragen op kiesBeter.nl konden worden gezet, zodat er meer transparantie zou ontstaan. De volgende drie vragen zijn nu op de site gezet. Kan 24x7 een gynaecoloog binnen 15 minuten na oproep starten met een acute verloskundige ingreep? Kan 24x7 een ok-team binnen 15 minuten na oproep starten met een acute verloskundige ingreep? Kan 24x7 een anesthesioloog binnen 15 minuten na oproep starten met een acute verloskundige ingreep? Ongeveer een derde van de ziekenhuizen heeft deze gegevens in de afgelopen maanden aangeleverd. De rest wordt op korte termijn aangespoord om die informatie ook te leveren. Nadat de vragen op kiesBeter.nl zijn geplaatst, heb ik een bezwaar ontvangen van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Deze ziekenhuizen zijn van mening dat de uitvraag op deze onderdelen de suggestie wekt dat de strengste bevallingsnormen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte alsnog worden ingevoerd. Ik deel die mening niet, want dit zijn vragen die mensen die daarin zijn geïnteresseerd, inzicht kunnen geven in de zorg die in hun omgeving wordt geleverd. Die vragen zijn niet normstellend. Dit zijn niet de normen

die we hanteren. Daar heb ik van afgezien, omdat het invoeren van de stuurgroepnormen van bereikbaarheid en kwaliteit zou betekenen dat je in landelijk gebied bijna nergens meer fatsoenlijk zou kunnen bevallen. Het is ondenkbaar dat we dat zouden doen. Ik vind echter wel dat mensen recht hebben om te zien waar het wel via de strengste normen geregeld is. Dat was ook een uitdrukkelijk verzoek van de Kamer en dat hebben we met die drie vragen gedaan. Ik roep dus de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen op om hun gegevens toch aan te leveren. Het is namelijk gewoon een kwestie van het goed informeren van de bevolking. Men kiest uiteindelijk zelf.

Ik behandel nu een paar vragen over lokale situaties, te beginnen met Sittard-Geleen. In Nederland zijn veel concentratiebewegingen te zien, maar die hebben te maken met de adviezen van de stuurgroep en met het feit dat we het voorheen in ieder geval onvoldoende hadden geregeld om de kwaliteit vorm te geven op een manier waarmee we de babysterfte kunnen terugdringen. Mensen moeten dus niet gek opkijken dat er allerlei bewegingen zijn in Nederland om dit sterker en robuuster te maken, en daarmee de kwaliteit van zorg omhoog te brengen. Dat gebeurt op allerlei manieren, ook in Zuid-Limburg. De ziekenhuizen geven aan dat ze de afgelopen jaren intensief onderzoek hebben gedaan naar de meerwaarde van een samenwerking of fusie. Onder andere door de maatschappen gynaecologie is als onderdeel van dit onderzoek een strategisch plan opgesteld dat door beide maatschappen is geaccordeerd en ondertekend. De conclusie daarvan was dat het aanbod en de kwaliteit van de klinische verloskunde duurzaam konden worden geborgd door concentratie van de gynaecologie. Daarbij gaat het om het bundelen van kennis en kunde op één locatie, het verbeteren van de dienstbelasting van specialisten en ondersteuning, het optimaliseren van de omvang van acute situaties en complicaties en het beter benutten van de capaciteit van de verloskamers, de couveuses, de neonatologie en de verpleegafdeling. Overigens betreffen deze plannen alleen de klinische verloskunde. Op alle locaties blijft de poliklinische verloskunde gehandhaafd.

Wordt de extra ingezette capaciteit aan ambulances en verloskundigen in Meppel en Dokkum ook voor de lange termijn gerealiseerd? De verzekeraars dienen hierover afspraken te maken met de partijen in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), waaronder ziekenhuizen, ambulancevoorzieningen, verloskundigen en huisartsen. De verantwoordelijkheid voor het bieden van verantwoorde zorg ligt dan ook bij de zorgaanbieders. De inspectie ziet daarop toe. De verantwoordelijkheid voor de bereikbaarheid in de regio ligt bij de zorgverzekeraar, en daar ziet de NZa op toe. Men kan dus niet van alles doen zonder toezicht en zonder aan normen te voldoen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De inspectie ziet hierop toe. Betekent dit dat de inspectie, als er geen extra gelden komen op de langere termijn, moet wachten met ingrijpen of met een oordeel geven totdat het een keer misgaat en blijkt dat het onvoldoende is? Of kan de inspectie in het onderhandelingsproces ook op voorhand aangeven dat zij het belang er al van inziet?

Minister **Schippers**: Ook Meppel en Dokkum zullen moeten voldoen aan de normen die wij hebben gesteld. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn daar allebei verantwoordelijk voor. Zij zijn verenigd in het ROAZ. Zodra zij niet aan de normen voldoen, grijpt de inspectie in. Zoals ik al zei doet de inspectie onderzoek, ook naar regio's. Juist op dit veld, waarop heel veel gebeurt aan concentratie en samenwerkingsverbanden, en waarop we allemaal vinden dat de kwaliteit beter moet, houdt de inspectie de vinger aan de pols. Het is dus niet zo dat de inspectie nog eens de put komt dempen als het kalf al verdronken is. Nee, de inspectie houdt actief

toezicht op deze verloskundigen, zeker in regio's waarin allerlei bewegingen plaatsvinden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Als ik het goed samenvat, zegt de minister dus: als het waarborgen van de extra bijdrage nodig is, zal de inspectie daarop in een vroeg stadium sturen bij de betrokken partijen als zij ziet dat het niet de goede kant uit gaat.

Minister **Schippers**: De inspectie stuurt sowieso actief als zij ziet dat iets niet de goede kant uit gaat, maar de inspectie stuurt op kwaliteit en de NZa op bereikbaarheid. Het hangt er dus van af waar mevrouw Bruins Slot het over heeft. De kwaliteit van zorg valt onder de inspectie. Ieder heeft zijn eigen taak.

Zou het niet beter zijn om te investeren in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis? De overheid investeert geen geld in ziekenhuizen. We hebben het zo geregeld dat mensen premie betalen en de zorg via die premie wordt bekostigd. Dat gebeurt via de zorgverzekeraar. Die betaalt de zorg en koopt de zorg in. De primaire verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg ligt dus ook bij aanbieders en verzekeraars. Het zou heel gevaarlijk zijn als de overheid die verantwoordelijkheid zou overnemen. In het geval van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis zien we dus ook heel veel activiteit. Zorgverzekeraars zijn heel actief betrokken bij de ontwikkeling van de zorg in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. De NZa houdt toezicht op de verzekeraars en bekijkt of zij voldoen aan hun zorgplicht. De zorgaanbieder moet verantwoorde zorg leveren. Zoals ik net al zei, ziet de inspectie daarop toe. Als op enig moment blijkt dat de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg niet aanwezig zijn, grijpt de inspectie in. De inspectie heeft echter geen rol in de keuzes die het ziekenhuis maakt in het zorgaanbod, behalve als hierdoor de veiligheid van zorg in het geding is. Dat is een verantwoordelijkheidsverdeling die over heel Nederland geldt en die we hier met elkaar hebben afgesproken en in wetten hebben vastgelegd. Aan die verantwoordelijkheidsverdeling moeten we ook vasthouden. Als ik zou interveniëren, zou ik de verantwoordelijkheid bij de verzekeraars en aanbieders weghalen, maar zou ik ook de prikkels weghalen om zelf na te denken over de inrichting en keuzes te maken. Dat werkt suboptimaal.

Toont het feit dat de afdeling Acute Verloskunde een maand langer open wordt gehouden niet juist aan dat de specifieke verkeersomstandigheden erg risicovol zijn en dat daarop moet worden ingespeeld? Voor het langer openhouden van de afdeling Acute Verloskunde wordt inderdaad het argument aangedragen van de onderhoudswerkzaamheden aan de Hartelbrug. In het lokale overleg tussen zorgverzekeraars en de partijen in het ROAZ moeten dit soort afwegingen ook worden gemaakt. Zij hebben dan ook zelf de ruimte om het zorgaanbod aan te passen aan de omstandigheden, zolang dat past binnen de normen voor kwaliteit en bereikbaarheid. De inspectie beoordeelt dat vervolgens. Het is dus aan de partijen in de regio om het zo te organiseren dat zwangeren verantwoord en snel kunnen worden geholpen, met aandacht voor regionale kenmerken zoals bruggen. Die brug is er. We hebben in heel Nederland bruggen. Die kunnen openstaan en daar kunnen onderhoudswerkzaamheden aan zijn, maar het ROAZ heeft de taak om in de regio de verloskundige zorg robuust te regelen. Nu is dat gebeurd met een ambulance. Dat hoeft niet eens voor de bereikbaarheidsnormen maar die is er wel bij gezet. Beslissingen daarover moeten op een verantwoorde manier worden genomen en daar ligt de verantwoordelijkheid.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter, ...

De **voorzitter**: Mevrouw Klever, u hebt twee interrupties gehad. De heer Van Gerven heeft er nog wel een over op dit punt. We hebben twee interrupties afgesproken, dus dan wordt het de tweede termijn.

Minister **Schippers**: Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd naar een logo op flessen met alcohol. De alcoholbrief van de staatssecretaris komt zo snel mogelijk, maar uiterlijk eind dit jaar, zo heeft hij ons laten weten. Hij heeft hierover vandaag nog met de branche gesproken. Er zit dus wel voortgang in, maar hoe groot die voortgang is, blijft nog een verrassing. Dat heb ik hem niet gevraagd.

Wanneer zijn de uitkomstindicatoren voor de geboortezorg gereed? De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de verzekeraars werken momenteel aan het opstellen van uitkomstindicatoren. Dat is een heel complex traject dat zorgvuldig dient te worden afgelegd. Het streven van de partijen is om vóór 2015 een eerste set van indicatoren gereed te hebben.

Kan de Kamer een tussenstand ontvangen over Healthy Pregnancy 4 All? In alle veertien gemeenten verloopt de intake van zwangeren in de twee typen experimenten, te weten risicoselectie en preconceptievoorlichting, goed. Inzicht in de uitkomsten van de pilot is pas mogelijk wanneer de zwangerschappen en geboortes hebben plaatsgevonden. Medio 2014 komen de eerste deelresultaten beschikbaar. Ik zal die de Kamer doen toekomen.

CenteringPregnancy is een nieuwe vorm van verloskundige zorg met groepsbegeleiding in plaats van individuele begeleiding. De eerste resultaten hiervan zijn positief. De nieuwe methode wordt in meerdere praktijken ingevoerd en uitgetest. TNO monitort de resultaten.

Is er voldoende zorg voor zwangeren in achterstandssituaties? Zwangeren in achterstandsposities zijn extra kwetsbaar, lopen de meeste risico's en hebben de grootste kans op babysterfte. Ze zijn ook vaak moeilijker te bereiken voor zorgverleners. Dat is ook de reden waarom we Healthy Pregnancy 4 All in veertien steden als proef uitvoeren met een risicoselectie-instrument en een programmatische preconceptiezorg. VWS ondersteunt dit project financieel en de uitvoering vindt plaats door de Erasmus Universiteit. Als ik de resultaten binnen heb, zal ik die zo snel mogelijk doorgeleiden aan de Kamer.

Waarom leiden we niet meer gynaecologen op? Als we aan de standaarden van de stuurgroep moeten voldoen, hebben we veertien jaar en honderden miljoenen euro nodig. De grootste winst is echter naar mijn inzicht te behalen in het verbeteren van de samenwerking in de keten van geboortezorg. We doen in de hele zorg aan taakherschikking, en we proberen zo laag mogelijk in de keten goede zorg te geven. Iedereen wil zo laag mogelijk in de keten zitten, omdat dit persoonlijker is. Je kent elkaar, je komt langs en je hebt een band. Je schakelt alleen over als dat medisch echt noodzakelijk is. Wij zetten daar in de hele zorg op in en dat heeft ook implicaties voor het aantal specialisten dat je opleidt. Ook in de geboorteketen zetten we hierop in: laag in de keten, en pas opschalen als het niet anders kan. Dat is praktisch en inhoudelijk beter, maar ook financieel. Daarop wil ik dus inzetten om daadwerkelijk resultaten te behalen.

Wat vind ik ervan dat vrouwen voor ivf uitwijken naar Duitsland? Dat vroeg mevrouw Dijkstra, maar zij heeft de vergadering zojuist al verlaten. De stichting Geertgen is hier al vaker besproken. Zij heeft geen vergunning gekregen voor het uitvoeren van ivf-behandelingen. Mevrouw Dijkstra vroeg ook naar de ontwikkeling van geboortecentra. De laatste jaren zijn er diverse vormen van geboortecentra tot stand gekomen, meestal in of in de buurt van een ziekenhuis. Momenteel wordt in kaart gebracht welke soorten er zijn. TNO brengt hierover een

rapportage uit. Dat is een heel ingewikkelde klus, die nog wel even duurt. De rapportage is pas in 2016 klaar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter, ik mis nog een antwoord.

De **voorzitter**: Zijn er verder nog vragen die niet beantwoord zijn?

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, mijn vraag over de concentratiebeweging rond de verloskundige zorg in Amsterdam, die wordt afgedwongen door Achmea.

Minister **Schippers**: Bij ons is dat onbekend, dus wij komen daar schriftelijk op terug.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik had gevraagd of de minister herkent dat sommige ziekenhuizen zwangeren naar binnen halen, wat de eerste-lijnszorg verdringt. Dat zien we vooral in bepaalde gebieden, zoals Drenthe, waar ziekenhuizen onder druk staan.

Minister **Schippers**: Die signalen gaan twee kanten op; mevrouw Bruins Slot constateerde dat zelf ook. Er zijn namelijk ook signalen dat de overdracht te laat plaatsvindt. Ik verwacht dat er met de integrale tarieven een veel betere zorg tot stand kan komen, niet door die tarieven maar door de manier van samenwerken. Als het gebeurt, vind ik het volstrekt verwerpelijk; dat wil ik wel zeggen. Ik denk dat integrale tarieven in ieder geval deze prikkel weghalen.

De **voorzitter**: Als er geen vragen meer zijn, kunnen we naar de tweede termijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik had nog een interruptie tegoed, mevrouw de voorzitter, dus ik heb even afgewacht.

De **voorzitter**: Dan moet die echt kort zijn, want zo wordt het wel heel vervelend.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zegt dat er vaak wordt geconcentreerd vanwege kwaliteitsnormen. De werkelijkheid is echter heel anders. In Meppel, in Sittard-Geleen en in Heerlen is het vaak afgedwongen door een verzekeraar. Het gaat vooral om praktische redenen; het heeft in die situaties niets te maken met kwaliteit. Is de minister een kwalitatieve ondergrens bekend van het aantal bevallingen dat een ziekenhuis klinisch moet leveren?

Minister **Schippers**: Als ik naar de stuurgroep had geluisterd, en naar zijn aanbeveling van 24x7 gynaecologen overal in het land, had dat pas een concentratie van jewelste betekend. Ik heb helemaal niet gezegd dat je moet concentreren voor kwaliteit. Iedereen moet in zijn eigen regio zijn eigen oplossing zoeken voor wat daar aan de hand is. Ik zeg alleen dat een aantal regio's de oplossing zoekt in concentratie. Dat staat ze vrij, want ik geef geen blauwdruk voor hoe men moet reageren. We zijn heel blij met verschrikkelijk goede streekziekenhuizen, waarvan ik het bijzonder jammer zou vinden als die ooit zouden concentreren. Sommige streekziekenhuizen zitten financieel en kwalitatief echter zo op het randje dat concentratie geen slechte oplossing is. Dokkum en het Ruwaard van Putten Ziekenhuis zijn zelfs over het randje gevallen. Dit kan gelden voor alle vormen van zorg. Ik ben dus niet per definitie voor concentratie. Iedere regio zoekt zijn eigen oplossing en dit is de oplossing waarvoor een aantal regio's onderbouwd kiezen.

De **voorzitter**: Even heel kort, mijnheer Van Gerven, want we moeten om 17.15 uur afronden.

De heer **Van Gerven** (SP): Het zou de minister sieren als zij naar aanleiding van de uitspraak van de stuurgroep zou besluiten om in het kwadraat gynaecologen te gaan opleiden. Ik heb aangegeven waarom dat nodig is. Met taakherschikking kom je er niet.

Ik wil nog even stilstaan bij het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Bij dat ziekenhuis hebben we niet alleen te maken met een brug, maar ook met een eiland, heel veel mensen en heel veel verkeer. Waarom zouden we daar niet extra in investeren om de klinische verloskunde overeind te houden? Dat is daar broodnodig. De minister is niet van de blauwdrukken, maar zij kan enige druk zetten om dat mogelijk te maken.

Minister **Schippers**: De heer Van Gerven heeft het over «we», maar «we» hebben regels afgesproken met elkaar, hier in de Kamer, en die in wetten vastgelegd. In die wetten hebben we vastgelegd wat we doen in welke situaties, hoe we de gezondheidszorg aansturen, wie waarvoor verantwoordelijk is en hoe de financiën lopen. De heer Van Gerven vraagt mij om daarin rechtstreeks in te grijpen, terwijl er in de regio verbanden zijn. We hebben een veiligheidsregio, we hebben een ROAZ, we hebben zorgaanbieders, we hebben de huisartsen en we hebben verloskundigen. Die partijen maken in die regio met elkaar het zorgaanbod. Voor de acute zorg hebben we het ROAZ, dat daar nog eens extra aandacht aan besteedt. In het ROAZ wordt nu heel veel vergaderd over een oplossing voor de regio. Men ziet elkaar vaak. Dat doen de aanbieders samen met de zorgverzekeraar, die de oplossing weer financiert. Zo hebben we het met elkaar afgesproken in Nederland.

De **voorzitter**: Om 17.15 uur zijn er stemmingen, waarbij wij aanwezig moeten zijn. De leden krijgen in tweede termijn dus een spreektijd van één minuut, zonder onderlinge interrupties.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik doe mijn best, voorzitter.

Voorzitter. Ik dank de minister voor de antwoorden in eerste termijn. Ik zie bij de minister erkenning voor al het werk dat wordt verzet, maar ook ongeduld op een aantal punten. Ik ben dus blij met de brief die we januari zullen krijgen en waarin de minister in ieder geval een prioritering geeft. Ook zal zij daarin het integraal tarief verder uitwerken.

Ik zie dat de minister haast maakt met de NIPT en voornemens is om die test, als ze hem gaat invoeren, in het basispakket op te nemen.

Het klopt dat voor extra kwetsbare vrouwen met een lage SES het programma Healthy Pregnancy 4 All bestaat. Ik begrijp dat de eerste resultaten in 2014 beschikbaar komen, maar ik kan uit de rapportage niet opmaken hoe oud of gedateerd de gegevens in de rapportage zijn. Ik vraag de minister dus om een stand-van-zakenbrief, zodat ons op dit punt niet overkomt wat ons met andere doelstellingen van de stuurgroep is overkomen.

Tot slot zou ik het fijn vinden als de minister in die brief ook ingaat op de voordelen van CenteringPregnancy, omdat dit juist voor vrouwen met een lage SES erg belangrijk is.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik maak me toch grote zorgen over de acute verloskundige hulp in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. De minister schetst uitgebreid hoe de zorg eruit zou moeten zien, wie er allemaal wel niet bezig zijn en hoe veel erover wordt vergaderd. De actuele situatie is echter dat de brug gedeeltelijk gesloten is, waardoor de patiënt niet op tijd in het ziekenhuis kan komen. Die brug is dus wel degelijk een bottleneck. Daarom dring ik er bij de minister op aan dat zij haar invloed aanwendt om de acute verloskundige hulp in het Ruwaard

van Putten Ziekenhuis open te houden. Theorieën en vergaderingen helpen niet; die brug is een bottleneck. Ik rijd er weleens overheen. Het is helemaal geen brede brug en er is ook geen alternatief. Het is een eiland. Ik krijg graag toch nog een reactie hierop van de minister.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik heb nog een aantal vragen aan de minister. Wat is de stand van zaken in het overleg met de sector over het vasa previa-vraagstuk? Hoe staat het met het preconceptieconsult? Dat zou verder worden geëvalueerd.

Ik heb ook gevraagd naar de perverse prikkel dat het voor de inkomsten van verloskundigen van belang is om vrouwen zo lang mogelijk vast te houden, de eersteweeënproblematiek. Is die te tackelen voordat wij verder discussiëren over integrale bekostiging?

De SP is altijd voorstander geweest van het afschaffen van de eigen bijdrage. Bevallen in een ziekenhuis is geen luxe.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. Dank voor alle toezeggingen in de januaribrief. De minister heeft ook iets gezegd over experimenten die voortijdig worden afgebroken door de Kamer. Ik neem aan dat de fracties die dat betreft, zelf weten wie de schoen past.

Ik zou de januaribrief nog een beetje willen aanscherpen. De minister zegt dat het College Perinatale Zorg inzicht heeft in de verloskundige samenwerkingsverbanden: waar gaat het goed en waar gaat het minder goed? Wellicht kan zij het CPZ vragen om die gegevens aan te leveren, zodat die kunnen worden meegenomen in de januaribrief.

De beantwoording over het kinderwensspreekuur in Den Haag was helder. Ik zal mij wenden tot het gemeentebestuur.

Tot slot vindt mijn fractie het heel goed dat de minister achter de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen aan gaat. Ouders hebben gewoon recht op de kwaliteitsinformatie. Dat hoort een vanzelfsprekendheid te zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden en voor haar duidelijke geluid dat het beter kan en beter moet. Over twee onderwerpen wil ik een vervolgvraag stellen.

Aan de verdringing van de eerstelijnsgeboortezorg door ziekenhuizen zien wij dat de verloskundige samenwerkingsverbanden nog niet goed werken. De minister komt in januari met een brief. Wil zij het College Perinatale Zorg vragen of het dit probleem herkent en wat eraan gedaan kan worden? Dan weten we of het breder leeft.

Mijn tweede punt gaat over de inspectie en de constatering dat de toeslag noodzakelijk is in Meppel en Dokkum. De inspectie constateert dat zelf, en het gaat over de kwaliteit van zorg. Als de inspectie dit zelf constateert maar afhankelijk is van anderen die afspraken maken, wat doet zij dan als die afspraken niet gemaakt worden?

De **voorzitter**: Ik dank mijn collega's voor de bondigheid waarmee zij aan hun tweede termijn invulling hebben gegeven. De minister heeft laten weten dat zij meteen kan antwoorden.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Hoe gedateerd zijn de gegevens over de lage sociaaleconomische status? Sowieso komt halverwege 2014 de evaluatie. Ik weet niet of er al gegevens zijn. Als ze er zijn, neem ik die in de januaribrief mee. Als ze er niet zijn, kan ik dat niet doen, maar ik ga er wel naar op zoek.

Ik heb de verantwoordelijkheidsverdeling geschetst in de kwestie van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Als een en ander niet goed wordt georganiseerd, grijpt de toezichthouder in. Dat is ook mijn antwoord aan mevrouw Bruins Slot. Natuurlijk, de inspectie grijpt in als zaken die zij als voorwaarde stelt, niet geregeld worden. Zo gaat het bij het Ruwaard van

Putten Ziekenhuis ook. Als er binnen die context niet aan de normen wordt voldaan, zal de inspectie ingrijpen.

Wat is de stand van zaken rond vasa previa? De Kamer heeft voor de zomer een afschrift ontvangen van mijn reactie aan de Vasa Previa Foundation. Daarin geef ik antwoord op de vraag van de heer Van Gerven. In die reactie meld ik dat de medische professionals verantwoordelijk zijn voor het ontwikkelen van de richtlijnen en de inhoudelijke invulling van de twintigwekenecho, waaronder het al dan niet verplicht stellen van controle op de insertie van de navelstreng. Zij hebben immers de expertise. Ik heb die expertise niet en ik zie ook geen inhoudelijke rol voor mijzelf. De beroepsgroepen zijn de aangewezen partij om richtlijnen te stellen en te implementeren. Ik heb in de brief wel geschreven dat de NVOG en de KNOV nog eens op deze kwestie zullen worden geattendeerd, en dat is ook gebeurd.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik had dat natuurlijk allemaal gelezen, maar ik was benieuwd of dat attenderen iets heeft opgeleverd.

Minister **Schippers**: Alle echopraktijken kijken al naar de locatie van de placenta en de meeste echopraktijken kijken naar de navelstrenginsertie. Hiermee worden hoogstwaarschijnlijk de meeste gevallen van vasa previa opgespoord. De NVOG en de KNOV hebben aangegeven dat de nauwkeurigheid van een screeningsonderzoek naar vasa previa in de dagelijkse praktijk nog onvoldoende is. Een extra probleem bij de praktische toepasbaarheid van een algemene screening is volgens de NVOG de lage frequentie van het vóórkomen hiervan, wat de nauwkeurigheid verder benadeelt. Uit de meest recente editie van de Perinatale Registratie, van april 2013, blijkt dat het gaat om vijf sterfgevallen in 2011. De beroepsgroepen hebben hierin dus het voortouw.

De vraag over het preconceptieconsult heb ik beantwoord. Dat vindt onder andere in de achterstandswijken plaats. Daar hebben wij dat ingevoerd, en ook de resultaten daarvan komen in juli 2014. De heer Mulder heeft eraan gerefereerd hoe Den Haag dit oppakt. Alle steden pakken dit op hun eigen wijze op en wij zullen de Kamer daarover informeren.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kon de minister niet goed verstaan, omdat er aan deze kant van de tafel werd gepraat. Ik weet natuurlijk dat ermee wordt geëxperimenteerd, maar wanneer zijn de resultaten er en kunnen we er verder over praten?

Minister **Schippers**: Dat heb ik net verteld. Dat is in juli 2014.

De heer **Van Gerven** (SP): Sorry, dat verstond ik niet.

Minister **Schippers**: Sorry. In juli 2014 krijgen we daar de eerste resultaten van. Mevrouw Wolbert vroeg of de Kamer daar al eerder inzicht in kan krijgen. Ik zal dat vragen aan de onderzoekers. Als ze die informatie niet kunnen geven, hebben ze die niet. Het ligt ook aan het aantal bevallingen dat ze daadwerkelijk hebben kunnen doen. Dat moet groot genoeg zijn om er iets over te zeggen. Ik zal het zo snel mogelijk vragen. De heer Van Gerven vroeg naar een perverse prikkel in de inkomsten van verloskundigen. Die prikkel vervalt als wij een integraal tarief hebben. Dat is ook de reden waarom we alles moeten inzetten op een integraal tarief. Dat is een middel om een aantal bestaande problemen en perverse prikkels op te lossen.

Kan ik inzicht geven in de verloskundige samenwerkingsverbanden in de januaribrief en het CPZ daarop bevragen? Dat zal ik doen.

De vraag van mevrouw Bruins Slot over de verdringing van de eerstelijns-geboortezorg leg ik neer bij het CPZ. Ik zal vragen of het college dat beeld

herkent. Als het CPZ dit herkent, zal ik vragen hoe we dit kunnen ontmoedigen totdat de integrale tarieven zijn ingevoerd. Ik denk echter dat dit probleem en dat van de financiële prikkel van de heer Van Gerven dan pas echt opgelost worden. Ik zal dit meenemen in de januaribrief.

De **voorzitter**: We zijn gekomen aan het einde van dit algemeen overleg. Ik dank de minister en haar ondersteuning en de belangstellenden op de tribune en thuis. Ik dank mijn collega's ervoor dat het toch gelukt is om dit AO op tijd af te ronden.

Sluiting 17.12 uur.