

Vergaderjaar 2020–2021

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 206

Ontvangen ter Griffie op 7 december 2020.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 6 januari 2021.

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 december 2020

De afgelopen jaren is door geboortezorgprofessionals hard gewerkt om via integrale samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid te komen tot kwalitatief goede geboortezorg voor moeder en kind. Deze inzet vindt plaats binnen de zorg maar ook in samenwerking met de partners uit het sociale en publieke domein. De vorig jaar geconstateerde stagnatie in de daling van de perinatale sterftcijfers gaf mijn ambtsvoorganger aanleiding voor een nader onderzoek uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)¹. Onder andere naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek neem ik uw Kamer mee in de stappen die ik voornemens ben de komende tijd te gaan zetten om te komen tot een gedragen plan voor de toekomstige inzet voor de geboortezorg.

De inzet blijft het verder verbeteren van de kwaliteit en samenwerking in de zorg voor moeder en kind en daarmee het verder terugdringen van de perinatale sterfte en morbiditeit. De verbinding tussen het medisch, publieke en sociale domein maken hier een onlosmakelijk onderdeel van uit, daarom stuur ik u deze brief ook mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Kernpunten brief

Op 24 september jl.² heb ik aangegeven in dit najaar met een aanvullende brief over de geboortezorg te komen. In deze brief zal ik u informeren over de volgende punten:

- Het RIVM heeft zijn onderzoek naar de verbetermogelijkheden van de geboortezorg om de perinatale sterfte verder terug te dringen afgerond. De aanbevelingen vragen om een gezamenlijke aanpak met alle partijen in de geboortezorg. Ik ben voornemens om met hen in gesprek te gaan om te bezien op welke wijze uitvoering gegeven kan

¹ Kamerstuk 32 279, nr. 179

² Kamerstuk 32 279, nr. 205

worden aan de aanbevelingen in het rapport van het RIVM. Dit rapport is als bijlage bij deze brief opgenomen³.

- De perinatale sterftecijfers uitgebracht door Perined over het jaar 2019. De infographic van Perined is ook als bijlage bij deze brief te vinden⁴.
- De wijze waarop ik uitvoering ga geven aan het bekostigingsadvies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ten aanzien van de passende bekostiging voor de integrale geboortezorg dat ik begin september⁵ met u gedeeld heb. Bekostiging volgt de inhoud van zorg. Het is daarom van belang dat de bekostiging de integrale samenwerking versterkt en zeker niet belemmert. Ik ben daarom voornemens het experiment integrale bekostiging op te nemen in de reguliere bekostiging.
- De zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik voornemens ben te geven aan de NZa op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Overeenkomstig artikel 8 van de Wmg ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

De weg naar verdere versterking van de integrale geboortezorg

Zoals eerder aangegeven, waren de cijfers en duiding van de perinatale sterftecijfers vorig jaar aanleiding tot nader onderzoek door het RIVM. Zowel het RIVM-onderzoek als de perinatale sterftecijfers tussen 2008 en 2019 laten zien dat door de passie en inzet van geboortezorgprofessionals de afgelopen jaren al veel verbeteringen in gang zijn gezet die tot resultaat hebben geleid. Een recente stijging in de perinatale sterfte geeft echter aan dat intensivering nodig is op ingezette acties en meer nodig is om de zorgprofessionals te ondersteunen in de verbetering van zorg voor moeder en kind. Hieronder geef ik een korte samenvatting van de bevindingen van het RIVM, de perinatale cijfers van Perined over 2019, gevolgd door de belangrijkste aanbevelingen van het RIVM.

Vooraf wil ik graag vermelden dat perinatale sterfte de som is van doodgeboorte (foetale sterfte) en de sterfte van levendgeborenen (neonatale sterfte). Voor het weergeven van de perinatale sterfte kunnen meerdere startpunten gekozen worden. Het RIVM heeft in haar onderzoek naar de trends gebruik gemaakt van het cijfer vanaf 24 weken zwangerschapsduur. Dit cijfer zegt meer over de kwaliteit van zorg, omdat vanaf 24 weken alles op alles gezet wordt om het te vroeg geboren kind de zorg te bieden die hij of zij nodig heeft. Perined rapporteert al jaren het cijfer vanaf 22 weken zwangerschapsduur. In deze 22 weken-rapportage worden ook de late zwangerschapsafbrekingen meegenomen. Dit heeft invloed op het sterftecijfer. Vanaf volgend jaar heeft Perined de mogelijkheid om inzichtelijk te maken hoe groot het aandeel late zwangerschapsafbrekingen is binnen dit cijfer.

Samenvatting rapport RIVM

Opzet onderzoek

Het RIVM heeft de trends in perinatale sterfte over de periode van 2008 tot 2018 voor Nederland onderzocht. Zoals eerder besproken met uw Kamer, zijn ter vergelijking ook de cijfers voor Finland in dit onderzoek betrokken omdat daar het sterftecijfer al langer laag is. In het onderzoek is ook gekeken naar risicofactoren die een bijdrage leveren aan de recente verandering in de trend van de perinatale sterfte. Door middel van interviews met vertegenwoordigers van organisaties uit de geboortezorg

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁵ Kamerstuk 32 279, nr. 203

en onafhankelijke experts heeft het RIVM mogelijkheden voor verbeteringen opgehaald. Het geheel van deze informatie heeft het RIVM gebruikt om te komen tot concrete aanbevelingen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en een verdere stijging van de babysterfte tegen te gaan.

Duiding perinatale sterftecijfer 2008–2018

Het RIVM geeft aan dat tussen 2008 en 2015 de totale perinatale sterfte van eenlingen is gedaald. In die periode zijn vooral minder kinderen dood geboren. Vanaf 2015 stagneert het totale perinatale sterftecijfer, waarna het RIVM een stijging van de trend ziet. De duiding van het perinatale sterftecijfer laat zien dat van 2008 tot rond 2012 een daling van 40 procent plaatsvond in de sterfte van op tijd geboren kinderen. Daarna vakt de daling binnen deze groep af. Bij te vroeg geboren kinderen met een zwangerschapsduur tussen 24 en 37 weken daalde de sterfte tussen 2008 en 2015 met ongeveer 20 procent. Het RIVM geeft aan dat er na 2015 weer een stijging te zien is in de sterfte bij vroeggeboortes en dat dat de belangrijkste reden is voor de stagnatie in de daling en recent zelfs stijging van de perinatale sterfte.

De eerdere sterftedaling had te maken met een aantal veranderingen in zorg en preventie die het risico op perinatale sterfte heeft verminderd. Bijvoorbeeld het invoeren van nieuwe richtlijnen, verbeterde samenwerking, minder tweelinggeboortes na IVF, landelijke invoering van de 20-weeken echo, de invoering van de perinatale audit en daling in roken tijdens de zwangerschap.

Ook in Finland en Zweden lijkt de perinatale sterfte te stagneren. De vergelijking met Finland laat zien dat het sterfteverschil met Nederland sterk is afgenomen. Dit wordt vooral veroorzaakt door daling van de sterfte onder op tijd geboren kinderen. Het RIVM concludeert dat het resterende verschil tussen Nederland en Finland verklaard wordt door een hoger percentage vroeggeboortes in Nederland.

Om de veranderingen in perinatale sterfte sinds 2015 te kunnen duiden heeft het RIVM gekeken naar veranderingen op risicofactoren voor vroeggeboorte en daarmee op perinatale sterfte. Causale relaties tussen de risicofactoren en de sterfte zijn complex, maar deze factoren zijn wel geassocieerd met een hogere sterftekans. Het gaat dan om een toename van obesitas onder vrouwen tussen 25 en 45 jaar en een toename in geboortes in de groep van vrouwen met een (overig) niet-westerse herkomst (Azië, Afrika waaronder asielzoekers en statushouders). Ook de toename in het aantal eenlingen geboren met behulp van IVF lijkt een risicofactor te zijn. Daarnaast blijkt uit eerder Nederlands onderzoek dat achterstandssituaties een negatief effect hebben en gepaard gaan met sociaaleconomische verschillen. Er wordt een hogere babysterfte gezien in achterstandswijken in grote steden, maar ook in armere regio's buiten de randstad (vaak krimpregio's) zijn de risico's op ongewenste zwangerschapsuitkomsten hoger. De toename op een aantal van bovenstaande risicofactoren lijkt ook een verklaring voor de niet verder dalende sterfte in Zweden.

Conclusies

Het RIVM concludeert uit de cijfermatige trends dat meer aandacht nodig is voor vroeggeboorte en obesitas, zowel via preventie maar ook in de integrale geboortezorg. Ook voor de niet-medische risicofactoren moet meer aandacht komen, zoals armoede en sociale achterstanden. Door bijvoorbeeld nog meer in te zetten op een goede verbinding tussen de geboortezorg en het sociaal domein met gemeenten en de jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Ook geeft het RIVM aan dat het terugdringen van vroeggeboorte niet alleen belangrijk is voor het terugdringen van de babysterfte, maar het voorkomt ook veel latere gezondheids- en sociaal-maatschappelijke kosten en problemen die later in het leven van te vroeg geboren kinderen ontstaan.

De geïnterviewden beaamen dit. Uit de consultatie van de verschillende betrokkenen komt naar voren dat er al veel goed gaat, zo zijn er diverse lokale initiatieven rondom nieuwe vormen van samenwerking succesvol geïmplementeerd en is er een breed gedragen besef van het belang van integraal werken (inclusief sociaal domein en JGZ). Ook is er aandacht voor waardegedreven geboortezorg en uitkomstgerichte zorg. Maar de experts zeggen ook dat het nog lang niet overal goed gaat en dat de ontwikkelingen en veranderingen bij sommige Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) stagneren en er sprake is van aarzeling of vrijblijvendheid om door te pakken op verdere implementatie van de zorgstandaard integrale geboortezorg (hierna de zorgstandaard). VSV's ervaren een hoge druk om te veranderen en de geïnterviewden geven aan dat inhoudelijke en financiële ondersteuning hierbij kan helpen. Ook een beter data- en ICT-infrastructuur helpt om de kwaliteitscyclus vorm te geven. Daarnaast is meer centrale regie, overzicht en coördinatie nodig. De afgelopen jaren is het College Perinatale Zorg (CPZ) verbeterd in het pakken van die rol en dit wordt ook gewaardeerd. Echter een verandering in de governance en mandaat, waaronder het toevoegen van partijen zoals de Federatie van VSV's en de JGZ, is volgens de geïnterviewden nodig zodat het CPZ haar centrale rol kan intensiveren. Ook geven meerdere veldpartijen aan dat de eigen bijdragen en betalingen ongewenst zijn omdat dit ongelijkheid creëert en voor vrouwen met een lager inkomen de vrije keuze beperkt wordt.

Aanbevelingen

De belangrijkste aanbevelingen van het RIVM zijn:

1. Versterk de centrale rol en positie van VSV's.
2. Stel een multidisciplinair gremium in dat aan integrale kwaliteitsverbetering werkt en multidisciplinaire richtlijnen opstelt. De eerste focus is de integrale aanpak van vroeggeboorte en obesitas.
3. Stimuleer onderzoek naar de oorzaken en gevolgen van vroeggeboorte en hoe dat via preventie en zorg mogelijk kan worden teruggedrongen.
4. Ontwerp een passende bekostigingsstructuur voor de integrale geboortezorg, met aandacht voor preventie, preconceptiezorg en de verbinding met de JGZ en het sociaal domein.
5. Schaf de eigen bijdragen af voor de poliklinische bevalling in het ziekenhuis en de kraamzorg en de eigen betaling voor de NIPT.
6. Investeer in een snellere en betere perinatale registratie en een bredere data-infrastructuur van de integrale geboortezorg. Dit moet zorgen voor tijdige spiegelinformatie, goede kwaliteitsindicatoren en verbeterde mogelijkheden voor secundair gebruik. Stimuleer zo een belangrijke randvoorwaarde voor meer en beter onderzoek.
7. Organiseer een duurzame, effectieve verbinding van de geboortezorg met de activiteiten en opbrengsten van het Kansrijke Start programma.
8. Investeer snel en planmatig in de harmonisatie en verbetering van de interoperabiliteit van de ICT-infrastructuur in de geboortezorg.
9. Pas de governance van Perined en het CPZ aan om hun toekomstige rollen en taken effectief te kunnen uitvoeren.
10. Richt een Perinataal Monitoring Centrum op.

Het onderzoek van het RIVM gaat over de perinatale sterfte tot en met 2018. Jaarlijks brengt Perined de jaarcijfers uit, waar het perinatale sterftecijfer onderdeel van uitmaakt. Deze cijfers worden vervolgens met uw Kamer gedeeld. Nu is ook het perinatale sterftecijfer van 2019 beschikbaar en voor een volledig beeld stuur ik u daarom ook de infographic toe die Perined heeft gemaakt. Perined maakt bij de totstandkoming van het perinatale sterftecijfer gebruik van het cijfer vanaf 22 weken zwangerschapsduur tot en met 28 dagen na de geboorte. Zij delen perinatale sterfte, zoals eerder aangegeven, onder in foetale sterfte en neonatale sterfte. Perinatale sterfte is de som van deze twee cijfers. In 2019 zijn er 7,8 per 1.000 geboren overleden rond de geboorte. De foetale sterfte bedroeg 4,8 per 1.000, de totale neonatale sterfte bedroeg 2,9 per 1.000 geboren. In 2018 was het perinatale sterftecijfer 7,9 per 1.000 geboren. Ook 2019 laat een stagnatie van de daling van het perinatale sterftecijfer zien vanaf 22 weken zwangerschapsduur, daarnaast concludeert Perined dat er in bepaalde subgroepen sprake is van een stijging.

Ingezet beleid deze kabinetsperiode

Voor een goede start van moeder en kind is ook in deze kabinetsperiode beleid gecontinueerd, geïntensiveerd en opgestart om de kwaliteit van zorg en preventie voor moeder en kind te verbeteren en daarmee effect te hebben op een verdere daling van de perinatale sterfte. Er gebeurt al veel en het rapport van het RIVM bevestigt een aantal punten de juiste dingen in gang zijn gezet. Dat neemt niet weg dat intensivering nodig is en dat we gezamenlijk verder moeten werken aan de ingezette acties, hier soms verdere aanscherping nodig is en wellicht ook nieuwe acties geformuleerd moeten worden.

Integrale geboortezorg

De verbeteringen in de geboortezorg hebben bijgedragen aan de daling van het perinatale sterftecijfer, dit komt ook naar voren in het RIVM-rapport. Om de integrale geboortezorg verder te verstevigen, ondersteun ik de geboortezorgpartijen al een aantal jaar op verschillende wijzen die hier een bijdrage aan leveren. Het CPZ ondersteunt de VSV's en hun regio's met verschillende instrumenten om de zorgstandaard te implementeren en de samenwerking in de regio verder in te vullen. In deze standaard staat de zwangere vrouw centraal. Zorg voor de zwangere vrouw zonder schotten, of complexe overdrachten en met gezamenlijke en continue verantwoordelijkheid en aandacht. In 2016 heeft het CPZ samen met de geboortezorgpartijen het stuurgroepadvies «Een Goed Begin» herijkt. De geboortezorgpartijen hebben eind 2017 een vertaling gemaakt naar drie heldere ambities voor de toekomst: de strategische agenda voor de Geboortezorg 2018–2022: Samen bevalt beter!. Om invulling te geven aan de ambities op het gebied van cliëntparticipatie hebben zij de agenda «De cliënt als gelijkwaardig partner» opgesteld. Op basis waarvan gezamenlijk gewerkt wordt aan een gelijkwaardige relatie tussen zorgprofessional en cliënt, zodat zij samen tot de best passende zorg komen. De strategische agenda is momenteel onderwerp van een Midterm Review, waarin wordt gezien hoe ver de partijen zijn in het uitvoeren van de agenda. Ook wordt de zorgstandaard momenteel geëvalueerd en voert Zorginstituut Nederland een onderzoek uit naar de mate van samenwerking in de geboortezorg in het kader van de zorgstandaard. Ook heeft het CPZ onderzoek laten doen naar de capaciteit en de toegankelijkheid van de geboortezorg. Een inventarisatie naar regionale initiatieven gericht op het korte termijn borgen van de

toegankelijkheid van de geboortezorg verschijnt begin 2021. Tot slot heeft het CPZ de afgelopen tijd ook haar samenwerking met de JGZ en Federatie voor VSV's geïntensiveerd. Allemaal acties die bijdragen aan kwalitatief, goede integrale zorg voor, tijdens en na de zwangerschap voor moeder en kind.

Via Perined wordt ervoor gezorgd dat kwaliteitsgegevens beschikbaar zijn en dat regio's ondersteund worden in het uitvoeren van de perinatale audit. Aan de hand van de uitkomsten van de perinatale audits kunnen regionaal aangescherpte afspraken gemaakt worden en verbeteringen worden doorgevoerd. Via het VIPP-programma Babyconnect is het voor regio's mogelijk om sinds 1 juli 2019 subsidie aan te vragen om ondersteuning te krijgen voor het digitaal uitwisselen van gegevens, daarmee een integraal ICT-dossier mogelijk wordt gemaakt en de samenwerking verder wordt ondersteund. Tot slot worden binnen het programma Zwangerschap en geboorte van ZonMw middelen beschikbaar gesteld voor onderzoek.

Kansrijke Start

Het programma Kansrijke Start is in september 2018 gestart met als doel meer kinderen een kansrijke start te geven. Het actieprogramma richt zich op extra ondersteuning voor kwetsbare gezinnen rondom bewust zwanger worden, een gezonde zwangerschap en veilig ouderschap. Een belangrijk element in het actieprogramma is een goede verbinding tussen het medische en het sociale domein inclusief de publieke gezondheid. Via lokale coalities in 275 gemeenten wordt door sociaal, medisch en publiek domein hard gewerkt om hier invulling aan te geven. Het rapport van het RIVM laat zien dat de weg die is ingeslagen met Kansrijke start een goed begin is, maar dat die verbinding tussen geboortezorg, het publieke en sociaal domein blijvend aandacht vraagt en we dit nog meer aan elkaar moeten verbinden. Een goed voorbeeld daarvan is het eerder betrekken van de JGZ tijdens de zwangerschap bij kwetsbare zwangeren en/of gezinnen via het prenataal huisbezoek. Een wetsvoorstel hiertoe ligt ter behandeling bij uw Kamer. Ook wordt in het kader van dit actieprogramma gewerkt aan een JGZ-indicatoren set die in een AMvB zal worden vastgelegd. Deze indicatoren set wordt vervolgens (jaarlijks) landelijk ontsloten. Goede borging van de resultaten van het programma is van belang. Op de duurzame borging van het programma zal de Staatssecretaris in de vierde voortgangsrapportage Kansrijke Start ingaan, die u in januari zal worden toegestuurd.

Preventieakkoord

Het RIVM geeft aan dat de toename van obesitas onder vrouwen tussen 25–45 jaar risico geeft op meer vroeggeboorte en daarmee perinatale sterfte. Daling in roken onder zwangeren heeft de afgelopen jaren juist een positief effect gehad op daling van het sterftecijfer. Via het preventieakkoord wordt op beide risicofactoren ingezet. De ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas wordt momenteel uitgerold in 32 gemeenten onder de naam «Kind naar Gezonder Gewicht». Bij deze aanpak werken professionals uit zowel het zorg- als sociaal domein samen om passende ondersteuning en zorg te kunnen bieden aan kind en gezin. Een link met de geboortezorg wordt gezien als een mogelijke vervolgstap. Ook wordt in de herziening van de multidisciplinaire richtlijn overgewicht en obesitas gewerkt aan een module specifiek gericht op zwangerschap. Een link met het programma Kansrijke Start en de integrale geboortezorg zal helpen in het leveren van de juiste ondersteuning en zorg. De komende tijd moet worden onderzocht wat de mogelijkheden zijn. Wat betreft de risicofactor roken wordt gestreefd naar een Rookvrije Start en Rookvrij opgroeien. De Staatssecretaris geeft al enige jaren subsidie aan

de Taskforce Rookvrije start om stevig in te zetten op het terugdringen van roken voor, tijdens en na de zwangerschap (0% zwangere vrouwen rookt in 2040). Door middel van verschillende instrumenten worden zorgprofessionals gefaciliteerd zodat zij met zwangeren en hun partners het gesprek kunnen voeren over stoppen met roken. Uit een eerdere monitor⁶ is gebleken dat het aantal vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap is gedaald de afgelopen jaren. Een terugval komt ook minder voor. De Taskforce Rookvrije Start (bestaande uit 9 beroepsverenigingen, het CPZ en kennispartners) blijft komende jaren een belangrijke rol spelen in het agenderen van het thema, het implementeren van zorgpaden in de geboortezorg en JGZ-regio's en het ondersteunen van zorgprofessionals bij het begeleiden van (aanstaande) ouders. Een volgende monitor wordt verwacht in het najaar van 2021.

NIPT

Het doel van prenatale screening is om aanstaande ouders handelingsopties te bieden. De NIPT is dus geen instrument om de perinatale sterfte terug te dringen. Ik interpreteer de aanbeveling van het RIVM dan ook niet in dat licht en zie het, net als bij de aanbeveling ten aanzien van de eigen bijdragen kraamzorg en poliklinisch bevallen, als een aanbeveling omtrent de toegankelijkheid van de zorg. De NIPT wordt als screeningstest op down-, edwards en patau syndroom aangeboden onder de vlag van een onderzoek, als alternatief voor de combinatietest. Beslissingen omtrent de continuering van de eigen betaling voor de NIPT hangen logischerwijs samen met het nog te nemen besluit of de NIPT in het reguliere programma van prenatale screening wordt opgenomen. Zoals de Minister van VWS in zijn brief van 7 juli 2020⁷ aangaf treft het RIVM nu voorbereidingen om de implementatie van de NIPT mogelijk te maken.

Inzet voor de toekomst

Waar in de jaarlijkse perinatale sterftecijfers tot en met 2018 nog gesproken werd over een daling of afvlakking van de cijfers, concludeert het RIVM nu dat zelfs sprake is van een recente stijging. Dit vind ik een zorgelijke ontwikkeling en het onderstreept de urgentie van het RIVM-onderzoek waartoe mijn voorganger opdracht heeft gegeven. Ik ben het RIVM dan ook zeer erkentelijk voor het gedegen rapport dat zij hebben opgeleverd. Het rapport laat het belang zien van de continuering van de acties die de afgelopen jaren door dit kabinet zijn ingezet voor een goede start voor moeder en kind en daarmee het zoveel als mogelijk terugdringen van de perinatale sterfte.

Deze acties hebben de afgelopen jaren, zoals te lezen in het RIVM-rapport, veel gebracht. Destijds was het stuurgroepadvies de aanleiding om in te zetten op integrale geboortezorg met bijbehorende zorgstandaard en de oprichting van het CPZ. Het rapport van het RIVM laat zien dat we er nog niet zijn en is voor mij de aanleiding voor een intensivering van ingezet beleid. Extra inzet en versnelling is nodig om de perinatale sterfte zoveel als mogelijk terug te dringen. Ik wil daarom het rapport van het RIVM aangrijpen om samen met de geboortezorgpartijen te werken aan een samenhangend pakket van maatregelen dat nodig is om de stagnatie, die nu optreedt op weg naar verder versterken van de integrale geboortezorg volgens de zorgstandaard, vlot te trekken. We staan voor een gezamenlijke opdracht waar wij met elkaar de schouders onder moeten zetten om kwalitatief goede en toegankelijke zorg te kunnen blijven bieden aan alle aanstaande moeders en pasgeborenen in Nederland.

Zorg die bijdraagt aan een verdere daling van de perinatale sterfte.

⁶ Kamerstuk 32 279, nr. 176

⁷ Kamerstuk 32 793, nr. 488

Ik wil daarom in gesprek met de Koninklijke Nederlands Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Nederlandse Vereniging van Kinderartsen (NVK), Nederlandse Vereniging van Gynaecologen (NVOG), brancheorganisatie voor de kraamzorg Bo Geboortezorg, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Patiëntenfederatie Nederland, Federatie van VSV's en het CPZ om gezamenlijk te komen tot een voortzetting en verdere aanscherping van beleid. Daar waar relevant worden aanvullend ook andere partijen uitgenodigd. Het RIVM-rapport is een belangrijk rapport met vergaande aanbevelingen die een basis vormen voor een mogelijke vervolgaanpak voor de geboortezorg. Ik zal dit zoveel mogelijk voorbereiden waarbij ik rekening zal houden met beslissingen waarvoor het passend is deze te laten aan een volgend kabinet. Dit geldt bijvoorbeeld voor de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder indicatie en de eigen bijdrage voor kraamzorg.

Passende bekostiging voor de integrale geboortezorg

Algemeen

Het voorgaande onderstreept het belang van een bekostiging die bijdraagt aan integrale geboortezorg. Op dit moment kan gekozen worden voor het experiment integrale bekostiging of monodisciplinaire bekostiging. De integrale bekostiging volgt daarbij de zorginhoud, namelijk de zorgstandaard. Hierin staan de zwangere vrouw en de kwaliteit van de zorg centraal. Kenmerkend voor de integrale geboortezorg is dat de geboortezorgpartijen (kraamzorg, verloskundigen en de gynaecologen) samenwerken. De integrale bekostiging van de geboortezorg heeft onder meer het doel deze benodigde samenwerking te faciliteren en te bevorderen. In dit experiment zijn daarom integrale prestaties ontwikkeld, die alleen door een samenwerkingsverband (bijvoorbeeld een integrale geboortezorgorganisatie) kunnen worden geleverd én gedeclareerd. Van een monodisciplinaire bekostiging is sprake wanneer de verloskundige, de kraamzorg en de gynaecoloog de zorg zelfstandig leveren én declareren. Deze wijze van bekostigen faciliteert niet direct de samenwerking. De verder door te ontwikkelen passende bekostiging van integrale geboortezorg moet zich juist ook richten op het faciliteren en bevorderen van deze samenwerking.

In een achttal integrale geboortezorgorganisaties (IGO's) wordt al gewerkt met integrale bekostiging. Het is belangrijk daarmee ervaring op te doen om zo deze vorm van bekostigen te verbeteren en meer data te verzamelen om de beoogde meerwaarde verder te onderbouwen. Om die reden is het goed dat meer regio's de stap zetten naar integrale bekostiging. Daarom wil ik, conform het NZa advies, de integrale bekostiging per 2022 onderdeel maken van de reguliere bekostiging. Tegelijkertijd zet ik in op het aanpakken van de door de NZa benoemde knelpunten en vind ik het goed dat er ruimte is om via experimenten de bekostiging verder door te ontwikkelen. Ik vraag het RIVM om jaarlijks de effecten van de integrale bekostiging te blijven monitoren.

De NZa adviseert om per 2028 de monodisciplinaire bekostiging te beëindigen, de zogenaamde «stip op de horizon». Veel partijen zoals de NVOG, ZN en NVZ steunen het advies van de NZa, omdat daarmee een belangrijk signaal gegeven wordt naar de bestaande IGO's om door te gaan met de verdere ontwikkeling van de integrale bekostiging en om ook andere regio's te stimuleren om de overstap te maken. Ook de huidige IGO's onderschrijven deze lijn. Indien er geen stip aan de horizon komt, vrezen IGO's niet alleen stilstand, maar ook achteruitgang. De KNOV, BO geboortezorg en de Patiëntenfederatie vinden het echter prematuur om nu deze stip op de horizon te zetten. Ook is er bij hen geen draagvlak voor een «afschaffing van monodisciplinaire bekostiging in 2028 tenzij» besluit. Zij onderstrepen daarbij dat nog onvoldoende is aangetoond dat de

integrale bekostiging bijdraagt aan de kwaliteit van zorg, en zien een reeks van knelpunten, zoals de administratieve lasten die nu nog ervaren worden in het experiment. Zij wijzen op het belang van netwerksamenwerking en keuzevrijheid voor de zwangere. Partijen willen met elkaar in gesprek gaan om te proberen meer overeenstemming te bereiken over de te zetten stip op de horizon.

Ik ben blij dat partijen dit gesprek aan willen gaan. Integrale geboortezorg vraagt intensieve samenwerking tussen alle geboortezorgpartijen. Ik wil daarom bij voorkeur met breed draagvlak onder deze partijen de stip op de horizon vaststellen. Om die reden vind ik het belangrijk om – voordat ik tot een definitief besluit kom – geboortezorgpartijen de gelegenheid te bieden om de komende zes maanden tot een breder gedragen stip op de horizon te komen. Ik faciliteer ook graag het gesprek tussen – in eerste instantie – de meest betrokken partijen (de Patiëntenfederatie, NVOG, KNOV en BO geboortezorg). In de tijd loopt dit proces samen met de aanscherpingen van het beleid die ik samen met de partijen wil vormgeven in opvolging van de aanbevelingen van het RIVM zoals ik dit hiervoor in deze brief heb beschreven.

Hieronder licht ik deze besluiten verder toe.

De bekostiging van de integrale geboortezorg vanaf 2022

In 2017 is het experiment integrale bekostiging geboortezorg gestart. De geboortezorgpartijen kunnen de geboortezorg integraal bekostigen via dit experiment (in de praktijk vaak via integrale IGO's). Dit experiment loopt af op 1 januari 2022. De NZa is daarom gevraagd een bekostigingsadvies uit te brengen. De NZa adviseert om per 2022 de integrale bekostiging, zoals vormgegeven onder het experiment, onderdeel te maken van de reguliere bekostiging, naast de monodisciplinaire bekostiging. Het advies van de NZa heb ik samen met de betrokken geboortezorgpartijen besproken. Uit deze gesprekken is naar voren gekomen dat alle partijen onderschrijven dat we moeten blijven werken aan passende bekostiging voor integrale geboortezorg die de samenwerking ondersteunt. De geboortezorgpartijen zijn het met elkaar eens dat de IGO's die de uitdaging aan zijn gegaan door moeten kunnen gaan. Zij moeten daarbij de ruimte krijgen om de integrale bekostiging door te ontwikkelen. Daarom volg ik het advies van de NZa op het punt van het opnemen van de integrale bekostiging van de geboortezorg in de reguliere bekostiging per 2022.

Ik ben voornemens om de NZa hiervoor een aanwijzing te geven. In de voorgenomen aanwijzing zal ik de NZa de opdracht geven om de inhoud van de huidige experiment Beleidsregel integrale geboortezorg⁸ om te zetten in een reguliere bekostiging. Hierbij verzoek ik de NZa in haar beleidsregels prestatiebeschrijvingen voor de integrale geboortezorg een vrij tarief vast te stellen. Zoals gebruikelijk zal de NZa haar concept beleidsregels consulteren bij het veld. Anders dan in het experiment, wordt een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voor het declareren van de integrale geboortezorg prestaties niet verplicht gesteld.

Vanaf 2022 zijn daarmee via de reguliere bekostiging voor de geboortezorg in ieder geval de volgende twee vormen van bekostiging mogelijk: monodisciplinair (maximumtarieven voor verloskundige zorg en kraamzorg en vrije tarieven in de medisch specialistische zorg) en integraal (vrije tarieven voor de integrale geboortezorg geleverd door de genoemde disciplines samen).

Daarbij merk ik op dat de kosten van de geleverde integrale geboortezorg ten laste komen van de macrokaders medisch-specialistische zorg,

⁸ Zie Beleidsregel integrale geboortezorg – BR/REG-18150: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21764_22/1/.

verloskunde en kraamzorg, zodat, zoals ten tijde van het experiment, deze kosten ook verdeeld werden over deze drie kaders. Alleen voor de medisch specialistische zorg geldt een macrobeheersinstrument.

Uitvoeringsvraagstukken

In het advies van de NZa wordt een aantal uitvoeringsvraagstukken benoemd die nadere uitwerking vragen. Het gaat dan om vraagstukken specifiek voor integrale bekostiging, zoals het verbeteren van de administratieve processen en vraagstukken ongeacht bekostigingsvorm zoals het vraagstuk rondom een integraal ICT-dossier wat ik ondersteun via het programma Babyconnect. De NZa adviseert om hiervoor een taskforce in te richten die hiermee aan de slag gaat. Ik ben voornemens een externe partij te vragen om een «spoorboekje» te maken waarin de bekostigings-specifieke vraagstukken een plek krijgen. De overige relevante vraagstukken die de NZa noemt komen overeen met de aanbevelingen van het RIVM-onderzoek «Beter weten: een beter begin» en wil ik daarom een plek geven in de opvolging van de aanbevelingen van dit onderzoek, zoals ik hierboven heb beschreven. Op basis van het spoorboekje zullen diverse partijen verantwoordelijk zijn voor de verschillende acties. De monitoring en de voortgang op die acties zal met de partijen, en in samenhang met de uitvoering van de RIVM-aanbevelingen, worden besproken in bestuurlijke overleggen onder voorzitterschap van het Ministerie van VWS.

Evalueren en ruimte voor experimenteren

De geboortezorgpartijen delen ook breed dat het belangrijk is om de komende jaren de integrale bekostiging te blijven monitoren en evalueren. Dit sluit aan bij de conclusie van het RIVM die aangeeft dat het essentieel is om de effecten van integrale bekostiging te blijven monitoren zodat in de komende jaren een breder beeld verkregen kan worden in hoeverre de beoogde doelstellingen van integrale bekostiging worden gerealiseerd.

Een aantal partijen heeft daarnaast aangegeven graag de ruimte te houden voor het werken aan andere vormen van passende bekostiging voor integrale geboortezorg. De geboortezorgaanbieders hebben hiertoe de mogelijkheid om een bekostigingsexperiment onder de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten van de NZa te starten.⁹ Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen ook nu al samen een aanvraag indienen bij de NZa om een experiment te starten. Zo'n experiment duurt in beginsel drie jaar. Dit biedt partijen de mogelijkheid om de passende bekostiging van integrale geboortezorg (verder) door te ontwikkelen.

Stip op de horizon: nader te bepalen

Tot slot kwam uit de gesprekken met de geboortezorgpartijen naar voren dat er sprake is van verdeeldheid onder partijen over het advies van de NZa om per 2028 de monodisciplinaire bekostiging te beëindigen. Partijen willen evenwel met elkaar in gesprek gaan om te proberen meer overeenstemming te bereiken over de te zetten stip op de horizon. Om die reden wil ik graag de geboortezorgpartijen de gelegenheid bieden om – alvorens ik tot een definitief besluit kom – de komende zes maanden tot een breder gedragen stip op de horizon te komen. In de tijd loopt dit proces samen met de aanscherpingen van het beleid die ik samen met de partijen wil vormgeven in opvolging van de aanbevelingen van het RIVM.

⁹ Zie Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten – BR/REG-19158: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289778_22/.

Tot slot

Om kwalitatief, goede en toegankelijke geboortezorg te kunnen blijven garanderen ga ik de komende tijd met partijen aan de slag om te komen tot een gedragen plan voor de geboortezorg, waarbij aandacht moet zijn voor de verbinding met het sociaal en publieke domein. Hierin past ook de stap om een aanwijzing te geven aan de NZa om integrale bekostiging met ingang van 1 januari 2022 deel te laten uitmaken van de reguliere bekostiging in de geboortezorg en het verdere gesprek over de stip op de horizon. Voortzetting en aanscherping van beleid is nodig om de kwaliteit van zorg in het belang van moeder en kind te vergroten en daarmee een positief effect te bewerkstelligen op de verdere daling van de perinatale sterfte. De komende tijd zal ik hier samen met de geboortezorgpartijen en andere relevante partijen aan werken en ik zal u hier in de zomer van 2021 verder over informeren.

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark